ANNÉE 1870

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

Le Directeur scientifique

Docteur JULES GUÉRIN.

Le Rédacteur en chef et Administrateur

Docteur F. DE RANSE.

19e année

QUARANTE-ET-UNIÈME ANNÉE — TROISIÈME SÉRIE

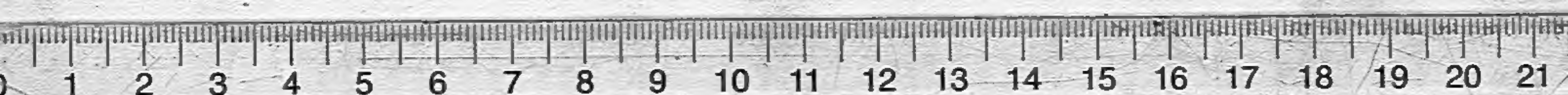
TOME VINGT-CINQUIÈME

4



PARIS

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE, PLACE SAINT-MICHEL, 4.



PARIS. — IMPRIMERIE CUSSET ET Ce,
rue Racine, 26, près de l'Odéon.

CONSTITUTION MÉDICALE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — NOUVELLES SANITAIRES.

FRANCE.

CALAIS, 1er janvier.— Une pauvre famille de bateliers se trouvait, il y a huit jours, dans une triste position. Le bateau était arrivé à Saint-Pierre avec un chargement de pommes de terre à livrer, quand deux enfants furent pris d'une attaque de choléra : un d'eux mourut.

Le médecin qui prodiguait ses soins à cette famille, voyant l'étroit espace qu'elle habitait à bord, lui conseilla de déménager provisoirement et d'aller demeurer dans une chambre.

Le père se mit en quête d'un emplacement; mais par suite du préjugé qui fait croire que le choléra est contagieux, personne ne voulut lui louer.

Pendant ce temps, la malheureuse mère, restée chargée de la garde du corps de son enfant mort et des soins à donner à un autre enfant malade, se voyait obligée de mesurer des pommes de terre, dont la livraison était commencée.

Nous croyons savoir cependant que le second enfant, grâce aux soins qui lui ont été donnés par le médecin, a pu être sauvé.

— VALENCIENNES, 28 décembre. — Une maladie épidémique, présentant tous les symptômes de la cholérine, règne en ce moment à Valenciennes et aux environs, et y fait naître d'autant plus d'inquiétudes, qu'un journal a eu récemment l'imprudence de signaler la présence du choléra asiatique dans nos contrées. Nous devons prémunir le public contre ces prédispositions fâcheuses. La maladie constatée à Valenciennes, et qui y est d'ailleurs fort peu répandue, n'a aucun des caractères du choléra-morbus, et ne présente pas, à beaucoup près, les mêmes dangers. Soignée dès son début, elle se réduit le plus souvent à une indisposition sans importance.

Nous n'en conseillons pas moins les mesures hygiéniques bonnes pour la cholérine comme pour toutes les maladies épidémiques; mais nous engageons fortement le public à ne pas se laisser effrayer par des symptômes qui n'ont rien d'alarmant, et qui empruntent leur plus grande gravité aux inquiétudes semées par des récits exagérés ou mensongers.

1er janvier. — Un arrêté du préfet du Nord, en date du 23 décembre, dispose qu'un comité de salubrité sera formé dans chaque canton. Il sera composé de cinq à neuf membres et présidé par le maire du chef-lieu; le juge de paix et le curé doyen en sont membres de droit. Les autres membres seront nommés par le préfet, pour quatre ans, et renouvelés, par moitié, tous les deux ans. Les comités, réunis au moins une fois par mois, s'occuperont de tout ce qui tient à la salubrité publique et seront consultés sur l'assainissement des localités et des habitations; sur les mesures préventives en matière de maladies endémiques, épidémiques et transmissibles; sur les épizooties, sur la propagation de la vaccine, les secours médicaux aux indigents, la salubrité des écoles, hôpitaux, ateliers, et enfin sur la qualité des aliments, boissons et condiments livrés au commerce. Les comités cantonaux correspondront avec les sous-préfets, qui sont en outre chargés de l'exécution de cet arrêté. »

—On écrit de Lille : «Depuis le 17 novembre jusqu'au 30 décembre, 40 malades environ ont succombé au choléra. C'est la partie la plus pauvre de la population qui a été exclusivement frappée. Les personnes au contraire qui vivent dans de bonnes conditions hygiéniques ont été épargnées. Le docteur Bally, envoyé de Paris par l'Académie nationale de Médecine, a contribué par le zèle et l'activité qu'il a déployés à ramener partout la confiance. On a aujourd'hui l'assurance qu'en prévenant les hommes de l'art dès que les premiers symptômes du mal se déclarent, on peut facilement échapper au fléau. Le délégué de l'Académie de Médecine, secondé avec empressement par tous ses confrères de Lille, a consacré ses efforts à appeler la sollicitude des administrateurs de la ville, afin de soulager les misères les plus grandes, et de soustraire les malheureux par des soins, pour ainsi dire préventifs, aux atteintes de cette cruelle maladie. »

— On nous mande du Havre, 28 décembre : « On assure que le choléra sévit à Yport, près de Fécamp. — Le sous-préfet du Havre est parti pour s'assurer de l'intensité du mal.

— On lit dans le COURIER DU HAVRE, du 3 janvier : « Un bruit alarmant, et dont nous n'avons pas voulu nous faire l'écho, circule depuis quelques jours dans notre ville. On a dit que le choléra était à Yport, près de Fécamp, et qu'il avait déjà fait plusieurs victimes. — S'il est vrai, comme on l'affirme aussi, que M. le sous-préfet se soit rendu sur les lieux pour s'assurer de la vérité, nous pensons qu'il s'empressera de rassurer l'opinion publique, en démentant cette fâcheuse nouvelle si elle est controuvée, ou de provoquer des mesures de précaution dans le cas où le fléau aurait réellement fait son apparition dans nos contrées.

— FÉCAMP, 3 janvier. — Nous aurions voulu taire plus longtemps l'invasion à Yport et même chez nous d'une épidémie qui exerce de cruels ravages et dans laquelle le plus grand nombre des médecins ont reconnu le choléra. D'imprudentes indiscrétions nous forcent aujourd'hui la main, et si nous nous décidons à constater le mal, c'est pour donner les conseils que la situation exige et rassurer sur les exagérations qu'on ne manque pas de colporter. Ce n'est pas en politique seulement que la peur est mauvaise conseillère : elle exerce partout et à propos de tout sa triste influence.

La maladie à laquelle un certain nombre de personnes ont succombé n'a sévi que dans les maisons où le manque d'air, de propreté, d'aisance a été remarqué; les plus simples mesures hygiéniques, des secours portés à temps, ont toujours vaincu le mal. Il faut donc se porter assistance les uns aux autres, ne point se fuir, s'abandonner; il ne faut pas croire surtout qu'on est irrévocablement frappé du doigt de Dieu. M. le sous-préfet du Havre a visité hier Yport, et a vu avec peine la plupart des maisons mal tenues et entourées de matières infectes. Beaucoup d'entre elles étaient dénuées du nécessaire. Il a dû donner des ordres en conséquence.

Des secours seront immédiatement fournis à quiconque en aura besoin; un médecin permanent doit y faire le service et une pharmacie y être installée.

Les cas constatés à Fécamp sont beaucoup moins nombreux, et, comme à Yport, ils tendent à devenir plus rares.

Nombre des décès : à Fécamp 34; en traitement 8 malades. — A Yport, depuis deux jours on n'a constaté aucun nouveau cas.

BELGIQUE.

TOURNAY, 31 décembre. — Les hospices de Tournay ont obtenu une baisse extraordinaire sur les objets de consommation pour l'année 1849. L'attention du conseil communal de Tournay a été appelée, samedi, sur l'invasion probable du choléra. Il a décidé, comme mesure préventive, qu'une somme de 1,000 fr. sera affectée à l'assainissement des maisons d'ouvriers.

— On lit dans le JOURNAL DE LIÉGE :

« L'invasion du choléra, à Liége, a jeté l'effroi dans certaines familles, et beaucoup de personnes pensent qu'il exerce d'assez grands ravages dans la population depuis son arrivée. Cependant cette épidémie est bien loin de sévir avec la même intensité qu'en 1832, et le nombre des décès, depuis qu'elle s'est déclarée dans notre ville, ne présente rien d'extraordinaire.

» En effet, ce relevé des décès enregistrés à l'état civil constate que la mortalité a été à Liége :

En décembre 1846,	de	283
— 1847,	de	212
— 1848,	de	221

Feuilleton.

PETIT COMMENTAIRE SUR UNE EXPRESSION D'HIPPOCRATE.

Chacun a ses goûts ou si l'on veut ses manies; pour mon compte, j'en avoue deux principales : la première, de répéter ce que je crois bon et utile; et Napoléon, selon moi, avait grandement raison de dire que la plus forte, la plus puissante, des figures de rhétorique était la *répétition*; le second de mes goûts particuliers, est d'aimer les vieux livres; bouquins pour bouquins, je préfère les anciens aux modernes; les premiers, comme dit Montaigne, à part quelques théories tout à fait oubliées, me semblent *plus pleins* et *plus roides*. Sans contredit, je tiens cette prédilection livresque de Gui Patin que j'ai beaucoup fréquenté, puis de mon vieil ami le docteur Mathanasius dont j'ai essayé de peindre dans ce journal le très-bizarre caractère lui qui aimait mieux l'étude que la réputation, la science que l'argent.

Poussé par mon invincible manie de bouquinisme ancien, je relisais les aphorismes d'Hippocrate, souvent cités, mais que personne ne lit, et je restai frappé de ces mots si connus : *Experimentum periculosum* (édition de Lorry, 1784). Il y aurait un immense, un très-intéressant commentaire à faire sur cette grande pensée si simplement exprimée, non pas un commentaire sur des mots comme on l'a fait trop souvent, mais un commentaire pathologique et pratique, un vrai commentaire médical. Je n'ai nullement l'intention ici de traiter une aussi vaste et belle question, je me contente de la soumettre à ceux qui voudraient l'approfondir. Oui l'expérience est dangereuse, quand elle passe à travers un esprit faux et louche, quand elle n'émane que de principes vagues, quand elle ne repose pas sur des faits bien observés, ce qui est infiniment difficile, quand elle se renferme dans une théorie à base étroite, quand elle ne se fonde pas sur une de ces idées fécondes, qui s'agrandissent, qui s'étendent et embrassent la science; quand loin de contribuer au progrès en soulevant la science à des hauteurs inaccoutumées, elle se renferme dans des vues empiriques, communes, ayant plus de bouffissure que d'embonpoint; enfin quand, au lieu de considérer l'homme comme un seul et grand organe animé par la vie, on s'attache en touriste descripteur à chaque organe en particulier qu'on dissèque qu'on pèse, qu'on mesure pour tirer des inductions nécessairement sans base pour une bonne théorie et sans profit pour la science. Oh! dans ce sens *experimentum periculosum*, c'est une expérience erronée, fallacieuse, il n'y a pas moyen d'en tirer un rayon de cette vérité éternelle qui éclaire et guide dans le présent et dans l'avenir; la grande voix d'Hippocrate l'a proclamé ainsi depuis des siècles.

Qu'est ce, en effet, que l'expérience telle que la conçoivent la logique et le bon sens? C'est l'expression concise et condensée des faits. Proclamez hautement cette généralité, tout le monde dira : Rien de plus vrai. Descendez ensuite aux applications, voyez ce qui se fait; une déplorable confusion se manifeste,

» Il est facile de se convaincre par ce rapprochement combien peu l'action du choléra a influé sur les décès pendant le mois de décembre dernier ; car, s'ils ont dépassé de 9 le nombre de ceux du mois de décembre 1847, ils ont été de 59 au-dessous de ceux de la même période en 1846.

» Les personnes timorées ont donc tort de s'effrayer, et les chiffres officiels que nous venons de mettre sous leurs yeux doivent les rassurer entièrement. »

HOLLANDE.

DORDRECHT, 1er janvier. — Depuis mercredi dernier, il n'y a eu dans l'hospice des cholériques ni nouveaux malades, ni décès.

Les rapports de la sous-commission du choléra asiatique de Rotterdam donnent les chiffres suivants :

Au 27 décembre.	1,194 cas,	629 décès,	417 guérisons.
Nouveaux cas le 28.	5 —	» —	3 —
— 29.	3 —	2 —	2 —
— 30.	3 —	» —	1 —
	1,205 cas,	631 décès,	423 guérisons.

Il reste 151 malades en traitement.

A UTRECHT, la semaine dernière, 35 personnes ont encore été atteintes, 30 sont mortes et 33 guéries. Total : 370 cas, 196 décès et 130 guérisons.

A SCHIEDAM, du 22 au 29 décembre, 2 nouveaux cas ont été déclarés, 2 décès et 1 guérison.

A MAESTRICHT, du 7 au 20 décembre, 32 nouveaux cas et 15 décès.

Du 20 au 26, aucun cas nouveau ni aucun décès n'ont été signalés.

ANGLETERRE.

Le tableau officiel des morts et des naissances, à Londres, donne, pour la semaine dernière, un total de 1,118 morts, ce qui offre une diminution de 36 décès sur la semaine correspondante de l'année dernière. Pendant les trois mois compris du 23 septembre au 23 décembre, le nombre des morts causées par le choléra a été de 449, dont 265 dans les quartiers situés au sud de la Tamise. C'est la plus petite partie de Londres et en même temps la moins saine ; le choléra y a fait relativement beaucoup plus de ravages.

Des lettres de New-York nous apprennent que le choléra avait éclaté dans cette ville, et que l'on craignait que le fléau ne fît des progrès. Un navire, venu de Bremen, l'avait apporté à la Nouvelle-Orléans ; 20 passagers avaient péri dans le trajet. On disait que le choléra avait aussi paru à Washington.

LONDRES, 2 janvier. — Total des cas de choléra depuis l'apparition de la maladie à Londres, dans la campagne et en Écosse :

Nombre des cas	4,514
Décès	2,154
Guérisons	772
Convalescents ou résultats ignorés	1,288
Nouveaux cas constatés le 1er janvier 1849	264
Décès	123
Guérisons	23

IRLANDE.

La détresse de l'ouest de l'Irlande est effrayante, et Mayo, Galway, Sligo, Clare et Limerick sont dans une situation affreuse. Plus de 1,800 personnes au moins sont mortes, tuées par la faim et le froid. Les gens de la campagne meurent de faim, après ne s'être nourris pendant quelques jours que de légumes crus arrachés à la terre. Dans la maison des pauvres de Miltown, comté de Clare, la fièvre et la dyssenterie font de terribles ravages. Le jour de Noël, on a enterré 9 morts, et tel est le peu de soin avec lequel ces cadavres sont enterrés, qu'il n'est pas rare de voir quelques-uns des corps déchirés et emportés par les chiens.

RUSSIE.

— CHOLÉRA A SAINT-PÉTERSBOURG. — Journée du 7 décembre : 5 nouveaux malades, 3 guérisons et 1 décès. — Journée du 8 : 4 nouveaux malades, 2 guérisons et 2 décès à domicile.

Nous recevons, par la GAZETTE OFFICIELLE DU ROYAUME DE POLOGNE, les chiffres de l'activité du choléra, dont voici les relevés depuis son apparition dans le royaume jusqu'au 29 novembre (11 décembre).

	NOMBRE TOTAL DES		
	Malades.	Guérisons.	Décès.
A Varsovie	4,051	2,437	1,609
Dans le gouvernement de Varsovie (non compris la capitale)	11,570	5,358	6,079
Dans le gouvernem. de Lublin	15,079	8,333	6,553
— Radom	4,275	1,706	2,280
— Plock	7,217	3,174	3,982
— Augustow.	7,978	5,100	2,736
	50,170	26,104	23,230

Journée du 10/22 décembre : 2 nouveaux malades, 1 guérison et 2 décès.
Journée du 11 : 2 nouveaux malades, 5 guérisons et 2 décès.

—Le JOURNAL D'ODESSA (russe) publie une lettre intéressante de M. Guerséva-noff, à laquelle nous empruntons les passages suivants :

« Cette année j'ai passé quelques jours à Perecop, petite ville sans importance, où j'ai appris qu'en 1831, lors de la première apparition du choléra asiatique, cette maladie avait épargné la population tatare des environs. Un fait si curieux attira mon attention et me décida à m'adresser, pour m'en assurer, à des personnes parfaitement instruites du genre de vie de cette population, et à leur demander quels moyens avaient employés les habitants pour se préserver des atteintes de cette terrible épidémie. On sait que les Tatares sont généralement malpropres, qu'ils habitent des maisons peu spacieuses et incommodes ; que, par leur foi inébranlable en la fatalité, ils ne veulent jamais recourir à la médecine, et que, par leur ignorance et leur superstition, ils sont beaucoup plus disposés que les petits Russiens, leurs voisins, à subir les atteintes de cette maladie. Les renseignements que j'ai recueillis depuis m'ont amené à croire que la raison pour laquelle les habitants des environs de la steppe Nogaï sont exposés si rarement à la gagner ne provient pas de leur genre de vie ou des précautions qu'ils prennent pour s'en garantir, mais de la nature du sol sur lequel sont bâties les villes de Perecop, d'Eupatorie, et probablement aussi celle de Berdiansk. N'ayant aucune connaissance en médecine, il m'a été impossible de m'assurer de l'exactitude des renseignements qui m'ont été donnés à ce sujet ; je me contenterai donc de présenter quelques chiffres, plus éloquents que des dissertations ordinairement stériles quand il s'agit de faits positifs. En 1831, pas un Tatare Nogaï des districts de Berdiansk et de Mélitopol n'a succombé au choléra ! »

L'année dernière, dans le gouvernement de Tauride, à l'exception de la ville de Sevastopol, cette épidémie a présenté les résultats suivants :

---

mille voix discordantes s'élèvent aussitôt, voix qui partent des sectes, des écoles des doctrines opposées, si tant est qu'il y ait encore des doctrines. Ce dernier doute ne manque pas de preuves assurément. Lassés de ne plus s'entendre sur les théories, de les considérer comme autant de clartés fantastiques, les médecins d'aujourd'hui paraissent avoir renoncé à en faire, au moins qui aient un caractère général. La doctrine broussaisienne sera de longtemps la dernière qui aura marqué son sillon dans la science ; les grandes promesses qu'elle avait faites et les énormes déceptions qu'elle nous a fait éprouver ont imprimé un caractère de répulsion contre tout système, répulsion qu'on n'effacera que très-difficilement. Cependant Broussais qui ne fut, comme on l'a dit, que le grand *agitateur* et non le *réformateur* de la science, ne parlait jamais qu'au nom de l'expérience, mais quelle expérience ! le mot *periculosum* est l'application hippocratique qui lui convient le mieux. Toutefois le plus fâcheux effet que le physiologisme ait produit dans notre monde médical, est l'éloignement qu'on éprouve aujourd'hui pour tout ce qui est théorie, dogme, principe et doctrine. Les hommes superficiels n'ont pas manqué d'entretenir ce mouvement d'abaissement ; ils ont donné et ils donnent encore aux méditations scientifiques les noms décriés de métaphysique, de spéculation abstraite, bien sûrs qu'il n'en faudrait pas davantage pour armer contre toute recherche un peu profonde, contre toute synthèse un peu élevée, l'impatient orgueil des esprits légers et le despotisme de l'inattention.

Ainsi dégoûté de systèmes, repoussant les théories, en garde contre les hypothèses, chacun fait sa propre doctrine sans se rallier à un principe généralisateur. Autrement dit, une sorte d'apathie ou plutôt d'anarchie se remarque de toutes parts. Un peu d'humorisme, un peu de vitalisme, un peu de physiologisme, une certaine dose d'éclectisme et beaucoup d'empirisme, tel est le fond de la médecine actuelle, ce qui n'empêche pas de dire qu'on ne se guide que par l'expérience, que son flambeau est le seul qui doive nous éclairer, et autres formules qu'on répète à satiété sans en approfondir le moins du monde le véritable sens. Certes l'influence de l'époque où nous vivons se fait visiblement sentir ici ; point de croyances, point de convictions, aucun signe de ralliement des opinions et des esprits ! A quoi bon d'ailleurs ? Tout change, tout passe, tout s'anéantit ; *omnia vanitas*, même la renommée de nos grands hommes. La médecine en France, mais surtout à Paris, ne reconnaît aucune doctrine fondamentale ; le vieil humorisme est à jamais repoussé, le nouvel humorisme n'en est qu'à des bégayements, le brownisme est oublié, le physiologisme délaissé, l'hippocratisme contesté. Le principe vital lui-même, cet agent si commode, cette espèce d'âme ni matérielle ni spirituelle, que l'on charge de tout ce qu'on ne peut expliquer sans son intervention présumée, court risque de se perdre dans la région des chimères. De toutes parts, les ruines s'accumulent, les matériaux abondent, et nul n'a su encore en construire un édifice. Qu'on juge de ce que doit être l'*expérience*, la bonne, la véritable expérience à la considérer de ce point de vue. En définitive, ce qui en reste est encore dû aux anciens médecins, aux observateurs, qui, sans se laisser tromper, éblouir par des objets accessoires, ont considéré l'homme malade dans la totalité de ses actes vitaux réguliers ou anormaux.

Peut-être croira-t-on à une exagération formelle de notre part en niant les effets de l'expérience moderne, peut-être nous accusera-t-on d'un scepticisme

	Population.	Malades.	Décès.
Ville de Simpheropol	13,463	203	67
District du même nom	45,267	2	2
Ville de Baktchissarai	13,603	7	2
Korassou-Bazer	11,184	42	17
Théodosie	8,232	12	4
District du même nom	48,923	177	30
de Mélitopol	90,780	9	6
Ville de Perecop	5,088	1	1
District du même nom	48,507	3	3
de Jalta	25,213	25	10
Ville de Berdiansk	6,516	42	11
District du même nom	21,623	109	58
de Niepre	68,299	30	11
	404,100	662	228

On voit donc que les ravages causés par cette épidémie n'ont pas été bien terribles, et que la proportion des décès au chiffre total de la population n'a été que de 1 à 1,772. A Perecop, ils ont été encore moins sensibles; car dans la ville et son district il n'y a eu que 4 cas, ce qui fait 1 sur 13,398 habitants. Nous ne connaissons pas encore exactement le nombre des victimes de cette maladie pendant l'année 1848; mais d'après les comptes rendus publiés par l'autorité, on voit que ses effets ont été presque nuls, à l'exception de la ville de Sébastopol, où elle a sévi avec une grande intensité. — La salubrité de Perecop provient de la nature du sol, composé principalement de sel. Les lacs salins qu'on rencontre à chaque pas en sont la meilleure preuve. Pendant les fortes chaleurs de l'été, l'atmosphère est remplie d'exhalaisons quelquefois fort désagréables à l'odorat, mais très-salubres et très-propres à préserver de toute contagion; car, dépourvues de molécules organiques, elles contiennent beaucoup de chlore, lequel est un excellent désinfectant qui absorbe ou neutralise les miasmes dispersés dans l'atmosphère. Ce qui contribue encore à rendre ce pays si salubre, c'est le manque d'eau courante, qui, à ce qu'il paraît, est un des meilleurs conducteurs des miasmes cholériques. La ville d'Eupatorie se trouve à peu près dans les mêmes conditions physiques que Perecop.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME. — UN NOUVEAU DOYEN A LA FACULTÉ DE PARIS.

La communication faite par M. Bally à la dernière séance de l'Académie ne permet plus de doute sur l'existence du choléra dans le département du Nord. C'est bien le choléra asiatique que notre savant collègue a observé à Lille, avec ses caractères, sa marche et sa terminaison. Ils se font grandement illusion ceux qui croient que le public et surtout les médecins sont dupes des faux-fuyants, des équivoques à l'aide desquels ils espèrent dissimuler la présence du fléau. Ces subterfuges, plus puériles qu'adroits, ne trompent personne. La sécurité illusoire qu'ils pourraient entretenir ne dure guère au delà de la période prodromique de la maladie. Mieux vaudrait, ce nous semble, une fois le mal développé dans une localité, déclarer franchement son existence, indiquer le chiffre des malades, et surtout les précautions hygiéniques propres à le prévenir. On verra, dans les documents que nous continuons à recueillir sur la marche du fléau en France, que, dans plusieurs localités, les journaux, l'autorité et les médecins eux-mêmes persistent à vouloir donner le change aux populations. L'honorable M. Bally n'a pas cru devoir rien dissimuler de la vérité : nous l'en félicitons.

Parmi les détails intéressants communiqués par notre zélé collègue, il en est un qui mérite surtout de fixer l'attention. Le choléra-morbus grave, complet, a sévi surtout jusqu'ici sur la classe nécessiteuse. Cependant la classe aisée est généralement en proie à une affection cholériforme, à une espèce de cholérine, que M. Bally n'hésite pas à regarder comme un premier degré du choléra. Nous sommes heureux de la constatation de ce fait, sur la généralisation duquel la GAZETTE MÉDICALE n'a pas cessé d'appeler l'attention des médecins. L'épidémie de choléra est généralement annoncée dans les pays qu'elle doit envahir par la cholérine, et il en est de même chez le plus grand nombre des individus qui doivent être atteints du degré le plus grave de la maladie. Sur ce second point, M. Bally n'a pas été aussi explicite. Nous le regrettons, car si le fait existe, sa connaissance en effet est bien plus utile encore à propager que pour le précédent; l'un n'est en quelque façon qu'un renseignement diagnostic intéressant, tandis que l'autre est la base de la vraie prophylactique du choléra. Du reste, ce que notre dévoué confrère a dit du traitement de la cholérine comme diminutif du choléra dans la classe aisée peut très-bien s'appliquer à la cholérine considérée comme période d'incubation du choléra mortel dans toutes les classes.

Un fait important qui nous paraît ressortir jusqu'ici du mode de propagation du choléra en France, est celui-ci : c'est que la maladie semble pénétrer chez nous par les côtes, et par les côtes correspondantes aux pays occupés par le fléau. Il s'est manifesté d'abord à Dunkerque, puis à Calais, puis à Uport près Fécamp : comme en Belgique, il s'était montré d'abord à Anvers; en Hollande, à Amsterdam, à Rotterdam, etc. Cette circonstance porte avec elle un grand enseignement : nous la signalons à l'attention de nos confrères.

Une seconde circonstance, moins bien établie peut-être, c'est que le choléra s'est développé sur plusieurs membres de la même famille, sur plusieurs habitants de la même maison. Nous n'insistons pas sur cette particularité, mentionnée dans presque toutes les épidémies par les partisans de la contagion; mais n'ayant à cet endroit aucune opinion à défendre ou à propager, si ce n'est celle qui ressort légitimement des faits, nous nous bornons à engager nos confrères à y avoir égard, à la vérifier d'abord, puis à en tirer telles inductions pratiques qu'ils jugeront convenables.

— La discussion du chloroforme a repris à l'Académie. Nous constatons avec plaisir que tous les membres, à l'exception du rapporteur, sont d'avis qu'il y a lieu de modifier les conclusions du rapport. Depuis M. Velpeau, qui admet implicitement que la malade de Boulogne est morte du chloroforme, mais qui propose à l'Académie de ne pas dire absolument ce qu'elle pense, jusqu'à M. Blandin, affirmant avec nous qu'il n'y a aucun doute à cet égard, tous s'accordent à reconnaître ces deux points : 1° qu'il n'est pas possible d'admettre l'explication de M. le rapporteur, la mort par introduction de l'air dans les veines; 2° que le chloroforme n'a pas été étranger à la catastrophe. C'est un pas sans doute dans la voie de la vérité; mais la suite de la discussion achèvera, il faut l'espérer, de convaincre les plus incrédules. Nous en avons un exemple par la métamorphose qui s'est opérée dans l'esprit de nos honorables confrères de L'UNION MÉDICALE. Ils confessent, dans leur dernier numéro, qu'ils sont bien près d'admettre les conclusions de M. Blandin; mais ils semblent expliquer cette conversion par celle de l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Ils prétendent, en effet,

---

outré qui nie les avantages et ne s'arrête qu'à des inconvénients, ou à des dissidences particulières qui ne préjugent rien sur la question générale. A notre tour, nous répondrons que raisonnant ainsi, c'est n'avoir pas même effleuré la question, c'est ne l'avoir comprise dans aucune de ses parties. Hippocrate qui l'avait considérée sous le point de vue le plus large, semble nous dire : Soyez sur vos gardes, ne vous hâtez pas, ne confondez pas; l'expérience est trompeuse, ce que vous prenez pour elle n'est souvent que son apparence, que son fantôme, qu'une lueur qui peut vous égarer. Dans notre époque surtout où l'on est singulièrement enclin à prendre le bruit et le mouvement pour le progrès, on croit que beaucoup d'observations, d'expériences physiques, chimiques, etc., ont singulièrement avancé l'expérience médicale ; mais quand on descend au fond de chaque question, qu'on l'examine sincèrement, sans parti pris, sans idées arrêtées, on est étonnamment surpris du peu de progrès réel qu'on a fait ; quel est le praticien n'en a pas la preuve immédiate, directe, fatale, j'ose le dire, chaque jour dans le traitement des maladies?

Voyez d'ailleurs en peu de mots, sur quelles bases fragiles repose cette expérience. Si on la prend dans les systèmes, dans le browinisme, dans le physiologisme, il est généralement reconnu aujourd'hui que ce serait tomber dans de graves erreurs. Une pratique uniquement dirigée par de pareils principes serait une pratique des plus dangereuses; or c'est bien le cas de répéter : *Experientia fallax!*

L'école anatomique nous avait promis merveille, mais ses grandes promesses se sont réduites à peu de chose ; du fond du cadavre, elle n'a exhumé que de petites vérités et souvent amené de graves erreurs. Coordonner les symptômes avec les lésions des organes, quoi de plus séduisant d'abord? N'est-ce pas la recherche de la vérité pratique dans ce qu'elle a de plus exact? Il n'en est rien cependant, et les déceptions ont dépassé toutes les bornes de la crédulité. Il est surtout deux questions premières que l'école anatomique n'a jamais résolues : la première, de démontrer que les lésions organiques sont toujours la cause et non le résultat de la maladie elle-même; la seconde, que les symptômes sont toujours corrélatifs et proportionnés aux lésions organiques. Y a-t-il, au contraire, quelque chose de moins démontré que cette dernière assertion? Quelles sont donc les lésions organiques du choléra-morbus asiatique? Broussais, qui n'hésita jamais, franchit ici le Rubicon de sa doctrine; il déclara nettement que le choléra-morbus était une *gastro-entérite*. Qui l'eût jamais pensé? le choléra-morbus une gastro-entérite! Voilà où l'on arrive quand on est à bout d'erreurs, de logomachies et de sophismes. Si notre expérience n'a pas d'autre appui que l'école anatomique, il faut encore répéter avec Hippocrate : *Experimentum periculosum.* Non, certes, il n'appartient nullement à l'école anatomique de dire, en parlant de la vérité médicale, *eurêka*, je l'ai trouvée.

La méthode numérique, ainsi que l'école anatomique, a beaucoup perdu de sa splendeur, précisément pour le même motif; c'est qu'elle n'a pas tenu et qu'elle ne pouvait tenir ses promesses. Je ne dirai pas, comme un célèbre orateur de notre époque, que deux statisticiens comme deux augures ne peuvent se regarder sans rire, car il est toujours beau de chercher la vérité, même en se trompant; mais il est bon de redire que quand il s'agit des phénomènes vitaux, la statistique est à peu près inapplicable. Elle se fonde sur des calculs exacts où elle n'existe pas. Or pouvons-nous obtenir cette rigueur de précision dans les

que M. Blandin est beaucoup moins exclusif, qu'il a fait des concessions. Nous n'avons rien vu de pareil. M. Blandin, dans sa première argumentation, a soutenu trois choses : 1° que le chloroforme est beaucoup moins innocent qu'on ne le prétend ; 2° qu'il peut faire mourir beaucoup plus rapidement qu'on ne l'affirme ; 3° que la malade de Boulogne est morte évidemment par le fait du chloroforme. Nous ne nous étions pas aperçu que, dans sa seconde argumentation, M. Blandin eût modifié en quoi que ce soit sa manière de voir et de conclure. La seule chose qu'il ait ajoutée, c'est que, contrairement à ce qu'avaient dit M. le rapporteur et M. Velpeau, il est arrivé en France des cas, et beaucoup de cas de mort par le chloroforme. C'est donc à l'excellent esprit et à l'impartialité qui caractérisent L'UNION MÉDICALE, et non à une modification quelconque dans la manière de voir de M. Blandin, qu'il faut attribuer le pas que ce journal a fait vers nous. Nous n'attendions pas moins d'eux, et nous comptons sur plus encore : ils ne sont pas gens à nous contredire. En attendant, nous les prions de prendre de nouveau bonne note de ceci : que la GAZETTE MÉDICALE n'est nullement l'adversaire du chloroforme, mais seulement de ceux qui raisonnent mal, à propos de ce merveilleux et dangereux agent, et qui prétendent qu'il n'est guère possible d'en mourir, si ce n'est quand son action toxique est secondée par des méthodes produisant concurremment l'asphyxie. Or nous pensons et soutenons tout à fait le contraire.

—Un événement d'une haute gravité vient de clore, il faut l'espérer, les agitations révolutionnaires de la Faculté de médecine de Paris. M. le professeur Bérard a remplacé M. Bouillaud en qualité de doyen. Ce n'est pas le moment d'insister sur les circonstances qui ont amené ce brusque changement : c'est l'affaire du feuilleton ; il s'en est acquitté déjà pour une bonne part ; il complétera sa tâche s'il y a lieu. Pour le moment, il s'agit seulement d'envisager le caractère scientifique de la nomination de M. Bérard et l'influence qu'elle exercera sur les destinées et les tendances de l'école de Paris.

M. Bérard n'est ni un homme politique ni un novateur en médecine. D'un caractère paisible et d'un esprit sage et modéré, il n'aspirera à exercer sur la Faculté que l'influence d'un bon administrateur, et sur les élèves l'autorité d'un professeur ami de la science et des savants. Pour notre compte, nous nous réjouissons fort de cette nomination. Si M. Bérard ne prend pas et ne provoque pas les grandes améliorations que réclament l'enseignement et le corps enseignant à la tête duquel il est placé, il ne s'y opposera pas du moins. Ce qu'il a fait d'une manière si brillante et si utile à la fois pour l'enseignement de la physiologie, il contribuera volontiers à le faire pour toutes les branches de la science médicale ; il ne laissait à l'écart aucune vue, aucune idée, aucune découverte de physiologie ; toutes venaient, passées au crible de son jugement exquis et parées par la rare élégance de sa diction, enrichir chacune de ses improvisations ; il voudra généraliser le même bienfait pour l'enseignement de l'école. C'est ainsi qu'il appellera sur l'établissement entier la distinction et le lustre qu'il avait su imprimer à une de ses parties.

MÉDECINE ADMINISTRATIVE.

NOTE SUR L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

DES MÉDECINS CANTONAUX, DES HOSPICES CANTONAUX.

Le § 8 du préambule de la constitution dit : « La République doit protéger le citoyen dans sa personne, sa famille, sa religion, sa propriété, son travail et mettre à la portée de chacun l'instruction indispensable à tous les hommes ; elle doit, par une assistance fraternelle, assurer l'existence des citoyens nécessiteux, soit en leur procurant des travaux dans la limite de ses ressources, soit en donnant à défaut de la famille les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler. »

L'article 13 dit : . . . « Elle fournit l'assistance aux enfants abandonnés, aux infirmes, aux vieillards sans ressources et que leurs familles ne peuvent secourir. »

De ces dispositions surgissent la nécessité de créer des asiles pour recevoir les infirmes et les veillards, de là l'urgence de pourvoir aux secours à donner aux malades. Car dans un très-grand nombre de circonstances la maladie est certainement pour l'habitant des campagnes la cause première et quelquefois la cause unique de la misère.

La maladie, ce n'est pas seulement la souffrance, c'est encore le chômage ; ce n'est pas seulement l'inactivité du malade, c'est la cessation du travail pour la femme et les enfants.

Dans le ménage, dès qu'il y a un malade, la famille tout entière ne travaille plus, la nécessité de soigner le malade, d'avoir soin du ménage, de multiplier les commissions, emploie tout le monde au dedans et au dehors, et sans résultat lucratif. Par conséquent le salaire n'arrivant plus, s'il existe des économies elles se dissipent. Pendant la maladie il faut souvent avoir recours au crédit, à l'emprunt et parfois à la charité. La convalescence arrive presque nécessairement accompagnée de la dette et de la misère.

Une fois sous le coup du malheur par une cause fatale, celui qui l'éprouve ne peut plus se relever. Affaibli, découragé, il n'y a plus d'avenir pour lui, il n'y a plus de lendemain ; l'espérance est éteinte, il ne vit plus qu'au jour le jour. Porter des secours prompts et efficaces à l'homme malade est donc un des plus puissants moyens de combattre la misère.

Les secours se divisent naturellement en secours à domicile et en secours donnés dans des asiles destinés à cet effet.

C'est pour parvenir au premier résultat que le représentant du peuple Anglade, appuyé par son collègue M. Ceyras, est venu proposer l'établissement de médecins cantonaux.

Cette exécution nous paraît une mauvaise mesure ; nous ne saurions trop protester contre cette institution. A ce sujet, je reproduis d'abord les raisons que l'association du corps médical de l'arrondissement de Corbeil exposait dans un mémoire présenté à l'ancienne chambre des pairs contre cette institution.

Ceux qui attendent de si beaux résultats de l'institution des médecins cantonaux, et qui pensent qu'elle devra être généralisée, nous paraissent avoir beaucoup trop compté sur le précédent fourni par les départements du Haut et du Bas-Rhin. La préoccupation d'une idée généreuse et philanthropique, inspirée par la crainte que la classe indigente manque de secours à la

---

choses de la vie pathologique ? Non, sans doute. Eût-on cette étendue illimitée de l'intelligence qui s'enfonce dans les possibles, il manquera toujours des données, et des données importantes à la solution du problème. Aussi qu'est-il arrivé ? C'est que chacun, en vue de ses opinions, de ses doctrines, a apporté sa statistique, et toujours très-favorable, comme on le peut croire, même dans les méthodes de traitement les plus diamétralement opposées. Dès lors le charme a disparu. A la place de cette certitude si désirée, s'est replacé le doute, cet insupportable démon de la médecine, toujours armé de son peut-être, malgré les chiffres les plus habilement groupés, arrangés, interprétés, et le mot au vaste sens, *experientia fallax*, se représente de nouveau à l'esprit du praticien prudent et réservé. Jusqu'ici les chiffres, en médecine, n'ont été que des nombres, tâchez d'en faire des principes.

Reste l'observation clinique ; telle est, en effet, la source la plus pure, la plus abondante de l'expérience, et cependant Hippocrate, qui ne connaissait que celle-là et qui en a tiré de si beaux principes, nous avertit encore du danger qui peut se présenter ici, parce qu'il faut, dans l'interprétation des phénomènes, une attention, une sagacité supérieures, partage de bien peu d'esprits. Ordinairement on n'en juge pas ainsi ; on s'appuie, dit-on, sur les faits, on ne consulte que les faits. Qui n'a lu, qui n'a entendu mille fois cette assertion prononcée avec suffisance par des hommes qui n'ont jamais rien approfondi ? La science du vrai en médecine, disent-ils, se réduit aux faits matériels et sensibles ; ce qui n'est pas sanctionné par les faits n'est que prestige et vanité. Personne ne s'avisera de contester un pareil langage ; mais ne peut-on ajouter que les faits abondent de toutes parts, sans néanmoins hâter de beaucoup le progrès de la science ? Voulez-vous des faits ? Prenez et lisez les auteurs. En désirez-vous de plus saillants encore et surtout de plus positifs ? parcourez les hôpitaux, les cliniques, là vous aurez récolté une large moisson. Mais votre portefeuille une fois rempli de faits particuliers, d'histoires de maladies bien détaillées, parfaitement étiquetées, voyons, qu'en avez-vous fait ? quelle interprétation leur avez-vous donnée ? quelles inductions, quels principes, quels dogmes scientifiques en avez-vous extraits ? Quel est l'esprit de ces faits, leur sens général, leurs rapports, leur coordination ? En un mot, de quelle utilité sont-ils dans le vaste domaine de la science ? Tel est le point difficile, l'obstacle à surmonter ; tel est aussi le cachet distinctif des médecins *ramasseurs* et des médecins *initiateurs*. Qu'on se persuade bien qu'il n'y a rien de plus stérile que des faits, comme il n'y a rien de plus fécond que des faits, selon la main qui les recueille, selon l'œil qui les voit, selon l'intelligence qui les perçoit et le jugement qui les estime. C'est ainsi que pour les uns les faits contiennent la raison des phénomènes, les bases réelles de la science, tandis qu'ils ne sont pour d'autres, à peu de chose près, que des mots sans idées, des zéros sans unités, et surtout sans résultats élevés, généraux. Quelques-uns disent : Des faits et des chiffres, soit : pourvu qu'on ajoute des principes et des axiomes, sans cela il faut répéter et crier haut *experimentum periculosum*. Le fait est toujours isolé, individuel, tandis que la science se précise par l'induction, se constate par le principe, s'établit par la forme concrète et abstraite. Voilà pourquoi la médecine, aujourd'hui abreuvée de matérialisme, manque presque partout de *réalisme*, malgré l'assertion contraire.

L'histoire de la médecine est d'ailleurs la preuve la plus formelle de la vérité

suite de la suppression des officiers de santé, a fait oublier ses inconvénients, son impossibilité même dans les cantons agglomérés. Qu'on nous permette de faire observer que les forces du médecin ne répondent pas toujours à son zèle, et que si notre profession se fait remarquer par son dévouement pour l'humanité souffrante, en donnant la médecine des pauvres comme un privilége, on anéantit toute vertu professionnelle, qu'on éloigne même de notre art la vocation la plus déterminée ; car c'est chez le pauvre que le jeune médecin fait ses premières preuves, c'est le pauvre qui est son intermédiaire pour arriver à la confiance du riche.

La misère a aussi ses priviléges; s'ils lui sont enlevés par la loi, elle saura certainement s'en affranchir ; si on veut lui imposer un médecin, ce sera une raison pour qu'elle en désire un autre: c'est son droit. Pourquoi, en effet, lorsqu'il y a plusieurs médecins dans une localité, lui imposerait-on celui qui ne possède pas sa confiance?

Pourquoi une famille indigente, qui attribue plus ou moins injustement la perte d'un de ses membres à la négligence ou à un système de traitement qu'elle ou le commérage désaprouve, serait-elle contrainte de se livrer désormais à ses soins? Ingratitude, injustice, calomnie si vous le voulez, mais c'est un droit naturel, il est inviolable; si vous l'appelez mal, il est sans remède.

D'autre part nous disons que cette exécution, pour un grand nombre de localités, est impraticable. Prenons pour exemple le canton de Corbeil; il possède 22 communes qui forment une population de vingt mille âmes secourue par neuf docteurs, trois officiers de santé, cinq pharmaciens, tous exerçant leur profession et tous à la discrétion du pauvre.

Que la loi institue un ou deux médecins cantonaux et un pharmacien rétribués par l'État, ils auront à desservir vingt-deux bureaux de bienfaisance, la plupart gratis aujourd'hui, environ cinq à six mille indigents dispersés sur une étendue de 30 kilom. En admettant qu'un tel système soit possible, le temps de venir chercher le médecin, celui nécessaire au médecin pour s'y rendre, l'aller et le retour pour se munir de médicaments chez le pharmacien cantonal nécessiteront, en admettant que chacun se trouve à son poste, le parcours de 12 à 30 kilom. pour les communes qui seront à 4 ou 9 kilom. du chef-lieu de canton, avant que les malades aient reçu les premiers secours de l'art. Que sera-ce donc dans les départements où les communications sont moins faciles et les distances plus longues?

Dans la plupart des cas, l'insuffisance des médecins cantonaux est reconnue : ils ne peuvent répondre aux exigences, aux caprices des pauvres, que pourraient-ils faire en cas d'épidémie? A-t-on oublié que le zèle des médecins ne suffisait pas en 1832, qu'il a fallu créer des services ruraux, avoir recours aux élèves?

Nous ne reproduisons pas les objections que l'association des médecins de notre arrondissement présentait alors sur l'attribution qu'elle supposait que l'on pourrait faire aux médecins cantonaux de tous les faits de médecine légale, il est évident aujourd'hui que ces attributions ne pourraient en aucun cas leur incomber comme un privilége; mais nous observerons que le médecin cantonal, pour une cause ou pour une autre, peut ne pas être toujours derrière sa porte, et nous demanderons alors à qui s'adressera l'indigent. Il faudra avoir recours au confrère que l'on sera bien heureux de retrouver; mais au lieu de cet empressement naturel au médecin, de cette émulation généreuse, de cette bienveillance consolatrice qui calme l'esprit et ranime le courage du malade, ils prétexteront la nécessité de leur présence ailleurs, on verra percer le mécontentement de l'amour-propre froissé; plus de feu sacré, plus de vertu professionnelle! Et qui en sera la victime? le pauvre, la société et la profession elle-même.

Nous passerons sous silence tout ce que cette création aurait d'injuste par rapport aux droits acquis, toutes les portes qu'elle pourrait ouvrir à l'intrigue et à la faveur; mais il y a un danger commun à la société et à la profession qui doit être signalé. Si le médecin ou le pharmacien cantonaux ne sont pas réélus, après les cinq années de leurs fonctions, les pauvres perdront le médecin qui avait à peine eu le temps de mériter leur confiance; ils seront voués à un nouveau venu qui sourira aux esprits changeants; mais le pauvre reconnaissant dira du médecin qu'on lui retire: il connaît mon tempérament, il m'a sauvé la vie, je ne veux pas de l'autre, et il appellera à ses frais le précédent médecin, pendant que son successeur recevra la solde de l'État. Les bureaux de bienfaisance et les abonnements des grands établissements nous en fournissent une preuve irrécusable.

De son côté, l'ex-médecin cantonal sera réduit à recommencer sa clientèle; on lui enlève les pauvres qui ont absorbé tout son temps, il n'a pu s'occuper des riches. Si le médecin doit son élection à la supériorité de son talent, toutes les classes le désireront, il absorbera toute la clientèle; les autres médecins seront inutiles, en supposant qu'il puisse y suffire. S'il en était autrement, l'indigent n'aurait-il pas le droit de se plaindre qu'on lui impose un médecin dont on ne voudrait pas pour soi?

Même danger pour la pharmacie officielle, l'officine cantonale ayant l'avantage du débit aura nécessairement la vogue et deviendra un monopole; si le titre lui échappe, une moitié de la confiance lui restera, l'autre suivra le choix de l'administration. De là concurrence déloyale au détriment du consommateur, rivalité, intrigue, position précaire pour les deux professions que personne n'oserait plus aborder.

En ce qui concerne les intérêts sociaux, cette institution laissera loin les secours de l'art aux campagnes; elle éloignera les docteurs de s'y fixer, parce que la première clientèle, celle du pauvre, sera le domaine du médecin cantonal.

Cette institution, onéreuse au budget, ne pourrait être utile qu'exceptionnellement aux centres privés de médecins, s'il y en a en France, ou même à un certain nombre de communes réunies qui sentiraient le besoin de s'imposer quelques sacrifices pour s'assurer les secours du médecin. Alors du moment où une position offrirait la possibilité d'une existence honorable, n'en doutez pas, elle sera bientôt prise. La jeunesse ardente, découragée par l'encombrement, retrouverait son zèle; au lieu d'user son ambitieuse activité dans les grandes villes ou d'aller affronter les éléments inhospitaliers de nos colonies et du Nouveau-Monde, elle accepterait la vie calme des campagnes dont elle connaît les mœurs et les habitudes qui sont celles de ses pères.

Cette institution supprimerait donc inopportunément les médecins des bureaux de bienfaisance sans pouvoir les remplacer avec avantage. Avec elle, les bureaux de bienfaisance et les pauvres ne sont plus maîtres de leur confiance, ils sont forcés d'attendre du chef-lieu ou de tout autre point du canton un secours qui est à leur porte.

Quoi qu'on fasse, le médecin résidant sera toujours de préférence le médecin de la bienfaisance locale; quoi qu'on fasse, ce sera toujours à lui qu'incomberont les premiers soins à donner aux indigents.

Comment donc remplacer cette institution des médecins cantonaux dans les rares localités où elle existe? comment obtenir un résultat supérieur à sa création dans le très-grand nombre de localités où elle n'existe pas?

---

de ce qui précède. Si le temps et l'espace nous étaient donnés à loisir, nous ne serions nullement embarrassé de faire voir que, dans tous les temps, les doctrines les plus opposées se sont étayées sur les faits, mais dont l'interprétation différait entièrement. Qu'on lise, par exemple, si on en a le courage, l'ouvrage de Stahl, THEORIA MEDICA VERA; l'autocratisme de la nature y est toujours appuyé sur les faits. Le médecin n'a réellement qu'à se croiser les bras sous sa robe doctorale. Et en vérité on ne sait alors à quoi pouvait servir la fameuse poudre tempérante et l'essence alexipharmaque du professeur de Halle. Sydenham, au contraire, agit très-activement; voici ce qu'il dit : *Mediante venæ sectione, morbifica materia penes manu et arbitrium* (DE PLEURITIDE), « à l'aide de la saignée, je puis presque *à mon gré* tirer toute la matière morbifique. » Quel langage! combien il diffère du nôtre! Lisez beaucoup d'ouvrages de nos devanciers, et surtout le traité de Hoffmann DE FATO PHYSICO ET MEDICO, EJUSQUE RATIONALI EXPLICATIONES (Halle, 1724), vous serez convaincu qu'il y a des jours critiques bien marqués dans les maladies aiguës; parcourez la plupart des ouvrages écrits depuis un demi-siècle, et l'on vous prouvera, toujours par des faits, bien entendu, que rien n'est plus chimérique.

Il est vrai, en parlant des faits, qu'il est infiniment plus facile de les colliger que d'en pénétrer le sens. Il n'appartient qu'à une forte intelligence de déterminer toute force et toute loi qui puisse expliquer et dominer la série des apparences, des symptômes et des phénomènes; bien plus, il n'est pas même donné à tout le monde de concevoir une doctrine fausse, il est vrai, mais qui entraîne et séduise, qui agite les têtes et ébranle les convictions. Pour cela, il faut autre chose qu'un scalpel, une pince, un rachitome, quelques réactifs chimiques, des mains et des yeux de chair. On trouve plus simple, plus commode, avec une certaine triture mécanique, de recueillir des faits, mais souvent épars, incohérents, ne convergeant vers aucun principe général, puis de crier haro sur l'hypothèse. On acquiert alors la réputation d'un observateur rigoureux, positif, incapable de se laisser tromper par les chimères de l'abstraction, qui veut des faits ni plus ni moins. Ceci rappelle l'histoire de ce vieux praticien routinier qui, ayant essayé fort inutilement trois ou quatre petites théories, se mit ensuite à vanter uniquement les faits, puis il ajoutait naïvement : Vous pouvez m'en croire, *j'ai dit assez d'absurdités pour m'y connaître*. Un auditeur malin lui répondit : Nous accordons la majeure, mais nous nions la conséquence. C'est ainsi qu'on voit souvent des gens se targuer de travaux qui, en définitive, sont sans valeur parce qu'ils manquent de méthode et de but.

Toujours est-il, pour en revenir à l'objet de cet article, que la pensée d'Hippocrate, exprimée il y a plus de vingt siècles, n'a rien perdu de sa force et de sa vérité. A en juger par l'apparence, nous croyons posséder une expérience sur laquelle on put toujours s'appuyer, tandis qu'en réalité elle nous fait largement défaut dans les cas particuliers. Pour que cette expérience eût toute la puissance qu'on lui suppose, il faudrait qu'elle fût réduite, au moins sur les points importants, en axiômes, en principes, ce qui serait véritablement la *science des faits*. Or avons-nous rien qui ressemble aujourd'hui à une doctrine quelconque? L'anarchie des opinions médicales n'est-elle pas flagrante, progressive, avouée. Que l'on démontre le contraire, je suis prêt à en proclamer les preuves; je me pique de sincérité et non d'infaillibilité. Que nous n'ayons pas un *critère* universel pour tous les cas, chimère des systématiques, c'est un immense *desideratum*

Pour cela, il faut instituer dans chaque commune un dispensaire qui ait à sa disposition *non-seulement un médecin disponible*, mais encore les autres moyens de secourir les malades: linge, literie, médicaments, aliments, etc., etc.

Quant au médecin, l'intérêt bien entendu des médecins de chaque canton, l'égalité confraternelle qui est le résultat de la garantie scientifique qu'ils offrent à la société, ne permettent pas de mettre en doute qu'il ne soit très-facile d'organiser le service de bienfaisance par leur association cantonale.

Les conseils cantonaux (j'entends par là les conseils institués par la constitution) diviseraient le canton en circonscriptions médicales, puis les médecins se diviseraient entre eux ces circonscriptions.

Mais comme il est nécessaire, sous le rapport administratif, que les conseils cantonaux inspectent les dispensaires, les bureaux de bienfaisance, il est aussi utile qu'une commission sanitaire existe auprès de chaque conseil cantonal, commission qui devrait être composée de deux médecins, d'un pharmacien et d'un vétérinaire, et serait élue par le corps médical et renouvelée comme les conseils eux-mêmes, mais seulement par moitié à la fois, afin que la tradition soit une force à leur constitution.

Chaque dispensaire serait confié à l'administration du bureau de bienfaisance de chaque commune, et chaque commune, nous l'avons dit, devrait pourvoir à ses besoins particuliers. Cela est très-facile pour les communes qui possèdent; mais il en est qui n'ont pas assez de revenus, d'autres qui n'en ont pas du tout. C'est alors qu'il faudra recourir à un impôt, et cet impôt ne peut être autre que des centimes additionnels. C'est une taxe des pauvres, dit-on, et pourquoi pas? Comment! depuis longtemps il est passé en usage, en loi, que des centimes additionnels sont attribués à la création, à l'entretien des chemins de grande communication, et l'on craindrait d'en imposer pour éviter la misère!

Sans doute les voies de communication sont des travaux utiles, importants, qu'il ne faut pas négliger; mais l'humanité souffrante mérite-t-elle une moindre sollicitude?

Nous le répétons donc : devoir imposé à chaque commune de soigner ses indigents, et obligation à chacune d'elles de s'imposer des centimes additionnels pour les fonds nécessaires à ce service.

Mais si, dans quelques circonstances données, la commune se trouve hors d'état de faire ce sacrifice, concours du département pour venir à son aide, concours même de l'État, si cela lui devient nécessaire.

Le principe du dispensaire admis pour chaque commune, les frais du matériel seraient en proportion des besoins et des ressources de la commune. Le personnel consisterait dans une bonne organisation du bureau de bienfaisance, dont le médecin devrait nécessairement faire partie, et auquel il faut adjoindre, soit des sœurs de charité, soit des dames de charité; car les soins à donner aux femmes et aux enfants ne peuvent être favorablement accueillis que s'ils sont distribués par des femmes.

Cette organisation est urgente; ne serait-elle que provisoire, qu'elle serait d'une immédiate utilité. Par son application, on jugerait promptement de la bonté de ses résultats, et ces résultats invoqueraient avec la même promptitude les améliorations que l'expérience pourrait consacrer. Il est bien temps d'entrer avec confiance et avec hardiesse dans la voie pratique pour atteindre dans son germe un des éléments le plus à redouter dans notre position sociale : la misère engendrée par la maladie et le chômage.

DES ASILES ET HOSPICES CANTONAUX.

Toutes les fois que le malade peut sans inconvénient être momentanément séparé de sa famille, surtout dans les maladies chroniques, les secours sont plus efficaces et plus économiques lorsqu'ils sont donnés dans des hôpitaux que lorsqu'ils sont donnés à domicile.

Autrefois l'homme de la campagne avait une grande répugnance à entrer dans un hospice; les temps sont changés. Aujourd'hui cette répugnance est affaiblie : un certain nombre regarde comme une faveur d'y être admis. Une fois reçu, celui qui y a séjourné déjà quelque temps s'empresse d'y revenir aussitôt qu'il en sent le besoin; il y en a même qui seraient tentés d'abuser de ces asiles, si l'on se prêtait à leurs désirs.

Que serait-ce donc si ces asiles étaient considérés comme la propriété de tous, comme la propriété de chacun en particulier? Si le journalier qui tombe malade prenait la bonne habitude de se rendre aussitôt à l'asile, où il est assuré de trouver des secours, il ne s'exposerait pas à voir sa maladie prendre de la gravité par la négligence de quelques jours de traitement, et si la maladie était chronique, il n'épuiserait pas toutes les ressources de sa famille, il ne contracterait pas de dettes; sa femme, ses enfants pourraient par leur travail pourvoir à leur subsistance; dans la convalescence, la misère pourrait être évitée.

Dans certaines localités, ces établissements sont en germe; plusieurs administrations d'hospices ont fait des offres aux communes environnantes pour les engager à fonder des lits; elles ont même proposé à ces communes de recevoir leurs malades indigents moyennant une rétribution quotidienne minime.

En 1814 (septembre), la commission administrative de l'hospice de Corbeil fit une proposition de cette nature aux communes environnantes, et sur ma proposition, elle l'a renouvelée depuis.

Nous avons été assez heureux pour déterminer un philanthrope éclairé de notre voisinage à fonder deux lits pour les pauvres de sa commune, bienfait dont la commune reconnaissante retire un avantage précieux.

Mais dans cette circonstance, il est un point sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention des législateurs : c'est que les droits perçus par l'État au sujet de ces fondations sont très-élevés. Cette exigence du fisc contribue beaucoup à décourager les bonnes intentions des personnes charitables en faveur des communes. Ce droit devrait être presque nul.

Il est facile d'apprécier que si l'on voulait harmoniser le service des pauvres malades pour chaque canton, ce service serait en même temps plus régulier, plus efficace, plus économique. L'agglomération des services hospitaliers offre cet avantage, que plus elle a d'importance, moins elle coûte en frais d'administration.

Ainsi un hôpital de 15 lits entraîne à peu près 30 pour 100 de frais d'administration, tandis que celui de 120 lits n'occasionne pas plus de 15 pour 100 des mêmes frais.

Chaque canton, en moyenne, renferme 14 communes; ce serait donc avec le même nombre de bureaux de bienfaisance que l'asile aurait affaire. La population étant estimée 34 millions d'habitants, le dixième serait de 3 millions 400,000 pauvres ou indigents.

Admettant un vingtième de ce nombre pour les malades, soit 170,000,

Et un vingtième pour les vieillards et infirmes, soit 170,000,

Les 2,845 hospices ou asiles cantonaux auraient en moyenne, savoir : 60 malades, 60 vieillards ou infirmes. Ensemble : 120 lits occupés.

---

que nous n'obtiendrons jamais, il faut s'y résoudre; mais possédant une masse énorme de faits individuels, pourquoi avons-nous si peu de faits *collectifs*, de principes positifs, de généralisations qui montrent les rapports des faits, leur analogie, et leur fin? Il est certain que c'est là ce qui rend notre expérience incertaine, douteuse, tâtonnante, multiple et par cela même inconséquente, tout en se tenant le plus près possible de la vérité phénoménale et de l'observation. L'oracle de Cos l'a dit, et il faut le répéter : *Experientia fallax*, puis se trouve immédiatement, *judicium difficile*, comme une conséquence rigoureuse et inévitable, grande leçon qu'il convient de méditer sans cesse. Très-chers confrères en Hippocrate, soyons modestes et réservés, marchons dans la crainte de l'orgueil, du trop de confiance dans notre expérience et dans la puissance de nos moyens; souvenons-nous toujours de ce mot inventé tout exprès pour les vrais savants : *Je ne sais pas*.

R. P.

— ANCIENNES ÉCOLES DE PHARMACIE EN ESPAGNE. Le collége de Valence a été fondé en 1327, sous le règne du roi D. Alphonse, qui accorda aux apothicaires de cette ville la faculté d'admettre tous les étrangers qui voudraient professer la pharmacie en Espagne. En 1441, les apothicaires obtinrent de la reine Dona Maria d'Aragon, la permission de se réunir en confrérie, et de se prêter des secours mutuels. La charte leur imposa l'uniformité des poids et mesures, et défendit la vente de toute espèce d'eau distillée non examinée et acceptée par le collége des apothicaires, à l'exception cependant de l'eau de rose et de l'eau de fleurs d'orangers. En 1512, il fut décidé, par le chapitre général des apothicaires, que la durée des études serait de huit années au lieu de six, comme il avait été préalablement statué, et les règlements de l'admission furent révisés. En 1601, le collége publia sa PHARMACOPOEIA VALENTINA, dont une nouvelle édition a été imprimée en 1829. Le collége de Barcelone a été fondé en 1352, et a publié une PHARMACOPOEIA en 1535.

— LONDRES, 27 décembre. — Les médecins de Londres viennent de déclarer que les affections cancéreuses et pulmonaires ont depuis quelques années fait de grands ravages qu'ils attribuent aux viandes malsaines dont on tolère l'usage. Dans les marchés de Smithfield et de Newgate, il y a, il est vrai, des inspecteurs chargés de saisir et confisquer les viandes avariées; mais le service est si mal organisé que ces inspecteurs ne peuvent en aucune façon remplir leur devoir, et de plus, dans les autres marchés à viandes, il n'y a même pas de contrôle.

— EXTASE DE 15 ANS. — Nous empruntons au MEDICAL TIMES, 21 octobre, les détails suivants : Il existe à Fanington, dans le Devonshire, un exemple des plus surprenants de la souffrance humaine. Ann Comes, fille d'un maçon nommé James Comes, est sans connaissance depuis plus de 15 ans; beaucoup de personnes pensent qu'elle est en extase. Sa mère affirme que depuis plus de 11 ans elle n'a pas pris la plus petite parcelle de nourriture. Elle est constamment couchée; un sourire placide erre sur ses lèvres, et, quoique vivante, elle ne sent ni ne voit rien. Elle a été visitée par plusieurs médecins, qui ont tous été d'avis que ce fait est un grand phénomène de la nature.

Il est reconnu que les hôpitaux pauvres sont ceux des pays pauvres, que les hospices riches sont ceux des pays riches, et que l'aisance de ces établissements existe dans la somme de leurs revenus et non dans la nature de leur capital.

En conséquence, le point important est de n'apporter aucune atteinte à leur revenu, mais bien au contraire d'en augmenter la puissance précisément pour les hôpitaux pauvres.

Il est donc nécessaire que chaque hospice actuellement existant conserve son patrimoine, ainsi que les fondations qui y sont attachées. Le plus central du canton, lorsqu'il y en a plusieurs, serait choisi de préférence, et l'on y ferait les travaux d'agrandissement et d'appropriation à la nouvelle destination avec des avances du trésor.

L'État ferait également construire, à titre d'avance, des établissements analogues dans les chefs-lieux de canton qui en sont dépourvus. Ces établissements devraient offrir tout à la fois, mais séparément, un quartier pour les malades seulement et un quartier pour les vieillards et les infirmes. Chacun de ces quartiers aurait des salles distinctes, soit pour les malades, soit pour les invalides appelés par leur position à acquitter un prix de pension ou de journées tarifées à un taux modique, soit pour répondre à des honorables susceptibilités qui ne voudraient pas recevoir l'assistance gratuite, soit pour rendre ces établissements accessibles à toutes les positions, car il en est qui ne sont ni l'indigence ni l'aisance.

Tous les bureaux de bienfaisance du canton seraient tenus de diriger les indigents malades ou leurs invalides par l'âge ou les infirmités sur ces établissements hospitaliers, en payant le prix déterminé pour chaque pension.

Divers travaux intérieurs pourraient être établis pour les invalides ; le produit leur en reviendrait par partie, et le surplus, s'il se produisait, pour l'établissement hospitalier.

Ces deux établissements, c'est-à-dire l'hospice cantonal et l'asile des pauvres, seraient rangés sous l'administration du conseil cantonal, présidé par le maire du chef-lieu, et auquel seraient adjoints les médecins de l'établissement.

A la tête de l'établissement serait un agent responsable et salarié, directeur pour l'exécution des lois et règlements dans toutes les branches du service. Puis viendrait le receveur et l'économe pour la garantie du bon ordre et de la comptabilité.

L'État ne serait appelé à aucun sacrifice, pas même de première organisation.

Il y a 2,845 cantons devant être pourvus d'un hôpital et asile, soit	2,845	établissem.
Les cantons en possèdent déjà.	1,329	
Constructions nouvelles à ériger.	1,516	
En les évaluant en moyenne à 100,000 francs tout compris, on arrive à une dépense de.	151	millions.
En travaux d'agrandissement et d'appropriation des anciens hospices, on évalue la dépense à.	50	
Total de la dépense.	201	millions.

Les hôpitaux actuels possèdent pour plus de 600 millions de biens-fonds qu'ils auraient avantage à aliéner, au point de vue de leurs revenus annuels. Qu'ils soient appelés à en aliéner seulement le tiers ; ce tiers représenterait 200 millions ; l'État accepterait à titre d'emprunt ces 200 millions, en ferait rente aux établissements qui y auraient droit, et ferait alors construire les nouveaux hospices et compléter les anciens (1). Mais nous avons fait remarquer plus haut que les établissements hospitaliers n'étaient plus appelés à donner toujours leurs soins gratuitement aux indigents, que tous les bureaux de bienfaisance, au contraire, garantissaient, et après eux la commune et l'État même, des frais de séjour ou de pension.

Il doit donc résulter une ressource certaine pour les hospices, suffisante pour le plus grand nombre, exorbitante pour beaucoup de ces établissements déjà richement dotés.

Car il existe de ces établissements qui accroissent chaque année et considérablement leur fortune, ce qui devrait autoriser l'État à se servir de cet excédant dans l'intérêt de tous.

Chaque année, d'après le compte de la situation active et passive de ces établissements, l'État veillerait pour déterminer le bénéfice net après prélèvement fait :

1° Pour les frais généraux des intérêts et de l'amortissement des prêts ou avances par l'État de tout ou partie des dépenses de première organisation de ces établissements ;

2° Du remploi en rentes sur l'État des 3/20 de l'annuel des rentes qu'ils posséderaient déjà, afin de parer à la dépréciation du signe monétaire et de doubler leur revenu en rentes au bout de quatre-vingt-quatre ans, sans apporter le plus petit trouble dans la disposition de leurs ressources ordinaires, mais au contraire pour les accroître.

Le bénéfice net ainsi déterminé, un dixième serait mis de côté, à titre de réserve, pour parer aux éventualités et aux dépenses d'entretien extraordinaires des bâtiments.

Faisant observer sur ce point qu'en cas de travaux extraordinaires pour consolidation ou augmentation de bâtiments et édifices, la dépense en serait faite sur des avances ou prêts par l'État, qui les aurait autorisés pour n'y rentrer que par voie d'amortissement imputé annuellement sur les fonds de réserve, afin de conserver le moyen de déterminer chaque année le bénéfice net pour l'établissement sur des services de chaque année.

Les neuf dixièmes restant de ce bénéfice seraient centralisés au trésor d'un fonds commun, auquel viendrait se grouper le produit des amortissements d'emprunts faits par les hospices. Sur ce *fonds commun seraient puisés les fonds à allouer aux hospices les plus pauvres par suite de l'insuffisance bien clairement démontrée de leurs ressources annuelles, des ressources des bureaux de bienfaisance et des communes du même canton.*

Admettant au surplus l'insuffisance de cette centralisation, resterait à l'État d'y pourvoir sur ses fonds généraux de secours. Des règlements détermineraient tous les éléments propres à fixer, soit le prix de la journée, soit le prix de pension pour les différentes classes de personnes reçues dans les établissements, selon le prix de revient de chaque chose dans chaque localité cantonale.

La révision de ces appréciations aurait lieu par périodes de trois années, afin que tout fût en proportion de la croissance et de la décroissance de la fortune publique du canton. Ces prix seraient notifiés aux bureaux de bienfaisance et aux communes du canton ; ils serviraient de base dans tous les rapports du service.

S'il arrivait, pour de certains cantons, que l'exiguïté des ressources locales ne permît pas d'atteindre le prix de revient fixé par l'hospice, l'État devrait tenir compte de la différence entre ce prix et celui réduit mis à la charge des localités, afin que les établissements hospitaliers soient toujours au courant.

Cette intervention n'est qu'un des moyens d'allégeance proposés ; à l'État d'en décider à l'aide de ses fonds communs.

Avec cette organisation, les hospices deviennent réellement une institution nationale, consacrée au soulagement des malades et aux misères d'infortunés souffrants et infirmes, auxquels la société doit protection et assistance.

Les secours ne s'arrêtent plus là seulement où il y a un hospice ; ils s'étendent à tout le canton, dans une juste et équitable mesure pour chacun. Les charges sacrées qui en découlent sont proportionnées aux ressources positives de chaque localité, et en cas d'insuffisance, nous le répétons, l'État enfin y pourvoit comme à une charge éminemment sociale.

ÉDOUARD PETIT (de Corbeil).

(1) Tous les chiffres insérés dans cette note m'ont été fournis par un comptable d'une capacité, d'une probité et d'une expérience remarquables.

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES SUR LA CONTAGION DU CHOLÉRA ASIATIQUE (1) ; par le docteur FOURCAULT.

Avant d'exposer une série de faits et de vérités en opposition avec des opinions qui règnent encore aujourd'hui dans le monde médical, il m'a paru indispensable de les soumettre à un examen rigoureux et impartial, afin de montrer qu'elles sont en désaccord avec les résultats de l'observation. Trop souvent les hypothèses les plus frivoles étant généralement accréditées, sont des obstacles que l'on doit renverser, si l'on veut porter la conviction dans les esprits. L'histoire de la philosophie et des sciences nous offre le spectacle affligeant de luttes prolongées pendant lesquelles les préjugés scolastiques ont arrêté trop longtemps le progrès des connaissances humaines.

Ceux dont je vais combattre les hypothèses sont très-nombreux ; considérant le choléra indien comme un véritable empoisonnement, ils cherchent le principe délétère dans l'atmosphère. N'ayant pu trouver la cause de cette affection dans l'ordre physique, ils ont pris le parti extrême de l'inventer. Ils ont créé cette cause par la puissance de l'imagination, et ensuite ils lui ont fait jouer un grand rôle dans la production et la propagation de cette affection. Ayant été contraints d'admettre des causes spéci-

(1) Lues à l'Académie des sciences.

fiques pour expliquer le développement de la variole et de quelques autres maladies éruptives, ils ont admis une entité analogue, croyant avoir trouvé l'agent mystérieux qui produit le choléra indien. Dans la seconde partie de ce travail, cette hypothèse sera réduite au néant, et j'établirai sur les résultats de la méthode expérimentale et de l'observation les relations intimes de l'asphyxie épidémique et de l'asphyxie cutanée, que je détermine à volonté sur des animaux vivants en suspendant mécaniquement la transpiration insensible. Ce fait fondamental vient d'ailleurs s'appuyer sur cette observation constante des médecins : l'influence générale de la chaleur à la peau et d'une transpiration abondante sur la guérison des malades.

Les questions que je soulève sont entièrement étrangères aux luttes de l'amour-propre. Les théories erronées dont je dois montrer les dangereuses conséquences ne sont pas nouvelles, et personne n'est intéressé à les défendre; elles sont le résultat de la méthode vicieuse introduite dans l'étude de la médecine, de la fausse direction donnée aux recherches expérimentales, de la séparation arbitraire de cette science et de la physique générale. Cependant les travaux immortels des grands physiciens d'Italie, de Galvani, de Volta, d'Aldini, de Spallanzani, les résultats, les recherches entreprises par l'Académie des sciences, ont déjà cimenté l'alliance de ces deux sciences en nous montrant la direction à suivre et le but qu'il faut atteindre. Avant de créer des abstractions pour expliquer la genèse des épidémies les plus graves, ne conviendrait-il pas de déterminer les cas où les perturbations de tous les agents physiques connus peuvent fixer les anomalies des fonctions organiques? Il existe une influence directe et immédiate des premières sur les dernières, que personne ne saurait révoquer en doute. Sans cette étude, on rompt l'enchaînement des phénomènes de l'ordre physique et de l'ordre physiologique, on s'engage dans un obscur labyrinthe, on admet des hypothèses dignes des alchimistes et des médecins du moyen âge. On voit qu'il s'agit ici d'une question de méthode, de principes et d'observation.

L'hypothèse la plus curieuse, la plus étrange, je dirais la plus fantastique, si des hommes célèbres dans la science ne l'avaient adoptée, l'hypothèse des animalcules ne peut plus aujourd'hui soutenir l'examen. Comment, en effet, imaginer la genèse d'insectes invisibles, nés dans un climat chaud et humide de l'Inde, voyageant capricieusement du midi au nord, d'orient en occident, dans les latitudes les plus opposées, allant contre les vents, s'endormant en hiver, s'éveillant au printemps, franchissant les vallées et les montagnes, suivant les fleuves, le vaste littoral des mers, marchant par sauts et par bonds, parcourant de vastes espaces en attaquant une foule de villes, de villages, en épargnant dans leurs pérégrinations un grand nombre de localités intermédiaires? Les traces que ces insectes homœopathiques laissent sur les cadavres de leurs victimes sont également invisibles comme celles de leur passage dans l'atmosphère. Quand on pense que des savants illustres, tels que Vallisnieri, Lancisi, Linné lui-même, ont admis de semblables conjectures, pour expliquer la production de la peste, on éprouve un profond découragement en se livrant à l'étude des maladies; on conçoit aussitôt qu'en admettant de semblables fables, la médecine n'est qu'un roman indigne de fixer l'attention d'un véritable observateur.

La seconde hypothèse est celle qui se fonde sur l'existence des miasmes, des principes délétères, des agents toxiques impermeables, des *semina* répandus dans l'atmosphère. La naissance, la marche capricieuse, les voyages de ces miasmes, me semblent non moins miraculeux que les pérégrinations des insectes cholérifères; comme ces derniers, ils parcourent, sans perdre de leur activité, les régions les plus opposées par leur température, leur sécheresse ou leur humidité, au lieu d'envahir successivement, uniformément les localités. La cause inconnue de l'épidémie attaque toutes les races humaines, et éprouve d'invincibles obstacles à sa marche dans un milieu homogène. S'il existait un miasme et des *semina* cholérifères, ils se reproduiraient, ils germeraient sous les mêmes latitudes, au même degré de chaleur et d'humidité, dans l'hémisphère austral comme dans l'hémisphère boréal, dans les plaines marécageuses de la Plata, du Brésil, au Pérou, à Lima, ce foyer d'infection où se décomposent et se putréfient des masses accumulées de substances organiques, comme en Égypte, sur les rives du Gange et du Mississipi; on ne verrait point ces prétendus miasmes exercer autant de ravages dans les plaines fertiles, dans des lieux salubres, que dans des localités où pourrissent des substances animales ou végétales. La même hypothèse, admise pour expliquer la cause de la peste, de la fièvre jaune et du choléra, est en désaccord avec tous les faits. On a attribué la peste à la putréfaction des cadavres, en Égypte, et au mode d'exhumation, et on la voit surgir souvent en même temps sur les côtes de la Syrie, à Constantinople et dans d'autres contrées où la même cause d'insalubrité n'existe pas. D'ailleurs, après les ravages affreux du choléra dans le Delta du Nil, en 1831, la peste ne s'est point déclarée, et après les années où elle s'est manifestée, on n'a pas vu surgir le choléra asiatique, malgré la quantité innombrable de cadavres enfouis dans le sol. Ces maladies n'ont point sévi à Paris lorsqu'on a enlevé vingt mille cadavres et leurs cercueils du cimetière des Innocents. Si l'on examine attentivement l'influence des substances végétales en putréfaction sur l'économie animale, on voit que les émanations qu'elles dégagent ne sauraient produire les effets toxiques qu'on leur attribue. Les chimistes, dans leurs laboratoires, vivent bien portants au milieu d'une atmosphère chargée du gaz qui se dégage des marais, où ils se répandent et se raréfient, étant emportés par les vents. Jamais ces gaz n'ont produit sur eux un accès de fièvre intermittente ni les symptômes de la peste. D'ailleurs, les expériences de Parent du Chatelet ont montré que la putréfaction des substances végétales, soumise à une longue macération, ne produit aucun des effets fâcheux toxiques qu'on leur a attribués. Il faut donc abandonner encore l'hypothèse des miasmes délétères et cholérifères; elle est renversée par les résultats de l'observation et par la méthode expérimentale; enfin elle est, comme je viens de le prouver, en désaccord avec tous les faits. S'il restait quelque doute dans certains esprits, imbus des préjugés qui règnent encore dans une classe peu éclairée, ils s'évanouiront entièrement devant les faits que je vais bientôt exposer. On verra qu'il faut cesser définitivement d'admettre des hypothèses gratuites, également en opposition avec les lois physiques et les lois physiologiques, et qui tendent, comme je l'ai déjà dit, à voiler, à prolonger notre ignorance.

Les recherches statistiques, faites en 1832 par la commission chargée de suivre la marche du choléra dans le département de la Seine, viennent confirmer tous ces faits. Cette commission a parfaitement établi que, dans les lieux où se dégagent des effluves de matières animales et végétales en putréfaction, comme à Montfaucon, et dans les environs de Paris où ces matières sont déposées et où elles passent par tous les degrés de décomposition, les populations vivant au milieu de cette atmosphère ont été épargnées par l'épidémie. Le passage suivant atteste que dans ces lieux elle avait perdu presque toute sa puissance : « Cette nouvelle enquête a confirmé que partout le choléra s'est joué des prévisions humaines, que partout *il a donné un démenti aux opinions généralement reçues*, et mis en question ce qui paraissait le plus solidement établi; c'est souvent dans les villages les plus salubres et les mieux disposés qu'il s'est plu à exercer ses ravages, tandis qu'il a laissé à peine quelques traces dans des localités que l'on signalait *comme des foyers d'infection et la source de toutes les maladies* (1). »

En présence de tous ces faits, l'homme qui a conservé l'intégrité de sa raison, dont l'esprit n'est point égaré par les préjugés qui règnent dans les écoles, abandonnera les chimériques hypothèses qu'elles ont consacrées; le médecin étudiera les grandes perturbations des agents qui nous environnent, dont l'existence est constatée par la méthode expérimentale comme par tous les phénomènes de la nature; il reconnaîtra l'influence soudaine, lente, graduée de la perturbation dans les êtres organisés et sur notre système sensible.

La contagion est la troisième hypothèse au moyen de laquelle on a cherché à expliquer les voyages périodiques du choléra, en Europe, depuis quelques années; on l'a vu régner dans des caravanes, sur des pèlerins couchant sur un sol humide, sur des armées en campagne; et au lieu d'étudier les effets qu'il produit sur ces pèlerins, sur des soldats au bivouac exposés aux intempéries de l'atmosphère, on a préféré admettre le système de la contagion et des mesures sanitaires.

Ainsi on a vu une caravane venant de la Mecque en Égypte, dans un état sanitaire remarquable, être cernée par des soldats atteints eux-mêmes du choléra épidémique. Il avait donc précédé cette caravane en envahissant le Delta du Nil. D'ailleurs sa marche rapide dans toute l'Égypte éloigne toute idée de contagion et d'infection; suivant le témoignage de Clot-Bey, il a pénétré dans les lieux qui n'avaient eu aucune relation directe ni indirecte avec les individus qui avaient communiqué avec les personnes venant de Suez; une stricte quarantaine n'a pu préserver les harems; dans le port et la rade d'Alexandrie, les marins n'ayant eu aucune communication avec les malades ni avec les pèlerins, furent atteints avec violence par l'épidémie; 500 bedouins campés près d'Abou-Zabel ont éprouvé le même sort, malgré les précautions les plus strictes prises pour les garantir de toute communication dangereuse; 120 d'entre eux ont été victimes de ce fléau; il n'a pas épargné les personnes qui se sont réfugiées sur des barques au milieu du Nil, évitant avec soin toute relation suspecte, et on l'a vu décimer les populations de plusieurs villages, communiquant sans cesse avec d'autres villages dont les habitants n'ont rien ressenti, et ont été préservés de ce fléau; enfin, dans l'hôpital du Caire, plus de 100 infirmiers, sans cesse occupés à frictionner les malades, à leur donner des soins, sont restés bien portants, pas un seul n'a été atteint. Il en a été de même de ceux de Mansaura, de Damiette; dans ce dernier, sur 60 servants un seul a été malade.

Les mêmes observations ont été faites dans l'Inde, en Russie, en Alle-

(1) RAPPORT SUR LA MARCHE ET LES EFFETS DU CHOLÉRA-MORBUS DANS PARIS ET LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE, chap. XII, p. 175.

magne, en Pologne, en France ; l'immense majorité des faits atteste que le choléra asiatique n'est pas contagieux, et si des faits mal interprétés, douteux, ont pu entretenir une fatale erreur, aujourd'hui elle ne règne plus dans le monde médical. Quant à moi, quatre fois à des époques différentes et dans diverses localités je me suis exposé à la contagion et ma santé n'a point été altérée. Combien de médecins, d'infirmiers, de sœurs de charité, de parents affligés ont vu s'évanouir leurs doutes et leurs craintes auprès des malades ! En faisant la statistique du choléra en 1832, en France, j'ai pu constater que plus de huit cents communes, dont la population est de 1,000 à 4,000 habitants, ont eu 2 ou 3 décès par suite du choléra, et cependant il est resté dans ces communes à l'état sporadique ! Malgré les soins empressés qui ont été prodigués aux malades par les médecins, les gardes et les parents, l'épidémie par voie de contagion n'a pu surgir dans toutes ces localités.

Ainsi que je vais bientôt l'établir, le plateau central de la France, composé essentiellement de terrain primitif, sur lequel vit une nombreuse population, a été entièrement préservé de l'épidémie qui a régné à deux époques différentes dans le nord et le midi de la France ; cependant une foule de malades, d'individus ayant eu des communications avec eux sont venus habiter les départements qui occupent ce plateau, et l'épidémie ne s'y est point développée. Lyon, qui repose aussi sur une roche cristalloïde, ce qui a été démontré par le forage d'un puits artésien, en a aussi été préservé, et cependant il était en communication continuelle, au moyen de la navigation avec le Delta du Rhône, alors ravagé par le choléra. D'après le témoignage de M. de Gasparin, membre de l'Académie des sciences, alors préfet de Lyon, une foule de malades y venaient de toutes parts, sans y produire les effets attribués à la contagion. Quant aux cas qui apparaissent fortuitement dans les contrées placées sous l'influence de la cause générale, on ne peut les considérer que comme des coïncidences ; ils peuvent être attribués aussi aux effets de la terreur et à d'autres causes qui agissent sur une population soumise à l'influence de la première. Ces faits porteront sans doute la conviction dans l'esprit des hommes exempts de préjugés trop enracinés ; quant à ceux chez lesquels une idée fixe ne cède ni à l'autorité de l'expérience ni à celle du raisonnement, il convient dans leur propre intérêt de ne pas chercher à ébranler leurs convictions, leur erreur ne pouvant devenir contagieuse.

Si toutes les hypothèses émises jusqu'à ce jour par les médecins sont complétement en désaccord avec les faits observés, il faut donc remonter, comme nous l'avons déjà fait avec quelque succès, aux causes physiques générales agissant sur la matière brute et sur celle qui compose les corps organisés ; en suivant cette voie, on ne trouverait sans doute pas la solution de tous les problèmes qui se rattachent à l'étiologie des épidémies, mais au moins on sortirait d'un cercle vicieux. A des hypothèses qui rappellent celles du moyen âge succéderaient les théories positives, et le flambeau de la physique nous montrerait les erreurs que nous devons écarter et les vérités nouvelles qui doivent les remplacer.

Si l'on trouvait ces preuves insuffisantes, si de nouvelles objections pouvaient être présentées par les contagionistes en faveur de leur opinion, il serait facile, ce me semble, si les faits contradictoires étaient bien observés, de montrer l'inanité d'une semblable opinion. Un exemple justifiera cette assertion. M. le docteur Paillard a voulu connaître le nombre des cholériques sortant de chaque maison, entrés à l'Hôtel-Dieu du 26 mars au 31 mai ; voici le tableau :

Une seule maison a donné. . . .	13	malades
Une autre maison	10	—
Cinq maisons ont fourni chacune.	9	—
Trois maisons	8	—
Deux maisons	7	—
Neuf maisons.	6	—
Quatorze maisons	4	—
Soixante-six maisons.	3	—
Deux cent vingt maisons.	2	—

Il est clair que si le choléra se fût propagé par la voie de contagion ou d'infection, on aurait constaté un rapport inverse ; il est évident que dans ces deux cent vingt maisons de Paris, comme dans les huit cents villages ou villes de France où le même nombre de cholériques a été observé, la maladie n'a pu devenir épidémique, est restée à l'état sporadique, malgré la fréquence, la multiplicité des communications. Cependant un médecin belge a présenté le tableau qui précède, comme une preuve décisive en faveur de la contagion du choléra.

Aux faits qui démontrent la non-contagion de cette maladie, on peut encore ajouter les expériences tentées en Pologne par M. le docteur Foy ; cet observateur s'inocula du sang sortant de la veine d'un cholérique ; il a respiré l'haleine de ce malade, goûté, avalé les matières vomies, et sans aucun résultat fâcheux. D'autres faits attestent non-seulement que la contagion ne joue aucun rôle dans la propagation du choléra ; mais ils tendent à prouver que l'atmosphère n'est pas le seul véhicule de la cause qui le produit. D'après le témoignage de M. le docteur Cherrat, pendant l'épidémie de 1832, 40 à 50 blanchisseuses de Viroflay vinrent travailler chaque jour à Chaville, alors cruellement ravagé par cette épidémie. Cependant aucune de ces ouvrières n'en fut atteinte, malgré les fréquentes communications qu'elles avaient avec les cholériques et leurs familles. Pendant la recrudescence du choléra, Viroflay, à son tour, fut horriblement maltraité, et beaucoup de ces blanchisseuses succombèrent, tandis que d'autres allant à Chaville où cette affection avait disparu, ne purent la reproduire bien qu'elle régnât encore à Sèvres.

Dans l'histoire géologique du choléra en France, nous rapportons un fait non moins remarquable : pendant qu'il régnait dans le bassin de Paris, le midi de la France étant dans les conditions sanitaires les plus favorables, une seule ville, Arles, située dans le delta du Rhône, en fut atteinte ; la mort y exerça ses ravages, et malgré les communications incessantes entre cette ville et les villages circonvoisins, l'épidémie n'a point franchi son enceinte.

Ceux qui font voyager au gré de leur imagination le principe de la contagion, les miasmes, les effluves et les insectes cholérifères, nous indiqueront sans doute la voie que ces entités ont suivie pour se rendre à Arles. Ces observations, auxquelles je pourrais au besoin ajouter d'autres preuves non moins décisives, achèvent de montrer l'inanité de ces conceptions.

Dans l'intérêt de la science et de l'humanité, nous devons indiquer les cas exceptionnels, très-rares, où le choléra devient contagieux lorsqu'il s'unit au typhus. Si les faits nous forcent à rejeter l'influence toxique des substances organiques en putréfaction, les faits nous obligent aussi à admettre l'action délétère des effluves animales qui ont reçu une pernicieuse activité dans quelques maladies, et notamment dans le typhus ayant acquis un haut degré d'intensité. L'histoire des assises noires d'Oxford au seizième siècle, montre l'activité pernicieuse de ces effluves. « Des prisonniers entassés dans des cachots mal aérés et malsains sont affectés d'une fièvre » maligne appelée fièvre des prisons ; ils sont amenés au tribunal devant » leurs juges, c'était au mois de juillet, tous les individus présents à ces » assises, magistrats, jurés et témoins tombent malades le troisième jour » et périssent au nombre de 300 ; et cependant ni les magistrats, ni les ju» rés, ni les témoins n'avaient été en contact avec les prisonniers. Un fait » semblable eut lieu aux assises de Cambridge, en 1521, et à une autre » époque aux assises de Old-Bailey (1). C'est donc à l'infection atmosphé» rique et non à la contagion que l'on doit rapporter la mort de tous ces » individus. »

L'alliance du typhus et du choléra peut donner lieu à de semblables anomalies ; la maladie offre alors des caractères particuliers indiquant cette complication, et que le médecin doit connaître afin de préserver la santé publique d'une atteinte dangereuse. On le voit, cette question mérite de fixer toute notre attention. Les faits que je vais rapporter nous conduiront peut-être à la solution définitive d'un important problème.

Depuis longtemps, on sait que *la Topaze*, frégate anglaise, venant de Calcutta, de Manille, communiqua en 1829, à l'île de France, une maladie qui y fit de grands ravages ; le caractère de cette affection ne fut connu qu'imparfaitement, par suite d'une imprudence du médecin chargé de constater l'état sanitaire de cette frégate. Les faits m'ont été rapportés par M. Guillemeau, médecin français exerçant alors sa profession dans cette île et aujourd'hui à Paris ; avant d'avoir recueilli son témoignage, et d'après les notes de M. Moreau de Jonnès, j'avais reconnu le véritable caractère de cette affection ; mais cependant il me restait quelques doutes et j'éprouvais le besoin de les dissiper. Je suis heureux de pouvoir élucider la question, en posant définitivement un principe qui peut nous servir de guide. Voici les faits que M. Guillemeau a bien voulu me communiquer : au moment où *la Topaze* envoya à terre quelques hommes de son équipage, l'île Maurice était dans les conditions de salubrité qui ne laissaient rien à désirer ; d'ailleurs, à sa connaissance, jamais aucun fléau épidémique ne l'a ravagée ; les fièvres intermittentes y sont très-rares et généralement importées par des vaisseaux venant de contrées insalubres ; le sol de l'île est volcanique, la température y est douce et le thermomètre de Réaumur, dans les deux saisons de l'année, oscille ordinairement entre 5 et 28 degrés au-dessus de zéro, et sans offrir de violentes perturbations. La phthisie y est fréquente et les lésions organiques du foie n'y sont pas rares.

La maladie notoirement transmise par la frégate anglaise, et communiquée de proche en proche, par voie d'infection, aux habitants de cette île, était caractérisée par les symptômes suivants : les traits s'altéraient profondément, les yeux s'enfonçaient dans les orbites, la face était pâle, amaigrie ; à la marche chancelante des individus que l'on voyait se promener dans la ville, on prévoyait leur chute et leur mort soudaine. D'abord la maladie a duré quelques heures, puis quelques jours, ensuite quelques semaines, et les malades épuisés à la fin de l'épidémie ont souffert plus d'un

(1) Bureaud Riofrey. — Londres ancien et moderne.

mois et finissaient souvent par succomber. Il survenait des vomissements *aqueux*, parfois verdâtres, un dévoiement abondant de matières analogues à l'eau de riz, et, consécutivement, ces excrétions devinrent parfois bleuâtres et noirâtres; des crampes très-douloureuses se manifestaient aux extrémités inférieures et supérieures; le refroidissement de la peau était général; des sueurs abondantes, mais visqueuses s'établissaient, et enfin, dans un certain nombre de cas, la suppression de l'urine, la cyanose ont été observées. La chute des forces était rapide, le pouls était petit, fréquent et filiforme.

Mais lorsque la maladie se prolongeait, les symptômes du typhus remplaçaient ceux du choléra. La tête était douloureuse, l'abattement considérable; le ventre s'affectait visiblement; la pression à l'estomac et au côté droit de l'abdomen était douloureuse; la langue, souvent sèche et fendillée, était couverte d'un enduit brunâtre; elle était recourbée et rouge sur ses bords, à sa pointe; un délire prolongé s'emparait des malades, et les soubresauts des tendons se manifestèrent dans un grand nombre de cas: tels sont, avec l'émaciation, les symptômes qui caractérisèrent cette seconde période.

Après les accidents cholériques, les cadavres offraient des lésions peu remarquables; mais après les accidents typhiques, on observait une rougeur intense de la membrane muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle, et des ulcérations se remarquaient sur cette membrane, à l'iléon, non loin de la valvule iléo-cœcale.

La maladie a exercé ses terribles ravages pendant quatre mois sur tous les habitants de l'île, sans distinction de race, d'âge ni de profession. Cependant la race noire paraît avoir eu à déplorer la perte d'un plus grand nombre de victimes.

On sait que ce *choléra typhoïde* s'est propagé à l'île Bourbon, et, suivant tous les rapports, par voie d'infection; il conviendrait donc de rectifier une erreur exprimée en ces termes dans le rapport de la commission de l'Académie de médecine de Paris, relativement à la question si importante de la contagion: « La frégate (*la Topaze*) aborda à Manille, au » Port-Louis, de l'île de France, et le *choléra* qui régnait à bord se com- » muniqua rapidement à la population du Port-Louis, où, en six semaines, » il fit périr 6,000 hommes. »

Puisse cet exemple, ce fait remarquable et exceptionnel, fixer l'attention des médecins sanitaires et de la haute administration, sans provoquer des mesures généralement inutiles, nuisibles, arbitraires. Je le répète, en terminant, le choléra n'est pas contagieux lorsqu'il n'est point uni au typhus. La fièvre jaune et la peste suivent sans doute aussi les mêmes lois.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE SUR UN PROCÉDÉ POUR PRATIQUER LES CONTRE-OUVERTURES; par M. DIDAY, chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens) de Lyon.

§ Ier.

Le procédé que je propose ne se recommande pas seulement par la facilité et la promptitude qu'il donne au manuel opératoire, son effet est aussi d'augmenter dans une proportion notable les chances que le chirurgien fonde, pour la guérison, sur l'exécution de la contre-ouverture. Afin de bien apprécier ses divers avantages, je dois donc rappeler d'abord en deux mots dans quelles circonstances et pour quels motifs on pratique, en général, des contre-ouvertures.

Toutes les fois que, malgré une première ponction, du pus se trouve retenu, en plus ou moins grande quantité, dans un abcès, kyste, fistule, sinus, clapier, etc., sans avoir pu en être expulsé par la compression, les injections, la situation, l'agrandissement de l'incision, il est indiqué de lui ouvrir une ou plusieurs issues supplémentaires. J'en excepte, bien entendu, les foyers de dépôts chauds ou phlegmoneux, où le recollement s'opère, en général, par les seuls efforts de la nature et avec une rapidité que l'art parvient rarement à imiter dans les cas d'affection chronique.

Puisque la contre-ouverture est commandée par la nécessité d'empêcher le pus de fuser, elle devra, pour être fructueuse, offrir à ce liquide une voie d'évacuation telle qu'il ait plus de propension à se porter vers elle qu'à s'infiltrer dans les tissus ambiants. Ces diverses conditions sont indispensables à remplir si l'on veut réaliser entièrement ce but. Il faut:

1° Que le canal artificiel que va créer la contre-ouverture ait son orifice interne situé sur la limite même que le décollement a atteinte au moment où l'on opère; sans cela, le pus serait forcé de remonter contre sa pesanteur pour enfiler ce conduit; il ne s'y engagerait par conséquent qu'en minime quantité, et sa plus grande partie, stagnant dans le cul-de-sac laissé par cette dérivation mal placée, entretiendrait nécessairement le décollement et l'augmenterait peu à peu;

2° Que le canal de contre-ouverture parcoure les tissus qu'il traverse dans la direction la plus propre à permettre le libre écoulement du pus; c'est-à-dire, autant que possible, dans le sens que le poids même de ce liquide tendrait à lui faire suivre, dans l'attitude que garde le malade. Cette condition complète l'effet de la précédente. Un exemple en va faire sentir l'importance. Les bubons inguinaux suppurés ont une grande propension à produire des décollements, et ce décollement existe le plus ordinairement en dedans, c'est-à-dire du côté du pli génito-crural. Là, en effet, le pus se fraye sous les téguments un chemin d'autant plus facile que son seul poids l'y attire dans la situation, forcée alors, du décubitus dorsal, et que, d'autre part, le tissu cellulaire lamelleux et sans graisse de la région favorise à merveille l'infiltration. Or, si dans un clapier de cette espèce, vous faites la contre-ouverture par une ponction pratiquée *perpendiculairement* à la surface de la peau, quelque large qu'elle soit, souvent le décollement continuera, parce que le liquide serait contraint, pour s'y engager, d'abandonner la ligne verticale où l'action de la pesanteur l'entraîne malgré la résistance des tissus. Pour le dévier efficacement, il faut que la voie artificielle soit, elle aussi, *verticale*; et assez fréquemment on n'y peut parvenir qu'en perçant la couche des tissus, non pas *directement*, mais *obliquement*; le chemin, il est vrai, est alors plus long, mais il devient, par compensation, beaucoup plus accessible;

3° Que l'incision soit aussi large qu'il peut être nécessaire pour l'évacuation du pus. Disons cependant, en résumant les deux conditions déjà stipulées, que si on lui donne une *situation* et une *direction* convenables, l'ouverture de nouvelle formation pourra, quoiqu'à diamètre bien moindre, faciliter tout aussi avantageusement la sortie de la matière purulente. Ici, comme ailleurs, une bonne administration peut réaliser, sans préjudice, des économies notables;

4° Que le trajet qu'on veut ouvrir au pus soit en ligne droite, sans sinuosités, et d'un diamètre aussi égal que possible dans toutes ses parties;

5° Enfin, que le procédé donne au chirurgien la facilité d'introduire, non pas seulement entre les lèvres de la plaie cutanée, mais dans toute l'étendue du canal qu'il vient de forer, une mèche de charpie ou de linge, précaution indispensable pour en assurer la perméabilité ultérieure, en prévenant l'inopportune réunion de ses bords par première intention.

§ II.

Si l'on m'accorde l'utilité, la nécessité des conditions précédentes, leur seul énoncé doit suffire à prouver le besoin d'une correction dans la pratique généralement suivie en fait de contre-ouverture. Il n'est pas, en effet, aujourd'hui (je le démontrerai tout à l'heure) un seul auteur qui exécute cette opération autrement qu'en faisant saillir plus ou moins médiatement le point qu'il veut inciser, sur une sonde cannelée, introduite par la plaie déjà existante, puis en coupant de dehors en dedans, soit couche par couche, soit en le piquant jusqu'à ce qu'il ait rencontré avec le bistouri l'extrémité de cet instrument. Qui ne comprend, et qui n'a souvent éprouvé par soi-même les embarras et l'insuffisance d'un tel procédé? C'est la sonde seule, n'est-il pas vrai, qui peut vous servir de guide; or, à cause de la direction du clapier, ce guide est parfois si profondément situé qu'à peine le pouviez-vous sentir avec le doigt avant de commencer. Aussi, voit-on beaucoup de chirurgiens, même des plus habiles, hésiter à opérer dès qu'il faut, pour atteindre le foyer, traverser ainsi une certaine épaisseur de parties molles. S'y sont-ils décidés, ils font d'abord une *large* incision de la peau pour se donner du jour, et choisissent, afin de simplifier, le point *le plus saillant* du foyer, le plus éloigné par conséquent de la limite du décollement. Malgré ces précautions si préjudiciables, nous l'avons vu, à l'effet curatif de l'opération, trop souvent encore le bistouri marche au hasard, s'égare de côté et d'autre, coupe plus et ailleurs qu'il ne faudrait. Bientôt le sang vient masquer la direction à suivre; le doigt porté à chaque instant pour se reconnaître au fond de la plaie, ravive les douleurs du patient. On s'impatiente, on veut en finir; la sonde cannelée, poussée par le chirurgien avec une force dont, heureusement pour lui, les assistants ne peuvent juger, fait plus de la moitié du chemin en contondant, et vient enfin victorieusement sortir par la plaie récente. Elle sort! tout est dit pour les spectateurs. Mais cette sonde, instrument mousse, n'a pu percer qu'un canal étroit, la mèche de linge qu'on doit ensuite mettre pour maintenir béante la contre-ouverture, n'enfilera par conséquent presque jamais cette partie du trajet, et le but de l'opération aura ainsi été manqué!

Dans ce tableau, qu'on pourrait justement intituler: *Mémoires secrets des contre-ouvertures*, j'ai à dessein rassemblé les fautes, omissions, légèretés qui se peuvent commettre en pareille circonstance. Il n'est donc pas besoin d'avertir que je n'en prétends aucunement faire le portrait de la manœuvre habituelle de tous nos chirurgiens. Mais qu'on n'aille pas

non plus le considérer comme une peinture de fantaisie, sans application possible. J'ai rarement vu, en fait de petite chirurgie, d'opérations plus laborieuses, moins faciles à régler d'avance, que les contre-ouvertures, du moins celles où il faut inciser à une certaine profondeur, et tel qui me taxera tout haut d'exagération, s'est peut-être déjà reconnu dans ces lignes. Mais l'aveu que je sollicite sera d'autant plus difficile à obtenir, que chacun sent ici sa responsabilité couverte par l'impossibilité des preuves. Qui pourrait dire ce que les regards de l'amphithéâtre, les exigences du *cito*, je ne sais quelle impatience égoïste font journellement commettre aux plus grands chirurgiens de contusions, de déchirures, d'incisions inutiles, d'aventureuses trouées, quand ils se sentent libres d'agir *sous le couvert de la peau!* Dupuytren avait, dit-on, la main légère en sondant, et, de fait, le cathéter semblait sous ses doigts glisser comme de lui-même; on le voyait pénétrer presque par son seul poids, et tels étaient les constants succès du chirurgien en chef, que ponctions de la vessie et cathétérisme forcé étaient des mots inconnus à l'Hôtel-Dieu!.... Mais sous cette main si douce aux yeux des élèves, que ressentait le patient, qu'exprimait son visage? Les souvenirs de cette époque ne sont pas encore muets aujourd'hui; mais ce n'est point à moi, disciple de ce grand maître, qu'il appartiendrait de les réveiller ici. De même, n'approfondissez point, si vous tenez à garder votre admiration, l'anatomie pathologique de telle contre-ouverture, enlevée devant vous en deux coups de bistouri!

J'ai discuté et critiqué jusqu'à présent dans l'hypothèse que le procédé ci-dessus est celui qu'emploient le plus ordinairement les chirurgiens. C'est ce qu'il me reste maintenant à démontrer. Or la tâche ne sera ni longue ni ardue; car je n'aurais pour cela qu'à laisser parler nos classiques, s'il n'était plus simple encore d'y renvoyer le lecteur. Consultez les plus importants d'entre eux, soit par leur réputation, soit par la date toute récente de leurs publications; partout vous verrez uniformément décrite l'une ou l'autre des deux manières suivantes: ou bien inciser couche par couche la peau et les parties sous-jacentes jusqu'à ce que l'instrument tranchant touche la sonde cannelée qu'on avait d'abord introduite par l'ouverture déjà existante; ou bien, pour les praticiens plus hardis, plonger d'un seul trait la pointe du bistouri à travers les tissus et jusque dans la cannelure. Dans les deux cas, faire ensuite sortir la sonde conductrice, et dilater, s'il y a lieu, sur elle l'ouverture qu'on vient de faire. C'est là l'unique conseil que donnent Boyer (TRAITÉ DES MAL. CHIRURG., 5ᵉ édit., 1844, t. I, p. 537), M. Bourgery (TRAITÉ DE PETITE CHIRURG., p. 310), M. Velpeau (NOUV. ÉLÉM. DE MÉDEC. OPÉR., 2ᵉ édit., 1839, p. 414), Dupuytren (DICT. DE MÉDEC. ET CHIR. PRAT., en 15 vol. t. Iᵉʳ, p. 49), M. Nélaton (ÉLÉM. DE PATHOL. CHIRURG., t. Iᵉʳ, p. 83), M. Jamain (MANUEL DE PETITE CHIRURG., 1844, p. 333), M. Malgaigne (MANUEL DE MÉD. OPÉRAT., p. 109), Sanson (NOUV. ÉLÉM. DE PATHOL. MÉD.-CHIR., 4ᵉ édit., t. Iᵉʳ, p. 152).

Nous ne mentionnerons qu'en les nommant d'autres auteurs, tels que Dionis, Hévin, Callisen, Lassus, M. Vidal (de Cassis), Bérard et M. Denonvilliers, Samuel Cooper, etc., etc., qui se bornent à indiquer l'opération de la contre-ouverture sans entrer dans aucun détail sur son exécution, et pour lesquels, par conséquent, les procédés précédents ont sans doute force de loi.

D'autres préconisent un moyen différent pour faciliter cette ponction. Ils veulent qu'on laisse rassembler d'avance le pus dans le foyer, afin que son accumulation distende la poche et permette au chirurgien de la percer sans l'intervention d'un conducteur. Mais ce secours, excellent adjuvant d'ailleurs dans les cas faciles, serait notoirement impuissant dans les circonstances précisément où un auxiliaire serait le plus nécessaire, c'est-à-dire lorsque le point du foyer où il faut établir une contre-ouverture est séparé de l'extérieur par une masse un peu considérable de parties molles. J'en dirai autant des injections poussées dans la poche purulente un moment avant d'opérer afin de faire faire saillie à celle de ses parois que l'on veut inciser.

La difficulté d'opérer régulièrement et fructueusement avec ces procédés imparfaits n'a pas échappé à tous nos auteurs. « Une grande habitude et un tact très-exercé, dit formellement l'un d'eux, sont nécessaires pour reconnaître à travers une épaisseur quelquefois considérable de parties la cannelure de la sonde et pour y plonger directement le bistouri. » (Sabatier-Dupuytren, 1832, t. Iᵉʳ, p. 262.) Il est regrettable qu'une notion aussi saine des obstacles qui se présentent alors n'ait conduit ce même auteur, pour en triompher, qu'à prescrire d'inciser dans un temps préalable les téguments, afin de mieux reconnaître ensuite la présence de la sonde cannelée vers laquelle on doit enfoncer le bistouri.

§ III.

Ces procédés, on le voit, sont passibles d'objections nombreuses et diverses; mais une cause commune à tous explique leurs défauts: c'est la règle qu'ils prescrivent de pratiquer la contre-ouverture en divisant les tissus de l'*extérieur à l'intérieur*. Témoin de ces imperfections pendant mes études chirurgicales, j'eus personnellement à en souffrir, lorsque les occasions, si fréquentes dans un service de vénériens, se présentèrent à moi d'appliquer sur ce point de thérapeutique les préceptes de mes maîtres. Ce fut donc à propos des bubons suppurés et décollés, et des sinus parfois très-longs et très-profonds qui en résultent, que je songeai d'abord à la manœuvre dont je propose aujourd'hui l'application à tous les cas où une contre-ouverture est nécessaire.

Soit donc, par exemple, un foyer de l'aine, déjà incisé, mais dont il s'agit actuellement de perforer la paroi dans un second point plus déclive, pour empêcher la stagnation du pus. Après avoir reconnu au moyen du stylet boutonné la direction et l'étendue du sinus, je prends un petit trocart dit à ponction exploratrice, de deux millimètres et demi environ de diamètre, instrument d'un usage habituel pour tout chirurgien soigneux et prudent. Je laisse la tige dans la canule, mais sans l'y enfoncer jusqu'au bout, et de manière à ce que l'extrémité pointue ne fasse point saillie hors du tube d'argent. Le trocart ainsi chargé et bien graissé est conduit absolument comme un stylet, dont il offre du reste le volume, jusqu'à la limite du décollement. On reconnait qu'il l'a atteinte, soit par l'impossibilité de l'enfoncer plus avant, soit en s'assurant s'il est engagé sous la peau à la même profondeur où avait d'abord pénétré le stylet.

Lorsqu'on a constaté que l'extrémité est placée convenablement, on fait saillir la pointe aiguë en poussant la tige. L'instrument mousse est alors converti en perforateur; mais avant de le plonger à travers les tissus, il faut décider, d'après les considérations précédemment énoncées, quelle direction, quel degré d'obliquité on veut donner au conduit de décharge. Ceci étant bien déterminé, on pousse dans ce sens le trocart d'un coup sec et même avec quelque brusquerie, et sa pointe parait au dehors dans l'endroit désigné. Une pression exercée à ce moment dans le voisinage avec le doigt de l'autre main a empêché les parties de fuir devant la pression du trocart, et fourni à l'action de celui-ci un point d'appui qui rend la ponction plus aisée. Cela fait, on retire la tige de dedans la canule.

La voie dès lors est tracée; mais le plus souvent elle ne serait pas suffisamment praticable. Il faut donc presque toujours la dilater au moyen de l'instrument tranchant. Pour cela, je place la pointe d'un bistouri droit dans le bout de la canule qui vient de se présenter au dehors; et, par un mouvement d'ensemble bien combiné, en poussant le premier en même temps que je retire la seconde, j'élargis et la plaie tégumentaire et la totalité du trajet qu'avait frayé le trocart. On comprend que les dimensions en largeur comme en longueur à donner à cette incision ne doivent point m'occuper ici; elles varient bien entendu selon les cas, mais l'important est que leur détermination est, dans ce procédé, tout à fait à la disposition du chirurgien.

Reste enfin à introduire la mèche, et à l'introduire, ne l'oublions pas, dans toute l'étendue du trajet de nouvelle formation. Ce complément essentiel, et qui pourtant s'accomplit si souvent d'une manière illusoire dans le procédé ordinaire, a ici son exécution aussi facile qu'elle est sûre et parfaite. Il suffit pour cela de faire d'abord sortir la canule par la plaie qu'elle vient de faire à la peau. On place alors en travers de l'extrémité de la canule la mèche de linge ou de charpie; on l'y fixe en y enfonçant de quelques millimètres l'extrémité pointue de la tige. Enfin on retire d'une main la canule ainsi chargée par l'ouverture d'entrée, tandis que de l'autre on pousse la tige qui ne doit pas abandonner la canule, puisqu'elle y maintient la mèche double, mouvement simultané semblable à celui qui tout à l'heure, guidait le bistouri. Au moment où l'on pense que le linge a pénétré assez profondément, il suffit, pour le fixer à la place où il est arrivé, de le retirer avec deux doigts pendant qu'on retire la canule par l'ancienne ouverture, et d'extraire enfin la tige du trocart par la plaie récente. Il s'entend de soi-même que cette description, à dessein allongée pour plus de clarté, ne saurait donner une idée du peu de temps que demande toute l'opération.

Quoiqu'il puisse paraître superflu, après tout ce qui précède, de revenir sur les avantages de ce procédé, je ne veux cependant point laisser ignorer que l'expérience m'a, depuis deux ans, confirmé de la manière la plus constante leur réalité. Si, lorsqu'il n'y a qu'une mince couche de parties à percer, il ne se recommande guère que par la rapidité de son exécution, sa supériorité ressort décisive et incontestable, sous le double rapport de la sûreté et de la facilité, quand il faut traverser une certaine épaisseur de tissus. Ce n'est pas là, du reste, un mécanisme sans antécédents en chirurgie, et sur lequel on ne puisse porter un jugement d'après l'analogie; car il n'est, à le considérer dans son action spéciale, que l'un des membres d'une famille très-naturelle et fort nombreuse en médecine opératoire: je veux parler de la grande classe des incisions ou ponctions exécutées *de dedans en dehors*. Si pour ouvrir un abcès on plonge de prime abord le bistouri dans son intérieur, si, voulant tailler un lambeau, on commence par traverser le membre avec le couteau, si l'on se sert de la sonde à dard

introduite par l'urètre, afin d'ouvrir avec sécurité la vessie par l'hypogastre, si, pour inciser la prostate dans la taille périnéale, on a préalablement porté le lithotome caché jusque dans la vessie, cette conduite est toujours la conséquence d'un choix raisonné. Le chirurgien sait fort bien qu'il eût pu diviser les parois de l'abcès de dehors en dedans, circonscrire le lambeau en allant de la peau vers l'os, diviser couche par couche la paroi abdominale jusqu'à la vessie, fendre le prostate d'avant en arrière avec le couteau de Chéselden ; mais il préfère ordinairement procéder de dedans en dehors, parce qu'il peut ainsi accomplir en toute sûreté et vitesse le temps le plus difficile, et qu'en outre ce premier pas lui sert ensuite de guide pour le reste de l'opération. Ainsi, pour ce qui est spécialement de la contre-ouverture, où le point scabreux consiste à faire parvenir *hors de la vue* le bistouri jusqu'au contact de la sonde cannelée, le procédé ci-dessus, que je rattache à la grande classe des incisions de dedans en dehors, surmonte incomparablement mieux qu'un autre la difficulté, je dis plus, il la *supprime* puisque alors l'instrument conducteur, au lieu d'attendre qu'on arrive à lui, se porte lui-même à la rencontre, et épargne la totalité du chemin à l'instrument tranchant qui ne l'eût pu parcourir qu'à tâtons.

Mais là ne se bornent point les avantages du procédé par ponction ; et l'on a déjà compris que, s'il l'emporte sur son rival, c'est moins parce qu'il conduit à faire plus vite que parce qu'il permet de faire mieux. Abréger les souffrances du malade est quelque chose sans doute; mais ce motif, depuis 1847 surtout, ne constituerait pour un procédé que de bien faibles titres à la prééminence, si le but véritable, la guérison de la maladie pour laquelle on l'emploie, ne se trouvait pas, grâce à lui, plus sûrement obtenue. Or, si ouvrir le canal de dérivation dans le point où il est le plus utile, lui donner la direction qui favorise le mieux l'écoulement du pus, le creuser de diamètre suffisant, lui faire parcourir la ligne droite, assurer pour la suite sa perméabilité constante, sont, comme il a été dit plus haut, de précieuses, d'indispensables conditions pour tirer d'une contre-ouverture tout le parti possible, quant à son effet curatif, il est inutile d'insister davantage sur la valeur des ponctions avec le trocart, puisque seules elles permettent d'en réaliser l'ensemble d'une manière méthodique et non illusoire.

Une autre considération, bien digne aussi d'entrer en ligne de compte, est l'économie d'incisions qui résulte infailliblement de ce mode d'agir : il suffit, pour s'en convaincre, de réfléchir qu'une contre-ouverture bien faite fonctionnera de façon à dispenser d'en percer d'autres.

§ IV.

De même, et sous le rapport de la difformité à craindre, il est clair que la petite piqûre du trocart laissera une cicatrice incomparablement moins apparente que celle du coup de bistouri le plus réservé. Et je prétends même que, par la faculté qu'il donne d'ouvrir au pus une voie dans la direction même où celui-ci tendrait de lui-même à se porter, le trocart pourra souvent suffire sans qu'il soit besoin d'agrandir sa piqûre, la bonne situation du canal de décharge suppléant à sa largeur : heureux résultat de son usage, qu'on appréciera surtout dans les régions exposées aux regards, au cou, à la face et chez les femmes ! — D'ailleurs, et fût-on même forcé d'agrandir avec le bistouri la plaie de sortie du trocart, il y aura toujours là, sur le procédé ordinaire, un bénéfice incontestable quant à l'étendue de la solution de continuité. Le bistouri, en effet, tel que l'emploient ici les auteurs, doit ouvrir aux dépens des tissus une ouverture capable de reconnaître, et de laisser passer librement la sonde cannelée, c'est-à-dire une ouverture ayant au moins (pour peu qu'il y ait une certaine épaisseur de tissus à inciser) deux fois le diamètre de cet instrument conducteur. Avec le trocart, au contraire, il n'y a de nécessaire, d'obligé, qu'une piqûre presque imperceptible, et il est ensuite complétement facultatif à l'opérateur de l'agrandir de ce qu'il veut, et de ne l'agrandir que de ce qu'il veut.

Quoique la direction à donner au canal de contre-ouverture soit impérieusement fixée par les lois physiques qui président à l'écoulement du pus, je dois cependant prévenir mes confrères de la nécessité accidentelle d'une dérogation à ces mêmes lois. Si l'on veut les observer complétement, on sera parfois conduit, pour donner au canal l'obliquité voulue, à traverser une étendue assez considérable de parties molles. Or, quand on opère pour un bubon suppuré, que ce bubon est virulent, et que la période de réparation n'est pas encore commencée, on s'exposerait, en agissant ainsi, à provoquer la formation d'un ulcère chancreux sur toute la surface traumatique créée par le passage du trocart, ce qui retarderait beaucoup la guérison. Dans ces cas, si l'on ne préfère pas attendre jusqu'à ce que le caractère virulent ait cessé dans le chancre ganglionnaire, il conviendra de tenir un sage milieu entre la ponction trop oblique qui multiplierait les surfaces virulentes et la ponction trop directe qui manquerait le but de la contre-ouverture.

§ V.

Quelques auteurs avaient déjà entrevu les imperfections du procédé ordinaire pour la contre-ouverture. Je lis, par exemple, dans le TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Sédillot (première partie, 1839, page 46), les lignes suivantes : « Pour pratiquer une contre-ouverture, généralement on soulève les parties avec le bec de la sonde cannelée, et on les divise, en commençant de dehors en dedans, sur ce conducteur ; mais cette opération est assez difficile, longue et douloureuse, et exige des tâtonnements que l'on évite en se servant d'une sonde cannelée terminée par une extrémité d'acier bien effilée. On commence par porter sous les parties dénudées une sonde cannelée à cul-de-sac ordinaire ; sur elle on conduit la sonde pointue, que l'on dégage du cul-de-sac de la première pour la pousser contre les téguments qu'elle traverse ; on retire la première sonde, et on conduit le bistouri sur la seconde qui l'a remplacée. »

Quoiqu'il rappelle en plusieurs points celui dont la description précède, ce procédé ne me semble pas digne de prendre place dans la pratique. En effet, il exige d'abord un instrument spécial, et n'ayant que cette unique destination.

D'un autre côté, deux sondes cannelées réunies constitueraient un ensemble bien volumineux pour pouvoir pénétrer dans les sinus un peu étroits. Or c'est précisément, nous l'avons vu tout à l'heure, au fond même des dernières anfractuosités du décollement qu'il importe le plus de percer l'orifice interne de la contre-ouverture qu'on va pratiquer.

Mais voici mieux : la description même de cet appareil instrumental dénonce l'impossibilité radicale de le mettre jamais en œuvre avec succès. De deux choses l'une, en effet : ou la sonde pointue pourra librement jouer dans la cannelure de la sonde mousse, ou elle sera, au contraire, plus grosse que celle-ci. Or, dans le premier cas, comment la pointe, en perforant la peau, y pourra-t-elle faire une ouverture capable de livrer ensuite passage à un instrument mousse et d'un volume supérieur au sien ? Et, dans le second, c'est-à-dire si, pour remédier à cet inconvénient, on a donné à l'extrémité de la sonde pointue un diamètre propre à frayer un passage suffisant à l'autre, comment y sera-t-elle contenue ? comment trouvera-t-elle un guide dans une canelure qui est trop étroite pour la recevoir ? comment ne risquera-t-elle pas d'en sortir avant de l'avoir parcourue jusqu'au bout, et d'aller percer au hasard la peau dans le lieu le moins fait pour être le siége d'une contre-ouverture avantageuse ?

Enfin, l'infériorité de ce procédé, quant à ce qui regarde la dilatation du trajet avec le bistouri, et surtout l'introduction de la mèche dans toute son étendue, n'a pas besoin d'être longuement motivée. Aussi n'avons-nous pas ouï dire qu'il ait été jusqu'ici adopté et employé.

Dans son PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (t. I, p. 353), Lisfranc dit qu'on *pourrait* se servir pour faire la contre-ouverture d'une sonde à dard avec laquelle on traverserait les tissus, en incisant ensuite le long de la cannelure. — Les mêmes objections que ci-dessus s'adressent à bien plus forte raison à ce procédé ; le volume de l'instrument, obstacle insurmontable, comme on sait, à la régularité de l'opération ; le peu d'occasions qu'on a de l'employer dans d'autres circonstances ; sa courbure, qui le bannit forcément d'un certain nombre de cas, et le rend, dans tous, plus difficile à manier ; le grand diamètre de l'ouverture qu'il percevrait ; le défaut absolu de secours à en tirer pour placer la mèche, expliquent assez comment cette proposition, formulée au conditionnel par Lisfranc, n'a pas trouvé ailleurs de mains plus disposées à l'appliquer que celles de son auteur.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros de juillet et août 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'action du muscle omo-hyoïdien* ; par M. Skey. 2° *Cas d'inflammation chronique avec relâchement du sac lacrymal, suivi d'observations et de remarques sur la pathologie des voies lacrymales;* par M. Norman. (Larmoiement, guéri surtout par des instillations d'une solution de nitrate d'argent.) 3° *De l'application des plaques galvaniques et du moxa électrique;* par M. Hinton. 4° *Sur les nerfs du foie;* par M. J. Cantab. 5° *Anesthésie locale, note sur sa production artificielle par le chloroforme;* par M. Simpson. (Il regarde cette anesthésie locale comme ne pouvant pas produire une insensibilité prononcée de manière à ce que l'on puisse couper sans douleur la partie qui l'a subie ; de plus, il la croit dangereuse dans les opérations à cause de la congestion sanguine qu'elle détermine.) 6° *Sur la distension gastro-intestinale et la tuméfaction du foie;* par M. Sibson. 7° *Mort par le chloroforme;* par le même. (Fait de Badger.) 8° *Notes additionnelles sur l'anatomie pathologique de l'arthrite rhumatismale chronique de l'épaule et d'autres jointures;* par M. Canton. 9° *Tribut à la pathologie;* par M. Robbs.

10° *Cas d'empoisonnement par les semences de* jatropha curcas; par M. Leibeby. 11° *Sur la fièvre gastrique et gastro-entérite*; par M. W. Turner. 12° *Sur la littérature et la pathologie probable des excroissances en forme de chou-fleur de l'utérus*; par M. Renaud. 13° *Cas de hernie ombilicale compliquée de phymosis et probablement causée par lui*; par M. Norman. (L'orifice du prépuce était tellement étroit que le sujet (enfant de 18 mois) ne pouvait uriner sans de grands efforts; l'opération, en détruisant cet obstacle, suffit pour guérir aussi de la hernie.) 14° *Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants dans la position fléchie*; par M. Lonsdale. 15° *Remarques sur l'absorption interstitielle du col du fémur par suite de contusion de la hanche*; par M. Canton. 16° *Sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales liées à un relâchement de la muqueuse du rectum*; par M. H. Lee. 17° *Sur l'action du chloroforme*; par M. Kesteveux. (L'auteur veut qu'on étudie, qu'on expérimente de nouveau ses effets avant d'en condamner l'usage.) 18° *Remarques sur la connexion physiologique du nerf spinal (accessoire) avec les racines postérieures et le ganglion des nerfs spinaux*; par M. Macdonald. (Il pense que le nerf accessoire de Willis est composé de deux ordres de racines : les unes, qui, avec le pneumo-gastrique, se distribuent à la muqueuse pulmonaire, sont *afférentes* ou excitatrices; les autres, qui animent le trapèze et le sterno-mastoïdien, seraient *efférentes* ou motrices. Il croit que chacune d'elles a une origine spéciale sur la moelle.) 19° *Sur les maladies de l'artère pulmonaire*; par M. Norman Chevers. 20° *Recherches sur la cause prochaine de la goutte et sur son traitement rationnel*; par M. White. 21° *Sur un cas de paralysie générale des aliénés, terminée par la guérison*; par M. Todd Thomson. 22° *Sur le narcotisme produit par l'inhalation de vapeurs*; par M. Snow. (L'auteur passe en revue tous les agents qui ont été préconisés pour déterminer l'insensibilité.)

SUR L'ACTION DU MUSCLE OMO-HYOÏDIEN; par M. SKEY.

Beaucoup d'anatomistes ont avancé une opinion erronée sur les fonctions du muscle omo-hyoïdien, ainsi que sur celle des autres muscles de cette région. Ils pensent que leur contraction n'a d'autre usage que d'abaisser le larynx lorsque, préalablement, celui-ci a été porté en haut par les élévateurs. M. Skey fait remarquer qu'elle détermine, en outre, un abaissement réel du larynx au-dessous du niveau normal qu'il occupe dans l'état de repos; et selon lui, ce mouvement a surtout pour effet de seconder l'acte de la succion qui prend une si grande part dans la déglutition des liquides. En déprimant l'os hyoïde les muscles dont il s'agit opèrent de proche en proche un vide dans la cavité buccale, et le liquide s'y précipite alors sous l'influence de la pression atmosphérique.

Un fait curieux d'anatomie comparée tendrait à confirmer cette doctrine. M. Skey a remarqué que le muscle omo-hyoïdien manque chez tous les animaux qui boivent en lappant. Et cependant tous les animaux, même ceux de cette classe, pratiquent l'acte de la succion à la première époque de la vie. Mais cette circonstance n'ébranle la théorie qu'en apparence. Car il est probable que, chez les jeunes mammifères, la succion ne se fait qu'au moyen de la langue dont la partie moyenne embrasse étroitement le mamelon de la mère, tandis que la pointe de l'organe agit seule pour exécuter les mouvements nécessaires à la production du vide.

DE L'APPLICATION DU MOXA ÉLECTRIQUE; par M. HINTON.

S'il n'a pour appuyer ses prétentions à la découverte de ce remède que la présente communication, l'auteur ne pourrait légitimement en revendiquer la propriété, car nous avons déjà rapporté dans la GAZETTE MÉDICALE (voy. 1843, p. 497), d'après M. Carnevale-Arella, un procédé opératoire presque identique. Seulement le médecin italien l'appelle *cautérisation galvanique*, tandis que l'auteur anglais lui donne le nom de *moxa électrique*.

Mais indépendamment des questions de priorité, le travail de M. Hinton offre un grand prix sous le rapport pratique. En effet, tandis que M. Arella n'avait employé ce mode de cautérisation que contre l'ophthalmie chronique et les arthrites anciennes, il l'a appliqué, lui, avec un succès remarquable par sa promptitude, dans un cas assez grave de paralysie du bras.

OBS. — Cette maladie, survenue subitement pendant la nuit chez un homme âgé de 30 ans, datait de trente-six jours. Elle avait d'abord consisté en une hémiplégie complète, accompagnée à son début d'une légère perte de connaissance, puis d'un peu d'incohérence dans les idées et le langage. Il n'avait conservé de ces derniers symptômes qu'une tendance continuelle à rire quand on lui adressait la parole. Le bras était complétement privé de mouvement, si ce n'est qu'il s'élevait un peu involontairement quand le malade bâillait. (Fait assez intéressant en ce qu'il tendrait à isoler, comme le voulait Ch. Bell, les mouvements *respiratoires* du bras d'avec les mouvements exécutés pour les besoins journaliers de la vie.)

Sous l'influence de divers agents, tels que les purgatifs, l'électricité appliquée en étincelles le long du rachis, le sulfate de zinc à l'intérieur, il avait regagné un peu de motilité de la jambe; mais, quant au bras, il ne pouvait encore que serrer un peu et passagèrement avec les doigts.

Les choses étant dans cet état, le 18 janvier 1848, M. Bird ordonna le plan de traitement suivant. Il fit d'abord mettre deux vésicatoires, l'un vers l'insertion du deltoïde, l'autre au-dessus du poignet, sur sa face dorsale. Il appliqua ensuite sur celui d'en haut une plaque de zinc de la largeur d'une demi-couronne avec un fil de cuivre attaché à elle, et sur celui d'en bas une plaque d'argent. Chaque plaque fut recouverte d'une compresse mouillée, enveloppée elle-même de taffetas gommé (mais cela dans le seul but d'y maintenir l'humidité). On entoura ensuite le bras d'un bandage assez lâche; à travers ses plis, on fit sortir les fils communiquant avec les plaques; lorsqu'on les mit l'un et l'autre en contact, le patient éprouva comme une sensation de *tintement*, et seulement sous la plaque d'argent.

Le 19, il avait éprouvé par suite de l'appareil quelques douleurs dans le bras, lesquelles se dissipèrent bientôt. La motilité de ce membre était déjà fort améliorée; il pouvait l'élever jusqu'à le mettre de niveau avec l'épaule : la force des doigts avait aussi beaucoup gagné, ce dont le malade exprimait vivement sa satisfaction. Il ressentait encore la sensation de *tintement*.

On enleva l'appareil dans la soirée. La surface du vésicatoire d'en haut (zinc) était couverte d'une couche de matière blanchâtre ferme, semblable à de la lymphe. Rien de particulier sur le vésicatoire inférieur. On réappliqua les plaques. Il éprouva la nuit suivante des douleurs et des spasmes des muscles du bras; mais cet état ne fut pas de longue durée.

Le 22, le patient put élever le bras au-dessus du niveau de l'épaule. Le 23, il le porta jusqu'à sa tête.

L'escarre formée sur le *vésicatoire-zinc* semblait augmenter graduellement d'épaisseur. Avant d'enlever l'appareil, M. Hinton essaya de constater s'il passait quelque courant d'une plaque à l'autre, mais le galvanomètre n'en accusa pas de trace.

Le 29, l'escarre se séparait, et la plaie sécrétait un pus sanieux; on supprima l'appareil, et on y mit un cataplasme à la place. Une rougeur peu marquée était tout ce qui restait alors du vésicatoire au-dessus du poignet.

Après la chute de l'escarre, la plaie se ferma rapidement. Le bras gagnait tous les jours en force.

Quinze jours après la suppression de l'appareil, on remarqua que le bras perdait un peu de sa faculté motrice; on y appliqua de nouveau l'électricité et l'état local s'améliora derechef.

Enfin le 27 février, il sortit continuant encore à venir à la consultation.

— Quoiqu'on ait souvent observé dans les paralysies des effets très-avantageux de l'application d'un moxa ou d'un cautère, diverses circonstances nous semblent néanmoins plaider ici avec succès en faveur de la signification que l'auteur donne à ce cas comme prouvant l'efficacité de l'électricité. Ce sont en premier lieu l'amélioration qu'on avait d'abord obtenue de l'application, quoiqu'imparfaite, de ce fluide, en étincelles dirigées contre la colonne vertébrale; en second lieu, la rapidité extrême du retour de la motilité par l'action du *cautère galvanique*; enfin la contre-épreuve résultant pendant les derniers jours de l'agravation consécutive à la cessation du remède et de la nouvelle impulsion vers la guérison que sa reprise détermina encore.

SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES LIÉES A UN RELACHEMENT DE LA MUQUEUSE DU RECTUM; par M. H. LEE.

Quel que soit l'état pathologique qui constitue les tumeurs hémorrhoïdales, il arrive presque toujours que, lorsqu'elles ont pris un certain développement, l'action d'aller à la selle les fait sortir, si elles étaient internes, ou, si elles étaient externes, la contraction des sphincters les étrangle d'une manière lente mais continue, et y détermine les phénomènes successifs de la congestion, puis de l'engorgement chronique. En somme, qu'elles se trouvent accidentellement et momentanément au dehors, ou que ce soit au contraire là leur situation normale, il est positif que ces tumeurs sont très-fâcheusement influencées par la constriction que le faisceau musculaire de l'orifice anal exerce sur elles. Des dégénérescences funestes par elles-mêmes ou par les suites des opérations qu'elles rendent nécessaires en sont la conséquence très-fréquente.

Lorsque le mal n'a pas fait encore assez de progrès pour qu'il faille en venir à l'extirpation, M. Lee propose le plan de conduite suivant : Détruisez avec l'acide nitrique les tumeurs les plus saillantes; cette cautérisation, déjà conseillée par Houston (voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 452), aura pour effet consécutif de produire, grâce à la rétraction des cicatrices des petites brûlures, le froncement, puis le rétrécissement définitif de l'ouverture anale. En supposant que quelques tumeurs hémorroïdales aient résisté à l'opération ou qu'elles se reproduisent à sa suite, elles ne seront plus exposées, à cause de ce resserrement, à sortir de l'intestin. De là une cause de moins d'irritation pour elles et de souffrances pour le malade, puisque, ne s'échappant plus au dehors, elles ne pourront par conséquent plus subir, comme autrefois, l'étranglement.

— Nous nous croyons fondé à réclamer la priorité de cette déduction pour un de nos compatriotes M. Laugier, auquel nous l'entendîmes formellement exprimer, en 1836, à l'hôpital Beaujon, et qui la consigna depuis

dans son BULLETIN CHIRURGICAL. — Remarquons toutefois que, pour rendre les tumeurs hémorrhoïdales internes incapables de franchir l'orifice, M. Laugier se bornait à exciser quelques plis rayonnés de l'anus, selon le procédé de Dupuytren contre la chute du rectum. En provoquant le resserrement désiré à l'aide de la cautérisation, M. Lee trouve moyen de remplir en même temps une seconde indication non moins importante, puisque l'action du caustique sert aussi, sinon à détruire en totalité, du moins à modifier favorablement le tissu des bourrelets hémorrhoïdaux engorgés. C'est donc, du moins dans la plupart des cas, à son procédé qu'il y aurait lieu de donner la préférence.

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1848 contiennent les articles originaux suivants : 1° *De l'inflammation de la rétine*; par M. Jacob. 2° *De l'état présent de nos connaissances sur le choléra*; par M. Knox. 3° *Sur la paralysie partielle de la troisième paire*; par M. Croker King. 4° *Considérations sur les maladies auxquelles la famine de 1847 donna origine, et sur les effets morbides d'une alimentation insuffisante*; par M. D. Donovan. 5° *Traitement des ulcères qui résultent du décubitus dorsal*; par M. Bernard. 6° *Bons effets de la strychnine dans une paralysie du bras*; par M. Duncan. 7° *Cas de plaie de tête à la suite d'une chute de cheval*; par le même. 8° *Sur l'emploi de la belladone à l'extérieur et à l'intérieur*; par M. Donovan. 9° *Cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte*; par M. Bellingham. 10° *De l'emphysème traumatique*; par M. Hargrave. 11° *Cas d'hémorrhagie par le cordon ombilical*; par M. Hill. 12° *Observations*; par M. Duncan. (L'une de névralgie simulant une maladie organique; l'autre de péritonite aiguë.) 13° *Cas de fongus hémotode du testicule traité par la castration, où le sujet survécut environ sept ans, et ne montra point à l'autopsie de trace de maladie cancéreuse*; par M. Bellingham. 14° *Cas de malformation congénitale de l'épaule, non encore décrite, simulant une luxation congénitale*; par le même. 15° *Cas où la mort du fœtus dans l'utérus fut probablement le résultat d'une attaque de convulsions*; par M. Mac Swiney. 16° *Trois cas, l'un d'abcès du foie, l'autre de rupture de l'urètre, le troisième d'abcès de la prostate*; par M. Hargrave. 17° *Cas de calcul engagé dans l'uretère, traité par l'inhalation du chloroforme*; par M. Bernard. (Le patient avait été déjà soulagé de ses violentes douleurs par l'opium ; mais ce moyen ne réussissant plus contre un nouvel accès, on le chloroformisa. Au bout de deux minutes et demi d'insensibilité, les souffrances, qui étaient atroces au commencement de l'opération, furent calmées. Elles revinrent ensuite au bout de cinq minutes. Une seconde chloroformisation de trois minutes de durée les apaisa de nouveau, puis amena un sommeil, à l'issue duquel il se trouva bien et définitivement guéri.) 18° *Sur la choroïdite, ou inflammation de la membrane choroïde de l'œil*; par M. Jacob. 19° *De la forme la plus convenable pour l'usage du camphre à l'intérieur*; par M. Donovan. 20° *Rapport sur l'asile pour les aliénés de Maryborough pour l'année finissant au 31 mars 1848*; par M. Jacob (de Maryborough. 21° *Notes sur un cas d'anévrisme de l'artère iliaque externe droite où le sac se rompit à la suite d'une chute, et fut suivie d'une péritonite partielle, puis de la mort*; par M. Bellingham. (Le titre de cette observation en retrace assez bien les circonstances. Le malade ne souffrait en rien de son anévrisme inguinal et y faisait à peine attention, lorsque, quinze jours avant son entrée, il sentit, en se promenant dans la rue, une faiblesse subite du genou. Il tomba, et le genou porta avec force contre le sol. Aussitôt la tumeur de l'aine prit un volume considérable et devint d'abord douloureuse, plus tard enflammée ; il survint de l'inappétence, soif, langue blanche, constipation. Enfin il mourut, et l'on trouva du sang épanché dans la fosse iliaque en quantité considérable, et le péritoine de cette région enflammé.) 22° *Rapport sur l'infirmerie du comté de la reine pour l'année 1847*; par M. Jacob. 23° *Quelques remarques pratiques sur le choléra*; par M. Cane. 24° *Cas de sécrétion laiteuse chez une femme âgée, sans grossesse ayant immédiatement précédé*; par M. Waddy. 25 *Cas de névralgie faciale traitée heureusement par la créosote*; par M. Kelly. (L'auteur donna trois gouttes de créosote, en trois pilules, à prendre une toutes les trois heures. La malade, qui souffrait depuis plusieurs jours d'accès répétés, les vit se suspendre pendant vingt-quatre heures. Elle en eut encore un le lendemain, mais beaucoup moins fort ; deux de ces mêmes pilules suffirent pour en empêcher le retour.) 26° *Remarques pratiques sur une méthode suivie de succès pour le traitement du choléra*; par M. Patterson. 27° *De la préparation du mercure avec la craie et du mercure avec la magnésie de la pharmacopée de Dublin*; par M. Donovan.

SUR LA PARALYSIE PARTIELLE DE LA TROISIÈME PAIRE ; par M. CROKER KING.

Les physiologistes et les chirurgiens ne liront pas sans intérêt les réflexions suivantes qu'a inspirées à M. King un fait récemment soumis à son observation.

Il fut consulté il y a trois mois par un artisan qui avait reçu la veille un coup violent d'une paume très-dure sur l'œil droit.

La cornée était dirigée en haut et en dehors, et fixée dans cette position. Cet œil ne suivait pas les mouvements de l'autre, et ne pouvait changer de situation. Pupille largement dilatée ; la vision était double, excepté quand l'œil gauche se tournait en haut et en dedans, cas dans lequel le parallélisme des yeux étant restauré, la vue redevenait simple. La paupière supérieure paraissait moins abaissée que celle du côté sain. Les deux sourcils se trouvaient sur le même plan horizontal.

Dans ce cas, dit M. King, la nature de la lésion était tout à fait évidente : le coup avait produit la paralysie des nerfs de la troisième paire ou moteur oculaire commun. L'absence de ptosis et la direction en haut du globe de l'œil témoignaient à elles seules que la division supérieure du nerf était restée intacte. L'œil se trouvait donc tourné dans une direction correspondant à la résultante de l'action des muscles droits supérieur et externe. La paralysie de la branche lenticulaire (branche que ce nerf fournit au ganglion ophthalmique) de la troisième paire expliquait la dilatation de la pupille ; et la paralysie des branches que le moteur oculaire envoie aux muscles droits inférieur et interne rendait compte de l'impuissance à porter l'œil dans l'abduction ou l'abaissement.

Le docteur King attribue aussi à la paralysie de l'oblique inférieur la légère élévation qu'on remarquait dans la paupière inférieure de ce côté.

Le phénomène de la vue double a été interprété de diverses manières par les physiologistes. Quelques-uns pensent que, dans l'état normal, on ne peut se rendre raison de la perception d'une image unique que parce que les deux images se forment sur deux parties de chaque rétine qui sont associées et accoutumées à agir ensemble. Cette dernière théorie serait confirmée par l'observation dont nous avons tracé ci-dessus le commencement ; car, chez ce malade, la vue, qui devint double aussitôt après l'accident, ne resta pas longtemps dans cet état, et l'on nota qu'elle se rétablit simple *quelques semaines avant* que les axes visuels eussent recouvré leur parallélisme.

Dans le moment présent, le malade se trouve à peu près rétabli à la suite d'émissions sanguines et de l'usage du mercure. Les yeux sont presque parallèles, et les mouvements ainsi que la situation respective des globes oculaires offrent les mêmes conditions que normalement. Il ne reste qu'un peu de dilatation de la pupille.

M. King donne, à cette occasion, un signe précieux pour reconnaître la réalité ainsi que l'étendue du mouvement par lequel le globe de l'œil décrit un cercle autour de son axe antéro-postérieur. C'est le mouvement qu'on attribue ordinairement à l'action des muscles obliques. Mais comme la cornée reste fixée, et en apparence immobile pendant qu'il s'exécute, il en résulte qu'on risquerait de le méconnaître si l'on n'avait pas un indice capable d'en faire mesurer l'étendue. La meilleure méthode pour que le médecin atteigne ce but consiste à ce qu'il fixe son regard sur l'une des bandes transversales que présente l'iris, et de surveiller attentivement si elle monte ou si elle descend durant les divers mouvements des yeux. Chez le malade en question, on remarqua soigneusement l'une de ces bandes, et après avoir bien observé la position qu'elle occupait par rapport à la paupière inférieure, on vit qu'elle s'en éloignait à mesure que la santé se rétablissant, les puissances motrices de l'œil paralysé reprenaient leur action régulière.

CAS DE MALFORMATION CONGÉNITALE DE L'ÉPAULE, NON ENCORE DÉCRITE, SIMULANT UNE LUXATION CONGÉNITALE ; par M. BELLINGHAM.

La communication faite sur ce point à la société chirurgicale d'Irlande par M. Bellingham, a pour sujet un homme de 65 ans qui vint mourir à l'hôpital de Saint-Vincent d'une double bronchite. On avait déjà remarqué durant sa vie une différence entre les deux membres supérieurs de ce malade. Du côté droit les muscles, et en particulier le deltoïde, étaient atrophiés, et le moignon de l'épaule était de moitié moins développé que le gauche. Le malade ne pouvait élever ce bras jusqu'à l'angle droit, mais tous les mouvements qu'il avait à exécuter par dessous main s'accomplissaient aisément ; il pouvait même soulever dans sa main des corps pesants. Il se rappelait avoir eu cette conformation du plus loin qu'il pût se souvenir, et n'avait jamais eu d'accidents dans cette région, si ce n'est une fracture de la clavicule il y a deux ou trois ans.

A l'examen, l'épaule présentait à un certain degré l'aspect d'une luxation congénitale. L'acromion était très-proéminent, le deltoïde fort petit, et le bras moins volumineux de moitié que celui du côté opposé. Dans tous les mouvements de la jointure l'omoplate se déplaçait avec l'humérus comme s'il y eût eu ankylose. Lorsqu'on cherchait à porter le bras au-dessus de l'angle droit, on sentait un obstacle s'opposer à ce que l'élévation dépassât ce degré. La tête humérale ne formait pas de saillie dans l'aisselle ; il n'y

avait pas non plus de vide entre l'acromion et la tête de l'humérus, et le coude n'était pas écarté du tronc.

En faisant l'autopsie, on constata que les muscles susépineux, sous-épineux et sous-scapulaire étaient atrophiés et convertis en une matière graisseuse, semblablement à ce qui se passe dans les cas d'ancienne luxation non réduite où les muscles sont restés dans l'inaction durant plusieurs années. Il subsistait à peine quelques traces de deltoïde; les autres muscles du bras étaient atrophiés, mais sans altération dans leur texture.

Le ligament capsulaire de l'articulation scapulo-humérale était très-épais et composé de plusieurs couches séparées les unes des autres par du tissu cellulaire. En dedans de cette capsule, accolé à sa face interne et faisant en apparence partie de son tissu, un ligament rond très-fort passait de l'omoplate à l'humérus; il devenait extrêmement tendu quand on éloignait le bras du côté. C'est lui qui mettait obstacle à l'élévation du bras; et ce mouvement continua à demeurer impossible, même lorsqu'on eut enlevé tous les muscles voisins de l'articulation.

La tête de l'humérus était en contact avec la cavité glénoïde, et resta dans cette situation après l'ablation des muscles et l'ouverture du ligament capsulaire. L'omoplate, la clavicule et l'humérus ressemblaient, par la réduction de leurs dimensions, plutôt à ceux d'une femme délicate qu'à ceux d'un homme employé à des travaux manuels. On ne retrouva pas, de ce côté, de vestiges d'une fracture de clavicule.

M. Bellingham regarde ce vice de conformation comme très-rare; il n'en a pas rencontré d'exemples dans les traités les plus complets sur ce sujet. Selon lui, la lésion originelle a incontestablement ici porté sur le ligament capsulaire dont la portion inférieure s'est condensée, raccourcie et changée en une sorte de ligament rond, qui limitait très-étroitement, comme on l'a vu, le mouvement d'abduction du bras. Aussi les muscles destinés à l'exécuter n'étant jamais entrés en action avaient subi la dégénération de tissu qui a été décrite plus haut.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 JANVIER.

L'Académie procède à la nomination d'un vice-président pour l'année 1849. Sur 42 votants, M. Duperrey obtient 37 suffrages et est en conséquence proclamé vice-président.

M. Boussingault, vice-président en 1848, passe président pour 1849.

Dans la même séance, l'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre associé étranger, en remplacement de M. Berzelius.

La commission chargée de proposer une liste de candidats, a présenté la liste suivante :

1° En première ligne :

M. Brewster, à Saint-Andrews.

2° par ordre alphabétique :

MM. Buckland, à Londres.
Ehrenberg, à Berlin.
Herschel, à Collingwood (Kent).
Liebig, à Giessen.
Melloni, à Naples.
Mitscherlich, à Berlin.
Tiedemann, à Heidelberg.

M. Brewster ayant réuni la majorité des suffrages a été proclamé membre associé étranger.

— M. Félix Mazière, médecin à l'île Bouin (Vendée) adresse un travail d'anatomie sur les vertèbres céphaliques et leurs appendices.

— M. Remy, médecin à Châtillon-sur-Marne, adresse une observation de tétanos traumatique guéri par le cautère actuel. (Voir à l'Académie de médecine.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec envoi de remèdes secrets et demande de rapport. (Commission des remèdes secrets.)

M. James Wartrop (de Londres), adresse quelques documents sur le choléra d'Angleterre. (Renvoyé à la commission.)

M. Remy, médecin à Châtillon-sur-Marne, adresse la relation d'un cas de tétanos traumatique des plus violents (emprosthotonos) arrivé au dernier période, guéri par l'effet de la réouverture de la plaie avec un fer rougi à blanc.

M. Velpeau, en prenant possession du fauteuil de la présidence, rend compte de la réception qui a été faite au bureau de l'Académie par M. le président de la République et par M. le ministre de l'instruction publique, à l'occasion du nouvel an.

M. Velpeau remercie ensuite l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant président, et propose de voter des remercîments pour M. Royer-Collard, président sortant, et pour M. Mélier, secrétaire annuel pour 1848. Ces remercîments sont votés par acclamation.

M. Gibert, secrétaire annuel pour 1849, adresse également quelques mots de remercîments à l'Académie.

—M. le président : Messieurs, la destitution du doyen de la Faculté de médecine a donné lieu à un incident qui fournit la première occasion de mettre à exécution un article de l'ordonnance constitutive de l'Académie du 20 décembre 1820, article que plusieurs d'entre vous ignorent très-probablement.

L'article 16 dit, en effet : « L'Académie aura un conseil d'administration composé du président et du trésorier de l'Académie, des présidents et des secrétaires des trois sections (ces derniers remplacés, en vertu de l'ordonnance du 18 octobre 1820, par le secrétaire annuel et trois membres élus par l'Académie), et du doyen de la Faculté de médecine de Paris, lequel sera toujours *de droit* membre de l'Académie.

Cet article n'a point été abrogé par les ordonnances subséquentes. Or, M. le professeur Bérard, le nouveau doyen, ne fait point partie de l'Académie. En vertu de l'article dont je viens de vous donner lecture, M. Bérard est donc nommé de droit membre de l'Académie.

M. Bérard demande la parole.

M. Bérard : Messieurs, c'est la première fois qu'un médecin vient s'asseoir au milieu de vous sans y avoir été appelé par votre suffrage. Les doyens qui m'ont précédé avaient depuis longtemps pris leur place dans cette enceinte avant d'arriver au décanat. Ma position tout exceptionnelle et, à certains égards, peut-être défavorable (Voix nombreuses : Non ! non !), exige que j'explique la cause qui m'a fait m'abstenir de toute candidature.

Je ne puis supposer qu'aucun de vous ait pensé que j'aie pu méconnaître tout l'intérêt et toute l'importance des travaux de l'Académie ; je ne puis supposer non plus que personne ait pensé que j'aurais méconnu l'honneur qui rejaillirait sur moi de voir mon nom figurer à côté de tant de noms illustres. Si je me suis abstenu, c'est que j'ai craint que mes titres ne parussent trop légers ; c'est que des études générales plutôt que des recherches consacrées à la solution de problèmes spéciaux relatifs à tel ou tel point de la science, m'ont semblé ne pas constituer des motifs suffisants pour me concilier vos suffrages.

Une autre raison, un autre prétexte, devrais-je dire, c'est que la presse médicale, qui reproduit avec tant d'intelligence et de fidélité les comptes-rendus de vos discussions et de vos séances, m'apportait ces nouvelles à ma maison des champs ; la presse médicale est en quelque sorte complice de ma négligence coupable. Aujourd'hui un devoir nouveau me fixe à Paris. Je viendrai recevoir à leur source des enseignements que je ne recueillais que par intermédiaire ; si je venais à perdre plus tard, en perdant le titre de doyen, le droit d'assister à vos séances, je sens que je perdrais doublement, et ce serait une privation dont je me consolerais difficilement.

CHOLÉRA.

M. Bally lit une note sur le choléra de Lille. L'existence du choléra à Lille et dans diverses parties du département du Nord et du Pas-de-Calais ne peut, suivant M. Bally, faire le sujet d'aucun doute.

La maladie est partie d'un bateau venant de Dunkerque, d'où elle s'est irradiée sur les maisons bordant le canal de la Barre. La plupart des individus sérieusement atteints sont ensuite sortis des carrefours infects ou ruelles latérales, de cours peuplées d'indigents entassés dans des chambres étroites, sans air et sans lumière. Le choléra qui sévit actuellement à Lille est aussi dangereux pour les personnes qui arrivent à la période cyanique qu'il l'était en 1832, mais il atteint beaucoup moins d'individus. M. Bally estime à 40 le nombre des morts jusqu'au 24 décembre. En revanche Il y a eu un assez bon nombre de cholérines, même parmi les personnes aisées. Il a toujours été possible d'entraver la marche, soit en provoquant la sueur, lorsqu'on attaquait les premiers symptômes, soit en administrant des doses répétées d'ipécacuanha, si l'invasion de la cholérine datait déjà de plusieurs heures.

Dans la nuit du 19 au 20 le vent étant passé d'ouest au nord et la gelée s'étant prononcée subitement, on n'observa plus aucun cas nouveau de choléra ; l'ouest ayant de nouveau prédominé, il y a eu quelques accidents nouveaux. Dans cette épidémie, comme dans la plupart des épidémies, il est rare qu'une localité circonscrite et habitée par une ou plusieurs familles n'ait fourni qu'un seul malade. Une seule cour a fourni un bon nombre de cholérines, de choléras et 4 morts.

Voici du reste le chiffre officiel des malades et des décès jusqu'au 22 dans le département du Nord : 160 malades, dont 94 morts.

M. Bally joint à cette note une lettre de M. Kuhlman qui fait connaître le ré-

sultat des analyses faites sur le liquide extrait des intestins de cholériques. Le résultat général de ces recherches a été la constatation d'une notable quantité d'albumine dans les liquides examinés.

M. Rochoux regrette que M. Bally, puisqu'il avait si bien signalé les nombreuses causes d'insalubrité qui ont pu influer sur le développement du choléra, n'ait pas recherché dans ces conditions les causes des complications qu'il a constatées et leur influence sur la contagion; car tout le monde sait que le choléra n'est pas contagieux.

— M. Chevallier lit un rapport officiel sur un remède secret nommé *sulfate indigène*, et destiné à remplacer le sulfate de quinine. Les conclusions, défavorables à la demande de l'auteur, sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme. La parole est à M. Baillarger.

CHLOROFORME.

M. Baillarger commence par rappeler que dans les premières expériences faites à Alfort, MM. Renault et Bouley fils qui se servaient des appareils ordinaires avaient déjà observé les phénomènes d'asphyxie signalés plus tard par M. Amussat. Ce n'est qu'à partir du moment où l'appareil-boite, imaginé par M. Baillarger, a été employé par M. Bouley fils que la coloration noire du sang artériel a complétement cessé.

M. Amussat a émis l'opinion qu'on ne manquerait pas d'observer la coloration noire du sang artériel si on opérait les animaux dans l'appareil même au lieu de les en retirer comme on l'avait fait jusque-là. M. Baillarger, pour lever cette objection, a cru devoir renouveler les expériences.

Un animal a été amputé dans l'appareil, et cependant le sang artériel n'en avait pas moins conservé sa couleur rouge comme dans les expériences précédentes. Chez un autre chien, éthérisé avec l'appareil ordinaire, les signes d'asphyxie signalés par M. Amussat ont, en effet, été reconnus après quelques minutes seulement. M. Baillarger pense donc que l'éther et le chloroforme ne produisent pas par eux-mêmes l'asphyxie et qu'il faut l'attribuer aux appareils employés.

M. Baillarger croit que ces phénomènes d'asphyxie peuvent en partie s'expliquer par la contrainte employée chez les animaux éthérisés avec les appareils ordinaires; il développe cette opinion et s'appuie sur la remarque faite par M. Velpeau qui n'a vu la coloration foncée du sang que chez les opérés qui se débattent et qu'on est obligé de maintenir.

Il est d'ailleurs très-important de faire remarquer la rapidité avec laquelle les signes d'asphyxie se dissipent chez les animaux éthérisés. Les expériences de M. Amussat surtout, prouvent que ce commencement d'asphyxie, malgré l'action de l'éther ou du chloroforme, n'a presque aucune gravité. La coloration brune du sang artériel observée chez quelques opérés s'est aussi toujours dissipée avec facilité. M. Baillarger s'appuie sur ces faits pour contester que l'asphyxie ait été en réalité la cause de la mort dans plusieurs des cas rapportés par M. Malgaigne, et entre autre dans celui d'Annah Greener. Cette jeune fille, en effet, ne fut soumise à l'inhalation du chloroforme que pendant trente secondes. Ces cas de mort, ajoute M. Baillarger, pourraient peut-être s'expliquer plus sûrement par une syncope, que le chloroforme aurait rendue mortelle. M. Malgaigne, en effet, n'a tenu aucun compte des opinions de MM. Gorré, Simpson et Robert, qui attribuent à cette cause la mort de leurs malades.

Sans admettre l'opinion de M. Robert, qui croit que les syncopes sont plus fréquentes chez les malades opérés après avoir été éthérisés, doit-on penser que cet accident ne se rencontrera pas au moins dans quelques cas? Et alors qu'arrivera-t-il? Quel degré de gravité le chloroforme ajoutera-t-il à la syncope? Tant que ces questions ne seront pas résolues, ne serait-il pas au moins prudent de s'abstenir du chloroforme chez certains malades qui éprouvent des syncopes avec une extrême facilité et pour des causes légères?

A propos de la syncope, M. Baillarger rapporte qu'il a trouvé récemment, en parcourant la collection d'un journal, une note publiée en 1824 par Wardrop, et qui indiquait déjà un moyen de soustraire les opérés à la douleur. Ce moyen n'est autre que la syncope. Après avoir rappelé que les essais tentés à Bicêtre par M. Moreau (de Tours) établissent une contre-indication formelle du chloroforme chez les épileptiques, M. Baillarger regrette que M. Malgaigne n'ait pas fait précéder la description des cas de morts subites de celles des accidents graves, mais non mortels, observés par beaucoup de chirurgiens. Il signale la même omission pour les morts consécutives, et termine en émettant l'opinion que le rapport de M. Malgaigne n'est qu'une sorte de temps d'arrêt dans l'étude de la question qui ne saurait être aujourd'hui définitivement jugée.

M. Renault. M. Baillarger semble avoir pensé que les objections de M. Amussat étaient fondées sur ce que mes animaux sont extraits de la boîte à éthérisation avant d'être opérés; mais alors j'ai la précaution de leur entourer le museau d'une éponge imbibée d'éther. Quant à la position forcée, à laquelle M. Baillarger semble attacher beaucoup d'importance, c'est celle que nous donnons à tous nos animaux quand nous les opérons, et tous les jours nous en opérons 14 ou 15 sans que le sang change de couleur.

M. Blandin. Il est une chose dont il n'a pas été suffisamment tenu compte dans cette discussion, c'est la manière dont les phénomènes se succèdent. Le chloroforme éteint la sensibilité, c'est là un fait incontestable, mais de quelle manière? Quelle est la sensibilité qui s'éteint la première? c'est ce qui n'a pas été dit ici. Voici ce que j'ai observé à cet égard bien des fois et notamment dans un cas tout récent d'opération de circoncision. Après l'opération les malades vous disent : vous croyez que j'étais endormi, point du tout, j'ai entendu tout ce qui se disait autour de moi, je n'ai pas perdu un mouvement, j'ai senti tous les coups de bistouri, mais je n'ai point souffert. Il est évident que dans ce cas la sensibilité n'est pas complétement abolie, mais diminuée seulement, et que la sensibilité tactile est intacte. Mais si l'éthérisation est poussée plus loin, on voit successivement les sujets perdre la sensibilité générale, puis la sensibilité tactile, puis enfin la faculté locomotrice.

La différence des résultats s'explique par la manière différente d'appliquer la chloroformisation. Il faut des procédés différents et un laps de temps différent suivant qu'on veut obtenir tel ou tel degré d'insensibilité. Il suffit d'un appareil ordinaire et de très-peu de temps pour produire l'insensibilité à la douleur, mais il faut un temps beaucoup plus long et des appareils plus parfaits pour arriver à la perte de sensibilité générale et de la mobilité. D'autre part, l'appareil a une grande importance; il n'est pas indifférent de se servir d'un mouchoir ou d'un appareil. Quand on se borne à faire respirer le chloroforme sur un mouchoir, on n'obtient pas un effet aussi prompt qu'avec un appareil. Or, il est à mon avis bien préférable d'agir avec rapidité qu'avec lenteur. Dans le premier cas, il y a beaucoup moins de chance d'asphyxie.

Je viens de dire qu'avec des appareils convenablement confectionnés et en prolongeant graduellement la durée de l'inhalation, on pouvait obtenir divers degrés d'insensibilité, depuis la perte de la sensibilité à la douleur seulement, jusqu'à la perte complète de la sensibilité générale, de la motilité et de la conscience, en un mot, jusqu'à la résolution complète. Ce serait une erreur grave de croire qu'il soit jamais nécessaire de pousser l'éthérisation jusqu'à ce degré pour pratiquer les opérations. C'est là la source et la cause des accidents que l'on a eu à déplorer. Le premier degré d'anesthésie, c'est-à-dire celui qui consiste à n'abolir que la sensibilité à la douleur est seul utile, c'est celui-là seul que l'on doit chercher à obtenir, car qu'importe au malade qu'il conserve la sensibilité tactile, qu'il sente l'action de l'instrument, s'il n'en éprouve aucune douleur. Il n'y a donc aucune raison de pousser l'insensibilité au delà de ce premier degré, ce que l'on obtient, en général, au bout de cinq à six larges aspirations de chloroforme. En agissant ainsi, il n'y a aucun danger à redouter. Le danger commence là où commence la résolution, aussi suis-je loin de partager l'avis de ceux qui croient qu'il faut arriver jusqu'à la résolution pour opérer, car la résolution est très-près du moment où la mort arrivera.

Avec ces données, il me paraît possible maintenant de résoudre la question dont s'occupe l'Académie.

Ainsi, dans mon opinion, la jeune fille de Boulogne est morte victime du chloroforme. Toutes les objections que l'on a opposées à cette manière de voir n'ont pas ébranlé à cet égard ma conviction. Ne voulant pas convenir du danger du chloroforme, on a mis la mort sur le compte de la syncope. Que la malade ait succombé à une syncope, soit; je ne le conteste pas; mais qu'est-ce qui a fait le danger de cette syncope, qu'est-ce qui l'a rendue mortelle, si ce n'est le chloroforme? On a objecté encore qu'il n'y avait eu aucun prodrome, que la mort était survenue inopinément, comme par sidération, mais c'est précisément ainsi que les choses se passent dans les expériences physiologiques sur les animaux. Loin donc que la rapidité de la mort soit une objection, c'est au contraire un motif de plus de croire à l'influence funeste du chloroforme. Je ne parle pas du rôle que l'on a cherché à faire jouer à la présence du gaz dans les vaisseaux, cette question a été suffisamment discutée pour que je croie inutile d'y revenir en ce moment.

Il me paraît donc incontestable que le chloroforme a été cause de la mort.

En conséquence, je crois que l'Académie, et je la prie d'observer qu'elle est intéressée dans cette question, ne doit pas hésiter à déclarer que l'opérée de M. Gorré est morte par le fait du chloroforme, mais que toutefois M. Gorré ne saurait encourir à cet égard aucun reproche. L'Académie doit aussi avertir le public médical que le chloroforme a des dangers que ses avantages ne doivent point faire oublier.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 22 JUILLET.—PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Fièvres continues qui ont régné dans la maison de correction de Saint-Bernard, pendant les années 1843, 1844, 1845 et 1846.—Rapport de la deuxième section sur le mémoire de M. le docteur Stacquez.

M. Tallois, rapporteur.

Messieurs,

Le travail qui vous est soumis a fait l'objet d'un mûr examen de la part de votre deuxième section.

L'auteur, après avoir fait la description de la position topographique de Saint-Bernard et de ses locaux, expose ensuite les diverses formes sous lesquelles les fièvres continues se sont présentées pendant le temps qu'il a été chargé du service sanitaire de la prison de Saint-Bernard.

Dès son entrée en fonctions, en juillet 1843, il a été frappé, dit-il, de leur caractère tout particulier, qui offrait quelque chose de typhoïde, de désordonné, d'insidieux, qu'il n'avait pas encore rencontré jusque-là : c'étaient des fièvres continues typhoïdes, ataxiques, remarquables, à peu d'exceptions près, par un état anémique résultant d'une détérioration profonde de la constitution. Chez un grand nombre de ces malades, un symptôme a surtout fixé son attention : c'est un érysipèle, borné presque toujours à la face et au cuir chevelu.

Cette forme, qui s'était dessinée depuis plusieurs mois, se montra pendant toute l'année 1843, et offrit, en septembre, octobre et novembre, un caractère extrêmement grave et insidieux.

En 1844, les fièvres continues furent moins nombreuses et surtout moins intenses que l'année précédente. Dans les premiers mois, elles ont revêtu plus particulièrement les formes catarrhale, muqueuse, adynamique et ataxique. Lorsque la forme catarrhale ou muqueuse se prolongeait, elle ne tardait pas à devenir adynamique ou ataxique.

Les érysipèles ont encore été assez fréquents, mais ils furent beaucoup moins intenses.

Pendant les mois de janvier et de février 1845, un grand nombre de cas de fièvres continues furent reçus à l'hôpital; dans la plupart, la marche de la maladie fut assez régulière, mais dans d'autres, l'état ataxique se présenta avec des phénomènes nerveux tout particuliers qui devinrent de plus en plus prédominants, en même temps que le caractère typhoïde se dessinait moins.

A la fin de février, un cas de fièvre continue, qui, par son début et sa marche, différait beaucoup de ce qui avait été constaté jusqu'alors, se présenta sur un détenu dont la maladie se déclara par de véritables accès d'épilepsie, auxquels succédèrent des symptômes manifestes de congestion cérébrale et ensuite une fièvre typhoïde des plus intenses, pendant laquelle les muscles des membres supérieurs se contracturèrent à un haut degré.

D'autres cas de même nature ne tardèrent pas à se montrer à différents degrés : le caractère insidieux était surtout remarquable, et des malades considérés comme légèrement atteints étaient emportés en très-peu de temps.

Depuis la fin d'avril jusqu'au mois d'octobre, ces fièvres conservèrent à peu près les mêmes caractères, mais elles furent beaucoup moins fréquentes.

En octobre, les cas se présentèrent de nouveau plus nombreux et offrirent plus d'intensité.

A partir du mois de novembre, les phénomènes ataxiques prédominèrent, au point, dit M. Stacquez, que plusieurs médecins visiteurs crurent n'avoir affaire qu'à une simple névrose et méconnurent les caractères fébrile et typhoïde de la maladie, qui ne s'effaçaient cependant jamais complétement.

Du mois de novembre jusqu'en mars 1846, l'épidémie a revêtu un degré alarmant de gravité; mais elle s'est éteinte vers le milieu de juillet, époque à laquelle M. Stacquez a quitté Saint-Bernard.

Examinons maintenant les symptômes que ces fièvres ont présentés.

En 1843 : malaise, lassitude, pesanteur de tête ; d'abord rares dérangements dans les fonctions digestives ; épistaxis, souvent après quelques jours d'hôpital, et alors sang très-diffluent ; érysipèle apparaissant dès les premiers jours, souvent même avant la réaction du pouls et le développement de la chaleur à la peau ; dès cet instant, langue saburrale, embarras gastrique, progrès rapides de l'érysipèle, parties envahies très-rouges et extrêmement tuméfiées, sécrétion puriforme des conjonctives, céphalalgie violente, parfois délire ; dans certains cas, nausées, vomissements, ventre tendu, douloureux ; gargouillements ; diarrhée, plus rarement constipation ; souvent transpiration abondante dans les premiers jours de l'état aigu ; sudamina, taches lenticulaires, rarement pétéchies et ecchymoses ; mais à une période avancée de la maladie, prostration, stupeur, délire, soubresauts des tendons, langue rouge et sèche d'abord, puis bientôt fuligineuse.

En 1844. Dans les premiers mois : érysipèles encore assez fréquents, mais disparaissant en quelques jours et le plus souvent bornés à une partie de la face ; marche irrégulière sous le rapport de leur apparition, comme sous celui de leur durée ; épitaxis plus fréquentes. Vers le milieu de l'année : poumons et bronches souvent entrepris ; épistaxis ne manquant jamais et se déclarant ordinairement vers la fin du premier septénaire ; taches rosées, lenticulaires, mais sudamina plur rarement observés. Vers la fin de l'année : marche insidieuse, épistaxis nombreuses et abondantes ; érysipèle dans un très-petit nombre de cas ; chez quelques individus, les extrémités supérieures deviennent le siége de mouvements convulsifs et de contractures.

En 1845. Pendant le mois de janvier et une grande partie de février : contractures, mouvements spasmodiques, vue de mouches volantes, tremblement nerveux, faiblesse musculaire. Ces phénomènes ne se montrèrent d'abord que dans un petit nombre de cas et furent de courte durée. Vers le mois de mars, ils présentèrent un caractère insidieux très-tranché : contractures rares et peu prononcées ; accès épileptiformes fréquents, se déclarant au début de la maladie ; désordre dans les idées, exaltation, diminution des facultés intellectuelles, agitation, délire, soubresauts des tendons, convulsions, faiblesse musculaire ; pouls parfois irrégulier quant à sa force et à sa fréquence ; état fébrile très-intense. A la fin d'avril : cas de paralysie primitive et complète, trimus. En octobre : fourmillements, engourdissement, hoquet ; les muscles contracturés deviennent douloureux.

A partir de novembre, M. Stacquez a observé que les fièvres continues qui, en général, se déclaraient par un frisson suivi d'une transpiration plus ou moins abondante, présentaient des symptômes que nous croyons pouvoir classer de la manière suivante :

Altération de la sensibilité. Dès le début, les malades éprouvent aux doigts et particulièrement aux orteils des sentiments de fourmillement, de picotement, d'engourdissement, d'élancement.

Ces sensations se bornent rarement aux pieds et aux mains. Quelquefois ablation momentanée de la sensibilité.

Altération de la contractilité. Quand les contractures ont lieu aux extrémités supérieures, le bras est rapproché du tronc, l'avant-bras est fléchi sur le bras, le poignet plus ou moins renversé, les doigts dans une flexion moyenne et appuyés sur le pouce toujours porté dans l'adduction ; quelquefois ils sont fortement fléchis dans la paume de la main. L'avant-bras est dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination.

Aux extrémités inférieures, les pieds sont dans l'extension par la prédominance des muscles du mollet ; lorsque les contractures sont très-fortes, ils sont portés dans l'adduction et plus ou moins arqués.

La rigidité et l'angle des doigts et des orteils démontrent que fléchisseurs et extenseurs sont contracturés à la fois.

Lorsque les muscles de la face, de la langue sont contractés, les commissures des lèvres sont plus ou moins tirées dans l'une ou l'autre direction.

Les muscles contracturés présentent une dureté proportionnée à leur degré de contracture.

En général, les contractures sont plus prononcées du côté droit.

Elles ne sont pas permanentes ; quelquefois elles disparaissent complétement.

Circulation. Pouls large et *extraordinairement dépressible*, quelle que soit son accélération : dans un grand nombre de cas il est très-irrégulier ; après que la réaction est tombée, il est remarquable par sa lenteur. L'état fébrile reparait souvent, particulièrement à la suite de quelque imprudence. En général, la fièvre est plus forte le soir, tandis que les phénomènes nerveux sont plus marqués le matin.

L'altération du sang qui existe au début de la maladie a souvent été portée à un haut degré : le sang a perdu de ses propriétés plastiques et est comme défibriné.

Les épistaxis sont nombreuses, fréquentes et abondantes.

État du cerveau. Céphalalgie qui se dissipe ordinairement après quelques jours de durée ; délire dans quelques cas, aberration des idées, surdité, trouble de la vue ; l'insomnie n'a pas été remarquée ; les malades, au contraire, dorment profondément ; accès épileptiformes, tétanos, trismus, bégayement, chorée, hoquet, etc. ; tous ces symptômes sont de courte durée.

Affection des membranes muqueuses. Langue saburrale, quelquefois rouge, collante, sèche et même fuligineuse ; soif ; nausées, vomissements dans un petit nombre de cas ; rarement de la diarrhée, souvent constipation ; faim, digestions cependant laborieuses.

Affection de la peau. Beaucoup de malades présentent des taches lenticulaires ; souvent sudamina, mais rarement en rapport avec la transpiration.

La peau des extrémités prend souvent une teinte cyanosée qui s'étend même aux ongles.

Il arrive qu'il se déclare de larges ecchymoses qui ont presque toujours leur siége aux extrémités inférieures.

Il apparait aussi sur les jambes et les cuisses des taches qui ressemblent au *purpura hemorrhagica*.

Il est survenu des phlegmons qui se sont terminés par la gangrène.

OEdème, ascite, anasarque. Chez presque tous les malades, les extrémités inférieures s'infiltrent, et des collections se forment dans les cavités séreuses.

Dans le traitement des diverses formes de la fièvre continue que M. Stacquez a eu à combattre, il a toujours eu en vue d'abord d'expulser le principe morbifique, en second lieu d'en annihiler les effets.

En 1843, considérant l'éruption érysipélateuse comme un effort critique de l'économie, il a cherché à en éviter la répercussion, et regardant l'état des voies digestives comme le foyer d'un travail saburral éliminateur, il a eu recours aux purgatifs salins et au tartre émétique, surtout au début de l'affection. Il a aussi fait usage d'onctions mercurielles sur les parties envahies par l'érysipèle, dans le but de les soustraire à l'action de l'air atmosphérique ; et à une période avancée de la maladie, lorsque la tête était embarrassée, il a retiré de bons effets de l'emploi de sinapismes et de vésicatoires sur les extrémités inférieures.

En 1844, son traitement a varié, selon que la fièvre continue s'est présentée sous la forme simple, catarrhale, muqueuse, adynamique ou ataxique ; mais il a eu pour base les purgatifs salins et l'émétique au début de la maladie.

En 1845 et 1846, la maladie a été extrêmement rebelle aux divers traitements qui lui ont été opposés ; les purgatifs salins seuls ont été manifestement efficaces.

L'émétique a été employé avec avantage dans le principe de la maladie, lorsqu'il y avait embarras gastrique.

M. Stacquez dit n'avoir obtenu aucun effet avantageux de l'emploi des saignées ; il pense même qu'elles auraient amené les plus funestes résultats s'il s'était obstiné à y recourir.

Le sulfate de quinine, l'opium, la belladone, les antispasmodiques, les excitants du système nerveux, les ferrugineux et un grand nombre d'autres médicaments ont été mis en usage sans résultats satisfaisants.

Le régime a été tonique et fortifiant ; mais presque chaque fois que M. Stacquez a accédé aux sollicitations des malades, en leur accordant des aliments lorsque l'estomac n'était pas suffisamment en état de les supporter, il en est résulté des accidents graves.

L'auteur indique comme moyen prophylactique la dispersion des détenus, pour rendre moins actifs les effets de l'encombrement, et comme moyens hygiéniques, une alimentation suffisamment stimulante, suffisamment réparatrice, et l'exercice en plein air pendant une grande partie de la journée.

Les altérations organiques trouvées à l'autopsie n'étaient pas toujours identiques et expliquaient rarement la mort.

M. Stacquez dit avoir rencontré plusieurs fois la muqueuse intestinale à l'état normal et les glandes du mésentère n'offrant rien de particulier.

Dans les autopsies faites en 1843 et 1844, les cadavres d'individus qui avaient succombé à la suite de fièvres continues avec érysipèles, ont présenté plus d'une

fois la muqueuse intestinale sans aucune trace d'altération. Dans un cas, la rate était ramollie.

En 1845-1846, on n'a trouvé d'altérations constantes que celles du sang et ordinairement de la rate : le sang était toujours défibriné; la rate était volumineuse, très-ramollie et d'un noir plus ou moins foncé. La muqueuse intestinale était fréquemment injectée et ramollie. Assez souvent les glandes de Brunner et les plaques de Peyer étaient ulcérées et même converties en un détritus noirâtre. Le cœur, sans présenter des lésions qu'on puisse rapporter à la maladie, offrait un ramollissement souvent très-prononcé. Les poumons étaient presque toujours engorgés; ils offraient souvent une hépatisation rouge ou grise. Le cerveau et la moelle épinière étaient fréquemment à l'état normal; celle-ci toutefois a été trouvée ramollie et même offrant la consistance de la crème. C'est surtout après des maladies de très-peu de durée que les ramollissements les plus prononcés ont été remarqués.

M. Stacquez se demande, mais n'explique pas comment, en 1843, les fièvres continues se sont présentées en si grand nombre avec un érysipèle qui avait presque toujours son siége à la face. Il voit dans son apparition une *inconnue* qui prouve, dit-il, combien l'étiologie des maladies laisse encore à désirer.

C'est en présence de ces considérations que votre commission aborde l'examen du mémoire dont elle vient de vous présenter l'analyse.

On doit savoir gré à M. Stacquez du courage et du dévouement qu'il a montrés en signalant les causes nombreuses d'insalubrité qui se présentent à Saint-Bernard. En se mettant en opposition avec les autorités locales qui voulaient les cacher, ce médecin a rendu un véritable service à l'humanité.

Toutefois en ne regardant que comme prédisposantes toutes les causes dues aux influences locales, pour n'attribuer les pyrexies qu'il décrit qu'à un état résultant d'une intoxication produite par un miasme animal exhalé par l'homme sain ou malade, l'auteur n'a-t-il pas été trop exclusif?

Ne résulte-t-il pas des discussions qui ont eu lieu dans cette enceinte, au sujet de la proposition de M. Lebeau, sur l'entérite folliculeuse, que les miasmes végétaux peuvent engendrer la fièvre typhoïde sans le concours d'aucun autre miasme ? D'autre part, votre commission ne peut partager l'opinion que le corps sain exhale les mêmes miasmes que le corps malade. L'encombrement, la malpropreté peuvent bien faire que les émanations d'un corps sain deviennent aussi nuisibles que celles d'un corps malade ; mais à circonstances hygiéniques égales, il nous paraît que les corps malades exhalent un principe plus pernicieux, et que les matières excrémentitielles contiennent évidemment d'autres principes et d'autres émanations.

En avançant que les fièvres continues sont toujours dues à un miasme animal, et que pour qu'il se déclare des épidémies de ces fièvres, il faut non-seulement qu'il y ait rassemblement d'hommes, mais encore qu'ils soient réunis dans des espaces très-resserrés ou mal disposés, l'auteur n'a-t-il pas aussi perdu de vue ces épidémies qui sévissent sur une population entière, jouissant de la santé la plus florissante, et attaquent subitement une masse d'individus de tout âge, qui n'ont jamais eu le moindre contact ? Et comment expliquerait-on en outre ces cas sporadiques de fièvres continues pour la production desquels l'auteur lui-même ne peut se rendre compte de l'influence du miasme?

Nous avons vu que, pour M. Stacquez, la fièvre continue est une dans son essence et qu'elle se présente sous diverses formes. Si par fièvre continue l'auteur entend désigner la fièvre typhoïde et qu'il admette que cette fièvre peut être inflammatoire-typhoïde, muqueuse-typhoïde, adynamique-typhoïde, ataxique-typhoïde, etc., nous respecterons jusqu'à un certain point sa manière de voir; mais pour ce qui est de l'érysipèle et des contractures, nous pensons que si ces affections peuvent se présenter dans certains cas comme complication de la fièvre continue, elles n'en doivent cependant pas être considérées comme un symptôme proprement dit.

A son entrée en fonctions dans la prison de Saint-Bernard, dit l'auteur, il a été frappé d'une manière toute particulière des pyrexies qu'il observait et qui offraient quelque chose de typhoïde, de désordonné, d'insidieux, présentant souvent pour symptôme particulier, un érysipèle borné presque toujours à la face et au cuir chevelu, et apparaissant dans les premiers jours de la maladie. Rapprochant ce passage du mémoire d'un autre où il est dit que la muqueuse intestinale a été trouvée à l'état normal dans les cadavres d'individus qui avaient succombé à la suite de fièvres continues avec érysipèle à la face et au cuir chevelu, et que dans ces cas le principe morbifique avait été dirigé vers ces parties, nous devons en conclure que, pour l'auteur, dans les fièvres typhoïdes, ce principe morbifique se porte sur les points qui sont irrités ou déjà le siége d'un travail morbide, ce qui peut se faire à la peau ou occuper tout autre organe, à l'exclusion de la muqueuse intestinale. Des membres de votre commission ont partagé cette opinion.

Nous avons vu que, pour M. Stacquez, c'est dans une intoxication par un miasme animal que la maladie, dont il présente les contractures comme un symptôme, a pris sa source, et que l'influence des causes morbides que nous avons énumérées a eu pour résultat d'appauvrir le sang en même temps qu'elle exerçait une action toute spéciale sur le système nerveux

Parmi ces causes M. Stacquez range le régime alimentaire des prisons, qu'il dit avoir produit une action débilitante des plus marquées sur la constitution des détenus.

Si la maladie dont nous nous occupons ne s'était montrée que dans les prisons, nous pourrions nous borner à en chercher la principale cause dans le régime alimentaire des détenus, et croire que chez des sujets déjà affaiblis par une nourriture peu réparatrice, les pois, l'avoine, le riz et d'autres graines qui ont en dernier lieu remplacé les pommes de terre, n'ont constitué qu'un aliment insuffisant pour les besoins de l'économie ; mais plusieurs d'entre nous, messieurs, ayant observé dans la pratique civile cet état spasmodique clonique, nous ne pouvons nous dispenser d'y voir une autre cause, que nous sommes disposés à attribuer à une influence atmosphérique.

D'autre part, nous ne pouvons admettre, avec M. Stacquez, que les contractures musculaires et la série des phénomènes qui les accompagnaient, étaient symptomatiques. Pour nous, cette maladie était produite par sa cause et non point par une autre maladie : les contractures se sont montrées à plusieurs reprises, même à Saint-Bernard, sans état fébrile, et comme l'effet n'existe jamais sans cause, il s'ensuit que la fièvre n'en est point la cause, et qu'elles n'ont point été l'effet de la fièvre continue.

Cette affection est l'expression d'une susceptibilité spéciale du système nerveux, qui, chez les individus prédisposés, s'est manifestée à l'occasion de causes diverses. Elle a eu sa source dans un état général, un trouble sensitif de l'économie qui a pu partir de tous les points de l'organisme. L'action de ces causes s'étant longtemps prolongée, le sang a dû subir des modifications pathologiques profondes, et peut-être même a-t-il fourni un principe délétère qui a eu lui-même une action spéciale sur le système nerveux.

L'absence de lésions dans les centres nerveux permet aussi de ranger les convulsions musculaires observées à Saint-Bernard dans la classe de névroses.

Les sentiments de fourmillement, de picotements, d'engourdissement, ne peuvent ici dépendre que d'une excitation du système nerveux. Les nerfs de la vie organique et ceux de la vie de relation ont été le siége des dérangements primitifs qui caractérisent un accès de contractures, puisque ce sont eux qui président aux fonctions que nous voyons troublées. Un état fébrile peut avoir présenté ce genre de trouble, mais souvent, nous le répétons, il n'y avait pas de fièvre à l'instant où les contractures se déclaraient; elles ne peuvent donc avoir été le résultat d'une chose qui n'existait pas.

CONCLUSIONS.

Nous concluons de ce qui précède, que nous ne pouvons accepter qu'avec réserve le travail de M. Stacquez qui a imaginé une théorie à laquelle il a fait plier tous les faits qu'il a observés pendant son séjour à Saint-Bernard, théorie qu'il fonde sur une intoxication du sang par un miasme *sui generis*, engendré par l'homme lui-même et apte à produire les fièvres continues. Quoi qu'il soit, messieurs, l'ensemble du mémoire de M. Stacquez nous a paru offrir le plus grnd intérêt : nous pensons qu'il mérite de fixer toute votre attention, et qu'il est digne, sous tous les rapports, de figurer dans le Recueil de Mémoires de l'Académie. En vous faisant cette proposition, nous y ajoutons celle d'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des aspirants au titre de membre correspondant.

La discussion de ce rapport est renvoyée à la séance prochaine.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉLÉMENTS DE PHYSIQUE TERRESTRE ET DE MÉTÉOROLOGIE; par M. Becquerel, de l'Institut, et M. Ed. Becquerel. — Paris, librairie de Didot frères.

Il n'y a pas de question plus importante assurément que celle des climats. L'influence qu'ils produisent sur l'homme est à la fois une influence physiologique et une action médicatrice. Par la première, la race se constitue et acquiert des caractères qui se dessinent nettement, malgré le concours des causes morales. Par la seconde, le climat devient un moyen médical propre à combattre avec énergie les conditions vicieuses d'une organisation et à déterminer une révolution salutaire dans l'économie humaine. A ce compte, l'étude des climats importe beaucoup au philosophe comme au médecin ; l'un et l'autre seraient incomplets et ne pourraient trouver les explications ou faire les applications qui rentrent dans leur spécialité, sans avoir puisé à cette source. Mais cet ordre de connaissances a appartenu longtemps au domaine empirique. Les anciens philosophes, les anciens médecins faisaient de la climatologie en partant de quelques observations qui manquaient des moyens d'investigation qu'on possède aujourd'hui. Ils avaient vu et réfléchi, mais ils n'avaient pas observé dans toute la rigueur du mot. Manquant d'instruments de précision, ils n'avaient aucun procédé pour bien apprécier l'état de la température, celui de l'air et de toutes les données complexes qui constituent cet ensemble d'influences auquel on a donné le nom de climat. Grâce au progrès qui a fait bien du chemin dans la voie de l'analyse, nous sommes mieux pourvus que nos devanciers; malgré les incertitudes qui règnent encore en météorologie, nous pouvons espérer de marcher sans trop nous égarer dans les travaux de cette nature.

Il serait trop long de faire l'énumération des œuvres qui ont concouru à constituer cet ordre de connaissances. Au lieu de se livrer à l'énumération des œuvres, il serait même préférable de grouper les principales découvertes et les principaux moyens d'investigation que la science a mis à la disposition des climatologistes. Mais nous n'avons pas la mission d'écrire cette intéressante histoire ; notre but est moins ambitieux : nous nous proposons seulement de signaler à l'attention publique un de ces livres où toutes les grandes questions de la physique terrestre et de la météorologie

sont abordées et résolues autant que peut le permettre le degré des connaissances acquises sur la matière. Ce n'est pas un livre d'hier; on peut dire cependant qu'il est nouveau comme s'il venait de paraître. Publié peu de temps avant la révolution de février, les mois se sont écoulés sans que les études scientifiques puissent s'entourer de ce calme si nécessaire aux travaux de l'esprit. Le bruit qu'il a fait à son apparition a été interrompu par cette secousse violente dont nous éprouvons encore les effets. La secousse est passée, elle sera peut-être oubliée s'il vient des jours meilleurs. C'est donc le moment de provoquer cet intérêt scientifique qui avait fait place à un autre, et de fixer l'attention des savants, trop longtemps détournée de ses préoccupations ordinaires, sur une œuvre qui contient tout ce qu'il faut savoir en climatologie. Cette œuvre a pour auteurs deux hommes connus dans la science, MM. Becquerel (de l'Institut) et Ed. Becquerel; elle ne porte que ce titre bien humble d'ÉLÉMENTS DE PHYSIQUE TERRESTRE ET DE MÉTÉOROLOGIE, car il ne dit pas tous les développements, tous les détails, tous les calculs qui sont renfermés dans les nombreux chapitres du livre.

La première question qui est traitée est celle de la composition du globe, de cette matière solide sur laquelle nous vivons, et qui semble animée à cause des produits vivants qui couvrent sa surface. Les stratifications diverses qui forment la croûte terrestre sont analysées de la manière la plus complète dans ses divers éléments. Il en est de même pour la chaleur centrale. La question de la chaleur superficielle y est traitée géographiquement à l'aide des lignes d'égale chaleur pendant les différentes saisons. A la suite de ces travaux d'analyse, les auteurs ont placé des développements très-importants et pleins d'intérêt sur les climats de l'antiquité et sur ceux de l'époque actuelle. Nous allons nous y arrêter un moment.

Si la température de l'écorce terrestre avait varié sensiblement, on pourrait en tirer des conséquences pour la variation des climats depuis les temps historiques. Mais comme cette température ne diffère guère de ce qu'elle était autrefois, il s'ensuit que la variation des climats n'est pas vraie au point de vue général, et qu'elle tient, dans les localités où elle s'est produite, à des changements dans la superficie du sol. Parmi les exemples cités de cette stabilité des climats, il y a celui de la Palestine, où les dattes mûrissaient et étaient préparées comme des fruits secs, du temps de Moïse. Par l'appréciation de la température actuelle, on reconnaît que la chaleur qui faisait mûrir les dattiers conserve à peu près la même élévation que celle qu'on observe aujourd'hui. Cet exemple et tant d'autres n'empêchent pas que des exemples contraires puissent être constatés. Autrefois la vigne mûrissait en Angleterre; il n'en est plus de même de notre temps. Sous Julien, la vigne gauloise donnait d'assez bons produits aux environs de Lutèce; on sait qu'ils y conservent même après les étés les plus favorables, un goût assez prononcé d'acidité. Le rapport des surfaces chargées d'arbres avec celles qui sont livrées à la culture ordinaire doit produire une certaine influence sur les altérations des climats. Il est probable que les changements qui se sont manifestés sur notre territoire résultent de la destruction en grand de ces importantes forêts dont toutes les grandes inégalités du sol étaient couvertes. Ainsi, on pourrait jusqu'à un certain point adoucir, un climat en reboisant une surface territoriale. Maintenant que cette question est à l'ordre du jour, il serait important de ne pas procéder aux plantations sans autre but que d'enrichir le pays de bois de chauffage et de construction: les modifications à imprimer aux conditions thermales de l'air ne devraient pas être livrées à ce hasard auquel on a l'habitude de s'abandonner avec trop de confiance.

Les climats, à l'époque actuelle, sont analysés avec le plus grand soin dans toutes les conditions qui les constituent. La température, qui semble de prime abord, la donnée qui dans cette question domine toutes les autres, exige des considérations d'ordre très-différent. La coupe des terrains, relativement aux mouvements de l'air, ne modifie pas seulement cette influence; il faut chercher d'autres modificateurs dans l'état géologique et agricole du sol. Ainsi, le sol peut être absorbant ou émissif des rayons calorifiques; dans le premier cas, il échauffe les terrains; dans le second, il les refroidit. Pour donner des exemples, voici ce que disent les auteurs, touchant des surfaces très-étendues des divers continents de notre globe. « Les déserts » de sable et de roche ne se trouvent presque exclusivement que dans la » partie chaude de l'ancien continent; les savanes en Amérique, les steppes dans la Russie méridionale, la Sibérie et le Turkestan. Les déserts de » sable occupent environ 132° en longitude, depuis l'extrémité occidentale » du Sahara jusqu'à l'extrémité orientale du Gobi, à travers le centre de » l'Afrique, l'Arabie, la Perse, le Caudahar, le Thian-chan-nan-lou et le » pays des Mogols. Plus des deux tiers de cette vaste superficie, nus et » arides, sont situés à l'ouest de l'Indus, très-près des tropiques où le sable acquiert, sous l'influence solaire, une température de 50° ou 60°. Une » continuité du sol ainsi échauffé doit exercer nécessairement une influence » sur la température d'une grande portion de la terre. » Cette action du sol sur la température ambiante n'est pas seulement locale; elle peut s'étendre plus loin, suivant les dimensions de la surface qui modifie les conditions thermométriques de l'air. Ce qui est vrai pour les terrains l'est surtout pour les surfaces couvertes d'eaux comme les mers, ou comme les lacs et les marécages. En jetant les yeux sur le tableau des lignes d'égale chaleur qui fait partie du livre avec d'autres tableaux nécessaires pour l'intelligence du texte, on voit que ces lignes changent de direction en se rapprochant des rivages maritimes, ou en passant sur les mers. Nous avons dit aussi que l'état du sol, sous le rapport agricole, est d'une grande importance au point de vue de la température. Déjà nous avions fait observer que les déboisements modifiaient beaucoup cette influence. Les cultures moins importantes, celles des graminées, produisent aussi des effets très-dignes de remarque. « Sous la zone tempérée, M. Daniell a constaté, disent les auteurs, » que le rayonnement nocturne, dans les prairies et les bruyères, peut » abaisser la température pendant dix mois jusqu'à zéro. » Ce détail nous dispense d'en présenter d'autres. MM. Becquerel n'ont rien laissé derrière eux touchant cette question si importante en climatologie. Après avoir lu le chapitre sur ce grand fait des influences du sol sous le double rapport de la composition géologique et de l'aménagement agricole, on peut dire que de toutes les données générales du problème aucune n'a été négligée.

L'atmosphère a été l'objet, à son tour, de tous les développements dont cette enveloppe fluide du globe est susceptible. C'est la substance de la climatologie; c'est par elle que les influences s'exercent. L'air forme en effet le véhicule, si on peut s'exprimer ainsi, de l'humidité, du calorique, de l'électricité, et de toutes les causes connues ou inconnues, qui agissent sur les organes de l'homme, et les conditions d'existence de la plante. Ce qui intéresse au plus haut degré dans la grande question de l'atmosphère et des phénomènes qui s'y passent, ce sont ces déplacements plus ou moins considérables, plus ou moins réguliers, connus sous le nom de vents. Les vents forment, comme on sait, une rose aux flèches nombreuses. Ils n'émanent pas seulement des quatre points cardinaux, ils soufflent aussi des points intermédiaires. Suivant l'économie des bassins où ils parviennent, ils ne conservent pas toujours la direction normale; ils en dévient dans beaucoup de cas et contractent, suivant la route qu'ils parcourent, des qualités ou des vices qui servent à caractériser le climat. Tout cela est très-important à noter; ce serait une grande faute de ne pas en tenir compte, et les détails de l'œuvre de MM. Becquerel fournissent toutes les données qui peuvent servir de guide dans cet ordre de considérations. Parmi les vents que citent les auteurs, dont les caractères et les noms changent et varient suivant les régions où on les observe, il y en a qui ne nous paraissent pas avoir été appréciés avec exactitude. Ainsi le sirocco italien, qui souffle du sud-est, ne doit pas être considéré comme le plus chaud de tous les vents, car il agit moins par l'excès de la température propre, que par ses qualités hygrométriques. Il est dissolvant par cette humidité chaude qui provoque au sommeil en anéantissant la vigueur physiologique. Le gréco, le grégal ou le grec n'est pas le vent du nord-ouest, mais du nord-est; le nord-ouest est le mistral de la Provence, que les Italiens nomment le maestro, et qui souffle avec la plus grande impétuosité. Les caractères du nord-est sont très-différents de ceux du vent qui se précipite avec tant de furie dans la vallée du Rhône.

La transparence n'est pas plus l'état ordinaire de l'atmosphère, même dans les régions placées le plus favorablement, que l'immobilité absolue des couches aériennes qui la composent. Sous l'influence des modifications que subit la température, des masses de sphérules aqueuses montent dans les régions supérieures, où elles se condensent, s'assemblent, se groupent et forment ces décorations de nuages qui parent le ciel plutôt qu'elles n'en voilent les splendeurs. La météorologie a classé depuis longtemps la forme des nuages, malgré l'infinie variété que leur disposition présente à l'observateur. Elle a rapporté cette forme à trois principales, le *cirrus*, le *cumulus*, le *stratus*. Les différences qui les séparent sont confondues en quelque sorte par les modifications intermédiaires qu'on désigne en formant des noms composés. On sera bien aise sans doute de savoir en quoi consistent les trois formes principales de vapeur condensée qui se remarquent dans les zones supérieures de l'atmosphère : « Les *cirrus* sont de petits nuages blanchâtres, suivant la définition de l'œuvre de MM. Becquerel, composés de filaments déliés qui leur donnent l'apparence d'un réseau délié ou de laine cardée; ils sont formés de filets parallèles pouvant » s'étendre dans une ou plusieurs directions par accroissement. » Ces sortes de nuages sont très-communs dans les zones méridionales, et même dans les zones septentrionales. Les couchers de soleil s'accompagnent souvent à Paris de ces zones parallèles plus ou moins prolongées, plus ou moins puissantes, dont l'éclat s'altère et dont les masses se confondent, au moment où le disque solaire disparaît entièrement de l'horizon. Les nuages doivent avoir une signification. Leur direction peut annoncer et annonce réellement celle du vent qui souffle; mais leur apparition peut pronostiquer un événement météorologique. Les cirrus annonceraient la pluie en été, et même le vent après

un temps calme. Un proverbe languedocien, qu'on me permettra de rapporter en langue vulgaire, renferme cette prophétie. Le voici : *Cel rougent, pleijo ou bent*, ce qui se traduit ainsi : *Le ciel qui est rouge annonce la pluie ou le vent.* Or cette couleur rouge des couchers de soleil se manifeste surtout lorsque les nuages sont à l'état de cirrus, comme il est facile d'ailleurs de s'en convaincre par l'observation. Les *stratus* participent du cirrus, mais leur parallélisme est plus prononcé, leurs couches plus épaisses, leur séparation plus nette, plus égale ; ce sont encore les nuages des couchers de soleil. Quant aux *cumulus*, leur nom dit assez en quoi ils consistent. « Ce » sont ces nuages arrondis, disent les auteurs des ÉLÉMENTS DE PHYSIQUE ET » DE MÉTÉOROLOGIE, ressemblant à des montagnes entassées les unes sur les » autres, nuages qui s'accroissent par en haut à partir d'une base horizon- » tale. Ils se forment le matin et se dissipent habituellement le soir, mais » ils partagent en général les vicissitudes de l'atmosphère ; ils sont plus » fréquents en été qu'en hiver. » Les nuages de pluie forment une masse confuse plus ou moins épaisse, plus ou moins ténébreuse, qui a le nom de *nimbus*. Pour les faire rentrer dans la classification précédente, ils ont été nommés *cirro-cumulo-stratus*. Ces classifications peuvent paraître plus ingénieuses que vraies. Cependant, si l'on n'observe pas le ciel en artiste qui oublie la forme pour la couleur, on verra que toutes les dispositions, même les plus singulières que prend le brouillard, se rapportent aux trois formes principales. La météorologie, qui n'a pas fait encore des progrès suffisants, car elle a beaucoup d'inconnu devant elle, expliquera sans doute plus tard pourquoi ces formes se répètent ou dominent sans cesse, et ne se rapportent pas à des types plus nombreux.

La pluie constitue une des données les plus importantes de la climatologie pour les personnes qui ont peu voyagé ou ne possèdent pas le sentiment de l'observation. D'après elles, la pluie tombe d'une manière irrégulière, mais avec plus d'abondance en hiver qu'en été. Les modifications produites par la latitude et la constitution générale du sol n'entraîneraient pas des changements dans la distribution annuelle de la pluie ; la mauvaise saison serait partout semblable, et les jours pluvieux se rapporteraient uniformément aux temps d'hiver. Une carte hyétographique a été tracée, et montre bien clairement que dans les différentes régions du globe les pluies ne correspondent pas aux mêmes saisons. Ainsi, l'Italie a les pluies d'automne avec les surfaces continentales qui sont placées dans des conditions analogues ; les pluies d'hiver prédominent dans les régions plus méridionales. S'il y a des régions enfin où il ne pleut pas du tout, il y en a d'autres où il pleut en abondance, et où le nombre des jours pluvieux surpasse celui des beaux jours. La carte hyétographique du livre indique de la manière la plus précise cette distribution des pluies à la surface du globe, comme la carte isothermale indique la distribution de la chaleur. Le texte complète ce que les indications générales de la carte ne peuvent pas dire. L'un et l'autre contiennent tous les faits que la science a recueillis, admis ou expliqués sur ce grand phénomène météorologique. Nous n'irons pas plus loin sur ce sujet, quelque nombreux que soient les développements qu'il peut fournir ; il faudrait analyser tout le livre.

L'électricité atmosphérique a son chapitre aussi riche en développements que ceux qui le précèdent. C'est encore un des modificateurs essentiels des climats ; elle ne joue pas un rôle moins actif que la température, que l'humidité. Nous ne parlerons pas des instruments qui servent à constater sa tension et sa nature ; nous les supposons connus. Mais voici quelques principes qu'il est nécessaire de noter : la terre est électrisée négativement, et l'atmosphère positivement ; les corps qui sont à la surface du globe ont la même électricité que la sienne, et cette électricité positive qui est le privilége de l'air acquiert une tension d'autant plus grande que l'on s'éloigne davantage de la surface terrestre. Cette qualité électrique de l'atmosphère n'empêche pas que les nuages n'acquièrent des états électriques différents. Il y a des nuages positifs et des nuages négatifs ; c'est même, comme on ne l'ignore pas, la réaction qui s'opère sous l'empire de ces forces antagonistes qui forme les grands orages et les phénomènes plus ou moins importants qui les compliquent. On apprécie ces divers genres d'électricité en portant des électroscopes dans le sein des nuages. Mais, outre qu'il n'est pas permis à tout le monde de se livrer à une opération qui a ses dangers, n'y aurait-il pas un moyen de reconnaître les nuages positifs et négatifs en les distinguant les uns des autres ? D'après Peltier, les nuages chargés d'électricité négative auraient une teinte grise plombée ou ardoisée ; ceux qui portent l'électricité contraire seraient colorés en blanc rose ou orange. MM. Becquerel n'admettent ni n'infirment les assertions de Pelletier ; ils en appellent à de nouvelles observations qui en établiraient l'exactitude. Si je dois hasarder ici un fait que j'ai recueilli dans la tradition d'une des régions méridionales de la France, les nuages de grêle, très-électriques, puisque la grêle ne se forme que sous l'influence du fluide, présenteraient la disposition des stratus et une coloration grise plombée très-prononcée. J'ai été témoin du résultat quelque temps après la prophétie, et j'avoue n'avoir jamais avoir assisté à une chute de grêle aussi abondante et aussi riche en gros grelons. Comme pour la distribution des pluies et celle de la chaleur, il y a aussi celle des orages ; mais on ne peut pas dresser cette géographie avec la régularité des cartes hyétographiques et thermographiques, car les exceptions fourmillent et semblent détruire la règle. On peut dire cependant, d'après M. Arago, cité par MM. Becquerel, qu'il tonne moins en pleine mer qu'au centre des continents, et qu'au delà même d'une distance assez grande de toute terre, il est permis de conjecturer qu'il ne tonne jamais.

Cette question se présente après l'analyse des phénomènes électriques : Qu'elle est la cause de l'électricité ? Les réactions qui se produisent à la surface du globe en déterminent-elles le développement ? A une influence aussi puissante que celle-là, il faut une cause plus puissante et moins sujette au caprice des changements. « L'hypothèse la plus simple que l'on » puisse faire, disent MM. Becquerel, est de supposer que la distribution » de la chaleur dans l'atmosphère et dans la terre soit seule cause des effets » produits, et que l'inégale température des couches de matière depuis la » surface du globe jusqu'à la limite de l'atmosphère, et même depuis le » centre de la terre jusqu'aux dernières couches matérielles gazeuses, » maintienne en dehors des variations accidentelles l'équilibre de l'élec- » tricité atmosphérique. » Des expériences faites par l'un des auteurs donnent la démonstration des assertions présentées par la théorie. Elles sont très-dignes de remarque, bien qu'elles ne disent pas précisément en quoi consiste la cause première du fluide. Ces expériences font seulement connaître sous quelle influence s'opère la séparation des deux fluides, condition sans laquelle la puissance électrique ne pourrait se manifester. Elles ont prouvé que l'inégale propagation de la chaleur dans un métal homogène suffit pour opérer la séparation des deux électricités, et que les portions qui s'échauffent le plus prennent l'électricité négative, et celles qui s'échauffent le moins l'électricité contraire. Ces découvertes sont assurément fort utiles en climatologie ; elles disent les rapports de l'électricité avec l'intensité de la température. On n'est pas encore parvenu sans doute à jeter quelque lumière sur les effets différentiels des deux électricités, en ce qui concerne leur influence sur l'homme. On y parviendra sans doute ; du reste, on n'ignore pas qu'où la chaleur est grande et par conséquent l'électricité vive, l'activité nerveuse se développe avec une puissance telle qu'on pourrait presque dire que le système y puise des conditions plus marquées de sensibilité. Dans ce cas l'électricité négative serait la plus en rapport avec l'activité physiologique ; l'autre exercerait sur elle une action moins prononcée.

Ce livre est terminé par un appendice extrêmement important, et il est permis d'ajouter entièrement nouveau, sur l'altération des roches sous les influences atmosphériques ou autres. La chaleur, l'eau et toutes les données matérielles du climat contribuent en effet à altérer les surfaces solides du globe, à détruire leur contexture, à changer même entièrement leur nature. De là des produits nouveaux solides ou gazeux qui agissent sur l'atmosphère d'une manière différente, surtout quand ils s'y mêlent, et qu'ils font, dans beaucoup de cas, un air insalubre d'un air extrêmement pur. La couleur superficielle des roches est une preuve de l'importance de ces changements d'état. Les eaux minérales témoignent de ces métamorphoses qui s'opèrent dans des profondeurs inconnues ; enfin M. Becquerel lui-même a montré, il y a peu d'années, à l'Académie comment on pouvait reproduire, dans les laboratoires, les cristaux que les courants électriques composent dans les galeries de mines. J'ai vu ces échantillons en voie de formation, puisqu'ils étaient renfermés dans les appareils armés de leurs fils électriques, et j'ai admiré cette habileté de la science qui a appris à répéter avec une fidélité si exacte les procédés merveilleux de la création.

L'œuvre commune de MM. Becquerel, où le père, dont les services scientifiques sont si connus, a pris pour auxiliaire un fils qui marche depuis longtemps sur ses traces, cette œuvre commune est une de ces productions qui marquent dans cette voie de progrès sur laquelle chacun cherche à dresser son monument. Il n'y a rien là d'inutile. A chaque page qu'on lit, on recueille une connaissance de plus. A la dernière qu'on tourne, on s'aperçoit qu'on est successivement passé par les périodes d'une immense histoire où l'aridité disparaît devant la richesse des faits et le choix des preuves. Ce résumé, qui n'est pas un livre élémentaire, mais un traité complet, n'est pas seulement fait pour être utile au naturaliste et au voyageur ; il peut servir de guide précieux au médecin qui ne doit pas ou ne veut pas rester étranger à la climatologie. L'homme de notre profession y trouvera les renseignements qui doivent fixer ses incertitudes ; et s'il se pénètre bien des principes et des formules qu'il contient, il ne risquera pas de s'égarer dans les recherches qu'il pourra faire sur les questions si négligées et pourtant si intéressantes des influences des lieux sur l'organisme humain.

Dr Ed. C.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

CONSTITUTION MÉDICALE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — NOUVELLES SANITAIRES.

FRANCE.

— On écrit de Lille : « Le nombre des décès cholériques s'élève déjà, pour Lille seulement, à plus de 50, et depuis deux jours, 9 cas de choléra ont été signalés dans la seule rue Wicar. Dans les maisons d'où venaient les malades, on a observé les causes les plus graves d'insalubrité. Dans une maison, entre autres, qui a fourni 4 malades en un seul jour, il existe une petite cour d'un mètre carré, où se trouve un dépôt d'immondices, et de plus des latrines, qui sert aux nombreux habitants, et qui présente le spectacle le plus dégoûtant. Mais ce n'est pas tout : plusieurs des malheureuses victimes du fléau n'avaient qu'une nourriture insalubre et des vêtements insuffisants, et elles couchaient sur un peu de paille qui les séparait à peine d'un sol froid et humide. Il y a évidemment lieu de faire appel à la charité officielle ou non ; l'humanité, nous le croyons, parle assez haut ; mais qu'on le sache bien, l'intérêt général aussi est en cause. »

— Nous avons annoncé que le choléra avait fait invasion à Fécamp et à Yport. Nous apprenons avec bonheur que le fléau tend de plus en plus à disparaître. Les cas deviennent de jour en jour plus rares, et l'intensité du mal diminue. L'épidémie n'a frappé que les malheureux exténués par les privations, ou les individus dont l'abus des liqueurs fortes avait détérioré le tempérament.

— On lit dans le PROGRESSIF CAUCHOIS :

« Notre bulletin sanitaire sera peu différent de celui de samedi. Les cas de choléra constatés sont toujours de moins en moins nombreux ; l'épidémie s'est cependant montrée ici dans un nouveau quartier, celui du port.

Deux sœurs de charité, un étudiant en médecine et un élève en pharmacie sont arrivés depuis quelques jours à Yport, où leurs soins deviendront bientôt de toute inutilité.

On ne cite dans l'arrondissement que la commune de Sanvic où le choléra aurait également fait apparition ; toutes les autres localités ont été jusqu'ici préservées.

— Le bruit a été répandu que des cas de choléra s'étaient déclarés à Étretat, à Criquetot (Seine-Inférieure) et dans quelques communes voisines. Les renseignements reçus à cet égard démentent fort heureusement cette nouvelle. Partout les classes indigentes sont l'objet de la plus vive sollicitude. Au Havre notamment, à partir du 7 courant, et ensuite tous les quinze jours, la musique de la garde nationale de cette ville donnera, au profit des pauvres, une messe en musique, le dimanche à midi, en l'église Notre-Dame.

ANGLETERRE.

— Depuis l'invasion du choléra dans le Royaume-Uni, on compte 643 cas à Londres et dans le voisinage, 321 décès, 100 guérisons, 222 cas en traitement. Dans les campagnes, 421, 210 décès, 46 guérisons, 165 en traitement. — En Écosse, 5,170 cas, 2,302 décès, 1,014 guérisons, 1,854 en traitement. Total : 6,234 cas, 2,833 décès, 1,160 guérisons, 2,241 cas en traitement. — Nouveaux cas au 6 janvier, à Londres et dans le voisinage et en Écosse, 272 ; décès, 115 ; guérisons, 89. — Dans ces chiffres, l'Écosse figure pour une proportion énorme. — A Glasgow, 180 cas et 59 décès, 62 guérisons.

— Le NEW-CASTLE JOURNAL dit que le choléra a trouvé son maître dans le docteur Torbock, qui déjà, en 1831, s'était distingué par son mode de traitement de cette maladie. — Il est fâcheux que ce journal n'indique pas la nature de ce traitement.

AUTRICHE.

On écrit de Lemberg (Gallicie), le 31 décembre :

« Le choléra vient de disparaître entièrement de la Gallicie. Cette maladie y a frappé en tout 43,656 individus, dont 17,752 sont morts. »

DANEMARCK.

— CHRISTIANA, 26 décembre. Le choléra a éclaté à Bergen le 10 courant. Onze personnes en avaient été atteintes jusqu'à la date du 18 ; trois avaient succombé. Une commission sanitaire a été immédiatement établie, et l'on a organisé un hôpital pour quarante malades. L'apparition du fléau avait causé beaucoup d'inquiétude dans la ville. On espérait qu'il aurait atteint son apogée avant l'époque de la pêche aux harengs, qui a lieu au printemps.

RUSSIE.

BULLETIN DU CHOLÉRA A SAINT-PÉTERSBOURG.

Journée du	24	décembre,	3	nouveaux malades,	3	guérisons et	»	décès.
—	25	—	3	—	4	—	»	—
—	26	—	7	—	4	—	1	—
—	27	—	10	—	6	—	6	—
—	28	—	5	—	5	—	1	—
—	29	—	8	—	5	—	5	—
—	30	—	5	—	9	—	1	—
			41	malades,	36	guérisons,	14	décès.

— A Moscou, dans la journée du 14 (26) décembre, il n'y a eu ni nouveaux malades ni décès. Il ne restait plus dans cette capitale que 2 malades en traitement.

ÉTATS-UNIS.

— Des lettres de New-York nous apprennent que le choléra avait éclaté dans cette ville, et que l'on craignait que le fléau ne fît des progrès. Un navire de Brême l'avait apporté à la Nouvelle-Orléans. Vingt passagers avaient péri dans le trajet. On disait que le choléra avait aussi paru à Washington.

— M. le docteur Bodinier (de New-York) écrit au COURRIER DES ÉTATS-UNIS :

« ... En somme, il y a eu jusqu'à présent une cinquantaine de cas de choléra à l'hôpital de la Quarantaine. C'est bien le choléra asiatique qui y règne ; j'en ai vu plusieurs types parmi les personnes qui sont encore malades. Mais ce qui doit tendre à rassurer le public, c'est que le traitement employé sur les individus qui ont pu être pris à temps a réussi à les sauver presque tous, malgré l'état d'affaiblissement dans lequel se trouvent ces pauvres émigrants, après un long voyage en mer, où ils ont été entassés dans un entre-pont et soumis à toutes les influences possibles qui sont propres à favoriser le développement et la malignité du choléra. »

REVUE HEBDOMADAIRE.

VOTE DU PROJET DE LOI SUR L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — INTERPELLATIONS AU SUJET DE LA RÉVOCATION DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME A L'ACADÉMIE ET DANS LA PRESSE. — INSURRECTION MÉDICALE EN ALSACE.

Pourquoi le dissimuler? notre zèle à l'endroit des réformes de médecine sociale s'est un peu refroidi. A mesure que nous avons vu se rompre un à

Feuilleton.

QUELQUES MOTS SUR L'ÉTAT DE LA MÉDECINE A CONSTANTINOPLE.

La médecine est, de toutes les sciences, celle qui sert le mieux à marquer le rang qu'un peuple occupe parmi les nations civilisées. Il suffit de compulser les annales de l'histoire pour reconnaître que la médecine n'a brillé d'un vif éclat que chez les peuples et aux époques où la civilisation a été florissante. Philosophie, morale, religion, art, elle met tout à contribution et puise dans presque toutes les connaissances humaines les documents qui sont nécessaires à son avancement. Il faudrait donc, si l'on voulait avoir une idée exacte de la médecine en Turquie, se placer à ces différents points de vue. Je n'ai point l'intention de m'élever à des considérations aussi générales ; je désire seulement indiquer quelques-unes des causes qui exercent leur influence sur les progrès de la médecine en Turquie.

La seule école médicale que possède l'empire turc est située à Constantinople, et porte le nom de Galata-Seraï ; les salles d'étude sont petites, obscures, mal aérées, nullement appropriées à leur destination. Il en est de même des cabinets d'histoire naturelle, de la bibliothèque, des dortoirs et des autres parties de ce bâtiment, qui ressemble bien plus à une caserne qu'à une école de médecine. Quand j'étais à Constantinople, on avait déjà décidé qu'elle serait transférée dans un autre bâtiment, auquel on travaille avec activité, et dont la situation et l'étendue ne laissent rien à désirer. Depuis cette époque, un vaste incendie a fait disparaître l'ancienne école et une grande partie des maisons environnantes. J'espère que ce cruel événement n'arrêtera pas le zèle du gouvernement, qui veut doter le pays des institutions médicales dont il a si grand besoin.

Si le nombre des professeurs et le programme des cours qu'ils sont chargés d'enseigner suffisait pour donner de l'éclat à une école, celle de Galata ne laisserait rien à désirer, car toutes les connaissances médicales y sont représentées dans le programme suivant : 1° pathologie et clinique interne ; 2° pathologie et clinique externe ; oculistique ; 3° pathologie générale et hygiène ; 4° matière médicale ; 5° anatomie descriptive et générale ; 6° médecine légale ; 7° botanique ; 8° physiologie, histoire naturelle, minéralogie ; 9° chimie ; 10° physique ; 11° accouchement. Chacune de ces sciences est démontrée par les professeurs qui sont au nombre de dix. Le professeur de pathologie externe est en même temps chargé de faire le cours d'accouchement ; il est assisté d'une sage-femme d'origine italienne, et c'est là, il faut le dire, un fait immense pour un pays tel que la Turquie.

Comment se fait-il qu'avec un enseignement aussi varié et aussi complet, les médecins qui sortent de l'école soient d'une si déplorable faiblesse ? Je vais répondre à cette question sans aucune réticence, et comme doit le faire un observateur désintéressé. Personne ne désire plus que moi la prospérité de l'école de

un les anneaux de la chaîne qui semblait avoir rattaché nos intérêts à ceux de la chose publique, nous sommes retombés dans le sentiment de notre impuissance. A quoi bon perdre son temps en considérations sérieuses, mais stériles, en réclamations légitimes, mais qui ne sont écoutées par personne? Des premiers, on le sait, nous avons proposé un plan de réorganisation de l'assistance publique. En présence d'une situation qui paraissait favorable à la destruction des préjugés, à la réforme des abus, nous avions essayé de poser des principes; mais nous nous sommes aperçus bientôt qu'au lieu des institutions, c'étaient les hommes que nous aurions à discuter; qu'à la place des intérêts de la science et du malade, nous rencontrerions des intérêts privés. Un autre motif plus général de désanchantement est venu nous assaillir : nous nous sommes aperçus que, sous le prétexte d'harmoniser les réformes administratives avec la grande réforme politique, on avait confié la mission de réorganiser les institutions les plus spéciales à des hommes politiques, c'est-à-dire à ceux qui, par la nature de leur esprit et le caractère de leurs préoccupations, n'ont d'aptitude que pour détruire. Ces réflexions, applicables à bien des choses, le sont surtout à ce qui s'est passé pour la réforme du système administratif des hôpitaux. Il serait tout à fait superflu de chercher à le prouver autrement que par le résultat. Or plusieurs commissions ont été chargées de préparer un plan de réorganisation de l'assistance publique, et toutes, y compris la commission nommée par l'assemblée nationale, ont vu le produit de leurs élucubrations s'évanouir devant les quelques articles du projet ministériel. Nous sommes loin de nous en plaindre; car mieux vaut un petit nombre de dispositions très-générales, qui ne préjugent rien et n'engagent pas trop l'avenir, qu'un code très-détaillé, et qui, sous le prétexte d'avoir tout prévu et tout réglementé, n'a souvent abouti qu'à organiser des barrières contre le progrès, et des moyens de résistance au profit de ceux qui n'ont pas précisément intérêt à le favoriser. C'est ce qu'on peut dire de plus avantageux de la loi sur l'assistance publique, votée dans la séance de mercredi dernier. En somme, elle consacre les principes les plus généraux que nous avions cherché à faire prévaloir dès les premiers jours de notre dernière révolution. Ainsi elle concentre l'action et la responsabilité de l'administration dans les mains d'un directeur unique, sous la surveillance d'un conseil, dont les attributions n'ont rien d'administratif. Elle réunit dans la même administration le service des secours à domicile et le service des hôpitaux et hospices civils. Enfin elle établit le principe du concours pour les places de médecins des hôpitaux, et l'élection confraternelle pour celles des médecins attachés au service des secours à domicile, quand le concours ne leur sera point applicable. L'assemblée a écarté toutes les dispositions administratives et réglementaires que la commission avait introduites dans son projet amendé. En sorte que la loi adoptée n'est autre chose qu'un canevas très-élastique qui pourra se prêter à toutes les modifications que la réflexion et l'expérience suggéreront. Les avantages du nouveau système seront entièrement subordonnés au personnel que le gouvernement choisira. Fasse le ciel que dans cette grave conjoncture, il s'inspire plus des intérêts de la médecine, des médecins et de l'humanité, que des précédents et des tendances politiques des hommes auxquels il confiera cette grave mission.

— Presque immédiatement après le vote de la loi sur l'assistance publique, un de nos confrères représentants, M. le docteur Laussedat, a adressé des interpellations à M. le ministre de l'instruction publique sur la révocation dont M. Bouillaud a été récemment atteint. Tout le monde avait été informé d'avance que ces interpellations auraient lieu, et tout le monde s'y était préparé. Nous ne dirons pas grand'chose de cette scène, qui n'a rien appris à personne et qui était le va-tout de ceux dont la préoccupation, depuis février, avait été de détruire moralement, scientifiquement et matériellement une de nos illustrations médicales. On a eu raison de dire en commençant que les deux partis désiraient également la bataille : l'un avec un courage digne d'un plus noble but, l'autre avec une confiance qui a été parfaitement justifiée par le résultat. Or il a été clairement établi pour tous, deux choses qui n'étaient peut-être pas également utiles à répandre : 1° que le doyen nouvellement révoqué l'a été, non pas en vertu d'une résolution politique de l'administration, mais par suite d'une demande presque unanime des professeurs; 2° que tout le bruit fait contre M. Orfila, et les insinuations si habilement entretenues et propagées contre son caractère, n'ont conduit qu'à prouver, jusqu'à la dernière évidence, que sa gestion, entachée d'irrégularités blâmables aux yeux de l'administration, ne mérite aucune espèce de reproche d'une autre nature; que notre illustre confrère a droit au contraire à la reconnaissance du pays pour les admirables musées dont il a doté la Faculté de médecine de Paris. Voilà ce qu'ont produit les interpellations : nous ne sommes pas bien persuadés que ce résultat ait été également agréable à tout le monde. Nous n'en dirons pas davantage sur ce point; nous nous bornons à constater que, dans les sobres détails que nous avons publiés sur cette regrettable affaire, nous n'avons rien avancé qui n'ait été parfaitement confirmé par les faits. Nous nous permettons cette simple remarque pour toute réponse aux insinuations qu'on a essayées contre les complaisances officieuses des *feuilles dévouées* à l'une des parties. Il entre assez dans les sentiments et les habitudes de la Gazette Médicale de pratiquer le dévouement, mais elle a toujours été assez heureuse jusqu'ici pour que son dévouement fût motivé et s'adressât à qui en était parfaitement digne.

— La discussion sur le chloroforme a repris dans la presse et devant l'Académie. Nous avons d'abord un compte à régler avec la première.

L'Union médicale paraît peu satisfaite que nous attribuions à son excellent esprit et à son impartialité les progrès que nous avions cru remarquer dans ses opinions et ses doctrines à l'endroit du chloroforme. Il est vrai que nous ajoutions à ces honorables véhicules de sa conversion quelques-uns des modestes efforts que la Gazette Médicale a faits dans le même but; mais ce serait trop de satisfaction pour nous : l'Union médicale ne veut à aucun prix nous reconnaître ce genre d'avantage. Soit. De quelque côté cependant que lui soit venue la lumière, nous la félicitons de l'avoir accueillie, et nous consentons même volontiers à croire qu'elle a toujours jugé et apprécié comme M. Blandin et la Gazette Médicale les principes et les doctrines du rapport sur le chloroforme. Toutefois, comme nous ne voulons point de surprise, nous allons résumer en peu de mots, devant elle, les unes et les autres, en la priant de vouloir bien nous donner son opinion avec la franchise et la netteté que nous serions heureux de trouver toujours chez elle au même degré que le talent.

1° Nous avons dit qu'il n'existait dans le rapport aucune trace de la formule des effets symptomatiques et cadavériques du chloroforme. Qu'en pense l'Union?

2° Nous avons dit que, sans cette formule préalable, il n'était pas possible de conclure légitimement à l'égard d'aucun cas de mort par le chloroforme. Qu'en pense l'Union?

Galata; je fais les vœux les plus ardents pour qu'elle devienne florissante, et s'élève bientôt à la hauteur où sont arrivées celles qui existent en Europe. Je suis convaincu, pour ma part, qu'elle peut y atteindre, mais il faut que ceux qui la dirigent ne ferment pas l'oreille aux vérités qu'on leur fait entendre, et ne se laissent pas tromper par les articles complaisants de quelques journaux. Il n'y a pas d'illusion possible en matière d'enseignement médical; si les progrès de cette science sont nuls, il faut nécessairement s'en prendre à l'état de la civilisation du pays, aux professeurs, aux élèves, et enfin à l'insuffisance des ressources matérielles dont ils disposent. Je vais chercher à déterminer la part de chacune de ces causes.

On n'implante pas la médecine dans un pays tout d'un coup et de la même manière qu'on y apporte une invention nouvelle, ou une denrée qui n'avait pas cours jusqu'alors. Il ne suffit pas de dire : je veux qu'il y ait une école, des professeurs et des élèves. Avec des dépenses plus ou moins considérables, on parvient aisément à satisfaire ce vœu, fort louable sans doute, mais qui n'amène qu'un très-mince résultat; c'est justement ce qui a eu lieu jusqu'ici à Constantinople.

On ne peut en accuser le sultan qui règne aujourd'hui. Il veut bien sincèrement doter son pays des institutions médicales, dont il comprend tous les avantages. Il fait tous ses efforts pour arriver à ce but; il vient souvent à l'école de Galata, exciter, par sa présence, le zèle des élèves, et s'assurer de leurs progrès. J'ai assisté à une de ses visites, qui est pour tout le monde un véritable jour de fête, parce qu'il y déploie une remarquable affabilité. On ne peut s'empêcher d'aimer le prince Abdul-Medjid, lorsqu'on songe que bien qu'élevé, comme tous les sultans, au milieu de la solitude du harem, où le tenait relégué la puissance ombrageuse de son père, il recherche cependant, avec le plus noble empressement, toutes les occasions de s'instruire. Sa conversation prend presque toujours une forme interrogative, comme j'ai pu m'en convaincre par moi-même, lorsqu'il m'adressait des questions sur l'état de la médecine à Constantinople. Souvent même il est difficile de satisfaire sa trop légitime curiosité. Il couvre de sa protection tous ceux qui se livrent honorablement à l'étude de la médecine, et notre art recevrait en Turquie la plus forte impulsion, si l'énergie et la volonté ne faisaient souvent défaut chez ceux qui occupent les fonctions les plus élevées du gouvernement, et s'ils étaient bien décidés à marcher dans la voie du progrès.

D'une autre part aussi, les meilleures résolutions sont souvent paralysées par l'influence souterraine des représentants de certaines nations qui, intéressées à l'affaiblissement de l'empire turc, se soucient fort peu de voir disparaître les derniers vestiges d'une ignorance qui favorise leurs secrets desseins. Homme de volonté droite, mais d'une santé faible et délicate, qui explique son irrésolution, Abdul-Medjid peut, s'il est bien secondé par des réformateurs hardis, devenir le véritable fondateur des sciences médicales en Orient.

Je dois toutefois faire remarquer que le bon vouloir du chef du gouvernement ne suffit pas pour conduire à bien une pareille entreprise; il faut encore que les esprits y soient préparés; or, il faut reconnaître qu'il existe dans la civilisation turque de sérieux obstacles que je vais indiquer.

La marche rapide des événements qui se sont succédé en Orient a appris aux hommes les plus éclairés de ce pays, que, pour prévenir la ruine complète de

3° Nous avons dit qu'à l'égard de *tous* les cas de mort par le chloroforme cités dans le rapport, le cas de M. Gorré compris, le rapport avait cherché midi à quatorze heures pour trouver des causes et une explication de la mort, laquelle se trouvait tout naturellement expliquée par la présence du chloroforme agent toxique. Qu'en pense l'Union?

4° Nous avons dit que le rapport commettait une première erreur grave en soutenant que l'empoisonnement chloroformique chez les animaux s'opère avec une *lenteur* qui fait présumer que son emploi chirurgical ne déterminera *jamais* la mort chez l'homme ; une seconde erreur plus grave en attribuant à l'asphyxie, indépendante de la qualité toxique du chloroforme, la mort survenue dans la plupart des cas attribués à cet agent. Qu'en pense l'Union?

5° Nous avons dit que la partie pratique du rapport était nulle ou erronée quant aux principes, et vague et dangereuse quant aux règles. En preuve de la première assertion, nous avons cité l'absence de toute détermination des caractères et des périodes marquant l'opportunité de la continuation ou de la cessation de l'anesthésie ; l'absence de toute indication tirée de la variabilité d'action du chloroforme ; l'absence de toute considération sur l'utilité du dosage du chloroforme. En preuve de la seconde assertion, nous avons relevé l'absence de toute règle concernant la construction des appareils, la quantité du chloroforme à faire inhaler, et l'arbitraire ou le danger des principes induits de la doctrine systématique de l'asphyxie. L'Union médicale partage-t-elle notre avis?

Nous n'insisterons pas sur les défauts d'un ordre plus général et par conséquent moins saisissables que nous avons cru devoir signaler dans le rapport, tels que l'absence de tout caractère vraiment scientifique et expérimental, l'absence de toute espèce de critique sérieuse et élevée, en un mot, de ce caractère de bon sens et de vérité dont la meilleure démonstration réside bien moins dans les preuves de l'ordre logique que dans une certaine adhésion sympathique de tous les esprits qui en possèdent et comprennent les attributs. Que l'Union médicale veuille bien nous répondre catégoriquement sur tous ces points ; nous serons heureux d'achever avec elle une œuvre de haute critique, que les obstacles et les nécessités académiques rendent tout à fait impossible, mais que les allures plus franches et plus décidées de la presse permettent de pousser jusqu'au bout.

Avant de quitter le chloroforme et d'envoyer nos lecteurs, pour compléter leur information, au compte rendu de l'Académie, mentionnons l'allocution pleine de facilité et de goût de M. Parchappe, l'un des correspondants les plus distingués de l'Académie. Nous voudrions pouvoir ajouter que les observations de notre savant confrère ont répondu par la solidité du fond à la très-grande distinction de la forme ; mais M. Parchappe, parlant à la fin de la séance et voulant répondre à ce qui venait d'être dit, n'apportait en réalité qu'un siége tout fait depuis longtemps. Il a parlé des trois périodes de l'anesthésie comme on en parlait il y a deux ans, c'est-à-dire des phénomènes vus à l'extérieur. Depuis lors les dissections et l'étude des rapports intimes des éléments physiologiques et psychologiques ont commencé : la zoologie du chloroforme a fait place à sa zootomie. Nous regrettons d'ailleurs de ne pas avoir très-bien compris comment il est possible de concilier ces deux idées, à savoir que l'asphyxie anesthésique représente le dernier terme de l'action toxique du chloroforme sur le système nerveux, et qu'il faut chercher la cause de cette asphyxie dans des conditions autres que l'action de l'éther et du chloroforme, c'est-à-dire dans le mode d'administration. Nous désirons que nos lecteurs soient plus heureux que nous ; ils trouveront au compte rendu tous les développements présentés par M. Parchappe à l'appui de cette conception, que, jusqu'à plus ample explication, nous persistons à considérer comme s'exprimant par deux propositions contradictoires.

— Le défaut d'espace ne nous permet pas de nous occuper, comme nous l'aurions désiré, d'un dissentiment grave qui vient d'éclater entre nos confrères de l'Alsace et l'autorité. Bornons-nous pour aujourd'hui à relater les faits.

Pendant son intérim préfectoral, M. le docteur Eissen s'occupa avec zèle de compléter l'organisation médicale du département du Bas-Rhin, qui possède, comme on sait, un médecin par canton, chargé des vaccinations, de l'hygiène publique et de la police médicale de sa circonscription. Les efforts isolés de ces fonctionnaires, aboutissant à un centre incompétent, étaient restés à peu près stériles jusqu'ici, sauf les vaccinations.

Naturellement M. Eissen ne s'en rapporta pas à ses seules lumières ; il fit un appel à ses collègues, notamment à la Société de médecine de Strasbourg ; et le travail préparé en commun, sauf quelques légères modifications de détail qu'il crut nécessaire d'y apporter comme représentant les intérêts de toute la population, fut adopté et introduit dans la vie administrative du département par arrêté préfectoral.

Or voici que l'ex-ministre M. Tourret, condescendant aux avis du conseil d'État agonisant, mais toujours imbu des doctrines un peu despotiques de l'empire sous lequel il a fait son éducation, replonge avant de s'en aller la médecine alsacienne dans la plus déplorable reculade. Cela peut être de quelque utilité dans les départements où il n'existait rien, mais c'est un désastre pour ceux qui avaient un commencement de véritable organisation médicale.

Voici donc nos confrères du Bas-Rhin dans la position où, pour parler le langage des clubs, « l'insurrection est le plus saint des devoirs. » Ils ne paraissent pas vouloir se soumettre, et aucun médecin du département n'acceptera, nous assure-t-on, de faire partie de n'importe quelle commission sur la désignation du préfet. Si le choléra visite le Bas-Rhin, ils formeront leur conseil sur les bases établies par eux-mêmes ; nous ne savons qui osera décliner leur compétence. En attendant ils ne se tiennent pas pour battus : ils pétitionnent et réclament. Formons des vœux pour que leurs démarches pacifiques obtiennent la satisfaction qu'elles méritent !

CHOLÉRA-MORBUS.

NOTE SUR LA MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE DU CHOLÉRA EN RUSSIE EN 1847 et 1848 ; par le docteur Frettenbacher, médecin de l'hôpital ophthalmique de Moscou.

Le choléra épidémique qui a désolé l'empire en 1847, et continue ses ravages pendant la présente année, fut importé sur le territoire russe dès l'automne de 1846. Il se montra d'abord dans les provinces transcauca-

---

l'empire ottoman, et surtout pour lui rendre quelque splendeur, il fallait faire régner une domination plus douce, une religion plus progressive, et imiter la civilisation de l'Europe. S'ils n'ont pas réussi dans cette grande entreprise, il faut s'en prendre à l'esprit même de la population turque, qui, à l'exception de quelques hommes véritablement supérieurs, est restée superstitieuse et plongée dans le fatalisme et les préjugés les plus vulgaires.

J'en citerai pour preuve ce qui a lieu au sujet des dissections et des ouvertures cadavériques. Moins avancés que leurs coreligionnaires de l'Égypte, les habitants de Constantinople ne souffrent pas qu'on prélève sur la mort le tribut qui est réclamé par la science dans l'intérêt même de l'humanité. Si l'on parvient à se procurer quelques cadavres, pour les démonstrations anatomiques qui se font à l'école de Galata, on les doit à l'intervention bienveillante des consuls et des ambassadeurs, qui mettent parfois à la disposition des professeurs les restes inanimés de ceux qui succombent dans les hôpitaux construits par chaque nation. Mais ces ressources sont évidemment insuffisantes pour l'étude de l'anatomie.

Ce que je dis de l'anatomie normale s'applique, à plus forte raison, à l'anatomie pathologique. La religion défend de toucher aux cadavres qui doivent être immédiatement ensevelis, dès que l'on suppose que la vie a abandonné le corps. Cependant personne n'ignore que sans cette étude on ne peut connaître ni le siége, ni la causedes maladies, ni les moyens de les guérir. Voilà donc les élèves et les médecins condamnés à ignorer la texture normale et les altérations morbides des tissus ; les voilà réduits à la seule contemplation des phénomènes sur le vivant, sans qu'ils puissent les rapprocher des causes matérielles qui les ont déterminées. On peut dire, sans la moindre hésitation, que si les hommes placés à la tête du pays ne parviennent pas à faire revenir les habitants sur ces funestes préjugés, il ne peut y avoir, à proprement parler, de science médicale.

La physiologie n'est pas étudiée avec plus de succès ; on retrouve encore ici les obstacles qui ont entravé l'étude de l'anatomie physiologique et morbide. Une interprétation trop rigoureuse et peu éclairée du dogme religieux s'oppose à ce qu'on soumette les animaux aux vivisections. Un vrai croyant ne recueille pas chez lui le chien qui erre dans les rues, mais il lui donne la nourriture, ainsi qu'à des milliers d'oiseaux qui se rassemblent dans la ville. Sa piété va même jusqu'à leur assurer, par testament, et à titre de fondation pieuse, un refuge et des aliments. Ce respect pour tout ce que Dieu a créé est, sans aucun doute, un sentiment digne d'éloges, et qui n'est peut-être pas assez profondément gravé dans notre cœur, à nous autres Européens ; mais il ne faut pas le porter trop loin, ni placer la conservation des animaux avant les droits imprescriptibles de l'humanité. La supériorité de l'homme sur les autres êtres est un fait irrécusable qui a été consacré par la philosophie et par toutes les religions. L'islamisme, interprété d'une façon intelligente, au lieu de frapper de stérilité et de mort tout ce qu'il touche, pourrait, au contraire, le vivifier à l'instar des autres religions qui dominent en Europe.

On vient de voir que l'anatomie et la physiologie, ainsi que l'étude des altérations pathologiques, ne sont cultivées à Constantinople que d'une manière toute théorique, et partant très-imparfaite. Or la science médicale ne peut fleurir lorsque ses trois branches les plus importantes sont frappées de stérilité. On ne doit en accuser ni les professeurs ni les hommes préposés à la direction des

siennes, où il avait pénétré par les contrées limitrophes de la Perse. Dans le principe, son action fut en général assez faible, et à la fin de l'année, l'épidémie paraissait près de cesser entièrement. Cette espérance sembla d'abord se réaliser : au mois de février 1847, l'action du choléra s'arrêta dans la contrée transcaucasienne. Malheureusement ce n'était qu'une halte momentanée : au mois d'avril, le fléau reparut dans les localités où il avait cessé quelques semaines auparavant; il commença à sévir avec beaucoup plus de violence qu'auparavant. Il se répandit rapidement dans toute l'étendue des provinces transcaucasiennes, et franchit la crête des montagnes qui les séparent de la Russie.

Sur le revers septentrional du Caucase, le choléra se montra d'abord à Kisliar, où il fut apporté par un détachement venant de Témir-Khan-Chouza, où la maladie sévissait avec une grande force. De Kisliar l'épidémie s'avança dans l'intérieur de l'empire par deux routes, l'une en longeant le rivage de la mer Caspienne, l'autre en remontant le Térek. Les premiers chefs-lieux de gouvernements atteints par le fléau dans ces deux directions furent Astrakhan et Stavropol; la maladie y éclata le même jour 4 juillet, s'y déchaina avec violence, et y forma pour ainsi dire deux foyers, d'où elle se répandit dans les gouvernements de l'intérieur, en suivant la direction que nous allons retracer.

D'Astrakhan le choléra remonta le cours du Volga; le 11 août, il atteignit Saratoff, et le 5 septembre Casan, le point le plus éloigné où il soit arrivé dans cette direction. En suivant cette route, il se répandit avec plus ou moins de rapidité et de force, non-seulement dans les gouvernements qu'arrose le Volga, mais dans les gouvernements limitrophes. C'est ainsi qu'outre ceux d'Astrakhan, de Saratoff, de Simbirsk et de Casan, il envahit ceux de Tamboff et de Penza, et en partie ceux de Nijni-Novgorod, d'Orenbourg et de Viatka.

De Stavropol, la maladie s'avança, en suivant la grand'route de Moscou, par Rosloff sur le Don et Novotscherkask; elle éclata, dans la première de ces deux villes, le 12 juillet; dans la seconde, le 18. A partir de ces deux endroits, l'épidémie suivit des directions différentes en se répandant sur une plus large étendue de terrain. Après avoir éclaté avec une rapidité extraordinaire dans quelques districts du territoire des Cosaques du Don, le choléra, à la date du 21 juillet, avait déjà atteint Taganrog, et se déclarait en même temps dans trois districts orientaux du gouvernement de Catherinoslaff, et sur quelques points isolés de ceux de Voronège et de Kharkoff. Pendant le mois d'août, il envahit ces deux derniers gouvernements, et se répandit en outre dans ceux de Koursk, d'Orel, de Poltava, de Tschernigoff, et dans les districts occidentaux de celui de Catherinoslaff. A partir de cette époque environ, le fléau suivit de préférence la direction de l'occident; car dans celle du nord il ne poussa qu'une faible pointe, qui passa par Toula, et, à la mi-septembre, atteignit Moscou, où il s'arrêta. L'épidémie, dans sa marche principale, visita, en septembre et pendant les mois suivants de la même année, les gouvernements de Khervon, de Kieff, de Mohileff et une partie de ceux de Volhynie, de Podolie, de Minsk et de Vitebsk.

Outre les deux branches que nous avons indiquées, il y en a eu une troisième, peu importante d'ailleurs, détachée, selon l'apparence, de celle de Stavropol, et exerçant une action tout à fait indépendante de cette dernière : c'est celle qui, dans les derniers jours de juillet, porta le choléra dans le territoire des Cosaques de la mer Noire, et de là à Keztsch et dans d'autres localités de la Tauride, où la maladie disparut.

Dans cette vaste étendue de pays que parcourut le choléra, il n'agit pas partout avec le même degré de rapidité et de violence. L'épidémie sévit plus cruellement dans les localités traversées par le courant principal; son action, au contraire, fut plus faible dans celles qui étaient atteintes par les courants secondaires. Arrivée au bord du Dniépre, l'épidémie parut s'arrêter, et perdit de sa violence à mesure qu'elle avança vers l'occident. Les pays qui eurent le plus à en souffrir furent les provinces transcaucasiennes et la contrée du Caucase, le territoire des Cosaques du Don, celui de Taganrog, et les gouvernements de Catherinoslaff, d'Astrakhan, de Saratoff, de Casan, de Simbirsk, de Voronège, de Kharkoff, de Koursk, d'Orel, de Tschernigoff, de Kieff et de Mohileff. Les effets en furent moins désastreux dans les territoires des Cosaques de la mer Noire et de l'Oural, et dans les gouvernements d'Orenbourg, de Penza, de Tamboff (à l'exception de la ville de Kozloff, où la maladie déploya une violence extraordinaire), de Moscou, de Toula, de Kalouga et de Tauride. Dans huit gouvernements, savoir : ceux de Nijni-Novgorod, de Viatka, de Tver, de Vitebsk, de Minsk, de Volhynie, de Podolie et de Kherson, la maladie eut moins de malignité et ne parvint pas à se développer complétement. Enfin, dans cinq gouvernements, ceux de Vladimir, de Novgorod, de Riazan, de Smolensk et de Yaroslaff, le choléra ne se montra qu'exceptionnellement, et avec le caractère sporadique.

Le nombre des hommes frappés par le choléra, dans le courant de 1847, est de 285,460; celui des morts est de 116,000. Les totaux partiels des uns et des autres dans chacune des localités, d'après l'ordre dans lequel elles ont été atteintes, se trouvent dans le tableau ci-joint, avec l'indication du chiffre de la population, qui, comparé à celui des victimes du choléra, servira à déterminer l'intensité relative de la maladie.

TABLEAU STATISTIQUE DU CHOLÉRA EN RUSSIE PENDANT L'ANNÉE 1847.

	POPULATION.	MALADES.	DÉCÈS.	ÉPOQUES.
Provinces Transcaucasiennes	»	29,730	10,955	du 16 octobre 1846 au mois de décembre 1847.
GOUVERNEMENT DE STAVROPOL				
(Avec les troupes de la province du Caucase)	»	63,632	26,760	du 24 mai — au 10 novembre 1846.
GOUVERNEMENT D'ASTRAKHAN.				
Ville d'Astrakhan	45,938	2,455	1,413	du 4 juillet 1847 au 19 septembre 1847.
Districts	328,776	4,677	2,359	4 — — 1er octobre —

études médicales; ils sont contraints de subir le joug des préjugés religieux. Et cependant il faut reconnaître que, sous d'autres rapports, la religion turque n'est point aussi intolérante qu'on pourrait le croire. Elle permet à toutes les religions, à tous les cultes de se développer librement à côté d'elle. Il y a plus, les divers emplois du gouvernement sont accessibles aux chrétiens et à tous les étrangers. Il n'en est pas moins vrai que, malgré les efforts de quelques hommes placés à la tête du gouvernement, le parti religieux et rétrograde voit, avec la plus vive affliction, se développer et grandir les institutions scientifiques, et il est encore assez puissant pour y mettre de grands obstacles. Cependant il faut que ceux qui enseignent les sciences puissent scruter la nature à leur aise, et en dérouler les mystérieux phénomènes, sans avoir à rechercher si leur doctrine est conforme à l'esprit du Coran. L'histoire est là pour nous apprendre que l'art médical ne s'est jamais elevé à une bien grande hauteur dans les pays où règne une religion ombrageuse et despotique. Toutefois, il faut dire qu'on trouverait aujourd'hui à Constantinople peu d'hommes capables de croire, avec le lieutenant de Mahomet, que si les livres contiennent ce que renferme le Coran, ils sont inutiles, et que s'ils contiennent autre chose, ils doivent être détruits.

L'état précaire où se trouve la chirurgie à Constantinople nuit beaucoup aux progrès de la médecine; il est rare que les malades se laissent pratiquer les opérations, lors même qu'elles sont reconnues indispensables. Ils craindraient de contrarier les secrètes volontés de la Providence, et de désobéir à la Divinité. Il y a presque autant d'impiété à proposer et à exécuter une opération qu'à la subir; aussi les chirurgiens n'exercent-ils leur art qu'avec une extrême répugnance, et lorsqu'ils sont sûrs d'obtenir un plein succès.

L'étude des maladies des femmes et des enfants, ainsi que l'obstétrique, ne sont enseignés que théoriquement; on ne peut même songer d'ici à longtemps à démontrer ces sciences au lit du malade, car il n'existe point d'hôpital consacré à ce genre d'affection.

Les cliniques internes et externes ne sont ni assez nombreuses ni faites avec assez de soin. Il arrive à Constantinople ce qui a lieu dans bien d'autres pays : les professeurs, satisfaits de leurs titres et des émoluments attachés à leur chaire, au lieu de consacrer la plus grande partie de leur temps aux élèves ou à des recherches scientifiques, s'occupent du soin d'accroître leur fortune. Cette coutume, qui semble avoir été importée de notre Europe, est si générale à Constantinople, qu'à l'exception d'un très-petit nombre de médecins, tous les autres, et ceux-là même qui sont attachés à l'école, s'adonnent entièrement à la clientèle. C'est là, il faut le dire, un obstacle qui nuit à l'instruction des élèves et à l'avancement de la médecine. Tant qu'on n'aura pas remédié à un pareil abus, il faut désespérer de son avenir, et renoncer à voir cette science sortir de l'obscurité où elle languit aujourd'hui.

Si les professeurs de l'école de Galata s'intéressent réellement à la prospérité de l'établissement scientifique dont ils sont les plus fermes soutiens, il faut qu'ils s'attachent à former de bons élèves en leur consacrant la plus grande partie de leur temps. Un professeur vraiment digne de ce nom doit être le compagnon respecté et l'ami de ses élèves; leurs qualités, leurs faiblesses ne doivent pas lui échapper. Il sait par quels moyens on peut exciter leur zèle, ouvrir leur intelligence et les intéresser à un art qui est entouré de difficultés sans nombre. C'est ainsi que le maître parvient à faire école, c'est-à-dire à rassembler autour de lui

	POPULATION.	MALADES.	DÉCÈS.	ÉPOQUES.
GOUVERNEMENT DE CATHERINOSLAFF.				
Ville de Catherinoslaff	10,223	404	108	du 5 septembre 1847 au 2 décembre 1847.
Ville de Rostoff	25,190	804	496	12 juillet — 1er septemb. —
Dans les autres districts	906,762	9,432	2,533	12 — — 22 décembre —
TERR. DES COSAQUES DU DON.				
Ville de Novotskerkask	18,157	1,957	715	du 18 juillet 1847 au 20 septembre 1847.
Dans les arrondissements	»	28,016	8,561	12 — — 27 novembre —
GOUVERNEMENT DE VORONÈGE.				
Ville de Voronège	43,800	5,013	1,966	du 23 août 1847 au 19 septembre 1847.
Districts	1,614,896	9,296	3,728	19 juillet — 1er décembre —
GOUVERNEMENT DE KHARKOFF.				
Ville de Kharkoff	29,395	1,332	446	du 30 juillet 1847 au 4 novembre 1847.
Districts	1,425,095	10,645	3,217	20 — — 11 décembre —
TERRITOIRE DE TAGANROG.				
Ville de Taganrog	22,472	717	373	du 21 juillet 1847 au 13 septembre 1847.
Ville de Mariopoul	3,679	282	90	12 août — 19 — —
Dans les autres parties du territoire de Tangarog	54,380	1,052	448	12 — — 19 — —
GOUVERNEMENT DE SARATOFF.				
Ville de Saratoff	50,436	5,071	3,084	du 14 août 1847 au 23 septembre 1847.
Districts	1,696,281	27,835	13,176	22 juillet — 15 décembre —
Terr. des Cosaques de la mer Noire	»	991	375	26 — — 15 — —
Ligne de la côte	»	847	305	1er août — 8 — —
GOUVERNEMENT DE TAURIDE.				
Ville de Kertsek	13,692	473	227	du 9 août 1847 au 11 octobre 1847.
Ville de Symphéropol	13,758	190	62	25 septem. — 29 novemb. —
Districts	570,666	480	173	7 — — 14 décemb. —
GOUVERNEMENT DE KOURSK.				
Ville de Koursk	24,539	1,684	1,096	du 11 août 1847 au 22 octobre 1847.
Districts	1,749,267	17,425	6,355	5 — — 1er janvier 1848.
GOUVERNEMENT D'OREL.				
Ville d'Orel	32,600	2,177	1,063	du 1er septembre 1847 au 23 décembre 1847.
Districts	1,425,942	7,660	2,974	17 août — 1er janvier 1848.
GOUVERNEMENT DE POLTAVA.				
Ville de Poltava	19,200	232	28	du 27 août 1847 au 19 novembre 1847.
Ville de Krémentschoug	19,802	437	206	7 septem. — 13 décembre —
Dans les autres districts	1,649,353	1,642	560	16 août — 3 janvier 1848.
GOUVERNEMENT DE PENZA.				
Ville de Penza	23,298	189	97	du 23 août au 29 novembre 1847.
Districts	951,276	2,837	1,175	30 — 15 décembre —
GOUVERNEMENT DE TAMBOFF.				
Ville de Tamboff	18,826		314	du 12 septembre au 15 novembre 1847.
Ville de Kozloff	20,825	3,533	456	1er — 10 — —
Dans les autres districts	1,610,035		1,448	29 août 7 décembre —
GOUVERNEMENT DE CASAN.				
Ville de Casan	61,104	3,861	1,638	du 5 septembre 1847 au 13 novembre 1847.
Districts	1,309,276	10,192	5,364	10 — — 7 janvier 1848.
GOUVERNEMENT DE SIMBIRSK.				
Ville de Simbirsk	45,208	90	56	du 12 septembre 1847 au 12 novembre 1847.
Ville de Samara	14,825	987	674	8 — — 4 — —
Dans les autres disctricts	1,141,406	4,649	2,493	8 — — 3 janvier 1848.

des hommes dont les aptitudes particulières et les ressources intellectuelles lui sont connues, et dont il tire quelquefois un merveilleux parti, soit pour propager certaines doctrines, soit pour répandre les notions les plus élémentaires de l'art de guérir. Cette manière élevée de comprendre l'enseignement médical peut seule assurer le succès d'une école naissante, surtout en Turquie. Là se trouvent un grand nombre de jeunes gens dont l'éducation première a été entièrement négligée, et qui, à part une heureuse mémoire, ne possèdent aucune des qualités nécessaires pour faire un étudiant en médecine. Si l'on ajoute à cela une apathie et une nonchalance que le climat, les mœurs et l'éducation expliquent, on comprendra que l'action des professeurs sur l'élève doit être incessante. J'insiste beaucoup sur ce vice radical de l'enseignement, parce qu'il me paraît devoir frapper de stérilité les études médicales, tant qu'on n'y aura pas apporté le remède que je viens d'indiquer. Ce qui se passe en France est bien fait pour prouver l'exactitude de mon assertion. Que l'on veuille bien se reporter au temps où les Desault, les Bichat, les Corvisart, les Bayle, etc., se faisaient un renom si mérité. Tous s'entouraient d'élèves auxquels ils s'attachaient, et souvent même ils les prenaient en une telle affection, qu'ils en faisaient les plus fermes appuis de leurs doctrines et des brillantes découvertes que l'on doit à leur génie. Pleins du feu sacré qu'ils puisaient dans leur amour pour la science, ils la fécondaient par leurs recherches, et leurs élèves, animés par un si noble exemple, se montraient souvent dignes de leurs maîtres, et leur faisaient hommage de leurs propres travaux. Solidarité scientifique entre le maître et l'élève, c'est à cette condition que la médecine peut s'élever à une grande hauteur dans toutes les écoles, et surtout dans celle de Galata.

Constantinople n'est pas une ville propre à la culture des arts et des sciences ; elle ressemble trop à un caravansérail, où le négoce, le tumulte, le bruit, les intrigues politiques qui se croisent dans tous les sens, les changements subits de fortune, en un mot toutes les péripéties que l'on rencontre dans les villes commerçantes et gouvernées despotiquement, viennent troubler le professeur et les élèves au milieu de leurs paisibles travaux. L'affluence de tout ce que l'empire turc renferme d'hommes puissants et distingués, loin d'exciter l'ardeur studieuse des médecins, la trouble et sert d'aliment à leurs passions ambitieuses. D'ailleurs le commerce et le lucre, sous toutes les formes, sont la grande affaire des habitants, et la médecine elle-même n'est considérée par beaucoup de gens que comme une véritable industrie. Le vrai mérite est placé sur la même ligne que le charlatanisme et l'ignorance; mais n'en est-il pas ainsi chez les nations qui se disent les plus civilisées, et n'est-ce pas aux médecins eux-mêmes à relever leurs professions de l'état misérable où elle est tombée aujourd'hui?

Une autre cause qui empêche la médecine de fleurir, est la situation précaire où se trouvent les hommes placés à la tête des différents services médicaux, et les professeurs de l'école de Galata. La direction de celle-ci est confiée au médecin en chef, qui change lui-même aussi souvent que les autres membres du divan. Il peut destituer, remplacer sans enquête et sans autre raison que sa volonté, les médecins employés dans l'armée de terre et de mer. Rien de plus singulier que de voir ce que nous appelons en Europe un changement de cabinet. Les nouveaux ministres arrivent avec tout un cortége médical ; tout est changé en un clin d'œil, depuis le sommet jusqu'à la base de l'édifice médical. Cette instabilité rend sinon impossibles, du moins très-difficiles les réformes les

	POPULATION.	MALADES.	DÉCÈS.	ÉPOQUES.
GOUVERNEMENT DE TOULA.				
Ville de Toula.	58,678	64	29	du 17 septembre 1847 au 27 novembre 1847.
Districts.	1,205,721	1,033	298	8 — — 10 janvier 1848.
GOUVERNEMENT DE NIJNI-NOVGOROD.				
Ville de Novgorod.	12,903	25	11	du 9 septembre 1847 au 4 décembre 1847.
Districts.	1,591,891	116	47	8 — — 1er janvier —
GOUVERNEMENT DE MOSCOU.				
Ville de Moscou.	358,702	3,494	1,780	du 18 septembre 1847 au 5 février 1848.
Districts.	1,143,862	610	251	10 — — 24 janvier —
GOUVERNEMENT D'ORENBOURG.				
Cinq districts.	»	2,891	1,467	du 15 septembre 1847 au 1er janvier 1848.
GOUVERNEMENT DE KALOUGA.				
Ville de Kalouga.	29,617	107	51	du 9 octobre 1847 au 11 décembre 1847.
Districts.	966,577	132	64	17 septemb. — 15 janvier 1848.
GOUVERNEMENT DE VIATKA.				
Deux districts.	»	79	37	du 19 septembre 1847 au 22 décembre 1847.
GOUVERNEMENT DE KHERSON.				
Ville de Kherson.	23,652	88	22	du 27 octobre 1847 au 3 décembre 1847.
Deux districts.	»	259	64	21 septemb. — 1er janvier 1848.
GOUVERNEMENT DE KIEFF.				
Ville de Kieff.	47,424	1,680	990	du 23 septembre 1847 au 25 novembre 1847.
Districts.	1,558,376	2,670	850	23 — — 20 janvier 1848.
GOUVERNEMENT DE PODOLIE.				
Trois districts.	»	294	85	du 26 septembre 1847 au 7 janvier 1848.
GOUVERNEMENT DE TVER.				
Ville de Torjok.	12,548	48	27	du 13 octobre 1847 au 25 décembre 1847.
Dans les autres districts.	1,302,743	8	5	13 — — 25 — —
TERRITOIRE DES COSAQUES DE L'OURAL.				
Ville d'Ouralsk.	»	241	142	du 16 octobre 1847 au 9 décembre 1847.
Dans les Stanitsas.	»	399	168	— — 1er janvier 1848.
Horde intérieure de Kirguises.	»	17	17	— — — —
GOUVERNEMENT DE MINSK.				
Ville de Bobruisk.	13,680	116	11	du 28 octobre 1847 au 1er janvier 1848.
Ville de Rétchitsa.	4,466	95	57	— — — —
Dans les autres districts.	992,819	211	32	— — — —
GOUVERNEMENT DE MOHILEFF.				
Ville de Mohileff.	17,485	1,495	340	du 31 octobre 1847 au 13 janvier 1848.
Districts.	842,925	3,072	447	— — 1er — —
GOUVERNEMENT DE VOLHYNIE.				
Bourg de Naroditchi.	»	231	102	du 20 novembre 1847 au 17 décembre 1847.
GOUVERNEMENT DE VITEBSK.				
Ville de Vitebsk.	19,626	183	47	du 2 décembre 1847 au 22 janvier 1848.
Dans deux districts.	»	45	2	— — 1er — —
De plus à différentes époques dans les gouvernements :				
De Novgorod.	»	5	1	» » »
De Yaroslaff.	»	4	3	» » »
De Riazan.	»	20	14	» » »
De Smolensk.	»	4	»	» » »
De Vladimir.	»	1	1	» » »

plus urgentes. A peine un homme occupe-t-il depuis quelque temps les fonctions qu'il remplissait avec zèle et à la satisfaction du pays, que le vent de la faveur venant à tourner contre lui, il cède sa place à un autre, et les améliorations qu'il avait méditées n'ont qu'une durée éphémère et ne se réalisent pas.

A l'époque où je me trouvais à Constantinople, le service médical et l'école de médecine étaient dirigés par M. Ismaël, qui, après avoir fait ses études médicales à Paris, en avait rapporté une instruction fort étendue. Sous son administration la situation des médecins était devenue meilleure; il travaillait de toutes ses forces à rendre les études plus fortes et plus complètes. A ce médecin, qui avait dignement compris sa mission, a succédé peut-être un ministre animé des meilleures intentions, mais qui ne pourra continuer avec le même succès l'œuvre commencée par son prédécesseur. La médecine, plus que toute autre institution, a besoin pour prospérer d'une grande stabilité. Un professeur qui est sans cesse exposé à perdre sa position, ne s'occupe pas de la science, et ne songe qu'à profiter de la faveur passagère dont il jouit pour travailler à sa fortune et se mettre ainsi à l'abri du besoin.

L'histoire de la médecine nous apprend que cette science n'a jamais eu un grand éclat chez les peuples à demi civilisés; à Constantinople elle reflète complétement cette apparente civilisation. Il y a un programme, des cours, des professeurs et des élèves; mais il n'en sort pas de médecin, et à vrai dire, il ne saurait en être autrement. Pour féconder le germe des sciences médicales, il faudrait que l'esprit des élèves fût déjà préparé par une instruction première. En France nous voyons entrer dans nos écoles des jeunes gens qui ont déjà puisé dans les colléges des connaissances fort complètes sur les langues anciennes, l'histoire, la géographie, la philosophie; qui sont initiés aux premiers éléments de l'histoire naturelle, de la physique, de la chimie; enfin, qui possèdent quelques-uns de ces arts d'agrément qui perfectionnent le goût et ornent l'esprit. Or, si malgré des connaissances aussi variées et aussi générales on ne parvient encore qu'avec beaucoup de soin et un pénible labeur à leur inculquer les vrais principes de la science médicale, qu'arrivera-t-il, je le demande, chez une nation qui voit poindre seulement les premiers rayons des sciences et des lettres?

Les élèves reçus dans l'école de Galata viennent de différentes provinces; on les y admet quelles que soient leur origine et leur religion. J'ai vu assis sur les mêmes bancs, des Grecs, des juifs, des musulmans. Cette tolérance parfaite qui s'étend à toutes les classes de la société et qu'on ne saurait voir sans en être touché, est un des plus grands bienfaits de la réforme politique qui s'est opérée en Turquie. Malheureusement l'instruction qu'on leur donne n'est pas assez forte, et le temps qu'on y consacre est insuffisant. Ils apprennent d'abord la lecture, l'écriture, les langues turque, arabe et française; la géographie, l'histoire, et, en dernier lieu, tous les matières qui font partie de l'enseignement médical. Ils subissent des examens réguliers pour passer d'une classe dans une autre. Ceux qui font ainsi leurs études littéraires se trouvent confondus dans l'école de Galata avec ceux qui, plus avancés, se livrent à l'étude de la médecine. Cet état de choses présente de grands inconvénients et nuit à leurs progrès. Il ne saurait y avoir une bien grande émulation parmi des jeunes gens qui reçoivent une instruction si différente. Il est probable que d'ici à peu de temps on établira une séparation reconnue nécessaire par tout le monde. Il importe surtout qu'on ne choisisse pour être initiés à l'étude de la médecine que ceux auxquels on

Quant à la manière dont s'est produit et répandu le choléra pendant ce temps, voici ce que nous ont appris l'observation et l'expérience :

1° Des fièvres intermittentes régnèrent presque dans toute l'étendue de l'empire, avant l'apparition du fléau. En 1846, ces fièvres prirent, dans plusieurs endroits, un caractère épidémique ; à partir de 1847, elles devinrent plus générales. Les fièvres épidémiques cessèrent à l'apparition du choléra, mais éclatèrent de nouveau lorsqu'il eut disparu.

2° Le choléra a été en outre précédé, presque partout, par une affection des organes de la digestion, laquelle se manifestait par la perte de l'appétit, par la pesanteur dans l'estomac, par un sentiment de malaise dans les entrailles, par la disposition à la diarrhée et à l'insomnie, etc. L'apparition du choléra même ne mettait pas fin à cette disposition maladive qui, au contraire, se manifestait dans toute sa force pendant la durée entière de l'épidémie ; à peine un petit nombre de personnes ont échappé tout à fait à cette influence, qui n'a cessé qu'avec le choléra. Il faut remarquer, cependant, que ce dérangement a existé dans l'étendue presque entière de la Russie d'Europe, même dans les localités épargnées par l'épidémie.

3° Le fléau a principalement suivi le cours des fleuves et la direction des grandes routes ; celles des vents paraît n'avoir exercé absolument aucune influence sur sa marche.

4° Lorsque le choléra s'est montré en dehors des principales routes qu'il suivait, on l'a vu apparaître pour la plupart du temps après l'arrivée de gens qui venaient de contrées où régnait la maladie.

5° Néanmoins, dans les localités où elle a été apportée par des personnes malades, elle ne s'est pas toujours propagée sous la forme épidémique ; les personnes arrivées avec le germe de la maladie ou celles qui en approchaient s'en trouvaient seules atteintes, et si elle se déclarait avec le caractère épidémique, cela n'avait lieu que beaucoup plus tard.

6° Dans beaucoup d'endroits, le choléra épidémique a éclaté sans aucune communication apparente avec les lieux infectés, et uniquement sous l'influence de causes générales, qu'on n'a pas encore pu découvrir ou expliquer.

7° Le choléra se propageait surtout en raison de la situation peu élevée des lieux, de la malpropreté et de la gêne des habitations, de l'épuisement des forces, à la suite de maladies ou d'autres causes, de refroidissements, de l'intempérance ou de l'usage d'aliments indigestes, de l'abus des spiritueux, de l'action des passions qui portent le trouble dans l'âme, et enfin de la présence de malades attaqués du choléra.

8° Il ne manque pas d'exemples que des localités qui avaient pu être facilement isolées, telles que de vastes établissements et même des villages entiers, aient complétement échappé à l'épidémie.

Ces observations sont, en substance, les mêmes que celles qui ont été observées lors de l'apparition précédente du choléra. Elles viennent à l'appui de l'opinion que le choléra, maladie originairement épidémique, et soumise dans ses développements aux mêmes lois que les autres épidémies, prend, dans les circonstances qui le favorisent, un caractère contagieux qui, à son tour, contribue énergiquement à le propager.

TABLEAU STATISTIQUE DU CHOLÉRA EN RUSSIE PENDANT L'ANNÉE 1848.

GOUVERNEMENTS.	POPULATION.	MILLES.	MALADES.	GUÉRIS.	DÉCÈS.	RESTÉS.	ÉPOQUES.	
Bessarabie.	792,000	923	40,784	28,213	11,898	673	Depuis le 6 juillet	jusqu'au 22 septembre.
Cherson.	842,400	632	39,126	29,609	9,358	1,059	27 mai	6 octobre.
Odessa (ville de	50,000		5,541	3,748	1,793	—	10 juin	14 septembre.
» (dans la quarantaine)			214	146	68	—	2 mai	19 août.
Tauride.	572,200	492	12,502	7,131	4,953	408	25 juin	17 septembre.
Podolie.	1,703,000	2,201	90,312	57,481	31,760	1,071	29 mai	7 octobre.
Jekaterisnoslow.	870,100	720	37,414	24,603	12,579	202	10 juin	4 »
Taganrog (ville et territ. de).		—	5,066	3,290	1,562	214	»	»
Poltava.	1,783,000	1,989	88,834	54,730	33,505	599	6 mai	21 »
Kharkoff.	1,467,400	1,490	84,277	53,951	30,312	14	19 juin	11 »
Kieff.	1,605,800	1,757	96,067	57,181	35,563	3,323	11 »	10 »
Volhynie.	1,445,500	1,115	60,023	36,010	23,316	697	7 juillet	17 »
Tschernigoff.	1,430,000	1,430	79,014	46,167	31,695	1,152	10 juin	14 »
Vorogène.	1,658,000	1,371	86,320	43,656	42,444	220	7 »	4 »
Tamboff.	1,750,900	1,456	54,357	29,158	25,106	93	11 »	11 »
Koursk.	1,600,000	2,052	83,592	51,278	30,898	416	16 »	13 »
Orel.	1,502,900	1,750	31,879	17,643	13,846	390	6 juillet	19 »
Toula.	1,229,000	2,211	50,530	33,743	16,684	104	21 juin	17 »
Kalouga.	1,006,400	1,755	27,181	16,086	11,091	4	7 juillet	19 »
Riazan.	1,365,900	1,782	29,118	15,623	13,463	32	7 »	21 »
Mohileff.	931,300	1,052	43,679	29,214	14,012	453	10 »	16 »
Minsk.	1,046,400	645	21,397	15,721	5,430	196	27 juin	16 »
Vilna.	683,700	1,125	13,263	9,444	3,494	325	5 juillet	7 »
Grodno.	907,100	1,310	9,306	5,917	2,490	899	11 »	13 »
Korno.	915,500	1,208	14,344	10,463	3,701	180	20 »	»
Smolensk.	1,170,600	1,148	33,538	19,177	13,613	748	7 »	6 »
Vitebsk.	789,500	974	32,325	20,600	11,667	58	16 juin	6 »

trouve des dispositions toutes particulières et des connaissances déjà étendues dans les lettres. Le gouvernement devrait exiger de ceux qui entrent dans l'école des examens probatoires pareils à ceux qui donnent en France le titre de bachelier ès lettres et ès sciences. Sans ces épreuves préliminaires, des hommes peu lettrés et d'une intelligence médiocre entrent dans la carrière médicale qu'ils parcourent ensuite sans le moindre succès.

Si cette condition était une fois remplie, les élèves pourraient faire de véritables progrès dans leurs études. A l'école de Galata ils vivent en commun et sont soumis à une discipline uniforme dont la douceur ne laisse rien à désirer. On a prétendu qu'il y avait des inconvénients à soumettre ainsi à la même règle les jeunes gens qui se destinent à la médecine. Le casernement que l'on a proposé en France pour les écoles de médecine offre des avantages incontestables à Constantinople. Si les étudiants n'étaient point astreints à une surveillance continuelle, ils négligeraient leurs cours, et l'on ne pourrait obtenir d'eux un travail assidu, qui n'est ni dans les habitudes, ni dans les mœurs des habitants du pays. Du reste, cette éducation en commun est nécessairement obligatoire à l'école de Galata, puisque tous y reçoivent une instruction purement gratuite qu'ils doivent à la libéralité du sultan. Il serait utile de disposer pour ceux qui sont plus forts et qui appartiennent aux dernières classes, des salles où ils pourraient méditer à l'aise et poursuivre leurs travaux.

La bibliothèque, les cabinets d'histoire naturelle devraient être mis au grand complet, afin que les élèves eussent à leur disposition les livres élémentaires, les collections de planches, les journaux et toutes les publications à l'aide desquelles ils peuvent se tenir au courant de ce qui se fait en Europe. Constantinople est placée en dehors de tout mouvement scientifique ; et si l'on en excepte quelques Ottomans qui s'intéressent à la gloire de leur pays, tous les autres demeurent étrangers à ce qu'on publie en Europe. Il n'existe d'ailleurs aucune société savante, aucune de ces réunions qui établissent entre les hommes une communauté d'idées, sans lesquelles les études languissent et ne tardent pas à dépérir. Les hommes, loin de se chercher pour penser et s'instruire dans une conversation utile, s'évitent et cachent leurs idées comme ils cachent leur trésor ; triste existence, qui frappera pendant longtemps de stérilité les hommes et les choses.

Il n'y a pas de médecine nationale à Constantinople ; celle qu'on y trouve se compose de lambeaux épars empruntés aux écoles étrangères et importés par les médecins italiens, allemands et anglais. Au milieu de cette confusion étrange, l'empirisme et surtout la polypharmacie ignorante prédominent sur tous les autres systèmes. Quand à l'école de Galata, elle n'a jusqu'à présent aucune doctrine bien arrêtée ; elle cherche peut-être à se reconnaître, et elle a raison d'en agir ainsi.

Cependant je dois dire que depuis quelques années il s'y manifeste une tendance fâcheuse vers la médecine allemande ; quelques hommes, mus par un intérêt personnel ou par une politique nationale, engagent les études dans une voie qui me paraît fausse. Personne plus que moi n'admire les magnifiques travaux qui sont sortis des Universités allemandes, au sein desquelles brillent tant d'illustres noms ; personne ne lit avec plus d'ardeur les livres où sont renfermées tout à la fois des recherches patientes sur l'anatomie, et des généralisations hardies, qui élèvent la science vers de hautes régions ; mais je trouve que

GOUVERNEMENTS.	POPULATION.	MILLES.	MALADES.	GUÉRIS.	DÉCÈS.	RESTÉS.	ÉPOQUES.	
Tobolsk.			2,828	1,479	1,330	19	12 juillet	12 »
Orenbourg (civil).	1,948,500	288	42,623	22,113	10,595	515	2 juin	17 »
cosaques d'Orenbourg.			8,973	4,839	3,974	160	»	13 »
» d'Oural.			4,376	2,504	1,872	—	»	»
Perm.	1,637,700	270	7,506	4,543	2,873	490	3 juillet	9 »
Astrakhan.	284,400	99	4,925	2,208	2,717	—	13 juin	27 septembre.
Saratoff.	1,708,600	487	60,437	30,680	29,702	55	4 »	4 octobre.
Penza.	1,087,200	1,575	40,774	23,182	17,280	12	1 juillet	13 »
Simbirsk.	1,318,900	1,003	41,284	23,214	17,849	221	5 »	»
Casan.	1,342,900	1,190	39,424	20,236	18,917	271	20 juin	11 »
Viatka.	1,662,800	665	5,876	2,993	2,634	249	27 »	11 »
Nishnij-Novogorod.	1,178,200	1,343	15,572	8,535	7,026	11	3 juillet	23 »
Vladimir.	1,246,500	1,446	30,405	14,507	15,812	89	6 juin	13 »
Moscou (gouvern.).	1,374,700	2,323	41,835	21,769	19,649	419	8 avril	1 »
» (ville de).	366,000	—	16,193	8,175	7,996	22	»	24 »
Yaroslaff.	1,008,100	1,527	17,465	9,689	7,776	—	8 juillet	21 »
Costroma.	1,054,600	705	10,934	4,795	6,128	11	»	20 »
Vologda.	822,200	118	3,184	1,546	1,608	30	»	11 »
Olonetz.	263,100	95	1,401	715	686	—	»	17 »
Archangelsk.	253,900	16	1,421	578	816	27	»	21 »
Tver.	1,327,700	1,085	11,735	4, 26	6,593	516	27 juin	20 »
Novgorod.	907,900	410	7,120	3,693	3,386	41	»	13 »
Pskov.	775,800	939	2,399	1,264	1,132	3	»	21 »
Pétersbourg (gouvern.).	643,700	604	6,807	4,293	2,432	82	16 »	2 »
» (ville de).	443,700	—	25,780	11,423	14,270	87	»	1 novembre.
Cronstadt.			3,064	1,362	1,623	79	»	26 octobre.
Esthonie.	310,400	825	810	390	250	30	26 juillet.	25 »
Livonie.	814,100	951	9,725	6,531	3,112	82	24 »	21 »
Courlande.	553,300	1,116	4,517	2,724	1,764	29	21 »	20 »
TOTAUX.			1,643,282	975,298	650,720	17,264	Depuis avril jusqu'à novembre (7 mois).	

DANS LE ROYAUME DE POLOGNE (*depuis son apparition jusqu'au 9 octobre*).

A Varsovie.	2,900	1,469	1,106
Dans le gouvern. de Varsovie.	1,875	560	948
» de Lublin.	5,910	3,076	2,526
» de Radom.	208	90	98
» de Plock.	1,861	547	1,021
» d'Augustow.	3,533	2,004	1,184
TOTAUX.	16,287	7,746	6,883

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ÉTUDES SUR LE SULFATE DE QUININE; par M. le docteur LUCIEN PAPILLAUD, médecin à Porto-Alègre, au Brésil.

On a cru pendant longtemps que le sulfate de quinine, qui guérissait les pyrexies à forme périodique, était nuisible dans celles à forme continue. L'extension de ce médicament au traitement de la fièvre typhoïde a dû faire cesser ces préventions. Parmi les fièvres dues à l'influence paludéenne, il en est un grand nombre dont le type est continu et qui n'en cèdent pas moins au sulfate quinique; ce fait prouvait déjà que la continuité n'était pas incompatible avec l'action thérapeutique de cette substance médicamenteuse, et que cette action dans les pyrexies n'était pas bornée uniquement à la forme de l'affection, mais qu'elle s'exerçait aussi sur le fond ou la nature intime de la maladie. Outre ces faits, le raisonnement doit nous faire admettre que les inflammations localisées dans les solides ne se trouveraient pas plus mal du contact de ce sel que celles qui sont répandues dans les liquides de l'économie. Si les vues du docteur Mialhe sont fondées et que ce soit la présence de la quinine insoluble dans le sang qui retarde la circulation et neutralise la fièvre, ce fait physiologique devra avoir lieu dans les phlegmasies comme dans les pyrexies, et l'indication du médicament antifébrile existera dans les unes comme dans les autres. Si l'indication du

---

ces livres ne doivent pas être remis entre les mains des élèves, surtout lorsqu'ils connaissent à peine les éléments de l'art médical. Avant de surcharger leur mémoire de détails ou de notions transcendantes, il faut s'attacher d'abord à leur apprendre les faits les plus importants qui sont du domaine de la clinique interne et externe. On sait d'ailleurs que les livres allemands ne brillent ni par la clarté ni par la disposition méthodique des matières. Je crains fort que la tournure germanique donnée depuis quelque temps à l'école turque n'exerce une influence nuisible sur les études et qu'elle ne dégoûte les élèves, auxquels il faut s'efforcer de faire comprendre et aimer une science à laquelle ils sont encore peu préparés. Les Turcs sont moins faits que tout autre peuple pour comprendre le dogmatisme et les considérations nébuleuses et transcendantes des Allemands; plus tard, quand leur éducation scientifique sera plus avancée, quand ils seront habitués aux méditations soutenues et à de patientes investigations, ils pourront alors profiter des travaux substantiels que l'on doit à l'Allemagne; jusque-là, je leur conseille de s'en abstenir.

Il y a peu de temps encore que l'école médicale française primait à Constantinople; l'enseignement de Galata était pour ainsi dire modelé sur le nôtre. Les élèves les plus forts venaient en France achever leurs études, et en rapportaient des connaissances exactes en anatomie, en pathologie et en clinique. C'était surtout au lit des malades et dans nos amphithéâtres qu'ils apprenaient les principes les plus certains de leur art. Aujourd'hui la situation est bien changée : le gouvernement turc, conseillé par des hommes qui ont intérêt à un pareil état de choses, envoie les élèves à l'école de Vienne pour s'y perfectionner et y prendre le bonnet doctoral. L'ambassadeur autrichien a usé de toute son influence pour imprimer à la médecine turque une direction germanique. Il faut avouer que jusqu'à présent le représentant de la France n'a rien fait pour contre-balancer cette funeste influence, et pour rendre à notre pays son ancienne prééminence médicale. Il ne faut pas croire cependant que de pareils intérêts soient à négliger; ils touchent à la politique plus qu'on ne saurait le croire. Les diplomates rusés que l'Autriche et la Russie entretiennent à Constantinople l'ont bien compris; aussi s'efforcent-ils de montrer que Vienne est un lieu sûr où l'on peut envoyer les élèves, et où ils ne puiseront pas des idées politiques ou religieuses trop avancées. La France, au contraire, est mise par eux à l'index, et aujourd'hui plus que jamais. Aussi je ne pense pas que la médecine française obtienne un grand succès, à moins que nous n'ayons à Constantinople des hommes capables de la réhabiliter, et d'en faire ressortir les avantages pour le pays. Du reste, malgré l'exclusion dont notre France est frappée depuis quelque temps, les Grecs et les Turcs, qui appartiennent à des familles aisées, viennent encore recevoir chez nous leur instruction médicale. C'est en vain que l'on cherche, soit par des promesses, soit en leur suscitant des difficultés singulières, à les éloigner de notre pays; c'est en vain qu'on leur offre toutes sortes d'avantages pour qu'ils se rendent à Vienne ou dans les Universités allemandes, le bon sens et l'amitié dont nous honorent les populations répandues dans la Turquie d'Europe ont déjoué ce calcul, et rempli de confusion les diplomates cauteleux qui ont formé un complot si ridicule contre la médecine française.

Je fais les vœux les plus ardents pour que l'école de Constantinople, s'élevant bientôt à un état plus prospère, forme des médecins dignes de ce nom. Pour

sulfate quinique est la principale et souvent l'unique dans les pyrexies dites paludéennes, elle trouvera aussi sa place, quoique secondaire, dans la réaction qui accompagne les phlegmasies localisées. D'après ces vues, ni les pneumonies, ni les gastro-entérites, ni les encéphalites ne devraient contre-indiquer le sulfate de quinine; seulement, comme il ne s'adresserait dans ces cas qu'à une fièvre symptomatique, il n'acquerrait jamais l'importance qu'il a dans ceux où l'état fébrile est le phénomène capital et où les phlegmasies localisées, quand il s'en développe, ne sont que des phénomènes consécutifs ou accessoires. Cependant, quand on se sert d'un médicament héroïque comme celui dont il est question, il faut, sous peine de le discréditer, ne pas le prodiguer. Peut-être le sulfate de quinine serait-il inutile dans un assez grand nombre de phlegmasies locales, peut-être possédons-nous pour certaines spécialités pathologiques des hyposthénisants ou contro-stimulants qui lui sont supérieurs, comme le tartre stibié pour la pneumonie, aussi rien ne presse pour le faire entrer dans la thérapeutique de ces affections; mais du moins sachons tirer parti de la puissance de ce médicament dans toutes les pyrexies, tant périodiques que continues, sans que l'une de ces deux formes soit l'indication de son emploi et l'autre sa contre-indication; et enfin ne craignons pas de l'expérimenter dans les phlegmasies où les antiphlogistiques simples ont besoin d'auxiliaires indirects.

Jusqu'aux récentes expérimentations qui ont élargi les indications du sulfate de quinine, on croyait que le mot antipériodique renfermait toute sa vertu, et que la fièvre n'était neutralisée par lui que parce qu'elle était revêtue du caractère de la périodicité; aussi on avait poursuivi cette forme de la périodicité hors de son alliance avec la fièvre, et on l'avait également vaincue dans ses autres combinaisons avec diverses affections apyrétiques. Ces faits, en confirmant la puissance antipériodique du médicament, éloignaient les esprits de lui reconnaître une autre puissance égale à la première et qu'on peut désigner par le nom d'antipyrétique. Aussi tous les médecins de notre époque ont pu lire et entendre enseigner et dire que le sulfate de quinine faisait naître des inflammations viscérales, qu'il aggravait celles qui existaient avant son emploi, qu'il exaspérait les fièvres autres que celles dites intermittentes et que, même dans ces dernières, il augmentait l'intensité de l'accès qui suivait son administration, ou que, pris dans la période pyrétique, il pouvait donner lieu à des accidents et manquer son effet. On ne prescrivait alors ce médicament qu'après avoir dûment palpé l'abdomen et examiné la langue du patient; une légère sensibilité à la pression, une coloration anormale de la langue, un enduit jaune suffisaient pour le contre-indiquer. Aujourd'hui on sait qu'on peut donner le sulfate de quinine sans avoir égard ni à l'état de la langue ni à la douleur abdominale. Ceux qui auront vu prendre ce remède à la dose de 3 et 4 grammes par des malades dont la langue était desséchée, noire et racornie comme la semelle d'un vieux soulier, et dont l'abdomen douloureux et ballonné ne pouvait supporter le moindre attouchement, comme sont quelques fébricitants de pyrexies typhoïdes, ceux-là, disons-nous, seront peu touchés des raisons qu'on faisait valoir tant en faveur des inflammations qu'en faveur des saburres, et ordonneront le sel quinique quand ils en trouveront l'indication dans la nature ou la forme d'une affection, sans se préoccuper d'autre chose.

S'il était besoin d'autres considérations que celles des énormes doses de sulfate de quinine qu'on s'est plu à donner, dans ces derniers temps, pour rassurer sur les prétendus dangers ou inconvénients de son administration dans certains états pathologiques, il suffirait de connaître l'abus qu'on en fait dans les localités où règnent les fièvres intermittentes. Là le vulgaire est tellement familiarisé avec ce médicament, que *quinine* est pour lui synonyme de *pilule*. Des pilules, de quelque espèce qu'elles soient, sont pour lui des *quinines*. Les gens du peuple viennent chez les pharmaciens et se dosent eux-mêmes le spécifique de leurs fièvres intermittentes, sans l'intervention du médecin. Des familles achètent et consomment pendant la saison d'automne un flacon d'une once de cette substance. Il nous sera permis de croire que dans ces cas si nombreux le sulfate de quinine est pris et administré souvent à tort et à travers, et qu'on tient fort peu compte des prétendues phlegmasies viscérales. Eh bien! il n'en résulte aucun mal, si non que le remède, manié par des mains inhabiles, manque souvent le but malgré la quantité qu'on en consomme. D'un autre côté, parmi les médecins habitués à prescrire le sulfate quinique des vingtaines de fois par jour, ceux qui sont peu sévères sur le diagnostic tombent inévitablement dans la routine et donnent ce sel dans tous les cas d'état fébrile dont ils ne reconnaissent pas la cause. Certainement il est arrivé bien souvent ainsi que ce sel ait été appliqué dans des cas de rhumatisme ou de fièvre typhoïde, bien longtemps avant qu'on en eût fait un sujet d'expérimentation régulière. Pour nous, qui avons pratiqué la médecine en France dans une localité marécageuse, nous avons observé un grand nombre de ces fautes de diagnostic et de thérapeutique où le sulfate de quinine avait été prodigué hors de son indication spéciale, et nous avons constaté que ce médicament n'avait point exercé d'influence nuisible sur la marche et l'issue des maladies autres que les fièvres intermittentes auxquelles il avait été appliqué par le fait d'une erreur.

On s'est plu à voir dans les résultats de la médication quinique dans la fièvre typhoïde et le rhumatisme une action spécifique de ce médicament. Il faudrait pour y croire avoir oublié tous les remèdes spécifiques et tous les traitements spéciaux qui ont été tour à tour découverts, appliqués et abandonnés pour ces deux affections. Il faut pour se faire une juste idée de l'action du sel quinique tenir compte de ce que dans ces affections l'état pyrétique est un phénomène ou prédominant ou accessoire ou nul, et tenir compte aussi de ce que le sulfate de quinine ne réussit pas dans toutes les fièvres typhoïdes non plus que dans tous les cas de rhumatisme. Or si on dirigeait l'observation dans ce sens, on verrait que les cas dans lesquels il réussit sont ceux où l'état fébrile est le phénomène prédominant, que ses succès ne sont plus que très-rares dans ceux où l'état fébrile tombe au rang des phénomènes de second ordre, et enfin qu'il est inefficace dans les cas où il n'existe pas de réaction. Dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons diriger notre thérapeutique contre la cause de la fièvre typhoïde qui est un inconnu (et il en est ainsi pour beaucoup d'autres affections); nous sommes très-heureux quand nous pouvons détruire, neutraliser ou calmer un seul et surtout le plus important des phénomènes dont l'ensemble constitue la maladie. Et s'il est vrai que dans le fait nous ne guérissions pas et que les secours de notre art ne servent qu'à permettre à la nature de suivre ses voies médicatrices, on conçoit qu'un grand obstacle est levé dès que le phénomène capital d'une maladie est anéanti, écarté ou apaisé; c'est avoir vaincu la plus grande résistance à cette puissance médicatrice qui dès lors peut s'exercer librement et surmonter par elle-même les résistances inférieures des phénomènes morbides de second ordre. Mais dans la fièvre typhoïde le phénomène capital n'est pas toujours le même, tantôt c'est l'état pyrétique, tantôt la prostration, tantôt un flux intestinal,

---

arriver à ce résultat, il faut que les professeurs dressent eux-mêmes un programme des cours, et qu'ils s'engagent à les suivre et à les compléter dans un laps de temps qu'ils auront à déterminer. C'est seulement ainsi qu'ils parviendront à rendre leurs leçons profitables, et à rassembler, dans un enseignement méthodique, toutes les parties de la science médicale. On a reproché avec juste raison à nos Facultés de médecine de n'offrir aux élèves qu'un enseignement hétérogène et incomplet; chaque professeur étudie la science à sa manière. Il y en a qui consacrent cinq à six ans à une seule partie des sciences médicales; d'autres n'achèvent jamais ce qu'ils ont commencé. En un mot, la confusion la plus déplorable se fait remarquer dans l'enseignement. Cet inconvénient, moins grave en France, où tant de professeurs distingués montrent presque en même temps les mêmes matières, est au contraire un obstacle réel au progrès de la médecine à Constantinople.

Il serait aussi à désirer que les professeurs fussent choisis parmi les élèves les plus distingués de l'école. Élevés dans le pays, et connaissant mieux que personne les besoins des peuples chez lesquels ils doivent exercer leur profession, ils pourraient surmonter bien des obstacles et seraient à l'abri des répugnances qui s'élèvent contre les étrangers. Cependant, jusqu'à ce qu'on ait obtenu ce résultat, il faut accepter les services des hommes distingués de quelque part qu'ils viennent. Aucun peuple ne doit être exclu, et si j'ai signalé comme nuisible la prééminence trop absolue de l'école allemande, c'est uniquement parce qu'elle me paraît peu propre en ce moment à imprimer une bonne direction aux études médicales. Il serait à désirer qu'un médecin français, uniquement préoccupé des intérêts de la science et bien décidé à leur sacrifier tout, fondât à Constantinople un enseignement médical analogue à celui que l'on trouve dans nos écoles; nul doute qu'il n'y obtiendrait un légitime succès, mais à la condition qu'il se donnerait corps et âme au pays comme si c'était le sien, et qu'il chercherait, par une abnégation complète et des sacrifices continuels, à restaurer l'art médical en Turquie. Cette tâche est difficile à remplir, mais elle est grande et digne d'un médecin qui n'aspirerait qu'à une renommée fondée sur des services rendus au pays.

Le sentiment du bien, du beau et du juste est inné parmi les peuples, et en Turquie comme ailleurs; mais il faut qu'il soit développé par l'éducation. Avec ce sentiment qui pousse vers les grandes choses et fait taire toutes les autres passions, la Turquie pourrait s'avancer plus sûrement et plus vite dans la voie des réformes; mais il faudrait que l'insouciance et le fatalisme n'enchaînassent pas à chaque instant les meilleures résolutions. Les hommes les plus distingués de ce pays ont bien de la peine à croire que l'ordre de choses établi depuis tant d'années n'est pas le meilleur, ou tout au moins il ne leur est pas démontré que les réformes qu'on leur propose soient préférables aux coutumes reçues depuis si longtemps. Avec de pareilles idées, surtout lorsqu'elles sont sanctionnées par la religion, on court risque de faire peu de progrès. Le médecin est plus que personne en état d'apercevoir ces imperfections.

C'est surtout l'état de l'hygiène publique qui peut servir à mesurer la civilisation d'un pays. Constantinople ressemble peu, sous ce point de vue, à l'ancienne Byzance, où les empereurs avaient élevé de si beaux monuments. Fidèles à la tradition qu'ils avaient reçue de Rome et d'Athènes, ils en avaient fait une des villes les plus salubres et les plus belles de leur empire;

tantôt des altérations fonctionnelles des centres nerveux, et c'est là précisément ce qui s'accorde avec les succès si variés et si variables des saignées, des hyposthénisants, des toniques, des purgatifs, des antispasmodiques, etc. Notre propre expérimentation nous a appris que le sulfate de quinine était inefficace dans le rhumatisme apyrétique; nous en appelons à l'expérimentation des autres pour constater qu'il est également inefficace dans les cas de fièvre typhoïde où manque la réaction.

A nos yeux le sulfate de quinine possède deux puissances, l'une antipériodique, l'autre antipyrétique, qui peuvent s'exercer ensemble ou isolément. Il ne pouvait manquer d'être le spécifique des fièvres intermittentes qui réunissent l'état pyrétique et la périodicité. Mais il ne doit plus mériter ce nom de spécifique quand l'une de ces deux puissances agit seule et isolément. L'état pyrétique est pour nous l'indication de ce médicament, que cet état soit uni à la forme périodique ou lié à un grand mouvement pathologique de l'économie tout entière. Cette indication devient moins précise et moins fréquente quand l'état pyrétique n'est que la réaction d'une phlegmasie localisée dans un organe ou dans un système d'organes; mais dans ces cas encore on peut tirer parti de l'action antipyrétique du sulfate de quinine, soit dans la fièvre de prodromes et d'invasion, soit dans l'état fébrile qui souvent persiste au déclin des maladies quand l'état de l'organe ou du système affecté ne doit plus déterminer de réaction.

Nous pratiquons dans une localité où les fièvres franchement intermittentes sont presque inconnues, et où par conséquent l'usage du sulfate de quinine à l'intérieur est très-peu répandu. (Nous disons l'usage à l'intérieur, car autrement on le prodigue ici en frictions dans un grand nombre de cas qui rarement réclament son emploi.) Cependant dans le courant de l'été apparaissent des affections caractérisées par un état fébrile continu avec ou sans exacerbations diurnes ou nocturnes, accompagné souvent de céphalalgie, de sueurs, de douleurs à la région gastro-duodéno-hépatique, et très-rarement de frisson, phénomène si constant et si caractéristique dans les fièvres paludéennes de nos pays et qui, peut-être en raison d'une température élevée, manque presque toujours ici. Quelquefois tous ces symptômes sont réunis, d'autres fois il n'en existe qu'un certain nombre; il arrive même que l'affection ne se manifeste que par un seul d'entre eux. Souvent des vomissements ou un flux intestinal viennent se joindre aux symptômes que nous venons de mentionner, et souvent aussi il existe en même temps des douleurs musculo-articulaires. La cause la plus fréquente de ces affections paraît être l'insolution pendant un exercice ou un travail fatigants; viennent ensuite l'action de la pluie sur le corps en sueur et certaines conditions contra-hygiéniques des habitations. Les saignées et le sulfate de quinine sont les remèdes de ces affections; hors de ce traitement, elles se prolongent pendant des mois entiers, tandis que par lui elles se guérissent en quelques jours: elles ont une tendance à récidiver de septénaire en septénaire. Le sang qu'on retire par la saignée est presque toujours rouge, et non noir comme dans l'état normal; mais si les saignées sont continuées jusqu'à l'amélioration, le sang revient à ses qualités normales et à la couleur noire. L'indication de la saignée se tire de la force et du développement du pouls et non de sa fréquence; la céphalalgie et surtout les douleurs musculo-articulaires en sont encore des indications. Les autres symptômes, y compris la douleur abdominale, cèdent au sulfate de quinine sans saignées. Quant au vomissement et au flux intestinal, ils paraissent être des phénomènes si accessoires qu'ils suivent la marche qu'on imprime à la maladie sans qu'il soit besoin de rien faire de particulier pour eux. Abandonnées à elles-mêmes, ces affections s'aggravent par ce qu'elles avaient de plus accessoire à leur début, c'est-à-dire par le flux intestinal ou par l'irritation gastro-hépatique qui finissent par acquérir une importance prédominante, laquelle peut faire oublier le caractère de la maladie ou même la dénaturer au point de changer les indications. Enfin, on rencontre mêlées à ces cas de véritables intermittentes quotidiennes qui proviennent des mêmes causes.

On peut diviser cet ensemble de cas pathologiques : 1° en fièvres périodiques quotidiennes et rémittentes; 2° fièvres continues avec exacerbations; 3° fièvres continues sans exacerbations; 4° symptômes pyrétiques isolés à type périodique ou continu, mais sans mouvement fébrile. Nous avons traité la grande majorité de ces cas par le sulfate de quinine seul, une autre partie par le sulfate de quinine et les saignées, une autre fraction plus petite par la saignée seule, et enfin il nous est arrivé quelquefois d'avoir recours à l'acide arsénieux soit d'emblée soit après avoir échoué avec le sel quinique.

§ Ier.

Obs. I. — Une femme de 30 ans environ ayant eu beaucoup d'enfants, dont un est encore à la mamelle, habitant une maison basse et malsaine à quelques pas de la rivière, est prise de fièvre intermittente quotidienne, ainsi que sa fille âgée de 6 ans, et plus son nourrisson qui tombe malade quelques jours après sa mère. L'accès vient dans l'après-midi; il est parfaitement caractérisé par ses trois périodes; seulement la première est presque insignifiante et ne peut être remarquée que par un médecin dont l'attention est dirigée vers ce point. Chez la mère, la maladie cède immédiatement à 2 grammes de sulfate de quinine pris en trois jours et chez le nourrisson la fièvre disparaît aussi sans qu'il soit besoin de le soumettre directement à aucune médication. Pour la fille, nous faisons précéder la médication quinique par une dose de tartre stibié en lavage. Contre notre attente, le sulfate de quinine ne produit qu'une amélioration incomplète pendant deux accès, après quoi la fièvre revient à sa première intensité; nous le remplaçons par l'acide arsénieux à la dose d'un demi-centigramme une heure avant l'accès. Guérison immédiate; la fièvre manque à la deuxième dose. Continuation pendant dix jours.

Obs. II. — Une enfant de 8 ans environ, à peu près dans les mêmes conditions d'habitation que nous venons d'exposer dans l'observation précédente, éprouve, elle aussi, une fièvre intermittente quotidienne parfaitement caractérisée avec frisson, chaleur et sueur, céphalalgie continue, vomissements à l'invasion de l'accès. Elle en est environ au huitième jour, l'accès vient dans l'après-midi. Pour l'unique raison de faire une économie en faveur de gens pauvres, nous prescrivîmes l'acide arsénieux au lieu de sulfate de quinine (demi-centigramme une heure avant l'accès). Guérison le deuxième jour.

Obs. III. — Un jeune homme de 18 à 22 ans, grêle et d'un aspect desséché, même dans son état normal, natif de Rio-Janeiro où il avait eu plusieurs fois des fièvres intermittentes, habitait Porto-Alègre depuis plusieurs mois et y jouissait d'une meilleure santé que dans son pays natal. Pris tout à coup et sans cause connue d'accidents qui simulaient une indigestion, douleurs à l'estomac, vomissements, céphalalgie, il est traité pendant plusieurs jours par l'infusion de camomille et la diète. Ce malade, loin de guérir, va plus mal. Nous sommes appelé et nous le trouvons accusant des vertiges qui l'empêchent de se tenir debout, une douleur continue et assez forte à la région gastro-duodéno-hépatique, une soif très-vive et une constipation opiniâtre; la langue est rouge, étroite et piquetée, l'abattement extrême, le pouls non fébrile, la transpiration excessive et continuelle. Interrogé dans le sens d'une périodicité ou d'une rémittence, il répond négativement. Malgré notre défiance habituelle contre les inflammations, l'aspect général du malade, l'état de sa langue, la douleur abdominale, la constipation opiniâtre, nous firent croire à une entérite. Nous pres-

---

mais en passant sous la domination des Turcs, elle n'a pas tardé à déchoir de son ancienne splendeur. Les Ottomans sont peu faits pour comprendre et pratiquer l'hygiène : ce n'est pas qu'ils ne dépensent des sommes considérables pour construire de vastes bâtiments destinés à recevoir les écoles, les administrations publiques et l'armée. Je dois même dire qu'à Constantinople, les édifices qui leur sont consacrés ne laissent rien à désirer; plusieurs hôpitaux militaires sont splendides; on s'occupe de restaurer plusieurs mosquées; mais là ne devrait pas s'arrêter l'action du gouvernement : il devrait contraindre les habitants, sous des peines sévères, à respecter les grandes lois de la salubrité publique. Pourquoi ne les force-t-il pas à élargir les rues, à aligner leurs maisons, à les rendre plus salubres, et à reconstruire celles qui bordent le port sur un plan régulier, afin d'obtenir ces grands espaces si nécessaire à la circulation de l'air, et que l'on ne trouve que dans les villes les plus policées?

Tous les peuples qui constituent la population si bigarrée de Constantinople contribuent à en accroître l'insalubrité. Les Grecs, les Juifs, les Italiens, en un mot les Francs qui habitent cette ville, supporteraient probablement avec impatience les règlements que leur imposerait la police sanitaire; pourvu qu'on les laisse se livrer en toute liberté à leur négoce, ils tiennent peu à l'hygiène. Mais qu'importe leur bon vouloir? Le gouvernement turc n'aurait-il pas le droit de leur faire respecter les mesures de salubrité qu'il prendrait dans l'intérêt de tous? Aux médecins revient l'honneur d'opérer ces réformes, qui servent bien plus au bonheur du peuple que les conquêtes obtenues par la force des armes. Quelques exemples suffiront pour montrer que tout est à faire en hygiène publique, soit à Constantinople, soit dans les autres villes de l'empire.

Les cimetières occupent le milieu de la ville; ils sont le réceptacle obligé de toutes les immondices que l'on jette des maisons voisines : les chiens, les animaux de toute espèces, les troupeaux y errent pendant une grande partie du jour; les rues, les voies publiques les traversent en différents sens. Ce spectacle est blessant pour l'Européen. La mort doit être environnée de cette solitude profonde et pieuse que l'on trouve dans nos cimetières. Les tombeaux, ces objets de la vénération et du respect publics, doivent être éloignés de la demeure des vivants. La religion mahométane, au contraire, nous représente le corps de l'homme comme une dépouille comparable à tous les autres objets qui ont servi à notre usage et dont nous sommes entourés pendant la vie. De pareilles pensées nuisent à la dignité de l'homme, détruisent ses plus nobles inspirations et enlèvent à la mort ce voile mystérieux dont nous nous plaisons à l'environner. Sans doute, on peut dire que l'homme, en voyant continuellement les signes qui représentent la mort, se familiarise avec elle et pense à une autre vie; mais il ne faut jamais présenter cette idée sous une forme vulgaire et repoussante. Du reste, quelle que soit l'opinion religieuse que l'on se forme à cet égard, on sait que la coutume de placer les sépultures au sein des villes est condamnée par l'hygiène, et que tous les médecins se sont déclarés contre les funestes conséquences qu'elle peut avoir sur la santé des habitants. Rien jusqu'ici n'a pu faire revenir le gouvernement turc à d'autres usages. Plaignons ce peuple d'être enchaîné par une religion qui n'est point progressive, et qui est un obstable permanent à la civilisation.

Toutes les coutumes, tous les usages sont en opposition avec l'hygiène. Les rues ne sont point pavées, car on ne peut appeler de ce nom les pierres enfoncées sans ordre au milieu d'une terre molle et fangeuse. Il est vrai que la situa-

crivîmes la magnésie et l'eau de Vichy, et nous nous promîmes d'observer à nos deuxième et troisième visites qui eurent lieu le soir, tandis que la première avait eu lieu le matin ; nous surprîmes un état fébrile dont le patient ne se doutait même pas. Dès lors nous prescrivîmes le sulfate de quinine, 2 grammes en trois jours, et dès la première dose le malade fut guéri ; la céphalalgie et la douleur abdominale cédèrent comme par enchantement.

Nous avons vu un grand nombre de médecins observer pour règle dans leur pratique de ne pas donner le sulfate de quinine aux malades qui éprouvent de la douleur à l'épigastre ou dans toute la région gastro-duodéno-hépatique, douleur qui, pour eux, indique la présence d'une inflammation. Si on suivait cette conduite, on n'oserait pas donner le sel de quinine dans les deux tiers des cas de fièvres intermittentes, car la grande majorité des fébricitants de pyrexies paludéennes présentent ce phénomène qui en impose pour une inflammation, mais qui cesse aussi vite que l'état pyrétique dès qu'on donne un antipériodique approprié.

Obs. IV. — Un mulâtre, d'une bonne constitution, de 25 ans environ, est pris tout à coup, étant occupé à ses affaires hors de chez lui, de douleurs abdominales très-vives qui, commençant dans la soirée, s'exaspèrent dans la nuit et se prolongent le lendemain. Le malade prend de lui-même des lavements et diverses infusions ; il a des vomissements et finit par appeler le médecin. Nous le trouvons souffrant de douleurs répandues dans tout l'abdomen, sans flux intestinal, avec de la soif, la langue large et granulée, l'haleine fétide. Nous lui prescrivons le tartre stibié en lavage dans une solution de sulfate de magnésie ; toutes les prises de ce remède provoquent des vomissements ; il ne s'ensuit que peu d'évacuations alvines ; toutefois, le malade se trouve mieux et passe bien la journée suivante ; mais, selon notre prévision, il y a la nuit suivante retour des douleurs abdominales, avec fièvre. Dès lors, sulfate de quinine, 2 grammes à prendre en trois jours. Pendant la première nuit qui suit la première dose du médicament, il n'y a ni fièvre ni douleurs abdominales ; pendant la deuxième, il y a retour des douleurs abdominales, mais sans fièvre ; pendant la troisième, rien. Ce malade n'ayant point d'évacuations alvines régulières, il est mis à l'usage de la magnésie matin et soir ; il est guéri.

L'indication du sulfate de quinine pouvait facilement échapper dans ce cas. Les douleurs abdominales étaient continues et la fièvre aussi ; il y avait une rémission diurne et une exacerbation nocturne qui n'avaient pas même frappé le malade, et qui, dans un grand nombre de cas, ne suffisent pas pour donner l'idée de la médication antipériodique. C'est parce que nous avons la conviction que presque toutes les affections fébriles estivales ou automnales cèdent au sulfate de quinine que nous avons administré ce médicament dans ce cas.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

III. THE LANCET.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1848 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Statistique des présentations par les pieds et les fesses ;* par M. J'on. 2° *Emploi du chloroforme dans le delirium tremens ;* par M. Hooper. (Article déjà analysé.) 3° *De l'excision de la tête du fémur dans la carie de la hanche ;* par M. Smith. 4° *De l'opportunité de provoquer l'accouchement prématuré ;* par M. Evans. 5° *Cas d'abcès lombaire ; guérison ;* par M. Reed. 6° *Des symptômes, variétés et causes éloignées du diabète ;* par M. Watts. 7° *De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement ;* par M. Burnes. 8° *Du choléra asiatique, sa pathologie et son traitement ;* par M. Mainwaring. 9° *Nouveau principe de traitement de l'asphyxie par submersion dans l'eau ou l'acide carbonique ;* par M. Reid. 10° *De l'influence de la volonté sur l'action réflexe et autres actions involontaires ;* par M. Barlow. 11° *Observations de scorbut ;* par M. Turnbull. 12° *Du traitement des fistules de l'urètre ;* par M. O'shea. 13° *Cas d'empyème avec déplacement du cœur et péricardite ;* par M. Macintyre. 14° *Rétention prolongée du fœtus mort dans la matrice ;* par M. Ridge. 15° *De la source de l'hémorrhagie dans la séparation partielle du placenta ;* par M. Chowne. 16° *Manœuvres chirurgicales et inventions ;* par M. Phongesq. 17° *Luxation de l'humérus aisément réduite au moyen du chloroforme ;* par M. Isbell. 18° *De l'emploi simultané de l'éther et du chloroforme ;* par M. Gabb. 19° *De l'usage des chlorures de carbone et de l'utilité de l'oxygène pour corriger les effets des agents anesthésiques ;* par M. Cattell. 20° *Du traitement de la dyspepsie ;* par M. Dick. 21° *Traitement des effets des hémorrhagies utérines ;* par M. Charles Sympson. 22° *Cas de fièvre typhoïde avec prostration extrême et excitation cérébrale.* 23° *Essai sur l'état du cerveau dans la fièvre continue ;* par M. Todd. 24° *Remarques pratiques sur les maladies des cheveux ;* par M. Cattell. 25° *Sur l'irritabilité relative des muscles paralysés et sains ;* par M. Barlow. 26° *Considérations sur les effets locaux des agents anesthésiques ;* par M. Nunneley. 27° *Cas de lésion mécanique des reins ;* par M. Sheurman. 28° *De l'hydrophobie et de son traitement ;* par M. Cobbe. 29° *De l'emploi des purgatifs après l'opération de la hernie ;* par M. Meymott. 30° *Nouveau moyen de traiter la surdité qui tient à la perte de la membrane du tympan ;* par M. Yearsley. 31° *Cas de rupture spontanée de l'utérus ;* par M. Brownbill. 32° *Fracture de l'humérus et déchirure de la veine axillaire ;* par M. Fraser. 33° *Exemple de maladie cancéreuse étendue et de carie ;* par M. Emmett. 34° *Cas de luxation de la cuisse en avant ;* par M. Hunter. 35° *Inflammation des annexes de l'utérus ;* par M. Bennett. 36° *Hernie crurale étranglée, réduite sous l'influence du chloroforme.* 37° *Cas mortel de calcul biliaire tombé dans la cavité péritonéale ;* par M. Marshall. 38° *Du froid comme moyen de produire l'insensibilité locale ;* par M. Arnott. 39° *Nouveau plan de traitement de l'hydropisie de l'ovaire ;* par M. Filt. 40° *Cas d'abcès simulant la pleurésie et l'empyème ;* par M. Crisp. 41° *Iléus aigu traité par une incision étendue de l'abdomen ;* par M. Grah. 42° *Du traitement des écoulements virulents chez les femmes ;* par M. Mayne. 43° *Division du fascia lata comme remède pour les varices de la veine saphène ;* par M. Hérapath. 44° *Rétention prolongée d'un œuf mort dans l'utérus ;* par M. Ridge. 45° *Traitement des fièvres rémittentes et intermittentes dans les Indes occidentales ;* par M. Davy. 46° *Cas extraordinaire de naissance double ;* par M. Askam. 47° *Expériences faites pour reconnaître la nature des épidémies ;* par M. Murray. 48° *Du traitement de la fièvre puerpérale ;* par M. Miller. 49° *Observations de squirrhe de la lèvre, et utilité de leur traitement par le chlorure de zinc ;* par M. Brookes. 50° *Traitement*

---

tion même de la ville, construite sur un sol inégal et sur une série de collines élevées, rend plus difficile l'observance des règles de l'hygiène. Les maisons et les rues qui montent en gradins jusqu'au haut de la ville reçoivent et transmettent continuellement l'eau et les immondices qui viennent des parties les plus élevées. Auprès du port se trouvent des monceaux de détritus de matières végétales et animales qui, réunis dans certains lieux et imprégnés sans cesse par l'eau de la mer, exhalent une odeur repoussante à laquelle tout le monde est du reste habitué. Les travaux de nivellement que l'on serait obligé de faire si l'on voulait assainir convenablement la ville entraîneraient sans doute à des dépenses considérables, mais on en serait amplement dédommagé par une salubrité parfaite et par l'éloignement des causes qui menacent sans cesse la santé publique. Les bazars, les caravansérails ne sont pas tenus plus proprement que les autres parties de la ville ; il n'y a que les fontaines qui ne laissent rien à désirer : elles versent une eau limpide ; mais elles ne sont ni assez nombreuses ni assez abondantes pour laver le sol des rues.

Il faut que les Ottomans comptent bien sur la salubrité de leur climat et sur la protection divine, pour négliger tout ce qui excite la vigilance chez les autres nations. Sous prétexte que Constantinople est une ville où il fait toujours chaud, on gèle presque régulièrement chaque hiver, lorsque soufflent les vents du nord, ce qui arrive assez souvent. Rien dans la construction des maisons ne peut servir à vous abriter contre le froid : les murailles minces, construites en bois, les fenêtres et les portes, mal jointes, laissent passer librement l'air glacial. Si l'on trouve dans quelques maisons un poêle ou une cheminée en tôle, les autres en sont privées ; ce qui en tient lieu est une espèce de bassin en cuivre jaune appelé mengals, au milieu duquel on met des cendres et de la braise enflammée. A quelque distance de ce singulier foyer, vous grelottez, et si vous en approchez, vous courez risque d'avoir un violent mal de tête, ou d'être asphyxié. J'ai vu chez les gens les plus riches ce calorifère oriental servir pour toute la maison, et des malades atteints d'affections pulmonaires, qui auraient eu besoin de respirer un air pur et chaud, obligés de vivre au milieu d'une atmosphère malfaisante de vapeur de charbon. Souvent aussi ces foyers communiquent le feu aux maisons, et deviennent la cause des incendies qui sont si fréquents. Malheureusement ils ne profitent à personne, et lorsqu'ils ont détruit tout un quartier, on se hâte de reconstruire dans les mêmes lieux, sans tenir compte des cruelles leçons données par l'expérience, et uniquement par le motif que l'homme n'est sur la terre que pour un temps fort court, que le vrai musulman ne fait que camper en Europe d'où il doit sortir un jour par la volonté de Dieu.

Une foule d'habitudes concourent à entretenir l'oisiveté chez les Turcs, et à ôter à leur esprit cette activité qui est cependant nécessaire pour réussir dans les sciences et dans les arts. Quand on voit les hommes, quels que soient leur profession et leur rang, occupés sans cesse à souffler la fumée d'une pipe, on se demande s'il leur reste beaucoup de temps à dépenser à des travaux utiles ou à des études sérieuses. Si on joint à cela l'usage fréquent des bains, des ablutions et le temps consacré à la prière, on ne peut s'empêcher de croire que la vie de l'Ottoman se consume ainsi en détail, et sans qu'il lui en reste beaucoup à donner à l'œuvre si longue et si pénible de la civilisation.

Il me serait facile de montrer que les vêtements, les bains, l'alimentation et d'autres usages politiques et religieux exigent de profondes réformes, et que si

de la hernie scrotale; par M. Parkin. 51° *Mort par étranglement intestinal*; par M. Massey.

SUR L'EXCISION DE LA TÊTE DU FÉMUR POUR LA CARIE DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE; par M. SMITH.

Le sujet que traite M. Smith n'est point nouveau; mais il l'a en quelque sorte rajeuni par le soin qu'il a apporté à poser des indications plus précises de cette opération, ainsi que par les exemples inédits qu'il en cite d'après la pratique des chirurgiens anglais. Nous suivrons dans cette analyse le même ordre qu'il a cru devoir mettre dans l'exposé de ses arguments, sans dissimuler la faiblesse de quelques-unes des preuves théoriques, que lui-même du reste n'avance, il faut le reconnaître, que sous toutes réserves.

Une erreur de noms a été commise en France dans l'historique de cette resection. M. Velpeau avance qu'elle fut exécutée pour la première fois par White (de Manchester). Ce chirurgien ne peut revendiquer que l'honneur d'en avoir établi les règles. C'est M. Anthony White, de l'hôpital de Westminster, qui la fit le premier sur un jeune homme, lequel guérit de sa maladie articulaire, et ne mourut que cinq jours après de phthisie.

M. Smith, cherchant à fixer les indications de la resection du fémur, place, ce semble, la discussion sur les plus larges bases qu'on lui puisse donner. Il se demande en effet: 1° si elle contribue à la sûreté du patient et le met dans des conditions meilleures qu'auparavant? 2° L'opération est-elle d'accord avec les règles de la science et les principes de la chirurgie? 3° Est-elle de nature à rehausser la réputation de celui qui la pratique?

On voit que la première question seule est sérieuse, en ce sens du moins que, résolue par l'affirmative, elle dispenserait certainement de s'occuper des deux autres. Or, dit M. Smith, la maladie paraît être plus particulièrement fixée à la tête du fémur à cause de sa structure spongieuse. Les autres parties de l'articulation n'y prennent part que beaucoup moins fréquemment.

Inutile de rappeler l'attention des lecteurs sur la gravité que la coxalgie présente si ordinairement. Il est positif que, dans la grande majorité des cas, la santé et l'existence en sont fortement compromises.

Tel étant l'état des choses, « n'est-il pas raisonnable, continue M. Smith, de supposer qu'en enlevant la cause de ces souffrances, même par une opération grave, on mettra le patient dans un état beaucoup plus favorable? » Cette considération acquiert un poids bien plus décisif quand on songe que, en réalité, l'opération a été faite et que plusieurs malades lui ont dû la vie.

Quant à savoir si l'indication est conforme aux principes de la saine chirurgie, voici comment l'auteur traite ce point. Une des règles de l'art les plus incontestées est que, quand une substance étrangère est logée, ou s'est produite dans quelque partie du corps et y cause irritation et maladie, elle doit être, autant que possible, enlevée par le médecin. Or l'os altéré doit être considéré comme un corps étranger produisant *tous* les désordres; il devient donc aussi rationnel de chercher à l'extraire qu'il l'est de retirer un calcul de la vessie ou de pratiquer, dans le cas de carie, la resection des autres jointures.

Il y aurait beaucoup à dire sur cette ressemblance que l'auteur voit, ou plutôt affecte, pour le besoin de sa cause, de voir entre un os carié et un corps étranger. Mais sans nous arrêter à formuler en détail des réflexions qui se présenteront sans doute à l'esprit de tout lecteur, nous aimons mieux aborder de suite une autre partie de ce travail où se montre une réserve et même un scepticisme plus judicieux. M. Smith, allant au devant d'une objection qui ne lui eût pas été épargnée, déclare de lui-même que la resection ne convient pas indistinctement à toutes les variétés, à toutes les périodes de la coxalgie, et il exprime les conditions dans lesquelles seules il faudrait se déterminer à y avoir recours. Ainsi elle ne lui paraît pas convenir à beaucoup près dans la majorité des cas.

Pour que l'opération, selon lui, soit indiquée, il faut que la maladie soit parvenue aux dernières phases de son évolution; que la tête fémorale soit luxée hors de sa cavité; enfin qu'il y ait des raisons de penser que l'altération est bornée à l'extrémité supérieure du fémur et n'a pas envahi une grande partie des os du bassin.

Mais l'existence de ces diverses conditions n'est pas assez évidente pour qu'on puisse se promettre de ne jamais se tromper à leur égard. La luxation du fémur, d'abord, est souvent simulée par la distorsion et le raccourcissement du membre. (Nous verrons même tout à l'heure l'exemple d'une observation où cette erreur fut commise par un chirurgien.) La méprise serait encore bien plus grave dans ses conséquences, quand, loin d'être luxée, ainsi qu'on s'y attendait, la tête osseuse se trouve ankylosée dans sa cavité. Ce n'est guère qu'en introduisant un stylet à travers les sinus ou les ouvertures d'abcès qu'on peut prendre une certaine connaissance de la situation de la tête et des limites dans lesquelles l'altération des parties est renfermée. On aurait également des motifs de supposer que l'*acétabulum* est perforé et a donné passage au pus dans le bassin, si l'on observait que les efforts, les cris, les mouvements de la toux communiquent une impulsion vive aux collections de matière purulente qui se trouvent en dehors et superficiellement à l'articulation. Dans ce cas, il arrive encore quelquefois que le pus, après avoir pénétré dans la cavité pelvienne, redescend jusque sur les côtés de l'anus ou se fait jour dans le rectum. Ces indices seront fructueusement utilisés (surtout si l'on ne s'en exagère pas la valeur) pour l'établissement d'un diagnostic, qui est d'autant plus important que le succès de l'opération dépend en grande partie de son exactitude.

L'opération n'a rien en elle-même de bien difficile et de bien capable de déterminer des accidents redoutables; elle est même beaucoup plus aisée à accomplir sur le malade que sur le cadavre à l'état normal; car si les parties sont dans l'état requis pour que la resection soit indiquée, c'est-à-dire s'il y a luxation, la tête est placée dans une situation proéminente, et séparée des ligaments puissants qui naturellement la maintiennent dans sa cavité. Nous verrons tout à l'heure, par une observation particulière, la manière dont l'auteur entend le manuel opératoire de cette ablation. Après avoir enlevé la tête et l'extrémité supérieure du fémur jusqu'au grand trochanter, s'il le faut, on s'assure de l'état du rebord de la cavité cotyloïde, et on le retranche, en cas d'altération, avec des cisailles tranchantes ou avec la gouge et le maillet. Le membre est ensuite maintenu dans l'extension.

Pour mieux établir la convenance de l'opération qu'il cherche à réhabiliter, M. Smith a dressé la statistique des divers cas qui en ont été publiés jusqu'ici. Il en a rassemblé seize exemples, dont la moitié se sont heureusement terminés. Il est vrai que plusieurs de ces faits ont rapport à des lésions traumatiques.

Des cas qui ont été recueillis jusqu'à présent, et que M. Roux a mentionnés dans une de ses leçons, reproduite en mars 1847 par la GAZETTE DES HÔPITAUX, 4 appartiennent à Textor, 1 à Seutin, 1 à Oppeinheim, 1 à Schmalz, 1 à Schlitching, 1 à Heim, 1 à Vogel, 1 à White, 1 à M. Roux.

---

elles ne sont pas effectuées hardiment et d'ici à un temps très-court, c'en est fait de la Turquie. Elle sera ce qu'elle est aujourd'hui, c'est-à-dire une image fardée et trompeuse de la civilisation européenne. Mais cet examen critique, qui est d'ailleurs hors de mon sujet, m'entraînerait trop loin.

A travers les idées réformatrices dont sont animés les hommes les plus éclairés de cette nation, on découvre aisément un amour-propre excessif qui leur fait croire que les institutions politiques et religieuses de leur pays, même avec les anciens abus qui y restent attachés, sont encore préférables aux changements qu'on leur propose. Ils ont une manière fort habile de maintenir le *statu quo* de leurs institutions; ils témoignent pour vos opinions une certaine déférence qui vous paraît d'un bon augure, et vous ne tardez pas à vous apercevoir qu'en dernière analyse, ils n'en ont tenu aucun compte. D'autres fois, ils vous opposent une fin de non-recevoir non moins puissante. Sous prétexte que l'utilité d'une réforme n'est pas démontrée, que l'expérience n'a pas prononcé, et qu'il faut une nouvelle étude, ils conservent religieusement l'institution que vous attaquez.

Je dois cependant leur rendre cette justice, qu'en établissant des quarantaines, ils ont répondu victorieusement aux reproches qu'on leur a adressés de mettre en péril la santé des autres peuples. La quarantaine, à Constantinople, a déjà rendu de grands services: elle est dirigée par des médecins instruits qui se trouvent en relation officielle avec toutes les provinces de l'empire et avec les différents peuples que le commerce amène dans la capitale. Leur position les met en état de signaler, dès leur première apparition, les épidémies partielles ou générales et les maladies contagieuses. C'est à eux qu'on doit les principaux documents qui ont été recueillis sur la marche et la gravité de la dernière épidémie de choléra-morbus.

La Turquie ne pouvait rester en arrière de l'Égypte, où se trouvent un des établissements quarantenaires qui ont déjà produit de si bons résultats. La contagionabilité de la peste, agitée récemment au sein de l'Académie nationale de médecine et traitée avec succès par son rapporteur, M. Prus, ne recevra une solution que par le concours simultané des intendances sanitaires de Constantinople et d'Alexandrie. Je connais trop le désintéressement et la science des trois médecins qui dirigent la quarantaine turque pour ne pas être sûr qu'ils contribueront de toutes leurs forces à éclairer l'étiologie des affections contagieuses. Ils seront aidés dans cette œuvre par les médecins sanitaires que le gouvernement français a envoyés dans le Levant, et dont il vient de consacrer de nouveau les utiles fonctions. M. Prus, poursuit de son côté avec un zèle et un talent dignes des plus grands éloges, la tâche qu'il s'est imposée volontairement en quittant la France. Puissent les efforts réunis de tous nos confrères résister aux influences qui ont si longtemps prédominé dans les établissements sanitaires! J'espère que nous ne sommes plus au temps où des hommes, tout à fait étrangers à notre art et érigés cependant en inspecteurs quarantenaires, s'étaient faits les commis voyageurs de la contagion, et s'en allaient la défendre systématiquement dans tous les pays du monde. Aujourd'hui cette question tant controversée de la contagion est l'objet d'études consciencieuses de la part des médecins quarantenaires, et l'on a lieu de croire qu'elle recevra bientôt quelque solution.

MONNERET,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
envoyé en mission en Orient.

Indépendamment de ces cas, 5 sont dus à des chirurgiens anglais.

M. Ferguson soignait un enfant de 14 ans qui, à la suite de symptômes graves et prolongés du côté de cette articulation, avait une luxation du fémur dans la fosse iliaque. Une large fistule laissait pénétrer le doigt, qui pouvait par là reconnaître l'état et la situation de la tête osseuse. Il enleva la tête, le col et les trochanters, en un mot une portion de l'os longue de 4 pouces. L'opération fut très-simple, et aucun accident ne l'accompagna. Le malade reprit de la santé et des forces. A présent il peut, avec une chaussure à talon élevé et une béquille, parcourir à pied de longues distances.

Dans un second cas, chez un enfant de 8 ans, la maladie existait depuis longtemps et avait résisté à tous les remèdes ordinaires. Il y avait aussi luxation, et l'on reconnaissait aisément avec le doigt la tête du fémur; il y avait toux, sueurs nocturnes, fièvre hectique et danger imminent de mort. M. Ferguson pratiqua une incision longitudinale depuis le grand trochanter jusque vers la crête iliaque, et une seconde incision transversale sur chaque lèvre de celle-ci pour faciliter la manœuvre. On enleva alors la portion malade de l'os à l'aide de la scie ordinaire, et les bords de la cavité cotyloïde qui étaient malades furent détachés à l'aide de cisailles tranchantes. Aujourd'hui, après trois mois, la plaie de l'opération est guérie, et il y a amélioration considérable dans la santé.

M. Simon pratiqua cette opération à l'hôpital Saint-Thomas. La maladie était ancienne, accompagnée de luxation du fémur et de larges fistules. Voyant que l'enfant risquait de succomber prochainement aux progrès du mal, M. Simon reséqua la tête fémorale et le rebord cotyloïdien. L'opéré mourut au bout de quatre jours; les accidents ne sont point détaillés.

Tout récemment l'opération a encore été faite deux fois, savoir, d'abord par M. French sur un enfant de 10 ans, où il existait, en même temps que la coxalgie, une luxation. M. Ferguson conseilla l'opération, qui fut effectivement exécutée. On enleva la tête et les trochanters; la cavité cotyloïde était saine.

M. Walton a fait la dernière opération le 24 mars 1848. Le malade était âgé de 16 ans, souffrant depuis deux ans. Le membre était dévié et raccourci. Une large fistule donnait issue à de la suppuration abondante. Le danger étant pressant, la resection fut résolue. Le chirurgien pratiqua d'abord, pour s'assurer de l'état des parties, une longue incision sur le trochanter; il enleva ensuite avec la scie l'extrémité supérieure de l'os jusqu'au-dessous du grand trochanter. Le fond de l'acétabulum étant un peu altéré, on le racla au moyen de la gouge et du maillet. Depuis le peu de temps qui s'est écoulé jusqu'ici, le malade a déjà regagné de la force, et la suppuration a diminué.

Enfin un cas d'un grand intérêt pour la discussion actuelle s'est passé dernièrement, et nous devons le citer, bien qu'il ne puisse pas s'appeler, à proprement parler, un exemple de resection articulaire. Une jeune femme de 20 ans entra à l'hôpital du Collége-Royal pour une maladie de la hanche dont elle souffrait depuis seize ans. Tout annonçait une affection incurable; un sinus se dirigeait vers l'extrémité supérieure de l'os. M. Ferguson, croyant à l'existence d'une luxation, se détermina à pratiquer l'ablation de la tête fémorale; mais une fois l'incision terminée, il reconnut sa méprise; car, loin d'être luxée, la tête était solidement ankylosée dans sa cavité. Cependant, comme le col était altéré, quoique la tête fût saine, il sépara et enleva le siége du mal par deux traits de scie, l'un à travers le col, l'autre au-dessous du trochanter. Cette portion contenait un séquestre presque sur le point d'être éliminé.

Malheureusement cette malade succomba le seizième jour, aux suites d'un érysipèle.

SUR L'INCISION DU FASCIA LATA COMME REMÈDE POUR LES VARICES DE LA VEINE SAPHÈNE; par M. HERAPATH.

Le traitement des varices a jusqu'ici consisté, du moins le traitement curatif, à forcer le sang de circuler dans d'autres veines que celles qui sont malades. Celui que propose M. Herapath aurait au contraire pour but de faire reprendre à ce fluide sa voie normale. L'intérêt de cette communication se bornant tout entier à la connaissance du fait où ce procédé a été mis en pratique, nous allons le rapporter dans tous ses détails.

OBS. — M. A., âgé de 24 ans, consulta M. Herapath le 19 avril 1848 pour des varices de la jambe et de la cuisse gauche. Huit ans auparavant, il avait eu de ce même côté une hernie inguinale pour laquelle il porta un bandage pendant quatre ans seulement.

Depuis cinq ans, il a commencé à avoir des varices dont le volume, incessamment progressif, lui donne des douleurs exaspérées encore par l'obligation où il est de se tenir debout une partie de la journée. Le soir surtout, ces douleurs augmentent au point qu'il se figure que les veines vont crever.

La dilatation morbide est circonscrite à la saphène interne et à ses branches. Une tumeur, du volume d'une noix, occupe la partie interne du condyle interne du fémur. Les parois des veines et la peau superposée sont extrêmement minces en ce lieu.

Au niveau de la cuisse et jusqu'à l'embouchure de la saphène, cette veine forme un cordon dilaté de la forme d'un tube très-volumineux. Les branches iliaques et honteuses participent aussi à ce développement.

Après avoir vu que l'action d'un purgatif, en évacuant le colon, n'amenait aucune amélioration dans la dilatation veineuse, M. Herapath expliqua à son malade le plan de l'opération qu'il se proposait d'exécuter. Il obtint son consentement, et y procéda en conséquence, le 27 avril, de la manière suivante.

Il l'endormit d'abord au moyen de l'éther; puis, sur un pli fait à la peau, il pratiqua une incision de 3 pouces de longueur, oblique de bas en haut et de dehors en dedans, immédiatement au niveau du point où se terminait en haut la dilatation veineuse. Le fascia superficialis y était remarquablement mince. Il le disséqua soigneusement de son insertion au bord falciforme du fascia lata; puis il déprima la veine avec le doigt indicateur de la main gauche, et alors il passa avec précaution un bistouri pointu directement en haut, immédiatement au-dessous de la couche iliaque du fascia, et il divisa le bord en croissant de l'ouverture qui reçoit la saphène, dans l'étendue d'un demi-pouce.

A ce moment, le malade ayant donné à l'opérateur un coup subit, la pointe du bistouri alla piquer une des branches abdominales de la saphène, probablement l'épigastrique superficielle, et il survint une hémorrhagie abondante qui fut cependant suspendue aisément au moyen de la compression faite à l'aide d'une éponge soutenue par le doigt.

Aussitôt l'incision terminée, la veine revint à son volume primitif. L'incision fut fermée par deux points de suture. On mit le malade au lit en lui recommandant un repos absolu.

Le 11 mai, on lui permit de se lever, puis, un peu plus tard, de marcher.

Le 20 mai, les varices étaient toujours dans le même état favorable; il ne restait plus au niveau du genou qu'une petite dureté du volume d'un pois.

L'auteur fait remarquer que, sans l'influence de l'éther, l'accident qui a donné lieu à l'hémorrhagie ne serait probablement pas survenu. — On pourrait, dans tous les cas, l'éviter presque certainement, en se servant d'un bistouri boutonné au lieu d'un bistouri pointu.

— Quoique le malade fût bien peu avancé en âge, et que, surtout, sa guérison soit de date encore très-récente, nous croyons cependant que l'opération a produit ici un résultat avantageux. On ne peut pas douter d'abord que l'effet immédiat n'ait été très-favorable, puisque l'on vit les tumeurs variqueuses s'affaisser immédiatement. Il y a donc là un principe qu'il s'agirait maintenant de féconder soit par des applications plus nombreuses, soit peut-être aussi en s'occupant de chercher un procédé plus facile et plus sûr. — A ce dernier point de vue, nous insisterions dès à présent sur la nécessité de ne couper l'anneau aponévrotique que sur un conducteur qu'on y aurait introduit préalablement.

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DE LA SURDITÉ QUI TIENT A LA PERTE DE LA MEMBRANE DU TYMPAN, AVEC OU SANS ÉCOULEMENT PAR L'OREILLE; par M. YEARSLEY.

L'induction scientifique n'a été pour rien dans la découverte de ce procédé; disons plus, elle serait tout à fait impuissante à expliquer le mécanisme en vertu duquel il guérit. Mais ce cachet flagrant d'empirisme ne saurait nous inspirer le moindre doute sur la réalité de ses bons effets, quand ils sont attestés par un médecin aussi honorablement connu que M. Yearsley. Voici comment il en a reçu la première notion.

En 1841, un *gentleman* vint le consulter de New-York. A la première inspection, il reconnut une désorganisation profonde des parties de chaque oreille. Comme il lui donnait connaissance de ce diagnostic : comment se fait-il alors, répondit le patient, que, par un moyen très-simple, je puisse du côté gauche rétablir l'ouïe avec assez de netteté pour satisfaire aux besoins journaliers de la vie? et effectivement je ne viens vous demander vos conseils que pour pouvoir soulager l'oreille droite. — M. Yearsley lui ayant demandé quel était ce moyen, apprit qu'il consistait à introduire jusqu'au fond de l'oreille un petit morceau de papier préalablement mouillé de salive à ses extrémités. L'amélioration qui en résultait pour l'audition était instantanée et durait quelquefois une heure, ou un jour, ou même une semaine sans qu'il fût besoin de réitérer la même manœuvre.

M. Yearsley ne manqua pas d'essayer ce procédé si simple chez la plupart de ceux qui venaient le consulter; mais il échoua constamment dans le but désiré. Il y avait en conséquence renoncé, pensant que le cas de son premier malade consistait dans une altération entièrement exceptionnelle, lorsqu'il fut appelé à donner des soins à une jeune lady, dont la surdité déjà très-ancienne était due aux suites de la scarlatine. Le tympan des deux oreilles était désorganisé : il la considérait donc comme incurable, et ne lui continuait des soins sans espoir que sur les instances réitérées de ses parents, qui ne voulaient pas avoir à se reprocher d'avoir négligé quelque chose. — Après avoir inutilement essayé divers remèdes, il eut l'idée de revenir au procédé de son malade américain; mais, au lieu du morceau de papier, il *introduisit une petite boulette de coton cardé d'abord mouillé, qu'il poussa doucement jusqu'au fond du conduit auditif, de manière à la mettre en contact avec la petite portion de membrane tympanique qui subsistait encore*. Le résultat fut surprenant. Dès le soir même, elle

put, étant à table, entendre la conversation de sa famille. — Elle réitéra tous les jours cette introduction, et devint bientôt capable de la faire elle-même, de manière à pouvoir se passer de l'aide du médecin. On remarqua sur elle que, tant que le coton n'avait pas atteint un point déterminé du conduit, l'ouïe ne gagnait rien; tout au contraire, elle paraissait diminuée. Mais du moment où il avait pénétré à la place convenable, la jeune dame entendait mieux.

L'expérience ainsi exécutée fut répétée par l'auteur un très-grand nombre de fois, et toujours avec succès. Il est essentiel de déterminer sur chaque malade le degré de profondeur où le coton doit pénétrer. Si on se bornait à le pousser au hasard sans cette précaution, on risquerait, au contraire, d'ajouter par sa présence à la surdité. M. Yearsley pratique cette médication depuis environ cinq ans; il paraît même qu'il se contentait de chercher l'explication de ses bons effets, et ne songeait point à la publier, lorsque l'un de ses malades, M. Griffiths, en fit insérer l'annonce dans un journal de sa localité.

Ce malade, atteint aussi de surdité par suite de scarlatine, avait eu un écoulement abondant par les deux oreilles jusqu'à l'âge de 22 ans. L'introduction du coton, quoiqu'elle eût d'abord amené un peu d'irritation, était le seul moyen qui lui apportât un soulagement réel. La différence était telle que les personnes de sa famille reconnaissaient, au bout de quelques instants de conversation, s'il avait, oui ou non, employé le procédé, et que ses enfants distinguent parfaitement tous les jours *si leur papa a*, comme ils le disent, *ses nouvelles oreilles*.

Le traitement que M. Yearsley propose a déjà été appliqué par lui dans près de 200 cas; il convient surtout (quoique ce ne soit point là une condition *sine quâ non*) lorsque la membrane du tympan a été détruite en partie.

Une très-petite quantité de coton suffit; on le mouille dans un liquide quelconque, mais sans le comprimer.

Pour procéder à la manœuvre, M. Yearsley a fait construire une petite pince, à ressort très-doux, et dont les extrémités ne doivent pas être rugueuses, comme cela se fait ordinairement pour ces instruments; elle sert également à introduire le coton, puis à le retirer. Mais la plupart des malades n'emploient pas d'instrument spécial; ils se bornent à user d'une petite tige d'argent dont une extrémité, taillée en pointe, sert à pousser et à ajuster la petite boulette, tandis que l'autre, terminée par une petite vis, est employée pour l'extraire lorsqu'on veut la changer.

L'auteur pense que cette substance agit de manière à suppléer dans ses fonctions la membrane ou la portion de membrane qui manque, et qu'elle transmet comme elle les vibrations sonores. Quoi qu'il en soit, il faut nécessairement, pour qu'elle remplisse cette condition, qu'on l'ait humectée; sèche, elle gênerait l'ouïe, au lieu de la favoriser.

CAS DE RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTÉRUS AVANT LE TRAVAIL; par M. BROWNBILL.

OBS. — Madame de A. G., âgée de 28 ans, mariée depuis huit ans, accoucha naturellement, dix mois après, d'un enfant bien portant; elle fut ensuite saisie d'accès convulsifs qui se changèrent peu à peu en manie puerpérale, dont elle ne se guérit qu'au bout de huit à dix mois.

Le 14 novembre dernier, elle fut de nouveau admise, comme enceinte, à l'hôpital de Salford. Au septième mois de cette grossesse, elle avait fait une chute qui, malgré sa violence, ne lui causa ni douleurs ni accidents particuliers sur le moment ni par la suite.

Le 20 novembre, les douleurs du travail commencèrent à six heures du matin; elle commença à vomir, et au milieu d'une des plus vives douleurs, elle sentit comme un fort craquement dans le dos, qui fut suivi de l'écoulement du liquide amniotique par le vagin. La sage-femme, immédiatement appelée, trouva l'orifice utérin presque fermé, dur et incapable d'admettre le bout du doigt. Il n'y avait qu'un peu d'écoulement d'un liquide brun; les vomissements persistaient; les douleurs avaient cessé.

A trois heures après midi, les douleurs n'étaient point revenues; le col, un peu plus ouvert, ne l'était encore que très imparfaitement. L'enfant n'avait plus remué depuis le moment du craquement.

A neuf heures du soir, les vomissements persistaient; un purgatif avait été rejeté par la bouche. Même état du col; pouls faible; grand affaissement; anxiété.

Le jour suivant, elle s'assoupit un peu, puis devint agitée, inquiète, se plaignant toujours d'une vive douleur au milieu du dos. Vers deux heures, sa respiration s'embarrassa, et elle s'éteignit en peu de temps.

AUTOPSIE vingt-quatre heures après la mort.

L'abdomen contenait deux pintes de sang liquide, de couleur foncée. Après l'avoir enlevé, on trouva, entièrement sorti de la matrice et recouvert par les intestins et l'épiploon, un fœtus mâle à terme, mais mort évidemment depuis plusieurs jours, puisqu'il commençait à se putréfier.

On constata ensuite une large déchirure de l'utérus, s'étendant du centre au fond de l'organe, en arrière, dans toute sa longueur, et ne laissant de tissu intact qu'un petit anneau autour du col. Cette ouverture avait près de 7 pouces de longueur. L'utérus, en apparence sain, était contracté sur le placenta, qui adhérait fermement. Le bassin offrait une conformation normale.

— Il est à regretter que l'auteur ait omis de mentionner, et probablement d'examiner d'une manière plus détaillée, l'état du col. Là très-vraisemblablement il aurait trouvé la cause de la rupture; car c'est parce que l'orifice n'a pu se dilater que les parois utérines ont cédé, et le point intéressant était justement de déterminer quelle était l'altération qui a mis obstacle au travail de dilatation du tissu du col.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 JANVIER.

EFFETS DE LA CAUTÉRISATION DANS L'INOCULATION TOXIQUE ET VIRULENTE.

M. PARCHAPPE communique sur ce sujet la note suivante :

Des remarquables expériences de M. Renault sur l'absorption des virus, dit l'auteur, il résulte que la cautérisation s'est montrée inefficace pour prévenir l'absorption du virus morveux une heure après l'inoculation, du virus claveleux cinq minutes après l'inoculation.

Le rapprochement qui a dû tout naturellement être fait entre ces résultats de l'expérience physiologique et les insuccès de la cautérisation dans le traitement préventif de la rage, serait de nature à diminuer la confiance des praticiens et des malades dans la cautérisation de la plaie mordue, comme moyen de prévenir la rage, et à motiver l'abstention dans tous les cas, et ce seraient incomparablement les plus fréquents, où un certain temps se serait déjà écoulé depuis le moment de la morsure.

Persuadé que ce serait là un grand malheur et pour les médecins et pour les malades, je crois qu'il n'est pas sans utilité de mettre les uns et les autres en garde contre des inductions analogues qui tendraient à priver la médecine de l'unique ressource qu'elle possède pour prévenir le développement de la plus affreuse maladie.

C'est dans cette intention que je crois devoir donner de la publicité à des expériences que j'ai faites à une époque où j'étudiais expérimentalement les diverses théories de l'absorption, expériences qui m'avaient conduit à accorder à l'efficacité de la cautérisation dans le traitement des inoculations toxiques et virulentes une valeur même plus grande que celle qui lui était généralement accordée, et qui me paraissent encore aujourd'hui propres à soutenir la confiance des médecins dans les applications pratiques.

Dans une première expérience, l'auteur a introduit de l'extrait de noix vomique, en quantité égale à un pois, dans une plaie pratiquée au dos d'un jeune chien. L'animal est mort deux heures après.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Introduction d'une quantité égale d'extrait de noix vomique dans une plaie de la patte. Amputation du membre au-dessus de la plaie, après douze minutes, le tétanos étant complet; cessation des accidents et guérison.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Introduction d'une quantité égale de noix vomique dans une plaie de la patte. Cautérisation avec le fer rouge de la plaie inoculée; rétablissement.

De ces expériences il résulte que l'amputation ou la destruction sur place de la partie vivante, au contact de laquelle se trouve de l'extrait de noix vomique, peut faire cesser les phénomènes de l'empoisonnement, lors même que les accidents ont acquis un très-haut degré d'intensité, et après un contact de 18, de 17 minutes. Malgré les différences très-grandes et très-réelles qui existent entre les virus et les substances toxiques, relativement aux effets immédiats et éloignés de l'inoculation, et bien que la science possède pour la transmission des influences toxiques par l'absorption des données qui lui manquent, en ce qui concerne les influences virulentes, je crois néanmoins, dit M. Parchappe, qu'il est difficile de ne pas admettre entre ces deux ordres de faits d'assez grandes analogies.

Et me fondant sur ce que l'action du virus rabique semble comporter dans la partie inoculée une longue incubation avant la transmission jusqu'aux centres nerveux de l'inflence morbide, qui détermine des accidents analogues à ceux que produisent les poisons de la famille des strychnées, je crois que l'efficacité de l'amputation et de la cautérisation dans l'empoisonnement par la noix vomique pour faire cesser les accidents et empêcher la mort, peut être invoquée comme un encouragement en faveur de la pratique de la cautérisation des plaies suspectes, pour prévenir le développement du virus rabique par inoculation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend : 1° une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, demandant un rapport sur la sangsue mécanique de M. Alexandre; 2° l'envoi des états de vaccination de la ville de Paris, pour les 1er, 3e et 7e arrondissements.

M. BURGUIÈRES, médecin sanitaire français à Smyrne, adresse la deuxième partie de son rapport sur l'épidémie du choléra-morbus qu'il a observée dans cette ville. Ce document est renvoyé à la commission du choléra.

M. MONTANARI, médecin à Quissac (Gard), adresse à l'Académie un rapport sur

la marche et les variétés du choléra-morbus à Frontignan (Hérault) en 1835. (Même commission).

M. Ehrenberg, professeur de la Faculté de Médecine de Berlin, adresse une note sur les observations microscopiques de l'atmosphère qu'il a faites pendant la durée du choléra dans cette ville. (Même commission).

M. Martin-Roquebrune, chirurgien-major de la marine à Toulon, adresse un mémoire sur la maladie de feu Colettis, ex-président du conseil des ministres à Athènes. L'observation ayant pour titre : Anurie ayant duré seize jours ; larves trouvées dans un sac urétral, a, suivant l'auteur, une valeur scientifique incontestable :

1° En ce qu'elle fournit un exemple nouveau de la compatibilité de la vie pendant un nombre de jours assez considérable, avec la suspension complète de la fonction dépurative dévolue aux reins, et le passage ou la stase dans le sang d'un des principes de l'urine la plus toxique, quand il ne peut pas être éliminé, l'urée;

2° En ce qu'elle démontre que des altérations organiques graves peuvent s'établir dans un de ces organes, sans que le sujet éprouve le moindre symptôme susceptible de les lui faire soupçonner, pourvu que l'autre continue à fonctionner. (Commissaires, MM. Rayer et Ségalas.)

M. Lanelongue, médecin à Saint-Martial (Gironde), adresse un mémoire sur l'infection purulente et la résorption putride. (Commissaires, MM. Blandin et Bérard).

M. Delabarre fils adresse un nouveau mémoire sur les accidents attribués à l'éther et au chloroforme. (Commission du chloroforme).

M. Couvreux, étudiant en médecine, soumet à l'examen de l'Académie trois appareils nouveaux de chirurgie : 1° un appareil pour les différentes fractures de la *rotule;* 2° un double modèle d'un *speculum oris*, principalement destiné à faciliter l'examen de la bouche chez les enfants ; 3° une *fronde* employée dans un cas de fracture comminutive du maxillaire inférieur. (Commissaires, MM. Velpeau et Huguier.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

La parole est à M. J. Guérin.

Discussion sur le chloroforme.

M. J. Guérin : Plusieurs des honorables membres qui ont pris part à ce débat ont cru devoir indiquer leur position à l'égard du rapport. Les uns ont parlé sur le rapport, d'autres à l'occasion du rapport ; pour moi, je pourrais peut-être me dispenser de toute profession de foi, ma première argumentation n'étant pas de nature à laisser le moindre doute à cet égard. Je m'y suis montré adversaire déclaré du rapport; je n'ai pas changé d'opinion : la suite de la discussion et une nouvelle étude des questions controversées, m'obligent à y persévérer. Je me représente donc devant l'Académie comme en opposition complète avec les doctrines et les conclusions du rapport. Les motifs qui me dirigent sont toujours les mêmes : au point de vue de la science, je considère le rapport comme tout à fait au-dessous de la grave mission que l'Académie est appelée à remplir; au point de vue de la considération et de la responsabilité de l'Académie, je persiste à croire que les doctrines et les conclusions qu'on lui propose sont de nature à la compromettre; enfin, au point de vue de l'humanité, je persiste à penser que ces doctrines sont des plus dangereuses et doivent être repoussées par tous ceux qui s'intéressent au salut des malades. Ces motifs sont suffisants, je pense, pour expliquer mon attitude dans ce débat et le caractère de mon opposition décidée.

Ma première argumentation n'a eu trait qu'à la première moitié du rapport ; il me reste à examiner la seconde. Pour qu'il ne puisse y avoir de confusion entre ce que j'ai dit et ce que je me propose de dire aujourd'hui, il importe de préciser l'objet et le but des deux parties du rapport considérées séparément.

La première, scientifique et en quelque façon juridique, a pour objet un fait particulier de mort attribuée au chloroforme déféré au jugement de l'Académie; il s'agissait de savoir en particulier si la malade de M. Gorré a offert les caractères de la mort déterminée par le chloroforme, et subsidiairement d'indiquer les faits connus du même genre et les caractères à l'aide desquels ils peuvent être déterminés. La seconde partie du rapport, partie pratique, a trait aux principes et aux règles d'administration du chloroforme. La première étant l'inventaire du passé, la seconde est le code de l'avenir. Ces deux divisions ne sont pas indiquées méthodiquement dans le rapport, mais elles s'y trouvent implicitement, du moins d'après les conclusions qui le terminent.

Or, je me propose d'établir que la seconde partie du rapport, comme la première, pèche par l'observation, l'expérience et le raisonnement. Mais avant d'aborder cette discussion, je rappellerai succinctement les points capitaux de ma première argumentation et la réponse qui y a été faite.

Qu'avons-nous dit? Que lorsqu'il s'agit d'apprécier un fait particulier, de prononcer sur l'effet d'une cause d'une substance médicamenteuse, il était indispensable de commencer par établir une base, un critérium, d'après l'observation et l'expérience : ce que le rapport n'a pas même essayé de faire. On a répondu que tous les faits et les expériences connus avaient été rassemblés avec soin, et on a même renvoyé à la page 222 du rapport. J'ai cherché à cette page, et j'ai trouvé, en effet, des observations et des expériences, mais toutes rassemblées et discutées au point de vue de l'asphyxie ; rien de plus.

J'avais dit en second lieu qu'on n'avait pas mieux raisonné qu'observé et expérimenté; que, partant d'une observation incomplète et d'une expérience nulle, on avait conclu à l'avenant; qu'en présence des causes réelles, on en avait cherché d'imaginaires, et j'ai invoqué les expériences sur les animaux. On a répondu par un défi et des plaisanteries. Je défie, s'est écrié M. le rapporteur, qu'on me fasse voir des animaux frappés de mort en une minute par le chloroforme; des personnes étrangères à l'Académie se sont chargées immédiatement de répondre à ce défi. M. Plouviez (de Lille) avait déjà indiqué, dans une première publication, plusieurs cas de mort presque instantanée; depuis il en a communiqué d'autres. De son côté, M. Blandin a confirmé, par ses observations sur les malades, les faits de M. Plouviez, et j'ai en outre institué une série d'expériences propres à satisfaire de tout point aux exigences de M. le rapporteur. Quant aux plaisanteries sur les expériences faites sur les animaux, et sur les grenouilles en particulier, elles n'ont d'abord pas le mérite de la nouveauté : de tout temps il s'est trouvé des personnes qui se sont moquées des expériences sur les animaux ; celles-ci n'en ont pas été pour cela moins profitables à la science. Les rapprochements utiles, en ce qui s'observe chez l'homme et les animaux, sont ceux qui reposent sur les grandes analogies, sur les circonstances et les phénomènes les plus généraux de leur organisation; et dans l'étude de l'action du chloroforme, qui tue les animaux aussi bien que l'homme, il nous a été permis de comparer logiquement les circonstances qui peuvent modifier chez les uns et chez l'autre ce résultat commun. J'insiste sur cette observation ; car comme dans la suite de cette argumentation, j'aurai souvent besoin de m'éclairer des résultats des expériences sur les animaux, je désire qu'on sache bien comment je les comprends et jusqu'où je les admets.

J'en viens à l'examen de la seconde partie du rapport.

L'objet de cette seconde partie, avons-nous dit, est de poser des principes scientifiques et d'en déduire des règles pratiques ; car pour être admis à conseiller ou à proscrire telle ou telle pratique, il faut au préalable avoir établi les bases de l'une et de l'autre résolution.

Or, pour remplir cette tâche, il y avait trois méthodes :

La *méthode empirique*, qui se borne à formuler des conditions, et base ses préceptes sur l'expérience seule, sans se préoccuper des causes et des circonstances qui les font varier ;

La *méthode systématique*, qui part d'une idée préconçue, méconnaît les vraies causes, supprime ou violente les faits, et conclut arbitrairement.

La *méthode rationnelle*, qui étudie avec impartialité les causes, les lois de production et de variation des faits, et approprie les règles aux principes.

Entre ces trois méthodes, dont la première et la troisième pouvaient seules conduire à quelques résultats certains à l'endroit de l'action du chloroforme, M. le rapporteur a préféré la seconde, la méthode systématique. Voici son système.

De lui-même, le chloroforme n'est guère susceptible de produire l'empoisonnement : ce n'est qu'avec le concours de l'asphyxie, phénomène surajouté et dépendant de l'emploi de méthodes et d'appareils vicieux, que le chloroforme est directement dangereux. Voilà le système du rapport : « Par les expériences, dit-il, » il nous a été démontré que le chloroforme, mêlé à une suffisante quantité d'air, » amène la mort. Mais cet empoisonnement *s'opère avec une telle lenteur* chez » les animaux, qu'il n'est pas probable qu'il arrive jamais chez l'homme lorsque le » chloroforme sera administré par des mains chirurgicales ; on le comprendrait » plus facilement comme ressource du suicide; en tout cas, il n'a pas encore été » observé. » (Rapp., p. 245.) On ne saurait être plus explicite. Il importe que l'Académie se pénètre bien de cette doctrine, de ce système, à savoir, que le chloroforme n'est dans le cas de tuer que par l'asphyxie surajoutée, car il domine entièrement la partie pratique du rapport. C'est d'après lui qu'on a analysé les faits, qu'on les a repoussés ou admis; c'est lui qui a inspiré les principes et dicté les règles; c'est d'après lui qu'on a jugé les méthodes, adopté ou repoussé les appareils. C'est, en un mot, l'idée d'asphyxie comme cause de la mort, qui préside à tout et décide de tout. Les conséquences de cette conception arbitraire sont faciles à prévoir : nous allons les montrer en mettant les principes, les règles fournies par l'observation et l'expérience en regard des principes et des règles qui sont indiqués dans le rapport.

Voyons donc quels étaient les principes qu'il eût fallu étudier et poser.

Premier principe. — Déterminer l'action véritable, toxique, absolue du chloroforme; rechercher, par les faits et les expériences jusqu'où cet agent énergique est susceptible de causer la mort. Dans ce but, il fallait faire l'inventaire impartial de tous les cas connus et inconnus de mort *immédiate* ; tous ceux connus et inconnus de mort *consécutive;* enfin, rechercher les exemples d'accidents de toute nature produits par le chloroforme; car, pour le malade et le chirurgien lui-même, la mort plus ou moins éloignée de l'application anesthésique n'en est pas moins la mort ; et la mort consécutive n'en doit pas moins peser, pour l'appréciation des dangers de la méthode et du caractère toxique de l'agent, que la mort immédiate. Et quant aux accidents consécutifs, ne sont-ils pas indispensables à connaître pour l'appréciation équitable des avantages et des inconvénients de la méthode ?

Relativement aux morts immédiates, le rapport n'en cite qu'un certain nombre; il écarte les cas qui ne répondent pas à son idée d'asphyxie, et n'admet ceux qu'il conserve qu'à la condition de témoigner en faveur de cette préoccupation systématique. Il est parti de cette conviction, que la mort par le chloroforme sans asphyxie est à peu près impossible, donc les cas de mort rapide attribués à cet agent ne sont que des effets de l'asphyxie. Cependant la plupart des faits connus témoignent déjà en assez grand nombre contre cette doctrine. Mais il eût été possible, en cherchant bien dans les hôpitaux de Paris (et ici le motif de cette recherche était bien légitime), d'en trouver beaucoup d'autres. On eût répondu ainsi d'avance à cette allégation d'un honorable préopinant, qui prétend que les cas de mort par le chloroforme n'ont été observés qu'en Angleterre. Mon honorable collègue M. Blandin a déjà fait comprendre assez clairement qu'il en existait un assez grand nombre en France ; pour mon compte, j'en connais d'abord trois nouveaux que je peux citer : le cas observé à Lyon, et récemment publié par nous ; un second, inédit, arrivé dans le service de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, sur une femme à laquelle on extirpait une tumeur squirrheuse du sein, et qui, si je suis bien informé, serait morte avant de quitter l'amphithéâtre ; un

troisième, observé en septembre dernier, à Bicêtre, sur un homme auquel on avait fait l'amputation de la cuisse dans l'article, lequel aussi serait mort avant la fin de l'opération.

Relativement aux morts consécutives, il y en a eu, et je crois pouvoir dire, de très-nombreux cas. J'ai eu occasion de m'en enquérir auprès de beaucoup de chirurgiens soit de la capitale, soit des départements, et la plupart m'ont confessé avoir eu à regretter de ces accidents. Les uns arrivaient le lendemain ou le surlendemain de l'opération, les autres plus longtemps après. Le silence qu'on a gardé jusqu'ici sur ces faits ne doit donc pas être considéré comme une preuve de leur non-existence. Ce silence tient à plusieurs causes : dès le début, on a pu méconnaître le véritable caractère des accidents ; d'un autre côté, ceux à qui ils sont arrivés n'ont pas dû être empressés de les faire connaître ; mais aujourd'hui, qu'il s'agit d'éclairer une grave question de science et d'humanité, il faut espérer que, mieux instruits sur le danger du chloroforme, et mieux renseignés sur les caractères de la mort qu'il détermine, tous les chirurgiens s'empresseront de publier loyalement les faits observés par eux.

Quant aux accidents consécutifs, il y en a de nombreux et de plusieurs sortes : d'abord ceux que tout le monde connaît, et qui, pour me servir des expressions de plusieurs de nos honorables collègues, réduisent un grand nombre d'opérés presque à l'état de cadavre; de cet état à la mort, il n'y a qu'un pas ; puis d'autres accidents sur lesquels je ne veux pas insister, mais qui aggravent singulièrement les suites et les conséquences des opérations. Beaucoup d'opérés, me disait l'autre jour un de nos honorables collègues, restent longtemps, même toujours au-dessous du rhythme vital ; ils conservent, dans leur longue agonie, le caractère de la sidération chloroformique. Enfin, je citerai certaines complications des plaies, telles que la gangrène, etc. Cet ensemble de faits méritait une place distincte dans le rapport et pouvait servir de base à des règles propres à les prévenir.

Voilà, suivant nous, comment le danger du chloroforme aurait dû être étudié, c'est-à-dire à l'aide de l'observation et de l'expérience impartiales. En insistant, comme je viens de le faire, sur l'énergie toxique de cet agent et les différents genres d'accidents qu'il peut entraîner, l'Académie ne se méprendra pas sur mes véritables dispositions à l'égard du chloroforme : je n'en suis point l'adversaire ; au contraire, je le déclare sans réticence aucune : je suis un des admirateurs et des fauteurs les plus prononcés de cette méthode; je ne suis l'adversaire que de ceux qui l'emploient vicieusement et veulent à tout prix en dissimuler les graves dangers. Mon but est uniquement d'éclairer la pratique sur ces dangers, et de les renfermer dans un cercle si bien déterminé qu'il soit toujours possible de les éviter.

A défaut d'observations suffisantes sur l'homme, la commission aurait dû instituer une série d'expériences sur les animaux propres à éclairer le caractère toxique sur l'homme. Il n'en a pas été fait dans ce but. Le rapport en mentionne un certain nombre, mais toujours au point de vue particulier de l'asphyxie. Il ne parle des expériences de M. Sédillot, de celles de M. Amussat, de celles d'Édimbourg, qu'en vue de prouver que la mort a été le résultat de l'asphyxie et non du chloroforme, et celle-ci le produit de la méthode employée et non de l'agent toxique.

Cette question de l'asphyxie est donc le point capital de la discussion : c'est le point qui semble diviser et préoccuper les esprits. De nombreuses expériences ont été tentées dans le but de l'éclairer; j'ai cru devoir à mon tour l'examiner avec la plus grande attention. Je l'ai étudiée sous trois points de vue différents :

1° Sous le point de vue de ses rapports expérimentaux avec la rapidité de la mort par le chloroforme ;

2° Sous le point de vue des conditions où elle se manifeste ;

3° Sous le point de vue de son mécanisme.

J'ai d'abord pris les précautions nécessaires pour écarter toute cause et tout prétexte d'asphyxie, eu égard à la méthode et aux appareils employés. Ceux-ci ont été construits en vue de concentrer l'agent toxique sur un point circonscrit, et disposés de manière que la dose employée fût bien la dose inhalée. Un appareil fort simple, une coiffe pour les animaux, un appareil plus compliqué et plus parfait pour l'homme, consiste dans un moyen de cerner complétement les voies respiratoires, et de faire respirer l'homme ou l'animal à travers un diaphragme de tricot ou d'éponge fine, circonscrit par un cercle métallique de 3 à 4 centimètres de diamètre, placé à l'extrémité libre de l'appareil. L'air inspiré passe très-facilement à travers ce diaphragme; et pour l'homme, l'air expiré sort par une soupape qui s'ouvre à chaque expiration. J'ai commencé par chloroformiser des animaux avec une dose suffisante pour obtenir une anesthésie complète, mais insuffisante pour les faire périr. 2 grammes environ ont généralement suffi. Après cinq à six minutes, l'anesthésie était produite. Le sang de l'artère crurale, examiné dans cette condition, n'a point offert de trace apparente de coloration veineuse. Au bout de sept à huit minutes, l'anesthésie cessait complétement sans que les animaux eussent été débarrassés de leur coiffe. Par cette première expérience, j'ai voulu assurer mon point de départ, à savoir que ces appareils ne produisent pas par eux-mêmes l'asphyxie, ni le caractère asphyxique du sang.

Dans une seconde série d'expériences, j'ai gradué les doses de chloroforme depuis 2 grammes jusqu'à 10, de manière à observer ce qui arrive parallèlement avec les changements de doses. J'ai constaté qu'avec 6 à 7 grammes, le sang artériel perd graduellement sa couleur claire, jusqu'à offrir la teinte presque complétement veineuse. La mort est arrivée plusieurs fois dans ces cas après dix à douze minutes d'anesthésie et d'agitations anesthésiques. A l'autopsie, on trouve le système artériel et le cœur gauche remplis par du sang dont la teinte n'offre guère de différence avec celle du sang veineux.

Dans une troisième série d'expériences, j'ai employé de 10 à 14 grammes de chloroforme, et cette fois la mort a été extrêmement rapide, tantôt au bout d'une à deux minutes et rarement trois. Le sang de l'artère crurale, examiné au moment même où la respiration cessait, offrait sa couleur normale. Dans un seul cas, il y a eu doute entre les expérimentateurs, MM. Lebert et Kuhn, qui ont bien voulu m'assister, pour savoir s'il y avait ou non un commencement de coloration en rouge cerise.

On voit par ces expériences réunies : 1° que plus la mort a été rapide, moins on a observé les caractères de l'asphyxie ; 2° que trop ou trop peu de chloroforme ne la produisent pas ; 3° que le chloroforme produit bien réellement de lui-même l'asphyxie. Outre ces résultats précieux pour la connaisance du mécanisme de l'asphyxie, ces expériences ont encore l'avantage d'expliquer la divergence qui a existé jusqu'ici entre les différents expérimentateurs ; elles mettent d'accord, par exemple, les résultats, en apparence contradictoires, obtenus par MM. Amussat et Renault; elles expliquent en outre la rapidité de la mort dans la plupart des faits connus. Enfin la rapidité de la mort, au moyen de doses considérables, est d'accord avec la même rapidité par l'injection du chloroforme dans les veines.

Pour bien comprendre le mécanisme de l'asphyxie dans les expériences qui précèdent, il faut distinguer deux sortes d'asphyxies : la première, *passive*, celle qui est déterminée par une insuffisance d'air respirable, comme avec l'azote et peu ou point d'oxygène; la seconde, *active* ou toxique, celle qui résulte d'une certaine quantité de gaz délétère mêlé à l'air, comme l'acide carbonique. Le mélange d'une quantité suffisante de chloroforme avec l'air produit ainsi l'asphyxie *toxique*. L'expérience qui consiste à avoir tué les animaux avec *beaucoup de chloroforme* sans symptômes d'asphyxie, c'est-à-dire sans coloration du sang en brun, dans l'appareil où une moindre dose de chloroforme produit cette dernière, ne permet aucun doute à cet égard ; car dans la première expérience, une plus grande quantité de chloroforme a pris la place de plus d'air, et dans la seconde, plus d'air existe avec moins de chloroforme ; c'est-à-dire que si l'asphyxie était le résultat d'un amoindrissement mécanique de l'air respirable, elle devrait être d'autant plus prononcée, c'est-à-dire la coloration du sang en brun plus rapide et plus développée, qu'il y aurait plus de chloroforme dans l'air respiré ; or c'est le contraire qui s'observe.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, et nous croyons pouvoir conclure de nos expériences rapprochées de celles qui ont été produites dans la discussion : 1° que de faibles doses de chloroforme n'agissent que consécutivement, sur les centres nerveux, et non localement, d'une manière suffisante au moins pour altérer la fonction de l'hématose ; 2° que des doses plus élevées frappent immédiatement le système nerveux pulmonaire et paralysent plus ou moins complétement son action hématosante, de manière cependant à la laisser fonctionner encore, mais incomplétement ; 3° que des doses exagérées déterminent une espèce de sidération de tout le système et arrêtent brusquement la vie.

Voilà, si nous ne nous trompons, les vrais principes de l'action toxique du chloroforme. Les règles pratiques qui en découlent sont faciles à indiquer. Des méthodes rigoureuses d'abord, dosant avec précision et ne laissant rien à l'arbitraire; point d'éponge ni de mouchoir, c'est-à-dire point de moyens qui exposent à induire en erreur sur l'innocuité d'une grande quantité de chloroforme non inspiré; mais des appareils précis, dans lesquels la substance employée soit circonscrite sur un espace étroit, et par conséquent soit réellement la dose inhalée. On vient de voir que 3 à 4 grammes vraiment inspirés suffisent pour donner la mort ; ces expériences rapprochées des résultats obtenus sur l'homme par notre honorable collègue M. Blandin sont bien propres à faire réfléchir sur l'absence de toute règle à cet égard. Or le rapport est complétement muet sur ce point ; il n'est nullement question des doses du chloroforme dans les conclusions, et à propos de la malade de M. Gorré, il y est dit que 8 grammes n'ont pu causer la mort, « attendu que le chloroforme a été fréquemment employé à dose plus forte *sans aucun* inconvénient. » (P. 213). Je conviens qu'une attention soutenue, qu'une grande habitude dans l'emploi de l'éponge ou de tout autre moyen analogue peuvent suppléer à des appareils de précision; mais ces sortes de moyens laissent trop à l'arbitraire ; et, suivant moi, mieux vaut une machine précise que l'attention la plus soutenue.

Deuxième principe. — Existe-t-il des caractères et des périodes indiquant le moment où la chloroformisation est suffisante, et doit être arrêtée pour n'être point dangereuse ? Le rapport n'en dit mot ; ou plutôt, guidé par l'idée d'innocuité systématique du chloroforme, il se borne aux indications les plus vagues et par conséquent les plus dangereuses. Cependant que de questions nouvelles et importantes ce point ne soulevait-il pas ! On sait que la série des phénomènes anesthésiques comprend des modifications et une suspension plus ou moins complète de la motilité, volontaire et involontaire, des modifications de plusieurs sortes de l'intelligence, différemment combinées avec l'abolition de la sensibilité ; or dans quel rapport se trouvent entre eux, sous l'influence des méthodes, des appareils, des différences individuelles, ces différentes sortes de phénomènes ? quel rapport entre la cessation du mouvement volontaire et la suspension de la sensibilité ? quel rapport avec la conservation ou l'abolition de toute faculté excito-motrice ? quel rapport avec la conservation ou la suspension de la conscience du moi et l'apparence de cette conservation ? Ces questions, aussi neuves qu'intéressantes, n'ont pas même été agitées par M. le rapporteur. Un passage très-remarquable permet de croire qu'il ne soupçonne même pas l'existence d'un des faits les plus curieux et les mieux établis, à savoir la persistance des mouvements et d'un certain éveil de l'intelligence, avec l'abolition complète de la sensibilité. On se rappelle que la malade de Boulogne, avant de mourir, avait écarté le mouchoir en disant : *J'étouffe !* M. le rapporteur en conclut que le chloroforme n'avait exercé aucune action. Cependant que de faits déjà connus auraient pu lui épargner cette méprise ! On se rappelle le cas si intéressant, cité dans la dernière séance par notre honorable collègue

M. Blandin, d'un de ses opérés qui, pendant l'extirpation d'une loupe, avait assisté à tous les détails de l'opération, et en avait rendu compte. Ce cas n'est ni exceptionnel ni si rare qu'on le pense. Je pourrais en citer beaucoup d'analogues. Une parente d'un de nos confrères causa avec son dentiste, avant et pendant l'extraction de sa dent, sans avoir souffert de l'opération. Un de mes opérés m'interpella au milieu d'une opérat on et me dit des choses très-suivies, et ne s'en souvint plus après la cessation de l'état anesthésique. Notre savant collègue M. Oudet a cité, il y a déjà fort longtemps, le cas d'une personne qui, pendant l'état anesthésique, l'insensibilité étant complète, avait, sur son invitation, ouvert la bouche et s'était très-bien prêtée à l'extraction de sa dent. Il y a encore des opérés qui voient, entendent et souffrent, mais sont dépourvus de tout moyen de se plaindre. Tous ces faits ne prouvent-ils pas, premièrement, que la succession des phénomènes anesthésiques est loin d'être aussi régulière qu'on le pense; secondement, que l'abolition de la sensibilité n'implique pas absolument l'existence de la résolution musculaire et la suspension de l'intelligence. Or, s'il était vrai que la coïncidence de ces trois caractères de l'anesthésie complète ne fût pas indispensable pour assurer la persistance de l'insensibilité pendant un temps suffisant pour certaines opérations, et s'il était possible de les produire à volonté l'un sans l'autre, c'est-à-dire l'insensibilité sans le sommeil et la résolution musculaire, ne serait-ce pas diminuer d'autant les dangers de la méthode? C'est ce dont le rapport ne s'est aucunement préoccupé.

Les règles qui peuvent être induites des préceptes qui précèdent sont les suivantes : explorer l'insensibilité tactile; ne pas attendre le sommeil complet; suspendre l'inhalation du chloroforme aussitôt que l'insensibilité se manifeste, sauf à entretenir cet état d'anesthésie plus léger, mais moins compromettant, à l'aide d'inhalations renouvelées. Ces règles ne pouvaient venir à l'esprit de qui ne croit au danger du chloroforme que par l'intermédiaire de l'asphyxie; mais pour qui sera pénétré de la réalité de ces dangers, ces règles, et d'autres analogues, seront des guides indispensables.

Troisième principe. — Une fois l'action toxique du chloroforme déterminée, l'appareil et les doses à employer indiquées, les caractères et les périodes de l'anesthésie suffisamment précisés, il restait un troisième principe à poser, et une troisième catégorie de règles à en déduire : nous voulons parler de la diversité d'action du chloroforme, et des indications pratiques qui en découlent. M. le rapporteur et un des honorables préopinants ne croient pas à cette diversité. De ce que, dans un grand nombre de cas, l'inhalation chloroformique n'a pas produit la mort, ils en infèrent qu'il n'y a pas et qu'il n'y aura pas d'exception à cette règle; et tous deux s'accordent pour rechercher d'autres causes aux cas de mort attribués au chloroforme. Mais, à un point de vue différent de celui qui nous occupe, nous avons déjà montré, dans notre première argumentation, la nécessité logique et expérimentale de la diversité d'action du chloroforme. Deux faits, fournis par ceux-là même qui nient cette diversité, montreront qu'ils l'admettent à leur insu. L'un des deux fauteurs du système que je combats, M. Velpeau, en rendant compte des résultats de sa pratique, est convenu que, dans plusieurs cas, il a trouvé des sujets très-réfractaires à l'anesthésie; et M. le rapporteur admet, pour se rendre compte de la rapidité de la mort dans certains cas, une plus grande aptitude à contracter l'asphyxie. Mais une différence en plus, dans certains cas, permet d'admettre une différence en moins dans d'autres cas; et, ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Baillarger dans la dernière séance, pourquoi une sensibilité exceptionnelle n'existerait-elle pas aussi bien pour l'action toxique du chloroforme que pour l'asphyxie? Mais il y a, dans la science, une foule de faits qui mettent cette vérité hors de doute. Je choisirai, entre beaucoup d'autres, celui qui a été rapporté par M. Brierre de Boismont : une personne qui semblait avoir été éthérisée sans succès pendant plusieurs minutes, ne manifesta les symptômes de l'anesthésie que vingt minutes après la cessation de toute éthérisation.

Le fait de la diversité d'action du chloroforme bien établi, quelles en sont les conditions? Elles sont de deux ordres : les premières, *extérieures* à l'individu, dépendent de la qualité du chloroforme, des doses, de la méthode, des appareils, de l'attitude imprimée au malade, de la durée de l'éthérisation; les secondes, *intérieures*, ou inhérentes à l'organisation de l'individu, tiennent à sa constitution, à son idiosyncrasie, à son âge, à son sexe, à son état de santé, de force ou de faiblesse, en un mot, à toutes les conditions qui peuvent faire varier la force de résistance, telles que l'abstinence, les pertes de sang, l'éthérisation réitérée, etc. Il suffit d'énoncer ces différentes conditions pour en faire comprendre la portée au point de vue qui nous occupe. Cependant le rapport n'en tient aucun compte, et par cela même il ne se préoccupe en aucune façon des indications ou contre-indications qui en résultent et des règles qui en découlent. On le sait, et nous ne saurions trop le rappeler, tout ce qui n'a pas trait à l'asphyxie, tout ce qui, dans la disposition et la construction des appareils, dans les méthodes, dans l'état des malades, n'ajoute point aux chances d'asphyxie, et d'asphyxie *surajoutée*, est pour lui comme n'existant pas. Mais nos expériences sur les animaux, une multitude d'observations sur l'homme, témoignent de la réalité et de l'importance des causes que nous avons assignées à la diversité d'action du chloroforme.

Quelles peuvent être les règles pratiques à induire de ce troisième principe? Ces règles sont si naturelles, que les esprits non systématiquement prévenus les ont établies d'eux-mêmes pour leur propre usage.

Partant du fait bien établi que le chloroforme est un agent toxique toujours énergique, et parfois d'une activité exceptionnelle très-dangereuse, on commencera par n'user de la méthode qu'avec circonspection et pour les cas seulement qui en légitiment l'emploi; puis on tâtera le malade; car, au delà des conditions de susceptibilité exceptionnelle déterminées, il en est d'autres moins connues jusqu'ici au profit desquelles il est bon de faire des réserves. On explorera donc la susceptibilité du malade; on sera très-circonspect avec les sujets faibles ou épuisés; on proportionnera les doses à l'âge, à la constitution, au caractère moral des sujets; enfin, on ne réitérera jamais l'éthérisation chez des malades abattus par la douleur ou épuisés par des pertes de sang. L'importance de ces règles, toutes omises dans le rapport, ne peut être mieux démontrée que par les accidents graves causés par leur omission. Bornons-nous à citer un seul exemple. On se rappelle le fait de M. Robert, et celui observé par M. le rapporteur lui-même. Dans les deux cas, des sujets épuisés par la douleur et des pertes de sang sont morts sous le coup d'une seconde application du chloroforme. L'influence si pernicieuse de l'éthérisation réitérée chez des individus presque anémiques était un fait si peu aperçu, si peu reconnu de M. le rapporteur, qu'il ne lui est pas venu un instant à l'idée, vous a-t-il dit, d'attribuer la mort de son malade au chloroforme.

Une dernière lacune, à mon sens très-regrettable, doit encore être signalée dans le rapport : je veux parler des moyens de combattre les accidents immédiats causés par le chloroforme. Un malade est réduit à l'état de cadavre, il est sur les confins de la mort, comment le rappeler à la vie? Il existe des moyens connus, il fallait les discuter; et en cas d'insuffisance des anciens, il fallait s'efforcer d'en trouver de nouveaux. Les excitations cutanées, les inspirations irritantes, les insufflations pulmonaires, sont parfois insuffisantes; ces dernières sont quelquefois dangereuses; il n'était pas inutile d'en régler l'application. Préoccupé du besoin de venir au secours des malades trop souvent menacés, je me suis livré à quelques expériences sur les animaux, et je crois être arrivé à ajouter un moyen nouveau et très-efficace à ceux qui étaient connus : c'est la cautérisation pharyngienne avec l'ammoniaque. Cette méthode, employée à un autre point de vue avec succès dans le traitement de quelques maladies, a produit sur des animaux mourants ou presque morts des résultats surprenants. Des chiens et des lapins dont la respiration était arrêtée, dont les battements du cœur et du pouls étaient imperceptibles, ont été rappelés à la vie presque instantanément par une ou deux applications ammoniacales sur la partie postérieure du pharynx. Rien de plus curieux que la succession des phénomènes qui marquent le retour graduel à la vie. On observe d'abord de petits mouvements dans les muscles respirateurs de la face; les paupières s'agitent, les ailes du nez se soulèvent, les lèvres s'ébranlent; puis les muscles thoraciques se contractent et l'acte respiratoire recommence. Je suis porté à croire que ce moyen eût été utile dans le cas si malheureux de M. Gorré et autres analogues, et j'espère qu'il pourra rendre des services dans l'avenir.

En résumé donc, la partie pratique du rapport me paraît pécher gravement de deux manières : par omission et par commission; par omission en ce qu'il n'a discuté aucun principe ni posé aucune règle capable d'éclairer les chirurgiens dans l'emploi rationnel du chloroforme; par commission, parce qu'à la place de principes et de règles fondés sur l'observation et l'expérience, il a établi un système aussi préjudiciable à la science que dangereux pour l'humanité.

Je me réserve, lors de la discussion particulière des conclusions du rapport, de faire l'application à chacune d'elles des principes que je viens d'avoir l'honneur d'exposer devant l'Académie.

M. Bérard : J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la communication fort importante de M. J. Guérin; je partage complétement la plupart de ses opinions; mais je prends la parole pour lui demander la permission de faire une légère observation. Je désirerais qu'il substituât au mot *asphyxie* le mot *empoisonnement*. Un animal respire librement dans une atmosphère composée de 21 d'oxygène et de 79 d'azote. Vous y ajoutez quelques bulles d'acide sulphydrique, l'animal succombe; il n'est pas asphyxié, mais bien empoisonné. La même chose se passe pour le chloroforme; la seule différence qu'il y ait, c'est que le chloroforme est une substance d'une nature à part; il n'y aurait asphyxie véritable que dans le cas où l'atmosphère serait exclusivement composée de chloroforme. Dans tous les autres cas, il y aura empoisonnement; le chloroforme tue par quelque point qu'il pénètre dans l'économie dès qu'il est à dose suffisante.

M. J. Guérin : J'admets tout à fait la doctrine de M. Bérard; mais je désire cependant conserver mon expression d'asphyxie, et voici pourquoi : c'est que l'on a dit que dans l'asphyxie causée par le chloroforme, il y avait changement de la couleur du sang. Des faits que j'ai rapportés, il résulte que c'est bien un empoisonnement. Mais j'ai établi une distinction. Il n'est pas indifférent d'employer l'un ou l'autre mot. Je conserve le mot empoisonnement pour les cas où la mort survient très-rapidement, au bout d'une ou deux minutes par exemple, et lorsqu'il ne peut y avoir encore de changement dans la couleur du sang. J'applique le mot asphyxie aux cas où il y a mort après un temps plus long d'inhalation et lorsqu'il y a changement de couleur du sang. C'est ce que j'ai voulu spécifier en distinguant les asphyxies en *toxique* et *mécanique*.

M. Parchappe : Messieurs, je dois à un acte antérieur de votre bienveillance la faculté de prendre part à l'importante discussion qui occupe l'Académie. Veuillez permettre que ma première parole dans cette enceinte soit une parole de remercîment, une expression de ma reconnaissance pour une faveur dont je sens mieux que jamais, en ce moment, l'inestimable prix.

Il entrait dans mes intentions de traiter avec quelque étendue les questions qui vous sont soumises, mais l'heure avancée et l'attention longtemps soutenue que la compagnie a prêtée à l'orateur auquel je succède me font une loi de me restreindre. Je me bornerai à développer mes vues relativement à l'un des points les plus importants de la discussion, le rôle de l'asphyxie dans les phénomènes de l'éthérisation.

La solution des deux questions à résoudre à propos du chloroforme est subordonnée à la solution d'une question plus générale. Pour juger si la mort de la malade de Boulogne doit être imputée au chloroforme, et pour apprécier les dangers de l'éthérisation, il est nécessaire de connaître d'une manière approfondie l'action toxique des agents employés.

Je crois qu'à cet égard la science est aujourd'hui aussi avancée que pour aucune autre des substances dont l'étude appartient à la toxicologie.

Les expérimentations qui ont été faites sur les animaux par un grand nombre de membres de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, notamment par MM. Flourens, Longet, Serres, Renault, etc.; les observations qui ont été recueillies par nos plus illustres chirurgiens, et aussi, en ce qui concerne l'éther, nos propres expériences, et en ce qui concerne le chloroforme, les expériences de MM. Girardin et Verrier, auxquelles j'ai assisté, me paraissent constituer des données suffisantes pour l'établissement d'une doctrine toxicologique satisfaisante sur l'action de l'éther et du chloroforme.

En administrant ces agents aux animaux sous toutes les formes, conformément aux méthodes consacrées par la toxicologie, on a pu arriver à déterminer les caractères essentiels de leur action, indépendamment des particularités qui dépendent du mode d'administration. Ainsi, en ce qui concerne l'action de l'éther, j'ai pu établir sur des preuves décisives, dans le mémoire que j'ai soumis à l'Académie des sciences le 10 mai 1847, que cette substance, introduite dans l'économie par une voie quelconque, soit sous la forme liquide, soit sous la forme gazeuse, dans l'estomac, dans le tube intestinal, dans l'appareil respiratoire, à des doses convenables, détermine la succession de trois périodes distinctes exprimant trois degrés différents d'action : l'ivresse avec diminution de la sensibilité, l'assoupissement avec abolition de la sensibilité, la stupeur avec phénomènes d'asphyxie suivis de la mort.

Dans les deux premières périodes, lorsque le mode d'administration de la substance n'a pas porté obstacle à l'accomplissement de la respiration, le sang artériel demeure constamment vermeil. Dans la période de stupeur, avec l'asphyxie le sang artériel prend une couleur noire.

Dans les expériences sur le chloroforme auxquelles j'ai assisté, il m'a été démontré que cette substance, qui ne paraît différer de l'éther que par une plus grande rapidité et une plus grande intensité d'action, fait passer aussi les animaux par les deux périodes d'ivresse et d'assoupissement, sans que le sang artériel change de couleur.

L'asphyxie, qui appartient à la période de stupeur et qui amène la mort, représente le dernier terme de l'action du toxique sur les centres nerveux et sa propagation à la partie de ces centres qui préside à la respiration et à l'hématose, la moelle allongée. Ces faits étant bien établis, et je n'en connais pas de réellement contradictoires, on peut affirmer que l'asphyxie et la coloration noire du sang artériel ne sont pas la condition de l'action de l'éther et du chloroforme, et que quand l'asphyxie se produit, soit dans les observations sur l'homme, soit dans les expériences sur les animaux pendant la période d'ivresse et pendant la période d'assoupissement, il faut chercher la cause de cette asphyxie dans des conditions autres que l'action de l'éther et du chloroforme.

Ces conditions se présentent tout naturellement dans le mode d'administration qui constitue l'inhalation respiratoire.

Lors même que la vapeur d'éther ou de chloroforme est administrée de manière à se trouver mêlée à de l'air atmosphérique, on peut admettre qu'après un certain temps l'hématose peut être produite, en raison de l'insuffisance de l'air respirable dans l'atmosphère intérieure des cellules pulmonaires, qui est le réservoir où sont puisés d'une manière continue les éléments de la transformation du sang veineux en sang artériel.

Mais si l'appareil qu'on emploie ne permet pas un libre accès à l'air, si l'éponge ou le mouchoir sont appuyés sur le nez et sur la bouche de manière à intercepter l'air intérieur, on conçoit facilement que l'asphyxie puisse se produire par défaut d'air respirable. C'est ainsi que se sont produites les asphyxies des premières périodes de l'éthérisation dans les expériences sur les animaux et dans les observations sur l'homme. Il est naturel d'admettre que si au moment où s'exerce l'action d'une substance qui diminue la vitalité du système nerveux, se produit en outre une asphyxie qui est apte à produire par elle-même un effet semblable, le concours de ces deux causes puisse amener facilement la mort.

Quant au fait de la rapidité avec laquelle disparaît la couleur noire du sang artériel dès que l'animal a été soustrait à l'action de la vapeur toxique et a respiré librement, qui a paru à M. Amussat une preuve que cette coloration était un effet de l'action de cette vapeur, ce fait s'explique par la suppression de la cause accidentelle d'asphyxie, et il est peut-être invoqué au contraire comme une preuve que la coloration noire du sang ne dépend pas de l'action du toxique, puisque cette action se continue après que le sang artériel a repris sa couleur naturelle. Si maintenant on applique cette doctrine à la solution de la question générale de l'innocuité de l'éther et du chloroforme, il devient évident que cette innocuité ne peut être admise que conditionnellement; car les deux substances peuvent tuer, et leur innocuité dépend essentiellement de la dose et du mode d'administration. A ce sujet, je crois devoir insister sur un fait qui résulte de mes expériences, qui exprime une action de l'éther et qui peut donner lieu à des contre-indications particulières.

C'est qu'indépendamment de son action spéciale sur le système nerveux, l'éther agit comme irritant sur les surfaces de contact, ainsi que le prouvent les gastro-entérites considérables que j'ai constatées sur les animaux qui avaient reçu la substance toxique dans le canal intestinal. Le chloroforme exerce sans doute une action analogue, ainsi que l'atteste l'état de la muqueuse respiratoire chez les individus qui ont succombé à la suite de son administration par la méthode d'inhalation.

Enfin, si les expériences remarquables que M. Guérin a citées dans cette séance sont de nature à être confirmées, il semblerait en résulter que l'action du chloroforme diffère de l'action de l'éther en ce que le chloroforme, à dose considérable, pourrait tuer très-rapidement, en déterminant une sorte de sidération du système nerveux à la manière de certaines substances toxiques.

Mais ces faits n'ont pas, à mon avis, la valeur que M. Guérin leur attribue quant au phénomène de l'asphyxie. Dans l'un de ces faits, pour une dose faible, phénomènes d'anesthésie, sang artériel vermeil, et retour à la santé; dans un second fait, pour une dose plus forte, phénomènes d'asphyxie, sang artériel noir, et mort après un certain temps; dans un troisième fait, pour une dose encore plus forte, sang vermeil et mort très prompte.

Les deux premiers faits sont conformes à la théorie que j'ai exposée : dans la première, action bornée aux deux premières périodes; dans la seconde, action poussée jusqu'à la période de stupeur. Le troisième fait représenterait un phénomène nouveau et important à vérifier : la sidération du système nerveux par l'action du chloroforme à haute dose.

La séance est levée après cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, OU RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES; par le docteur VALLEIX. (Tomes VIII, IX et X.)

M. Valleix est arrivé au terme de sa longue entreprise; il y est arrivé avec une ardeur, une opiniâtreté de travail, un respect de ses engagements, qui ne se sont pas démentis un seul jour. Ce zèle peu commun, que nous n'avons pas négligé de signaler dans le cours de la publication, mérite bien plus encore d'être loué au moment où l'œuvre vient de s'achever. Et si l'on place à côté de ces dix gros volumes le nombre considérable de mémoires, et même de monographies, que la science doit encore au même auteur; si l'on tient compte des occupations multipliées à travers lesquelles toutes ces productions ont dû être élaborées et du peu de temps qu'elles ont mis à paraître, on ne pourra s'empêcher de rendre justice à tant d'activité, et de proclamer M. Valleix un des travailleurs les plus infatigables de ce temps-ci.

En face de ces trois tomes, de 700 pages chacun, nous éprouvons, pour notre œuvre d'appréciation, un certain embarras. Un bon moyen de s'en tirer serait de reproduire et de juger à notre point de vue le caractère général de la publication, de rechercher à quelle école elle appartient, dans quel esprit les questions y sont examinées, si elle réalise les promesses du titre et comprend la *thérapeutique appliquée*, quel est enfin le sens et la mesure de son utilité. Mais cette partie du terrain critique, nous l'avons remuée à fond dans nos précédents comptes rendus. Nous avons dit franchement nos impressions; nous avons trouvé beaucoup à louer, un peu à blâmer, et nous avons usé sans gêne de cette double permission. Aujourd'hui il serait inutile d'y revenir; nous n'aurions qu'à nous copier nous-même, les derniers tomes ressemblant exactement, pour la facture et l'esprit, aux premiers. D'un autre côté, on comprend que nous ne puissions parcourir pas à pas avec l'auteur une bonne partie de la nosographie; l'espace nous manquerait, et le lecteur n'aurait aucun goût à nous suivre. Dans cette perplexité, nous croyons devoir nous en tenir à l'expédient suivant. Nous allons feuilleter rapidement les trois derniers volumes du GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, et nous nous arrêterons seulement aux points où nous aurons cru rencontrer, soit une nouveauté de quelque valeur, soit une opinion bonne à faire connaître, quel qu'en soit du reste le mérite, sur les questions les plus importantes de la pathologie ou de la thérapeutique.

Le tome VIII contient la suite des maladies des voies génito-urinaires, dont la première partie formait le septième tome, analysé par la GAZETTE MÉDICALE en 1846. Nous y signalerons tout de suite un chapitre qu'on chercherait en vain dans les autres nosographies, sur la vulvite. Cette affection a généralement été placée dans le même cadre que la blennorrhagie, sans aucune marque distinctive. Cependant des cas d'inflammation et d'écoulement vulvaires, indépendamment de toute infection syphilitique, sont loin d'être rares. M. Valleix appelle surtout, et avec grande raison, l'attention sur une maladie de ce genre, mentionnée seulement par les auteurs adonnés spécialement à l'étude de la pathologie de l'enfance, et qu'on rencontre assez fréquemment chez les petites filles. Ce sont principalement, comme le dit l'auteur, les enfants détériorés par les maladies antérieures, lymphatiques, scrofuleux, qui en offrent des exemples; mais il est bon de rappeler qu'il n'en est pas toujours ainsi, et qu'on est quelquefois étonné de rencontrer, dans la pratique civile, une abondante sécrétion mucoso-purulente des grandes et des petites lèvres chez des enfants roses, potelés, ayant toutes les apparences d'une bonne constitution et non suspects de masturbation. Il nous a paru que ces cas exceptionnels se liaient d'ordinaire à la présence d'une grande quantité de tissu adipeux dans l'épaisseur des lèvres vaginales, lesquelles se recourbaient en dedans en appuyant plus ou moins fortement l'une contre l'autre.

Quand la maladie existe chez des enfants lymphatiques et scrofuleux, elle

coïncide souvent avec des gourmes du cuir chevelu, des rougeurs et des sécrétions muqueuses au niveau des ouvertures naturelles, par exemple des croûtes nasales, des otorrhées, des blépharites. Cette circonstance est connue. Mais il est un point où ces rougeurs concomitantes ne nous semblent pas avoir été signalées, bien qu'elles n'y soient pas extrêmement rares : c'est l'orifice anal. Il nous est arrivé plus d'une fois d'entendre les petites filles se plaindre de démangeaisons à l'anus en même temps qu'à la vulve, et ayant inspecté ces deux régions, d'y trouver exactement la même lésion, c'est-à-dire une rougeur un peu blafarde, tirant quelquefois sur le jaune, s'étendant à quelque distance en dehors de l'orifice, et plongeant à une petite hauteur dans l'intérieur du conduit. Seulement il faut dire que, dans ces cas, le pourtour de l'anus ne donne pas lieu à une sécrétion pareille à celle de la vulve ; tout au plus y observe-t-on un léger suintement. Mais l'érythème y est quelquefois assez prononcé pour devenir le siége d'une cuisson très-vive quand on frotte un peu rudement, ou qu'on lave avec une liqueur astringente. Nous croyons bien, avec l'auteur, que des oxiures du rectum, en déterminant des démangeaisons qui appellent continuellement la main vers ces régions, peuvent être le point de départ et de la rougeur du rectum et de la rougeur de la vulve ; mais, dans le cas dont nous parlons, l'inspection la plus attentive n'a pu faire découvrir la moindre trace de vers, et d'ailleurs, dans le petit nombre de cas qui ont passé devant nos yeux, l'affection avait commencé, non par le rectum, mais par le vagin.

A la suite de l'histoire de la vulvite simple, et sous les titres de *vulvite folliculaire*, *vulvite pseudo-membraneuse*, *vulvite gangréneuse*, *névralgie de la vulve*, l'auteur résume d'une manière fort exacte, et en les appropriant à la forme nosologique, les travaux dont cette partie de la science a été récemment enrichie, particulièrement ceux de MM. Robert, Bretonneau, Velpeau, Rilliet et Barthez. L'étude comparative qu'il fait de l'espèce diphthérique et de l'espèce gangréneuse mérite surtout d'être signalée. Il n'est pas douteux que la même confusion qui a lieu souvent dans la pratique entre la diphthérite et la gangrène de la gorge ne se reproduise au sujet des deux mêmes espèces morbides siégeant à la vulve. Et comme le traitement ne doit pas être le même pour l'une et pour l'autre, il est d'une importance réelle d'apprendre à les bien distinguer. Or le tableau comparatif dressé à cet effet par M. Valleix nous semble assez vrai pour que nous croyions utile de le reproduire.

VULVITE GANGRÉNEUSE.	VULVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Taches grises, s'étendant rapidement aux tissus environnants, et prenant au bout de quelques jours une *teinte noire*.	Ilots pseudo-membraneux, blanchâtres, grisâtres, *ne prenant pas la teinte noire*.
Tuméfaction *considérable*, *dureté* des tissus envahis.	Tuméfaction *peu considérable* ; tissus envahis *mous* ou *peu résistants*.
Les tissus sphacelés, *lorsqu'ils se détachent*, *ne sont pas remplacés par d'autres couches altérées*.	Souvent chute de lambeaux pseudo-membraneux *remplacés par d'autres couches*.
La tache gangréneuse *se dessèche parfois*.	Les taches *ne se dessèchent pas*.
Après la chute des escarres, *perte de substance considérable*.	Après la chute des pseudo-membranes, *pas de perte de substance appréciable*.

L'article *Dysménorrhée* est un de ceux qui répondent le mieux au but pratique du livre par le soin avec lequel les indications thérapeutiques sont mises en présence des divers éléments étiologiques. L'auteur fait tomber du doigt les différences que doit amener dans la médication la diversité de nature de la dysménorrhée, suivant qu'elle est liée à une congestion utérine ou à un état hystérique. Le traitement conseillé par Lisfranc dans la première forme de dysménorrhée, celle qui est due à un engorgement sanguin, traitement dont le moyen principal est une petite saignée, dite révulsive, pratiquée quelques jours avant chaque époque menstruelle, est un des mieux conçues et peut-être des plus efficaces qu'on ait imaginés. M. Valleix a soin de l'indiquer ; mais, tout en rappelant le témoignage favorable de M. Gendrin, peut être n'insiste-t-il pas assez sur les avantages de cette médication. Il est difficile qu'un praticien expérimenté comme M. Valleix n'ait pas acquis à cet égard une conviction personnelle, dont l'expression eût ajouté un poids incontestable aux opinions du regrettable chirurgien de la Pitié. Nous nous attendions aussi à voir indiqué parmi les emménagogues diffusibles un agent dont la vertu a été fort préconisée, non sans raison, par M. Ed. Carrière ; nous voulons parler de l'acétate d'ammoniaque. M. Carrière ne s'est pas borné à attribuer à cette substance la vertu de faciliter la sortie des règles, il a étudié son action générale sur l'économie, et pour ce qui concerne la menstruation en particulier, il a dit pourquoi et de quelle manière l'acétate d'ammoniaque pouvait la faciliter et la régulariser et a posé les indications de son emploi. Depuis, un médecin distingué, M. Gaussail, a apporté des faits à l'appui des assertions de M. Carrière. Il y a ici, dans l'ouvrage de M. Valleix, une lacune que nous l'engageons à combler dans une prochaine édition.

Dans le tome IX, consacré à l'histoire des *maladies du système nerveux*, nous passons sur toutes la partie relative aux névralgies. C'est un abrégé du TRAITÉ DES NÉVRALGIES publié par l'auteur lui-même, et qui est connu depuis longtemps.

Dans l'article qui traite de l'hémorrhagie des méninges cérébrales, l'auteur n'a pas cru devoir mentionner les épanchements sanguins *entre la dure-mère et l'arachnoïde*. « Je ne le fais pas, dit-il, parce que les dernières recherches ont démontré que ces épanchements n'existent réellement pas et qu'une fausse membrane promptement organisée a été prise, dans les cas où l'on a cru trouver cette espèce d'hémorrhagie, pour l'arachnoïde décollée. » Nous sommes très-disposés à reconnaître la réalité de cette cause d'erreur et nous ne doutons même pas que la plupart des cas donnés comme exemples d'épanchement *extra*-arachnoïdien appartenaient à l'épanchement *intra*-arachnoïdien. Mais nous avouons n'être pas bien convaincus que l'erreur ait été constante. Il n'y a pas longtemps encore que la GAZETTE MÉDICALE enregistrait une observation portant pour titre : CÉPHALÉE INTERMITTENTE CAUSÉE PAR UN ÉPANCHEMENT DE SANG ENTRE LA DURE-MÈRE ET SON ARACHNOÏDE PARIÉTALE (1848, p. 298). Le descriptif de l'autopsie paraîtra sans doute à beaucoup de personnes insuffisant ; mais l'affirmation positive de l'auteur, M. Dubois (de Neufchâtel), commande néanmoins quelque réserve. En un mot, sans nous déclarer biens convaincu de l'existence de cette forme d'épanchement intracrânien, et tout en conservant sur ce point de fait des doutes sérieux, nous n'oserions nous ranger aussi résolument que M. Valleix à l'opinion contraire et dire surtout que la non-existence de l'épanchement extra-arachnoïdien *a été démontrée*.

Un débat s'est élevé entre les pathologistes sur le point de savoir si l'affection dite *méningo-encéphalite tuberculeuse des enfants* est toujours consécutive à la phthisie pulmonaire, ou si elle n'est qu'une manifestation isolée d'une tuberculisation générale, ayant la même valeur que la manifestation qui a lieu du côté des poumons eux-mêmes et ne pouvant dès lors être considérée comme en procédant. M. Legendre a surtout soutenu cette dernière opinion, et M. Valleix dit à ce sujet : « M. Legendre est *le seul*, à ma connaissance, qui ait élevé des objections à cet égard. Pour lui, la méningite tuberculeuse qui se développe au milieu d'une bonne santé apparente, et après la terminaison funeste de laquelle on ne trouve dans le poumon que quelques granulations tuberculeuses, est une affection qui ne s'est pas développée chez des phthisiques ; il pense que, en pareil cas, il y a eu une tuberculisation générale *qui s'est manifestée en même temps et dans les poumons et dans les membranes du cerveau, et dans plusieurs autres organes*. » Nous ne savons si ces dernières paroles expriment l'opinion intime de M. Legendre ; mais il ne nous semble pas qu'elle rende fidèlement l'opinion écrite de cet auteur, telle que nous la trouvons dans son mémoire intitulé : ÉTUDES SUR LES DEUX FORMES DE LA MÉNINGO-ENCÉPHALITE TUBERCULEUSE. On croyait il n'y a pas longtemps que la méningite tuberculeuse devait se rencontrer de préférence chez les enfants atteints de phthisie pulmonaire déjà avancée, et M. Legendre établit que, tout au contraire, c'est chez des sujets atteints de tuberculisation générale commençante qu'elle se montre le plus fréquemment. Et cette assertion est loin de lui être personnelle, elle ne fait que répéter celle de MM. Barrier, Becquerel, Rilliet et Barthez, sans en rien retrancher, sans y rien ajouter. Loin de dire, comme a cru se le rappeler M. Valleix, que les tubercules des méninges se développent *en même temps* que ceux des poumons, des plèvres ou de tout autre organe, il reconnaît positivement l'antériorité de ces derniers, à telle enseigne que l'apparition de la méningite tuberculeuse dans ces circonstances est pour lui le signe certain de la présence de tubercules dans d'autres organes, quelque florissante que paraisse d'ailleurs la santé. Bien plus, cette tuberculisation préalable des principaux organes, coïncidant avec les apparences d'une bonne santé, M. Legendre cherche à l'expliquer. « On fera attention, dit-il, que, en pareil cas, la tuberculisation, quoique générale, est peu avancée, et l'on sait que Laennec a dit que le plus grand nombre de phthisies étaient latentes dans le principe. » Or il est trop clair qu'une tuberculisation générale qui était *peu avancée* au moment de l'invasion de la méningite tuberculeuse préexistait à cette méningite.

Maintenant M. Legendre soutient que cette préexistence de tubercules dans plusieurs organes, voire même dans les poumons, n'autorise pas à regarder la méningo-encéphalite tuberculeuse comme *propre aux phthisiques* ; mais ici encore il n'innove rien. C'est une opinion qui, si elle n'est pas formellement exprimée dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, y est néanmoins implicitement et forcément contenue ; car ces deux auteurs soutiennent, d'une part, que la tuberculisation générale, chez les enfants atteints de méningo-encéphalite, est peu avancée, et d'autre part, que « le

mot *phthisie* doit être réservé pour exprimer *la consomption* due à la maladie tuberculeuse. » (Tome II, p. 2.) M. Valleix, lui, soutient encore que la méningo-encéphalite tuberculeuse est propre aux phthisiques ; mais au fond y a-t-il là autre chose qu'une question de mot ? Sur le fait, c'est-à-dire sur la préexistence habituelle, sinon constante, de tubercules dans le poumon, tout le monde est d'accord, et M. Legendre lui-même ne tire aucun avantage du seul cas où le parenchyme pulmonaire lui ait paru sain. Qu'importe à présent qu'on refuse le nom de phthisie au premier degré de la tuberculisation pulmonaire, ou qu'on l'applique à tous les degrés, depuis le plus bas jusqu'au plus élevé ? Toujours est-il que le développement de tubercules dans les méninges et de l'inflammation concomitante ne saurait être considérée comme une *dépendance* de la tuberculisation des organes thoraciques, surtout quand celle-ci ne se traduit que par la présence de quelques granulations peu avancées. Tubercules des méninges, tubercules du poumon, tubercules du foie, de la rate, des reins, dans quelque ordre qu'ils se succèdent, sont certainement des manifestations d'une cause générale, dont le principe n'est pas plus dans le thorax en particulier que dans l'encéphale ou l'abdomen. Or c'est là surtout ce qu'il importe de savoir.

Nous signalerons principalement dans ce même volume, comme d'excellents et judicieux résumés des notions acquises, les articles *Hydrocéphale, Congestion, Hémorrhagie* et *ramollissement du cerveau et de la moelle, Paralysie de la septième paire, Tétanos, Chorée, Hystérie, Éclampsie.* Nous hasarderons pourtant une critique au sujet du diagnostic de la congestion, examinée successivement dans le cerveau et dans la moelle. L'auteur établit très-bien que la congestion cérébrale peut débuter exactement comme l'hémorrhagie, par une perte subite de connaissance avec paralysie et même hémiplégie, et que, « si la paralysie *dure plusieurs jours*, on doit croire à l'existence d'*un épanchement sanguin ou d'un ramollissement à forme apoplectique.* » De même, pour les congestions de la moelle, il montre que la paraplégie peut survenir instantanément comme dans l'hématomyélie, et qu'alors le diagnostic n'est possible qu'autant que la paralysie se dissipe rapidement. « Mais, ajoute-t-il, les cas de ce genre sont les plus rares ; ordinairement la maladie est survenue lentement et *se dissipe de même.* » Ainsi rien dans ces deux passages qui exprime la possibilité d'une paralysie *indéfiniment persistante* à la suite d'une simple congestion du cerveau ou de la moelle. L'auteur semble penser que la paralysie se dissipe toujours, seulement avec une rapidité variable. Or nous croyons que ce n'est pas là une règle absolue, et que, dans certains cas, soit que la pulpe nerveuse, sans être visiblement altérée, ait néanmoins subi dans son organisation intime une atteinte profonde, soit par tout autre cause, la paralysie peut être complète et irrémédiable à la suite de l'hémorrhagie ou du ramollissement. Peut-être, du reste, est-ce l'opinion de M. Valleix lui-même ; mais nous regretterions, en ce cas, qu'il ne l'eût pas plus explicitement formulée.

Quant au diagnostic différentiel de l'hémorrhagie et du ramollissement des centres nerveux, il est établi avec beaucoup de lucidité et de vérité. Nous le disons avec M. Valleix, il est des cas où la distinction est tout à fait impossible, et si l'on analyse successivement tous les signes sur lesquels on pourrait vouloir la fonder, on trouve qu'il n'en est pas un seul qui ne puisse faire défaut. Mais au lit du malade, en présence de l'ensemble des phénomènes morbides, et quand on étudie avec soin leur combinaison et leur succession, il est rare qu'on ne parvienne pas à rassembler des éléments suffisants de diagnostic. L'auteur insiste aussi sur ce point, et fournit même plusieurs indications précieuses, tirées de l'état de santé antérieur, de la marche de la paralysie, de l'exaltation de la sensibilité, etc.

Les diverses opinions émises sur la nature du ramollissement cérébral sont passées en revue avec la même sagesse d'appréciation. Nous avons vu avec plaisir l'auteur rejeter une doctrine qui, après avoir été presque généralement abandonnée, avait repris un peu de faveur depuis quelques années : nous voulons parler de celle qui attribue tous les ramollissements de la pulpe cérébrale à une inflammation. Les fauteurs de cette doctrine se sont surtout prévalus des résultats nécroscopiques, et c'est seulement, en effet, de ce point de vue étroit qu'elle pouvait prendre un faux air de vérité ; mais M. Valleix a raison de l'affirmer, même sur ce terrain, la théorie n'est pas acceptable, et ce n'est qu'en violentant les faits qu'on peut en tirer un témoignage constant en faveur de l'existence d'une phlegmasie véritable.

On trouvera enfin, dans quelques chapitres de ce volume, un exposé de quelques recherches tout à fait récentes, qui ont été ou publiées *in extenso*, ou soigneusement analysées dans la GAZETTE MÉDICALE. Nous citerons particulièrement les chapitres relatifs : 1° à la *méningite cérébro-spinale épidémique*, où sont mis à contribution, avec une intelligente impartialité, les travaux de MM. Lefèvre, Tourdes, Chauffard, Forget, Faure-Villar, Rollet, ainsi que la relation intéressante de l'épidémie de Dublin (1846), par M. Robert Mayne ; 2° *à la contracture idiopathique*, déjà signalée par Delaberge, Tonnellé, Constant, et plus récemment étudiée par MM. Tessier, Hermel, Rilliet et Barthez ; 3° *aux convulsions idiopathiques de la face*, sur lesquelles M. François (de Bruxelles) a publié un remarquable travail, qui a été de notre part l'objet d'une analyse étendue.

Le dixième et dernier tome du GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN comprend les maladies du *tissu cellulaire* et de l'*appareil locomoteur*, celles des *organes des sens* et de la *peau*, les *fièvres*, les *maladies communiquées à l'homme par les animaux*, diverses *intoxications* (saturnines, mercurielles, etc.) et les *empoisonnements* proprement dits. Malgré la tentation qu'est susceptible d'éveiller une si riche matière, la longueur déjà extrême de cet article nous prescrit de nous en tenir à de brèves indications.

Ce volume s'ouvre par l'histoire de l'*œdème des nouveau-nés*. Nous nous attendions à y voir discuter avec quelque étendue la question du sclerème des adultes, sur laquelle l'attention a été fortement fixée depuis quelques années, et nous n'avons trouvé que cette simple affirmation : que les cas où l'*œdème se serait montré chez des enfants âgés de quatre mois et plus, appartiennent à une autre affection* que l'œdème des nouveau-nés. Quelle est cette affection ? Nous n'avons trouvé aucun éclaircissement à cet égard dans le reste du volume. Pas un mot sur l'étiologie et les symptômes d'une maladie qui, toute question de nature à part, n'en existe pas moins et a été déjà décrite par plusieurs auteurs ; pas un mot à plus forte raison de la théorie de M. Forget (de Strasbourg), qui attribue le sclérème à une sub-inflammation de la peau. Il y a là un oubli que nous nous expliquons difficilement.

Les maladies de l'appareil locomoteur (articulations et muscles) sont traitées avec beaucoup de développements, surtout en ce qui concerne le diagnostic et la thérapeutique. Tous les moyens, vieux ou nouveaux, vantés contre l'*arthrite simple*, le *rhumatisme articulaire aigu*, la *goutte*, le *rhumatisme musculaire* y sont passés au crible de l'expérience, généralement avec une parfaite connaissance de la matière et toujours avec une grande impartialité. Les travaux les plus récents sur le *rachitisme* ne sont pas oubliés ; mais peut-être, si l'espace ne nous manquait pas, pourrions-nous montrer qu'ils n'ont pas toujours été interprétés dans leur véritable signification, et que le traitement, un peu trop éclectique, indiqué par l'auteur, n'est pas sans quelques contradictions. Nous ne dirons rien de l'histoire des *maladies de la peau*, dont le principal mérite est de présenter clairement un tableau déjà tracé bien des fois, non plus que de celle, d'ailleurs fort abrégée, des *intoxications* et *empoisonnements*. Et quant à la *pyrétologie*, nous ne lui adresserons qu'un reproche, c'est d'être un peu écourtée et de passer rapidement sur plusieurs questions de première importance. Qu'il nous soit permis, chemin faisant, de recueillir, dans l'ouvrage de M. Valleix, une déclaration qui vient confirmer une récente appréciation de la GAZETTE MÉDICALE au sujet de l'épidémie de fièvre grave qui a régné l'année dernière en Irlande. A l'examen de quelques documents fournis par les journaux anglais, nous avions cru reconnaître que la fièvre épidémique désignée déjà par quelques personnes comme n'étant autre que la fièvre typhoïde de France, en était au contraire bien distincte et consistait dans cette affection que les Anglais ont nommé *typhus fever*, dans laquelle on ne rencontre ni taches rosées lenticulaires, ni lésions des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques. (GAZ. MÉD., 1847, p. 819.) Or M. H. Guéneau de Mussy, envoyé par le gouvernement français pour étudier cette épidémie, « nous promet, dit M. Valleix, une histoire du *typhus fever* dans laquelle sera démontrée la différence de cette affection et de la fièvre typhoïde, différence qui a été évidente pour lui dans tous les cas. » N'oublions pas de dire, d'ailleurs, que c'est M. Valleix qui, dans un mémoire publié par les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (1839), a introduit ou du moins répandu en France la connaissance de cette distinction capitale.

Nous bornons là, bien à regret, cet insuffisant compte rendu. Mais nous ne voulons pas, du moins, nous séparer de l'œuvre de M. Valleix sans dire encore une fois combien elle témoigne du zèle scientifique et de l'expérience pratique de son auteur. Un assez bon nombre de nosographies médicales ont vu le jour depuis quelques années, mais il en est peu à coup sûr où les questions soient traitées avec autant de sagesse et de compétence. Nous avons dit, dans un autre article, que M. Valleix pouvait plus faire encore, et pour l'élucidation des questions de doctrine, et pour la fixation des indications thérapeutiques ; nous lui recommandons ce vœu comme à un homme capable de le comprendre et de le réaliser.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — CONSTITUTION MÉDICALE DE PARIS. — INSTRUCTIONS DU COMITÉ D'HYGIÈNE. — DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME.

Le choléra continue à s'avancer vers nous. Sa marche est assez lente, et les directions qu'il semble suivre assez distinctes pour donner lieu à quelques nouvelles observations.

On n'a pas contesté nos premières remarques sur les localités par lesquelles la maladie a commencé à paraître en France. Ce sont, avons-nous dit, les côtes maritimes correspondantes aux pays occupés par le fléau. Les lignes qu'il parcourt en s'avançant vers nous sont comme autant de rayons qui marquent sans interruption chacun de ses pas, des trois ou quatre points circonférenciels où il s'est montré vers le centre où il gravite. Nous n'avons aucun souci, pour le moment, des inductions qu'on peut tirer de ces faits. Mais ce sont des faits qui paraissent prendre chaque jour un caractère d'évidence et de signification plus prononcées. Ainsi de Dunkerque et de Calais il vient à Lille, de Lille à Arras; de Fécamp il va à Yport. Ce que nous avons dit précédemment sur la tendance de la maladie à se cantonner acquiert aussi un nouveau degré de certitude. A Fécamp, les médecins parlent déjà de la période décroissante de l'épidémie, et cependant on ne dit pas que les contrées voisines aient offert jusqu'ici les prodromes de la maladie. Il ne faut pas se rassurer trop tôt cependant.

Nous devons reconnaître qu'il s'est opéré, à l'égard de l'influence morale qu'exerce le choléra, une grande et salutaire modification dans les esprits. On parle aujourd'hui du choléra sans trop s'en effrayer, comme d'une ancienne connaissance dont on a eu peu à se louer, mais qu'on a vu de tout près, et dont on ne s'exagère plus la gravité. C'est qu'en réalité, malgré l'extrême danger qu'il entraîne à sa suite, ce danger ne dépasse pas un certain niveau commun à plusieurs autres maladies. Ainsi on a parlé de la scarlatine, qui produisait il y a peu de semaines, à Londres, une mortalité bien plus effrayante que le choléra. On parle aussi, dans les pays du Nord, d'une maladie pustuleuse, que d'aucuns appellent la *peste blanche*, et qui ne le céderait en rien au choléra. Des personnes habituées à voir juste et loin pensent que cette peste blanche serait apportée de l'Asie en Europe par les grands mouvements des troupes russes. L'incertitude des renseignements qui nous viennent de ce côté ne permet à cet égard que des conjectures bien hasardées.

— L'état sanitaire de Paris continue à être excellent. Pendant ces deux dernières semaines, la mortalité a véritablement été exceptionnelle. Nous en parlons bien plus d'après des aperçus généraux et les renseignements venus de toutes les sources, que d'après des relevés précis, car en France, et en particulier aujourd'hui, nous sommes loin de trouver les facilités qui existent partout ailleurs, en Angleterre, par exemple, pour renseigner exactement la science et la population sur la santé publique. Espérons que quand le calme sera rétabli, on songera aux choses utiles et sérieuses. Quoi qu'il en soit, nous répétons que l'état sanitaire de la capitale est on ne peut plus satisfaisant. Cependant quelques-uns de nos confrères ont cru remarquer dans les affections régnantes une certaine tendance à prendre la forme cholérique. L'UNION MÉDICALE a même publié quelques observations détaillées qui lui ont été communiquées par notre honorable confrère M. Hervez de Chegoin, relatives à des flux de ventre offrant cette espèce de cachet transitoire: des vomissements spontanés avec crampes, mais des douleurs de ventre, de vraies coliques avec des selles bilieuses et un grand affaissement. Notre savant confrère a vu, avec raison, dans ces faits, comme une espèce d'acheminement vers la forme cholérique. Cependant nos informations multipliées nous permettent d'espérer que les faits signalés par M. Hervez de Chegoin n'ont pas jusqu'ici le caractère de généralité qu'il leur suppose.

Sur ces entrefaites, ceux de nos confrères que l'autorité a investis du mandat de veiller sur la santé publique (comité consultatif d'hygiène), ne s'endorment point. Ils sont portés à croire, avec beaucoup de monde, que tôt ou tard le fléau indien nous rendra une nouvelle visite, et ils ont fait adresser aux préfets et à tous les délégués de l'autorité supérieure des instructions concernant les mesures générales à prendre en cas d'invasion de l'épidémie. Ces instructions, rédigées dans un excellent esprit, et dégagées de toutes les inutilités d'une prophylaxie banale, appuient avec raison sur les circonstances importantes à noter, et les précautions les plus indispensables à prendre. Nous publions plus loin ces instructions. On y a sagement insisté sur les phénomènes précurseurs du choléra, sur sa période prodromique; on y cherche, avec raison, à faire entrer dans l'esprit de la population cette utile vérité, que le choléra débute presque toujours par une période d'incubation, période plus ou moins lente, plus ou moins bénigne, pendant laquelle il est facile de couper court à la maladie. Tout ce que le comité a dit d'ailleurs des précautions d'hygiène générale à prendre est inspiré par un véritable bon sens qui ne s'exagère pas plus les mérites de la science que l'efficacité de ses remèdes. Le comité d'hygiène a terminé, comme les commissions anglaises, par cet excellent conseil: Faire appeler le médecin.

A propos du comité d'hygiène, personne jusqu'ici n'a fait mention d'un certain ombrage que cette institution aurait porté à l'Académie de médecine, ou au moins à ceux qui la personnifient dans ses rapports avec l'autorité. On sait que ce corps savant est institué en grande partie pour éclairer le gouvernement dans toutes les mesures d'hygiène publique ou de police médicale à prendre. Le comité d'hygiène aurait donc eu tort de se mettre au lieu et place de l'Académie. Cette préoccupation ne manquerait pas de certains fondements, d'autant plus que le comité est composé d'une majorité étrangère au docte aréopage. Cependant on ne peut se dissimuler que, dans les graves conjonctures qui nous menacent, l'Académie, du moins telle qu'elle est instituée, n'aurait pas offert, avec ses mouvements et ses délibérations hebdomadaires, une activité et un mécanisme appropriés à la situation. A ce point de vue, le comité serait un rouage utile, ce serait en quelque façon la roue d'angle destinée à transmettre plus immédiatement les résolutions de la science à l'administration. Mais on prétend que les deux rouages ne s'engrènent pas, qu'ils se meuvent au contraire chacun de leur côté, et qu'au lieu de s'aider ils se heurtent. Il en est malheureusement de ceci comme de toute chose à peu près, et il en sera toujours de même, tant que l'administration médicale sera partout et nulle part.

— La discussion sur le chloroforme a continué à l'Académie. Elle ne marche pas vite, mais elle marche. Les personnes qui jugeraient des progrès qu'elle fait par la lenteur qu'elle affecte et les interruptions qu'elle subit, se tromperaient; peut-être même est-ce au profit de la vérité que ces

Feuilleton.

CAPTIVITÉ DU DOCTEUR CABASSE CHEZ LES ARABES.

Dans la vie d'un médecin militaire, le drame se trouve presque toujours mêlé aux études scientifiques, et, dans ses récits, l'intérêt historique à l'intérêt médical. Ses devoirs comme homme de l'art et comme soldat sont si étroitement liés, surtout dans l'action et en campagne, que, à l'époque où une existence plus paisible lui permet de jeter un regard en arrière, sa mémoire ne lui retrace pas une image sans l'autre: sa vie passée lui apparaît comme une de ces scènes du théâtre, dans lesquelles les personnages ont des rôles tellement liés les uns aux autres, qu'on ne peut pas se la représenter sans les faire tous entrer en action.

Cette richesse, cette variété de souvenirs créent une foule de jouissances au médecin militaire, à l'âge où l'on ne vit plus guère que du passé. S'il veut récapituler sa carrière médicale, ce n'est point une liste sèche de faits scientifiques qui se déroule devant ses yeux, mais un tableau au vif coloris, une série d'observations et d'actes éclairés par le reflet des grands événements auxquels il a tour à tour assisté.

Les impressions du médecin militaire ne sont pas de celles qui, personnelles et intimes jusqu'à l'égoïsme pour ainsi dire, sont tellement inhérentes et spéciales à l'individu, qu'elles ne puissent exister hors de lui; loin de là, le lecteur pour lequel il les écrit, les partage facilement et n'y trouve guère moins de charmes que s'il eût été lui-même acteur. J'en appelle à ceux qui ont parcouru les mémoires de Larrey, et à ceux qui liront la thèse dans laquelle notre ami Cabasse esquisse la relation médico-chirurgicale de sa captivité chez les Arabes, et nous donne de curieux détails sur la médecine des indigènes algériens (1).

Quand, à la fin de 1847, un célèbre romancier, à la disposition duquel on avait mis princièrement un bateau à vapeur, vint poser le bout du pied sur la terre africaine, il eut le bonheur, lui, l'un des premiers, de recevoir dans ses bras les sept prisonniers français, reste de trois cents de nos frères massacrés à la deïra d'Abd el-Kader. Autour de moi j'entendais dire: Il a recueilli le récit de leur captivité; leurs souffrances et leur courage trouveront en lui un habile interprète. Mais moi, je gémissais à l'idée de voir la plume du romancier dénaturer une simple et naïve histoire, lui ravir tout son charme, tout son parfum, en la surchargeant de factices ornements et de pompeuses couleurs. Nous n'aimons pas les gens qui, après vous avoir conté un fait, s'attachent obstinément à votre personne, veulent absolument faire naître telle ou telle impression, prétendent que vous serez ému comme eux, gai ou triste à leur façon, et ne vous laissent pas

(1) RELATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA CAPTIVITÉ DES PRISONNIERS FRANÇAIS CHEZ LES ARABES (1845-46). Traits saillants de médecine arabe. Thèse soutenue à Paris le 11 août 1848.

inconvénients, qui n'existent qu'en apparence, auront tourné. Dans une question de cette nature, où les éléments de conviction manquaient, où les conséquences sont néanmoins d'une gravité extrême, le temps de la réflexion est un grand remède; on n'en saurait donner une meilleure preuve que celle-ci. Les conclusions que l'Académie votera paraissent devoir ressembler très-peu à celles qui lui avaient été présentées; or un tel résultat n'est pas de ceux qu'on improvise. Il faut non-seulement de bonnes raisons pour cela, mais il faut encore que ces bonnes raisons aient le temps de prendre la place des mauvaises. Cela ne se fait pas en un clin d'œil.

M. le professeur Roux, qui a occupé une bonne partie de la dernière séance, est de ceux chez qui la conversion s'est opérée, et ce qui plus est, s'est opérée presque à son insu. Membre de la commission et signataire du rapport, il est venu professer des principes et des convictions qui ne s'harmonisent guère avec les principes et les conclusions du rapport. M. Roux est de ceux qui n'ont besoin du secours de personne pour voir la vérité, et il est de ceux qui savent changer loyalement d'opinion quand ils se sont trompés. C'est ce qui fait sans doute que, dans son ardeur à poursuivre la vérité, il ne s'aperçoit guère de la conversion opérée dans son esprit; mais pour ceux qui l'observent, c'est différent, et ceux-ci s'en aperçoivent d'autant mieux, qu'ils en sont plus satisfaits. Il suffira de quelques rapprochements pour convaincre M. Roux de la justesse de ces remarques, et pour lui expliquer aussi la satisfaction que nous a causée sa dernière argumentation.

M. Roux avait signé, avec le rapporteur, que le chloroforme n'est pour ainsi dire point dangereux par lui-même. M. Roux reconnaît aujourd'hui ce danger.

M. Roux avait signé que c'est à l'asphyxie surtout, et à l'asphyxie indépendante de l'action toxique du chloroforme, qu'est due la mort amenée par l'emploi de cet agent; il reconnaît aujourd'hui que l'asphyxie n'y entre que pour un vingtième au plus.

M. Roux avait signé qu'un très-petit nombre de cas de mort, cités dans le rapport, devaient être attribués au chloroforme; il a reconnu explicitement que, dans *tous* les cas, sans exception, le chloroforme avait été au moins l'*occasion* de la mort.

M. Roux avait signé que, chez la malade de M. Gorré, le chloroforme n'a en *rien* contribué à la mort; il déclare aujourd'hui que cet agent y a contribué au moins pour quelque chose.

M. Roux avait approuvé de sa signature le silence gardé par le rapport sur l'importance de substituer des appareils de précision aux éponges, mouchoirs et autres moyens vagues et dangereux; aujourd'hui M. Roux donne volontiers la sanction de son autorité à ce principe.

M. Roux avait encore omis de faire mentionner dans le rapport certains principes relatifs à l'*âge*, au *sexe*, aux *tempéraments;* l'honorable professeur n'a pas dédaigné de donner une nouvelle force aux remarques qui avaient eu pour but de faire prévaloir ces restrictions.

Nos lecteurs, et tous ceux qui composent cette imposante galerie qu'on appelle le public, apprécieront la différence qu'il y a entre M. Roux de la veille et M. Roux du lendemain. Pour nous qui, dans ce débat, n'avons eu en vue que les intérêts de la science et de l'humanité, nous nous félicitons et nous féliciterons le savant professeur des progrès qu'il a faits; nous espérons même que, s'il lui en reste encore à faire, son lendemain aura un surlendemain : le tout au grand avantage de la science et au plus grand honneur du savant.

CHOLÉRA-MORBUS.

COMPTE RENDU DES RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DU DOCTEUR VURCHOW, PENDANT LA DERNIÈRE ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA A BERLIN; communiqué par le docteur LEBERT.

Le travail du docteur Vurchow, dont nous allons reproduire ici les points les plus importants, a été inséré dans les numéros du dernier trimestre de la RÉFORME MÉDICALE de Berlin, dont ce médecin est un des rédacteurs.

Nous avons déjà eu souvent occasion de parler des travaux de ce savant distingué, devant plusieurs sociétés scientifiques; mais comme ses recherches sont encore peu connues en France, nous croyons devoir dire quelques mots de l'esprit général de ses travaux avant d'entrer dans les détails du sujet qui va nous occuper.

Nous avons été à même, par notre position, de suivre dans tous leurs détails les progrès de la physiologie et de la pathologie pendant ces dernières années en Allemagne, et nous n'hésitons pas à dire que de tous les jeunes savants de ce pays, M. Vurchow est celui qui a le plus contribué au vrai progrès de la biologie pathologique. Depuis plusieurs années, il est prosecteur du grand hôpital de la Charité à Berlin; ces fonctions lui imposent l'obligation de faire toutes les autopsies de cet immense établissement qui renferme habituellement près de mille malades. Nous avons été témoin, pendant notre séjour à Berlin, en 1845, de la scrupuleuse exactitude avec laquelle M. Vurchow s'acquittait de ces pénibles fonctions qui réclament ordinairement toute la première moitié de la journée à peu près, tandis qu'il consacre tout le reste de son temps à l'étude microscopique et chimique des lésions les plus intéressantes que ces nombreuses autopsies lui ont révélées. Il s'attache, en outre, à confronter, pour les cas les plus importants, les détails symptomatologiques notés pendant la vie avec le résultat nécropsique; et comme ces observations minutieuses suscitent tout naturellement des doutes, dans un esprit aussi actif et aussi sagace, sur un grand nombre de questions pathogéniques, c'est souvent par l'expérimentation sur les animaux qu'il cherche à résoudre ces questions, lorsque l'examen physique et chimique ne suffit pas pour l'éclairer. Nous pouvons citer, entre autres, comme un modèle d'une bonne et sévère expérimentation, son travail sur l'inflammation des artères.

Passons maintenant, après cette esquisse rapide sur l'individualité scientifique de l'auteur, à ses recherches anatomiques sur le choléra.

Les altérations observées dans le canal intestinal consistent dans une affection uniforme de toute la membrane muqueuse, sans que les glandes intestinales soient spécialement affectées; il est vrai que les glandes solitaires se trouvent souvent malades, ainsi que celles de Peyer, mais leur altération est bien moins constante que celle de la muqueuse dans tous ses éléments histologiques à la fois. Quant à la déhiscence des glandes de Peyer, c'est plutôt un phénomène cadavérique que l'on peut produire artificiellement, dans cette maladie, en faisant macérer les intestins dans l'eau. Les altérations de la muqueuse elle-même ont beaucoup de rapport avec celles que produisent les inflammations diphthériques: elles commencent par une hypérémie intense, suivie d'épanchements sanguins capillaires qui, quelquefois, teignent les selles en rouge; il se fait ensuite dans les couches super-

---

même libre de vos passions et de votre pensée. Certes je préfère le récit sans parure artificielle et sans prétentions littéraires ni dramatiques, dans lequel notre confrère Cabasse nous conte modestement la longue année de souffrances de nos prisonniers; je préfère ces scènes, tracées en quelques mots, dans lesquelles, malgré tout le soin qu'il met à se tenir en arrière, il ressort toujours sur le premier plan, comme l'ange consolateur de ses frères captifs, versant le baume sur les blessures de leur âme et de leur corps, restant là, près d'eux, parce qu'il se sentait nécessaire, restant là, sous la menace perpétuelle du feu et du poignard, alors que plusieurs occasions lui eussent permis de reconquérir la liberté par la fuite. Ce long dévouement durait depuis plus de sept mois, lorsque, par une nuit fatale, il devint inutile : les trois cents prisonniers venaient d'être massacrés, et une colonne de fumée, tourbillonnant sur les steppes de la Malonia, annonçait que le feu achevait ce que le fer n'avait pu terminer. Six mois après, notre confrère, avec six ou huit compagnons seulement, était reçu, libre, dans le poste espagnol de Mellila.

Nous osons espérer que les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, qui nous ont plusieurs fois si complaisamment suivi dans nos excursions en Afrique, nous permettront de les transporter de nouveau dans cette bonne Algérie dont on dit tant de mal.

En septembre 1845, quelques jours après la funeste affaire de Sidi-Brahim, où les 400 hommes commandés par le colonel de Montagnac, furent à peu près anéantis, une petite colonne de deux cents militaires, presque entièrement composée d'individus débiles ou à peine convalescents, reçut ordre de quitter Tlemcen pour aller renforcer la garnison de Aïn-Temouchent, poste alors fortement serré par les Arabes. La colonne devait voyager la nuit, par précaution, et franchir en onze heures 56 kilomètres, de manière à arriver à destination vers six heures du matin; mais, malgré la ferme volonté et l'ardeur des soldats, la troupe n'arriva à huit heures qu'à 9 kilomètres de Aïn-Temouchent, au pied de la montagne que surmontent les marabouts de Sidi-Moussa. Là nos 200 fantassins furent tout à coup enveloppés par 4,000 cavaliers ennemis, et bientôt ils mirent bas les armes, malgré l'attitude ferme de Cabasse, qui avait pris le commandement de l'une des faces du carré et avait proposé d'abattre les quelques chevaux et mulets de la petite troupe, pour s'en faire un rempart. Ce fut la face opposée à celle de Cabasse, qui perdit courage et laissa les Arabes se mêler à nos soldats.

Dans cette affaire, qui eut un si triste retentissement, le commandant de la colonne fut bien plus malheureux que coupable. Pendant les débats du fameux procès qui s'agita à Oran, à la fin de 1846, Cabasse montra le plus généreux caractère : il demeura toujours calme et juste envers l'officier qu'on poursuivait avec acharnement et que le conseil de guerre condamna à perdre la tête, pour un instant de faiblesse, d'excusable, je dirais presque de prudente faiblesse.

Cabasse ne chercha pas à s'échapper en poussant son cheval vers Aïn-Temouchent; il ne fut point saisi par les Arabes lorsque, arrivé tout près du poste, son cheval fatigué s'abattit. Nous avons autrefois recueilli et rapporté à tort cette version (1), à la véracité de laquelle nous pourions croire, puisque nous l'avions

(1) Félix Jacquot, LETTRES D'AFRIQUE, lettre V, GAZ. MÉD., 1846.

ficielles de la muqueuse une exsudation d'un blanc grisâtre qui, en augmentant, devient de plus en plus opaque, s'imbibe de matières colorantes de la bile, et forme ainsi un enduit d'un jaune sale. A cette époque, le microscope n'y fait voir qu'une masse amorphe et granuleuse interposée entre les fibres de la membrane muqueuse; celle-ci, de plus en plus infiltrée, devient le siége d'une espèce de nécrose, des lambeaux de sa substance se détachent partiellement et laissent au-dessous des érosions superficielles plus ou moins profondes. C'est surtout à la partie inférieure de l'intestin grêle que ces altérations ont été observées; elles y occupaient quelquefois une étendue de 4 à 6 pieds de longueur. Il est à remarquer que ces inflammations diphthériques n'étaient pas constantes, ni d'une égale fréquence pendant les premières phases de l'épidémie.

La sécrétion intestinale, pendant cette période ordinairement aqueuse, renferme quelquefois de l'albumine; d'autres fois, l'examen chimique n'y démontre que des substances salines. Les glandes mésentériques sont à peu près constamment infiltrées d'une exsudation particulière, blanchâtre, granuleuse, qui, en commençant par la périphérie, s'étend peu à peu sur toute la glande. Ces altérations se rencontrent de préférence dans les glandes mésentériques appartenant au duodénum.

L'auteur a constaté, au début, un gonflement très-fréquent de la rate; mais cette altération n'a pas été constante, et nous trouvons, dans un des articles subséquents, qu'on l'a surtout rencontrée chez des bateliers. Comme ces individus proviennent des districts des environs de Berlin, où la fièvre intermittente est endémique, le gonflement de la rate paraît devoir plutôt être rapporté à cette maladie qu'au choléra.

L'estomac n'a point montré d'altérations constantes; il était généralement très-distendu, la muqueuse fortement hypérémiée et la sécrétion muqueuse augmentée; les glandes de l'estomac avaient rarement augmenté de volume. On a souvent constaté des ulcères gastriques simples à toutes les périodes de cicatrisations, ainsi que des catarrhes chroniques de cet organe, ce qui ferait supposer que les maladies chroniques de l'estomac prédisposent au choléra. Le duodénum montrait toujours une forte exfoliation épithéliale. Les villosités étaient souvent très-hypérémiées; les glandes solitaires plus rarement; les glandes de Brunner, enfin, n'avaient augmenté de volume qu'exceptionnellement; les villosités étaient, de plus, souvent infiltrées d'une graisse finement granuleuse, de chyle. Les conduits biliaires offraient une coloration intense, et la bile était toujours très-abondante dans la vésicule; sa coloration était d'un vert foncé, surtout vers la fin de la maladie; le foie était peu altéré, pâle, flasque et exsangue.

On trouvait souvent, dans les calices rénaux et dans la vessie les altérations d'un catarrhe récent, avec augmentation de la sécrétion épithéliale; la vessie était presque toujours vide et fortement contractée; les reins montraient souvent une hypérémie veineuse qui avait surtout son point de départ dans les papilles. Au microscope, on reconnaissait, dans les conduits urinifères, une exsudation foncée d'abord granuleuse et plus tard grumeleuse. Les organes génitaux ne présentaient aucune altération constante; chez les femmes, en dehors de l'époque menstruelle, on constata dans bien des cas des épanchements sanguins, ayant leur siége dans l'enveloppe péritonéale des ovaires. La surface du péritoine était souvent couverte d'un liquide filant, jaunâtre, que l'examen chimique démontra être une solution concentrée d'albumine.

Les poumons se rétractèrent presque toujours après l'ouverture du thorax et ne restèrent gonflés que lorsqu'il existait de l'œdème ou du catarrhe pulmonaire. Le lobe inférieur était souvent fortement hypérémié. Dans ces cas, on constata des ruptures des voies aériennes qui avaient donné lieu à l'emphysème interlobulaire. Celui-ci s'était étendu, dans deux cas, au médiastin et à la plèvre diaphragmatique; tous ces sujets avaient eu une forte dyspnée. Ces dernières remarques nous paraissent importantes par rapport aux questions si vivement discutées en ce moment, savoir, la rupture des voies aériennes et l'introduction de l'air dans les veines par suite de l'inhalation du chloroforme.

La plèvre pulmonaire offrait souvent des petites exsudations, le plus souvent de nature albumineuse.

Le péricarde ne contenait qu'une petite quantité de liquide fortement albumineux et acide; il y avait quelquefois de nombreuses ecchymoses sous son feuillet cardiaque. La substance du cœur était pâle, fortement contractée, et d'une rigidité cadavérique très-prononcée. Il existait dans plusieurs cas des ecchymoses sous l'endocarde. Le cœur droit était toujours gorgé d'un sang noir, le plus ordinairement coagulé, liquide seulement lorsque la mort avait été subite; dans le premier cas, il y eut ordinairement des coagulations fibrineuses à aspect lardacé; c'est dans ces coagulations qu'on trouvait une quantité proportionnellement considérable de globules blancs du sang qui formaient une couche muriforme, épaisse, blanchâtre, ressemblant dans quelques cas à du pus coagulé; les globules rouges ne présentaient point d'altérations. Tout le système veineux était ordinairement gorgé de sang coagulé, tandis que les artères et les capillaires étaient vides. La forte hypérémie veineuse de l'intestin grêle tranchait sur la pâleur habituelle de l'estomac et des gros intestins; le cerveau n'offrait généralement point d'altération; il était quelquefois gorgé de sang, et plusieurs fois la sérosité des ventricules et des méninges avait légèrement augmenté.

Telles étaient les altérations dans la période aiguë du choléra.

Pendant la période typhoïde, on observa souvent des inflammations dans les organes les plus divers, accompagnées d'une exsudation semblable à celle décrite plus haut. C'est au début de cette phase de la maladie que les inflammations diphthériques ont été le plus souvent observées; outre celles des intestins, on en a vu assez fréquemment dans le vagin et principalement chez les femmes prises du choléra pendant la menstruation, pendant les couches: les fausses membranes diphthériques y avaient quelquefois deux à trois lignes d'épaisseur. La marche de ces phlegmasies était, du reste, la même que celle décrite plus haut pour les intestins. Quant à l'inflammation qui avait son siége dans le vagin, elle prenait ordinairement son point de départ au fond, se propageant de là vers les parties plus externes. Une inflammation semblable a été observée aussi dans la vésicule biliaire. Les poumons offraient quelquefois des épanchements hémorrhagiques. Chez plusieurs malades, il y a eu des pleurésies. On a rencontré en outre des inflammations de la rate, des reins, des poumons et de la peau. Dans les reins, la néphrite albumineuse s'est plusieurs fois développée d'une manière aiguë, les urines étaient alors albumineuses pendant la vie, ce qui, du reste, avait déjà été constaté à Hambourg, en 1831.

Il est à remarquer qu'on n'a guère rencontré de tuberculisation récente chez les individus adultes qui avaient succombé au choléra, ce qui ferait supposer que les phthisiques ont une moins grande disposition à contracter le choléra que les autres personnes. Nous passons sous silence un grand nombre d'autres détails communiqués par l'auteur, mais qui ne constituaient pas les caractères essentiels des résultats nécropsiques; nous ajouterons seulement que M. Vurchow regarde le choléra comme une maladie

---

recueillie sur les lieux mêmes. Conduit par une troupe arabe, il se mit immédiatement en route avec ses compagnons d'infortune; on les dirigeait sur la deïra de l'émir, assise dans le Maroc, sur les bords de la Malouïa, à quelques journées de marche des marabouts de Sidi-Moussa.

Le caractère vénéré et presque sacré du tébib (médecin) chez les Arabes, et la considération que se sont attirée les médecins militaires en prodiguant leurs soins aux indigènes amis ou ennemis, valurent à Cabasse quelques attentions particulières: on lui laissa son cheval, son fusil, sa tente et une cantine contenant du linge et quelques médicaments. Ce fut à l'aide de ces dernières ressources qu'il commença le traitement de 70 blessés français et d'une foule d'Arabes accourus pour consulter le tébib étranger. Sa réputation grandit si rapidement près de ceux-ci, qu'il devint bientôt, grâce à son influence toujours croissante, le protecteur de ses compagnons de captivité.

Le 3 octobre, on campa dans une oasis de figuiers et de vignes, près du petit village marocain de Cherraa. Cabasse fut appelé par le kalifa d'Abd-el-Kader, Sidi-Kadour, frère du fameux Sidi-Embarrack. Le kalifa avait reçu onze jours auparavant, à l'affaire de Sidi-Brahim, une blessure dont le trajet est intéressant à déterminer. Lorsque, penché vers la tête de son cheval, il s'apprêtait à faire feu, une balle l'avait atteint à l'épine de l'omoplate qui fut brisée, avait glissé sous la peau du cou, pénétré dans la bouche au-dessous de la langue, du côté gauche, brisé les alvéoles de la canine et des deux premières molaires inférieures droites et était enfin sortie par la joue du même côté, après s'être rompue en plusieurs fragments. Kadour accueillit avec bienveillance le tébib roumi, dont on lui avait déjà vanté les talents, en exaltant d'une façon particulière l'art miraculeux avec lequel il savait deviner l'âge d'un individu, rien qu'à voir sa figure et son port. Le chef arabe voulut immédiatement en faire l'expérience sur lui-même, et Cabasse fut assez heureux pour tomber juste en l'estimant à 24 ou 25 ans. L'assistance fut ébahie et le kalifa enchanté accorda toute sa confiance à l'habile devineur. Bientôt la diffa de l'hospitalité fuma pour les convives accroupis en cercle sur une natte; c'était un mouton entier rôti aux ardeurs d'un immense brasier, un énorme plat de couscous, des fruits, et, pour couronner le repas, une tasse de café à l'arabe, c'est-à-dire une décoction dans laquelle on laisse le marc. Notre confrère, après avoir fait le plus grand honneur au festin, se mit en devoir de visiter la plaie.

Elle avait été pansée de la plus singulière façon par un tébib renommé, Sidi-Mohamed, de la puissante tribu des Beni-Snassen. Le premier jour, cautérisation du pourtour de l'ouverture d'entrée, à la manière arabe, c'est-à-dire en frappant légèrement la peau avec le dos d'un petit yatagan rougi au feu; puis le tébib avait, les jours suivants, bourré de miel le trajet de la balle; enfin un plumasseau de poil de chameau avait été maintenu à l'aide d'un mouchoir plié en triangle, aussi habilement appliqué que si la main du chirurgien de Lausanne s'en fut mêlée. Enfin notre confrère sauvage avait badigeonné d'une épaisse couche de goudron la périphérie de la blessure.

La plaie se trouvait dans un assez triste état: le sang caillé et le goudron formaient un épais mastic fort adhérent; l'inflammation était vive, et des esquilles entièrement libres encombraient le fond du trajet. Jamais Sidi-Mohamed n'extrait les esquilles, fussent-elles tout à fait détachées.

Les plus minutieuses précautions sont prises pour empêcher la pénétration de

générale du sang dont les diverses localisations ne sont pour ainsi dire que le reflet, opinion assez générale aujourd'hui et que M. Vurchow appuie sur de forts bons documents.

Nous trouvons dans le même journal de nombreux détails sur le traitement du choléra pendant toute cette épidémie ; mais l'impression qui nous en est restée est que la valeur réellement curative des moyens les plus prônés est encore problématique. De ce nombre est, entre autres, le trichlorure de carbone dont on a surtout vanté l'efficacité dans la forme asphyxique de la maladie ; on en donnait toutes les deux heures 25 centigr., et quelquefois on l'administrait à des distances plus rapprochées. On regarde ce médicament comme un excitant énergique, qui, lorsqu'il ne favorise pas une prompte réaction, reste à peu près sans effet. En comparant toutes les discussions dont ce médicament a été l'objet, et qui se trouvent dans les comptes rendus des séances de la Société de médecine pratique de Berlin, nous ne voyons pas de preuves certaines de son utilité réelle ; le fait est que la mortalité générale de l'épidémie a été aussi forte (les deux tiers des individus atteints) après l'emploi du trichlorure de carbone qu'avant que ce médicament ne fût mis en usage. Nous nous garderions bien de juger ce médicament en dernier ressort sans l'avoir employé ; seulement il nous paraît rationnel de ne l'admettre comme réellement salutaire que lorsqu'une statistique bien faite aura démontré sa supériorité.

On a beaucoup employé dans cette épidémie les affusions froides que je me rappelle avoir déjà vu employer à Berlin pendant l'épidémie de 1831. Il n'existe toutefois point de preuves de leur efficacité.

Nous mentionnerons encore une méthode thérapeutique qui jouit en Allemagne d'une grande faveur et qui a déjà été largement expérimentée à Paris pendant l'épidémie de 1832 ; c'est le traitement par la glace. C'est à Vienne surtout que cette méthode a été employé dans le temps sur une assez grande échelle. Voici quelques détails sur l'emploi de cette méthode à Vienne :

On donne au malade toutes les deux ou trois minutes une gorgée d'eau très-froide, ou toutes les cinq à dix minutes un morceau de glace du volume d'une petite noisette ; lors même que les vomissements et la diarrhée augmentent pendant le commencement du traitement, on en continue néanmoins l'usage, et dès que ces symptômes ont cessé, on diminue le degré de froid et on revient peu à peu à la boisson à la température de la chambre ; on met en même temps en usage l'emploi extérieur du froid ; des lotions avec de l'eau froide, des frictions avec des morceaux de glace, des lavements froids, etc. ; l'emploi externe a paru cependant moins essentiel que l'usage intérieur. Sur 142 malades traités par cette méthode à l'hôpital de Vienne, en 1832, le docteur Gunther dit n'en avoir perdu que 43. Il est vrai de dire que l'épidémie de cette époque était proportionnellement moins meurtrière en Allemagne que celle de cette année ; à Berlin, par exemple, elle n'était en 1831 que des 2/5, tandis qu'elle a été cette fois des 2/3.

En thèse générale, il est bon que les médecins soient au courant des principales méthodes employées contre le choléra dans les diverses épidémies ; mais qu'ils ne se fassent pas d'illusion sur leur efficacité, car jusqu'à présent ce ne sont malheureusement que le charlatanisme, la crédulité et l'observation incomplète qui ont prôné des remèdes infaillibles contre cette maladie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ÉTUDES SUR LE SULFATE DE QUININE ; par M. le docteur LUCIEN PAPILLAUD, médecin à Porto-Alègre, au Brésil.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

OBS. V. — Une dame d'une assez bonne constitution, arrivée à l'âge critique, souffrant depuis longtemps de douleurs rhumatismales vagues, tantôt dans les muscles, tantôt dans les articulations, tantôt sur le trajet des nerfs, tantôt dans les viscères, est affectée depuis quelques mois de douleurs qui semblent siéger dans le diaphragme et les muscles du dos et de la poitrine du côté droit. On use en vain de frictions diverses. En dernier lieu, la malade se plaint, outre ses douleurs habituelles, d'éprouver du frisson le soir et du malaise pendant la nuit. Nous crûmes l'occasion bonne pour essayer le sulfate de quinine ; les douleurs rhumatismales et le malaise nocturne n'en éprouvèrent aucun changement. En définitive, elle fut soumise à l'application d'un mélange de morphine et de strychnine par la méthode endermique sur divers points douloureux. Cette médication fut heureuse, mais pendant son usage, la malade fut prise d'accès fébriles parfaitement caractérisés, avec une heure au moins de frisson, et cela pendant les jours les plus chauds de notre été. L'accès venait le soir de cinq à six heures, et le pouls était encore fébrile le lendemain à huit heures. Vu la mauvaise fortune du sulfate de quinine chez cette malade une précédente fois, nous usâmes de l'acide arsénieux ; dès la première dose, l'accès fut diminué de moitié en durée et en intensité ; à la deuxième, il se fit sentir à peine et puis ne reparut plus.

OBS. VI. — A., jeune collégien de 10 à 12 ans, tombé malade au collége et traité par le médecin de l'établissement, fut mis à l'usage d'un purgatif d'huile de ricin et d'infusion de lin pour boisson, après quoi il fut déclaré guéri et renvoyé chez ses parents pour y prendre du repos. La maladie, qui n'avait pas cessé d'un jour, continua chez ses parents comme au collége, nous fûmes appelé et nous reconnûmes une fièvre quotidienne dont l'accès commençait à une heure après midi, et se prolongeait jusque dans la deuxième moitié de la nuit ; le frisson et la sueur manquaient absolument ; il y avait seulement un peu de chaleur et de soif ; les forces et l'appétit s'étaient conservés, bien que la maladie fût à son dixième jour. Sulfate de quinine, 2 grammes à prendre en trois jours. La fièvre ne céda qu'à la troisième dose ; répétition de 2 grammes de sulfate de quinine. Guérison.

OBS. VII. — Dona X., femme de 40 ans, bonne constitution, atteinte depuis onze jours d'une fièvre intermittente quotidienne ; l'invasion de l'accès a lieu à onze heures par le frisson ; la langue est grosse et rouge ; il y a eu douleur splénique dans les premiers jours. On a employé à plusieurs reprises les sangsues, les purgatifs, les sudorifiques sans le moindre résultat. Nous pratiquons une saignée de 500 grammes, et nous prescrivons 2 grammes de sulfate de quinine à prendre en trois jours. Dès la première dose, l'accès manque, à peine se fait-il sentir un peu de frisson et de chaleur. Guérison immédiate.

OBS. VIII. — Dona A. éprouva, pendant une ou deux journées de pluie et de froid au milieu de l'été, plusieurs refroidissements et marcha dans l'humidité ; elle fut prise tout à coup de courbature générale avec frisson violent et réaction assez forte (108 pulsations). Appelé vers la fin de ce premier accès, au moment où il se terminait par la chaleur humide, nous avertîmes la malade et son mari que la fièvre allait cesser dans la seconde moitié de la nuit, mais que ce ne serait que temporairement, et qu'elle reparaîtrait le lendemain à la même heure que la veille. Et notre expérience des fièvres intermittentes nous permettant,

---

l'air dans la tente ; les pans, relevés par des bâtons, sont abattus et ajustés hermétiquement. Cabasse prend alors de l'eau tiède et se met en devoir de nettoyer la blessure ; mais le chef fait un geste de terreur, les assistants se troublent et la plus vive émotion se peint sur tous les visages. — Chrétien, tu veux me faire mourir, s'écrie le kalifa ; les livres saints, les marabouts, les tébib et les tolba (savants) s'accordent tous pour proscrire l'eau comme mortelle dans le traitement des plaies. Prends garde à toi ; je suis puissant, et je puis, à mon gré, te faire beaucoup de bien ou disposer de ta tête. — Quand un médecin français, répondit Cabasse sans se troubler, est appelé près d'un blessé ou d'un malade, il ne s'inquiète jamais de la faveur ou du discrédit que pourra lui valoir un traitement heureux ou malheureux ; il ne s'informe pas s'il a affaire à un ami ou à un ennemi ; ses soins sont pareils pour tous. Tu peux te remettre entre mes mains avec confiance ; j'agirai envers toi comme envers nos soldats. Si je me conduis autrement, Dieu sera mon juge.

Ces paroles rassurèrent les Arabes peu habitués à des sentiments si nobles et si généreux ; Cabasse put nettoyer la blessure sans empêchement ; il fit l'extraction de plusieurs esquilles, appliqua un plumasseau de charpie enduit de beurre frais, et le maintint à l'aide d'une bande ; puis il extirpa deux dents et plaça sur la joue perforée en plusieurs endroits de petits morceaux de taffetas d'Angleterre qu'il avait par hasard dans sa trousse.

Le lendemain les prisonniers se mirent en route pour le camp d'Abd-el-Kader, situé sur la rive gauche de la Malouia, à une petite journée de marche du village de Cherraa. Sidi-Kadour les y rejoignit bientôt, et les soins de Cabasse vinrent à bout de la grave blessure de son noble malade qui se rétablit promptement, malgré la persistance prolongée d'une fistule aboutissant à l'épine de l'omoplate.

A la deïra se trouvaient entassés sur quelques herbes jetées par terre 80 prisonniers dont 65 étaient blessés. Ces débris mutilés du désastre de Sidi-Brahim n'avaient pour abri qu'une mauvaise tente trouée par les injures du temps, sous laquelle la chaleur du jour se concentrait au point de devenir littéralement insupportable (1), tandis que pendant la nuit ou par la pluie, le froid et des torrents y pénétraient de toutes parts. Depuis cinq jours, nos malheureux blessés n'avaient reçu que les premiers soins du tébib Sidi-Mohamed. Plusieurs étaient réellement criblés de balles et hachés par l'yatagan, et l'Arabe a pu dire sur ces nobles débris, comme Pyrrhus sur les cadavres des Romains vaincus : Avec de pareils soldats je tenterais la conquête du monde.

« Nous nous jetâmes avec effusion dans les bras les uns des autres, écrit Cabasse, comme des frères qui se retrouvent après une longue absence, et, dans cette étreinte, unis par le malheur, nous semblions nous préparer à nous soutenir mutuellement.

» Je ne pourrai jamais décrire le bonheur que les blessés éprouvèrent en me

(1) Il fait quelquefois plus chaud sous la tente qu'en plein soleil ; nos expériences thermométriques nous l'ont plusieurs fois démontré. On nous a assuré que le maréchal Bugeaud a eu jusque 60° centigr. sous sa tente, à Lalla-Maghrina, dans la province d'Oran.

dans ce cas, d'assurer notre diagnostic sans attendre sa confirmation, nous passâmes outre en prescrivant sans retard pour le lendemain le sulfate de quinine à la dose de 60 centigrammes, pour être continué pendant trois jours. Notre prédiction put néanmoins se vérifier : un deuxième accès apparut, mais moins intense que le premier ; le troisième manqua complétement.

Obs. IX. — X., jeune homme de 18 ans, pâle, grêle et maigre, était malade depuis un mois, et traité pour une inflammation gastro-intestinale ; les sangsues, les purgatifs, les tisanes adoucissantes et les fomentations dites émollientes ne lui avaient pas manqué. Appelé auprès de ce malade après que son médecin l'eût délaissé, nous le trouvâmes atteint d'une fièvre quotidienne dont les accès, venant dans l'après-midi, se prolongeaient jusque dans la matinée du jour suivant. Une douleur continue, siégeant à l'épigastre, en avait imposé pour la prétendue inflammation. (2 gr. de sulf. de quinine en trois jours ; guérison.) Pendant l'usage du sulfate de quinine, la douleur épigastrique se déplace et va occuper la région mammaire gauche. Récidive au septénaire suivant ; avec la fièvre reparaît la douleur à la région mammaire gauche. Cette fois encore on obtient la guérison par une nouvelle dose de sulfate de quinine. (Le malade prendra pendant trois fois, de septénaire en septénaire, 60 centigr. de sulfate de quinine.

Qu'est-ce que c'était que ces douleurs localisées qui avaient valu à ce sujet un traitement antiphlogistique d'un mois qui n'avait fait que l'épuiser inutilement ?

Obs. X. — Une jeune fille de 8 ans, de moyenne constitution, est prise tout à coup et sans cause connue d'un écoulement blennorrhagique abondant, accompagné de douleurs pendant l'émission de l'urine, et qui en peu de jours devient puro-sanguinolent. Des lotions d'acétate de plomb étendu ne produisirent aucun bien. La douleur se répandant dans la vessie, des sangsues sont appliquées à l'hypogastre et amènent un léger soulagement. Bientôt apparaît une fièvre qui commence par être quotidienne simple, et qui, traitée par le sulfate de quinine à la dose de 40 centigr. par jour pendant trois jours, semble céder d'abord, et puis augmente d'intensité, résiste à 60 centigr. de sel quinique encore répétés pendant trois jours, et enfin devient double quotidienne. La douleur hypogastrique et l'écoulement diminuent ou augmentent selon que la fièvre baisse ou s'exaspère. Une fois parvenue au type double quotidien, la fièvre s'aggrave beaucoup par la longueur et l'intensité des accès, qui se succèdent sans interruption. La douleur sus-pubienne, l'ardeur urétrale et l'écoulement s'étant augmentés, et le sulfate de quinine ayant échoué deux fois, nous pensâmes que la fièvre pourrait bien être symptomatique d'une urétro-cystite blennorrhagique, et dans cette supposition, nous revînmes aux sangsues, et nous prescrivîmes la potion de Chopart à l'intérieur. L'écoulement est un peu modifié, mais la fièvre s'accroît en intensité ; la prostration devient extrême ; le stade de frisson, autrefois à peine sensible, est accompagné de syncopes, de convulsions, de couleur violacée, de froid glacial aux téguments et de délire. Les autres stades sont marqués par la stupeur et l'assoupissement. La douleur, jusqu'alors bornée à la région sus-pubienne, s'étend à tout l'abdomen.

A la vue de cet état de notre jeune malade, nous ne pouvons plus croire à une fièvre symptomatique. (La potion au copahu est immédiatement suspendue ; 12 sangsues sont éparpillées sur tout l'abdomen, et une potion, contenant 1 gramme 10 centigr. de sulfate de quinine, est donnée par deux cuillerées de demi-heure en demi-heure.) Le lendemain, les deux accès perdent de leur violence. (Outre la potion de la veille, qui est répétée, nous prescrivons 60 centigr. de sulfate de quinine, pour être donnés en trois lavements, et 16 grammes d'une pommade au huitième du même sel en trois frictions aux aines et aux aisselles.) Nouvel amendement dans l'intensité de la fièvre. La douleur abdominale semble se concentrer vers le diaphragme et disparaît à peu près tout à fait ; l'écoulement diminue. La dose du sulfate de quinine dans la potion est portée à 1,60. Les accès ne font plus que marquer aux heures accoutumées, et enfin manquent complétement. Cette marche descendante de la maladie occupa quatre jours, pendant lesquels 10 grammes de sulfate de quinine furent ingérés à l'intérieur, et 8 grammes appliqués sur la peau pour y être absorbés. La fièvre une fois vaincue, l'écoulement était presque nul, et se tarit sans autre médication spéciale.

En méditant cette observation, nous sommes porté à penser que si nous nous étions obstiné à combattre une prétendue phlegmasie urétro-cystique en négligeant la fièvre comme symptomatique, nous aurions pris la maladie au rebours et perdu notre malade : c'était l'affection urétro-cystique qui était symptomatique et la fièvre essentielle ; nous avions commis une faute en nous déviant de notre première ligne de traitement. C'était le cas d'appliquer cet aphorisme : *Omnia ex ratione facienti et non secundum rationem evenientibus, non transeundum ad aliud, manente eo quod visum ab initio.* Ce n'est pas la première fois, du reste, que nous observons la blennorrhagie, chez les enfants du sexe féminin, marquer le début d'une affection générale d'abord indécise et qui finit par se caractériser, autrement que par une phlegmasie spéciale des organes génito-urinaires. Dans ce cas, nous aurions pu, avec une grande apparence de raison, nous dégoûter du sulfate de quinine, qui, après avoir échoué deux fois à doses moyennes, paraissait n'avoir à hautes doses qu'une action douteuse. Nous aurions volontiers employé l'acide arsénieux avec beaucoup d'espoir de le voir réussir ; mais tenant en main un médicament aussi héroïque que le sulfate de quinine, et nous fondant sur la nature et le type de la maladie, nous étions persuadé qu'il devait être efficace ; que s'il ne l'avait pas été jusqu'alors, cela avait dû tenir à sa dose et à son mode d'administration, qui ne s'étaient pas encore trouvés dans un certain rapport donné avec la maladie et l'idiosyncrasie de la malade, et qu'il n'y avait qu'à chercher et atteindre ce rapport. Dans cette persuasion, nous ne voulûmes pas céder à un autre remède les honneurs de cette cure.

Nous n'avons cité ces observations, fort peu intéressantes par elles-mêmes, que pour prouver qu'il existe ici de véritables intermittences, fait nié ou méconnu par la majorité de ceux qui exercent l'art de guérir dans cette localité. Nous allons passer aux fièvres continues avec paroxysmes.

§ II.

Obs. I. — X..., femme âgée, vint nous consulter pour un état morbide consistant en céphalalgie, douleur abdominale à la région gastro-hépatique, courbature générale, inappétence, soif, pouls fébrile. La douleur de tête et la réaction éprouvent une exacerbation dans l'après-midi. Voilà près d'un mois que cette affection dure. Sulfate de quinine et limonade citrique pendant trois jours. Guérison dès la première dose.

Obs. II. — Peu de temps après, le fils de cette même femme vint nous consulter aussi ; il éprouvait des douleurs musculaires générales accompagnées d'un mouvement fébrile et s'exacerbant la nuit. C'était un pauvre pêcheur ; il attribuait avec raison sa maladie aux intempéries atmosphériques que son métier le condamnait à subir pendant des journées brûlantes et des nuits fraîches et abondantes en rosée. Deux saignées à vingt-quatre heures d'intervalle et sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour pendant trois fois ; limonade citrique. Guérison.

Qu'était-ce que ce cas ? un rhumatisme ou une fièvre ? l'un et l'autre sans doute, les mêmes causes pouvant produire ces deux affections, et la même médication les guérir.

Obs. III et IV. — Nous fûmes appelé à traiter dans la même maison trois

---

voyant : la nouvelle de leur délivrance ne leur eût pas causé plus de joie. Les moins malades se traînèrent vers moi, et, tout en déplorant de me voir partager leur sort, ils me disaient que Dieu m'avait envoyé près d'eux pour les sauver. »

Nous ne suivrons pas notre ami Cabasse dans la description des blessures et des moyens qu'il mit en usage ; nous insisterons seulement sur les points qui présentent un intérêt spécial.

Le tébib de Beni-Snassen avait d'abord pansé les blessés français comme il l'avait fait pour Kadour ; puis, afin de prévenir le développement des vers, accident fort redouté, il avait remplacé le miel par une pommade composée de beurre, de cire, de miel, d'huile et d'acétate de cuivre. Il en était résulté une très-vive inflammation et d'exubérants bourgeons charnus. Au dire des soldats, ce topique incendiaire leur causait de cuisantes douleurs, et frappait de mort les mouches qui s'étaient reposées sur la surface, qui en était recouverte. Le tébib employait aussi, dans le but de prévenir les vers, des lotions de vinaigre, du savon noir, la poudre et la décoction de laurier-rose (*nerium oleander*).

Sidi-Mohamed, qui n'extrait pas les esquilles, comme nous l'avons déjà dit, met au contraire le plus grand soin à aller à la recherche des projectiles qui séjournent dans les plaies ; pour agrandir celles-ci et pour arriver sur la balle, il se sert d'un cautère hastile qu'il applique linéairement jusqu'au contact du corps étranger, qu'il enlève alors avec une pince ou avec un crochet, qu'il fait quelquefois chauffer eux-mêmes préalablement.

Il maintient les fractures simples ou compliquées avec la djebira, appareil fort ingénieux, assez bien connu aujourd'hui en France ; on sait qu'il est composé de bâtons (1) coupés en deux dans leur longueur, fixés sur une pièce d'étoffe ou de peau, et appliqués par leur surface plane sur le membre malade. Après cette application, une ouverture est taillée en regard de la plaie, qui reste ainsi continuellement à portée de tous les moyens thérapeutiques, sans qu'il soit nécessaire de toucher à l'appareil.

Cabasse, après avoir pansé les blessés, s'occupa de les installer le mieux possible ; grâce à son impulsion, un commode gourbi (baraque en branchages, recouverte en halfa, *stipa tenacissima* de Desfontaines), s'éleva bientôt au milieu du camp, et le service fut assuré à l'aide de soldats valides et intelligents qui remplirent les fonctions d'infirmiers. Les médicaments, et surtout le linge, ne tardèrent pas à manquer. Heureusement qu'une jeune Française, qui avait été prise par les Arabes à l'âge de 15 ans, habitait alors la deïra, où elle était mariée à un chef arabe, frère de lait d'Abd-el-Kader. La bonne Juliette, véritable sœur de charité, prodigua tous ses soins aux prisonniers français, et se dépouilla de son linge en leur faveur. Nous devions bien un mot de gratitude à cette excellente femme, qui, fidèle à son mari et à ses enfants arabes, tout comme elle a été dévouée autrefois envers ses compatriotes malheureux, partage aujourd'hui la captivité de sa famille au château d'Amboise.

Cependant une foule d'Arabes, malades ou blessés, venaient de tous les points

(1) Non pas en fenouil, comme nous l'avons écrit dans nos Lettres d'Afrique, mais en tiges de diverses férules, ainsi que nous nous en sommes assuré plus tard.

malades affectés en même temps, selon des modes différents, de fièvres qui devaient céder à la saignée et au sulfate de quinine. En premier lieu, une esclave se présenta à nous avec une courbature générale, une céphalalgie intense, le pouls fébrile, de l'inappétence et de la soif. Tous ces symptômes étaient continus, mais devenaient plus intenses à la fin du jour. Sangsues à la base du crâne et immédiatement après 2 grammes de sulfate de quinine à prendre en trois jours. Guérison immédiate. De la faiblesse et de l'abattement succédèrent à cette maladie et marquèrent la convalescence.

En même temps une autre esclave présentait aussi l'état fébrile à un haut degré, avec complication de symptômes bilieux; il y avait des paroxysmes qui n'avaient aucune régularité; une bronchite double très-intense vint compliquer cet état. De deux saignées faites à vingt-quatre heures d'intervalle, la seconde seule offrit du sang couenneux. Tartre stibié en lavage dans une décoction de tamarin pendant deux jours, puis 2 grammes de sulfate de quinine à prendre en trois jours. Guérison.

Le troisième malade était affecté de fièvre continue simple, sans paroxysmes.

Obs. V. — Dame X..., femme presque septuagénaire, d'une bonne constitution, sujette à éprouver de temps en temps des douleurs très-violentes, non continues, qui paraissent siéger à l'estomac et s'accompagnent de soif intense et de constipation; alors la langue est rouge à sa pointe et jaune à son centre, et il existe un état fébrile continu qui s'exacerbe la nuit. Une fois sur trois, il nous est arrivé de guérir cette malade par l'opium à l'intérieur et à l'extérieur, mais par deux autres fois ce moyen fut insuffisant, et il advint dans un cas que la douleur gastrique une fois passée, il persista une fièvre continue avec paroxysmes nocturnes, et dans l'autre que la douleur persista avec la fièvre, en présentant le phénomène de la rémittence et de l'exacerbation. Dans l'un et l'autre cas, le sulfate de quinine eut un succès décisif.

Obs. VI. — F..., jeune fille de 8 ans, malade depuis une dizaine de jours; état fébrile continu avec prostration extrême, paroxysmes nocturnes avec délire et somnolence, météorisme du ventre, diarrhée fétide, langue rouge à son pourtour, jaune piqueté à son centre. Sulfate de quinine dissous dans du sirop de gomme. Guérison en quatre jours.

Obs. VII. — A..., esclave, malade depuis près d'un mois à la suite d'un voyage par eau; fièvre continue avec céphalalgie et flux intestinal bilio-aqueux, paroxysme nocturne, sueurs abondantes, faiblesse et amaigrissement considérables, toux sèche. L'auscultation ne révèle rien d'anormal. 2 grammes de sulfate de quinine pour trois jours; infusion de 6 grammes de cachou répétée pendant six jours. Guérison dans les trois premiers jours de l'état fébrile et du flux intestinal. La toux céda plus tard à l'usage suffisamment prolongé du sirop de proto-iodure de fer.

Obs. VIII. — Dame Cl..., femme d'une cinquantaine d'année, affectée depuis longtemps de douleurs rhumatismales musculo-articulaires pour lesquelles elle avait suivi il y a trois ans un traitement par les saignées et l'iodure de potassium, traitement qui avait été efficace. Depuis lors elle avait toujours joui d'une bonne santé. En 1847, pendant les fêtes de Noël (ce qui est au fort de l'été dans l'hémisphère austral), elle est atteinte d'une affection caractérisée par des douleurs musculo-articulaires à peu près générales, de la céphalalgie, des vomissements bilieux, de la constipation, de l'inappétence, de la prostration, des sueurs copieuses et par-dessus tout un mouvement fébrile continu, avec paroxysmes nocturnes. Il existait de plus de la douleur dans la région gastro-hépatique. Cette femme se confia aux soins de son fils (un pharmacien), lequel la jugea atteinte d'hépatite et lui fit appliquer des sangsues, prendre des vomitifs, des purgatifs, etc. Les choses n'allant pas mieux, l'hépatite se changea aux yeux du pharmacien en rhumatisme, et pour combattre le rhumatisme on employa divers remèdes plus ou moins appropriés. Après un mois et demi de tentatives inutiles, on se décida à appeler un médecin. La malade était à l'usage de la décoction de salsepareille, comme antirhumatismale, quand nous prîmes en nos mains le traitement de son affection dont la cause et la nature ne nous laissèrent aucun doute sur l'opportunité du sulfate de quinine. Ce sel fut donné en potion à la dose d'un gramme par vingt-quatre heures pendant trois jours; pendant ce temps disparurent la fièvre, les douleurs musculo-articulaires et la douleur abdominale. Pendant trois autres jours, la dose fut élevée à 1 gramme 50 centigrammes. Les forces se relevèrent et l'appétit reparut; cependant un retour de fièvre ayant eu lieu inopinément pendant une nuit, nous fîmes répéter pendant trois fois encore une dose d'un gramme de sulfate de quinine et notre malade se trouva parfaitement guérie. Nous lui fîmes la recommandation de prendre encore, de septénaire en septénaire, pendant trois fois, 1 gramme de sel quinique.

Obs. IX. — X., petite négresse dans sa première année et encore à la mamelle, jusqu'alors forte et vigoureuse, éprouve depuis huit à dix jours une fièvre continue avec sueurs copieuses; paroxysme nocturne, affaiblissement et amaigrissement rapides. La petite malade refuse les aliments, ne tette que très-peu et ne peut plus se tenir debout; la langue est étroite, rouge à ses bords, jaune piqueté à son centre; il y a de la constipation; les nuits se passent dans une somnolence mêlée d'agitation. Sulfate de quinine dissous dans du sirop de gomme, 30 centigrammes par jour répétés deux fois. Guérison immédiate.

Obs. X. — X., petit enfant de 21 jours, affecté de fièvre continue avec éruption roséolaire accompagnée de nombreux points de suppuration à la peau; ces points de suppuration apparaissent et viennent à maturité en moins de vingt-quatre heures; tous les jours il en arrive de nouveaux. L'état fébrile offre plusieurs paroxysmes irréguliers dans la seconde moitié du jour et la première de la nuit; le ventre est distendu par des gaz intestinaux. D'abord deux sangsues à l'anus, bains avec la décoction de farine de froment, et enfin sulfate de quinine dissous dans du sirop de gomme, 30 centigrammes par jour. Le petit malade en prend pendant quatre jours; dès le troisième, il était complétement guéri de la fièvre, de l'éruption et des suppurations cutanées.

Ces fièvres continues, avec paroxysmes, se rapprochent beaucoup des intermittentes quotidiennes; il n'y a aucune différence sous les rapports des causes et du traitement, il n'y a que le mode, que le type qui diffèrent. Les fièvres continues simples, sans intermittence ni paroxysmes, sont beaucoup moins fréquentes; nous allons en citer quelques observations.

§ III.

Obs. I. — Dona M. B., jeune fille de 18 ans, grêle et faible, éprouve, depuis une semaine, un état fébrile continu, avec sueurs, céphalalgie, nausées et quelquefois vomissements, inappétence, faiblesse, toux légère et sèche, douleur abdominale à la région gastro-hépatique et constipation. Cette jeune fille a eu en outre des irrégularités menstruelles et notamment un écoulement sanguin non continu qui dure depuis quinze jours. Il y a, à des heures variables, mais non tous les jours, des exacerbations de la céphalalgie. La malade a déjà été soumise à l'usage de quelques purgatifs. Deux grammes de sulfate de quinine à prendre en trois jours. L'état fébrile, la céphalalgie, la douleur abdominale, l'écoulement sanguin disparaissent. La toux persiste; aucune altération grave du poumon n'étant révélée par l'auscultation, nous prescrivîmes simplement pour quelques jours l'usage de l'infusion de fleurs dites pectorales et du sirop de Dessarts. Par précaution, une dose de sulfate de quinine fut prise au septénaire suivant. La guérison ne se démentit pas.

Obs. II. — X., nègre, ouvrier maçon, ayant passé plusieurs journées à travailler sur le toit d'une maison, par un soleil ardent, fut pris de fièvre avec céphalalgie intense, étourdissements et somnolence. Une copieuse saignée fut pratiquée dès le lendemain et fournit du sang rouge et non noir, comme dans l'état normal. La guérison eut lieu immédiatement et sans le secours d'aucun antipériodique.

---

consulter le tébib roumi; Cabasse, à bout de ressources, eut recours à un stratagème pour s'en procurer de nouvelles. Il proposa au kalifa Sidi-Kadour d'envoyer deux cavaliers demander, dans un poste français, du linge et des médicaments, destinés et aux prisonniers et aux Arabes eux-mêmes. Grâce à la sollicitude des généraux de Lamoricière et Cavaignac, les messagers revinrent quelques jours après, chargés d'une somme de 1,600 francs, qui devait procurer quelques douceurs aux captifs, et d'un paquet dans lequel M. Gama, chirurgien en chef de la province d'Oran, avait mis du linge, de la charpie, du cérat, du sparadrap, de l'opium, du sulfate de quinine, de l'émétique et de l'ipécacuanha.

La réputation du médecin français s'accrut de jour en jour, et il profita de son influence pour faire accorder quelques améliorations à ses compagnons d'infortune. Le fameux Bou-Maza vint lui-même le consulter pour une blessure par arme à feu, qui avait fracturé le condyle externe de l'humérus. Cabasse trouva dans les Arabes des malades dociles, mais il ne put vaincre leurs répugnances quand il proposa d'amputer une vieille femme dont l'astragale et le calcanéum avaient été brisés par une balle tirée presque à bout portant. Le Koran défend de faire l'ablation d'une partie quelconque du corps; mais les talba et les marabouts ont mitigé cette interdiction, en admettant des exceptions pour les cas où le zammam (gangrène) se déclare, où une violente hémorrhagie survient, et même pour ceux qui se compliquent d'une inflammation traumatique excessive.

Lorsque le petit magasin fut épuisé, Cabasse appela à son aide divers expédients. Il voulut composer du cérat avec de la cire et de l'huile, substances qu'on se procure facilement chez les Arabes; mais l'huile avait une rancidité qui rendait le topique très-irritant. Il y suppléa avec du beurre et même avec du miel. Les Arabes regardent celui-ci comme un baume précieux, donné par Allah aux hommes pour guérir leurs blessures. Non-seulement ils en bourrent les plaies, mais ils font avec du miel cuit (dhil el acel) des sondes qu'ils laissent à demeure dans les trajets pathologiques. Pour composer des cataplasmes, Cabasse envoyait chercher des mauves sur les rives de la Malouïa. Enfin, à défaut de charpie, il eut recours à l'étoupe de chanvre dont les tuniques militaires sont rembourrées. Cette substance, débarrassée par le lavage de la poussière et de la sueur, rendit de bons services. On sait du reste que, dans les campagnes de l'empire, l'étoupe a été employée plus d'une fois par les chirurgiens militaires.

Le 8 novembre, Cabasse reçut un second envoi de linge et de médicaments et une boîte à amputation. Ces secours arrivèrent à temps, car une foule de vers pullulaient dans les plaies qu'on ne pouvait plus soigner convenablement. A propos de ces vers, que Cabasse attribue aux œufs de la *musca vomitaria* de Linné, nous nous demanderons si leur présence, infiniment plus fréquente chez les Arabes que chez les Français, ne compterait pas au nombre de ses causes le miel que les indigènes appliquent sur les plaies; ce topique est essentiellement propre à attirer les mouches sur les surfaces traumatiques. Quoi qu'il en soit, ces vers se développaient quelquefois en foule, du jour au lendemain; leur grosseur atteignit, dans quelques circonstances, celle d'une plume ordinaire, ce qui nous paraît énorme. Ils irritaient la partie, causaient d'insupportables démangeaisons, amenaient des décollements, et se glissaient même entre les mus-

Obs. III. — X., nègre âgé, en convalescence d'un flux intestinal qui avait été rebelle, mais qui n'avait été accompagné d'aucune réaction, est atteint d'un mouvement fébrile continu, avec douleurs musculaires répandues dans le cou et les épaules. L'état fébrile dure depuis quatre jours et augmente en intensité. Application de sangsues sur les parties latérales du cou et sulfate quinique. Guérison immédiate.

Obs. IV.—F., homme d'une bonne constitution et habitué aux fatigues, ayant été occupé à de rudes travaux en rase campagne et par un soleil brûlant, fut, au sortir de là, inondé par une pluie d'orage. Quelques jours après, il est pris de fièvre continue avec céphalalgie intense, courbature générale, somnolence, sueurs et flux intestinal bilieux, jaune, accompagné de fortes douleurs intestinales. Le malade est dans cet état depuis quatre jours. Deux saignées à vingt-quatre heures d'intervalle; immédiatement après la première, une pilule de 10 centigrammes de sulfate de quinine, et un demi-centigramme d'opium à prendre toutes les heures; lavements amidonnés. Guérison complète en trois jours.

Nous allons passer maintenant à une quatrième section de cette série; ce sera celle des symptômes pyrétiques isolés du mouvement fébrile et suivant un type soit intermittent, soit continu.

§ IV.

Obs. I. — Dona S., fille de 25 ans environ, affectée depuis à peu près deux semaines de céphalalgie et de douleur à la région gastro-hépatique, avec inappétence, faiblesse générale et constipation; pas de mouvement fébrile. Cette malade avait déjà pris trois ou quatre purgatifs sans éprouver d'amélioration; ses parents et elle-même ne doutaient pas qu'elle eût une inflammation du foie et de l'estomac, et un médecin brésilien l'aurait diagnostiquée sans hésiter. Pour nous, nous nous bornâmes à lui prescrire le sulfate de quinine et la limonade citrique, et de plus des lavements émollients.

La céphalalgie disparut, la douleur abdominale ne fit que diminuer; nouvelle dose de 2 grammes de sulfate de quinine en trois jours. Après ce temps, la malade n'éprouvait plus que de la constipation qui persistait encore; pour ce motif, elle fut mise à l'usage de pilules de calomel et rhubarbe. Guérison.

Obs. II. — Dona C., femme d'une constitution lymphatique, éprouva, à une époque menstruelle, quelques dérangements dans sa santé; nuits mauvaises, bouche pâteuse et amère, céphalalgie, et, de plus, cette douleur épigastrique qui fait porter tant de diagnostics erronés. Son médecin vit en cela les symptômes d'une gastrite qu'il traita par plusieurs applications de sangsues, des tisanes émollientes et des purgatifs d'huile de ricin. De cet ensemble de phénomènes pathologiques, ce fut la céphalalgie qui céda et non la douleur abdominale. Tous les matins, au réveil, cette femme éprouvait un paroxysme consistant en une oppression intense suivie d'une copieuse sueur et d'un malaise général qui ne se dissipait que vers midi; du reste, pas d'altération circulatoire. Cet état dura ainsi de douze à quinze jours, malgré un traitement assez actif. A cette époque de la maladie, nous fûmes appelé à remplacer temporairement, auprès de cette malade, son médecin absent, et sans tenir compte de la prétendue gastrite, nous prescrivîmes 2 grammes de sulfate de quinine à prendre en trois jours. Dès la première dose, la douleur abdominale disparut, ainsi que l'oppression périodique.

Ce fait doit nous donner la mesure de l'efficacité comparative du traitement antiphlogistique et de la médication spécifique dans les cas de ce genre. N'aurait-on pas guéri cette malade dès les premiers jours sans sangsues, sans bains, sans huile de ricin, par le médicament qui l'a guérie quinze jours après.

Obs. III. — Dona J., femme d'une bonne constitution, accouchée depuis deux mois et ayant échappé à une pleurésie puerpérale très-grave, nourrissant actuellement son enfant, et faisant usage d'une pommade iodurée pour un engorgement du lobe droit de la thyroïde qui s'était accru anormalement depuis la parturition. Cette femme éprouve un état morbide qui consiste simplement en une série d'étourdissements et de vertiges qui commence tous les jours vers dix heures du matin, et qui se prolonge jusque dans la nuit; le seul autre phénomène qui accompagne ces étourdissements est une sueur copieuse mais continue; point d'inappétence, point de soif, point d'affaiblissement, point d'altération circulatoire. Une fois les étourdissements furent portés au point de déterminer des vomissements. La malade attribue ce qu'elle ressent à la pommade iodurée; pour changer son opinion à cet égard, nous la lui faisons cesser pendant trois jours, et pendant ces trois jours, les vertiges apparaissent comme de coutume. Alors nous faisons reprendre l'usage de la pommade en même temps que nous ordonnons 60 centigrammes de sulfate de quinine par jour pendant trois fois. Dès la première dose, les étourdissements diminuèrent; à la deuxième, ils retardèrent de huit heures; à la troisième, ils manquèrent.

Obs. IV. — Dona Fl., jeune femme grêle et délicate, ayant éprouvé il y a trois mois une fièvre continue avec paroxysmes, dont elle avait été guérie par le sulfate de quinine, eut, environ un mois et demi après, une récidive de sa maladie sous une autre forme; cette fois elle ne ressentait que de la céphalalgie s'exacerbant tous les soirs, avec inappétence et par suite affaiblissement marqué. Cette femme habitant la campagne, loin de secours éclairés, en fut réduite aux remèdes des empiriques de ce pays-ci; elle prit plusieurs purgatifs d'huile de ricin. Après avoir passé un mois ainsi, la maladie se modifia et ne présenta plus qu'une pesanteur de tête continue, avec paroxysmes, et accompagnée d'étourdissements. Alors la malade vint à la ville nous consulter. Nous ne vîmes dans son état qu'une récidive de la fièvre que nous avions guérie trois mois avant, et nous la mîmes immédiatement à l'usage du sulfate de quinine. La pesanteur de tête diminua dès la première dose et céda les jours suivants.

Comme le cas précédent, celui-ci ne présentait aucune trace d'état fébrile, du moins à l'époque déjà avancée où nous vîmes la malade.

Obs. V. — X., mulâtresse de 25 à 40 ans, atteinte depuis longtemps d'une affection chronique des organes gastro-hépatiques portant des décolorations blanches à la peau. Actuellement affectée de douleurs musculo-articulaires générales et continues, et de céphalalgie avec paroxysmes pendant la dernière moitié du jour et la première de la nuit; point de mouvement fébrile, langue normale, appétit régulier; toutes les fonctions s'exécutent comme dans l'état de santé; 2 grammes de sulfate de quinine à prendre en trois jours; amélioration dès le premier jour; la guérison ne fut complète qu'après que la malade eut pris 4 grammes de sulfate de quinine.

En général, la présence de douleurs musculo-articulaires rend la guérison plus longue à obtenir.

Il ne nous reste plus à citer que quelques cas isolés et qui n'appartiennent à aucune des sections de la série que nous venons de parcourir.

TOUX PÉRIODIQUE.

Obs. I. — Mad. R., femme enceinte parvenue au sixième mois de sa grossesse, fut saisie, à l'occasion d'une variation atmosphérique, d'une toux sèche accompagnée d'une sensation de picotement très-incommode dans le larynx. Cette toux prit immédiatement la forme périodique; elle apparaissait le soir à la chute du jour et allait toujours croissant jusqu'à minuit; elle était portée au point de déterminer la rougeur et la tuméfaction des téguments et des muqueuses de la face, ainsi que l'émission involontaire de l'urine et des matières fécales, et enfin de menacer la malade d'une véritable suffocation. Il y avait accélération du pouls,

---

cles et le long des aponévroses. Larrey a observé, pendant la campagne d'Égypte, que la présence de ces vers, malgré l'incommodité qu'ils causent, hâte la cicatrisation des plaies. Cabasse a fait les mêmes remarques: les bourgeons charnus poussent rapidement sur les surfaces traumatiques irritées par ces animaux.

Les instruments envoyés à Cabasse lui servirent quelques jours après à pratiquer l'amputation du bras à un soldat dont une balle avait traversé l'articulation huméro-cubitale. Trois officiers servirent d'aides à notre confrère. L'opéré allait très-bien, quand, dix-sept jours après l'amputation, il se procura des galettes arabes et mourut d'indigestion. Grâce aux soins les plus attentifs, et grâce aussi, il faut bien le dire, à l'envoi tardif de la boîte à amputation, Cabasse conserva plusieurs membres dont l'ablation immédiate eût été pratiquée en toute autre circonstance: par exemple, une main dont plusieurs métacarpiens avaient été broyés par une balle qui avait produit d'autres désordres encore; un bras dont l'articulation avec l'avant-bras avait été entamée, avec fracture et détachement complet de l'olécrâne, etc. Ces succès firent réfléchir Cabasse sur les amputations immédiates, pratiquées quelquefois trop facilement.

De graves plaies de tête furent aussi menées à bien par Cabasse, entre autres celle de M. de Cognord, officier supérieur prisonnier des Arabes.

Malgré l'insuffisance de ses ressources, Cabasse eut généralement de beaux succès; mais il fut bien plus heureux encore avec les Arabes: il n'en perdit pas un seul, si ce n'est la vieille femme qui avait refusé l'amputation et que la gangrène emporta. L'expérience de notre confrère confirme ainsi ce fait, déjà signalé par plusieurs observateurs, et sur lequel nous avons nous-même appelé l'attention, à savoir: que les blessures et les amputations sont plus aisément conduites à bonne fin chez les Arabes que chez nos troupes. Ce n'est pas qu'on doive en conclure, avec M. Furnari, que les tébib arabes traitent mieux les plaies par armes à feu que les chirurgiens français; en effet, les mêmes soins prodigués par les officiers de santé de l'armée aux Français et aux indigènes, réussissent mieux chez ces derniers. Il s'agit ici, n'en déplaise à l'habile oculiste, d'une de ces questions de pathologie envisagée selon les races et selon les climats, questions mises à l'ordre du jour par notre affectionné chef M. Boudin. Si l'influence des races et du régime de vie est incontestable, celle du climat ne peut pas être davantage révoquée en doute. Les succès des chirurgiens militaires, opérant sur nos troupes en Afrique, sont de beaucoup supérieurs à ceux qu'obtiennent nos premières célébrités parisiennes. Nous ne pensons pas que nos camarades de l'armée aient la vaniteuse faiblesse de vouloir réclamer ces succès en faveur de leur habileté; non, c'est tout simplement le climat qui les sert.

Trois sources thermales sourdent sur les rives de la Malouïa; près de l'une d'elles, les Arabes ont creusé dans le roc un bassin en forme de baignoire, qui reçoit leurs eaux salutaires. Ces sources sont en grand renom parmi les tribus du voisinage, et les malades du salut desquels les tébib désespèrent viennent leur demander la guérison ou le soulagement de leurs maux. Leur température peut être estimée à 25° ou 28° centigrades, et des sels de fer paraissent surtout les minéraliser.

Les gens de la deïra buvaient habituellement de ces eaux, préférablement à celles de la Malouïa, qu'ils accusaient de produire la fièvre. Cabasse utilisa heureusement ces res sources que la nature lui offrait ainsi aux portes du camp. L'usage de ces

mais cette altération circulatoire semblait être l'effet des efforts de la toux et non un véritable état pyrétique; néanmoins, l'indication du sulfate de quinine était bien établie, vu la forme périodique. Nous le prescrivîmes associé à l'opium, après une saignée que l'état général de la malade semblait réclamer. La toux cessa, mais il resta une tendance aux rechutes; la moindre variation atmosphérique ramenait la maladie; cependant mad. R. s'habitua à se servir des pilules de sulfate de quinine, et elle combattit ainsi elle-même cette toux dans ses rechutes jusqu'à en triompher complétement.

RHUMATISME MUSCULO-ARTICULAIRE GÉNÉRAL; SINGULIER EFFET DU SULFATE DE QUININE.

Obs. II. — A. de L., sujet doté d'une diathèse rhumatismale, affecté actuellement d'un rhumatisme musculo-articulaire général offrant des exacerbations, tantôt diurnes, tantôt nocturnes; pouls fort et plein, mais très-lent, variant de 58 à 60 par minute; excepté la locomotion, toutes les fonctions s'exécutent normalement. Ce malade, qui arrivait de loin pour se confier à nos soins, nous dit que son affection remontait à une douzaine de jours. Nous fîmes d'abord deux saignées d'un demi-kilogr. à vingt-quatre heures d'intervalle, puis le cas nous paraissant des plus favorables au sulfate de quinine (rhumatisme à type semi-périodique), nous ordonnâmes 1 gramme 50 centigrammes de ce sel en potion à doses fractionnées. La quantité du sulfate de quinine fut portée graduellement à 3 grammes dans l'espace de cinq jours.

Ce ne fut pas sans un véritable désappointement que nous vîmes, sous l'influence de cette médication, la maladie prendre tout à fait le type intermittent avec pyrexie et apyrexie, et s'établir des accès parfaitement marqués par les stades de froid, chaleur et sueur, et par le retour des douleurs musculo-articulaires qui cessaient pendant leurs intervalles. Nous n'en persévérâmes pas moins avec le sulfate de quinine pendant une huitaine de jours; cependant, voyant que nous n'obtenions pas d'autre résultat, et le type intermittent avec l'état pyrétique dominant actuellement la maladie, nous prescrivîmes l'acide arsénieux à la dose d'un demi-centigramme par jour. Avec ce dernier médicament, les accès cessèrent et les douleurs rhumatismales abandonnèrent les autres muscles et articulations pour se concentrer dans les muscles et articulations des deux mains.

Ce résultat fut obtenu en moins de cinq jours; l'acide arsénieux fut continué, mais doutant de sa puissance contre le rhumatisme, et ne voulant pas prolonger une expérimentation déjà longue, nous lui adjoignîmes l'iodure de potassium, médicament dont nous connaissons depuis longtemps, par notre expérience comme par celle de confrères recommandables, les propriétés presque spécifiques contre cette affection. Notre malade était complétement guéri environ douze ou quinze jours après.

Malgré la défiance que nous venons d'exprimer au sujet de l'acide arsénieux, nous croyons qu'il a été au moins pour moitié dans cette cure. Le malade laissa prématurément l'iodure de potassium, et partit emportant plusieurs pilules, de demi-centigramme l'une, d'acide arsénieux, pour en continuer l'usage de temps en temps, à des intervalles de plus en plus éloignés. Nous eûmes occasion de le revoir quelques mois après, et de savoir qu'il n'avait pas éprouvé de rechutes.

La conclusion de cette observation est la suivante : pourrait-on étendre au traitement du rhumatisme l'application des préparations arsenicales, et leur analogie avec le sulfate de quinine, dans le traitement des fièvres intermittentes, autorise-t-elle à compter sur une analogie du même genre pour celui du rhumatisme?

DOULEURS EXTRA-ARTICULAIRES INTERMITTENTES.

Obs. II. — Madame H., femme d'une bonne constitution, approchant de la cinquantaine et subissant les irrégularités menstruelles de l'époque critique, ayant déjà éprouvé autrefois des douleurs rhumatismales musculaires et articulaires, est prise tout à coup et sans cause connue, par les chaleurs de l'été, de douleurs ayant leur siége d'abord au genou gauche, puis aux deux genoux; néanmoins les mouvements de ces articulations sont libres et indolores. Une sensation de chair de poule et de fourmillement les accompagne en se prolongeant jusque dans le mollet et la plante du pied. Point de changement de couleur des téguments, pas de gonflement, aucune douleur à la pression. La malade dit que le mal lui semble être extérieur à l'article. Ces douleurs, sans être parfaitement intermittentes, éprouvent une rémission diurne et une exacerbation nocturne. Cette exacerbation va au point d'empêcher la station et la marche, et d'ôter le sommeil. Point de mouvement fébrile ni de céphalalgie. La maladie en est à son quatrième jour, et l'intensité de la douleur est toujours croissante. (Saignée de 800 grammes, puis 1 gramme de sulfate de quinine en potion.) La nuit suivante, les douleurs manquent. Le sulfate de quinine est porté à 1,60, et continué pendant cinq jours. La guérison ne se dément pas. Des frictions avec un liniment narcotique avaient été essayées sans succès.

Nous avons encore administré le sulfate de quinine dans des états pyrétiques autres que des fièvres périodiques ou continues, et ces états morbides ont été, sinon guéris, du moins heureusement influencés par lui. Tels sont les fièvres symptomatiques de la dentition chez les enfants, celles qui persistent dans la convalescence des phlegmasies internes, les états fébriles qui marquent l'invasion des maladies générales graves, etc., etc.

Obs. I. — Enfant dans sa deuxième année, chétive, maigre, ayant l'abdomen volumineux et distendu, était en proie à une fièvre de dentition. Vomissements, diarrhée, alternant du blanc au jaune et au vert; météorisme abdominal, toux, fièvre violente et prostration extrême. (Calomel, ipicacuanha et kermès associés à l'intérieur, bains et fomentations émollientes.) L'intensité de la fièvre, qui allait toujours en augmentant depuis trois jours, était telle qu'il nous paraissait impossible que cette enfant résistât quarante-huit heures encore si cette fièvre n'était pas enrayée. (Frictions aux aisselles, aux aines et à la face interne des cuisses avec une pommade fortement chargée de sulfate de quinine dissous.) Dès les premières vingt-quatre heures, la fièvre cède, et puis s'éteint en quelques jours avec la continuation du même médicament.

Obs. II. — Petite mulâtresse de 2 à 3 ans, forte et bien constituée, fièvre continue avec exacerbations diurnes et rémissions nocturnes, qui paraît être symptomatique de la dentition, vomissements, diarrhée, somnolence et prostration. (30 centigrammes de sulfate de quinine dissous dans du sirop de gomme.) La fièvre tombe, et tous les autres symptômes concomitants s'amendent. Deux ou trois jours après, réapparition de la fièvre, accompagnée de toux. L'auscultation nous apprend l'existence d'une bronchite partielle à droite. (Sangsues sous la clavicule et tartre stibié.) La bronchite cède, la fièvre persiste. Reprise du sulfate de quinine; guérison en deux jours.

Obs. III. — Madame R., étant enceinte de cinq mois, eut à cette époque un avortement qui nécessita l'extraction artificielle et le morcellement du fœtus. Deux jours après, elle est prise de douleurs abdominales atroces, qui bientôt sont suivies d'un mouvement fébrile des plus intenses avec une sueur excessive qui inondait le lit entier. Une toux sèche, une chaleur brûlante, une céphalalgie violente, accompagnaient ce mouvement fébrile. Du reste, continuation de l'écoulement lochial, mais nulle apparence de sécrétion laiteuse. (Frictions de pommade mercurielle et baume tranquille sur l'hypogastre; tartre stibié en lavage.) La toux diminue, la fièvre et les douleurs s'apaisent dans la nuit; mais le lendemain matin, retour de tous ces accidents plus formidables encore que la veille. (Saignée du bras, tartre stibié.) Amélioration qui n'est pas si complète que la précédente, et qui ne se renouvelle plus. Le jour suivant, recrudescence comme la veille et avec plus d'intensité; marche continue. Nouvelle saignée.

---

eaux comme boisson maintint quelque temps la crase du sang dans les limites physiologiques, à l'époque où la nourriture commença à ne plus être suffisamment réparatrice. Comme bains thermaux, elles furent aussi utiles à beaucoup de blessés. Ces bains débarrassaient les plaies des vers qui s'y étaient développés, ils hâtaient la cicatrisation, et pendant que le malade était plongé dans l'eau, on pouvait laver et faire sécher son linge. Sidi-Kadour lui-même, qui avait manifesté une si grande aversion pour l'eau, se décida enfin à se rendre à la baignoire, et cette médication produisit le meilleur effet.

Félix Jacquot.

(La fin prochainement.)

— Le Moniteur publie une lettre du général Charon, gouverneur de l'Algérie, qui vient d'être communiquée à la commission des colonies agricoles de l'Algérie, et de laquelle il résulte, d'après les situations des hôpitaux, que dans la province d'Oran il n'est encore entré que 27 malades, sur lesquels trois seulement, dont deux enfants, sont morts.

Dans la province d'Alger, l'état sanitaire n'est pas moins satisfaisant, et les derniers rapports reçus n'indiquent que 42 colons, femmes et enfants, comme étant traités dans les hôpitaux de la province.

Ces chiffres peu élevés, eu égard au nombre des émigrants, annoncent suffisamment que l'état sanitaire est dans de très-bonnes conditions, et, quoique n'ayant pas des renseignements aussi positifs sur la province de Constantine, les correspondances renferment toutes les assurances désirables sur les conditions analogues où s'y trouvent les familles nouvellement installées.

PROGRAMME DES PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

La Société avait proposé un prix de 300 fr. sur cette question :

« Étudier la pellagre, principalement au point de vue de son étiologie. »

Un seul mémoire lui est parvenu.

La Société lui accorde une mention honorable; mais elle a décidé que le nom de son auteur resterait ignoré jusqu'à la conclusion du nouveau concours.

La Société propose donc, sur la même question, un prix de la même valeur qu'elle décernera dans sa séance publique de 1850.

La Société rappelle le texte de la question qu'elle a proposée pour l'année 1849 :

« Existe-t-il des fièvres intermittentes qu'on doive traiter par d'autres moyens que le quinquina? »

(Le sang de ces deux saignées fut couenneux.) L'auscultation ne faisant rien découvrir d'anormal dans la poitrine, et la cause de la toux paraissant siéger dans le larynx, nous faisons appliquer des sangsues à cette région, et nous donnons le sulfate de quinine à l'intérieur. La fièvre diminue, ainsi que ses paroxysmes, et s'éteint dans l'espace de trois jours avec les douleurs abdominales. Le changement fut remarquable dès la première dose de sulfate de quinine. La toux céda également aux applications de sangsues à la région laryngienne. On ne parvint que très-incomplétement à suppléer à la sécrétion laiteuse qui manquait en appliquant des cataplasmes sinapisés sur les seins. Pendant les derniers jours de la fièvre, dont un des phénomènes était une sueur intarissable, il se développa, depuis la région pubienne jusqu'à la base du cou, une éruption miliaire confluente qui couvrit toute la face antérieure du tronc. Les onctions mercurielles avaient été, dans ce peu de jours, portées jusqu'à la salivation. Pendant les paroxysmes de cette fièvre, la fréquence des pulsations ôtait la possibilité de les compter, et même pendant les rémissions des premiers jours, le pouls marquait toujours plus de 100.

Nous pensons avoir eu affaire, dans ce cas, à une fièvre puerpérale *exemple de métro-péritonite*. Nous ne méconnaîtrons pas les services qu'ont dû rendre les saignées, le mercure et le tartre stibié; mais nous avons la consciencieuse conviction que c'est le sulfate de quinine qui a exercé une influence décisive, et qui a enrayé la marche de la maladie. Il nous suffit, pour appuyer cette conviction, de comparer ce qui s'est passé dans la maladie de madame R. avec ce que nous avons observé des centaines de fois chez des fébricitants de pyrexies paludéennes. On obtient chez ces malades des améliorations avec la saignée, l'opium, le tartre stibié, les évacuants, etc.; mais l'affection n'en poursuit pas moins son chemin et revient toujours à sa première intensité, tandis que, dès les premières doses d'un antipériodique approprié, il se fait un changement aussi évident pour le malade que pour le médecin, et qui ne peut laisser aucun doute sur l'influence du remède.

Obs. IV. — Eugène D., enfant de 4 ans, étant resté exposé au soleil à un balcon pendant une des plus chaudes journées de l'été, est pris, deux ou trois jours après, d'une fièvre intense avec chaleur sèche à la peau, somnolence, agitation, délire, excrétion urinaire presque suspendue (à peine une fois par vingt-quatre ou trente-six heures), céphalalgie et vomissements. La pupille est dilatée; la fièvre est continue avec paroxysmes le soir. (Sangsues à la base du crâne, tartre stibié à l'intérieur, eau froide sur la tête.) Ce traitement est continué pendant deux jours. A l'état que nous venons de décrire, se joint une prostration qui alarme vivement les parents. La fièvre continue sa marche et gagne en intensité. Nous prescrivons le sulfate de quinine, qui n'est toléré ni par l'estomac ni par le rectum; alors nous faisons faire des frictions aux aisselles, aux aines et à la partie interne des cuisses avec de l'axonge fortement chargée de sulfate de quinine dissous. Dans les vingt-quatre heures suivantes, une amélioration notable se manifeste, la fièvre tombe graduellement, l'excrétion urinaire reprend son cours; tous les autres symptômes s'apaisent, et la guérison est complète au sixième jour du traitement.

Nous pensons avoir fait avorter une méningite chez cet enfant; comme, dans le cas précédent, nous croyons que les émissions sanguines, le tartre stibié et l'eau froide sur la tête ont été d'un grand poids dans le traitement, mais que c'est le sulfate de quinine qui a emporté la balance. Dans la même semaine, nous avions eu l'exemple d'une petite fille de 6 ans, qui, sous l'influence de la même cause (l'insolation par un soleil ardent) avait contracté une méningite qui, traitée avec la plus grande énergie par les applications froides, les sangsues à la base du crâne, le tartre stibié et le calomel à l'intérieur, les onctions mercurielles et puis les vésicatoires, n'en succomba pas moins au bout de quatre jours de maladie et de quarante-huit heures de traitement.

Obs. V. — Madame M., femme jeune, forte et bien constituée, guérie depuis quelques jours d'une dyssenterie qui avait été traitée avec succès par l'opium et le sulfate de soude, éprouva une récidive à la suite d'une indigestion. Cette fois le flux intestinal prit un caractère si grave, que, dès les premiers jours, la mort parut inévitable. Avec ce flux intestinal existait un état fébrile des plus intenses. Dans l'intention de combattre autant que possible cet état fébrile qui consumait la malade, nous ordonnâmes le sulfate de quinine, associé au calomel, pour remplir une double indication : celle de modifier l'état pyrétique et celle de modifier la sécrétion intestinale. Ceci ne fut employé qu'en qualité de palliatif; mais l'amélioration qui s'ensuivit fut si évidente, que la famille de la malade conçut et conserva pendant quelques jours l'espoir de la sauver, espoir que nous ne partageâmes pas, et qui ne devait pas se réaliser.

Mais ce ne sont pas toujours les cas de guérison qui témoignent le mieux de l'efficacité des médications, et celui-ci prouve, au moins autant que ceux qui précèdent, la puissance antipyrexique du sulfate de quinine.

Obs. VI. — M., homme de 30 ans, robuste et bien constitué, fut atteint d'une hépatite qui se termina par la mort après trente et quelques jours de maladie. Il fut traité par les émissions sanguines, les évacuants, et en dernier lieu par un large vésicatoire. Ce sujet présentait, dans les derniers dix jours de sa maladie, outre les signes locaux, un état fébrile continu avec deux paroxysmes par vingt-quatre heures, l'un pendant la nuit, l'autre au milieu du jour, durant lesquels le pouls montait de 24 pulsations, et de plus un flux intestinal mêlé de sang et de matières couleur d'argile, et qui allait jusqu'à douze et seize évacuations par vingt-quatre heures. Appelé en consultation à cette époque de la maladie, nous jugeâmes à propos de tenter l'usage du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme, associé à 30 centigrammes de calomel et autant d'ipécacuanha, dans le double but d'agir tant sur l'état fébrile que sur le flux intestinal. Dès le premier jour de cette médication, le pouls, de 96 qu'il donnait hors des paroxysmes, descendit à 84; les exacerbations furent à peine sensibles, et pendant leur durée, le pouls ne monta que de 12 pulsations. Le flux intestinal fut réduit à quatre évacuations par vingt-quatre heures, lesquelles ne contenaient plus de sang et présentaient la coloration vert brun qui est l'effet du calomel. Il y eut aussi amélioration dans l'état de la langue, et la soif diminua notablement. Cependant ce n'était là que de la médecine des symptômes; l'état du foie était irrémédiable, et après trois jours de cette marche favorable, la maladie reprit son cours vers une terminaison funeste.

Mêmes réflexions à propos de cette observation que pour celle qui précède.

Si nous avons établi, par le raisonnement et par les faits, que le sulfate de quinine est également efficace dans la forme continue comme dans la forme périodique des pyrexies, et que, loin d'être contre-indiqué par la présence des phlegmasies, il peut contribuer à les guérir, nous aurons atteint le but que nous nous sommes proposé dans ce mémoire.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ABLATION D'UNE TUMEUR SQUIRRHEUSE DE LA RÉGION INGUINALE DROITE; ACCIDENTS PRODUITS PAR LE CHLOROFORME; observation communiquée par M. le docteur Thore fils, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, etc.

Deux cas de mort presque instantanée à la suite de l'inhalation du chloroforme, rapportés par MM. Robert et Gorré, ont ramené l'attention sur cet agent énergique, et ont fait voir que son emploi exposait à de sérieux dangers. Il y a quelque temps, en pratiquant une opération assez laborieuse, dans laquelle l'usage du chloroforme avait été nécessaire, j'ai vu survenir des accidents fort inquiétants, qui se sont d'ailleurs terminés d'une manière favorable. Bien que ce fait n'ait point la gravité de ceux dont on vient d'entretenir l'Académie de médecine, il ne sera peut-être pas hors de propos de le rappeler ici.

TUMEUR SQUIRRHEUSE D'UN VOLUME CONSIDÉRABLE OCCUPANT TOUTE LA RÉGION INGUINALE DROITE CHEZ UNE FEMME; ABLATION; EMPLOI DU CHLOROFORME; ACCIDENTS; GUÉRISON.

Obs.—Madame L..., âgée de 53 ans 1/2, a toujours été d'une excellente santé; elle est fortement constituée, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'un embonpoint très-prononcé. Ses règles ont cessé à l'âge de 50 ans, et ce changement dans son état s'est fait sans le moindre accident.

Aucun de ses parents n'a eu de maladies cancéreuses; mais son mari a eu une hydropisie enkystée pour laquelle des ponctions plusieurs fois répétées ont été nécessaires.

Il y a déjà huit ans qu'elle a remarqué, dans le pli de l'aine du côté droit, une petite tumeur qui était indolente, et qui disparut au bout de quelque temps; elle dit même me l'avoir fait observer à cette époque, où j'opérai son mari d'une hydrocèle. Elle était peu considérable, puisque le souvenir ne m'en est point resté. Il n'en fut d'ailleurs plus question pendant sept ans environ; il s'agissait sans doute simplement de l'engorgement d'un ganglion lymphatique.

Il y a deux ans, elle remarqua dans la région inguinale droite une tumeur arrondie et mobile sans douleur, à laquelle elle donna peu d'attention; cette tumeur se développa d'abord avec beaucoup de lenteur.

Vers le mois de novembre 1847, elle me la fit examiner pour la première fois, et je pensai alors qu'il n'y avait d'autre moyen que l'opération par l'instrument tranchant; elle demanda à réfléchir. Il n'y avait à cette époque que des douleurs légères et éloignées; mais le volume était déjà très-considérable et le centre de la tumeur offrait une coloration violacée. La marche était notablement gênée; la malade était obligée de s'incliner fortement en avant.

Dans les premiers jours du mois de février 1848, elle me fit appeler de nouveau. La tumeur avait fait de rapides progrès: elle occupait toute la région inguinale jusqu'à la grande lèvre, dans l'épaisseur de laquelle elle se prolongeait; la marche était très difficile, des douleurs lancinantes se renouvelaient à chaque instant: elles étaient fort vives, souvent insupportables et troublaient son sommeil. Elle réclama l'opération avec beaucoup d'instances, et elle fut immédiatement résolue; elle devait avoir lieu le 26 février, mais les événements politiques nous forcèrent à la retarder.

Voici l'aspect qu'offrait la tumeur avant l'opération. Elle occupait tout le pli de l'aine du côté droit, depuis l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque jusque

dans l'épaisseur de la grande lèvre à sa partie supérieure, où elle s'enfonce assez profondément. Plus volumineuse, au centre, elle a une forme ovoïde, et se termine en pointe allongée vers l'extrémité externe, tandis qu'elle a une forme arrondie en dedans. Dans ces deux points elle ne fait pas une grande saillie au-dessus du niveau de la peau. Au centre, elle s'élève beaucoup, et dans l'espace de 6 centimètres environ, elle a une coloration d'un violet foncé; déprimée dans son milieu en forme d'ombilic, de manière à représenter assez bien un sein squirrheux. Elle est très-dure, des bosselures très-prononcées s'y remarquent; elle est d'ailleurs assez mobile, sauf le point central qui paraît adhérer aux tissus profonds; on a cependant l'espoir de l'isoler sans trop de difficultés.

Depuis quelque temps les douleurs lancinantes se sont fréquemment reproduites, et ont été fort pénibles.

Les ganglions de l'abdomen et de la cuisse ne sont pas engorgés.

L'opération est pratiquée le 4 mai. Mon père et M. le docteur Lacroix (de Fontenay-aux-Roses) ont bien voulu me prêter leur assistance et m'aider de leurs conseils.

Le chloroforme fut employé; la patiente l'avait demandé avec insistance et ne subissait l'opération qu'à cette condition. J'avais cru devoir, quelques jours auparavant, le soumettre à un essai qui avait été très-satisfaisant.

Au bout de trois minutes environ, pendant lesquelles l'agent anesthésique avait été inhalé avec une certaine quantité d'air successivement décroissante, elle est prise de rigidité des membres, de renversement des poignets en dedans; dilatation de la pupille, faiblesse et ralentissement du pouls, pâleur de la face et des lèvres et insensibilité complète.

Une double incision est alors pratiquée, qui circonscrit la tumeur. Elle a une forme elliptique comme elle; sa longueur est de 22 centim. A peine est-elle pratiquée que la coloration violacée du centre de la tumeur disparaît et la peau devient pâle comme celle qui l'avoisine. La dissection se fait sans grande difficulté et assez rapidement. Il n'y avait de fortes adhérences qu'au centre et vers l'angle interne de la plaie; la crainte de blesser les vaisseaux profonds, rendit la dissection plus lente et plus minutieuse dans ce point. Le tissu cellulaire qui entoure la tumeur est abondant, graisseux, et permet de faire l'énucléation complète sans crainte de laisser des traces de dégénérescence cancéreuse. La tumeur enlevée, on attend quelques instants pour étancher le sang qui s'écoule en nappe. Aucune artère importante n'a été liée; on peut facilement examiner la vaste étendue de la plaie, qui, ainsi développée, présente une surface de 6 à 7 pouces, et l'on s'assure qu'il ne reste aucun débris de tissus malades.

Pendant cette partie de l'opération, la malade, sous l'influence du chloroforme, commence à délirer; les paroles qu'elle prononce sont confuses, presque inintelligibles; c'est une sorte de bredouillement; elle paraît dire qu'on lui retire un enfant de la cuisse et fait des mouvements comme pour attirer quelque chose à elle avec ses mains; elle est en même temps fort agitée, se retourne sur son lit et l'on a beaucoup de peine à la contenir; elle n'a point d'ailleurs poussé de cris et n'a témoigné aucune souffrance. La tumeur était enlevée avant qu'elle ne fût revenue à son état normal.

On se préparait à réunir la plaie lorsque l'intelligence et la sensibilité reparaissent. Comme il était nécessaire de rapprocher la plaie fort étendue qui résultait de l'opération, par un grand nombre de points de suture, on crut devoir, sur la demande de la malade, procéder à une nouvelle inhalation de chloroforme (la quantité employée chaque fois a été de 4 à 5 grammes environ); elle fut faite cette fois d'une manière moins graduelle et beaucoup plus rapide et les phénomènes semblables à ceux précédemment décrits se reproduisent de nouveau. On profite de ce moment pour faire six points de suture. Chaque fois que les aiguilles traversèrent la peau, la patiente s'agita, poussa des cris et parut beaucoup souffrir; cependant elle n'a conservé que le souvenir du dernier point de suture qui a été passé et qui lui a, dit-elle, causé une douleur assez vive.

Pendant que l'on faisait le pansement fort simple, composé de plumasseaux de charpie cératés et maintenus par des compresses et un bandage triangulaire, il survint des accidents plus graves et qui donnèrent de l'inquiétude.

D'abord un frisson très-violent avec claquement des dents; pâleur extrême de la face; décoloration presque complète des lèvres, qui ne conservent qu'une faible teinte violacée; dilatation des pupilles; dépression rapide du pouls, qui devient presque insensible pendant quelque temps; mouvements convulsifs de la face et renversement des poignets en dedans; rigidité extrême des membres supérieurs et inférieurs; stertor; un peu de râle; un peu de délire; quelques paroles dont on ne peut distinguer le sens. Cet état dura sept à huit minutes environ. On donne de l'air, on fait respirer de l'ammoniaque. Bientôt le pouls, ralenti, reprend un peu de force et de fréquence; la face se colore; les pupilles se contractent; elle commence à avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle; elle n'est point sûre d'avoir été opérée; elle est fort étonnée de se voir pansée, et il faut lui assurer que l'opération est terminée; alors elle commence à répandre des larmes. Elle éprouve du frisson au moment où on la replace dans son lit. Le pouls se relève alors complétement et la réaction s'opère. Elle est restée cependant presque toute la soirée sous l'influence de l'action chloroformique. Quoiqu'elle ait repris complétement connaissance, elle reste fort agitée, sans trop bien comprendre ce qui se fait autour d'elle.

Elle passe une bonne nuit, et le lendemain elle est fort calme.

Examen de la tumeur. — Après avoir été enlevée, elle conserve la forme que nous avons indiquée : beaucoup plus volumineuse à son milieu qu'à ses extrémités. Elle a une épaisseur de 6 à 7 centimètres; elle va ensuite en diminuant dans le sens de la largeur et de l'épaisseur. Le diamètre longitudinal est de 13 centimètres et sa largeur de 9 centimètres; mais ces mesures ont été prises le 22 mars, après dix-huit jours de macération dans l'alcool. Au moment de l'ablation, sa longueur avec la peau enlevée emportée avec la tumeur était de 22 centimètres. Le poids est de 150 grammes. A la section, elle offre l'aspect d'un tissu squirrheux; elle est d'un blanc grisâtre, crie sous le scalpel et est couverte de longues stries d'un blanc mat. La peau, au centre et dans les points où elle avait une couleur violette, a été envahie par la dégénérescence squirrheuse; on voit que, dans peu de temps, elle se serait ramollie et ulcérée. Elle est entourée d'un tissu graisseux dont quelques parties commencent à dégénérer; mais la section a porté au milieu de tissus parfaitement sains.

Le lendemain de l'opération et les jours suivants, la malade est fort tranquille; elle n'a point eu de fièvre; elle n'éprouve ni cuisson ni douleur dans la plaie.

Le 6 mars, l'appareil est levé; l'incision, mesurée de nouveau, a 22 centimètres d'une extrémité à l'autre; elle est aussi réunie en dedans. Ce n'est qu'au milieu que les bords de la plaie sont un peu écartés. La malade dit de nouveau n'avoir rien senti pendant qu'on l'opérait, et pendant le pansement, à l'exception d'une sensation unique de piqûre, sans doute lors du passage du dernier point de suture. Elle n'a point de fièvre et demande à manger. (Pansement simple avec plumasseaux enduits de cérat.)

7. On ôte la première ligature, et successivement tous les jours on enlève les autres.

10. Il n'en reste plus une seule.

18. On cautérise légèrement avec le nitrate d'argent la plaie qui se couvre en quelques points de bourgeons charnus, là où elle n'a point été réunie par première intention.

20. La plaie n'est point tout à fait cicatrisée à son milieu. Madame L... commence à se lever.

22. La plaie est solidement cicatrisée.

26. Elle éprouve quelques douleurs dans la plaie, parce qu'elle a plus longtemps marché que les jours précédents.

2 avril. Depuis quelque temps, elle est levée pendant toute la journée; elle marche sans gêne ni douleur, à la condition cependant d'être un peu pliée en avant.

7. La cicatrice est solide, lisse, d'une régularité parfaite; la marche est très-facile.

Dans les premiers jours de mai, elle s'aperçoit de l'existence d'une petite glande à la partie interne de la cicatrice; elle est indolente, du volume d'une noix; elle paraît due à un ganglion lymphatique engorgé. (Frictions avec une pommade iodurée.)

13. La glande est réduite au volume d'une aveline; la cicatrice reste solide, lisse et parfaitement régulière. La malade vaque depuis longtemps aux détails habituels de son ménage.

Je l'examine de nouveau au mois d'août: le petit engorgement glandulaire a disparu; la cicatrice est toujours très-belle; l'état général est excellent.

Les accidents produits par le chloroforme ont été les suivants : frisson avec claquements de dents, pâleur, décoloration des lèvres, dilatation des pupilles, faiblesse et disparition presque complète du pouls, mouvements convulsifs des muscles de la face; stertor. Ils ont été déjà constatés et ne sont que l'exagération de ce qu'on observe souvent pendant l'inhalation du chloroforme. Ils se sont montrés chez le malade de M. Robert et ont amené sa mort. Nul doute que prolongés quelques instants de plus ils n'eussent produit chez notre opérée un aussi fâcheux résultat. On ne peut les attribuer ni à l'appareil qui était celui de M. Charrière et qui fonctionnait très-bien, ni à la qualité du liquide anesthésique qui était très-pur et convenablement mélangé d'air, ni à sa quantité, qui ne dépassait guère 4 grammes. Je crois qu'il est plus naturel d'accuser la double inhalation de chloroforme. La première fois il n'avait produit qu'un effet modéré, mais suffisant pour provoquer l'insensibilité. A peine vit-on la résolution avoir lieu et les poignets tomber en pronation, que l'on cessa immédiatement de le faire respirer et il n'y eut aucun phénomène inquiétant. La malade avait vivement désiré être soustraite à la douleur du pansement : on crut devoir céder à son désir. La seconde inhalation fut beaucoup plus courte, et le liquide employé en moins grande quantité; mais sans doute l'action de l'agent n'était point complétement épuisée, bien que la patiente eût repris connaissance dans l'intervalle et une nouvelle dose a produit des accidents dont les conséquences auraient pu être très-graves.

Des moyens simples : les aspersions d'eau froide, les inspirations d'ammoniaque, l'air fréquemment renouvelé, suffirent pour faire disparaître cet état inquiétant, bien que pendant longtemps les accidents nerveux aient continué, et que la malade soit restée pendant toute la soirée dans une stupeur qui ne lui a guère permis de se rendre compte de ce qui se passait autour d'elle. A la suite, elle a accusé pendant plusieurs jours une sensation toute particulière d'engourdissement dans les membres inférieurs et un état de malaise si pénible que, tout en reconnaissant l'avantage d'avoir été soustraite à la douleur de l'opération, elle avouait qu'elle ne consentirait plus à s'exposer de nouveau à l'action du chloroforme qu'elle avait réclamée avec tant d'instances.

Faut-il conclure que le chloroforme a plus d'inconvénients que l'éther, et penser, avec M. Bouisson, qu'en raison de sa rapidité d'action et des dangers de son administration prolongée, il doit être réservé pour les opérations de courte durée. Cette opinion a rencontré trop de contradicteurs

et a été trop vivement combattue pour qu'il soit possible de l'admettre dans toute sa rigueur. Cependant n'y aurait-il point lieu d'être réservé quand il sera nécessaire de renouveler l'inhalation dans le cours d'une même opération et de la continuer pendant un temps un peu long.

Quelques mots encore sur l'opération et l'affection qui l'a rendue nécessaire. Il est assez rare de voir une tumeur squirrheuse se développer dans la région inguinale et les exemples n'en sont pas, que je sache, très-communs soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique ordinaire. La tumeur a paru avoir son point de départ dans les ganglions inguinaux, et s'être ensuite étendue à la peau qu'elle menaçait de détruire et d'ulcérer. Elle était remarquable par ses dimensions et son volume ; aussi la plaie résultant de son ablation était considérable et ne mesurait pas moins de 22 centim. dans son plus grand diamètre. Quoi qu'il en soit la cicatrice a marché avec beaucoup de rapidité et de régularité, et les résultats de l'opération ont été aussi satisfaisants qu'on pouvait le désirer. Il y a bientôt dix mois qu'elle a été pratiquée, et rien n'indique jusqu'à présent qu'on ait à redouter une récidive.

LETTRE SUR LE PROCÉDÉ DE CONTRE-OUVERTURES PROPOSÉ PAR M. DIDAY; par M. C. SÉDILLOT.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez publié dans votre numéro du 6 janvier 1849 une note de M. Diday sur un procédé pour pratiquer les contre-ouvertures. L'idée n'est pas nouvelle, comme le constate un passage emprunté à ma MÉDECINE OPÉRATOIRE, et l'on pourrait en trouver des traces dans des publications plus anciennes. Cependant M. Diday, tout en reconnaissant la justesse des considérations sur lesquelles j'appuyais la réforme proposée, repousse le procédé auquel j'ai recours et ne le juge pas digne de rester dans la pratique. Je n'aurais probablement pas élevé d'objections contre une pareille assertion si M. Diday n'avait pas une juste réputation de critique, et je me serais contenté de continuer à employer ma sonde cannelée et à en démontrer publiquement les avantages. Mais puisque M. Diday a cru devoir appeler l'attention sur ce sujet, je lui ferai remarquer qu'il aurait dû au moins se donner la peine de mieux lire et de mieux comprendre les paroles qu'il cite. Cet honorable confrère n'en a pas évidemment saisi le sens, et il a tiré de son interprétation erronée des raisonnements et des conclusions qui ne supportent pas un examen sérieux. Voilà fort longtemps que j'applique mon procédé à mes cliniques. J'en ai fait connaître les heureux résultats dans ma MÉDECINE OPÉRATOIRE et dans ma RELATION DE LA CAMPAGNE DE CONSTANTINE (1837), et je puis assurer en obtenir chaque jour de véritables succès. Comment admettre dès lors avec M. Diday que ce procédé soit matériellement inexécutable ?

En perçant les parties molles de dedans en dehors avec ma sonde cannelée pointue et tranchante, je n'ai plus besoin d'un autre conducteur, comme le suppose M. Diday. La cannelure de ma sonde sert à diriger le bistouri, et je donne à la contre-ouverture toute l'étendue désirable. Ceux qui ont eu des services de blessés dans les hôpitaux savent combien il est difficile de diviser avec netteté et rapidité une certaine épaisseur de parties molles sur une tige métallique lisse et arrondie. On n'ignore pas les notables avantages retirés par frère Jacques de la substitution d'un cathéter cannelé à son cathéter primitif, et M. Diday aura certainement beaucoup de peine à faire préférer la tige du trois-quarts explorateur à une sonde cannelée dont le volume peut être réduit à un très-petit diamètre. Une simple aiguille armée d'un fil et dont la pointe serait garnie d'une petite boulette de cire, ou une longue aiguille portée dans la canule du trois-quarts explorateur, vaudrait même peut-être mieux, dans les cas de décollement de bubons, que le trois-quarts de M. Diday, et l'introduction d'un séton en serait rendue beaucoup plus aisée, mais c'est une question dont je ne veux pas m'occuper, et je me borne à affirmer que ma sonde d'acier pointue et tranchante dirigée sur une sonde cannelée ordinaire, en argent flexible, est un des meilleurs moyens de pratiquer des contre-ouvertures pour donner largement issue au pus ou poursuivre le trajet des projectiles lancés par la poudre à canon. Quinze années d'expérience publique m'ont confirmé l'excellence des résultats de ce procédé, et je suis persuadé que tous ceux qui voudront en essayer comparativement l'usage le trouveront très-supérieur à la tige du trois-quarts de M. Diday.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE CUISSE CHEZ LES ENFANTS DANS LA POSITION FLÉCHIE; par M. LONSDALE.

Pour les praticiens qui, prenant leur parti sur les inconvénients réels de la demi-flexion, se décideront à employer cette méthode, le procédé que conseille M. Lonsdale leur offrira un moyen commode et prompt de l'appliquer chez les enfants. Il faut d'abord faire préparer deux attelles, ou plutôt deux bandes de tôle, larges d'un pouce et assez longues pour s'étendre de la hanche jusqu'à l'extrémité du membre, celui-ci étant dans la position demi-fléchie. Quant à leur épaisseur, il la faut assez considérable pour leur permettre de supporter le poids du corps, mais assez faible cependant pour qu'on les puisse plier.

Ces attelles étant préparées, on commence par placer le membre dans la position où il doit rester, c'est-à-dire la cuisse fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse; puis on entoure ces parties d'un bandage roulé. On applique alors l'une des attelles sur toute la face antérieure du membre, depuis la partie inférieure de l'abdomen jusqu'à l'extrémité des orteils, en lui donnant, au niveau de chaque articulation, un angle en harmonie avec celui qu'on a fait prendre à la jointure elle-même. L'attelle postérieure est appliquée de la même manière. On finit en les assujettissant au moyen d'un second bandage roulé, dont il importe de faire plusieurs tours sur le bas-ventre, afin d'y bien fixer l'extrémité supérieure des attelles.

— En proposant ce bandage, l'auteur n'a pas pensé que ce fût le lieu de discuter l'opportunité de la position demi-fléchie dans les fractures. C'est un procédé qu'il indique et non une méthode. A ce point de vue restreint, il nous coûte peu d'avouer que son appareil est bien conçu, ingénieux et commode. En faisant un seul tout des diverses brisures du membre, il les rend solidaires, et économise par là, au grand avantage du malade, une notable partie du degré de pression nécessaire pour le maintenir dans l'immobilité.

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

CAS DE SÉCRÉTION LAITEUSE CHEZ UNE FEMME AGÉE, SANS GROSSESSE AYANT IMMÉDIATEMENT PRÉCÉDÉ ; par M. WADDY.

Ce fait n'est pas le seul du même genre que la science possède ; mais les circonstances en sont notées avec tant de soin par l'auteur, et se distinguent si hautement sous ce rapport des contes semblables que la crédulité publique seule propage que nous n'avons pas cru devoir lui refuser une place dans nos colonnes.

Bell Johnson, mariée à un nommé Williamson, eut, en onze années, onze enfants dont six jumeaux. Elle devint veuve, et se remaria au bout de trois ans et demi avec M. Bryan M'Carron, lequel est encore vivant. Elle eut de ce second lit quatre enfants dont le plus jeune a maintenant 18 ans ; elle-même est aujourd'hui âgée de 61 ans.

Le 16 avril, une de ses filles mourut, laissant une petite fille de 9 mois environ. La femme Bell se chargea de cette enfant, et (chose étrange) elle l'allaite depuis deux mois.

Désireux de savoir si quelque excitation artificielle n'avait pas provoqué cette sécrétion anormale, l'auteur s'informa des circonstances qui l'avaient précédée. La vieille femme répondit qu'elle n'avait jamais offert le sein à l'enfant, et même que pour mieux l'empêcher de chercher à le prendre pendant son sommeil (elle couchait avec lui), elle avait pris l'habitude, en se mettant au lit, de retourner sa chemise et d'en mettre la partie postérieure sur la poitrine. Elle dit aussi qu'elle sentit d'abord de la douleur dans les seins pendant trois jours et qu'ensuite ils se remplirent de lait.

Lorsqu'elle eut fait part de cette circonstance à son mari, il l'engagea à nourrir sa petite-fille, regardant ceci comme un avertissement de la Providence. Depuis lors, c'est-à-dire depuis huit semaines, elle lui donne le sein jour et nuit. Si elle n'en donne qu'un seul, l'autre ne tarde pas à se remplir de lait, qui finit par couler dehors, et elle souffre alors de cette quantité surabondante jusqu'à ce qu'elle se soit fait teter.

M. Waddy a reconnu que ce lait est évidemment de mauvaise qualité. A l'œil nu, il paraît *très-lourd*. L'enfant a maintenant près d'un an ; il est bien portant, mais très-faible ; ses chairs sont molles et peu fournies. Un enfant de six mois serait plus développé que lui, et certainement beaucoup plus potelé et vigoureux. Il faut ajouter que la vieille grand'mère est très-pauvre et ne peut pas prendre assez de nourriture pour supporter une pareille charge, d'autant plus que l'enfant paraît être fort avide.

J'ai vu moi-même, dit M. Waddy, cette femme donner à teter à sa petite-

fille. Les seins se vidaient de lait, puis s'en remplissaient de nouveau avec promptitude. Je lui conseillai de sevrer aussitôt qu'elle le pourrait, et cela pour deux raisons : d'abord parce que le manque de nourriture suffisante, d'un côté, et de l'autre la perte de force qu'entraînait cette sécrétion anormale devaient épuiser considérablement la nourrice ; ensuite parce que le lait, quoique en qualité assez grande, n'avait pas des qualités capables de maintenir l'enfant en bonne santé.

— Il est à regretter que M. Waddy n'ait pas indiqué si l'enfant ne prenait aucun autre aliment que le lait de sa grand'mère. Il est, du reste, très-probable, quoique l'observation ne le spécifie pas positivement, qu'il en était ainsi.

III. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Physionomie des maladies, ou séméiotique de leurs caractères assimilatifs*; par M. Corfe. 2° *Topographie médicale de la Méditerranée*; par M. Kay. 3° *Notes cliniques*; par M. Gumbleton Daunt. 4° *Des plaies de poitrine, superficielles, pénétrantes ou compliquées*; par M. Knox. 5° *Sur la nature et le traitement des maladies de la hanche, et sur les bons effets de l'emploi de la protéine dans le cas de carie*; par M. Tuson. 6° *Cas de fièvre intermittente chez un enfant*; par M. Dyer. 7° *De l'emploi du chloroforme dans les accouchements*; par M. Hallam. 8° *Du muriate d'opium*; par M. Nichol. 9° *Cas d'opération césarienne, suivie de succès*; par M. Goodman. 10° *Des causes, du caractère et du traitement du choléra spasmodique qui sévit dans le 86e régiment, en juin 1846*; par M. de Thom. 11° *Sur la luxation de l'humérus*; par M. Skey. 12° *Cas d'un corps étranger logé dans la trachée et heureusement enlevé par la trachéotomie*; par M. J. Thompson. (Le noyau de prune, avalé par un petit enfant, ne put être extrait au moment même de l'opération; mais il fut rendu la nuit suivante, au milieu d'un violent accès de toux.) 13° *Considérations sur quelques points concernant le bec-de-lièvre*; par M. Walton. (Il veut qu'on renverse le tubercule intermaxillaire en arrière après l'avoir détaché partiellement avec les cisailles.) 14° *Sur l'application du nitrate d'argent à l'extérieur dans certaines affections strumeuses*; par M. Cochrane. 15° *Cas d'insertion du placenta sur le col, traitée selon la méthode de Simpson*; par M. Waller. 16° *Sur la scarlatine*; par M. Tripe. 17° *Cas d'anasarque général, avec albuminurie, chez un enfant de dix semaines, terminé par la mort en quatre mois et demi*; par M. Herapath. 18° *Cas singulier d'hystérie et de catalepsie*; par M. Hastings. 19° *Sur le traitement du choléra spasmodique par le chloroforme*; par M. Brady. 20° *Cas de choléra asiatique*; par M. Plimmer. 21° *Emphysème du cou, comme terminaison de la coqueluche*; par M. Bird Herapath.

DES BONS EFFETS DE LA PROTÉINE DANS LA CARIE; par M. TUSON.

Partant de cette notion que la protéine est la base des divers tissus du corps, M. Tuson suppose que le manque de cette substance peut favoriser le développement de certaines maladies et empêcher la guérison de quelques autres. Il a en conséquence commencé à en essayer l'administration contre différents états morbides. Les ulcères gangréneux s'en trouvèrent favorablement modifiés. Il en obtint aussi de remarquables succès dans les scrofules. Chez un jeune garçon qui portait une carie étendue des os du métatarse, il prescrivit 10 grains de protéine deux fois par jour. Dans l'espace de deux mois, et sous la seule influence de cette médication, la maladie qu'on avait jugée assez grave pour nécessiter l'amputation fut complétement guérie. Il en fut de même d'une carie du tibia et des os du pied, ainsi que de plusieurs cas de carie vertébrale.

M. Tuson considère ce remède comme extrêmement avantageux non-seulement contre la carie, mais dans le rachitisme, les accidents de la lactation, et en particulier l'insuffisance de cette fonction.

Chez les enfants, il convient dans les maladies de l'épine et la débilité. Dix ou douze grains deux fois par jour suffisent pour un adulte, et cinq grains, également répétés matin et soir, pour un enfant.

On le donne en poudre, sec, ou bien étendu sur du pain avec du beurre.

M. Tuson dit qu'il a également constaté l'action de la protéine pour stimuler le tube intestinal chez un malade où les plus énergiques apérients ont été nécessaires pour réveiller ses fonctions. Un autre motif, selon lui, de la ranger dans la classe des agents toniques est qu'il l'a administrée avantageusement dans les circonstances où le quinquina, le vin, la bière, médicaments de la même espèce, étaient indiqués.

CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE, SUIVIE DE SUCCÈS; par M. GOODMAN.

Une opération césarienne pratiquée heureusement pour la mère et pour l'enfant, puis une nouvelle grossesse ayant nécessité la provocation artificielle de l'avortement, voilà certes de quoi justifier les détails que nous avons cru devoir donner à la relation de ce fait véritablement unique par la réunion de ces circonstances auxquelles il faut encore ajouter, comme accessoire, un anus contre nature, suite d'étranglement intestinal, heureusement menée à bien.

OBS. — Madame Saukey, sujet de cette observation, avait déjà eu trois accouchements faciles et naturels, lorsqu'il y a cinq ans, son médecin, M. Knowles, s'aperçut que son bassin diminuait graduellement de capacité. Le diamètre antéro-postérieur était alors réduit à 2 pouces, et il fallut, dans le dernier travail, opérer la crâniotomie.

L'ostéomalacie (*mollities ossium*) qui s'était déclarée chez elle céda pourtant en partie à un traitement approprié. Mais le vice de conformation persista, si bien que lorsqu'elle fut redevenue enceinte, malgré la défense qui lui en avait été faite, M. Knowles, appelé au commencement du travail, et trouvant le passage encore plus étroit que la dernière fois, c'est-à-dire réduit à 1 pouce et quart de diamètre dans sa plus grande ouverture, se décida, du consentement du mari, à pratiquer l'opération césarienne.

Elle fut faite alors que les douleurs duraient depuis trois heures. Il ouvrit l'abdomen, puis la matrice, par une incision longitudinale de 9 pouces de longueur. L'enfant était vivant; on le retira promptement, ainsi que le placenta, puis on réunit l'incision extérieure au moyen de la suture entrecoupée, sans y comprendre le tissu utérin.

La réaction inflammatoire fut modérée. Mais le quatrième jour, les sutures ayant déchiré la peau, on dut se contenter de maintenir les bords de la plaie rapprochés à l'aide d'un emplâtre adhésif.

Tout allait bien, lorsque le treizième jour, à la suite d'un excès de boisson qui amena quelques flatuosités, la plaie se rouvrit encore, et une anse intestinale s'engageant entre ses bords amena bientôt tous les phénomènes d'un étranglement menaçant la vie de la malade. Un anus artificiel se forma par là et donna issue à une quantité considérable de matières stercorales. Il ne se ferma que peu à peu (et même jamais d'une manière complète), grâce à un bandage unissant de construction très-compliquée.

L'enfant, à laquelle on donna le nom de *Julia Cæsarea*, jouit d'une santé vigoureuse durant plusieurs mois. Mais elle fut ensuite prise d'une affection intestinale qui l'enleva en trois jours, à l'âge de plus de 7 mois.

« *Nemo mortalium omnibus horis sapit*, » continue l'auteur en exprimant le regret qu'on n'ait pas, au moment de l'opération, enlevé les ovaires ou les trompes de Fallope pour mettre obstacle à une fécondation ultérieure. En effet, il apprit, le 25 septembre, que malgré les conseils à elle donnés, malgré la cruelle leçon qu'elle avait subie, la patiente était encore devenue grosse. Lorsqu'on le consulta, les règles manquaient depuis deux mois. Quoiqu'il n'y ait pas de changement des mamelles ni de trouble marqué des fonctions digestives, la malade voyant son ventre augmenter graduellement de volume, n'avait aucun doute sur la réalité de sa grossesse. Après mûre réflexion, l'auteur et M. Close résolurent de provoquer l'avortement. A cet effet, ils commencèrent à donner le seigle ergoté, qui fut bientôt porté à la dose de plus de 20 grains par jour.

Le 28 septembre, on y joignit une infusion, d'abord de 6 grains, puis, le 12 octobre, de 2 grammes de sabine, à prendre trois fois par jour.

Jusqu'au 29 octobre, ce traitement fut continué, secondé par des pilules de myrrhe et d'aloès. La malade n'en ressentant aucun effet, on le suspendit alors, à part les pilules. Elle continua à rester exempte d'incommodité jusqu'au 7 décembre, où elle mit au jour, sans aucun accident, un fœtus d'environ deux mois. — Elle continua durant encore deux ou trois jours à se bien porter, sauf quelques vomissements. Mais le placenta était resté, faisant saillie à travers l'orifice; quoiqu'il n'occasionnât pas d'hémorrhagie, le seigle ergoté n'ayant pu le faire sortir, on le tira avec les doigts et on parvint à l'extraire, non sans violence.

La malade se plaignit alors, d'abord d'un peu de douleur dans la région de l'ancienne blessure; les vomissements augmentèrent, s'accompagnant de symptômes typhoïdes; les forces diminuèrent rapidement, et la mort eut lieu le 12 décembre.

L'autopsie montra une adhérence ancienne et générale de l'arc du colon de l'intestin grêle et de l'épiploon, dans une étendue de 8 ou 9 pouces, l'adhérence comprenait aussi la peau de l'abdomen où siégeait la cicatrice de l'opération césarienne. Cette fusion des viscères montrait qu'une seconde hystérotomie eût été impossible; car il aurait fallu, pour la pouvoir terminer, disséquer les intestins, soit entre eux, soit avec les téguments de l'abdomen, puisqu'on n'aurait pu parvenir à l'utérus qu'après cette dissection préalable.

L'une des considérations qui ont déterminé les médecins consultants à tenter l'avortement mérite d'être connue, à cause de la manière originale dont elle est exprimée : « Supposez un homme qui, dans un vol de grand chemin ou dans une émeute, a reçu des blessures graves ; quel est auprès de lui le devoir du médecin ? Doit-il panser ses blessures ? ou bien lui dira-t-il : Monsieur, vous avez été frappé en violant les lois de votre pays ; par conséquent, vous pouvez mourir, car je vous déclare indigne de profiter des secours de mon art ? De même, devions-nous dire à notre malheureuse malade : Madame, vous aviez été avertie des suites qu'aurait pour vous une nouvelle grossesse ; vous l'avez laissée survenir avec la connaissance que votre mort pourrait s'ensuivre ; par conséquent, vous devez périr : nous sauverons votre enfant, innocent, autant qu'il sera en notre pouvoir ? » L'auteur démontre sans peine ensuite toute l'indignité qu'il y aurait à mettre à exécution un pareil raisonnement.

— Nous ne ferons qu'une seule remarque, c'est que, quelque légale que soit, en principe, à nos yeux la provocation de l'avortement dans de semblables circonstances, il n'y avait pas en réalité lieu de l'opérer ici, au moment où elle l'a été. Si les dates sont exactement rapportées, on voit effectivement que, lorsque les premiers remèdes abortifs ont été donnés, la grossesse n'existait pas encore, puisqu'ils ont été commencés *avant le 28 septembre*, et que la femme accoucha le 7 *décembre* d'un fœtus qu'on reconnut *n'être âgé que de deux mois!*

SUR L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT A L'EXTÉRIEUR DANS CERTAINES AFFECTIONS STRUMEUSES; par M. COCHRANE.

La GAZETTE MÉDICALE fit connaître, en 1846 (v. p. 644), les bons effets constatés par M. Biéchy, d'une pommade contenant du nitrate d'argent contre les phlegmasies articulaires chroniques. Quoique le titre de son travail semble indiquer une certaine différence, M. Cochrane applique également cet agent aux affections scrofuleuses et rhumatismales des jointures.

Chez un malade dont le cou-de-pied, atteint d'un rhumatisme goutteux, était le siége d'une tuméfaction considérable et de vives douleurs, deux attouchements faits avec le nitrate d'argent solide sur tous les téguments recouvrant l'articulation, amenèrent promptement un calme qu'on avait vainement demandé à d'autres médications.

Le cas le plus remarquable est celui d'une jeune servante, atteinte depuis deux ans d'une maladie du coude. En dernier lieu, l'articulation était devenue tellement sensible et gonflée qu'on eût pensé qu'un abcès y était profondément situé : elle avait dû renoncer à ses travaux. Trois attouchements faits avec le nitrate d'argent, à trente-six et à quarante-huit heures d'intervalle la rétablirent complétement et lui permirent de reprendre ses occupations au bout d'une semaine.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 JANVIER.

SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES DE LA VISION AU MOYEN DES DEUX YEUX.

MM. FOUCAULT et REGNAULD communiquent une note dans laquelle ils exposent les résultats d'expériences nouvelles qu'ils viennent de faire en commun sur quelques phénomènes de la vision au moyen des deux yeux. Dans un travail sur la vision des objets à trois dimensions, M. Wheastone affirme que lorsque les deux champs visuels ou les éléments correspondants des deux rétines sont impressionnés simultanément par des rayons de réfrangibilités différentes, il n'y a pas produit d'une sensation colorée mixte. L'assertion de ce physicien étant opposée à l'opinion de la plupart des observateurs qui se sont occupés du même sujet, MM. Foucauld et Regnauld ont cru utile de reprendre ces expériences, de les varier et de les étendre.

Voici les résultats physiologiques qu'ils ont constatés.

Quand les éléments correspondants des rétines sont impressionnés en même temps, les alternatives d'activité ou d'inertie de l'un des yeux se manifestent généralement au début de l'expérience, et l'on perçoit tantôt l'une des teintes, tantôt sa complémentaire; mais après une durée d'observation très-variable, suivant les individus, on ne voit plus qu'un seul cercle blanc.

Lorsque les yeux sont en quelque sorte accoutumés à ce mode d'impressionnement inusité, la tendance à la recomposition devient tellement énergique chez quelques personnes, que l'on peut faire passer les écrans par toutes les teintes complémentaires que donne l'appareil, sans qu'il y ait sensation correspondante aux couleurs; on perçoit seulement la lumière blanche.

En diminuant l'intensité de l'une des couleurs, l'autre restant constante, la recomposition s'opère encore, mais le disque blanc paraît se couvrir plus ou moins fortement de la teinte dominante.

Si on fait varier l'intensité des rayons complémentaires de la même manière pour les deux faisceaux, on observe que la recomposition se fait avec d'autant plus de facilité au début de l'observation, que leur intensité est plus modérée.

On voit en résumé : que, sauf des cas exceptionnels, la sensation de la lumière blanche peut naître de deux impressions chromatiques complémentaires quelconques dans chacun des yeux; que la sensation unique blanche naissant de deux rayons complémentaires est indépendante d'une action réciproque de ces rayons en dehors de l'appareil visuel; que les impressions lumineuses produites sur les rétines conservent toutes leurs propriétés jusque dans les profondeurs les plus intimes de l'encéphale.

FÉCULE DE MARRONS D'INDE.

M. BELLOC, médecin en chef de l'asile des aliénés à Rennes, écrit que dès qu'il a eu connaissance du rapport fait par M. Payen sur le travail de M. Flandin relatif à la préparation de la fécule de marrons d'Inde, au moyen du sous-carbonate de soude, il voulut expérimenter ce procédé; son succès fut complet. Mais il avait remarqué que la pulpe, même après avoir été traitée par l'alcali, n'avait rien perdu de son principe amer, et il se demanda si le sel alcalin était pour quelque chose dans l'insipidité de la fécule.

Il recommença son expérience en traitant la pulpe de marrons tout simplement comme on traite la pulpe de pommes de terre, par le lavage à l'eau froide et la décantation, sans addition d'aucune préparation alcaline. Le résultat de sa seconde expérience fut complétement satisfaisant.

Le rendement des marrons a constamment été, dans les diverses expériences, de 19 à 21 de fécule sèche pour 100 de pulpe de marrons frais. Une expérience comparative, faite avec les pommes de terre dans les mêmes conditions, lui a rendu seulement 11,78 de fécule sèche pour 100 de pulpe.

CHOLÉRA TYPHOÏDE.

M. le docteur JULES PÉRIER, médecin en chef de l'hôpital militaire de Calais, adresse une communication relative au choléra de 1848 et 1849.

Dans les premiers jours de décembre, appelé à donner son avis sur la maladie qui venait d'éclater épidémiquement dans les marais du canton de Calais, non-seulement il constata des différences notables entre les débuts de la maladie de 1848 comparés à ceux de l'épidémie de 1831, mais encore il fut frappé du cachet typhoïde dont presque tous les malades portaient l'empreinte. Il constata des signes non douteux d'altération de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et entre autres conclusions d'un premier rapport, il a consigné celles-ci :

Que la maladie épidémique du canton de Calais n'était pas le choléra qui, sous la forme épidémique, avait traversé la France en 1831 et 1832;

Que cette maladie présentait toutefois un groupe de symptômes cholériformes dont il était impossible de méconnaître le caractère, qu'elle tenait à la fois de la fièvre typhoïde et du choléra;

Que, développée dans des conditions hygiéniques particulières (insalubrité des habitations, insuffisance et mauvaise qualité de l'alimentation), elle ne semblait pas devoir s'étendre à des populations placées dans des conditions meilleures.

Jusqu'ici, ajoute M. Périer, les faits n'ont pas démenti ces assertions.

M. Périer joint à cette lettre copie d'un procès-verbal d'autopsie qui confirme ces assertions.

La maladie épidémique du Pas-de-Calais, bien moins meurtrière que celle de 1831, ajoute l'auteur, a toujours été favorablement modifiée lorsque des soins intelligents ont été donnés aux malades.

DIABÈTE PRODUIT PAR LE NITRATE DE POTASSE A HAUTE DOSE.

M. CARDAN adresse à l'Académie, par l'entremise de M. Rayer, la relation d'une affection singulière à laquelle donna lieu, chez un homme, l'administration accidentelle d'une dose considérable de nitrate de potasse (3 onces), qui fut prise au lieu de 2 onces de sulfate de magnésie qui lui avaient été prescrites.

L'action directe et première du nitrate de potasse fut une irritation assez violente de la muqueuse intestinale et une diurèse très-abondante. L'irritation de la muqueuse se calma vite, et fut suivie d'un besoin continuel de manger et de boire, de boire surtout. Le malade buvait à chaque instant; ce qu'il mangeait ne le régénérait pas; les digestions étaient faciles et rapides; néanmoins il maigrissait, et la diurèse causée par le nitrate augmentait. Il urinait chaque nuit deux fois plein son vase, qui contenait de 2 litres 1/2 à 3 litres, ce qui faisait à peu près 5 litres à 5 litres 1/2 d'urine chaque nuit. Par le refroidissement, l'urine laissait déposer sur les parois du vase une substance jaunâtre gluante, que l'examen fit reconnaître pour du sucre de glucose.

L'auteur se demande si le diabète, qu'il n'hésite pas à considérer comme l'effet du nitrate de potasse, doit être attribué à l'action directe de ce sel ou à une réaction; en d'autres termes, si le nitre a agi sur les reins et l'économie ensemble, de manière à déterminer le diabète par une modification qu'il aurait provoquée; ou bien si le nitre n'avait produit d'abord que son action physiologique sur le rein, et si celui-ci, surexcité, aurait à son tour réagi sur le sang qui le traverse et sur l'économie, de manière à provoquer le diabète. — C'est ce qu'il soumet à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce, c'est une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Niort, sur une épidémie de variole dont plusieurs communes de ce département ont été affligées en 1848. (Commiss. des épidémies.)

CHOLÉRA.

M. LEVIEZ (d'Arras) annonce à l'Académie que le choléra vient de faire de nouveaux progrès dans le département du Pas-de-Calais. Dans une maison de la commune de Fenchy, 7 personnes ont été successivement attaquées, dont 4 ont succombé en quinze, vingt et trente-six heures. Étant entré dans cette maison, M. Leviez y trouva 3 malades qui étaient alités depuis vingt heures et qui lui offrirent tous les symptômes assez équivoques du choléra asiatique. Les renseignements recueillis sur les habitudes des malades lui ont appris que l'hygiène la plus élémentaire avait été complétement méconnue par ces individus.

M. PLOUVIEZ écrit, par l'entremise de M. Bally, que le cercle médical de Lille a reçu le relevé officiel des cas de choléra observés dans différentes villes du département du Nord. Voici ce relevé :

Du 15 novembre au 29 décembre, on a noté 246 faits bien évidents, dont 142 décès et 57 guérisons.

Lille a perdu 44 malades; 6 nouveaux cas s'étaient présentés le 30 décembre.

M. L. Périer adresse un rapport d'autopsie d'un sujet mort du choléra. (Voy. ci-dessus le compte rendu de l'Académie des sciences.)

M. Caventou, à l'occasion de ces deux communications, exprime le désir qu'on demande à l'avenir aux correspondants de l'Académie des détails sur la topographie des pays envahis par le choléra.

ÉTHER ET CHLOROFORME.

M. Girardin (de Rouen) transmet au nom de l'Académie des sciences de cette ville, copie du rapport qui lui a été présenté sur l'emploi de l'éther et du chloroforme. L'Académie de Rouen appelle l'attention de l'Académie de médecine sur les expériences relatées dans ce rapport et sur les conclusions qui le terminent, et la prie, si elle les apercevait, de les appuyer auprès du ministre de l'agriculture et du commerce.

Voici ces conclusions :

L'Académie des sciences de Rouen pense qu'il serait bon d'inviter l'autorité :

1° A surveiller la vente des deux substances en question et à l'assimiler à celle des substances délétères ;

2° A exiger qu'elles ne soient administrées qu'avec l'assistance des hommes de l'art;

3° A surveiller la vente des appareils eux-mêmes, puisqu'il en existe de réellement défectueux.

— M. Leroy-d'Étiolles communique à l'Académie les moyens qu'il a imaginés pour empêcher la rupture des instruments brise-pierres.

— M. Londe présente au nom de M. Lachaise, chargé par le gouvernement de veiller à la santé des ouvriers employés aux travaux de canalisation de la Saudre, en Sologne, un rapport sur les faits et les observations qu'il a recueillis depuis le début de sa mission.

— M. le Président annonce que par suite du décès de MM. Poirson, Deneux et Lisfranc, une place est actuellement vacante à l'Académie. D'après une disposition du règlement, lorsque sur trois décès il y en a deux dans la même section, c'est dans cette section que la vacance devra être déclarée. Or MM. Deneux et Lisfranc ayant appartenu à la section de médecine opératoire, c'est dans cette section que la vacance est délarée. La section est invitée à se réunir prochainement.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

La parole est M. Roux.

CHLOROFORME.

M. Roux : Si l'interpellation de M. Guérin ne m'eût appelé à prendre la parole, j'y aurais été sollicité par la large part que j'ai prise aux observations sur les effets du chloroforme, et aussi par ce que j'ai appris touchant cette importante question dans mon voyage à Alger. J'ai vu là avec surprise que l'emploi du chloroforme était interdit à nos confrères des hôpitaux militaires.... (M. Bégin demande la parole.)

M. Bégin : Je demande la permission d'interrompre un instant M. Roux pour dire à l'Académie, ce que d'ailleurs j'ai déjà dit à lui-même, que le fait qu'il signale a été vrai. Lorsque parut le chloroforme, il parut prudent au conseil de santé des armées d'en interdire l'emploi aux chirurgiens militaires. C'était là une méthode nouvelle sur laquelle l'expérience n'avait pas encore prononcé, et nous n'avons pas voulu qu'on fît des expériences sur les soldats. La chirurgie militaire accueille et accepte tous les progrès, mais lorsque ces progrès sont scientifiquement et incontestablement acquis. D'ailleurs cette interdiction n'a jamais pesé sur les hôpitaux d'instruction. Aujourd'hui l'expérience est faite, l'observation a parlé, et toute interdiction pour l'emploi du chloroforme, administré avec prudence, a été levée. (Approbation.)

M. Roux : Il n'était jamais entré dans ma pensée de jeter aucun blâme sur les actes du conseil de santé. J'indiquais un fait qui m'a frappé, et j'approuve les motifs que M. Bégin vient de faire connaître. Je reviens au fond de la question.

Mon intention avait été d'abord d'examiner la question du chloroforme sous quatre points de vue principaux, dans lesquels on peut, je crois, renfermer toute la discussion actuelle :

1° Quels sont les effets physiologiques du chloroforme ?

2° L'anesthésie peut-elle être mortelle par elle-même ?

3° Qu'elle est la raison ou la cause des cas malheureux survenus à la suite de l'emploi du chloroforme ?

4° Quelles sont les précautions à prendre, et les règles à suivre pour prévenir ces fâcheux événements ?

Je crois devoir me borner aux deux dernières questions seulement et ne dire que quelques mots des deux premières.

Je tiens assurément grand compte des expériences sur les animaux ; cependant je ne puis me soustraire à une certaine défiance contre ces expérimentations faites sur des animaux inférieurs, si dissemblables de l'homme, surtout quand on voit un désaccord si grand entre les effets produits sur l'homme et sur ces animaux. D'ailleurs, je vois que l'on confond, dans les résultats des expériences, les effets de l'éther avec ceux du chloroforme. Il n'y a aucune parité à établir. Le chloroforme est bien plus rapide dans son action que l'éther, et comme celui-ci il ne détermine pas cette surexcitation nerveuse qui, dans les premiers temps, nous causait tant d'embarras.

Je n'ai jamais vu, pour mon compte, l'altération de couleur du sang artériel après l'inhalation du chloroforme. Je conçois cependant que le chloroforme jouissant d'une action sédative sur les centres nerveux, il puisse y avoir sidération des poumons, par suite syncope mortelle ; mais ce doit être là un cas accidentel et presque toujours provoqué par l'imprudence.

Nul doute que chez l'homme comme chez les animaux, l'anesthésie ne puisse être portée jusqu'à la mort. Mais quand l'action du chloroforme est dirigée méthodiquement, je crois l'événement impossible. Quelques détracteurs outrés du chloroforme, notamment M. Diday, chirurgien si distingué de Lyon, ont mis en doute s'il existait un chirurgien aujourd'hui qui voulût se soumettre lui-même au chloroforme. Je déclare, quant à moi, que si j'avais à subir une opération tant soit peu douloureuse, je n'hésiterais pas un instant à réclamer les bienfaits du chloroforme, pourvu que son administration fût dirigée par une main tant soit peu expérimentée.

Il n'est que trop vrai que parmi les cas innombrables où le chloroforme a été employé sans accidents, on en cite quelques-uns qui ont eu une terminaison funeste. Mais je ne crois pas ces cas aussi nombreux qu'on le dit.

Quant au fait qui me concerne, je n'avais pas besoin d'être provoqué par M. J. Guérin pour en faire le récit public. L'Académie sait assez quelles sont mes habitudes à cet égard. Voici donc les circonstances du fait auquel notre honorable collègue a cru devoir faire allusion.

Il y a quelques mois, j'avais à opérer une femme de 50 ans qui portait une tumeur cancéreuse au sein. Cette femme était très-affaiblie. Outre la tumeur du sein, les ganglions de l'aisselle étaient aussi très-malades et leur extirpation fut jugée nécessaire. Je n'hésitai pas à soumettre cette femme au chloroforme. Elle s'endormit parfaitement et j'enlevai la tumeur. Cette première opération était à peine terminée que la malade se réveilla. Il me fallait encore extirper les ganglions de l'aisselle, et je suppliai la malade de me laisser faire cette opération sans le secours du chloroforme. Elle s'y résigna. L'opération fut longue et laborieuse. On appliqua l'appareil, puis, selon mon habitude, on plaça un bandage roulé autour du corps. Pour appliquer ce bandage, on fit asseoir la malade, alors une syncope survint, tous les efforts pour la ranimer furent vains, la malade était morte.

Maintenant, cette malade a-t-elle succombé par suite des inhalations du chloroforme? Je ne puis le penser. C'est là un fait de syncope mortelle qui est loin d'être rare après les grandes opérations, dont j'ai vu moi-même plusieurs exemples avant l'emploi des agents anesthésiques, et dont il n'est pas de chirurgien qui ne puisse aussi citer des cas.

On se rappelle que j'ai aussi cité le cas d'un homme atteint de tétanos, et chez lequel l'emploi de l'éther m'a paru avoir hâté la mort de quelques heures. Et cependant je peux dire que j'ai bien employé le chloroforme au moins trois ou quatre cents fois. Il me semble que c'est là une expérience assez longue.

Quant aux faits consignés dans le rapport, je dirai toute ma pensée : dans tous ces cas, le chloroforme me paraît avoir été l'occasion de l'accident. Mais qu'on ne se méprenne pas sur la signification de ma pensée. M. J. Guérin a fait une remarque sur laquelle je croyais qu'il allait s'étendre et de laquelle j'espérais qu'il tirerait des conséquences. Il a dit que dans tous les cas malheureux on s'était servi de l'éponge ou du mouchoir ; cela est vrai. D'où il faut conclure que c'est là une mauvaise méthode, et que c'est à elle qu'il faut imputer ces cas malheureux. Cependant notre président vous dira qu'il n'en emploie pas d'autre, et qu'aucun malheur ne lui est encore arrivé.

Une autre remarque, c'est que les sujets de presque tous ces cas malheureux sont des femmes ; les femmes sont, en effet, plus susceptibles aux agents anesthésiques; on n'en trouve pas de réfractaires, pas plus que chez les enfants.

Ainsi, messieurs, et pour me résumer sur ce point, je crois à la possibilité ou d'asphyxie proprement dite, ou de sidération des poumons, ou d'intoxication extrême. Pour tous les cas malheureux, je le déclare, j'en suis convaincu, le chloroforme a été l'occasion des accidents, mais la cause est dans les procédés défectueux et les circonstances accidentelles. Le nombre de ces accidents est peu considérable ; il ne légitime pas les appréhensions exagérées de quelques esprits sévères, pour ne pas dire frondeurs.

M. Roux examine ici les diverses manières dont on peut mourir subitement, et il n'en trouve que trois : la mort par les poumons, par le cœur, par le cerveau.

Quant au fait de M. Gorré, M. Roux pense qu'il y a eu introduction de l'air dans le système circulatoire.

Enfin, répondant à la question soulevée par M. J. Guérin, relativement à l'influence du chloroforme sur les suites éloignées des opérations, M. Roux donne, pour l'année qui vient de s'écouler, les chiffres suivants, qu'il a comparés à ceux de l'année précédente.

En 1847 (règne de l'éther), il a pratiqué 105 grandes opérations; perte, 27 morts.

En 1848 (règne du chloroforme), 101 grandes opérations, 28 morts.

M. Roux termine en indiquant les règles à suivre pour l'administration du chloroforme :

Se servir d'un appareil convenable, rejeter la serviette, le mouchoir, l'éponge ; respecter la susceptibilité des poumons, et faire pénétrer le plus d'air possible ; ne pas employer le chloroforme pour des opérations qui se pratiquent sur le rectum ; s'arrêter au moment où la sensibilité est complète et la résolution des membres obtenue.

En définitive, dit-il en terminant, s'il me fallait toujours avoir présent à l'esprit la pensée des accidents qu'on redoute, et me préoccuper sans cesse des précautions minutieuses et de la surveillance active que recommandent quelques chirurgiens, je déclare en toute conscience que je renoncerais pour toujours au chloroforme.

M. Dupuy émet quelques considérations sur le mécanisme de la mort par introduction de l'air dans les veines, à l'appui desquelles il rappelle les expériences qu'il a faites sur ce sujet en 1821.

M. Rochoux : On a parlé de quatre question à résoudre, il n'y en a qu'une. L'opérée de Boulogne est-elle morte, oui ou non, par le fait du chloroforme? Si vous parvenez à répondre à cette question, tout sera résolu.

On a soulevé d'abord cette éternelle question d'asphyxie. Tout élève qui a ouvert un livre de physiologie sait que sitôt qu'une vapeur quelconque est mêlée à l'air, il y a trouble de l'hématose et absorption. C'est là un fait constant. Vous voyez combien cette question est simple.

On a beaucoup parlé encore de questions de méthodes, méthode empirique, méthode rationnelle, méthode systématique. Il y a très-longtemps que je me suis occupé de toutes ces questions-là, et je le déclare, je ne reconnais qu'une seule méthode, c'est la méthode expérimentale.

Quant au fond de la question elle-même, l'opérée de Boulogne est-elle morte du chloroformé? Oui. Et pour le prouver, je n'ai besoin que de me servir des objections mêmes de M. le rapporteur. C'est précisément parce qu'elle est morte subitement que je dis qu'elle est morte du chloroforme; et quant aux lésions signalées par M. Malgaigne, la présence de l'air dans le système circulatoire, etc., ce sont autant de motifs à mes yeux en faveur de l'opinion que je soutiens.

— M. Bouvier présente une pièce d'anatomie pathologique provenant d'un sujet mort des suites d'un fongus de la dure-mère, qui avait déterminé une paraplégie.

Il est plus de cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1848.

État puerpéral. — Rapport de la commission chargée de l'examen des mémoires envoyés en réponse à la question du concours de 1846-1848, relative à l'état puerpéral, composée de MM. de Meyer, Craninx, Langlet, Raiken et Verbeeck.

M. Langlet, rapporteur.

« Messieurs,

» L'Académie avait mis au concours pour l'année 1846, la question suivante : « Décrire l'état puerpéral et éclairer, par des faits, la nature et le traitement » des maladies auxquelles cet état prédispose. » Le seul mémoire qui vous soit parvenu n'a point été jugé digne du prix, et vous avez maintenu la question au concours pour 1846-1848. Cette fois deux mémoires vous ont été adressés en réponse, et vous les avez envoyés à l'appréciation de la commission spéciale nommée par vous. Cette commission vient, par mon organe, vous faire connaître le résultat de son examen.

» Le mémoire n° 1 porte pour épigraphe : « *Si desint vires, tamen est laudanda voluntas.* » En voici l'analyse :

» L'auteur rappelle les opinions qui ont régné dans la science sur la nature des maladies puerpérales; ils étudie l'état puerpéral; il rapporte les causes qui, durant cet état, font naître les maladies; il en cherche la nature dans létude des lésions anatomiques et des symptômes qui les caractérisent, il indique le traitement que l'observation a montré, d'après lui, être le plus efficace pour les combattre.

» En demandant de décrire l'état puerpéral et d'éclairer, par des faits, la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose, l'Académie voulait un travail qui résumât tout ce que nous savons des maladies qui atteignent les femmes en couches. Elle voulait que ce travail fût en harmonie avec les découvertes importantes de la médecine moderne. Le premier membre de la question est l'histoire physiologique, le second est l'histoire pathologique de l'état puerpéral. Le développement que l'on peut donner à l'un et à l'autre est sans doute immense; mais il en est toujours ainsi d'un travail complexe, et si des médecins sont en désaccord lorsqu'ils définissent l'état puerpéral, lorsqu'ils désignent sa durée, si dans le choix des maladies auxquelles cet état prédispose, on peut varier quant à l'étendue du cadre nosologique que l'on doit parcourir, il est cependant des limites qui ne peuvent être dépassées. Ainsi, que l'on considère l'état puerpéral à partir du moment de la conception, ou bien après l'accouchement pour le faire durer jusqu'à la cessation des lochies, la chose n'est point très-importante; qu'on le fasse continuer jusqu'à la fin de l'allaitement, il y aurait exagération. Quant au cadre nosologique, ce sont les maladies auxquelles l'état puerpéral prédispose, mais d'une manière toute spéciale, dont l'Académie a demandé de donner l'histoire. Considérée d'une autre manière, la question serait toute la pathologie.

» Nous allons vous faire part des réflexions que la lecture attentive du mémoire nous a suggérées. Nous ne dirons rien de l'exposé des opinions qui ont régné dans la science sur la nature des maladies puerpérales; cela appartient à l'histoire. Ce que l'auteur dit de la grossesse et de l'accouchement pour expliquer la nature des fièvres puerpérales peut être admis, etc., etc.; mais peut-on admettre aussi ses idées sur l'antagonisme qui s'établit entre les mamelles et l'utérus? Le sang ne trouve plus un libre accès dans les artères utérines, dit-il; il se précipite par les artères iliaques dans les artères épigastriques, et si celles-ci n'avaient point été là, la matrice eût été fréquemment le siége de graves inflammations qui eussent précipité dans la tombe une foule de femmes. C'est à l'absence de la sécrétion laiteuse que l'auteur attribue beaucoup de métro-péritonites. Certainement, l'absence de sécrétion laiteuse coïncide souvent avec les maladies puerpérales, mais faut-il attribuer celles-ci au défaut de sécrétion laiteuse ou bien est-ce la sécrétion qui ne se fait point, parce que la maladie se produit? Il nous paraît ici incontestable que l'opinion émise est trop exclusive. Dire que l'absence de la sécrétion laiteuse est la cause des maladies puerpérales, serait nier la possibilité de ces maladies lorsque cette sécrétion est établie. La sécrétion du lait est un acte physiologique, et cependant beaucoup de femmes sont dans l'impossibilité de nourrir quoique bien portantes. La sécrétion du lait ne se fait point chez elles et les relevailles des couches sont heureuses. Est-ce parce qu'elles n'ont pas les artères épigastriques assez développées? Si on le disait, il faudrait ne pas admettre alors que la dérivation du sang vers les mamelles fût indispensable. Nous n'exprimons notre idée avec persistance que parce que, avec l'opinion que nous combattons, il suffirait de mettre, dans presque tous les cas, l'enfant au sein pour éloigner à peu près constamment le danger. Nous dirons, nous, que si, chez une femme primipare, l'on met trop tôt et trop fréquemment l'enfant au sein, on déterminera parfois l'irritabilité pathologique du mamelon et des mamelles; celles-ci s'enflammeront avec le tissu cellulaire qui les environne et des abcès douloureux pourront en être le résultat. Nous croyons donc que si depuis que l'auteur s'est fait une loi, ainsi qu'il le dit, de mettre immédiatement l'enfant au sein, il n'a pas eu à déplorer d'accidents formidables, ce n'est point à cette circonstance qu'il faut l'attribuer.

» Nous trouvons que la réserve mise par lui à exprimer autrement que par des généralités son opinion sur les causes de l'influence de la composition du sang, dans la production des maladies puerpérales, est portée bien loin. C'est le point qu'il s'agissait principalement d'élucider; c'est de ce côté que sont tournés les regards des médecins. Peut-on attribuer l'existence de la fibrine en excès dans le sang les péritonites et les autres inflammations puerpérales, se demande-t-il? Il répond que si on parvenait à résoudre cette question, on aurait fait un pas immense. C'est ce que demandait l'Académie, et cela d'une manière complète, non pour la fibrine seulement, mais bien pour tous les principes du sang de la femme saine et de la femme atteinte d'affections puerpérales. L'auteur voit dans l'absence de sécrétion laiteuse une source de maux : la caséine, les matières hydrocarbonées émanent de la fibrine et des matières grasses du sang de la femme. Or si l'allaitement n'élimine pas ces principes par les glandes mammaires, le sang de la femme en couches doit s'altérer. C'est là une idée qui le préoccupe constamment, car en parlant, un peu plus loin, de la congestion active de la matrice et de sa susceptibilité, il conseille de les neutraliser par la lactation précoce. C'est pour lui une panacée universelle. En décrivant les maladies puerpérales, nous trouvons qu'il ne fait point ressortir assez les différences qui existent entre celles que des praticiens ont confondues; il y a bien, pour une ou deux d'entre elles, un diagnostic différentiel, mais il n'est basé sur aucune observation clinique, sur aucun fait péremptoire; et comment alors apprécier la valeur de l'opinion de l'auteur? Les maladies sont décrites d'une manière générale; les causes occasionnelles des maladies puerpérales sont rapportées sans désignations précises de celles qui produisent la métrite, la péritonite, la phlébite, la fièvre puerpérale. Il en est de même pour les symptômes : l'auteur dit bien que dans la métro-péritonite la douleur est fort aiguë, que dans la phlébite utérine elle est plus sourde et plus profonde, qu'il faut souvent exercer une certaine pression sur les parois abdominales pour la réveiller, etc., etc. Mais l'Académie voulait des faits pour éclairer la nature et le traitement des maladies puerpérales. Eh bien, aucun fait propre à l'auteur ou puisé dans des ouvrages connus, n'est rapporté. Il y a des maladies importantes dont il n'a point parlé, et qui eussent dû trouver place dans le mémoire d'un médecin pour qui les rapports entre les mamelles et l'utérus jouent un si grand rôle : ainsi la métrorrhagie, ainsi les maladies des mamelles chez les femmes en couches. Ne devait-il pas au moins parler de l'agalaxie, de la galactirrhée? Cela se rattachait à son opinion fondamentale et lui eût permis d'entrer dans des considérations importantes. Quant à la thérapeutique des maladies puerpérales, nous pensons qu'il fallait la faire connaître d'une manière plus précise; car dire qu'il faut recourir à l'allaitement, aux émissions sanguines, aux mercuriaux, à l'ipécacuanha, aux cataplasmes, aux narcotiques, etc., etc.; puis, considérant comme complications le vomissement, la diarrhée, le météorisme, conseiller quelques remèdes contre elles, alors parler superficiellement du traitement de la métrite, de la métro-péritonite chronique, de la phlébite utérine, etc., etc., n'est pas attacher à la thérapeutique des maladies puerpérales cette importance si grande que l'Académie y met, et sur laquelle il n'y a point de doute possible, puisque le but de la question proposée est d'éclairer, par des faits, la nature et le traitement des maladies auxquelles l'état puerpéral prédispose.

» Nous croyons donc que le mémoire n° 1, bien que résumant avec clarté quelques points de la science, n'a, le plus souvent, qu'effleuré la question, et que le point fondamental, c'est-à-dire les faits, ayant été négligé, l'auteur n'a pas droit au prix.

» Nous passons à l'analyse du Mémoire n° 2. Celui-ci a beaucoup d'étendue; imprimé, il formerait trois volumes de 600 pages à 1,500 lettres. Il porte pour épigraphe : « *C'était un des dogmes professés par l'école de Cos que, pour expliquer les phénomènes de la santé et de la maladie, il fallait prendre également en considération les solides qui entrent dans la composition du corps humain, les liquides dont il est si abondamment pourvu et les forces qui le régissent.* Andral. »

» Dans un discours préliminaire, l'auteur rappelle brièvement les orages que doit traverser la femme pour devenir mère; ce qui se passe dans l'organisme en général et surtout dans les organes de la génération; les dangers de la grossesse, de l'accouchement et ceux de la ménopause.

» Il arrive à conclure que la femme est beaucoup moins bien partagée que l'homme. Il fait précéder de prolégomènes la solution de la question. Il y traite 1° du sang; 2° de l'anatomie et de la physiologie des organes reproducteurs de la femme en vacuité, ainsi que des propriétés physiques et chimiques de son sang; 3° il traite des mêmes objets pendant l'état de gestation.

» Le corps de l'ouvrage est partagé en deux parties. Dans la première, sont données la définition et la durée de l'état puerpéral, sa description anatomique, physiologique et hématologique. Dans la deuxième, est exposée l'histoire patho-

logique des affections puerpérales. Il devait y avoir une troisième partie qui eût été le complément des deux premières; elle n'était pas terminée à l'époque fixée pour la rentrée des Mémoires.

« L'auteur du mémoire n° 2, en faisant précéder d'un discours et de prolégomènes la solution de la question proposée par l'Académie, a voulu rappeler des généralités sur la femme avant qu'elle soit mère, sur la physiologie de la grossesse, des généralités sur l'accouchement, et cela afin d'établir la possibilité de comparaisons entre l'état normal et l'état pathologique après la parturition. L'étude de l'état puerpéral physiologique et pathologique suppose, sans aucun doute, la connaissance de ce dont il s'occupe dans ces prolégomènes, et tant de médecins ont fait aujourd'hui des analyses du sang normal, tant d'anatomistes ont décrit les organes de la génération, sur l'art des accouchements, qu'il n'y avait sur ces matières rien de nouveau à dire. Au reste, l'auteur cite les ouvrages où il a puisé; il ne s'approprie rien, et il dit les raisons qui lui ont fait écrire ces prolégomènes. La texture d'une partie donne à ses altérations des formes propres, ses fonctions l'exposent à des dérangements particuliers; il était donc convenable, dit-il, d'exposer l'état normal, anatomique et physiologique des organes à la pathologie desquels se rattache spécialemnet la question du concours. L'auteur doit décrire le sang à l'état puerpéral; il pouvait rappeler ce que l'on en sait à cet égard hors de l'état puerpéral. C'est de cette manière qu'il est conduit à établir des comparaisons dont surgiront pour lui d'importantes déductions.

» L'histoire physiologique de l'état puerpéral est traitée avec le développement que réclamait ce point important, et quoique dans le fait, ce que dit l'auteur, il ait dû indubitablement le puiser dans des ouvrages plus ou moins répandus, on lit avec plaisir ces pages où est rappelé avec précision et élégance tout ce qui se passe chez la jeune femme mère. Ici comme dans les prolégomènes, on le voit dirigé par la crainte de laisser quelque chose d'incomplet, et quoique, d'après lui, l'état puerpéral commence après l'accouchement, il entre dans des détails à la vérité concis, mais enfin il entre dans quelques détails sur l'accouchement. La description des changements organiques et des phénomènes naturels qui suivent l'accouchement ne laisse rien à désirer; mais c'est surtout la composition élémentaire du sang qui est longuement traitée. L'analyse que nous avons faite de cette partie du mémoire prouve l'importance qu'y attache l'auteur et le soin qu'il a voulu mettre à la traiter complétement.

» Certainement la connaissance des différences que présentent les éléments du sang est déjà d'une grande importance, mais indubitablement la science doit progresser. L'auteur le dit quand il fait l'application des données acquises sur la composition du sang aux phénomènes anatomiques, physiologiques et pathologiques de l'époque puerpérale. L'augmentation ou la diminution de certains chiffres des éléments constituants du sang n'est point le résultat d'un écart de la nature, comme elle n'est pas non plus une création inutile. Le nouvel état de choses tient à ce que quelques fonctions doivent s'établir, lesquelles réclament des modifications dans les rapports que présentent entre eux les divers éléments du sang; c'est l'obscurité qui règne encore sur les appréciations que l'esprit humain est en droit d'en donner, qui doivent engager les hommes heureusement constitués et doués d'un immense esprit d'observation, à poursuivre les travaux de leurs devanciers, ceux d'Andral surtout. Quels services ne rendront-ils point à l'humanité et combien aussi ne contribueront-ils pas à donner à la thérapeutique une plus grande précision! Sans nous appesantir sur toutes les déductions que cet examen de la composition du sang nous permet d'en tirer, nous allons rappeler ce que dit l'auteur sur l'augmentation de la fibrine, et en déduire les conséquences. Nous avons vu que le chiffre de la fibrine augmentait à mesure que le terme de la grossesse approchait. Sans énumérer longuement les causes de cet accroissement, et seulement pour arriver aux conclusions que nous avons rapportées dans notre analyse, rappelons la structure cellulo-fibreuse de la matrice dans son état de vacuité ou au moins bien peu musculaire, et puis sa structure qui devient d'autant plus musculaire qu'on se rapproche du terme de la gestation. Or c'est le sang qui fournit à l'utérus cette fibre charnue, qu'il ne possède que rudimentaire à l'état de vacuité, et c'est la fibrine du sang que s'approprie cet organe pour donner naissance à la fibre musculaire. La présence d'un chiffre élevé dans la fibrine, chez la femme grosse, s'explique donc parfaitement. La nature des fonctions dont la matrice est chargée et qu'elle doit accomplir, le réclamait impérieusement. Par là est bien démontrée la nécessité de l'augmentation de la fibrine; mais comment est démontrée la cause qui produit cette augmentation? L'auteur du mémoire dont, pour un moment, nous nous faisons l'interprète, le voit dans l'accroissement de vitalité de l'utérus occasionnée par la présence et le développement de l'œuf contenu dans son sein. Or il est prouvé que l'exercice forcé des muscles de la vie de relation, qu'une inflammation aiguë dans l'une ou dans l'autre partie, produit dans les principes constituants du sang un changement, une modification telle que le chiffre de la fibrine devient plus élevé. C'est une vérité incontestable, et pourquoi alors le travail si long et si actif qui s'accomplit dans la matrice, ne produirait-il pas un semblable effet?

» Dans le commencement de la grossesse il y a plutôt diminution de fibrine. Quelles explications en donner? Nous croyons pouvoir admettre celles de l'auteur du mémoire. La diminution s'explique par les matériaux que le sang doit fournir à l'œuf pour son développement; 2° parce que dans les premiers temps de la gestation, les fonctions digestives languissent et causent un appauvrissement fibrinaire du sang; 3° enfin pendant les trois premiers mois de la gestation, le volume de l'œuf est si petit que son influence sur la composition du sang reste nulle. Pendant le travail de l'accouchement, et puis immédiatement après, le chiffre relatif de la fibrine augmente encore, et pourquoi? Ce que nous venons de dire sur l'exercice forcé des muscles l'explique parfaitement. Quel est l'exercice musculaire comparable à celui dont tout le système est le siége pendant le travail de l'accouchement? Et puis après, la matrice n'est-elle pas bien près de s'enflammer, dans les circonstances enfin où l'expérience a prouvé que se faisait l'augmentation de la fibrine?

» Ces explications sont bien logiques et nous les rapportons pour la fibrine, quoique dans le mémoire, ainsi que nous l'avons dit, tous les principes du sang soient traités anatomiquement, physiologiquement et sous le point de vue pathologique; nous les rapportons pour la fibrine seulement, disons-nous, parce que les applications qui en découlent pour l'étude des maladies puerpérales, trouvent plus d'applications, la nature de ces maladies étant le plus souvent inflammatoire.

» Nous n'avons point d'observations critiques à faire sur la première partie du mémoire. Nous passerons au second membre de la question, à la pathologie de l'état puerpéral. Nous dirons, avant de l'aborder, qu'il y a peut-être un peu d'exagération à considérer comme presque malade la femme qui a eu un accouchement laborieux. Car, enfin, l'accouchement peut n'être point naturel, mais les suites des couches le sont fréquemment. Quel est l'accoucheur qui a exercé dans les hôpitaux et qui n'a eu occasion d'observer des faits absolument en contradiction avec ce que l'auteur semble admettre? En 1826 et 1827 une épidémie épouvantable sévissait à la Maternité de l'hôpital Saint-Pierre; beaucoup de femmes mouraient; celles qui se rétablisaient avec le plus de promptitude étaient celles qui avaient eu des couches plus ou moins laborieuses. Au reste, la femme que le forceps délivre ne souffre-t-elle point infiniment moins que celle qu'un travail lent, des douleurs impuissantes pour l'expulsion du fœtus, retiennent indéfiniment sur le lit de travail?

» En entendant la lecture de l'analyse du mémoire, vous avez dû remarquer, messieurs, combien les descriptions des maladies propres à l'état puerpéral sont riches d'observations. Nous rappelons à votre souvenir qu'il y a peut-être deux cent cinquante faits rapportés avec détail. Les maladies connues sous les noms de métrite, métro-péritonite, phlébite utérine, etc., etc., bien que se rencontrant souvent compliquées, sont décrites, autant que possible, vierges de complications. Quant on s'occupe longuement de l'étude d'une spécialité, l'on saisit des nuances qui échappent à l'observateur superficiel, et l'auteur a dû sacrifier non pas les deux années accordées pour la remise des Mémoires au concours, mais beaucoup d'années pour réunir les matériaux, les classer et terminer le travail qu'il vous a présenté. Il croit, nous vous l'avons dit, à des maladies toutes particulières aux femmes en couches. A peine, exceptionnellement, ces maladies peuvent-elles se rencontrer dans d'autres conditions de la vie. Et puis il croit à des maladies qui, plus fréquentes hors l'état des couches, peuvent se rencontrer aussi après l'accouchement; mais encore alors l'état puerpéral leur imprime des caractères si tranchés, que les symptômes, la thérapeutique, tout y est spécial. Nous croyons que la marche qu'il a suivie en faisant l'histoire détaillée de chacun des états morbides du tissu utérin est heureuse; car comprendre dans la description d'une même maladie celle de toutes ses complications, est chose bien plus obscure que la description séparée de chacune des différentes circonstances pathologiques qui font que tantôt c'est tel tissu, tantôt tel autre qui se trouve principalement affecté. Cette marche est favorable à l'intelligence des particularités que peuvent offrir l'étude séparée de la métrite, de l'inflammation des annexes de l'utérus, de la métro-péritonite, des phlegmons du bassin, de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et veineux. D'abord des faits cliniques, et puis l'étude pathologique: c'est un exemple que l'on devrait suivre à peu près toujours. Établir la possibilité des comparaisons entre la maladie que l'on voit au lit du malade, et puis l'histoire théorique des symptômes qui la caractérisent est le meilleur moyen d'amener la conviction dans l'esprit du médecin. Nous partageons les opinions émises quant à la nature des maladies que nous venons de nommer: elle est inflammatoire, et aujourd'hui c'est le traitement dirigé d'après ces vues qui compte le moins d'insuccès. Ce traitement est d'autant plus rationnel, qu'il est basé sur des analyses nombreuses faites sur la composition du sang.

» Pourquoi l'auteur n'a-t-il point pensé au parti qu'il pourrait tirer de l'emploi du microscope? Combien l'anatomie pathologique n'a-t-elle point fait de progrès depuis que les médecins s'en servent? Et comment, indépendamment d'autres ouvrages remarquables, n'a-t-il point mentionné sur cet objet les travaux si importants de notre collègue le professeur Gluge?

» Nous rappellerons en passant l'observation sur l'emploi du seigle ergoté. L'auteur a observé que c'était sur la partie de l'utérus qui était le siége de la contraction spasmodique que se produisait l'action du médicament; il préfère donc l'introduction d'une sonde graduellement plus forte pour vaincre la résistance du col, et favoriser ainsi la sortie des portions de placenta qui n'ont point été expulsées. Ne pourrait-on pas supposer que, dans les circonstances où il a cru devoir recourir au seigle ergoté, il y avait, comme cela s'observe fréquemment en pareille circonstance, commencement de métrite? Ce serait une contre-indication à l'emploi du médicament. Au reste, l'action du seigle ergoté agissant sur la portion de l'utérus spasmodiquement contractée, mérite l'attention du praticien.

» Les observations de fièvres puerpérales sont particulièrement bien faites, et l'auteur, qui a constaté le plus souvent un abaissement considérable du chiffre de la fibrine, bien au-dessous de l'état physiologique, a dû placer le siége de la maladie dans le sang. Au reste, la thérapeutique variera probablement encore à l'infini. Sporadique et épidémique le prognostic est, comme il le rappelle, essentiellement différent. Pourquoi n'a-t-il pas mis ici à profit les travaux de Scherer et de Haller? Leurs observations chimiques et microscopiques sur l'état du sang, des urines, etc., etc., sont trop importantes pour n'être pas rappelées. Nous croyons que l'auteur consacre un trop long chapitre aux hémorrhagies puerpérales; nous lui en faisons le reproche; il ne devait point, pensons-nous, rapporter un si grand nombre de faits cliniques (quarante observations, avons-nous

dit), on sera de cet avis certainement, si nous ajoutons que parmi ces observations, il en est qui ont entre elles beaucoup d'analogie. Les déductions qu'il en tire n'en sont pas pour cela moins curieuses, et ses recherches sur la nature de l'état pathologique qui succède à la métrorrhagie sont importantes, en ce sens qu'elles aident à diriger le médecin dans le traitement à suivre lorsque l'accident combattu, la femme est sous l'influence fâcheuse de la perte de sang plus ou moins considérable qu'elle a éprouvée. La métrorrhagie n'altère point toujours le sang de la même manière; tantôt seulement diminution plus ou moins considérable du chiffre des globules, tantôt diminution du chiffre des globules, mais en même temps de l'albumine; tantôt diminution des globules avec augmentation ou bien diminution du chiffre de la fibrine, donnant, dans l'une et l'autre circonstance, une fâcheuse prédisposition au retour de l'accident; tantôt, enfin, triple altération des globules, de l'albumine et de la fibrine. Eh bien, les faits cliniques servent à l'auteur pour élucider la thérapeutique que réclament les femmes qui ont éprouvé de fortes pertes utérines; mais, encore une fois, nous trouvons qu'il y met trop de luxe. Nous avons rapporté les causes de l'hémorrhagie utérine; il les discute dans un long examen critique et arrive à cette conclusion, qui est juste, que ces causes, vraies dans certaines circonstances, sont erronées, considérées pour la généralité des métrorrhagies.

» Dans un cas d'hystéralgie puerpérale caractérisée par des douleurs très-vives qui se faisaient sentir tantôt à l'hypogastre, tantôt à la région épigastrique, puis à la jambe, pour se reporter ensuite aux régions primitivement souffrantes, l'auteur a employé le laudanum, l'éther, les sangsues à la vulve, puis le sulfate de quinine. Nous croyons que le dernier moyen est un de ceux qui sera suivi le plus souvent de guérison. L'on pourrait lui adjoindre la morphine, de préférence au laudanum. C'est d'ailleurs le traitement de toutes les névralgies hors l'état puerpéral comme pendant l'état puerpéral. Leur disposition à devenir intermittentes permet de les combattre souvent avec succès.

» Le traitement de la *phlegmatia alba dolens* que l'auteur du mémoire a médité, doit varier beaucoup, pense-t-il. Cependant ce n'est point le siége, qui tantôt occupe les veines, tantôt les lymphatiques, tantôt les deux systèmes à la fois, qui réclame cette variété dans les agents thérapeutiques, mais bien les causes, le caractère et la nature de cette maladie qui offrent de grandes différences. En général, cependant, dit-il, le traitement de la phlegmasie veineuse veut plus d'énergie que lorsque le siége de la maladie est dans les lymphatiques.

» Quant aux divers déplacements que peut présenter l'utérus, l'on comprend que la chirurgie doit venir en aide dans beaucoup de cas, et ici nous voulons parler de la main seule. Mais aussi nous ne pouvons assez louer la manière de penser de ceux qui rejettent tout agent mécanique permanent, lorsqu'un engorgement de l'utérus existant, il sera susceptible de s'accroître par l'emploi de cet agent.

» Ne nous arrêtant point autrement que pour mémoire à ce que l'auteur rapporte du relâchement des parois abdominales, de la fissure anale, de la rétention d'urine, des hémorrhoïdes et du bronchocèle, nous dirons qu'il nous a paru que les maladies des mamelles étaient décrites, comme les métrorrhagies, un peu trop longuement. C'est une idée juste toutefois de les avoir considérées comme appartenant à l'état puerpéral, car elles viennent bien souvent compliquer et rendre difficile, quelquefois impossible, l'une des fonctions importantes pour la mère et pour l'enfant; nous voulons parler de l'allaitement. Les gerçures, les crevasses du sein sont fréquentes, mais cèdent facilement aux moyens qu'on leur oppose. L'auteur parle de tumeurs du mamelon qu'il a observées plusieurs fois et dont il n'a vu la description nulle part, et en attribue la cause tantôt à la succion de l'enfant, tantôt à la gestation qui exerce sur les seins une influence si prononcée. Ces tumeurs sont souvent suivies d'engorgement à la mamelle. L'ouverture des abcès du sein ne peut être faite trop tardivement, pense-t-il, et en cela il se range à l'opinion de M. Velpeau. Il est encore aujourd'hui des praticiens qui préfèrent l'ouverture spontanée, et quoique le traitement soit controversé, indubitablement l'on doit convenir que si, d'une part, les femmes préfèrent ne pas voir employer le bistouri, d'autre part, l'ouverture spontanée compte au moins des guérisons aussi fréquentes et aussi complètes.

» L'étendue du mémoire sur lequel nous terminons ici notre rapport est telle, que si votre commission n'avait souvent partagé les opinions qui y sont présentées, elle eût été dans l'obligation de se livrer à des discussions bien plus étendues que celles que nous venons de soumettre à votre appréciation.

» La précision, l'ordre, la logique sont remarquables dans le Mémoire n° 2. L'école d'Andral y a un digne représentant. Ce Mémoire, que nous trouvons avoir largement répondu au programme, devait cependant être plus étendu encore. Nous avons analysé les deux parties qui vous sont parvenues. L'auteur n'a pu terminer une troisième partie, laquelle devait être consacrée à des aphorismes qui eussent été autant de corollaires, de conséquences de ce qu'il avait avancé dans les deux premières parties, dans le discours préliminaire, dans les prolégomènes, dans la physiologie et la pathologie de l'état puerpéral. L'époque fixée pour la rentrée des Mémoires ne lui a point permis de la terminer comme il l'entendait. La solution de la question n'en est pas pour cela moins complète. Le manque de temps ne lui a point permis non plus de joindre à son travail ce qu'il avait préparé sur les affections puerpérales de l'encéphale et de la moelle épinière. Il est, au reste, certainement quelques maladies encore qu'on aurait vu avec plaisir figurer parmi celles si intéressantes que nous avons analysées, mais, comme nous l'avons dit, en exagérant la portée de la question proposée, on arriverait à s'occuper de toute la pathologie.

» Nous croyons donc, messieurs, que l'auteur du mémoire n° 2a mérité le prix, et nous venons vous proposer de le lui accorder.

» Toutefois si l'Académie admet nos conclusions, nous pensons qu'elle devrait décider en même temps, en cas d'impression du mémoire, que l'auteur serait prié de retrancher quelques chapitres qui ne sont point réclamés pour la solution de la question. Il devrait également supprimer les observations qui, quoique extrêmement intéressantes, ne lui sont point propres. Enfin, il devrait adresser à la compagnie, pour être joint à son travail, ce qu'il a écrit sur les affections puerpérales de l'encéphale et de la moelle épinière. »

MM. Raikem, de Lavacherie, Seutin, François, Lombard, Lebeau, de Meyer, Langlet et Fallot sont entendus sur ces conclusions.

M. François présente un amendement tendant à remettre la question au concours ou à n'accorder qu'une médaille d'encouragement de la valeur de 300 fr. à l'auteur du mémoire n° 2, attendu que, selon lui, ce travail est incomplet et ne répond pas aux vues de l'Académie.

Il est procédé au vote par division sur cet amendement. Il est rejeté.

M. le président met ensuite la première conclusion aux voix. Elle est adoptée.

M. Fallot s'est abstenu de voter, pour le même motif qui l'a déterminé à se retirer de la commission.

M. le président ayant ouvert le billet cacheté annexé au mémoire n° 2, auquel l'Académie vient de décerner le prix, proclame le nom de l'auteur, M. A. Laurent, docteur en médecine, à Frasnes, près de Marienbourg.

Le billet cacheté annexé au mémoire n° 1 est brûlé en séance.

L'assemblée statuera ultérieurement sur la deuxième conclusion du rapport.

(*La suite au prochain numéro.*)

HYGIÈNE ADMINISTRATIVE.

INSTRUCTIONS CONCERNANT LES MESURES GÉNÉRALES A PRENDRE A L'OCCASION DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA, ENVOYÉES AUX PRÉFETS PAR LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE.

1° SERVICE MÉDICAL.

Dans les villes et villages, et dans tous les centres de population où l'on pourra craindre l'invasion du choléra, il sera utile de créer, sous l'autorité du maire et avec le concours des habitants notables et influents de la localité, des commissions auxquelles on confiera l'exécution des mesures que l'administration jugera convenable de prendre.

L'organisation de ces commissions devra être préparée longtemps à l'avance, pour qu'elles puissent entrer en fonctions dès qu'on le jugera utile; l'administration devra, de son côté, s'assurer des locaux à affecter à l'installation d'hôpitaux temporaires, dans le cas où les hôpitaux ordinaires pourraient devenir insuffisants.

Il y aura à pourvoir ces locaux du matériel nécessaire en literie et autres objets, tels que réchauds, bassinoires, brosses à frictions, flanelle, etc., etc. Il faudra donc que l'administration se mette en mesure de porter ses secours et son action là où l'insuffisance des ressources locales pourrait faire pressentir qu'ils seront nécessaires.

En ce qui concerne le personnel du service médical et les médicaments, les préfets devront indiquer au ministre le nombre des médecins exerçant dans les diverses communes et arrondissements de leurs départements, en regard de la population à laquelle ils donnent des soins, afin que l'on puisse prévoir quelles sont les localités qui, sous ce rapport, et le cas échéant, pourraient avoir besoin du concours des médecins étrangers.

Si le choléra sévissait avec intensité dans une localité, et que le nombre des médecins ne parût pas suffisant pour assurer le service, les préfets auraient à aviser aux moyens d'en obtenir, soit en faisant un appel à ceux des cantons voisins, soit en s'adressant au ministre lui-même.

Dans l'intérêt des malades, comme pour la facilité du service, il faudra, autant que possible, faire porter les indigents attaqués du choléra soit à l'hôpital, soit dans les établissements temporaires dont nous avons parlé; les soins y seront mieux administrés, plus efficaces, et l'on évitera surtout l'immense inconvénient de l'encombrement des malades dans des habitations étroites, humides et mal aérées, comme le sont trop souvent celles des habitants peu aisés.

Les indigents qu'on ne pourrait transporter à l'hôpital, ou qui refuseraient d'y entrer, devront être autorisés à prendre gratuitement, chez le pharmacien le plus voisin, les médicaments dont ils pourront avoir besoin: ces médicaments ne seront délivrés que sur l'ordonnance du médecin, portant l'indication de l'état d'indigence du malade. Les frais nécessités par ces fournitures seront réglés conformément aux tarifs mis en usage dans la localité pour les sociétés philanthropiques ou les bureaux de bienfaisance; ils seront acquittés suivant le mode qui sera fixé par l'administration.

2° HYGIÈNE.

Les soins hygiéniques, si utiles dans tous les temps pour la conservation de la santé, deviennent surtout nécessaires à l'époque des épidémies.

Les préfets devront donc insister pour obtenir des communes ou des particuliers l'exécution des mesures d'assainissement réclamées par la salubrité publique, et qui devront avoir pour résultat d'affaiblir l'intensité de l'épidémie, ou de s'opposer à son développement ultérieur.

Au premier rang des mesures à prescrire se place l'assainissement des habitations, surtout pour les populations compactes, agglomérées et sédentaires.

Si les habitants des campagnes, qui occupent des maisons isolées, qui passent la grande partie de leur temps dans les champs, peuvent, sans de grands dangers, séjourner dans des conditions qui paraissent peu salubres, il n'en est pas

de même des ouvriers réunis dans de grands ateliers, où ils résident pendant la plus grande partie de la journée, ou qui sont logés en commun dans les maisons qui les reçoivent pendant la nuit.

Les salles d'asile, les écoles publiques et tous les lieux de réunion devront particulièrement fixer, sous ce point de vue, l'attention de l'autorité.

Il est impossible de prescrire, quant aux moyens d'exécution, aucune mesure de détail; elles devront être prises sur les lieux par les commissions de salubrité, et dans la limite de l'influence qu'elles pourront exercer, car il ne servirait de rien de faire des prescriptions qui devraient rester sans effet, soit en raison de l'insuffisance des ressources dont on pourrait disposer, soit en raison des habitudes ou des préjugés mêmes des citoyens auxquels elles s'appliqueraient.

Le but qu'on doit se proposer pour arriver à l'assainissement des habitations, tout en laissant, pour chaque cas particulier, les moyens d'exécution à l'appréciation des commissions sanitaires, comme il a été dit plus haut, est de donner aux habitations le plus de lumière possible, d'y faire arriver l'air en quantité suffisante, de le renouveler par une ventilation bien entendue, soit au moyen de cheminées, soit par la possibilité et l'obligation de tenir ouvertes, pendant un certain temps et à des époques convenables, les portes ou les fenêtres qui communiquent avec l'air extérieur (1).

Il ne faut pas oublier, toutefois, que cette ventilation, pour être utile, ne doit point déterminer des courants d'air trop rapides, ou produire un refroidissement qui pourrait être préjudiciable à la santé.

La propreté des habitations et surtout l'absence de l'humidité sont deux conditions qu'on ne saurait trop recommander; les indiquer, c'est implicitement faire connaître les moyens qu'on doit employer pour en assurer l'existence.

On devra donc veiller au nettoiement non-seulement des rues, mais aussi des cours, des passages, des allées, des cabinets d'aisances; faire gratter les parties du sol et des murs qui sont imprégnées de matières organiques en décomposition; faire laver, si c'est nécessaire, soit avec de l'eau, soit même avec de l'eau chlorurée, les portions les plus infectes des habitations, et faire blanchir les murs à la chaux, lorsqu'on le jugera convenable.

Il faudra éviter ou éloigner, autant que possible, les dépôts de fumier et les amas de matières végétales en décomposition; donner un écoulement aux eaux stagnantes dans le voisinage des habitations, et tenir dans un état de propreté convenable les ruisseaux, les étables et écuries, et, à plus forte raison, éviter que des hommes et des animaux séjournent simultanément, comme cela se voit quelquefois, dans des réduits obscurs, humides et resserrés.

A l'égard du régime à suivre et des occupations habituelles, il est important que les populations soient bien convaincues qu'il n'y a aucune profession qui soit de nature à faire naître le choléra, comme il n'y a aucune position sociale qui mette à l'abri de ses atteintes.

Cependant il est un fait qui ressort de toutes les observations faites jusqu'ici, c'est que l'ivrognerie, l'intempérance, les excès en tout genre paraissent prédisposer à la maladie, et rendre ses attaques plus graves.

Il en est de même des craintes exagérées que l'on pourrait concevoir, des précautions excessives que l'on pourrait prendre: le calme de l'esprit, le courage, la confiance, sont les dispositions morales les plus efficaces à opposer au choléra, comme la tempérance et la régularité dans toutes les habitudes de la vie sont les conditions physiques les plus favorables dans lesquelles on puisse se placer pour affaiblir ou éviter ses attaques.

On ne saurait prescrire aucun régime alimentaire, ni exclure aucune substance de l'alimentation ordinaire; il n'en est aucune qui doive être proscrite d'une manière absolue.

Le régime qu'on a l'habitude de suivre, et dont on se trouve bien, est toujours bon; il y aurait inconvénient à le changer en temps d'épidémie, dans l'espoir d'en trouver un meilleur.

C'est aux médecins qui connaissent la manière de vivre habituelle des populations qu'il appartient de leur indiquer les modifications qu'elles pourraient utilement y apporter; il en est de même en ce qui concerne les boissons dont l'excès est à craindre bien plus que la qualité.

On ne saurait trop insister à cette occasion sur les déplorables effets qui résultent de l'abus des liqueurs spiritueuses, dans les départements du nord de la France en particulier.

A l'égard des vêtements, sans sortir de ses habitudes, il est bon de se vêtir avec un peu plus de précautions qu'on ne le ferait en temps ordinaire; il serait, par conséquent, utile que les commissions sanitaires pussent disposer de quelques objets de vêtements, de ceintures, de flanelle et particulièrement de chaussures, telles que sabots, chaussons qui, sans être très-dispendieux, pourraient être d'un très-bon effet dans la saison où nous entrons pour éloigner les chances de la maladie.

Les distributions de combustibles à ceux qui ne peuvent pas s'en procurer seraient aussi une mesure très-bien entendue.

Le feu dans l'intérieur des habitations a non-seulement pour résultat d'y entretenir une température convenable, mais il y renouvelle l'air, il diminue l'humidité, et concourt ainsi puissamment à leur assainissement.

3° CONDUITE A TENIR AVANT L'ARRIVÉE DU MÉDECIN A L'ÉGARD DES PERSONNES SUPPOSÉES ATTEINTES DU CHOLÉRA.

Le choléra n'est point une maladie contagieuse; elle ne se transmet point par le contact; l'on peut, par conséquent, donner sans crainte aux personnes qui en sont atteintes les soins que leur état réclame.

Il serait à désirer que cette opinion, qui résulte de l'expérience, acquise pendant l'épidémie de 1832, et de tous les renseignements recueillis dans les diverses parties de l'Europe visitées par le choléra, fût propagée, en raison de la sécurité qu'elle donne aux malades, assurés de n'être point délaissés sous l'influence d'une crainte aussi funeste qu'elle serait peu fondée.

Les préfets doivent cependant être prévenus que si l'expérience a prouvé surabondamment que le simple contact ou même la fréquentation habituelle des cholériques n'est pas capable de donner le choléra, cependant il est d'observation générale, en fait d'épidémies, que l'accumulation des malades dans des locaux étroits, humides, mal aérés, en un mot, dans de mauvaises conditions hygiéniques, peut favoriser beaucoup et l'intensité de la maladie et sa propagation dans les localités adjacentes.

Les commissions sanitaires, les administrateurs, devront s'efforcer, non-seulement dans l'intérêt des malades, mais aussi dans l'intérêt de la santé publique, dont ils sont les gardiens, de les faire retirer des habitations malsaines dans lesquelles ils pourraient se trouver, et les faire transporter dans des locaux mieux disposés: les soins qu'y recevront les malades seront plus efficaces pour eux-mêmes, et l'on diminuera le danger de voir la maladie s'étendre.

L'expérience prouve que pendant les épidémies de choléra on voit se produire, chez beaucoup de personnes, des dérangements dans les fonctions digestives; ces dérangements, ordinairement passagers, ne sont pas le choléra, mais ils peuvent y conduire lorsqu'ils sont négligés: il y a donc le plus grand intérêt à les prévenir ou à les réprimer dès qu'ils apparaissent.

Il est nécessaire d'insister beaucoup sur ces faits, et de ne pas craindre, dans les instructions que pourront donner les commissions ou les autorités locales, d'entrer dans tous les détails que réclament des populations en général peu éclairées et peu soucieuses des intérêts de leur santé.

Toute personne atteinte de douleurs d'estomac, de coliques, de diarrhées, devra, avant toute chose, et lors même que ces symptômes sembleraient n'avoir aucune gravité, porter une grande attention sur la nature de ses aliments, en restreindre beaucoup la quantité, ou même s'en abstenir complétement, suivant l'urgence; elle devra éviter la fatigue, le froid, l'humidité, se vêtir chaudement, s'entourer le ventre d'une ceinture de flanelle, afin d'éviter, autant que possible, le refroidissement de cette partie du corps, et prendre quelques légères infusions de thé ou de plantes légèrement aromatiques (*sauge, mélisse, camomille, lierre terrestre*).

Dans le cas où l'indisposition ne céderait pas promptement, on ne doit pas craindre de faire appeler le médecin.

Il est très-rare que les attaques elles-mêmes de choléra ne soient pas annoncées par quelques symptômes précurseurs; ces symptômes sont précisément de la nature de ceux dont nous venons de parler; ils affectent surtout et d'abord l'appareil digestif, c'est-à-dire l'estomac et les intestins: il est d'autant plus facile de se rendre maître de ces premiers symptômes et de la maladie elle-même, qu'on agit plus promptement.

En général, dans cette première période, la maladie ne résiste pas à des soins bien entendus; la promptitude des secours est ici le premier élément de succès; et comme ces secours peuvent être administrés par toute personne intelligente, il serait à désirer que les commissions sanitaires eussent toujours à la portée des prisons, des salles d'asile, des écoles, des dépôts de mendicité, dans les quartiers pauvres et populeux, une personne telle qu'une garde-malade, un infirmier, ou même une personne étrangère, par profession, au service des malades, mais intelligente et munie d'une instruction *ad hoc*, qui donnerait les premiers soins en attendant le médecin.

Si les prescriptions, plutôt hygiéniques que médicales indiquées plus haut, ne suffisent pas pour arrêter les dérangements observés; si la diarrhée persiste, si la douleur augmente, et surtout s'il s'y joint des vomissements, des frissons, le refroidissement des extrémités, ou si même ces symptômes se déclarent brusquement sans aucun signe précurseur, comme on l'a remarqué chez quelques personnes, ce qu'il y aurait à faire serait de coucher immédiatement le malade

---

(1) On estime que le cube d'une pièce dans laquelle les hommes sont réunis pour passer la nuit ou pour séjourner doit présenter au moins 14 mètres cubes par homme.

C'est une règle qui est aujourd'hui adoptée au ministère de la guerre pour le casernement des troupes et dans la plupart des grandes administrations.

Le comité d'hygiène publique indique ce chiffre, non comme règle absolue et invariable, mais il pense qu'il sera bon de le faire connaître aux commissions, à titre de renseignement. Il n'y a aucun inconvénient à donner un plus grand volume d'air; mais on devrait considérer comme étant dans des conditions très-défavorables les hommes qui se trouveraient placés dans un espace moindre, surtout si le renouvellement de l'air ne pouvait pas s'effectuer fréquemment.

Quinze mètres cubes représentent la capacité intérieure d'un cabinet qui aurait trois mètres de longueur, deux de largeur, et deux mètres et demi de hauteur.

Il est bien évident que dans l'évaluation ci-dessus il est nécessaire de retrancher tout l'espace qui pourrait être occupé par le lit ou par les meubles qui existeraient dans la pièce.

Il est bon de répéter encore que le cube d'air n'a rien d'absolu, que tout dépend de son renouvellement; ainsi, une pièce, quelque grande qu'elle soit, sera insuffisante si l'air ne s'y renouvelle pas, tandis qu'un très-petit cabinet pourra n'être point insalubre s'il est suffisamment ventilé.

dans un lit chaud, entre des couvertures de laine ; de placer des briques chaudes, des sachets de sable chaud ou des bouteilles d'eau chaude à ses pieds, d'appliquer des serviettes chaudes sur le ventre et sur l'estomac ; de faire des frictions sur les membres avec de la flanelle imprégnée de quelques matières excitantes, telles que l'alcool, l'eau-de-vie, l'huile ou l'eau-de-vie camphrées, de faire prendre, à demi-heure d'intervalle, des boissons chaudes, légèrement toniques ou aromatiques, telles que des infusions de thé ou de camomille ; rappeler la chaleur aux extrémités au moyen de cataplasmes de farine de lin saupoudrée d'un peu de farine de moutarde ; éviter toutes les causes de refroidissement, et donner des quarts de lavement avec l'eau de riz, l'amidon ou la décoction de guimauve, auxquels on ajoutera la décoction d'une tête de pavot ; il vaudrait mieux, si le malade ne pouvait pas les garder, en donner un second ou même un troisième, que de donner en une fois un lavement entier, qui serait difficilement supporté.

Lorsqu'aux symptômes précédents se joignent des douleurs de tête, des crampes dans les membres, la persistance ou l'envahissement du froid sur une grande étendue du corps, si la langue devient froide, les yeux caves et cernés, la peau bleuâtre à la face et aux mains, ces indices d'une grande gravité dans la maladie ne doivent pas faire négliger l'emploi des moyens que nous avons indiqués ; ils sont une raison, au contraire, pour les appliquer avec plus d'énergie et de persévérance, jusqu'à ce que le médecin, qu'on doit se hâter de faire venir, soit arrivé.

Les personnes qui donnent ces premiers soins ne doivent pas se décourager, lors même qu'ils paraîtraient ne pas amener une grande amélioration dans la position des malades.

Le but qu'on doit se proposer, c'est de réchauffer le malade, de rétablir la circulation et les mouvements du cœur ; et ce n'est ordinairement qu'au bout d'un temps assez long que ce résultat peut être atteint. Il est donc indispensable de persévérer sans interruption dans l'emploi des moyens indiqués jusqu'à ce qu'on soit parvenu à produire le retour de la chaleur naturelle, qui est l'indice d'une réaction en général favorable.

C'est dans cette nouvelle période surtout qu'il est indispensable de confier le malade aux soins d'un médecin : les indications à remplir ne pouvant plus être dès ce moment, appréciées que par un homme de l'art, il deviendrait inutile et même dangereux de donner, pour cette époque de la maladie, des instructions qui ne seraient pas comprises ou qui pourraient être mal appliquées.

Les membres du comité :

Magendie, président ; Aubert Roche, secrétaire ; Mélier, Bussy, Royer-Collard, Villermé, Lafont-Ladébat, Delesseps, Moreau de Champlieux, Piron et Alquié.

BIBLIOGRAPHIE.

Études sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tartre stibié ; par M. Eug. Bonamy, médecin des épidémies et médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes. — 1 vol in-8° de 239 pages. — 1848.

Déterminer l'action des médicaments administrés a haute dose et les cas dans lesquels ils doivent être préférés ; par M. A.-C. Chrestien, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — Broch. in-4° de 94 pages. — Montpellier, 1848.

Lorsqu'on demandait à Peyrilhe pourquoi l'opium ne faisait pas toujours dormir, cet habile praticien répondait : Si, quand nous donnons l'opium comme 4, le malade ne s'endort pas, c'est qu'il est éveillé au moins comme 5. En généralisant le sens de la réponse de Peyrilhe, nous pourrions y trouver le secret de beaucoup d'insuccès attribués à tort à l'insuffisance des agents thérapeutiques, quand c'est souvent l'artiste lui-même qu'il faudrait rendre responsable de l'insuffisance de ses prescriptions. Toutefois, quelque juste que soit cette proposition, elle ne renferme qu'un côté de la grave question qui domine toute la médecine pratique. Il ne suffit pas de connaître la dose des médicaments nécessaire pour produire le résultat qu'on se propose d'obtenir ; il faut encore, quand il s'agit surtout de médicaments actifs, connaître les limites qui ne pourraient être dépassées sans danger ; car le premier principe en thérapeutique est *primo non nocere*. Ce n'est qu'en invoquant l'expérience clinique étayée sur les expérimentations physiologiques et sur une étude attentive des sources d'indications, qu'on peut parvenir à établir des règles thérapeutiques qui permettent de tirer des médicaments tout le parti possible, sans courir les dangers qui pourraient naître de leur abus. C'est vers ce but que tendent les deux opuscules dont nous avons inscrits le titre au-dessus de ces lignes et que nous confondons à cause de cela dans une même analyse.

M. Bonamy s'est proposé de recueillir et de comparer les nombreux faits épars dans la science, afin de déterminer expérimentalement comment le tartre stibié est utile, comment il est nuisible dans des cas donnés, comment, enfin, on peut obtenir ses influences bienfaisantes en atténuant ses effets pernicieux. Pour mettre de l'ordre dans son travail, il a étudié successivement cet agent sous le point de vue physiologique et sous le point de vue thérapeutique. Sous le premier point de vue il examine l'action que le tartre stibié exerce sur l'homme et sur les animaux sains, ses effets locaux sur les différentes portions du tartre digestif, ses effets secondaires sur la circulation, sur les fonctions de la peau et des reins, sur le système nerveux. Au point de vue thérapeutique, il porte alternativement son attention sur les symptômes et signes propres des diverses maladies dans lesquelles on administre habituellement le tartre stibié ; il examine ensuite les faits relatifs à la tolérance, aux conditions d'opportunité, aux indications et aux contre-indications de ce médicament, à son mode d'action et à son mode d'emploi. Nous suivrons cet ordre dans l'analyse du travail de M. Bonamy, nous réservant, à mesure que nous ferons connaître les résultats généraux de ses recherches, de signaler quelques-uns des points qu'elles auront plus particulièrement contribué à éclairer.

De toutes les questions physiologiques relatives à l'action du tartre stibié, la plus importante sans contredit est celle de l'absorption de cette substance, si bien démontrée par les belles expériences de M. Magendie et de M. Orfila. La connaissance de ce grand fait devait jeter une vive lumière sur les effets secondaires et sur l'action générale du tartre stibié, dont on s'était borné jusque-là à étudier l'action sur les organes avec lesquels il était immédiatement mis en contact. De là deux modes d'action distincts à étudier dans cet agent : son action topique et son action générale sur l'économie. L'auteur l'a, en effet, étudiée sous ces deux points de vue, et bien qu'il ait peu ajouté par ses propres recherches aux faits acquis par les travaux de ses devanciers, il ne sera pas sans intérêt cependant de reproduire quelques-unes des conclusions qu'il a déduites du rapprochement des différents résultats constatés, soit sur les effets locaux, soit sur les effets généraux du tartre stibié.

Des opinions très diverses ont été émises sur le mode d'influence qu'exerce le tartre stibié à haute dose sur le tube digestif. Pour les uns, cette substance, à quelque dose qu'on l'administre, est innocente pour la muqueuse gastro-intestinale : pour d'autres, elle agit d'une manière très-énergique sur ces organes et peut, par suite de cette influence, produire des accidents graves. Il n'importait pas moins pour l'intelligence des effets curatifs du médicament que pour la détermination des limites dans lesquelles il convient d'en restreindre l'emploi, de savoir laquelle de ces deux propositions se rapproche le plus de la vérité.

De l'examen minutieux et détaillé des observations dans lesquelles on a constaté des lésions plus ou moins graves sur la muqueuse gastro-intestinale à la suite de l'administration du tartre stibié, il résulterait que cet agent peut produire des lésions de différentes natures, que l'auteur rapporte à cinq groupes, savoir : l'injection avec ou sans exsudation sanguine, le ramollissement de la membrane muqueuse avec ou sans destruction des villosités, des ulcérations, des pustules et l'hypertrophie des follicules. Mais pour arriver à constater la réalité de ces altérations, il lui a fallu compulser un grand nombre d'écrits, et en rapprochant le très-petit nombre de cas où ces lésions sont signalées, du nombre infiniment plus considérable de ceux qui n'ont révélé aucune altération, il a été amené à conclure que les accidents en question n'étaient en quelque sorte qu'exceptionnels et dus, pour la plupart, à ce que le tartre stibié avait été donné à des doses supérieures à celles qui sont nécessaires pour obtenir des résultats thérapeutiques.

Voici, à l'appui de cette proposition, un relevé statistique de 33 cas dans lesquels l'auteur a noté exactement l'état de la langue et du tube digestif avant et après la médication. — Sept fois la langue était rouge à différents degrés, sans signes d'ailleurs de gastro-entérite, au moment où fut commencé le traitement par l'émétique ; deux fois elle resta rouge pendant l'administration ; trois fois la rougeur diminua ; deux fois elle disparut. — Dans 5 cas, il existait des signes assez évidents de gastro-entérite ; chez 2 de ces 5 malades, cette complication ne fut point augmentée par la médication ; elle le fut légèrement chez 2, et notablement chez le cinquième. Chez 19 malades, aucun signe de gastro-entérite ne compliquait la maladie principale ; 16 conservèrent leur tube digestif dans le même état d'intégrité ; 2 furent pris de gastro-entérite qui ne fut un peu sérieuse que dans un cas ; chez le dix-neuvième, la langue rougit, sans autre signe d'irritation gastro-intestinale.

Parmi les effets secondaires du tartre stibié, il en est un qui a plus particulièrement fixé l'attention de M. Bonamy : c'est l'action de cette substance sur la circulation. Ses observations à cet égard confirment celles de MM. Trousseau et Pidoux sur le ralentissement du pouls. Il résulte d'un tableau sta-

tistique basé sur 60 observations, dont un grand nombre sont personnelles à l'auteur, que sur 23 cas, dans lesquels le pouls a été compté avant et après la médication, la diminution dans le nombre des pulsations, le lendemain de la première administration, a été de 15, 30, 10, 24, 40, 3, 20, 8, 10, 5, 24, 23, 18, 13, 23, 12, 10, 15, 10. — Dans 23 autres cas, le pouls non compté était très-sensiblement ralenti. — Dans 2, le pouls est resté également fréquent. Dans aucun le pouls n'était plus accéléré après la première potion qu'avant le traitement. — Après deux jours d'administration, le ralentissement est encore à peu près constant; il est plus marqué. Une seule fois il a conservé le même nombre de pulsations. Dans aucun cas elles n'ont augmenté. L'auteur ajoute que dans les cas très-rares où le pouls ne s'est pas ralenti sous l'influence de l'émétique, il en a trouvé en général la cause dans des circonstances accessoires.

Les opinions des auteurs sont divergentes à l'égard de l'action diaphorétique des antimoniaux. Voici ce qu'a constaté sur ce point M. Bonamy. Sur 55 observations par lui recueillies de traitements par les antimoniaux, et particulièrement par le tartre stibié, quatre fois seulement la transpiration cutanée a paru augmenter sous l'influence de la médication. Dans 22 cas rien de semblable n'est indiqué. Dans 28, l'absence de la sueur est expressément mentionnée. Il conclut de ces chiffres, conformément à l'opinion émise par MM. Trousseau et Pidoux, que les antimoniaux ne produisent pas de sueurs par une action spéciale; que s'ils en déterminent quelquefois, c'est accidentellement, et par l'intermédiaire des efforts de vomissement.

Un fait très-général à la suite de l'administration de l'émétique, qui a paru à l'auteur ressortir de ses propres observations et de celles qui sont consignées dans les divers traités sur la matière, c'est la dépression des forces nerveuses, circonstance manifestement liée à l'affaiblissement de la circulation, et qui accuse le caractère essentiellement toxique de cet agent.

Arrivons aux faits de l'ordre thérapeutique. Parmi les maladies auxquelles s'applique plus spécialement le traitement par le tartre stibié à haute dose, la pneumonie devait naturellement appeler la première l'attention de l'auteur. Les effets les plus saillants qu'il a constatés tentent à confirmer la remarque déjà faite par M. Louis, savoir : que sous l'influence de la médication stibiée, les symptômes de réaction et de pyrexie sont ceux qui cèdent d'abord; que la diminution de l'oppression vient ensuite, et que les phénomènes locaux appréciables par la percussion et l'auscultation sont les derniers à se dissiper. Quant à la durée de la pneumonie, on sait qu'elle a été généralement reconnue moindre sous l'influence du traitement stibié qu'à la suite de tout autre traitement, et en particulier des saignées. Bien que l'auteur ait été dans l'impossibilité d'établir à cet égard une moyenne, ses observations lui ont permis de reconnaître que dans la généralité des cas l'amélioration avait été extrêmement rapide.

Les effets du tartre stibié dans le rhumatisme sont beaucoup moins constants et moins évidents que dans la pneumonie. C'est aussi ce qu'a reconnu M. Bonamy; si dans quelques cas il a vu céder rapidement des rhumatismes aigus des plus intenses sous l'influence du tartre stibié, le plus souvent, après une amélioration momentanée des accidents reparaissaient et la maladie continuait sa marche.

Pour la plupart des autres affections dans lesquelles on a employé le tartre stibié avec plus ou moins de succès, telles que les affections du système nerveux, la phlébite, les accidents traumatiques graves, les maladies puerpérales, etc., l'auteur se borne en général, faute d'observations personnelles suffisantes, à reproduire et discuter les opinions des divers observateurs.

Il nous reste à parler de deux questions importantes : celle des doses et de la tolérance.

La tolérance est-elle nécessaire pour que la médication soit efficace? quelle est la mesure de son importance? Beaucoup de médecins n'attachent qu'une importance très-secondaire à la tolérance. Telle est aussi l'opinion de M. Bonamy, opinion fondée et sur les faits empruntés aux auteurs et sur ses propres observations. Ainsi sur 23 cas dans lesquels il a pris note exacte du degré de tolérance, cinq fois elle a manqué complétement, sans que pour cela l'effet du tartre stibié ait été douteux. Du reste, la tolérance ne lui a pas paru plus difficile à obtenir, contrairement à ce que l'on en a dit, chez les enfants que chez les adultes. Nous avons pu nous-mêmes constater, dans plusieurs cas, cette tolérance chez de très-jeunes enfants. Nous devons ajouter toutefois que la facilité avec laquelle le tartre stibié produit chez eux la stomatite, doit en faire restreindre beaucoup l'emploi.

Relativement aux doses, voici en quels termes s'en explique M. Bonamy: Dans 34 cas de pneumonies, dans lesquels il a noté la quantité de tartre stibié prise dans le cours de chaque traitement, cette quantité a varié entre 20 centigrammes et 3gr.,20; elle n'a jamais été élevée au delà de ce dernier terme. Ces quantités se sont trouvées réparties de telle manière, que dans les 2/3 des cas, la totalité du tartre stibié ingéré a été au-dessous d'un gramme; dans plus de la moitié des cas, elle n'a pas dépassé 60 centigrammes; la plupart étaient des pneumonies graves. M. Bonamy conclut avec raison de ces faits, et c'est là un point important que nous tenions à constater, que des quantités médiocres de tartre stibié peuvent guérir la pneumonie, surtout lorsqu'elles sont combinées avec les évacuations sanguines, ce qui a eu lieu dans plusieurs des cas qu'il rapporte. Ce résultat est d'accord avec ce qui a déjà été constaté par bon nombre de praticiens, et en particulier par M. Rayer.

Tels sont les résultats les plus généraux qui ressortent de la partie expérimentale de ce travail. Quant à ce qui concerne la partie plus spécialement spéculative, touchant le mode d'action des antimoniaux, nous renverrons volontiers les lecteurs à l'ouvrage même de M. Bonamy, où ils trouveront une appréciation très-judicieuse des diverses théories émises sur ce sujet.

—Du livre de M. Bonamy à la thèse de M. Chrestien, la transition est d'autant plus naturelle que le sujet traité dans ce premier travail n'est qu'un cas particulier de la question qui fait l'objet du second. Pour déterminer l'action des médicaments à haute dose, M. Chrestien a fait appel à un seul ordre de faits, aux faits cliniques, à l'exclusion des expériences physiologiques sur les animaux et sur l'homme sain, qu'il considère comme également incapables de conduire à la solution demandée. Si, en agissant ainsi, il s'est volontairement privé des lumières que l'étude analogique des effets des médicaments dans les conditions de santé et de maladie eussent pu répandre sur son sujet, ses conclusions empruntent à cette exclusion même un caractère en quelque sorte plus médical, plus immédiatement pratique.

Dans l'examen particulier des substances dont il avait à étudier l'action, M. Chrestien n'a compris que celles qui sont le plus habituellement administrées à haute dose : le tartre stibié, le nitrate de potasse, le sulfate de quinine, l'opium, le musc, l'éther et le mercure. Il n'indique qu'en passant seulement l'épicacuanha et le nitrate d'argent, le premier comme n'ayant que très-exceptionnellement été employé au-dessus des doses moyennes, l'autre comme offrant de trop graves dangers pour qu'on puisse l'admettre, au même titre que les précédents, au rang des médicaments usuels.

Sur chacun de ces médicaments, à l'exception du mercure, dont l'action, à haute dose, est tout à fait spéciale et principalement résolutive, M. Chrestien est arrivé à cette conclusion générale, savoir : que quelle que soit d'ailleurs la manière particulière d'agir de chacun d'eux et la différence qui les caractérise, alors qu'ils sont administrés aux doses ordinaires, ils produisent tous un effet à peu près commun, lorsqu'on les donne à des doses élevées. Cet effet, c'est la sédation d'abord, puis la prostration, et enfin la sidération des forces, c'est-à-dire l'intoxication, à mesure qu'on en élève de plus en plus la dose. Quant à la détermination précise et rigoureuse de leur action proprement dite, prise dans son acception physiologique, M. Chrestien s'est tenu dans les termes du doute en s'abritant sous la formule abstraite du dynamisme vital. On approuvera, avec nous, cette réserve à l'égard d'une détermination dont on est loin de posséder tous les éléments. Ainsi que le fait judicieusement remarquer l'auteur, l'opération des remèdes dépend autant de l'idiosyncrasie morbide des sujets que de leur propre nature. Or les maladies se produisent sous des modes tellement multiples et variés, et sont subordonnées à des causes dont un si grand nombre sont inconnues, que rien n'est difficile comme d'apprécier en vertu de quelle action les remèdes les modifient.

Du reste, la proposition qui résume ce travail, et qui est conforme à la manière dont beaucoup de médecins considèrent aujourd'hui l'action des remèdes énergiques, et en particulier à l'opinion émise par M. Bonamy à l'égard du tartre stibié, cette proposition, disons-nous, exprime un fait d'une haute signification pratique : c'est qu'entre l'action thérapeutique de ces médicaments et leur action toxique il n'y a qu'un pas, et qu'ainsi que le disait Giacomini lui-même, la loi de la tolérance ne doit point exclure la loi de la prudence.

En résumé, nous dirons de la thèse de M. Chrestien, comme du livre de M. Bonamy, que ce sont deux œuvres également estimables, et qui se recommandent spécialement par leur caractère clinique à l'attention des praticiens.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

En raison des circonstances, nous avons adressé à nos anciens abonnés les quatre premiers numéros de l'année 1849, qu'ils aient renouvelé ou non leur abonnement. Pour rendre plus facile encore et moins coûteux pour eux leur renouvellement, nous avons l'honneur de prévenir nos honorables confrères que nous considérerons comme abonnés ceux qui ne nous renverront pas, par la poste, le présent numéro. En conséquence, nous les prévenons que nous ferons toucher à leur domicile, dans un mois, le montant de leur renouvellement pour six mois.

CONSTITUTION MÉDICALE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — NOUVELLES SANITAIRES.

FRANCE.

LILLE. — Le choléra et la fièvre typhoïde sévissent avec tant de vigueur dans le faubourg de la Madeleine, que, dans l'espace de quelques jours, on a constaté 26 décès, nombre qui, pour le faubourg, dépasse celui des morts de toute une année dans les temps ordinaires. C'est surtout dans un bloc de maisons situées derrière la Chapelle que la maladie frappe le plus de victimes. Ce quartier est dans de très-mauvaises conditions de salubrité, et sans doute que, pour répondre aux avertissements qu'elle a reçus depuis longtemps, l'autorité s'empressera, quand le fléau aura disparu, de faire exécuter des travaux d'assainissement.

AVESNES, 20 janvier. — Le choléra asiatique, qui s'était manifesté depuis trois semaines environ à Valenciennes, a aujourd'hui complétement disparu. Nous mettons autant d'empressement à annoncer cet heureux résultat que nous avons mis de soin à cacher la présence du fléau. Nous savions par une longue expérience que l'exagération et la peur font souvent plus de mal que le mal lui-même, et nous ne voulions donner prétexte ni à l'une ni à l'autre. L'épidémie a été d'ailleurs fort peu grave et presque entièrement circonscrite dans le pâté de maisons qui avoisinent l'établissement du gaz, maisons insalubres, mal aérées et habitées en majeure partie par de pauvres ouvriers. Une trentaine de cas à peu près se sont produits, sur lesquels on compte 11 victimes, qui presque toutes ont succombé dans la première semaine de janvier. Depuis huit jours l'épidémie a toujours été en décroissant, et à ce moment il n'en reste plus de traces.

La présence du choléra à Valenciennes a été l'occasion nouvelle d'une remarque déjà faite bien souvent, à savoir que la maladie s'attaque de préférence et presque exclusivement aux personnes usées par des excès, ou qui se nourrissent mal et vivent dans une atmosphère insalubre. On peut donc dire avec raison que le choléra, comme presque toutes les maladies épidémiques ou contagieuses, disparaîtra complétement de nos contrées le jour où les améliorations matérielles et morales auront donné au peuple, avec des logements plus sains et une meilleure nourriture, l'éducation qui fait aimer l'ordre et éviter l'intempérance.

BELGIQUE.

Depuis quelques jours, quelques cas de choléra se sont présentés à Liége et dans les communes environnantes; mais la maladie est loin de présenter les caractères qu'elle avait en 1832 et 1833. Il résulte des renseignements que nous avons recueillis avec soin, qu'en général les personnes qui ont été frappées par cette maladie étaient dans de mauvaises conditions de santé; qu'elles se trouvaient atteintes d'autres maladies négligées, ou enfin qu'elles avaient trop mangé ou pris des aliments ou des boissons nuisibles à la santé, en temps ordinaire.

On a remarqué aussi que les quelques cas de cette maladie se sont présentés dans certaines rues exposées aux inondations, et où l'eau potable est en général mauvaise; d'où on en a conclu, avec raison, que les eaux avaient dû exercer une influence fatale sur la santé des habitants. On ne peut donc trop recommander au public de n'user que de la bonne eau de fontaine, comme le fait remarquer la commission médicale.

Au surplus, nous ne saurions trop le répéter, la maladie a des caractères bénins, et en prenant des précautions sages, les habitants peuvent être complétement rassurés, comme ils doivent se prémunir contre les récits exagérés des alarmistes et des poltrons.

HOLLANDE.

ROTTERDAM. — Du 18 au 20 de ce mois, il n'y a eu dans la ville qu'un cas nouveau de choléra et un décès.

UTRECHT. — Dans le même laps de temps, il y a eu 24 nouveaux cas, 21 décès et 8 guérisons.

ANGLETERRE.

LONDRES. — Nombre des cas de choléra déjà annoncés dans les feuilles anglaises : à Londres et voisinage, 771; dans la campagne, 530; en Écosse, 6,817. Total, 8,118. Décès : à Londres, 427; campagne, 255; Écosse, 2,968. Total, 3,670. Guérisons : à Londres, 111; campagne, 59; Écosse, 1,724. Total, 1,894. En traitement ou résultats non connus : à Londres, 333; campagne, 216; Écosse, 2.125. Total, 2,574. Nouveaux cas rapportés le 19 janvier, 111; décès, 33; guérisons, 39. Sur ces derniers chiffres, l'Écosse, c'est-à-dire Édimbourg, Glascow et Old Mankland figurent pour 80 cas et 30 décès.

ÉCOSSE.

Les journaux écossais s'accordent à dire que le choléra a beaucoup diminué, non-seulement à Édimbourg et à Glasgow, mais encore dans d'autres endroits où il a exercé des ravages si funestes.

IRLANDE.

Les nouvelles que nous recevons des comtés de l'Ouest sont alarmantes. La misère et la mortalité qui en est la suite font des progrès effrayants parmi les pauvres. Dans la maison de travail de Roscommon, la fièvre sévit avec fureur, et l'on dit que, dans un district, il meurt en moyenne 20 personnes par jour. Il est impossible de se faire une idée de l'état actuel du pays.

Pour comble de maux, des cas de choléra asiatique sont constatés dans différentes localités. A Belfast, quoique le nombre soit diminué depuis les derniers rapports, il y avait 25 malades en traitement. Cette affreuse épidémie achève de désoler les malheureuses populations de cet infortuné pays.

AMÉRIQUE.

Les dernières nouvelles, du 13 janvier, rapportent qu'à la Nouvelle-Orléans, le choléra fait des progrès alarmants, et que le nombre des décès causés par l'épidémie y est très-considérable.

ALLEMAGNE.

VIENNE, 13 janvier. — Le choléra a franchi l'hôpital militaire et fait des ravages dans la population. 2 personnes sont mortes, et il y a beaucoup de malades.

Des correspondances particulières de Breslau mandent que, dans cette ville, le choléra sévit avec une intensité effrayante, et dans la proportion de 1 malade sur 100 habitants. Sur ce même nombre de malades, la moitié au moins meurent.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Projets de paix universelle. Avortement. — Au chat! — Double jeu. — Encore les deux doyens. Explications de la CHRONIQUE. — Le chloroforme à l'Académie de médecine.

On a lu son histoire de Pandore; on sait très-bien que parmi tous les fléaux que cette femme adorable, mais un peu trop curieuse, laissa échapper de sa boîte, se trouvait la guerre. Voilà pourquoi la CHRONIQUE est toujours disposée à sourire quand elle entend parler de paix universelle. Il n'est pas probable qu'un fléau qui, d'après cette histoire authentique, doit remonter à une assez belle antiquité, soit disposé à rentrer comme cela dans sa boîte pour n'en plus sortir. Les nations s'entretuent depuis l'abbé de Saint-Pierre comme avant; les concitoyens s'égorgent de plus belle, le Palais ne chôme pas de plaideurs et les amoureux continuent à se brouiller; et il en sera ainsi, s'il vous plaît, tant qu'il y aura dans ce monde rivalité d'intérêts, d'idées ou de passions, tant qu'il y aura un monde, tant que ce monde contiendra deux êtres vivants.

Mais, sans viser à l'apophthegme, qui n'est pas le fait de la CHRONIQUE, voyons seulement dans le petit monde que nous habitons à quoi ont abouti ces démonstrations pacifiques auxquelles chacun applaudissait il y a quelques mois.

C'était fini, haine, rancune, jalousie, intérêt, on allait tout déposer sur l'autel de la République. Des querelles! quelle impiété! quel sacrilége! quand la fraternité sous forme de lettres majuscules vous crève les yeux à tous les coins de rue, sur les murs de tous les corps de garde! De la malveillance, des personnalités, des calomnies, c'est de l'anachronisme! Touchez là, cher confrère. Bien que la Bellone du monde médical ne traîne avec elle qu'une guerre de plume et des égorgements moraux, sans accompagnement de veuves et d'orphelins, elle est de trop ici. Soyons tigres et panthères vis-à-vis de l'autorité, de cette pendable autorité qui méconnaît tous nos droits, mais moutons entre nous..... Voilà les touchants discours qu'on s'adressait ici et là, dans la presse, aux Académies, dans les rencontres de la clientèle. Bien plus, on se les adresse ancore aujourd'hui, sauf peut-être avec un peu moins de chaleur dans l'expression. Eh bien! la CHRONIQUE vous le dit, la CHRONIQUE fort désintéressée à tous les sujets de contestation, voici Bellone qui rentre sur nos domaines. Elle ne se montre pas encore à découvert; mais elle avance à pas de loup, elle se glisse dans l'ombre, et déjà un œil exercé peut apercevoir le bout de sa lance et l'œil flamboyant de son affreux hibou. Oui, si vous voulez bien suivre avec quelque attention les manœuvres respectives de certains adversaires *de la veille* rapprochés depuis février, vous reconnaîtrez que leur contact n'a déjà plus lieu sans des froisse-

NORWÉGE.

CHRISTIANIA, 8 janvier. — Des lettres de Bergen, du 31 décembre, nous apprennent que jusqu'à cette date le nombre des malades du choléra était de 92, et que sur ce nombre il y avait eu 60 décès.

RUSSIE.

SAINT-PÉTERSBOURG. — BULLETIN OFFICIEL DU CHOLÉRA.

Journée du 5 janvier . .	19 nouv. malades,	4 guérisons et	7 décès.
6 —	6 —	»	1 —
7 —	27 —	1 —	13 —
9 —	30 —	4 —	9 —
10 —	17 —	1 —	15 —
11 —	24 —	7 —	15 —

TURQUIE.

CONSTANTINOPLE. — D'après des lettres de cette ville, du 14 janvier, de nouveaux cas de choléra s'y étaient manifestés et y avaient occasionné plusieurs décès. M. P. Martorana, chargé d'affaires de Naples, a succombé à une atteinte de cette maladie.

Le choléra a fait aussi son apparition à Césarée, où, malgré la rigueur de la saison, il meurt environ 22 personnes par jour. On craint que l'épidémie, qui a éclaté à Larisse, ne fasse irruption en Grèce.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME. — RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

Nous voudrions bien qu'il en fût autrement; mais la chose est impossible à ce qu'il paraît. La presse médicale ne peut s'empêcher de suivre les errements de la presse politique : elle ne peut s'empêcher d'être partiale, systématique, passionnée, s'inspirant plus des hommes que des choses, usant plus de l'équivoque que de la logique, et préférant le triomphe de l'esprit à celui de la raison. Nous avions pourtant rêvé, et même espéré le contraire. Au début de la discussion, nous nous étions mis en frais d'une double campagne; et nous espérions, en nous prêtant loyalement à une discussion dans la presse qui pouvait égaler en utilité et en intérêt même la discussion qui s'agitait au sein de l'Académie, nous espérions, dis-je, contribuer à élever la destinée de l'une sans rien enlever à l'autorité de l'autre. Nous nous sommes grandement trompés, nous le confessons, et notre déception est d'autant plus pénible que nous nous y attendions moins. La presse, nous l'avons dit maintes fois, c'est la voix de tous, c'est l'opinion publique dans sa plus haute généralité; mais du moment qu'elle sert de porte-voix à des intérêts de partis, d'individus, d'amour-propre froissé, elle devient partiale et systématique comme le pire des systèmes.

Les réflexions qui précèdent partent bien plus d'une observation qui constate la loi des mauvaises comme des bonnes choses, que d'une préoccupation personnelle attristée par des revirements imprévus. Notre expérience en ces sortes de choses est grande, on le sait; elle nous a servi du moins à comprendre la véritable signification du précepte : *Nil mirari*.

Nous ne nous étonnons donc pas que la discussion sur le chloroforme, commencée dans la presse médicale sur un ton et avec des dehors parfaitement convenables, dégénère en un persiflage plus ou moins spirituel, en épigrammes plus ou moins dissimulées; en un mot, en une guerre personnelle dont le chloroforme n'est plus que le prétexte. Nous n'avons pas besoin d'insister beaucoup pour le démontrer : l'évidence ne se prouve pas, et le court résumé qui va suivre en dira plus qu'il n'est nécessaire pour ne laisser aucun prétexte à la contradiction.

La discussion pendante devant l'Académie peut se résumer dans les questions suivantes :

1° Est-il vrai que le chloroforme soit un agent toxique susceptible de déterminer rapidement la mort par lui-même?

2° Est-il vrai que les cas de mort observés à la suite de l'emploi du chloroforme, y compris le cas de M. Gorré, soient bien l'effet de son action toxique?

3° Est-il vrai que la mort rapide observée à la suite de l'emploi du chloroforme doive être attribuée à l'asphyxie, et celle-ci, quand elle existe, est-elle nécessairement le produit d'un manque d'air inhérent aux appareils?

4° Est-il vrai que, dans l'emploi du chloroforme, il faille préférer les appareils de précision aux moyens vagues, mouchoirs, éponges, compresses?

5° Est-il vrai qu'il faille indispensablement doser le chloroforme, et n'existe-t-il pas en outre des conditions particulières qui doivent, sous peine d'accidents graves, faire varier la dose dite normale?

6° Est-il vrai enfin *qu'aucune* de ces questions n'ait été résolue dans le rapport, ou du moins que celles des solutions qui y ont été proposées soient contraires à l'observation, à l'expérience et à la saine logique, et repoussées par ceux-là mêmes qui ont signé le rapport?

Voilà, si nous ne nous trompons, la quintescence, le véritable programme de la discussion. Nous pensons qu'il comprend toutes les questions importantes qui ont été soulevées, et dont la solution importe à la science et à l'humanité. Si cela est, et si surtout l'Académie et l'expérience prononcent dans le sens que nous avons toujours défendu, n'avons-nous pas le droit d'être surpris que, d'une part, on accuse la GAZETTE MÉDICALE d'être seule de son avis, et de l'autre, qu'on attribue à ses contradicteurs le mérite des solutions qu'elle aura contribué à faire prévaloir? Faisons donc notre examen dans ce double but.

PREMIÈRE QUESTION. — *Est-il vrai que le chloroforme soit un agent toxique susceptible de déterminer rapidement la mort par lui-même?* Réponse du rapport : « L'empoisonnemrnt s'opère avec une *telle lenteur* » chez les animaux, qu'il n'est pas probable qu'il arrive *jamais* chez » l'homme, lorsque le chloroforme sera administré par des mains chirur- » gicales; on le comprendrait plus facilement comme ressource du sui- » cide (page 245). » — M. le rapporteur a corroboré cette déclaration d'un *défi* formel de produire la mort chez les animaux en une minute. Or nous avons prouvé, de concert avec M. Sédillot, avec M. Plouviez (de Lille), et d'accord avec les observations cliniques de M. Blandin, que le chloroforme peut anéantir la sensibilité en quelques secondes, et produire la mort en une minute. A notre tour, nous défions M. le rapporteur d'inhaler 12 grammes de chloroforme pendant deux minutes.

DEUXIÈME QUESTION. — *Est-il vrai que les cas de mort observés à la suite de l'emploi du chloroforme, y compris le cas de M. Gorré, soient bien l'effet de son action toxique?* Réponse du rapport : Sur huit cas de mort attribués au chloroforme, *trois* seulement peuvent être attribués à

---

ments assez prononcés, et qu'ils ne peuvent aller loin sans s'écorcher au vif. Les compliments ne s'arrêtent pas pour cela, mais l'hostilité n'y perd rien. On se hait tendrement, on se caresse de la façon la plus dangereuse, et l'on pratique la maxime de Voltaire : « Embrassez les genoux de votre ennemi..... pour le mieux jeter par terre. »

Il faut dire les choses clairement. Dès l'origine, dans la presse et ailleurs, il a paru au feuilleton que les témoignages effectifs d'un amour de la concorde avaient été fort inférieurs en nombre et en qualité aux protestations. Paroles mielleuses et doucereux procédés à foison, mais la griffe était là-dessous, griffe de chat, preste, adroite, ne se montrant qu'à point et rentrant quelquefois si vite qu'on n'aurait pas eu le temps de l'apercevoir s'il n'y avait pas eu quelqu'un intéressé à savoir d'où était venue l'égratignure. Le feuilleton croit avoir découvert plusieurs variétés de cette espèce de chat. Le chat académicien, par exemple, est très-rusé et sournois; mis en présence d'un ancien adversaire, il ne l'attaque jamais en face; mais bientôt, tournant autour de lui et le prenant par derrière, il lui enfonce brusquement la griffe dans les chairs et se cache dans la foule. C'est peine perdue, le finot étant reconnu à tout coup; mais il fuit par instinct de nature. Ce coup de griffe, en langue vulgaire, veut dire tantôt un obstacle suscité dans l'ombre à une candidature, tantôt un manége plus ou moins adroit pour chipper un tour de parole, et cent autres tours de cette façon. Le chat de la presse est un peu plus embarrassé pour ses malices, mais il n'en est que plus curieux à observer. Obligé de travailler en public et ne voulant avoir l'air méchant envers personne, il fait semblant de faire patte de velours à tout le monde, mais en ayant soin d'allonger un peu la griffe de temps à autre et le plus secrètement possible quand la caresse s'adresse à une vieille antipathie. L'antipathie ne fait pas mentir le proverbe; elle crie quand on l'écorche. C'est ce que le chat de la presse attendait. Il accuse aussitôt l'écorché de crier pour rien, d'avoir un mauvais caractère, de chercher une querelle, et, pour lui apprendre à être plus patient, le blesse un peu plus profondément. A chaque plainte, la griffe sort d'un cran, tant et si bien que, si l'on n'y mettait ordre, ce serait bientôt un carnage.

Qu'est-ce que tout cela? Domination de l'instinct, défaillance de caractère; nous n'y voulons pas voir autre chose. C'est peut-être, c'est sans aucun doute de la meilleure foi du monde qu'on s'est enrôlé après février sous la bannière de la concorde. On se laisse aisément ravir à une pensée généreuse, on l'adopte avec chaleur, on s'en fait au besoin une devise; puis, quand il s'agit de prêcher d'exemple, votre serviteur. Il faut une grande rectitude d'esprit et de cœur, et plus de force de volonté qu'on ne s'imagine communément, pour faire en un jour abnégation de toute rancune et de toutes préventions, pour transformer un ancien adversaire en un homme nouveau à l'égard duquel rien n'invite plus à marchander la bienveillance et la justice, pour rester sourd aux perfides suggestions du dehors et aux mauvaises impulsions du dedans. Nous faisons la part large aux faiblesses de la nature humaine. Néanmoins on doit comprendre que bénéficier tout à la fois des démonstrations d'une fausse amitié et des manifestations d'une hostilité réelle, serait un rôle un peu trop commode, et que ceux aux dépens de qui il s'exercerait ne sauraient s'en arranger longtemps.

— Il est bien tard pour revenir sur la célèbre affaire des deux doyens. Ce

cet agent; et quant au cas de M. Gorré, « nous n'hésitons pas à le dire, le » chloroforme, comme agent toxique, n'a *en rien* contribué à cette mort (page 214). » MM. Blandin et Rochoux sont d'un avis diamétralement opposé; pour eux il n'y a aucun doute : le chloroforme a causé la mort dans tous les cas. Pour M. Velpeau, *membre de la commission*, *rien* ne prouve que le chloroforme soit *complétement* étranger à la mort de la malade de M. Gorré; pour M. Roux, *membre de la commission*, le chloroforme a été la *cause occasionnelle* de la mort dans tous les cas. M. le rapporteur est donc resté *seul* de son bord. Il ne faut pas même lui laisser M. Amussat, qui déclare, il est vrai, que les *éléments manquent* pour établir que la mort ait été causée par le chloroforme chez la malade de Boulogne; ce qui est fort loin de cette proposition du rapporteur : « Le chloroforme n'a en rien contribué à cette mort. » Quant à nous, nous avons cherché à établir que, dans les divers cas de mort attribués au chloroforme, les circonstances individuelles, les appareils et les doses employés, la rapidité de la mort, les symptômes sur le vivant, les caractères nécroscopiques (couleur et consistance du sang, emphysème pulmonaire, et jusqu'à la présence de gaz dans les vaisseaux), ne permettent pas de méconnaître l'action toxique du chloroforme.

Troisième question. — *Est-il vrai que la mort rapide observée à la suite de l'emploi du chloroforme doive être attribuée à l'asphyxie, et l'asphyxie, quand elle existe, est-elle nécessairement le produit d'un manque d'air inhérent aux appareils?* Réponse du rapport : « Dans mes » premières communications, j'avais signalé l'asphyxie comme le *danger » principal* de l'éthérisation (page 247), » et en conséquence de cette doctrine, c'est l'asphyxie qui a déterminé la mort chez les animaux chloroformisés par les médecins d'Édimbourg, par M. Sédillot, et chez les trois *seuls* sujets que le rapport admette comme victimes du chloroforme. Pour tous ces cas, M. le rapporteur trouve les causes de l'asphyxie, c'est-à-dire de la mort, dans la disposition physique des appareils. M. Amussat, *membre de la commission*, est d'avis que *toujours* l'asphyxie est le produit de l'intoxication; M. Roux, *membre de la commission*, pense que dans les cas de mort attribués par le rapport à l'asphyxie mécanique, celle-ci y entre *au plus* pour un vingtième; M. Blandin est formellement d'un avis opposé au rapporteur, et met tout sur le compte de l'action toxique du chloroforme. Quant à nous, nous croyons avoir prouvé par des expériences : 1° que l'asphyxie n'est pas absolument liée à la chloroformisation; 2° que l'asphyxie, quand elle existe, tient à l'action toxique du chloroforme; 3° que des doses élevées de chloroforme tuent rapidement l'animal sans asphyxie préalable.

Quatrième question.—*Est-il vrai que, dans l'emploi du chloroforme, il faille préférer les appareils de précision aux moyens vagues, éponges, mouchoirs, compresses, etc ?* Sur ce point, le rapport est complétement muet. Il ne parle de certains modes d'administration du chloroforme comme dangereux, qu'eu égard *à l'asphyxie*. Or nous avons établi, de concert avec M. Blandin, et avec l'approbation de M. Roux, *membre de la commission*, que les appareils de précision sont de beaucoup préférables : de plus, notre remarque — établissant que dans tous les cas, moins un, de mort causée par le chloroforme, on s'était servi de mouchoirs ou d'éponges, et non d'appareils précis, — a été considérée par M. Roux comme importante, et susceptible de servir de base à des inductions pratiques fort utiles.

Cinquième question. — *Est-il vrai qu'il faille indispensablement doser le chloroforme, et n'existe-t-il pas en outre des conditions particulières qui doivent, sous peine d'accidents graves, faire varier la dose normale?* Explicitement, silence absolu du rapport sur ces deux questions, et implicitement, applications, réflexions, conclusions, qui prouvent que M. le rapporteur n'en tient aucun compte. Cependant nous avons prouvé, par des expériences directes, que les effets physiologiques et toxiques du chloroforme varient suivant les doses, et MM. Blandin et Roux, *membres de la commission*, sont d'avis, comme nous, qu'il y a des cas, autres que les irritations des voies aériennes et les maladies du cœur et du poumon indiquées dans le rapport, où il convient de s'abstenir, de diminuer les doses et la durée de l'inhalation : les femmes, les enfants, les sujets affaiblis par la maladie ou les pertes de sang, etc.

Sixième question. — *Est-il vrai, enfin, qu'aucune de ces questions n'ait été résolue dans le rapport, ou du moins que celles des solutions qui y ont été proposées, soient contraires à l'observation, à l'expérience, à la saine logique, et repoussées par ceux-là même qui ont signé le rapport?* La réponse à cette double question est tout entière dans ce qui précède.

Relativement à la première, à la qualité toxique du chloroforme, M. le rapporteur ne la regarde pas comme suffisante pour produire la mort entre les mains des chirurgiens : M. le rapporteur est maintenant seul de son avis.

Relativement à la deuxième, aux cas de mort attribuée au chloroforme, et au cas de M. Gorré en particulier, M. le rapporteur est aujourd'hui seul à soutenir que, dans ce dernier cas, le chloroforme n'a *en rien* contribué à la mort. M. Rochoux n'a-t-il pas affirmé que l'Académie devrait déclarer unanimement le contraire?

Relativement à la troisième, à l'asphyxie, M. le rapporteur est le seul aujourd'hui a soutenir que c'est à cette cause qu'il faut attribuer la mort chez les sujets empoisonnés par le chloroforme.

Relativement à la quatrième, c'est-à-dire aux appareils de précision, il n'en est dit mot dans le rapport.

Relativement à la cinquième, c'est-à-dire au dosage du chloroforme et aux circonstances susceptibles d'accroître le danger de la dose normale, même silence.

Et pourtant, on l'a vu, sur tous les points nous avons présenté des solutions différentes de celles de M. le rapporteur ou entièrement opposées à ces solutions; et l'on a vu en outre que, sur tous ces points, nous nous sommes trouvé d'accord avec la majorité des membres qui ont pris la parole. Ce qui prouve que la commission est elle-même disposée à modifier, *proprio motu*, les conclusions de M. le rapporteur, c'est qu'elle n'a pas voulu qu'elles fussent discutées avant d'avoir subi des modifications plus ou moins profondes. Or ces modifications n'auront pas précisément pour but et pour résultat de prouver que l'observation, l'expérience et le raisonnement de M. le rapporteur auront été parfaitement orthodoxes. Nous disons à dessein, de M. le rapporteur, car il est bien l'auteur de son œuvre, c'est bien à lui et à son œuvre comme de lui que nos critiques se sont adressées; et c'est vraiment à l'aide d'une équivoque par trop grossière qu'il est parvenu à mettre la commission entre lui et nous, pour faire supporter par cette dernière les traits qui s'adressaient directement et exclusivement à lui.

Est-il nécessaire maintenant de répondre à ceux qui, dans la presse médicale, ont pris fait et cause pour le rapport et le rapporteur? Sont-ils réellement fondés à nous déclarer le *seul contradicteur du rapport*, et sur-

---

n'est pas la faute de la Chronique, qui n'a pas le pouvoir d'arranger la succession des événements au gré de ses régulières habitudes. Elle aura seulement la sagesse de ne pas s'y arrêter longtemps. Aussi bien le débat qui s'est engagé à cette occasion à l'assemblée nationale a bien éclairci les choses, et nous ne pourrions, quant aux faits, que répéter M. de Falloux et M. Trousseau, et nous répéter nous-mêmes. Mais nous tenons à nous laver de deux reproches qui nous ont été adressés au sujet de notre récente intervention dans cette affaire. Nous aurions eu tort de la transporter dans la presse avant les explications publiques des deux parties, et de plus nous aurions dû blâmer tout au moins le procédé suivi pour la destitution de M. Bouillaud.

Les explications des deux parties? Eh! pourquoi faire? Si l'on suppose que le témoignage d'une seule partie est suspect, suspect aussi doit être le témoignage de l'autre, et cela ne fait, tout compté que deux négations qui, dans l'espèce, sont loin d'équivaloir à une affirmation. Une affirmation, dans un sens ou dans un autre, émanée de cette source, ne saurait être qu'une déduction de l'esprit. Quand on n'a pas d'autre élément de conviction, il faut bien se contenter de celui-là. Mais ici nous avions beaucoup mieux. Les explications que n'avaient données ni l'ancien doyen ni le nouveau (nous voulons dire le moins ancien), elles avaient été fournies amplement, et avec une bien autre garantie d'impartialité, par trois commissions successives qui, unanimement, *n'avaient pas donné raison à M. Bouillaud*, pour nous servir de l'honnête langage du ministre de l'instruction publique. Vraiment, c'est singulier, on ne veut pas que nous soyons modestes! On ne veut pas que nous nous en rapportions plus à trois commissions, composées des hommes les plus intègres et jugeant sur pièces qu'à nous-mêmes! Et encore, quand nous disons que nous avons été modestes, nous mentons effrontément; nous avons bel et bien exprimé une opinion personnelle; car ces commissions ne s'étaient pas bornées à répondre au ministre par oui ou par non; elles avaient longuement motivé leurs conclusions, elles avaient largement étalé les faits de la cause de manière à ce que chacun pût en apprécier le vrai caractère. Nous avons conclu avec les commissions que M. Orfila n'avait pas plus péché du côté de l'intégrité que du côté de l'habileté, parce qu'il n'y avait pas moyen de conclure autrement. Qu'eussent appris de plus les explications de M. Bouillaud? S'il en avait de bonnes à donner, que ne les donnait-il, quand on l'y invitait de toutes parts? Pourquoi ne les a-t-il pas encore données à l'heure qu'il est? Dans les brèves confidences qu'il a daigné faire à un journal, comment motive-t-il son refus obstiné de viser les mémoires de l'ancienne gestion? Ce *visa* eût obéré le budget de l'école pour l'année courante. Et cette raison est la seule qu'il ait le droit d'invoquer; car la sincérité des mémoires était à ce moment jugée, et la décision était obligatoire pour M. Bouillaud plus encore que pour tout autre. Eh bien! nous ne savons ce qui en est de ce grand accroc qu'eût fait subir au budget le visa des anciens mémoires. Mais à qui persuadera-t-on que l'école en eût souffert dans ses besoins essentiels? Comment imaginer qu'un payement opéré, non pas seulement avec consentement, mais par ordre exprès du ministre, n'eût pas été couvert dans l'année, s'il eût été nécessaire, par un ordonnancement de fonds spécial? Sur ce point donc, nous étions suffisamment autorisés à nous prononcer, comme on a vu, nettement et sans réticence, et nous avertissons nos censeurs que nous sommes sans le moindre remords.

tout, des treize autorités qui l'ont signé ? Nous avons trop bonne opinion de nos adversaires pour le croire. Nous laissons donc de côté les rapprochements forcés, les contradictions supposées, les interprétations officieuses, en un mot, toutes les petites ruses de guerre destinées à détourner l'attention des points fondamentaux de la discussion ; et nous nous plaisons à croire qu'un dernier appel à une discussion sérieuse, et à une appréciation impartiale, leur fera abandonner à qui n'a pas d'autres ressources, les subterfuges, les équivoques et les lazzis.

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES COMATEUSES QUI ONT RÉGNÉ, EN 1847, DANS LA SUBDIVISION DE TLEMCEN, NOTAMMENT A SEBDOU; par MM. E. SONRIER, chirurgien en chef de l'hôpital de Sebdou, lauréat de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, et FÉLIX JACQUOT (de Saint-Dié), médecin des hôpitaux militaires.

AVANT-PROPOS.

Nous avons écrit l'histoire de toutes les fièvres qui ont sévi, en 1847, dans la province d'Oran. Ce vaste travail, dont nous ne pourrons donner que des fragments, nous a conduits à des conclusions importantes que nous allons résumer en quelques mots.

Le fond commun de toutes ces affections consiste dans une intoxication produite par un même agent, le miasme paludéen. Le sulfate de quinine s'attaque à la cause même de la maladie, à l'intoxication.

Malgré l'identité du fond de toutes ces fièvres, elles revêtent des formes bien différentes. La diversité de la phénoménisation vient de nombreuses causes, dont les principales sont : l'intensité du miasme ; la disposition, l'état de santé ou de maladie de l'individu imprégné ; les accidents et les épiphénomènes qui surchargent la fièvre ; le siége de ceux-ci dans les différents organes; enfin les perturbations ou les influences météorologiques régnantes.

Pendant qu'on dirige le sulfate de quinine contre l'intoxication, on doit en même temps employer des médications variées contre les accidents qui constituent la forme, ces accidents dépendant souvent de lésions trop profondes pour céder d'elles-mêmes quand on a détruit la cause qui les a fait naître.

Notre position nous a permis de recueillir tous les documents nécessaires pour mener à bonne fin ce travail, l'un de nous ayant traité dans son hôpital tous les hommes englobés dans l'une des plus curieuses et des plus graves de ces épidémies ; l'autre ayant suivi la marche de ces fièvres sur ces mêmes hommes appartenant à un régiment, ayant en outre assisté à plusieurs autres épidémies dans différents postes et camps, et ayant enfin réuni l'histoire des fièvres qui ont régné à la même époque dans les autres localités (1).

Ce travail dépassant de beaucoup le cadre qui nous est imposé, nous ne présenterons aujourd'hui que l'histoire des fièvres comateuses. Les fièvres pernicieuses de Sebdou nous fourniront la matière principale ; mais il nous a paru nécessaire de dire auparavant quelques mots des fièvres comateuses moins graves que nous avons observées dans les circonscriptions voisines. Nous passerons ainsi des formes les plus simples et les plus bénignes aux formes les plus graves, et l'on pourra suivre la progression ascendante de ces pyrexies, depuis les intermittentes, dégagées de toute complication, jusqu'aux pernicieuses foudroyantes.

Nous désignerons toutes ces fièvres sous le nom générique de *comateuses*, le mot *coma* représentant pour nous tous les degrés de l'hyposthénie de la vie de relation ; mais nous en caractériserons les diverses nuances en divisant nos fièvres comateuses en *somnolentes*, *soporeuses* et *carotiques*.

CHAPITRE Ier.

FIÈVRES PALUDÉENNES SOMNOLENTES.

Elles ont régné, en 1847, dans presque toutes les localités de la subdivision de Tlemcen qui sont ordinairement sujettes aux fièvres. Nous en avons suivi quatre épidémies : celle d'Aïn-Temouchent, qui s'est développée à la fin de l'été et a duré tout l'automne ; une seconde au camp d'Oued-Chouli, en septembre ; une troisième au camp, sur les bords de l'Isser, en septembre ; enfin nous avons étudié les nombreux cas qui se sont mêlés, à Sebdou, aux formes plus graves dont nous traiterons plus tard.

A Aïn-Temouchent, toute la garnison à peu près a été malade, mais il n'y a eu que peu de morts ; à Oued-Ehouli, les deux cinquièmes des hommes ont été atteints, et à l'Isser, plus des trois quarts. Les fièvres ont été plus graves dans ces deux camps qu'à Aïn-Temouchent, et si nous n'avons eu aucun mort, nous le devons : 1° à un traitement énergique et prompt ; 2° à notre précaution d'évacuer immédiatement les hommes qui nous inspiraient des inquiétudes, sur l'hôpital de Tlemcen, qui compta plusieurs décès.

Nous ne dirons rien des fièvres intermittentes simples qui ont figuré en majorité dans notre nombre total de pyrexies paludéennes ; nous ne les signalons ici que pour représenter le premier degré de l'échelle.

Les fièvres somnolentes peuvent être ainsi caractérisées : type quotidien, quelquefois double quotidien, double tierce, tierce ; intermittentes ou rémittentes ; état bilieux très-prononcé avec vomissements, etc. ; céphalalgie et le plus souvent rachialgie ; affaiblissement des forces et somnolence.

Les deux cinquièmes de nos fièvres somnolentes ont offert les caractères suivants : intermittence franche, stades de frisson, de chaleur et de sueur : frisson rarement de longue durée, mais le plus souvent passager, partiel, courant dans les jambes, les lombes, etc. La chaleur se prolonge davantage,

(1) M. Catteloup nous a fourni des renseignements sur les fièvres de Tlemcen, M. Rioublan sur celles d'Aïn-Temouchent, M. Bolu sur celles de Daya et d'Oran, nos excellents amis Julia et Haspel sur celles de Sidi-bel-Abbès et de Mascara, etc.

Mais, au moins, fallait-il plaindre M. Bouillaud de la *forme insolite*, dit-on, suivant laquelle il a été destitué, et de la liberté qu'a prise le ministre de ne pas répondre à ses missives.

A vrai dire, nous serions assez disposés à plaindre M. Bouillaud...... pour la *forme*. Mais c'est pour le coup qu'il serait dangereux de se prononcer sur la seule plainte de la partie intéressée. On eût bien fait, en cette occasion, de prendre pour soi le conseil qu'on nous donnait. La destitution du doyen lui a été notifiée par le chancelier de l'Université : c'est déjà quelque chose. Quant au refus (si refus il y a) de réponse personnelle, *ce ne sont pas là nos affaires*, comme dit le bonhomme, et l'avenir nous en dira peut-être là-dessus plus qu'on ne pense. Nous engageons à beaucoup de prudence sur ce point.

— L'atmosphère chloroformique dans laquelle vit l'Académie de médecine depuis plusieurs mois n'endort pas les orateurs : elle n'émousse en aucune façon leur sensibilité, et tout ce qu'elle a pu faire jusqu'ici, c'est d'en suffoquer quelques-uns, particulièrement le rapporteur dont le travail se démolit à vue d'œil. C'est dans un de ces accès de suffocation qu'il a vomi, dans la dernière séance, la diatribe la plus acerbe contre un de ses contradicteurs. Nous ne sommes pas plus dégoûtés qu'un autre en fait de farces. Nous les supportons dans un dîner de garçons, *inter pocula* ; nous les trouvons mieux à leur place encore sur le théâtre de la foire ; mais à l'Académie de médecine, nous n'y trouvons qu'un charme médiocre. Aussi, est-ce uniquement à l'influence peu récréative du lieu que nous imputons de n'avoir gardé de la philippique de M. Malgaigne que le souvenir d'un amas de *lazzis* vulgaires, de méchantes équivoques, d'insinuations injurieuses et d'incroyables énormités scientifiques. Et puis, comme l'a dit un penseur : « Le plaisir de la critique nous ôte celui d'être vivement touchés de très-belles choses ; » en sorte que nous ferons bien de nous mettre en défiance contre nous-mêmes. Nous sommes même d'autant moins éloignés d'admettre que M. Malgaigne a dit à notre insu *de très-belles choses*, que c'est précisément l'avis d'un journal de ses amis. En tout état de cause, pour ne pas exposer les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE à perdre un beau morceau, nous l'avons recueilli aussi complétement que possible et ils pourront s'en régaler au *compte rendu* de l'Académie. Nous nous en rapportons avec confiance à leur goût littéraire (1).

Quant au fond de la harangue, nous n'y trouvons que trois choses à blâmer ; ce sont d'abord les trois arguments principaux dont elle se compose, et puis l'absence de tout argument sérieux.

M. Malgaigne estime que les raisons de son adversaire ne sont pas de poids, parce que le rapport a été élucubré au nom d'une commission de treize membres et que treize, en bonne arithmétique, valent plus que l'unité. Il n'y a qu'un petit malheur, c'est que la commission pas plus tard que demain doit se réunir pour modifier les conclusions de M. Malgaigne, et les modifier très-probablement dans le sens des opinions de son adversaire.

(1) Ce désir de la GAZETTE n'a pu être satisfait. On en trouvera le motif au compte rendu de l'Académie.

cinq, six et même huit heures. La sueur n'est profuse que par exception. Il arrive quelquefois que le froid et le chaud alternent à plusieurs reprises avant que les trois stades prennent leur cours normal. Tendance à l'assoupissement et demi-somnolence quand on laisse le sujet livré à lui-même. Intelligence un peu lente et paresseuse, mais non pervertie; nous n'avons observé le délire qu'une seule fois pendant l'accès. Diminution considérable des forces, tremblement, vertiges et quelquefois chutes quand le malade veut se tenir debout. Malaise, angoisses, céphalalgie vive et pulsative, pesanteur ou douleurs intenses à l'épigastre, rachialgie, et, dans quelques cas, douleurs dans les membres inférieurs. Tintements d'oreille, bluettes, pesanteur des paupières. Pouls variable, mais le plus souvent fréquent et mou, rarement accéléré et dur, plus rarement encore filiforme au plus fort de l'accès. Bouche amère, langue sèche et chargée de saburres jaunâtres et épaisses, soif, anorexie, vomissements bilieux répétés. La peau prend souvent une teinte subictérique; elle devient quelquefois d'un jaune très-prononcé. L'accès dure de quatre à neuf heures; quand il est terminé, il ne reste au malade que de l'anorexie, de la soif, de la faiblesse, de la pesanteur de tête, quelquefois de la céphalalgie.

Dans un cinquième des cas, nous avons affaire à une véritable fièvre larvée; on ne remarque pas les trois stades successifs, et l'accès n'est caractérisé que par des traînées de frissons partiels et quelques bouffées de chaleur, par du malaise, des douleurs dans la tête, les lombes, l'hypocondre ou l'épigastre, enfin par des nausées et des vomissements.

Dans les deux derniers cinquièmes, la fièvre est plus grave et devient rémittente. La somnolence commence avec l'accès; le sujet, couché en supination, incapable de se lever, est à demi isolé de tout ce qui l'entoure; il répond catégoriquement quand on l'interroge à haute voix, mais il retombe bientôt dans la somnolence. Son assoupissement est interrompu par les plaintes que lui arrachent la céphalalgie et les douleurs de l'épigastre ou des lombes. Entre deux accès, ces phénomènes laissent des traces : il y a encore un peu d'assoupissement et la céphalalgie n'a pas entièrement disparu. Les symptômes qui trahissent l'état bilieux sont les mêmes que dans les deux autres variétés.

Dans les trois nuances de fièvres somnolentes, le premier accès n'a pas ordinairement revêtu les caractères que nous venons d'indiquer; le plus souvent nous avons d'abord constaté de simples fièvres intermittentes avec état bilieux et céphalalgie, fièvres qui sont devenues somnolentes du deuxième au quatrième accès.

En prenant en considération que nous n'avons éprouvé que très-peu de pertes, et que celles-ci n'ont porté que sur des sujets qui, évacués sur l'hôpital de Tlemcen, ont eu d'autres accès accompagnés de divers accidents, on pourra refuser à ces fièvres le titre de pernicieuses; mais elles demeureront toujours des fièvres graves.

Un de nos malades de Oued-Chouli, envoyé à l'hôpital de Tlemcen, y a succombé à un accès somnolent : M. Catteloup, médecin en chef, a trouvé la cavité arachnoïdienne distendue par de la sérosité. C'est là la seule autopsie que nous connaissions.

Dans un même chapitre, nous parlerons du traitement de toutes nos espèces de fièvres comateuses.

CHAPITRE II.

FIÈVRES PALUDÉENNES SOPOREUSES.

Cette forme tient le milieu, pour la gravité des symptômes, entre les fièvres somnolentes et les fièvres carotiques. Nous ne tracerons pas le tableau complet de sa phénoménisation; on l'obtiendra en prenant un moyen terme entre les deux degrés extrêmes. Nous ferons seulement ressortir les différences qui séparent nos fièvres soporeuses des deux formes voisines.

Dans les pyrexies paludéennes somnolentes, la sensibilité tactile générale est peu émoussée, et le collapsus des membres est à peine appréciable ou n'existe pas; le malade est accessible à toutes les impressions, pourvu que l'agent qui les provoque ait une certaine énergie; l'opisthotonos, le strabisme et la dilatation de la pupille ont toujours manqué; mais, en revanche, ces fièvres sont caractérisées par un état bilieux bien plus marqué et par des douleurs lombaires et épigastriques plus constantes et plus aiguës.

Dans les fièvres soporeuses, le coma est moins profond que dans les carotiques, et le collapsus des membres n'est pas une véritable paralysie portant sur tous les muscles, excepté sur ceux de la région postérieure du cou et quelquefois du tronc. Les soporeuses naissent à peu près toujours de pyrexies intermittentes ou rémittentes bilieuses qui s'aggravent plus ou moins rapidement; les carotiques, comme nous allons le voir, n'ont pas été engendrées de cette façon. Dans les premières, la mortalité a été très-faible, et les sujets ont pu supporter trois, quatre et même un plus grand nombre d'accès; dans les secondes, les décès ont été très-nombreux et les malades ont souvent succombé au premier accès et n'ont à peu près jamais résisté au second. Dans les pyrexies soporeuses, l'opisthotonos, le strabisme et la dilatation des pupilles, phénomènes constants dans la forme carotique, ont été bien moins prononcés et même ont quelquefois manqué tout à fait; le trismus n'a pas non plus été observé. Enfin, nous ferons remarquer que l'état bilieux, si caractérisé dans nos fièvres somnolentes, et les douleurs si vives du rachis et de l'épigastre, semblent s'effacer, s'absorber de plus en plus dans l'état comateux et dans le collapsus général, à mesure que ceux-ci augmentent; de sorte que ces phénomènes pâlissent déjà dans la forme soporeuse et disparaissent à peu près entièrement dans la fièvre carotique.

Les symptômes n'étant pas les mêmes, le pronostic et la marche étant différents, les exigences thérapeutiques étant bien plus urgentes dans un cas que dans l'autre, il nous a paru utile, pour la description comme pour la pratique, d'accorder un cadre à part à chacune de ces formes.

L'observation qui suit donnera une idée de la marche, des symptômes et du traitement des fièvres soporeuses; elle est d'ailleurs remarquable par l'opiniâtreté des accès comateux à revenir malgré l'emploi quotidien du sulfate de quinine; enfin, c'est le seul exemple, dans notre épidémie, d'un sujet ayant résisté à une série si prolongée d'accès de cette nature.

FIÈVRE QUOTIDIENNE PENDANT TROIS JOURS : TROIS RECHUTES ET NOMBREUX ACCÈS SOPOREUX; GUÉRISON.

Obs. I. — Valter, du 5e de ligne, 26 ans, vingt et un mois d'Afrique, n'y a pas été malade; constitution faible, tempérament lymphatico-sanguin; est apporté

M. Malgaigne s'étonne qu'on prétende substituer une méthode philosophique à la sienne, attendu qu'il n'y en a, qu'il ne saurait y en avoir qu'une, laquelle, par parenthèse, a été inventée par Bacon. Nous serions curieux de savoir, puisqu'il n'y a qu'une méthode et qu'elle date de Bacon, comment on s'y prenait avant lui pour philosopher. Il paraît qu'on se passait de méthode!

M. Malgaigne reproche à son contradicteur de n'avoir pas rempli lui-même le programme qu'il avait formulé dans son premier discours. Le contradicteur de M. Malgaigne était-il tenu à refaire en entier le travail de la commission? Voilà toute la question.

Quant à des arguments positifs, nous l'avons dit, pas l'ombre. A la place d'une appréciation des expériences de son adversaire, il a fallu se contenter de plaisanteries sur les grenouilles. Vous ne sauriez croire combien les grenouilles soumises à l'emploi du chloroforme avaient mis M. Malgaigne en belle humeur! A toutes les objections de son adversaire, à tous les reproches, à toutes les démonstrations, il n'a répondu qu'un mot : *Grenouille*. Vous prouvez, dites-vous, que le chloroforme peut tuer sans asphyxie? — *Grenouille*. — Que le chloroforme possède des propriétés toxiques? — *Grenouille*. — Et que le malade de Boulogne et d'autres encore sont morts de cette façon? — *Grenouille*, vous dis-je, cent fois *grenouille*. En un mot, *grenouille* a été le *tarte à la crème* de M. Malgaigne. Sans doute c'est une bien petite bête relativement à l'homme; mais enfin, nous en demandons bien pardon à M. Malgaigne, en physiologie comme en autre chose, les plus grosses bêtes ne sont pas toujours les meilleures.

—On écrit d'Angoulême, le 20 janvier: « Depuis quelque temps, une épidémie très-grave de petite vérole exerce ses ravages sur la commune de Nérac. M. le préfet, prévenu un peu tard par l'administration municipale, s'est empressé d'envoyer sur les lieux M. le docteur Gigon, médecin vaccinant, pour observer la maladie et s'entendre avec l'autorité locale afin de porter aux nécessiteux les secours de toute nature qui peuvent arrêter ou atténuer le fléau. Voici les principaux renseignements que nous nous sommes procurés : l'épidémie règne depuis deux ou trois mois au moins; elle a frappé 52 individus sur une population agglomérée de 400 âmes; de ce nombre 7 sont morts, 30 environ sont encore en traitement. Mais ce qu'il est très-important de noter, c'est qu'aucune des personnes mortes n'avait été vaccinée. Il est impossible de trouver un exemple plus frappant de la puissance de l'inoculation vaccinale. Un certain nombre de personnes, il est vrai, déjà vaccinées, ont éprouvé quelques atteintes du fléau; mais chez aucune la maladie n'a présenté de gravité et n'a laissé de traces. »

— M. le docteur Auzias-Turenne commencera son nouveau Cours de Médecine opératoire, le mercredi 31 janvier 1849, à une heure, à l'École pratique.

On s'inscrit, pour répéter les manœuvres, auprès de M. Auzias, à l'École pratique, ou chez lui, 12, rue d'Enfer.

à l'hôpital le 30 août, le matin à dix heures. Il a depuis trois jours une fièvre quotidienne s'accompagnant, pendant l'accès, de vertiges, de chute, de violente céphalalgie.

Décubitus dorsal, immobilité; résolution des membres; sensibilité générale profondément émoussée, mais il a perception des objets extérieurs et témoigne de la douleur par la contraction de la face, quand on lui presse l'épigastre. Facies pâle et empreint de stupeur; paupières supérieures abaissées sur le globe de l'œil, un peu de strabisme divergent, pupilles dilatées, mais se contractant légèrement sous l'influence de la lumière; trismus; langue sèche, dysphagie, ventre souple, une selle liquide involontaire; respiration fréquente et vite, avec contraction spasmodique de quelques muscles du cou; pouls fréquent et assez développé; peau chaude et baignée de sueur; soubresauts de tendons. (Prescription : Diète; limonade gommeuse; saignée de 400 grammes qui donna un caillot noirâtre volumineux, sans couenne, nageant dans une petite quantité de sérosité; 2 ventouses scarifiées à la nuque; sulfate de quinine, 3 grammes.) — A trois heures, le malade est mieux, l'accès se termine; on obtient quelques réponses, le pouls est à peu près normal et la peau inondée de sueur.

31 août. Bon sommeil, amélioration sensible, intelligence nette. (Prescription : diète; limonade gommeuse; sulfate de quinine, 3 grammes à prendre de suite.) — La fièvre revient à dix heures, accompagnée des mêmes symptômes. Sinapismes aux mollets. L'accès cesse vers quatre heures.

1er octobre. La fièvre ne reparaît pas; la langue se nettoie du fuligo commençant qui la brunissait depuis la veille, elle est libre dans tous ses mouvements; la céphalalgie existe le matin et cesse dans la journée. (Prescript. : Bouillon; pruneaux; limonade gommeuse; 2 ventouses scarifiées à la nuque; sulfate de quinine, 2 grammes.)

2. Pas d'accès, état très-satisfaisant. (Prescript. : Quart; soupe maigre; pruneaux; limonade gommeuse; sulfate de quinine, 2 grammes.)

3, 4. Le malade reprend des forces. (Prescript. : Quart, côtelette, légumes, quart de vin; limonade tartrique; sulfate de quinine, 0,8 et vin de quinquina.

5. L'accès reparaît à dix heures, mais il est moins grave que la première fois; vive douleur à l'épigastre. Il ne dure que deux heures. Grande faiblesse. (Prescript. : Limonade gommeuse; 3 ventouses scarifiées à l'épigastre; sulfate de quinine, 1,5.)

6. L'accès revient avec un peu moins d'intensité, à la même heure. (Sulfate de quinine, 1 gramme et demi.)

7, 8, 9, 10. L'accès manque. Débilité extrême. On augmente progressivement l'alimentation, et l'on continue le sulfate de quinine à 1 gramme chaque jour.

11 à 17. L'accès reparaît le 11 avec la même intensité que le 5, et à la même heure; il revient tous les jours jusqu'au 17. Sueurs très-abondantes au troisième stade, affaiblissement extrême, langue toujours saburrale, épigastre douloureux à la pression, anémie, flaccidité des chairs, œdème des pieds. (Prescript. : Alimentation assez substantielle; eau gommeuse nitrée; un purgatif pour remédier à un peu de constipation; frictions avec teinture de scille et de digitale; sulfate de quinine et vin de quinquina à doses variables selon l'impressionnabilité de l'estomac fatigué.)

Du 17 au 24, pas d'accès. Le malade ne veut plus de quinine.

Du 25 au 29. L'accès attaque avec la même vigueur notre sujet plongé dans une débilité extrême. Il reparaît chaque jour jusqu'au 29 avec une intensité décroissante. Nous donnons des toniques et des aliments.

A partir du 30, l'accès ne se montre plus, le malade reprend des forces, et lorsqu'on l'évacue, le 9 octobre, sur Tlemcen, il est déjà assez bien rétabli.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR UN KYSTE AU DEVANT DU SAC LACRYMAL GUÉRI PAR LA CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE D'ARGENT ET LES INJECTIONS IODÉES; DÉDUCTIONS CLINIQUES; par CH. DEVAL, D. M. P.

Les tumeurs qu'on rencontre dans la région du sac lacrymal sont presque toutes constituées par un développement anormal de cette poche membraneuse, tantôt le siége d'une inflammation aiguë, tantôt, phénomène plus commun, occupée par une inflammation chronique. Une éminence, d'un rouge foncé, souvent réniforme, accompagnée de douleurs et de fièvre, présentant en un mot tout le cortége symptomatique d'un véritable phlegmon, dénote un travail phlegmasique aigu au réservoir lacrymal (dacryocystite phlegmoneuse); une protubérance d'ordinaire sans changement de couleur à la peau, ovalaire ou bilobée, indolore, en annonce l'inflammation chronique (tumeur lacrymale des auteurs; dacryoblennorrhée); engendrée et entretenue par une sténochorie plus ou moins considérable ou par une atrésie du conduit nasal, vérité sur laquelle l'illustre Anel attira l'un des premiers l'attention, elle se vide le plus habituellement par la pression du côté de l'œil, et plus difficilement vers la narine, pour renaître par une nouvelle accumulation de mucosités mêlées de larmes. Des tumeurs étrangères au sac lacrymal peuvent toutefois surgir dans la région de cet organe; aiguës ou chroniques également, elles méritent d'autant plus de fixer l'attention des praticiens qu'on les a plus d'une fois confondues avec des lésions propres au réservoir. Tel est l'anchylops, phlegmon localisé dans les tissus qui couvrent le sac. Un jeune officier, traité par le docteur Besson, portait à l'angle interne de chaque œil une tumeur indolente, et qui paraissait avoir pris naissance sur le tendon de l'orbiculaire, auquel elle adhérait, avec cette différence qu'à droite le tendon direct la séparait en deux segments, disposition qu'offrent certaines tumeurs lacrymales, tandis qu'elle était située au-dessus de lui, à l'œil gauche. Aucune sécrétion anormale n'existait du côté du bulbe. Extirpées à dix jours d'intervalle, les deux excroissances étaient akystiques, d'un blanc grisâtre, entièrement fibreuses (1). Dans d'autres cas, il s'agit d'un kyste. Un vieillard, dont parle M. Hubert Rodrigues (2), mourut des suites d'une fracture du col du fémur, présentant depuis longtemps une protubérance entre la racine du nez et la commissure interne. La dissection fit découvrir au-dessous de la peau quelques fibres musculaires pâles et écartées les unes des autres; puis, sous ces fibres qui dépendaient de l'orbiculaire, une poche olivaire gonflée par un liquide et dont l'une des extrémités soulevait le tendon du muscle. La ponction amena une sérosité trouble; une injection pratiquée par le canal nasal du même côté remplit le sac et poussa en avant la paroi postérieure du kyste ouvert; il y avait donc séparation complète entre la cavité naturelle et la cavité morbide. « Je crois, ajoute l'auteur, que ce kyste n'est que l'expression pathologique d'une petite poche synoviale existant normalement entre la paroi fibreuse du sac et le muscle orbiculaire, au-dessous du tendon direct. »

OBS. — Gourdaux (Etienne-Alexis), âgé de 52 ans, tonnelier, demeurant à Paris, rue Cuvier, vint à mon dispensaire le 10 septembre 1847. Cet homme, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, avait été atteint aux deux yeux, il y avait une année environ, d'une conjonctivite intense; la guérison en fut rapide; c'était, d'après ses souvenirs, la seule maladie oculaire dont il eût jamais été affecté. Le motif pour lequel il réclamait nos avis était une tumeur située dans la région du sac lacrymal gauche, et dont l'origine remontait à une époque antérieure à celle de l'invasion de l'ophthalmie; après avoir grossi lentement, sans inflammation, sans douleur, sans opposer d'obstacles au cours des larmes, elle s'était arrêtée dans son développement et restait depuis trois ou quatre mois stationnaire. La comprimant avec le doigt, je fus frappé d'une circonstance exceptionnelle dans les protubérances chroniques de cette région : c'était sa résistance, sans diminution aucune et sans évacuation par les points lacrymaux et par la narine. Ovalaire, rénitente, sans altération de coloration aux téguments, fixe et paraissant intimement unie aux tissus sous-jacents, elle avait à peu près le volume d'une aveline. L'idée d'un kyste vint à mon esprit. Après avoir prescrit, sans grand espoir de succès, des onctions soir et matin avec une pommade composée de 2 grammes d'iodure de plomb et de 15 grammes d'axonge, j'engageai Gourdaux à revenir au bout de sept ou huit jours. Il n'en fit rien; parti pour la province, il ne se présenta de nouveau que cinq mois après, le 10 février 1848.

Au rapport de ce malade, aucun changement n'était survenu dans les conditions du grand angle, depuis le 10 septembre. Il avait pratiqué pendant vingt jours des frictions avec le remède que je lui avais conseillé; la stérilité des résultats avait fini par en motiver la suspension. Je constatai de nouveau l'incompressibilité de la tumeur que n'accompagnaient ni larmoiement, ni pyorrhée du sac, ni sécheresse de la fosse nasale correspondante. Le liquide d'une injection, faite par le point lacrymal inférieur, parvint immédiatement dans la narine. Le doute sur la présence d'un kyste n'était plus possible; tel fut encore l'avis de MM. Albert, Marchal et de plusieurs autres médecins qui assistaient à la consultation.

Une ponction effectuée avec la lancette, dans une direction oblique de la joue à la racine du nez, ponction analogue à celle qu'on exécute pour l'ouverture du sac lacrymal, et qui fendit ici la moitié environ de la paroi antérieure du kyste, vint confirmer le diagnostic. Les tissus se laissèrent aisément diviser par l'instrument. Un liquide roussâtre, peu épais, abondant, s'écoula; la poche fut facilement vidée et s'affaissa par quelques mouvements de pression avec le doigt. J'introduisis un stylet de baleine, celui dont on se sert pour le cathétérisme du canal nasal par une ouverture du sac; son extrémité olivaire glissa de tous côtés sur une surface lisse, sans rencontrer aucun pertuis aboutissant à la cavité morbide. La liqueur d'une injection poussée dans cette dernière s'échappa sur-le-champ par la solution de continuité. Je cautérisai les parois internes de la tumeur avec un crayon délié de pierre infernale, dont je m'étais muni à la pharmacie de M. Pelletier, rue Jacob. Ces sortes de crayons, coulés dans une lingotière à petit diamètre, sont indispensables dans la pratique ophthalmologique. Une mèche de charpie enduite de cérat fut engagée dans la poche cystique et maintenue au devant d'elle par un morceau de taffetas d'Angleterre.

Le 11 février, je commence par exercer une douce compression sur l'appareil; rien ne sort par les points lacrymaux. J'invite le malade à se moucher avec force; les mucosités ordinaires de la cavité nasale s'échappent seules par l'orifice antérieur de la narine. Le taffetas et la mèche ayant été enlevés, un peu de

(1) REVUE MÉDICALE; Paris, 1832; t. IV.

(2) ANNALES D'OCULISTIQUE, t. XIV, p. 25.

matière puriforme et une bonne quantité de l'humeur brunâtre, que nous avions obtenue la première fois, s'épanchent au dehors. Je dus en conclure que les parois du kyste n'étaient pas suffisamment désorganisées, qu'il y avait encore là, dans plusieurs points, continuation de la sécrétion primitive. Un pinceau à miniature, imprégné d'une solution de nitrate d'argent (une partie de ce sel pour deux parties d'eau), fut introduit dans la cavité, dont je m'efforçai de toucher, à plusieurs reprises, tous les contours intérieurs. J'appliquai le même pansement que la veille.

Le 13, les expériences faites le 11, avant la levée de l'appareil, sont réitérées et suivies des mêmes résultats. Rien n'est sensiblement changé dans la nature des fluides dont nous sollicitons l'évacuation. (Cautérisation avec la pierre infernale.)

Le 15, écoulement, après l'ablation de la mèche, d'un peu de pus mêlé à une assez grande quantité de matière cystique, qui paraît provenir surtout du cul-de-sac supérieur de la poche. Je me décide à recourir à un autre mode de stimulation. Le liquide que j'avais fait préparer se composait de :

Iode.	60 centigrammes
Iodure de potassium . . .	1 gramme
Eau distillée	4 grammes

Le malade étant assis, je débarrasse radicalement le kyste de son contenu par la pression ; puis Gourdaux ayant fermé l'œil et tenant devant lui une cuvette à moitié remplie d'eau, je place l'indicateur de ma main gauche sur la commissure palpébrale interne, pour boucher les conduits lacrymaux et y prévenir l'accès aux fluides vers le bulbe, dans l'hypothèse où le sac lacrymal, accidentellement perforé, livrerait passage à la matière de l'injection. Ces précautions prises, j'insinue dans l'orifice le siphon de la seringue de verre dont je pousse doucement le piston. La poche se gonfle ; le patient accuse de la douleur et de l'anxiété. A mesure que le liquide ressort de la cavité morbide, un aide le reçoit sur une éponge imbibée d'eau, afin qu'il ne se répande sur la joue. L'œil ayant été ouvert, je pus me convaincre que rien n'y avait pénétré. La douleur, bien qu'à un plus faible degré, dura une bonne demi-heure encore après l'injection ; le malade, pendant ce temps, pratiqua constamment sur la région affectée des fomentations réfrigérantes ; ce n'est que quand les souffrances furent amorties que nous procédâmes au pansement.

Le 16, quoique la réaction produite par l'injection iodée ait été plus intense que celle qui avait succédé à l'emploi du nitrate d'argent, elle n'a point empêché Gourdaux de se livrer à quelques travaux, malgré mes recommandations. Une légère tuméfaction œdémateuse règne au voisinage de la plaie ; il y a un peu de turgescence aux vaisseaux de l'œil. Un pus épais garnit la charpie et sort par la pression ; je ne trouve plus de vestige de l'humeur cystique ; le stylet pénètre dans une cavité évidemment rétrécie depuis le début de sa cure. (Pansement simple.)

Le 17, nouvelle éruption d'une petite quantité de fluide roussâtre avec le pus ; nouvelle injection iodée. Le malade cette fois la tolère avec moins de souffrance qu'il n'avait supporté la première injection.

Passant sous silence les détails ultérieurs de cette observation, je dirai seulement qu'une troisième injection et une autre cautérisation légère avec la pierre infernale furent encore jugées utiles jusqu'à la fin de février ; les pansements furent faits de temps en temps avec un mèche de charpie enduite d'une pommade de précipité rouge. La poche diminua graduellement de capacité, par la mortification, l'inflammation adhésive, la soudure de ses parois entre elles. Lorsqu'enfin le stylet en eut constaté l'oblitération et l'atrophie radicale, la tente fut supprimée, et je me contentai d'une mouche de taffetas d'Angleterre. Gourdaux ne présentait plus, dans les derniers jours de mars, qu'une cicatrice imperceptible. J'ai su, depuis lors, par plusieurs personnes qu'il m'a adressées, que la guérison s'était maintenue d'une manière parfaite.

Retraçons en peu de mots les traits différentiels des kystes du grand angle et des tumeurs lacrymales chroniques ; la méprise dont fut l'objet notre malade, à qui on proposa l'établissement d'une canule en permanence, tend à imprimer quelque utilité à ces considérations.

Le développement des productions enkystées peut s'effectuer sans trouble au cours des larmes, sans *stillicidium lacrymarum*. Le larmoiement est constant dans les lésions du sac lacrymal ; il en marque le début ; il en est le compagnon fidèle, dans toutes leurs périodes, presque toujours au moins ; il est surtout abondant, quand le malade s'expose à un air vif, à la poussière, à une lumière éclatante.

Les kystes peuvent être exempts d'inflammation du côté du globe et des voiles qui le couvrent. Les tumeurs lacrymales sont compliquées d'une certaine irritation dans ces parties ; les phlegmasies des follicules de Meibomius, la tuméfaction des paupières sont même tellement fréquentes, dans cette occurrence, que Scarpa en considère les sécrétions anormales comme la cause de la tumeur et de la fistule lacrymales. Qui ne connaît sa théorie du *flux palpébral puriforme?*

Les bourses enkystées refusent de se vider sous la pression du doigt ; on sait que le contraire a lieu pour presque toutes les protubérances chroniques du réservoir lacrymal.

Les kystes n'entraînent point la sécheresse de la narine qui leur correspond ; chez le malade de M. Besson, dont il a été parlé plus haut, les fosses nasales étaient tout aussi humides que dans l'état naturel. Le phénomène opposé arrive dans les tumeurs lacrymales.

Dans ces dernières, le jet de la seringue d'Anel gagne les cavités inférieures avec d'autant plus de difficulté que la sténochorie est plus considérable. Il s'y épanche en flot, s'il s'agit d'une poche enkystée accidentelle.

Celle-ci n'est point sujette à des variations journalières dans les conditions de son volume. J'ai été souvent à même, au contraire, de vérifier la justesse des observations de Saint-Yves, Demours, Rosas, et de plusieurs autres oculistes, qui, contrairement à l'opinion de Bichat et de Richerand, avancent que la tumeur lacrymale décroît habituellement, pendant le repos de la nuit, pour reprendre, après le réveil, ses dimensions ordinaires. Un tel affaissement ne peut s'expliquer que par l'absorption des fluides agglomérés dans le sac, et par la chute dans la narine d'une certaine quantité de ces matières, le canal nasal n'étant que rarement tout à fait bouché ; on doit considérer surtout que la source, qui alimente le réservoir, est, durant la nuit, presque entièrement tarie. « Pendant le sommeil, dit M. Ribes (1), » la sécrétion des larmes est en partie suspendue ; aussi, quand on se ré- » veille en sursaut, on n'aperçoit les objets que très-confusément ; alors, » on porte la main aux yeux, et en les frottant et les comprimant, on excite » le mouvement des paupières, on réveille l'action de la glande lacrymale, » et les larmes coulent assez abondamment ; elles sont bientôt épanouies » sur le devant de l'œil, et les rayons de lumière vont peindre exactement » l'image des objets sur la rétine, qui la transmet au lieu commun des sen- » sations. »

Il n'est qu'un cas qui me paraît devoir, à juste titre, causer quelque embarras au praticien, c'est celui de la transformation du sac lui-même en un véritable kyste, par l'atrésie des trois conduits des larmes ; cette poche, alors, dénuée d'ouverture, ne peut être vidée ni par les points lacrymaux ni par le canal inférieur. Le dernier phénomène est rare dans les altérations chroniques du sac ; le docteur Malgaigne en a cité un exemple remarquable dans sa thèse de concours, à l'École de médecine de Paris, en 1835. Un ancien soldat de Marengo portait, à l'angle interne de l'œil droit, une tumeur indolente qui ne cédait pas à la pression du doigt, et dont il faisait remonter l'origine à l'année même de cette bataille ; on crut à un simple kyste. Ce militaire étant venu à mourir au Val-de-Grâce, M. Malgaigne en fit l'autopsie et reconnut que la protubérance cystique était le sac lui-même, le canal nasal étant oblitéré et les conduits lacrymaux fermés, dans l'espace de 2 millimètres environ, du côté du sac. M. Malgaigne affirme que, chez cet homme, il y avait eu absence complète de larmoiement ; des faits analogues avaient été relatés déjà par plusieurs auteurs, Anel (2) et Gunzius (3) entre autres. Cette possibilité de la reprise du fluide lacrymal par les vaisseaux absorbants, en l'absence du libre jeu des tubes destinés à le pomper, est encore corroborée par les observations de Jüngken (4), qui dit avoir vu le larmoiement manquer tout à fait après l'exécution de la méthode de Nannoni, laquelle consiste dans la suppression forcée des voies excrétoires des larmes avec les caustiques (5). Le commémoratif, le cathétérisme surtout et les injections par les points lacrymaux ou par la voie inférieure, suivant la méthode de Laforest rendue plus facile au moyen des instruments de Gensoul, pourront fournir des lumières précieuses au diagnostic. Je dois ajouter qu'il m'est parfois arrivé de ne point parvenir, dans une première consultation, à l'affaissement, par la pression, d'une tumeur lacrymale, laquelle se vidait et se déprimait ensuite, sous l'influence de fumigations vers la narine, de frictions avec des pommades résolutives et d'instillations, entre les paupières, de collyres appropriés. Il y avait bien certainement, dans ces cas, boursouflement inflammatoire aux parois muqueuses des voies lacrymales et engouement par des matières épaisses et concrétées, obstacles dont l'éloignement avait rendu aux fluides leur libre cours.

Le traitement chirurgical des kystes du grand angle de l'œil demande à

---

(1) ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, t. XXII, avril 1830.

(2) Sabatier, MÉDECINE OPÉRATOIRE ; édition revue par Dupuytren, Sanson et Bégin. Paris, 1822, t. II, p. 208.

(3) Vésignié, RECHERCHES SUR LA TUMEUR ET SUR LA FISTULE LACRYMALES ; thèse inaug. Paris, 1824, p. 30.

Consultez encore Demours, MALADIES DES YEUX. Paris, 1818, t. I, p. 29, et t. II, p. 3. — Cet auteur pense, avec Zinn, qu'outre les conduits lacrymaux, qui sont les agents principaux du transport des larmes, de la surface de l'œil au sac lacrymal, il existe des petits canaux absorbants, qui, des environs de la caroncule, se rendent directement au même récipient ; ils peuvent, ou concourir dans l'état naturel à l'absorption des larmes, ou suppléer, à certains égards, dans l'état de maladie, les points lacrymaux oblitérés. C'est ainsi que Demours explique comment on a pu voir cette oblitération ne pas produire le larmoiement, ou n'être suivie que d'un *stillicidium* bien moindre que celui auquel on devait s'attendre. Il cite un fait qui lui semble témoigner fortement en faveur de l'existence de ces conduits, qu'il propose en conséquence de nommer *sacco-palpébraux*.

(4) Jüngken, DIE LEHRE VON DEN AUGENKRANKHEITEN. Berlin, 1836, p. 673.

(5) Voyez, pour les détails de cette méthode, mon TRAITÉ DE CHIRURGIE OCULAIRE (un vol. in-8°, avec planches. Paris, 1844), p. 616.

être conduit avec les précautions les plus minutieuses, pour ne point endommager le globe, entamer le sac, et créer l'ectropion et d'autres désordres plus graves que le mal auquel on a voulu porter remède. Ces kystes, d'ailleurs, sont très-rares dans la pratique : je ne me souviens pas d'en avoir rencontré un seul exemple dans les cliniques oculaires que j'ai longtemps fréquentées en France, en Allemagne et en Angleterre ; c'est cette circonstance qui a motivé la rédaction de ce travail.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Études sur le traitement des fractures de la jambe*; par M. Crocq. (Apologie de l'appareil amovo-inamovible pour les divers cas de fracture.) 2° *Statistique de la clinique chirurgicale*; par M. Uytterhoeven. 3° *Quelques mots sur les différents modes de traitement de la fièvre typhoïde, et en particulier sur l'emploi du sulfate de quinine dans certains cas de cette affection*; par M. Binard. (Rien de nouveau. Le sulfate de quinine est indiqué quand l'élément paludéen complique la fièvre typhoïde.) 4° *Note sur le traitement des granulations palpébrales au moyen de la teinture d'iode*; par M. Fromont. 5° *Compte rendu de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Jean*; par M. Casier. 6° *Efficacité du séjour au bord de la mer, et de l'usage des bains de mer contre la coqueluche*; par M. Verhaeghe. (Plusieurs exemples curieux de coqueluches guéries par l'usage des bains de mer. C'est un excellent moyen quand il n'existe pas de complications pulmonaires. Chez les sujets très-délicats, les bains de mer doivent être employés chauds.) 7° *Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée*; par M. Hairion.

II. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation de fièvre scarlatine compliquée de phlegmon suivi d'abcès large du cou, de phlébite et de maladie maculée de Wherloff*; par M. Hæfnagels. 2° *Observation d'un accouchement tardif*; par M. Van Hengel. 3° *Quelques mots sur l'ergot de seigle, considéré comme moyen hémostatique*; par M. Koyen. (Fait de métrorrhagie arrêtée par l'emploi de l'ergotine. L'auteur se range à la théorie plusieurs fois exposée dans la GAZETTE MÉDICALE, qui attribue la propriété hémostatique de l'ergot à une action dynamique sur les vaisseaux capillaires, qui entrent en contraction.) 4° *De la contusion du scrotum dans la naissance par les fesses*; par M. Haesendonck. 5° *Études sur l'histoire ancienne de la syphilis en général, et sur l'histoire de cette maladie dans les Pays-Bas en particulier*; par M. Ali-Cohen. (Recherches savantes, mais qui ne nous paraissent guère offrir d'intérêt que pour les érudits de profession.)

OBSERVATION DE FIÈVRE SCARLATINE, COMPLIQUÉE DE PHLEGMON SUIVI D'ABCÈS LARGE DU COU, DE PHLÉBITE ET DE MALADIE MACULÉE DE WHERLOFF; par le docteur HOEFNAGELS.

Nous prendrons occasion du fait rapporté par le docteur Hoefnagels pour dire quelques mots de cette *maladie de Wherloff*, au sujet de laquelle les auteurs allemands nous paraissent avoir jeté dans la science une certaine confusion. Rappelons d'abord l'observation.

OBS. — Une petite fille de 10 ans, d'un tempérament lymphatique, fut atteinte, en mai 1848, d'une fièvre scarlatine. Cette maladie ne présenta, dans ses deux premières périodes, rien d'anormal. La fièvre était seulement un peu plus violente et l'engorgement des amygdales un peu plus prononcé que de coutume. Le traitement ne consista que dans l'usage de boissons émollientes, de révulsifs sur les membres inférieurs, et dans une application de six sangsues de chaque côté du cou, à la région supérieure.

La période de desquammation arrivée, l'enfant n'accusa pas le sentiment de bien-être qui marque en général la convalescence des maladies éruptives. Bouche sèche, fièvre continue, roideur du cou, déglutition difficile et douloureuse. Contracture du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien droit, roideur des muscles profonds du même côté, un peu d'engorgement des tissus avec rougeur et chaleur à la peau. L'amygdale droite était peu développée. (Cataplasmes émollients ; frictions avec l'onguent mercuriel double ; purgatif salin.)

L'engorgement continua à marcher, et bientôt il envahit toute la région latérale droite du cou et gêna considérablement le passage des aliments et des boissons. Il existait évidemment un vaste foyer de suppuration. Dix sangsues au centre de la tumeur. Continuation des frictions mercurielles et des cataplasmes.

Le lendemain, fluctuation de l'étendue d'une pièce de cinq francs. Fièvre persistante, avec redoublement le soir. L'ouverture de l'abcès fut refusée ce jour-là et ne put être faite que le lendemain. Pratiquée par simple ponction, *dans le but de prévenir l'entrée de l'air dans le foyer*, elle donna passage à un tiers de litre d'un pus peu consistant et ayant une odeur sulfureuse.

Le jour suivant, le pus devint de plus en plus séreux, quoique restant toujours très-abondant. La malade accusa une céphalalgie intense dans les régions fronto-temporales, et il survint un frisson violent et prolongé qui fut suivi de chaleur et d'une transpiration excessive. Pendant la nuit, selle liquide, rougeâtre et contenant de petites masses molles ayant l'aspect de caillots sanguins. Quand M. Hoefnagels arriva, il trouva la peau qui recouvrait l'abcès moins sensible que les jours précédents et d'un rouge violacé ; la plaie donnait passage, non à du pus, mais à une sérosité sanguinolente, et par intervalles à du sang pur, mais très-fluide. A une ligne et demie de l'ouverture existait un cordon rouge, dur, douloureux, roulant sous le doigt, allant s'aboucher avec une autre qui offrait les mêmes caractères et se dirigeait vers le tronc brachio-céphalique droit. En outre, autour de l'abcès, existaient quelques taches semblables aux pétéchies et aux taches typhoïques. Les lèvres étaient fuligineuses, la langue noirâtre et sèche, les conjonctives ecchymosées.

Le traitement consista : 1° à attaquer la phlébite par une application de dix sangsues sur le trajet de la veine enflammée ; 2° à combattre la diathèse hémorrhagique par l'emploi du quinquina et de l'acide sulfurique. On eut soin seulement de réunir, au moyen de la suture entortillée, les petites plaies faites par les sangsues dès que celles-ci eurent lâché prise, afin de prévenir une hémorrhagie trop prolongée par cette voie. (Un gros de laudanum de Sidenham et une once et demie d'amidon furent administrés en lavement.)

Le soir, la phlébite avait diminué ; le cordon veineux était moins développé, moins dur et moins douloureux. Les selles sanguinolentes continuaient. Les macules avaient augmenté en nombre et couvraient par centaines la surface du corps. Fièvre moins forte ; prostration considérable. (Continuation des préparations quiniques ; 2 grains d'extrait de ratanhia en lavement ; régime composé d'œufs et de vin de Bordeaux.)

Le lendemain, guérison presque entière de la phlébite. Augmentation du nombre des taches pétéchiales ; continuation de la fièvre à un degré modéré ; face bouffie et congestionnée ; céphalalgie atroce ; un peu de toux ; crachats sanguinolents ; suintement séro-sanguinolent par les gencives. La diarrhée est arrêtée. « J'aurais bien voulu, dit l'auteur, combattre cet état congestionnaire par de nouvelles déplétions sanguines ; mais j'étais arrêté par la maladie de Wherloff. » En conséquence il se borna aux révulsifs, à l'application de compresses froides sur le front et à l'usage d'une potion tonique.

Vers midi, épistaxis très-abondant qui nécessita le tamponnement avec des bourdonnets trempés dans la poudre d'alun. Le soir, une piqûre d'épingle, faite en fixant un sinapisme, amena une hémorrhagie qui ne put être arrêtée qu'au moyen de la suture entortillée.

A partir de ce jour, l'amélioration se prononça et fit des progrès assez rapides. La langue s'humecta, l'écoulement des gencives, les crachats sanguinolents cessèrent, les macules disparurent ; en même temps le pus de l'abcès reprit des caractères louables. Vers le vingtième jour, la convalescence était franche et complète.

Dans les très-brèves remarques dont l'auteur a fait suivre son observation, il attribue d'abord le développement de la maladie de Wherloff à la coexistence d'un tempérament lymphatique et d'une viciation du sang sous l'influence de la scarlatine ; puis il ajoute : « Nous ne nous rendons pas bien compte de l'opinion des auteurs qui, en décrivant cette maladie, en font une variété du scorbut. Ceux qui ont vu les deux affections devront avouer que les symptômes essentiels, caractéristiques, en diffèrent du tout au tout. Aussi serions-nous plus tentés de ranger la maladie de Wherloff dans les affections typhoïdes, et de la nommer *typhus adynamique hémorrhagical*. »

Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas cru devoir indiquer les considérations sur lesquelles il s'appuie pour distraire la maladie maculée du scorbut, et la rapprocher des affections typhoïdes. Nous nous demandons quels sont ces symptômes *essentiels, caractéristiques*, qui différencient *du tout au tout* cette maladie du scorbut. Si ces caractères existent quelque part, ce doit être dans le sang. Or la science en est au moins, sur ce point, à l'incertitude ; la diversité des résultats obtenus dans les récentes analyses du sang des scorbutiques ne permet pas jusqu'ici d'asseoir une opinion formelle ; mais à coup sûr, la vraisemblance n'est pas en faveur d'une différence, quant au mode d'altération du sang, entre le scorbut et l'affection maculée. Veut-on ne considérer que les caractères extérieurs, symptomatologiques ? Nous n'en connaissons aucun qui appartienne plus spécialement à l'une des maladies qu'à l'autre. Aucun ; pas même la turgescence fongueuse des gencives ; car il est des cas de scorbut où on ne la rencontre pas, et des cas de pourpre hémorrhagique où on la rencontre. Même analogie quant aux caractères nécroscopiques.

Au contraire, l'analogie est extrêmement lointaine entre les affections typhoïdes et la maladie de Wherloff. Les premières s'accompagnent de taches lenticulaires, et quelquefois d'hémorrhagies intestinales ; voilà toute la

ressemblance. Mais combien de différences déjà dans l'aspect des taches, dans leur siége, dans leur nombre, dans la fréquence ou l'abondance des hémorrhagies, mais surtout quelle dissemblance capitale dans tout l'appareil morbide, dans la marche et la succession des symptômes, dans les caractères anatomo-pathologiques ! N'y eût-il que la présence constante, ou peu s'en faut, de la lésion des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde et le typhus, et l'absence constante de cette lésion dans la maladie de Wherloff, c'en serait assez pour assigner aux deux affections deux cadres distincts dans la nosologie.

Néanmoins il ne faut rien exagérer ; il ne faut ni forcer le rapport qui existe entre la maladie maculée et le scorbut, ni nier tout rapport entre elle et la fièvre typhoïde. Ces trois affections sont unies manifestement par un lien commun qui doit consister, qui consiste sans aucun doute dans une altération du sang. Il est probable que cette altération n'est pas identiquement la même dans toutes; qu'en supposant même une communauté de caractères chimiques, le sang n'a pas, dans les trois cas, les mêmes raisons de se modifier ; en d'autres termes, que les changements de proportion des éléments du sang sont eux-mêmes l'effet de causes morbides, de principes de viciation, qui ne sont pas les mêmes dans la fièvre typhoïde, le scorbut et le *purpura*. Mais enfin on peut toujours dire que, dans ces trois maladies, le sang a cela de commun qu'il tend à s'extravaser et à s'échapper par les ouvertures naturelles ou artificielles. Entre la maladie maculée et le scorbut aigu, l'analogie est étroite en ce sens que l'altération du sang, se traduisant par des caractères à peu près semblables, paraît gouverner toute la symptomatologie. Entre la maladie maculée et la fièvre typhoïde, l'analogie est lointaine en ce que cette altération du sang, qui lui permet de sortir de ses vaisseaux, joue le rôle principal dans la première affection, et un rôle fort secondaire, quelquefois même nul, dans la seconde, qui emprunte d'une autre source ses symptômes principaux et sa caractéristique.

Ajoutons d'ailleurs que, sous le nom de maladie de Wherloff, les auteurs allemands confondent et les macules, les pétéchies qu'on observe à la suite des fièvres malignes les plus diverses, telles que varioles ou scarlatines de mauvais caractère, fièvre jaune, fièvre pernicieuse, etc., et le *purpura hæmorrhagica* idiopathique. On a pu voir que c'est à des macules symptomatiques qu'a eu affaire M. Hoefnagels. Or cette circonstance est un nouveau témoignage contre la manière de voir de l'auteur. C'est aller, ce nous semble, contre les principes d'une bonne philosophie médicale que de voir une maladie spéciale, un *typhus adynamique* surajouté à une scarlatine, dans un simple *reliquat* de cette scarlatine elle-même, dans le symptôme d'une altération du sang dont la scarlatine seule doit être accusée.

OBSERVATION D'UN ACCOUCHEMENT TARDIF ; par M. VAN HENGEL.

Nous aurions volontiers reproduit l'observation détaillée de M. Van Hengel; mais en cherchant dans le texte, nous n'avons pu y découvrir l'indication du jour où l'accouchement eut lieu. Nous sommes donc forcés, en l'absence de cette circonstance importante, de nous borner à transcrire ce qui a rapport aux couches subséquentes.

Après le premier travail (celui dont il est d'abord ici question), la femme a encore eu trois accouchements : le premier après une gestation de 290 jours, le second et le troisième après 294 jours. On put s'assurer de la réalité de cette durée par l'apparition d'un exanthème, qui apparaissait et disparaissait ordinairement au premier mois de la grossesse. L'auteur l'avait d'abord regardé comme un accident ; mais ensuite il y prêta plus d'attention. Cet exanthème se manifestait à la main un ou deux jours après la conception.

Un phénomène particulier peut mettre sur la voie de cette singularité, qui semble ici être habituelle. Chez cette femme, les menstrues ne reviennent ordinairement que le trente-quatrième ou trente-cinquième jour. On voit donc que chez elle le fruit est expulsé à la neuvième période menstruelle, car 9 fois 34 1/2 jours font 300 1/2 jours.

J'ai délivré à Leyde, ajoute M. Van Hengel, une femme qui avait ses menstrues régulièrement chaque mois et deux jours, et qui, d'après une supputation exacte, avait eu une grossesse de 296 jours ; de sorte que le fœtus avait aussi été expulsé à la neuvième période menstruelle.

DE LA CONTUSION DU SCROTUM DANS LA NAISSANCE PAR LES FESSES ; par M. HAESENDONCK.

L'accouchement par les fesses se fait aussi facilement que celui par la tête. Mais si la santé de la femme n'en reçoit aucune atteinte, l'enfant y court plus de dangers. Quand il s'agit notamment d'un enfant mâle, cette présentation lui est fréquemment funeste. L'auteur a souvent vu alors l'enfant naître mort, quoique l'accouchement eût marché régulièrement. En réfléchissant à ces faits, il a été porté à attribuer cet accident à la contusion du scrotum, qu'il trouvait fortement gonflé et d'une couleur plombée.

Ainsi une femme Schetters était en travail depuis trois jours déjà lorsque M. Van Haesendonck fut appelé auprès d'elle. Les deux fesses se présentaient en quatrième position. Il glissa dans l'aine de l'enfant le doigt indicateur en forme de crochet, et parvint à l'amener au dehors, plié en double et fort bien vivant.

En l'examinant après la naissance, on remarqua que le scrotum était fortement tuméfié, d'une couleur plombée et présentant des excoriations en plusieurs endroits. On y fit appliquer des fomentations émollientes ; mais le lendemain l'inflammation n'avait pas diminué ; le scrotum était noirâtre et menacé de gangrène. L'enfant mourut vers le soir.

Ayant été témoin d'un second fait tout semblable, l'auteur reconnut la cause de la mort dans la contusion que le scrotum éprouve entre les cuisses pendant la progression de l'enfant, et voici comment il parvint à y remédier chez une troisième malade.

Mandé le 16 avril dernier auprès d'une dame en couches, âgée de 27 ans, il reconnut, en l'examinant, une présentation des fesses en quatrième position. Les eaux étaient écoulées. Craignant que les bourses n'eussent à souffrir une compression trop forte, il souleva un peu les cuisses pendant l'intervalle des douleurs, repoussa le scrotum au-dessous d'elles ; et, pour prévenir une nouvelle procidence, pendant les douleurs il remplit, avec de la ouate, l'espace compris entre les cuisses. L'accouchement se termina sans que les bourses présentassent la moindre trace de compression.

L'accident dont M. Van Haesendonck vient d'indiquer le mécanisme et le traitement a surtout lieu quand les fesses se présentent en troisième ou quatrième position, et que les eaux amniotiques sont écoulées depuis longtemps.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 JANVIER.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend : 1° une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un travail de M. Dauvergne relatif aux avantages d'une association médicale générale ; 2° une lettre du même ministre avec envoi d'un rapport de M. Savy, médecin inspecteur des eaux minérales d'Avène (Commission des eaux minérales).

CHOLÉRA.

M. RAVIN, de Saint-Valery (Somme) écrit que, jusqu'à cette heure, le choléra ne s'est pas montré encore à Saint-Valery ni dans les communes voisines, mais qu'il a vu et traité en juin et août derniers deux hommes subitement pris d'une très-violente attaque de choléra, et que, depuis cette époque jusqu'à la fin de l'automne, il a régné dans le pays une disposition générale à une affection que le peuple désignait lui-même par le nom de cholérine.

M. BOURGNEUF écrit du Havre que trois nouveaux cas, dont deux mortels, se sont manifestés à Yport, et qu'à Fécamp l'épidémie paraît être en décroissance. Quant au Havre et à sa banlieue, il a été jusqu'ici à l'abri du fléau.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE PAR LA MÉDICATION INTERNE ET EXTERNE.

M. BLATIN adresse des notes extraites d'un mémoire sur l'épidémie de Bazancourt et d'Isles (Marne), en 1832.

Dans ce travail, M. Blatin fait connaître avec beaucoup de détails les deux principaux moyens de traitement qu'il a mis en usage, avec de bons résultats, dans ces communes dont il était chargé en qualité de médecin. Sur 225 cholériques gravement affectés, le nombre des décès n'a été que de 44, tandis que sur 461 malades également atteints dans vingt-deux autres communes du même canton, la mortalité s'est élevée à 196. STATISTIQUE DE LA MARNE, publiée en 1838 par M. Chalette.)

La médication interne, dans la grande majorité des cas, consistait presque exclusivement dans *l'administration de l'eau froide à très-hautes doses.* « On sait, dit l'auteur, quelle soif intense tourmente les cholériques, et avec quelle ardeur ils sollicitent presque tous des breuvages frais et désaltérants. Cette observation m'a conduit, après quelques essais, non-seulement à satisfaire le désir des malades, mais à leur faire prendre d'autorité des quantités de liquide qui paraîtront énormes si l'on oublie que le vomissement et les évacuations alvines se répétaient sans cesse chez presque tous les sujets. Quelques-uns de mes clients ont

bu jusqu'à cinq et six seaux d'eau froide en un jour. » Cette médication favorisait d'une manière évidente le retour de la chaleur, la modification des sécrétions albumino-séreuses, à tel point que, lorsqu'au début du traitement, les malades buvaient avec ardeur, M. Blatin pouvait, presque à coup sûr, prévoir leur guérison. Aussitôt que le liquide ingéré avait été rejeté, une nouvelle dose était prise et rejetée à son tour. Si le vomissement se faisait attendre, on le provoquait par la titillation de l'arrière-gorge ou par l'administration d'une plus grande quantité d'eau froide. Cette eau revenait trouble, blanchâtre et chargée de matière albumineuse et grumelée. La soif calmée dès les premiers verres se conservait assez pour que les malades pussent exécuter sans répugnance la prescription pendant une journée, quelquefois moins, parfois aussi pendant vingt-quatre heures, jusqu'à ce que la réaction commençât. Alors on diminuait la dose, on modifiait le goût ou la température du breuvage si l'eau pure et très-froide n'était plus prise avec plaisir. Si les évacuations persistaient abondantes, on ajoutait environ 60 grammes d'albumine d'œuf par litre; dans le cas contraire, c'était du bouillon de bœuf bien dégraissé.

L'addition de 15 à 20 grammes d'acétate d'ammoniaque par litre d'eau a paru favoriser le mouvement circulatoire et le développement de la chaleur chez quelques individus vieux ou épuisés, à peau flétrie, qui, malgré la diminution des premiers symptômes et leur persévérance dans les boissons copieuses, restaient réfractaires à la diaphorèse. M. Blatin regrette de n'avoir pas administré hardiment l'ammoniaque à des malades pour lesquels il n'a pu obtenir la réaction ou l'entretenir assez longtemps, malgré l'emploi de moyens très-énergiques et variés. Mais ne connaissant pas assez alors ce médicament, il ne l'a donné qu'à quelques-uns de ceux qui pouvaient supporter de grandes quantités de liquides.

Par malheur tous ses cholériques n'éprouvaient pas pour les boissons abondantes la même appétence. Pour quelques-uns elles semblaient lourdes; leur estomac se laissait distendre sans se contracter. 36 au moins sur 225 se sont trouvés dans ce cas. L'ipécacuanha, à hautes doses d'abord puis à doses fractionnées, a ranimé quelquefois la soif et produit de bons effets. Sur 44 morts, 33 appartiennent à la catégorie de ceux qui n'ont pris que peu ou point de boissons. Avaient-ils une forme particulière de la maladie, quelque variété typhoïde peut-être, que l'observation la plus attentive n'a pu faire saisir à l'auteur?

Pour ceux qui buvaient bien, qu'ils fussent à la première ou à la seconde période, après quelques heures, ils commençaient à n'avoir des vomissements qu'à des intervalles plus éloignés, puis à rendre moins de liquide qu'ils n'en avaient pris. Ce liquide était moins trouble, moins opalin : le faciès s'améliorait; la chaleur revenait au tronc, puis graduellement aux extrémités. La fréquence et la quantité des selles allaient aussi d'ordinaire en diminuant d'une manière assez rapide. Alors le malade pouvait cesser de boire abondamment et prendre un peu de bouillon, de thé ou de lait, à son goût.

Les inspirations forcées constituent le second moyen préconisé par M. Blatin. Il exigeait que les cholériques fissent de grands efforts inspiratoires, leur permettant par intervalle de se reposer. Cette manœuvre fatigante, dont ils ne comprenaient pas l'utilité, nécessitait de la part du médecin beaucoup de surveillance. Pour les enfants, on déterminait l'ampliation de la poitrine en provoquant des pleurs ou en leur aspergeant d'eau froide la figure. Nul agent de caléfaction n'a paru donner des résultats aussi prompts et aussi durables. Sur 181 malades guéris, plus d'un tiers n'a été soumis à aucune autre médication qu'*aux boissons froides à hautes doses et aux inspirations forcées*, secondée par des frictions sèches, qu'on pratiquait dans tous les cas.

Le sudatorium de M. d'Anvers a rendu d'excellents services pour échauffer le lit des cholériques. C'est surtout vers la région thoracique et précordiale que les moyens de caléfaction étaient dirigés. La tête était exposée au soleil, quand cela était possible (c'était en été).

Parmi les adjuvants utiles étaient les excitants cutanés et les révulsifs. M. Blatin a dû renoncer à l'urtication, qu'il a trouvée peu efficace et qui répugnait aux malades, quoique peu douloureuse. La vésication par l'eau bouillante avait l'avantage d'agir vite et l'inconvénient d'exposer à des ulcérations profondes et gangréneuses.

La médication la moins infidèle contre les crampes était la double manœuvre suivante : massage par pression de manière à ramener le sang des extrémités dans les gros vaisseaux, puis frictions légères en sens contraire (de haut en bas) sur les membres, avec une peau de chat.

Quant à la saignée, M. Blatin s'exprime ainsi : Au début de la maladie, elle ne m'a jamais semblé nuisible, pourvu qu'elle fût très-modérée; elle m'a paru presque toujours favoriser l'hématose. Pendant la réaction, je l'ai rarement trouvée indispensable et même nécessaire; ce qui tient peut-être à ce que je surveillais bien attentivement la marche et les progrès de cet état, et que je ne le provoquais pas ordinairement par une médication excitante. J'ai fréquemment fait des applications de sangsues à l'épigastre : elles se gorgeaient peu, mouraient quelquefois sur place, et rien ne coulait après leur chute. Pendant la période algide, il m'est arrivé d'ouvrir inutilement les veines du bras : flasques, affaissées et vides, elles ne fournissaient pas de sang. J'incisais alors les artères temporales; j'ai pratiqué au moins dix fois cette opération, et jamais je n'ai employé d'autre moyen que la compression à l'aide d'un petit tampon de linge et de quelques tours de bande pour arrêter l'écoulement sanguin. Ordinairement, après avoir fourni 100 à 150 grammes d'un sang peu rutilant, le vaisseau s'affaissait et la saignée se tarissait d'elle-même. Dans trois cas, en ouvrant une des veines du bras, j'ai remarqué quelques bulles de gaz s'échappant avec les premières gouttes de liquide; et alors l'issue de la maladie a été promptement funeste. Y avait-il déjà décomposition des fluides chez ces cholériques? Je suis porté à le supposer.

— M. Poggioli, chirurgien aide-major, adresse un rapport sur une épidémie de méningite cérébro-spinale, qui a sévi sur le 3e bataillon du 22e léger en garnison à Saint-Etienne (Loire). (Commissaires, MM. Ferrus et Roche.)

M. Letellier, pharmacien à Rouen, adresse la deuxième partie d'un travail sur la régularisation de l'action médicale de la teinture de bulbes de colchique. (Commissaires, MM. Chevallier, Caventou et Martin-Solon.)

M. Fleury (de Clermont), adresse une observation de calcul vésical avec fistule vésicale à l'épigastre, traitée par la taille recto-vésicale; guérison.

M. Barthez, médecin en chef du Gros-Caillou, chargé du service médical de l'hôpital militaire thermal de Vichy, adresse trois mémoires ayant pour titre: 1° De l'action de l'eau minérale de Vichy sur l'organisme, administrée à haute dose en bains et en boisson; 2° De l'action physiologique des eaux minérales de Vichy sur l'homme sain, prises à haute dose, en boisson seulement; 3° Expériences relatives à l'influence de l'eau minérale de Vichy, prise en bains, sur la circulation du sang, suivies de l'action que cette eau exerce sur les divers tissus animaux. Ces trois mémoires sont renvoyés à la commission des eaux minérales.

M. Robert demande à être inscrit au nombre des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

— M. Cornac demande la parole pour une motion d'ordre : c'est pour rappeler que, dans l'esprit des statuts de l'Académie, les remplacements doivent avoir lieu de manière que toutes les sections soient maintenues au chiffre fixé ou le plus près possible de ce chiffre. Or le conseil d'administration vient d'agir contre le but et l'esprit de ces statuts en décidant que la vacance actuelle aurait lieu dans la section de médecine opératoire, qui est au complet, tandis que d'autres sections, celle d'accouchement, par exemple, sont au-dessous du chiffre fixé.

M. le Président : Ces observations eussent été placées mardi dernier, lorsque le bureau a fait connaître sa décision; il y a maintenant fait accompli. D'ailleurs le règlement est formel à cet égard.

MM. Moreau et Bégin pensent que l'observation de M. Cornac mériterait d'être prise en considération.

L'ordre du jour est demandé et adopté.

La suite de la discussion du chloroforme est reprise.

CHLOROFORME.

M. Gibert lit, au nom de M. Castel, un discours sur la discussion du chloroforme. Dans ce discours, l'auteur exprime cette opinion, que le chloroforme agit sur le système nerveux et sur le sang : sur le sang, d'autant plus violemment que ce fluide est malade ou altéré dans sa composition. La malade de M. Gorré se trouvait dans ce cas : elle était chlorotique. Il regarde l'asphyxie comme un phénomène toujours consécutif. Il conseille d'abandonner le chloroforme pour s'en tenir à l'éther, qui menace moins la vie animale.

M. Amussat : Dans ce nouveau débat sur l'anesthésie, provoqué par le rapport de M. Malgaigne, deux questions principales sont en discussion.

La première est relative au fait de Boulogne.

L'observation du docteur Gorré ne présente pas les éléments nécessaires pour pouvoir juger cette question. Si cependant j'étais forcé de donner mon opinion sur ce fait, je dirais que je ne crois pas que le chloroforme ait été la cause de la mort.

La deuxième, plus étendue, mais se rattachant directement à la première, est relative à l'explication du mode d'action des agents anesthésiques.

Dans cette question, le fait de l'altération du sang se trouve nécessairement compris.

S'il est difficile de se rendre compte du fait de Boulogne, si peu en rapport avec les faits nombreux où l'innocuité du chloroforme a été démontrée, il n'en est pas de même de la question scientifique. Pour moi, l'éther et le chloroforme produisent toujours une altération du sang.

Je vais essayer aujourd'hui de répondre encore une fois aux objections qui m'ont été adressées, et qui se résument par la négation du fait que j'ai déjà signalé si souvent.

Dans l'origine de la discussion, M. Renault a dit qu'il n'avait jamais constaté aucune altération appréciable du sang dans ses expériences.

Je ferai remarquer à l'Académie que le procédé de la *boîte* adopté par M. Renault s'éloigne trop des appareils que l'on emploie sur l'espèce humaine, pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions rigoureuses. En effet, dans l'expérience de MM. Renault et Baillarger, il faut, pour constater l'état du sang, retirer l'animal de la boîte, lorsqu'il a été soumis à l'inhalation. D'où il résulte, malgré la précaution de placer dans le nez de l'animal une éponge imbibée d'éther, que les effets anesthésiques sont nécessairement modifiés; même en retirant seulement une patte de l'animal, on permet à l'air atmosphérique d'entrer dans la boîte, et par conséquent on change le mode d'expérimentation. Les expériences faites par ce procédé manquent donc de précision et ne peuvent inspirer la même confiance que celles qui se font avec les appareils employés sur l'homme.

M. Parchappe a admis le fait de l'altération du sang artériel, mais il pense que cette altération arrive seulement à la troisième période, et que l'anesthésie n'est pas nécessairement liée à cet état du sang. Je n'ai jamais dit que le sang artériel perdait la couleur rouge dès le commencement de l'inhalation ; j'ai dit, dans toutes les communications que j'ai faites, que cette modification du sang arrivait graduellement, qu'elle était en rapport avec le degré d'insensibilité, et surtout très-évidente à une période avancée de l'inhalation.

Sur ce point je suis donc tout à fait d'accord avec M. Parchappe; mais il n'en est pas de même sur l'explication du mode d'action des agents anesthésiques.

Tout en admettant une action spéciale sur le système nerveux, je pense que l'altération du sang est intimement liée à l'insensibilité, cette altération étant produite par le défaut d'oxygénation suffisante du sang; or ce fait suffit pour expliquer la plus grande partie des effets de l'inhalation, et surtout la coloration brune ou noire du sang artériel.

Je ferai à M. Guérin quelques objections sur sa manière d'expérimenter et de constater l'état du sang. La couleur du sang artériel n'étant pas exactement la même chez tous les animaux, et l'inhalation la faisant varier beaucoup, il en résulte que pour savoir positivement à quoi s'en tenir sur la couleur du sang artériel, il faut, sur le même animal, l'examiner avant, pendant et immédiatement après l'inhalation. En procédant ainsi, je suis convaincu que déjà, pour la première série de ses expériences, M. Guérin, au lieu de dire *que le sang artériel n'a pas offert de trace apparente de coloration veineuse*, aurait constaté un changement léger, mais appréciable dans le sang artériel, si en effet l'insensibilité était déjà survenue. J'ajouterai que la coloration brune ou noire du sang artériel, ne survenant que graduellement, il est incontestable qu'on peut plus facilement s'apercevoir lorsque l'anesthésie est plus complète. C'est ainsi que dans la deuxième série de ses expériences, M. Guérin a positivement vu que *le sang artériel avait une teinte veineuse.*

A part ces remarques, je suis heureux de la concordance qui existe entre mes expériences et celles de M. Guérin.

M. Malgaigne dit : « Il demeure établi pour nous que le changement du sang » rouge en sang noir tient au mode d'administration employé. »

J'ai déjà suffisamment répondu à M. Malgaigne dans la séance du 7 novembre. Rien ne prouve ce qu'il avance. Mes appareils sont semblables à ceux de MM. Flourens et Guérin, qui ont obtenu les mêmes résultats.

M. Malgaigne dit encore : « Toutes les fois que la vapeur de chloroforme a été » mélangée d'une quantité suffisante d'air atmosphérique, non-seulement le » sang rouge n'est point coloré en noir, mais le sang veineux est devenu plus » rouge qu'à l'ordinaire. »

M. Malgaigne a omis de dire que c'est à mes expériences qu'est dû ce fait que j'ai signalé le premier, et qui, loin de fortifier ses idées, vient à l'appui de ce que j'avance.

J'arrive à l'argumentation de M. Velpeau.

Dans le principe, lorsque je disais à l'Académie qu'on observait sur les opérés anesthésiés la même altération du sang que sur les animaux, M. Velpeau répondait qu'il n'avait rien observé de pareil.

Le 14 décembre 1848, M. Velpeau, après avoir fait remarquer le désaccord complet qui existe entre les résultats obtenus par les expérimentateurs, dit : « Lorsque les malades respirent sans effort les vapeurs éthérées, lorqu'ils s'en» dorment doucement comme d'un sommeil naturel, dans ce cas tout se passe » naturellement et le sang reste rouge avec toutes ses qualités; au contraire, » lorsqu'ils font des difficultés, lorsque l'organisation ne se prête pas ou se » prête mal à l'action du chloroforme, alors, dis-je, le sang artériel s'altère et » se rapproche du sang veineux. »

Sans aucun doute le sang est d'autant moins altéré que l'anesthésie est plus prompte. Il en est de même de l'asphyxie par privation d'air.

Si le sang est altéré, s'il y a asphyxie ou intoxication, ce n'est pas le fait de l'agent anesthésique, mais c'est la faute des appareils, de l'opérateur ou du malade qui respire mal ; c'est ainsi que l'on combat nos opinions.

Par cette modification dans les idées de M. Velpeau, la question a fait un très-grand pas ; elle ne reste plus dans le domaine exclusif de l'expérimentation sur les animaux vivants; elle est transportée aux malades qu'on opère avec le secours de l'anesthésie. J'espère que l'on finira par m'accorder qu'il y a toujours altération du sang dès qu'il y a anesthésie. Pour les appareils, tous peuvent être dangereux et amener une véritable asphyxie par privation d'air respirable, si l'on n'a pas l'attention constamment fixée sur le malade et sur l'appareil qui doit toujours permettre d'aspirer de l'air atmosphérique en même temps que des vapeurs d'éther ou de chloroforme.

Sans doute l'altération du sang dont j'ai si souvent parlé et que j'ai signalée le premier est un fait grave et qui peut alarmer les opérateurs; mais en prenant les précautions convenables, on évitera les accidents semblables à ceux qui sont quelquefois survenus quand on a trop prolongé l'inhalation ou quand celle-ci a été faite sur des personnes affaiblies par des pertes de sang, épuisées par une maladie ancienne, ou atteintes d'une affection grave du cœur ou des organes respiratoires.

Encore un mot et je finis.

Le chloroforme n'est pas seulement un grand bienfait pour les opérations, c'est aussi un puissant auxiliaire du diagnostic lorsqu'on a affaire à des malades pusillanimes et qui éprouvent une grande répugnance à se soumettre à des explorations pénibles, longues et douloureuses.

J'y ai eu recours chez un jeune malade qui avait un calcul dans la vessie, et qui, par crainte de la douleur, ne voulait pas même se laisser sonder. Je l'ai lithotritié ensuite et à plus forte raison je l'ai soumis à l'inhalation. Plusieurs fois j'ai rencontré des femmes atteintes d'affections de l'utérus que je n'ai pu explorer que par ce moyen ; il en a été de même pour des affections très-douloureuses du rectum. Enfin, dans le cas tout récent que j'ai cité tout à l'heure d'une tumeur fibreuse de l'utérus, qui avait été prise pour un cancer, si pour mes premières opérations j'avais eu recours aux inhalations, j'aurais pu être, tout d'abord, éclairé sur le diagnostic et débarrassé des inquiétudes que me causait ce fait embarrassant.

En résumé, malgré les grandes précautions qu'exige l'emploi des inhalations de chloroforme, je persiste à penser que c'est un grand bienfait pour les opérations, et que dorénavant les chirurgiens devront y avoir recours pour établir le diagnostic de certaines affections chirurgicales qui nécessitent des explorations pénibles, longues et douloureuses.

M. Jobert, appelé à son tour d'inscription, déclare renoncer à la parole.

M. Roux présente quelques considérations sur la mortalité dans les grandes opérations, à l'occasion de la question qui lui a été adressée par M. Guérin dans la précédente séance. Il a trouvé qu'en 1846 la mortalité était d'un tiers, et qu'en 1847 et 1848, depuis l'emploi de l'éther et du chloroforme, elle n'a été que d'un quart.

M. J. Guérin : M. Roux n'a pas bien compris ma question. J'ai demandé quels étaient les résultats et les suites des opérations pratiquées avec le chloroforme ; M. Roux me répond par les résultats seulement. Il est arrivé plusieurs fois que des accidents, et en particulier des accidents de gangrène qui ne pouvaient être attribués à d'autres circonstances, se sont manifestés à la suite de l'emploi du chloroforme.

Personne n'étant plus inscrit, le président donne la parole au rapporteur.

M. Malgaigne commence une réplique à l'argumentation de M. Guérin, et il annonce qu'il présentera le résumé de la discussion dans la prochaine séance.

(Nous comptions emprunter à l'un des deux journaux qui rendent compte avec exactitude des séances de l'Académie, la réplique de M. Malgaigne; il ne nous a pas été possible de donner cette preuve de notre impartialité : ni la Gazette des hôpitaux, ni l'Union médicale n'ont reproduit cette allocution.)

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS URÉTRAUX.

M. Honoré lit au nom de M. Rigaud, professeur à la Faculté de Strasbourg, une note sur un nouvel instrument pour le traitement des rétrécissements urétraux. L'auteur croit qu'à l'aide de cet instrument la solution du problème de la dilatation est complètement résolue, solution qui consiste, suivant lui, à construire un cathéter d'un très-petit diamètre, qui puisse, une fois introduit dans la vessie, également, uniformément, graduellement, régulièrement, parallèlement, se dilater dans toute sa longueur.

Ce travail et l'instrument qui l'accompagne sont envoyés à l'examen de MM. Ségalas et Huguier.

La séance est levée à cinq heures et quart.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1848.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

L'AUSCULTATION ET LA PERCUSSION APPLIQUÉES AUX MALADIES DE POITRINE DU CHEVAL. — Rapport de la commission (composée de MM. Lebeau, Brogniez, Verheyen, Thiernesse et Delwart, rapporteur), chargée de l'examen du mémoire envoyé en réponse à la question du concours de 1846-1848, relative à ce sujet.

« Messieurs,

» Dans votre séance du 1er avril 1848, vous nous avez chargés d'examiner un mémoire adressé à l'Académie en réponse à la question de médecine vétérinaire proposée au concours de 1846-1848. Cette question est conçue en ces termes :

« Déterminer la valeur de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval ; établir par des faits les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer. »

» Le mémoire qui a été soumis à notre appréciation a pour devise : « *L'auscultation et la percussion fournissent les principaux signes physiques des maladies de poitrine.* »

L'auteur fait ressortir, sous forme de préambule, les avantages de l'auscultation et de la percussion pour reconnaître les maladies : « Quand leur profondeur les dérobe à la vue, à l'odorat et au toucher, on doit, dit-il, avoir recours à l'ouïe. »

» L'auscultation et la percussion sont deux moyens d'une grande valeur pour explorer les organes qui composent l'appareil respiratoire; le résultat de leur application, combiné avec le raisonnement, permet de porter un diagnostic plus facile et plus sûr dans les affections de ces organes.

» L'auteur considère ces moyens d'investigation comme aussi utiles en médecine vétérinaire qu'en médecine humaine; mais il regarde leur application comme étant plus difficile, à cause de l'indocilité des animaux, de l'épaisseur des parois thoraciques chez les grands quadrupèdes domestiques, de l'absence des signes fournis par la résonnance de la voix et les positions gênantes que doit prendre l'explorateur. Votre commission, messieurs, reconnaît toute la justesse de ces observations, en ce qui regarde la difficulté de tirer parti de l'exploration de la poitrine du cheval par l'auscultation et la percussion; cependant une étude pratique bien raisonnée de ces procédés peut lever en grande partie ces difficultés, et, comme l'auteur le dit lui-même, aider à reconnaître une maladie de poitrine, à en découvrir le siége, à en déterminer la nature et en prévoir la terminaison, d'autant plus que le défaut de sonorité du thorax et les différents bruits qui se passent dans cette cavité sont accompagnés d'autres symptômes qui donnent une valeur immense aux bruits perçus à l'auscultation et à la percussion.

» L'auteur entre dans des considérations générales sur le jeu de l'organe respiratoire à l'état sain et à l'état malade. Dans ce dernier état, le bruit qui en est l'expression est exagéré ou affaibli, tout à fait nul, accompagné ou remplacé par un ou plusieurs autres que l'on appelle bruits anormaux, et qui portent le nom générique de râles. »

» Les bruits dépendant du jeu de l'organe central de la circulation sont également modifiés dans plusieurs maladies; quelquefois ils sont exagérés, quelquefois obscurcis ou accompagnés d'un bruit anormal. L'auteur ajoute que les maladies du cœur sont excessivement rares chez le cheval, et qu'il croit superflu d'en parler beaucoup. Votre commission croit, au contraire, messieurs, que les maladies de cet organe sont plus fréquentes dans l'espèce chevaline qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour, et que leur étude laisse beaucoup à désirer. Il dit ensuite que l'intensité du bruit et la force des battements du cœur sont des signes des modifications imprimées par une cause quelconque à la circulation. Il n'indique pas les maladies qui impriment ces modifications, ni en quoi elles consistent; il laisse donc ce point important irrésolu.

» On entend, dit-il, quelquefois le bruit du soufflet chez les chevaux qui ont perdu une grande quantité de sang dans la saignée; selon lui, ces bruits sont très-obscurs au début de la péricardite, quelquefois tout à fait nuls, et aussitôt qu'un peu de gaz, résultat d'un commencement de décomposition, se trouve mêlé au liquide épanché, on perçoit un bruit de clapotement dont le rhythme est le même que celui des mouvements du cœur. Que peut-on déduire de ces données? Absolument rien.

» Il ajoute que l'obscurité des bruits du cœur et la faiblesse de ses battements, en l'absence de tout autre symptôme, est un signe du développement et de l'épaississement anormal des parois du cœur, c'est-à-dire d'hypertrophie de cet organe. Ici l'auteur est dans l'erreur; l'expérience nous démontre le contraire de ce qu'il avance : dans le cas d'hypertrophie du cœur, les contractions sont fortes, énergiques et souvent intermittentes.

» L'auteur termine ce chapitre en disant que le bruit de clapotement irrégulier, accompagnant les battements du cœur avec engorgement emphysémateux sous-cutané de la région correspondante, est le signe d'un abcès situé dans le voisinage du cœur. Ici, comme dans ce qui précède, rien ne justifie ce qu'il avance; aucun fait, aucune autopsie, ne viennent appuyer son opinion, qui nous paraît toute gratuite.

» Quand on frappe perpendiculairement avec l'extrémité des doigts, ajoute l'auteur du mémoire que nous analysons, sur les différents points de la surface d'une poitrine saine correspondant aux côtes, on produit une résonnance particulière, mais qui est modifiée par l'état de maigreur ou d'embonpoint du sujet que l'on explore : c'est la sonorité. Un tissu sain n'a pas la même résonnance qu'un tissu malade; un organe plein et distendu par un liquide, qu'un organe flasque et épuisé; un tissu induré, qu'un tissu d'une organisation normale.

» L'auscultation et la percussion, appliquées aux maladies de poitrine du cheval, fournissent les signes les plus certains, selon l'auteur, pour distinguer la congestion des poumons, l'apoplexie ou hypérémie hypostatique, la bronchite, la pneumonite, l'hydrothorax, l'hépatisation et l'emphysème du poumon, la phthisie pulmonaire.

« J'ausculte un cheval et je trouve, dit-il : 1° qu'il y a absence complète du » souffle respiratoire vésiculaire des deux côtés du thorax, excepté à la partie » supérieure; que la respiration bronchique est exagérée, et que la percussion » rend un son mat, excepté encore à la partie supérieure. Cela indique l'imper- » méabilité des vésicules pulmonaires à l'air; mais cette imperméabilité est-elle » occasionnée par une hépatisation pulmonaire, par un épanchement pleuréti- » que ou par une congestion pulmonaire sanguine? Ce sera cette dernière af- » fection toutes les fois que cet état sera survenu tout à coup; ce sera l'une ou » l'autre des deux premières affections quand ces signes se seront produits » d'une manière lente et graduelle. Dans ce cas, ce sera un épanchement pleu- » rétique toutes les fois qu'il existe en même temps une petite toux sèche, très- » rare et sans jetage, que le souffle respiratoire est très-exagéré à la base des » poumons, au niveau du liquide épanché. Ce sera une hépatisation pulmonaire » si ces signes ont été précédés du râle crépitant, et dans toutes les autres cir- » constances. »

» Votre commission, messieurs, ne comprend pas ce que l'auteur entend par les mots *et dans toutes les autres circonstances*, placés à la suite des signes qui caractérisent l'hépatisation des poumons; elle ne peut admettre les signes qu'il énonce comme certains pour reconnaître l'épanchement pleural.

» L'hépatisation pulmonaire et l'épanchement pleural, continue l'auteur, peuvent dépendre d'affections aiguës ou chroniques; il suffira de faire attention à l'expression de la maladie pour distinguer ces deux états maladifs entre eux. Inutile de dire que les signes dont il vient de parler ne s'observent que d'un seul côté du thorax, et presque toujours du côté gauche, et qu'alors il y a exagération du souffle respiratoire de l'autre côté; l'hydrothorax fait pourtant exception, car il est le plus souvent double chez le cheval.

» L'auteur ajoute ensuite :

« 2° Qu'il existe un râle très-bruyant, accompagné de temps en temps d'une » espèce de sifflement aigu que l'on appelle râle sibilant, et qu'à la percussion, » la poitrine résonne assez bien; ce sont les signes de la bronchite aiguë. »

» « L'auteur donne ici le râle sibilant comme signe unique de la bronchite aiguë. Si ce râle se fait entendre dans cette maladie, il n'est pas constant; nous » avons ausculté bon nombre de chevaux atteints de bronchite aiguë, et nous » sommes loin d'avoir constaté, dans tous les cas, le râle sibilant qui s'entend » dans l'emphysème pulmonaire. L'auteur ne fait nullement mention du râle » que M. Delafond compare au ronflement d'une corde de basse, râle qui accuse » toujours la sécheresse de la muqueuse des bronches dans la bronchite aiguë » à son début, ni du râle muqueux qui accompagne toujours la bronchite et la » broncho-pneumonite dans une période plus avancée. »

» Il continue en disant :

« 3° Qu'il se fait un bruit analogue à celui que l'on produit en soufflant avec » un chalumeau dans de l'eau de savon : c'est le râle muqueux, signe du ca- » tarrhe bronchique. Ce râle est quelquefois si fort qu'il ressemble à une espèce » de claquement et qu'on l'entend à distance; cela a lieu surtout à l'approche » de la mort. » Ce bruit de claquement peut exister, mais est-ce bien le signe d'un catarrhe bronchique? Votre commission croit, messieurs, qu'un catarrhe bronchique n'est pas une maladie grave qui puisse amener la mort, et que si le bruit de claquement arrive dans le cours de cette maladie, il est la conséquence d'une autre affection ou d'une complication.

« 4° Que d'un côté le bruit respiratoire est accompagné d'un bruit analogue » à celui que produit la crépitation du sel de cuisine : c'est le râle crépitant. Ce » râle est très-difficile à entendre chez le cheval qui a un peu d'embonpoint; la » percussion produit une résonnance à peu près normale. Ce sont les signes de » la péripneumonie; ils doivent toujours précéder l'hépatisation. »

« 5° Que le souffle respiratoire est très-affaibli et qu'à la percussion la sono- » rité est très-forte : ce sont les signes de l'emphysème du poumon. » Ces signes sont loin d'être suffisants pour diagnostiquer l'emphysème pulmonaire; l'auteur ne dit mot des différents râles inséparables de cet état pathologique.

« 6° Le souffle respiratoire (c'est toujours l'auteur qui parle) est accompagné » du râle muqueux que la toux fait disparaître; la poitrine résonne bien, et en » appliquant l'oreille sur la partie antérieure du thorax, on entend un bruit ana- » logue à celui que l'on produit en séparant les lèvres humides l'une de l'autre, » au milieu, comme pour laisser passer une bulle d'air : ce sont les signes d'un » abcès du poumon. »

» Votre commission s'est demandé, messieurs, si ce bruit a lieu lorsqu'un abcès existe au poumon. L'auteur ne fait pas mention de l'état de l'abcès, c'est-à-dire s'il est ulcéré ou non : dans le premier cas, il existe un râle caverneux qui se perçoit facilement; il ne le mentionne pas.

« 7° Qu'il y a matité à la partie supérieure des poumons et exagération du » souffle respiratoire : ce sont les signes de l'existence des tubercules; ce cas » est très-rare chez le cheval. »

» Nous ne croyons pas, messieurs, qu'il soit possible de reconnaître l'existence des tubercules dans les poumons par les signes que l'auteur vient d'énoncer; c'est peut-être de toutes les maladies pulmonaires celle dont le diagnostic est le plus obscur et le plus difficile à établir, surtout chez le cheval. Il ne mentionne pas non plus l'état des tubercules, s'ils sont indurés, ramollis ou ulcérés; ces différents états donnent à l'auscultation des bruits divers qu'il aurait dû faire connaître pour donner quelque crédit à ce qu'il avance.

» Pour appuyer par des faits les différents bruits perçus par l'auscultation et la percussion, l'auteur rapporte, à la fin de son mémoire, quatre observations :

» La première a été recueillie sur un cheval malade offrant à l'auscultation les signes suivants : souffle respiratoire normal des deux côtés, mais difficile à percevoir vers la moitié inférieure du poumon gauche; obscurité des bruits du cœur, petitesse des battements. A la percussion, sonorité normale à droite, un peu diminuée à gauche, surtout vers la région inférieure et vis-à-vis du cœur. Diagnostic : hydropéricardite. A l'autopsie, on trouva le péricarde excessivement distendu et contenant au moins seize litres de sérosité, quantité qui nous paraît un peu exagérée.

» La deuxième observation concerne un sujet portant un abcès dans le voisinage du cœur; à l'extérieur, il se manifestait par une tuméfaction emphysémateuse, crépitante et située au niveau du coude; en appliquant l'oreille sur cette partie, on entendait un bruit de clapotement irrégulier et coïncidant avec les battements du cœur. J'ai plongé, dit l'auteur, un bistouri à deux pouces de profondeur, au milieu de la tuméfaction et entre deux côtes; aussitôt l'ouverture a donné passage à l'air, qui en est sorti avec un sifflement très-fort et a été suivi de l'évacuation d'une quantité de pus assez considérable et d'une odeur infecte; l'oreille ayant été de nouveau appliquée, n'a plus perçu le bruit anormal; il avait complétement disparu.

» Cet abcès avait-il son siége au voisinage du cœur ou dans la poitrine? Un bistouri plongé à deux pouces de profondeur, au travers d'une tuméfaction et des parois de la poitrine, pourrait-il atteindre un abcès situé dans le voisinage du cœur? L'auteur ne fait pas mention de l'autopsie, donc il est à supposer que l'animal a survécu à cette grave opération et à la maladie.

» La troisième observation a été recueillie sur deux chevaux atteints de péripneumonie; à l'auscultation, ils ont donné les signes suivants : exagération du souffle respiratoire vésiculaire, râle crépitant vers le tiers inférieur, à droite; absence complète du souffle respiratoire et *matité* à gauche. A l'autopsie, on a constaté une hépatisation complète du poumon gauche, et un commencement d'hépatisation à la partie inférieure du poumon droit.

» La quatrième observation est relative à une pouliche de 2 ans, atteinte d'une pleurésie aiguë occupant seulement le côté gauche. Absence du souffle respiratoire et *matité* dans toute la moitié inférieure du côté gauche; sonorité et exagération de la respiration à droite. A l'autopsie, épanchement de plusieurs seaux de sérosité dans la cavité gauche seulement, sérosité dans laquelle nageaient des fausses membranes et de grosses masses d'albumine coagulée.

» En 1844, l'auteur a fait l'autopsie d'un cheval dont la poitrine, plusieurs semaines avant la mort, présentait les signes suivants : grande sonorité, râle muqueux disparaissant après la toux, bruit particulier ressemblant à celui d'une goutte d'eau tombant dans un vase contenant déjà de l'eau, ou encore, à celui

que l'on produit en séparant les lèvres humectées, comme pour laisser passer une bulle d'air; ce bruit s'entendait continuellement. A l'autopsie, on trouva, dans l'épaisseur du poumon, un foyer purulent en communication avec des divisions bronchiques et contenant au moins un litre de pus.

» Dans l'exposé des signes fournis par l'auscultation et la percussion, l'auteur du mémoire ne répond qu'imparfaitement à la question posée par l'Académie; la majeure partie des signes qu'il présente comme constants dans certaines maladies de poitrine n'ont qu'une faible valeur, attendu que leur existence n'est pas appuyée de faits suffisants tirés des lésions organiques; ils n'inspirent, par conséquent, que peu de confiance et ne nous enseignent rien qui ne soit connu des vétérinaires praticiens qui mettent en usage ces moyens d'investigation. Votre commission est donc d'avis qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix, et vu l'importance de la question, elle vous propose de la maintenir au concours pour 1848-1850. »

La première conclusion est adoptée.

L'Académie statuera plus tard sur la seconde.

PLEUROPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE. — Rapport de la commission (composée de MM. LEBEAU, BROGNIEZ, VERHEYEN, THIERNESSE et DELWART, rapporteur) sur le concours de 1847-1848 relatif à ce sujet.

« Messieurs,

» Sur la proposition qui vous a été faite l'année dernière par le gouvernement, vous avez mis au concours pour 1847-1848 la question suivante :

« Rechercher les causes de la maladie connue sous le nom de *pleuropneumonie épizootique* et les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

» Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

« Le seul mémoire qui vous soit parvenu en réponse à cette question a pour épigraphe: « *Anatome medicinæ oculus. — La médecine est une science à faire.* »

» L'auteur commence par se féliciter et par bien augurer de l'époque actuelle où les jeunes médecins s'occupent de la médecine comparée; il saisit cette occasion pour adresser un hommage flatteur à l'Académie qui, une des premières, a senti l'importance de s'occuper de la médecine vétérinaire, en mettant au concours l'importante question de la pleuropneumonie du gros bétail. Il divise son mémoire en deux parties essentielles.

» L'anatomie pathologique fait l'objet de la première partie; la seconde a pour objet diverses expériences qui tendent à appuyer les indications tirées des lésions cadavériques qu'il a observées.

» L'auteur consacre à la première partie vingt grandes pages dans lesquelles il énumère une foule de lésions qu'il a observées dans les différentes autopsies qu'il a faites, et d'où il conclut que la maladie qui nous occupe est un véritable typhus qu'il compare à la peste de Bohême; il propose de la qualifier du nom de *pneumotyphus*.

» Nous ne croyons pas devoir nous arrêter sur la première partie de ce travail, attendu qu'elle s'écarte de la question proposée par l'Académie; cependant nous devons vous faire connaître, messieurs, que nous ne partageons pas l'avis de l'auteur sur la nature de cette affection; nous croyons, au contraire, qu'elle n'est point de nature typhoïde, dans les deux premières périodes surtout.

» On cite, à la vérité, une épizootie de pleuropneumonie qui a sévi en 1846 dans le duché de Nassau, et où l'on a rencontré, pour la première fois, des ulcérations intestinales analogues à celles que l'on trouve dans le typhus qui atteint l'homme. Le docteur Spingler, qui en donne la description, avait déjà cru à la nature typhoïde de l'affection, et la dénomination de pneumotyphus, sous laquelle notre auteur désigne la maladie, appartient à ce médecin.

» Pour que cette idée pût être admise, il faudrait se baser non sur une épizootie isolée, mais sur la presque universalité des cas, et l'observation journalière nous démontre qu'il n'en est pas ainsi.

» Dans la deuxième partie de son mémoire, l'auteur rapporte quelques expériences faites par Gaspart et M. Magendie pour provoquer, chez les animaux, le typhus par des moyens artificiels, consistant, comme on sait, dans l'injection d'un mélange égal de chair et de sang putrides dans la veine jugulaire des chiens domestiques. A la dissection des cadavres, ils ont trouvé des ecchymoses; la membrane du duodénum et du rectum était légèrement enflammée, gonflée, livide, enduite d'un sang gélatineux et marquetée de points noirs, et ils en ont tiré cette conclusion, que le typhus doit sa naissance à une décomposition putride. M. Magendie ayant depuis fait des expériences, ajoute l'auteur vit naître un typhus très-grave et amenant promptement la mort, par suite de l'usage du poisson pourri. Ces expériences furent ensuite confirmées par Pomer.

» Le docteur Scoutetten, dans les hôpitaux et les prisons où le typhus exerçait ses ravages et où il régnait un air insalubre et humide, procura à un grand nombre d'animaux de différentes espèces une nourriture très-difficile à digérer, et la dissection des cadavres montra que la surface interne du canal intestinal, et principalement les follicules muqueux, étaient enflammés.

» MM. Trousseau et Sapay ont obtenu, par des expériences identiques, le même résultat que M. Magendie, en même temps qu'une affection mortelle des organes respiratoires. MM. Hamont et Leuret ont vu des symptômes et des variétés de typhus provenant de fluides putrides introduits dans le sang. Rofs, en nourrissant des animaux de chair putride, a produit des symptômes typhoïdes dont il attribua la principale cause à cette viande putréfiée.

» Winther cherche aussi cette première cause dans la matière qui est en décomposition, matière qui engendre également la décomposition ou fermentation sanguine, dont le produit, découvert par la chimie, est un sel ammoniac. Gendrin a regardé la fièvre jaune ou *ochrotyphus*, comme un venin putride circulant dans le sang.

» Quant à ses propres expériences, l'auteur a obtenu les résultats suivants: l'injection dans la jugulaire, d'une demi-once d'eau mélangée de viande putréfiée, était suivie de faiblesse, de malaise, de dyspnée, de vomissements, de déjections alvines noirâtres et abondantes d'abord, ensuite plus claires et d'une extrême fétidité; un pouls faible, fréquent, les yeux injectés, le nez humide, la membrane muqueuse des joues et de la langue extrêmement sèche, l'appétit diminué, la soif augmentée, l'évacuation des urines faible.

» Un chien domestique grand et vigoureux était parvenu cependant à guérir et devint extraordinairement vorace. L'injection fut alors répétée; il fut attaqué des symptômes rapportés plus haut et mourut, ainsi que sept autres sur lesquels on avait expérimenté.

» A l'ouverture des cadavres, le cerveau et ses méninges étaient dans un état normal; les poumons offraient à l'œil de l'observateur plus ou moins d'ecchymoses, des pétéchies ou une pneumonie hypostatique. La membrane muqueuse des bronches annonçait un état catarrhal. Dans le cœur et dans les gros vaisseaux, le sang était noirâtre, liquide, les muscles profondément bruns, le foie et les reins dans un état normal; la rate était ramollie et développée. Les glandes mésentériques, surtout celles de l'intestin iléon, étaient gonflées, hypérémiques; la membrane muqueuse du tube intestinal était injectée, fort ecchymosée, surtout dans le duodénum et le rectum.

» Les plexus glandulaires de Peyer étaient gonflés, entourés d'un bord rouge; placés selon l'axe longitudinal, et sur la surface externe du canal intestinal se voyait une infiltration de sang violet. Les glandes de Peyer étaient infiltrées d'une masse encéphaloïde ponctuée de noir, en partie ulcérée, de forme elliptique.

» Une expérience semblable, faite sur une chienne qui allaitait, a eu pour résultat : déjections alvines fréquentes, vomissement souvent répété, malaise supportable; un peu après, selles noires, très-fétides; pouls faible, fréquent; dyspnée; mort. La dissection, surtout celle des glandes de Peyer et mésentériques, montrait les mêmes phénomènes que sur les autres cadavres.

» Un grand chien avait déjà subi trois fois ladite injection et s'en était guéri; on lui coupa l'artère carotide pour le faire mourir. L'autopsie fit voir les poumons très-tuberculeux; le cœur était dans un état normal et les gros vaisseaux contenaient des coagulum de fibrine et de sang; les glandes mésentériques et celles de Payer n'étaient pas gonflées; le foie, la rate et les reins se trouvaient à l'état normal.

» Les exemples où la matière décomposée, putréfiée, a été introduite par les aliments dans le corps humain et a produit le typhus, sont très-nombreux. Dans cet état de choses, dit l'auteur, « je conclus que le typhus tire son origine des substances putrides introduites dans le sang. »

» Ces expériences, dit-il, servent à faire voir clairement de quelle manière peut se produire le typhus sporadique. C'est, en effet, le progrès de la fermentation sanguine produite par les substances putrides introduites dans le sang. Cela explique aussi pourquoi le méphitis n'engendre pas le typhus; dans ce cas, la fermentation est terminée et la décomposition parfaite; c'est pour cette raison que les ouvriers de Montfaucon, selon Parent Duchâtelet, et les fabricants de poudrette (Davidson) ne sont pas atteints du typhus.

» D'après ce que nous venons de voir, messieurs, l'auteur invoque la voie de l'expérimentation, qui est certainement la plus directe pour arriver à la découverte de la vérité, pour prouver que la pleuropneumonie épizootique des bêtes à cornes est un véritable typhus produit par des substances putrides introduites dans le sang. Votre commission croit que les expériences qu'il a empruntées aux différents auteurs précités et celles qui lui sont propres, ne sont pas convaincantes pour éclairer la question relative à l'étiologie et à la nature intime de la maladie, et qu'en les invoquant l'auteur s'est écarté du sujet qu'il avait à traiter. »

» Votre commission pense, messieurs, que ce mémoire ne répond pas aux vues de l'Académie; l'auteur s'est écarté des points principaux de la question, qu'il effleure à peine. Nous possédons en médecine vétérinaire des ouvrages qui donnent des enseignements beaucoup plus étendus et plus précieux; par conséquent il n'y a pas lieu de lui accorder le prix.

» Nous avons donc l'honneur de vous proposer de maintenir la question au concours. »

La première conclusion est adoptée. Il sera statué sur la seconde lors de la discussion sur les questions à proposer pour le concours de 1848-1850.

Les billets cachetés annexés aux deux mémoires sur lesquels l'Académie vient de décider qu'il n'y a pas lieu de décerner les prix, sont brûlés en séance.

RAPPORT DE LA COMMISSION CHARGÉE DE L'EXAMEN DES QUESTIONS A PROPOSER POUR LE CONCOURS DE 1848-1850.

(M. TALLOIS, rapporteur.)

Après une discussion dans laquelle sont entendus MM. Lombard, Fossion, Fallot, Stas, Lebeau, Mareska, Verheyen, Brogniez et Tallois, l'Académie adopte les questions suivantes :

PREMIÈRE QUESTION.— « Faire l'histoire de l'albuminurie (*maladie de Bright*), en insistant d'une manière spéciale sur la nature de la maladie. »

Prix : Une médaille d'or de 600 francs.

DEUXIÈME QUESTION. — « Donner un résumé de l'influence que les sciences chimiques et physiques ont exercée sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies. »

Prix : Une médaille d'or de 600 francs.

TROISIÈME QUESTION. — « Écrire un exposé raisonné de toutes les recherches et découvertes faites, depuis le commencement du dix-neuvième siècle, pour éclairer les questions relatives aux empoisonnements, considérés tant au point de vue du traitement médical à leur opposer, que sous le rapport médico-légal. »

Prix : Une médaille d'or de 600 francs.

QUATRIÈME QUESTION. — « Déterminer la valeur de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval ; établir par des faits les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer. »

Prix : Une médaille d'or de 500 francs.

CINQUIÈME QUESTION. — « Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de *pleuropneumonie épizootique*, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

» Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix : Une médaille d'or de 800 francs.

Les mémoires en réponse à ces questions devront être remis avant le 1er avril 1850.

L'Académie retire du concours la question suivante, proposée à deux reprises depuis 1844 et restée sans réponse.

« Donner la structure anatomique comparée de l'utérus, chez les femelles des animaux domestiques quadrupèdes ; décrire avec précision les modifications que les corps de Gaërtner subissent aux différents âges de la vie et de l'état de gestation, chez les animaux qui sont pourvus de cet appareil organique, et enfin indiquer le rôle que cet appareil remplit dans l'économie animale. »

MOTIONS D'ORDRE.

M. le président fait connaître que, conformément à la décision prise par la compagnie dans sa séance du 24 juin 1848, le bureau a écrit une dernière fois à M. le docteur Desaive pour le mettre en demeure de fournir l'instruction populaire qu'il doit rédiger d'après son mémoire sur les usages agricoles du sel, auquel l'Académie a décerné, en 1846, le prix de 600 fr. qu'avait institué une personne qui a désiré rester inconnue, et que ses démarches ont été sans résultat. Il propose, en conséquence, de charger la sixième section d'écrire le travail dont il s'agit.

Cette proposition est adoptée.

M. le président propose d'ajourner le travail de la commission qui a été chargée de s'entendre avec M. le docteur Cardo, pour insérer son mémoire par extraits dans les mémoires de l'Académie jusqu'à ce que l'on connaisse le résultat du concours sur la question relative à l'influence qu'exercent les marais et les polders sur la santé et sur la durée de la vie, proposée pour 1849.

Cette proposition est adoptée.

Avant de se séparer, l'assemblée décide qu'elle entendra, dans la séance prochaine, la lecture des rapports sur la présentation des candidats aux places de membres titulaires, vacantes dans les troisième, quatrième, cinquième et sixième sections, et qu'elle procédera immédiatement aux élections à ces places.

La séance est levée à deux heures et un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE ÉPIDÉMIQUE (dissertation inaugurale); par le docteur ÉTIENNE VERNAY (de Lyon).

L'épidémie de fièvres puerpérales dont il est ici question a offert plusieurs particularités dignes par elles-mêmes d'être mentionnées, et qui, de plus, ont suggéré à l'auteur quelques remarques judicieuses relatives à l'étiologie et à la nature de cette espèce de fièvres.

A la Maternité de Lyon, une seule salle de quinze lits est affectée au service ordinaire. Le nombre des accouchées s'élevant par mois à 30 ou 40 en été et à 60 ou 70 en hiver, il en résulte par intervalles un peu d'encombrement. Les épidémies ont cessé d'y être fréquentes depuis l'établissement d'un bon système de ventilation ; néanmoins il y en a eu une assez grave dans l'hiver de 1844-1845, et une autre dans l'hiver de 1845-1846. Cette prédilection de l'épidémie pour la saison d'hiver, où le nombre des malades est doublé et où le froid force à ménager la ventilation, est un témoignage en faveur de la fâcheuse influence de l'encombrement. En outre, pour l'épidémie de 1845-46, la constitution atmosphérique a paru jouer un rôle important. La maladie éclata à la fin de 1845 ; le temps était alors constamment humide et pluvieux et les variations atmosphériques étaient nombreuses et prononcées. Dans la première quinzaine de janvier, le vent du nord souffla ; un beau temps soutenu, avec une température de 5 à 6 degrés au-dessous de zéro, s'établit ; l'épidémie cessa. Mais à la fin de janvier, le vent du sud ayant ramené une température tiède, l'humidité et la pluie, l'épidémie reparut. Enfin, elle se suspendit de nouveau au commencement de février et se réveilla vers la fin, et ce fut encore sous l'empire des mêmes variations atmosphériques.

Sur 18 femmes atteintes, 15 étaient primipares, et chez les 13 qui ont succombé, la durée moyenne du travail avait été de vingt et une heures ; en sorte que la longue durée de l'accouchement paraît avoir constitué une fâcheuse prédisposition.

L'influence de l'état moral fut évidente. L'auteur cite le cas d'une femme qui fut frappée de la maladie après avoir éprouvé une vive contrariété. Comme on l'a souvent remarqué, le voisinage de femmes en délire ou à l'agonie occasionnait souvent sur leurs compagnes une impression qui était parfois suivie des plus graves symptômes. Ainsi 4 malades seulement étaient restées dans la salle; l'une d'elles délirait. Bientôt il en fut de même des trois autres, comme si le délire fût devenu épidémique.

Cette épidémie eut, comme tant d'autres, ses signes avant-coureurs. Un certain temps avant qu'elle n'éclatât, les suites de couches étaient plus orageuses que de coutume ; les symptômes de la fièvre de lait dépassaient leur limite habituelle, etc. C'est une remarque qui a été souvent faite à la Maternité de Paris, et sur laquelle la GAZETTE MÉDICALE a plusieurs fois insisté dans ses études sur les constitutions médicales.

Une fois établie, la maladie présenta dans la rapidité parfois foudroyante de sa marche, dans l'irrégularité et l'imprévu des symptômes (tels que surdité, dyspnée spasmodique, coma, apparaissant ou s'évanouissant tout à coup sans cause appréciable), dans la succession des plus violents désordres fonctionnels qui passaient presque instantanément de la tête au thorax et du thorax à l'abdomen ou dans les membres, la maladie présenta, disons-nous, quoique sur un si petit théâtre, les caractères les plus tranchés des véritables affections épidémiques.

On devine les lésions anatomiques. Le plus souvent, rien autre chose que des traces peu étendues de péritonite, avec épanchement de sérosité opaline et quelques fausses membranes. Parfois, un peu de rougeur ou d'exsudation membraneuse des plèvres. Dans quelques cas, les ovaires étaient transformés en une bouillie lie-de-vin. *L'utérus était parfaitement sain.* Quatre fois, une infiltration albumino-purulente avait envahi le tissu cellulaire des ligaments larges et s'étendait même entre les fibres musculaires voisines; mais jamais la matière purulente n'avait de communication appréciable avec les vaisseaux qui n'offraient d'ailleurs aucune altération.

Quant au traitement, il a surtout consisté dans l'emploi des laxatifs et de l'ipécacuanha. Les émissions sanguines essayées au début ont été presque aussitôt abandonnées comme funestes.

Tels sont les traits principaux de l'épidémie décrite par M. Vernay. Les remarques qui suivent sa relation tendent à justifier un rapprochement, plusieurs fois indiqué déjà, tant en France qu'en Angleterre, entre les fièvres puerpérales et les érysipèles, ou les fièvres purulentes consécutives aux amputations. On sait même que la fièvre puerpérale a été qualifiée par quelques auteurs d'*inflammation érysipélateuse*. On a pensé que, après l'accouchement, les veines de l'utérus pouvaient, en emportant dans le torrent circulatoire des détritus putrides, provoquer le développement d'une fièvre puerpérale, comme les veines d'un membre amputé peuvent, suivant la plupart des chirurgiens, provoquer une fièvre purulente en absorbant le pus de la plaie. La même analogie a été établie quant aux vaisseaux lymphatiques, et l'auteur a soin de rappeler que M. Botrel a vu, pendant l'épidémie de lymphangite puerpérale qui a régné à Rennes en 1844, les moindres opérations donner lieu à des lymphangites sous-cutanées et à des érysipèles de mauvaise nature.

Ces divers rapprochements attendent sans doute de l'expérience ultérieure une confirmation plus positive et une signification mieux déterminée; mais sans contredit ils sont dès à présent légitimés par l'état actuel de la science, et, en les appuyant de sa propre autorité, M. Vernay plaide, croyons-nous, en faveur d'une bonne doctrine.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — NOUVELLES SANITAIRES.

RUSSIE.

SAINT-PÉTERSBOURG. — BULLETIN OFFICIEL DU CHOLÉRA.

Journée du 16 janvier	17 nouv. malades,	11 guérisons	et 8 décès.
17 —	9 —	4	5 —
18 —	19 —	2 —	9 —
19 —	8 —	8 —	10 —
20 —	9 —	6 —	5 —

Du 25 décembre 1848 au 1er janvier 1849, il y a eu 139 nouveaux malades et 72 décès. Depuis le 4 juin 1848 (date de l'apparition de la maladie) jusqu'au 1er janvier 1849, la capitale a compté, tant dans les hôpitaux civils qu'à domicile, 22,022 malades civils du choléra, dont 12,128 ont succombé. Au 1er janvier, il en restait 109 en traitement.

NORWÉGE.

BERGEN, 6 janvier. — Sur 160 malades du choléra, 103 sont morts jusqu'à ce jour.

AUTRICHE.

VIENNE, 24 janvier. — Le choléra va en augmentant; il ne règne pas seulement dans les hôpitaux militaires, mais chez des particuliers, bien que la commission militaire ne veuille pas en convenir.

ANGLETERRE.

Dans la journée de samedi jusqu'à huit heures du soir, 12 nouveaux cas de choléra asiatique avaient éclaté dans la maison de travail associé d'Holborn. 4 malheureux ont succombé en quelques heures. Vendredi, il y avait eu 7 cas, tous suivis de décès.

	Nombre des cas.	Décès.	Sauvés.	En traitement ou résultat non connu.
Cas de choléra déjà mentionnés à Londres et dans ses envir.	884	479	131	274
Dans la campagne.	764	328	96	340
En Écosse.	8,547	3,705	2,345	2,497
	10,195	4,512	2,572	3,111

(GLOBE, 1er février.)

INDES OCCIDENTALES.

D'après les dernières nouvelles de Baltimore, le temps était excessivement froid; le port était gelé et les marchés stationnaires. Le bureau de santé de la Nouvelle-Orléans avait, à la date du 10, déclaré que le choléra avait perdu dans cette ville son caractère épidémique. Le fléau décroissait en effet rapidement. Les affaires reprenaient et les habitants rentraient dans la cité, d'où le choléra les avait éloignés,

— BARBADE, 16 décembre. — La fièvre jaune fait d'affreux ravages dans la garnison de Sainte-Anne. Chaque jour on enterre un certain nombre de soldats. Le fléau attaque indistinctement hommes, femmes et enfants. Il n'y a pas un officier qui n'ait été malade. Plusieurs sont rétablis; mais la mortalité a été grande : 13 sont morts. Nous n'avons jamais vu une épidémie si terrible.

BELGIQUE.

LIÉGE. — L'inquiétude se dissipe à Liége; notre ville est remise de la première émotion que lui avait causée l'apparition de la maladie. L'état sanitaire est aussi satisfaisant que les circonstances le permettent, et nous le devons aux bonnes conditions de salubrité dans lesquelles Liége se trouve, et aux précautions que l'on a su prendre de toutes parts.

Malheureusement nous n'avons pas à donner des nouvelles aussi favorables de la commune de Seraing. La population de cette commune est cruellement éprouvée par le fléau, qui frappe presque exclusivement les indigents.

Dans la journée de lundi, à six heures du soir, le clergé de la paroisse en était à la quinzième administration des derniers sacrements; la nuit restait à s'écouler. Dans le cours de la semaine dernière, un seul médecin, M. Raik, avait pour sa part donné ses soins à près de 80 cholériques.

Sans doute bon nombre de malades échappent à la mort; mais ceux qui succombent ne sont encore que trop nombreux. Le chiffre des décès s'élève parfois de 6 à 8 par jour; il est même arrivé jusqu'à 11.

— La ville de Liége revient de la stupeur où l'avait plongée l'apparition subite du choléra ; il perd sensiblement de son intensité. La maladie attaque principalement les personnes déjà affaiblies par d'autres causes et les enfants. Le 23 il n'y a eu que 23 décès, sur lesquels 11 garçons et 5 filles et 2 personnes d'un âge très-avancé. Des mesures sanitaires ont été prises avec succès. L'administration communale ne doit rien négliger pour assainir les rues qui sont dans un état habituel de malpropreté. Nous citerons les petites rues qui avoisinent celle de la Cathédrale, et en particulier la rue dite Derrière-Saint-Martin, mal pavée, foyer d'infection dans un centre populeux et dans le voisinage du quartier où le choléra a fait explosion. Qu'on se persuade bien que les précautions hygiéniques sont le moyen le plus efficace de paralyser l'action du fléau contre lequel la médecine n'a pas encore trouvé de remède assuré.

FRANCE.

GUINES (Pas-de-Calais), 22 janvier. — Le choléra continue de faire des victimes parmi nous; hier dimanche, on a encore enterré 3 morts de cette terrible maladie.

— On écrit de Valenciennes, 31 janvier :

« Les premiers cas de choléra observés dans le département du Nord l'ont été dans les environs de Dunkerque et de Bergues; bientôt la maladie s'est montrée à Santes et à Haubourdin près de Lille, puis le long des rives de la Scarpe, dans les marais de Marchiennes, de Waziers et de Pont-à-Raches.

» Le 15 décembre dernier, la femme d'un ouvrier mineur habitant le hameau de la Sentinelle, sur Trith, mourut du choléra ; peu de jours après, un ouvrier des forges de Denain fut atteint de cette affection ; le 30, un autre ouvrier de Mastaing, âgé de 39 ans, mourut en très-peu de temps. M. Legrand, médecin à Fenain, reconnut qu'il avait succombé au même mal qui avait fait des victimes à Marchiennes.

» Le faubourg de la Magdelaine, à Lille, a compté un certain nombre de cas. Un homme, traité et radicalement guéri à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, eut une rechute trois jours après sa sortie et succomba.

» A Valenciennes, la maladie se déclara et se concentra dans une agrégation de petites demeures, dites *maisons Lebrun*, peu aérées et probablement tenues peu proprement, dans les environs de l'abattoir et du gazomètre. Placées sur un fond tourbeux, les eaux de cette localité sont, dit-on, à peine potables. Quoi qu'il en soit, une trentaine de cas, dont à peine moitié amenèrent la mort, furent constatés en une quinzaine de jours à peu près. Et si l'on en excepte un cas douteux dans la ruelle d'Haspres et un autre rue Saint-Géry, tout le mal fut renfermé dans l'enclos que nous avons désigné. Le poëte populaire valenciennois, M. Désiré Tricot, que l'on avait dit frappé du choléra, en fut quitte pour la peur. Un officier de la garnison, mort en peu d'heures, ne succomba qu'à la

Feuilleton.

CAPTIVITÉ DU DOCTEUR CABASSE CHEZ LES ARABES.

(Suite et fin.)

Jusqu'au commencement de février 1846, les prisonniers reçurent une ration journalière composée d'un kilogramme d'orge, qui pouvait fournir 720 à 750 grammes de pain ou de galette, et 500 grammes de viande provenant d'animaux malades ou épuisés. Nos sous-officiers avaient en outre, comme ceux des Arabes, une demi-ration supplémentaire, et pour les officiers l'orge était remplacé par du froment. A force de sollicitation, Cabasse obtint que le blé serait également substitué à l'orge pour les malades; mais la cherté des vivres leur fit bientôt retirer ce bénéfice.

Outre ces distributions régulières, les prisonniers recevaient souvent du beurre, du café, du miel, un peu de sucre, des fruits secs, et les services qu'ils rendaient aux Arabes, en les aidant dans leurs travaux, leur procuraient aussi quelques aliments. Enfin les fortes sommes que leur firent parvenir, dans les premiers temps, les généraux Cavaignac et de Lamoricière, leur permirent aussi d'améliorer leur régime, d'entretenir leurs vêtements, d'acheter des chaussures, des chemises, du tabac.

Pendant cette première période, les prisonniers n'eurent pas beaucoup à souffrir : l'alimentation était suffisante et le camp stationnaire, et, d'autre part, l'espoir d'être bientôt délivrés, les égards que les Arabes leur témoignaient et le bon ordre maintenu par l'autorité toujours respectée des officiers entretenait un état moral satisfaisant. Des professeurs d'armes et de danse conviaient la foule à leurs leçons ; on se livrait à des jeux improvisés, et le soir, pour chasser les ennuis et se rapprocher en imagination de la patrie, on entonnait quelque chant national, ou bien l'on se berçait dans la douce mélancolie des hirondelles de Béranger.

Le besoin, qui rend toujours si industrieux, apprit assez rapidement à construire des fours, et l'on put ainsi remplacer par du pain les indigestes galettes qu'on faisait cuire auparavant dans des plats de terre. On parvint aussi peu à peu à raffiner la farine qu'on obtenait en broyant le grain dans un moulin arabe, c'est-à-dire entre deux pierres dont la supérieure perforée au centre est mobile autour d'un axe fiché au milieu de la pièce inférieure. Des artistes sculptaient en bois des soldats et des canons ; des musiciens tiraient de roseaux façonnés des sons inconnus aux échos de la Malouia ; des potiers fabriquaient des pipes, des plats, des vases, à la grande admiration des Arabes étonnés de tant d'industrie, de résignation et de concorde.

On retrouve, dans quelques-uns des passages où Cabasse nous esquisse avec simplicité ces tableaux, le charme qui nous séduit dans l'œuvre de Daniel de

suite d'une dose de la drogue Leroy, qu'il s'administra lui-même et sur laquelle il avala punch et liqueurs. L'état sanitaire de la troupe est resté parfait. Les militaires, nourris d'une façon régulière et saine, ne donnaient pas de prise au mal; on poussa la précaution jusqu'à donner des ceintures de flanelle et des chaussons de laine aux cavaliers, pour empêcher les refroidissements du ventre et des pieds. »

— On lit dans une correspondance particulière de Constantinople :

« Nous avons à signaler une découverte très-importante, dans un moment surtout où le choléra promène périodiquement ses ravages à travers l'Europe. On a trouvé en Asie, près de Brousse, sur le mont Olympe, une plante dont on n'a pu encore assigner le nom botanique, qui ressemble au thym par la tige et la feuille, et à la lavande par la fleur. Il résulte d'expériences nombreuses et authentiques que les décoctions de cette plante produisent sûrement une réaction au milieu de la période algide la plus prononcée, ramènent la chaleur aux extrémités, arrêtent comme par enchantement la diarrhée et les vomissements et produisent enfin une guérison complète. Cette plante, qui paraît le véritable spécifique contre le choléra, a reçu le nom de *zhorabié.* En attendant que la science ait prononcé sur cette découverte, il nous paraît établi qu'elle a produit ici des résultats tout à fait concluants. »

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DES TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES DE L'ANNÉE 1848.

Contre notre habitude, et afin de compenser un retard auquel nous a entraîné la nécessité de pourvoir à des besoins plus urgents, nous allons réunir dans une même étude et la constitution médicale du troisième trimestre et celle du quatrième trimestre de l'année 1848. Seulement, au lieu de rechercher les caractères généraux de la constitution pour le semestre entier, nous nous appliquerons à établir pour chaque trimestre en particulier les caractères qui lui sont propres. De cette manière, nous ne changerons rien aux termes de comparaison qui nous ont servi jusqu'ici à apprécier les différences successivement survenues, soit sous le rapport des conditions météorologiques, soit sous celui des maladies régnantes, entre les diverses saisons d'une même année ou entre les saisons correspondantes de plusieurs années.

Le tableau suivant exprime, pour les six derniers mois de 1848, les moyennes mensuelles de la température et de la pression atmosphériques, la quantité de pluie tombée pendant chaque mois, la direction et la fréquence relative des vents.

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DES TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES DE 1848, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN.		MIDI.		3 HEURES DU SOIR.		9 HEURES DU SOIR.		THERMOM.	PLUIE EN CENTIMÈTR.		Vents qui ont régné classés d'après leur ordre de fréquence (observés à midi).			
	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Moyenne du mois.	Cour de l'Observ.	Terrasse. de l'Obser.	fois.	fois.	fois.	fois.
Juillet	758,01	+ 20,3	757,76	+ 22,7	757,20	+ 23,3	757,72	+ 18,7	+ 19,5	5,263	4,923	S. 12.	N. 9.	O. 8.	E. 2.
Août	756,12	+ 18,2	755,68	+ 20,6	755,35	+ 21,6	756,05	+ 16,5	+ 18,3	11,232	10,286	S. 20.	O. 6.	N. 4.	E. 1.
Septembre. . .	756,75	+ 15,6	756,47	+ 18,6	755,88	+ 19,6	756,28	+ 14,6	+ 15,2	2,005	1,625	E. 10.	S. 9.	N. 8.	O. 3.
Octobre	753,56	+ 11,1	753,43	+ 13,8	752,88	+ 14,5	753,38	+ 10,7	+ 11,7	5,306	4,594	S. 18.	N. 6.	O. 5.	E. 2.
Novembre. . .	756,87	+ 5,8	756,83	+ 7,9	756,52	+ 8,1	757,04	+ 6,1	+ 6,6	3,760	3,315	S. 12.	O. 11.	N. 7.	E. 0.
Décembre. . .	758,37	+ 4,4	758,15	+ 7,0	757,85	+ 7,7	758,41	+ 5,3	+ 5,8	4,172	3,482	S. 21.	E. 6.	N. 2.	O. 2.

Le second trimestre de 1848 (voir GAZ. MÉD., 1848, p. 925), après avoir été assez chaud pendant les deux premiers tiers de sa durée, avait fini par offrir une chaleur modérée pour la saison (+ 18° en juin). Dans le *troisième trimestre*, la température moyenne continue à être modérée; elle est de + 19,5 en juillet, + 18,3 en août, et + 15,2 en septembre. C'est à peu près la même température que nous avions notée à l'époque correspondante de l'année dernière, où juillet nous avait donné + 20,6, août + 18,9, et septembre + 14,2. Néanmoins, il faut noter que cette année, dans le cours du troisième trimestre, la colonne thermométrique a plusieurs fois atteint un degré très-élevé, par exemple, + 27° en juillet, + 23° en août, et + 16° dans les derniers jours de septembre.

Si pendant ces trois mois, la température moyenne n'a pas été si forte qu'on le voit dans certaines années, et que nous l'avons vue notamment en 1846, en revanche, dans le *quatrième trimestre*, elle n'a pas diminué autant que dans le trimestre correspondant de cette même année. Pour octobre et novembre, la différence est à peu près nulle; car nous trouvons en 1846, + 11.8 en octobre, + 6,1 en novembre, et en 1848, + 11,7 et + 6,6. Mais pour décembre la différence est considérable; elle s'évalue par plus de 6 degrés. En effet, la moyenne de décembre était, en 1846, de — 0,4, tandis qu'elle est, en 1848, de + 5,8. Ce dernier chiffre est très-élevé pour la saison. Disons néanmoins que la température de l'automne, quoique généralement très-douce, n'a pas été exceptionnelle, et qu'elle a même été un peu inférieure à celle de l'année dernière, où nous avions + 12,3 en octobre, + 8,4 en novembre et + 4,0 en décembre; seulement la douceur de la température a été, cette année, plus continue, et ce n'est qu'à la fin de décembre, et pendant quatre jours seulement, que le thermomètre est descendu au-dessous de 0.

La *pression atmosphérique* a été assez élevée pendant tout le cours du *troisième trimestre*, où elle se traduit par les chiffres 758.01 en juillet, 756,12 en août et 756,75 en septembre. A la fin du précédent trimestre,

---

Foé. Mais hélas! quand on tourne la page, la scène change : on ne recueille plus que de navrantes impressions.

C'est d'abord une proposition faite au maréchal Bugeaud d'échanger homme pour homme nos frères captifs avec les Arabes que nous retenions prisonniers; elle reste sans réponse, et avec elle un premier espoir s'envola.

Le 8 février, jour qui commence une longue série de souffrances et de malheurs, on aperçoit, à la nuit tombante, des feux de détresse sur les montagnes; un grand mouvement se fait dans le camp, on plie précipitamment les tentes, on charge les mulets à la hâte, et bientôt on se met en route pour se jeter dans les montagnes qui bordent la mer. Les Arabes venaient d'apprendre que le général Cavaignac était parvenu, par une habile manœuvre, à dissimuler ses projets, et qu'il se disposait à surprendre la deïra et à enlever les prisonniers de vive force.

A partir de ce moment, la famine se fit sentir : on supprima la ration de viande et tous les accessoires, et l'on diminua même parfois le kilogramme d'orge qui constituait toute l'alimentation du soldat. Les changements de camp se répétaient à courts intervalles, les marches étaient longues et pénibles, et malheur à ceux que la fatigue ou la maladie forçaient à rester en arrière! Les soldats arabes les égorgeaient impitoyablement, et leurs cadavres abandonnés dans les buissons devenaient la proie des hyènes et des chacals. Les officiers se tenaient toujours à l'arrière-garde, encourageant, ranimant leurs compagnons d'infortune. Cabasse et le lieutenant Marin, qui avaient conservé leurs chevaux, faisaient néanmoins presque toute la route à pied; leurs montures servaient à délasser successivement les hommes les plus malades et les plus fatigués. Quand on arrivait au camp, le soir, le chef de la bande leur jetait ces féroces paroles : Voilà encore un mouvement que nous font exécuter les Roumis, mais si les Français ou les Marocains essayent de vous arracher de nos mains, nous savons comment faire pour qu'ils ne vous prennent pas vivants.

Quelques prisonniers parvenaient de temps en temps à tromper la surveillance de leurs gardiens : un petit nombre put gagner les postes français; d'autres furent ramenés au camp et expièrent sous le bâton leur tentative de reconquérir la liberté; il en est enfin qui périrent de misère en route, furent tués par les Arabes ou retenus comme esclaves par les Marocains.

La deïra s'arrêta enfin dans un lieu qui lui parut sûr : c'était un entonnoir étroit et profond formé par une ceinture de montagnes; on assit le camp près du puits du marabout d'Assi-Berkani. Dans ce bas-fond, l'atmosphère croupissait à l'abri des vents qui eussent pu la brasser et l'assainir; une lourde chaleur y alternait avec la froide humidité que laissaient tomber en passant des bourrasques de la Méditerranée.

Un seul puits abreuvait la deïra et les tribus marocaines voisines, ainsi que leurs nombreux troupeaux : il était caché sous une voûte profonde à laquelle on ne parvenait qu'en rampant. Tout le jour, il était encombré de femmes et d'enfants qui piétinaient dans le cloaque, pétrissaient la boue et achevaient de troubler l'eau, naturellement un peu saumâtre, avec leurs peaux de bouc enduites de goudron et de poussière qui entraînaient les eaux. Aussi, chaque soir, le puits n'était plus qu'une mare fétide.

Ces fâcheuses circonstances ne furent pas les seules qui accablèrent les prisonniers au campement d'Assi-Berkani, où l'on séjourna à peu près un mois. A

en juin, elle n'était que de 754,02. Les chiffres notés cette année diffèrent peu de ceux que nous avions trouvés l'année dernière, où la hauteur moyenne du baromètre avait été de 757,66 en juillet, 756,51 en août et 757,70 en septembre.

Dans le mois d'octobre, la pression atmosphérique diminue notablement; elle tombe à 753,56, degré très-bas pour toute saison. Mais elle se relève dans les deux mois suivants: elle est, en novembre, de 756,87 et en décembre, de 758,37. L'année dernière, nous avions noté pour octobre 756,86, pour novembre 759,24 et pour décembre 755,21. Généralement, nous avions trouvé la pression atmosphérique faible dans le mois de décembre; mais on voit que, cette année, elle a été au contraire très-forte. C'est une circonstance à noter, en raison de l'influence que les variations de la pression atmosphérique exercent d'ordinaire, dans cette saison, sur les voies respiratoires.

L'abondance de pluies, déjà signalée dans le second trimestre, s'est maintenue jusqu'à la fin de l'année. La quantité totale de pluie tombée a été — pour le *troisième trimestre*, de 18c,500 dans la cour de l'Oservatoire, et 16,834 sur la terrasse — pour le *quatrième trimestre*, de 13,238 dans la cour et 11,391 sur la terrasse. Ces derniers chiffres eux-mêmes sont notablement élevés, comme on peut s'en assurer en jetant un coup d'œil sur nos précédentes tables météorologiques. Du reste, la quantité de pluie notée dans les deux derniers trimestres est à peu près la même que dans les trimestres correspondants de l'année précédente. Ainsi le troisième trimestre de 1847 avait donné 19c,037 dans la cour et 16,898 sur la terrasse: le second trimestre avait donné, dans la cour, 9,876, et sur la terrasse, 8,378. C'est une remarque que nous avons déjà eu occasion de faire, que le troisième trimestre est généralement très-pluvieux, et l'emporte à cet égard sur le quatrième trimestre. Cette fois encore, notre remarque se trouve justifiée.

Ajoutons, pour compléter ce qui a trait à l'humidité de l'atmosphère (autant du moins qu'on peut l'apprécier à défaut d'observations hygrométriques), que le ciel a été noté comme *beau*, sur les tables de l'Observatoire, 19 fois pendant le troisième trimestre et 20 fois pendant le quatrième. Hors ces cas, le ciel a toujours été brumeux et couvert. C'est dans les mois de septembre et d'octobre que les beaux jours ont été le plus nombreux.

Quant à la *fréquence relative des vents*, on peut s'assurer par le tableau ci-dessus que le vent du *sud*, qui, dans le précédent trimestre, avait partagé la prééminence avec le vent du *nord*, l'a emporté de beaucoup cette fois sur tous les autres dans tout le cours du semestre. On le trouve noté 41 fois dans le *troisième trimestre;* viennent ensuite, par ordre de fréquence, le *nord* (21 fois), l'*ouest* (17 fois) et l'*est* (13 fois). Dans le *quatrième trimestre*, le *sud* a régné 50 fois, l'*ouest* 18 fois, le *nord* 15 fois et l'*est* 8 fois. Il est à noter que, dans le seul mois de décembre, le vent du sud a soufflé 21 fois.

Cette répartition des différents vents dans le troisième trimestre est fort différente de celle que nous avions notée à l'époque correspondante de 1847. A cette époque, en effet, le vent du sud n'avait soufflé que pendant 16 jours, tandis que le vent du nord avait régné 35 fois, le vent d'ouest 34 fois et le vent d'est 7 fois. Mais pour ce qui concerne le quatrième trimestre, la prééminence du vent du sud a été à peu près la même en 1847 et en 1848. Dans cette dernière année, le sud avait soufflé 46 fois, contre 20 fois le nord, 16 fois l'est et 10 fois l'ouest.

Considérons maintenant les conditions atmosphériques, sous le rapport des *variations* plus ou moins brusques qu'elles ont subies dans le cours du semestre: on trouvera ces données exprimées dans le tableau suivant qui contient: 1° les variations thermométriques et barométriques brusquement survenues d'un jour à l'autre et égales au moins à 4 degrés pour les premières et à 6 millimètres pour les secondes; 2° les *minima* et les *maxima* thermométriques et barométriques observés dans chaque période de dix jours.

TABLEAU DES VARIATIONS BAROMÉTRIQUES ET THERMOMÉTRIQUES, OBSERVÉES A NEUF HEURES DU MATIN.

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élévat.	Abais.	Jours.	Élévat.	Abais.	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
		mm	mm		°	°	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
							mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
Juillet.	Du 1 au 2	10	»	Du 3 au 4	4,5	»												
	Du 6 au 7	»	6	Du 4 au 5	5	»												
	Du 7 au 8	6	»	Du 7 au 8	»	9												
	Du 10 au 11	9	»	Du 10 au 11	»	4												
	Du 18 au 19	»	6	Du 12 au 13	6	»	745,86	761,96	749,26	766,83	748,34	760,45	+13,4	+27,8	+14,7	+24,4	+19,0	+26,0
	Du 20 au 21	7	»	Du 15 au 16	»	7												
	Du 30 au 31	»	7	Du 19 au 20	»	5												
				Du 29 au 30	4	»												
				Du 30 au 31	»	5												
Août.	Du 1 au 2	10	»	Du 19 au 20	»	7												
	Du 24 au 25	6	»	Du 26 au 27	5	»	748,55	758,86	751,69	760,70	751,91	761,41	+16,7	+19,5	+14,2	+21,0	+14,0	+23,5
				Du 29 au 30	»	6												

la disette, à l'insalubrité des airs et des eaux, se joignirent bientôt le manque de chaussures, de vêtements, le découragement et la nostalgie, les fièvres, la diarrhée et la dyssenterie, enfin le scorbut.

Dans le déplorable état où se trouvaient nos soldats, il était difficile que chacune de ces affections se présentât isolément; elles se groupaient pour envahir simultanément l'économie débilitée.

La fièvre était rémittente, et s'accompagnait d'affaissement du système de la vie de relation et d'allanguissement des fonctions assimilatrices. A l'état bilieux, aux selles nombreuses et aux vomissements répétés, à la céphalalgie et à la sensibilité épigastrique, succédaient du subdélire, un pouls misérable, puis l'insensibilité du coma et la mort. La langue ne se couvrait pas de fuliginosités, et aucune hémorrhagie ne se trahissait sous forme de taches lenticulaires ni de pétéchies. C'était là, non pas une fièvre typhoïde, mais une fièvre rémittente et quelquefois même continue, dont le mauvais caractère était commandé bien moins par l'intensité du miasme paludéen que par la réunion des influences qui avaient affaibli l'organisme. Les Arabes, placés dans de meilleures conditions physiques et morales, étaient atteints en assez grand nombre; mais la maladie présentait de la bénignité et cédait à quelques prises de sulfate de quinine, aidées d'un éméto-cathartique.

Il est à remarquer que cette affection complexe, dans laquelle l'élément paludéen, les états bilieux et typhoïde, la dyssenterie et le désordre nerveux jouent chacun leur rôle, atteignit aussi quelquefois mortellement la plupart des quinze hommes qui, échappés au massacre de la colonne Montagnac, parvinrent à rentrer dans Djemma-Ghazouat. Ils n'avaient pas eu à subir de si longues souffrances que les compagnons de Cabasse; mais d'inexprimables douleurs s'étaient accumulées sur eux pendant une courte période. Bloqués quatre jours dans le marabout de Sidi-Brahim, par une nuée d'Arabes qui les harcelaient sans cesse, ils avaient été réduits à boire leur urine pour tromper leur soif. Décidés à mourir en combattant plutôt que de s'éteindre peu à peu dans le marabout, ils s'étaient dirigés sur Djemma; mais arrivés dans le ravin, au pied de la ville, ils avaient vu tomber tous les leurs, les deux derniers officiers de la troupe et notre collègue Rosagutti, mort avec eux. Tant d'émotions avaient brisé tous les ressorts de leur âme; ils déliraient presque tous en arrivant à Djemma.

Cabasse institua un traitement fort rationnel contre cette affection: l'émétique et l'ipéca étaient dirigés contre l'état bilieux, le sulfate de quinine contre l'intoxication paludéenne, et il luttait contre la diarrhée et contre la dyssenterie à l'aide de l'ipéca et de l'opium, et se servait aussi avec succès d'une tisane improvisée avec les fruits astringents et sucrés du caroubier. Sans doute, au-dessus de ces indications, il s'en trouvait de plus puissantes: de bonnes conditions hygiéniques, une alimentation substantielle et le calme d'esprit; mais de celles-ci notre confrère ne pouvait malheureusement pas disposer.

Certes Cabasse est injuste à son égard quand il s'inquiète, craint de n'avoir pas été à la hauteur de la mission que la Providence lui avait confiée, et se demande s'il a bien fait tout ce qu'il pouvait pour ses compagnons d'infortune. Le résultat parle pour lui: pendant l'espace de sept mois, sur 300 hommes, dont 70 étaient blessés, il perdit 27 hommes, 20 par suite de maladies internes, 7 par suite d'affections chirurgicales. En faisant la part des circonstances, ce résultat

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais.	Thermomètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais.	Baromètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim.	Thermomètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim.
		mm	mm				mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
Sept.	Du 1 au 2	7	»	Du 6 au 7	»	4	753,43	767,59	751,55	768,45	742,28	753,65	+14,7	+20,4	+12,2	+14,8	+11,6	+18,1
	Du 4 au 5	»	8	Du 10 au 11	»	6												
	Du 6 au 7	6	»															
	Du 11 au 12	12	»															
	Du 18 au 19	»	6															
	Du 19 au 20	»	6															
	Du 23 au 24	»	8															
Octobre.	Du 3 au 4	6	»	Du 1 au 2	»	4	751,80	764,58	742,53	756,36	747,26	757,73	+11,3	+16,6	+ 4,0	+12,2	+ 4,2	+16,2
	Du 4 au 5	6	»	Du 15 au 16	»	5												
	Du 9 au 10	»	7	Du 16 au 17	6	»												
	Du 17 au 18	»	9	Du 22 au 23	9	»												
	Du 19 au 20	6	»	Du 24 au 25	6	»												
	Du 20 au 21	7	»	Du 25 au 26	»	7												
	Du 25 au 26	9	»	Du 26 au 27	4	»												
	Du 26 au 27	»	10	Du 30 au 31	»	4												
Novemb.	Du 3 au 4	»	9	Du 4 au 5	»	6	742,16	761,25	752,36	767,70	739,43	765,34	+ 2,2	+10,4	+ 4,1	+ 9,0	+ 3,3	+12,0
	Du 4 au 5	12	»	Du 5 au 6	7	»												
	Du 7 au 8	8	»	Du 7 au 8	»	6												
	Du 17 au 18	»	11	Du 13 au 14	4	»												
	Du 19 au 20	10	»	Du 17 au 18	4,5	»												
	Du 20 au 21	»	7	Du 19 au 20	»	4												
	Du 21 au 22	»	9	Du 20 au 21	5	»												
	Du 22 au 23	»	7	Du 23 au 24	»	4												
	Du 23 au 24	»	9	Du 26 au 27	8	»												
	Du 24 au 25	14	»	Du 27 au 28	»	8												
	Du 26 au 27	»	7	Du 28 au 29	6	»												
	Du 27 au 28	9	»															
Décemb.	Du 2 au 3	8	»	Du 14 au 15	4	»	742,46	768,36	754,25	766,70	752,32	763,98	+ 3,8	+11,0	+ 2,0	+ 9,6	— 6,0	+ 8,8
	Du 3 au 4	»	8	Du 18 au 19	»	4												
	Du 4 au 5	»	6	Du 20 au 21	»	10												
	Du 6 au 7	8	»	Du 23 au 24	5	»												
	Du 7 au 8	6	»	Du 24 au 25	6	»												
	Du 8 au 9	7	»	Du 28 au 29	»	4												
	Du 13 au 14	»	6															
	Du 27 au 28	»	11															
	Du 28 au 29	8	»															

Le troisième trimestre de 1847 avait été remarquable par la rareté et le peu d'amplitude des oscillations *brusques* du baromètre ; les variations *graduelles* exprimées par les différences entre les *minima* et les *maxima*, considérés par période de dix jours, n'avaient pas été non plus très-considérables. L'atmosphère a été également assez calme pendant le *troisième trimestre* de 1848. En juillet et septembre, on compte plus d'oscillations brusques qu'aux époques correspondantes de l'année dernière, 14 contre 7 ; mais la grande majorité ne dépasse pas 6 à 7 millimètres, et la plus élevée est de 12 millim. Quant au mois d'août, il n'a fourni que 2 oscillations, l'une de 6mm et l'autre de 10 mm. L'année dernière, pour tout le trimestre, la somme des différences entre les *minima* et les *maxima* donnait 95mm, ainsi répartis : en juillet, 11mm pour chaque période de dix jours ; — en août, 14mm pour la première période, 8mm pour la seconde et 12mm pour la troisième ; — en septembre, 11mm, 12mm et 15mm. Cette année, nous trouvons, pour juillet 16mm, 17mm et 12mm ; pour août, 10mm, 9mm, 10mm ; — pour septembre, 14mm, 17mm, 9mm ; — total général, 114mm. La somme totale, peu supérieure, comme on voit, à la précédente, n'exprime que des différences fort ordinaires entre les extrêmes ascensions et les extrêmes abaissements de la colonne barométrique. Le total des différences, dans le second trimestre, était de 128.

En ce qui concerne le thermomètre, les oscillations brusques qui, déjà en juin avaient été assez fréquentes, le deviennent plus encore en juillet, où elles sont au nombre de 9 et dépassent le plus souvent 4 degrés, tantôt dans le sens de l'élévation, tantôt dans le sens de l'abaissement. Mais ces

---

doit paraître satisfaisant. Il fut plus heureux encore avec les Arabes, parmi lesquels il n'eut que trois morts.

On a pressenti que, placés dans ces fâcheuses conditions, les prisonniers ont dû voir bientôt leur corps se tacheter d'ecchymoses scorbutiques confluentes, et leurs gencives ramollies tomber en detritus. Le scorbut prit en effet une rapide extension, sous l'influence d'une nourriture insuffisante, de l'humidité, des fatigues, du découragement et de la nostalgie. N'oublions pas que, depuis le 8 février, l'on n'eut plus que de l'orge pour toute nourriture. Le sel manquait aussi, le sel dont l'incorporation aux viandes conservées est accusée de produire le scorbut.

De la limonade citrique ou de l'orangeade, des bois de charbon, du nitrate de potasse tiré de la poudre à canon, quelques pilules de sulfate de quinine, la cautérisation des gencives avec le nitrate d'argent et même avec le fer rouge, tels sont les moyens que notre confrère put diriger contre l'affection scorbutique, qui, selon son expression, fit d'affreux ravages. Il va sans dire que le rare cresson qui croissait au bord des fontaines et des ruisseaux était précieusement recherché et avidement brouté.

Une circonstance digne d'intérêt s'est présentée. En examinant les gencives fongueuses et presque diffluentes, Cabasse trouvait, profondément incrustés dans leur tissu, des fragments de paille, de son et d'orge imparfaitement moulus. Réduits à une trop minime alimentation, les soldats ne triaient presque plus leur farine, de peur de perdre quelques parcelles nutritives. En présence de ce fait, dit Cabasse, « je me demandai si les symptômes du côté de la bouche, dans le scorbut, étaient consécutifs à la modification profonde apportée à l'économie dans cette maladie, ou bien s'ils étaient purement le résultat de l'irritation mécanique produite sur les gencives par la mauvaise qualité, la dureté des aliments. » Il est bien évident que le ramollissement des gencives est une des nombreuses manifestations de la maladie générale, mais que les corps étrangers qui s'enchâssent dans les gencives déjà fongueuses et friables accélèrent leur chute en détritus et en gangrène.

Tant de souffrances devaient avoir un terme, non pas dans la délivrance des prisonniers rendus enfin à leur patrie, mais dans un affreux massacre qui couronna leur douloureux martyre.

Le 15 avril, on sépara de leurs camarades les officiers et quatre soldats qui les servaient, sous le prétexte de les mener à une diffa offerte par Ben Thamis, frère de l'émir. Trois jours après ils rejoignirent le camp, qu'on avait changé de place, mais leurs compagnons de captivité n'y étaient plus. On leur dit qu'on les avait conduits à Abd-el-Kader, à cause de la cherté des vivres dans ces parages du Maroc ; mais des débris de vêtements, des boutons, des médailles et divers objets trouvés entre les mains des Arabes firent bientôt naître les plus sinistres soupçons.

Quelques jours après, il n'était plus permis de douter, car on raconta aux officiers, comme la chose la plus simple et la plus naturelle du monde, qu'on avait massacré les prisonniers, à cause de la difficulté de les nourrir. On engagea en même temps les officiers à écrire au maréchal Bugeaud, dans le but d'amener l'échange des captifs contre 15 Arabes, prisonniers à Sainte-Marguerite, dont Abd-el-Kader indiqua lui-même les noms. Cette négociation fut menée avec une grande lenteur, car ce fut plus de cinq mois après que ces derniers arrivèrent à

variations deviennent extrêmement rares en août, qui n'en offre que 3, et en septembre, où l'on en compte 2 seulement. A cet égard, le troisième trimestre ressemble beaucoup à celui de l'année précédente, si ce n'est que, en 1847, les oscillations avaient encore été assez nombreuses en août, quoique beaucoup moins qu'en juillet. Toujours est-il que, dans ce dernier mois, en 1848, comme en 1847, comme en 1846, on a noté, contre la croyance générale, plus de variations de température que dans certains mois du printemps.

Quant aux différences entre les *minima* et les *maxima* thermométriques, elles sont en rapport avec les précédentes données. De même que les oscillations brusques avaient été fréquentes en juillet, de même le chiffre des différences entre les minima et les maxima est assez élevé (14° pour la première période de dix jours, 10° pour la seconde et 7° pour la troisième ; total, 31), mais pour les deux autres mois où les soubresauts du thermomètre ont été si rares, nous trouvons : pour août, 3°, 7° et 9°; total : 19°; — pour septembre, 6°, 2° et 7°; total : 15°. Dans le troisième trimestre de l'année dernière, nous avions pour juillet (où les oscillations brusques avaient été également fréquentes), 13°, 11° et 13°; total : 37°;— pour août, 6°, 7° et 8°; total : 21°; — pour septembre, 6°, 7° et 6°; total : 19°.

Voilà pour le troisième trimestre.

Dans le *quatrième*, nous voyons les oscillations barométriques et thermométriques augmenter simultanément de fréquence. En octobre, elles sont plus nombreuses, les secondes surtout, qu'en septembre. En novembre, elles sont plus nombreuses qu'en octobre. Et l'on peut voir, par le tableau ci-dessus, que pour chacun de ces mois les soubresauts du baromètre et ceux du thermomètre ont eu lieu aux mêmes époques, principalement dans la dernière moitié du mois. En décembre, les oscillations ont été moins fréquentes; mais il importe de noter spécialement parmi les variations relatives à la température, celle qui est survenue du 20 et 21, et qui n'a pas moins de 10° dans le sens de l'abaissement. On se rappelle peut-être, en effet, qu'à cette époque un froid vif a succédé tout à coup à une température douce pour la saison; le thermomètre est descendu en une nuit de + 5,2 à — 5,6.

Sous le rapport des oscillations *brusques* du baromètre, le quatrième trimestre de 1848 ressemble beaucoup au même trimestre de 1847 ; mais il en diffère sensiblement sous le rapport des oscillations thermométriques, qui ont été notablement plus fréquentes et plus considérables dans la première année que dans la seconde.

La même analogie et la même dissemblance se retrouvent au sujet des variations *graduelles*. Les chiffres exprimant les totaux des différences observées entre les *minima* et les *maxima* barométriques sont aussi élevés et même un peu plus élevés en 1847 qu'en 1848. (En 1848, pour octobre, 37^{mm} ; pour novembre, 60^{mm}; pour décembre, 49^{mm}, — total, 146^{mm}. En 1847, pour octobre, 40 ; pour novembre, 49 ; pour décembre, 69, — total, 158.). Au contraire, entre les *minima* et les *maxima* thermométriques, les différences sont plus grandes en 1848 qu'en 1847. (En 1848, pour octobre, 25° ; pour novembre, 25°; pour décembre, 29°, — total, 79°. En 1847, pour octobre, 5°, 5° 5°; pour novembre, 8°, 10° 10° (1); pour décembre, 11°, 5° 7°, — total, 66°.

Au moyen des données précédentes, on peut établir ainsi qu'il suit les caractères principaux de la constitution atmosphérique pendant le second semestre de l'année 1848.

— Chaleurs généralement modérées pendant le troisième trimestre. Température douce pendant le quatrième trimestre, même dans les mois de décembre, sauf pendant quelques-uns des derniers jours, marqués par un froid très-vif. — Pression atmosphérique forte, sauf pendant le mois d'octobre. — Pluie généralement abondante, surtout pendant le troisième trimestre. Les mois les moins pluvieux sont septembre et novembre — Prédominance constante et très-marquée du vent du sud. — Variations barométriques médiocrement fréquentes et prononcées pendant le troisième trimestre, si ce n'est dans le mois de juillet où les oscillations *thermométriques* ont été nombreuses. Pendant le quatrième trimestre, fréquentes et considérables variations de température et de pression atmosphérique, principalement dans le mois de novembre.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Au lieu de 8°, 5°, 8°, comme il est dit par erreur Gaz. Méd., 1848, p. 97.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE.

NOTE SUR LE NON-VOMISSEMENT DU CHEVAL; par M. FLOURENS.

I.

Le cheval ne vomit point : c'est là ce que chacun sait. Mais pourquoi ne vomit-il point? C'est là ce que personne encore n'a expliqué, du moins d'une manière suffisamment précise.

Plusieurs hommes habiles ont pourtant traité la question : Lamorier, chirurgien de Montpellier ; Berlin, membre de notre Académie des sciences ; Bourgelat, le célèbre et à jamais respectable fondateur des écoles vétérinaires en France, et d'autres.

Lamorier attribue le *non-vomissement* du cheval à la position reculée de l'estomac, et à une prétendue valvule qui se trouverait placée à l'orifice supérieur de cet organe (1).

Or, en premier lieu, la position de l'estomac ne fait rien au phénomène : le phénomène tient à la structure seule de l'estomac ; en second lieu, la valvule supposée par Lamorier n'existe pas.

Le premier soin de Berlin, écrivant après Lamorier, a été de réfuter l'erreur de celui-ci, et de démontrer la non-existence de sa prétendue valvule. Berlin donne ensuite deux raisons, et toutes deux excellentes, du *non-vomissement* du cheval, savoir : une *espèce de sphincter* qu'il a découvert à l'orifice supérieur de l'estomac, et l'insertion très-oblique de l'œsophage dans ce viscère (2).

Ces raisons sont les vraies ; cependant Bourgelat n'en a point été satisfait. Il en cherche d'autres, et croit les trouver, d'une part, dans le *paquet des fibres en cravate* qui ceint l'orifice supérieur, et de l'autre, dans

(1) MÉMOIRE OU L'ON DONNE LES RAISONS POURQUOI LES CHEVAUX NE VOMISSENT POINT; mém. de l'Acad. des sciences, ann. 1733, p. 511.

(2) MÉMOIRE SUR LA STRUCTURE DE L'ESTOMAC, ET SUR LES CAUSES QUI EMPÊCHENT CET ANIMAL DE VOMIR ; mém. de l'Acad. des sc., ann. 1746, p. 23.

Oran. Mais, à cette époque, Abd-el-Kader, réduit à la plus grande misère, préféra 33,000 fr. à 15 de ses chefs, de ses parents, de ses amis qui avaient perdu la liberté en défendant sa cause.

Cependant le sort des derniers captifs devenait de plus en plus insupportable, et chaque soir, en s'endormant, ils se disaient adieu, ne pensant plus se revoir le lendemain. Un soir, ils entendirent mettre leurs têtes à l'enchère, dans un café voisin de leur gourbi ; une autre fois ils surprirent les Arabes agitant la question de savoir si l'on assassinerait les 4 soldats. Il était bien évident que si on gardait les officiers, c'était uniquement parce qu'on espérait en tirer bon parti en les échangeant, et que leur vie se terminerait le jour où la lenteur des négociations ferait perdre patience à leurs gardiens. On leur défendit de sortir du camp, on les garda à vue, 20 sentinelles furent postées autour de leur demeure, enfin, on enleva le fusil et le sabre qu'on avait laissés à Cabasse jusqu'à cette époque. Cependant, on oublia la boîte à amputation, et chaque prisonnier, réveillé en sursaut au moindre bruit, portait la main sur un couteau placé à son chevet, bien décidé, non pas à lutter contre des forces irrésistibles, mais à vendre chèrement sa vie.

Quant au massacre des 300 prisonniers désarmés, ma plume se refuse à tracer cet horrible tableau. On les avait éparpillés par petits groupes dans les gourbis des Arabes, et, au milieu de la nuit, à un signal donné, on en avait fait une affreuse boucherie, à coup de fusil, d'yatagan, de couteau et de bâton ; puis l'on avait incendié les gourbis, et les malheureux qui respiraient encore avaient terminé leur vie dans les flammes. Quelques hommes seulement parvinrent à s'échapper, et la fuite de plusieurs fut facilitée par des Arabes qui les avaient pris en amitié.

L'idée de massacrer les prisonniers, due plutôt à Ben-Thamis qu'à Abd-el-Kader lui-même, avait été vivement combattue par le chef arabe Bou-Amedie. Celui-ci avait proposé de garder les officiers comme otages et de reconduire les soldats au poste français le plus voisin; il avait même offert de vendre ses chevaux et les bijoux de ses femmes, pour nourrir les prisonniers pendant leur route. Plus tard, ce fut encore à l'intervention de Bou-Amédie que les quatre soldats durent la vie.

Au milieu de ces scènes de carnage, nous tenions à faire ressortir deux personnages, la tendre et douce Juliette, le noble et généreux Bou-Amédie, afin que celui de nos lecteurs qui visitera les Arabes détenus au château d'Amboise, sache qu'il doit un sourire à l'une, et à l'autre un serrement de main.

Ce fut le colonel du poste espagnol de Mellila qui négocia l'échange des derniers prisonniers et qui avança la somme de 33,000 fr. Cabasse, dans cette circonstance, rendit un nouveau service à ses compagnons de captivité. Le colonel, pour mettre son messager en communication avec les Français, l'avait engagé à se présenter comme un malade réclamant les secours du tébib étranger; ce stratagème réussit et l'envoyé glissa adroitement une lettre à Cabasse. Celui-ci écrivit à la hâte une courte réponse, et, pour éloigner tout soupçon, la plia nonchalamment comme un insignifiant papier, en enveloppa un peu de sucre en poudre, et la remit publiquement au prétendu malade, avec recommandation de prendre la médecine le lendemain.

L'anxiété des prisonniers redoublait à l'approche de leur délivrance, remise de jour en jour pendant longtemps. Un des officiers, le lieutenant Hilairin, épuisé

les *plis entassés* de la membrane muqueuse, qui semblent obstruer cet orifice (1).

II.

Telles ont été les opinions successives de Lamorier, de Bertin, de Bourgelat. Voyons maintenant leurs expériences, du moins celles de Bertin et de Bourgelat; car pour Lamorier, il n'en fait qu'une, encore est-il tombé sur un cas exceptionnel, et son expérience n'a-t-elle servi qu'à le tromper (2).

Ayant introduit de l'eau dans l'estomac d'un cheval, Lamorier *comprima cet estomac sur un plan horizontal*, et l'eau sortit également par l'œsophage et par le pylore (3).

Sur plus de vingt expériences de ce genre, je n'ai trouvé qu'un seul estomac qui ait laissé l'eau sortir par l'œsophage : c'était un estomac malade, et dont la tunique muqueuse était percée de trous profonds, tout remplis de vers (4).

Je viens à Bertin et à Bourgelat.

« J'ai poussé de l'air, dit Bertin, avec un soufflet dans la cavité de l'estomac; je l'ai distendu autant qu'il m'a été possible, et malgré tous mes efforts, malgré des compressions faites de toutes façons, l'air n'a point forcé la résistance du sphincter. D'autres fois, après avoir rempli l'estomac d'air ou d'eau alternativement et n'avoir lié que l'orifice inférieur, je l'ai mis sur un plan, après l'avoir recouvert d'une planche de bois; j'ai prié un spectateur de se placer sur la planche, de monter dessus, de presser par secousses. Tout cela s'est exécuté sans que l'air ou l'eau soit sorti (5). »

« Détachez l'estomac du corps, dit Bourgelat, en conservant une partie de l'intestin duodénum et une certaine étendue de l'œsophage; introduisez le tuyau d'un soufflet dans l'intestin; soufflez même avec force; le viscère se gonflera et sera rempli d'air, sans que l'air soufflé et introduit puisse en aucune manière s'échapper par l'orifice antérieur, qui cependant est demeuré sans ligature et dans son état naturel.

» Liez, en second lieu, l'estomac fortement plus ou moins près du pylore; versez de l'eau par l'œsophage jusqu'à ce que le ventricule soit plus ou moins rempli; comprimez ce viscère avec une presse ou par le poids du corps d'un homme ou de deux, après l'avoir étendu à terre et l'avoir recouvert d'une planche sur laquelle ces hommes monteront. Jamais la compression ne déterminera l'eau à sortir par l'orifice antérieur, que vous aurez néanmoins laissé libre, et elle occasionnera plutôt la rupture du viscère près de sa partie postérieure (1). »

(1) RECHERCHES SUR LES CAUSES DE L'IMPOSSIBILITÉ DANS LAQUELLE LES CHEVAUX SONT DE VOMIR, 1771 (ÉLÉMENTS DE L'ART VÉTÉRINAIRE, 4e édit., t. II, p. 387).

(2) C'est-à-dire qu'à l'éloigner de la vraie cause qui réside dans l'estomac seul, et à lui en faire chercher d'autres qui ne sont pas vraies, telles que la *position reculée de l'estomac*, la *faiblesse du diaphragme*, etc.; mém. cit., p. 515.

(3) Mém. cit., p. 514.

(4) Cet estomac et celui de l'expérience de Lamorier nous expliquent comment il arrive quelquefois que des chevaux vomissent. Tout cheval qui vomit a l'estomac malade. Voyez au mémoire de Girard, intitulé : SUR LE VOMISSEMENT CONTRE NATURE DES HERBIVORES DOMESTIQUES (TRAITÉ D'ANATOMIE VÉTÉRINAIRE, t. I, à la fin).

(5) Mém. cit., p. 49.

III.

Voilà les expériences de Bertin et de Bourgelat. Je vais passer aux miennes; mais avant d'en venir là, je crois nécessaire de jeter un coup d'œil sur la structure musculaire de l'estomac.

Trois couches musculaires, ou plutôt trois muscles concourent à cette structure : un *moyen*, un *externe* et un *interne*.

Le *moyen* (2) commence avec l'orifice supérieur, et ne finit qu'avec l'inférieur. C'est le plus grand muscle de l'estomac; il se compose partout de fibres transverses ou circulaires.

L'*externe* (3) est la continuation des fibres longitudinales de l'œsophage. Arrivées à l'estomac, ces fibres se partagent en quatre faisceaux : un supérieur, d'où les fibres longitudinales de la *petite courbure*; un inférieur, d'où les fibres longitudinales de la *grande courbure*; et deux latéraux qui se répandent de chaque côté de l'estomac, et se perdent dans les fibres transverses ou circulaires du muscle *moyen*, en s'y insérant.

Le muscle *interne* (4) est le plus remarquable des trois, le plus singulier par sa forme, et, sous le rapport du phénomène qui nous occupe, le plus important.

Faisons-nous-en une idée exacte.

Il forme d'abord un gros faisceau charnu qui ceint la moitié supérieure de l'orifice œsophagien. Si ce gros faisceau se continuait en anneau, en cercle, s'il se fermait, s'il achevait de ceindre l'orifice œsophagien, nous aurions là un sphincter ordinaire. Mais il n'en est pas tout à fait ainsi.

A partir de la moitié supérieure de l'orifice œsophagien, les deux branches du sphincter commencé marchent tout droit ou à peu près, et donnent par là deux faisceaux latéraux, un de chaque côté.

Suivons ces faisceaux, et distinguons tout de suite, dans chacun, les fibres externes des fibres internes, car elles se comportent très-différemment.

Les *fibres externes* se détachent, l'une après l'autre, de chaque faisceau latéral, et vont se perdre, à mesure, dans les fibres transverses ou circulaires du muscle *moyen*, en s'y insérant (5); d'où il arrive que chaque faisceau, très-gros à son origine, diminue de plus en plus, et ne compte plus enfin que quelques fibres, ou même qu'une seule, au moment où il se termine avec la moitié œsophagienne de l'estomac (6).

Et même qu'une seule. Et cela d'autant plus que, tandis que les *fibres externes* vont toutes, l'une après l'autre, s'insérer et se perdre dans les fibres circulaires du muscle *moyen*, les *fibres internes* vont toutes, se rendent toutes, l'une après l'autre, d'un faisceau à l'autre.

(1) Mém. cit., p. 394.

(2) *Plan mitoyen*, *second plan* des auteurs qui m'ont précédé.

(3) *Premier plan*, *plan superficiel* des auteurs.

(4) *Troisième plan*, *plan profond* des auteurs.

(5) Comme nous l'avons vu tout à l'heure pour les fibres latérales du muscle *externe*.

(6) J'appelle *moitié œsophagienne* de l'estomac celle qui conserve la tunique muqueuse de l'œsophage; l'autre moitié, qui seule a la muqueuse veloutée des estomacs ordinaires, est la *moitié gastrique* proprement dite.

---

par tant d'émotions, succomba la veille du grand jour qui les rendit à la liberté, la veille du 24 octobre 1846.

Le massacre des prisonniers eut lieu après sept mois de captivité, et la délivrance après plus d'un an.

« Il me serait difficile, écrit Cabasse, d'exprimer ce qui se passa en moi lorsque je me sentis libre, dans les bras du lieutenant de vaisseau Durande, et entouré de ces bons Espagnols qui nous reçurent comme des frères. J'avais le cœur navré, il m'était impossible de prononcer une parole; des larmes abondantes tombèrent de mes yeux. Je pensais au malheur que nous avions eu de perdre M. Hilairin, et aux infortunés laissés derrière nous, ensevelis dans cette terre musulmane; je pensais aux blessés auxquels j'avais prodigué mes soins, et que j'eusse été si fier de ramener dans leur famille. »

Quelques jours après, la population d'Oran se précipitait sur le bord de la mer, à la rencontre de quelques hommes à peine vêtus, pâles et amaigris, mais rayonnants de bonheur: c'était le reste des 600 hommes des colonnes Montagnac et Marin!

La croix qui brille aujourd'hui sur sa poitrine, Cabasse ne la reçut pas en présence d'un bataillon en armes, pas même devant ses camarades conviés à cette fête de famille; il fut mandé dans le cabinet de l'intendant, qui la lui remit comme on donne un jouet ou un objet indifférent. Tant mieux! car il ne la doit qu'à lui-même sa croix si noblement gagnée; tant mieux! il n'a pas même à remercier l'intendance de la lui avoir remise avec un geste ému, avec une parole sympathique.

FÉLIX JACQUOT.

— Au 1er janvier 1848, la population du royaume des Pays-Bas était de 3,030,840 âmes.

En 1847, le nombre des naissances a été de 91,670, dont 87,242 enfants légitimes et 4,428 enfants naturels.

Les décès ont été de 99,457, dont 41,242 dans les villes et 58,215 sur le plat pays.

Il résulte de ces états que la population du royaume a diminué de 7,787 âmes, provenant d'un plus grand nombre de décès que de naissances.

— On lit dans le PROGRÈS CAUCHOIS, cité par le JOURNAL DU HAVRE, du 25 janvier :

« Nous pouvons annoncer d'une manière certaine que l'épidémie a complétement disparu de notre localité, ainsi que de la malheureuse commune où elle a sévi d'une manière si déplorable.

» Aujourd'hui, nous n'avons plus à constater que quelques cas de cholérine atteignant surtout les enfants, mais sans caractère grave dès que les soins convenables sont apportés. »

Les fibres internes d'un faisceau, du faisceau droit, par exemple, vont au faisceau gauche; celles du gauche vont au droit, et au point où celles d'un faisceau touchent au faisceau opposé, les fibres de l'un passent sur celles de l'autre, d'où résulte un entrelacement très-curieux; enfin, ces *fibres internes* complètent, et complètent seules autour de l'orifice œsophagien (1), le sphincter commencé, là même, par le faisceau primitif, le faisceau total du muscle entier.

Ce sphincter est le véritable obstacle au vomissement du cheval. Il suffirait seul pour empêcher tout vomissement, et pourtant il est soutenu, il est doublé partout, d'abord par les fibres circulaires du muscle *moyen*, puis par les fibres longitudinales du muscle *externe*, très-épaisses en cet endroit; et à tout cela, il faut ajouter l'insertion oblique, très-oblique de l'œsophage, genre d'insertion qui suffit seule ailleurs, dans la vessie, par exemple, pour empêcher tout retour de l'urine de la vessie dans les uretères.

IV

J'arrive à mes expériences.

Exp. I. — L'estomac étant rempli d'eau, et le pylore lié, on a mis l'estomac sur une table, et sur l'estomac une planche; puis deux hommes sont montés sur cette planche; ils l'ont pressée par secousses, et pas une seule goutte d'eau n'est sortie par l'œsophage (2).

Il était visible, dès cette première expérience, que tout l'obstacle à la sortie de l'eau par l'œsophage se trouvait dans l'orifice supérieur de l'estomac. Une seconde expérience a rendu cela plus visible encore.

Exp. II. — L'estomac étant rempli d'eau, et le pylore lié, j'ai introduit, en le faisant passer par l'œsophage, un tuyau de métal d'un pouce à peu près de longueur, dans l'orifice supérieur. A peine le tuyau a-t-il été placé dans l'orifice que l'eau a coulé par l'œsophage.

L'obstacle de l'orifice supérieur franchi, il ne s'en est plus trouvé d'autre dans l'œsophage.

L'œsophage, malgré son muscle circulaire si fort, n'est donc pour rien dans le phénomène, et l'expérience qui suit le démontre bien plus évidemment encore.

Exp. III. — L'estomac étant rempli d'eau et le pylore lié, j'ai retranché par portions successives, en allant du pharynx vers l'estomac, tout, absolument tout l'œsophage. Il n'y avait plus d'œsophage; on a pressé l'estomac et pas une goutte d'eau n'est sortie.

L'œsophage enlevé, j'ai pu introduire mon doigt dans l'orifice supérieur, et j'ai reconnu deux choses : la première, que plus on pressait, plus on comprimait l'estomac, plus mon doigt se sentait serré, et la seconde que la direction *oblique* de l'orifice supérieur aidait beaucoup au phénomène, car dès que je rendais cet orifice *droit*, l'eau coulait.

M. Bourgelat a cru que la cause principale du *non-vomissement* pourrait être dans les *plis entassés* de la muqueuse de l'orifice supérieur. L'expérience suivante montre que M. Bourgelat s'est trompé.

Exp. IV. — J'ai fait une grande incision sur un côté de l'estomac; j'ai enlevé ensuite toute la muqueuse de l'orifice supérieur et même toute celle de l'œsophage.

J'ai recousu l'ouverture de l'incision; j'ai rempli l'estomac d'eau; j'ai lié le pylore; on a recommencé la compression de l'estomac, et pas une goutte d'eau n'est sortie.

La troisième expérience limite l'étendue de l'obstacle au vomissement du côté de l'œsophage; en voici une qui la limite du côté de l'estomac.

Exp. V. — J'ai fait une grande incision sur un côté de l'estomac, et j'ai coupé les deux *faisceaux latéraux* du muscle *interne*, sans toucher pourtant aux fibres internes qui sont proprement le sphincter.

Puis l'estomac a été recousu et rempli d'eau, le pylore a été lié, et l'on a recommencé les pressions. Il n'est sorti aucune goutte d'eau par l'œsophage.

VI.

Toutes ces expériences sont univoques; elles démontrent toutes :

1° Que l'obstacle au vomissement du cheval est dans l'orifice supérieur de l'estomac;

2° Qu'il est dans cet orifice seul;

Et 3° que là il tient d'abord à ce que cet orifice a un *sphincter*, et en second lieu à ce que la direction de cet orifice est *oblique*.

M. Berlin avait donc soupçonné juste : le *sphincter* de l'orifice supérieur de l'estomac, et la direction *oblique* de cet orifice, sont les deux causes du *non-vomissement* du cheval.

(1) Les demi-cercles des *fibres internes* se transforment en arcades de plus en plus étendues à mesure qu'elles s'éloignent de plus en plus de l'orifice.

(2) J'ai répété plus de vingt fois cette expérience, comme je l'ai déjà dit, tantôt avec de l'eau, tantôt avec de l'air, et (hors le seul cas de l'estomac malade dont j'ai parlé plus haut) toujours le résultat a été le même.

CHOLÉRA-MORBUS.

DU CHOLÉRA ASIATIQUE; DE SES FORMES DIVERSES ET DE SON TRAITEMENT; par M. Fiévée de Jeumont.

Après avoir observé en 1832 le choléra asiatique sur la plus large échelle, après en avoir mûrement étudié les symptômes et cherché à en saisir les indications pratiques, j'avais confié au papier les impressions encore toutes récentes qui m'en étaient restées. Dans l'espoir que nous serions à jamais délivrés de ce fléau, j'avais cru inutile de donner de la publicité à mes observations. Aujourd'hui que cette épidémie est de nouveau à nos portes, et que, suivant à peu près le même itinéraire qu'en 1830, 1831 et 1832, elle semble menacer notre pays d'une invasion prochaine, je considère comme un devoir de faire connaître le résultat de mon expérience et de mes méditations sur ce grave sujet. Je vais, en conséquence, essayer d'exposer les idées que j'ai conçues de cette terrible affection, dont la nature et l'étiologie sont encore si obscures et si vagues, malgré les observations et les recherches multipliées dont elle a été l'objet depuis bientôt dix-huit ans.

L'incertitude qui règne encore sur la nature du choléra me paraît tenir surtout à la multiplicité de ses formes symptomatiques, à la variété de ses phénomènes, à la rapidité de sa marche vers une terminaison fatale, et enfin à l'ignorance où l'on est sur ses causes. Cherchons donc par l'étude de sa marche, par l'interprétation de tous ses signes, de tous ses symptômes, par l'observation de ses phénomènes et de ses épiphénomènes, et en nous éclairant enfin de l'expérience d'autrui, ainsi que de celle que nous avons acquise nous-même, à nous former une idée suffisante de la maladie, sinon pour en avoir une notion complète, au moins pour nous guider dans le choix des moyens les plus propres à la combattre.

Le choléra, comme une sorte de Protée, se montre sous des apparences très-diverses; mais quelles que soient sa physionomie extérieure et l'apparente variété de ses symptômes, tout en lui accuse une cause unique, identique, cause qui agit profondément sur la vie, soit qu'elle porte la perturbation sur les centres nerveux, soit qu'elle provoque une réaction convulsive de la part du grand sympathique, soit enfin qu'elle frappe d'une sorte d'adynamie les sources mêmes de la vie jusqu'au point d'arrêter la circulation, d'enlever au sang sa vertu réparatrice, aux nerfs leur sensibilité, aux vaisseaux sanguins et lymphatiques leur action physiologique, aux muscles leur contractilité, à la peau sa caloricité, aux muqueuses et aux séreuses leurs propriétés sécrétoires et excrétoires, etc. Le cœur bat à peine, le sang s'épaissit et se fige dans les vaisseaux, la vie nerveuse est obtuse ou comme convulsée, les liquides semblent obéir passivement aux lois physiques, les muscles sont affaissés par l'absence de contractilité, le corps perd sa caloricité, l'hématose se fait à peine ou cesse même complétement de se faire. Tels sont les phénomènes communs les plus saillants, ceux qui caractérisent plus spécialement cette affection. Mais suivant le degré d'intensité de la cause et les conditions individuelles du sujet sur qui elle agit, ces phénomènes et ces symptômes sont loin de se présenter toujours au même degré, dans le même ordre de succession et dans les mêmes rapports. Si, dans le plus grand nombre des cas, les choses se passent à peu près comme nous venons de le dire, il en est où le choléra agit avec une intensité telle, que les individus y succombent comme sidérés, sans que les principaux phénomènes que nous venons de décrire aient pu se manifester. Il en est à cet égard du choléra comme d'un poison ingéré dans l'économie, qui, selon qu'il est absorbé en plus ou moins grande quantité, peut agir de manières très-diverses, déterminant tantôt une sidération soudaine et une mort presque instantanée, sans que les lésions traumatiques locales et les phénomènes de réaction aient eu le temps de se produire, d'autres fois manifestant son action par une impression morbide plus ou moins intense des centres ganglionnaires ou cérébro-spinaux auxquels succèdent les phénomènes de réaction; d'autres fois enfin bornant ses effets à quelques légers troubles nerveux et à la perturbation momentanée de quelques fonctions. Aussi distinguerons-nous dans le choléra, suivant qu'il tue immédiatement, qu'il n'anéantit que graduellement les forces ou qu'il ne fait que les opprimer, laissant à la nature ou aux agents de l'art les ressources de la réaction, et suivant enfin le siége et la nature plus particulière des désordres produits, nous distinguerons, disons-nous, quatre formes principales : la forme *sidérative*, qu'il nous suffira de mentionner, l'art n'ayant aucune ressource à opposer à une aussi prompte et irrésistible cause de mort; la forme *tétanique*, la forme *algide* et la forme *diarrhéique* ou *lientérique*, que nous désignerons encore sous le nom de *choladrée*.

Forme tétanique. — Dans la forme *tétanique* ou *mixte*, la physiono-

mie du malade exprime une lésion profonde de la sensibilité organique. La caloricité semble se retirer; elle est comme fugace, inégalement répartie; les extrémités sont froides, la peau ne résiste que mollement au toucher; le ralentissement de la circulation semble marquer un temps d'arrêt dans la vie organique; la face est déprimée, des contractions tétaniques partielles, qui contrastent avec l'affaissement général du système musculaire, se manifestent sur quelques points du corps, notamment dans les extrémités inférieures. On dirait, en un mot, que pendant que la vie semble avoir perdu toute son activité sur l'ensemble des fonctions organiques, elle se reporte en excès sur quelques points du système nerveux de la vie de relation.

Ce qui caractérise spécialement cette forme, c'est, d'une part, l'oppression des forces, qui semble provenir d'une concentration de l'action vitale sur le centre nerveux rachidien, et d'autre part la prostration résultant de l'inaction du nerf trisplanchnique et de l'irrégularité de la somme de vitalité départie aux viscères. Tout semble indiquer ici la concentration de l'agent morbide sur la moelle épinière, avec une tendance réactionnelle et convulsive du côté des systèmes ganglionnaires.

Forme algide. — On vient de voir, dans la forme précédente, des symptômes accusant une vitalité en excès reportée sur certains points au détriment des autres, comme dans les accès de fièvre pernicieuse. Dans la forme algide, il y a une dépression générale, une sorte d'impuissance de la vitalité: on voit que les centres nerveux n'exercent plus aucune influence physiologique sur les organes. Cette forme, dont l'invasion est quelquefois consécutive, mais qui est essentiellement primitive dans le plus grand nombre de cas, se caractérise par une réfrigération subite ou graduée, avec horripilation, tremblements musculaires, respiration haletante, par l'injection bleue de la face et l'aspect cadavérique du corps.

Cet habitus général, qui rappelle assez bien l'empoisonnement par l'arsenic, annonce une insuffisance de la réaction. Si la chaleur reparaît, c'est avec le caractère de la brûlure qui succède au froid intense produit par l'application prolongée de la neige sur la peau. Au lieu de cette chaleur douce, avant-coureur de l'assouplissement de la peau, ce sera cette rigidité sans élastacité qui accuse la plus profonde perturbation dans les appareils de la vie périphérique. La face se cyanose, les traits sont grippés, le regard fixe, inquiet, l'ouïe obtuse, la bouche brûlante et pourtant la langue froide; la peau paraît chaude au deuxième stade, mais la sensation du froid se manifeste d'une manière intermittente. La soif est insatiable, bien que l'estomac se soulève plus ou moins fréquemment pour rejeter les liquides qu'il contient. La fonction urinaire est supprimée. Les mouvements péristaltiques intestinaux portent le désordre à son comble. Le pouls s'efface et se soustrait à l'exploration. Si quelquefois le retour à la vie a lieu, le pouls acquiert une force spasmodique qu'il perd bientôt après pour redevenir mou et dépressible. Le sang ne circule plus ou circule à peine; les artères se contractent à vide. La vie est tellement mal répartie, qu'elle semble se partager avec la mort certaines parties du corps et certaines fonctions. Les actes de la vie, en un mot, n'apparaissent plus que comme des expressions convulsives.

Tels sont les traits les plus caractéristiques de cette fièvre algide, qui, à mes yeux, est beaucoup plus terrible et plus grave que le choléra à forme tétanique.

La forme algide ressemble à quelques égards à un accès de fièvre intermittente pernicieuse; aussi n'hésitons-nous pas à lui donner le nom de fièvre algide pernicieuse cholérique. Nous constaterons toutefois cette différence, que, dans la fièvre intermittente pernicieuse, il y a un trouble excessif de la vie générale, une vitalité en excès, répartie sur certains points dans le but d'éliminer un principe toxique; tandis que, dans la forme algide du choléra, au contraire, tout accuse une dépression de la vitalité dépendant de ce que l'un des centres nerveux a perdu sa puissance physiologique. En outre, dans la fièvre algide, contrairement à ce qui se passe dans les accès pernicieux d'origine paludéenne, les facultés cérébrales restent intactes; elles sont bien quelquefois frappées d'une certaine torpeur, mais à cela près, le cerveau conserve son influence sur la vie de relation. D'un côté, c'est une sorte d'ataxie plus ou moins localisée; de l'autre, c'est une altération profonde et générale. Dans un cas, l'appareil nerveux organique cesse de fonctionner régulièrement; dans l'autre, il ne fonctionne plus du tout.

Forme diarrhéique ou choladrée. — Il est enfin une dernière forme de choléra asiatique dont le tube gastro-intestinal semble faire tous les frais; nous voulons parler de la forme diarrhéique, de cette évacuation incessante et en quelque sorte absolue de tous les liquides contenus dans le tube digestif, à laquelle convient assez bien le nom de choladrée que lui a donné M. le docteur Bally. Cette masse de liquide chileux, de matières muqueuses et séreuses, tous ces sucs du foie, de l'estomac et de toutes les glandes qui déversent leur produit sécrétoire dans le tube gastro-intestinal, obéissant passivement aux lois physiques de la pesanteur, il en résulte une énorme déperdition et comme une sorte d'alluvion de tous les fluides qui étaient destinés à recevoir de la chimie vivante une direction vitale et assimilatrice. On pressent l'état dans lequel doit être jeté l'organisme en pareil cas. L'aspect du malade traduit rapidement le résultat de cette énorme déperdition. La voix n'a plus d'éclat, elle est épuisée, la soif est excessive, la peau est froide et décolorée, les yeux sont caves et plombés, la face est cyanosée, toutes les muqueuses de la bouche, des narines, des paupières sont ridées et pulvérulentes; la poitrine se soulève à peine, la respiration est ventrale. Le malade souffre peu, il se croit même débarrassé d'un surcroît d'humeurs et espère une prompte guérison alors qu'il est près de mourir. Il nous est souvent arrivé, pendant l'épidémie de 1832, d'être obligé de nous faire violence à l'égard de certains malades qui nous taxaient de témérité pour vouloir nous opposer aux opérations de la nature.

Tous les éléments de la nutrition étant expulsés sous l'empire d'une sidération asthénique sur le système nerveux, la vitalité n'a pour ainsi dire plus aucun refuge; une vague réaction paraît encore relier les points consignataires de la vie générale. A cette sorte d'émotion physiologique succède une prostration complète: tout annonce alors que la vie va s'éteindre d'un moment à l'autre, si l'on ne se hâte d'apporter remède à cette sorte de lienterie des sucs vitaux.

On a dit que, dans cette maladie, le foie sécrétait la bile à profusion; je crois que c'est là une erreur. Le foie livre, comme tous les organes, tous ses éléments nutritifs ainsi que les éléments destinés à y subir la transformation physiologique qui lui est propre. Ce ne serait que par un abus de langage que l'on pourrait appeler cela une sécrétion. La nature des évacuations, leur odeur, leur couleur, tout infirme cette idée. Le foie est, en un mot, comme tous les autres organes, tributaire de l'influence épidémique.

Cette évacuation morbide soudaine et presque complète des humeurs constitue un des caractères spécifiques du choléra asiatique.

—Telles sont les formes principales sous lesquelles se présente le choléra. En assignant à chacune de ces formes des caractères particuliers, nous ne prétendons pas dire qu'elles se présentent toujours avec ces caractères absolus; nous avons voulu seulement faire ressortir certains types autour desquels viennent se grouper tous les cas particuliers. Ces formes s'excluent si peu d'ailleurs, qu'il n'est pas rare de les voir se succéder ou se combiner chez les mêmes sujets, de manière à ne se présenter alors que comme des phases ou des périodes diverses de la même maladie. Nous aurions pu même, à ce titre, ajouter à ces formes la forme cyanique, si elle n'était un des accidents communs aux formes que nous avons décrites et notamment aux formes algide et diarrhéique. Enfin, nous ne devons pas omettre de signaler ici, pour compléter ce tableau, l'affection diarrhéique prodromique connue sous le nom de cholérine, sorte de diminutif du choléra, qui en précède souvent l'invasion, mais qui se manifeste assez souvent aussi d'une manière sporadique dans nos climats, surtout depuis l'épidémie de 1832.

Nature et étiologie.—Cherchons maintenant dans l'expression symptomatique des phénomènes principaux qui constituent chacune de ces formes, quelle est la nature et quelle est l'étiologie de cette épidémie, en nous aidant de ce que nous apprend l'histoire de sa marche et de ses phases.

Examinons d'abord les principales théories qui ont été émises sur ce sujet.

Quelle est la nature du choléra? Le choléra est-il le résultat d'un principe pestilentiel? Non, suivant nous, car ni les organes en particulier, ni les humeurs qu'ils renferment, ne paraissent être le siége d'une altération dans leur composition. Ils sont seulement lésés dans leurs fonctions; le mécanisme des fonctions est altéré, les lois physiologiques sont perverties, déprimées; la vie est parfois convulsive, comme dans la forme tétanique; d'autres fois elle s'est réfugiée avec excès sur un point, comme cela arrive dans l'accès algide pernicieux; d'autres fois enfin, elle semble déserter sans réaction, sans que la mort soit même accompagnée du cortége ordinaire de l'agonie. La vie est, dès le début, déprimée jusqu'à l'asphyxie. Ici tout a fui, le fluide calorique a abandonné le tube intestinal, le sang et les autres liquides obéissent passivement à la loi de la pesanteur, l'influence nerveuse n'étant plus là pour lutter contre les lois physiques.

Est-il le résultat d'une action chimique, toxique? Ce n'est pas sans raison qu'on admet la formation spontanée d'éléments toxiques dans le sein de l'organisme. A n'envisager que certains symptômes, on serait assez disposé, à la rigueur, à croire que le choléra est dû à un principe toxique particulier qui se serait réalisé dans l'économie. Tout en n'admettant pas cette opinion, nous devons reconnaître néanmoins qu'elle ne laisse pas que d'avoir en sa faveur quelque apparence de fondement. Ne possédons-nous pas, en effet, en nous, des lois chimiques qui transforment nos humeurs en des composés nouveaux, sous l'influence de certaines causes internes ou externes? Ne voit-on pas des éléments altérés ou devenus inutiles former sous l'empire d'une force électro-chimique des composés toxiques capables de produire des maladies épidémiques, comme seraient par exemple la peste, la fièvre jaune ou toute autre épidémie dont nous ignorons encore la véritable origine?

Mais, nous le répétons, telle n'est pas notre opinion en ce qui concerne le choléra.

L'invasion de la maladie, la rapidité de sa marche, la nature des émanations et des excrétions des malades, l'expression générale de leur physionomie, enfin l'état du cadavre, fournissent de puissantes raisons pour éloigner cette hypothèse. Il suffit d'avoir vu, comme nous, un grand nombre de cholériques, d'avoir scrupuleusement étudié toutes les phases de la maladie et d'en avoir scruté les lésions cadavériques pour se convaincre que, dans l'affection cholérique, la cause de la mort n'est pas en nous, mais hors de nous, ce qui explique, du reste, la plupart des phénomènes que l'on observe dans cette maladie.

D'un autre côté, le choléra ne reconnaît non plus pour cause aucun agent méphitique ou miasmatique répandu dans l'atmosphère. En effet, la marche de cette épidémie, les époques de son apparition, la manière dont elle exerce ses ravages et dont elle se propage, rien ne s'explique par les conditions de l'atmosphère et de la température. Elle éclate indifféremment à toutes les époques de l'année, elle envahit le Nord plutôt que le Midi, et c'est dans les contrées froides qu'elle exerce ses plus grands ravages; la direction des vents n'a aucune influence sur sa marche. Nous l'avons reçue d'Angleterre en France quand un vent nord-est soufflait sur nous; le froid de l'hiver n'a point modifié son intensité ni ralenti ses progrès. Enfin, les individus qui semblaient devoir y être le plus exposés, dans cette hypothèse, en étaient souvent le moins atteints, et *vice versâ*, ceux qui pouvaient se croire à l'abri lui payaient le plus large tribut. Ainsi, la force ou la faiblesse, l'âge, le sexe, l'enfance, les conditions d'opulence, etc., rien ne mettait à l'abri de ses coups, tout en admettant cependant que certaines conditions de débilité ou de cachexie y prédisposaient plus manifestement que les conditions de santé ordinaires.

On voit, par tout ce que nous venons d'exposer que ce n'est ni à une intoxication par une sorte d'altération interne spontanée des humeurs, ni à une influence miasmatique ou méphitique dont serait chargée l'atmosphère, qu'il faut attribuer le développement du choléra. Voyons si nous trouverons une théorie étiologique plus conforme aux caractères et à la nature de cette affection.

Nous avons déjà fait ressortir comme le caractère le plus saillant de cette maladie élevée à son plus haut degré d'intensité, d'être sidérative. C'est ce qui a porté simultanément plusieurs médecins à rechercher la cause du choléra dans une influence tellurique, astrale ou cosmique. Pour nous, nous n'hésitons pas à attribuer l'origine du choléra à cette grande force électro-magnétique qui semble exercer sa puissance sur tout l'univers entier.

Soumis comme tous les corps de la nature à l'influence de l'électricité, nous éprouvons le contre-coup des changements qui s'opèrent dans l'intensité de son action, soit que ces changements aient pour résultat de soustraire l'électricité naturelle de notre corps, ou de l'y accumuler dans une plus grande proportion que dans l'état normal. L'électricité en excès produit l'état tétanique; au-dessous de son type normal, elle donne lieu à l'état algide; sa soustraction complète amènera une adynamie absolue qui se traduit par la lienterie et l'état cyanique. La sous-excitation par insuffisance d'électricité explique la perturbation qui existe dans la répartition de l'influx nerveux et l'algidité avec sa réaction mortelle. L'absence de toute excitation électrique explique la cessation absolue des actions physiologiques, les hypérémies passives qui s'ensuivent, l'asphyxie et la mort qui en est le terme inévitable. Dans un cas comme dans l'autre, que l'électricité soit en excès ou qu'elle fasse défaut, lorsque cette modification est brusque et intense, le résultat commun est la sidération, car c'est le propre de cet agent de produire le même effet dans ses deux conditions extrêmes d'action.

Enfin, quand cette cause de désordres n'a pas agi avec assez d'intensité pour produire immédiatement la mort, ce n'est que lorsque le jeu des forces électriques est rentré dans son cercle habituel que l'équilibre se rétablit dans nos fonctions organiques.

Qu'on se souvienne de l'état atmosphérique de mars 1832, de l'état de nos organes plus tourmentés que souffrants, plus chagrinés que faibles; qu'on se souvienne des sensations que nous éprouvions, du sentiment galvanique qui nous poursuivait; qu'on se rappelle enfin que les femmes hystériques, spasmodiques, nerveuses, furent plus fréquemment atteintes que les personnes dont la sensibilité était moins excitée.

Nous avons vu certains malades guérir sous l'influence du sentiment d'horreur que leur inspirait la mort ou de l'espèce d'exaltation morale que provoquait chez eux la souffrance. Il semblait que l'innervation fût vaincue sous l'empire d'une volonté énergique, ramenant l'équilibre dans le jeu des agents électro-vitaux.

La marche qu'a affectée le choléra parmi nous vient encore fournir des éléments en faveur de notre opinion. On attendait cette terrible épidémie; tout à coup un grand nombre d'individus expirent sans même que l'on croie encore à l'invasion du choléra. Les premiers atteints sont sidérés. Enfin ce ne fut qu'après avoir vu périr de cette manière un grand nombre de victimes que les médecins eux-mêmes le reconnurent. Ce n'est pas un agent toxique qui se comporte ainsi; un agent toxique commence par jeter le trouble dans l'économie en y développant une maladie dont les premiers symptômes comme les derniers viennent confirmer l'existence d'un agent délétère.

Que fait le choléra? Il sillonne la ville, passe d'une rue à l'autre, d'un côté à l'autre de la même rue, d'une ruelle obscure à une place spacieuse et aérée, de celle-ci aux lieux les mieux exposés. On dirait une fusée électrique qui va çà et là, à travers une marche capricieuse, cherchant un conducteur pour s'y neutraliser. Passy, comme la plaine de Grenelle, dont on connaît la salubrité, sont atteints avec une violence extrême. Et si l'on remarque plus de morts dans certains quartiers que dans d'autres, c'est qu'ils ont plus de population. Les victimes semblent d'ailleurs être prises au hasard. Rien ne révèle chez les individus qui échappent au fléau de conditions particulières d'immunité.

M. d'U... entre à Paris à l'époque du début de l'épidémie; il y tombe malade, et le soir même il m'assure avoir éprouvé une sensation métallique dans la gorge, comme s'il eût inspiré une gorgée d'air fortement chargé d'électricité. Deux jours après, rue de Savoie, je reçois auprès de deux cholériques deux gorgées d'une sensation pareille; sous l'impression de cette sensation, je fléchis jusqu'à terre, je fais un effort violent pour me relever, et je ne me remets de cette secousse qu'après avoir bu un grand verre d'eau de menthe chez un pharmacien du voisinage.

Je pourrais multiplier les exemples de ce genre dont j'ai été témoin et qui accusent tous une influence électrique manifeste.

De ce point de vue étiologique, il nous sera plus facile maintenant d'aborder une question qui a été vivement controversée, savoir si le choléra est ou non contagieux. On comprend assez d'après ce qui précède que nous n'admettons point la contagion du choléra; néanmoins il ne sera pas inutile, afin de donner une base plus solide à notre opinion, de comparer sous ce rapport le choléra avec les maladies dans lesquelles le caractère contagieux est manifeste.

PARALLÈLE DU CHOLÉRA ET DES MALADIES CONTAGIEUSES. — Le choléra, avons-nous dit, a pour cause une influence non septique, mais météorique. Dans cette circonstance, la cause qui agit sur l'homme en santé est soudaine; elle vient d'un agent extérieur, elle ne surgit pas de nos dispositions internes. L'effet porte sur le système nerveux uniquement, sur le principe de la vie et non sur nos humeurs. L'action actuelle et les effets consécutifs se lient pour attester que les liquides de l'économie ne sont le siége d'aucune altération pernicieuse, mais seulement qu'ils ont cessé d'être sous l'influence de la loi physiologique à laquelle ils obéissaient. Toutes nos humeurs, en un mot, sont livrées à la chimie morte, parce que le principe physiologique de la chimie vivante est altéré ou éteint. Dans les maladies contagieuses, au contraire, la chimie morte pervertit la chimie vivante. Le trouble de celle-ci vient du désordre de l'autre. La décomposition est au dedans. Toute l'économie est un foyer d'où s'exhalent, surgissent des agents altérants, des principes délétères, des émanations toxiques, qui réagissent sur nous comme si nous étions sous l'influence directe et immédiate d'un empoisonnement septique. Les malades saturés d'éléments toxiques peuvent par un contact direct ou indirect transmettre à d'autres personnes les mêmes conditions de septicité sous l'influence desquelles ils se trouvent eux-mêmes. Personne n'ignore, en effet, ce que peuvent sur nous un marais fangeux ou putride, un bassin d'eau croupie, un étang insalubre, le voisinage des cadavres ou une atmosphère saturée des gaz exhalés par un sujet affecté de fièvre putride, typhoïde ou scorbutique. Le chirurgien n'explique-t-il pas aussi les effets de la gangrène contagieuse par les altérations soudaines survenues dans la crase des humeurs? Il y a donc pour nous des fièvres contagieuses, non à cause de leur principe propre, mais en raison de la décomposition spontanée qu'elles déterminent dans les produits animaux.

A ce point de vue, la peste peut infecter comme le virus variolique ou le virus syphilitique; il n'est point d'agent spécifique qui ne soit susceptible de réagir sur le corps vivant lorsque celui-ci est placé au milieu d'une atmosphère de molécules ou d'atomes émigrés d'une personne affectée. Une étude philosophique des faits nous montre l'homme portant en lui le cachet du milieu au sein duquel il vit, comme il porte le cachet de sa manière de vivre et de ses rapports avec les êtres qui l'entourent. Qui ne sait qu'un tuberculeux finit à la longue par engendrer, par les relations d'une vie intime, des effets qui semblent réaliser une sorte de contagion?

A vrai dire il y a, comme nous l'avons déjà fait observer, des organisations dont l'énergie vitale n'accepte rien et n'hérite de rien, comme il existe aussi des sujets atteints de prédispositions naturelles ou acquises, en vertu desquelles ils contractent avec une extrême facilité tous les degrés de virulence et tous le degrés d'infection ou de contagion.

Pour nous résumer, nous dirons donc que le choléra n'est le résultat ni

d'une action septique interne ou spontanée, ni d'un agent méphitique ou miasmatique extérieur, mais qu'il est le produit d'une cause météorique, que nous croyons être l'agent électro-magnétique, et qu'il n'est par conséquent ni contagieux ni infectieux.

Après avoir exposé nos idées sur la nature du choléra, sur ses formes simples ou complexes, il nous reste à l'envisager sous le point de vue des indications, qui, si elles sont dans quelques cas parfaitement tranchées, ne laissent pas que de susciter souvent dans l'esprit du praticien de grandes incertitudes provenant soit du caractère obscur de la maladie elle-même, soit de la mobilité et de la variété de ses formes. Si les considérations que nous venons d'émettre sur l'étiologie de cette affection ont jeté quelque lumière sur le caractère et la valeur des symptômes par lesquels elle se tratraduit, nous espérons faire mieux ressortir encore la vérité de nos principes par leur application à la pratique. C'est ce que nous ferons dans la deuxième partie de ce mémoire.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES QUESTIONS RELATIVES A LA DÉSARTICULATION DE LA JAMBE; par le docteur A. OLLAGNIER, chirurgien-major.

Nous avons publié dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, t. XIII, p. 746, deux observations d'amputation de la jambe dans l'article, pratiquées par M. Murville, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Lille. Dans ces deux cas, aussi bien que dans un troisième, observé en Afrique dans le service de M. Baudens, nous avons vu le travail de la cicatrisation s'effectuer d'une manière si régulière, que nous avons été porté à nous demander si les craintes des praticiens, relativement à la gravité de cette opération, sont légitimes et fondées sur l'examen des faits. Nous venons exposer le résultat de nos recherches.

Les questions que nous avons cherché à résoudre sont les suivantes :

1° Résulte-t-il des observations publiées jusqu'à ce jour que la désarticulation de la jambe offre plus de gravité que l'amputation de la cuisse ?

2° Quelles sont les conditions dans lesquelles l'amputation tibio-fémorale a été pratiquée avec succès ?

3° Quels sont les accidents particuliers à cette opération, et les moyens de les prévenir ?

Tel est le sujet de ce mémoire, dans lequel nous n'avons pas été guidé par la prétention de produire un travail complet sur la désarticulation de la jambe, mais par l'intention de profiter autant que possible de l'expérience de ceux qui ont eu recours à cette opération, afin de savoir jusqu'à quel point il est permis d'imiter leur exemple.

CHAPITRE Ier.

EST-IL POSSIBLE, DANS L'ÉTAT ACTUEL DE LA CHIRURGIE, DE DÉMONTRER, PAR L'EXPÉRIENCE ACQUISE, QUE L'AMPUTATION DE LA JAMBE DANS L'ARTICULATION DU GENOU EST PLUS OU MOINS GRAVE QUE CELLE PRATIQUÉE AU TIERS INFÉRIEUR DE LA CUISSE ?

La désarticulation de la jambe n'a été pratiquée que rarement, et quelquefois dans des circonstances exceptionnelles : c'est à peine si l'on en trouve une trentaine d'exemples dans les annales de l'art. La plupart des chirurgiens, convaincus qu'elle expose à des dangers très-graves, ont presque toujours préféré porter l'instrument tranchant au-dessus du genou, plutôt que dans la contiguïté de cette partie, alors même que les limites du mal auraient permis d'opérer dans un point plus éloigné du centre. C'est ce qui fait qu'on possède une quantité considérable d'observations d'amputations de la cuisse, et si peu de faits bien observés de désarticulations fémoro-tibiales. Il est même probable que les cas de réussite se rapportant à ces dernières sont les seuls qui soient parvenus jusqu'à nous, tandis que les revers sont restés dans l'oubli.

M. Velpeau a cherché à résoudre la question qui nous occupe, à l'aide d'une statistique, dans un mémoire présenté à l'Académie en 1830, et sur lequel Larrey, Dupuytren et Boyer ont fait un rapport, auquel il n'y aurait rien à ajouter si de nouveaux faits ne s'étaient pas présentés. Dans ce mémoire, l'auteur avait réuni un certain nombre d'observations, sur lesquelles il se fondait pour en tirer la conclusion suivante : « Voilà donc quatorze » observations authentiques d'amputations de la jambe dans l'article, dont » treize avec guérison. On ne peut nier que ce premier résultat ne soit fort » encourageant. L'amputation de la jambe, dans la continuité, n'a certainement jamais donné de proportions plus satisfaisantes. » Eh bien ! nous devons le dire, malgré le respect que nous impose l'autorité du célèbre professeur de la Charité, cette conclusion ne nous paraît pas juste. On comprend, en effet, que si l'auteur du mémoire n'a pu réunir que quatorze faits, cela ne prouve pas qu'il n'en existe pas d'autres. Ainsi, puisqu'il faisait entrer dans sa statistique un cas de séparation spontanée de la jambe, il aurait pu y ajouter d'autres faits analogues, que nous indiquerons plus bas, ce qui aurait augmenté la proportion des cas de succès et exagéré davantage l'erreur qu'il en déduit.

La statistique sur laquelle M. Velpeau se fonde pour établir qu'aucune amputation n'a fourni une aussi grande proportion de succès que celle du genou est donc inexacte, et avec cette base s'écroulent tous les raisonnements auxquels elle sert d'appui. Nous ne nous arrêterons pas à les combattre, attendu que cet auteur reconnaît lui-même, dans la seconde édition de son excellent TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, qu'il s'est exagéré l'innocuité de cette amputation ; mais nous lui reprocherons de terminer la longue discussion relative à cette question en la replaçant au point où elle se trouvait avant la publication de ses premiers travaux. « Au demeurant, » dit-il, sans être grave par les motifs mis en avant par les chirurgiens de » nos jours, comme par ceux du dernier siècle, la désarticulation de la » jambe l'est donc assez pour qu'on ne s'y décide point quand il est per- » mis d'amputer plus bas. » (T. II, p. 225.) En cela M. Velpeau est d'accord avec tous les praticiens ; mais lorsqu'on ne peut pas amputer plus bas, où faut-il porter l'instrument tranchant? Est-ce dans l'articulation ou à la partie inférieure de la cuisse ? C'est là qu'est toute la question ; voyons si la statistique nous permet d'y répondre.

Dans ce but, nous avons réuni la plupart des faits disséminés dans les traités et recueils de chirurgie ; nous les citerons dans le courant de ce mémoire, rapportant textuellement ceux qui intéressent par leurs détails, et qui seront soumis à un examen particulier. En plaçant ainsi sous les yeux de nos lecteurs les faits qui servent de base à nos raisonnements, nous les mettrons à même de juger si nous restons fidèle à une logique sévère.

A. — On doit éloigner de la statistique les cas d'amputation spontanée.

Les faits que nous avons recueillis sont au nombre de trente-cinq, parmi lesquels se trouvent quatre cas de séparation de la jambe par suite de gangrène. Deux de ces derniers sont rapportés par Gigoux (de Valence) (JOURN. DE MÉD. CHIR. ET PHARM., t. II, p. 41); le troisième par Pujol de Castres (*loc. cit.*, t. XXIII, p. 160); le quatrième est pris dans les COMMENTAIRES de Boerhaave (APHOR., t. I, p. 701). Ces faits ne doivent pas être compris dans notre statistique ; on ne peut en tenir compte que pour étudier les procédés de la nature dans ces sortes d'amputations spontanées. S'ils prouvent que, dans quelques cas imprévus, l'organisme déploie des ressources merveilleuses, supérieures à celles de l'art, il n'en est pas moins vrai que ces faits constituent de très-rares exceptions. Si nous voulions les comprendre dans cette partie de notre travail, il faudrait les mettre en parallèle avec une certaine proportion de cas, dans lesquels le sphacèle s'étendant jusqu'au genou, l'affection, au lieu de se juger par la séparation du membre suivie de guérison, s'est au contraire terminée par la mort. Mais ce parallèle, qui d'ailleurs ne serait pas à l'avantage de l'opération qui nous occupe, est impossible, puisque le second terme de la comparaison nous manque. Tout ce que nous pouvons conclure de ces quatre premiers faits, c'est que l'amputation dans l'articulation fémoro-tibiale est praticable avec un nombre indéterminé de chances de réussite ; qu'elle peut être suivie de chances de succès chez des individus affaiblis par de longues souffrances, épuisés par d'abondantes suppurations, opérés pendant la convalescence d'une maladie grave, mais en général jeunes ou dans la force de l'âge. Le sujet de la première observation avait 25 ans; celui de la troisième en avait 30 ; le quatrième était une jeune fille de 17 ans.

B. — Faits qui pourraient entrer dans une statistique.

Parmi les faits qu'il nous resterait à examiner, il y en a quinze qui ne sont qu'indiqués dans les auteurs; il en est six qui, présentant quelques détails, laissent cependant beaucoup à désirer ; enfin, nous en trouvons à peine dix qui, suffisamment développés, peuvent servir à donner une idée de la valeur de ce moyen thérapeutique. Nous répétons ici ce que nous avons dit dans le paragraphe précédent ; si en regard des succès il était possible de placer, comme terme de comparaison, une quantité proportionnée de revers, il serait facile d'établir entre les uns et les autres un rapport exact ; mais nous sommes forcé d'admettre que la plupart de ces derniers nous sont inconnus, et nous nous trouvons arrêté dès le premier pas. Comment en effet déduire, en se fondant sur l'expérience, un rapport entre la gravité de l'amputation du genou et de celle de la cuisse, si nous ne connaissons même pas combien de fois la première peut réussir sur un nombre donné de faits. La statistique nous faisant complétement défaut, si nous

voulons tirer profit de l'expérience de nos prédécesseurs, nous devons envisager sous d'autres points de vue les éléments qu'ils nous ont laissés.

QUELS SONT LES CAS DANS LESQUELS LA DÉSARTICULATION DE LA JAMBE A ÉTÉ PRÉFÉRÉE A L'AMPUTATION DE LA CUISSE ?

La désarticulation fémoro-tibiale a été suivie de succès quelquefois remarquables, entre les mains d'un certain nombre de chirurgiens habiles qui, sans la considérer comme préférable dans tous les cas à l'amputation de la cuisse, y ont eu recours, avec la conviction que, dans les cas dont il s'agissait, elle devait cependant être préférée à tout autre moyen de traitement. Il y a, en effet, des cas dans lesquels l'expérience, d'accord avec les procédés de la nature, nous démontre qu'elle est formellement indiquée. Telle était l'opinion de J.-L. Petit, de Rossy, de Larrey, de Dupuytren; telle est encore celle de quelques chirurgiens modernes, parmi lesquels nous citerons MM. Baudens et Murville. Quels sont ces cas? nous allons le demander aux faits rapportés dans ce mémoire, après avoir étudié : 1° pour ceux dans lesquels elle a échoué, les causes de revers ; 2° pour ceux dans lesquels elle a été suivie de succès, les circonstances au milieu desquelles elle a réussi.

A. — Examen des cas dans lesquels l'opération a échoué.

En résulte-t-il que la désarticulation du genou soit plus grave que l'amputation de la cuisse?

Sur les 31 faits que nous avons recueillis, elle a réussi dix-neuf fois, et douze fois elle a été suivie de la mort. Il est inutile de dire que nous ne voulons déduire aucun rapport de ces deux nombres; mais on sait qu'il est des circonstances relatives à l'âge du sujet, à l'état des tissus sur lequels on opère, aux influences auxquelles les malades restent exposés, qui font singulièrement varier le résultat des opérations.

§ I. — Ainsi un vieillard, affecté de gangrène sénile, meurt vingt-huit jours après l'opération. Une femme âgée de 76 ans, épuisée par de longues souffrances, éprouve le même sort. Ces résultats n'ont rien qui doive nous étonner (1). Des sujets qui, après avoir parcouru toutes les phases de la vie, semblent être arrivés au terme naturel de leur existence, peuvent succomber à la suite d'une opération grave, sans qu'il soit permis d'en conclure qu'il en sera de même pour des sujets robustes, jeunes ou dans la force de l'âge et amputés immédiatement.

§ II. — M. Baudens a pratiqué cette opération devant Constantine, pour un cas de fracture comminutive s'étendant jusqu'à l'article, et son malheureux blessé a succombé aux misères et aux souffrances éprouvées par nos soldats pendant cette désastreuse campagne. Couché, après l'opération, sur un peu de paille, et exposé à toutes les intempéries, il fut trouvé, le lendemain, enseveli dans la boue jusqu'à la ceinture. On comprend facilement qu'une pareille cause ait puissamment contribué à un résultat funeste.

A la suite des événements de 1830, M. Gerdy a opéré de la même manière un jeune garçon blessé d'un coup de feu. La guérison s'est fait longtemps espérer; mais le petit malade fut pris de cholérine, affection qui régnait alors d'une manière épidémique, et tout porte à croire qu'il a succombé (2).

§ III. — Il y a des cas dans lesquels la mort a été le résultat d'accidents communs à toutes les amputations.

M. Velpeau parle d'un malade opéré par M. Blandin, et qui aurait succombé à une infection purulente (3). Nous pourrions peut-être placer dans cette catégorie un malade âgé de 47 ans, robuste et dans de bonnes conditions, et sur lequel cet auteur ne donne aucun détail (4).

§ IV. — M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, a soumis à cette désarticulation un blessé qui, à la suite d'un coup de feu à la jambe, fut atteint de phlegmon diffus et de gangrène du membre. L'opérateur, pensant que les désordres ne remontaient pas jusque dans l'article, fit, un peu au-dessus du lieu d'élection ordinaire, une incision circulaire, dans le but de scier les os dans l'épaisseur des condyles du tibia. Mais, après avoir disséqué le lambeau cutané, il reconnut que l'état des parties ne lui permettait pas de suivre sa première idée, et il désarticula la jambe. Le sphacèle s'empara du lambeau, et l'on fut obligé, quelques jours après, de couper le membre plus haut (5).

Qu'il nous soit permis de penser et de dire, d'après un témoin oculaire très-capable d'en juger, que cet insuccès ne doit pas être considéré comme le fait de l'opération. M. Guyon nous apprend lui-même qu'il avait conservé, dans le lambeau, des tissus ecchymosés, altération tout à fait caractéristique ici puisqu'elle existe en même temps que la gangrène du tissu cellulaire sous-cutané ; on outre, ce lambeau était un peu trop long, ce qui a favorisé sa mortification. Le résultat aurait pu être plus heureux, si la première incision avait été faite dans le but de désarticuler le genou et si l'instrument avait porté sur des parties saines.

§ V. — Dans quelques circonstances, le procédé opératoire prédispose à certains accidents.

M. Baudens a pratiqué cette opération à Lille, d'après un procédé sur lequel nous reviendrons, et qui consiste à prendre la plus grande partie du lambeau dans les tissus qui recouvrent antérieurement le genou. Le malade avait plus de 40 ans, il était affaibli par la diarrhée et dans un état voisin du marasme. La réunion ne s'est pas effectuée, le malade est mort. Mon collègue et ami, M. Scrive, placé également dans des conditions désavantageuses, a eu recours, en Afrique, au même procédé ; il a eu le même résultat, et de plus, une saillie des condyles avec sphacèle du lambeau. Nous ne voulons pas ici condamner le procédé de l'habile professeur du Val-de-Grâce, il y a des cas dans lesquels il a réussi, et nous en citerons plus bas des exemples remarquables. Toutefois, il en est de ce procédé comme de ceux de la méthode circulaire, pratiqués avec des lambeaux trop longs. Si le malade est avancé en âge, amaigri, épuisé par de longues souffrances, le tissu cutané du genou, déjà si pauvre lui-même de vasculaires sanguins, ne peut pas fournir les matériaux nécessaires au travail de la cicatrisation, et le patient succombe à l'abondance de la suppuration.

L'observation suivante, indépendamment des autres conséquences qu'on peut en tirer, vient à l'appui de cette proposition.

Obs. I. — Un chirurgien très-distingué de l'armée d'Afrique, M. X..., ayant à opérer un malade atteint de fracture comminutive par suite de coup de feu, pratiqua d'abord une incision circulaire, avec l'intention d'amputer la jambe au-dessus du lieu d'élection; mais il s'aperçut bientôt que les désordres remontaient jusque dans l'article, et il se décida à porter l'instrument dans cette partie. La section circulaire de la peau lui servit, et il termina l'opération comme le fait M. le professeur Velpeau, toutefois en laissant à la partie postérieure de la jambe, un petit lambeau de muscles. Cinq à six jours après l'opération, les condyles du fémur faisaient saillie à travers la plaie béante, et il n'y avait pas même un commencement de cicatrisation de la peau, malgré le rapprochement opéré pour obtenir une réunion immédiate. Une abondante suppuration s'empara du moignon, et il eût été indispensable d'amputer la cuisse si le malade n'eût succombé au choléra.

§ VI. — Enfin, la mort peut être occasionnée par des accidents particuliers à la désarticulation de la jambe, quel que soit d'ailleurs le procédé mis en usage. Nous ne pouvons en citer que deux exemples, mais il est bien certain que le chirurgien doit toujours être en garde contre ces accidents, et que, dans tous les cas, il doit chercher à les prévenir par des moyens que nous exposerons avec détails dans le courant de ce mémoire.

Obs. II. — « Un malade âgé de 50 ans, d'une forte constitution, atteint de gangrène, suite d'un écrasement de la jambe, est opéré par M. Jobert (de Lamballe), d'après la méthode circulaire. Bientôt le genou se tuméfie, la peau rougit; il se manifeste un œdème de la partie inférieure de la cuisse. L'inflammation s'empare du membre et le malade succombe.

» On découvre, à l'autopsie, une inflammation purulente et phlegmoneuse dans toute l'étendue de la membrane synoviale; la peau était agglutinée, dans quelques points, sur la surface de la plaie (1). »

Nous pourrions peut-être rapprocher de ce fait le suivant, extrait de la MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Velpeau.

Obs. III. — « Une femme très-grasse, ayant la jambe envahie par un énorme cancer cérébroïde, qui ne permit de conserver de téguments que du côté interne, fut prise d'une suppuration totale de la cuisse, et a succombé soixante-deux jours après l'opération, sans qu'il se soit montré rien d'inquiétant du côté de la plaie (2). »

Il est possible, en effet, que les abcès observés dans ce cas aient eu leurs points de départ dans l'inflammation de la membrane synoviale.

Si les observations qui précèdent ne peuvent nous donner une idée absolue de la gravité de cette opération, du moins elles peuvent nous en donner une idée relative aux faits que nous avons rapportés. Ce n'est pas raisonner d'une manière logique que de dire avec certains praticiens : Depuis que l'on observe plus attentivement les résultats de l'amputation de la jambe dans l'article, on reconnait qu'elle a échoué dans une forte proportion, donc elle doit être rejetée du manuel opératoire, et il faut lui préférer l'amputation de la cuisse. Avant d'en venir à cette conclusion, il faut

(1) Velpeau, MÉD. OPÉRAT., t. II, p. 522, 2e éd.
(2) JOUR. DE MÉD. ET DE CHIRUR. PRAT., t. VI, p. 390.
(3) JOURN. HEBD., t. I, p. 271, et DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT., t. II, p. 281.
(4) MÉD. OPÉR., *loco cit.*
(5) REC. DE MÉM. DE MÉD. CHIR. ET PHARM. MILIT., t. XLIV, p. 293.

(1) TRAITÉ DES PLAIES D'ARMES A FEU.
(2) Velpeau, MÉD. OPÉR., *loc. cit.*

tenir compte des causes d'insuccès, et si ces causes ne dépendent pas de l'opération elle-même, il faut se hâter d'éliminer, des termes du raisonnement, les cas dans lesquels il est bien reconnu que la mort a été le résultat d'influences étrangères ou de nature à compromettre la guérison. En rattachant, comme nous l'avons fait, les observations précédentes, à six divisions, nous avons fait voir que, sur 12 cas, l'opération avait échoué deux fois chez des vieillards, une fois sur un soldat amputé au bivouac et trouvé le lendemain enseveli dans la boue, une fois sur un malade qui a succombé à une affection épidémique, deux fois à la suite d'accidents communs à toutes les amputations, une fois parce qu'elle avait été pratiquée sur des parties prédisposées au sphacèle, trois fois parce qu'on avait suivi des procédés qui donnent pour résultats des lambeaux trop longs, lambeaux qui, en raison des mauvaises conditions dans lesquelles les malades se trouvaient placés, se sont mortifiés, ou du moins ne se sont pas cicatrisés. Enfin, nous avons fait voir qu'elle n'avait échoué qu'une fois ou deux à la suite d'accidents particuliers à l'opération convenablement pratiquée.

Que serait-il arrivé si, dans les douze cas qui précèdent, on avait soumis les malades à l'amputation de la cuisse, au lieu de les opérer dans le genou ?

Les grandes opérations sont toujours plus graves chez les vieillards que chez les adultes et les jeunes sujets; toutefois j'espère démontrer que la désarticulation de la jambe, d'après la méthode circulaire, est plus grave chez les vieillards que l'amputation de la cuisse, en raison de la sécheresse de la peau, de son peu de vascularité, et souvent à cause des altérations que des affections articulaires, si communes dans un âge avancé, laissent sur les surfaces synoviales et articulaires. Elle a échoué chez un malade atteint de cholérine, affection qui régnait alors d'une manière épidémique. Cet opéré aurait-il lutté avec plus d'énergie contre la cause morbide si l'amputation avait été pratiquée au-dessus du genou ? M. Gerdy répond à cela que *les dangers auxquels sont exposés les individus amputés dans la continuité des membres sont si grands, qu'ils ne peuvent pas l'être davantage lorsqu'ils sont amputés dans la contiguïté.* L'opération a été pratiquée une fois sur des tissus prédisposés au sphacèle; le malade succomba, et il aurait pu en être de même si l'on avait amputé la cuisse dans la même circonstance. Dans trois cas, le lambeau cutané était trop long; il en est résulté que deux fois la peau n'a pu fournir des matériaux assez plastiques pour la cicatrisation, et que, dans le troisième cas, le lambeau s'est sphacelé. Je ne crois pas qu'à la cuisse le même résultat aurait été à aussi à craindre, attendu qu'il aurait été possible de laisser la peau doublée d'une couche abondante de tissu cellulaire et même de muscles; mais c'est là un fait que l'on peut reprocher au mode opératoire, et non pas à la désarticulation en elle-même. Si elle a échoué sur un blessé, amputé devant Constantine, on peut dire que les amputations de la cuisse, pratiquées pendant cette expédition, n'ont pas été plus heureuses. Deux fois les malades ont été pris d'infection purulente, et cela dans de grands établissements où elle règne pour ainsi dire d'une manière épidémique sur les amputés. Rien ne prouve que s'ils eussent été opérés dans la continuité de la cuisse, cette terrible complication les eût épargnés. Enfin deux fois les malades ont succombé à la suite d'abcès développés dans le moignon, et nous avons admis que ces abcès avaient eu pour point de départ l'inflammation de la capsule synoviale. Mais quelle précaution avait-on prise pour empêcher le développement de cette inflammation ? Les observations ne font mention de rien à ce sujet. Je ne dis pas que l'on puisse toujours prévenir le développement des abcès qui se présentent à la suite de cette désarticulation de la jambe; nous verrons que l'art possède des moyens efficaces pour en diminuer la fréquence.

D'un autre côté, l'amputation de la cuisse n'offre-t-elle pas aussi des accidents qui lui soient particuliers ? Je ne parle pas des hémorrhagies consécutives, toujours plus à redouter dans cette partie, en raison du plus grand nombre de vaisseaux qui s'y distribuent, ni de la conicité du moignon, accident si commun à la suite des réunions secondaires et des suppurations de longue durée, ni des inconvénients qui résultent, après la guérison, des moyens employés pour la prothèse; mais n'est-il pas vrai que cette opération emprunte une certaine gravité de la région même sur laquelle elle est pratiquée, à cause des différents éléments qui s'y trouvent et de son plus grand voisinage du centre ? Si l'inflammation de la capsule synoviale est à craindre après la désarticulation de la jambe, est-il toujours facile de maintenir dans de justes limites l'inflammation des parties molles, à la suite de l'amputation de la cuisse ? Les moyens conseillés pour remplir cette indication ne sont rien moins que directs; aussi arrive-t-il également de voir succomber, par le fait du développement d'abcès et de fusées purulentes, des malades amputés dans la continuité de cette partie.

Ainsi, indépendamment des accidents communs à ces deux opérations, il en existe qui sont particuliers à l'une et à l'autre; mais résulte-t-il de l'examen qui précède que les premiers soient plus fréquents ou plus redoutables que les seconds, ou réciproquement? Il est évident que les faits observés jusqu'à ce jour ne se sont pas présentés dans des conditions assez favorables; qu'ils ne sont ni assez nombreux ni assez détaillés pour permettre de résoudre cette question. Les seules conclusions qui, selon nous, peuvent ressortir de ces faits, c'est : 1° qu'ils ne sauraient être invoqués contre l'opinion de ceux qui pensent que la désarticulation de la jambe est praticable dans certains cas; 2° qu'il est nécessaire de rechercher jusqu'à quel point il est possible de prévenir les accidents qui, dans les cas de revers rapportés ci-dessus, ont occasionné la mort.

(La suite au prochain numéro.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR QUELQUES POINTS DE GÉOGRAPHIE ANCIENNE ET MODERNE DE L'ALGÉRIE; par M. LUCIEN LECLERC (1).

Monsieur le rédacteur,

Vous avez largement ouvert vos colonnes à l'importante question de l'Algérie. Dans votre numéro du 30 septembre, cette question se trouve traitée sous un de ses points de vue qui m'est assez familier pour que je vous prie de vouloir bien accueillir quelques observations, fruit de longues études faites durant un séjour de cinq années dans ce pays.

Vos collaborateurs ont compris que l'histoire d'un pays est comme une immense progression dont tous les termes sont solidaires: ils ont compris que, pour s'occuper de l'avenir de l'Algérie, son passé devait être préalablement étudié. Mais la connaissance peu approfondie de ce passé, l'étude superficielle des écrivains qui nous l'ont conservé, ont entraîné l'auteur de cet article en de graves erreurs.

A travers mille erreurs de détails qu'il serait déplacé de relever ici, nous signalerons d'abord un fait capital qui broche sur le tout; pour avoir méconnu l'histoire, l'auteur a fait dire aux géographes pour un pays ce qu'ils ont dit de l'autre. Quant aux autres monuments historiques cités par lui, pour n'en avoir pris qu'une connaissance superficielle, il s'est mépris sur leur caractère et leur portée, il en fait un emploi malheureux.

Le fond de la discussion roule sur une loi énoncée par M. Boudin, loi qu'il eût pu se passer d'appuyer du témoignage de M. Enfantin, les originaux en pareils cas faisant seuls autorité. Cette loi est la décroissance continue de l'est à l'ouest de la population dans le nord de l'Afrique sous les Romains. Cette loi, nous l'adoptons et la défendons.

L'auteur de l'article en question semble d'abord s'inscrire en faux contre cette loi ; mais ses conclusions, que du reste il ne formule pas, nous ont paru peu différentes et se réduire à ceci : la progression décroissante aurait été stationnaire en Numidie, ou même elle aurait été décroissante à l'est et à l'ouest de cette province.

Ici nous sommes obligé d'entrer dans quelques détails historiques et pour légitimer les reproches que nous avons articulés, et pour établir un point de départ à nos propres conclusions.

Nous allons donc rappeler sommairement l'établissement des provinces romaines dans le nord de l'Afrique. Cette connaissance est indispensable pour l'intelligence des anciens géographes; si on l'oublie, on entre les yeux fermés à travers le contre-sens, la confusion, le chaos. Pour comprendre ces écrivains, il faut encore se rappeler le moment précis où chacun d'eux écrivait.

La première province romaine fut établie, en 608 de Rome, des États de Carthage. La prise de Jugurtha n'entraîna pas la création d'une province nouvelle; seulement la province d'Afrique fut agrandie, et Bocchus, roi de Mauritanie, reçut comme prix de sa trahison la partie occidentale des États de Jugurtha, c'est-à-dire environ la province actuelle d'Oran, car ses États expiraient au Moulouïat. Or ces acquisitions de Bocchus n'étaient point peuplées de Mauritains, puisque la ville de Siga, résidence du Numide Syphax, était à quelques lieues à l'est du Molouïat. Voilà donc une portion de la Numidie enclavée déjà dans la Mauritanie, tout comme sous l'empire les pays conquis deviennent *français.*

En 708 de Rome fut créée la *province* de Numidie des États de Juba Ier, vaincu par César à Thapsus. Salluste en fut constitué gouverneur.

Les États de Bocchus Ier se partagèrent ainsi entre ses deux fils. Bogud obtint la Mauritanie proprement dite ou la moitié occidentale; Bocchus II reçut la moitié orientale, ce prix du crime de son père. Le royaume de Bocchus II, bien qu'habité par les Massæsyliens ou Numides occidentaux, prit de son nom celui de Mauritanie de Bocchus.

(1) Cette intéressante lettre nous a été remise il y a près de trois mois. Nous regrettons que l'abondance des matières nous ait empêché de la publier plus tôt.

A la mort de ces princes (721), on fit de leurs États la province de Mauritanie, province amphibie, comme nous venons de le voir.

Quelques années après, Juba II, fils du vaincu de Thapsus et de la race de Massinissa, obtint définitivement d'Auguste cette même *province* de Mauritanie. Le Juba est le savant de ce nom. Caligula s'étant défait de son fils Ptolémée, on fit de ses États deux provinces qui reçurent le nom de Mauritanie Césarienne et Tingitane.

En 297, Dioclétien reconstitua les provinces de cette sorte : Byzacium, Afrique, Numidie, Mauritanies Sitifienne, Césarienne et Tingitane.

De cet exposé ressortent deux faits généraux :

1° Les divisions politiques établies dans les contrées habitées par les peuples mauritains et numides subissent pendant trois ou quatre siècles une série de vicissitudes.

2° Sans respect pour la nationalité, on imposa aux contrées habitées par la race numide le nom de Mauritanie. Nous avons dit pourquoi.

Quelles étaient donc les limites ethnographiques et primitives de la Mauritanie et de la Numidie?

La Mauritanie courait de l'Atlantique au Moulouiat; de là la Numidie se prolongeait jusqu'aux États de Carthage qu'elle dépassait même au midi. Ceci revient à dire que les Mauritains habitaient le Maroc actuel et que les Numides occupaient l'État d'Alger, plus une portion méridionale de la régence de Tunis.

Voyons maintenant dans quelles erreurs le correspondant de la GAZETTE MÉDICALE est tombé pour avoir méconnu l'histoire, pour n'avoir pas fait la différence de la Mauritanie propre avec la Mauritanie province romaine. Toutes ses citations, empruntées aux anciens géographes sous la rubrique Mauritanie, portent complétement à faux. L'erreur s'élève à une nouvelle puissance par le fait de l'application intempestive à l'Algérie.

Passons en revue les géographes qu'il a cités.

Strabon donne le Moulouiat pour limite orientale de la Maurousie. C'est dans la Maurousie qu'il place le vigne gigantesque qui valut au cap Côtes le nom d'Ampelusia donné par les Grecs. Les animaux y étaient à l'avenant des végétaux. C'était sur le revers occidental de l'Atlas, et non pas dans le Tell algérien, que les anciens plaçaient le jardin des Hespérides.

Quant à la Numidie, voici ce que dit Strabon du pays des Massœsyliens : « En quelques endroits, on fait deux moissons. On y voit des pailles de blé hautes de cinq coudées. Le blé y rend 250. On ne sème pas, on y gratte la terre avec une botte de paille; les grains tombés suffisent pour l'ensemencement. »

Arrivons à Mela, pour nous en tenir à l'ordre chronologique. Ici la méprise est plus frappante. On nous dit « qu'il est le seul à peu près qui ait représenté la Mauritanie comme un pauvre pays. » Voyons ce qu'il en est, et rappelons-nous toujours la malencontreuse application à l'Algérie qui n'a rien à démêler avec la Mauritanie de P. Mela (le Maroc actuel). Mela parle avantageusement des deux contrées, mais il dit la Numidie plus riche et plus cultivée, ce qui vient à l'appui de la loi posée par M. Boudin : « Mauretania cæterum regio ignobilis, solo quam vivis melior et segnitia » gentis obscura. »

Voici pour la Numidie : « Spatio quidem quam Mauretania angustior, » verum et *culta magis et ditior.* »

Arrivons à Pline.

« La peinture que Pline fait de la Mauritanie n'est pas moins attrayante. »

Attrayante soit, mais qu'importe à l'Algérie? Ce que Pline raconte de la Numidie est moins attrayant; du reste, il est un peu trop sobre de détails.

C'est à propos de la véritable Mauritanie (Maroc), qu'il distingue du reste des *provinces*, que Pline parle de son *fabulosissimus Atlas*, lequel n'a rien à faire avec notre Atlas algérien, qui deviendra bientôt tout aussi *fabuleux* dans un bon système d'orologie algérienne.

Pline assigne pour limites à la *province* de Numidie l'Amsaga et la Tusca. Tous ses détails se bornent à rappeler la vie nomade de ses habitants, et il termine ainsi : « Nec præter marmoris Numidici ferarumque proventum » aliud insigne. »

Arrêtons-nous un instant sur ces paroles de Pline qui sembleraient nous donner la Numidie comme riche seulement en marbre et en bêtes sauvages; elles sembleraient attaquer la loi de décroissance que nous défendons.

Il y a plus : il est un autre témoignage que l'on eût pu opposer avec beaucoup plus d'autorité à la loi de M. Boudin.

Nous voulons parler d'un passage de Salluste sur lequel un autre de Lucain fut sans doute calqué; mais ce dernier est moins explicite. Voici le passage de Salluste : « Quæ pars Numidiæ Mauretaniam adtingit, agro viris» que opulentior, Jugurthæ traditur : illam alteram specie quam usu po» tiorem, quæ portuosior et ædificiis magis exornata erat Adherbal pos» sedit. »

Pour nous, cela veut dire que la Mitidja, que la vallée du Chélif, étaient plus populeuses que le massif du Jurjura (*Mons ferratus*), dont les aspérités ne devaient que peu convenir à un peuple pasteur et nomade; mais on aurait tort d'en conclure la pauvreté des environs d'Hippone, de Cierta, de Sitifis, de Tebessa, etc. La Numidie avait des portions d'une richesse inégale; mais c'était en somme un bon pays de pâturages et de céréales. « Pin» gues quidem campos, dit saint Augustin, sed frumentarios. » (SERMO 46, *in* Ézéchiel.)

Voilà pour la Numidie telle que la trouvèrent les Romains; voyons ce qu'ils la firent.

En dépit des concussions proconsulaires, elle atteignit un rare degré de prospérité. Chacun sait que Salluste, au dire des contemporains, n'y laissa que ce qu'il ne put emporter; ses splendides épargnes soldèrent l'achat de ses jardins, leurs marbres et leurs statues.

Mais c'était la Numidie orientale qui prospérait surtout au souffle de la civilisation romaine. Tandis que les Mauritanies remuaient sans cesse, la Numidie se couvrait de cités florissantes; elle avait des écoles et produisait des hommes célèbres; les beaux-arts y étaient en honneur, et la patrie des Nomades n'exhumait plus seulement pour l'étranger ses marbres renommés. C'est là que les colonies romaines sont le plus nombreuses; c'est là que l'histoire nous a conservé le plus de noms d'hommes et de villes; c'est là que la fièvre du donatisme sévit avec le plus d'intensité; c'est là que les conciles étaient le plus fréquents; c'est là que, de nos jours encore, on trouve debout le plus de ruines grandioses.

Telle fut la Numidie, telle est encore de nos jours la province de Constantine; c'est plutôt, selon nous, à sa constitution physique, au génie de ses habitants, qu'aux inutiles rigueurs du général Négrier, qu'il faut attribuer sa tranquillité habituelle. C'est aussi l'opinion des hommes qui ont fait sur ce pays les plus fortes études.

Nous dirons bientôt que cette prospérité, cette richesse, étaient inférieures à la prospérité, à la richesse de la proconsulaire et de la Byzacène.

En attendant, nous répondrons à une autre assertion.

« Il résulte de ces documents (L'ITINÉRAIRE et la carte de Peutinger) que les lieux habités, villes, villages ou postes, étaient aussi rapprochés dans la Numidie, qui fait partie de notre territoire, que dans les provinces Proconsulaire et Byzacène. »

Nous n'admettons pas ce résultat; ces monuments ne sauraient nous le donner. L'ITINÉRAIRE et la table théodosienne ne peuvent fournir aucune donnée *positive* sur la densité de la population, attendu qu'ils ne sont autre chose que de simples cartes routières ou livrets de poste, indiquant des étapes souvent insignifiantes et sans nul autre vestige dans l'histoire, tandis qu'ils laissent en dehors de leurs lignes des localités très-importantes. Nous citerons seulement Vacca, Madoure, Bagaï, Calama, toutes absentes de L'ITINÉRAIRE et de la carte de Peutinger, bien qu'importantes, sans doute parce qu'elles étaient en dehors des grandes voies, sur des tronçons de routes intermédiaires.

Nous avons un moyen plus sûr d'apprécier la densité relative de la population de ces provinces dans la liste des évêques d'Afrique, une ville épiscopale étant toujours un centre assez considérable de population.

On va voir que nos chiffres diffèrent, et que nous tenons comme aussi aventurée que les précédentes cette autre proposition :

« D'où il suit que Tunis et Tripoli ne contenaient que 174 évêchés, tandis que nos possessions actuelles en avaient 293. »

Nous trouvons, en comptant aussi attentivement que possible sur la liste alphabétique des évêques d'Afrique, les siéges épiscopaux ainsi répartis dans chaque province :

Proconsulaire	134
Byzacène	136
Tripolitaine	5
Numidie	150
Mauritanie Sitifienne	46
Mauritanie Césarienne et Tingitane	133
	604

Ces chiffres, outre qu'ils détruisent la proposition susénoncée, sont l'évidente confirmation de la loi qu'a formulée M. Boudin.

Et d'abord, la Proconsulaire et la Byzacène, dont la double superficie ne dépassait guère celle de la province de Numidie, contiennent 270 évêchés, tandis que la Numidie n'en contient que 150.

La Sitifienne, peu étendue il est vrai, n'en contient aussi que 46.

Enfin nous n'en trouvons que 133 dans la Césarienne et la Tingitane, dont le territoire était très étendu.

Il nous reste à prouver, en dehors de ces derniers documents, la supériorité de la Byzacène et de l'Afrique. Tous les historiens s'accordent à vanter la merveilleuse fécondité de ce pays. Horace revient souvent à cette idée, et nous sommes loin de dédaigner son témoignage; les poètes d'alors connaissaient mieux l'histoire que les historiens d'aujourd'hui. Pline parle

de la Byzacène comme d'une exquise fertilité, *eximiæ fertilitatis.* Nous lisons dans Silius Italicus :

Seu sunt Byzacia cordi
Rura magis centum Cereri fructicantia culmis.

Enfin Sénèque, Juvénal, Claudien, Sidoine, etc., ne parlent de l'Afrique que pour rappeler sa fécondité (1).

Il est donc bien établi que *la population, dans le nord de l'Afrique, subissait une décroissance progressive et non interrompue de l'est à l'ouest.*

Quant à cette assertion : « Dans la Mauritanie Tingitane, on ne trouvait plus guère, en fait de postes romains, que Mercurios, Tingis et Rusadir, » assertion qui semblerait établir une progression décroissante plus rapide en Mauritanie, nous pensons qu'il serait oiseux de relever tout ce qu'il y a de vicieux et d'erroné tant dans la forme que dans le fond ; nous préférons n'y voir qu'une de ces erreurs qu'une plume amie des digressions ne saurait éviter dans un travail de longue haleine.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(SUITE ET FIN.)

III. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Théorie des étincelles, des éclairs et autres apparences lumineuses qui se développent dans l'amaurose ;* par M. Duval, d'Argentan. (Premier article.) 2° *Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée ;* par M. Hairion. 3° *Nouvel essai de l'opération de la cataracte par aspiration ou succion ;* par M. Laugier. (Travail déjà analysé dans la GAZETTE MÉDICALE.) 4° *Sur une affection verruqueuse des paupières et du voisinage, liée à une diathèse lymphatique ;* par M. Sichel. 5° *Observations pratiques ;* par M. Jaus. 6° *Daltonisme dichromatique ou phénomènes d'acromatopsie ;* par M. Decondé. 7° *Sur une nouvelle variété de synchisis étincelant ;* note recueillie dans le service de M. Pétrequin, par M. Gautier. (Voir un travail du même auteur sur le même sujet, à propos du même fait, dans la GAZ. MÉD., 1848, p. 884.) 8° *Des principes rationnels et des limites de la curabilité des cataractes sans opération ;* par M. Sichel. (Extrait du BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.) 9° *Observation remarquable d'un coup de feu ayant détruit l'œil gauche et nécessité l'extirpation de l'œil droit ;* par M. Fenin. (Voyez la relation de ce fait dans la GAZ. MÉD., 1848, p. 437.) 10° *Statistique de la cécité dans le Hainaut ;* par M. Stiévenart.

SUR UNE AFFECTION VERRUQUEUSE DES PAUPIÈRES ET DU VOISINAGE, LIÉE A UNE DIATHÈSE LYMPHATIQUE ; par M. SICHEL.

Il n'est personne qui n'ait souvent observé les petites tumeurs auxquelles M. Sichel a consacré ici une description spéciale, et presque tous les médecins, quand ils les rencontrent, portent sur leur incurabilité le pronostic le plus formel. Il ne sera donc pas sans intérêt de lire les notions soit étiologiques, soit thérapeutiques, que M. Sichel développe au sujet de cette incommodité, souvent fort désagréable par le siége apparent qu'elle affecte.

Lorsque des verrues isolées ou en petit nombre occupent les paupières ou les parties voisines, elles ont les caractères généraux qu'elles présentent ailleurs. Ces caractères sont : un diamètre inégal de 2 à 6 millimètres ; une forme irrégulièrement arrondie, parfois ellipsoïde ; une surface tantôt plus ou moins rugueuse ou fendillée, tantôt recouverte de petits prolongements papillaires ou allongés, pointus, quelquefois même filiformes ; une base large et sessile, ou étroite et pédiculée ; une consistance le plus souvent cornée ; une couleur d'ordinaire grisâtre ou jaunâtre.

Aucune cause générale ou locale ne peut expliquer leur production.

Quand, au contraire, ces tumeurs se développent par groupes, elles se lient à une constitution lymphatique ou à une affection scrofuleuse. En les regardant de près, on voit que malgré plusieurs caractères qui leur sont communs avec les verrues proprement dites, elles en diffèrent en ce qu'elles sont le produit d'un développement anormal des follicules sébacés de la peau.

En effet, dans son état primitif, chacune de ces excroissances constitue d'abord une élévation jaunâtre ayant la forme et la couleur d'un grain de millet d'où la pression exprime une véritable matière sébacée. — A leur dernière période, ces tumeurs présentent un ombilic plus large et d'une couleur plus sale que le reste de la surface. Au bout de quelque temps, la substance qui le constitue se détache à son pourtour ; la pression peut la faire sortir en prolongement cylindrique ou filiforme, de la même teinte grisâtre ou blanchâtre tirant sur le jaune enfin. Plus tard, ce filament sort spontanément, apres avoir donné aux végétations un aspect hérissé, inégal, ou le contenu de la tumeur se résorbe sans être éliminé.

M. Sichel dit avoir constamment réussi, sans aucun traitement local, à opérer en deux mois environ la guérison complète de ces fausses verrues par l'emploi de moyens dirigés contre la constitution lymphatique. Or ces moyens ne sont pas toujours les mêmes. Dans les cas ordinaires où il n'existe qu'une simple disposition lymphatique, constitutionnelle, il se borne à l'emploi de purgatifs répétés de semaine en semaine, et du chlorure de barium, d'après la formule suivante :

Prenez : Eau distillée . . . . 15 grammes (4 gros).
Chlorure de barium . . . 2 — (36 grains).
Dissolvez.

De 5 à 15 gouttes trois fois par jour dans un peu de gomme sucrée, une demi-heure avant le repas.

Il y joint un régime alimentaire modérément nourrissant. Lorsque la disposition lymphatique est développée à un degré plus marqué, ou qu'il existe quelque complication d'irritation ou d'inflammation dans l'un des autres systèmes organiques, il fait précéder le chlorure de barium de l'éthiops antimonial.

Prenez : Ethiops antimonial de la pharmacopée de Prusse.
Magnésie carbonatée. 2 grammes (36 grains).
Mêlez et divisez en dix paquets.

Un paquet chaque matin pendant dix jours, ou matin et soir pendant cinq jours.

En cas de constipation ou de dérangement des fonctions digestives, il ajoute à chaque dose d'éthiops 25 à 50 centigrammes (5 à 10 grains) de rhubarbe. Dans les seuls cas d'atonie, soit générale, soit localisée dans la muqueuse gastro-intestinale, il a recours aux toniques, aux tisanes amères, même aux préparations ferrugineuses. S'il y a lieu, il fait succéder à l'usage du barium celui de l'iodure de potassium, à la dose de 20 à 50 centigr. (4 à 10 grains) par jour.

D'ordinaire la marche rétrograde de l'affection se manifeste pendant l'usage de la solution barytique, et, au bout de quelques semaines, par l'affaissement, l'atrophie et la chute de plusieurs des verrues.

DALTONISME DICHROMATIQUE, OU PHÉNOMÈNES D'ACHROMATOPSIE ; par M. DECONDÉ.

Un nommé Renneboog, ayant les cheveux et les yeux bruns, les pupilles étroites, très-contractiles, l'iris un peu bombé, a été proposé pour la réforme à cause de cataracte capsulaire de l'œil gauche, faisant redouter le développement d'une cataracte semblable de l'autre côté. Cet homme présente un état cyanique bien prononcé des deux sclérotiques. Cette particularité ayant frappé M. Decondé, lui suggéra l'idée de soumettre cet homme à des expériences propres à démontrer si la perception des couleurs se fait chez lui normalement.

Il résulte de ces essais que, pour lui, toutes les couleurs du spectre solaire se confondent en deux couleurs fondamentales, à savoir : le *jaune* et le *bleu*. Le rouge foncé et le rouge vif, le rose, l'orange, le jaune, le vert où domine le jaune, le blanc gris sont perçus comme nuance du *jaune*. Le bleu, le vert, ou le blanc avec une nuance bleuâtre, sont perçus comme du bleu. Toutes les couleurs foncées sont confondues avec le noir. Toutes les teintes très-pâles présentent pour lui quelque chose de blanchâtre ; toutefois, il ne paraît pas connaître le blanc proprement dit. La lumière décomposée au moyen du prisme n'indique pour lui qu'une couleur uniformément bleue.

La vue de cet homme est faible, elle se fatigue après quelques moments d'expériences, au point de devenir pour ainsi dire nulle.

Les expériences ont été répétées un grand nombre de fois à distances rapprochées et à époques éloignées, et quoi qu'on ait pu faire pour surprendre cet homme, jamais il n'a dévié des précédentes réponses.

IV. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les septième, huitième et neuvième livraisons de l'année 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rapport sur le typhus qui a régné dans les Flandres pendant les années* 1846, 1847 *et* 1848 ; par les membres de la Société de médecine. 2° *De l'emploi du borax dans le traitement de la fièvre typhoïde ;* par M. Vandereecken.

(1) Dirons-nous encore que les étymologistes font dériver le mot *Africa* de *ferrei*, épi, et *Byzacium*, de *byza*, mamelle ? (Voy. Bochart.)

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 renferment les articles originaux suivants : 1° *Mémoire sur le service sanitaire des indigents dans le plat pays;* par M. Geuleneer. 2° *Topographie et statistique médicales du canton de Berghem;* par M. Jos. Vrancken fils.

VI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

La troisième livraison de l'année 1848 contient les travaux originaux suivants : 1° *Observation remarquable d'une hernie inguinale étranglée;* par M. Van Hengel. (Fait de hernie étranglée aussitôt que formée, qui fut prise pour une pleurésie et traitée comme telle.) 2° *Mémoire sur les hémorrhagies dépendantes de l'implantation du placenta sur le col utérin;* par M. Thirion. 3° *Note sur les maladies traitées au dispensaire ophthalmique établi à l'hôpital Saint-Jean de Bruges;* par M. Verriest.

MÉMOIRE SUR LES HÉMORRHAGIES DÉPENDANTES DE L'IMPLANTATION DU PLACENTA SUR LE COL UTÉRIN; par M. THIRION.

L'auteur n'admet pas que les hémorrhagies qui accompagnent l'insertion du placenta sur le col soient causées par la séparation des adhérences existant entre ces organes. En effet, il est reconnu que toutes les parties qui constituent le produit de la conception se développent simultanément jusqu'à la fin de la grossesse, et que la matrice suit la même marche. Par conséquent, lorsque les phénomènes accomplissent leur évolution normale, les points d'adhérence entre le placenta et le col utérin ne se disjoignent pas, ils subissent ensemble le même mouvement d'extension.

L'hémorrhagie ne survient donc, dans ces cas, que s'il se joint aux conditions précédentes un élément pathologique, un mouvement fluxionnaire irritatif (*molimen*), qui est la cause du décollement. — Si la perte sanguine se fait plus souvent à partir du sixième mois, c'est parce que, à cette époque, le col utérin se ramollit et commence à se dilater, que ce ramollissement est lui-même l'effet d'une turgescence sanguine, état organique qui est déjà une véritable prédisposition à l'irritation hémorrhagique.

Pour prouver l'impossibilité qu'il y a à ce que le décollement du placenta soit produit par la dilatation du col, l'auteur invoque ce qui se passe quand, pendant les douleurs de l'enfantement, l'utérus se contracte violemment. Alors le placenta ne se décolle pas ; et cependant il ne se contracte point et ne peut de la même manière suivre le raccourcissement des fibres de la matrice. Pourquoi donc prétend-on, puisque ces phénomènes *violents* et *rapides* ont lieu sans hémorrhagie, que ces accidents arrivent au col utérin quand les mêmes phénomènes s'y passent d'une manière lente.

Quant à la cause du *molimen* qui détermine l'hémorrhagie, M. Thirion la place dans un excès d'irritabilité de la matrice. D'après cette idée, il a plusieurs fois réussi à empêcher l'avortement qui revenait périodiquement chez quelques femmes vers le troisième ou quatrième mois, en leur entretenant pendant deux à trois mois à l'hypogastre un révulsif (séton ou vésicatoire). — Cette prédisposition existe également, selon lui, chez les personnes qui ont des hémorrhagies par insertion du placenta sur le col.

L'opinion que l'auteur vient de développer fut confirmée pour lui par le résultat de l'autopsie qu'il put faire d'une fille âgée de 27 ans, morte à deux mois et demi de grossesse, après avoir eu des hémorrhagies répétées pendant un mois. La mort fut due à des excès alcooliques. M. Thirion trouva une insertion du placenta sur le col utérin, centre pour centre. L'arrière-faix seul était comme putréfié dans la partie qui correspondait à celle de l'utérus d'où il était décollé, et celle-ci ressemblait à une plaie par brûlure, tapissée par une matière purulo-sanguinolente. Le canal du col utérin recevait facilement un stylet assez gros. — Ce fait réfute pleinement la théorie mécanique ; car ici on ne saurait admettre que la dilatation des fibres du col s'était opérée, donc on ne peut conclure que le décollement en ait été le résultat.

A une certaine période de ces hémorrhagies, il y a ordinairement rupture des membranes et écoulement du liquide amniotique ; presque toujours alors la perte sanguine se suspend. On attribue en général cette suspension au froncement des sinus utérins ; mais, dans cette explication, ce froncement, qui est un phénomène actif exécuté par les fibres de la matrice contractées, serait donc opéré par ces mêmes fibres alors dans un état de relâchement.

M. Thirion a essayé de porter directement des topiques astringents ou réfrigérants sur les parties d'où s'exhale le sang ; mais ç'a toujours été sans succès. Enfin, encouragé par l'idée de la possibilité d'obtenir la cicatrisation des surfaces décollées, persuadé que celle-ci ne peut arriver qu'autant que l'on ait changé le mode de vie des tissus affectés, convaincu enfin que cette cicatrisation est seule capable de faire cesser complétement l'hémorrhagie, il a tenté de l'obtenir par la cautérisation, opérée avec la dissolution de nitrate d'argent (2 grammes sur 60 d'eau distillée).

Afin de n'agir que sur les parties malades et de protéger la muqueuse vaginale, il s'est servi d'un tube en cristal, ouvert à ses deux extrémités. L'une d'elles, bien arrondie et un peu plus étroite que l'autre, est appliquée sur le col utérin, de manière à l'embrasser dans sa totalité. Par ce tube, il introduit une sonde creuse de même nature dont l'une des extrémités représente un gland allongé, perforé de quelques trous ; c'est cette partie qui est placée dans le col utérin ; l'autre bout reçoit la canule de la seringue chargée de la matière de l'injection. On conçoit que, eu égard à la disposition de ces pièces d'appareil, le liquide, après avoir arrosé les surfaces malades, revient au dehors par le tube.

On fait une injection matin et soir, après avoir chaque fois lavé le col et le vagin avec de l'eau froide lancée par le clyso-pompe. L'auteur les a souvent continuées plusieurs jours de suite sans inconvénient.

Quoiqu'il ne les emploie que dans les hémorrhagies lentes, intermittentes, quoique la gravité de ces cas ne lui ait pas permis de mettre alors en usage d'autres moyens afin de mieux apprécier la valeur comparative de celui-là, l'auteur pense que ces injections ont mis fin, entre ses mains, à plusieurs hémorrhagies de cette espèce.

Il n'a jamais injecté ce liquide caustique contre les pertes qui surviennent avant le cinquième mois de grossesse, à cause de l'impossibilité presque constante de les arrêter et d'éviter l'avortement.

Le tableau suivant, que nos lecteurs nous sauront sans doute bon gré d'avoir placé sous leurs yeux, montre l'ordre dans lequel M. Thirion conseille d'employer successivement les diverses ressources de l'art contre cette hémorrhagie.

RÉSUMÉ DES PÉRIODES DU TRAITEMENT.

A toutes les époques de la vie,	Quand sa marche est chronique,	Au début.	Repos du corps et de l'esprit.—Position horizontale.— Alimentation légère.— Boissons acidulées froides. — Sangsues aux aines. — Minoratifs. — Saignée générale s'il y a pléthore.
		Si elle persévère.	Continuation des saignées locales. — Un vésicatoire linéaire au-dessus de chaque aine, et faire suppurer les plaies. — Repos, position, alimentation et boissons mêmes que précédemment. — Injections caustiques.
		Si elle augmente et si le col n'est pas dilaté.	Tamponnement ordinaire. — Mieux vaut celui exercé directement dans le col avec l'éponge préparée, recouverte d'une couche d'extrait de belladone. — Conserver les vésicatoires. — Position et boissons comme ci-dessus.
	Quand sa marche est aiguë,	Si la perte continue à être forte, compromettante, et que le col commence à se dilater.	Forcer la dilatation du col avec le doigt. — Infusion alcoolique de l'ergot à l'intérieur. — Pétrissage abdominal modéré de l'utérus. — Rupture des membranes. — Accouchement forcé aussitôt que la dilatation du col le permet. — Délivrance manuelle primitive ; d'autres fois délivrance manuelle immédiatement après la sortie du fœtus. — Débarrasser la matrice des caillots de sang. — Surveiller son retour sur elle-même. — Tamponner si la partie persévère, et injections astringentes dans la matrice.
		S'il s'agit d'avortement avec perte grave.	Tamponner plutôt avec l'éponge préparée et belladonée. — Rupture des membranes. — Ergot à l'intérieur. — Quand le col est suffisamment dilaté pour admettre le doigt, extraire le tout si l'embryon n'est pas expulsé.

VII. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur le seigle ergoté;* par M. Biver. 2° *Considérations cliniques sur le traitement du pied-bot;* par M. Pu-

tégnat. 3° *Considérations sur l'ongle entré dans les chairs*; par M. Van Hoeter. (Compression exercée et maintenue de chaque côté de l'ongle sur les chairs exubérantes, à l'aide de petits cylindres de sparadrap fixés par une bandelette agglutinative entourant l'orteil.) 4° *Note sur l'emploi du chloroforme à l'intérieur dans l'hystérie, et localement dans la névralgie dentaire*; par M. Pigeolet. 5° *Observation de chorée intense guérie rapidement par l'arséniate de potasse*; par M. Dieudonné. 6° *Mémoire sur les sympathies*; par M. Douvillé. 7° *Clinique de l'hôpital Saint-Pierre (professeur M. Seutin)*; recueillie par M. Demarteau, interne. 8° *De l'efficacité du séjour au bord de la mer, et de l'usage des bains de mer contre la coqueluche*; par M. Verhaeghe. 9° *De la méthode sous-cutanée; du traitement de l'ostéite vertébrale et des abcès par congestion; compte rendu d'une leçon clinique de M. J. Guérin à l'hôpital Saint-Pierre*; par M. J. Crocq. 10° *Observation d'opération césarienne abdominale*; par M. Putégnat. 11° *Observation de priapisme*; par M. Gysbrechts.

MÉMOIRE SUR LE SEIGLE ERGOTÉ; par le docteur BIVER.

Ce long travail, qui occupe une portion considérable des numéros de juin, juillet et août, comprend deux parties fort distinctes : la première, de beaucoup la plus étendue, est uniquement consacrée à un exposé historique des travaux publiés sur le seigle ergoté; la seconde, intitulée *Conclusion*, comprend « les idées, les observations, les doutes et les convictions de l'auteur. » Nous transcrivons à dessein ces expressions, parce qu'elles rendent exactement le véritable caractère du mémoire, où l'on trouve, en effet, des *idées*, des *doutes*, des *convictions*, quelques résultats généraux d'observation, mais aucun fait, aucune expérience, qui puissent passer même pour une tentative de démonstration, et soient susceptibles d'influer sur l'opinion d'autrui. Ce sont des affirmations, des négations ou des doutes dont la valeur repose tout entière sur l'autorité personnelle de l'auteur, qui, nous devons le reconnaître, paraît avoir fait de l'histoire naturelle et médicale de l'ergot une étude approfondie.

M. Biver s'est appliqué à rechercher les conditions susceptibles de donner naissance à l'ergot ou d'en favoriser le développement, et il indique, d'accord en cela avec plusieurs naturalistes : 1° une mauvaise nutrition de la plante, conséquence de pluies trop abondantes et de la maigreur du sol; 2° la rupture des grains sous l'influence de la pluie; 3° la piqûre d'un insecte (l'auteur a rencontré beaucoup d'ergots au voisinage des bois et des marécages, et c'est dans ces endroits que les insectes ailés sont le plus nombreux); 4° une lésion mécanique accidentelle; 5° le *fluide nielleux* de l'atmosphère (expression assez obscure, et qui ne signifie sans doute autre chose que l'aptitude de certaines conditions atmosphériques, telles que l'exposition au nord, l'absence de rayons solaires à produire la maladie des grains appelée *nielle*). Nous ne pouvons qu'indiquer ces circonstances, un peu étrangères aux objets habituels de nos études; mais nous n'avons pas cru devoir les passer sous silence, parce que l'auteur y puise une induction qui intéresse directement la thérapeutique. Il conjecture que les propriétés de l'ergot doivent varier suivant les causes qui ont présidé à sa formation. Il est certain que les résultats des nombreuses analyses chimiques auxquelles l'ergot a été soumis offrent de grandes différences. Ces différences sont-elles en rapport avec la diversité d'origine des substances analysées? On peut le soupçonner, et il y a là matière à recherches nouvelles.

M. Biver se pose successivement ces questions : 1° le seigle ergoté est-il un aliment? 2° Est-il un médicament? 3° Est-il un poison? 4° Si le seigle ergoté est un médicament, quelle est son action? 5° En quoi consistent les différences des vertus attribuées à l'ergot? 6° Si le seigle ergoté est un poison, quelle est son action? 7° Les épidémies ergotiques sont-elles vraies? 8° Quelle est la valeur réelle des diverses explications physiologiques? 9° Quelles sont les suites présumées ou probables de l'abus que l'on fait de cette substance par rapport aux enfants et par rapport aux femmes?

Sans nous astreindre à tous les termes de ce long programme, rappelons du moins les opinions les plus saillantes de l'auteur.

M. Biver ne croit pas à l'action *directe* de l'ergot sur l'utérus. « Nous avons, dit-il, donné l'ergot en poudre et en infusion, depuis 5 grains jusqu'à 1 gros *dans différents cas*, et voici ce que nous avons observé. Chez plusieurs personnes, l'effet était nul; chez quelques-unes, les yeux devenaient brillants, la face s'injectait jusqu'à nécessiter parfois une saignée; une grande inquiétude se manifestait. Nous avons cru, *dans nombre de cas*, avoir remarqué une certaine reprise des douleurs, qui avaient cessé.... Maintes fois nous avons vu des douleurs bonnes et fortes survenir après une interruption, un repos, un sommeil de plusieurs heures, de vingt-quatre heures même, sans que le moindre médicament eût été administré. » Et l'auteur conclut en disant : « Nous devons l'avouer en conscience, nous n'avons jamais pu observer l'effet spécifique, incontestable, *direct* sur la matrice; mais nous avons reconnu l'effet stupéfiant. » Si l'on n'en pouvait juger que par ce passage, il serait difficile de dire ce que l'auteur pense en définitive de l'action de l'ergot sur la matrice; car, d'un côté, il a vu les douleurs renaître *dans nombre de cas*, après l'administration de cette substance; d'un autre côté, il les a vues renaître aussi, après des interruptions plus ou moins longues, chez des femmes qui n'avaient pris aucun médicament, et les termes dans lesquels il finit par contester l'influence ergotique ne sont pas sans ambiguïté; c'est l'influence *spécifique* et *directe* qu'il déclare n'avoir jamais reconnue. Mais la pensée de l'auteur, toujours assez obscure, s'explique pourtant mieux dans la suite du travail. Il continue à nier que *spécifiquement*, *directement*, l'ergot puisse ébranler la contractilité de l'utérus, et conséquemment que ce soit, *dans ce sens*, ni un *hémostatique*, ni un *emménagogue*, ni un *abortif*. Néanmoins il accorde que, *indirectement*, l'ergot peut « faciliter les contractions utérines, par conséquent faciliter aussi l'expulsion du contenu de cet organe, » et il donne de ce fait une théorie qui contient en même temps une réponse à la plupart des autres questions de son programme. Le seigle ergoté, dit-il, loin d'être un excitant, est au contraire un stupéfiant, comme le prouve le ralentissement du pouls. Quand il produit la *raphanie*, ou *ergotisme convulsif*, c'est par une *action déprimante*. La raphanie doit être rapprochée de ces mouvements convulsifs, partiels ou généraux, qui précèdent la mort; c'est l'organisme qui *soulève son reste de vie organique* contre une agression. Mais pourquoi l'utérus se contracte-t-il plus spécialement? C'est que cet organe, qui semble *n'appartenir au corps que momentanément, qui ne se révèle qu'à la puberté, qui s'endort avec le retour, est moins dépendant de l'organisme général*, et voilà pourquoi on voit accoucher des femmes chez lesquelles tout signe apparent de la vie a disparu.

Quant à la raison par laquelle l'action de l'ergot va quelquefois jusqu'à produire la raphanie et la gangrène, la voici, suivant M. Biver. L'estomac se refuse à digérer le bol dans lequel entre l'ergot : une fermentation *sui generis* s'établit, les intestins ne reçoivent que des matériaux impropres à l'assimilation, les nerfs vagues transmettent au cerveau des impressions *déprimantes*, la circulation porte dans l'économie des principes toxiques, et c'est alors que « la vie nerveuse volontaire s'éteint et que la vie non soumise à la volonté excite des mouvements sans suite et sans ordre. »

Nous nous bornons à ces indications. Elles suffisent à donner une idée nette des opinions et des vues théoriques auxquelles le travail de M. Biver emprunte son originalité. Nous serons sobres de réflexions. Il n'y a pas longtemps, en rendant compte des travaux de deux autres auteurs belges sur le même sujet, l'un de M. Henriette, l'autre de M. Sovet (voir GAZ. MÉD., 1848, p. 236 et 838), nous avons exprimé de prudentes réserves au sujet de la théorie qui attribue les propriétés spéciales de l'ergot à une action spécifique sur le système vasculaire. Nous en devons faire de plus expresses encore au sujet de la théorie défendue ici par M. Biver; mais nous nous sommes fait un devoir de mettre les deux théories en présence, afin que nos lecteurs aient sous les yeux tous les éléments du problème, tel du moins qu'il a été posé dans la littérature médicale belge. Sous ce dernier point de vue, la première partie du mémoire de M. Biver, celle qui a trait à l'historique, sera consultée avec beaucoup d'avantage.

NOTE SUR L'EMPLOI DU CHLOROFORME A L'INTÉRIEUR DANS L'HYSTÉRIE ET LOCALEMENT DANS LA NÉVRALGIE DENTAIRE; par le docteur PIGEOLET.

Deux observations sont rapportées par l'auteur.

Dans la première, il s'agit d'une demoiselle qui souffrait horriblement, depuis vingt-quatre heures, d'une névralgie dentaire. Une grosse molaire était cariée. Habituellement les douleurs étaient calmées au bout de quelques heures au moyen d'un peu d'opium ou d'acétate de morphine ou de teinture de cochléaria, ou d'une escence aromatique de girofle, de menthe, etc. Cette fois plusieurs de ces moyens avaient été inutilement employés quand le docteur Pigeolet fut consulté. Une gouttelette de chloroforme fut déposée dans la dent creuse. A l'instant, la patiente ressentit dans la partie douloureuse et aux environs une chaleur qui se substituait (c'est son expression) à la sensation douloureuse, et elle ne tarda pas à s'endormir.

La seconde observation est relative à une jeune femme très-nerveuse, souvent en proie à des accès d'hystérie pour la moindre émotion. L'accès débute par une douleur dans l'hypogastre; bientôt un mouvement de va-et-vient, des *roulements gazeux* se font dans l'abdomen, et au bout d'une heure, un peu plus tôt ou un peu plus tard, la sensation d'étouffement arrive, suivie de perte de connaissance, d'insensibilité et de tout le cortége habituel de l'hystérie. La plupart des remèdes usités en pareil cas ont été employés. M. Pigeolet indique à cette jeune femme le chloroforme comme un moyen qui pourrait lui être utile dans l'occasion et lui laisse l'ordonnance d'une potion contenant 12 gouttes de chloroforme à prendre en deux heures. Au premier accès, la malade fait usage de la potion et s'endort avant d'avoir vidé la fiole.

L'auteur ajoute qu'un essai du même genre, dans des circonstances à peu

près identiques, ne fut pas suivi de succès, mais qu'il n'est pas bien sûr de la qualité du chloroforme employé dans ce cas.

Ce n'est pas la première fois, comme on sait, que le chloroforme paraît avoir été administré avec succès contre l'hystérie. Néanmoins la question n'est pas jugée, et c'est pourquoi il est bon de recueillir touts les faits favorables on défavorables à l'emploi de cette médication.

OBSERVATION DE CHORÉE INTENSE GUÉRIE RAPIDEMENT PAR L'ARSÉNIATE DE POTASSE; par le docteur DIEUDONNÉ.

Les auteurs contiennent plusieurs observations de chorée guérie à la suite de la médication arsenicale. L'une des plus remarquables a été publiée par un auteur anglais, le docteur Macléon, dans THE LONDON MEDICAL GAZETTE (décembre 1835). Néanmoins, c'est une médication peu usitée, et on le comprend assez, quand on réfléchit aux craintes qui s'emparent du médecin au moment d'employer une substance aussi dangereuse que l'est l'arsenic et à la résistance que les familles opposent à son emploi. Le nouveau cas de guérison rapporté par M. Dieudonné, quoique relatif à une chorée peu ancienne, est pourtant de nature à encourager à la fois et les praticiens et les victimes d'un mal aussi fâcheux et aussi rebelle. Le voici dans ses particularités essentielles.

OBS. — Le 1er mai 1848, M. Dieudonné fut mandé pour donner des soins à une petite fille de 9 ans, d'une constitution délicate et lymphatique. Depuis quinze jours, les parents s'étaient aperçus que cette enfant était moins gaie, moins joueuse que d'habitude et que le bras droit était agité par des mouvements continuels; ces mouvements, peu marqués d'abord, devinrent de jour en jour plus intenses et envahirent enfin le membre inférieur du même côté. A l'époque de la visite de M. Dieudonné, le membre supérieur droit était impropre à tout service ; la marche était très-difficile. Comme il existait un état saburral bien caractérisé, la malade fut d'abord purgée, puis soumise à l'usage de substances antispasmodiques (oxydes de zinc, jusquiame, valériane). Ce traitement parut d'abord devoir réussir; car au bout de cinq ou six jours, les mouvements involontaires étaient beaucoup moindres. Mais le 13, les choses étaient bien changées. Le spasme était beaucoup plus intense; il avait envahi la tête et les membres gauches ; de ce côté même, ils étaient plus prononcés qu'à droite. Les muscles de la face étaient continuellement en mouvement. La langue elle-même était tellement agitée que l'articulation des mots était impossible. Même impossibilité de la déglutition ; les bouillies avec lesquelles on nourrissait la malade s'échappaient en grande partie de la bouche. Sommeil rare et agité.

Avant d'expérimenter la médication arsénicale, la maladie fut abandonnée pendant trois ou quatre jours à elle-même. L'auteur ne dit pas si elle offrit quelque amendement dans cet intervalle, mais on doit sans doute induire le contraire de son silence. Voulant donner l'arséniate de potasse à une dose très-minime, il s'arrêta à la formule suivante :

Prenez : Solution de Fowler . . . . 12 gouttes.
Eau distillée . . . . 1 once.

A prendre 5 gouttes matin et soir dans une cuillerée d'eau non sucrée.

Ce traitement fut commencé le 16 mai. Dès le 19, la malade se promenait au jardin, allant bien un peu de côté et d'autre, mais se dirigeant facilement vers les points qu'on lui indiquait; les mouvements des bras et de la tête avaient également beaucoup moins d'intensité ; la déglutition et la parole étaient infiniment plus faciles, les nuits étaient meilleures. Le traitement n'avait d'ailleurs déterminé aucun accident du côté des voies digestives.

Le 23, l'amélioration était encore plus prononcée. La marche était facile. La parole était tout à fait revenue. La dose fut augmentée de 5 gouttes par jour.

Le 28, la guérison pouvait être regardée comme complète. Il ne restait plus qu'une légère oscillation du tronc, se manifestant seulement quand on faisait rester pendant quelque temps la malade immobile dans la position d'un soldat sans armes.

La médication, néanmoins, a été continuée quelque temps encore. L'enfant a été revue les 2 et 10 juin ; la guérison s'était maintenue.

Ce qui manque à de telles observations, c'est la détermination des cas auxquels convient spécialement la médication employée. Il est manifeste qu'une maladie comme la chorée qu'on voit naître sous l'influence de causes aussi diverses (nous parlons seulement des causes occasionnelles), et qui n'est vraiment, dans beaucoup de cas, qu'un symptôme de lésions fort différentes quant à leur nature, ne saurait demander toujours le même traitement. Il y a des chorées, suites de chlorose, qu'on guérit avec le fer. Il y en a qui succèdent à la méningite aiguë et qui cèdent mieux aux révulsifs appliqués à la nuque ou aux tempes, etc. Dans le cas présent, l'origine de la chorée est restée fort obscure, et le traitement a été tout empirique. C'est à éclairer cette partie de l'étiologie et de la thérapeutique rationnelle qu'il faut maintenant inviter les observateurs.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 JANVIER.

SUBSTITUTION DU ZINC A LA CÉRUSE DANS LES ARTS.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie un rapport qui lui a été présenté par deux membres du conseil des bâtiments civils, sur un nouveau procédé de M. Leclaire, pour substituer l'oxyde de zinc au blanc de céruse, généralement employé dans les arts.

Les conclusions de ce rapport, en ce qui concerne l'hygiène publique, sont conçues en ces termes : Nous regardons comme étant dès à présent incontestables sous le rapport de la *salubrité* les avantages de la substitution de l'oxyde de zinc à la céruse, en raison des effets nuisibles que cette dernière matière produit fréquemment, sur les ouvriers peintres comme sur les personnes exposées à habiter les endroits récemment peints.

Sur la demande du ministre, ce rapport est renvoyé à la commission déjà nommée pour le même objet.

ÉTHÉRISME LOCAL.

M. JULES ROUX, chirurgien en chef de la marine à Cherbourg, adresse une observation ayant pour titre : ANGIOLEUCITE PROFONDE; AMPUTATION COXO-FÉMORALE DANS L'ÉTHÉRISME ; ÉTHÉRISATION DIRECTE DES SURFACES TRAUMATIQUES. Cette observation n'ajoute qu'un succès de plus à ceux déjà connus de désarticulation de la cuisse. Mais en considérant que cette grave opération a été pratiquée dans l'éthérisme chloroformique, chez un homme épuisé par une longue suppuration et de vives douleurs, que la plus vaste plaie que l'amputation peut produire a été soumise à l'action directe de l'éther, l'Académie attachera peut-être, dit l'auteur, quelque intérêt à cette communication, et voudra bien faire annexer les documents qu'elle renferme à ceux que je lui ai déjà fait parvenir sur l'éthérisme local des surfaces traumatiques.

L'éthérisation fut faite, dans ce cas, à l'aide d'une faible quantité de chloroforme d'abord et avec une extrême prudence : le courant d'air est toujours resté facile dans l'appareil employé ; cet appareil a été retiré dès que l'insensibilité a été prononcée, pour être replacé à plusieurs reprises aussitôt qu'un mouvement ou un cri faisait voir que l'insensibilité n'était plus aussi complète. Grâce à ces précautions, l'éthérisme a été sans aucun danger; l'application locale de l'éther sur une vaste surface n'a provoqué que des signes insignifiants de souffrance, et le malade a pu déclarer qu'il n'avait éprouvé aucune douleur pendant l'opération grave qu'il venait de subir.

De cette observation, rapportée avec de longs détails destinés à montrer que l'éthérisation générale et locale n'a été pour rien dans la mort du malade qui a succombé à l'infection purulente, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° L'angioleucite profonde est, dans quelques circonstances, un cas d'amputation.

2° L'éthérisation générale, à l'aide du chloroforme, a été accomplie avec succès et sans aucun danger chez un opéré très-affaibli par une longue suppuration et de vives souffrances.

3° L'éthérisation locale des surfaces traumatiques, pratiquée durant cinq minutes environ avec l'éther sulfurique, a considérablement diminué les douleurs suites de l'extirpation de la cuisse, et ne paraît pas avoir eu d'influence fâcheuse sur la plaie ni sur l'organisme.

— M. MALGAIGNE écrit à l'Académie pour la prier de nommer une commission qui aurait à examiner son mode de traitement des fractures obliques de la jambe et des luxations tibio-tarsiennes à l'aide d'une vis ou pointe d'acier qui maintient en contact les parties déplacées.

(Commissaires : MM. Roux, Velpeau et Rayer.)

— M. FAVOLLE prie l'Académie de vouloir bien hâter le travail de la commission à l'examen de laquelle a été soumis un mémoire présenté par lui sur le traitement des tumeurs érectiles.

(Commissaires : MM. Roux et Lallemand.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un mémoire de M. Bayard, médecin à Cirey-sur-Blaise, ayant pour titre : LA DURÉE MOYENNE DE LA VIE HUMAINE N'A PAS AUGMENTÉ DEPUIS LA DÉCOUVERTE DU VACCIN. (Renvoi au comité de vaccine.)

2° Lettre du même ministre, avec envoi d'un rapport de M. Capuron, inspecteur des eaux minérales de Castira-Verduzan, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1848. (Comm. des eaux minér.)

3° M. le ministre des affaires étrangères, conformément au désir exprimé par l'Académie, lui annonce qu'il a invité le gérant du consulat de Panama à lui faire parvenir de nouveaux échantillons des fèves dites *cédrons*, employées dans l'isthme comme fébrifuge et antivénéneux.

4° L'Académie reçoit enfin les états de vaccinations des départements de l'Aube, de la Somme et du Nord.

M. Prus adresse à M. le secrétaire perpétuel une lettre relative à plusieurs objets.

A l'occasion du rapport de M. Gibert sur la lèpre et l'emploi de l'assacou dans cette maladie, M. Prus prie l'Académie de nommer une commission chargée de rédiger une série de questions sur ce sujet, qui seraient adressées aux médecins sanitaires français en Orient. Il a remarqué, non sans surprise, que le cancer est une maladie à peu près inconnue en Égypte, d'où il est conduit à conseiller aux personnes qu'on croirait prédisposées à cette maladie, par hérédité, ou autrement, le séjour dans une contrée aussi peu favorable au développement de cette affection. Si le cancer est rare en Egypte, la rage, en revanche, paraît y être plus fréquente qu'on ne l'a dit. M. Prus rapporte à cette occasion un cas d'application de chloroforme chez un enfant affecté de cette cruelle maladie. Une minute d'inhalation suffit pour jeter l'enfant dans un sommeil tranquille; mais ce calme fut de courte durée, et après cinq minutes les accidents reparurent et la mort eut lieu.

M. Prus appelle l'attention de l'Académie sur une autre affection aussi redoutable que singulière, le bouton d'Alep, qu'on dit généralement ne se développer que dans une certaine région de la Syrie, et qui a été fréquemment observé cependant dans un village situé à quatre lieues d'Alexandrie.

Enfin, en ce qui concerne la peste, M. Prus tire de quelques faits exposés dans cette lettre ces deux propositions :

1° Dans l'état actuel de la question, on ne peut pas affirmer que la peste orientale ne naisse jamais spontanément en Abyssinie.

2° Il est urgent de recommander aux voyageurs, et surtout aux médecins qui se rendront en Abyssinie, de rechercher les caractères différentiels de la peste orientale et du qwarabba, nom sous lequel on désigne la peste en Abyssinie.

CHOLÉRA.

M. Plouviez (de Lille) donne de nouveaux renseignements sur l'état sanitaire actuel de cette ville.

Depuis le 6 jusqu'au 25 janvier, il y a eu 58 décès par le choléra.

Mouvement des cholériques à l'hospice général, à partir du premier jour où il s'y est montré jusqu'au 25 janvier :

Femmes âgées	44
Guéries	4
Convalescentes	4
Hommes	3
Décédés	2

Plus deux sœurs et deux infirmières qui soignaient des cholériques, dont trois convalescentes et l'autre aujourd'hui en grand danger.

M. Gorré adresse quelques documents sur la situation sanitaire des environs de Boulogne qui ne lui permet pas de douter de l'existence du choléra dans la circonscription de l'arrondissement.

M. Revel (de Saint-Omer) annonce qu'il communiquera prochainement les documents relatifs au choléra dans cette ville et ses environs.

M. H. Larrey demande que son nom soit inscrit sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

— M. Piorry demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Dans la dernière séance de l'Académie, dit-il, M. le secrétaire général a lu une lettre dans laquelle M. Lachaise affirme que chez les fébricitants de la Sologne la rate n'est pas augmentée de volume. Plusieurs médecins de ce pays, versés d'ailleurs dans la pratique de plessimétrie, et qui ont observé dans les mêmes localités que M. Lachaise, m'ont à plusieurs reprises assuré exactement le contraire, et ils sont en cela d'accord avec la plupart des véritables observateurs.

Comment donc M. Lachaise a-t-il vu le contraire? Disons-le sans crainte de nous tromper, c'est qu'il ne s'est pas exercé à la plessimétrie; loin de faire du tapotement orthodoxe, il ne sait pas le premier mot de l'orthodoxie en fait de percussion. (Les cris : l'ordre du jour! interrompent M. Piorry qui s'assied en protestant contre l'intolérance de l'Académie qui a entendu l'attaque et qui ne veut pas entendre la réponse.)

CHLOROFORME.

— M. J. Guérin demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

L'Académie a entendu vers la fin de la dernière séance les explications de M. le rapporteur de la commission du chloroforme, en réponse aux critiques dont le rapport a été l'objet. En raison du caractère direct de cette réponse, quelques personnes ont paru s'étonner que j'aie gardé le silence. En m'abstenant, j'ai voulu précisément montrer que je reconnais dans toute son étendue le droit de libre discussion scientifique, pourvu qu'il se renferme rigoureusement dans ce qui a trait à la science et au savant.

Cependant, parmi les allégations de M. le rapporteur, il en est une qui me paraît sortir complétement de cette limite. Présentée sous forme d'allusion assez voilée pour n'être pas immédiatement aperçue de l'Académie, mais trop transparente pour n'être pas comprise par quelques membres et par moi en particulier, je crois devoir en faire aujourd'hui l'objet de quelques remarques.

M. le rapporteur a dit en parlant des règles de l'observation et de l'expérience : « On pêche, par exemple, contre l'observation et l'expérience quand on annonce des guérisons qui n'existent pas et qui sont impossibles. » Cet énoncé seul suffit pour que l'Académie comprenne le caractère particulier de l'allusion.

Voici ce que nous avons à y répondre.

Dans l'allégation de M. Malgaigne, il y a deux choses : une opinion sur une question scientifique et un jugement sur le caractère du savant. Quant à la question scientifique, je la maintiens comme définitivement résolue; et la solution qu'elle a reçue me paraît, en effet, de nature à satisfaire les esprits qui n'ont d'autres exigences que celles de la science et de la vérité. Quant au jugement sur le caractère du savant, je n'ai pas cru devoir le relever dans la dernière séance, et je ne le relèverai pas davantage aujourd'hui. C'est un point qui me paraît de nature à être discuté plus convenablement ailleurs que dans l'Académie. J'ajouterai à cet égard que je n'ai rien négligé, et que je ne négligerai rien pour qu'il reçoive une solution conforme aux intérêts de la science et tel que l'exige l'honneur du savant (1).

M. Louis : Je suis, en effet, de ceux qui ont remarqué avec douleur, et qui ont compris comme M. Jules Guérin, l'allusion de M. Malgaigne. Si nous ne nous sommes pas trompés, elle est de nature à légitimer les observations de M. Guérin. M. Malgaigne et l'Académie trouveront sans doute convenable que le rapporteur déclare si les expressions dont il est question lui ont échappé dans la chaleur de l'improvisation, et retire ce qu'il peut y avoir eu, dans ses paroles, d'offensant pour notre collègue.

Plusieurs voix : M. Malgaigne va répondre.

M. le Président : M. Malgaigne n'a pas terminé son discours; il va sans doute répondre aux observations de MM. Louis et Guérin.

M. Malgaigne monte à la tribune. Avant de reprendre la discussion des différents arguments opposés à notre rapport, je dois dire que, dans la dernière séance, je me suis borné à poser et à discuter les règles de philosophie médicale qui président à l'expérience, à l'observation et au raisonnement. Je regrette qu'un de nos collègues ait cru devoir s'appliquer ce que j'ai dit d'une manière générale, et je me reporte à la rédaction qui a été donnée de mon argumentation par le procès-verbal. (Agitation.)

Je reprends la suite de mon résumé.

La commission s'est réunie depuis la dernière séance. J'avais dit que la commission s'était assez sérieusement occupée du sujet pour qu'elle ne dût apporter que des modifications très-légères aux conclusions du rapport. La commission maintient, en effet, dans le fond toutes ses conclusions. La seule modification qu'elle a cru devoir introduire a trait au fait particulier de la malade de Boulogne, et cette modification est presque insignifiante. Je ferai remarquer d'ailleurs que cette conclusion était un peu éloignée des prémisses, et que, quand même elle eût été plus profondément modifiée, cela n'eût eu aucune conséquence par rapport au fond même de la question.

Le rapport se trouvait naturellement divisé en deux parties : l'une relative au fait de M. Gorré, et qui avait pour objet la question médico-légale soumise à l'Académie par M. le ministre de la justice, l'autre relative à la question générale posée par le ministre de l'instruction publique. C'est ce qui a commandé l'ordre adopté par votre rapporteur. La plus grande partie des objections qui ont été faites au rapport ont porté sur la première question, la question médico-légale. Cela devait être. En effet, lorsqu'il s'agit d'examiner un fait particulier, ce fait peut être interprété de différentes manières. C'est ce qui avait déjà eu lieu à Boulogne, où les interprétations des différents médecins consultés sur la cause de la mort de l'opérée de M. Gorré avaient été fort diverses. Il en a été de même dans le sein de cette Académie, lorsque ce fait y a été produit pour la première fois : les uns ont attribué la mort à l'asphyxie, d'autres à une syncope; ceux-ci à l'introduction de l'air dans les veines, d'autres enfin à l'action toxique du chloroforme. La commission a examiné avec soin toutes ces solutions; je vais revenir sur la marche qu'elle a suivie dans l'examen de cette question, après quoi j'examinerai toutes les objections les unes après les autres.

(Ici M. le rapporteur reproduit la relation du fait de Boulogne, dont on connaît tous les détails, et il continue en ces termes :)

Le chloroforme est un agent qui porte spécialement son action sur le système nerveux. Dans tous les cas, il procède de la même manière, et produit successivement l'ébriété, le sommeil, et finalement la perte de la sensibilité. Lorsque son action est très-intense et longtemps prolongée, la mort en est le résultat. Voilà ce que des milliers de faits nous ont appris. Or voici une fille qui, sans avoir éprouvé d'ébriété, sans sommeil, sans insensibilité, s'écrie tout à coup : J'étouffe! et meurt. Voilà donc un fait tel qu'il ne s'en est jamais produit aucun de semblable, tant dans les faits observés sur l'homme que dans les expériences sur les animaux. D'un autre côté, l'examen du cadavre ne décèle aucune lésion qu'il soit possible d'attribuer à l'action du chloroforme, pas plus qu'il n'avait été possible de lui attribuer les phénomènes observés pendant la vie. En présence de ce fait, nous avons dû dire : Non la malade de Boulogne n'est pas morte par le chloroforme; sa mort doit être rapportée à une autre cause.

Cependant un assez bon nombre d'arguments nous ont été présentés contre cette manière d'interpréter ce fait. Nous répondrons d'abord à M. Blandin, qui a ouvert la discussion.

M. Blandin n'est pas de l'avis de la commission. Mais quel est son avis? Je l'ignore. Ou plutôt il en a deux, car, dans sa première argumentation, il dit qu'il est impossible de se prononcer sur la cause de la mort de la jeune fille de Boulogne, tandis que dans la séance suivante, devenant beaucoup plus affirmatif, il déclare qu'il est impossible de méconnaître l'influence du chloroforme sur la mort.

En admettant que cette dernière opinion soit l'expression véritable de la pensée de M. Blandin, voyons quels sont ses arguments. Il croit que c'est le chloroforme qui a tué la malade, parce que l'opération n'était pas par elle-même capable de la faire périr. Que ce ne soit pas l'opération qui l'ait tuée, je suis loin de le nier; nous sommes tous d'accord là-dessus, mais faut-il en conclure que la mort a été causée par le chloroforme? Ceci est différent. Ici la conclusion dépasse les prémisses. M. Blandin dit : On peut endormir avec le chloroforme en

(1) Voir le *post-scriptum* à la suite de la séance.

10 ou 20 secondes, par conséquent il est possible de tuer en une minute. Cet antimème n'est pas très-rigoureux. Ici encore les conclusions dépassent les prémisses.

Le troisième argument de M. Blandin est celui-ci : La mort a eu lieu sans prodromes... J'ai été très-surpris d'entendre ces paroles. J'ignore ce qui pourra arriver dans l'avenir, mais j'affirme, pour le passé, que jamais la mort par le chloroforme n'a eu lieu sans prodromes; l'affirmation contraire est tellement opposée à la vérité que je ne puis me l'expliquer que par un *lapsus linguæ*.

M. BLANDIN : Ce n'est pas un *lapsus*. C'est bien là ce que j'ai voulu dire, et j'ajoute que c'est la vérité; je le prouverai.

M. MALGAIGNE : En ce cas, j'en appelle à tous ceux de mes confrères qui ont observé les effets du chloroforme.

Quatrième objection. M. Blandin dit que la mort a eu lieu par syncope. Je suis d'accord avec lui à cet égard ; mais la mort par syncope n'implique pas qu'elle ait été le résultat de l'action du chloroforme.

Suivant M. Blandin, rien n'autorise à dire que les gaz trouvés dans les vaisseaux fussent de l'air. Mais je n'ai pas prétendu du tout qu'il en fût ainsi. J'ignore ce qu'étaient ces gaz, mais ce que j'ai eu le soin d'ajouter et ce qu'il était utile de constater, c'est qu'il y avait de la mousse sanguine. Or tout le monde sait que jamais la mousse sanguine ne se forme qu'après la mort, et qu'on ne la trouve que dans les cas où l'air s'est introduit dans les veines pendant la vie. C'est là un fait qui a été établi par les belles expériences de M. Amussat.

Du reste, M. Blandin s'est ravisé dans son deuxième discours. Il croit que le gaz a pu être formé spontanément. Je regrette de n'être pas d'accord avec lui sur l'explication qu'il donne de ce phénomène; je pourrais, au besoin, lui opposer les résultats mêmes des expériences de M. Guérin. Dire que la présence du gaz dans les vaisseaux atteste l'action du chloroforme, c'est contraire à tous les faits.

Après M. Blandin, M. Guérin.

M. Guérin ne veut pas non plus des conclusions de la commission. Je viens de dire tout à l'heure que M. Blandin a changé d'opinion. Ce qu'il ne considérait d'abord que comme probable, il l'a considéré plus tard comme certain. M. Guérin, au contraire, après avoir affirmé d'abord la mort par le chloroforme comme une certitude, ne la considère plus maintenant que comme un fait probable seulement.

M. Guérin a fondé principalement l'appréciation qu'il fait du rapport sur deux faits, celui de Boulogne et l'un de ceux qui se sont passés en Angleterre, celui de Walter Badger. Je dois dire que ces deux faits, qui sont les deux colonnes de nos conclusions, ne se sont pas passé exactement comme les rapporte M. Guérin. Mais je veux bien les accepter tels. Voyons comment il les attaque : « L'expérience sur les animaux, dit M. Guérin, a démontré que du chloroforme injecté dans les veines peut produire la mort subite. L'effet tout semblable que M. Lebert et moi avons constaté sur un chien mort après avoir poussé un seul cri, n'est-il pas tout l'analogue de la mort survenue chez la malade de Boulogne? Celle-ci meurt après avoir crié : J'étouffe! Le chien expire en poussant un cri. Hors le langage, ajoute M. Guérin, je ne vois pas ce qu'on pourrait y trouver de différence. » Est-il vrai que le langage dans les deux cas veuille dire la même chose? Le cri du chien pouvait-il signifier qu'il étouffait, quand rien autre chose ne l'indiquait, quand sa respiration paraissait libre jusqu'au dernier moment? Mais hors le langage est-il vrai que tout fût semblable? Comment! est-ce la même chose que de faire inhaler du chloroforme ou de l'injecter dans les veines?

M. Guérin compare le fait de M. Gorré à celui du dentiste anglais, au fait de Walter Badger. Mais personne ne sait comment les choses se sont passées dans ce dernier cas. Au moment où le malade a expiré il n'y avait aucun témoin. Que peut-on conclure d'un fait dont on ne connaît pas les principales circonstances?

On a accusé la commission et le rapporteur en particulier de ne pas voir les choses comme tout le monde. L'esprit du rapporteur, a-t-on dit, est ainsi fait qu'il n'a pas été frappé de la vérité, précisément parce que c'était la vérité. Mais jusqu'à notre contradicteur tout le monde au contraire pensait comme la commission, et je n'en veux d'autre preuve que l'opinion exprimée par les chirurgiens anglais.

Nous arrivons à la deuxième proposition établie par la commission ; savoir : que la mort dans le cas de M. Gorré a été déterminée par l'introduction de l'air dans les veines. M. Guérin à cette occasion nous a parlé de l'emphysème qu'il attribue à l'action du chloroforme, et il nous oppose ce fait en disant qu'il fallait un esprit aussi prévenu que le nôtre pour avancer des choses dont il n'y a pas d'exemple dans le monde. Je pourrais lui rétorquer l'argument et lui dire que je ne comprends pas qu'on puisse attribuer au chloroforme l'emphysème si naturellement produit par les insufflations que l'on a faites pour combattre les effets de cet agent.

Quant au fait d'Hannah Grenner que M. Guérin rapproche de celui de Boulogne, j'ai signalé dans le rapport les circonstances qui différencient profondément ces deux faits. C'est donc encore là une analogie trompeuse.

Enfin, dans son deuxième discours, M. Guérin a rapporté des expériences. Il a voulu employer le chloroforme à des doses différentes et croissantes, et il a constaté qu'à la troisième dose, la mort arrivait avec une grande rapidité. Je ferai remarquer à ce sujet un premier fait : c'est que M. Guérin a commencé par employer 14 grammes de chloroforme Or ce serait déjà là pour l'homme une dose élevée; mais il s'agit de savoir sur quels animaux il a employé cette dose. Si c'était sur des chiens de forte taille, ce serait déjà comparativement une dose passablement forte ; sur des chiens de petite taille, sur des lapins, elle serait bien plus forte encore. Mais que dirait-on si c'était sur ces petits animaux qu'on ne veut pas nous permettre de nommer à l'avenir? Je ferai encore remarquer une chose : c'est que le but de M. Guérin, en expérimentant, a été de tuer. Pour atteindre ce but, il lui a fallu employer des doses énormes, et cela chez des animaux tels qu'il n'y a entre eux et l'homme aucune comparaison possible ; encore ces animaux ne sont-ils morts qu'au bout de plusieurs minutes. Or Maria Stock, l'opérée de Boulogne, a été tuée en quelques secondes, et non en une ou plusieurs minutes. Qu'est-ce que nous concluons de là? C'est qu'il n'y a pas d'analogie entre ces faits; c'est que, dans le fait en question, le chloroforme n'a pas été la cause de la mort.

J'arrive à d'autres objections, celles de M. Velpeau.

M. Velpeau, d'accord avec nous pour les conclusions, ne l'est pas sur le fait de M. Gorré. Il voudrait que l'on dit que le chloroforme n'a pas été étranger à la mort.

Que le chloroforme n'ait pas été étranger à la mort, c'est aussi notre avis ; mais nous soutenons que ce n'est pas par une action directe, et surtout que ce n'est pas par un empoisonnement.

M. Velpeau ne croit pas que le fait ait eu lieu comme il est rapporté dans les relations qui ont été communiquées à l'Académie. Il a signalé, pour appuyer cette opinion, des variantes sur trois points différents de ces relations, savoir : sur la durée de l'inhalation, sur la quantité de chloroforme inhalé et sur la rapidité de la mort. Nous allons examiner successivement ces trois points.

1° Est-il vrai que l'inhalation n'ait eu lieu que pendant une minute seulement? Je dirai à cet égard que nous n'avons pas de raison pour en douter, et qu'en tout cas, à défaut de renseignements directs, nous sommes obligés d'accepter le fait tel que la relation médico-légale nous l'offre. Y a-t-il quelque présomption pour que les choses se soient passées autrement? Non; car, d'après le rapport judiciaire, les faits ont été consignés sous le coup même de l'accident, et il n'y a par conséquent pas possibilité que la mémoire ait fait défaut aux témoins. Tous les témoins ont unanimement déposé que la mort et l'opération avaient eu lieu en quelques secondes; de sorte que sur ce point toute cause de dissidence disparaît.

2° Sur la quantité de chloroforme inhalée, il s'est élevé quelques dissidences. Les différentes appréciations ont varié entre 5,8 et 15 grammes. Mais il y a une appréciation plus rigoureuse qui ne laisse pas de place pour d'aussi grandes variations. Avant l'inhalation, le flacon renfermait 20 grammes. Après l'inhalation, il en renfermait 15,50; de sorte que la perte a été de 4,50. Or en supposant qu'il n'en ait pas été perdu quelque peu par l'évaporation, et que la différence constatée représente exactement la quantité de chloroforme employée, on voit que cette quantité, loin d'être considérable, est moindre que celle que l'on emploie tous les jours. Il nous paraît résulter de cela que le fait médico-légal est aussi bien établi que possible. Il n'y a pas eu une minute d'inhalation, et la quantité de chloroforme inhalée n'a pas dépassé 4,50.

Il y a un autre point qui a préoccupé M. Velpeau, c'est l'origine des gaz trouvés dans les vaisseaux. Je ne chercherai pas à expliquer ce phénomène, mais je me bornerai à répondre par l'exemple d'un grand nombre de faits semblables et notamment des faits constatés par les vétérinaires qui ont vu, chez de grands animaux, l'air pénétrer avec une extrême rapidité dans les vaisseaux, sans qu'ils aient pu savoir comment cela s'était fait. Je rappellerai enfin, pour bien établir qu'il ne peut être nullement douteux que cette introduction de l'air a eu lieu pendant la vie, qu'il n'existait pas seulement de l'air dans le système vasculaire, mais de la mousse sanguine.

M. Baillarger s'est demandé si on ne pourrait pas attribuer la mort de la malade de Boulogne à une syncope. Nous appelons syncope une mort rapide, subite, à la suite de laquelle on ne trouve pas de lésion cadavérique susceptible d'expliquer la mort. J'admettrais volontiers la syncope de M. Baillarger; si je n'avais trouvé une cause suffisante de mort dans les lésions que j'ai signalées.

J'aurais voulu pouvoir répondre à M. Rochoux, mais son argumentation n'ayant pas été imprimée, je ne sais pas au juste sur quoi se fondent ses objections.

Voilà, je crois, les principales objections qui ont été adressées au rapport; je crois y avoir répondu en établissant ces deux points qui sont les deux points capitaux, les deux colonnes de nos conclusions, savoir qu'il n'y a point eu de prodromes, qu'il n'y a pas eu de symptômes d'empoisonnement.

—La discussion générale est close. La discussion s'ouvrira mardi prochain sur la première conclusion.

Il est trois heures moins un quart, la séance est levée.

POST-SCRIPTUM.

Le compte rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine laisse prévoir quelques circonstances extra-scientifiques sur lesquelles le public médical attend des renseignements précis. Voici l'exposé des faits :

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie, M. Malgaigne, rapporteur de la commission du chloroforme, répondant aux critiques dont son rapport avait été l'objet de la part de M. J. Guérin, avait, au milieu d'attaques plus ou moins vives dirigées contre le savant, glissé l'allusion suivante :

« On pèche encore contre l'observation et l'expérience quand on annonce ou » publie des résultats ou des guérisons qui n'existent pas et qui sont impos- » sibles. »

M. J. Guérin vit dans cette phrase la reproduction d'attaques, trop connues pour avoir besoin d'être rappelées, et qui s'adressent non au caractère scientifique du médecin, mais à sa moralité. Il ne releva point l'attaque devant l'Académie; mais le lendemain mercredi 24 janvier, il fit remettre, avec l'adhésion de MM. Blandin et Louis, la lettre suivante à M. Malgaigne :

« Paris, ce 24 janvier 1849.

» Monsieur,

» Dans vos explications d'hier, vous avez reproduit devant l'Académie, sous » forme d'allusion, vos anciennes attaques contre *mes annonces de guérisons » qui n'existent pas*. Par respect pour la compagnie, j'ai dû m'abstenir de re» lever cette provocation. Mais si, comme j'aime à le croire, vous n'avez pas » voulu vous abriter derrière l'inviolabilité de l'académicien, vous m'accorderez » sans doute les satisfactions que ne refusent jamais les gens de cœur et d'hon» neur. En conséquence, je viens vous prévenir que mes honorables collè» gues, MM. Blandin et Louis, veulent bien se tenir à la disposition des per» sonnes que vous désignerez de votre côté pour régler cette affaire.

» J'ai l'honneur d'être, monsieur, votre serviteur,

» JULES GUÉRIN. »

Ni MM. Blandin et Louis ni M. J. Guérin ne reçurent de réponse à cette lettre.

Le mardi 31, à la séance de l'Académie, M. J. Guérin d'abord, M. Louis ensuite, provoquèrent des explications de M. Malgaigne. Celui-ci se renferma dans une déclaration générale qui, au dire des personnes les plus impartiales, loin d'atténuer sa première attaque, ne faisait que l'aggraver.

Dans cette situation, M. J. Guérin pria MM. Blandin et Louis de vouloir bien se transporter chez M. Malgaigne pour recevoir de lui une réponse catégorique aux trois questions qui suivent :

PREMIÈRE QUESTION. — Avez-vous dit ce qui suit devant l'Académie, en répondant à l'argumentation de M. Guérin :

« On pèche encore contre l'observation et l'expérience quand on annonce des » guérisons qui n'existent pas et qui sont impossibles ? »

M. Malgaigne a répondu que cet énoncé différait en quelques points des paroles qu'il avait prononcées. Mais invité par M. Louis à déclarer si cette différence changeait le sens et le caractère de la phrase recueillie par M. J. Guérin, M. Malgaigne a répondu que non.

DEUXIÈME QUESTION. — Consentez-vous à déclarer devant l'Académie que vous retirez ces paroles? — M. Malgaigne a répondu : Non.

TROISIÈME QUESTION. — Acceptez-vous, oui ou non, de donner à M. J. Guérin la réparation d'honneur qu'il vous demande? — M. Malgaigne a également répondu : *Non*.

Sur ce, MM. Blandin et Louis se sont retirés, et ont rendu compte de leur démarche à M. J. Guérin, dans les termes où elle vient d'être rapportée.

C'est au public à décider comment doit être qualifié l'homme qui, après avoir consommé la ruine d'un de ses confrères, après avoir voulu détruire sa réputation, après l'avoir poursuivi pendant six années avec un acharnement sans exemple, ne trouve pas assez de courage pour soutenir un instant en face de son adversaire les calomnies qu'il essaye de reproduire par des allusions.

BIBLIOGRAPHIE.

NOTICE STATISTIQUE HISTORIQUE ET MÉDICALE DE L'ASILE PUBLIC DES ALIÉNÉS DE LILLE; par le docteur DE SMYTTERE (de Caen). — Brochure in-8°. — 1847.

DE LA CONSTRUCTION ET DE LA DIRECTION DES ASILES D'ALIÉNÉS; par le docteur H. GIRARD, directeur de l'asile des aliénés d'Auxerre. — Brochure in-8°. — 1848.

Le mouvement commencé au siècle dernier, dans le but d'améliorer la condition des aliénés, ne s'est pas arrêté dans celui-ci. Reprise avec vigueur par Esquirol, continuée et agrandie par MM. Ferrus, Foville, Voisin, Parchappe et autres, l'œuvre de Pinel a porté ses fruits. Si, des nombreuses réformes dont le besoin était senti en France, celle-ci n'était pas la moins urgente, elle n'a pas été non plus la moins étendue, bien qu'elle se soit fait attendre assez longtemps. La loi du 30 juin 1838, quelque imperfection qu'on veuille y reconnaître, n'en est pas moins une grande réparation envers l'humanité. En séparant plus complétement les aliénés des criminels, en assurant, dans une plus large mesure, leur bien-être physique sans compromettre les intérêts de la société, elle a fait acte de morale publique. Cependant là n'était pas, là ne pouvait pas être la solution pleine et entière de la question. Le législateur laissait encore beaucoup à faire au médecin. Le premier peut ouvrir la porte à la réforme; il peut même en réaliser les grandes conditions; le second seul peut l'achever. Et la raison en est simple : c'est que l'adoucissement du sort de l'aliéné ne peut lui venir que par le physique et par le moral, et qu'au médecin seul appartient la science de l'hygiène et des remèdes physiques, et celle, plus difficile encore, de la thérapeutique morale.

Ces simples considérations suffisent pour décider une question agitée dans la brochure de M. Girard : celle de savoir si le médecin d'un asile en doit être en même temps le directeur. L'auteur réunit à Auxerre les deux fonctions. M. de Smyttère, à Lille, n'est que médecin de l'établissement, et si, aux termes du règlement, il fait *la police médicale et personnelle des aliénés*, il est sur tout le reste soumis à l'autorité d'un directeur. Eh bien ! il est manifeste que l'unité de pouvoir a autant d'avantages que la division présente d'inconvénients. Rien de plus compliqué, rien qui demande une aptitude plus spéciale que la direction bien entendue d'un asile d'aliénés. Ce n'est pas seulement la multiplicité des moyens qui importe, c'est encore et surtout leur harmonie. Cette règle, qu'on peut relâcher à un certain degré, sans trop de dommage, dans les hôpitaux ordinaires, doit être appliquée avec rigueur dans les établissements d'aliénés. Là, il n'est pas jusqu'aux moindres choses de la vie extérieure et intérieure, jusqu'aux plus minces détails de ménage, jusqu'au travail manuel le plus insignifiant, jusqu'aux moindres sensations, au moindre exercice intellectuel, aux moindres impressions morales, qui ne doivent être réglés en vue de la position spéciale des pauvres habitants de l'asile, et réglés conséquemment par une autorité compétente en matière d'aliénation mentale. On trouvera là-dessus des considérations pleines de force dans la brochure de M. Girard.

Le même auteur insiste pour qu'un asile soit créé dans chaque département. Ce vœu déjà ancien avait été énergiquement combattu par Esquirol, qui estimait à une vingtaine seulement le nombre des asiles suffisants pour la France entière et les voulait placés auprès des cours royales. Nous aurions désiré que M. Girard rappelât les objections, dont quelques-unes très-graves, présentés par Esquirol dans son mémoire intitulé : DES ÉTABLISSEMENTS CONSACRÉS AUX ALIÉNÉS EN FRANCE ET DES MOYENS DE LES AMÉLIORER. Avec une telle autorité il est bon de compte toujours. Esquirol assure, par exemple, que le nombre des aliénés par département sera de 30, 40, 60, plus ou moins, mais toujours trop faible pour justifier les dépenses considérables que la fondation et l'entretien d'un asile entraîneraient forcément en raison des divisions et subdivisions nécessitées soit par les différences de sexe, soit par les différences de forme morbide. Or M. Girard fixe lui-même de 300 à 400 le chiffre des pensionnaires le *meilleur pour un semblable institut*. Il y a donc là une difficulté sérieuse qui n'est pas sans nous laisser quelque doute dans l'esprit.

Comme son titre l'indique, le travail de M. Girard est en partie relatif aux conditions architectoniques des asiles. Les détails techniques dans lesquels il entre à ce sujet sont trop compliqués pour qu'une simple analyse puisse en donner une idée précise. La forme générale de construction à laquelle il donne la préférence est celle d'un H dont les deux jambages à leurs extrémités équerreraient en dedans, et dont le centre serait occupé par les bâtiments de service, suivant la figure suivante [—⁻⁻—]. Ce que nous pouvons dire, nous qui avons visité récemment l'établissement d'Auxerre où les données architectoniques présentées par l'auteur au conseil général de l'Yonne sont en voie d'exécution, c'est que les bâtiments nouveaux y sont disposés suivant les règles d'une bonne hygiène, parfaitement appropriés aux différents besoins, bien groupés, harmonisés de manière à unir tous les services sans les confondre. On aura plus de confiance en nos impressions, si nous ajoutons, avec l'auteur, que les conseils de M. Ferrus avaient passé par là.

M. Girard ne veut pas, et avec raison, que, pour les aliénés agités, les cellules soient placés par rangées le long de préaux communs. Comme il le dit, rien n'est plus propre à propager l'excitation que ce contact de la fureur, cet écho sans cesse renvoyé des vociférations. Les aliénés furieux doivent être isolés, et voilà pourquoi M. Girard demande un quartier cellulaire de *forme rayonnante* avec un préau spécial, en y ajoutant quelques dispositions accessoires fort utiles, par exemple la construction d'une salle centrale divisée en deux parties affectées aux épileptiques et aux aliénés ordinaires, laquelle servirait au besoin de salle de réunion et deviendrait un point central pour la surveillance.

Nous ne signalerons plus, dans le livre de M. Girard, qu'une mesure relative à l'alimentation. Une difficulté se présente à cet égard. Les aliénés doivent être, autant que possible, réunis en commun, et d'un autre côté, le même régime ne convient pas à tous. Pour remplir ces deux indications un peu opposées, M. Girard fait varier la nature, la quantité et le mode de préparation des substances alimentaires selon les quartiers ou catégories de malades, et institue en outre un régime spécial pour les malades soumis à des prescriptions diététiques particulières, qu'on réunit à la même table.

Nous nous bornons à ces points principaux de la brochure de M. Girard. On aura remarqué que nous n'avons presque rien dit de celle du docteur Smyttère. C'est qu'elle ne contient qu'un simple exposé de l'état passé et présent de l'asile des aliénés de Lille, sans commentaires ni discussions scientifiques. L'auteur annonce une seconde partie où les questions médicales doivent avoir leur tour. Nous en rendrons compte si elle nous parvient.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — NOUVELLES SANITAIRES.

RUSSIE.

L'année dernière, le choléra asiatique avait pénétré en Russie par trois points différents, franchi quelques centaines de myriamètres en trois mois, et occupait Moscou et Kieff au mois d'octobre. La maladie n'était pas partout également meurtrière : ici elle enlevait 500 personnes, là 6,000. En somme, elle ne fit de grands ravages que dans trois ou quatre gouvernements. Le chiffre général des malades et des morts, pour toutes les parties de la Russie attaquées en 1847 (dix-neuf gouvernements furent atteints sur soixante-cinq dont l'empire se compose), était de 285,400 malades et de 116,000 morts. Kieff avait 1,680 malades et 1,000 morts, et la campagne 2,670 malades et 850 décès. Les froids rigoureux de l'hiver le firent partout cesser, et à partir du 1er février 1848, on ne comptait plus de cholériques.

Dans tout l'empire, chacun de dire : « La maladie a cessé ! le choléra est mort ! nous sommes sauvés ! Mais les mois d'avril et de mai de cette année vinrent cruellement désabuser les Russes étonnés ; car le choléra reprit où il avait cessé, se répandit avec une rapidité effrayante dans les soixante-cinq gouvernements, attaqua les villes, les villages, les bourgs, les hameaux, envahit toute la Russie des bords de la mer Blanche à ceux de la mer Noire, des déserts de la Sibérie aux frontières de la Prusse et de l'Autriche, enleva hommes, femmes, enfants, et porta le chiffre des morts pour la Russie entière, pendant chaque semaine de juillet, à 80,000 hommes.

C'est effroyable à dire ! Notre malheureux gouvernement de Kieff, qui était sur la grand'route de ce monstre à cent gueules, de ce Cerbère insatiable, a perdu, dans l'espace de trois mois, de 45,000 à 50,000 habitants, et en a vu 60,000 autres prêts à suivre les premiers. Kieff avait 3,000 malades et 1,600 morts ; Besditcheff, ville de 20,000 habitants, comptait 10,000 malades et 6,000 décès ; la campagne, 86,000 malades et 38,000 morts. Les morts n'étaient plus ensevelis dans des bières ; on les jetait dans de grandes fosses creusées *ad hoc*. Les routes étaient couvertes de cadavres, les rues obstruées par les cercueils, les maisons vides ou fermées, la joie éteinte, la terreur partout. Un verre d'eau, une tasse de lait, des fruits surtout, pris intempestivement, occasionnaient dans quelques heures la mort. Chacun se demandait le matin : « Verrai-je ce soir le coucher du soleil ? » et le soir : « Verrai-je son lever ? » J'ai vu un Français, qui n'avait jamais été malade, succomber en trois heures ; les remèdes les plus violents ne purent arrêter le mal. Un Anglais, de forte complexion, ne vécut que deux heures après l'invasion de la maladie. Un pauvre Neufchâtelois, récemment arrivé, fut emporté en quelques heures par l'épidémie, etc. Ces exemples prouvent la violence et la rapidité du mal.

Le choléra recommença le 30 mai et dura jusqu'au 31 octobre, c'est-à-dire cinq mois que j'appellerai cinq années. La chaleur, lorsqu'il reparut, était déjà intense ; mais depuis le 3 juin jusqu'au 5 août, un soleil de plomb, un de ces soleils des Indes que les soldats anglais redoutent tant, accompagné d'une température de 20° (Réaumur) à l'ombre, échauffa de ses rayons brûlants la ville et les campagnes. Les herbes, que les pluies bienfaisantes ne venaient plus ranimer, commencèrent à jaunir, les feuilles à sécher, les plantes à se faner. La nature, sous ce ciel de feu, parut mourir, et une sécheresse comme on n'en avait pas vu depuis bien longtemps succéda à un hiver long et rigoureux. Un tel état atmosphérique favorisa extrêmement le développement de l'épidémie, qui prit des proportions gigantesques.

Notre quartier, qui avait le moins souffert l'automne de l'année 1847, parce qu'il était le plus éloigné du fleuve et le moins exposé à l'humidité, a, cette fois-ci, éprouvé des pertes considérables, étant toujours soumis à l'action incessante d'un soleil africain. Il a eu 1,000 morts. Je vois encore ce ciel immense, sans nuages, bleu comme les eaux du Rhône, et qu'embrasent les feux d'un soleil tropical ; ces tourbillons de poussière qui s'élèvent d'une terre changée en sables mouvants, pour retomber bientôt en pluie imperceptible, ces nombreuses coupoles toutes dorées qui, telles que des millions d'astres lumineux, semblent lancer des jets de flammes sur les objets qui les entourent ; je suis pas à pas tous ces cercueils qui, débouchant à la fois de plusieurs rues se rapprochent, se réunissent pour ne former bientôt qu'un long convoi funèbre qui emporte dans la terre les victimes de la colère divine ; j'entends encore les chants lugubres et monotones des prêtres grecs qui escortent les dépouilles mortelles à leur dernière demeure, accents qui jettent la terreur dans l'âme des passants.... La solitude de la ville, l'aspect sinistre des visages, les quelques paroles qu'on échangeait, ajoutaient encore à l'effroi dont on était saisi. On revenait précipitamment chez soi, on s'enfermait et l'on attendait en tremblant le jour du lendemain, car le lendemain ne se levait pas pour tous. Chaque jour était marqué par des heures de frayeur et des heures d'espoir. Ici l'on vous disait : « Celui-ci est mort pour avoir bu de l'eau trop froide ; celui-là pour avoir mangé des fruits ; cet autre pour avoir pris du lait. » La terreur redoublait. Là : « Le choléra diminue ; il n'y a eu hier que 120 malades et 70 décès. » L'espoir renaissait. C'est ainsi que de frayeurs en frayeurs, d'espoir en espoir, nous arrivâmes enfin au terme de notre course, au 31 octobre, jour de joie pour tous ceux qui restaient.

Voici maintenant les résultats de l'affreuse épidémie. Les chiffres que je donne, tirés des gazettes russes, embrassent seulement une période de cinq mois et ne vont que jusqu'au 15 octobre.

Gouvernement de Kieff, 100,000 malades, 45 à 50,000 décès.

Ville de Pétersbourg, 23,991 malades, 13,301 décès (le choléra y règne encore).

Ville de Moscou, 16,208 malades, 8,009 décès.

Russie entière (65 gouvernements), du 30 mai au 15 octobre, 1,676,549 malades, 692,201 décès (c'est le chiffre minimum). C'est effroyable : la moitié de la population de tout le Wurtemberg. En 1830, il a été deux fois plus faible et a embrassé quatre fois moins de pays. Il existe encore dans vingt gouvernements.

— SAINT-PÉTERSBOURG. — BULLETIN OFFICIEL DU CHOLÉRA.

Journée du 21 janvier . .	20 nouv. malades,	5 guérisons	et	7 décès.
22 —	17 —	9		10 —
23 —	19 —	6 —		9 —
24 —	16 —	7 —		12 —
25 —	11 —	6 —		4 —

Un médecin de l'hôpital de Moscou a publié une statistique des ravages faits en Russie par le choléra dans les années 1847 et 1848.

En 1847, le fléau a fait 116,600 victimes sur 285,460 personnes atteintes, et, en 1848, des 1,093,662 personnes atteintes, 669,998 ont succombé.

NORWÉGE.

BERGEN, 17 janvier. — Les cas de choléra s'élèvent jusqu'à ce jour à 806. Il y a eu 201 décès.

Dans la journée du 16, il y avait eu 21 malades.

AUTRICHE.

VIENNE, 31 janvier. — Le choléra ne fait pas de grands progrès ; mais nous serons obligés de traverser toutes ses phases. Les symptômes du fléau se montrent partout ; il sévit surtout dans les quartiers de la ville qui ont souffert de l'inondation.

Feuilleton.

LETTRE DU BRÉSIL. — CHRONIQUE MÉDICALE TRANSATLANTIQUE.

Un défi à hautes doses entre homœopathes. — Charité sans limites, science sans privilèges. — Accueil fait à l'ether et au chloroforme. — Entente cordiale entre confrères. — Circulation de l'air dans les artères. — Croisade contre la lèpre. — Une naïade et un jésuite dans le désert.

Mon très-honoré confrère,

Nous sommes relégué dans un coin obscur d'une province brésilienne, dans une petite ville qui ne figure même pas sur un grand nombre de cartes, et où nous ne recevons que très-irrégulièrement, à peu près de mois en mois et par l'intermédiaire de Rio-de-Janeiro, des nouvelles d'Europe qui ont déjà deux mois avant d'arriver à la capitale, qui y viennent tronquées, mutilées, défigurées, réduites ou exagérées par le canal de la presse anglaise, et qui, sortant du moule britannique, sont passées au moule de la presse brésilienne, qui leur fait subir une autre série de mutilations et de réductions avant de nous les servir, à nous, gens de l'intérieur des provinces. Quant à la GAZETTE MÉDICALE, je ne la reçois que d'année en année pour l'avoir en entier, et à ce moment même (fin de juillet 1848), je n'ai pas encore la collection de 1847. Jugez si, dans de telles conditions, on doit être accessible à l'ennui !... Aussi, pour calmer un peu la démangeaison d'apprendre des nouvelles de chez vous, je vais m'occuper à vous en dire de chez nous, quelque peu intéressantes qu'elles soient.

Dans ma dernière lettre, je vous parlais des homœopathes du Brésil : c'est faire beaucoup d'honneur à ces messieurs que de parler d'eux dans un journal comme le vôtre ; mais ils sont trop divertissants pour les laisser complétement dans l'oubli. Entre un nombre infini d'anecdotes homœopathiques dont foisonnent le JORNAL DO COMMERCIO et autres feuilles de Rio-de-Janeiro, je choisis les suivantes pour vous en régaler.

Vous saurez d'abord que décidément nous avons l'homœopathie pure et impure en deux camps bien séparés. L'homœopathie pure ne vit que de dynamisations et d'atténuations, de dilutions et de globules, et traite les diplômes de prétextes ; un atome de pulsatile ou de venin de serpent à sonnette peut suffire à sa consommation pendant des mois entiers, et elle se passe volontiers de prétextes. L'homœopathie impure a des appétits moins fins et des besoins plus grossiers ; aux exquises friandises dont s'alimente sa sœur, la vestale, elle ajoute quelques plats de la cuisine dite païenne, tels que clystères, vésicatoires, sinapismes, saignées, sangsues et sirop de gomme, et de plus elle admet les prétextes. Un pur a eu le courage de faire imprimer dans le JORNAL DO COMMERCIO, feuille d'un format immense à cinq colonnes, une lettre par laquelle il dénonçait un impur pour avoir ordonné un lavement simple à un de ses malades, crime horrible, et qu'il a voulu signaler à l'indignation de tous les fidèles présents et futurs. En résumé, la vestale, c'est l'Institut homœopathique, gardien sévère des traditions hahnemaniennes, et la Messaline, c'est l'Académie médico-homœopathique. Il

ANGLETERRE.

Les cas de choléra rapportés s'élèvent aux chiffres suivants :

	Nombre des cas.	Décès.	Sauvés.	En traitement ou résultat non connu.
A Londres et dans ses envir. .	943	500	132	311
Dans les provinces	831	364	122	345
En Écosse.	9,373	4,075	2,799	2,499
	11,147	4,939	3,053	3,155

Nouveaux cas au 7 février : 134 cas, 59 décès, 58 guérisons.

A Londres et dans le voisinage, il n'y a, sur ces derniers chiffres, que 3 cas, dont 2 décès.

L'Écosse est toujours le pays qui fournit le plus de cas : Glascow figure pour 45 cas, 17 décès, 13 guérisons; Galston, 23 cas, 5 décès, 13 guérisons.

HOLLANDE.

UTRECHT, 3 février. — Ces jours derniers, il a encore été déclaré 14 nouveaux cas de choléra. Il y a eu 9 décès et 4 guérisons.

Le chiffre des malades, depuis l'apparition de l'épidémie, est de 475; sur ce nombre, il y a eu 209 décès et 252 guérisons.

FRANCE.

Un assez grand nombre de cas de choléra asiatique se sont déclarés dernièrement dans la commune de Feuchy; sur 28 personnes attaquées du fléau, 13 ont succombé.

L'état sanitaire de la commune est beaucoup plus rassurant au moment où nous écrivons ces lignes.

— M. Dumbron, maire de Guines (Pas-de-Calais), vient de succomber à une violente attaque de choléra asiatique. Cette mort inattendue a produit une très-grande et très-douloureuse sensation.

— On écrit de Sangatte (Pas-de-Calais), le 4 février :

» Le choléra a visité notre commune dans son passage et sa course vagabonde, quelque exposée qu'elle soit au grand air et à l'action des vents. Nous comptons plusieurs malades et quelques décès, et il est à remarquer que, comme partout ailleurs, le fléau n'atteint que la classe pauvre, celle qui est la plus mal nourrie et logée. Cette terrible maladie, qui semble s'être acclimatée en Europe, ne fera, nous l'espérons du moins, que passer parmi nous.

— La fièvre jaune fait de grands ravages aux Barbades. Il ne se passe pas de jours sans que quelque soldat de la garnison soit atteint. Le fléau n'épargne ni les femmes ni les enfants. Tous les officiers de la garnison ont été atteints, et l'on ne se souvient pas d'une épidémie plus cruelle que celle qui ravage ce pays depuis un an.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CLÔTURE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME.

Desinit in piscem....

A l'ouverture de la dernière séance, M. le président a annoncé que les travaux arriérés de la compagnie ne permettraient pas de prolonger la discussion du chloroforme au delà de cette séance, à moins de la renvoyer à des séances extraordinaires du samedi. Cette déclaration équivalait à un arrêt de mort; car que pouvait-on faire de sérieux en une heure, en présence des questions nombreuses et difficiles soulevées par la discussion, et que pouvait-on attendre de l'expédient des séances supplémentaires, où personne ne se rend? Il y avait donc à choisir entre une cessation brusque du débat, et une agonie prolongée dans le silence et l'obscurité.

Le point immédiatement en discussion était la conclusion relative à la malade de Boulogne. MM. Rochoux et Blandin ont successivement pris la parole dans un sens opposé au rapport. M. Rochoux, par des considérations générales, parfaitement fondées, M. Blandin, par une discussion lumineuse, approfondie, détaillée, de chacun des arguments du rapporteur, ont démontré de la manière la plus péremptoire que l'Académie ne pouvait, sans se compromettre, nier que la malade de M. Gorré fût morte des suites de l'intoxication chloroformique. Les trois arguments favoris de M. le rapporteur, l'absence des prodromes, la rapidité de la mort et la présence de l'*air* dans les vaisseaux ont été réduits à néant. D'autre part, des rapprochements on ne peut plus fondés entre le cas de M. Gorré et ceux de Hannah Greener, mistriss Simmons et Walter Badjer, paraissaient devoir porter la conviction dans tous les esprits. Ajoutons qu'une conclusion aussi sage que modérée, formulée par M. Blandin, semblait devoir concilier toutes les dissidences. C'est dans cet espoir que le troisième orateur inscrit avait renoncé à la parole; car, à ses yeux, la meilleure cause n'a rien à gagner à être plaidée plusieurs fois, même avec un égal mérite. Or tout avait été dit et écrit sur le point en litige; et il faut le reconnaître il eût été difficile de reproduire avec plus de clarté, plus de précision et de méthode que M. Blandin ne l'a fait, tout ce qui avait été opposé à la première conclusion du rapport. Cependant quelle n'a pas été la surprise de beaucoup de personnes, de voir la majorité sanctionner de son vote cette première conclusion. Elle différait, il est vrai, de la conclusion primitive; mais elle péchait toujours, nous sommes forcé de le répéter, contre l'évidence la mieux établie. Il suffit, pour ne laisser aucun doute à cet égard, de rappeler sommairement les principales circonstances du fait en discussion.

Une jeune fille meurt brusquement après avoir respiré du chloroforme; elle meurt après avoir dit : *J'étouffe!* et après avoir fait un mouvement pour écarter le mouchoir imprégné de chloroforme. A l'autopsie, faite vingt-sept heures après la mort, pendant une saison chaude, on trouve l'estomac, les intestins et les vaisseaux distendus par des gaz. Les poumons sont gorgés de sang noir, et recouverts par places de plaques emphysémateuses. Le sang est noir, liquide, diffluent. Tous les médecins présents à l'accident, et ceux qui ont été chargés de l'expertise, s'accordent pour reconnaître que la malade est morte de l'action du chloroforme. On demande l'avis de l'Académie, et on parvient à lui faire répondre qu'il n'y a aucun indice que la mort ait été causée par cet agent toxique. Cette réponse est basée sur ce que :

1° La dose du poison n'a pas été extraordinaire;

2° Les prodromes de l'action du chloroforme ont manqué;

3° La mort a été très-rapide;

4° Les altérations cadavériques caractéristiques de l'intoxication chloroformique n'ont pas été rencontrées;

5° Il y avait une grande quantité de gaz dans le système circulatoire.

On a répondu que l'observation, l'expérience et l'induction étaient complétement en désaccord avec ces assertions. Ainsi on a répondu :

Premièrement, qu'on peut tuer des animaux avec une dose moindre de 8 grammes; que l'observation sur l'homme a constaté plusieurs cas de mort avec une dose de chloroforme moindre que celle employée chez la malade de M. Gorré: témoins Hannah Greener, Walter Badjer, Mistriss Simmons.

---

n'est bruit, dans la quatrième page des journaux, que des coups que se portent ces deux adversaires par l'intermédiaire de champions d'élite. L'un de ces champions, voulant en finir avec son ennemi, lui proposa un combat seul à seul, un duel à mort, qui devait laisser un des deux combattants étendu roide sur le terrain. Nous nous estimons, dit-il avec modestie, le plus humble des praticiens brésiliens (c'était l'impur qui parlait); mais en nous appréciant ainsi, nous nous trouvons encore de cent coudées au-dessus de M. M. (c'était au pur qu'il s'adressait). Que M. M., s'il veut continuer de se mesurer avec nous, fasse preuve de capacité en répondant, séance close et en présence de témoins, aux questions que nous allons lui adresser, et de notre côté, nous nous faisons fort de répondre victorieusement à celles qu'il nous proposera en échange. Or qu'étaient-ce que ces questions, mon cher confrère? Les épreuves de concours pour une chaire de Faculté, chez vous, ne sont que des bagatelles auprès, si on en fait la comparaison. La première comprenait le quart de l'anatomie descriptive, l'angéiologie tout entière et dans ses moindres détails, artères, veines, capillaires, lymphatiques, et je ne sais quoi plus encore; la deuxième comprenait toute la flore brésilienne, plus la pharmacologie homœopathique. L'auteur de ces questions n'avait pas la conscience de ce qu'il demandait. Le pauvre homme! il faut ne connaître l'anatomie et la botanique que de nom pour proposer de pareilles questions à résoudre oralement dans une séance de quelques heures. Vous croyez peut-être que le pur se récria contre de pareilles énormités.... Bien loin de là : il répondit que ce qu'on lui demandait était en conscience trop simple et trop facile, qu'il ne compromettait pas sa science en acceptant des questions dignes tout au plus d'un écolier, et qui lui donneraient des succès à si peu de frais; que si M. l'impur tenait à être édifié sur le savoir des purs à l'endroit desdites questions, il n'avait qu'à venir à l'institut homœopathique interroger le dernier des élèves de première année, lequel lui répondrait surabondamment. Quant à lui, homœopathe pur, il ne ferait pas à son confrère impur l'injure de lui adresser des questions si pitoyablement élémentaires, et il lui procurerait l'occasion d'une brillante épreuve en lui proposant des problèmes dignes de sa position scientifique. Ici je me garderai bien d'altérer en rien les termes de ces curieuses questions, et je les transcris textuellement.

« 1° Comment, en anatomie transcendante, l'étude de l'histologie et de l'organogénie zootomique et phytotomique pourra-t-elle indiquer les nouvelles et » véritables bases d'une physiologie d'accord avec les doctrines de Hahnemann, » et les principes d'une cosmogénie rationnelle procédant de théories conformes » à la philosophie spiritualiste contemporaine?

» 2° Comment pourra-t-on prendre en considération l'état de l'anatomie pathologique dans les diagnostics homœopathiques sans fausser les préceptes établis par Hahnemann? »

A ces questions étourdissantes, l'impur répondit comme avait fait le pur, c'est-à-dire qu'il ne répondit pas du tout, et qu'il continua de parler d'autre chose. Les témoins qui devaient juger ces messieurs auraient dû les condamner à se répondre à eux-mêmes; je crois qu'ils auraient été bien embarrassés.

La mission homœopathique à Bahia est terminée; le missionnaire, le sous-apôtre Martin, est de retour au moulin, c'est-à-dire à l'institut de Rio-de-Janeiro, d'où il inonde de sa polémique le JORNAL DO COMMERCIO, mettant pour épigraphe en tête de ses articles : « Charité sans limites, science sans priviléges. » Or cette

Secondement, que chez l'homme et les animaux les symptômes de l'intoxication sont très-variables; que dans les cas d'intoxication rapide les prodromes manquent en raison même de l'énergie de l'empoisonnement; que dans tous les cas de mort cités dans le rapport, il n'y a eu de véritables prodromes chez aucun des sujets.

Troisièmement, que la rapidité de la mort est une preuve directe de l'intoxication; que les expériences sur les animaux comme l'observation chez l'homme prouvent qu'il en est généralement ainsi; témoins les trois principaux cas d'intoxication chloroformique cités dans le rapport.

Quatrièmement, que la nécropsie a au contraire révélé la plus grande analogie entre le cas de M. Gorré et ceux observés précédemment; que de part et d'autre le poumon était emphysémateux, gorgé de sang noir fluide.

Cinquièmement, que le gaz répandu dans le système circulatoire pouvait bien être le résultat de l'action du chloroforme sur le poumon et sur le sang; que d'ailleurs chez plusieurs sujets dont les cas ont été cités dans le rapport, on avait constaté une certaine quantité de fluides gazeux dans les vaisseaux.

Voilà des faits positifs, pertinents. Au delà des faits, il y avait encore de nombreuses analogies, des expériences concluantes qui ne permettaient aucun doute à cet égard; il y avait enfin cette importante considération, à laquelle on n'a pas pris garde, que les personnes qui avaient le mieux vu le fait, qui avaient le plus intérêt à en dissimuler la véritable signification, n'ont pas eu un instant cette idée. Or il y a une immense différence entre la conviction qui s'établit comme malgré nous *de visu*, après l'ensemble des circonstances et éléments du fait qui nous frappe, et celle qu'on se forme d'après une analyse incomplète, et un raisonnement basé uniquement sur cette analyse. Malgré tout cela, malgré l'absence, nous le répétons à regret, de toute preuve, de toute apparence de preuve, la majorité s'est laissé entraîner par le plus déplorable système d'argumentation qui se soit jamais produit. Nous en souffrons moins pour nous que pour l'Académie, la science et la vérité. Il ne s'agissait pas, comme on l'a dit, d'apprécier un cas particulier, mais une doctrine générale appliquée à un cas particulier. Eh bien! nous le disons avec douleur, l'Académie s'est laissé mettre de gaieté de cœur en contradiction avec l'évidence. Nous ne craignons pas de le lui dire, elle aura dans l'avenir bien des occasions de s'en convaincre et de le regretter. Comment a-t-elle pu se laisser abuser à ce point? c'est ce qui ne saurait vraiment s'expliquer que par des motifs complétement en désaccord avec sa prudence habituelle, son bon sens reconnu, et la gravité de ses résolutions. Mais les esprits les plus sûrs ont aussi leurs mauvais jours: l'Académie en a donné la preuve en votant, par exemple, cette autre conclusion, que l'explication la plus plausible de la mort est la présence d'un fluide gazeux dans le sang; et elle l'a voté, par ce motif, sérieusement allégué par un membre: qu'il *faut toujours qu'une Académie donne la raison de son opinion, même quand elle n'en a pas!* L'argument était aussi original qu'imprévu; n'importe, il a réussi comme la première conclusion du rapport: l'un ne vaut pas mieux que l'autre; c'est pourquoi l'un ayant été agréé par la majorité, l'autre ne devait pas être repoussé.

Une fois le passage frayé, le reste a passé sans discussion. On peut dire, à la louange des esprits sérieux, qui avaient fait de louables et courageux efforts en faveur des bons principes, qu'en présence de cette disposition à tout prendre, ils n'ont fait aucuns frais d'éloquence et de raison en pure perte.

Mais une discussion aussi grave, aussi solennelle, qui touche de si près aux intérêts les plus élevés de la science et de l'humanité, ne reste pas confinée dans l'enceinte où elle s'agite. Elle n'a point seulement pour aréopage quelques médecins zélés qui viennent fidèlement s'asseoir sur les bancs obscurs de son amphithéâtre. Son aréopage, c'est l'Europe entière, c'est l'universalité des esprits, c'est-à-dire le bon sens des masses, et aussi la sévérité de leur jugement. Nous le craignons fort: l'Académie n'y a pas songé; pour donner une preuve de condescendance envers quelques-uns des siens, elle encourra le blâme de tous. L'avenir décidera si nos appréhensions sont fondées.

On comprend que ce qui précède s'applique autant et plus aux questions de principes que l'Académie a tranchées, qu'à la question de fait qu'elle a eu à résoudre accessoirement. Peu importerait en effet qu'elle se fût trompée sur le caractère particulier de la mort arrivée chez la malade de Boulogne, si elle avait écarté par ses conclusions générales les causes capables de reproduire de pareils accidents. Mais malheureusement les principes sont restés au niveau de l'application. La grande question des conditions de variations et des indications qui en découlent, celle des circonstances individuelles de santé ou de maladie, des conditions de méthodes, d'appareils, qui doivent éclairer l'application d'un agent à la fois merveilleux et terrible, sont restées comme non avenues. C'est à peine s'il a été possible d'introduire par deux mots, dans une des conclusions, la condition du dosage, sur lequel le rapport était resté complétement muet.

Un académicien éminent disait, au sortir de la séance: « Je ne leur en donne pas pour un an d'apprendre ce qu'il y a de conséquences funestes dans leur vote. » Puisse notre collègue s'être trompé!

MATIÈRE MÉDICALE.

PARALÈLLE DE L'ÉTHER SULFURIQUE ET DU CHLOROFORME; DE LEURS AVANTAGES ET DE LEURS DANGERS RESPECTIFS; DE LEURS INDICATIONS SPÉCIALES; par F. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

S'il est une preuve de la puissance que peut exercer sur les esprits, occupés à vérifier et à étendre un progrès, l'affirmation que le complément de ce progrès est enfin obtenu, c'est l'exemple qui nous a été offert par les chirurgiens contemporains, lorsque le chloroforme nous a été adressé triomphant d'Édimbourg. M. Simpson a mis en œuvre une logique qui réussit fréquemment aux hommes convaincus: sa manière d'argumenter a été d'affirmer. En annonçant le chloroforme, il l'a présenté comme si incontestablement supérieur à l'éther, qu'on n'a pas pris en effet la peine de contester. Sur la foi de quelques avantages évidents, chacun s'est mis à substituer le chloroforme à l'éther sulfurique; un enthousiasme en a remplacé un autre. Le nom de Jackson a pâli devant celui de Simpson, et il n'a fallu rien moins que de graves événements pour distraire les chirurgiens

---

charité sans limites, qui déborde de l'âme de ces messieurs, consiste à annoncer des consultations gratuites pour les pauvres, et à vendre des pharmacies homœopathiques dans des boîtes plus ou moins complètes, selon qu'elles contiennent vingt-quatre, soixante ou un plus grand nombre de médicaments, avec la manière de s'en servir. On prévient le public que, même avec le nombre restreint de vingt-quatre médicaments, le possesseur d'un pareil trésor pourra exercer sa charité dans de grandes proportions, répandre force bienfaits parmi ses amis et connaissances, et se procurer ainsi une ample récolte de joie et de consolations, chose qui est d'un grand prix sur cette terre de larmes et de misères; que du reste les charités, les bienfaits, les joies, les consolations et le prix de la caisse homœopathique iront *crescendo*, en raison directe du nombre de globules et de dilutions qui y seront contenus, et que, d'ailleurs, il faudrait n'avoir pas quelques centaines de francs dans sa poche pour se priver de soulager à si peu de frais les maux de l'humanité. Voilà pour la charité sans limites, qui, on peut le voir, est une charité très-bien ordonnée. Quant à la science sans priviléges, voici un exemple de la façon dont Martin l'entend: une loi oblige tous les médecins reçus par des écoles étrangères à se soumettre à une épreuve probatoire devant une des Facultés de l'empire brésilien. Or le Martin est Portugais, et son titre est celui de chirurgien, qui correspond au grade d'officier de santé chez nous. Depuis une douzaine d'années, il pratique au Brésil; il exerça d'abord la médecine profane, laquelle, entre ses mains, il le confesse ingénument, tuait tous ses malades. Lassé de faire tant de victimes, il se convertit à l'homœopathie dès qu'elle rayonna sur l'empire de Santa-Cruz. Mais, soit en faisant de la médecine, soit en faisant de l'homœopathie, il considéra toujours comme un privilége l'obligation de se soumettre à une épreuve probatoire, et, pour cette raison sans doute, il s'abstint scrupuleusement de s'y conformer. De plus, comme rien ne ressemble mieux à un Brésilien qu'un Portugais et réciproquement, il arriva qu'il fut tour à tour Brésilien ou Portugais, selon les circonstances, et qu'entre autres, il se trouva Brésilien pour attraper deux ou trois petits emplois, dont il eut la magnanimité de se démettre lorsqu'il ne put plus continuer de les exercer, mais tout cela sans accepter le privilége de l'épreuve probatoire. Ce ne fut que dans le mois de mai dernier qu'un article publié dans les journaux, sous le titre de: UN CHAT CACHÉ QUI LAISSE PARAÎTRE SA QUEUE, et peut-être aussi quelques démarches plus directes, décidèrent l'autorité compétente à chicaner ce pauvre Martin, et à le condamner à l'amende pour s'être passé jusqu'à présent du privilége académique. Il faut méconnaître bien gravement les instincts d'une nature généreuse et indépendante pour lui faire de si misérables tracasseries, et vouloir, bon gré, mal gré, lui donner un privilége qui lui répugne. Aussi Martin, qui ne pouvait laisser échapper cette occasion de publicité, répand-il largement son indignation dans les colonnes du JORNAL DO COMMERCIO. Suivant le mode homœopathique et les précédents du pontife, il fait de son procès une analyse mot à mot, et se délaye en flots d'ire et d'amertume. « Et que me fait à moi, exclame-t-il, la justice des » hommes! Suis-je justiciable des tribunaux de cette terre?

« Il n'est rien de commun entre la terre et moi. »

» De quel droit, vous, législateurs, juges et médecins, pouvez-vous connaître d'une science qui vous est inconnue? » Ensuite il se met à nous raconter la passion de Notre-Seigneur Jésus-Christ selon saint Mathieu, cite Barrabas, Caïphe

de l'entraînement exclusif avec lequel le chloroforme était accepté. De simples prévisions rationnelles ou les inductions tirées de la physiologie expérimentale ne pouvaient prévaloir contre une opinion générale créée de toutes pièces. Aussi nos communications adressées à l'Académie des sciences, et les réflexions présentées par M. Sédillot pour éviter la proscription de l'éther, ne furent-elles considérées que comme le produit d'une appréciation timorée. On continua à préconiser la supériorité absolue du chloroforme jusqu'au moment où l'autorité de faits malheureux est venue prouver que la comparaison entre les deux agents pouvait être raisonnablement établie et faire l'objet d'une discussion profitable.

Hâtons-nous de dire que la pensée qu'on nous a prêtée de bannir le chloroforme de la pratique n'est pas fondée. Nous reconnaissons à cet agent des qualités et des avantages que nous avons souvent utilisés; mais notre opinion est qu'il ne doit pas, dans tous les cas, être préféré à l'éther sulfurique. Les deux agents ont leurs avantages et leurs inconvénients respectifs, et la question à résoudre ne se rapporte pas à la démonstration de la supériorité de l'un d'entre eux, mais à la détermination des cas dans lesquels il faut employer l'un ou l'autre.

Déclarons, avant de pénétrer plus intimement dans le sujet, que ce parallèle sera borné à l'éther sulfurique et au chloroforme, parce que ces deux agents anesthésiques sont réellement les seuls qui puissent entrer en comparaison légitime. L'éther chlorhydrique, malgré les éloges et les efforts de M. Heyfelder, n'a pu prendre rang à côté des premiers. Nous n'essayerons pas de mettre en balance avec eux le formométhyal, bien que les résultats que nous en avons obtenus dans nos expériences nous autorisent à le recommander. Quant au sulfure de carbone, à l'adelhyde, proposé par M. Poggiale, et à quelques autres substances réputées anesthésiques, on ne saurait les considérer que comme offrant une valeur très-secondaire, et, dans tous les cas, tellement inférieure à celle des agents aujourd'hui adoptés, qu'il n'y a pas lieu à comparaison. Celle-ci sera donc restreinte aux deux premiers corps que nous avons nommés, et l'on se convaincra, par la mise en regard des inconvénients et des avantages qui les caractérisent, que l'art chirurgical, loin d'abandonner l'un d'eux, ne peut que gagner à utiliser à propos et pour des cas déterminés les qualités qui leur sont propres.

Un rapide inventaire des opinions qui depuis un an se sont produites sur ce point dans la science mettra mieux le lecteur à même de juger les dissidences. Afin de remonter à l'origine même du débat, nous reproduisons le texte des conclusions à l'aide desquelles M. Simpson a inauguré l'avénement du chloroforme.

1° Il faut beaucoup moins de chloroforme que d'éther pour déterminer l'insensibilité : 100 à 120 gouttes suffisent pour l'ordinaire, et chez quelques malades beaucoup moins. 2° Son action est beaucoup plus rapide et plus complète, et généralement plus satisfaisante : 10 à 20 inspirations suffisent, et quelquefois moins. Il y a ainsi économie de temps pour le chirurgien, et cette période d'excitation, qui appartient à tous les agents narcotiques, étant réduite de durée ou véritablement abolie, le malade n'a pas autant de tendance à l'exhilaration et à la loquacité. 3° La plupart de ceux qui connaissent par une expérience antécédente les sensations produites par l'inhalation de l'éther, et qui ont ensuite respiré le chloroforme, ont fermement déclaré que l'inhalation et les effets du chloroforme sont beaucoup plus agréables que ceux de l'éther. 4° En considérant la petite quantité requise comparativement à celle de l'éther, l'usage du chloroforme sera moins dispendieux. 5° Son odeur n'est point désagréable, tout au contraire; elle ne reste pas attachée aux vêtements de l'opérateur, et ne s'exhale point d'une manière fâcheuse des poumons du patient, comme cela arrive généralement avec l'éther. 6° A raison de la moindre quantité requise, il est plus facile à porter avec soi que l'éther. 7° Il n'est besoin d'aucun appareil spécial pour son administration : un peu de liquide versé dans l'intérieur d'une éponge figurée en creux ou sur un mouchoir de poche, et appliqué par-dessus la bouche et les narines, de manière à être largement respiré, suffit généralement en une ou deux minutes pour produire l'effet désiré.

M. Simpson ajoute à ces divers motifs d'adoption du chloroforme l'énoncé d'un nombre suffisant d'exemples tirés de sa pratique chirurgicale et obstétricale, dans lesquels cet agent a été employé avec un plein succès; il énumère les précautions qui peuvent assurer la réussite, précautions qui conviennent aussi lorsqu'on administre l'éther, et conclut qu'en remplissant ces diverses indications, l'emploi du chloroforme offre des avantages considérables et décidés, sous le double rapport de sa rapidité, de sa facilité et de son efficacité.

Telles sont, en effet, les éminentes qualités qui distinguent cet agent. Son action est prompte; son administration, agréable pour le malade, est simple pour l'opérateur, puisqu'elle peut le dispenser de tout appareil; sa puissance anesthésique est très-grande. Les autres avantages que lui attribue M. Simpson d'agir à moindre dose, d'être moins cher et d'être plus facile à porter avec soi que l'éther, sont trop minimes pour entrer en ligne de compte.

MM. Roux et Velpeau s'empressèrent de confirmer, par leur témoignage devant l'Académie des sciences, les éloges accordés au chloroforme au détriment de l'éther. D'après M. Roux, comme d'après le chirurgien d'Édimbourg, si l'on fait inhaler le chloroforme, il y a économie de temps et de matière. Avec cet agent, point de dégoût ni ces symptômes d'irritation des bronches qui accompagnent presque toujours les inhalations d'éther. Point de rêves ni d'hallucinations extraordinaires, bonheur parfait au réveil. M. Roux ajoute que si le chloroforme n'affranchit pas nécessairement de l'excitation et des mouvements tumultueux que détermine quelquefois l'éther, il présente en somme assez d'avantages réels sur ce dernier pour qu'on puisse raisonnablement penser qu'il en prendra la place dans la pratique des opérations, et pour tous les cas où il y a à prévenir ou à faire cesser de vives souffrances.

De son côté, M. Velpeau reconnaît que l'action du chloroforme est plus prompte, plus complète, plus durable et plus douce que celle de l'éther, ce qui justifie sa substitution à ce dernier. Dans la part qu'il a prise à différentes discussions académiques, M. Velpeau a complété les motifs de sa préférence pour le chloroforme, en lui attribuant, comme M. Simpson, l'avantage de supprimer l'agitation qui précède le sommeil, et il n'a épargné aucune assertion pour établir son innocuité.

Ces témoignages, et les résultats de l'expérience personnelle acquise par un grand nombre de chirurgiens, ont promptement généralisé l'adoption du chloroforme, et l'éther a semblé entièrement dépossédé de la faveur qu'il avait obtenue.

Toutefois, malgré l'ovation faite au chloroforme, quelques chirurgiens de province (car c'est de là qu'est partie la réaction) ont soulevé des doutes. A la clinique de Strasbourg et à celle de Montpellier, on a exprimé de l'hésitation, recommandé plus expressément la prudence dans l'emploi du chloroforme; on a pensé enfin et bientôt publiquement professé que l'éther sulfurique ne méritait pas la proscription et l'oubli auxquels il semblait

---

et Ponce-Pilate, et s'aventure même à copier du latin; puis revenant au titre de l'article qui l'avait découvert, il se demande à plusieurs reprises pourquoi figure toujours un chat dans les procès aux homœopathes (allusion à ce qu'un chat avait été pris pour sujet d'expériences dans une affaire où il y avait eu accusation d'empoisonnement), et il s'écrie d'un ton pénétré: « Je ne sais, mais ce sont là » des mystères, des fatalités! » Quant à nous, nous ne voyons en cela rien de bien mystérieux ni de grandement fatal; mais pour ce qui est du chat, nous sommes d'accord avec Martin. Pourquoi aller chercher la queue du chat, quand il s'agit des oreilles de l'âne? A chacun le sien, et Martin sera toujours dans son droit en revendiquant son nom et ses oreilles quand on voudra lui imposer le nom et la queue de Raton.

Avant de laisser là les homœopathes, je dois vous dire que le même Martin ne pouvant pas toujours tirer de son propre fond les articles qu'il confie à la presse, a trouvé à propos, pour se délasser, de publier une statistique des homœopathes d'Europe, chose assurément très-intéressante pour les habitants d'un autre continent. Cette statistique est l'œuvre d'un certain Croserio dont j'étais le proche voisin quand j'habitais Paris, et que j'ai l'honneur de ne pas connaître plus pour cela. En parcourant le chapitre des homœopathes de Paris, je me suis demandé si je ne rêvais point quand j'en suis venu à lire les noms de Marchal (de Calvi), Lembert, Devergie, agrégés de la Faculté, de Tessier de l'Hôtel-Dieu, Magnan, etc., etc.; c'étaient autant de tuiles qui me tombaient sur la tête; je tremblais à chaque instant de me heurter avec le nom de l'honorable rédacteur en chef de la Gazette Médicale; cependant, grâce au ciel, je ne l'ai pas rencontré, malgré une minutieuse recherche; mais qui peut prévoir les tuiles que nous réserve une seconde édition (car ce précieux travail ne peut manquer d'en avoir plusieurs)!

L'éther d'abord et plus tard le chloroforme sont venus aussi au Brésil. Les médecins et les élèves brésiliens résidant à Paris se sont hâtés d'envoyer des mémoires aux sociétés médicales de leur pays, et des communications particulières ou publiques à leurs amis. Ces effets merveilleux, la vulgarisation immense qui y est liée conviennent à leurs habitudes scientifiques superficielles. A Rio-de-Janeiro, on s'est empressé d'expérimenter l'éther, qu'on avait sous la main; mais quand est venu le tour du chloroforme, il a fallu en préparer ou en attendre d'Europe; ceux qui ont attendu ont été les mieux avisés. Du reste, pour l'un comme pour l'autre de ces agents, il y a eu deux partis, celui de la résistance et celui du mouvement. Un professeur de la Faculté de Rio-de-Janeiro s'est fait le chef de la résistance; selon lui, il ne fallait pas accepter la science venant toute faite de l'étranger; il fallait la contrôler en expérimentant et jugeant par soi-même. Rien de plus louab e que d'agir ainsi par esprit d'indépendance scientifique, mais aussi rien de plus ridicule que de cacher sous ce prétexte une antipathie jalouse et impuissante contre les découvertes venant de plus savants ou de plus heureux que soi. Qu'il suffise de dire que les essais tentés par ce chirurgien ont été négatifs, non-seulement pour l'éther, mais même pour le chloroforme, tandis qu'autour de lui d'autres expérimentateurs obtenaient les mêmes effets que ceux publiés et connus en Europe; que, non-content d'avoir fait avorter entre ses mains les résultats de ces deux puissants agents, il a cherché ensuite à les discréditer par des considérations tirées de l'hygiène des opérés et qui ne s'appuyaient sur aucune raison soutenable. Entre ces pauvres ar-

condamné depuis l'avénement du chloroforme. Des Facultés de province, la question s'est transportée à l'Académie de médecine, où le savant rapport de M. Malgaigne, malgré ses tendances apologétiques pour le nouvel agent, a fait ouvrir les yeux sur ses dangers, et a soulevé une discussion aussi intéressante dans sa forme qu'instructive dans ses conséquences. Les inductions lumineuses de M. J. Guérin sur la substance du rapport, la critique qu'il a adressée aux conclusions, doivent donner fortement à penser, et prouvent tout au moins que la supériorité absolue du chloroforme n'est pas si nettement établie, qu'un parallèle entre cet agent et l'éther devienne stérile. Nous croyons, au contraire, que ce rapprochement peut faire apprécier à leur juste valeur leurs avantages et leurs inconvénients respectifs, et constituer une source d'où se déduisent les indications de leur emploi spécial.

Nous ferons porter ce parallèle sur les qualités physiques des agents, sur leur mode d'administration, sur le temps nécessaire à l'anesthésie, sur la nature des effets produits, sur leur durée et sur le danger qui peut être attaché à leur emploi.

QUALITÉS PHYSIQUES. — Le chloroforme a une odeur aromatique plus agréable que celle de l'éther. Sa saveur sucrée est mieux supportée; sa pureté est plus facile à vérifier; sa moindre volatilité assure mieux sa conservation. Il faut beaucoup moins de chloroforme que d'éther pour produire les effets anesthésiques. Sous ces divers rapports, la supériorité appartient donc au premier agent. Nous ferons remarquer toutefois que le goût douceâtre du chloroforme n'est pas également bien supporté par tous les sujets. Il en est à qui il inspire des nausées et une répugnance insurmontable, si bien reconnue de ses partisans mêmes, que l'un d'entre eux regarde cette répugnance individuelle comme la seule contre-indication à l'emploi du chloroforme. Il est des malades qui, s'étant trouvés dans le cas d'inhaler de l'éther, et plus tard du chloroforme, ont déclaré que s'ils étaient obligés de se soumettre encore aux inhalations anesthésiques, ils préféreraient l'éther. Mais ces faits sont exceptionnels.

MODE D'ADMINISTRATION. — L'avantage reste tout entier au chloroforme sous ce rapport. La simplicité du moyen à l'aide duquel on assure le succès de l'anesthésie équivaut à la suppression de tout appareil. M. Mayor avait bien proposé de simplifier au même degré l'inhalation de l'éther en le présentant au malade répandu sur une éponge ou un linge; mais il est certain que ce mode d'inhalation est aussi défectueux appliqué à l'éther qu'il est avantageux quand on s'en sert pour le chloroforme, et qu'un appareil est indispensable dans le premier cas, si l'on veut procéder avec sécurité.

RAPIDITÉ D'ACTION. — Le chloroforme agit beaucoup plus promptement que l'éther et à dose bien inférieure. Deux minutes suffisent pour rendre un malade insensible avec le premier corps, il en faut huit avec le second. L'attente de l'anesthésie dure donc quatre fois moins avec le chloroforme qu'avec l'éther d'où il résulte une économie de temps qui profite au malade et au chirurgien. Tous les partisans du chloroforme ont insisté sur cet avantage, que nous n'avons certainement pas envie de méconnaître. Quand un chirurgien d'hôpital doit pratiquer plusieurs opérations dans une matinée, il n'est pas indifférent de ménager les heures consacrées au soulagement d'un grand nombre de malades. Mais la supériorité attribuée au chloroforme pour la promptitude de l'action anesthésique n'est pas exempte de compensation; elle est atténuée par la nature même des propriétés auxquelles le chloroforme doit la rapide énergie de son action. Il est évident qu'on est beaucoup plus exposé à dépasser le but avec un agent qui devance pour ainsi dire les désirs du chirurgien, et qui se montre plus actif qu'on ne le voudrait parfois. Les effets presque soudains du chloroforme sont le défaut d'une qualité. L'éther exige plus de temps, mais par cela même il inspire une plus grande sécurité parce que la lenteur des effets permet non-seulement de les mieux observer, mais encore d'en modérer et d'en régler le développement. Ainsi ce privilége du chloroforme s'atténue par sa propre cause, et l'on peut reprocher à cet agent d'être trop énergique comme à l'éther d'être trop faible. Un des progrès de la méthode anesthésique consisterait assurément à trouver un agent d'une puissance intermédiaire. Quant aux avantages de l'économie de temps pour le chirurgien, nous n'hésitons pas à dire qu'on les a trop fait valoir. L'éther exige huit minutes; mais ce délai est en réalité si court en présence de l'immensité du bienfait qu'il a fallu l'avénement du chloroforme pour faire naître l'idée que l'on perdait du temps. Sous le rapport de la rapidité d'action la supériorité de ce dernier est purement relative; aussi la durée nécessaire à la production de l'insensibilité au moyen de l'éther ne saurait-elle donner lieu à une objection fondamentale. Si on remarque que la plupart des opérations de chirurgie exigent un certain temps pour des arrangements préalables, pour les préparations locales, pour l'application de l'hémostasie préventive, et que ces préliminaires ont lieu pendant qu'on administre l'éther, on reconnaîtra que la perte de temps due à la lenteur de ses effets n'est pas, en somme, bien considérable, et qu'on a fait trop valoir la promptitude d'action du chloroforme. La bonne règle en chirurgie consiste moins à économiser le temps qu'à économiser le danger.

NATURE DES EFFETS PRODUITS. — L'impression immédiate et locale du chloroforme est bien mieux tolérée que celle que détermine l'éther. Avec le premier, point de toux, point de malaise, pas de sensation piquante ressentie jusque dans la poitrine. Les phénomènes dus au contact des vapeurs avec la muqueuse sont d'une nature plus douce, ce qui constitue l'un des titres les plus importants du chloroforme à la préférence qu'on lui accorde.

Le premier temps de l'éthérisme animal (1), c'est-à-dire l'excitation qui précède l'insensibilité, est fréquemment supprimé lorsqu'on se sert du chloroforme; mais nous devons faire remarquer que sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, on s'est plu à exagérer les avantages de cet agent anesthésique. MM. Simpson et Velpeau ont affirmé qu'il supprimait constamment l'excitation initiale, laquelle serait, d'après ces chirurgiens, le partage exclusif de l'éther. C'est une opinion qu'on peut facilement juger à la clinique. S'il est vrai que pendant l'inhalation chloroformique la durée de l'excitation soit plus courte ou moins intense et quelquefois imperceptible, il n'est pas moins avéré que, dans certains cas, l'excitation est très-prononcée alors même que le médicament a été administré avec toutes les précautions convenables. Il est également juste de reconnaître que l'inconvénient d'exciter avant de stupéfier n'est pas essentiellement dévolu aux vapeurs d'éther. Nous avons vu, et tous les chirurgiens ont pu faire la même remarque, que certains individus sont anesthésiés par l'éther sans éprouver de stimulation préalable; en sorte que l'espèce d'antagonisme qu'on a voulu

(1) Dans une nouvelle division des phénomènes anesthésique qu'il nous a paru utile d'adopter, nous comprenons sous le nom d'*éthérisme animal* l'ensemble des modifications qui portent sur la vie de relation, et sous le nom d'*éthérisme organique* les modifications que subissent les fonctions de la vie de nutrition.

---

guments; j'en cite un qui fera juger des autres : il ne fallait pas employer l'éthérisation pour les extractions de dents, ou si on l'employait, il fallait se servir d'un autre instrument que la clef, de crainte que le patient, dans l'état de collapsus où il se trouvait, n'avalât sa dent tombée dans la cavité buccale.

Un médecin brésilien, qui a étudié en France, le docteur Peixoto, s'est constitué le champion du chloroforme; il en a fait avec bonheur l'application à des cas de chirurgie opératoire et à des expériences physiologiques sur des animaux. Il a su donner à ses travaux la plus grande publicité, tant par les témoins qui y ont assisté que par des articles publiés dans la presse non médicale. Le chloroforme dont il s'est servi lui avait été remis par M. Gros, envoyé de France au Rio-de-la-Plata; celui préparé à Rio-de-Janeiro, avant qu'il en arrivât d'Europe, avait été impuissant. Les travaux du docteur Peixoto n'avaient pas le mérite de la nouveauté, puisqu'ils n'étaient que la répétition de ce qui était déjà fait et connu; cependant ils avaient du moins le mérite de suivre le progrès au milieu de gens qui le niaient et ne voulaient pas l'accepter. Quoi qu'il en soit, ce fut l'occasion d'une manifestation d'entente cordiale entre médecins; la résistance dit des injures au mouvement, le mouvement répondit sur le même ton, et enfin un troisième parti, qui acceptait volontiers la chose, mais qui en jalousait le propagateur, criait au public : Prenez garde! ne laissez entrer chez vous le chloroforme qu'entre les mains d'un médecin trois fois pur, mûr et sûr, sans quoi le sanctuaire de la famille sera profané; il n'y aura plus de sécurité pour l'honneur de vos femmes et de vos filles, et vous le savez, le docteur Fulano (1) a porté récemment le scandale dans un ménage, au point que le mari a tué sa femme d'un coup de pistolet à bout portant! Maris, veillez à vos épouses; pères de famille, attention à vos filles! Gare le chloroforme! entre les mains du docteur Fulano, bien entendu; car, entre les nôtres, le chloroforme sera parfaitement moral et irréprochablement vertueux; il ne servira qu'aux usages médico-chirurgicaux, et nous prenons l'engagement de n'en jamais faire d'application extra-scientifique.

Ces insinuations perfides ne restèrent pas sans réponse, comme on le pense bien, et, de même que l'attaque, la réponse donna au public le spectacle des haines envenimées qu'engendre la confraternité.

Dès l'apparition, je ne dirai pas du chloroforme, mais bien de la nouvelle du chloroforme, les gens à charité sans limites firent encore de la charité bien ordonnée en publiant annonce sur annonce pour avertir le public qu'à leur pharmacie particulière ils vendaient cette substance préparée dans leurs incomparables alambics et supérieure à tout ce qui pouvait venir de France et d'Angleterre.

Si certaines gens, dans ce pays-ci, ne veulent pas accepter la science toute faite venant d'Europe, je doute que vos physiologistes de là-bas acceptent tout fait venant du Brésil, l'échantillon scientifique suivant. Il ne s'agit rien moins, mon cher confrère, que d'une découverte renouvelée des Grecs. Un médecin brésilien et académicien a annoncé sérieusement à l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro, qu'il avait découvert la circulation de l'air dans les artères; il n'osait pas tout à fait destituer lesdites artères de leur office de vaisseaux sanguins, mais il entendait que l'air qui s'introduisait dans le poumon par la res-

(1) *Fulano*, en portugais, veut dire *un tel*.

établir, sous ce rapport, entre les deux agents, est loin d'exprimer une vérité à l'abri de toute contestation. L'avantage de stupéfier directement n'appartient pas plus nécessairement au chloroforme que l'inconvénient de stimuler avant de stupéfier n'appartient nécessairement à l'éther. Aucune distinction radicale ne saurait donc être établie, à ce sujet, entre les deux anesthésiques; car la pratique fait constater une contingence d'effets qu'il est indispensable de tenir en compte dans un parallèle. Tout ce qu'on peut dire à cet égard, c'est que le chloroforme excite généralement moins que l'éther et conduit plus vite à l'insensibilité. Cet avantage est assez précieux et assez reconnu pour qu'il n'y ait pas lieu de l'amplifier par des assertions contraires à l'expérience.

L'insensibilité produite par le chloroforme est généralement plus profonde que celle que détermine l'éther. Du moins observe-t-on plus rarement avec le premier agent ces phénomènes bizarres d'anesthésie incomplète dans laquelle certaines sensations survivent à d'autres ou qui permet à l'intelligence de se maintenir pendant que la faculté de sentir disparaît complétement. On doit à M. Sédillot la remarque intéressante que l'état moral des malades ne se ressemble nullement dans les deux genres d'anesthésies. Avec l'éther, le réveil est habituellement gai, expansif, affectueux, l'exaltation est douce, les rêves sont presque constants et laissent ordinairement des souvenirs agréables ou même délicieux; les malades sont communicatifs, et cette sorte d'heureuse animation est plus ou moins persistante. Avec le chloroforme, les malades ont plus rarement des rêves ou n'en gardent qu'un souvenir tres-confus. Nous avons vu, comme M. Sédillot, des opérés paraître mornes, froids et abattus. Généralement, ils ont besoin de repos et de silence. Chez quelques-uns, l'affaissement est assez prolongé, et cet état se distingue très-bien de la faiblesse avec concentration du pouls, qui suit les opérations chirurgicales pratiquées sans anesthésie préventive. On voit, par ces observations que si le chloroforme assure mieux l'anesthésie, il la rend aussi moins agréable que l'éther. Les visions délicieuses, les rêves dorés et l'heureux contraste de leur substitution au sentiment de la douleur semblent être le privilége de l'éther. Avec le chloroforme, l'anesthésie perd en agrément ce qu'elle gagne en profondeur.

La plupart des effets qui se surajoutent à l'insensibilité se développent promptement avec le chloroforme. L'abolition des mouvements volontaires et réflexes se produit plus tôt et plus complétement qu'avec l'éther. Toutes choses égales d'ailleurs, le chirurgien tient mieux le malade sous sa puissance; il l'enchaîne sous un sommeil plus radical et lui épargne plus sûrement les chances fâcheuses de la douleur. Mais si l'éthérisme animal est plus fortement obtenu, l'éthérisme organique est aussi plus facilement atteint, et c'est surtout pendant la chloroformisation qu'on observe l'extrême pâleur, l'aspect terne des yeux, la petitesse du pouls, l'exiguïté des mouvements respiratoires, le refroidissement général du corps et ces signes extérieurs de cadavérisation qui plusieurs fois ont inspiré, même à des chirurgiens expérimentés, un sentiment de terreur involontaire.

(La fin au prochain numéro.)

CHOLÉRA-MORBUS.

DU CHOLÉRA ASIATIQUE ; DE SES FORMES DIVERSES ET DE SON TRAITEMENT ; par M. FIÉVÉE DE JEUMONT.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

TRAITEMENT DU CHOLÉRA. — Nous avons reconnu pour cause essentielle du choléra une puissance de nature sidérative. Nous croyons être parvenu, sinon à démontrer, au moins à établir sur de nombreuses probabilités, que cette puissance sidérative n'est autre que l'agent électro-magnétique. De cette donnée, déduite de l'analyse et de l'interprétation des faits eux-mêmes, doivent découler maintenant pour la thérapeutique des considérations nouvelles et des indications méconnues pour la plupart jusqu'ici. C'est ce qu'il nous reste à faire, en formulant une méthode curative qui sera tout en même temps le résultat de l'expérience et l'application de nos principes.

Nous rattacherons les indications aux formes que nous avons admises, en suivant l'ordre établi dans la précédente partie.

TRAITEMENT DE LA FORME TÉTANIQUE. — Dès qu'un cholérique présente cette expression particulière de la face et l'ensemble des signes que nous avons décrits comme exprimant une lésion profonde de la sensibilité organique, on peut être certain qu'une réaction spasmodique se fera peu attendre. Mais cette réaction sera-t-elle suffisante pour amener vers la périphérie, vers les muscles, vers les exhalants, une action énergique, capable de neutraliser l'action de l'agent sidératif? Ici le temps presse, la mort est imminente. Il faut, sans temporiser, s'attaquer aux premières manifestations de la cause morbide, combattre les premiers symptômes, afin de prévenir les accidents consécutifs ou deutéropathiques, qui sont autant à redouter que la cause elle-même. Dans ce cas, les centres nerveux sont profondément atteints. Il s'agit de rechercher les moyens les plus favorables pour soutenir l'action nerveuse dans la lutte qui s'engage entre une cause qui tend à détruire la vie et une réaction convulsive qui tend à la protéger.

En face d'une situation aussi grave, il faut relever tous les mouvements de la vie organique; mais, par une particularité fatale, le moral du malade est tellement déprimé, son âme semble tellement indifférente, qu'il n'oppose aucune résistance aux désordres de la matière, alors qu'une volonté énergique, excitée par la crainte ou l'espérance, pourrait seconder puissamment les moyens thérapeutiques. La première indication est donc de chercher à provoquer ou à soutenir la réaction qui tend à s'opérer, sauf à la maintenir, une fois développée, dans des limites convenables, et à combattre les accidents deutéropathiques qui pourraient en être la conséquence.

Parmi les moyens pharmaceutiques propres à remplir cette indication, nous devons mettre en première ligne toutes les substances dites excitantes, les eaux distillées aromatiques, les alcoolats, l'eau thériacale, l'alcoolat de cannelle, de gingembre, de menthe poivrée; les liqueurs, telles que l'élixir de Garus, le curaçao, le rhum, les vins de Champagne à la glace, les vins de Bourgogne, de Madère, etc., de préférence aux vins cuits, qui souvent sont moins bien digérés et deviennent une source de fermentation acide dans les premières voies. L'éther et l'ammoniaque en boisson dans un véhicule, dans une mesure convenable, sont aussi appelés à multiplier le nombre des bons stimulants; mais il importe de ne pas oublier que si les exci-

---

piration passait de là dans les artères, où il cheminait paisiblement avec le sang. Que devenait-il au delà de ces vaisseaux, circulait-il aussi dans les capillaires et dans les veines, et venait-il ressortir par le poumon, toujours à l'état d'air atmosphérique? L'auteur ne s'en préoccupait point, il s'était empressé de constater le premier fait sans s'embarrasser des conséquences. Il se fondait, pour établir sa théorie, sur l'état de vacuité des artères après la mort et sur des expériences faites sur le cadavre, consistant à introduire de l'air dans le poumon au moyen d'une pompe foulante, et à recueillir quelques portions de cet air par une artère du bras ouverte et disposée à cet effet. Ainsi les anciens avaient raison, les modernes sont dans l'erreur, le mot artère ne ment plus à son étymologie. Cette découverte devra désormais rassurer les chirurgiens qui jusqu'ici tremblaient à l'idée de l'introduction de l'air dans les veines. Bien que l'auteur de la découverte en question n'ait pas suivi l'air jusque dans ces sortes de vaisseaux, il me semble que, du moment que ce fluide s'est apprivoisé avec le sang rouge dans les artères et les cavités gauches, il n'aurait plus aucun droit à se montrer si méchant et si terrible en compagnie du sang noir, dans les veines et dans les cavités droites.

C'est avec une grande satisfaction que je vous annonce, mon très-honoré confrère, qu'il y a dans ce moment une véritable croisade contre la lèpre tuberculeuse. Traquée de toutes parts, attaquée au nord, au sud et au centre de l'empire brésilien, elle ne peut manquer de succomber dans la lutte. De cette lutte s'est retiré, je crois, l'infortuné guano, qui, du rang pharmaceutique où il était monté, est redescendu à sa première condition, celle d'engrais, qu'il n'aurait jamais dû quitter. Après avoir, dans une pharmacie, habité côte à côte avec le musc et l'ambre, un bocal étiqueté en lettres dorées, il aura été dur pour lui d'être relégué avec la poudrette. Mais on sait que s'élever très-haut pour tomber bien bas est la destinée commune des ambitieux, et, il faut l'avouer en bonne conscience, de la part de monsieur le guano, qui n'était en réalité qu'un infime crottin, la prétention de s'élever au rang de spécifique de la lèpre était aussi par trop forte.

Pour le moment, il ne s'agit plus de faire avaler aux lépreux de la fiente de goëland et d'albatros; on prétend les guérir au Para avec des préparations d'assacou, végétal nommé *hura brasiliensis* par Martins, et qui est probablement le même que le *hura crepitans* de la famille des *euphorbiacées*, connu aux Antilles, à la Guyane et dans l'Inde. On fait prendre aux malades l'extrait préparé avec le suc et la décoction préparée avec l'écorce et additionnée d'une petite quantité de suc. Ce sont des agents toxiques; à doses mêmes modérées, ces préparations déterminent des vomissements, des superpurgations, un collapsus général; on ne peut en continuer l'usage qu'en mettant des intervalles de plusieurs jours entre chaque prise et en combattant les accidents gastro-intestinaux qu'elles font naître. Des documents officiels publiés par des médecins de l'hôpital de Para, et portés à la connaissance du public des autres provinces par l'autorité supérieure, rendent compte des effets de ce traitement sur plusieurs sujets. Ajoutons toutefois, qu'au dire même des médecins de Para, ces sujets n'étaient qu'en voie de guérison et non complétement guéris, ce qui laisse encore bien des doutes sur l'efficacité définitive de l'assacou et la curabilité de la lèpre.

Tandis que ceci se passe au nord du Brésil, voici ce qui a lieu au sud. A Saint-

tants sont nécessaires, indispensables même au début, ils doivent être abandonnés sitôt que la réaction s'est manifestée; car c'est cette réaction qui est la source de tant d'affections graves secondaires, d'autant plus redoutables qu'elles ne sont plus l'expression d'une affection normale régulière, s'il est permis de s'exprimer ainsi, mais bien d'une affection complexe par sa nature, par la multiplicité des siéges qu'elle occupe, et qui sont ceux où la vie avait été anéantie ou troublée, qu'elles constituent en un mot une véritable anarchie, un véritable chaos dans lequel on ne retrouve plus la corrélation physiologique des organes et des fonctions. Aussi la thérapeutique est-elle tenue en échec par la multiplicité et la variété des symptômes, des phénomènes et des épiphénomènes dont la succession, finit par détruire le ressort des organes et user les forces vitales.

Si l'accès cholérique revêt le caractère tétanique complet, absolu, non équivoque, et dont les symptômes indiquent une action spéciale sur le système nerveux qui préside à la locomotion, laissant en dehors de sa sphère d'action les organes placés sous la dépendance du grand sympathique, la médication urgente sera l'application directe sur les parties latérales du rachis de deux rangées de ventouses sèches, que l'on pourra, si besoin est, scarifier ou vésiculer. Ces ventouses, sèches, scarifiées, sanglantes ou vésicantes, consistent tout simplement dans l'application, maintenue pendant une heure au moins, de verres ordinaires, humectés au fond par de l'esprit-de-vin ou de l'eau de Cologne.

Cette application, facile à faire sans retard, dans tous les temps, en tous lieux et sous l'empire de toutes les difficultés, a une valeur immense; elle déprime le mouvement hypérémique congestif et fluxionnant dont la moelle épinière est le siége; elle combat la concentration dynamique ou sidérale; elle rétablit entre le centre nerveux et ses racines, ses gros rameaux, ses plexus et ses ganglions, le courant vital spécifique que je nomme électrique, et qu'on nommera comme on voudra; elle décentralise cette *oppressio virium*, qui est le caractère essentiel de cette forme; elle rétablit l'irrigation vitale ou nerveuse, par une disposition révulsive générale. Nous avons observé sur un grand nombre de malades les bons effets de ces applications de ventouses.

Quelques exemples en feront mieux sentir l'importance et la valeur.

En 1832, je fus appelé chez madame la comtesse D. pour une jeune personne qu'avaient déjà visitée plusieurs médecins. Je trouvai la malade dans un état tétanique complet, roide, contractée et écumant; ses pulsations étaient vermiculaires et miures. Je prescrivis une application de ventouses; les dernières n'étaient pas encore posées, que la malade s'écria: *Voilà la vie!* En effet, le pouls, jusque-là d'une fréquence impossible à limiter, tomba à 100 pulsations.

A deux jours de là, je vis un cholérique présentant la forme spasmodique accompagnée d'un trouble du cœur et de la respiration, tel que la face se cyanosait à vue d'œil.

Une ventouse monstre ayant été appliquée sur le plexus cardiaque au moyen d'un verre d'une grande capacité appelé *omnibus*, la respiration redevint aussitôt normale, et l'on vit renaître à vue d'œil le calme et la coloration ordinaires.

Je pourrais citer vingt cas semblables où, à raison de leur gravité, cette médication fut couronnée d'un succès inespéré.

Dans d'autres circonstances, nous avons, à l'exemple de Petit de l'Hôtel-Dieu, appliqué sur toute la longueur de l'épine dorsale, un topique d'onguent mercuriel et d'huile de térébenthine d'une ligne d'épaisseur, mélangé de sous-carbonate d'ammoniaque, à l'aide d'un tissu de coton ou de soie, épais, villeux, le tout recouvert de taffetas gommé, après avoir préalablement passé un fer chaud à repasser sur la surface qui devait recevoir cette application. Nous devons reconnaître aussi les bons effets de cette médication. Faut-il les expliquer par un courant juxtaposé par l'action alcaline médiate et par la soie, faisant office d'un agent conducteur de la caloricité? Nous devons avouer ici que, pressé de combattre un mal si fatalement énergique, nous aidions la médication interne par l'ingestion ou l'injection par les voies inférieures de substances aromatiques et opiacées, et par l'ingestion incessante de la glace, ou bien d'eau de laitue éthérée frappée de glace et par des moyens tempérants et doux, lorsque, ayant affaire à des sujets de constitution robuste, nous pouvions redouter une excitation par la réaction nerveuse portée au plus haut degré d'exaltation.

Une potion contenant 30 grammes de sirop de codéine, 20 grammes de sirop d'éther, 1 hectogr. d'eau de menthe, 40 grammes d'eau de cannelle et 20 gouttes d'ammoniaque, et donnée par cuillerées à bouche d'heure en heure, devancée et suivie par l'ingestion de glace non sucrée, mais avalée, le tout secondé par des révulsifs chauds aux pieds, par des frictions générales, par des appels faits sur le rectum à l'aide des infusions aromatiques ou calmantes, à raison des symptômes dominants, pourront évidemment triompher quelquefois d'un état qui semble incurable.

Le choléra offrant toujours une apparence adynamique, résultat nécessaire de la toxicité de la cause, on pourrait se laisser imposer par cette apparence et se croire fondé à employer les excitants. En désignant cet état par le mot oppression des forces, nous avons voulu mettre en garde contre les illusions où pourraient entraîner les apparences symptomatiques et contre l'oubli de la cause virtuelle. Il faut, en médecine pratique, être incessamment préoccupé de la cause, sans pourtant négliger de tenir compte des symptômes.

Dans la forme qui nous occupe, les préparations opiacées sont souvent nécessaires et quelquefois indispensables, elles modèrent la douleur névrotique et maîtrisent l'irritabilité qui n'est plus en rapport avec l'état des organes.

Toutefois, on commettrait une erreur grave qui risquerait de compromettre le malade si, à côté d'une médication aussi spéciale du système nerveux, on n'agissait pas aussi pour réveiller la torpeur de la vie organique en relevant les propriétés réactives. Tous les praticiens s'accordent, dans ce but, à préconiser l'association d'un agent calmant à un agent stimulant.

Traitement de la forme algide. — Dans la forme algide, ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'équilibre entre la vie organique et la vie de relation semble être rompu, les principaux organes ont cessé de fonctionner, l'hématose est nulle, le poumon n'agit plus, l'asphyxie commence et la mort est imminente si l'on ne se hâte de la conjurer par des moyens énergiques. Les indications ici consistent principalement à agir sur les centres nerveux, de manière à y opérer une sorte de détente, à disséminer la vitalité qui y semble concentrée, à provoquer des irrigations vitales sur les surfaces plexulaires, à rappeler la caloricité à la périphérie, à réveiller en un mot la vitalité dans les rameaux nerveux où elle est éteinte.

Nous possédons plusieurs moyens de remplir ces indications.

Le premier consiste à pratiquer sur la surface générale du malade des frictions titillantes, dans le but de tenir en éveil les extrémités nerveuses. On cherchera à attirer vers les extrémités inférieures le sang qui afflue dans la colonne vertébrale, on appliquera sur les régions sacrées des compresses

---

Paul, un Français (qui n'est pas médecin, mais qui est assurément trois fois digne de l'être, s'il guérit l'éléphantiasis des Grecs), un Français, dit-on, traite et cure les lépreux par des moyens encore inconnus, bien qu'on sache que l'effet immédiat en est la sueur. Il fait suer la lèpre à ses malades, aussi leur recommande-t-il de ne venir à lui qu'avec beaucoup de linge. Il semble, *à priori*, qu'entre les tropiques où le soleil se charge gratuitement de faire suer si abondamment tout le monde, il devrait être de deux choses l'une, ou la transpiration serait un moyen usé ou impuissant contre les maladies propres à cette zone, ou les maladies que la transpiration prévient et guérit ne devraient pas y exister. Quoi qu'il en soit, laissons notre compatriote opérer ses merveilles, et gardons-nous de troubler par des raisonnements importuns les succès du guérisseur et la confiance des guéris.

Cependant, si on considère le nombre de médicaments et de médicamentateurs *ad hoc*, on est tenté de ne plus trouver à cette cure autant de mérite qu'on l'aurait cru d'abord. Voici un nouveau remède qui vient de faire son entrée en scène dans la province que j'habite, et ce remède c'est l'iguame, racine alimentaire que tout le monde connaît, dont le nom botanique est *dioscorea alata*, de la famille des *asparaginées*, et qui, dans les pays chauds, sert aux mêmes usages que la pomme de terre et la carotte chez nous; on va même jusqu'à en faire un succédané du café, comme on fait de la chicorée en Suisse et en Belgique. Quel est le médecin qui, en présence de cette affreuse et incurable lèpre, se serait douté qu'il en avait le spécifique qui bouillotait dans son pot-au-feu? O destin, ce sont là de tes jeux!

Pendant que ces attaques simultanées étaient dirigées contre la lèpre au nord et au sud du Brésil, un quatrième champion venait aussi lui jeter son gant entre ces deux points extrêmes, à Rio-de-Janeiro même. Celui-ci est un Italien; peu lui importent et Rome et Naples et la Lombardie; le tocsin de délivrance de la péninsule, le tambour de retraite des Autrichiens n'ont pu le distraire de son œuvre, de sa mission. Il laisse à ses compatriotes le soin de délivrer l'Italie du joug de l'étranger; pour lui, il veut affranchir le genre humain du joug de la lèpre. Que Dieu lui soit en aide! Il vient donc de s'adresser au public lépreux par le canal des annonces, et il invite les chalands à venir expérimenter son remède; il n'y met qu'une condition qui, du reste, n'est pas une condition, de chemises comme celle de son confrère de Saint-Paul. Celui de Rio-de-Janeiro n'exige qu'une chose, mais il l'exige absolument, impérieusement, irrévocablement, sans cela impossible de s'entendre avec lui. Il exige, puisqu'il faut enfin le dire, de n'être payé qu'après guérison complète; de l'argent avant ou pendant le traitement, il n'en veut pas, qu'on ne lui en apporte pas, qu'on ne lui en parle pas...., sinon on le fera sortir de son caractère, ou le fâchera, on l'exaspérera, on le poussera à quelque violence, à quelque malheur. Vous entendez, messieurs les lépreux, apportez-lui force tubercules et ulcères, force difformités du système cutané, des jambes d'éléphant, des faces de lion, tout cela lui plaira, l'enchantera, lui fera venir l'eau à la bouche; mais gardez-vous, sous peine de soulever son ire, de lui offrir le plus mince patagon d'argent, fût-il rogné, ni la plus légère once d'or, pesât-elle moins de 7 gros, comme cela se voit quelquefois.

Dans d'autres temps, je me serais estimé heureux de clore ma lettre sur une nouvelle aussi satisfaisante que celle de cette quadruple guérison de l'éléphantiasis des Grecs, mais aujourd'hui nous sommes en veine de bonnes nouvelles

très-stimulantes ayant pour principal agent les huiles essentielles alcooliques. On apposera sur tout le pourtour du crâne des moyens réfrigérants, mais avec l'attention de modérer la réfrigération à mesure que l'excitation fera des progrès. Si les symptômes cérébraux commencent à se manifester sous la forme d'une oppression accidentelle des forces, on appliquera des sinapismes derrière les oreilles, *h* ventouses scarifiées sur le trajet des vertèbres cervicales ; la saignée générale, ici, serait fatale.

Les vésicants promenés légèrement sur les extrémités ont une grande valeur ; nous préférons cependant, dans ces cas, les ustions alcooliques sur les mollets ou les applications d'eau bouillante qui, tout en dérivant, ont l'avantage d'exciter la caloricité. Les applications toniques irritantes sur les poignets ne sont pas non plus à négliger.

Si, dans certains cas, nous avons recommandé les inspirations d'éther, il faut bien s'en garder dans l'accès algide où le cerveau est déjà trop excité.

Jusqu'ici on voit avec quels ménagements nous évitons une forte perturbation, car, ainsi que nous l'avons dit, il faut mesurer les effets des remèdes sur les forces du malade. Si, dans nos moyens externes, nous avons suivi une ligne pleine de circonspection pour éviter d'opposer au mal un mal plus grand, nous avons bien plus de motifs d'en agir ainsi pour la médication interne, et de peser les efforts que nous devrons faire pour compléter le traitement général. Qu'on se rappelle que c'est sous la forme d'accès que le mal se présente ; le froid glacial, la chaleur mordicante sont deux stades également dangereux ; la sueur qu'on sollicite n'est le plus ordinairement que le résultat d'une caloricité artificielle.

Cette troisième phase de la maladie est alors très-grave, et plus grave encore est cette calorification qui, loin de favoriser le mouvement physiologique, le pervertit ou le détruit.

La première indication de la médication interne consiste à régler l'organe gastrique ; à cet effet, on porte dans ce viscère des boissons qui n'y détermineront pas un travail fatigant (l'eau fraîche ou glacée, quelquefois une infusion chaude aromatique, au besoin l'ingestion de morceaux de glace, etc.) ; obéir ici plutôt aux symptômes qu'aux nécessités qu'on pourrait appeler rationnelles. Au besoin, on doit recourir aux antispasmodiques, quelquefois aux boissons légèrement acidules et gazeuses, parfois aux absorbants magnésiens, dans certains cas aux sédatifs opiacés, et quand on semble près de triompher, vers le dernier stade, alors une médication stimulante peut avoir d'heureux résultats ; dans tous les cas, la réfrigération interne commandera la caloricité externe et *vice versâ*.

Dans quelques cas, un premier accès a amené un état de résolution tel, qu'on en est en quelque sorte réduit à désirer le retour d'un second accès pour y mettre un terme, bien que d'un autre côté tout porte à craindre que celui-ci ne soit plus grave que le premier. On a vu de quelle utilité étaient les vésicatoires pour provoquer la réaction ; c'est le cas de les utiliser ici, mais en les saupoudrant de sulfate de quinine uni à un peu de camphre et d'hydrochlorate de morphine introduit par la voie anale. On secondera ce moyen par des frictions ou onctions sur l'épine dorsale avec une pommade d'axonge très-chargée de sulfate de quinine. En attendant l'accès, procéder à quelques légères éthérisations ammoniacalisées camphrées, profiter de la tolérance de l'estomac pour le tonifier un peu avec la quinine et le vin, soit en lavement, ou en frictions dans le cas où un mouvement antipéristaltique amènerait des régurgitations. Sans perdre de temps, on poserait un vésicatoire sur l'épigastre ou entre les épaules.

Si l'aspect cyanosé était évident et annonçait une hypérémie grave, une petite saignée serait utile, et dans ce cas on insisterait sur des injections alcalines diffusibles par la voie anale, car ce qu'il y a de plus urgent dans cette circonstance est de combattre la coagulation du sang qui remplit et obstrue le système veineux.

Les saignées très-fractionnées créent en quelque sorte des soupiraux et soustraient un sang coagulé ou disposé à le devenir ; de manière à éviter ainsi des hypérémies terribles dont l'asphyxie ou une léthargie mortelle, ou enfin la phlogose des organes cérébraux est le dernier mot.

Dans la forme algide avec cyanose prononcée, le sang veineux étant considérablement en excès, on doit ouvrir la veine dans plusieurs points et surtout les veines d'un fort calibre ; faire précéder cette médication d'une action interne alcalinisante. L'ammoniaque doit être préféré comme le plus actif de ces agents ; on l'introduira soit par la bouche, soit par la voie anale, délayé dans un véhicule approprié.

Traitement de la choladrée. — Nous arrivons enfin à la médication anticholadrique, c'est-à-dire à la médication qui s'adresse à cette forme de choléra dans laquelle les malades sont épuisés par une évacuation gastro-intestinale des matières contenues dans toute l'étendue du tube digestif et de tous les liquides chyleux, lymphatiques et séreux destinés à fournir les matériaux de l'assimilation.

Ici, on le conçoit, il faut arrêter cette diarrhée mortelle et entretenir artificiellement la vitalité par l'application des stimulants, surtout avec la sage précaution de ne faire administrer que des remèdes qui, tout en ayant pour but d'exciter le peu de vitalité qui reste, ne causent pas cependant une trop vive commotion. Ainsi, dans ce cas, les ventouses, les vésicatoires, les déprimants et les convulsants seraient nuisibles, funestes même.

Dès qu'on est appelé auprès d'un malade qui se vide (qu'on nous passe l'expression), il faut de suite le mettre dans son lit horizontalement entre deux couvertures de laine chaudes et imprégnées d'eau thériacale. On se ménage par là la facilité de faire des frictions sur la surface du corps ; on a soin de mettre des corps chauds aux pieds, on se hâte de faire prendre au malade des gorgées de vin de Bordeaux chaud et sucré ; on ne doit pas négliger de faire prendre des demi-remèdes de bouillon et de vin à une température convenable en alternant avec des lavements fortement amylacés ; les frictions sur l'épine dorsale, comme le centre nerveux le plus lié au grand sympathique ; l'ingestion de l'eau glacée comme favorisant la réaction cutanée, car ici il est évident que la médication raréfiante serait fort grave. Ainsi nous estimons qu'il est aussi prudent que nécessaire de réfrigérer peu à la fois, mais d'une façon presque incessante, le conduit alimentaire et de porter sur toute la périphérie une caloricité de nature à réchauffer sans pouvoir dilater les vaisseaux cutanés ; favoriser certaines actions spéciales, telles que l'éternuement, les urines, etc., en portant sur le gland une titillation alcoolique, au dedans des lèvres une friction de quinine, à l'orifice anal un peu de pommade camphrée et ammoniacale, aux yeux une vapeur balsamique, dans les oreilles de l'esprit-de-vin camphré ; et comme prescription capitale donner d'heure en heure une cuillerée à bouche d'un mélange d'eau de cannelle, de corne de cerf calcinée, de poudre de Colombo, de laudanum et de sirop d'écorce d'oranger. S'il n'y a point de nausées, si l'estomac ne se soulève pas en présence des aliments, donner souvent et à doses fractionnées de la crème de riz ou d'orge, de la gelée de poulet, du jus de gigot à froid ou glacé ; l'eau de Bussang, l'eau de Seltz naturelle, de Vichy, peuvent concourir avec le vin à former les boissons alimentaires.

---

et de choses surprenantes, et j'ajouterai quelques mots pour vous parler de la découverte d'une eau sainte ou d'une eau d'un saint moine, laquelle fait des prodiges que personne n'a encore pu constater, mais que tout le monde croit.

Le Brésil doit être riche en eaux minérales ; cependant elles sont si peu connues que c'est à peine si on signale de loin en loin quelques sources négligées auxquelles les malades se transportent à grands frais, traînant après eux leurs vivres et un matériel de campement, dirigés seulement par le hasard et non par des conseils éclairés. Rio-de-Janeiro a plusieurs sources ferrugineuses, Sainte-Catherine des eaux salines thermales, Goyaz des eaux sulfureuses, Porto-Alègre des eaux ferrugineuses et arsenicales entièrement inconnues à ses habitants. Il y a quelques mois le bruit se répandit dans cette province qu'un moine, un jésuite, faisait des miracles et guérissait tous les maux avec les eaux d'une fontaine située dans le sartaon (désert) de Santa-Maria-da-Toca-Domosite. D'abord les miracles furent attribués au révérend père seul, plus tard on voulut bien accorder une part aux eaux dont il se servait. Les sourds, les aveugles, les paralytiques se mirent en marche les premiers ; car il est notoire que dans les expéditions de ce genre, ce sont précisément les moins ingambes, et ceux qui n'ont aucune chance de succès qui ouvrent la campagne et se placent vaillamment à l'avant-garde. Bientôt la nouvelle naïade, naguère si solitaire, eut une cour de près de quatre cents personnes autour de son urne. Cela paraît extraordinaire quand on réfléchit aux dures nécessités du voyage et du séjour, car il faut transporter là ses vivres sous peine de mourir de faim, sinon de soif, et il y faut construire une cabane si l'on veut ne pas dormir à la belle étoile. Du reste la naïade du sertaon a des façons plus expéditives que vos naïades européennes ; vous envoyez vos malades passer des saisons entières, et cela parfois pendant plusieurs années de suite, à Baréges ou à Plombières, tandis qu'ici dix à quinze jours suffisent, mais il faut avoir la foi et recevoir l'eau des mains du révérend père intra et extra. On rapporte que l'application extra ressemble beaucoup au baptême des tropiques. Il y a en outre d'autres pratiques accessoires dont le détail serait sans intérêt et dont la superstition fait le fond et la forme, mais qui à la source sainte passent pour des choses capitales. On a expédié de cette eau dans toutes les villes de la province ; les gens qui sont malades en boivent un petit verre à jeun pour se guérir, et ceux qui se portent bien en prennent la même dose pour se préserver de la maladie ; enfin dans les cas désespérés, et quand il ne reste plus de ressource, on s'empresse d'en saturer les moribonds en leur recommandant de boire avec foi. Un chimiste digne de confiance a trouvé que le principe minéralisateur de cette eau était le bicarbonate de soude.

Quel peuple éclairé que celui qui ne sait se rendre raison de la découverte d'une source minérale qu'au moyen d'un miracle opéré par un religieux. Et c'est dans la portion la plus *illustrée* de la société que de telles choses se répandent, circulent et s'accréditent sans la moindre discussion.

Je m'arrête ici, mon très-honoré confrère ; mon humble correspondance est pleine de grandes nouvelles ; je vous ai annoncé des découvertes physiologiques inattendues, quatre spécifiques infaillibles, et enfin un miracle. J'espère avoir bien mérité de vos lecteurs qui, sans moi, couraient grand risque de ne jamais savoir un mot de tant de belles choses.

L. P.

Dans certaines occasions un ou deux vésicatoires volants promenés, soit sur le rachis, soit sur les fosses iliaques ou les hypocondres, peuvent avoir des effets directs salutaires. Mais dans ce cas il est nécessaire de ne les laisser appliqués que douze heures, pour éviter les complications fâcheuses que pourrait amener la présence de plaies sur des surfaces dont la vitalité est si équivoque.

Nous avons remarqué aussi les bons effets de tout frottement réveillant la vie des extrémités nerveuses, rappelant la caloricité sur les organes les plus refroidis, soit à l'aide de la main nue ou armée d'un gant en laine ou en soie. Cette sorte d'excitation électrique, obtenue sur les extrémités les plus déliées du système nerveux, peut réagir efficacement sur les centres.

La chaleur topique pourrait être nuisible dans certains cas : c'est quand elle ne serait appliquée que comme dérivation. Les moyens calorifiques ne pourraient être que funestes s'ils échauffaient la matière sans réveiller la chaleur nerveuse animale.

Nous n'avons pas encore parlé de l'heureuse influence que produirait l'emploi des appareils galvaniques, si ce moyen était plus à la portée de tout le monde. Il est évident, d'après les considérations étiologiques que nous avons fait valoir, qu'on devrait s'attendre à des résultats importants de l'emploi d'un agent électrique, en établissant des courants sur les points radiculaires des plexus et des ganglions nerveux, de manière à réveiller la vie nerveuse, sans laquelle toutes les fonctions restent anéanties.

Une ventilation méthodique, un air pur, frais et fréquemment renouvelé, sont également nécessaires.

Complications. — Le choléra a aussi ses complications, dont il importe de tenir compte. Dans cette cruelle maladie, plus que dans toute autre, les complications sont un état fâcheux : ce qui, pour d'autres affections, est quelquefois une condition d'amendement, est ici toujours le signe d'une aggravation fâcheuse. Quand cela arrive, il faut peser l'importance des symptômes capables d'aggraver la forme morbide principale, et éviter soigneusement de modifier ou de neutraliser le traitement capital. L'expérience du médecin suffira pour triompher de ce danger.

Prophylactique. — Ce n'est pas tout de multiplier les investigations sur l'origine du choléra, et d'explorer les faits avec le plus grand soin, il faut encore rechercher les moyens de combattre les prédispositions morbides et les tendances vers l'explosion de cette cruelle affection. Voyons s'il ne serait pas possible de formuler des règles préventives.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur la nature et l'étiologie du choléra, ce qu'on ne peut pas méconnaître, c'est que la vie est sous l'influence d'une dépression évidente du système nerveux, accusée par une sorte d'énervation dont tous les individus ont plus ou moins conscience, par la diminution de la caloricité, par la prostration des forces et une sorte d'anarchie organique, véritable expression de la faiblesse des centres nerveux. Or, pour se mettre à l'abri de cet état d'énervation mortelle, il faut faire un appel, soit à l'hygiène, soit à une thérapeutique préventive, afin de repousser ou d'atténuer l'influence cholérique par des moyens stimulants qui tiennent la vie nerveuse dans une sorte d'état ultra-dynamique. C'est au point de vue prophylactique surtout qu'il importe d'avoir égard à la période d'incubation. L'expérience a appris que toutes les fois que l'on parvient à arrêter la cholérine dès son début, on prévient presque à coup sûr l'explosion imminente du choléra. On conçoit quel parti on peut tirer, en temps d'épidémie, de la connaissance de ce fait.

La virtualité de l'agent épidémique, avons-nous dit, étant de déprimer les forces, de les désunir dans leur loi d'ensemble, et de frapper sidérativement certains organes de manière à paralyser immédiatement leurs fonctions physiologiques, il en découle naturellement, sinon la nécessité d'une médication préventive, celle au moins d'une application des règles hygiéniques qui peuvent avoir pour effet de combattre les causes capables de troubler l'ordre physiologique de certains viscères ou de l'organisme en général.

Pour tâcher de se soustraire à l'épidémie, il faut tout d'abord se bien garder de changer le régime sous l'empire duquel on jouit d'une bonne santé. S'il est utile ou prudent d'y apporter quelque modification, on ne doit le faire qu'à la condition que le régime habituel sera continué avec une plus sérieuse exactitude et que tout changement ne pourra s'appliquer que pour en suivre plus religieusement et plus strictement les conditions élémentaires. Ainsi l'eau sera pure et fraîche, le vin de bonne qualité, les viandes plus succulentes, les légumes et les fruits de meilleure qualité. On fera principalement choix des aliments qui ont le moins de tendance à s'altérer vicieusement dans l'estomac. Les aliments salés, fumés, fortement condimentés, auront l'avantage sur les autres de fournir à la digestion et à la nutrition de meilleurs éléments. On devra tenir généralement un compte rigoureux des habitudes, car rien n'est plus dangereux que d'introduire de brusques ou grands changements dans les opérations chimico-vitales de la nutrition au moment où l'économie va se trouver en lutte avec une cause de désordre et de destruction. Nous ajouterons que les heures des repas, du sommeil, ainsi que celles qui sont consacrées aux plaisirs, doivent être également régularisées, car les excès dans tous les actes soit matériels soit moraux peuvent amener une prédisposition fâcheuse et attirer en quelque sorte cet élément de mort qui semble planer sur notre tête. De tous les excès, l'excès des rapports sexuels est sans contredit le plus pernicieux en temps d'épidémie cholérique et celui qui doit être évité avec le plus de soin.

A ces moyens purement hygiéniques, il sera utile et même urgent de joindre quelques pratiques propres à vivifier la peau, telles que des frictions sèches ou plutôt des frictions alcooliques pour qui seront en même temps stimulantes. On aura soin de faire ces frictions sans occasionner de refroidissement. De la flanelle sera portée sur la peau, afin de mettre le corps dans les conditions les plus favorables pour ne point perdre de sa caloricité et de son fluide électrique. Les titillations et l'excitation modérée qui résultent de cette application mettront en même temps la peau dans de bonnes conditions d'exhalation. Il faut soigner également les extrémités des membres ; le moignon nerveux réclame une attention et une protection particulières, afin de prévenir l'impression fâcheuse qui pourrait résulter du défaut de soin des extrémités nerveuses sur les centres d'où elles s'irradient. Le ventre sera maintenu libre, dans une limite convenable toutefois, c'est-à-dire de manière à ce que les excrétions soient moulées et non fluides. On s'étudiera pour cela à apprécier l'influence des divers aliments sur le tube gastro-intestinal. Tant que durera l'épidémie, chaque organe devra puiser dans sa vie extérieure une action qu'on pourrait appeler gymnastique, pour équilibrer leurs fonctions et entretenir dans chacun d'eux le degré de tonicité vitale le plus convenable. C'est dans la philosophie de l'hygiène que les moyens de parer aux influences funestes du choléra se révélera. Toute cause d'atrition morale, tout abus dans les sensations, toute exubérance dans les sentiments passionnels, peuvent devenir autant de causes défavorables en présence du génie épidémique. Nous n'avons fait ici que passer rapidement sur ce que présente d'essentiel le régime physique et moral, et pourtant nous ne devons pas oublier de prohiber absolument, énergiquement toute médication préventive, car chaque médication a son opportunité, sans laquelle les résultats sont tout différents de ceux qu'on en attend. Le camphre, les vinaigres et les éthers aromatiques, enfin toute la série des remèdes dits anticholériques doivent être évités avec soin ; car ce qu'il importe avant tout, c'est de ne troubler en rien l'exercice des lois physiologiques. L'abus de ces moyens n'a fait souvent que hâter l'invasion de la maladie qu'ils semblaient destinés à prévenir ; j'ai vu plus d'une fois en 1832 les préparations camphrées et antispasmodiques, ainsi que tous les remèdes empiriques prescrits en pareil cas, contribuer à accroître le nombre des victimes en suscitant la complication d'une infinité d'affections nerveuses qui n'avaient certainement pas leur source dans la cause épidémique.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Urétrorrhagie considérable guérie par les applications froides et les astringents; observation communiquée par M. Leroy-Dupré, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chirurgien aide-major au 55e régiment de ligne à Avesne (Nord).

Obs. — Eugène ..., fourrier au 7e régiment de dragons, âgé de 21 ans, taille de 1 mètre 820 millimètres, vigueur athlétique, tempérament sanguin, eut, il y a quatre ans, une urétrite qui guérit après trois mois de traitement par l'usage du poivre cubèbe. Six mois après, il en contracta une autre, qui, faute de soins, passa à l'état chronique. Au mois d'août dernier, elle durait encore, mais n'était caractérisée que par une goutte d'un jaune pâle qui se montrait au méat urinaire chaque matin. C'était ce qu'on a si justement appelé goutte militaire. Après avoir eu des rapports avec une femme, l'urétrite passa à l'état aigu, ne fut pas traitée, et chaque fois que le malade pratiquait le coït, il avait un pissement de sang quelques minutes après.

Le 12 novembre de cette année, il se rendit en voiture d'Avesne à Maubeuge (17 kilomètres).

Arrivé dans cette ville, il but une telle quantité de bière et de vin qu'il s'enivra. C'est dans un tel état de surexcitation qu'il eut des rapports avec une femme. Après avoir passé un jour et une nuit à Maubeuge, il revint à pied et précipitamment à Avesne, vit une autre femme en arrivant et se coucha ivre.

Le lendemain, 15 novembre, à sept heures, douleur aux aines, difficulté dans la progression, écoulement de quelques gouttes de sang après avoir uriné. Eugène fait néanmoins son service jusqu'à dix heures; c'est alors que l'écoulement de sang persiste goutte à goutte, sans douleur, sans besoin d'uriner. L'hémorrhagie continuant, le malade nous fait demander à trois heures de l'après midi; il avait perdu près de 2 kilogrammes d'un sang riche et se coagulant fa-

cilement. Nous prescrivons : position horizontale, repos absolu, réfrigérents sur la région hypogastrique, les cuisses et le périnée ; limonade sulfurique du Codex ; potion avec 2 grammes d'extrait de ratanhia.

L'hémorrhagie diminua, mais pour augmenter bientôt d'une manière sensible. A huit heures du soir, le malade perd encore du sang, sa face est pâle ; il accuse une faiblesse générale, des nausées, de la douleur à l'épigastre. L'intelligence est parfaite ; les pupilles sont dilatées ; le pouls offre 53 pulsations. L'onde sanguine perçue à l'artère radiale est large, mais sans force, et se laisse déprimer facilement. Il semble que le vaisseau, en se contractant, s'affaisse sur une colonne de liquide qui ne présente plus de résistance. Les battements du cœur sont réguliers ; les carotides ne donnent pas de bruit de souffle. Le périné est très-chaud, la région hypogastrique n'est point douloureuse et ne présente pas de saillie. Bientôt le malade est pris d'un tremblement général déterminé par l'application réitérée des réfrigérents largement appliqués. Syncope passagère. Nouvelle potion avec l'extrait de ratanhia ; injections dans le canal de l'urètre, plusieurs fois répétées, avec 2 grammes de tannin dissous dans 60 grammes d'eau.

A huit heures et demie du soir, l'écoulement cesse ; le malade avait perdu une quantité de sang qui, pesée, a fourni le chiffre de 2 kilog. 500 grammes.

Aussitôt après les injections, besoin irrésistible d'uriner. L'injection de tannin est seule expulsée sans mélange de sang ni d'urine. Deux heures après la cessation de l'hémorrhagie, la chaleur revient, le pouls monte à 73 ; le malade se sent mieux et rassuré. Cependant, pour modérer l'influence du système nerveux après une perte sanguine aussi abondante, nous prescrivons une potion avec 2 grammes d'éther à prendre par cuillerée d'heure en heure.

A onze heures du soir, le besoin d'uriner se fait de nouveau sentir ; cet acte physiologique a lieu sans effort, sans écoulement de sang, et donne la quantité de 250 grammes environ d'urine ordinaire.

Ainsi, pendant tout le temps qu'avait duré l'urétrorrhagie, le sphincter, en se contractant, avait empêché le sang de s'écouler dans la vessie. Les réfrigérents sont continués toute la nuit, et le calme où se trouve le patient lui procure une demi-heure de sommeil.

Le lendemain 15 novembre, mieux sensible, bien être-général ; le pouls est à 59 ; il reste seulement un peu de faiblesse, de la pâleur au visage ; la faim se déclare : bouillon froid et aliments vinaigrés. La limonade sulfurique est continuée pendant vingt-quatre heures.

Le 16, le rétablissement est complet ; l'urétrite n'a pas reparu.

Les excès auxquels Eugène s'était livré, et surtout la marche longue et précipitée qu'il entreprit pendant son état de surexcitation alcoolique déterminèrent une congestion sanguine des plus intenses vers la région qui était déjà le siége d'une inflammation aiguë ; l'écoulement de muco-pus se supprima brusquement comme il disparaît toutes les fois qu'une plaie devient le siége d'une irritation trop vive. L'hémorrhagie accidentelle, en amenant la guérison de l'urétrite, s'est comportée à la manière des antiphlogistiques, et d'autant mieux que la soustraction du sang s'est opérée dans la région qui était elle-même le siége de la phlogose.

Avant la manifestation des accidents que nous venons de rapporter, si on eût traité l'urétrite par les injections d'azotate d'argent à hautes doses, nous pensons qu'on n'aurait obtenu que des résultats défavorables. La méthode du docteur Debeney (0,64 azotate d'argent dissous dans 60 grammes d'eau), très-bonne selon nous dans le traitement de l'urétrite chronique ou chez les hommes à tempérament lymphatique, ne nous a pas été très-utile quand nous l'avons employée différemment ; nous avons observé plusieurs fois des hémorrhagies de l'urètre chez les hommes auxquels nous donnions les injections caustiques à hautes doses, hémorrhagies n'excédant jamais 20 à 30 grammes, qui cessaient d'elles-mêmes, mais qui cependant venaient entraver la marche du traitement. Nous pensons qu'il n'est pas rationnel d'adopter une seule et même formule pour tous les cas indistinctement, et que, dans le traitement de l'urétrite on doit, comme dans toutes les autres maladies, tenir compte du tempérament du sujet, de son âge, de son genre de vie, etc. Sans vouloir entrer dans de trop longs développements, nous dirons que, dans la plupart des urétrites, et lorsque l'état aigu était sur son déclin, nous nous sommes généralement bien trouvé des injections astringentes *variées* tous les deux ou trois jours, de quelques dérivatifs sur le tube intestinal et d'un repos presque absolu quand les malades voulaient s'y soumettre.

OBSERVATION D'HÉMORRHAGIE MORTELLE, AYANT EU LIEU PAR DIVERSES VOIES, A LA SUITE D'EXTRACTION DE DENTS ; communiquée par M. le docteur Lucien Papillaud, médecin à Porto-Alègre, au Brésil.

Obs. — Alexandre Fragoso, jeune homme de 25 à 28 ans, paraissait d'une bonne constitution et avait toujours joui d'une bonne santé ; la seule incommodité qu'il dit éprouver était une chaleur anormale à la région dorsale, ce qui l'obligeait à rechercher les couchers durs et frais. Ce jeune homme habitait la campagne, était marié et père de famille. Vers la fin de février 1847, il fut atteint de douleurs intenses dans toute la mâchoire inférieure et qui de là s'irradiaient dans toute la tête. Selon le malade, elles avaient leur point de départ dans la deuxième grosse molaire droite, laquelle était tachée de noir à son centre et légèrement perforée. Soit par l'effet de la douleur, soit en raison d'un travail morbide occulte, ce sujet était depuis sa maladie constamment baigné d'une sueur intarissable, surtout à la tête. Après avoir essayé en vain des narcotiques à l'intérieur et à l'extérieur, ce malade vint nous demander de lui extraire sa dent. Après l'extraction, la douleur cessa et la plaie donna du sang sans interruption pendant deux jours ; mais cette hémorrhagie, qui ne paraissait nullement grave, céda à des applications froides. Presque immédiatement après la cessation de l'hémorrhagie, les douleurs reparurent plus fortes que jamais, et ne cédèrent à aucun des nombreux moyens qu'on employa contre elles. Le malade, qui se trouvait dans la maison du docteur Moracs, son oncle, reçut dans cette circonstance les soins les plus assidus et les plus variés tant qu'il fut possible de soulager ses souffrances. En dernier lieu, on en revint à examiner les dents pour voir si elles ne recelaient pas quelque carie inaperçue et le docteur Moracs crut découvrir une perforation sous-gengivale à la première grosse molaire droite au moyen d'un fil métallique qui pénétra profondément. Sur la demande du malade et d'après l'assurance que nous donna notre confrère d'avoir trouvé une perforation, nous fîmes l'extraction de cette nouvelle dent, qui se trouva parfaitement saine.

Cette dent fut extraite huit jours après la première ; elle ne présenta rien de particulier sinon que, comme sa voisine, elle était solidement enchâssée dans l'alvéole et qu'elle fut suivie d'un petit fragment adhérent du maxillaire, chose très-commune et sans importance, comme on sait. Après cette opération, le sang coula abondamment pendant huit jours en donnant les plus graves inquiétudes pour la vie du malade. Pendant l'hémorrhagie, la douleur ne se faisait pas sentir, mais par intervalles elle cessait durant quelques heures, et alors les douleurs reparaissaient. Une foule de moyens hémostatiques furent mis en usage inutilement. Les irrigations froides, les cautérisations avec le nitrate d'argent et l'acide sulfurique, divers tamponnements, le seigle ergoté à l'intérieur et en topiques échouèrent complétement. On avait remarqué cependant qu'un tamponnement avec du coton chargé de colophane et de charbon en poudre avait procuré quelque répit au malade ; on reprit ce moyen, et l'hémorrhagie dentaire céda enfin. Il était temps, le sujet était épuisé et ne pouvait résister longtemps. Après la suppression de l'hémorrhagie, les douleurs se faisaient sentir encore, mais faibles et à intervalles éloignés. Cet écoulement de sang une fois tari, les forces semblèrent revenir, le besoin de l'alimentation se faisait sentir avec énergie et la guérison paraissait certaine, quand tout à coup il se déclara une épistaxis abondante qui vint remplacer l'hémorrhagie dentaire. Nous ne sommes point au fait des moyens qui furent dirigés contre cette épistaxis, nous savons seulement qu'après plusieurs jours elle cessa et fut remplacée presque immédiatement par une hématurie qui à son tour dura quelques jours et ne se supprima que par le retour d'épistaxis. Ces trois dernières hémorrhagies occupèrent une quinzaine de jours ; le malade était déjà exsangue et succomba trente-six heures après la réapparition de l'épistaxis qui ne donnait plus que de la sérosité colorée. Nous apprîmes plus tard que ce jeune homme rendait quelquefois de l'urine couleur de café.

Cette observation doit être adressée en réponse à ceux qui ne voient dans toutes les hémorrhagies que le fait d'une lésion mécanique et locale, qui s'explique suffisamment par les lois de l'hydrostatique. N'est-ce pas un exemple évident du *molimen hæmorrhagicum* des anciens ? A nos yeux, les hémorrhagies qui ont fait succomber ce jeune homme étaient la manifestation d'une cause éminemment générale qui travaillait sourdement l'organisme avant l'extraction des dents, laquelle n'a été que l'occasion déterminante de son mode de développement. La douleur, la transpiration excessive étaient les signes de ce travail pathologique, inconnu dans sa nature, qui ne s'était pas encore manifesté. Serait-il apparu sous la forme d'hémorrhagies sans l'extraction des dents ? Nous restons dans le doute à cet égard ; mais nous regardons comme probable que ce soit cette extraction qui ait déterminé la forme hémorrhagique. Certes il y a derrière ce fait beaucoup plus qu'une douleur dentaire et qu'un écoulement sanguin provenant des vaisseaux rompus par l'arrachement d'une molaire.

Si la médecine étiologique était assez avancée pour permettre, dans des cas semblables, de remonter à la cause, peut-être aurait-on le bonheur de sauver la vie qu'on défend, tandis qu'en combattant en aveugles et à tâtons les effets d'une cause inconnue, on fait des efforts inutiles, et le malade succombe.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de juillet et août 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De quelques instruments chirurgicaux modifiés, perfectionnés, inventés* par M. Busi. 2° *Quelques observations de maladies de poitrine, avec réflexions pathologico-pratiques* ; par M. Magistretti.

CATHÉTERS A CROCHET POUR L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE; par M. BUSI.

Ces instruments ne sont destinés qu'à extraire des corps flexibles, c'est-à-dire susceptibles et d'être pénétrés par un crochet métallique, et d'être attirés, repliés sur eux-mêmes dans l'intérieur d'un tube. Cette condition apportera sans doute une très-grande restriction à l'usage de l'instrument de M. Busi; car, même pour les corps flexibles, la couche de sels calcaires qui les incruste en peu de temps dans la vessie les soustrairait à l'action du crochet si l'on retardait de quelques jours les manœuvres propres à les retirer. Cela posé, nous allons faire connaître les deux mécanismes imaginés par l'auteur. Le premier convient principalement pour l'urètre des femmes; le second est un instrument courbe, et par cela même adapté aux corps étrangers chez l'homme.

CATHÉTER DROIT A CROCHET SIMPLE POUR LA VESSIE DE LA FEMME. — Il se compose de deux pièces : la première est une canule d'acier longue de 21 centimètres 1/2 et de 8 millimètres de diamètre; elle est ouverte à ses deux extrémités, dont l'interne se réduit en forme de cône, et l'externe s'évase en une sorte de pavillon.

La seconde pièce est une espèce de stylet intérieur à la canule, et long de 26 centimètres; il se termine en bas par un fort crochet, en haut par une tige transversale. A 3 centimètres de cette dernière, est une dent destinée à indiquer de combien le crochet dépasse en bas l'ouverture inférieure de la canule, et à montrer au chirurgien de quel côté le crochet est tourné.

Pour se servir de cet instrument, on injecte d'abord dans la veine un liquide mucilagineux en grande quantité, afin d'obtenir l'isolement du corps étranger. Le stylet étant retiré jusque dans l'intérieur de la canule, on introduit l'instrument ainsi chargé. Une fois parvenu dans la vessie, on le promène en divers sens à la recherche du corps étranger; et lorsqu'il a heurté celui-ci, on pousse le crochet en retirant la canule; puis, le crochet toujours tourné en haut, on fait décrire à l'instrument de petits mouvements de bascule qu'on alterne avec de légères tractions sur le crochet. Au moyen de cette manœuvre, on parvient facilement à engager le corps étranger; il ne reste plus alors qu'à retirer le crochet dans l'intérieur de la canule, mouvement qui, exécuté avec une force graduelle et ménagée, oblige le corps à se plonger de manière à entrer dans le tube, à travers lequel il est ensuite aisément ramené au dehors.

CATHÉTER COURBE A CROCHET POUR LA VESSIE DE L'HOMME. — Cet instrument se compose de trois pièces : d'abord un tube courbe de 29 centimètres de longueur. A deux centimètres de son extrémité supérieure, il offre un petit écusson, et au-dessous de celui-ci un petit tambour ouvert sur un côté pour l'introduction d'une roue à rocher.

En dedans du cathéter est un stylet dont le tiers inférieur se compose de pièces articulées en guise de chaîne. Sur la portion du stylet supérieure à ces articulations, existent beaucoup de dentelures à engrenage, tandis que l'extrémité elle-même est en forme d'anneau.

Le crochet, fermé tant qu'il est dans le tube, s'ouvre dès qu'il en a dépassé l'orifice interne, par l'action d'un ressort qui sert alors à le développer. La dernière pièce est une roue à rocher en acier.

On comprendra aisément que, pour l'introduction de l'instrument, le crochet doit être caché dans le tube. Une fois le corps pris et saisi par le crochet, la roue à rocher, mise en mouvement, attirant lentement le stylet fera plonger le corps étranger, et le forcera à s'engager dans le tube.

AIGUILLE POUR LA CATARACTE LAITEUSE; par le même.

On sait que lorsqu'une cataracte se compose ou se complique d'opacité de l'humeur de Morgagni, la piqûre qui donne issue à ce liquide produit, par son épanchement dans les chambres oculaires, un trouble tel que le chirurgien, ne pouvant plus suivre de l'œil les temps ultérieurs de l'opération, est souvent obligé de la laisser incomplète. C'est pour remédier à cet accident que M. Busi a imaginé l'instrument dont nous allons donner la description.

Il se compose d'une aiguille dont la lance est du double plus forte et plus large que celle des aiguilles ordinaires. Courbe comme celle de Scarpa, elle a en outre sur son dos une cannelure qui se prolonge jusqu'au delà de la moitié de sa lame.

Le volume de la lance a pour but de procurer une plus ample ouverture de la sclérotique, et la cannelure d'ouvrir à l'humeur laiteuse une voie d'évacuation à l'extérieur. On réalisera ces avantages en faisant la ponction au lieu d'élection ordinaire, mais en tenant le dos de l'aiguille tourné vers la partie postérieure du bulbe oculaire. On devra aussi attaquer la capsule cristalline par sa portion postérieure, sans quoi l'épanchement laiteux s'opérerait dans la chambre antérieure. L'aiguille étant parvenue au milieu de la lentille, on presse doucement le globe oculaire d'avant en arrière avec les deux doigts de la main restée libre, afin de favoriser l'écoulement du liquide opaque.

Les règles ordinaires suffisent pour compléter l'opération. L'auteur dit s'être bien trouvé, chez plusieurs malades, de cette modification dans l'appareil instrumental.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'août, septembre et octobre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Réflexions générales sur l'histoire de la médecine en Italie;* par M. de Renzi. 2° *Observation d'un monstre anencéphalique;* par M. Macchia. 3° *Sur la structure du placenta de la jument;* par M. de Martino. 4° *Études sur la goutte;* par M. Mammi. 5° *Observations médico-chirurgicales;* par M. Vinella.

OBSERVATION D'UN MONSTRE ANENCÉPHALIQUE; par M. MACCHIA.

OBS. — L'auteur accoucha, le 28 juin dernier, une femme de 26 ans, déjà mère de trois enfants, d'un fœtus du sexe féminin, qui présenta les particularités suivantes :

La tête n'avait pas un volume plus considérable que celui d'un œuf d'oie; mais la face avait proportionnellement une longueur démesurée. Très-étroite vers le front, dont les bosses étaient peu prononcées, elle offrait deux yeux extrêmement saillants, à cause du peu de profondeur des orbites.

Le nez manquait; il n'y avait que les ouvertures des narines. Bouche large et difforme. Les oreilles, retournées en avant, semblables à celles d'un petit chien, avaient le tragus et l'antitragus long et aplati. Les pariétaux, ainsi que l'occipital, manquaient complétement. On ne remarquait des temporaux que les apophyses mastoïdes, lesquelles, mobiles et allongées immédiatement derrière les oreilles, y figuraient une sorte de corniche. Six vertèbres cervicales manquaient à partir de l'atlas, et au lieu de l'occipital, s'élevait de l'épine une pièce à large base, cartilagineuse à sa partie inférieure, charnue vers son extrémité supérieure. Elle s'unissait aux apophyses mastoïdes et se terminait par un bout arrondi au niveau du frontal, dont elle était séparée par une espèce de septum membraneux qui allait jusqu'à la selle turcique, y faisait un sinus à angle aigu, et unissait ses lambeaux, soit avec l'os divisé, soit avec la pièce cartilagino-charnue déjà décrite, de manière à figurer une mitre ou les bords d'un soufflet à moitié ouvert. La tête paraissait ainsi être partagée en deux lobes, l'intérieur, plus volumineux, le postérieur, plus petit.

Il n'y avait ni cerveau ni cervelet. La dure-mère, comme une tente obliquement placée, couvrait une espèce de nerf provenant de la moelle, qui, vers la selle turcique, se bifurquait de façon à aller former les nerfs optiques. De l'angle de la division semblaient provenir d'autres nerfs qui pénétraient dans l'os sphénoïde.

Le corps du fœtus et ses membres étaient dans l'état normal, et tous ensemble étaient plus volumineux que ceux d'un enfant du même âge conformé naturellement; ce principe étant connu, dit l'auteur, que l'absence de quelque membre rend les autres plus développés. Le fœtus vint au monde sans vie.

— M. Macchia indique, mais d'une manière assez vague, à la suite de son récit, que cette femme avait, pendant sa grossesse, désiré de donner le jour à un monstre.

III. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 renferment les travaux originaux suivants : 1° *De la fièvre ictéroïque qui régna à Ancône vers la fin de l'été de 1846;* par M. Camillo. 2° *De la difficulté des études médicales;* par M. Vincenzo. 3° *Réflexions sur la dissertation du professeur Gozzi, intitulée :* DES INCONVÉNIENTS QUI SE PRÉSENTENT DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, A CAUSE DES CHIMISTES-PHARMACIENS; par M. Raimondi. 3° *Histoire d'un cas de volvulus guéri par la gastrotomie;* par M. Reali. 5° *Sur les fractures avec resection des os; nouveau procédé curatif; de l'influence des forces médicatrices de la nature dans la cure des lésions osseuses avec perte de substance;* par M. Santopadre. (L'auteur veut que, après avoir resequé, selon les indications, la portion osseuse, on laisse le membre fracturé en appareil pendant quinze à vingt jours; puis qu'au bout de ce temps on le soumette à l'extension continue, afin que le suc osseux, s'épanchant, reproduise le segment enlevé.) 6° *Sur le rhumatisme musculaire aigu et sur l'arthrite rhumatismale;* par M. Corneliani. (Il passe en revue les diverses méthodes du rhumatisme.) 7° *Sur l'homœopathie;* par M. Santopadre. 8° *Grossesse à terme, compliquée d'atrésie vaginale incomplète et de séparation du col utérin;* par M. Malagodi. 9° *De la suppuration pulmonaire qui se manifeste à l'extérieur de la poitrine, entre deux côtes;* par M. Sorgoni. 10° *Du choléra asiatique selon les principes de la restauration hippocratique en Italie;* par M. Giovanni. 11° *Utilité du deutoxide d'arsenic dans la phthisie;* par M. Cenni.

HISTOIRE D'UN CAS DE VOLVULUS GUÉRI PAR LA GASTROTOMIE; par M. REALI.

L'observation suivante est un intéressant exemple de ce que peut le traitement chirurgical appliqué à propos à l'une de ces maladies qui seraient infailliblement et promptement mortelles si on les abandonnait au secours insuffisant des médications indirectes. On regrettera seulement ici que les détails de l'opération n'aient pas été consignés avec plus d'étendue, de manière à pouvoir servir de guide à celui qui aurait occasion de se trouver en présence de difficultés semblables.

OBS. — Luigi Stella, homme fort et bien constitué, âgé de 30 ans, avait dans la soirée mangé beaucoup de cerises sans en rejeter les noyaux lorsqu'il fut, le matin suivant, obligé de soulever de lourds fardeaux. (Il avait depuis longtemps une hernie inguinale à droite, qu'il contenait de la manière la plus défectueuse qu'on puisse imaginer). Sous l'influence de ces efforts, il ressentit une vive douleur à la partie droite du bas-ventre; et de là elle se répandit bientôt dans tout ce côté de l'abdomen, ne lui laissant aucune trêve.

On l'envoya de suite à l'hôpital d'Orviéto, où M. Reali reconnut, non pas l'étranglement de la hernie, mais l'existence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur du volume d'un œuf de poule. Quoiqu'il n'y eût encore ni vomissements stercoraux, ni constipation absolue, il soupçonna un volvulus. Le malade eut encore deux petites selles. Mais malgré les médications les plus actives, il fut ensuite impossible, durant cinq jours, d'obtenir la moindre évacuation alvine. Il vomit des matières mucoso-bilieuses et des vers lombrics; les douleurs torturantes persistaient; les sueurs devinrent visqueuses, la prostration considérable, le pouls petit et filiforme. Enfin les vomissements devenus stercoraux, et *le désir* (dit l'auteur) *de n'être pas le dernier le témoin des effets de la découverte de Jackson*, déterminèrent à pratiquer la gastrotomie.

Le patient étant donc éthérisé, on fit, à un pouce au-dessous de l'ombilic, une incision de 4 pouces de longueur sur la ligne blanche jusqu'auprès du pubis. Les couches successives furent divisées avec précaution, et l'on ouvrit enfin le péritoine. Les intestins étaient énormément distendus; on les repoussa à gauche. La tumeur, à la recherche de laquelle il fallut procéder avec la main entièrement plongée dans le ventre, était formée aux dépens de la fin de l'iléon, au voisinage du cœcum, et ses adhérences péritonéales ne permirent pas de l'amener au niveau de la plaie des parois abdominales. L'étranglement pouvait mériter le nom de *nœud de Salomon;* car une anse de l'iléon, longue d'un pouce et demi, et contenant un noyau de cerise, était celle qui était étranglée, et une autre anse l'embrassant circulairement la serrait de telle manière que, soit qu'on tirât sur l'une soit qu'on tirât sur l'autre de ses extrémités, il n'y avait pas moyen de défaire le nœud, bien que cependant l'on parvint ainsi à le relâcher.

Ne pouvant dénouer ce *nœud mystérieux (sic)*, l'opérateur prit le parti de le trancher. Il fit dans ce but trois incisions sur l'anneau intestinal; puis une fois la réduction opérée, il ferma ces incisions à l'aide de l'entéroraphie, et replaça ensuite le paquet intestinal. L'opération avait duré onze minutes.

On rapprocha les lèvres de l'incision des parois abdominales au moyen de la suture entortillée, puis d'un bandage unissant. On maintint ensuite de la glace sur le ventre durant plusieurs jours, et en même temps le malade en prit par la bouche, ainsi que quelques doses d'huile de ricin et d'huile d'amandes amères. Dès le premier jour, il y eut sortie de gaz par en bas; le lendemain s'y joignirent des évacuations solides avec une grande quantité de noyaux de cerises.

La fièvre qui se développa dans le commencement rendit une saignée nécessaire; elle dura dix jours avec les signes d'une forte entéro-péritonite. Bientôt le pourtour de la plaie fut frappé de gangrène, qui s'étendit peu à peu à une assez grande distance. Des escarres de tissu cellulaire, parmi lesquelles on crut reconnaître un morceau du péritoine gangrené, se détachèrent. Il sortit aussi quelques matières fécales par la plaie. Mais enfin, malgré ces complications, malgré un écart de régime alimentaire qui mit plus tard ses jours en danger, le malade était guéri au bout de quatre mois et demi.

UTILITÉ DU DEUTOXYDE D'ARSENIC CONTRE LA PHTHISIE; par M. CENNI.

Quoiqu'on ait vanté et employé contre la phthisie les médicaments les plus variés et particulièrement plusieurs remèdes tirés du règne minéral, M. Cenni n'avait pas eu connaissance que personne eût essayé dans cette affection l'effet du deutoxyde d'arsenic. Comme il prétend avoir non-seulement soulagé, mais *radicalement guéri* de cette manière la maladie chez deux individus, c'est pour nous un devoir de rapporter intégralement d'après le texte ces deux observations, afin que chacun soit mis en mesure de juger par lui-même de la confiance que doit inspirer le nouveau spécifique.

OBS. I. — Emilio Mattei, âgé de 49 ans, boulanger, de tempérament lymphatique-nerveux, d'habitudes intempérantes, me fit appeler auprès de lui. Il était au lit depuis une vingtaine de jours, sous la direction du docteur Vespasiani. Je le trouvai avec une fièvre ardente, la figure œdématiée, toux profonde, fréquente et sèche. Il se plaignait d'une forte douleur de tête, pesanteur à la poitrine, respiration accélérée; mais ce qui le fatiguait le plus était la fréquence et la ténacité de la toux, principalement la nuit (Saignée, kermès.)

Il passa la nuit sans sommeil, comme les précédentes; mais je le trouvai le matin avec beaucoup de fièvre, et tous les autres symptômes amendés. Le sang était couenneux.

Le soir suivant, la fièvre s'exaspéra, et le cortége des premiers phénomènes reparut. La maladie se prolongea de cette manière pendant plus d'un mois, malgré l'emploi énergiquement poussé des saignées, des vésicatoires, des agents déprimants les plus accrédités et du sulfate de quinine.

La fièvre finit par devenir continue, la toux humide, et il se prononça une émaciation très-sensible. J'explorai alors la poitrine. Le poumon gauche, qui donnait à peine accès à l'air, offrait un gargouillement considérable comme si l'air avait passé à travers un liquide. Je diagnostiquai aussi d'après l'examen de l'expectoration, que Mattei souffrait d'une phthisie purulente. Je déployai au secours de mon pauvre client tous les remèdes que l'art antique et moderne conseille en pareil cas; mais tout fut inutile. La toux devenait toujours plus forte, et les crachats fétides au point de forcer les assistants à s'éloigner, et copieux de manière à atteindre dans les vingt-quatre heures le poids de 15 onces.

Employant depuis deux mois toutes les médications les plus vantées, et désespérant néanmoins du succès, je songeai à m'adresser au deutoxyde d'arsenic. Je le prescrivis à la dose d'un grain (5 centigr.) divisé en 40 pilules, à prendre une toutes les deux heures, en buvant par-dessus une demi-once de lait. Le fait est que, après quarante jours de ce traitement, Mattei ayant alors pris 160 pilules, commença à quitter le lit. Aujourd'hui non-seulement il est revenu à son état primitif de santé, mais il paraît même plus fort et plus robuste qu'auparavant.

OBS. II. — Pendant que ce premier malade entrait en convalescence, je fus appelé dans une ville voisine auprès d'un jeune étudiant de 18 ans, N. Mariotti, de tempérament sanguin-nerveux. Il avait souffert d'une pneumonie que le docteur Vespasiani avait d'abord traitée. Mais quoique l'acuité du mal se fût apaisée et qu'il eût paru guéri, cependant la toux continuait à le fatiguer, la nutrition ne redevenait pas normale, l'appétit et les forces restaient languissants. Au moment où je le vis, la peau (dit l'auteur dans son pittoresque langage d'italien) *allait s'informer* des os; il se tenait avec peine sur ses pieds, toussait fréquemment et expectorait une matière suspecte. La peau était sèche, le pouls très-rapide, sueurs nocturnes et partielles, respiration très-fatiguée. Le stéthoscope montra que le poumon droit *donnait tous les signes de cet état qu'on nomme hépatisation (sic)*. Les praticiens soupçonnent, dit l'auteur, et Alibert entre autres, que beaucoup de phthisies dont on croit avoir arrêté les progrès, et même qu'on prétend avoir guéries, n'étaient que des catarrhes ou des péripneumonies chroniques; et quelques-uns inclineraient peut-être à placer dans cette catégorie le cas que je rapporte en ce moment. Mais que sont tant d'espèces de soi-disant pulmonies, sinon des phthisies? Quant à moi, je caractérisai ainsi la maladie de Mariotti et portai sur elle un pronostic fatal. Cependant je ne laissai pas d'en entreprendre la cure, et je voulus ici encore essayer l'arsenic. Je lui fis suivre le même traitement que pour Mattei, et je fus, je l'avoue, aussi surpris que consolé de le voir pas à pas s'acheminer vers la guérison et, au bout de quarante-cinq jours, être rendu à une santé parfaite.

L'auteur termine en disant qu'il a en ce moment à soigner deux personnes de la même famille, le père et la fille, affectés de phthisie, chez lesquels il se propose d'essayer bientôt la même médication. Mais il attend encore, parce qu'il lui semble qu'elle ne déploie son action favorable que lorsque la période de suppuration a commencé.

— Quoique M. Cenni dise avoir infructueusement consulté *deux cent vingt-trois* auteurs sans y avoir vu signalée l'application des arsenicaux aux affections chroniques de poitrine, nous ne partageons point sa manière de voir sur les titres qu'il croit avoir à cette découverte. Il eût pu lire, dans le travail récent de M. Garin (de Lyon), ce qui a rapport à l'origine de ces essais; en même temps qu'il eût trouvé dans les observations de notre habile compatriote un exemple de la réserve qu'un médecin, dans ces circonstances, doit mettre à prononcer le nom de phthisie. Il sera en effet évident, même pour les moins exigeants en fait de diagnostic, que la nature du mal n'a été établie ici que d'une manière tout à fait insuffisante dans les deux faits dont l'histoire est relatée ci-dessus, et que, à part la confiance due à l'affirmation très-positive de M. Cenni, on pourrait assez légitimement soutenir la supposition qu'il n'a eu affaire qu'à une gangrène du poumon dans le premier cas, à un catarrhe chronique dans le second. Malgré ces doutes qu'un peu plus de précision dans l'énoncé des signes stéthoscopiques eût facilement prévenus, la communication de M. Cenni présente un intérêt réel qui subsistera quelle que fût au fond l'espèce de maladie dont il a ainsi obtenu la guérison.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER.

EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM POUR COMBATTRE LES AFFECTIONS MERCURIELLES ET SATURNINES.

M. DUMAS présente, de la part de M. MELSENS, l'extrait suivant d'un mémoire

sur l'emploi de l'iodure de potassium pour combattre les affections mercurielles et saturnines.

La médication proposée par M. le docteur Natalis Guillot et moi, dit l'auteur, est basée sur une vue que nous exprimons de la manière suivante : rendre solubles les composés métalliques que l'économie pouvait garder, en les associant à un corps que l'économie élimine avec la plus grande facilité.

Nous avions réalisé ce point de vue : 1° à l'aide de la propriété que possèdent tous les composés insolubles formés par les sels de mercure et les matières qu'on rencontre dans l'économie, de se dissoudre dans l'iodure de potassium ; 2° en nous fondant sur la facilité et la rapidité avec laquelle l'économie se débarrasse de l'iodure de potassium.

Nous avions admis par analogie que les composés de plomb gardés par l'économie seraient très-probablement dissous et éliminés par l'iodure de potassium ; je donne dans mon mémoire quelques cas de guérisons, parfaitement constatés, pour des malades atteints d'affections saturnines. Je donne la preuve que l'acide sulfurique ou les sulfates ne peuvent être considérés comme des agents curatifs pour les maladies chroniques dues au maniement des composés du plomb, attendu que le sulfate de plomb est un poison assez violent pour tuer les animaux en quelques semaines. Les chiens ne résistent jamais au delà d'un mois à l'emploi du sulfate de plomb, et sont très-malades en peu de jours.

Quand on administre simultanément du sulfate de plomb et de l'iodure de potassium à un chien, il ne présente aucun phénomène morbide pendant le temps nécessaire pour amener la mort chez un chien qui prend le sel de plomb seul.

Je prouve dans mon mémoire que si on administre brusquement une forte dose d'iodure de potassium à un chien qui est affecté d'une maladie due à l'administration du sulfate, du carbonate ou de l'iodure de plomb, on le tue très-rapidement ; que si, au contraire, on commence par administrer de petites quantités d'iodure de potassium à la fois, et qu'on augmente graduellement l'administration de ce sel, l'animal guérit en très-peu de temps,

Je fais voir que les doses d'iodure de potassium qui tuent un chien malade par le plomb n'ont aucune action sur des chiens sains.

J'y constate plusieurs cas de guérisons complètes sur des malades trembleurs par suite du travail au mercure. L'un d'eux a été complétement guéri, sans cesser de travailler au contact du poison. On a retiré du mercure de son urine ; on a pu constater qu'il s'y trouvait à l'état d'iodure. Il a été impossible de déceler le mercure dans l'urine de ce malade lorsqu'il était guéri.

Je fais voir dans mon mémoire dans quels cas l'administration de l'iodure de potassium peut devenir très-dangereuse, si ce sel rencontre certains composés de mercure dans l'économie.

Il résulte de la discussion des faits assez variés du mémoire, qu'avec la médication par l'iodure de potassium, la guérison de l'empoisonnement chronique par le plomb ou le mercure ne s'obtient qu'après un empoisonnement aigu préalable : empoisonnement que le médecin est complétement le maître de diriger d'après la résistance des malades, mais qui doit être de sa part l'objet d'une attention très-scrupuleuse.

Les expériences établissent de la façon la plus nette que si certains médicaments agissent par eux-mêmes, ils peuvent agir en même temps par les matières qu'ils rencontrent dans l'économie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend que des états de vaccinations de plusieurs départements.

— M. BALLY informe l'Académie que la commission du choléra s'occupe activement de la mission qui lui a été confiée, et qu'elle se trouve en mesure et prête à tout événement.

— M. PLOUVIEZ (de Lille) adresse un mémoire sur le traitement prophylactique du choléra asiatique. (Commission du choléra.)

M. le docteur GRUNBERG, médecin à l'hôpital militaire de Varsovie, adresse un mémoire sur le traitement du choléra dans l'épidémie actuelle. (Même commission.)

— M. LAFFON, médecin inspecteur des eaux chaudes à Oloron (Basses-Pyrénées), adresse un rapport sur les principales maladies traitées dans cet établissement. Il appelle spécialement, dans ce rapport, l'attention de l'Académie sur l'action dynamique de ces eaux dans le traitement des affections utéro-vaginales et cutanées. (Commission des eaux minérales.)

— M. DURAND-FARDEL adresse le compte rendu clinique de la saison de 1848 aux eaux thermales de Vichy. (Même commission.)

— M. POINTE (de Lyon) adresse un mémoire sur le traitement médical des douleurs produites par les calculs vésicaux et sur l'efficacité des extraits combinés d'opium et de belladone dans le traitement. (Renvoyé à l'examen de M. Ségalas.)

M. GOUYON, médecin à Clermont-Ferrand, adresse le modèle d'un instrument de dilatation du rétrécissement du canal de l'urètre chez l'homme. (Commission chargée d'examiner un instrument analogue de M. Rigaud.)

— M. CABIROL, fabricant de *gutta percha*, soumet à l'appréciation de l'Académie des sondes et bougies en *gutta percha*. (Commissaires : MM. Chevallier, Blandin et Langier.)

— M. ALFRED BLANCHE annonce la mort de son père, le docteur Blanche (de Rouen), membre correspondant de l'Académie.

— MM. VIDAL et RICORD écrivent pour se porter candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. MALGAIGNE demande la parole à l'occasion du procès-verbal et lit une note. (Voir cette note au *post-scriptum* de la séance.)

CHLOROFORME.

L'ordre du jour appelle la délibération sur les articles du rapport relatif au chloroforme.

M. LE PRÉSIDENT prévient l'Académie qu'en raison du nombre et de l'importance des travaux arriérés, il serait à désirer que la discussion sur le chloroforme fût terminée dans cette séance. Dans le cas où cela ne serait pas possible, il y aurait séance extraordinaire samedi pour en finir.

La parole est à M. Dupuy.

M. DUPUY présente, au milieu du bruit des conversations, quelques considérations sur le développement des gaz dans le système vasculaire des animaux. Il rappelle, entre autres faits empruntés à la physiologie comparée, que les batraciens ont naturellement de l'air dans les vaisseaux, sans que pour cela la circulation en éprouve de la gêne.

M. ROCHOUX : Après de bien longs et inutiles circuits, nous voici enfin revenus, et cette fois sans doute pour ne plus nous en écarter, à l'examen de la question sur laquelle seule repose toute la première partie du rapport de M. Malgaigne. Vous voilà donc appelés à décider si, comme le prétend la commission, le chloroforme est innocent de la mort de mademoiselle Stock. Pour ma part, je n'en crois rien, et je vais faire tous mes efforts pour vous faire partager ma conviction.

Je crois d'abord devoir vous rappeler certains calculs que M. Malgaigne n'a peut-être pas bien compris, ou plutôt dont il a voulu éluder l'application dans la dernière séance. Je répéterai donc : S'il faut environ 4 minutes et demie au sang pour faire un circuit complet, il emploie seulement 18 secondes pour se rendre du ventricule droit à l'oreillette gauche ; la moitié de ce temps doit suffire pour permettre aux vapeurs de chloroforme absorbées dans le poumon d'arriver à la même oreillette, et elles doivent parvenir au cerveau au bout d'environ 30 secondes. Le même temps à peu près suffit à la manifestation des premiers accidents produits par l'introduction de l'air dans les veines. Ainsi, les observations de Dupuytren, sur lesquelles M. Malgaigne a cru devoir insister dans la dernière séance, viennent complétement à l'appui de ma manière de voir.

Ce point établi, j'ajoute que, de l'aveu à peu près de tout le monde, la mort de mademoiselle Stock est arrivée comme on l'observe dans les cas d'introduction d'air dans les veines, ou de dégagement spontané de gaz dans le sang. Aussi a-t-on trouvé à l'autopsie, le système veineux rempli de gaz. Reste donc à savoir si ce développement d'un fluide aériforme est, comme le pense M. Gorré, le résultat d'une action chimique du chloroforme sur le sang. A mon sens, rien n'est facile comme de prouver l'affirmative.

A l'état physiologique, une quantité notable d'acide carbonique circule avec le sang. Dès lors on est tout disposé à voir, dans cette circonstance, une *préparation* à ces développements spontanés de gaz dont on a de nombreux exemples : en pareil état de choses, le chloroforme n'a pas beaucoup à faire pour dégager du sang un fluide gazeux. Au reste, la fréquence de ce phénomène dans l'empoisonnement par le chloroforme est un fait maintenant acquis à la science ; les exemples suivants en sont la preuve.

L'observation de mademoiselle Stock, sur laquelle je me plais à insister parce que les détails en sont très-précis, très-exacts et parfaitement avérés, n'est pas, comme le dit M. Malgaigne, un cas inusité, exceptionnel, dont on ne verra plus le retour, et par conséquent en quelque sorte étranger à la science ; c'est au contraire une observation vraiment *type* à étudier attentivement, et qui à elle seule en vaut des centaines d'autres. L'observation de M. Giraldès parle d'air abondamment trouvé dans les veines ; il en est de même des autopsies des cadavres de mistress Simmons et de H. Greener, enfin, les expériences de M. Gosselin mentionnent toutes ou presque toutes l'emphysème pulmonaire : ainsi partout de l'air. Ces faits, ce me semble, vous disent assez clairement : soit que, en outre de son action toxique sur le système nerveux, le chloroforme agisse chimiquement sur le sang pour en dégager un gaz, soit qu'après être redevenu liquide par son mélange avec le sang, il reprenne brusquement l'état gazeux, il n'en est pas moins la cause unique, directe ou indirecte de la mort de mademoiselle Stock.

Gardez-vous bien de l'oublier, là est tout le débat, là est toute la question ; ne négligez aucun effort pour arriver à la juger convenablement. Cette tâche accomplie, tout sera décidé, aussi bien sur la seconde que sur la première partie du rapport.

M. BLANDIN : La question qui se débat en ce moment intéresse au plus haut degré la science, l'humanité et la responsabilité médicale. Dans l'obligation où est l'Académie de répondre à l'autorité, elle ne saurait apporter trop de prudence dans cette solution. Je ne veux aborder en ce moment que ce qui est relatif à la première conclusion qui est véritablement la base du rapport. On voit quelle est la solution de M. le rapporteur. Pour lui le chloroforme n'a été en aucune façon la cause de la mort de la malade de Boulogne. L'Académie sait que je soutiens une opinion opposée ; je l'ai dit dans ma première argumentation et je le répète en ce moment, parce que M. le rapporteur a cherché à me

mettre en contradiction avec moi-même. Non, je n'ai jamais changé d'opinion à cet égard; si je me suis exprimé peut-être avec plus de réserve dans ma première argumentation, c'est que je ne pouvais oublier qu'une grave responsabilité pesait sur un de nos confrères. Mais, en fait, j'ai toujours pensé que le chloroforme, dans ce cas, avait été la cause de la mort. Je l'ai dit d'une manière plus positive dans ma seconde argumentation, parce qu'il m'a semblé, à mesure que la discussion nous faisait mieux connaître toutes les circonstances du fait, que M. Gorré se trouvait déchargé de la lourde responsabilité qui pesait sur lui.

Maintenant comment se fait-il que nous ne puissions pas nous entendre? Voici une des raisons que fait valoir M. le rapporteur. La présence du gaz dans le système vasculaire est une cause suffisante de mort, pourquoi en rechercherions-nous une autre ? Cette question mérite d'être examinée. Si les gaz trouvés dans les vaisseaux étaient de l'air, M. le rapporteur pourrait peut-être avoir raison. Mais qu'est-ce qui prouve que c'était de l'air? Personne ne les a examinés, il n'y a pas eu d'analyse. Bien mieux aujourd'hui M. le rapporteur lui-même ne pense plus que ce fût de l'air, et il soutient que ces gaz se sont formés pendant la vie. C'est là une opinion qui n'est pas soutenable; elle ne supporte pas le plus léger examen. J'avais soutenu qu'une partie au moins de ces gaz avaient dû se développer pendant la vie, sous l'influence du chloroforme. M. le rapporteur m'a vivement critiqué pour avoir émis cette opinion, et cependant c'est son avis. La raison qui m'a valu ces critiques de la part de M. Malgaigne, c'est que je regarde ces gaz comme résultant de l'action du chloroforme, ce qu'il ne veut pas admettre. Mais est-ce que le chloroforme n'est pas capable de développer des gaz dans le sang. J'ai prouvé que tous les agents anesthésiques exerçaient une action profonde sur le sang, à ce point que sous leur influence le sang cesse d'être modifié par l'action de l'air. Je pourrais ajouter que plusieurs expérimentateurs, M. Gosselin entre autres, ont vu constamment des gaz se former sous l'influence du chloroforme; mais j'aime mieux rappeler à M. Malgaigne qu'il l'a vu lui-même. Le fait de Mistriss Simmons qu'il a rapporté tout au long dans son rapport est parfaitement contraire à son assertion.

Qu'on remarque bien que je n'ai pas prétendu dire que tous les gaz trouvés chez Maria Stock étaient le fait du chloroforme; j'ai dit que la plus grande quantité de ces gaz étaient dus à la putréfaction M. Malgaigne le nie, il nie qu'il y ait eu un commencement de putréfaction; mais rappelez-vous, messieurs, que l'on était alors au mois de mai et dans un temps très-chaud, que plus de 28 heures s'étaient écoulées depuis la mort, et dites s'il est possible qu'il n'y eût pas de putréfaction. D'ailleurs il n'y a qu'à consulter, pour s'en convaincre, les détails du rapport d'autopsie, où l'on voit que l'abdomen était distendu et qu'il existait des gaz solides dans l'estomac.

D'autres objections ont été faites encore par M. Malgaigne. Il est étonné de la rapidité de la mort; mais je suis étonné à mon tour de son étonnement. Hannah, Greener, Mistriss Simmons et d'autres sont morts en quelques secondes; qu'y a-t-il donc de surprenant à ce que la mort ait été aussi rapide chez la malade de Boulogne.

M. Malgaigne me reproche d'avoir dit que puisque 20 secondes suffisaient pour produire l'insensibilité, 60 secondes pouvaient bien suffire pour tuer; il m'impute cela comme une erreur de logique. Mais quand il y a des faits qui prouvent que la mort a eu lieu en moins d'une minute, je ne comprends vraiment pas ce reproche.

M. Malgaigne est surpris de la petite quantité de chloroforme consommée par l'opérée de M. Gorré, et il s'est livré là-dessus à des recherches vaines; car il n'en faut pas plus qu'il n'en a été consommé dans ce cas pour tuer.

Il n'y a pas eu de prodromes, nous objecte encore M. Malgaigne; mais, comme on le lui a très-bien fait remarquer dans un article de la GAZETTE DES HÔPITAUX d'aujourd'hui (1), il n'y en a pas eu non plus chez les malades que M. Malgaigne reconnaît très-bien lui-même être morts du chloroforme. Je ne puis, à cette occasion, me dispenser de signaler une erreur grossière de M. le rapporteur. Point de prodromes, point de toxique, dit-il; mais est-ce qu'il n'y a pas des toxiques qui tuent presque instantanément, sans prodromes? C'est précisément là le caractère des poisons les plus actifs, de tuer sans prodromes.

En résumé, où est la cause de la mort dans le fait de M. Gorré? Est-ce que par hasard on voudrait la trouver dans l'opération? On m'accordera, je crois, que cela n'est pas possible, l'opération était insignifiante. Est-ce la frayeur? Cela s'est vu quelquefois, mais ce n'est évidemment pas le cas ici, car l'opérée avait conservé jusqu'au moment de l'opération sa gaieté ordinaire. Est-ce l'hémorrhagie? Il n'y en a pas eu. Sont-ce les gaz, comme le pense M. Malgaigne? On ne peut pas échapper à ce dilemme : ou les gaz se sont formés après la mort, et alors ils sont sans valeur dans la discussion, ou bien ils se sont développés pendant la vie, et dans ce cas je défie qu'on me prouve qu'ils n'ont pas été le résultat de l'action du chloroforme. Serait-ce la syncope, comme l'a dit M. Baillarger? Cela pourrait être, mais qu'est-ce qui aurait produit la syncope, si ce n'est le chloroforme.

C'est donc le chloroforme, à mon sens, qui a été la cause de la mort de la malade de Boulogne, et je ne comprends vraiment pas les objections que l'on persiste à nous opposer. Ici il y a en cause, je le sais, une question de responsabilité qui a pu inspirer de la circonspection, mais il y a aussi l'honneur de l'Académie, l'intérêt de la science et de l'humanité, qui sont bien supérieurs à la question personnelle. Il faut, avant tout, que l'Académie dise ce qu'elle pense.

Je proposerai donc de modifier la première conclusion de la manière suivante :

Bien que les renseignements fournis par les experts de Boulogne ne soient pas aussi explicites qu'on eût pu le désirer, cependant, en rapprochant toutes les circonstances au milieu desquelles le fait s'est produit, l'Académie est portée à croire que la mort a été le résultat du chloroforme; mais elle s'empresse d'ajouter que cet accident ne saurait être mis sur la responsabilité de M. Gorré.

M. J. GUÉRIN : M. le président ayant annoncé que l'Académie devrait en finir aujourd'hui avec la discussion du chloroforme, je renonce à présenter de nouvelles remarques contre la première conclusion du rapport. Je m'en réfère à tout ce que vous a dit, avec tant de précision et de clarté, notre honorable collègue M. Blandin, et je me range complétement à la proposition qu'il vous a faite. Mais si je renonce à la parole sur le fond de la question, je prie l'Académie de me permettre quelques mots sur un point de forme de la discussion.

Dans sa réplique à mon argumentation, M. le rapporteur m'a mis en face de la commission; il m'a prêté la prétention de faire seul contre-poids aux treize membres éminents qui composent la commission. Enfin il m'a accusé d'avoir voulu faire la leçon à la commission. Ce n'est que par une méprise, sans doute involontaire, qu'on m'a fait diriger contre la commission ce qui s'adressait exclusivement à l'œuvre du rapporteur. C'est contre le rapport seul, en tant qu'œuvre du rapporteur, que j'ai spécialement dirigé mes attaques scientifiques, et non contre les honorables collègues qui composent la commission. Je me plais à le reconnaître, en effet, loin d'avoir eu la prétention qu'on me prête, de les humilier, je reconnais mon infériorité à leur égard. Je proteste de mon respect pour tous, et chacun d'eux en particulier. Cependant je dois faire quelques réserves en faveur d'un principe qu'on voudrait méconnaître. Quelle que soit la valeur des hommes dont j'ai combattu les principes, il n'y a ici que des académiciens, et pas d'autre prééminence que celle des arguments. C'est à ce titre que j'ai présenté les miens, sans me préoccuper de la valeur personnelle de celui qui les présentait, laissant à l'Académie le soin de les juger pour ce qu'ils sont.

M. MALGAIGNE : Si j'avais su que les attaques dirigées contre la commission s'adressassent à moi personnellement, je me serais abstenu d'y répondre.

M. J. GUÉRIN : Je me suis occupé de l'œuvre de M. le rapporteur, et non de sa personne.

M. GIBERT : Si l'expérience en grand faite sur l'inhalation du chloroforme, comme moyen anesthésique, par les médecins et chirurgiens de nos hôpitaux et par les praticiens de la ville et de la province, ne suffit point à démontrer l'innocuité de cet agent lorsqu'il est administré avec méthode, il n'y a plus d'épreuve scientifique que l'on puisse regarder comme assurée.

Vouloir infirmer la règle générale par les quelques faits exceptionnels et insolites signalés dans le rapport, c'est sortir de la voie droite de la science et de l'observation; c'est se condamner en quelque sorte à accepter les démonstrations des fauteurs ignorants ou charlatans des merveilles du magnétisme, ou celles des fauteurs ignorants ou charlatans des rêveries de l'homœopathie; car c'est aussi sur quelques faits insolites, exceptionnels ou mal interprétés, qu'ils ont cherché à construire les bases d'un édifice dont les véritables fondements reposent sur l'ignorance et la crédulité du public.

Les faits exceptionnels signalés comme des exemples de mort par le chloroforme s'expliquent la plupart par des circonstances étrangères à l'action régulière et normale de cet agent anesthésique.

Ainsi, dans le seul cas où il y ait véritablement lieu à contestation, le fait de Boulogne, nous trouvons une cause de mort (la présence de l'air dans les veines et dans le cœur) qui, bien avant l'invention du chloroforme, a été acceptée par Morgagni, par Van Swieten, par Ollivier (d'Angers), par Bichat, et mise hors de doute par les expériences de notre honorable collègue M. Dupuy, celles, plus récentes, de M. Amussat. Dans quelques-uns de ces faits, pas plus que dans celui de Boulogne, on n'a pu établir avec certitude la voie par laquelle l'air s'était introduit; mais lors même que cette explication paraîtrait peu satisfaisante, on trouverait dans la science assez de cas de morts subites restés inexpliqués, pour que le fait seul de cette mort, pendant ou après l'administration du chloroforme, ne pût être regardé comme une preuve de l'action toxique de celui-ci.

Comment expliquer, par exemple, le fait cité par notre collègue M. Honoré, d'une mort subite survenue pendant la simple opération du cathétérisme? La syncope est plus d'une fois devenue mortelle dans des cas où le chloroforme n'était point intervenu.

On a voulu, bien à tort, assimiler presque le chloroforme à l'acide hydrocyanique. Je crois que son action se rapproche beaucoup plus de celle de l'alcool.

On a voulu préciser rigoureusement la dose exacte, les précautions rigoureuses d'inhalation, sous peine de dangers très-sérieux.... Au risque de soutenir un paradoxe, je dirais volontiers que la dose n'est qu'une considération très-secondaire: d'abord cette dose ne peut être évaluée pour les divers sujets, car quelques-uns éprouvent les effets anesthésiques après quatre ou cinq aspirations; chez d'autres, il faut un temps beaucoup plus long, et ce sont seulement les effets obtenus qui doivent régler l'administration du chloroforme. D'ailleurs, pour moi, si ces doses exactes et ces précautions minutieuses étaient indispensables, je dirais avec M. Roux : Il vaut mieux renoncer au chloroforme.

Quant au procédé à employer, il est évident que chacun a cru devoir vanter celui qui lui était le plus familier. Pour moi, je n'hésite pas, malgré tout ce qui a été dit, à préférer le plus simple, celui du mouchoir, de la simple compresse ou de l'éponge. C'est le plus commode pour l'opérateur, le moins pénible pour le malade, et c'est aussi le plus sûr; car outre l'observation tant de fois répétée sur l'homme, les expériences d'Alfort ont démontré que l'asphyxie ne se montrait que chez les animaux éthérisés à l'aide de l'appareil

(1) Nous sommes heureux de nous associer aux éloges donnés par M. Blandin à cet article, qui aurait pu suffire à lui seul pour épargner à l'Académie la grave méprise où elle a été entraînée. (NOTE DU RÉDACTEUR EN CHEF.)

vanté par quelques chirurgiens, tandis qu'elle n'avait pas lieu chez ceux qui n'étaient point soumis à cet appareil.

On s'est beaucoup exagéré les dangers de suffocation par la compresse ou par le mouchoir. Quand on se borne à mettre cette compresse sous le nez sans l'appuyer, en engageant le sujet à fermer la bouche de lui-même sans violence aucune, on n'observe ni menace d'asphyxie ni cette insurrection et cette gêne qu'on voit survenir chez quelques-uns des individus soumis aux appareils, ainsi que l'a remarqué M. Roux.

Enfin ceux qui ont cru devoir préférer l'éther au chloroforme n'ont certainement pas étudié comparativement les effets primitifs de l'inhalation comparée de ces deux agents, dont l'un irrite beaucoup plus que l'autre les voies respiratoires.

Ne nous étonnons pas, d'ailleurs, de cette levée de boucliers contre le chloroforme; on l'avait tellement vanté, qu'il a bien fallu que la réaction s'opérât. Mais ne nous lassons pas de répéter les arguments qui existent à l'appui de son innocuité; car nous savons que la vérité a été justement comparée à un coin qu'on ne peut faire entrer *que par le gros bout* dans les têtes humaines.

M. Blandin : Je n'ai pas du tout prétendu dire que je fusse hostile au chloroforme; je serai peut-être le dernier à l'employer.

M. Baillarger déclare qu'il n'avait pas l'intention de prendre de nouveau la parole, mais qu'il croit devoir répondre à ce que vient de dire M. Gibert. Il n'y a pas, assure-t-on, d'agent qui ait été autant expérimenté, pour lequel on ait autant de faits que pour le chloroforme; or cet argument sur lequel on insiste avec tant de force, qu'on semble donner sans réplique, cet argument est bien loin d'avoir la valeur qu'on lui attribue. Il y a en effet ici deux questions très-différentes :

1° Le chloroforme a-t-il été employé sans danger dans un très-grand nombre de cas ?

2° Cet agent, au contraire, a-t-il produit ou contribué à produire la mort dans quelques cas exceptionnels ?

La réponse à la première de ces questions n'est pas douteuse. Personne ne conteste que l'emploi du chloroforme ne soit renouvelé chaque jour sans accident; mais on ne saurait en aucune manière en conclure que, dans quelques cas heureusement très-rares, il ne provoquera pas des accidents très-graves ou même la mort.

Ces questions peuvent donc très-bien recevoir une solution différente.

Le chloroforme est sous ce rapport comme tous les agents toxiques énergiques qu'on peut donner à une certaine dose dans la généralité des cas, et qui cependant deviennent dangereux chez quelques individus doués d'une susceptibilité spéciale. Je n'oublierai pas que j'ai vu moi-même, à la Salpêtrière, une femme qui a failli succomber à l'ingestion de 7 à 8 centigr. d'émétique ; et quant au chloroforme lui-même n'a-t-on pas occasion de constater tous les jours cette différence d'action dans certains cas déterminés. Est-ce qu'on ne voit pas à côté de sujets presque réfractaires d'autres personnes qui arrivent en moins de vingt secondes à une insensibilité complète ?

Mais outre cette prédisposition spéciale à l'action de quelques agents, il faut tenir compte de certaines conditions qui quelquefois ajoutent au danger de leur emploi. Je me bornerai pour le chloroforme à parler de la complication qu'apporte le travail de la digestion ou le fait d'une syncope. J'ai déjà eu l'honneur de citer à l'Académie l'observation d'un jeune garçon de 12 ans chloroformisé pour une opération très-légère, et qui resta près d'une heure sans connaissance et presque sans pouls. Or chez ce jeune homme l'emploi du chloroforme avait lieu pendant le travail de la digestion; chez l'un des malades morts en Angleterre, on a trouvé l'estomac rempli d'aliments.

Quant à la syncope, ce que j'ai dit à ce sujet ne me semble pas avoir été réfuté par M. le rapporteur.

Les syncopes chez les individus qu'on opère sans les éthériser ne sont pas très-rares, et il ne viendra assurément à l'esprit de personne de prétendre que l'éthérisation mettra dans tous les cas à l'abri de cet accident que M. Robert regarde au contraire comme plus fréquent dans les opérations avec éthérisation. Sans admettre cette opinion, il me paraît impossible qu'on n'observe pas quelquefois des syncopes plus ou moins graves. S'il en était besoin, il me suffirait pour le prouver de citer le fait suivant :

M. Laugier avait à opérer à la Pitié un élève en pharmacie atteint d'une fistule à l'anus. Il a recours au chloroforme. L'insensibilité arrive promptement, l'opération est terminée sans que le malade paraisse avoir senti la douleur. Tout à coup ce jeune homme, avant d'être *revenu à lui*, éprouve une syncope très-grave. Pendant quatre minutes il reste sans respiration et sans pouls. On le porte en plein air, on essaye la respiration artificielle. Tout le monde était dans la plus grande anxiété. Heureusement on en fut quitte pour la peur, et ce jeune homme reprit bientôt connaissance.

Des cas analogues ne sont pas extrêmement rares ; or qui peut répondre que ces syncopes ne se changeront pas quelquefois en une mort véritable. Il nous paraît évident que l'action du chloroforme doit devenir très-dangereuse lorsque les mouvements du cœur et les mouvements respiratoires s'arrêtent spontanément par le fait d'une syncope. Nous persistons à penser que la mort a pu survenir ainsi dans plusieurs cas. Quand on se reporte, par exemple, aux circonstances qui ont accompagné la mort d'Hannah Greener, combien ne devient-il pas probable que cette mort a été causée par une syncope aggravée par le chloroforme? Qui ne se rappelle l'effroi de cette jeune fille avant l'opération, le mouvement qu'elle fit pour échapper dès qu'elle sentit l'instrument, puis sa pâleur et son affaissement subit comme il arrive dans une syncope?

Quoi qu'il en soit, nous répétons que les conséquences de cette réunion d'une syncope et de l'action du chloroforme méritaient d'être dans le rapport l'objet d'un examen spécial, et que c'est une lacune regrettable.

En résumé, il s'agit de savoir si le chloroforme peut produire ou contribuer à produire la mort dans quelques cas exceptionnels, tantôt par suite de certaines conditions ou complications qu'il ne sera pas toujours possible de prévoir ; or, pour moi, la réponse à cette question ne saurait être douteuse. Non-seulement cela est arrivé, mais pour peu qu'on étudie bien l'action des agents toxiques énergiques, il y aurait lieu de s'étonner qu'il en eût été autrement.

M. Roux : C'est une hypothèse.

M. Louis : On aurait tort de négliger les faits exceptionnels. Le sulfate de quinine est certainement un agent utile et qui, dans la majorité des cas, ne produit pas d'accidents; cependant il est des sujets sur lesquels ce médicament produit des effets redoutables. J'ai connu une dame de la Martinique qui éprouvait des accidents très-graves toutes les fois qu'elle prenait du sulfate de quinine.

M. Honoré : On ne peut faire de la science et surtout un rapport avec des faits exceptionnels. Les conclusions, à mon avis, doivent être négatives. (Aux voix! aux voix!)

M. le Rapporteur lit la première conclusion, dont voici le sens :

Dans le fait médico-légal qui nous a été soumis, nous n'avons trouvé aucun des indices de l'action toxique du chloroforme; en conséquence nous proposons de répondre au ministre que la malade de M. Gorré n'a pas succombé par l'effet des inhalations de cet agent.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

Deuxième conclusion : Qu'il existe dans la science un grand nombre d'exemples tout à fait analogues de morts subites et imprévues, soit à l'occasion d'une opération, mais surtout en dehors de toute application du chloroforme, sans que les recherches les plus minutieuses permettent toujours d'assigner la cause de la mort. (Adoptée.)

A l'occasion de la troisième conclusion une opposition assez vive se manifeste. Quelques membres pensent que l'Académie peut se dispenser de donner une explication. Un membre répond qu'une académie est toujours tenue de donner la raison de son opinion, même quand elle n'en a pas (Hilarité générale), et la conclusion est adoptée comme il suit :

Troisième conclusion : Que toutefois, dans le cas en question, l'explication la plus probable paraît être l'immixtion d'une quantité considérable de fluide gazeux dans le sang.

L'Académie passe au vote sur les conclusions de la seconde partie du rapport.

1° Le chloroforme est un agent des plus énergiques, qu'on pourrait rapprocher de la classe des poisons et qui ne doit être manié que par des mains expérimentées. (Adoptée.)

2° Le chloroforme est sujet à irriter, par son odeur et son contact, les voies aériennes, ce qui exige plus de réserve dans son emploi lorsqu'il existe quelque affection du cœur ou des poumons.

M. Baillarger voudrait qu'on ajoutât l'épilepsie au rang des maladies qui contre-indiquent l'emploi du chloroforme.

Cette proposition n'est pas adoptée et la conclusion est votée.

3° Le chloroforme possède une action toxique propre, que la médecine a tournée à son profit en l'arrêtant à la période d'insensibilité, mais qui, trop longtemps prolongée, peut amener directement la mort.

M. Guérin demande qu'on ajoute : *et à doses trop considérables.*

La commission consent à cette addition et la conclusion est adoptée.

4° Certains modes d'administration apportent un danger de plus, étranger à l'action du chloroforme lui-même : ainsi l'on court les risques d'asphyxie, soit quand les vapeurs anesthésiques ne sont pas suffisamment mêlées d'air atmosphérique, soit quand la respiration ne s'exécute pas librement. (Adoptée.)

5° On se met à l'abri de tous ces dangers en observant exactement les précautions suivantes : 1° s'abstenir ou s'arrêter dans tous les cas de contre-indication bien avérée, et vérifier avant tout l'état des organes de la circulation et de la respiration; 2° prendre soin, durant l'inhalation, que l'air se mêle suffisamment aux vapeurs de chloroforme et que la respiration s'exécute avec une entière liberté ; 3° suspendre l'inhalation aussitôt l'insensibilité obtenue, sauf à y revenir quand la sensibilité se réveille avant la fin de l'opération.

M. Huguier trouve trop absolues ces expressions : on se met à l'abri. Il voudrait les remplacer par celles-ci : on peut se mettre à l'abri.

Cette modification n'est pas adoptée, et la conclusion est votée.

6° Il est convenable de ne pas administrer le chloroforme après le repas. (Adoptée.)

M. Soubeiran propose une septième conclusion ainsi conçue : S'assurer de la pureté du chloroforme, n'employer que celui qui est fabriqué avec l'alcool, et rejeter celui qui est fabriqué avec l'esprit de bois.

Cette proposition, combattue par M. Malgaigne, n'est pas adoptée.

La séance est levée à cinq heures.

SECOND POST-SCRIPTUM.

Pour les personnes qui ont lu le *post-scriptum* inséré à la suite de notre compte rendu de la dernière séance de l'Académie (page 93), il n'y avait que deux réponses possibles de la part de celui que cette note concernait : le silence ou la réparation personnelle demandée; mais cela supposait ou de la pudeur ou un reste de courage. A la place de ces qualités vulgaires absentes, nous avons rencontré un système d'équivoques et de subterfuges à l'aide duquel on

a espéré donner le change à l'opinion, et substituer une position douteuse à une position nette. Mais le temps des faux-fuyants est passé, et nous ne permettrons pas qu'on les ressuscite pour s'en faire un refuge.

Rappelons d'abord les faits.

Dans sa réplique à notre argumentation, M. Malgaigne ne trouvant pas de meilleures raisons à nous opposer que des injures, prononça les paroles suivantes : « On pèche encore contre l'observation et l'expérience, quand » on publie des guérisons qui n'existent pas et qui sont impossibles. » — Il n'est pas un médecin de l'époque qui puisse se méprendre sur le sens de cette allusion. Sommé de s'expliquer, M. Malgaigne prétendit qu'il n'avait voulu exprimer que des règles générales de philosophie médicale. Ce faux fuyant n'était qu'un premier acte de couardise. Nous fîmes déclarer à M. Malgaigne, par l'organe de nos honorables collègues MM. Blandin et Louis, que cette explication ne nous satisfaisait pas, et nous lui fîmes demander le retrait pur et simple de ses paroles ou une réparation d'honneur. M. Malgaigne refusa l'un et l'autre, sous prétexte qu'il n'avait pas voulu porter atteinte à l'honneur de M. J. Guérin; ajoutant toutefois qu'il entendait conserver son droit de nier des guérisons annoncées par qui que ce fût, c'est-à-dire que M. Malgaigne prétendait continuer impunément ses calomnies.

Voulant caractériser ce second acte de couardise, nous ajoutâmes dans notre dernier numéro, p. 94 : « C'est au public à décider comment doit être qualifié l'homme qui, après avoir consommé la ruine d'un de ses confrères, après avoir voulu détruire sa réputation; après l'avoir poursuivi pendant six années avec un acharnement sans exemple, ne trouve pas assez de courage pour soutenir un instant en face de son adversaire les calomnies qu'il essaye de reproduire par des allusions. »

Après quatre jours de silence et de méditation, M. Malgaigne est venu répondre ce qui suit devant l'Académie :

« L'Académie a entendu dans la dernière séance deux de ses membres »adresser au rapporteur de la commission du chloroforme, à l'occasion d'un dis»cours prononcé dans la discussion, des interpellations comminatoires. Cet inci»dent ne s'est point arrêté là; et pour ne parler que de ce qui peut toucher l'ordre »de nos séances, on est venu demander au rapporteur de retirer ici, à cette tri»bune, les paroles qu'il avait prononcées. Il a refusé. Le reste n'est pas du res»sort, et n'est vraiment pas digne de l'Académie.

» Pour moi, je viens d'abord prendre l'Académie à témoin que ce n'est pas moi »qui ai pris l'initiative d'attaques fort inattendues, et que, forcé en quelque façon »d'y répondre, j'ai pris à tâche de ne pas m'écarter de la modération et des formes »académiques.

» Toutefois, afin que de semblables incidents ne viennent plus troubler des dé»bats purement scientifiques, je me dois à moi-même, je dois à la commission »que je représentais, je dois à l'Académie de déclarer que je n'ai ni attaqué ni »voulu attaquer l'honneur d'un de nos collègues; et quand ce genre d'attaque »ne serait pas contraire à toutes nos habitudes de polémique, le lieu, l'heure, la »mission que j'avais à remplir et mon profond respect pour l'Académie auraient »été plus que suffisants pour m'en interdire la pensée.

» Tels sont, du reste, les termes spontanés, non provoqués, dans lesquels je me »suis déjà expliqué dans une lettre à M. Louis, avec qui j'ai eu l'honneur d'en»tretenir à cette occasion une petite correspondance.

» Mais en même temps je maintenais mon droit d'examiner, de discuter, de »nier, avec des raisons suffisantes, les observations publiées et les guérisons an»noncées par qui que ce fût, et j'usais de cette occasion pour adresser à M. Louis »un petit travail où j'examinais, je discutais, je niais certaines guérisons an»noncées dans un rapport qu'il a honoré de sa signature. M. Louis, bien que je »me fusse servi dans ma lettre des expressions mêmes qui avaient si vivement »choqué une autre susceptibilité, savoir, que je croyais qu'il avait péché, cette »unique fois peut-être, contre les règles d'une rigoureuse observation ; M. Louis »ne s'est point senti blessé ; il ne lui est point venu à l'idée, il ne pouvait venir à »l'idée de personne que j'eusse ainsi attaqué ni son caractère, ni sa haute pro»bité scientifique, et il a poussé l'urbanité jusqu'à me remercier de ma commu»nication.

» Cependant, messieurs, la critique a ses limites, et s'il est vrai que, je ne dirai »pas par quelque intérêt personnel impossible à supposer, mais pour satisfaire »un mauvais esprit de dénigrement ou d'animosité, un chirurgien, un membre »de cette Académie, sans motifs suffisants, contre sa conscience, essayât de jeter »des doutes toujours pénibles sur les résultats obtenus par un de ses collègues, »une telle conduite, je n'hésite pas à le dire, me paraîtrait basse et honteuse et »digne d'être universellement blâmée. Qui distinguera pourtant entre l'esprit »d'hostilité et l'esprit de vérification scientifique, entre la conviction profonde et »la dénégation systématique qui fermerait, comme on l'a dit les yeux à l'é»vidence?

» Dans ce trouble des opinions sincères, messieurs, je me suis inspiré d'une »idée autrefois réalisée par un de nos plus vénérés collègues, et qui n'a été ni »sans honneur pour l'Académie, ni sans profit pour la science et la vérité. »M. Burdin avait fondé un prix pour celui qui démontrerait expérimentalement »la possibilité de voir autrement que par les yeux. Je viens vous prier de me per»mettre de faire les fonds d'un prix de 2,000 fr. à décerner à qui démontrera ex»périmentalement, au jugement de l'Académie, la possibilité d'obtenir par la »myotomie rachidienne et crurale, aidée de tous les appareils mécaniques né»cessaires, la guérison complète et permanente de ces trois affections : les dé»viations de l'épine au deuxième degré, les luxations congéniales du fémur et »les excurvations tuberculeuses.

» Si l'Académie veut bien renvoyer cette proposition au conseil d'administra»tion, j'aurai l'honneur de soumettre au conseil des considérations plus étendues; »la seule condition que je veuille attacher à la fondation de ce prix, c'est que »tous les membres de l'Académie aient le droit de concourir. »

Telle est textuellement l'allocution de M. Malgaigne. Nous l'avons reproduite scrupuleusement. Nous prions nos confrères de vouloir bien lire avec attention ce qui suit, leur déclarant que c'est la dernière réponse que nous ferons au système d'hypocrisie dont elle émane.

M. Malgaigne a osé dire devant l'Académie « qu'il n'avait *jamais* attaqué ni voulu attaquer *l'honneur* d'un de ses collègues, et que ce *genre d'attaques* était *contraire* à toutes ses *habitudes*. » Rétablissons d'abord la vérité indignement travestie.

Nous en appelons à toute la génération médicale actuelle; quel a été depuis 1843 jusqu'à ce jour le système d'attaques de M. Malgaigne, si ce n'est de faire croire que nous avions publié des résultats *mensongers*, c'est-à-dire que nous avions forfait à l'honneur professionnel et scientifique. Nous laissons de côté ses abominables insinuations sur le trafic d'appareils fournis aux malades de l'hôpital; pour nous en tenir à sa prétendue critique scientifique. Or on n'a pas oublié, et nous ne laisserons pas oublier les expressions solennelles de M. Malgaigne, qui sont pour ainsi dire stéréotypées dans la science : « J'ai cherché par » tout Paris, praticiens qui m'écoutez, auriez-vous pensé que sur 131 malades, » devant donner 35 guérisons, il serait impossible d'en découvrir une (1). » Et dans les commentaires de cette astucieuse calomnie (car il a été établi qu'il n'avait pas fait les visites qu'il avait annoncées), il ajoutait qu'il venait, « au nom de la *dignité* et de la *moralité* de l'art, remplir un *triste* et *rigoureux* devoir (2). » Il venait « donner un grand exemple de justice scientifique pour » venger la science et la VÉRITÉ OUTRAGÉES (3)!... » Nous le demandons à quiconque se connaît, en *honneur*, en *moralité* et en *dignité*, si ces paroles, répétées à satiété, reproduites partout, sur tous les tons et sous toutes les formes, ne sont pas de flagrantes attaques à la *moralité*, à la *dignité*, en un mot à l'*honneur* du savant? Nous n'avons pas besoin, pour en mieux caractériser l'odieuse signification, de rappeler l'atteinte qu'elles ont portée à la réputation de celui qu'elles dénonçaient à l'opinion comme un imposteur et un insigne charlatan.

Et c'est après avoir consommé de pareils actes, à la face de la science et de son époque, que M. Malgaigne ose dire qu'il n'a jamais attaqué l'honneur de personne, que de telles attaques sont contraires à ses habitudes! Et il ose ajouter : « que si, pour satisfaire un mauvais esprit de dénigrement ou d'ani» mosité, un chirurgien, un membre de cette Académie, sans motifs suffisants, » contre sa conscience, essayait de jeter des doutes, *toujours pénibles*, sur les » résultats obtenus par un de ses collègues, une telle conduite me paraîtrait basse, » honteuse et digne d'être universellement blâmée. » Et n'est-ce pas là sa conduite et sa condamnation? Ne sont-ce pas là ces doutes qu'il veut perpétuer après ses indignes calomnies, au moyen d'une proposition dérisoire? Et dans quelles conditions a-t-il la hardiesse de la produire cette proposition? Quand il sait, quand tout le monde sait que, de la part de l'homme que son venin a flétri, cinq années de travail anxieux et de veilles brûlantes, cinq années d'un courage supérieur à toute humiliation, et de la part des juges, l'élite de la science et de l'honneur de la profession, un dévouement scientifique sans bornes et sans exemple, sont parvenus à faire sortir la vérité des décombres où, lui, plagiaire d'Érostrate, l'avait ensevelie! Et il a la prétention, cet impuissant fauteur de quelques paradoxes surannés, de tenir à perpétuité un savant au ban de ses confrères, et de replonger la science dans les ténèbres! Non, non, il n'en sera pas ainsi; et tant qu'il n'aura pas donné satisfaction à l'homme qu'il a indignement outragé, tout cœur honnête ne verra en lui que le génie du mal, impuissant désormais à se déguiser sous le masque que les mains de la science lui ont arraché (4).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1849 ; par le docteur LEBERT.

Au mois de mai dernier, plusieurs médecins et naturalistes se sont réunis pour former une société dans le but d'étudier, avec des vues d'ensemble et par les voies de l'observation et de l'expérimentation, les phénomènes qui se rattachent à la science de la vie, à la biologie, tant normale que pathologique.

Pénétrés de l'importance qu'aurait pour l'avenir de cette Société le choix de son président, tous les membres fondateurs furent bientôt d'accord de faire l'offre de ce titre à M. Rayer, qui a bien voulu nous faire l'honneur de l'accepter. M. Rayer a pris dès lors une part si active aux travaux et à la direction de la Société, et a témoigné une bienveillance si parfaite à tous ses membres, que c'est pour nous un devoir bien doux de lui en exprimer ici nos sentiments de vive et profonde gratitude.

Le bureau a été constitué de la manière suivante : MM. Claude Bernard et Robin ont été nommés vice-présidents; MM. Follin et Lebert, auxquels on associa plus tard MM. Brown-Sequard et Segond, ont été chargés des fonctions de secrétaires; M. Huette a été désigné comme trésorier et archiviste de la Société de bio-

---

(1) GAZ. DES HÔPITAUX, 31 août 1843.
(2) JOURNAL DE CHIRURGIE, 20 août 1843.
(3) GAZ. DES HÔPITAUX, 31 août 1843.
(4) RAPPORT de la commission des hôpitaux sur les traitements orthopédiques de M. J. Guérin; par une commission composée de MM. Blandin, P. Dubois, Jobert, Louis, Rayer, Serres, et Orfila, président.

logie. Les séances se tiennent tous les samedis, à trois heures, à l'École pratique, dans le grand amphithéâtre de M. Robin.

Les travaux des premiers six mois paraîtront plus tard. Nous allons rendre compte des travaux du mois qui vient de s'écouler.

Nous diviserons ce travail en deux parties : dans la première, nous analyserons les communications faites sur divers sujets de pathologie et d'anatomie morbide; dans la seconde, nous passerons en revue celles qui sont du domaine de l'anatomie, de la physiologie et des sciences naturelles en général.

PREMIÈRE PARTIE. — PATHOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

POILS DANS LES URINES.

1° M. RAYER présente, dans la séance du 27 janvier, les urines d'un enfant qui lui a été amené par M. le docteur Paulin. Cet enfant rend, depuis quelque temps déjà, des poils par les urines. Après s'être convaincu qu'il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une maladie simulée, il a soumis ces productions à l'examen microscopique, qui a été répété pendant la séance, par plusieurs membres de la Société. Le microscope démontre que ces poils sont couverts, dans bien des endroits, de groupes de cristaux d'acide urique. M. Rayer promet de communiquer à la Société, dans une des prochaines séances, le résumé des principales observations qui sont éparses dans la science sur la pili-mixtion vraie ou simulée.

FORMATION DE LA CADUQUE.

2° M. CAZEAUX a présenté, dans la séance du 13 janvier, un œuf humain âgé de 10 semaines environ, rendu par avortement; les membranes étaient intactes, mais l'embryon, mort probablement déjà depuis plusieurs semaines, était presque méconnaissable. La cavité de la membrane caduque est à peu près intacte. M. Cazeaux, tout en déclarant qu'il est disposé à admettre la nouvelle théorie, d'après laquelle la caduque ne serait qu'une transformation de la membrane muqueuse utérine, reconnaît cependant que cette théorie laisse encore plusieurs faits à expliquer. De ce nombre est, par exemple, celui de la cavité, souvent parfaitement close, de la caduque. Dans la discussion qui s'engage à cette occasion, et à laquelle MM. Giraldès, Blot, Depaul, Robin et Follin prennent part, on insiste surtout sur la différence qui existe entre les œufs normaux et les œufs pathologiques, expulsés par avortement et souvent déjà malades depuis quelque temps. C'est ainsi que les ouvertures au niveau des trompes, que M. Blot est toujours parvenu à démontrer dans les œufs normaux par sa méthode ingénieuse de l'insufflation par les trompes, peuvent s'oblitérer par des produits d'exsudation et par des adhérences anormales. L'existence des glandes utriculaires dans la caduque paraît à MM. Robin et Follin une preuve irrécusable de la justesse de la théorie de Coste, de Bischoff, de Weber et de Sharpey. M. Depaul déclare que cette opinion ne lui paraît pas encore fondée sur des preuves irrécusables, et qu'il ne peut par conséquent pas l'adopter.

Dans la séance du 6 janvier, M. Cazeaux a lu une analyse critique des travaux d'obstétrique récemment publiés, et ce résumé important sera reproduit en entier dans les publications de la Société.

TUMEURS FIBREUSES.

3° M. FOLLIN montre, dans la séance du 27 janvier, deux tumeurs fibreuses, dont l'une offre surtout un grand intérêt, à cause de la rareté du fait. La première avait son siége dans le calcanéum; elle existait chez une femme de 70 ans, depuis trois années environ. La partie postérieure du pied a grossi peu à peu. Avant l'opération, on sentait à sa surface des plaques dures, de consistance osseuse, alternant avec des masses plus molles. La malade éprouvait peu de douleurs pendant le repos; la marche et la station étaient douloureuses; la peau, au niveau de la tumeur, est normale. M. Velpeau pratique l'amputation sus-malléolaire. L'examen de la pièce montre tout le calcanéum transformé en une masse blanche, nacrée, dure, craquant sous le scalpel, d'aspect fibreux, avec quelques épanchements sanguins dans l'épaisseur du tissu. Cette masse est parfaitement limitée à toute l'étendue du calcanéum. Au niveau des articulations du calcanéum avec les os voisins, on trouve les cartilages articulaires du calcanéum unis à ceux qui leur correspondent par de fausses membranes vasculaires. L'examen microscopique n'a démontré, dans cette tumeur, que les éléments ordinaires des tumeurs fibreuses.

La seconde tumeur était située à la région interne du genou, et avait le volume d'une tête d'enfant d'un an; elle était très-peu mobile, peu douloureuse, et existait depuis deux ans environ chez un homme de 40 ans, d'une bonne constitution. Cette tumeur a été enlevée par la dissection d'un lambeau demi-circulaire; un prolongement de cette grosseur reposait sur l'artère poplitée. L'examen de la pièce montre qu'elle renferme au centre une cavité irrégulière, remplie d'une sérosité citrine, filante, à parois couvertes de franges fibro-albumineuses. Le tissu de la grosseur est celui des tumeurs fibreuses.

4° M. LEBERT communique, à la suite de la présentation de cette pièce, le fait, rare dans la science, de tumeurs fibreuses multiples disséminées sur toute la surface du corps, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Une de ces tumeurs a été enlevée par M. Lenoir; l'examen anatomique et microscopique y démontre, à n'en pas douter, tous les caractères des tumeurs fibreuses.

Le malade, actuellement encore à l'hôpital Necker, est âgé de 66 ans. L'état général de sa santé ne laisse rien à désirer. La tumeur enlevée avait eu son siége sous la peau à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche. Sa première apparition remonte à plus de trente ans; c'est depuis douze ans surtout que plusieurs centaines de ces tumeurs ont successivement paru dans le tissu cellulaire sous-cutané de la tête, du cou, du tronc, des membres; les plus petites ont le volume d'une lentille; la plus volumineuse, située près du coude gauche, dépasse celui du poing. La peau, au niveau des tumeurs, n'est point enflammée; elle est plutôt trop lâche au-dessus de quelques-unes. Le malade n'a jamais ressenti ni douleurs ni aucun malaise quelconque par suite de ces productions accidentelles multiples. Les dessins qui se rapportent à cette observation, recueillie avec détails, seront plus tard mis sous les yeux de la Société; l'analyse chimique, faite en commun avec M. le docteur F. Verdeil, lui sera également communiquée.

ALBUMINURIE PASSAGÈRE.

5° M. BOUCHUT a lu, dans la séance du 20 janvier, l'observation d'un cas d'albuminurie passagère, et produite sous l'influence d'une congestion sanguine passive. Ce malade était atteint d'une affection organique du cœur, dans le cours de laquelle était survenue une infiltration séreuse de toute la surface du corps, qui était d'une couleur généralement rougeâtre et vivement congestionnée. C'est dans ces circonstances que la présence de l'albumine a été constatée dans les urines. Une saignée de 300 grammes dissipa les signes de cette hypérémie générale, et depuis sa disparition, les urines cessent d'être albumineuses.

A cette occasion, M. Blot appelle l'attention de la Société sur le fait de la production d'une albuminurie passagère qui survient quelquefois pendant le travail de l'accouchement, sous l'influence de la gêne de la circulation, et qui disparaît bientôt d'elle-même. M. Gubler a observé plusieurs fois le fait, déjà signalé par M. Rayer, que l'oblitération des veines rénales pouvait produire l'albuminurie. M. Lebert insiste sur l'utilité d'associer, dans l'étude de cette affection, l'examen microscopique à l'examen par les réactions chimiques. Il sera de cette façon facile d'apprécier si l'albumine existe dans les urines à l'état amorphe, ou si elle est fournie en partie par les globules du sang ou par ceux du pus.

PRÉSENCE DU SUCRE DANS LES MATIÈRES VOMIES PAR UN DIABÉTIQUE.

6° M. BERNARD, dans la séance du 13 janvier, fait voir les matières vomies par un diabétique qui, n'ayant mangé que de la viande, a néanmoins rendu du sucre dans les matières vomies. La présence du glucose est démontrée devant la Société par le procédé si simple et à la fois si sûr de M. Bernard, qui consiste à chauffer dans un tube ce liquide mêlé avec une solution de tartrate de potasse et de cuivre; dès que ce mélange entre en ébullition, le sel de cuivre est immédiatement réduit. C'est par ce même procédé que l'auteur est parvenu à démontrer la présence constante et normale du sucre dans le foie. M. Bernard explique la présence du sucre, dans ces matières vomies, par le fait que lui a déjà démontré antérieurement l'expérimentation, que le suc gastrique peut renfermer en général toutes les substances contenues dans le sang. M. Lebert a préparé avec ce liquide, après y avoir ajouté du chlorure de sodium, le glucosate de sel marin pour étudier ce produit sous le rapport de la polarisation. Le résultat a été négatif.

OSTÉOPHYTES.

7° M. BLOT met sous les yeux de la Société, dans la séance du 6 janvier, une série de crânes de femmes mortes en couches, sur lesquels il fait voir tous les degrés de la production osseuse accidentelle, connue sous le nom d'ostéophyte. On sait que la science possède déjà sur ce genre de production de fort beaux travaux, parmi lesquels il faut placer au premier rang ceux de Rokitansky et de Ducrest. M. Follin a observé, avec M. Cl. Bernard, des ostéophytes semblables à ceux du crâne, dans l'intérieur du bassin, chez des femmes mortes en couches.

M. Blot montre, dans la séance du 20 janvier, le foie d'un enfant qui n'a pu être mis au monde qu'après la perforation du crâne. Ce foie est le siége d'un épanchement sanguin abondant entre la capsule de Glison et la surface de l'organe.

MALADIE SIMULÉE.

8° M. GUBLER communique, dans la séance du 13 janvier, le fait d'une maladie simulée par une personne qui prétendait rendre par le nez des corps étrangers qui, examinés de plus près, n'étaient autre chose que des tissus animaux, probablement des vaisseaux sanguins, enroulés et introduits dans les narines pour être ensuite expulsés. Parmi les diverses preuves les plus importantes, nous citerons : 1° le dégagement ammoniacal, produit par la chaleur, qui dénote la nature animale de ces corps, et 2° l'existence de valvules dans leur intérieur; de plus, les parois, examinées au microscope, avaient tout à fait la structure des tuniques vasculaires.

FAUSSES MEMBRANES DU CROUP.

9° M. GUILLEMIN montre, dans la séance du 20 janvier, les pièces d'un cas de croup, dans lequel les fausses membranes occupaient les amygdales, le larynx et les bronches d'un seul poumon, tandis que ceux de l'autre poumon ne paraissaient pas malades. Les fausses membranes étaient généralement molles et pultacées. Ce fait offrait encore cela de curieux, que les plis arythéno-épiglottiques étaient libres de toute exsudation, laquelle existait pourtant au-dessus et au-dessous.

STRUCTURE DES GLANDES UTÉRINES.

10° M. ROBIN donne, dans la séance du 20 janvier, des détails sur la structure des glandes utérines d'une femme morte dix-huit jours après les couches, et dont les pièces lui avaient été communiquées par M. Blot, avec lequel il a fait cet examen. M. Robin communique de plus, dans la même séance, le résultat de ses études microscopiques faites sur le contenu de la vessie d'un chien auquel M. Hervé avait injecté une solution concentrée de nitrate d'argent dans la

vessie. La cautérisation avait produit de nombreuses papilles noirâtres ; la muqueuse était enflammée, et renfermait beaucoup de globules purulents et pyoïdes. M. Robin insiste, à cette occasion, sur la différence du pus selon les parties qui l'ont fourni.

11° M. Laboulbène présente, dans la même séance, le cerveau d'un mulâtre qui a succombé dans le service de M. Rayer. La substance de cet organe présente une teinte jaunâtre particulière, que l'on ne rencontre point dans le cerveau du blanc.

12° M. Guibout met sous les yeux de la Société, dans la séance du 13 janvier, une tumeur kysteuse et hémorrhagique énorme de l'ovaire.

13° M. Desir montre, dans la séance du 20 janvier, quelques préparations de gravier prostatique.

14° M. Taillet présente, dans la séance du 27 janvier, une pièce fort curieuse d'oblitération du tronc basilaire, provenant du service de M. Rayer.

La matière oblitérante examinée par M. Lebert se compose de grumeaux de fibrine, de globules granuleux, probablement les globules blancs du sang infiltrés de granules graisseux, et d'une quantité notable de cholestérine.

15° M. Raile offre à la Société, dans la séance du 27 janvier, sa thèse sur les affections du cerveau dans les maladies générales, et communique une analyse des principaux points sur lesquels il a fait des recherches.

SECONDE PARTIE. — ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE.

SYSTÈME NERVEUX DES LAMPROIES.

1° M. Robin communique, dans la séance du 6 janvier, le résumé de ses recherches sur le système nerveux des lamproies (petromyzon marinus). Après avoir insisté sur la nécessité de ne faire servir l'anatomie qu'à la physiologie comparée et humaine, il se résume dans les conclusions suivantes :

1° Chez les lamproies, on ne trouve que les 1re, 2e, 3e, 4e, 5e, 8e et 9e paires ; les 6e et 7e paires manquent complètement.

2° La glande pituitaire est volumineuse, en forme de pyramide creuse à parois minces. C'est un peu derrière cette glande que s'insère la 3e paire.

3° La glande pinéale est allongée et volumineuse.

4° Les tubercules optiques sont volumineux, arrondis et creux. Derrière eux s'insère la 4e paire.

MÉCANISME DE LA VOIX DE TÊTE.

5° Le quatrième ventricule est très-grand, et le cervelet étant très-petit, réduit à une petite lame, laisse le quatrième ventricule complétement découvert en haut ; mais il est formé néanmoins par un organe particulier, décrit sous le nom de *tegmen vasculosum* par Bojanus, chez la *tortue d'Europe* et autres reptiles ; il existe aussi chez la lamproie ; il est très-développé, très-vasculaire, régulièrement plissé à sa face interne.

6° La 5e paire naît à l'extrémité antérieure de la moelle épinière ; la portion motrice naît du faisceau antérieur. La racine postérieure est logée dans un sillon sur les côtés du quatrième ventricule, et son origine réelle n'a lieu qu'à 1 ou 2 centimètres plus en arrière.

7° Le nerf auditif naît un peu plus bas, sur les côtés de la moelle épinière ; un renflement existe, à son niveau, dans le quatrième ventricule.

M. Robin a de plus montré, dans la séance du 27 janvier, l'organe électrique d'un gymnote, et il promet de donner prochainement des détails sur sa structure intime. Le grand volume de cet organe le rend facile à étudier.

2° M. Segond a exposé, dans la séance du 6 janvier, le résumé de ses recherches sur la voix de tête. Il a été frappé par la proportion relative des replis inférieurs et supérieurs de la glotte chez les animaux qui ont deux rubans vocaux. Cuvier et Carus, en examinant le larynx de certains singes et de la plupart des carnassiers, n'ont pu s'empêcher d'attribuer à la glotte supérieure une part capitale dans les phénomènes vocaux. M. Segond, en pénétrant dans l'intervalle crico-thyroïdien, sur un chat domestique, a fait la section des replis inférieurs de la glotte et a vu la voix se reproduire lorsque l'ouverture de l'opération a été guérie.

M. Segond espère pouvoir démontrer que chez les animaux qui ont deux registres de sons, il y a deux instruments, seule manière d'expliquer les phénomènes appartenant à ces deux registres, que chez l'homme, par conséquent, la glotte inférieure est l'organe de la voix de poitrine, et la glotte supérieure l'organe de la voix de tête.

ACTION TOXIQUE DE L'ATROPINE. — SUR LE TOURNOIEMENT.

3° M. Cl. Bernard a rendu compte, dans la séance du 20 janvier, de ses expériences sur l'atropine. On a prétendu que cette substance vénéneuse agissait sur les chiens et non sur les lapins. Mais cette différence n'a lieu que lorsqu'on administre aux uns et aux autres le poison par la bouche, car il est très-facile de mettre les chiens à jeun, tandis qu'il est beaucoup plus difficile de rencontrer l'estomac vide chez les lapins. Il vaut donc bien mieux recourir à l'injection dans les veines pour obtenir toute l'action de l'atropine ; il est nécessaire en outre qu'elle soit bien dissoute. En employant cette précaution, 5 centigr. d'atropine ont simplement narcotisé un chien, tandis qu'un lapin a été tué par cette même dose, ce qui n'a rien de surprenant vu qu'il a une quantité de sang moins considérable que le chien.

Dans la séance du 27 janvier, M. Cl. Bernard a communiqué le résultat de ses expériences sur le tournoiement. Il commence par exposer la divergence des résultats obtenus par les divers auteurs ; les uns prétendent que la piqûre du pédoncule fait tourner du même côté, tandis que d'après d'autres expérimentateurs le même mouvement aurait lieu du côté opposé. M. Bernard a trouvé que lorsqu'on piquait chez un animal (chien, chat, lapin) le pont de Varole au devant de l'origine de la 5e paire, on produisait le tournoiement du côté opposé, tandis qu'il avait lieu du même côté si la piqûre était faite en arrière. D'après ce fait, il est probable qu'il existe au devant de l'origine du trifacial quelques entre-croisements des fibres.

M. Bernard profite de cette occasion pour rapporter un autre fait propre au système nerveux, c'est la constance des mouvements de resserrement dans l'action réflexe chez les grenouilles lorsqu'on agit sur les racines postérieures, tandis qu'un mouvement d'extension a lieu au contraire lorsqu'on agit sur les racines motrices. Un cas qui a quelque rapport avec ce phénomène s'est présenté dans les salles de M. Rayer. Ce malade, qui, lorsqu'on le pinçait, contractait les membres supérieurs et inférieurs paralysés, a offert à l'autopsie une altération des faisceaux postérieurs de la moelle par suite d'un dépôt crétacé ; on aurait plutôt cru trouver l'altération dans les faisceaux antérieurs. Des faits pareils semblent venir à l'appui de la thèse défendue déjà en 1809 et de nouveau en 1848 par M. Walker, d'après lequel le siége des mouvements serait dans les racines postérieures et celui du sentiment dans les antérieures. Sans adopter cette opinion paradoxale, il est de fait cependant que le mouvement peut être détruit dans les cas pathologiques, par l'altération des parties sensitives, et qu'il y a une telle liaison entre les deux ordres de phénomènes qu'il faut que l'une soit intacte pour que l'autre le soit aussi.

M. Brown-Sequart attaque cette liaison si intime d'après ses expériences et d'après des cas pathologiques. Quant au tournoiement, il a vu que la section du pédoncule en dedans des trijumeaux produisait des mouvements du même côté, tandis que la section en dehors les provoquait du côté opposé. Une piqûre superficielle des tubercules quadrijumeaux le produit aussi du même côté ; mais si on enfonce l'instrument plus profondément, il se produit du côté opposé. Quant aux mouvements excités par l'action réflexe, ils sont plutôt sous l'influence de cette loi si curieuse de l'appropriation au but, d'après laquelle une grenouille porte les pattes vers le point pincé. Il a observé des phénomènes analogues sur un malade au Val-de-Grâce.

M. Bernard dit qu'on peut facilement prendre l'abolition incomplète de la sensibilité pour sa cessation complète, et dans ces cas, cette liaison entre le mouvement et le sentiment n'existerait pas. Il a observé une malade dont la peau était insensible ; mais lorsqu'on enfonçait des épingles plus profondément, la malade manifestait des douleurs. Elle eut une angine qui non-seulement fut douloureuse par elle-même, mais qui la fit souffrir par les sangsues appliquées au cou, et dont les piqûres lui occasionnèrent de vives douleurs. Quant au mouvement d'appropriation, il est sous l'influence d'autres phénomènes. M. Brown-Sequart promettant de faire sur ces questions une communication ultérieure, la discussion sur ce sujet ne continue pas.

ACTION DE LA LUMIÈRE LUNAIRE SUR LA PUPILLE.

4° M. Brown-Sequart communique, dans la séance du 13 janvier, le résultat suivant d'une expérience qu'il a répétée un grand nombre de fois depuis plus d'un an. Il a trouvé que la lumière réfléchie par la lune, bien qu'étant trois cent mille fois moins intense, au moins, que celle venant directement du soleil, peut faire contracter l'iris de l'homme et des mammifères.

DIVERSES ANOMALIES D'ŒUFS DE POULE.

5° M. Rayer met successivement, dans les séances du 20 et du 27 janvier, des œufs de poule sous les yeux de la Société. Le premier est un œuf de poule *hardé* ou sans coque. Il fait observer que quelquefois ces œufs manquent de vitellus. Une des causes de l'absence de la coque est une trop faible quantité de sels calcaires dans la nourriture. M. Paris (Transact. of the Linnean Society, t. X, p. 311) rapporte qu'une poule, atteinte d'une fracture, produisait des œufs sans coque. Vauquelin a trouvé moins de chaux dans les œufs de poule pendant la ponte. Suivant M. Roulin (Ann. des sc. nat., t. XIX, p. 282), l'ergot de maïs doit exciter les poules à pondre des œufs sans coque. L'œuf mis sous les yeux de la Société montre à chaque extrémité un prolongement en forme de cordon, resemblant aux chalazes.

La seconde anomalie est celle de deux œufs de poule inclus dans la même coquille ; il provient d'une poule qui a déjà pondu plusieurs fois des œufs à deux jaunes. Il pèse 108 grammes ; un œuf ordinaire pèse 64 grammes. Dans un cas semblable, les deux jaunes étaient contigus et unis par deux petits prolongements, semblables aux chalazes.

A cette occasion, M. Rayer rappelle qu'en analysant les observations déjà nombreuses d'œufs inclus dans un autre œuf chez les oiseaux, elles paraissent pouvoir être rapportées à quatre groupes principaux : 1° une seule coquille avec un seul albumen autour des deux jaunes contigus, comme dans le cas actuel ; 2° un œuf complet contenant dans son albumen un autre petit œuf complet (coquille, albumen, vitellus) ; 3° un œuf incomplet sans vitellus, renfermant un petit œuf complet ; 4° un œuf complet renfermant un petit œuf incomplet sans vitellus.

M. Bernard connaît un cas où une poule avait pondu des œufs à deux jaunes qui furent couvés et fournirent neuf jumeaux, ainsi dix-huit poulets bien conformés ; un seul œuf avait manqué.

M. Lebert insiste sur la différence qui existe entre le développement gemellaire et la monstruosité dans laquelle deux embryons de poules sont réunis ensemble. Il a observé un cas de ce genre sur un œuf de poule incubé depuis six jours. Les deux embryons étaient réunis par la partie antérieure de la poitrine. L'œuf n'offrait, du reste, rien d'extraordinaire et n'avait eu qu'un seul jaune ; en sorte que les deux embryons s'étaient développés dans la même cicatricule.

6° M. Montagne rend compte, dans la séance du 23 janvier, de ses recherches sur les plantes parasites qui croissent sur les fruits de l'olivier; il y a toujours une espèce d'algues du genre *fusarium*.

7° M. Laboulbène montre, dans la même séance, plusieurs espèces de mouches parasites qui se sont développées dans les diverses parties du fruit de l'olivier.

SUR DIVERS EFFETS DE LA TROMBE DE MONTVILLE.

8° M. Martens expose à la Société, dans la séance du 20 janvier, le résumé de ses observations sur la trombe de Montville. Il montre plusieurs fragments d'arbres brisés par cette trombe; ils offrent, à leur extrémité brisée, un pinceau d'esquilles et de lamelles qui les font aisément distinguer de la brisure par un coup de vent. Ce clivage des arbres est accompagné, d'après M. Martens, de la dessiccation de la sève et de la torsion du tronc par suite de la très-forte décharge électrique qui accompagnait la trombe. Les melèzes, ainsi que les arbres résineux en général, n'ont point été clivés. Beaucoup de personnes ont été assez grièvement blessées; mais rien, dans leurs blessures, ne dénotait l'action spéciale de l'électricité.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

QUINIDINE, NOUVEL ALCALI DU QUINQUINA.

M. Vinckler, qui s'est déjà occupé avec succès de l'étude des alcalis du quinquina, signale, dans quelques-unes de ses écorces qui ressemblent le plus au quinquina des Huamalies, la présence d'un nouvel alcaloïde, la *quinidine*, qui cristallise sous forme de cristaux qui rappellent l'amygdaline, cristaux durs au toucher et de forme rhomboïdale sous le microscope. Cet alcaloïde est plus soluble dans l'alcool que la cinchonine, moins que la quinine, mais très-soluble dans l'eau. Le sulfate de quinidine est assez difficile à distinguer du sulfate de quinine : il n'en diffère que par la grande facilité avec laquelle l'ammoniaque précipite la quinidine de la solution de ce sulfate. Lorsqu'il existe du sulfate de quinidine dans le sulfate de quinine, la solution de ce mélange est précipitée par le carbonate de soude, et les alcaloïdes se dissolvent dans l'alcool à 0,863. La quinidine ne tarde pas à se cristalliser. (Répertoire de pharmacie.)

ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'IODOFORME; SON EMPLOI DANS LES MALADIES CUTANÉES ET DANS LE GOÎTRE.

L'iodoforme a été peu employé jusqu'ici en France. Le docteur Litchfield s'en est servi contre les engorgements glandulaires, dans le prurigo et la lèpre. Cette substance possède, au dire de ce praticien, des propriétés extrêmement favorables contre les maladies de la peau, le *psoriasis*, l'*impetigo*, le *porrigo* et la *grosse gale*.

M. le docteur Glover l'emploie, dans les maladies de la peau, sous forme de pommade, contenant 4 grammes d'iodoforme pour 32 grammes de cérat simple.

Dans le traitement du goître, M. Glover l'emploie à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur, il commence par 2 grains en trois pilules, et ne va pas au delà de 3 grains. Sous l'influence de ce moyen, on voit les goîtres diminuer rapidement de volume.

Dans un cas où la maladie datait de sept années, et où le goître avait le volume d'un fort navet, en quatre mois la tumeur était réduite au volume d'une petite noix. Dans un autre cas, où le goître datait de quatre ans, et était assez volumineux pour gêner la déglutition, la tumeur disparut presque entièrement en quelques mois. L'auteur ajoute qu'il a le soin de suspendre de temps en temps le traitement, de peur de fatiguer les organes digestifs.

Le seul effet physiologique qui ait été noté est l'augmentation dans la quantité des urines. (Monthly Journal of medicine.)

TEINTURE D'IODE POUR FAIRE AVORTER LES PUSTULES VARIOLIQUES.

D'après une note insérée dans le British american Journal, la teinture d'iode aurait, comme les préparations mercurielles, l'avantage de faire avorter les pustules varioliques. Il suffirait d'étendre cette teinture à l'aide d'un pinceau sur toutes les parties qu'on tient à préserver de cicatrices indélébiles. On peut se borner à une application par jour; mais le traitement doit être commencé dès les premiers jours de l'éruption, et être répété jusqu'au cinquième ou sixième jour. On voit alors, sous l'influence incontestable de ce topique, le gonflement de la peau diminuer, les pustules s'aplatir sans suppuration préalable, et les croûtes qui les remplacent tomber sans laisser de traces.

Cette nouvelle application de la teinture d'iode pourra peut-être mettre sur la voie de l'emploi de préparations analogues à l'intérieur dans le traitement de la variole.

BIBLIOGRAPHIE.

DES HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES DE L'INTÉRIEUR DU CRANE; par M. Rollet. — Thèse de Paris, du 26 décembre 1848.

Parmi les questions multiples qui composent l'histoire des hémorrhagies traumatiques intra-crâniennes, l'auteur de cette thèse en a, de propos délibéré, omis un certain nombre. Mais on doit, à sa justification, remarquer que ces lacunes volontaires ont porté sur les points les mieux connus, tels que les signes des épanchements sanguins, les indications du trépan, etc.; de sorte que, loin de lui reprocher ces éliminations, il y aurait bien plutôt lieu d'applaudir à l'abnégation qui lui a permis d'être complet, et même original sur quelques-uns des problèmes les plus récemment soulevés et les plus féconds en applications cliniques. — Forcés nous-mêmes de faire un choix dans ces chapitres, fruits d'une option réfléchie, nous mentionnerons seulement ceux des passages qui nous ont paru dignes d'être consultés avec le plus d'avantage et de rester au répertoire de la science.

Les différentes sources de l'hémorrhagie crânienne n'avaient jusqu'ici été désignées que d'une manière très-vague. En général les auteurs, en traitant ce sujet, admettent la *possibilité* de la lésion des vaisseaux de tout ordre et de tout calibre; mais les *preuves* de cette possibilité restaient enfouies éparses dans cent recueils divers. Il s'agissait donc, pour convertir la simple assertion en vérité acceptable, de compulser aux sources mêmes les éléments matériels de la démonstration. Ce travail a été aussi bien exécuté que bien compris par M. Rollet : et, après avoir lu l'analyse des cas qu'il rapporte de lésion des vaisseaux les plus importants de la région, non-seulement on ne niera plus la réalité de ces blessures, mais on pourra encore apprécier et la fréquence et la gravité proportionnelles de chacune d'elles. — La méningée moyenne et le sinus longitudinal supérieur sont ceux qui ont fourni les plus nombreux exemples de division traumatique.

Un fait pratique de la plus haute importance a été parfaitement mis en relief par M. Rollet; et nous insistons d'autant plus volontiers sur son énoncé qu'il était généralement méconnu jusqu'ici. On accorde communément fort peu d'attention, dans les plaies de tête, à la fracture du crâne elle-même; bon nombre d'auteurs affirment même très-catégoriquement que, dans le pronostic de ces plaies, tout doit être subordonné à l'altération des parties contenues, sans faire entrer en ligne de compte les effets de la solution de continuité osseuse. Cependant la rupture du tissu compact n'expose-t-elle pas, là comme aux autres parties du squelette, les veines de la couche spongieuse à subir l'inflammation qui si souvent s'accompagne de phlébite et de ses funestes conséquences?.... *A priori*, on ne peut nier qu'il n'en doive être ainsi. Expérimentalement, on sait que l'infection purulente se développe souvent à la suite des plaies de tête. Le phénomène est d'ailleurs très-facile à expliquer, puisque les fractures du crâne étant souvent dues à l'action d'une cause violente et directe, se compliquent ordinairement de plaie extérieure qui permet à l'air de pénétrer et de vicier la sécrétion purulente. Les simples fissures de la base du crâne n'échappent point à ce danger; car puisqu'il est aujourd'hui constaté qu'elles suffisent fréquemment à laisser transsuder de la sérosité, à plus forte raison doivent-elles livrer accès à l'air atmosphérique. — Or, si l'on se rappelle qu'à chaque inspiration, à chaque diastole du cœur, le sang appelé vers la poitrine laisse dans la cavité crânienne un vide, on comprendra aisément comment chacun de ces mouvements doit donner lieu à la pénétration d'une certaine quantité d'air dans la boîte crânienne. Ce fluide est alors aspiré entre les lèvres des plaies pénétrantes de poitrine. Les mêmes phénomènes qui prouvent l'évidence du double mouvement alternatif d'expansion et d'affaissement du cerveau établissent la réalité de l'introduction de l'air à travers l'écartement des fragments.

Nous empruntons à M. Rollet lui-même la conclusion à tirer en chirurgie de ces intéressantes données : « Comment s'étonner dans ces cas, dit-il, de l'inflammation du diploé, de la suppuration des sinus, de la méningite, de l'encéphalite, lorsqu'on se rappelle ce qui se passe dans les articulations en contact avec l'air extérieur, dans la cavité pleurale où le sang épanché dans la plèvre est mêlé à l'air extérieur, et dans toutes les fractures où les fragments osseux sont baignés par ce fluide, parce qu'une plaie des téguments les met en contact avec lui? »

Nous abordons maintenant le sujet le plus intéressant comme donnée séméiologique, je veux parler des écoulements ou infiltrations de liquide, qui peuvent se faire hors du crâne lorsque ses parois ont été fracturées. Pour mieux embrasser et utiliser les signes qui résultent de ce phénomène, M. Rollet a sagement procédé en le décomposant en deux classes, d'après la nature de ses produits. Ainsi, il considère d'abord les épanchements et les infiltrations sanguines, puis les épanchements et les infiltrations séreuses.

Les écoulements de sang, lorsqu'ils s'opèrent à travers une fracture de la voûte, peuvent se manifester par des tuméfactions sous-tégumentaires et déceler par leur présence le siége de la solution de continuité osseuse. Leur signification dans ce sens n'est cependant pas univoque; car une simple contusion des parties extérieures au crâne donne souvent lieu à des tumeurs offrant la même apparence. Et ce qui rend, dans ces cas, la chance d'erreur encore plus probable, c'est qu'aucun moyen n'est tracé dans les livres classiques pour porter ce diagnostic différentiel. Aussi reproduisons-nous avec empressement ceux qu'indique l'auteur :

1° Les infiltrations sanguines venues de la cavité crânienne sous les téguments à travers une fracture ne se manifestent à l'extérieur que quelques jours après l'accident, tandis que celles qui sont dues à une contusion simple acquièrent en général tout leur développement en quelques heures.

2° Les premières sont plus ou moins dures ou plus ou moins molles dans tous leurs points, à la circonférence comme au centre, tandis que les secondes sont fluctuantes au centre, où le sang est épanché, résistantes et comme entourées d'un cercle solide à leur pourtour, où ce liquide n'est qu'infiltré.

3° Les premières, quand la fracture est assez large, peuvent diminuer beaucoup par la pression, et en diminuant, elles augmentent les symptômes de compression, s'il en existe; les secondes diminuent peu à la pression, et en diminuant elles n'ont aucune influence sur les fonctions cérébrales.

4° Les premières, en supposant toujours la fracture assez large, peuvent être agitées des mêmes mouvements que le cerveau (synchroniques et aux pulsations du pouls et aux deux temps de la respiration); les secondes ne présentent des pulsations isochrones au pouls que quand une artère volumineuse leur a donné naissance.

Relativement aux épanchements et infiltrations de l'orbite, M. Rollet distingue avec le même soin et la même précision celles qui accusent une fracture d'avec celles dont une contusion directe est la cause. Indépendamment de ceux des caractères différentiels précédents qui leur sont applicables, il fait remarquer que les premières infiltrations sont bien limitées à la conjonctive et aux replis palpébraux, et ne s'accompagnent pas de sensibilité ni de tuméfaction locales, tandis que celles de la seconde espèce s'étendent souvent aux environs de l'orbite, à l'intérieur des chambres de l'œil, et rendent douloureuses et gonflées les parties qui en sont le siége.

Les écoulements sanguins de la base du crâne ont été l'objet de plusieurs remarques non moins judicieuses. Le sang qui sort par le nez peut venir d'une épistaxis; mais alors il ne coulerait pas plusieurs jours de suite comme après les fractures. — Une hémorrhagie par l'oreille n'annonce pas toujours que le sang sorte de l'intérieur du crâne. M. Klippel a vu les conduits auditifs, et M. Follin les cellules mastoïdiennes, fracturés donner lieu à ce phénomène. Réciproquement aussi, on a observé une hémorrhagie abondante, suite de fracture crânienne, se faire dans l'oreille interne sans qu'une goutte de sang parût à l'extérieur, parce que la membrane du tympan était restée intacte (autre fait de M. Follin).

L'écoulement du sang par le pharynx mérite aussi toute l'attention des chirurgiens, soit parce qu'il peut être méconnu, le sang étant avalé, soit à cause de l'obscurité de sa signification clinique. En effet, le sang que le malade rend par expuition est souvent le produit d'une hémorrhagie versée dans le pharynx par les narines postérieures ou par les trompes d'Eustache. Mais il peut aussi parvenir directement dans le pharynx à travers une fracture de cette partie de la base du crâne que limitent en avant les deux apophyses ptérigoïdes, en arrière les deux condyles de l'occipital, et qui comprend la selle turcique, l'apophyse basilaire et le sommet des deux rochers. — Le diagnostic de la source précise de l'hémorrhagie pharyngienne est donc, on le voit, extrêmement important; et quoique M. Rollet en ait plutôt indiqué les éléments que détaillé les règles, on doit lui savoir gré de l'attention que ses recherches appelleront sans doute sur le même objet de la part d'autres observateurs.

Nous n'insisterons point sur les considérations que M. Rollet présente, en terminant, sur l'origine, le mécanisme et la valeur diagnostique des écoulements et infiltrations de sérosité, qui se font à l'extérieur du crâne. Malgré le talent réel avec lequel il a développé toutes les théories et discuté toutes les objections émises sur la véritable source de cette sérosité, cette partie du mémoire ne nous a offert, au fond, aucun argument que M. Laugier n'eût déjà fait valoir, il y a trois ans (v. GAZ. MÉD., 1845, p. 815). Nous renvoyons donc le lecteur au travail original du savant professeur, dont M. Rollet a accepté les diverses conclusions, en les défendant soit contre les fins de non-recevoir, soit contre les prétentions rivales des explications qu'on avait voulu leur substituer.

VARIÉTÉS.

— L'administration supérieure des hôpitaux vient d'être organisée ainsi qu'il suit :

Directeur général : M. Davenne, chef de division au ministère de l'intérieur.

Inspecteurs : MM. Vée et Dumont.

Les membres de l'ancienne commission administrative deviennent chefs de division.

— M. le docteur Petit, auquel, après la révolution de février, on avait enlevé sa position à Vichy, vient d'être réintégré dans ses fonctions de médecin inspecteur-adjoint.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Aimé Bonpland, voyageur naturaliste; le docteur Jackson (de Boston); le docteur Patissier, trésorier de l'Académie de médecine; le docteur Roulin, sous-bibliothécaire de l'Institut, chargé de la rédaction des comptes rendus des séances de l'Académie des sciences.

— Dans la séance de rentrée des cours de l'École préparatoire de médecine de Nantes, des prix ont été accordés à deux élèves de première classe, MM. Brunet et Resserve; à deux élèves de deuxième classe, MM. Henry et Antier, et à deux élèves de troisième classe, MM. Kolakowski et Destez.

Le prix de clinique a été décerné à MM. L. Aeffard, Davan et Marcé.

— Le docteur Michel Fodéra, professeur de physiologie humaine à l'Université de Palerme, est mort le 30 avril 1848, âgé de 56 ans.

— Un journal médico chirurgical de Saint-Louis (Amérique du Nord) dit qu'il existe à Ankans un médecin dont la méthode curative est aussi simple que nouvelle. Tout son attirail consiste en un dé à huit facettes. Sur chacune de ces facettes, on voit une lettre correspondante à un des moyens adoptés par le docteur. Ainsi la lettre *v* pour vomitif, la lettre *p* purgatif, et ainsi de suite. Lorsque ce singulier praticien s'approche du chevet d'un malade, il ne lui tâte pas le pouls, ne lui fait aucune demande importune. Il se contente de jeter son dé magique et fait telle prescription que le hasard lui envoie. On dit que cette méthode a le plus grand succès.

— Madame veuve Schœffer exerce illégalement à Anvers l'art de guérir. Sa réputation vient d'être rehaussée par un procès où elle a été condamnée à 25 florins d'amende. Pour éviter la répétition de semblables désagréments, on dit que le docteur en cornette se serait associé avec un docteur à diplôme, et qu'elle ferait désormais profiter l'humanité souffrante de ses rares talents sous la responsabilité de son associé.

— MORTALITÉ PARMI LES ÉMIGRANTS ALLEMANDS ET IRLANDAIS EN AMÉRIQUE DURANT L'ANNÉE 1847. — La mortalité dans ces deux classes d'émigrants a dû naturellement être proportionnée aux conditions différentes dans lesquelles se trouvaient les voyageurs de ces deux pays. Les Allemands bien constitués, bien portants, ayant tout le bien-être possible en pareille circonstance, la propreté du corps et des habits, ont souffert beaucoup moins que les Irlandais qui étaient dans les plus tristes conditions de faiblesse, de malpropreté et de dénûment. La proportion des malades reçus dans les hospices de New-York a été, dit-on, d'un Allemand sur 10 Irlandais.

Voici ce que rapporte le comité des émigrants de Montreal pour l'année 1847 : « L'année 1847 a surpassé toutes les précédentes pour le nombre des émigrants arrivés au Canada. Sur près de 100,000 provenant des îles britanniques, 5,000 ont péri dans la traversée, 3,389 à Grosse-Isle, 1,137 à Guébec, 3,862 à Montreal, 130 à Lachisse et 39 à Saint-John; en tout 13,557. On ignore le nombre de ceux qui ont péri dans la partie orientale du Canada; mais en défalquant du chiffre total ceux qui ont péri et ceux qui ont probablement passé aux États-Unis, il reste à peine 50,000 individus de 90,000 et quelques cents qui s'étaient dirigés au Canada.

» La maladie qui décime ces émigrants est le typhus pur. Dans quelques vaisseaux cependant il s'y est joint la dyssenterie, la petite vérole et la rougeole. »

— RAPPORT ANNUEL DE L'INFIRMERIE D'ÉDIMBOURG. — Il a été reçu dans le cours de l'année 1848, à l'infirmerie royale d'Edimbourg, 7,763 individus, desquels 5,552 sont sortis guéris, 452 améliorés; 130 sont partis après une consultation, 70 ont été déclarés incurables, 56 non guéris, 1,176 morts à l'hôpital. Total, 7,445. Malades demeurés en traitement, 318. Le chiffre des malades en traitement de l'année 1848 dépasse de 58 celui de l'année précédente. Le plus haut chiffre des fiévreux a été 512, le moindre 86; la moyenne des fiévreux, par conséquent, a été 327, tandis que la moyenne de la totalité des maladies était de 535. La moyenne générale de l'année précédente était 488. Le chiffre énorme de cas de mort, en proportion du nombre total des maladies, est dû au système de libre admission de toutes les classes d'individus, dont un grand nombre, pendant le règne des fièvres, sont arrivés de la campagne dans un état tout à fait désespéré.

La recette générale a été de.	9,320 l. 14 s. 2 1/2.
La dépense, de.	10,980 l. 7 s. 8 1/2.
Ce qui fait un déficit de.	1,656 l. 12 s. 6.

— LE MANUEL MÉDICAL DE LONDRES pour l'année 1849, édité par M. Churchill, vient de paraître. Cet ouvrage contient les documents les plus complets sur tout ce qui a trait à la science médicale en Angleterre.

On trouve à Paris cette intéressante publication, à la librairie Mandeville, 28, rue Vivienne.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

NOUVEAU CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME. — COUP D'ŒIL RÉTROSPECTIF SUR LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE.

M. le docteur Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient d'adresser à L'UNION MÉDICALE la relation d'un nouveau cas de mort par le chloroforme. Avant de nous livrer aux réflexions que ce fait important suggère, nous devons le reproduire dans tous ses détails, accompagné des remarques dont l'a fait précéder et suivre l'honorable chirurgien. Voici sa lettre.

« A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE L'UNION MÉDICALE.

» Monsieur le rédacteur,

» Pendant que la discussion sur le chloroforme est encore ouverte à l'Académie nationale de médecine, je crois de mon devoir de publier sans retard un cas d'inhalation chloroformique suivi de mort que je viens d'avoir la douleur d'observer à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Jusqu'ici partisan déclaré du chloroforme, je ne sais encore si je me déciderai à en continuer l'emploi ou à l'abandonner. Pour éclairer ma conduite future, je ne puis rien faire de mieux que de livrer le fait à votre appréciation et à celle de la presse médicale en général.

» OBS. — J. Verrier, âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, n° 45, le 24 janvier 1849. Il est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez bonne. Cependant il porte aux jambes des cicatrices d'abcès froids, qu'il attribue aux travaux de sa profession de mineur. Il vient à l'hôpital pour une maladie du médius de la main droite, consistant en une nécrose complète de la première phalange avec suppuration, fistules et fongosités des deux articulations dont cet os fait partie. La maladie ne pouvant guérir que par une opération, celle-ci est arrêtée pour le 31 janvier. On se propose d'amputer le doigt et de reséquer, au besoin, la tête du métacarpien.

» Le jour venu, après s'être assuré que le malade jouit d'ailleurs d'une bonne santé et n'a pris aucun aliment, on le fait placer sur un lit et on le soumet à l'inhalation du chloroforme, qu'il a désirée et qui ne lui inspire aucune appréhension. Le flacon qui renferme l'agent anesthésique est le même qui a servi, un instant auparavant, à endormir une jeune fille chez laquelle tout s'est passé régulièrement. On se sert, comme d'ordinaire, d'une compresse à tissu très-clair, étendue au devant du visage, laissant un passage facile à l'air atmosphérique, et l'on verse le chloroforme par gouttes, à plusieurs reprises, sur la portion de la compresse qui correspond à l'ouverture du nez. Deux aides très-habitués à la chloroformisation en sont chargés, et explorent en même temps le pouls aux radiales. L'opérateur surveille et dirige le travail des aides. Après quatre à cinq minutes, le malade sent et parle encore. Une minute de plus s'est à peine écoulée, que le malade prononce quelques mots et manifeste une légère agitation. Il a absorbé tout au plus 6 à 8 grammes de chloroforme; ou plutôt c'est cette quantité qui a été versée sur la compresse, et l'évaporation en a nécessairement entraîné la plus grande partie. Le pouls est resté d'une régularité parfaite sous le rapport du rhythme et de la force des battements. Tout à coup le patient relève brusquement le tronc et agite les membres, qui échappent aux aides; mais ceux-ci les ressaisissent promptement et remettent le malade en position. Ce mouvement n'a pas duré certainement plus d'un quart de minute, et cependant l'un des aides annonce immédiatement que le pouls de la radiale a cessé de battre. On enlève le mouchoir; la face est profondément altérée. L'action du cœur a cessé tout à fait : plus de pouls nulle part; plus de bruits dans la région du cœur. La respiration continue encore, mais elle devient irrégulière, faible, lente, et cesse enfin complétement dans l'espace d'une demi-minute environ.

» Au premier signal donné, on a dirigé des moyens énergiques contre les accidents, dont la gravité a été immédiatement comprise. On approche un peu d'ammoniaque sur un linge de l'ouverture du nez; on en verse une grande quantité sur le thorax et sur l'abdomen, que l'on frictionne avec force. On cherche à irriter, avec la même substance, les parties les plus sensibles des téguments, telles que les lèvres et la muqueuse génitale. On applique de la moutarde; on incline la tête hors du lit; enfin on cherche à ranimer la respiration par des pressions alternatives sur l'abdomen et sur la poitrine. Après deux ou trois minutes, la respiration reparait et prend même une certaine ampleur, mais le pouls ne se relève nulle part. On insiste sur les frictions. La respiration se ralentit de nouveau et cesse encore une fois. L'espérance qu'on avait conçue s'évanouit. On insuffle de l'air dans la bouche et jusque dans le larynx, en portant une sonde à travers l'ouverture de la glotte, parce qu'en soufflant dans la bouche on s'aperçoit que l'air passe dans l'estomac. Des fers à cautère ayant été mis au feu dès le début des accidents, le chirurgien cautérise énergiquement les régions précordiale, épigastrique et prélaryngienne. Le pouls ne reparait point. On continue pendant plus d'une demi-heure tous les efforts imaginables pour ramener le malade à la vie; ils restent inutiles.

» L'autopsie n'a pu être pratiquée que 72 heures après la mort, parce que le corps, réclamé d'abord par les parents, a été ensuite abandonné. La température étant assez froide, le cadavre n'offre pas encore de traces de décomposition. La rigidité est même encore assez prononcée dans les membres. Les traits n'offrent pas d'altération particulière. L'examen de tous les organes est fait avec soin.

» L'estomac contient environ 45 grammes d'un liquide épais, couleur lie de vin, qui ne ressemble point à un liquide alimentaire. Il est distendu par des gaz, ainsi que le reste du tube digestif, sain d'ailleurs. Le foie et la rate sont un peu congestionnés.

» Le cœur, d'un volume normal, est affaissé, vide d'air et de sang. Les parois ventriculaires sont seulement humectées par une écume fine, très-rouge, donnant l'idée d'un peu de sang qui aurait été battu, fouetté par les colonnes charnues du cœur. Les veines caves et la veine porte sont distendues par un sang noir, fluide, très-abondant. Sur la valvule d'Eustachi, on trouve un caillot fibrineux, peu consistant, du poids de 4 à 5 grammes. C'est le seul qu'on rencontre dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux. On a d'ailleurs ouvert ces cavités avec assez d'attention pour être sûr qu'aucun fluide aériforme n'y était accumulé en quantité notable.

» Les poumons se sont rétractés fortement à l'ouverture du thorax; ils offrent une teinte noire ardoisée très-prononcée. Leur coupe offre la même teinte; leur tissu est sain d'ailleurs. Le larynx et la trachée n'offrent aucune lésion. Le cerveau est intact; les sinus de la dure-mère contiennent une assez grande quantité de sang noir non coagulé (Observation recueillie par MM. BRETIN et PETIT, internes du service).

» Je ne ferai pas suivre de longues réflexions le récit de ce fait, qui en dit assez par lui-même. Cependant je dirai qu'à mon avis, en raison du procédé suivi pour l'inhalation, et de l'état dans lequel on a trouvé, à l'autopsie, les appareils respiratoire et circulatoire, ce n'est pas à l'asphyxie proprement dite qu'il faut attribuer la mort. Dans l'asphyxie, c'est le poumon ou quelque autre partie des voies aériennes qui devient le point de départ de l'obstacle apporté à la circulation. Le sang s'arrête de proche en proche dans les cavités droites du cœur et dans le système veineux général. Or, dans le cas qui nous occupe, l'artère pulmonaire contenait peu de sang, le ventricule et l'oreillette du côté droit étaient à peu près vides; le système veineux seul était rempli. Loin d'avoir été dilaté par le sang arrêté dans son cours, le cœur était affaissé, vide, comme si une contraction tétanique s'en était emparée et s'était opposée brusquement au jeu de ses fonctions. Comme il n'y avait dans le cœur d'autre gaz que celui en très-petite quantité qui, mêlé au sang, avait donné lieu à cette écume vermeille dont il a été parlé, je ne pense pas qu'on puisse expliquer la mort en admettant qu'il y ait eu intro-

---

Feuilleton.

LA FIÈVRE DE FAMINE (1).

Quand un homme dans les conditions ordinaires de santé, est subitement privé d'aliments, on voit se succéder chez lui une série de phénomènes d'une gravité toujours de plus en plus grande, depuis la simple sensation de la faim jusqu'à l'horrible torture qui, précédant la défaillance fatale, trahit les ravages organiques que le manque de nourriture opère en lui. Et quand la science recherche sur les restes de la victime la cause des inexprimables souffrances qu'elle a subies avant l'heure suprême, elle constate que cette cause existe dans les désordres profonds que les tissus organiques, surtout ceux de l'estomac et des intestins, offrent aux investigations des anatomistes.

Mais lorsque l'épuisement de l'homme a lieu lentement et par une épreuve prolongée; lorsque celui que l'indigence accable n'a d'abord, pour réparer les pertes que ses organes subissent, qu'une nourriture de plus en plus insuffisante quant à la quantité, et dont la qualité devient successivement de plus en plus mauvaise, pour tomber enfin, et de degré en degré, dans le dénûment le plus profond, on comprend que chez lui les altérations de l'organisme diffèrent beaucoup de celles qui sont le résultat de l'action rapide, je dirai presque corrosive, de la faim.

Dans la terrible crise que la province de Flandre occidentale vient de traverser, il nous a été donné d'observer et d'étudier, dans toutes ses phases, cette lente et cruelle destruction du corps par la misère et les privations.

Le premier degré de cette décadence se caractérise par tous les signes qui sont propres à l'appauvrissement du sang : la pâleur, l'amaigrissement, la tristesse, le découragement, la difficulté de la digestion, l'existence de flatuosités, l'irrégularité des déjections, la distension du ventre, l'enflure des extrémités inférieures, la suppression ou l'abondance insolite du flux menstruel chez la femme, la stérilité, l'affaiblissement du système musculaire, et par suite la douleur dans les membres, les mouvements pénibles, le travail difficile. Dans cet état, l'homme végète et traîne une existence misérable, bientôt traversée par des épreuves plus cruelles encore; car à mesure que sa détresse se prolonge, et en raison directe de son affaiblissement, chaque individu voit se développer en lui les affections chroniques propres à sa constitution ou à sa profession; les maladies spécifiques qui étaient restées

(1) Cet article, dans lequel le talent de l'écrivain se montre au même degré que la précision de l'observateur, est extrait des communications faites par M. de Meersman (de Gand) à l'Académie de médecine de Belgique, à l'ouverture d'une discussion du plus haut intérêt sur le typhus des Flandres. Nous reproduirons cette discussion dans tous ses développements; elle nous paraît destinée à jeter une vive lumière sur plusieurs questions qui divisent encore la science au sujet du typhus et de la fièvre typhoïde.

duction de l'air dans le système circulatoire. Il n'y avait, d'ailleurs, aucune trace d'emphysème pulmonaire. Pour lésion cadavérique, on ne trouve, en un mot, que la fluidité du sang. En résumé, la cause prochaine de la mort est, selon moi, la cessation brusque des contractions du cœur consécutivement à une lésion de l'innervation nécessaire à cet organe. Cette lésion est sans doute l'effet du chloroforme, mais la manière instantanée dont elle a eu lieu ne peut s'expliquer que par une de ces prédispositions mystérieuses qui jouent un si grand rôle dans les maladies, et que, jusqu'à présent, nous n'avons aucun moyen de reconnaître d'avance. La veille même du jour où cet accident s'est produit, j'écrivais dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON les lignes suivantes, qu'on me permettra de répéter, parce que j'y signalais déjà la cause à laquelle il faut attribuer les accidents exceptionnels du chloroforme :

« Pour nous, il est indubitable que le chloroforme a produit des accidents par » son action toxique spéciale, et il nous semble peu scientifique d'aller à la re» cherche d'explications subtiles et équivoques pour absoudre de quelques in» convénients fâcheux un agent anesthésique d'ailleurs si utile. La science n'a » pas d'autre but que la vérité, et le premier devoir du savant est la sincérité. » Convenons donc de ce fait, que l'emploi du chloroforme, comme celui de tous » les agents énergiques de la matière médicale, peut avoir des dangers, soit par » suite d'une administration inhabile, soit *en vertu d'une disposition particu» lière des sujets*. Mais reconnaissons aussi que les accidents dont on peut ac» cuser le chloroforme n'arrivent que d'une manière très-exceptionnelle, proba» blement moins d'une fois sur mille, et que ses propriétés dans l'immense majo» rité des cas n'ont rien que de salutaire et de merveilleusement utile. Il y a tout » à espérer des progrès de la science. L'industrie a tellement perfectionné l'em» ploi des moteurs les plus terribles, de la vapeur, par exemple, que personne » aujourd'hui ne proposerait sérieusement de renoncer à l'usage des paquebots à » vapeur, des chemins de fer, etc. Il en sera de même des agents anesthésiques. » C'est un progrès d'avoir substitué le chloroforme à l'éther, qui a des inconvé» nients nombreux et n'est pas même exempt de danger. Il ne reste plus à de» mander à l'expérience que le perfectionnement d'une médication précieuse » que personne n'a proposé sérieusement d'abandonner. »

» Agréez, etc. » F. BARRIER,

» Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. »

Beaucoup de personnes s'attendent peut-être à des récriminations de notre part à l'occasion de ce fait si concluant et si accablant contre les doctrines et les conclusions que l'Académie a jugé à propos de prendre sous son patronage. Nous n'éprouvons ce besoin, ni dans l'intérêt de notre cause particulière, ni dans celui de la science et de l'humanité. Nous nous bornerons à dire que cet événement ne nous surprend pas, et pour se convaincre qu'il était parfaitement dans nos tristes prévisions, il nous suffira de rappeler quelques lignes de notre dernier article sur la clôture de la discussion : « L'Académie, disions-nous, s'est laissé mettre de gaieté de cœur en » contradiction avec l'évidence. Nous ne craignons pas de le lui dire : elle » aura dans l'*avenir bien des occasions* de s'en convaincre et de le re» gretter ! » Cet avenir, nous l'avouerons, nous ne le supposions pas si prochain. Mais puisque l'expérience nous donne beaucoup plus tôt raison que nous ne le prévoyions, et beaucoup plus que nous ne l'aurions désiré, cherchons bien plus à tirer, du fait communiqué avec une loyauté si parfaite par M. Barrier, les enseignements qu'il renferme pour l'avenir, que les leçons cruelles qu'il porte avec lui contre le passé.

Que prouve d'abord le fait communiqué par M. Barrier ? Que le chloroforme administré par une main habile, employé à la dose normale, pendant un temps qui ne dépasse pas la limite ordinaire, et suivant un mode qui permet à l'air de se mêler suffisamment au chloroforme, et employé chez un sujet dans les meilleures conditions en apparence, *peut occasionner la mort*, et la mort *sans asphyxie surajoutée!* Cette conclusion ressort rigoureusement du fait, et nous défions les habiles gens qui ont montré tant d'horreur contre ce qu'ils ont appelé des *arguties*, des *minuties*, de répondre un mot à cela. Or on n'a pas oublié cette fameuse conclusion du rapport dans laquelle il est dit : On se met à l'abri de *tous* ces dangers..... Et l'on n'a pas oublié non plus que la proposition d'effacer le mot *tous* fut repoussée par la majorité comme une vétille. On est donc bien obligé, avant d'aller plus loin, de reconnaître ces deux points : 1° que ce nouveau cas de mort condamne sans appel les doctrines et les conclusions du rapport : ses doctrines, en ce sens qu'il prouve à l'évidence que le chloroforme n'a pas besoin du secours de l'asphyxie ni des appareils asphyxiants pour donner la mort : et ses conclusions, en ce sens qu'il appartient à une catégorie de faits que ces conclusions n'ont pas prévus et pas *voulu* prévoir. Pour prouver cette seconde assertion, il suffira de rappeler avec quel dédain, quel sourire moqueur la conclusion proposée par M. Blandin a été accueillie. L'honorable membre, après avoir dit que la mort de la malade de M. Gorré devait être attribuée au chloroforme, ajoutait : « que cette mort, arrivée en dehors de toutes les règles et de toutes les prévisions, avait probablement été favorisée par des circonstances exceptionnelles sur lesquelles la science n'était pas encore fixée. » Cette réserve, parfaitement motivée par le cas particulier, avait l'avantage encore de le rattacher à un principe d'exceptionalité que la science et la prudence commandaient d'établir. Mais les hommes *positifs*, les esprits qui prétendent que la science ne se fait point à l'aide d'exceptions, en un mot, les parfaits logiciens de la discussion ont repoussé cette réserve nébuleuse, que l'expérience n'a que trop tôt rendue parfaitement claire. Dira-t-on qu'on n'a pas assez insisté, que les avertissements ont manqué, que c'est après coup que nous venons prophétiser? Il suffira, pour faire taire tout subterfuge de cette sorte, de rappeler les conclusions que nous avions proposé de substituer à celles du rapport. Or voici ces conclusions :

1° Le chloroforme est un des agents *les plus* énergiques ; employé par des mains expérimentées et suivant les règles de l'art, il rend d'admirables services à la science et à l'humanité ; mais employé à des doses disproportionnées, et prolongeant son action au delà des limites voulues, ou administré suivant des méthodes vicieuses, il peut occasionner directement la mort.

2° Il *existe* des *circonstances* ou conditions individuelles *particulières* sur lesquelles la science n'est pas encore tout à fait fixée, mais dont un certain nombre de faits, d'accord avec l'observation générale, ne permettent pas de *méconnaître* l'existence, circonstances et conditions qui *ajoutent* encore à la propriété toxique du chloroforme et doivent commander *la plus grande circonspection* dans son emploi.

Nous le demandons à tous les hommes de bonne foi et de bon sens, cette seconde conclusion ne renfermait-elle pas implicitement, ne prévoyait-elle pas le nouveau cas observé par M. Barrier? Que disions-nous, à l'appui de cette doctrine d'une certaine causalité éventuelle en dehors des influences et des conditions les plus ordinaires? nous disions que vouloir repousser cette doctrine, sous prétexte qu'elle ne repose que sur des faits particuliers, exceptionnels, des *arguties*, « c'est méconnaître l'existence » d'un ordre entier de faits; c'est empêcher qu'on se préoccupe des cir» constances qui peuvent, *en dehors des conditions les plus ordinaires*, » changer la substance la plus *bienfaisante* et la plus *sûre* dans ses effets, » en un poison subtil ; et à l'égard de l'humanité, c'est la laisser inces-

---

stationnaires, à l'état de germe ou même de simple prédisposition, se réveillent avec violence. C'est ainsi qu'on a remarqué des affections syphilitiques, psoriques, strumeuses, cancéreuses, herpétiques, dartreuses, exercer leurs ravages et abattre les premières victimes de la misère et de la crise alimentaire. De toutes les cachexies, c'est la phthisie pulmonaire qui a fourni le plus fort contingent aux registres de la mortalité ; jamais aussi il n'y a eu plus de cas mortels de carreau parmi les enfants.

Les infortunés qui ne succombaient pas à quelqu'une de ces affections que les privations avaient réveillées, ceux qui trouvaient encore, dans un reste de vigueur organique, quelque force pour lutter contre la famine, sentaient pourtant de jour en jour ce dernier effort de la nature s'affaiblir sous l'influence d'une nourriture que les organes pouvaient à peine s'assimiler, et qui se composait de fanes, de navets, de pissenlits, de feuilles de choux, de quelques navets, de carottes, de pommes de terre gâtées, d'un peu de pain noir, dur et de mauvaise qualité. Plusieurs familles étaient loin de pouvoir se procurer tous les jours quelques-uns de ces misérables aliments pour composer leur repas. Je me rappelle que pendant une des excursions que je fis, si je ne me trompe, en compagnie de M. l'inspecteur du service de santé civil, nous trouvâmes dans une chaumière où la misère était parvenue à sa dernière limite, sur un feu de feuilles sèches, un pot de fer rempli de plusieurs pintes d'eau dans laquelle nageaient quelques morceaux de pommes vertes encore, et où l'on avait jeté une poignée de son noir. Cette dégoûtante bouillie, ce brouet indigeste, devait être, pour vingt-quatre heures, la nourriture d'une famille composée de cinq ou six personnes, qui étaient toutes accroupies autour du foyer de l'indigence, couvant d'un œil avide cette nourriture que les animaux domestiques auraient dédaignée, et ces pauvres créatures nous assuraient qu'elles n'avaient pas eu d'autres aliments depuis plusieurs semaines, et que plus d'un jour s'était écoulé pendant lequel ceux-là mêmes leur avaient fait défaut.

L'œil investigateur de la science découvrait facilement les ravages profonds que tant de dénûment et de misère avaient produits dans l'organisation de ces victimes de la disette. Ce qui frappait d'abord, c'était l'extrême maigreur du corps, la livide pâleur du visage, les joues creuses et surtout l'expression du regard, dont on ne pouvait perdre le souvenir quand on l'avait subi une fois. Il y a, en effet, une étrange fascination dans cet œil où toute la vitalité de l'individu semble s'être retirée, qui brille d'un éclat fébrile, dont la pupille, énormément dilatée, se fixe sur vous, sans clignotement et avec un étonnement interrogatif, où la bienveillance se mêle à la crainte. Les mouvements du corps sont lents, la marche chancelante ; la main tremble, la voix, presque éteinte, chevrote. L'intelligence est profondément altérée, les réponses sont pénibles, la mémoire, chez la plupart, est à peu près abolie. Interrogés sur les souffrances qu'ils endurent, ces infortunés répondent qu'ils ne souffrent pas, mais qu'ils ont faim !

L'haleine est d'une grande fétidité ; la langue amincie, pointue, oblongue, tremblottante, presque toujours rouge à la pointe, souvent aphteuse, est partout couverte d'un enduit jaunâtre et épais ; l'épigastre est creux, et la peau, dans cette région, est pour ainsi dire collée à la colonne vertébrale ; il arrive cependant que l'épigastre est distendu par le météorisme ; alors le toucher découvre des engorgements organiques dans l'une ou l'autre partie de l'abdomen. La respiration est lente, peu profonde et souvent entrecoupée par des sanglots. Le

» samment sous le coup d'une *chance* de mort dont elle n'a pour se garer » qu'une certaine probabilité numérique, au lieu de lui donner le moyen » de se prémunir de cette chance par la connaissance de l'élément étiolo- » gique qui le domine (1). »

Telles sont nos paroles.

En présence des déplorables conséquences du système sanctionné par l'Académie, nous sommes bien obligé de rappeler la doctrine et les conclusions qui auraient pu les prévenir.

P. S. — Au moment où nous terminons cet article, on nous signale un nouveau cas de mort par le chloroforme, observé à Govan (en Australie) chez un jeune homme, à la suite d'une opération pour un ongle incarné. Ce cas est rapporté dans le numéro du 6 janvier de la LANCETTE ANGLAISE, d'après le GLASGOW HERALD.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DES TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES DE L'ANNÉE 1848.

(Suite et fin. — Voir le n° 5.)

Le parti que nous avons pris, pour remettre à flot la série de nos REVUES SANITAIRES, de tracer simultanément l'histoire des troisième et quatrième trimestres de l'année 1848, se trouve, par un hasard singulier, cadrer avec une circonstance assez rare, qui est l'uniformité des caractères de la constitution dans tout le cours du dernier semestre. Ce n'a pas été, sans doute, une uniformité parfaite, absolue; plusieurs fois sur le fond commun de la constitution se sont dessinées plusieurs nuances que nous ne manquerons pas d'indiquer; mais enfin on peut dire que le même groupe d'affections a prédominé pendant les six derniers mois. On sait que habituellement les fièvres typhoïdes ataxiques, muqueuses, bilieuses, les affections cholériformes se montrent principalement en juillet, août et septembre; qu'à la fin de ce mois et dans le cours d'octobre, la diarrhée prend souvent la forme dyssentérique, et qu'enfin novembre et décembre amènent les affections des voies respiratoires, et plus particulièrement le catarrhe bronchique.

Or cette ordinaire succession des phénomènes s'est notablement troublée en 1848. Les fièvres typhoïdes, les affections gastro-intestinales, avec des formes diverses, ont presque continuellement occupé la scène, et avec une prédominance marquée sur les autres affections; la forme dyssentérique elle-même ne s'est pas montrée sensiblement plus fréquente au commencement de l'automne que dans le reste du semestre, et enfin les derniers mois de l'année si féconds en rhumatismes, en catarrhes, et qui, l'année dernière encore, avaient été marqués par l'apparition d'une grippe intense, n'ont donné qu'un nombre fort restreint d'affections broncho-pulmonaires et rhumatismales.

Tel est le trait général de la constitution. Entrons maintenant dans quelques détails et voyons comment ce trait s'est nuancé, quelles expériences diverses il a revêtues, dans le cours de la période que nous étudions.

A la fin du deuxième trimestre, nous signalions déjà l'apparition de fièvres continues d'un caractère particulier. C'étaient bien des fièvres typhoïdes, suivant le sens général accordé à cette dénomination, mais des fièvres dont la physionomie ne pouvait être rigoureusement rapportée à l'ataxie ou à l'adynamie telles qu'on les observe ordinairement. Peu ou point de délire, ni de coma; diarrhée peu abondante; peau tantôt chaude, tantôt froide ou de température normale; pouls petit, mou, irrégulier, inégal. pas de ballonnement du ventre qui était même quelquefois aplati; gargouillement de la fosse iliaque peu prononcé ou même tout à fait nul; ventre le plus souvent indolent; faiblesse excessive, amaigrissement très-rapide, yeux éteints et cernés de noir (voir GAZ. MÉD., 1848, p. 724). Cette forme morbide, dont quelques exemples étaient tombés sous notre observation dès le mois de juin, nous l'avons retrouvée un assez bon nombre de fois en juillet, en août et en septembre. Dans plusieurs cas, la bouche et le fond du pharynx se sont tapissés d'une couche excessivement épaisse de matière grisâtre pultacée, répandant une odeur aigre des plus désagréables. En présence de cette affection, la première indication était de relever les forces à l'aide des toniques et des stimulants diffusibles; le camphre, la teinture de cannelle, le quinquina, l'acétate d'ammoniaque, l'infusion de café noir, amenaient parfois du jour au lendemain une amélioration notable; mais il fallait les employer à très-hautes doses. Ce n'était bien souvent qu'après ce traitement préliminaire qui ne s'adressait qu'à un symptôme, la faiblesse, qu'on pouvait avoir recours à une médication plus directement adressée à la maladie, principalement aux purgatifs. Chez une petite fille de 14 ans, ayant reconnu, dès la première visite, une fièvre typhoïde commençante, nous crûmes pouvoir administrer immédiatement un laxatif, malgré la faiblesse du pouls et le refroidissement de la peau. Le lendemain, bien que les selles eussent été peu abondantes, la défaillance générale était telle que la vie semblait prête à s'éteindre. Face d'une extrême pâleur comme après un excès d'évacuations sanguines; traits tirés; immobilité continue; difficulté extrême de fixer l'attention et d'arracher une parole; 50 pulsations à peine sensibles; toute la peau couverte d'une sueur froide et visqueuse. Il fallait agir avec vigueur. 20 grammes de teinture de cannelle et 8 grammes d'extrait de quinquina, administré dans l'espace de huit à dix heures, relevèrent les forces et, en permettant un traitement ultérieur, eurent la plus grande influence sur l'heureuse issue de la maladie.

Cette forme que nous venons de mettre en relief, comme extrêmement remarquable, n'appartenait pas, tant s'en faut, à toutes les fièvres typhoïdes de cette époque. Dans la majorité des cas au contraire, c'était l'une des formes ordinaires qu'on observait, et parmi elles la forme *muqueuse* nous paraît avoir été incomparablement la plus fréquente. Inutile d'entrer à cet égard dans des développements.

Pendant que régnaient les fièvres continues, avec retentissement plus ou moins prononcé sur le système abdominal, le tube digestif était, pour son propre compte, chez un très-grand nombre de sujets, le siége de désordres variables. Disons tout de suite que ces désordres ont principalement porté sur la partie inférieure des voies digestives. Les divers genres de souffrances gastriques, état saburral, chaleurs à l'épigastre, vomissements, gastralgies, étaient assez rares. Au contraire, on rencontrait un très-grand nombre de diarrhées, soit séreuses, soit muqueuses, rarement sanguinolentes, sans coliques fortes (sauf dans quelques cas de dyssenterie), sans fièvre, et

(1) BULLET. DE L'ACAD., p. 289-305, et GAZ. MÉD., p. 918.

---

pouls, tantôt d'une grande fréquence, tantôt d'une lenteur remarquable, est facilement déprimé, d'une petitesse étonnante, et fuit sous les doigts. Les sécrétions se ressentent toutes de l'altération du sang qui est leur source commune; mais c'est surtout la perspiration cutanée qui est profondément modifiée.

Ce phénomène, qui a été remarqué non-seulement dans nos Flandres, mais encore en Irlande, mérite d'attirer pour quelques instants notre attention, d'autant plus qu'il semble être le résultat inséparable de la famine.

La peau, chez les malheureux que nous avons examinés, était sèche, jaune, semblable à du parchemin; l'exhalation des humeurs qui, dans l'état ordinaire, se fait sur toute sa surface d'une manière insensible et par une espèce d'évaporation, s'opérait, dans ce cas, par voie sèche. Les pores du derme rejetaient une poussière visqueuse qui, s'accumulant et se concrétant, recouvrait le corps d'une croûte noirâtre, pulvérulente et d'une fétidité horrible. Il n'est pas un seul praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer ce fait; souvent on attribuait cet état de la peau à la malpropreté, au défaut de soins; mais, en y faisant plus d'attention, on était bientôt convaincu que c'était le résultat d'une altération profonde des fonctions de l'enveloppe cutanée; car, dans les localités dont les ressources permettaient d'envoyer les indigents épuisés à l'hôpital, on mettait ceux-ci vainement au bain; à peine les lotions avaient-elles purifié la surface du corps, que quelques heures suffisaient pour qu'elle fût de nouveau recouverte par le produit de cette sécrétion anormale. Dans ces conditions, la peau laissait à la main qui la touchait une impression âcre, mordicante et prolongée, et l'imprégnait pour longtemps d'une odeur repoussante, dont on avait quelque peine à la débarrasser.

L'infection que répandait le corps des pauvres exténués par la disette était telle, surtout quand il y avait encombrement dans leurs misérables chaumières, que les praticiens qui allaient leur porter les secours de l'art, et les prêtres qui leur prodiguaient les consolations de la religion, étaient obligés de faire ouvrir les portes et les lucarnes avant de pouvoir pénétrer dans ces tristes réduits. Plusieurs médecins m'ont déclaré avoir été souvent forcés de fuir momentanément hors de cette atmosphère empestée pour ne pas tomber asphyxiés. Il est remarquable que l'infection émanant de corps qui n'offraient aucun symptôme de typhus déterminait chez les personnes que leur devoir ou la charité appelait dans les lieux malsains où ces malheureux étaient gisants, la fièvre typhoïde bien caractérisée. Il y a de nombreux exemples du fait que j'avance ici, mais je n'en connais pas de plus frappant que celui qui arriva à l'un des praticiens de Ruddervoorde. Cet homme de l'art va un jour donner ses soins aux habitants d'un de ces bouges infects; il en ouvre la porte; au même moment, il est arrêté par une puanteur horrible qu'il brave pourtant pour remplir sa mission; revenu à l'air vif, il se sent soudainement frappé d'une lassitude extrême, se traîne avec peine jusqu'à sa demeure, se met au lit et passe, pendant deux mois, par toutes les alternatives d'une fièvre typhoïde au plus haut degré, dont il n'est pas encore complétement rétabli après plus d'une année de souffrances.

Tant que les conditions atmosphériques se maintenaient dans le même état, les indigents exténués continuaient de traîner leur pénible existence, qui se prolongeait comme par miracle, malgré la diminution et la perte des forces vitales; mais dès que les rigueurs de l'hiver se firent sentir, dès que les intempéries de

parfois avec conservation de l'appétit. Les enfants étaient plus particulièrement exposés à la diarrhée *séreuse*, et de plus, elle était assez souvent suivie, chez eux, au bout d'un ou deux septénaires, de céphalalgie opiniâtre et même de tous les symptômes de la méningite aiguë. Chez les adultes, notamment chez les personnes de 40 à 50 ans, on observait plus souvent la diarrhée *muqueuse* ou *dyssentérique ;* cette dernière forme, dont nous avons vu des exemples assez nombreux dans tout le cours du *troisième* trimestre, s'est néanmoins offerte moins fréquemment que la première.

Quant aux affections cholériformes, on en a sans doute rencontré un grand nombre de cas, soit en ville, soit dans les hôpitaux, principalement en juillet et août ; mais vraisemblablement ce nombre n'a pas été supérieur à celui des années précédentes, et certainement il a été inférieur à celui qu'avait donné l'année 1846, remarquable, si on se le rappelle, par la fréquence des affections de ce genre.

Vers le commencement du quatrième trimestre, ces caractères de la constitution médicale se sont un peu modifiés. Les fièvres continues, à formes diverses, indiquées plus haut, sont devenues de moins en moins fréquentes, et ont même cessé bientôt de compter au nombre des maladies régnantes, mais sans descendre à beaucoup près au degré de rareté qu'elles atteignent ordinairement dans les derniers mois de l'année. Les affections abdominales, au contraire, ont maintenu à peu près entière, jusque dans le mois de décembre, la prédominance qu'elles avaient commencé à acquérir dès le mois de juin, et que nous leur avons vu garder pendant le troisième trimestre. Les dyssenteries sont peut-être devenues plus rares, mais les diarrhées séreuses n'ont rien perdu de leur fréquence. Dans les mois de novembre et de décembre, un grand nombre de personnes se plaignaient d'avoir la *cholérine ;* chez beaucoup d'entre elles il ne s'agissait que d'un dévoiement simple, plus ou moins liquide, sans fièvre, sans grandes coliques, que l'emploi de l'opium à doses réfractées, l'abstinence de boissons et de laitage, une alimentation exclusivement composée de potages au riz et de volaille rôtie en petite quantité, arrêtaient presque toujours rapidement. Mais, dans certains cas, les matières liquides rendues par les selles étaient positivement blanchâtres ; il y avait de vives tranchées et parfois des crampes. C'était la cholérine avec ses signes caractéristiques.

Dès le mois d'octobre aussi, nous avons rencontré plusieurs exemples d'une affection abdominale dont M. Hervez de Chegoin, beaucoup plus tard (à la fin de décembre), a rencontré tout à coup un nombre de cas assez grand pour juger utile d'en faire l'objet d'une note dans L'UNION MÉDICALE. Dans cette affection, sur le caractère de laquelle on peut conserver quelques doutes, les malades sont pris presque subitement d'une douleur abdominale extrêmement intense, occupant principalement la région hypogastrique. Ces douleurs sont parfois continues, sans variations bien sensibles dans l'intensité ; mais, dans quelques cas, elles viennent par exacerbations. Peu de temps après leur début, il survient des vomissements abondants de matières bilieuses, qui se répètent à des intervalles plus ou moins longs, surtout pendant les exacerbations de la douleur. Le ventre est ordinairement ballonné, et c'est ce qu'a remarqué M. Hervez ; mais, dans un des cas tombés sous notre observation, la paroi abdominale était aplatie, dure, tendue, manifestement contractée, et il en résultait une grande gêne dans la respiration. Disons seulement que le ballonnement ne tarda pas à se substituer, comme dans les autres cas, à l'aplatissement et à la rigidité. Le pouls est petit, dépressible, quelquefois précipité, d'autres fois d'une lenteur extrême. Peau froide ; face grippée ; langue humide au début, devenant sèche si la maladie se prolonge ; urines claires, parfois rendues difficilement. Le plus ordinairement, pas d'évacuations alvines. Pas de crampes, mais, dans quelques cas, tiraillements douloureux à la partie interne des cuisses.

Tels sont les principaux symptômes de cette affection, et si l'on ajoute qu'elle se termine ordinairement en quelques jours par la guérison, on sera porté à penser, comme M. Hervez, qu'il s'agit d'une maladie névralgique. Néanmoins nous avons vu, après un ou deux jours de l'appareil symptomatologique susindiqué, des noyaux durs, excessivement douloureux à la pression, se former en plusieurs points de la cavité abdominale, et une péritonite aiguë s'établir de la manière la plus manifeste. Il semble alors que la péritonite soit une conséquence, ou mieux le terme extrême d'une affection primitivement névralgique, comme on voit l'inflammation de la plèvre succéder à la pleurodynie. Déjà, dans l'été de 1846, nous avions noté un cas analogue, où un abcès avait fini par se former dans la fosse iliaque droite, et s'était ouvert heureusement dans l'intestin. (Voir nos *Revues sanitaires* de 1846.)

Comme nous l'avons dit en commençant, dans le quatrième trimestre, les désordres des voies respiratoires et les rhumatismes, si communs d'ordinaire à cette époque de l'année, avaient été aussi remarquables par leur rareté relative que les affections abdominales par leur fréquence. Néanmoins on a encore rencontré un bon nombre d'accès d'asthme, de bronchites, de pneumonies, de sciatiques, de douleurs musculaires. Les accès d'asthme nous ont paru surtout fréquents dans le cours du mois de novembre.

Dans tout ce qui précède, nous avons surtout mis en relief le caractère le plus général et le plus remarquable de la constitution pendant le dernier semestre de 1848, à savoir la prédominance des fièvres continues et des affections gastro-intestinales ; nous avons en outre indiqué les différentes nuances que ce caractère a présentées aux diverses époques de ce semestre. Ce n'est pas tout encore : il nous reste à dire quelques mots de certains autres caractères moins saillants, mais assez accentués pour mériter une mention particulière.

Tout le semestre s'est fait remarquer par la fréquence relative des exanthèmes cutanés, tantôt d'érysipèles, tantôt de scarlatines, ou d'urticaires, ou de prurigos. Les érysipèles, particulièrement ceux de la face, commençaient à se montrer à la fin du second trimestre, et nous l'avons noté en temps et lieu. Ils sont devenus plus nombreux encore en juillet, puis leur fréquence a diminué, mais en se maintenant toujours, jusqu'à la fin du semestre, à un degré qui n'a pas tardé à devenir fort extraordinaire pour la saison. Ainsi on en observait encore un bon nombre dans le mois de décembre, et on les voyait, à cette même époque, par une température moyenne de + 5,8, compliquer un grand nombre de plaies dans les hôpitaux. Nous devons ajouter que, chez plusieurs sujets soumis à une observation attentive, les circonstances étiologiques et les résultats thérapeutiques nous ont conduit à penser que l'érysipèle s'était développé sous l'influence d'une affection gastrique, et il est à présumer qu'il en était ainsi dans beaucoup d'autres cas.

Les scarlatines ont surtout régné pendant les mois de juillet et août. Elles ont été remarquables, ainsi que nous avons eu soin de le dire dans un autre article auquel nous renvoyons pour de plus amples détails (GAZ. MÉD., 1848, p. 723), par la violence des angines, la fréquence des fausses membranes de la gorge, la gravité des complications cérébrales et un épuise-

---

la saison imprimèrent à la température de brusques transitions du chaud au froid, et chargèrent l'air d'une humidité pénétrante ou de brouillards glacés, l'organisme n'ayant plus assez d'énergie pour réagir contre ces influences fâcheuses, succombait ; les malheureux mouraient presque subitement et tombaient de toutes parts et en si grand nombre, que le pays tout entier s'en émut. Telles furent les causes de l'effrayante mortalité qui, signalée pendant les premiers mois de 1848, excita, dans toute la Belgique, un sentiment profond de pitié et un admirable élan de charité.

Les malheureuses victimes du fléau ne mouraient pas toutes de la même manière. Chez les uns, c'était dans la poitrine que se concentraient les symptômes qui déterminaient la mort ; la toux et les glaires les étouffaient, ou ils suffoquaient par suite d'une collection séreuse dans le péricarde. Chez les autres, c'était sur les intestins que la maladie exerçait ses derniers ravages ; une diarrhée colliquative les emportait. Il y en avait qui, après quelques heures d'un sommeil léthargique, expiraient sans agonie. Plusieurs succombaient au premier accès d'une fièvre intermittente qui devait revêtir le caractère pernicieux, chez des sujets déjà en grande partie anéantis ; l'anasarque et l'ascite en enlevaient un bon nombre. Enfin, lorsque les secours arrivèrent de toute part, on en vit périr beaucoup à la suite d'indigestions produites par une nourriture trop substantielle ou trop abondante pour des estomacs affaiblis et qui leur était fournie avec un empressement malheureusement inconsidéré. Dans la prévision de ces derniers accidents, et afin de les éviter, la commission médicale provinciale, dans une instruction populaire qui fut envoyée dans toutes les communes et publiée dans le Mémorial administratif de la Flandre occidentale, conseilla de donner aux indigents une nourriture appropriée à leur état et à leurs habitudes, une nourriture qui ne fût pas trop substantielle, mais qui se composât d'aliments de facile digestion, afin que leurs estomacs délabrés pussent au moins les assimiler, et elle ajouta à ces conseils la formule de plusieurs soupes et boissons économiques réunissant toutes les conditions hygiéniques requises. Il suffisait quelquefois du transport de ces malheureux dans une autre localité pour occasionner leur trépas, comme on en a eu la preuve au dépôt de mendicité de Bruges, où les habitants affamés de la campagne affluaient : une grande partie mouraient le jour même ou le lendemain de l'entrée ; de là la grande mortalité qui régna dans cet établissement pendant les jours les plus sinistres de la crise alimentaire.

Pour tout médecin qui a quelque habitude de voir des fièvres typhoïdes, la description que nous venons de donner, aussi fidèlement que possible, des altérations produites dans l'organisme par l'inanition, n'offre pas d'analogie avec l'ensemble des symptômes caractéristiques du typhus ; la distinction entre ces deux affections est surtout évidente par la différence de traitement que chacune d'elles réclame. Celui de la maladie de famine est extrêmement simple : il se réduit à fortifier d'abord, par quelques gouttes d'un vin généreux mêlé d'eau, les organes digestifs, à donner avec la plus grande prudence des aliments peu abondants et peu substantiels, à en augmenter graduellement et la proportion et la qualité nutritive, à environner les malades d'un air pur et souvent renouvelé, à les laver souvent, enfin à leur imposer une activité en rapport avec leurs forces et un travail proportionné à leur énergie renaissante. Sous l'influence de ce traitement purement hygiénique, on a vu des familles entières revenir insen-

ment du système nerveux si rapide et si considérable qu'il semblait parfois, comme nous l'avons dit plus haut pour la fièvre typhoïde, constituer le principal danger de la maladie.

Quant aux urticaires et aux prurigos, ce n'est qu'à la fin de décembre que nous les avons rencontrés en nombre assez considérable pour autoriser à les ranger parmi les caractères de la constitution médicale. Ces affections n'ont d'ailleurs rien présenté de particulier dans leur symptomatologie ni dans leur traitement.

Enfin, dans les mois de juillet et août, on a observé à Paris une affection dont il serait difficile d'assigner la place dans le cadre nosologique, et qui, bien que procédant assurément d'un seul et même mouvement pathologique, semble pourtant un composé de plusieurs maladies habituellement séparées. M. Thirial, qui a remarqué et bien observé cette affection, en a donné à la Société médico-pratique de Paris, dans la séance du 28 août, une description exacte que nous sommes heureux de lui emprunter en partie.

Une éruption exanthémateuse se déclare d'abord accompagnée d'une fluxion oculaire avec rougeur de la conjonctive et larmoiement, ou d'une douleur dans le col comme celle d'un torticolis, ou d'une toux sèche et fatigante; bientôt il survient des frissons et une réaction fébrile avec sueurs abondantes et sudamina. Bientôt ces symptômes généraux s'aggravent et se compliquent : les glandes du col se tuméfient, quelquefois même s'abcèdent; c'est ce qu'on a observé non-seulement chez des enfants, mais même chez des adultes. Dans les cas les plus communs, toutefois, ces gonflements se bornent au col sous forme d'oreillons, et s'y montrent même très-fréquemment. Quand on examine l'arrière-gorge, elle paraît d'une coloration rouge uniforme : c'est une inflammation de nature plutôt exanthémateuse que phlegmoneuse; cependant le tissu cellulaire est tuméfié, et cette tuméfaction correspond à celle qui apparaît antérieurement autour des glandes du col.

Cette inflammation se propage ou dans les voies respiratoires ou dans les voies digestives; ainsi, tantôt on observe des bronchites bien franches et très-profondes, tantôt tout l'appareil de la fièvre typhoïde, les troubles dans les fonctions digestives et jusqu'aux épistaxis et aux sudamina ; la fièvre est quelquefois très-violente, le pouls très-fréquent, la chaleur vive.

La maladie quelquefois se résout dans une de ces sueurs abondantes, qui alors joue le rôle de crise; d'autres fois la fièvre continue et va en s'affaiblissant; dans quelques cas, la fièvre prend la forme rémittente, revenant par accès irréguliers, et la maladie se perd dans l'un d'eux.

Voilà, croyons-nous, les caractères les plus importants de la constitution médicale du dernier semestre de 1848. Quand on les rapproche de ceux de la constitution atmosphérique indiqués dans notre premier article, on ne remarque pas entre les uns et les autres le même accord que nous avons rencontré dans la plupart de nos REVUES SANITAIRES.

Le règne persistant des fièvres continues et des affections abdominales s'explique bien sans doute par la persistance d'une température douce jusqu'aux derniers jours du semestre ; il en avait été ainsi l'année précédente jusque vers le milieu de novembre, époque à laquelle le thermomètre est descendu très-bas ; il en avait été ainsi pendant la plus grande partie de l'année 1846, remarquable par l'élévation presque constante de la température. Il faut ajouter pour 1848 l'abondance des pluies et la prédominance si marquée du vent du sud.

La rareté relative des affections pulmonaires et rhumatismales s'accorde aussi avec la présence de ces conditions météorologiques, mais déjà moins exactement ; car, pendant le quatrième trimestre, les variations barométriques et thermométriques n'avaient pas manqué, et l'on sait quelles influences elles ont d'ordinaire sur le développement des bronchites, des pneumonies et des douleurs rhumatismales. L'année dernière, pendant le même trimestre, ces variations, quoique assez fréquentes et prononcées, l'avaient été moins cependant que cette année ; le vent du sud avait également prédominé, la pression atmosphérique était assez considérable, et pourtant les affections abdominales avaient été remplacées par la grippe. Ce qu'on peut dire de plus favorable à l'action météorologique, c'est que, en 1847, le thermomètre, dans ses oscillations, était descendu au-dessous de 0 dans le mois de novembre, tandis que, en 1848, il est resté au-dessus jusqu'à la fin de l'année, à l'exception des derniers jours de décembre.

Les mêmes remarques peuvent être appliquées aux exanthèmes cutanés, observés jusqu'à la fin du semestre. L'année dernière, par une température *moyenne* à peu près la même, rien de semblable n'avait été observé ; et l'on ne peut encore s'en prendre de cette différence qu'à la présence de froids passagers dans le cours du quatrième trimestre de 1847 et à leur absence pendant la même période de 1848.

Mais ce dont on ne saurait demander l'explication aux influences météorologiques, c'est le caractère insolite et pernicieux de certaines fièvres continues pendant le premier trimestre à une époque où la température était modérée pour la saison ; c'est encore la gravité et la marche insidieuse des scarlatines ; c'est enfin l'existence même de cette affection complexe dont nous avons parlé et qui attaquait successivement ou simultanément la peau et les membranes muqueuses des yeux, des bronches et des intestins. Il y a dans ces expressions morbides le cachet de quelque autre cause, plus secrète, plus difficile à saisir, et nous sommes quant à nous disposé à y voir un indice et comme un avant-coureur de cette épidémie attendue maintenant de tous les praticiens de Paris et déjà si rapprochée.

Nous terminerons, suivant notre coutume, en examinant le mouvement des hôpitaux de Paris sous le règne des maladies que nous venons de passer en revue.

TABLEAU DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX PENDANT LES TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES DE 1848.

Mois.	Établissements.	Malades existants le 1er du mois.	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Juillet . . .	Hôpitaux.	6,032	5,960	12,000	5,369	746
	Hospices.	10,872	1,040	11,912	919	185
Août . . .	Hôpitaux.	5,859	6,582	12,441	5,751	560
	Hospices.	10,834	1,111	11,847	883	187
Septembre.	Hôpitaux.	6,150	6,254	12,404	5,784	523
	Hospices.	10,849	980	11,829	797	181
Octobre . .	Hôpitaux.	6,096	6,377	12,473	6,094	518
	Hospices.	10,851	1,032	11,883	862	160
Novembre .	Hôpitaux.	5,861	5,982	11,843	5,302	478
	Hospices.	10,861	991	11,852	775	201
Décembre .	Hôpitaux.	6,063	6,178	12,241	5,720	563
	Hospices.	10,876	1,011	11,084	838	238

siblement à la vie, et la mortalité cesser dans des communes qui semblaient devoir être décimées ; dans les localités où la prévoyance des magistrats et les ressources de l'administration avaient rendu possible la distribution aux indigents d'aliments de bonne qualité, on fut amplement récompensé des sacrifices qu'on s'était imposés par la consolation d'avoir éloigné le spectacle affreux d'hommes succombant au besoin, et par cela seul, d'avoir rendu impossible l'existence de foyers d'infection d'où pouvaient se répandre sur la commune les germes d'une épidémie meurtrière.

Parmi les victimes de la disette, il s'en rencontrait que les affections, que je nommerai accidentelles, épargnaient comme pour leur faire traverser toutes les épreuves de l'épuisement et de la dissolution organique.

Dans ce cas, les symptômes d'anéantissement que j'ai décrits plus haut devenaient successivement plus intenses. La décrépitude avait envahi tous ces malheureux : les enfants, les jeunes gens, les adultes, les hommes parvenus à la maturité de l'âge, portaient sur tout le corps les rides, le dessèchement, l'exténuation de la vieillesse ; c'étaient de véritables squelettes vivants, incapables de soulever leurs membres décharnés, gisant lourdement, sans voix, avec un œil sans regard, enfoncé dans l'orbite et à moitié voilé par des paupières presque transparentes et chassieuses. Parfois ils étaient horriblement secoués par une toux sèche et convulsive. Enfin on voyait paraître les derniers indices de l'extrême appauvrissement du sang : la peau se couvrait de vastes ecchymoses ou de taches pourpres qui devenaient confluentes quelquefois, et ces tristes victimes de la famine rendaient le dernier soupir au milieu de l'agitation de la carphologie ou de la fatigante loquacité du délire famélique ! Et pour donner à ces détails toute leur vérité, j'ajouterai que cette affreuse et longue agonie se passait dans des réduits où la misère était parvenue à son comble, sur un tas de feuilles ou de pailles humides et pourries, et dans un air méphitique privé de son principe vital !

Ces scènes navrantes n'avaient pour témoins que les curés, les vicaires des villages, apôtres de la charité qui allaient avec un dévouement sublime, une héroïque intrépidité, porter, dans les chaumières désolées, le produit des aumônes ou les consolations de la religion. Ces prêtres vénérables, dont plusieurs ont trouvé le martyre en remplissant leur saint ministère, rencontraient à toute heure auprès du grabat du pauvre les chirurgiens, les médecins de campagne, qui, eux aussi, remplissaient avec un zèle infatigable une mission que le péril rendait plus noble ; ils allaient appliquer, en risquant leur vie, aux maux qui affligeaient leurs frères les remèdes que fournit la science humaine. Courageuse phalange qui s'est trouvée nuit et jour au milieu du danger, et qui n'a laissé que trop de ses braves soldats sur le champ de bataille !

Qu'il me soit permis d'exprimer ici des paroles de sympathie et d'admiration pour ces dignes et modestes praticiens dont je suis orgueilleux d'être le confrère ; qu'il me soit permis de déclarer que tous ont accompli leur tâche avec l'élan le plus généreux, que pas un n'a failli à son rude et périlleux devoir, et que la commission médicale provinciale chargée d'éclairer le gouvernement, qui les récompensa comme ils le méritaient, a ressenti un juste orgueil en mettant dans tout leur jour les services qu'ils ont rendus dans les circonstances désastreuses que nous venons de traverser. Nous fîmes avec bonheur ressortir tout le mérite de ce travail accablant, qui commençait

Examinons les données de ce tableau pour chaque trimestre séparément.

Pendant le *troisième trimestre*, le nombre des entrées dans les hôpitaux a été de 18,796. Ce chiffre est minime. Le trimestre correspondant de l'année précédente avait donné 20.831 et le second trimestre de cette année 20,518. D'après cette infériorité du chiffre relatif au troisième trimestre, on peut conjecturer que les maladies régnantes qui amènent les classes pauvres dans les hôpitaux avaient sévi sur un moins grand nombre de sujets que nous ne le voyons ordinairement à cette époque.

Le chiffre total des sorties a été de 16,904. Proportion sur une population trimestrielle de 36,845 : 1 sur 2,47. Cette proportion est un peu plus élevée que dans le second trimestre de cette année où elle était de 2,62. En somme, une sortie sur 2,47, c'est une proportion très-modérée, et on serait d'autant plus disposé à y voir un indice d'une certaine durée dans les maladies que cette proportion a dû être enflée par la nécessité où l'on a dû se trouver, pour faire cesser l'encombrement passager produit par l'arrivée des blessés de juin, de *faire*, comme on dit, *des lits*, non-seulement à la fin de juin, mais encore dans le cours de juillet. Cette supposition est d'autant plus vraisemblable que le nombre des sorties a été en effet beaucoup plus considérable en juillet qu'en août et septembre.

Le chiffre total des décès a été de 1,835. Proportion, 1 sur 20,79. L'année dernière, à pareille époque, la proportion était un peu moindre ; mais elle était notablement plus forte dans le précédent trimestre, où nous avions 1 sur 17,33. Cette proportion du troisième trimestre est donc assez ordinaire, surtout pour la saison ; et elle ne saurait accuser une grande gravité dans les maladies régnantes quand on considère que, dans le nombre total des décès, se trouvent compris ceux des blessés de juin.

Dans le *quatrième trimestre*, le nombre des entrées était à peu près le même que dans le trimestre précédent (18,537), le chiffre des sorties a été plus considérable (17,116), et le nombre des décès beaucoup moindre (1,559).

Ce chiffre des entrées donné par le quatrième trimestre est moindre que celui de l'année dernière, qui était de 20,134, et était lui-même inférieur à celui de l'année précédente. Le nombre des malades ne paraît donc pas avoir été considérable, pour la saison, dans les trois derniers mois de l'année.

La proportion des sorties a été de 1 sur 2,13. C'est un peu plus, comme on le voit, que dans le quatrième trimestre de 1847, où nous avions trouvé 1 sur 2,03. Il faut remarquer que, l'année dernière, le mouvement des sorties s'était sensiblement ralenti au moment où la grippe sévissait avec intensité, en sorte que la rareté des affections pulmonaires, en 1848, n'a pas empêché le mouvement des sorties d'être moins rapide qu'en 1847. On en peut conclure que les maladies ont eu en général une assez longue durée.

En revanche, elles ne paraissent pas avoir eu beaucoup de gravité. La proportion des décès n'est en effet que d'un sur 23,44, tandis que l'an passé elle était d'un sur 19,76. Et l'on conçoit du reste très-bien que des affections intestinales, des urticaires, des prurigos, des érysipèles, etc.; en même temps qu'elles durent plus longtemps que les affections des voies respiratoires, soient moins graves et donnent conséquemment un chiffre de décès moins élevé.

MATIÈRE MÉDICALE.

PARALLÈLE DE L'ÉTHER SULFURIQUE ET DU CHLOROFORME ; DE LEURS AVANTAGES ET DE LEURS DANGERS RESPECTIFS ; DE LEURS INDICATIONS SPÉCIALES ; par F. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DURÉE DE L'ANESTHÉSIE. — Les caractères différentiels tirés de la durée peuvent être fort importants, et influencer le chirurgien sur le choix de l'agent mis en rapport avec l'opération à pratiquer. Malheureusement il a régné sur ce point, qui, au premier abord, semble d'une vérification facile, une grande divergence d'opinions. Si on consulte les premières données livrées à la science par les chirurgiens qui expérimentèrent le chloroforme, on verra que les uns attribuèrent une longue durée à ses effets anesthésiques ; que d'autres crurent reconnaître cette propriété à un plus haut degré dans l'éther ; que d'autres enfin signalèrent une grande variabilité dans la durée de l'influence des deux agents. En laissant de côté les opinions pour ne considérer que les faits dans leur manifestation la plus habituelle, nous croyons pouvoir établir que l'anesthésie obtenue par le chloroforme se soutient plus longtemps que celle que produit l'éther.

Pour mieux apprécier cette différence, on ne doit la constater qu'à dater du moment où l'inhalation est suspendue. On reconnaît alors que la prolongation de l'anesthésie est proportionnelle à son intensité. En conséquence l'insensibilité chloroformique est plus longue que l'insensibilité éthérique. Avec le premier agent, on peut mieux se passer des inhalations intermittentes qu'avec le second, parce qu'on a droit de compter sur une durée d'action qui dispense au moins pour plusieurs opérations d'administrer de nouvelles doses de vapeur. Cette circonstance milite donc en faveur du chloroforme.

Il est bon de faire la part d'une différence qui se rattache à la durée des phénomènes anesthésiques, et qui doit fixer l'attention du chirurgien lorsqu'il se dispose à opérer. Si l'on suspend l'usage de l'éther aussitôt que l'anesthésie est produite, les phénomènes éthériques ne restent pas longtemps stationnaires ; ils ne tardent pas à diminuer, et bientôt à disparaître graduellement. Il n'en est pas ainsi avec le chloroforme : alors même qu'on suspend son usage, on n'arrête pas le développement des effets déjà accomplis. Ceux-ci s'accumulent et se renforcent encore, en sorte que le maximum d'action ne correspond pas à la dernière inspiration de vapeurs, mais n'est atteint que quelques moments après. Il résulte de ce fait la démonstration d'une très-grande ténacité dans l'action du chloroforme et la convenance de choisir cet agent pour telle opération dont la période douloureuse aurait lieu après les premiers moments, et partant pourrait n'être pas suffisamment protégée au moyen de l'anesthésie décroissante obtenue par l'éther.

La différence que nous venons d'établir en entraîne nécessairement une autre dans le mode d'action et dans l'opportunité des inhalations intermittentes. Il est évident que si on a recours au chloroforme, il faudra laisser des intervalles plus longs entre la cessation et la reprise des inhalations que

---

avant l'aurore et qui ne finissait pas même avec la nuit, de cette fatigue du corps et de l'esprit ; résultat d'une activité sans relâche, de cet épuisement provenant du contact continuel avec tout ce que la maladie, la misère, la dégradation humaine ont de plus hideux ; de cet oubli de soi-même qui fait affronter les dangers les plus évidents et braver l'infection des lieux où, dans toute la réalité de l'expression, l'on respire la mort ; de ce sentiment du devoir poussé si loin, qu'il ne s'arrête pas même devant la crainte de rapporter la contagion dans la famille ; enfin de ce dévouement sans fracas qui, pour prix du sacrifice de tout ce qui attache l'homme au foyer, au bien-être, à la vie, ne réclame rien et n'attend que l'oubli. On appréciera surtout un pareil désintéressement, quand on saura que les médecins des pauvres les mieux rétribués reçoivent par année de 100 à 150 fr. d'indemnité à condition ed livrer les médicaments ; quand j'affirmerai que pas un de ces utiles citoyens n'a élevé la voix pour demander qu'on l'inscrivît sur la liste des récompenses. Tous ceux qui ont obtenu la médaille ignoraient qu'ils avaient été proposés à cette fin, et la plupart ne se doutaient même pas qu'ils avaient mérité de fixer l'attention de l'autorité.

L'affection que je viens de décrire, avec tous les détails qu'elle mérite, n'a pas régné dans quelques localités seulement, mais dans toute la province de la Flandre occidentale, à divers degrés, il est vrai, mais sans exception. Elle constitue la principale cause du mouvement rétrograde de la population, et l'on peut hardiment affirmer qu'elle est au moins pour les trois cinquièmes dans ce mouvement.

Ajoutons que cette affection n'est pas plus la maladie des Flandres que celle de l'Angleterre, de la France, de l'Irlande, de tous les pays enfin qui ont subi la crise alimentaire. Cette affection doit se nommer la maladie de la famine ; elle a exercé ses ravages, en 1846 et en 1847, dans les contrées centrales et occidentales de l'Europe partout où la disette, dont elle est la suite fatale, a régné ; car aujourd'hui l'on sait, par des documents officiels, que ce n'est pas seulement dans nos deux Flandres que le chiffre de la population a subi un abaissement considérable : le même fait est constaté pour toute la Belgique, pour la France, l'Allemagne, l'Angleterre et l'Irlande, où, s'il faut en croire les renseignements fournis à la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, un million de victimes a péri pendant cette période néfaste !

DE MEERSMAN.

— L'Académie des sciences et belles-lettres de Rouen décernera, dans sa séance publique du mois d'août, une médaille d'or de la valeur de 300 fr. au meilleur mémoire manuscrit et inédit, dont le sujet sera :

« Un petit traité d'hygiène populaire, dégagé de toute considération purement théorique, à l'usage des ouvriers des villes et des habitants des campagnes. »

Ce livre, qui sera particulièrement applicable au département de la Seine-Inférieure, devra présenter, sous la forme la plus simple et la plus attrayante possible, les préceptes généraux qu'il importe surtout de vulgariser.

Le ministre de l'instruction publique ayant reconnu l'utilité de cette question et voulant augmenter l'émulation des auteurs, a, par arrêté du 12 octobre 1848, doublé la valeur de ce prix, qui sera en conséquence de 600 fr.

si on se sert de l'éther. D'une autre part, si l'on emploie l'inhalation continue, il faudra, toutes choses égales d'ailleurs, la prolonger moins longtemps avec le chloroforme qu'avec l'éther, parce que l'état dans lequel se trouve le malade soumis au premier agent peut s'aggraver après la suspension des inhalations, tandis que la diminution des phénomènes, ou tout au plus leur maintien temporaire, suit la suspension de l'éther. Avec ce dernier, la plus grande intensité d'effets coïncide avec son administration; avec le chloroforme, l'état actuel n'est pas la mesure de ce qui peut advenir : d'où il résulte, en somme, une action moins appréciable par l'observation immédiate, une influence plus insidieuse dans les éventualités, et de nature à amoindrir les avantages que l'art chirurgical peut retirer de la plus longue durée de l'anesthésie.

Danger attaché a leur emploi. — L'avenir de la science et les droits de l'humanité sont également attachés à l'éclaircissement de ce sujet. Il est d'une haute utilité qu'on ne se dissimule aucun des inconvénients ou des dangers qui peuvent être inhérents à l'emploi des agents anesthésiques; car si ces dangers étaient réels, tous les efforts de l'art devraient tendre à les conjurer, et s'ils étaient au-dessus de sa puissance, ils seraient d'autant plus redoutables qu'ils empruntent l'apparence d'un bienfait. Nous croyons, quant à nous, que les agents anesthésiques sont désormais implantés dans la pratique chirurgicale, et que les services qu'on en retire sont d'une telle évidence et d'une si grande utilité, que leur adoption est obligatoire. L'éther et le chloroforme ne sauraient être assimilés à aucun de ces médicaments, qui, après une vogue passagère, n'ont plus occupé dans la science qu'une place historique. Leur usage a déjà reçu la consécration de l'habitude, et si leur emploi quotidien, en multipliant les occasions d'éprouver leur mode d'action dans tous les cas susceptibles d'en révéler les variétés, a permis d'en constater les dangers éventuels, cette fâcheuse révélation ne peut acquérir assez d'importance pour mettre en question leur adoption ou leur rejet. Il n'y a d'autre principe de conduite à tirer de ces exemples que celui qui porte à rechercher les causes du danger, afin de les éviter ou de les neutraliser.

Cette réserve faite, et pour juger cette question sous le jour d'une stricte équité, il nous semble que le premier point à éclaircir consiste à déterminer par des résultats pratiques si, parmi les agents anesthésiques offerts au choix du chirurgien, les probabilités d'innocuité sont égales, ou si, au contraire, l'un d'entre eux a occasionné plus fréquemment des accidents, et en conséquence doit être réputé plus dangereux. Les éléments de ce parallèle statistique existent dans la science, et nous pouvons ajouter qu'ils se présentent dans des circonstances qui lui donnent une valeur toute particulière. Il y a présentement deux ans que les agents anesthésiques sont adoptés dans la pratique, et sur ce temps, une moitié a vu exclusivement employer l'éther, tandis que, pendant la seconde moitié, c'est le chloroforme qui a obtenu la préférence générale. M. Simpson n'a fait connaître, en effet, les propriétés de ce dernier agent qu'à la fin de l'année 1847, c'est-à-dire un an après que celles de l'éther avaient été découvertes. En supposant égal pour chaque année le nombre des opérations pratiquées sous l'influence des anesthésiques, on peut, en recherchant le chiffre des morts attribuées à leur action, déterminer la part qui revient à l'éther ou au chloroforme, et déduire leur degré respectif de nocuité.

Toutefois nous n'entendons pas donner à cette énumération comparative une valeur supérieure à toute autre. La somme des faits observés est trop restreinte pour que la statistique soit la formule complète de l'expérience. Ce n'est qu'un élément du jugement à porter; mais à ce titre, il mérite une sérieuse considération, et nous ne pouvons que regretter que M. Malgaigne ait omis, dans son rapport sur les dangers du chloroforme, une confrontation qui, en faisant apprécier l'éther au même point de vue, aurait certainement élucidé la question. Lorsque M. Velpeau, prenant part à la discussion du rapport, a déclaré devant l'Académie que les accidents reprochés au chloroforme sont également attribuables à l'éther, il aurait pu se convaincre que le nécrologe de ce dernier est beaucoup moins chargé que celui de l'autre agent anesthésique. Le tableau comparatif dont nous signalons l'utilité eût en outre permis de se convaincre que non-seulement les cas de mort par l'éther sont moins nombreux que ceux qui se sont produits à l'occasion du chloroforme, mais qu'ils en diffèrent par d'autres circonstances majeures dont la valeur ressortira, nous l'espérons, des développements qui vont suivre.

Pour obtenir de ce parallèle un enseignement profitable, il nous paraît nécessaire de limiter les cas funestes attribués à l'action des agents anesthésiques à ceux dans lesquels la mort est survenue pendant leur administration ou peu de temps après, afin que la corrélation de la cause et de l'effet soit d'une appréciation plus facile. Ainsi nous écarterons du tableau ci-après les exemples dans lesquels la mort n'est survenue qu'au delà de quarante-huit heures après les inhalations, parce que ce délai suffit à l'intervention de plusieurs causes de mort amenées, soit par l'opération chirurgicale, soit par toute autre circonstance, et que ces causes efficientes nouvelles empêchent de juger sainement la part qui revient aux anesthésiques dans l'issue funeste qui a été observée. C'est ainsi qu'il nous paraîtrait injuste d'établir le caractère dangereux du chloroforme avec des faits prouvant que la mort est survenue cinq, six jours et au delà après son administration. Il ne serait pas moins contraire à une induction rigoureuse de juger les dangers de l'éther sulfurique avec des faits attestant que la mort a suivi son emploi longtemps après qu'on y a eu recours. Le délai que nous avons assigné est plus que suffisant pour répondre à ce que la science est en droit d'exiger lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des faits de cet ordre.

A. Les cas de mort par l'éther sulfurique sont peu nombreux, bien qu'ils aient été enregistrés avec soin par la Gazette des hôpitaux et le London medical Gazette en Angleterre, journaux qui n'ont accueilli, comme on le sait, qu'avec une grande défiance la découverte des inhalations anesthésiques.

Faits, nom du chirurgiens, etc.	Nom et conditions du malade.	Durée de l'éthérisation et nature de l'opération.	Époque et caractères de la mort.
Premier exemple publié par M. Roger Nunna.	Thomas Herbert, 52 ans, maigre, pusillanime, pressentant la mort.	Ethérisé pendant dix minutes et opéré de la taille; hémorrhagie abondante.	Mort 50 heures après l'opération.
Deuxième exemple, par M. Robbs.	Anne Parkinson, 21 ans, santé délicate.	Deux inhalations d'essai; inhalation de dix minutes avant l'ablation d'une énorme tumeur cancéreuse de la cuisse; opération longue.	Affaissement considérable; mort 40 heures après l'opération.
Troisième exemple, rapporté dans la Presse médicale de Dublin, par M. Neuman.	Albin Burfitt, 11 ans, affaibli par un grave accident qui occasionna la fracture des deux cuisses avec dilacération des parties molles.	Inhalations éthérées pendant 4 minutes; reprises pendant 3 minutes; amputation de la cuisse gauche.	Epuisement, délire, lipothymie; mort 3 heures après l'opération.
Quatrième exemple, par M. Noël (de Madrid.)	Dolorès Lopez, 50 ans, très-faible constitution, habitude de l'ivresse, maladie ancienne.	Ethérisations d'essai; ablation d'une tumeur cancéreuse du sein pesant 3 livres et quart après une demi-heure d'inhalation.	Refroidissement, puis stupeur; mort 7 heures après l'opération.
Cinquième exemple observé à l'Hôtel-Dieu d'Auxerre.	Ouvrier bavarois, 55 ans, affecté d'un cancer au sein gauche.	Inhalation éthérée pendant 10 minutes avec l'appareil Charrière.	Mort immédiate au début de l'opération, avec signes évidents d'asphyxie.

Tels sont les exemples de mort attribuée à l'action des inhalations d'éther qu'il nous a paru convenable de reproduire, non qu'ils portent en eux la preuve péremptoire que la mort a été occasionnée par la seule influence des vapeurs éthérées, mais parce que de telles apparences existent, et que d'ailleurs nous avons pris en considération le peu de temps qui s'est écoulé entre l'éthérisation et la mort.

Nous ne devons pas omettre de dire qu'on a cité d'autres exemples de l'action fâcheuse de l'éther : tels sont entre autres quelques faits observés dans le service de M. Jobert, dans celui de M. Giraldès, et divers exemples de mort survenue après le troisième jour. Mais si, pour quelques-uns de ceux que nous avons reproduits dans le tableau précédent, il y a des doutes à élever sur la relation nécessaire de l'issue fatale avec l'influence de l'éthérisation, à plus forte raison est-on fondé à rejeter les autres exemples. Serait-il juste, par exemple, de mettre sur le compte de l'éther la mort d'un tétanique déjà très-avancé et traité par l'éthérisation dans le service de M. Roux ? Serait-il plus à propos d'imputer au même agent la mort d'un sujet observé par M. Piedagnel et qui succomba quinze jours après avoir été éthérisé, ou celle d'un autre malade à qui M. Richet désarticula le bras pendant le sommeil éthérique et qui succomba aussi après quinze jours. Ces faits et quelques autres que M. Lach a rassemblés dans sa thèse sont évidemment hors de la question, et celle-ci s'obscurcirait si on acceptait sans discernement tous les cas tendant à prouver l'action léthifère des anesthésiques, et si l'on négligeait de faire une part distincte aux suites funestes qui sont un résultat naturel du traumatisme chirurgical ou des affections intercurrentes auxquelles l'opéré est exposé.

On se convaincra d'ailleurs que nous n'avons pas apporté trop de rigueur dans l'acceptation des faits mentionnés au tableau, et que ces exemples qui sont réputés les plus probants ne sont pas tous revêtus de ce caractère dé-

monstratif qui écarte le doute. Dans le premier cas, il s'agit d'une opération de taille pratiquée sur un sujet épuisé, mais combien de fois pour la cystotomie en particulier, n'a-t-on pas vu la mort par épuisement nerveux survenir dans un délai beaucoup plus court sans que l'éthérisation fût employée. Le second exemple, celui d'Anne Parkinson, a paru, en raison de circonstances particulières, posséder une valeur probatoire plus importante. Il a été discuté devant les tribunaux, et un jury incompétent a déclaré que la mort avait été le résultat de l'action de l'éther; mais un jugement médical qui ferait la part de la faiblesse du malade, de la longueur de l'opération et des phénomènes qui l'ont suivie, ne sanctionnerait pas les décisions d'un coroner. Dans le troisième cas, qui est relatif à une double fracture des membres inférieurs avec grande dilacération des parties, l'ébranlement subi par l'organisme augmenté par celui qu'a pu produire l'opération, joue un rôle plus évident comme cause de mort que l'influence surajoutée de l'éthérisation. Le quatrième cas, qui concerne une énorme tumeur enlevée à une femme profondément débilitée par des maladies antérieures donne lieu aux mêmes réflexions. L'éther, déjà prodigué comme méthode d'essai et inhalé pendant une demi-heure avant l'opération a pu toutefois aggraver la faiblesse naturelle de la malade, sans être la cause essentielle de la mort. Il ne reste donc que le cinquième cas, dans lequel une asphyxie a été évidemment liée aux inhalations éthérées, qui puisse servir à démontrer la réalité de la mort par l'éther. Mais à moins que l'observation ne soit incomplète, on est autorisé à retrancher quelque chose de la signification fâcheuse de cet exemple, car le narrateur ne mentionne aucune tentative thérapeutique faite dans le but de combattre l'asphyxie. Ainsi, en analysant rigoureusement les faits précédents, on est conduit presque forcément à atténuer la gravité des conséquences imputées à l'éther, et si en regard de ce chiffre minime et contestable de résultats fâcheux, on place le nombre immense et authentique des faits qui attestent son innocuité, on sera convaincu que, pourvu que toutes les précautions soient observées dans son administration, on peut y avoir recours sans défiance. Voyons présentement si la même sécurité découle du nombre et du caractère des faits malheureux survenus à l'occasion du chloroforme.

B. Les cas de mort chez les sujets chloroformisés pour des opérations chirurgicales ont été, comme les précédents, observés d'abord en Angleterre, puis en France. Comme ces faits sont particulièrement connus des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, nous nous contenterons de les réduire à leur exposition la plus abrégée. Le tableau suivant, dressé d'après le même plan que le précédent, en rendra la comparaison plus facile.

Faits, nom du chirurgien, etc.	Nom et conditions du malade.	Durée de chloroformisation et nature de l'opération.	Époque et caractère de la mort.
Premier exemple, par M. Meggison.	Hannah Greener, âgée de 15 ans, crainte profonde de respirer le chloroforme.	Inhalation de chloroforme versé sur un mouchoir; insensibilité après une demi-minute; commencement de l'extirpation de l'ongle.	Mort immédiate, malgré les secours qui furent donnés.
Deuxième exemple, par M. Pearson.	Mistriss Simmons, âgée de 35 ans, bonne santé quoique nerveuse; repas copieux et marche un peu longue avant l'opération.	Chloroformisation pendant quelques instants, après lesquels on extrait quelques racines de dents.	Mort 2 minutes après le commencement de l'inhalation.
Troisième exemple, par un chirurgien d'Hyderabad.	Jeune femme atteinte d'une lésion du médius gauche.	Inhalation d'une drachme de chloroforme versée sur un mouchoir; commencement d'emputation du doigt.	Mort immédiate.
Quatrième exemple, par M. Robinson, dentiste.	Walter Badger, 23 ans, atteint de maladie du cœur et d'hypertrophie du foie.	Chloroformisation avec un appareil pendant une minute; l'opérateur s'absente trois quarts de minute pour reprendre le flacon de chloroforme.	Walter Badger mourut pendant l'absence de l'opérateur qui tenta vainement divers moyens pour le ranimer.
Cinquième exemple, par M. Gorré (de Boulogne-sur-Mer.)	Mademoiselle Stock, âgée de 30 ans, ayant été sujette à des palpitations et à la chlorose; abcès consécutif à une blessure superficielle de la cuisse.	Inhalation de chloroforme pendant moins d'une minute; ce temps suffit à la production de symptômes graves pendant lesquels le foyer purulent de la cuisse est incisé.	Mort immédiate.
Sixième exemple, par M. Robert.	Daniel Schlyg, 24 ans, cuisse fracassée par une balle pendant les journées de juin; profond abattement physique et moral.	Inhalation de chloroforme pendant 3 à 4 minutes; désarticulation coxo-fémorale; pendant l'opération, nouvelle inhalation de chloroforme.	Mort pendant l'opération.
Septième exemple, par M. Malgaigne.	Blessé de juin ayant eu le col de l'humérus brisé par une balle; affaiblissement par hémorrhagie, gangrène de la plaie.	Chloroformisation; désarticulation scapulo-humérale; nouvelle inhalation pour rechercher la balle.	Mort pendant les dernières incisions.
Huitième exemple observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon.	Charles Desnoyers, 22 ans, scrofuleux, atteint de tumeurs blanches du poignet gauche.	Chloroformisation avec un appareil pendant 5 minutes; cautérisation transcurrente de l'article.	Mort au commencement de l'opération.
Neuvième exemple observé à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. Roux.	Femme affectée de squirrhe du sein.	Chloroformisation; amputation du sein.	Mort avant de quitter l'amphithéâtre.
Dixième exemple signalé par M. J. Guérin, comme ayant eu lieu à Bicêtre en septembre 1848.	Homme affecté d'une lésion de la cuisse.	Chloroformisation; désarticulation coxo-fémorale.	Mort avant la fin de l'opération.

En appréciant à un point de vue comparatif les faits consignés dans les deux tableaux, on verra que ce n'est pas seulement d'après le *nombre* qu'on peut établir que le chloroforme est plus dangereux que l'éther. Cette considération du nombre, bien qu'ayant son importance, ne nous a pas paru devoir dominer la question. Aussi avons-nous adopté sans difficulté divers cas de mort imputée à l'éther que nous aurions pu répudier, et avons-nous évité de grossir le nécrologe du chloroforme de plusieurs exemples de mort immédiate survenue après l'inhalation de cet agent, dans divers cas, non compris dans le domaine de la médecine opératoire. Nous avons écarté, avec non moins de soin, les cas de mort consécutive. La différence numérique de la léthalité produite par l'éther ou le chloroforme le cède, sous le rapport de l'importance, à une autre différence qui se déduit pour ainsi dire d'elle-même, par la confrontation synoptique des deux tableaux.

Cette différence est relative à la *soudaineté* des effets mortels. On a vu que, chez les sujets qui ont succombé après avoir inhalé l'éther, la mort n'était survenue que plusieurs heures, plusieurs jours même, après l'inhalation. Un seul a péri assez promptement par l'effet d'une asphyxie dont les caractères n'ont pas laissé de doute. Mais chez les sujets qui ont inhalé du chloroforme, la mort a eu lieu avec une promptitude désespérante. Deux, trois minutes et même moins de temps ont suffi pour frapper la vie d'une manière irrémissible. Ce n'est point, quoi qu'on en ait dit, par une complication asphyxique que ce grave résultat s'est produit; il n'est pas dans la nature de l'asphyxie de se terminer si promptement par la mort et de se traduire par les symptômes signalés par les opérateurs. C'est à l'action toxique propre au chloroforme qu'il faut rapporter la fin si soudaine des individus qui l'ont inhalé. Certaines influences surajoutées ont bien pu rendre les effets de l'agent plus délétères, mais la réalité d'une influence nuisible ne saurait être méconnue, et elle justifie les reproches adressés au chloroforme par les partisans de l'éther.

Les apologistes du chloroforme ont senti toute la puissance de l'objection tirée de cet ordre de considérations et n'ont rien négligé pour en atténuer la valeur. C'est ainsi qu'à défaut d'arguments naturels pour disculper le chloroforme, l'auteur du rapport discuté devant l'Académie de médecine s'est livré à des efforts évidents pour faire oublier l'influence réelle exercée par cet agent. Bornant à trois les faits dans lesquels la mort ne peut être attribuée qu'au chloroforme, M. Malgaigne a rejeté les autres dans la catégorie équivoque des morts subites, et s'est attaché à prouver que ces dernières sont plus fréquentes qu'on ne pense. Mais pour si disposé qu'on soit à partager, sous ce dernier rapport, les vues de M. Malgaigne, il paraîtra impossible à quiconque examinera les faits dans tous leurs détails de méconnaître l'influence fatale du chloroforme. Le nombre et le caractère des

cas observés attestent une dépendance évidente entre l'inhalation de cet agent et la mort immédiate qui l'a suivie. Il n'y a pas eu seulement coïncidence, il y a eu corrélation.

On découvre néanmoins dans l'ensemble des faits que nous avons rapportés des circonstances propres à affaiblir la part reprochée au chloroforme dans la mort inopinée qui a interrompu ou suivi de près les opérations. Nul doute que la plupart des sujets qui ont succombé ne fussent dans des conditions qui les ont rendus plus impressionnables par l'agent anesthésique. Les opérés qui ont subi les désarticulations coxo-fémorales et scapulo-humérales étaient dans un état de profond affaiblissement; un autre présentait les signes de la cachexie scrofuleuse; l'opérée de Boulogne avait été chlorotique et il avait fallu la saigner pour son accident. Hannah Greener était très-affaissée par suite de la terreur qu'exerçait sur elle l'idée du chloroforme; Mistriss Simmons avait mangé inopportunément et s'était fatiguée par une assez longue course avant de se soumettre à l'action du chloroforme. Qui ne reconnaît dans ces divers cas des influences débilitantes préalables, et n'est-il pas naturel de penser que dans des circonstances pareilles le chloroforme a trouvé un terrain favorable à son excès d'action? Insuffisantes pour dissimuler la dangereuse activité du chloroforme, les circonstances que nous venons d'énumérer font comprendre dans quel cas cet agent peut surtout devenir redoutable; c'est principalement lorsque certaines dispositions de l'organisme morbides ou autres existent chez les individus qu'on veut soumettre à la méthode anesthésique, que le chloroforme peut acquérir sa plus grave influence. L'éther n'acquiert pas le même degré de puissance toxique sous l'empire des mêmes conditions. Aussi la question du choix de l'agent anesthésique est-elle liée à la détermination de l'état préalable du sujet sur lequel on doit opérer, et la discussion des indications et des contre-indications des deux agents doit-elle éclairer essentiellement la conduite du praticien.

La science et la pratique comptent dans ce moment: 1° les partisans exclusifs du chloroforme; 2° les partisans exclusifs de l'éther; 3° ceux qui font un choix raisonné entre les deux agents.

Parmi les premiers, il faut ranger M. Simpson et la plupart des chirurgiens de Paris. Leur pratique n'admet pas d'exception et se fonde sur les motifs que nous avons déjà exposés. C'est de leur exemple qu'est née la faveur générale avec laquelle le chloroforme a été accueilli.

Les seconds moins nombreux sont restés fidèles à l'éther, soit par reconnaissance pour les services qu'il a rendus, soit par l'appréhension des dangers inhérents à l'excès d'activité du chloroforme. MM. Pétrequin et Rodet à Lyon, M. Cantu à Turin, se tiennent pour satisfaits du progrès qui s'est réalisé par l'importation des inhalations éthérées dans la pratique et n'ont pas reconnu la légitimité de la substitution du chloroforme. Approuvant leur exemple, M. Diday a plus nettement formulé sa pensée et dans divers articles pleins de verve, il a lancé un arrêt de proscription contre le chloroforme, auquel il préfère dans tous les cas l'éther.

Dans la troisième catégorie se rangent les chirurgiens qu'on pourrait appeler éclectiques. Nous avons contribué à ouvrir cette voie dans laquelle on retrouve des noms familiers avec l'initiative et le perfectionnement scientifiques. Ceux de MM. J. Guérin et Sédillot. Nous ne doutons pas qu'à leur exemple, bon nombre de chirurgiens n'adoptent les vues justes et modérées d'après lesquelles le chloroforme et l'éther doivent être conservés dans la pratique pour répondre à des indications spéciales. Il est rare qu'en thérapeutique, branche de l'art médical qui se distingue entre toutes par la contingence des faits, un même agent présente une efficacité absolue et convienne à tous les cas qui semblent réclamer son emploi. Le praticien se voit souvent dans la nécessité de lui substituer des équivalents ou des succédanés. Le chloroforme ne saurait échapper à la loi commune. Il est des cas où il ne convient pas, où il peut être dangereux, et c'est un bonheur pour l'art de pouvoir se rejeter sur l'éther qui répond précisément aux intentions du praticien, lorsque l'excès d'action du chloroforme peut entraîner des conséquences funestes. Si l'on veut apprécier, en un mot, le genre de progrès réalisé par l'introduction du chloroforme dans la thérapeutique, il ne faut donc pas affirmer, comme on l'a fait en termes pompeux, qu'il a détrôné l'éther, mais reconnaître qu'à côté des avantages éminents qu'il possède, il en est d'autres qui sont propres à l'éther, et que le *véritable progrès de la méthode anesthésique* consiste à déterminer la convenance particulière de l'un des deux agents et à poser les bases d'un choix rationnel.

Voyons, en dernier lieu, quelles sont les indications respectives de ces agents, lorsque l'emploi de la méthode anesthésique a été préalablement jugé nécessaire.

1° Le chloroforme se présente avec tous ses avantages lorsqu'il est appliqué à des sujets d'une bonne constitution, exempts de maladies pulmonaires ou cardiaques qui augmentent les chances de l'asphyxie ou de la syncope. — L'éther est préférable, au contraire, chez les sujets débilités par des maladies antérieures, des pertes sanguines, de longues suppurations, des privations prolongées, des excès ou des peines morales, toutes circonstances qui se rencontrent fréquemment dans les hôpitaux.

2° Le chloroforme convient pour les opérations courtes ou de moyenne durée, pour celles qui n'exigent pas une nouvelle reprise des agents anesthésiques. — L'éther doit être préféré pour les opérations longues et graves à l'exécution desquelles est nécessaire une action anesthésique soutenue.

3° Nous maintenons aussi l'indication de l'éther pour les périodes extrêmes de la vie, la première enfance et la vieillesse avancée; pour les sujets nerveux et particulièrement pour les femmes chez lesquelles l'affection hystérique est ancienne et profonde. Chez des individus ainsi disposés, la vie est plus prochainement menacée par l'action prompte, dépressive et insidieuse du chloroforme.

D'après ces idées, l'inhalation chloroformique sera adoptée comme méthode anesthésique générale, et l'inhalation éthérée comme méthode exceptionnelle; mais les exceptions auxquelles s'applique l'éther sont assez nombreuses pour être prises en sérieuse considération. Qu'on n'oublie pas que, pendant le sommeil anesthésique, la mort peut survenir de trois manières: par la sidération nerveuse dépendante de l'action toxique propre des agents anesthésiques, par l'asphyxie et par la syncope. Or, comme ces trois chances funestes s'aggravent par la puissance relative du chloroforme, il conviendra de renoncer à celui-ci toutes les fois qu'une disposition quelconque de l'économie sera de nature à faire appréhender l'un de ces accidents. Les maladies des voies aériennes, telles que l'asthme, l'emphysème pulmonaire, les catarrhes chroniques ajoutent à la possibilité de l'*asphyxie*; les maladies du cœur et des gros vaisseaux, l'anémie, l'épuisement produit par les longues opérations, exposent à la *syncope*; certaines névroses, une extrême impressionnabilité ou une grande dépression de l'action nerveuse, telles qu'on les retrouve chez quelques femmes, les très-jeunes enfants, les vieillards cachectiques ou les individus dont le moral est abattu, sont favorables à la *sidération anesthésique*. Le devoir du chirurgien est de prévoir ces fâcheuses possibilités. Dans tous ces cas, si la nécessité d'une opération est reconnue et que celle-ci réclame l'emploi de la méthode anesthésique, qu'on se souvienne que l'action du chloroforme peut aller au delà du but; qu'on se borne à l'action moins énergique et moins aventureuse de l'éther sulfurique, et l'on aura satisfait aux vues conservatrices de l'art chirurgical.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES QUESTIONS RELATIVES A LA DÉSARTICULATION DE LA JAMBE; par le docteur A. OLLAGNIER, chirurgien major.

(Suite. — Voir le n° 4.)

CHAPITRE II.

EXAMEN DES CAS DANS LESQUELS LA DÉSARTICULATION DE LA JAMBE A ÉTÉ PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS.

Si, dans le chapitre précédent, nous avons reconnu que les observations relatives aux cas dans lesquels la désarticulation de la jambe a échoué ne sont pas assez concluantes pour empêcher les praticiens de recourir à de nouvelles tentatives, nous n'avons pas prétendu pour cela que cette opération rentrât dans les règles générales applicables aux autres amputations; nous pensons, au contraire, en raison de la disposition anatomique, tout exceptionnelle, de la région sur laquelle on la pratique, que cette opération doit être soumise à des règles particulières. La méthode qui conduit le plus naturellement à mettre ces règles au jour est celle qui, s'éclairant du flambeau de l'expérience, consiste *à étudier les conditions dans lesquelles elle a déjà été pratiquée avec succès.* Nous allons les rechercher dans l'examen des faits qui suivent, en prenant pour ainsi dire textuellement dans leurs auteurs ceux qui ont été recueillis avec quelques détails. Tous ces faits sont au nombre de dix-neuf. Considérés chacun en particulier, la plupart d'entre eux ne sauraient avoir une grande valeur; mais, envisagés dans leur ensemble, ils peuvent servir de base à des conséquences générales, qui nous paraissent résumer l'état actuel de la chirurgie sur la question qui nous occupe.

J.-L. Petit a été témoin de deux amputations dans l'articulation de la jambe; voici ce qu'il dit au sujet de la première:

Il est rare que l'on ampute la jambe dans son articulation avec le fémur. Je l'ai vu pratiquer parce qu'on n'avait pas les instruments convenables pour faire l'amputation autrement: la nécessité ne fait pas loi.

Le sujet de la seconde opération est un jeune garçon qui avait les deux os de la jambe exostosés et cariés dans toute leur étendue. « Comme cette

» maladie datait de trois ou quatre ans, et que l'on avait fait en diffé-
» rents temps un grand nombre d'opérations aux fistules, qui s'étaient for-
» mées de tous côtés, qu'enfin *une fièvre lente l'avait miné au point*
» *qu'il n'avait que la peau et les os*, on lui coupa la jambe dans l'articu-
» lation avec beaucoup de facilité (1). »

Il est à noter que J.-L. Petit, qui prescrit d'enlever la rotule, décrit, comme le procédé le plus convenable, celui à lambeau postérieur.

Thomas Volpi l'a pratiqué deux fois avec succès : la première sur un militaire pour une vaste exostose avec carie, accompagnée de graves désorganisations des parties molles, provenant d'un coup de pied de cheval, reçu sur le tiers supérieur de la jambe gauche; la seconde fois, elle a été nécessitée par une fracture comminutive par suite d'un coup de feu. *Le malade était exténué par l'abondance de la suppuration.* La guérison, dans ces deux cas, a été complète et ne s'est pas fait longtemps attendre. Ces deux malades étaient des adultes.

Il est à regretter que l'auteur ne fasse pas connaître le procédé qu'il a suivi; il ne dit pas non plus s'ils ont pu se servir d'une jambe de bois au lieu d'un cuissard. Toutefois le procédé qu'il décrit, comme le plus convenable, est celui de Brasdor, qu'il conseille de suivre lorsque les circonstances n'obligent pas de prendre le lambeau plutôt d'un côté que de l'autre (2).

Tout le monde connaît l'observation de ce couvreur, opéré par le célèbre Hoin (de Dijon), rapportée dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE (t. V, p. 508). Ce malheureux s'était fracturé la jambe en tombant d'une hauteur de 132 pieds; la gangrène s'était emparée du membre, et la ligne de démarcation s'étendait depuis le devant de la rotule jusque sous le jarret, en descendant obliquement vers cette partie. Lorsqu'on l'opéra, il *était d'une faiblesse extrême.* L'état des parties ne permit pas de conserver assez de tissus pour recouvrir les condyles, ce qui fit que la consolidation de la plaie n'a pu s'effectuer qu'au bout de huit mois, et même encore avec peu de fermeté. Cependant, après un certain temps, il put reprendre sa profession de couvreur, monter à l'échelle et sur les toits, et se servir d'une jambe de bois. Sept ans après sa sortie de l'hôpital, la peau s'était étendue en tous sens sur les condyles, et s'y était attachée solidement; il ne restait qu'un espace ovalaire d'environ 2 pouces dans son plus grand diamètre, où cette membrane n'avait pas contribué à la cicatrice. Le milieu de cet espace s'excoriait lorsque le malade se fatiguait beaucoup, ce qui provenait, d'après Hoin, d'une inégalité qui existait sur le coussinet de la jambe de bois.

M. Pichozel, médecin à l'hôpital de Clairac, a présenté à l'Académie une observation de désarticulation de la jambe pratiquée sur un homme d'une faible constitution, âgé de 28 ans, qui eut la jambe gauche écrasée par une poutre. Ce praticien, appelé vingt jours après l'accident, trouva le pied et la jambe sphacelés. La ligne de séparation des tissus vivants de ceux frappés de mort était établie et bornée au ligament inférieur de la rotule, et allait obliquement en dedans se perdre dans une plaie du jarret. La ligature de l'artère poplitée, pratiquée immédiatement après l'accident, était tombée.

Malgré *le misérable état du malade*, M. Pichozel et quatre de ses confrères se décidèrent pour l'amputation dans l'article, en conservant la rotule et quelques faibles lambeaux incapables de recouvrir entièrement les condyles du fémur. Cette opération fut suivie d'une abondante suppuration de la cuisse; mais le malade ayant été soutenu par un bon régime et une médication sagement dirigée, la cicatrisation du moignon fut parfaite trois mois environ après l'opération. Il marche à l'aide d'un cuissart; la rotule est remontée de près de 2 pouces. (BULL. DE L'ACAD., t. IV, p. 71.)

Rossi dit avoir pratiqué deux fois cette opération, et avec le même succès, mais sans nous faire savoir le procédé qu'il a suivi. D'après ce praticien, elle est indiquée lorsque les altérations pour lesquelles on doit amputer le membre se sont arrêtées au genou, en y laissant intacte une quantité de téguments avec lesquels on puisse former un lambeau assez grand, ou même deux lambeaux, pour recouvrir l'extrémité inférieure du fémur (3).

Un jeune homme âgé de 19 ans, chétif, épuisé par les souffrances et la diarrhée, affecté d'une nécrose étendue du tibia, fut opéré par M. Velpeau à l'hôpital Saint-Antoine. Dans le but de faire l'opération dans la continuité, le chirurgien divisa circulairement la peau, un peu au-dessous de la tubérosité du tibia; mais les altérations très-profondes du périoste s'étendant jusqu'aux masses articulaires de cet os, il changea d'avis et désarticula la jambe, en conservant un lambeau postérieur : « assez long d'abord pour
» remonter, par son bord antérieur, jusqu'à la rotule, et qui s'est ensuite
» rétracté au point de se porter par degrés insensibles sur la saillie posté-
» rieure des condyles. »

Cette observation n'est pas rédigée avec toute la clarté désirable; toutefois nous pensons, d'après les lignes que nous venons de citer, que le malade a été opéré d'après un procédé qui se rapporte à la méthode à lambeau postérieur, bien que l'auteur dise avoir conservé en avant plus de peau qu'on ne le fait habituellement en suivant ces derniers procédés. Ce malade guérit au bout de deux mois, et la cicatrice se fixa à la partie postérieure du moignon (1).

Un homme bien constitué, âgé de 29 ans, qui, par suite d'une fracture comminutive de la jambe, fut atteint de gangrène du membre, de délire, de douleurs très-vives, de fièvre et de diarrhée, a été opéré par le même professeur onze jours après l'accident. « Point de lambeau ni en avant ni
« en arrière; la peau, divisée circulairement au niveau de la tubérosité du
» tibia, fut disséquée et renversée, d'après la méthode ordinaire, dans l'é-
» tendue de 2 pouces.... J'obtins ainsi une manchette de téguments longue
» de 3 pouces, et qui eût rendu très-facile la réunion immédiate, si des
» traces de contusions, encore visibles à la face interne, n'avaient pas dû
» me faire adopter un mode de pansement contraire. » Amputé le 4 mai, ce malade est pris d'une violente fièvre traumatique. Le 6 et le 7, érysipèle du moignon, envahissant toute la cuisse. « Malgré cette phlegmasie inté-
» currente, malgré *deux petites plaques purulentes* qui se sont formées
» plus tard à l'angle des condyles, et des accidents produits en dernier lieu
» par des écarts de régime, la guérison a été complète vers le soixantième
» jour. » (MÉD. OPÉR., t. II, p. 250, 2e éd.)

Un soldat âgé de 25 ans, d'une forte constitution, reçut, à vingt pas de distance, un coup de feu par une balle, immédiatement au-dessous du bord inférieur de la rotule. Fracture comminutive de la partie inférieure du tibia; amputation pratiquée par M. Baudens, d'après sa méthode. La plaie est réunie par des points de suture, et au bout de dix jours, la cicatrisation est complète; mais l'ouverture de la balle reste encore quelque temps fistuleuse, et elle donne issue aux humidités de la plaie et à celles provenant de l'articulation. Ce malade, qui se sert avec la plus grande facilité d'une jambe de bois, a été présenté à l'Académie; il se trouve aujourd'hui aux Invalides d'Avignon. (Baudens, PLAIES D'ARMES A FEU, p. 536.)

M. Baudens a eu recours une seconde fois à cette opération, d'après le même procédé, chez un blessé atteint d'un coup de feu. La balle avait brisé la rotule, et était venue se perdre profondément dans l'épaisseur de la surface articulaire du condyle fémoral interne. Ce militaire avait environ 25 ans, et il était d'une très-bonne constitution. L'opérateur enleva les fragments de la rotule brisée en éclats, ainsi qu'une portion du condyle, dans lequel la balle s'était logée. Ce blessé a guéri sans présenter d'autre accident qu'une petite hémorrhagie qui s'opposa à la réunion immédiate; la cicatrice eut lieu par froncement, mais toujours dans le creux poplité.

L'opérateur n'a enlevé ici la rotule que parce qu'elle était fracturée et que ses fragments seraient devenus des corps étrangers nuisibles au succès de l'opération. Cette observation ne se rapporte pas précisément à l'amputation du genou, puisqu'il y a eu en même temps resection d'une portion du condyle interne; cependant elle peut servir à éclairer la question, et c'est dans ce but que nous l'avons rapportée. Ce blessé put faire usage d'une jambe de bois aussi facilement que le précédent (2). (Baudens, PLAIES D'ARMES A FEU.)

Si l'on place à côté de ces douze observations celles des faits qui ne sont que mentionnés dans les auteurs, celui du jeune homme dont parle Saba-

(1) Œuvres complètes, p. 844, 1 vol., 1844.
(2) SAGGIO DI OSSERVAT. E DI ESPERIENZE MEDICO-CHIR., t. I, p. 80.
(3) ÉLÉMENTS DE MÉD. OPÉRAT., t. II, p. 227.

(1) MÉD. OPÉRAT., *loc. cit.* — ARCHIVES GÉNÉR. DE MÉD., t. XXIV, p. 48. — JOURNAL HEBDOM., t. I, p. 275.

(2) Les faits que nous avons puisés dans la pratique de M. Baudens ne sont pas les seuls dans lesquels cet habile chirurgien militaire ait mis cette opération en usage. Nous sommes autorisé à dire qu'il y a eu recours six fois, tant en France qu'en Afrique, et trois fois avec succès. Il est à regretter que nous ne soyons pas en mesure de produire ici tous ces faits; mais nous suppléerons à ce défaut de détails, en faisant connaître l'opinion de ce praticien sur ce moyen thérapeutique, opinion qui présente une grande valeur, attendu qu'elle est fondée sur une grande expérience des amputations en général et de celle qui nous occupe en particulier.

Fidèle à ce principe qu'il faut toujours, en chirurgie, conserver le plus de parties que possible, M. Baudens dit qu'on doit préférer la désarticulation de la jambe à l'amputation de la cuisse, chez les enfants, les jeunes sujets, les adultes amputés immédiatement ou secondairement, pourvu qu'ils soient d'une bonne constitution et doués d'une énergie suffisante pour fournir à un travail réparateur;

Que chez les individus avancés en âge, affaiblis ou épuisés, en un mot arrivés aux dernières périodes d'une affection chronique, qui a miné profondément l'économie, cette opération ne laisse que bien peu de chances de réussite;

Que, dans tous les cas, le procédé qu'il adopte est préférable à tout autre, en raison de ses avantages sur lesquels nous insistons dans le courant de ce mémoire.

lier (MÉD. OPÉR., t. IV, p. 548, 1824); celui de l'opéré rencontré dans les rues de Paris par M. Dezeimeris ; celui du jeune homme âgé de 19 ans, vu par M. Velpeau en 1830, amputé sept ans auparavant à l'hôpital des Enfants, chez lequel la cicatrice était en arrière, et qui pouvait faire usage d'une jambe de bois ; celui dans lequel M. Schmith, professeur au collége d'Yale, a pratiqué deux lambeaux, l'un antérieur descendant jusqu'au-dessous de l'éminence antérieure du tibia, l'autre postérieur de même dimension, pris dans l'épaisseur des muscles (JOURN. DES PROGRÈS, t. I, RÉPERTOIRE); enfin celui de Béclard, mentionné par M. Velpeau (1) ; si l'on ajoute à ces faits les deux observations prises dans la pratique de M. Murville, et dont nous avons parlé au commencement de ce mémoire, on voit que nous possédons un total de 19 faits, dans lesquels la désarticulation de la jambe a été suivie de guérison. Si ces faits avaient tous été recueillis avec les détails que comporte une observation complète, nous aurions assez de matériaux pour en déduire des conséquences pratiques, capables de servir de règles. Mais c'est à peine si nous en comptons 7 ou 8 qui, suffisamment développés, peuvent se prêter, sous plusieurs points de vue, à un examen analytique. Quoi qu'il en soit chacun de ces faits nous présente quelques particularités, et pour en tirer le meilleur parti possible, nous allons les étudier en masse, sous le rapport de l'âge et de la constitution des sujets, des causes qui ont nécessité l'opération, de la période de la maladie à laquelle elle a été pratiquée, des procédés opératoires, suivis du mode de réunion adopté dans les différents cas, de l'état du moignon après la guérison et de la position de la cicatrice.

A. — Age des sujets chez lesquels la désarticulation de la jambe a été suivie de guérison.

Dans le plus grand nombre des cas, ces sujets étaient jeunes et avaient moins de 30 ans. La petite fille, opérée par M. Murville, avait 18 mois ; les malades dont parle J.-L. Petit, Sabatier, Béclard étaient de jeunes sujets; celui que M. Velpeau a vu au mois de juillet 1830 avait été opéré à 12 ans; l'un de ceux chez lesquels elle a réussi entre les mains de ce dernier opérateur avait 19 ans, l'autre 29 ans ; les deux blessés opérés par M. Baudens avaient 25 ans environ ; celui de M. Pichozel avait 28 ans. Dans les autres cas, l'âge des sujets n'est pas indiqué, si ce n'est toutefois celui du nommé Platel (2) qui avait 43 ans, et chez lequel M. Murville a obtenu un résultat si complet d'après le procédé de Brasdor.

B. — Constitution des sujets.

Dans la plupart des cas, cette opération a été tentée sur des malades affaiblis par la fièvre lente ou par de longues souffrances, épuisés par la diarrhée ou par d'abondantes suppurations, et elle a réussi dans ces mauvaises conditions, ainsi que le prouvent presque tous les faits qui précèdent, entre autres ceux rapportés par J.-L. Petit, Volpi, Hoin, MM. Velpeau et Pichozel. Les cas dans lesquels les malades étaient d'une constitution robuste et en même temps placés dans des circonstances favorables à la guérison sont les moins nombreux, mais dans ces cas la marche de la plaie s'est effectuée d'une manière prompte et régulière. C'est ce que nous pouvons conclure, par exemple, des faits observés par nous dans la pratique de MM. Baudens et Murville, et de l'un de ceux rapportés par M. Velpeau.

C. — Affections qui ont nécessité l'amputation.

Sur les 19 cas de succès que nous avons cités, elle a été pratiquée dix-sept fois secondairement, douze jours au moins après le début des accidents inflammatoires, soit pour d'abondantes suppurations entretenues par des caries ou des nécroses, soit pour des cas de gangrène de la jambe. On n'y a eu recours que deux fois, immédiatement après l'accident, et dans l'un de ces deux cas la plaie d'amputation était complétement cicatrisée vers le dixième jour.

D. — Procédés mis en usage.

Si nous examinons ces différents cas de succès sous le point de vue du procédé opératoire, par lequel on les a obtenus, nous sommes amené à conclure que la plupart d'entre eux se rapportent à la méthode à lambeau postérieur et au procédé de Brasdor.

Il est probable que, dans les deux seuls cas dont J.-L. Petit a été témoin, on a suivi ce dernier procédé. C'est celui qu'il décrit comme le plus convenable, et l'on doit penser que s'il avait vu obtenir des succès par une autre manière d'opérer, il n'aurait pas manqué de la faire connaître.

Nous en dirons autant et pour le même motif des deux faits rapportés par Volpi.

Bien que l'état des parties n'ait pas permis au célèbre Hoin (de Dijon) de pratiquer une opération régulière, cependant le résultat qu'il a obtenu se rapproche du procédé de Brasdor.

(1) JOURN. HEBD., *loc. cit.*, MÉD. OPÉR.
(2) GAZETTE MÉDICALE, t. XIII, p. 746.

Dans l'un des cas de succès rapportés par M. Velpeau, ce savant praticien (si nous devons nous en rapporter aux lignes que nous avons citées) a suivi un procédé ayant également beaucoup d'analogie avec ce dernier ; enfin c'est par le procédé de Brasdor que M. Murville a opéré l'un de ses deux malades.

Nous ne devons pas manquer de faire observer que la plupart des malades chez lesquels on a suivi la méthode à lambeau postérieur, sont précisément ceux que l'on nous dit minés par la fièvre, exténués par l'abondance de la suppuration d'une faiblesse extrême, épuisés par les souffrances et par la diarrhée. Nous espérons prouver, lorsque nous discuterons la valeur des différents procédés opératoires, que c'est aussi celui de Brasdor qui, dans des circonstances analogues, mérite d'être préféré.

Un ou deux malades ont été opérés d'après le procédé de M. Schmith, qui consiste à faire deux petits lambeaux, l'un antérieur et l'autre postérieur, aux dépens des parties charnues. Ce procédé, en raison de la présence de ce dernier lambeau, participe des avantages de celui de Brasdor.

Deux autres malades ont été amputés d'après la méthode circulaire : l'un par M. Velpeau, c'est le seul cas de succès qu'il rapporte sur cinq malades opérés de cette manière; l'autre par M. Murville, et sa malade était une enfant de 18 mois.

Les deux blessés opérés par M. Baudens ont été soumis à un procédé que nous décrirons plus bas, et qui consiste à prendre la plus grande partie du lambeau cutané, dans les téguments de la partie antérieure du genou. Ces malades étaient d'une bonne constitution ; l'un a été amputé immédiatement, l'autre presque immédiatement ; tous d'eux se trouvaient d'ailleurs placés dans les conditions les plus favorables.

Enfin il en est un qui a été opéré par M. Pichozel d'après un procédé irrégulier imposé par la nécessité, et qui a donné pour résultat de petits lambeaux recouvrant difficilement la plaie.

Il nous reste cinq cas, dans lesquels il est impossible de savoir les procédés qui ont été mis en usage. Toutefois, nous pensons qu'ils ne se rapportent pas à la méthode circulaire, puisque celle-ci n'a été appliquée à l'amputation de la jambe qu'en 1830, par M. Velpeau, et que ces malades ont été amputés antérieurement à cette époque. Mais, comme avant la publication des travaux du célèbre professeur de la Charité, la plupart des auteurs classiques conseillaient de suivre le procédé de Brasdor, il est possible que, parmi ces cinq malades, quelques-uns aient été opérés d'après ce dernier procédé.

E. — Temps que la plaie met à se cicatriser.

Sous ce point de vue, le cas le plus remarquable est celui rapporté dans la clinique de M. Baudens. Au bout d'une dizaine de jours, la cicatrisation de la plaie était solidement établie. Mais ce fait sort de la règle ordinaire ; en général, le travail de la cicatrisation marche d'une manière plus lente. Les deux malades de M. Velpeau ont mis deux mois à guérir. Ceux de M. Murville ont été guéris, l'un au bout de quarante jours, l'autre au bout de deux mois. M. Pichozel, qui n'avait pu conserver que des lambeaux insuffisants, a obtenu cependant la guérison de son malade au bout de trois mois. Dans les deux faits rapportés par Volpi, la guérison a été prompte et complète. Enfin, si l'opéré de Hoin a mis si longtemps à se rétablir, cela dépend évidemment du peu de parties molles dont on a pu disposer pour recouvrir les condyles.

F. — État du moignon.

Parmi les sujets dont nous avons rapporté l'observation, il en est huit qui ont pu se servir d'une jambe de bois, comme s'ils eussent été amputés dans la continuité de la jambe ; les autres ont été obligés de se servir d'un cuissart. Il est à remarquer que, parmi les premiers, trois ont été opérés d'après le procédé de Brasdor.

En général, la cicatrice a de la tendance à se porter en arrière, ce qui provient de la rétraction secondaire dont les muscles de la partie postérieure de la cuisse sont susceptibles après avoir perdu leurs attaches inférieures. Cette rétraction paraît en outre subordonnée à la durée du travail de cicatrisation et au mode suivant lequel celle-ci s'est effectuée. Ainsi elle serait plus considérable chez les malades dont la plaie a longtemps suppuré, que chez ceux dont la plaie s'est réunie par première intention. Nous trouvons une preuve à la dernière partie de cette proposition dans l'un des deux cas qui appartiennent à M. Murville, celui du nommé Platel ; le résultat obtenu chez le premier malade opéré par M. Velpeau prouve au contraire que la rétraction est considérable lorsqu'on cherche à obtenir une réunion secondaire. Chez ce malade, en effet, le lambeau qui, après l'opération, s'étendait jusqu'à la rotule, a fini par diminuer, par se fondre au point de ne plus laisser assez de parties pour recouvrir les condyles, et même, en définitive, jusqu'à permettre la formation d'une cicatrice postérieure. Le procédé de M. Baudens permet d'aller au-devant des efforts de la nature, mais il expose dans certains cas à des accidents sur lesquels nous aurons lieu de revenir.

Enfin, il me paraît que, au bout d'un certain temps, l'extrémité inférieure du fémur diminue de grosseur. Hoin, le fils, est celui qui a fait le premier cette observation sur le malade opéré par son père; elle a été confirmée par celle de Gigonux sur un autre amputé.

En résumé, nous pouvons déduire de ce qui précède que les circonstances dans lesquelles l'amputation de la jambe, dans le genou, *compte jusqu'à présent* le plus de guérisons sont les suivantes: les malades étaient en général jeunes ou âgés de moins de 30 ans; ils avaient été opérés secondairement, c'est-à-dire après l'amendement des phénomènes inflammatoires, lorsque l'affection qui réclamait l'amputation s'était limitée, que la constitution commençait à s'affaiblir; et il est à noter que, dans les cas les plus critiques, par l'épuisement, l'émaciation, la persistance de la fièvre, on a suivi de préférence des procédés opératoires se rapprochant de celui de Brasdor.

Mais est-ce là le dernier mot de la science sur cette question? Non certainement. Hâtons-nous de le dire, ce résumé ne renferme que l'idée la plus générale que laissent dans l'esprit la majorité des observations que nous avons analysées. Elles se rapportent presque toutes à des cas d'affections chroniques qui ont nécessité l'amputation secondaire. Mais, sous ce rapport, elles ont une grande valeur, puisqu'elles constituent autant d'exemples qui permettent d'apprécier les circonstances dans lesquelles l'amputation secondaire a été et peut être suivie de succès. Nous n'avons cité que deux cas de réussite après l'amputation immédiate. C'est une voie que l'expérience ne s'était pas encore frayée. Mais ces deux résultats, obtenus d'ailleurs dans les conditions les plus favorables, autorisent à de nouvelles tentatives; ils prouvent jusqu'à présent, et en attendant d'autres faits, que sous ce rapport la désarticulation de la jambe ne fait pas exception à la règle générale.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite et fin.)

GAZZETTA MEDICA LOMBARDA.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Ambulance de la Casa-Pia des aliénés, à Senavra, près de Milan.* 2° *Sur la nécessité de discipliner l'exercice de l'herboristerie, et de supprimer l'abus de la vente illégale des substances médicamenteuses*; par M. Tonini. 3° *De la fièvre typhoïde avec miliaire*; par M. Strambio. 4° *Des ambulances*; par M. Tizzoni. (Indication sommaire de quelques cas de blessures reçues pendant la guerre de la révolution.) 5° *Sur la liberté d'enseignement*; par M. Casorati. 6° *Œdème du larynx; mort; autopsie*; par M. Bazzoni. 7° *Expériences sur le chloroforme*, faites par MM. Tizzoni, Quaglino et Manzolini. 8° *Du rectocèle vaginal*; par M. Melchiori. (Deux observations de cette affection.) 9° *Nouvel instrument pour l'extraction des balles*; par M. Poetini. 10° *Monstre à un seul pied*; par M. Tassani. 11° *Manie survenue par suite d'aménorrhée ou ménostase; cure antiphlogistique énergique; guérison obtenue au bout de trois mois avec le retour de la menstruation*; par M. Scolari. 12° *Vaste abcès de la cuisse droite, ouvert par une petite incision; guérison en peu de temps au moyen de la compression*; par M. Barbieri. 13° *Cas d'artérite cérébrale circonscrite*; par M. Verga. 14° *Relation de nécroses étendues guéries sans avoir altéré l'intégrité des parties malades*; par M. Zanetti. (Extraction des séquestres sans opération.) 15° *Cas de rupture spontanée de la rate chez un fou*; par M. Verga. 16° *De quelques tentatives de galvano-puncture dans la cure des anévrismes et des varices*; par M. Strambio. 17° *Des maladies les plus fréquentes et les plus graves dans la province de Côme, et des moyens propres à les diminuer et à les guérir*; par M. Comolli. 18° *Anus contre nature, traité et guéri par la seule compression*; par M. Lussana. 19° *Névralgie de la cinquième paire et phénomènes morbides qui en résultent pour l'odorat, le goût et l'ouïe*; par le même. (La malade a guéri.) 20° *Résumé historique des cas de mort arrivés à l'hôpital de Côme, en février 1848*; par M. Vanini. 21° *Introduction, dans la clinique, de la médecine misontologique*; par M. Geromini.

ŒDÈME DU LARYNX; MORT; AUTOPSIE; par M. BAZZONI.

OBS. — Une fille de 20 ans, jusque-là parfaitement bien portante, occupée à filer de la soie, s'abandonnait toute la journée à des chants immodérés et à pleine voix. Le 31 juillet, elle ressentit, le soir, tout à coup une faiblesse extrême et un frisson intense. La face devint gonflée, la voix rauque, la déglutition difficile; elle n'y fit pas autrement attention, et se mit au lit après avoir pris quelques boissons tièdes. Mais à minuit elle fut prise d'une dyspnée très-prononcée qui la forçait de se tenir assise sur le lit; elle ne pouvait plus avaler les liquides que goutte à goutte.

A une heure du matin, M. Bazzoni la trouva le visage ardent, les yeux injectés, le front couvert de sueur, le cou tuméfié, la langue rouge, amygdales gonflées, la voix rauque, faible, respiration anxieuse, fréquente, pouls petit et très-rapide; elle avait des nausées, avalait avec beaucoup de peine, mais sans douleur; angoisse très-grande. (Saignée; 20 sangsues aux côtés du cou; limonade glacée et sinapismes aux bras.)

Malheureusement la saignée ne donna que quelques gouttes de sang, la malade étant tombée en syncope, et l'on ne put avoir les sangsues immédiatement. En attendant, on appliqua des ventouses scarifiées, qui parurent apporter un peu de soulagement. Enfin, après un intervalle de deux heures, on put mettre les sangsues; mais déjà tous les symptômes précédemment décrits s'étaient aggravés. L'oppression avait atteint un tel degré, que le médecin, ne voyant d'autre ressource que la laryngotomie, proposa de la faire pratiquer. Mais comme il lui fallait s'absenter pour faire les préparatifs, il trouva à son retour, au bout de demi-heure, la jeune fille morte, après dix heures de maladie.

AUTOPSIE faite au bout de quarante heures.

Rien de morbide dans la cavité crânienne, si ce n'est un engorgement sanguin très-prononcé à la surface du cerveau.

Œdème considérable des muscles pharyngo-laryngiens et de tous les autres muscles qui appartiennent au tube respiratoire et vocal, ainsi que du tissu cellulaire ambiant, lequel était infiltré de beaucoup de sérosité.

Au gosier, gonflement notable portant spécialement sur les amygdales et la luette. En faisant de petites incisions sur ces parties, il en sort une sérosité sanguinolente. La membrane interne du larynx est injectée. De même que celle qui recouvre l'épiglotte et les cordes vocales, elle est tuméfiée et œdémateuse dans toute son étendue. La glotte elle-même offre le même aspect. Sur toutes ces parties, il n'existe ni rougeur ni ulcérations.

Poumons sains, mais gorgés de sang.

— L'invasion et la marche du mal ont été si précipités, qu'à peine a-t-on eu le temps de se reconnaître; et sans l'autopsie, il est vraisemblable qu'on eût attribué la mort à une tout autre cause. L'auteur dit lui-même que, pendant la vie, il avait plutôt soupçonné une angine gangréneuse. Le souvenir de ce fait devra donc rester dans l'esprit du lecteur pour le mettre en garde contre les hésitations et les incertitudes qui viennent naturellement assiéger le médecin et entraver ses déterminations lorsqu'il est témoin d'une évolution si exceptionnellement rapide.

EXPÉRIENCES SUR LE CHLOROFORME, faites par MM. TIZZONI, QUAGLINO et MANZOLINI.

Les auteurs désirant savoir à quoi s'en tenir sur la prééminence réclamée pour le chloroforme par les partisans du nouvel anesthésique, ont institué des expériences; mais ces expériences, ils ont bien soin de le dire, ont toujours été comparatives, puisqu'ils en avaient fait auparavant de semblables sur les propriétés de l'éther sulfurique. Des chiens, des corbeaux et des cochons d'Inde ont servi à leurs recherches, qu'ils ont dirigées successivement sur les moyens d'application, sur les phénomènes qui précèdent, accompagnent et suivent l'état d'anesthésie, sur le temps nécessaire pour l'obtenir complète, et sur sa durée, sur l'altération du sang qui en est la conséquence, sur l'action du chloroforme introduit dans les veines, sur les conditions pathologiques trouvées après la mort, enfin sur les antidotes qu'on peut opposer à ses effets toxiques.

MODE D'APPLICATION. — Les auteurs ont employé tantôt une petite éponge imbibée de chloroforme et approchée du museau de l'animal (ceci a surtout été fait pour les cochons d'Inde). Quant aux chiens et aux corbeaux, une vessie où l'on déposait un peu de liquide anesthésique, et avec l'ouverture de laquelle on emboîtait le contour de leurs orifices respiratoires, mais toujours de manière à laisser pénétrer librement l'air atmosphérique, a été l'appareil usité.

La diversité des agents d'application n'a pas paru avoir d'influence considérable sur les effets obtenus.

Il a fallu, pour produire l'anesthésie sur les chiens, une drachme de chloroforme, une demi-drachme pour les cochons d'Inde, et quelques gouttes seulement pour les corbeaux.

PHÉNOMÈNES QUI ACCOMPAGNENT L'ACTION DU CHLOROFORME. — Le premier symptôme est l'irrégularité et la fréquence des mouvements du cœur; puis la pupille subit une dilatation progressive (1). La conjonctive s'injecte;

(1) Les auteurs attachent à ce signe une grande importance, tant pour l'homme que pour les animaux. Lorsque la dilatation est extrême, et qu'il s'y joint l'immobilité de l'iris, on peut en conclure que la sensibilité et les forces musculaires sont paralysées. Pousser l'inhalation plus loin exposerait à voir périr l'opéré. Si l'on continue néanmoins, la pupille commence alors à se resserrer un peu; l'individu est pris de convulsions rapides et violentes, puis il succombe.

Ce signe, du reste, avait déjà été indiqué, avec plus ou moins de précision et d'insistance, par divers expérimentateurs.

la respiration, d'abord brève et rapide, devient rare et profonde; les battements du cœur se précipitent de plus en plus, si bien qu'à la fin il est impossible de les compter.

Au bout de trois ou quatre minutes, surviennent des convulsions générales. L'animal s'efforce d'échapper des mains de l'opérateur; il devient ensuite plus tranquille, et perd successivement le mouvement dans le train de derrière, puis dans le tronc, puis dans les membres antérieurs, le cou, la tête, et enfin dans les paupières, qui sont les dernières à perdre la motilité, les premières à la recouvrer. Quelquefois, au moment de devenir ainsi insensibles, les animaux laissent sortir l'urine et les matières.

Lorsqu'ils sortent de cet état, la motilité revient dans l'ordre inverse aux différentes parties que nous venons de nommer. L'état normal est quelquefois précédé de convulsions ou de tremblements continus. Il cherche à marcher, mais chancelle comme dans l'ivresse; il va se cacher dans un lieu obscur, où il reste comme engourdi.

Temps nécessaire pour obtenir une anesthésie complète, et sa durée. — Les chiens ont exigé, pour arriver à ce terme, quatre à cinq minutes; les cochons d'Inde, d'une minute et demie à deux minutes. Pour les corbeaux, un petit nombre d'inspirations suffisaient à les rendre comme morts.

Parfois cependant, quoiqu'on ait continué l'inspiration pendant dix à douze minutes, on n'a pu observer l'insensibilité, ou bien elle n'a été que de très-courte durée, d'une demi-minute.

Tandis que les chiens restaient insensibles quatre à cinq minutes (temps assez long pour qu'on leur pût faire quelques opérations, telles que la castration, l'amputation d'un membre), les cochons d'Inde n'y demeuraient que deux ou trois minutes, et les corbeaux moins encore. Il semble donc que la facilité plus grande à ressentir l'action du chloroforme soit en raison inverse de la durée de cette action. Plus promptement un animal devient anesthésique, plus promptement aussi il revient à l'état naturel.

Altération du sang sous l'action du chloroforme. — Les auteurs ont borné leurs recherches à la constatation des caractères physiques. Avant de soumettre l'animal à la chloroformisation, ils tiraient du sang de l'une de ses artères fémorales; puis, lorsque la sensibilité disparaissait ou était entièrement abolie, ils tiraient du sang de l'autre fémorale. Comparé au premier, celui-ci a constamment paru moins rutilant et plus obscur. (Il faut de nouveau faire observer ici qu'on a toujours maintenu, pendant les expériences, la libre introduction de l'air atmosphérique dans les poumons de l'animal.)

Action du chloroforme par les veines. — Après avoir injecté 1 scrupule et demi ou 2 scrupules de chloroforme dans la veine jugulaire ou la fémorale, ils ont vu survenir un effet presque instantané. Après deux ou trois secousses convulsives, l'animal tombait sans force, jetait quelques cris; la pupille se dilatait grandement; la respiration devenait anxieuse; une angoisse extrême se manifestait; les battements du cœur s'élevaient à 130; l'urine et les matières sortaient. Il y avait insensibilité pendant deux ou trois minutes; après quoi (de même que dans l'inhalation) se produisaient des convulsions, puis le mouvement reparaissait aux membres antérieurs, aux postérieurs, etc., les seuls phénomènes qui persistassent ensuite quelque temps étant la mydriase et l'injection de l'œil.

Altérations cadavériques; antidotes; expériences variées. — Presque toujours les animaux expérimentés sont revenus à la santé. Cependant, chez deux ou trois chiens qui succombèrent à une chloroformisation prolongée, on trouva le sang plus obscur et plus dense, et les gros vaisseaux des méninges congestionnés.

Les stimulants volatils, comme l'ammoniaque, réveillent l'animal de sa torpeur. Il a paru, dans plusieurs cas d'anesthésie prolongée simulant la mort, que la chaleur ait servi à ranimer le sujet.

Chez un corbeau à qui l'on avait enlevé la calotte crânienne, quelques gouttes de chloroforme versées à nu sur le cerveau n'ont produit aucun effet.

Conclusions. — Les auteurs tirent de leurs expériences comparatives sur les deux fluides anesthésique cette conséquence que « les inspirations chloroformiques produisent des phénomènes beaucoup plus graves que celles avec l'éther : telles sont les convulsions qui précèdent et suivent l'état d'anesthésie, et la stupeur qui persiste quelques heures après l'expérience, stupeur due à la congestion cérébrale qu'on trouve sur le cadavre et dont on peut présumer, pendant la vie, l'existence d'après l'injection oculaire, l'écoulement de sang par les narines, etc., phénomènes qui manquent presque toujours dans l'éthérisation. »

« Le chloroforme offre sur l'éther l'avantage d'une plus grande facilité d'application, vu sa saveur agréable et l'inutilité d'un appareil qui souvent effraye le malade. »

« Cependant on doit donner la préférence à l'éther sur le chloroforme, l'avantage de la saveur et de la facilité d'application ne suffisant point pour compenser les fâcheux effets indiqués ci-dessus. Nous ne disons point pour cela, continuent-ils, anathème au chloroforme. Nous croyons qu'il doit seulement être employé chez les malades indociles ou très-timides, comme les enfants, etc., quand l'opéré, par suite d'une opinion préconçue, demande qu'il en soit fait usage sur lui (1), quand l'opération peut être très-courte, ou qu'il s'agit de calmer une affection spasmodique, lorsqu'enfin le manque d'appareil à éthérisation force d'avoir recours au chloroforme. »

Nouvel instrument pour l'extraction des balles enclavées dans les os; par M. Poetini.

Cet instrument, qui ne diffère guère du tirefond que par la manière dont on fait marcher la vis, se compose de trois pièces :

1° Une canule du volume d'une plume à écrire, longue de 5 pouces, assez étroite par en bas pour ne donner passage qu'à la tige qui va être décrite;

2° Une tige d'acier dont la longueur soit calculée de manière à ce qu'elle ne dépasse pas la canule de plus des deux tiers d'une balle pesant une once. Elle se termine à l'une de ses extrémités par une fine vis; à l'autre elle est serrée dans une rondelle avec un petit cercle libre à clef d'horloge.

3° Un tire-vis à trois pieds longs de 6 pouces, fixés sur un cercle proportionnellement grand et plat, et unis au-dessous à un autre cercle gros et étroit, dans lequel passe une vis mâle terminée par un crochet en dessous, et qui est attachée en dessus à un manche en vis femelle qui peut l'élever et l'abaisser.

Pour employer l'instrument sur un blessé, on introduit par la plaie la canule qui va directement appuyer sur la balle encastrée dans l'os. A travers la canule, on fait pénétrer la tige qui est ainsi guidée vers le centre même du corps étranger. On la fait mordre au moyen de la rondelle; puis la prise étant bien assurée, on applique le tire-vis. Le crochet est adapté au cercle qui supporte la canule, la rondelle et la tige. On tourne le manche, et le projectile ne tarde pas à se détacher et enfin à être amené au dehors.

Nouveau cas de mort attribuée au chloroforme; par M. Vanini.

Quoique ce fait appartienne évidemment à la catégorie, nettement établie par M. J. Guérin, des *morts consécutives*, c'est-à-dire à celles où l'événement peut, en tout ou partie, être imputé à d'autres causes qu'au chloroforme, il n'en mérite pas moins d'être rapporté dans son entier; car une fois cette réserve faite sur la signification qu'on lui doit donner, sa connaissance n'apporte pas moins de lumières que celle des morts immédiates à la solution de la question qui agite en ce moment les académies et le monde savant.

Obs. — Le 25 février 1848 fut fait à l'hôpital de Côme le premier essai avec le chloroforme. On endormit une nommée Pétronille F....i, paysanne d'Alzate, âgée de 36 ans, grosse d'environ cinq mois, portant les couleurs d'une belle santé et d'une nutrition florissante. Elle devait subir l'ablation d'une tumeur sarcomateuse, insérée entre la paroi du vagin et l'intérieur de la petite lèvre gauche. L'opération, très-légère, fut exécutée promptement, ne s'accompagna d'aucun accident, n'était certes pas capable, en un mot, de compromettre la vie d'une femme aussi bien portante sous tous les rapports. On l'assoupit en versant environ une drachme de chloroforme sur une éponge qu'on lui approcha des narines. L'effet fut complet quoique lent. Mais les phénomènes consécutifs furent tels qu'ils portèrent l'auteur à penser que le chloroforme développe une action beaucoup plus puissante, sinon plus rapide que l'éther. En effet la douleur de tête, la pesanteur et l'obtusité de l'intelligence, la somnolence, les vertiges, la lenteur et l'embarras de la prononciation, enfin tous les symptômes qui annoncent l'état de congestion cérébrale, se prolongèrent pendant plus de huit heures après l'opération. On ne peut même pas raisonnablement affirmer qu'après ce temps tous ces phénomènes se fussent entièrement dissipés; car le lendemain il subsistait encore de la céphalalgie associée à un sentiment de plénitude et de pesanteur dans l'intérieur de la tête et à une fièvre ardente.

Le thorax et l'abdomen explorés lentement et attentivement ne manifestèrent aucune douleur, aucun signe de lésion, à part un peu de toux, que la malade disait avoir déjà habituellement. La plaie résultant de l'opération à la vulve était d'aspect pâle et lardacé.

Le chirurgien en premier de l'hôpital soupçonnant l'inflammation latente de quelque viscère, prescrivit une saignée qui diminua la fièvre et le mal de tête.

---

(1) Quoique les autres conclusions de ce travail nous paraissent parfaitement acceptables, nous ne pouvons cependant laisser passer sans un mot de critique cette singulière doctrine d'après laquelle on *devrait* administrer au malade un remède qu'on sait être plus dangereux qu'un autre, s'il en a exprimé le désir. C'est au médecin à soutenir les intérêts de son client, même contre les préjugés de celui-ci; et s'il lui arrivait malheur à la suite de la chloroformisation, l'opérateur (qui avoue connaître la nocuité de cet agent) sentirait-il sa conscience bien déchargée en se disant qu'il a eu la main forcée par une *opinion préconçue* de son patient! (Note du Réd. de la revue.)

A la visite du 27 au matin, la malade était tranquille. A quatre heures de l'après-midi, elle fut prise de frissons irréguliers et prolongés. A neuf heures du soir, elle mourut subitement.

AUTOPSIE. — Les méninges sont dans un état de turgescence anormale. Les hémisphères cérébraux ont la consistance ordinaire; tous les vaisseaux de l'intérieur de l'encéphale sont gorgés de sang. La pulpe cérébrale coupée offre un pointillé sanguin. La moelle est plus ramollie dans sa partie lombaire qu'ailleurs; ses enveloppes sont un peu injectées.

Les poumons sont remplis de sang et ramollis. Un peu de sérosité sanguinolente dans la plèvre. Le cœur est de volume normal, mais flasque et vide de sang dans ses cavités.

Rien de morbide dans l'abdomen, si ce n'est une suffusion sanguine de la rate, qui est ramollie, comme une vessie pleine d'une pulpe noirâtre, fluide.

L'utérus contient un fœtus non putréfié de l'âge apparent de cinq mois; les reins sont ramollis, de forme et de grosseur naturelles.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter l'opinion qui a prévalu parmi les médecins appelés à délibérer sur ce fait, à savoir que la mort a été causée par un accès subit de fièvre pernicieuse (opinion que, du reste, l'auteur, M. Vanini, ne partage pas). Nous ne formulerons pas non plus notre façon de penser sur ce point. Nous aimons mieux laisser la parole au docteur Gaetano Strambio, qui annote comme il suit l'observation précédente :

« Il serait temps maintenant que les autorités fulminassent une interdiction contre l'emploi du chloroforme comme agent anesthésique, au moins jusqu'à ce que des expériences nombreuses et attentives sur les animaux et des études plus consciencieuses nous eussent appris à éviter des dangers trop grands et qui se présentent aujourd'hui trop fréquemment. D'après le récit du docteur Vanini, il me paraît évident, il me paraît moralement prouvé que le cas de Pétronille F....i doit être ajouté à cette série par trop nombreuse de malheurs consécutifs à l'inhalation chloroformique, sur lesquels a dû depuis quelque temps se diriger l'attention des journaux étrangers, même de ceux qui s'étaient faits obstinément les hérauts et les champions de l'invention miraculeuse. L'état antérieur de cette infortunée, les conséquences immédiates de l'état de narcotisme, les phénomènes qui se manifestèrent à partir de cet instant jusqu'à celui de la mort, les lésions constatées à l'autopsie, en un mot le lien évident entre la cause, les symptômes et les altérations nécroscopiques, parlent trop clairement, trop haut pour qu'il soit permis de caresser des hypothèses sans fondement et de se refuser à l'explication évidente, à l'évidente signification de ce fait. — Pourquoi repousser les leçons de l'expérience achetée à si haut prix, lorsqu'on ne peut certainement imputer à tort à personne le funeste accident? »

V. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 contiennent les travaux suivants: 1° *Procès-verbaux des séances du congrès médical de Toscane.* (La discussion n'a porté que sur des points relatifs à l'organisation médicale.) 2° *Les médecins et leurs réformes*; par M. Capezzuoli. 3° *Bases nécessaires pour bien régler l'instruction médicale;* par M. Salvatore de Renzi. 4° *Empoisonnement par des champignons;* par M. Ranieri Bellini.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER.

ANALYSE CHIMIQUE DES LIQUIDES DES CHOLÉRIQUES.

M. B. CORENWINDER adresse des recherches chimiques sur les liquides des cholériques.

Les analyses que ce chimiste vient d'effectuer au laboratoire de Lille sur des matières qui avaient appartenu à des sujets atteints du choléra ont eu pour but d'y rechercher particulièrement l'albumine et le sel marin. Les investigations ont eu lieu sur les liquides des déjections alvines, sur le sang et sur les matières extraites des intestins. Les déjections alvines ne contenaient pas toujours de l'albumine ou en contenaient de faibles quantités. Trois analyses lui ont donné les nombres suivants :

Albumine.	Sel marin.	Eau.
0,28	0,384	98,76
Néant	0,380	98,96
0,036	0,504	98,18

Les liquides extraits des intestins lui ont fourni des proportions d'albumine, comprises entre les nombres 1,5 et 2,2 p. 100.

Dans le sang extrait du cadavre, il a constaté les quantités suivantes d'eau et de sel marin.

1er essai,	75,330 eau,	0,185 chlorure de sodium.	
2e —	75,110 —	0,275	—
3e —	75,110 —	0,212	—
4e —	71,000 —	0,069	—

Enfin, la composition du sérum extrait pendant la vie est représentée par les nombres suivants :

Eau	87,000
Albumine	9,558
Sel marin	0,531

En discutant les résultats de ses expériences, l'auteur a pu tirer de son travail les conclusions suivantes :

On trouve une notable quantité d'albumine dans les liquides intestinaux; peu de matière sèche, peu ou pas d'albumine, beaucoup de sel marin dans les déjections alvines.

La proportion de matière sèche augmente dans le sang, le chlorure de sodium y diminue en quantité variable pouvant aller jusqu'au cinquième du poids constaté dans le sang normal.

Enfin, la composition du sérum n'éprouve pas de notables variations.

PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA.

M. FLON, pharmacien, adresse un mémoire sur un moyen de préservation du choléra. De l'examen des faits contenus dans cette note, l'auteur conclut : 1° que le choléra se propage par l'air seulement; 2° que la pureté de l'air, la propreté dans les localités et sur les individus et la position topographique, regardées comme conditions préservatrices, n'ont offert aucun exemple, aucune preuve à l'appui de cette opinion; 3° que les émanations alcalines, alors même qu'elles sont putrides, exercent sur l'air vicié par le choléra une action qui le détruit ou neutralise complétement ses effets, à ce point que, même en l'absence de conditions hygiéniques conseillées comme rigoureuses en pareil cas, le choléra n'a frappé aucun de ceux qui respiraient l'air auquel se mêlaient ces émanations.

L'auteur, d'après l'observation de ces effets, n'hésite pas à proposer comme moyen qu'il croit infaillible, jusqu'à preuve contraire, la mesure suivante :

Produire sur tous les points où se déclare le choléra des dégagements de gaz ammoniacal suffisants pour agir sur l'atmosphère viciée, et prolongés jusqu'à la cessation ou l'éloignement de cette épidémie.

EMPLOI DES ANESTHÉSIQUES CHEZ LES CHINOIS.

M. STANISLAS JULIEN, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, adresse une note relative à la chirurgie chinoise, et en particulier à une substance anesthésique employée en Chine, dans le commencement du troisième siècle de notre ère, pour paralyser momentanément la sensibilité.

L'emploi récent et tout à fait nouveau du chloroforme pour les opérations chirurgicales a inspiré à quelques personnes le désir de savoir si les Chinois, chez qui la pratique de la médecine remonte à plusieurs milliers d'années, et qui ont religieusement conservé par écrit des recettes et des méthodes thérapeutiques confirmées par une expérience séculaire, n'auraient pas eu recours aussi, soit dans l'antiquité, soit dans les temps modernes, à quelque substance narcotique ou anesthésique pour paralyser la sensibilité nerveuse avant de pratiquer des opérations chirurgicales. M. Stanislas Julien a trouvé les curieux renseignements qui suivent dans une notice biographique relative à Moa-Tho, extraite d'un grand ouvrage chinois intitulé : KOU-KIN-I-TONG, ou RECUEIL DE MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, publié au commencement du seizième siècle :

» Lorsqu'il reconnaissait qu'il fallait employer l'acupuncture, il l'appliquait en deux ou trois endroits; il faisait de même pour le moxa, s'il était indiqué par la nature de l'affection qu'il avait à traiter. Mais si la maladie résidait dans les parties sur lesquelles l'aiguille, le moxa ou les médicaments liquides ne pouvaient avoir d'action, par exemple dans les os, dans la moelle des os, dans l'estomac ou les intestins, il donnait au malade une préparation de chanvre (*ma-yo*) et, au bout de quelques instants, *il devenait aussi insensible que s'il eût été dans l'ivresse ou privé de vie.* Alors, suivant le cas, il pratiquait des ouvertures, des incisions, des amputations, et enlevait la cause du mal. Puis il rapprochait les tissus par des points de suture et y appliquait des liniments. Après un certain nombre de jours, le malade se trouvait rétabli sans avoir éprouvé pendant l'opération la plus légère douleur. »

Quoiqu'il paraisse désormais difficile de découvrir des substances anesthésiques préférables à l'éther et au chloroforme, il ne serait peut-être pas sans intérêt, comme le fait remarquer M. Julien, de s'assurer par des expériences suivies si la chimie médicale pourrait extraire des feuilles du *cannabis indica* des principes qui fussent assez énergiques pour produire toute l'insensibilité désirable dans les sujets soumis à une opération chirurgicale, et en même temps susceptibles d'être employés utilement, sans apporter un trouble funeste dans leurs facultés mentales.

PIED MÉCANIQUE.

M. H. DE BEAUFORT soumet à l'Académie la description d'un pied mécanique ayant pour but de mettre les personnes amputées d'une jambe à même de ne pas boiter, soit que l'amputation ait été faite au-dessus ou au-dessous du genou.

L'auteur croit être parvenu, au moyen de cet appareil, à résoudre un problème qui, au premier aspect, semble présenter des difficultés impossibles à surmonter: une jambe de bois munie de ce pied s'allonge lorsque le poids du corps appuie dessus et se raccourcit par l'absence de la pression.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, demandant à l'Académie des renseignements sur les établissements d'eaux minérales de l'État ;

2° Lettre du même ministre, invitant l'Académie à lui faire un rapport sur un seau claréfacteur, etc.

— M. LACHAISE envoie une nouvelle note, avec de nouveaux développements sur les fièvres intermittentes de la Sologne, et sur le rôle de la rate dans cette maladie.

— M. BALLY adresse les derniers documents que lui a transmis M. Plouviez (de Lille) sur le choléra asiatique.

Depuis le 2 février jusqu'au 12, il est mort seize cholériques, dont six militaires : deux à l'hôpital Saint-Sauveur, quatre à l'hôpital Général, quatre dans la ville.

— M. MEUNIER adresse un mémoire sur le choléra.

— M. LEMAZURIER demande qu'un travail sur le choléra, communiqué par lui à l'Académie en 1832, soit renvoyé à la commission. Il rappelle, dans ce mémoire, les succès qu'il a obtenus, dans la période algide, de l'emploi de la glace en morceaux, introduite dans la bouche et renouvelée souvent, ainsi que de celui des lavements d'eau saturée d'hydrochlorate de soude.

— M. DUJARDIN (de Lille) réclame la priorité relativement à l'invention et à l'emploi d'un appareil électro-moteur *sans pile*, et prie l'Académie de se prononcer entre lui et MM. Breton frères.

— M. GUYON, à qui l'Académie avait fait demander des renseignements sur les fèves de Panama, dites *cédron*, répond qu'il n'en a jamais en tendu parler en Afrique.

— M. BOUCHUT envoie son ouvrage sur les maladies des nouveau-nés pour le concours du prix Itard.

M. NÉLATON se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

— M. BALLY demande la parole à l'occasion de la correspondance.

J'ai l'honneur, dit-il, d'offrir à l'Académie les comptes rendus du congrès scientifique de Tours. Dans ces comptes rendus, outre des mémoires sur la géologie, l'archéologie et les sciences naturelles, on remarque un savant travail sur la géométrie analytique de la sphère par M. Borguet ;

Un autre très-complet sur la *fermentation* par M. Blondeau (de Carolles) qui offre le plus grand intérêt tant sous le rapport chimique que sous le rapport physiologique.

Vient ensuite un compte rendu sur la colonie agricole de Mettray, où environ 300 repris de justice reçoivent une éducation si parfaitement dirigée qu'à la fin de leurs épreuves ils peuvent être rendus à la société sans danger.

La section des sciences médicales a abordé les plus hautes questions de notre art. On trouvera parmi les bons travaux :

1° Un mémoire du professeur Bertini (de Turin) sur la miliaire. L'auteur, pour prouver la fréquence de cette forme éruptive, a communiqué une liste de soixante-neuf écrivains qui en ont traité en Italie.

2° Une longue et importante discussion sur le croup, angine pseudo-membraneuse, à laquelle ont pris part MM. nos collègues Charcellay, Tonnellé, Haime, a occupé plusieurs séances.

M. Bretonneau y a développé longuement ses doctrines sur la diphtérie.

La section a conclu comme suit :

Dans la première période, la cautérisation avec l'azotate d'argent est avantageuse, la trachéotomie indispensable dans la dernière, les dérivatifs inutiles, les émissions sanguines nuisibles ;

3° Enfin, le professeur Thomas a lu un mémoire important sur les avantages de l'étude de l'anatomie comparée.

EAUX MINÉRALES.

M. ISID. BOURDON lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel renfermant une série d'instructions demandées par le ministre pour les médecins inspecteurs des eaux minérales. Ce volumineux rapport, dont M. Bourdon ne lit qu'un extrait analytique, n'est pas susceptible d'être résumé.

M. MARTIN-SOLON, tout en approuvant l'esprit du rapport, déclare ne pas partager l'opinion du rapporteur sur quelques points. M. le rapporteur a traité de simple croyance l'action ultérieure des eaux minérales. Lorsqu'un individu est saturé de certains principes minéralisateurs, de carbonate de soude, par exemple, pendant plusieurs mois, il me semble impossible, dit M. Martin-Solon, qu'il n'y ait pas ultérieurement une action successive qui se fait sentir encore au bout de quelques mois. Évidemment ce n'est pas là une simple croyance, mais c'est bien une réalité.

J'aurais voulu aussi que M. Bourdon eût indiqué aux médecins des eaux les caractères et les variétés des maladies qu'ils peuvent avoir à observer. Il est tels rhumatismes, par exemple, qui guérissent sous l'influence d'une eau minérale qui reste impuissante contre tels autres. Si l'on n'a pas le soin de spécifier de quelle espèce de rhumatisme il s'agit, les médecins seront exposés à des méprises sans nombre.

M. BOURDON lit des passages de son rapport qui donnent satisfaction aux observations de M. Martin-Solon.

M. BOCHOUX : Il n'est pas dans l'esprit de notre époque d'obéir à l'impulsion de qui que ce soit ; chacun aime à agir comme bon lui semble : les médecins ne font pas exception, à cet égard, aux autres classes de la société. Aussi je doute que vous réussissiez à faire accepter vos instructions ; elles sont très-bonnes, sans doute, mais elles ne produiront aucun résultat. La science est comme la justice, marchant *pede claudo*.

M. CHEVALLIER voudrait qu'on engageât les médecins inspecteurs à indiquer toujours dans leurs rapports les noms anciens des sources à côté des noms nouveaux, afin d'éviter les confusions qui ont été souvent commises. Il reproche encore au rapporteur de n'avoir pas exposé les moyens de constater la présence de l'iode de brome et de l'arsenic.

M. BOURDON répond qu'il a rempli l'objet de la première recommandation de M. Chevallier ; quant à la seconde, elle lui semble tout à fait superflue, car de deux choses l'une, ou les médecins inspecteurs connaissent la chimie, ou ils ne la connaissent pas ; s'ils la connaissent, nos instructions sont inutiles, s'ils ne la connaissent pas, elles seraient à coup sûr insuffisantes.

M. DURAND-FARDEL, correspondant, demande la parole.

M. le PRÉSIDENT lui accorde la parole avec l'assentiment de l'Académie.

M. DURAND-FARDEL : Le rapport, et on ne l'en saurait trop louer, insiste sur les avantages qu'il y aurait à vulgariser l'usage des eaux minérales ; c'est afin de remplir plus sûrement le même but définitif que j'aurais désiré voir le rapporteur conseiller en même temps l'usage des piscines.

Les piscines ont deux avantages importants : le premier, et il est incontestable, c'est de permettre aux malades un plus long séjour dans le bain, et par conséquent une action plus efficace de la part de l'eau médicamenteuse ; par une circonstance particulière, en même temps que les bains pris de la sorte sont d'une administration plus facile, ils sont aussi plus facilement tolérés. Ainsi, tandis que les malades ne peuvent pas rester plus de deux heures dans une baignoire sans éprouver des symptômes plus ou moins graves de congestion cérébrale, ils peuvent au contraire rester cinq à six heures dans l'eau de la piscine sans ressentir aucun malaise. On a fait à Vichy un essai heureux en ce genre pour les maladies des femmes. J'ai pu observer comparativement les effets des piscines dans ce cas avec ceux des bains, et j'ai constaté une grande différence à l'avantage des piscines.

Le second avantage de la piscine, c'est de réaliser l'administration des eaux à prix réduit, de les mettre à la portée de toutes les bourses, et même de permettre d'en faire profiter les indigents. En résumé, je crois qu'il serait opportun de dire dans le rapport qu'on devra engager les médecins inspecteurs à donner la plus grande extension possible à l'usage des piscines.

M. LE RAPPORTEUR : La commission tiendra compte des observations judicieuses de M. Durand-Fardel.

M. DESPORTES : La médecine comparée a pris une grande et juste importance dans ces derniers temps. Je crois donc qu'il serait convenable d'engager les médecins inspecteurs à étudier, autant que possible, l'action des eaux minérales sur les animaux.

Les conclusions du rapport et le rapport lui-même sont mis aux voix et adoptés.

CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. BRICHETEAU lit en son nom et au nom de MM. Louis et Martin-Solon un rapport sur quelques faits relatifs à la contagion de la fièvre typhoïde à propos d'une maladie qui a régné à Chaudenay (arrondissement de Langres, Haute-Marne), par M. Montrol, médecin des hôpitaux de Langres et des Epidémies.

Dans ce travail, l'auteur a réuni des faits en faveur de cette thèse, à savoir que la fièvre typhoïde est contagieuse. La commission ne pense pas que cette proposition soit démontrée par les faits qu'invoque M. Montrol. Ils sont loin, dit M. le rapporteur, d'être aussi concluants à cet égard que ceux que MM. Bretonneau, Gendrin, Miquel, Patry ont observés dans le département d'Eure-et-Loire. Les sujets observés par M. Montrol se trouvaient sous l'influence de la même constitution médicale, des mêmes localités, du même régime. On doit néanmoins savoir gré à M. Montrol, ajoute M. le rapporteur, de son zèle, et la commission propose de remercier M. Montrol de sa communication, de déposer son travail dans les archives, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats qui sollicitent le titre de membres correspondants.

SUR LA SUSTENTATION DIRECTE A LA SUITE DE L'AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE.

M. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, présente une malade sur laquelle il a pratiqué l'amputation tibio-tarsienne.

Une question, dit-il, sur laquelle les chirurgiens ne sont pas d'accord, est celle de savoir comment les individus auxquels on a pratiqué la désarticulation tibio-tarsienne peuvent se tenir debout et marcher. Peuvent-ils s'appuyer sur le moignon sans éprouver de la douleur et sans exposer les parties molles qui recouvrent les extrémités osseuses à s'irriter et à s'ulcérer ? Ou bien sont-ils obligés de recourir aux moyens de prothèse usités après l'amputation sus-malléolaire de la jambe ?

Le fait suivant vient augmenter le nombre de ceux qui tendent à établir la possibilité de la sustension directe. Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans, portant sur diverses régions du corps des traces de la maladie scrofuleuse, et admise à

l'hôpital Beaujon pour y être traitée d'une nécrose de plusieurs os du pied gauche.

Forcé de recourir à l'amputation, j'ai pratiqué celle-ci dans l'articulation tibio-tarsienne, le 13 septembre 1848, d'après le procédé de M. J. Roux, qui diffère peu de celui de M. Syme. J'ai reséqué les deux malléoles. La cicatrisation a été lente à s'opérer; elle a été retardée surtout par la stagnation du pus dans le cul-de-sac répondant à la peau du talon. J'ai été obligé de pratiquer là une courte ouverture.

Guérie depuis un mois et demi, la malade reste levée et marche presque toute la journée; elle appuie son moignon sur une petite bottine qui enlace le bas de la jambe; elle marche sans douleur et sans claudication. La cicatrice est placée à la partie antérieure du moignon, et n'est exposée à aucun frottement, à aucune pression. La peau qui recouvre l'extrémité inférieure des os de la jambe est très-épaisse, et doublée par un tissu cellulaire graisseux abondant.

La séance est levée à cinq heures et demie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Un anonyme demande à la compagnie de déterminer l'époque jusqu'à laquelle devront remonter les recherches relatives à la question qu'elle a proposée sur l'influence que les découvertes faites dans les sciences physiques et chimiques ont exercée sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies.

Après avoir entendu MM. Stas, Sauveur et Martens, l'Académie décide que les travaux des concurrents devront porter sur les découvertes faites depuis le commencement du siècle actuel.

En conséquence, la question sera modifiée en ces termes :

« Donner un résumé de l'influence que les sciences physiques et chimiques ont exercée, depuis le commencement du dix-neuvième siècle, sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies. »

M. J. Guérin, membre correspondant, fait hommage d'un exemplaire du rapport de la commission que l'administration des hôpitaux et hospices civils de Paris avait nommée pour suivre les traitements orthopédiques qu'il avait institués à l'hôpital des Enfants, pendant les années 1843, 1844 et 1845.

M. le Président rappelle qu'un exemplaire de ce rapport a été remis, de la part de M. J. Guérin, à la plupart des membres de l'Académie. Ce travail, dit-il, est la punition la plus éclatante qui ait pu être infligée aux détracteurs de M. J. Guérin, en même temps qu'un des plus beaux monuments élevés à la science.

L'assemblée ordonne le dépôt de cet ouvrage à la bibliothèque, et vote des remercîments à M. J. Guérin.

RENOUVELLEMENT DES PRÉSIDENTS ET DES SECRÉTAIRES DES SECTIONS.

M. le Président communique les résolutions des sections prises en exécution de l'art. 79 du règlement.

Ont été nommés aux fonctions de présidents et de secrétaires pour l'année académique 1848-1849 :

Première section. — Président, M. Fallot; secrétaire, M. Graux.
Deuxième section. — Président, M. Van Coetsem; secrétaire, M. Tallois.
Troisième section. — Président, M. de Meyer; secrétaire, M. Delavacherie.
Quatrième section. — Président, M. Vleminckx; secrétaire, M. Sauveur.
Cinquième section. — Président, M. de Hemptinne; secrétaire, M. Pasquier.
Sixième section. — Président, M. Brogniez; secrétaire, M. Thiernesse.

Sur l'usage des bains froids administrés suivant la méthode hydropathique, comme moyen préservatif du choléra épidémique. Rapport de la commission chargée d'examiner une note sur ce sujet, publiée par M. le docteur Van Honsebrouck. — (Commissaires : MM. Raikem, Lombard, Vleminckx, de Mersseman, et Craninkx, rapporteur.)

« Sans nier l'influence hygiénique salutaire des ablutions froides sur les fonctions de la peau, dit M. le rapporteur, nous sommes loin d'admettre que ce moyen puisse préserver des atteintes du choléra.

» L'auteur n'a pas justifié cette dernière proposition par des faits bien établis. En s'en tenant à ce qu'on savait à cet égard, la médecine s'appuie sur les faits. L'expérience doit guider le médecin dans la recherche de la vérité. Mais où sont les preuves à l'appui des assertions de l'auteur, quand il dit : « L'action salutaire » des moyens que nous indiquons pour prévenir le choléra se trouve justifiée par » l'hygiène, par les considérations physiologiques sur la peau, et parce qu'il n'y » a pas d'exemple que des personnes qui suivaient le *traitement par l'eau* aient » été atteintes du choléra ? »

» S'il est vrai que les ablutions à l'eau froide peuvent être avantageuses comme moyen d'entretenir la perspiration cutanée; si, en outre, considérée comme tonique et révulsive, l'application de l'eau froide peut quelquefois concourir à fortifier la constitution et à guérir certaines maladies, cet ordre de moyens ne peut convenir que dans certains cas, d'après l'indication précise d'un médecin éclairé; mais l'emploi de ce moyen, conseillé d'une manière générale comme propre à prévenir les atteintes du choléra, pourrait, loin d'être salutaire, devenir très-nuisible dans une infinité de circonstances. »

Après quelques courtes remarques de MM. Martens, Lebeau, Hairion, les conclusions du rapport sont adoptées.

Rapport supplémentaire sur la question de savoir s'il n'y a pas lieu d'introduire dans la législation une disposition qui obligerait, dans certains cas, les hommes de l'art a donner leurs soins a des blessés. — La commission était composée de MM. Seutin, Lequime et Tallois, rapporteur.

« Messieurs,

» Le rapport que vous a présenté, dans la séance du 22 juillet 1848, la commission chargée d'examiner la question de savoir s'il n'y a pas lieu d'introduire dans la législation une disposition qui obligerait, dans certains cas, les hommes de l'art à donner leurs soins à des blessés, portait pour conclusions de faire connaître à M. le ministre de l'intérieur :

» 1° Qu'il n'y a pas lieu d'introduire dans la législation une disposition qui obligerait, dans certains cas, les hommes de l'art à donner leurs soins à des blessés;

» 2° Que la connaissance des faits dont il s'agit doit appartenir à l'autorité administrative ;

» 3° Que la disposition sur laquelle M. le ministre appelle l'attention de l'Académie rentre dans celle mentionnée à l'art. 30 de l'arrêté du 31 mai 1818 ;

» 4° Que la lacune qui existe dans la loi pourrait être remplie par l'adoption de l'article interprétatif suivant de l'arrêté précité :

« Est réputée faute grave, commise dans l'exercice de l'art de guérir, et passible des peines comminées par l'art. 30 du règlement sur l'exercice de cet art, en date du 31 mai 1818, tout refus fait, sans motif d'empêchement, par un homme de l'art, de se rendre près d'un malade ou blessé et de l'assister dans les limites de ses attributions. »

» En vous soumettant ces propositions, votre commission s'est renfermée dans les termes de la décision que vous avez prise dans la séance du 4 janvier 1846, concernant les accoucheurs et les sages-femmes. Elle a cru qu'ayant déjà émis un vote sur une demande du gouvernement relative à une des branches des sciences médicales, la compagnie jugerait nécessaire d'étendre aux faits se rapportant à l'exercice des autres branches le principe de sa première décision.

» Dans la discussion à laquelle l'Académie s'est livrée dans la séance du 22 juillet dernier, elle a paru donner son approbation aux trois premiers points des conclusions du rapport; le quatrième a rencontré de l'opposition de la part de quelques membres.

» Votre commission s'étant ralliée à un amendement de M. Vleminckx et à un sous-amendement de M. Langlet, le 4° des conclusions qui précèdent doit, par conséquent, être présenté en ces termes :

« Pourra être réputée faute grave, commise dans l'exercice de l'art de guérir, et passible des peines comminées par l'art. 30 de l'arrêté du 31 mai 1818, tout refus fait, dans les cas graves et imprévus, sans motif d'empêchement légitime, par un homme de l'art, de se rendre près d'un malade ou blessé et de l'assister dans les limites de ses attributions. »

» Cette rédaction a donné lieu à trois nouveaux amendements.

» Le premier, formulé par M. Lombard, tend à répondre simplement à M. le ministre de l'intérieur que l'art. 30 de l'arrêté du 31 mai 1818 a prévu les cas dont il s'agit.

» Le second, présenté par M. de Lavacherie, est ainsi conçu : « L'art. 30 de l'arrêté du 31 mai 1818, donnant aux commissions médicales qualité pour juger les fautes graves qui pourraient être commises dans l'exercice de l'art de guérir, l'Académie est d'avis qu'il n'y a pas lieu de statuer sur le cas particulier qui lui est soumis. Il appartient aux commissions médicales d'apprécier les cas dans lesquels la réprimande doit être appliquée. »

» Le troisième, proposé par M. Craninkx, est formulé en ces termes : » L'Académie, considérant qu'il est difficile et même impossible de préciser les circonstances qui peuvent empêcher le praticien de se rendre auprès d'un malade, est d'avis que l'art. 30 de l'arrêté du 31 mai 1818 suffit pour garantir la société. »

» Votre commission, à l'examen de laquelle vous avez renvoyé ces amendements, plus pénétrée des garanties que l'arrêté du 31 mai 1818 offre à la société, reconnaît aujourd'hui l'inutilité de l'article interprétatif qui fait l'objet de vos délibérations.

» Elle vous propose, en conséquence, de vous borner à répondre à la demande que M. le ministre de l'intérieur vous a faite sous la date du 26 janvier 1848 :

« Que les faits de la nature de celui dont il s'agit dans la dépêche que lui a adressée son collègue, M. le ministre de la justice, sous la date du 14 janvier 1848, n° 2023, 3e D°, tombent sous l'application de l'art. 30 de l'arrêté du 31 mai 1818. »

M. Fallot : Je crois qu'il faudrait répondre à M. le ministre de l'intérieur que les faits de la nature de ceux qu'il nous a signalés, sont prévus par la législation existante et que par conséquent il n'y a pas du tout lieu d'y introduire de nouvelles dispositions pénales. Je propose de modifier en ce sens les conclusions du rapport.

M. le Président : Il suffirait alors d'y ajouter : « et qu'il n'y a pas lieu d'introduire, quant à ces faits, des dispositions nouvelles dans la législation. »

M. Fallot : C'est cela.

La conclusion de la commission et l'addition proposée par M. Fallot sont successivement mises aux voix et adoptées.

COMPRESSION ARTÉRIELLE DANS LES INFLAMMATIONS DES EXTRÉMITÉS. — Continuation de la discussion du rapport de la troisième section sur le mémoire de M. Henroz, relatif à ce sujet.

(M. Michaux, rapporteur.)

M. le Président : Bien que les conclusions du rapport sur ce mémoire aient été adoptées, la discussion a été remise à une autre séance. Vous avez consacré à cette discussion une partie de la séance de juillet ; elle n'a pas été close, et doit continuer dans la séance de ce jour.

La parole est à M. Verheyen.

M. Verheyen : Le fond du travail de M. Henroz n'a été jusqu'à présent l'objet d'aucune controverse ; toute la discussion a roulé sur une question accessoire soulevée par l'auteur du mémoire, celle de savoir si la cessation des phénomènes phlegmasiques doit être attribuée à la compression des nerfs ou à celle des artères. Les honorables membres qui ont pris la parole pour défendre l'une ou l'autre opinion se sont basés sur des idées spéculatives, bien que cependant la question me semble avoir été expérimentalement résolue par la médecine vétérinaire.

Le pied du cheval est très-exposé à l'inflammation ; cet acte morbide s'y développe avec d'autant plus d'intensité et provoque des douleurs d'autant plus fortes, qu'il se passe dans un tissu sensible, enclavé entre deux corps durs, et qui par conséquent n'est pas susceptible de se distendre. La chaleur de la partie, les battements des artères plantaires, l'attitude de l'animal, témoignent de la violence de l'inflammation et de la souffrance qu'il éprouve. L'inflammation occupant la partie la plus déclive du corps, il ne peut être question, chez le cheval, de donner à cette partie une position susceptible de contre-balancer l'afflux du sang ; il faut une médication prompte et énergique. On a cru atteindre ce but en diminuant, par une voie directe, l'abord du sang artériel dans la boîte cornée ; on a pratiqué la ligature de l'une des deux artères plantaires. A la suite de cette opération, non-seulement les phénomènes inflammatoires n'ont pas diminué, mais ils ont gagné en intensité. Sur un cheval atteint de podophyllites à deux pieds, la ligature d'une artère fut pratiquée ; soumis ensuite au même traitement, le pied laissé intact se rétablit plus tôt que l'autre. La compression d'une artère ne nous paraît pas devoir être plus efficace que la ligature.

Un autre moyen a été tenté : on a opéré la section des nerfs plantaires, et à l'instant même les phénomènes inflammatoires ont cessé. Il est vrai que les conséquences de la névrotomie plantaire sont souvent plus graves que le mal que l'on veut combattre à l'aide de cette opération ; mais elle me semble mettre en évidence le rôle que joue le système nerveux dans les phlegmasies.

Le deuxième phalangien du cheval devient le siége d'un exostose due à une inflammation dont la marche est lente, mais qui n'en occasionne pas moins de grandes douleurs, se traduisant par la claudication. Si l'on fait la section du nerf plantaire interne, le claudication disparaît, l'exostose reste stationnaire, l'inflammation est suspendue. Dès que les bouts du nerf incisé se sont réunis et que la sensibilité est rétablie, tous les phénomènes morbides qui avaient été momentanément suspendus se reproduisent. Ajoutons à ces faits une expérience de Hausemann : il appliqua un vésicatoire sur la région digitée postérieure gauche d'un cheval, dans le but de déterminer une inflammation accompagnée d'une pulsation plus forte des artères plantaires. Le deuxième jour, il réitéra l'application ; le troisième, l'inflammation était parfaitement développée ; l'animal éprouvait de violentes douleurs ; les artères battaient avec une force extraordinaire. Hausemann pratiqua la section du nerf tibial : immédiatement après l'opération, les pulsations étaient revenues à leur état normal.

Ne peut-on pas conclure de ces faits que M. Langlet a sainement apprécié le mode d'action de la compression, quand il a émis l'opinion que les succès obtenus par M. Henroz dépendaient de ce qu'il avait comprimé le nerf en même temps que l'artère ? Il est certain que les symptômes d'une inflammation aiguë disparaissent aussitôt que l'influx nerveux est intercepté.

M. François : J'ai plusieurs observations à faire sur différentes parties du mémoire de M. Henroz. Cet honorable confrère s'étonne qu'une personne étrangère à l'art de guérir n'ait pas fait la découverte qu'il s'attribue, tant elle est simple ; il s'étonne que depuis longtemps on n'ait pas exercé la compression des artères, en vue de combattre les inflammations des extrémités, et n'hésite pas à se considérer comme le premier qui l'ait employée : « Personne jusqu'à présent, dit-il, » n'y avait songé. » Dans la dernière séance de l'Académie, M. Lombard vous a prouvé que M. le docteur Blaud (de Beaucaire) avait proposé et pratiqué avec succès, dès 1818, la compression des artères carotides dans l'hydrocéphale aiguë des enfants. Depuis, la même médication a été mise en usage un bon nombre de fois par des médecins français, allemands et anglais ; mais il y a plus : c'est qu'en remontant vers les premiers siècles de la médecine, on voit qu'elle était déjà connue. Ainsi Érasistrate, qui avait la saignée en horreur, avait recours à la compression des membres, par des ligatures, pour gêner et arrêter le cours du sang et l'empêcher d'arriver aux organes enflammés. L'ignorance où était ce médecin de la manière dont le sang circule dans les artères s'est sans doute opposée seule à ce qu'il comprimât directement ces vaisseaux. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins démontré que le moyen indiqué par M. Henroz était connu depuis longtemps, mais il était peu employé, et même totalement abandonné.

Dans un autre passage de son mémoire, à propos de la suspension de la douleur par l'interruption du cours du sang artériel, l'auteur avance également que ce phénomène, la cessation de la douleur, n'a jamais été signalé.... Or l'influence de la circulation sur l'innervation ou les fonctions des nerfs a déjà été déterminée par Haller, et depuis, par d'autres physiologistes.

J'ajouterai qu'un médecin qui a joué un certain rôle dans la révolution qui vient de s'accomplir en France, M. Buchez, a fait de ce point de la science l'objet d'un travail remarquable, qu'il a publié, en 1828, dans le Journal des progrès des sciences et institutions médicales. On y trouve effectivement, très-bien exposée, la corrélation qui existe entre les phénomènes d'innervation et ceux de la circulation. Enfin je dirai qu'en 1832, un médecin belge, dans un ouvrage *ex professo*, a étudié sous toutes ses faces les effets de la suspension du cours du sang, tant artériel que veineux.

« Le fluide sanguin, dit l'auteur, n'arrivant pas en suffisante quantité dans les » organes, un des premiers phénomènes qui se montrent est l'affaiblissement de » la *myotilité*, les fibres musculaires, instruments de cette fonction, ne ressentant plus l'influence du sang ; de même les nerfs qui président au sentiment » n'étant plus abreuvés, celui-ci s'*éteint* peu à peu. Bientôt aussi la température » s'abaisse comme la sensibilité ; alors les humeurs stagnent dans les petits vaisseaux, qui ne reçoivent plus d'aliments nouveaux : d'où œdématie, teinte bleuâtre » des surfaces, etc., etc. »

On voit, par ce qui précède, que bien certainement la seule interruption de la circulation artérielle suspend la sensibilité. C'est là un fait établi, et qui répond à M. Langlet, lequel admet que, pour qu'il y ait insensibilité, il faut que la compression exercée sur l'artère porte en même temps sur le nerf.

Je lui répondrai encore deux mots : c'est que la ligature de l'artère principale d'un membre, en interrompant seulement le cours du sang, suffit pour y suspendre en même temps la sensibilité. La compression simultanée de l'artère et du nerf ne tarderait pas à donner lieu à la gangrène.

Je comprends, j'admets la compression des artères dans les congestions, dans les engorgements, parce qu'alors le phénomène est presque uniquement mécanique, et qu'empêcher le sang d'arriver dans la partie congestionnée, c'est mettre immédiatement un terme à la plupart des accidents.

M. Fossion : On a préconisé dans tous les temps la compression, comme un puissant moyen thérapeutique à opposer aux congestions et aux inflammations ; mais ce n'est qu'à partir de la découverte de la circulation que l'on a songé à ce puissant moyen thérapeutique. Le premier qui ait cherché à le mettre en pratique est Caleb Hillier Parry, médecin écossais. Dans un mémoire publié en 1782, il signale les avantages de la compression des artères dans les congestions, les inflammations et les névralgies. Il rapporte des cas de phlegmon, de panaris guéris par lui à l'aide de ce moyen, et pourtant Parry est loin de faire de son système de compression une panacée ; il lui reconnaît de graves inconvénients. Quand on l'applique sur les carotides pour guérir des maladies de la tête, il peut, dit-il, amener à sa suite des anévrismes du cœur et une gêne considérable de la respiration qui force le médecin à en suspendre l'application.

Vingt ans plus tard, Liston (d'Édimbourg), ignorant les travaux de son compatriote, préconisa, comme un moyen nouveau, la compression des carotides pour guérir les névralgies du nerf maxillaire. Il en fut de même de Preston, de Calcutta, de M. Blaud, de Beaucaire, qui l'un et l'autre crurent conjurer, à l'aide de ce moyen, les maladies des centres nerveux.

Pourquoi ce moyen ne peut-il que difficilement passer dans la pratique ? C'est que d'abord il faut savoir s'arrêter à temps dans son usage, de peur d'amener la gangrène. D'un autre côté, le médecin ne peut pas rester constamment auprès de ses malades : il n'est pas, par conséquent, à même de suivre les progrès de la maladie et les effets qui résultent de ce puissant moyen de traitement. On ne pourra jamais le laisser mettre en usage par des personnes étrangères à l'art de guérir. Le tourniquet ne pouvant pas être appliqué exclusivement sur l'artère, doit être, de la part du médecin, l'objet d'une surveillance de tous les moments. C'est pourquoi, messieurs, la compression des artères est restée dans l'oubli, nonobstant tous les travaux dont elle a été l'objet.

M. Fallot : Je partage entièrement la manière de voir de mes honorables collègues MM. Langlet et Verheyen, sur la cause de l'insensibilité produite par la compression chez les sujets des observations de M. Henroz. Je dis que l'insensibilité instantanée produite par M. Henroz à l'aide de son appareil me paraît dépendre de la compression sur les nerfs : 1° parce que ce n'est qu'en interceptant la communication entre le cerveau et une partie sensible qu'on parvient à éteindre soudain la sensibilité percevante ; 2° parce que la construction du compresseur de M. Henroz est telle qu'il doit exercer son action sur une grande surface ; 3° parce que les symptômes qui accompagnent son action, tel que le fourmillement, et que M. Henroz compare à ceux qu'on ressent en croisant une jambe sur l'autre, sont ceux que tous nous savons appartenir à la compression des nerfs.

M. Thiernesse : Les observations que viennent de développer MM. Verheyen et Fallot semblent prouver, qu'ainsi que l'a avancé M. Langlet, c'est par la compression du nerf et non par celle de l'artère, que M. Henroz est parvenu à arrêter le travail inflammatoire dans certaines parties du corps. M. Verheyen a cité à l'appui de son opinion des expériences qui ne me paraissent pas très-concluantes. Il vous a d'abord parlé de la ligature de l'artère plantaire chez le cheval atteint de fourbure : cette maladie n'a pas été enrayée dans son développement par la ligature de l'artère principale du pied.

Eh bien ! cette opération, selon moi, n'infirme nullement l'opinion de M. Henroz. En effet, on sait que le pied du cheval a, indépendamment de l'artère principale qui a été liée dans les expériences indiquées, de trois à cinq artères collatérales susceptibles de suppléer amplement la première.

Mais si cette circonstance anatomique ne permet pas d'accepter l'opinion de M. Verheyen, elle ne prouve pas davantage contre la compression des nerfs dans le but de conjurer une inflammation. Non évidemment ; mais la compression d'un nerf ne me paraît pas pouvoir être faite sans danger. Quiconque a tiraillé, pincé ou comprimé quelque peu un nerf à un animal vivant, sait combien est vive la douleur qu'on lui fait éprouver.

Quant à la névrotomie dont a parlé M. Verheyen, on conçoit qu'elle arrête l'in-

flammation dans la partie où le nerf coupé se distribue; cette partie est frappée de mortification; on sait que la névrotomie plantaire chez le cheval a souvent donné lieu a la chute de l'ongle du pied opéré.

Je dirai maintenant que je ne comprends pas qu'on ait pu émettre le moindre doute sur la possibilité de diminuer la sensibilité d'un organe par la compression de l'artère qui l'alimente de sang. Il est évident que l'innervation doit souffrir dans une partie du corps où la circulation sanguine est ralentie ou supprimée; le frémissement dont on a parlé peut bien être la conséquence de l'interception de la circulation.

Mais, dit-on, il n'est pas possible de comprimer l'artère d'une région sans comprimer le nerf qui s'y distribue. Je suis d'un avis contraire, au moins pour ce qui concerne les membres, où les artères principales s'accolent soigneusement contre les os et leurs articulations, tandis que les nerfs tendent à s'en éloigner dans beaucoup de points.

M. Lebeau : Messieurs, j'ai demandé la parole parce qu'il me semble que, depuis le commencement de la discussion, on a confondu trois choses différentes : la sensibilité, l'hypérémie et l'inflammation; c'est pour cela qu'on ne s'est pas entendu.

Les faits rapportés par M. Verheyen, et qui consistent à paralyser les branches nerveuses, prouvent que la section de ces branches détruit la sensibilité; mais quand on dit qu'elle détruit l'inflammation, je m'inscris en faux contre cette assertion. L'inflammation n'est pas détruite dans un membre parce que la sensibilité est paralysée. Je citerai un fait qui le prouve : c'est que nous avons vu des phlegmons et des érysipèles sur des membres complétement privés de sensibilité. A la vérité, dans ce cas l'inflammation n'est pas *sentie*, mais elle n'en parcourt pas moins ses périodes.

La perte de la sensibilité dans un membre ne détruit donc pas l'inflammation.

Je dirai de plus que la compression de la grosse artère n'est pas non plus susceptible d'arrêter instantanément l'inflammation dans un membre. Nous ne savons pas bien le point intermédiaire entre ce qu'on appelle l'hypérémie ou congestion et l'inflammation.

Ainsi je dis que la compression des artères et des vaisseaux peut arrêter l'hypérémie; mais je maintiens qu'elle ne peut arrêter l'inflammation.

M. Langlet : Depuis notre dernière réunion, j'ai eu deux fois l'occasion d'appliquer l'appareil de M. Henroz, et je n'en ai obtenu aucun résultat favorable. La première fois, c'est chez une femme dont je donnerai le nom et l'adresse, afin qu'on puisse vérifier le fait : madame Deridder, rue des Champs, 1. Elle s'était piqué le doigt médius. Il en est résulté une inflammation violente. Le lendemain elle m'a fait appeler et j'ai appliqué l'appareil de M. Henroz. La douleur a tellement augmenté que la malade a dû ôter l'appareil; un autre médecin m'a immédiatement remplacé.

Dans un autre cas, j'ai fait encore l'application de l'appareil et avec le même résultat négatif. C'est pourquoi je désirerais que nos médecins d'hôpitaux fissent quelques expériences avant de continuer une discussion qui n'amènera aucun résultat.

Quant à la compression des nerfs radial, cubital et médian, c'est un fait qui n'est guère contesté. J'ai fait l'application de l'appareil sur le bras disséqué qui se trouve ici, et vous pouvez avoir la preuve qu'en comprimant l'artère brachiale on comprime en même temps ces trois nerfs.

M. Seutin : Une méthode ne produit pas toujours les mêmes résultats, soit parce qu'elle est mal appliquée, soit pour tout autre motif.

J'ai soumis au procédé de M. Henroz trois personnes, à l'hôpital Saint-Pierre, et sur deux j'ai obtenu les plus grands avantages; à l'instant même la douleur du phlegmon qu'elles avaient à la main, s'est dissipée. Chez la troisième, au contraire, l'application de l'appareil a paru augmenter la douleur.

Il y a environ deux mois, je me piquai à la main en ouvrant un cadavre; je fus atteint d'un panaris qui me faisait cruellement souffrir pendant la nuit. J'appliquai l'appareil de M. Henroz, et la douleur cessa. J'ai dit à plusieurs d'entre vous que le résultat avait été phénoménal.

Dans ma pratique particulière, j'ai encore employé ce procédé deux fois avec succès. Dans deux autres cas, au contraire, j'ai dû retirer de suite l'appareil compresseur, la main devenant toute noire.

Je le répète donc : j'ai éprouvé sur moi-même tout ce que dit M. Henroz relativement aux effets de la compression artérielle; mais je crois que de nouvelles expériences sont nécessaires pour faire apprécier l'utilité de ce moyen.

Par une compression méthodique, on modère l'action trop forte des vaisseaux artériels et on refoule le sang dans le système veineux. Voilà comme je comprends le mode d'agir du procédé indiqué par M. Henroz.

M. Lebeau : J'admets l'action de la compression sur les vaisseaux, telle que l'indique M. Seutin; mais lorsqu'elle agit sur le système nerveux, elle tend aussi à empêcher la sensibilité.

M. François : Il résulte de la discussion qui vient d'avoir lieu, et des avis qui viennent d'être émis sur le mode d'action de la compression des artères, qu'on ne peut rien conclure, puisqu'il y a contradiction entre les opinions. En effet, l'un a vu la douleur diminuer ou cesser, l'autre l'a vue augmenter par la compression. Est-ce donc le hasard qui a amené ces différences, et ne peut-on pas trouver dans la manière dont se pratique la compression de quoi les expliquer? Ainsi, tantôt on comprime l'artère en ménageant le nerf, tantôt on la comprime simultanément et avec plus ou moins de force, d'où des effets variables. Dans les cas cités par M. Langlet, nul doute que la compression n'ait été exercée assez fortement sur le nerf même pour y provoquer de la douleur. Si la compression est bornée au vaisseau, il y a paralysie du sentiment; enfin, si cette compression est très-forte et comprend le nerf et l'artère, au point, par exemple, de suspendre l'innervation et la circulation, la mort de la partie à laquelle ils se distribuent peut en être la suite, et tel est le cas cité par M. Seutin. Telle est, si je ne me trompe, l'explication des contradictions qui ont été produites sur un mode de traitement simple en apparence, mais réellement composé.

M. le Président : Si personne ne demande plus la parole, je déclarerai la discussion close.

Épidémie de fièvre éruptive observée en 1847 a l'hôpital militaire et dans les prisons de Bruxelles; par M. Warlomont.—Discussion du rapport de la commission chargée d'examiner ce mémoire.

(M. Fossion, rapporteur.)

M. le Président : L'Académie a décidé, dans une séance précédente, que le mémoire de M. Warlomont servirait de texte à une discussion sur l'épidémie des Flandres; nous avons invité spécialement nos collègues qui habitent cette contrée à vouloir bien nous faire connaître les observations qu'ils auraient pu faire sur cette épidémie.

L'honorable M. Delahaye a entendu notre appel, et, n'ayant pu venir à la séance, il nous a envoyé la note suivante :

« Afin de répondre autant que possible à l'appel fait dans la dernière séance par M. le président aux membres de l'Académie qui habitent les Flandres, de venir prêter leur concours, dans la discussion qui va s'ouvrir sur la maladie qui a régné l'an dernier dans cette partie de la Belgique, maladie qui paraît avoir beaucoup d'analogie avec celle décrite dans le mémoire de M. Warlomont, j'ai cru pouvoir suppléer à mon absence par l'envoi de ces quelques lignes. N'ayant pu prendre connaissance qu'hier de ce mémoire, le temps ne m'a pas permis de les rendre plus dignes de l'attention de mes savants collègues.

» En comparant les symptômes observés par M. Warlomont dans l'hôpital militaire et les prisons de Bruxelles, avec ceux que j'ai moi-même observés à l'hôpital civil de Bruges, devenu pendant plus d'un an le rendez-vous général de tant de malheureux, non-seulement de la ville, mais de la province, je dois reconnaître qu'il y a beaucoup de ressemblance entre les deux maladies. Je crois cependant que la maladie qui a régné ici a eu plus de gravité, que sa durée a été plus longue. Au lieu d'un à deux septénaires, cette durée a été en général de trois à quatre semaines, quelquefois davantage. Il en était de même de la convalescence qui était généralement lente. Le délire, au lieu d'être une exception, était ici un symptôme très-fréquent.

» Selon M. Warlomont, il n'est pas prouvé que la maladie soit contagieuse. Quoique j'aie toujours été moi-même peu contagioniste, j'ai dû reconnaître qu'il s'est présenté dans cette épidémie des circonstances qui me paraissent avoir une grande signification et que je soumets au jugement de l'Académie.

» A plusieurs reprises, la maladie a présenté une nouvelle recrudescence, et presque chaque fois les entrants les plus gravement atteints avaient été en relation avec des personnes qui avaient contracté la maladie dans la prison. Cet établissement, par suite de défectuosités de l'infirmerie, était devenu un véritable foyer d'infection qui a eu une grande influence sur l'épidémie.

» Une famille assez nombreuse, composée en général de personnes fortement constituées et dans la fleur de l'âge, a perdu les deux tiers de ses membres, en partie morts à domicile et en partie à l'hôpital. Or le premier malade de cette famille était un employé de la prison.

» Dix sœurs hospitalières ont été successivement et gravement attaquées (une seule a succombé (1)) et chaque fois une ou deux de ces sœurs avaient été atteintes, à mesure que des cas plus nombreux et plus graves s'étaient présentés dans les salles. Toujours c'étaient des sœurs qui avaient été chargées du service de ces mêmes salles; celles qui faisaient le service des salles de chirurgie étaient préservées.

» La sage-femme supérieure de la Maternité, jeune femme de la meilleure santé, est momentanément venue en aide aux sœurs mises hors de service par la maladie; à peine y était-elle depuis trois à quatre jours qu'elle fut atteinte de la même affection, qui, cette fois, n'a pas duré longtemps; il a suffi de quatre jours encore pour la voir succomber. Elle a été traitée exclusivement par la méthode antiphlogistique.

» Le rapport lu dans la dernière séance n'approuve pas l'auteur du mémoire d'avoir attaché tant d'importance à la forme éruptive de la maladie et d'avoir considéré cet exanthème comme un symptôme *nouveau* et caractéristique. Je ne puis entièrement approuver ce reproche; ce symptôme m'a paru d'autant plus digne d'attention que depuis trente ans que j'observe des maladies épidémiques, je ne l'avais jamais rencontré sous cette forme; cependant il ne s'est pas présenté si constamment à mon observation. Dans beaucoup de cas, cette éruption manquait complétement; dans d'autres, elle paraissait et disparaissait en peu de temps, sans que la marche de la maladie en fût notablement influencée. Mais, quoi qu'il en soit, ce symptôme méritait d'être signalé, et je ne vois pas ce que l'auteur aurai gagné si, au lieu de cela, il s'était livré ici, comme semble le vouloir M. le rapporteur, à des explications théoriques; ces théories, dans les faits de l'espèce, ne seront encore longtemps que des utopies plus ou moins dangereuses.

» Le traitement institué dans les établissements de Bruxelles, et que M. Warlomont dit avoir été suffisant, me paraît encore une preuve que la maladie des

(1) On m'a rapporté que dans le même espace de temps, neuf à dix sœurs sont mortes à l'hôpital civil de Gand.

Flandres avait plus de gravité. Quelques rares saignées dans des cas particuliers et des boissons émollientes, seuls remèdes prescrits par M. Warlomont, étaient loin de suffire ici; il nous a fallu avoir recours à des moyens plus actifs, employés avec énergie et souvent avec promptitude, tels que le camphre, le sulfate de quinine, et, dans certains cas, l'éthiops minéral, suivant la méthode de M. Serres, méthode que j'ai également mise en usage dans l'épidémie variolique, qui a immédiatement succédé à l'autre épidémie et qui quelquefois s'est confondue avec cette dernière.

M. Guislain : Je demande que la suite de la discussion soit renvoyée à la séance prochaine; il est impossible que nous la terminions aujourd'hui, l'Académie devant se former en comité secret à une heure.

Cette proposition est adoptée.

Histoire de la fièvre typhoïde, vulgairement appelée typhus, qui a régné dans la commune de Gulleghem, arrondissement de Courtrai; par le docteur G. de Jaeghere. — Rapport de la deuxième section sur cet ouvrage.

(M. Lebeau, rapporteur.)

Conclusions. — Remercîments à l'auteur et inscription sur la liste des candidats aux places de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

Emploi des onctions mercurielles dans le traitement de la fièvre typhoïde; par M. Mazade. — Rapport de la deuxième section sur ce mémoire.

(M. Lequime, rapporteur.)

« Messieurs,

» Ce mémoire contient cinq observations recueillies dans un intervalle de huit années (1839 à 1847).

» Quelle que soit la confiance que nous ayons en la bonne foi du médecin d'Anduze, nous ne pouvons vous dissimuler les doutes qu'a laissés dans notre esprit l'utilité réelle de ce remède, et vous comprendrez qu'il nous a été impossible de déterminer sa part d'action; en effet, dans tous les cas cités par l'auteur, l'usage du mercure à l'extérieur a été précédé de l'administration de la saignée ou des sangsues, de l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires ou de sinapismes, et associé au calomel à l'intérieur.

» Quelle indication l'auteur s'est-il proposé de remplir par cette médication?

» Si nous en jugeons par les faits qu'il nous relate, la forme qu'il traite habituellement dans la localité où il exerce son art serait de nature inflammatoire; ce sont, en effet, tous sujets jeunes (de 5 à 25 ans), d'une constitution forte, robuste, offrant les caractères d'une réaction vive, pouls fort et résistant, auxquels il a eu affaire. Dès lors les succès obtenus peuvent s'expliquer par l'action antiphlogistique du mercure.

» Si c'est, au contraire, à la nature de la maladie que M. Mazade veut adresser le mercure, nous pensons que cet agent est aussi inefficace que tous les autres et qu'il peut même produire, dans quelques circonstances, de graves inconvénients; dans notre pays surtout où les formes de la fièvre typhoïde sont plutôt muqueuses et tendent facilement vers l'adynamie, nous pensons qu'il ne faut pas légèrement lui opposer un agent altérant aussi profondément l'économie, en raison de son action dissolvante du sang.

» Pour prouver l'efficacité et la supériorité de sa méthode, qui, du reste, ne diffère de celle mise en usage par M. Serres qu'en ce que le calomel est substitué à l'éthiops minéral, l'auteur n'eût pas dû choisir les cinq observations dont il nous a donné l'histoire bien incomplète entre celles qu'il a recueillies dans un intervalle de huit années; mais il eût dû nous indiquer le chiffre de sa mortalité en la comparant à celle de nos confrères.

» Nous devons cependant ajouter pour être justes qu'il se propose de publier plus tard un travail spécial sur la matière; jusque-là nous nous croirons autorisés à ne point partager sa confiance dans les onctions mercurielles comme moyen propre à guérir la fièvre typhoïde. »

Emploi du sous-borate de soude dans la fièvre typhoïde. — Rapport de la commission (composée de MM. Craninxx, Seutin, et Lequime, rapporteur) chargée de l'examen de la communication de M. le docteur Vander Eecken, relative à ce sujet.

« Messieurs,

» Dans votre séance du mois d'avril dernier, notre collègue M. Seutin, déférant au désir que lui avait exprimé M. le docteur Vander Eecken, vous a entretenus des effets avantageux que cet honorable praticien prétend retirer de l'usage interne du sous-borate de soude administré contre la fièvre typhoïde.

» Cette simple communication vous a paru trop vague pour pouvoir donner lieu à une discussion utile, et, sur la proposition de l'un de nos honorables collègues, vous avez décidé que notre estimable confrère de Wickelen serait invité à adresser à la compagnie quelques observations cliniques à l'appui de sa communication.

» M. Vander Eecken s'est empressé de répondre au secrétaire de l'Académie qu'il se trouve dans l'impossibilité de satisfaire au vœu exprimé par elle, son mémoire étant soumis à l'examen de la Société de médecine de Gand.

» Nous croyons en conséquence ne pas avoir à nous livrer à un examen critique du résumé sommaire qu'il a adressé en particulier à M. l'inspecteur du service de santé, et devoir vous proposer de passer à l'ordre du jour sur la communication qui vous a été faite. »

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Observation de plaie d'arme à feu intéressant la vessie; esquille osseuse contenue dans cet organe, extraite par la lithotritie.

M. Leroy-d'Étiolles, membre correspondant, qui se proposait de lire un mémoire sur un nouveau moyen de mensuration et de pulvérisation des calculs vésicaux, demande de remettre cette lecture à la séance prochaine, un accident de voyage le privant momentanément du travail qu'il avait préparé à ce sujet. Il entretient ensuite l'Académie d'un cas intéressant de plaie d'arme à feu qu'il a récemment observé à Paris : il s'agit d'un homme dont le bassin avait été traversé par une balle de part en part et d'avant en arrière, s'il faut en croire le blessé; car on ne peut s'en rapporter aux indices fournis par les ouvertures faites par le projectile. Ayant été chargé de l'inspection des blessés de février, M. Leroy a remarqué que l'ouverture la plus large est tantôt celle d'entrée, tantôt celle de sortie.

Quoi qu'il en soit, la balle avait écorné une portion du pubis, traversé la vessie et le sacrum. Pendant trois semaines, les urines sortirent par l'ouverture du sacrum. Cette ouverture s'étant fermée, elles coulèrent par la plaie du pubis; celle-ci se ferma également, et les urines furent alors évacuées par l'urètre. Le malade accusant des douleurs dans la vessie, il fut sondé, et l'on constata la présence d'une esquille osseuse dans cet organe. A l'aide d'un brise-pierre à deux cuillers, entre lesquelles était une lame agissant par percussion, M. Leroy est parvenu à couper l'esquille par petites portions, et il a pu en faire l'extraction en totalité.

(La suite et fin au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

Études sur le traitement des fractures de la jambe; par M. J. Crocq. — Thèse de Bruxelles. — Un in-8° de 48 pages. — 1848.

La lecture attentive de ce travail nous a prouvé qu'il justifie parfaitement son titre, malgré le caractère exclusif de l'esprit qui a présidé à sa rédaction. C'est en effet, pour le dire d'avance, un plaidoyer de tout point en l'honneur du bandage inamovible, mais plaidoyer du genre de ceux qui se concilient les suffrages : je veux dire assez développé pour ne faire juger qu'en connaissance de cause, et assez impartial pour ne dissimuler aucun des faits contraires à son client.

M. Crocq ne s'est point proposé de tracer l'histoire complète des fractures de jambe; aussi ne nous attacherons-nous pas à le suivre dans les considérations qu'il présente très-succinctement sur leurs principales variétés, fracture simple ou compliquée, unique ou composée, en rave ou oblique, comminutive, avec contusion ou hémorrhagie, etc. Ce sera donner et de ses intentions et de son œuvre elle-même une idée beaucoup plus fidèle que de dire seulement avec lui jusqu'à quel point et comment le bandage amovo-inamovible satisfait aux indications de ces différentes espèces.

Un premier soin était imposé à l'auteur : celui de décrire l'application du bandage amidonné telle que M. Seutin la pratique. Dès les premières pages, il s'acquitte de ce devoir, et enseigne la manière, soit de poser l'appareil, soit d'y intercaler le ruban compressimètre, soit de le fendre ensuite en deux valves latérales, soit d'écarter plus tard ces mêmes valves pour examiner le membre sans déranger en aucune manière la contention des fragments. Rien n'est plus instructif, plus nécessaire à connaître que ces détails d'exécution : la méthode a plus besoin qu'on ne le pense de les voir développer et répandre; car, malgré la faveur méritée dont elle jouit partout où l'on a pu la mettre en pratique, il est positif qu'un très-grand nombre de médecins ne l'ont jamais essayée, et que (pour beaucoup du moins) ils ne l'ont pas essayée parce qu'ils ne la sauraient que très-imparfaitement employer. Loin donc de blâmer M. Crocq de l'abondance des préceptes qu'il énonce, nous serions au contraire porté à lui en reprocher la sobriété sous certains rapports, et nous croyons que quelques conseils sur la préparation du mélange amidonné, sur la température à lui conserver pendant l'opération, sur le meilleur moyen d'en enduire les bandes, eussent avantageusement complété les connaissances que tout chirurgien trouvera à puiser dans cet opuscule.

La supériorité du bandage amovo-inamovible, dans la très-grande majorité des fractures de jambe, est incontestable aux yeux de l'auteur. Il n'admet guère l'emploi de moyens auxiliaires que lorsqu'il y a tendance constante et invincible du fragment supérieur à faire saillie sous la peau; encore l'action des pièces d'appareil propres à y remédier peut-elle très-bien se combiner avec le bandage solidifiable. La prééminence de ce dernier ressort des quatre propriétés qui lui sont essentiellement inhérentes.

Ainsi : 1° il exerce sur tout le membre une compression douce et graduelle; 2° il maintient, aussi exactement que possible, les fragments en contact; 3° il met le membre dans une parfaite immobilité; 4° il permet aux blessés les mouvements généraux, jusques et y compris la marche. Au sujet de cette dernière condition, M. Crocq fait justement observer qu'il n'est jamais entré dans la pensée de M. Seutin de prescrire à ses malades, ainsi qu'on l'avait cru, de marcher en appuyant sur la jambe affectée; au contraire, il leur fait passer une bande en lisière sous le pied, où elle est retenue au-dessus du talon par un bout de bande transversal. Elle se fixe ensuite autour du cou, et y suspend le membre de manière à le mettre dans l'impossibilité de toucher le sol.

Quant aux trois autres éléments de supériorité du bandage qu'il cherche à faire prévaloir, M. Crocq les a présentés avec une lucidité d'expression et une force de raisonnement bien dignes de décider la conviction en sa faveur. Nous ne pouvons toutefois lui taire que, tout en adoptant au fond sa manière de voir, quelques difficultés s'opposent encore, selon nous, non pas à ce que ce mode de pansement soit placé au premier rang parmi les procédés rivaux, mais à ce qu'on lui accorde toutes les qualités que ses apologistes lui décernent. Comme prouver qu'il est perfectible, c'est en réalité travailler à son perfectionnement, c'est ici un devoir pour nous d'être aussi franc et explicite que possible.

Et d'abord le bandage ne devient efficacement contentif qu'après sa dessiccation. Ce premier point n'est pas nié. Aussi M. Crocq professe-t-il que jusque-là il faut maintenir la régularité de la coaptation, soit par l'apposition temporaire d'attelles solides, soit au moyen de lacqs extensif et contensif. Mais si vous employez des attelles, elles devront avoir une rigidité et exercer un degré de pression suffisants pour prévenir le déplacement, et dès lors elles ne pourront manquer de déformer l'appareil; dès lors celui-ci ne sera plus ensuite le moule exact du membre. Le second moyen n'a pas, il est vrai, cet inconvénient; mais oseriez-vous vous fier uniquement à l'extension et à la contre-extension, pendant tout le traitement, pour assurer la consolidation normale d'une fracture oblique? Non, sans doute; et par conséquent vous devez convenir que vos lacqs n'ont point la puissance d'empêcher le chevauchement ou les autres déviations des fragments, tant que l'appareil, encore humide, ne leur prêtera pas le secours indispensable, dans ces cas, d'une contention circulaire.

Autre difficulté : les partisans du bandage amovo-inamovible avancent qu'il exerce par lui-même, et sans auxiliaire étranger, l'extension et la contre-extension. Rien n'est plus vrai en effet. Mais cet avantage ne lui appartient qu'au prix d'une application extrêmement méthodique; car, comme M. Crocq le dit lui-même, « il résulte immédiatement de la construction du bandage, en vertu de laquelle il se moule sur toutes les saillies, sur tous les enfoncements que présente le membre, et en suit avec une *exactitude mathématique* tous les contours. Il tend de cette manière à maintenir ceux-ci dans la même position relative. » Or que devient cette intime réciprocité de contours entre le contenu et le contenant lorsque le membre ayant, dès les premiers jours, diminué de volume, on est forcé d'inciser le bandage alors trop large, et d'en faire *chevaucher les valves* ou *d'exciser* de l'une d'elles une *portion longitudinale?* Évidemment le point du bandage qui, au premier moment, correspondait à tel point déterminé du membre, s'en éloignera alors, et la cuirasse protectrice laissera nécessairement des hiatus entre sa surface interne et l'extérieur des contours de la jambe. J'admets bien volontiers que ce défaut de rapports ne s'opérera jamais dans des proportions considérables; mais rappelez-vous que la contention régulière n'est, d'après vous-même, effectuée dans ce mécanisme que par l'*exactitude mathématique* de la conformité établie entre l'enveloppe et le corps enveloppé, et tirez la conclusion.

Nous n'avons pas besoin de justifier et d'expliquer notre critique, puisque nous avions préalablement eu soin de délimiter la signification que nous entendons lui donner. Il nous a semblé ne pouvoir mieux placer ces remarques qu'à l'occasion d'une monographie telle que celle de M. Crocq, dont le ton sagement mesuré et la forme exclusivement scientifique provoquent en quelque sorte un examen fait dans les mêmes vues de modération et d'indépendance.

VARIÉTÉS.

MARCHE DU CHOLÉRA. — NOUVELLES SANITAIRES.

AMÉRIQUE.

New-York, 6 janvier 1849. — Nous sommes heureux d'annoncer que le choléra a disparu d'une manière presque complète à la Quarantaine. Il n'y a eu depuis mercredi ni décès, ni cas nouveau. La température froide et sèche dont nous jouissons a sans doute contribué pour beaucoup à ce résultat. Espérons qu'il n'y aura pas de recrudescence.

Les rapports de la Nouvelle-Orléans ne sont malheureusement pas encore aussi favorables. Une dépêche en date du 2 janvier annonce qu'il était survenu 166 décès dans les quarante-huit heures. Néanmoins, ajoute-t-on, la maladie perd à chaque instant de sa violence; le temps paraît se mettre au froid, et il est permis de croire que l'épidémie est arrivée à sa période décroissante. Déjà les alarmes ont diminué sensiblement, et nombre de personnes que la crainte avait chassées sont revenues en ville.

RUSSIE.

— Saint-Pétersbourg. — Bulletin officiel du choléra.

Journée du 28 janvier . .		9	nouv. malades,	6	guérisons	et 4	décès.
29	—	27	—	1		3	—
30	—	16	—	5	—	8	—
31	—	13	—	17	—	6	—
1er	février.	16	—	8	—	7	—
2	—	13	—	8	—	11	—
3	—	9	—	15	—	3	—

BELGIQUE.

Les nouvelles de Liége disent que, depuis plusieurs jours, il ne s'est présenté aucun cas de choléra nouveau. On espère que l'épidémie a entièrement disparu.

— On écrit de Chénée, le 12 février :

« Depuis quelques jours le choléra sévit dans notre commune. Samedi plus de 30 cas plus ou moins graves y avaient été constatés; hier 5 morts ont été recommandés au prône et tous enlevés en quelques heures de temps. Dès vendredi, l'administration a demandé et obtenu à l'instant du couvent des Filles de la Croix à Liége deux sœurs hospitalières pour soigner les malades. Mais la frayeur est tellement grande que dès qu'il s'est agi d'établir un hôpital temporaire pour y transporter les cholériques pauvres, chacun a réclamé pour l'éloigner de son habitation.

» Il a fallu se résigner à faire construire un dispensaire en planches, où il est à craindre que personne ne veuille entrer. On espère que l'autorité supérieure ordonnera l'ouverture d'un local plus convenable; en attendant les sœurs soignent les malades à domicile. Les membres de la société de bienfaisance, accompagnés de M. le vicaire, ont hier commencé une collecte à domicile en faveur des cholériques. »

FRANCE.

— Coquelles (Pas-de-Calais), 9 février.—Le choléra, qui jusqu'à présent avait épargné notre commune, nous a aussi rendu sa visite importune et funeste. Il a enlevé deux personnes dans l'espace de trois jours : la première après dix heures de souffrances, et la seconde après trente-six heures.

Dans cette circonstance, à la fois pénible et dangereuse, nous devons l'avouer, il se trouve, ici comme ailleurs, des hommes zélés et désintéressés qui ont tout sacrifié pour secourir leurs semblables.

— Audruick (Pas-de-Calais). — La fièvre typhoïde fait ici assez de victimes. Il est mort, en 1848, environ 89 personnes, quand la moyenne ordinaire est de 40 environ. Cette année, 20 personnes environ ont déjà succombé.

— Arras, 15 février. — On nous rapporte que le bruit circule dans notre ville que quelques personnes auraient été atteintes du choléra. Nous pouvons positivement affirmer que ces bruits sont entièrement dénués de fondement, et qu'absolument aucun cas de choléra asiatique ne s'est encore présenté à Arras.

— Le rapport fait par M. Ambert, au nom du comité de la guerre, sur la proposition de M. Ducoux, tendant à rendre exécutoire le décret du 3 mai 1848 sur les officiers de santé militaires, a provoqué de nombreuses et importantes observations de la part du conseil de santé des armées. Ces observations ont surtout pour objet d'établir que le nouveau règlement ne contient aucune disposition qui réclame l'intervention spéciale du pouvoir législatif, qu'il est au contraire de tout point en harmonie avec les lois et décrets sur la matière, et qu'il consacre le meilleur système à adopter dans l'intérêt de la bonne administration et du salut des malades.

— Mort par le chloroforme. — On lit dans le Glascow Herald :

« Un jeune homme d'Australie était allé visiter ses parents à Govan. Avant de quitter la colonie, il eut un léger accident au pied qui, étant négligé, fit entrer l'ongle du gros doigt dans la chair. Une opération chirurgicale étant nécessaire, l'opérateur jugea à propos de la faire précéder d'une inhalation de chloroforme; mais le malheureux jeune homme ne l'eût pas plutôt inhalé qu'il expira.

— Le dernier préfet de police de Berlin a fait afficher sur tous les murs de cette ville un édit contre les barbiers qui pratiqueraient des opérations chirurgicales, et contre les médecins qui emploieraient lesdits barbiers.

— Le conseil de santé de Londres a décidé que tous les établissements affectés à l'enfance seraient visités par des médecins et un rapport fait sur leur situation hygiénique et les améliorations à y apporter.

— Les honoraires de l'officier de santé de la ville de Londres, M. Simon, viennent d'être fixés; il recevra par an 500 liv. sterl., c'est-à-dire 2,580 fr.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

CONSTITUTION MÉDICALE DE L'ALGÉRIE.

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES PRISES A MASCARA PENDANT L'ANNÉE 1848, A NEUF HEURES DU MATIN, A TROIS HEURES DE L'APRÈS-MIDI ET A NEUF HEURES DU SOIR.

	Thermomètre intérieur.			Baromètre.			Thermomètre extérieur.			Hygromètre.			Vents	Eau tombée	
Mois ou trimestres.	Maxim.	Minim.	Moyen.	Maxim.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	dominants.	dans le mois.	Observations.
Janvier.	18	4	9	725	709	717	15	2	6	100	58	92	Ouest.	0,295	Grêle le 20, neige les 21 et 22.
Février	18	8	11	726	717	722	15	2	7	100	52	93	Ouest.	0,113	Tremblem. de terre à 5 h. du
Mars	20	5	12	725	710	719	20	3	10	100	41	82	Ouest.	0,131	soir le 28 jer; grêle 4 et 5 ms.
1er trimestre.	20	4	11	726	709	719	20	2	8	100	41	92	Ouest.	176	
Avril.	21	10	18	727	717	721	24	7	16	96	43	74	N.-O.	0,31	
Mai.	27	17	22	722	713	719	33	16	23	100	31	62	N.	0,11	
Juin	34	19	23	724	711	721	58,5	16	24	88	17	50	N.-E.	0,3	
2e trimestre.	34	10	21	727	711	720	38	7	21	10	17	62	N.	0,47	
Juillet	32	23	26	724	719	722	37	23	28	82	18	52	Sud.	0,001	
Août	35	22,5	28,5	725	720	722	39,5	23,5	30	80	17	47	Sud.	—	
Septembre . .	25,5	18	21	724	717	720	34,5	16	27	97	26	58	S.-O.	0,061	
3e trimestre.	35	18	25	724	717	721	39,5	16	28	97	17	52	S. S.-O.	0,062	
Octobre . . .	26	17	20,7	727	716	722	26,5	10	18	100	37	71	Sud.	0,067	
Novembre . .	25	16,5	20,5	726	717	722	26	8	12,7	100	41	84,5	N.-O.	0,268	
Décembre . .	27	15	18,3	731	718	725	18,5	5	11	100	37	71	S.-O.	0,059	
4e trimestre.	27°	15°	19,8	727	717	723	26,5	5°	13,9	100	37	75,5	S.-O.	0,394	

Aux fièvres quotidiennes et rémittentes plus ou moins franches des derniers jours d'octobre 1847, avaient succédé des fièvres à type tierce, quarte, irrégulier, cédant difficilement et se reproduisant avec une facilité désespérante, caractérisées par un frisson peu intense, mais très-long, par l'absence presque complète des phénomènes de réaction, un pouls plus remarquable par la lenteur et la faiblesse que par la fréquence et la force des pulsations, et une grande tendance de la maladie à récidiver ou à se perpétuer sous forme chronique.

(1) Afin de rendre le tableau que nous allons exposer plus complet, nous remonterons plus haut et suivrons les phases diverses et les transformations qu'ont subies les maladies régnantes depuis la fin de l'été 1847, de manière à les relier par un ordre de succession aux maladies de l'année courante et à mieux faire ressortir les rapports que nous voulons établir.

A cette époque, on put noter également la forme lente, insidieuse et obscure des congestions hépatiques, ainsi que le caractère meurtrier et la marche difficile des diarrhées et des dyssenteries; puis insensiblement, à l'approche de janvier, en même temps qu'un froid vif se fit sentir, nous vîmes revenir les fièvres à forme typhoïde, mais à l'exception de deux cas, elles n'avaient plus ce caractère lent, adynamique, scorbutique, si remarquable l'hiver précédent (1) : elles offraient, au contraire, au début une marche très-aiguë. Les réactions, au lieu d'être confinées aux organes circulatoires et aux surfaces cutanée et muqueuse, se faisaient sur les centres encéphaliques. Tantôt la maladie était précédée d'accès de fièvre intermittente simple; mais le plus souvent les malades passaient sans intermédiaire des apparences de la santé la plus florissante à un état très-grave. Ils pré-

(1) Voir la GAZETTE MÉDICALE, année 1848, p. 546-551.

Feuilleton.

SUR L'ÉTAT DE LA MÉDECINE EN CHINE (1).

Jamais les médecins chinois ne dissèquent de cadavres humains; aussi leurs connaissances anatomiques sont-elles incomplètes et fausses. Ils ne distinguent pas le sang artériel du sang veineux ni les tendons d'avec les nerfs. Ils croient que les intestins grêles communiquent avec le cœur et la vessie, et les gros intestins avec les poumons.

L'ostéologie occupe peu de place dans les livres chinois. Le crâne est formé d'un seul os, de même que le bassin, l'avant-bras et la jambe. Quant aux articulations, c'est pour eux quelque chose d'analogue à la jonction de pièces de charpente.

Les idées physiologiques et psychologiques des Chinois sont en rapport avec leurs connaissances anatomiques. L'âme réside dans le foie; la vésicule du fiel est le siége du courage. Aussi, dans le but d'en acquérir, ils mangent la vésicule biliaire des tigres, des ours et quelquefois même des célèbres bandits exécutés pour leurs crimes. Le rein droit et son conduit excréteur sont nommés les portes de la vie.

Les médecins chinois observent très-attentivement l'état du pouls; ils y trouvent l'indication de toutes les modifications qu'éprouve le corps; ils annoncent même le sexe d'un enfant renfermé dans le sein de sa mère.

L'état de maladie d'un organe dépend des contrariétés que font éprouver à *Jin* et *Jang* les deux agents universels de la philosophie chinoise, les malins esprits et les mauvaises humeurs.

Malgré ces absurdités, on trouve dans la médecine chinoise des pratiques utiles et de sages conseils, résultat de l'expérience. Le docteur W. Lockhart a traduit un fort bon traité d'accouchement, branche de la médecine principalement exercée par les femmes. La pratique de la chirurgie est bornée à l'acupuncture, l'arrachement des dents, la ponction des abcès et des tumeurs avec des aiguilles, la réduction des luxations et des fractures. Quelquefois elle s'élève jusqu'à l'amputation d'un doigt, l'opération du bec-de-lièvre et l'insertion des fausses dents. L'application des cautères et des caustiques est très-usitée, et produit parfois de fâcheux résultats par l'usage abusif qu'en font les charlatans.

Le moxa, dont l'usage est fréquent, se fait avec des feuilles d'amaranthe. La saignée est peu pratiquée. Les émissions sanguines se font au moyen des sangsues et des ventouses. Les médecins chinois y ont rarement recours dans la fièvre, parce que, disent-ils, « le corps humain, pendant la fièvre, est comme une

(1) Extraits d'un ouvrage fort intéressant sur la Chine, publié cette année à New-Yorck, par M. Wills, et traduits par M. Leroy-d'Etiolles.

sentaient tous les symptômes d'un accès pernicieux : on aurait pu l'appeler *fièvre intermittente pernicieuse typhoïde.* Le malade pouvait succomber dans cet état : cependant le plus ordinairement, après quelques jours, les symptômes comateux et le délire tombent, mais il conserve un air de stupeur, une insomnie presque constante, et un point de la tête reste douloureux ; l'appétit ne revient pas ; l'estomac est sensible ; il vomit tout ce qu'il prend, puis il est quelquefois trois ou quatre jours mieux. Il commence à manger et digère assez bien ; on le croirait complétement guéri, si ce n'est qu'il ne peut se lever ni se retourner dans son lit sans éprouver des vertiges ; puis tout à coup, sans cause appréciable, il se plaint de nouveau de la tête, vomit ses aliments pendant deux ou trois jours, après quoi du mieux se fait sentir. Il traîne ainsi une vie misérable pendant trente ou quarante jours, quelquefois plusieurs mois avant d'arriver à la guérison. C'est un long marasme, entrecoupé de crises ; ou bien la langue se sèche et noircit ; une fièvre continue alors se déclare ; le malade dépérit de jour en jour, et après avoir épuisé pour ainsi dire tout ce que la nature lui a donné de force, il succombe dans un état adynamique, sans qu'on puisse découvrir ni plaques, ni exanthèmes, ni ulcérations, ni aucune autre lésion dans les organes digestifs ; mais en revanche, dans presque tous ces cas, nous avons rencontré des lésions graves dans l'encéphale, soit une sécrétion purulente à la surface des circonvolutions cérébrales ou dans les ventricules latéraux, ou bien quelques ramollissements dans les lobes antérieurs ou moyens du cerveau, formés en quelques cas par de *petits épanchements sanguins*, offrant assez bien le caractère de ce que le professeur Cruveilhier a décrit sous le nom d'apoplexie capillaire. C'était donc ici une méningo-céphalite chronique consécutive aux congestions cérébrales répétées qui surviennent dans ces fièvres intermittentes rebelles.

Ces fièvres à forme typhoïde, variables dans leurs symptômes, qui sévissent tous les ans pendant la saison pluvieuse, et font alors beaucoup de victimes, diminuèrent à l'approche du printemps à mesure que les fièvres intermittentes franches firent des progrès, et se terminèrent rapidement même, en quelques cas, en une vraie intermittente. Dans cette saison, la source de l'intermittence semblait alors se ranimer avec celle de la vie.

Le sulfate de quinine à haute dose conjurait les accidents comateux, délirants ou convulsifs des premiers jours ; mais continué à cette dose, il nous semblait plus nuisible qu'utile contre les symptômes consécutifs, qui nous parurent, dans plusieurs cas, être l'expression d'une lésion consommée de la substance encéphalique. Cependant, lorsque les symptômes cérébraux étaient un peu calmés, nous fûmes obligé d'en continuer l'usage, quoiqu'à moindre dose, pour conjurer les accidents cérébraux, qui eussent été la conséquence inévitable de nouveaux accès, en même temps que nous employions les révulsifs et quelques émissions sanguines.

A quoi tiennent les dissemblances qu'on remarque entre la forme particulière qu'a affectée l'épidémie typhoïde actuelle et celle de 1847 ? Nous ne donnerons pas la différence de la température comme cause unique et certaine des modifications qui se remarquent dans la physionomie des deux épidémies ; il n'est pas cependant impossible de reconnaître un rapport logique entre ces deux ordres de faits : d'un côté, en 1847, une température humide et tiède et l'affaissement qu'elle produit dans toute l'économie, coïncident avec une maladie plus longue, moins réactive, plus putride. En 1848, humidité plus froide, pénétrante et insolite, avec un vent d'ouest presque constant et une maladie plus aiguë et plus rapide.

Sans doute cette épidémie, qui se reproduit tous les ans à pareille époque sous l'une ou l'autre de ces formes, quelle que soit la température, naît et se développe indépendamment des circonstances atmosphériques. Si celles-ci peuvent la modifier dans son siége, sa physionomie et ses caractères particuliers, elles ne sont rien comme cause efficiente. La véritable cause efficiente pour moi est la même que celle qui donne lieu aux fièvres intermittentes ; c'est un des anneaux, quoique plus difficile à distinguer, de cette longue chaîne de maladies épidémiques dont la fièvre intermittente tient un des bouts (1), et dont on n'avait pas su voir ni comprendre les derniers anneaux. En effet, il est probable que l'action des effluves marécageux entraîne après elle une série de maladies dont *la forme* est déterminée par l'influence de causes accessoires, telles que, par exemple, l'abus des boissons alcooliques, les écarts de régime, et surtout l'humidité froide et insolite qui a caractérisé particulièrement cette saison. Mais quelles qu'elles soient, ces dernières causes ne sont pas suffisantes pour effacer complétement le type originel : seulement elles le voilent, elles le larvent, lui donnent tous les dehors de ce *grand être impersonnel* qu'on a nommé *état typhoïde*, et si l'on appliquait à cette série de maladies, nées au sein d'une même étiologie, les analyses artificielles de ces faiseurs de nomenclatures, qui, découpant chaque morceau du tableau pathologique pour le décrire à part, ont voulu emprisonner chacune d'elles dans une catégorie particulière, il n'y aurait pas de raison pour ne pas y trouver je ne sais combien de tronçons.

En même temps que ces maladies se développaient, les dyssenteries et les congestions hépatiques, beaucoup plus rares que les années précédentes, avaient pris quelques-uns des caractères typhoïdes de l'épidémie régnante ; l'affection typhoïde, dans ces cas, est comme une sorte de greffe étrangère entée sur un tronc indigène.

Telle est la physionomie morbide que présente tous les ans à cette époque l'hôpital militaire de Mascara.

Avant de suivre la progression toujours croissante et les transformations variées que subissent les maladies endémo-épidémiques suivant les saisons, entrons un peu dans ces maladies secondaires, intercurrentes, que leur isolement détache maintenant plus ou moins de l'ensemble du grand spectacle.

Les pneumonies, assez rares en ce pays, plutôt catarrhales qu'inflammatoires, sévissent particulièrement en cette saison humide. Elles n'offrent, en général, qu'une réaction peu intense ; le pouls présente rarement cette plénitude et cette fréquence qui invitent à répandre du sang. Le traitement antiphlogistique est pour le moins inutile, s'il n'est souvent nuisible : le tartre stibié, au contraire, réussit à merveille ; la diarrhée, qui accompagne si souvent ces maladies, n'est nullement une contre-indication à l'administration du tartre stibié ; s'il l'augmente d'abord, elle diminue bientôt et

(1) La fièvre typhoïde des régions froides et tempérées est à peu près inconnue dans les Antilles. Pendant une résidence de six années dans ces îles et à la Guyane, je n'en ai pas observé un seul cas, et suivant M. Dutrouleau, c'est une affection si rare à la Martinique, que les médecins du pays qui ne sont pas venus en France depuis longtemps la connaissent à peine. Il y a donc tout lieu de croire que les pyrexies, que l'on désigne depuis quelque temps, dans les régions équinoxiales sous le nom de fièvre typhoïde, sont tout simplement des fièvres d'origine paludéenne, auxquelles on applique une dénomination aujourd'hui à la mode. (Chervin, rapport à l'Académie sur deux mémoires de M. Rufz sur la fièvre jaune, GAZETTE MÉDICALE, 1842.)

» marmite sur le feu : si l'on veut ralentir l'ébullition, on ne diminue pas la quantité du liquide, mais on réduit l'intensité du feu. »

On peut se faire une idée de leur manière d'agir dans les cas de chutes et de fractures par la relation du traitement employé par le père Rita : « Étant tombé » de cheval, dit-il, on me porta dans une maison voisine, où un chirurgien vint » me visiter. Il me fit asseoir sur un lit, plaça près de moi un large bassin plein » d'eau, dans laquelle il plongea un gros morceau de glace pour la refroidir. » M'ayant dépouillé de mes vêtements jusqu'à la ceinture, il me fit allonger le » cou au-dessus du bassin, et pendant un temps assez long, il l'arrosa en versant » l'eau avec une tasse. Il entoura ensuite ma tête d'une bande dont les extrémités étaient tenues à distance par deux hommes, il se mit alors à frapper vigoureusement avec un bâton sur les parties tendues de cette bande, imprimant » ainsi à ma tête de violentes secousses qui me causaient une douleur horrible ; » c'était, disait-il, pour rasseoir mon cerveau, qu'il supposait déplacé ; après quoi » les ablutions d'eau froide recommencèrent. Cela fait, je dus marcher en plein » air soutenu par deux personnes, et pendant cette promenade, le chirurgien jeta » soudainement sur ma poitrine le contenu d'un bassin d'eau glacée : les violentes inspirations déterminées par cette aspersion inattendue avaient pour but, » suivant lui, de remettre en place les côtes qui pouvaient avoir été déplacées » dans une chute. La manœuvre qui suivit n'était pas moins douloureuse et » extravagante ; l'opérateur me fit asseoir par terre et me fit maintenir par deux » hommes, et m'appliquant un linge sur la bouche et le nez, il le tint jusqu'à » ce que je fusse presque suffoqué ; c'était, disait mon Esculape, pour achever de » remettre les côtes en place par les violents efforts inspiratoires. »

Il y a en Chine, comme en Europe, médecins et médecins : les uns jouissent de la considération et sont honorés comme « *la main de la nation* » ; d'autres débitent dans les rues et sur les places publiques leurs conseils, leurs fioles et leurs onguents.

Les maladies les plus communes en Chine sont les affections des yeux, de la peau et des organes digestifs. Le grand nombre d'ophthalmies qui y règnent ont surtout attiré l'attention. Le docteur Lockhart l'attribue en partie à l'usage qu'ont les barbiers de retourner les paupières pour les nettoyer et enlever le mucus qui, suivant eux, s'y accumule. Après cette manœuvre, l'œil est très-rouge et très-irrité, et lorsqu'elle a été répétée un certain nombre de fois, une conjonctivite chronique s'ensuit. L'on en conclut que le nettoyage n'a pas été assez complet, on redouble les frottements, et bientôt la surface interne de la paupière se couvre de granulations ; d'autres fois elle s'endurcit comme du parchemin, et le cartilage tarse se rétracte et produit l'ectropion. L'opacité de la cornée elle-même résulte parfois de cette coutume barbare. Le nettoyage des oreilles, fait avec la même ténacité produit aussi fréquemment l'altération de l'ouïe. Dans l'hôpital fondé à Canton par les missionnaires, le docteur Parker a traité, en 1836, 2190 maladies des yeux ; sur ce nombre, il y avait 375 ophthalmies aiguës, chroniques et rhumatismales ; autant d'ulcérations de la cornée ; 160 cataractes et 171 ectropions qui ont été opérés ; 148 malades avaient complétement perdu la vue. La même proportion a été observée dans les hôpitaux de Hongkong, Amoy et Chusan.

L'éléphantiasis est plus fréquent à Chusan qu'à Canton, où la lèpre en revanche est commune et regardée comme incurable et contagieuse. Les personnes

finit par cesser complétement. On voit aussi surgir quelquefois à cette époque quelques cas de *fièvre typhoïde proprement dite, chez les sujets nouvellement venus de France*, mais il arrive fréquemment que pendant le cours d'une année on a eu l'occasion d'en signaler à peine quelques cas, il semble que ces rameaux arrachés de la souche, que ces semences exotiques ont changé de nature en germant dans un sol tout sillonné de marais. Quoi qu'il en soit, l'absence presque complète ici d'une telle maladie, si favorable à l'antagonisme de M. Boudin, offre encore un problème étrange dont la solution jetterait sans doute de grandes clartés sur les lois mystérieuses qui règlent la marche de cette maladie et ont échappé jusqu'ici à toutes les investigations. On rencontre encore çà et là, mais constamment, quelques phthisies pulmonaires à marche ordinairement lente, insidieuse et obscure ; les malades entraient à l'hôpital pour une simple bronchite, rien ne pouvait faire soupçonner autre chose ; dans quelques cas, au contraire, l'explosion était soudaine et avait quelque chose d'imprévu et de fatal (1).

AUG. HASPEL,
Médecin ordin. à l'hôpital militaire d'Oran.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Le climat d'Afrique ne possède pas la faculté d'arrêter la phthisie dans son cours. J'ai vu chez des étrangers arrivés bien portants en Afrique, et dernièrement encore chez un jeune chirurgien militaire, M. Martin, des tubercules se développer et conduire le malade au tombeau après un séjour de quelques années. J'ajouterai cependant que presque tous s'étaient montrés réfractaires aux maladies paludéennes ; bien que l'expérience ne se soit pas encore prononcée d'une manière positive, je ne mets nullement en doute que telles affections, telles diathèses ne s'excluent, ne s'affaiblissent mutuellement ; qu'elles ne forment l'une pour l'autre une sorte de vaccin ; si de l'homme nous passons à la pathologie des animaux, nous voyons plusieurs médecins anglais affirmer que le claveau n'atteint pas les moutons dans les plaines marécageuses de Cambridge et de Huntington, alors que cette maladie exerce de grands et fréquents ravages épizootiques dans la partie non inondée de la contrée. Au reste, cette maladie m'a paru très-rare chez les Espagnols qui habitent l'Afrique. Il resterait à examiner si certaines constitutions de races n'ont pas le triste privilége de fixer plus particulièrement sur elles certaines maladies.

HYGIÈNE GÉNÉRALE.

COURS D'HYGIÈNE PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, par M. HIPP. ROYER-COLLARD.

DE L'ALIMENTATION EN GÉNÉRAL, CONSIDÉRÉE COMME MOYEN D'AMÉLIORATION ET DE PERFECTIONNEMENT DES ESPÈCES VIVANTES.

Nous avons traité, dans nos deux précédentes leçons, de l'alimentation en général.

La première vous a fait connaître d'abord ce que c'est que l'alimentation, sur quels matériaux elle s'exerce, et quels rapports existent, dans l'ordre de la nature, entre ces matériaux, quels qu'ils soient, et les individus qui s'en nourrissent.

Dans la seconde leçon, nous avons démontré que l'alimentation doit être nécessairement différente, et sous le rapport du choix des aliments, et sous le rapport de leur quantité, non-seulement selon les différents individus, mais chez un même individu, selon les différentes formes de sa santé et les conditions dans lesquelles il se trouve placé : ainsi, selon l'âge, le sexe, le tempérament, les dispositions héréditaires, le climat, l'état sain, morbide ou valétudinaire.

Appliquant ensuite ces considérations à la question qui nous occupe en ce moment, c'est-à-dire à l'hygiène spéciale de l'enfance, nous avons prouvé, par des faits et par des raisonnements, la nécessité d'une alimentation particulière pendant ce premier âge de la vie humaine.

Pourquoi chacune de ces conditions diverses exige-t-elle une certaine variation dans le régime alimentaire ? Toujours en raison de ce grand principe que nous avons posé d'abord, savoir que l'aliment employé pour la réparation et pour l'entretien des organes ne peut véritablement nourrir qu'autant qu'il introduit dans le sang les mêmes éléments dont les organes sont naturellement composés. Or la composition des organes n'est pas la même dans chacune de ces formes de la santé ; le procédé vital à l'aide duquel l'individu se les assimile ou les consomme n'est pas le même. Donc un même régime alimentaire ne saurait convenir dans tous ces cas : celui qui serait utile dans un cas donné serait nuisible ou insuffisant dans un autre.

Ces vérités, que nous révèle tous les jours l'observation pratique, et que chacun s'applique plus ou moins à soi-même dans la direction de sa vie, la théorie les confirme pleinement, et nous les explique avec une parfaite clarté.

Tel est à peu près le résumé de mes deux précédentes leçons ; nous allons en tirer aujourd'hui de nouvelles et importantes applications.

Jusqu'ici nos recherches n'ont eu qu'un seul but, la conservation de la santé ; mais ce n'est pas là toute l'hygiène. Son but est double ; je l'ai dit déjà dans la leçon d'ouverture de ce cours, et je ne saurais jamais assez le répéter. L'hygiène, bien entendue, bien dirigée, doit d'abord protéger la santé, prévenir les maladies ; elle doit en même temps développer, améliorer, perfectionner tous les instruments de la vie, mettre en œuvre et en plein exercice toutes nos facultés, et n'en laisser dormir aucune. L'homme est un être essentiellement perfectible, au physique comme au moral ; donc l'hygiène, qui dirige la vie, doit tendre toujours à le perfectionner, au physique comme au moral.

Cependant l'hygiène *peut-elle*, par le régime alimentaire, contribuer à produire un semblable résultat ? *Jusqu'à quel point le peut-elle?* Telle est la question que nous avons à examiner, toujours d'une manière générale, pour la reprendre ensuite avec détails dans chaque question en particulier.

A priori, nous pourrions répondre, nous devons même répondre : Oui, l'hygiène a ce pouvoir.

Partout, toujours, dans le monde physique, c'est le mode de structure d'un corps qui détermine son mode d'action. Un corps rond n'agit pas comme un corps carré, un corps faible et fragile comme un corps solide et résistant. De même, dans notre corps, des muscles pâles, grêles, n'agissent pas comme des muscles volumineux, abreuvés de sang et riches en fibrine. Cependant ce sang, cette fibrine, où les prennent-ils ? Dans les aliments et dans l'air atmosphérique, qui, je l'ai déjà dit, est aussi un aliment. Par conséquent une alimentation bien choisie, bien appropriée, donne aux muscles ce qui leur est nécessaire, pourvu toutefois que les autres fonctions

---

qui en sont affectées sont séparées de leurs familles et placées dans des lazarets; mais comme elles n'y trouvent pas une nourriture suffisante elles vont mendier par les rues.

Le goître est commun dans les provinces montagneuses du nord. Le docteur Gilloc dit que dans les villages de ces contrées traversés par l'ambassade envoyée à Jeh Ho, il y avait un sixième de la population affectée de goître avec son accompagnement ordinaire, l'idiotisme.

Le choléra a fait en Chine les mêmes ravages que dans le reste du monde : à Ningpo, il a fait périr dix mille personnes pendant les printemps de 1820 et 1823. A Amoy et à Changchau Fec, il régnait en 1842 et y tuait cent personnes chaque jour, les unes subitement au milieu des rues, les autres en une heure. Sa marche a été aussi capricieuse qu'en Europe passant à côté de certaines villes pour aller en visiter d'autres plus éloignées. Les médecins chinois, ayant trouvé tous leurs traitements inefficaces, avaient pris le parti de n'en plus faire aucun.

La vaccine a été introduite à Canton en 1820, et de là elle s'est répandue dans l'est de la Chine. Mais partout, même à Canton, elle ne s'est établie que difficilement et partiellement, malgré la protection du gouvernement. Cela est dû à l'insouciance du peuple chinois. L'inoculation était pratiquée depuis longtemps en plaçant dans les narines un petit tampon de linge imprégné du virus ; quelquefois on vaccine de la même manière.

La gale est universelle, et personne ne s'en occupe.

Les livres de médecine chinois sont nombreux ; les maladies y sont en général classées en neuf divisions : 1° maladies agissant sur le pouls ; 2° maladies provenant du froid ; 3° maladies des femmes ; 4° maladies cutanées ; 5° maladies nécessitant l'acupuncture ; 6° maladies des yeux ; 7° maladies de la bouche ; 8° maladies des organes digestifs ; 9° maladies des os. Un professeur pour chacune de ces classes de maladies est attaché à la famille impériale. On les choisit dans le collége médical de Pékin ; mais ils ne retirent pas plus de profit de cette position que s'ils se livraient à leur pratique privée. Il n'y a en Chine ni muséum d'anatomie comparée, ni leçons publiques, ni dissection. La routine est le seul enseignement et la seule règle. L'art. 297 du Code est ainsi conçu : « Lorsqu'un » médecin n'aura pas agi suivant les règles dans l'administration des médica» ments et l'application de l'acupuncture et que le malade sera mort, le magis» trat commettra un autre praticien pour examiner les médecines ou les piqûres; » s'il résulte du rapport qu'il n'y a pas eu mal intention, le délinquant sera con» sidéré comme meurtrier involontaire, et il ne lui sera plus permis d'exercer » la médecine. Mais s'il s'est écarté à dessein des formes prescrites sans avoir » obtenu la guérison, alors il doit être considéré comme voleur, et si la mort » s'en est suivie il y va de sa tête. » Cette législation, il est vrai, est rarement mise à exécution et les médecins sont habituellement réputés guérir ou aider à la mort, *Secundum artem*.

Il existe un grand nombre de livres de médecine et très-répandus ; un des plus remarquable est le *Fun Tsan* ou herbier de la dynastie Ming. Il renferme un résumé de deux cents soixante-six ouvrages de médecine et de quatre cent quatre-vingts recueils divers relatifs aux descriptions des plantes et des animaux, à leurs habitudes, aux localités où on les trouve, etc. Ces ouvrages té-

s'exécutent convenablement; elle peut aussi, par la même raison, diminuer dans un autre cas, modérer la nutrition chez un individu disposé à la pléthore. L'alimentation engraisse ou maigrit, fortifie ou affaiblit; ce sont là des vérités triviales.

L'alimentation peut agir dans le même sens sur les os, sur les organes sécrétoires, sur l'appareil génital, sur toutes les parties vivantes. Modifiez par l'alimentation telle partie que ce soit, dans sa composition chimique, dans l'arrangement de ses molécules, du moment que sa structure sera changée, cette partie n'exercera plus de la même manière et dans la même mesure qu'auparavant les fonctions qui lui sont départies.

Si donc on pouvait parvenir, à l'aide d'un certain nombre d'observations suivies et d'expériences exactes, à déterminer comment un régime alimentaire ou un autre modifient chaque organe, il n'y aurait plus qu'à régler l'alimentation dans tel ou tel sens, et l'on arriverait infailliblement alors à des résultats prévus, et pour ainsi dire calculés d'avance.

Voilà ce que nous dit le raisonnement; il ne saurait nous tromper à cet égard.

Eh bien! les observations que je demande, elles ont été faites, et en grand nombre. Ces expériences, elles se reproduisent tous les jours, et par milliers; il ne s'agit que de les mettre en lumière, et surtout de savoir les comprendre.

J'ai soumis à l'Académie de médecine, il y a quelques années, un travail, trop abrégé peut-être, sous le titre d'Organoplastie hygiénique, dans lequel j'ai rassemblé tous les faits de ce genre les plus saillants, et en les rapprochant les uns des autres, en les présentant dans un ordre méthodique qui permettait d'en juger tous les rapports, j'ai établi, je crois, comme une vérité incontestable, la puissance de cet art, qui consiste à s'emparer en quelque sorte du mouvement nutritif, à le diriger systématiquement et dans un but déterminé, à changer, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, la structure intime des organes, sans employer d'autres moyens que le régime.

A la vérité, j'avais égard, dans ce travail, au régime tout entier, c'est-à-dire non pas seulement à l'alimentation, mais aussi aux influences atmosphériques, aux exercices, à la génération et même aux actions morales. Ici il n'est question pour nous que du régime alimentaire; le reste n'est en ce moment qu'accessoire. Je vais donc mettre particulièrement sous vos yeux les faits essentiels qui se rapportent à l'influence de l'alimentation, et je vous prouverai, je l'espère, à l'aide de ces faits, quelles puissantes ressources cette influence peut offrir à l'hygiène, dirigée dans une vue d'amélioration et de perfectionnement.

Le règne végétal principalement nous offre partout la preuve de ce pouvoir qui appartient à l'homme, de modifier artificiellement les formes organiques par l'alimentation. Les plantes que nous recherchons le plus pour notre subsistance sont presque toutes des produits de l'art. Les organes changent non-seulement de forme, mais de destination : ici les étamines sont transformées en pétales, les racines en branches et les branches en racines; là des fruits acerbes et pierreux deviennent une chair molle et succulente. L'homme refait la nature à son usage; il semble avoir pour mission d'achever sur la terre l'œuvre incomplète de la création. La créature, c'est l'hygiène appliquée aux végétaux; c'est ce que j'ai appelé l'organoplastie hygiénique.

Vous trouverez, dans l'*Introduction* de M. Liebig, un grand nombre de faits intéressants, qui nous apprendront comment l'organisation des plantes peut se modifier, au moyen d'une alimentation diverse.

Des résultats semblables sont obtenus pour ainsi dire à volonté chez les animaux d'un ordre inférieur. Je ne parlerai pas des derniers animaux, des polypes, des rotifères, etc. Tout le monde sait que le sexe des abeilles et des fourmis n'est qu'un accident dépendant de leur mode de nourriture et d'habitation. Les neutres, destinés à rester stériles, deviennent des femelles fécondes, des reines, si on les place dans des cellules plus grandes, celles qui étaient réservées aux reines, et où les ouvrières leur apportent la nourriture royale. De même, les femelles reines, arrachées à leurs cellules privilégiées et placées dans les cellules des neutres, sont elles-mêmes changées en neutres et tombent dans la stérilité. On fait donc varier le développement du sexe, chez les animaux, en les soumettant à tel ou tel mode d'alimentation.

Parmi les animaux de l'ordre le plus élevé, le mouton, le bœuf, le porc, sont continuellement, ainsi que les oiseaux de basse-cour, des sujets d'expérimentation entre les mains de l'homme. Les chiens surtout, les chevaux, ont été complétement dénaturés par la domestication, c'est-à-dire par l'hygiène appliquée aux races comme aux individus. C'est l'homme qui donne à ces animaux non-seulement les formes qui les distinguent, mais les qualités et les aptitudes nécessaires à l'emploi qu'on en veut faire. C'est ainsi qu'un fermier anglais, homme de génie, Bakewell, est parvenu à créer dans son pays ces belles races d'animaux domestiques, les vaches de Durham, les moutons de Dishley, qui ont fait en grande partie la prospérité de l'Angleterre. A ce sujet, je me permets de vous renvoyer au mémoire que j'ai publié en 1842, et qui fait partie de la collection des mémoires de l'Académie de médecine. Vous y lirez des détails qui ne sauraient trouver place ici. Je dois vous répéter, d'ailleurs, ce que je vous ai déjà dit plus haut, que tous les moyens de l'hygiène concourent en même temps à produire ces admirables résultats, et non pas seulement l'alimentation; toutefois les indications générales que je vous ai données, et celles que j'y vais ajouter encore, suffiront pour vous prouver que, dans toutes ces pratiques, l'alimentation joue certainement un très-grand rôle.

Relativement au choix des aliments, on a surtout étudié avec soin quels sont ceux qui, pour les animaux domestiques, sont particulièrement propres à produire l'engraissement. Ainsi les turneps, les résidus fermentés des brasseries et distilleries, les graines germées, et surtout les tourteaux d'huile, dont on fait maintenant le plus grand usage. Ce dernier fait semblerait venir à l'appui de la théorie chimique et physiologique de MM. Dumas, Payne et Boussingault, qui expliquaient l'efficacité de la diète grasse, dans l'engraissement, par cette idée générale, érigée en loi de la vie, que les principes immédiats des aliments s'ajoutent, sans s'altérer, aux organes de ceux qui s'en nourrissent; que par conséquent les aliments fibrineux font de la fibrine, les aliments gras de la graisse, etc. Mais M. Dumas, arrêté tout à coup par quelques objections inattendues, qu'il a eu la bonne foi de publier, semble avoir abandonné sa théorie, qui pourtant, si elle eût été confirmée, eût été d'une si grande ressource pour l'hygiène. La qualité des aliments influe plus encore sur l'engraissement que leur quantité. 24 livres de foin, données à un bœuf, contribuent plus, dit-on, à l'engraisser que 80 livres d'avoine: tandis qu'au contraire, on donne à un cheval 9 livres d'avoine pour 20 livres de foin. Les glands du chêne rendent la chair du porc ferme et savoureuse. Les aliments qui produisent la graisse semblent aussi favoriser la formation du lait. MM. Deyeux et Parmentier ont fait

---

moignent de recherches très-étendues, mais il y manque la plus importante, l'étude du corps humain.

— Il paraît que les craintes que nous exprimions récemment touchant l'avenir de l'École de médecine et de l'École de pharmacie seraient plus sérieuses que nous ne l'avions pensé. Quoique l'assemblée n'ait probablement pas le temps de discuter le budget, le comité des finances paraît décidé à faire tout ce qu'il pourra pour faire voter par l'assemblée les économies dont nous avons parlé. Dans le système d'économies adopté par le même comité entre aussi la suppression des médecins sanitaires d'Orient, qui paraît irrévocablement arrêtée et consentie par le ministre. (Gaz. des hôp.)

— Concours pour cinq places d'agrégés près la Faculté de médecine de Montpellier. — Les docteurs en médecine ou en chirurgie sont avertis qu'il y aura un concours public, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour cinq places d'agrégés vacantes dans cette Faculté, savoir :

Trois pour la section de médecine;
Une pour la section de chirurgie;
Une pour la section des sciences accessoires.

Ce concours sera ouvert le 11 avril 1849.

Les candidats qui obtiendront le titre d'agrégé entreront immédiatement en exercice.

Les qualités requises pour être admis à concourir sont :

D'être Français; de jouir des droits civils; de présenter un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie, obtenu devant une Faculté française; d'avoir l'âge de 25 ans accomplis.

Le concours se composera de trois épreuves, ainsi qu'il suit :

1° Une composition écrite, faite à huis clos, sur une question mixte relative aux diverses matières d'enseignement de chaque section d'agrégation;

2° Une leçon faite après vingt-quatre heures de préparation;

Une leçon faite, après trois heures de préparation, sur un des objets d'enseignement de la section pour laquelle les candidats auront opté.

« Les concurrents devront subir en outre les épreuves pratiques déterminées » par le règlement; »

3° Une thèse ou dissertation, dont le sujet sera choisi conformément au règlement.

Les candidats qui désireront se présenter à ce concours sont invités à remettre ou à envoyer, au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité exigées, savoir;

1° Une copie légalisée de leur acte de naissance;
2° Leur diplôme de docteur.

Ces pièces devront être déposées au secrétariat de la Faculté, au plus tard le 11 mars 1849, époque où le registre sera clos définitivement.

d'excellentes observations sur les modifications qu'éprouve le lait par suite du mode d'alimentation chez les chèvres et les vaches laitières. Certains aliments, qui augmentent la quantité du lait et semblent améliorer ses qualités sapides, ne sont pas favorables aux jeunes animaux allaités par leurs mères. Si l'on donne aux juments du pain de pommes de terre, leur lait est plus abondant, et les poulains semblent plus avides de ce lait que de tout autre ; mais pour peu qu'ils en prennent trop, leur embonpoint augmente rapidement, et bientôt la croissance s'arrête.

Une autre remarque importante a été faite. Le choix des aliments exerce une grande influence sur le développement relatif de l'estomac et des intestins. Buffon avait déjà noté que l'estomac des brebis est plus étroit quand on les nourrit avec du foin que quand elles paissent en liberté. En général, les bêtes de races cultivées ont les intestins moins volumineux que les bêtes de races vulgaires. La raison en est toute simple : les premiers reçoivent dès leur jeunesse des aliments très-substantiels sous un moindre volume ; de là une moindre distension du canal digestif. De même, les oiseaux de proie qu'on nourrit quelque temps avec des graines au lieu de chair offrent bientôt un remarquable développement des parois musculeuses de l'estomac. C'est un fait reconnu en hygiène que les aliments végétaux exigent beaucoup plus d'efforts de digestion et un séjour beaucoup plus long dans le canal intestinal, que les aliments de matière animale.

L'ordre, dans l'alimentation, mérite aussi une grande considération. Les herbivores mangent peu à la fois, mais lentement et sans cesse ; les carnivores mangent beaucoup, vite et plus rarement. Dans nos ménageries, on remarque que les animaux carnassiers digèrent mal et languissent, quand on leur donne trop peu de nourriture et trop souvent. Toutes ces observations hygiéniques démontrent, aussi bien que les observations anatomiques dont j'ai déjà fait mention, que les substances animales sont plus nutritives et plus facilement digestives que les substances végétales. Dans le monde, on méconnait généralement cette vérité, importante surtout pour le régime des convalescents. Le plus ordinairement, ils ont besoin de se nourrir davantage, avec moins d'efforts digestifs ; il leur faut par conséquent une petite quantité de nourriture, aisée à digérer, et qui profite beaucoup à l'assimilation. Que fait-on cependant dans la plupart des cas? On obéit au préjugé vulgaire, et l'on surcharge leur estomac de légumes et de viandes blanches, aliments peu nutritifs et d'une digestion difficile.

Il est encore fort essentiel, pour les animaux comme pour les hommes, de ne point passer brusquement d'un mode d'alimentation à un autre. Les transitions sont indispensables ; on en a fait toujours la remarque dans la pratique de l'engraissement des bestiaux.

Enfin les observations de Bakewell et de ses successeurs ont prouvé que certaines variétés d'animaux, dans une même espèce, sont plus propres à l'engraissement que certaines autres. On engraisse beaucoup plus facilement les animaux de petite taille, ceux dont la tête et les os sont peu développés, que ceux qui se trouvent dans des conditions opposées.

Puisque j'en suis à parler des animaux domestiques, je rapporterai ici une observation de Buffon : « Le bœuf, dit-il, varie d'abord sous l'influence de la nourriture. Un bœuf, nourri dans une contrée où le pâturage est riche, acquiert le double de volume d'un bœuf nourri dans un pays sec. »

« La main de l'homme, dit très-bien M. Flourens, d'après M. Fréd. Cuvier, n'a appuyé sur aucune espèce autant que sur celle du chien. Son espèce entière nous appartient, à ce point que son type primitif semble avoir disparu. Nulle part le chien ne peut plus être retrouvé à l'état de pure nature. Le nombre infini de variétés qui en existent par tout l'univers n'est jamais qu'une création artificielle de l'homme. » On trouve dans M. Georges Cuvier, et surtout dans les savants mémoires de son frère, M. Fréd. Cuvier, un récit des modifications qu'a subies le chien dans une longue série de générations successives.

Par exemple, tous les animaux, à l'état sauvage, ont deux sortes de poils, les poils *soyeux* et les poils *laineux ;* ces derniers ne forment ordinairement qu'un simple duvet, caché sous les poils soyeux. Le chien, à travers toutes les modifications que l'homme lui a fait subir, a perdu jusqu'au germe des poils laineux ; à peine en retrouve-t-on quelques traces sur le chien de la Nouvelle-Hollande et sur le chien des Esquimaux, qui sont les deux variétés de chiens les plus rapprochées, selon l'opinion des naturalistes, du type primitif de l'espèce.

Combien d'autres effets de l'éducation prolongée de la race canine! Les couleurs sont variées à l'infini ; la taille, la force, les formes du nez, de la queue, des oreilles, le développement du cerveau, et par suite la conformation de la tête. Le chien, à l'état sauvage, perd la faculté d'aboyer, et au milieu des peuplades grossières, il devient presque muet. L'aboiement, tel que nous l'entendons dans nos contrées, est-il donc autre chose que la voix brute et naturelle du chien? Est-ce une sorte de perfectionnement social comme la voix du perroquet? Ce qui nous porterait à le croire, c'est que les chiens civilisés de l'Europe, appartenant à une race qui aboie, donnent naissance, lorsqu'on les a transportés dans les forêts désertes du Nouveau-Monde, à des générations qui sont de plus en plus privées de la faculté d'aboyer. Buffon, en rapportant ce fait, se permet une plaisanterie peu digne de la grandeur de son ouvrage : « Le chien, dit-il, devient criard avec l'homme, qui est, de tous les animaux qui ont une langue, celui qui en use et abuse le plus. »

Enfin, dans un travail très-curieux *sur les variétés des chiens*, M. Fréd. Cuvier a maintenu ce fait étrange, constaté par lui, qu'il existe, chez certaines races de chiens, un doigt de plus au pied de derrière, de même qu'on voit, dans l'espèce humaine, certaines familles dont tous les enfants sont pourvus de six doigts. Certaines variétés de chiens, selon M. Fréd. Cuvier, ont aussi une dent molaire surnuméraire, soit d'un côté, soit de l'autre. « C'est là, dit avec raison ce savant et ingénieux zoologiste, le *maximum* des mutations observées dans le règne animal, et obtenues par une direction attentive des dispositions héréditaires. »

Le cheval, comme le chien, bien qu'à un moindre degré, est partout ce que l'homme le fait. Les chevaux anglais dits *pur sang*, les plus beaux peut-être qui soient au monde, sont aussi un admirable produit de l'intelligence et de la persévérance britanniques. Leur généalogie a été soigneusement étudiée, mais elle n'est établie avec une parfaite régularité qu'à partir du célèbre cheval turc Kemsly, appartenant au duc de Buckingham, du Maroco barbe du général Fairfax (1), du Layton barbe et du White turc d'Olivier Cromwell. Les généalogies certaines ne remontent pas plus haut.

Le roi Charles II, plus tard, chargea une personne de confiance de se rendre en Orient, et de lui ramener de ce pays un certain nombre de juments poulinières. Celles-ci, transportées en Angleterre, y devinrent des chevaux de course, et donnèrent naissance à une nouvelle race de chevaux anglais *pur sang*, qui furent désignés depuis sous le nom de *juments royales.*

Telle est l'origine, parfaitement établie, surtout pour le *stud-book*, qui fait loi en cette matière, des chevaux anglais dits *pur sang*. Tous proviennent de père et de mère orientaux, c'est-à-dire asiatiques ou africains, appartenant à la race arabe.

L'influence d'un autre climat, d'autres soins, une autre nourriture, ont seuls agi sur cette race arabe, devenue anglaise, qui ne s'est mêlée avec aucune autre, et qui par conséquent, restée ce qu'elle était quant à son origine, n'a été modifiée que par le régime. Quels en ont été les résultats?

La taille s'est accrue : ainsi celle d'un cheval arabe dépasse rarement 4 pieds 5 pouces, tandis qu'on voit communément de belles juments de sang anglais-arabe arriver à 5 pieds.

Bien que les chevaux de pur sang anglais n'aient pas tout à fait le brillant et le fin (je suis forcé de parler ici le langage technique des éleveurs), ils ont cependant des beautés de formes qui supportent beaucoup mieux l'analyse d'un vrai connaisseur. La tête et l'encolure sont aussi belles, les membres aussi bien faits, les tendons aussi détachés, la queue aussi bien portée, la peau aussi fine, les reins aussi courts. Ils ont, comme les Arabes, avant même d'être soumis à l'entraînement, la docilité et la douceur. Peut-être ne s'acclimatent-ils pas aussi bien dans les divers pays. D'un autre côté, leurs muscles sont plus forts ; leur poitrine est plus profonde et plus ouverte, le garrot plus sorti, les jarrets mieux placés. Ils ne sont pas, comme tous les chevaux arabes, clos du derrière ; leurs pieds sont mieux tournés, et, selon l'expression consacrée, plus *court-jointés*. Ils ont plus de force, de légèreté, de vitesse et de fond.

C'est avec les chevaux de pur sang anglais que les Prussiens ont relevé leur race depuis la paix. Les Russes mêmes s'en servent avec succès. Plusieurs chevaux du haras de Meudon, entres autres *Violante*, ont été vendus pour des haras polonais.

Il y a déjà six ans, le directeur du haras français de Pompadour donnait tous ses soins, depuis douze années, à l'éducation et à la multiplication d'une famille de chevaux arabes. Les produits augmentent de taille à chaque génération, c'étaient alors de véritables chevaux de pur sang anglais. J'ignore ce qui en est arrivé aujourd'hui.

Vous voyez, messieurs, par cet exposé, que j'ai dû singulièrement abréger, à quel degré de certitude, à quelle exacte précision est arrivé cet art, purement empirique, de modifier les formes vivantes par le régime, c'est-à-dire par l'hygiène, et principalement par l'alimentation.

Que la science s'empare de ces faits, qu'elle les soumette à une discussion attentive et raisonnée, qu'elle vivifie cet art, car l'art n'est fondé que

---

(1) On appelle cheval *barbe* le cheval arabe qui est né sur la côte de Barbarie.

sur la *lettre* des faits, et la science est l'*esprit* qui vivifie; qu'elle en multiplie et en varie surtout les applications. Eh bien! je le dis tout haut pour qu'on l'entende, il est évident qu'il en résultera bientôt un accroissement marqué dans la prospérité publique de notre pays.

Quand j'ai parlé des chiens et des chevaux de luxe, je n'ai touché qu'au côté physiologique et hygiénique de la question; montrons maintenant les applications sérieuses qu'on en peut faire à des intérêts plus généraux.

Le cheval, ai-je dit plus haut, est partout ce que l'homme le fait (1): cheval de course, en Angleterre, nous l'avons vu; cheval de chasse, de guerre, de fatigue, chez les Arabes; cheval carrossier, en Allemagne. Il est un peu de tout en France, parce qu'on fait de tout en France, mais rien complétement. A dire vrai, notre cheval est surtout, est presque exclusivement un cheval de charrette. Il naît annuellement, sur notre sol, plus de 200,000 chevaux, dont plusieurs de races excellentes; et nous n'avons vraiment de chevaux, ni pour le luxe ni pour l'armée. Pourquoi? Parce que nos belles races de chevaux sont partout négligées, abandonnées aux charretiers, aux brasseurs, livrées aux acheteurs étrangers, qui les prennent à vil prix et en tirent tous le parti que nous ne savons pas en tirer nous-mêmes.

Combien d'autres questions intéressantes se rattachent à cette question, déjà si intéressante de l'élève des bestiaux! Non-seulement les bestiaux, les chevaux, employés comme bêtes de somme et comme moteurs animés, sont une ressource précieuse pour la culture et pour l'industrie; mais ils fournissent aussi à la terre les riches engrais qui la fertilisent, et diminuent ainsi les frais de culture des végétaux et d'éducation des animaux. Leur chair, leur lait, leurs os, aident à la subsistance des habitants des villes et des campagnes; leurs débris même sont d'une haute utilité: les laines, les crins, les soies, la peau, la corne, sont travaillés de mille manières; tout se tient dans l'agriculture et dans l'économie politique; il n'est pas un des avantages que je viens d'indiquer qui ne multiplie les autres à l'infini par une heureuse et continuelle réciprocité. Comment un pays aurait-il de bonnes routes sans bons chevaux, et, en même temps, de bons chevaux, de bonnes voitures, sans bonnes routes?

Je pourrais m'en tenir là, et sans aller plus avant dans l'exposition des faits, vous montrer dès à présent quelles légitimes conséquences on en peut déduire, relativement à l'hygiène de l'espèce humaine. Puisqu'il est incontestable que l'hygiène, en général, et l'alimentation en particulier, modifie profondément, et pour ainsi dire selon nos caprices, l'organisation des végétaux et des animaux, elle pourrait aussi, très-certainement, appliquer à l'espèce humaine, avec un égal succès, des procédés semblables ou analogues. Conclure des animaux à l'homme, c'est assurément de la bonne logique; c'est ainsi que procède tous les jours la physiologie, dans ses opérations les plus rigoureuses. Que faites-vous, quand vous voulez démontrer la vérité d'une théorie physiologique? Vous faites ce qu'on appelle des *expériences*, ou, pour parler plus exactement, des *expérimentations*; vous prenez un ou deux chiens, quelques lapins ou cabiais, vous les torturez, vous les ouvrez tout vivants, et vous regardez ce qu'a produit et ce qu'est devenue la substance introduite dans l'intérieur de leur corps. Un autre, qui se croit beaucoup plus exact, opère sur de gros animaux, sur des bœufs. Il analyse, dans son laboratoire, l'aliment qu'il leur donne, ce qu'il contient d'azote, d'oxygène, de carbone, etc. Il pèse ces animaux avant et après l'expérience; il se rend compte, ou du moins il s'imagine se rendre compte, par la chimie, de toutes les excrétions et exhalations solides, liquides ou gazeuses de chaque sujet, comme si la chimie avait la certitude d'y réussir, cette impuissante qui, récemment encore, par la voix du plus grand analyste de cette époque, s'est proclamée incapable de discerner le vin falsifié du vin naturel! Cependant, quand notre savant expérimentateur a poursuivi ces recherches pendant deux ou trois mois, il en tire cette conclusion que, l'animal ayant, à travers toutes ces épreuves, gagné ou perdu tant de livres de son poids primitif, l'aliment employé a produit sur tous les animaux, par conséquent aussi sur l'homme, un effet favorable ou défavorable. Sur ce, les savants s'émeuvent, l'Institut s'assemble et discute, les journaux retentissent de la nouvelle découverte.

Voilà des faits certains, pour le coup! de bonnes et solides observations, et qui feront foi désormais dans la science! Ce ne sont pas là des raisonnements, ou même des travaux de médecine; allons donc! c'est de la science, de la vraie science de l'Académie des sciences! Inclinez-vous. Et chacun de s'incliner. Et les médecins jureront à l'avenir sur la foi de ce physiologiste, qui est un chimiste, on n'en doute pas, mais qui ne soutiendrait pas le plus faible examen sur la physiologie. N'est-ce pas ainsi, je le demande, que se font tous les jours la grande science, les grands noms scientifiques, les gloires académiques? N'est-ce pas là le triomphe de la méthode expérimentale?

Nous suivrons cependant ici une autre route. Nous nous appuierons, non pas sur deux ou trois expériences de laboratoire, mais sur des milliers d'expériences, répétées à chaque instant depuis longues années. Nous observerons, non pas un accident, un phénomène fugitif, constaté tant bien que mal au milieu des incertitudes de la chimie organique et des souffrances d'un animal, mais des résultats publics, innombrables, incontestables, obtenus sur des animaux sains, vigoureux, de tout âge et de toute espèce. Quelle démonstration scientifique fut jamais plus éclatante!

Nous sommes donc en droit de conclure, je le répète, de ce qu'on fait chez les animaux, à ce qu'on peut faire également chez l'homme. Mais ce n'est pas tout: l'espèce humaine elle-même nous fournit des faits de même nature; il ne faut que savoir les recueillir.

J'ai déjà rapporté avec détail, dans mon mémoire de 1842, ce qui se passe en Angleterre, où les boxeurs, les coureurs, les jockeys, les plongeurs, etc., sont soumis à des régimes particuliers, à l'aide desquels on développe en eux, artificiellement et à volonté, dans un temps donné, tels ou tels organes, telles ou telles facultés. On diminue ou on augmente, à jour fixe, le poids du corps, d'un nombre de livres déterminé d'avance; on supprime la graisse; on double, à vue d'œil, le volume des muscles; on agrandit la cavité thoracique; on modifie d'une manière remarquable l'état de la peau; on rend le tissu cellulaire sous-cutané tellement dense, serré, résistant, que les coups les plus violents n'y produisent plus aucune ecchymose; on fait disparaître jusqu'à un certain point ce qu'on appelle le superflu de la nutrition; et, chose surprenante, tous ces changements fortifient la santé.

Comment arrive-t-on à de tels résultats? Uniquement par un régime systématique. Là encore on n'agit pas seulement par l'alimentation; tous les moyens de l'hygiène sont mis en œuvre; mais l'alimentation y est certainement pour une grande part.

Lorsqu'un homme est soumis à ce régime qu'on appelle l'*entraînement*, la *condition*, on change complétement le système de sa nourriture habituelle. Lorsqu'on l'a préalablement purgé et fait suer, afin, dit-on, de débarrasser l'économie du surplus de la nutrition, c'est-à-dire de la graisse, de l'eau qui surabonde dans le sang et des fluides qui abreuvent tous les tissus, on ne lui donne plus pour aliments que des viandes rôties et succulentes, du pain grillé, le tout en quantité moyenne. La proportion des boissons est réduite autant qu'il est possible; les seules boissons permises sont légérement excitantes, un peu de thé, et de temps en temps un petit verre de vin de Madère ou de Porto. Le beurre, les matières grasses, les fécules, sont complétement prohibés. Des exercices actifs, mais modérés, la marche surtout, sont mêlés à toutes ces pratiques. On introduit avec soin, chez les hommes soumis à l'entraînement, la distraction douce de l'esprit, les affections morales gaies et bienveillantes. Les rapports sexuels sont sévèrement interdits, et si un homme ressent par hasard de ces besoins impérieux qui causent une agitation insolite et dérangent parfois la santé, on a recours aux purgations plus ou moins répétées, pour maîtriser et faire cesser cette disposition.

Il est superflu d'ajouter qu'un ordre parfaitement régulier règne dans les repas, les exercices et les différentes évacuations; il n'y a point de bon régime sans régularité. En un mot, on s'empare, comme je le disais plus haut, de la nutrition tout entière.

Eh bien! messieurs, ce que font ainsi, avec un succès vraiment surprenant, des empiriques grossiers, ignorants, dans une intention futile, je dirai même répréhensible, pourquoi donc l'hygiène ne le tenterait-elle pas aussi dans des vues d'amélioration et de perfectionnement? pourquoi ne s'appliquerait-elle pas à dégager ces pratiques de tous les préjugés, de toutes les fausses notions qui s'y trouvent mêlés? Il n'y a point, dans tout cela, le moindre mystère, la science se rend facilement compte des résultats qu'obtient l'empirisme. C'est tout simplement de la physiologie pratique, qui demande à être étudiée, raisonnée, soumise à des règles, et par conséquent à devenir de l'hygiène.

N'est-il pas évident, en effet, qu'en appliquant au corps humain telle ou telle méthode d'alimentation systématique, en combinant cette méthode avec des exercices convenables, en y ajoutant des conditions atmosphériques favorables, une vie régulière et une bonne direction morale, on arriverait sans peine à modifier heureusement les diverses formes de la santé, à perfectionner ce qui est naturellement bon et bien ordonné, à rectifier les mauvaises tendances d'une organisation vicieuse? Quelle action salutaire on exercerait, par exemple, sur les individus qu'on appelle lymphatiques, pléthoriques, sur ceux qui sont disposés à l'obésité, sur les natures faibles et délicates! Quelle carrière nouvelle ouverte tout à coup au traitement des maladies de la peau, presque toujours liées à l'âge, au tempérament, au genre de vie habituel, c'est-à-dire à des formes modifiables

(1) J'emprunte ce qui suit à une note que j'ai prise autrefois dans un livre dont j'ai oublié le titre. Je regrette de ne pouvoir en citer l'auteur.

de la santé! Enfin quelle ressource puissante contre les affections nerveuses!

Il existe presque partout, à Paris et aux environs, des maisons dites *de santé*, lieux de distraction, théâtre d'intrigues et d'aventures, asiles des oisifs, des joueurs, des condamnés politiques, des pamphlétaires, où tout est merveilleusement disposé pour ceux qui sont en bonne santé; mais où les malades ne trouvent rien de ce qui leur serait nécessaire, et où ils meurent parfois au son des orchestres qui animent les bals et les concerts. Pourquoi n'existerait-il pas aussi une maison de régime, maison honnête, sagement et sérieusement dirigée, placée sous la surveillance d'un médecin compétent en ces matières, et dans laquelle l'autorité d'une règle sévère serait pour les familles une sûre garantie de moralité?

L'hygiène qui devrait être partout, n'est nulle part au milieu de nous; elle n'a pas d'écoles pratiques; et quant à la théorie, si par hasard quelques médecins étaient curieux de l'étudier, ils n'auraient à leur disposition que des livres où il est impossible de rien apprendre. Aussi voyez quelle ignorance et surtout quelle négligence des choses les plus essentielles! Tout le monde convient qu'une bonne hygiène serait la principale condition dans le traitement des maladies. Entrez cependant dans les salles de nos hospices: les femmes en couches y meurent de l'hospice et non pas de l'accouchement; les petits enfants y meurent de l'encombrement, du mauvais air, du mauvais lait; les vieillards y meurent du froid. Trouve-t-on dans une seule salle un thermomètre, un hygromètre, un eudiomètre? Analyse-t-on les gaz qui s'y répandent? Quand on construit de nouveaux hôpitaux, que cherche-t-on, sinon à concilier, s'il se peut, les améliorations inévitables que le bon sens impose, avec le besoin bien autrement impérieux de l'économie? On ne tarirait pas sur ce sujet.

A Londres, si quelqu'un disait tout haut ce que je viens d'écrire, de toutes parts la charité publique serait bientôt émue; des compagnies s'organiseraient à l'instant même pour venir en aide aux pauvres, je veux dire au peuple, à la société tout entière. Mais en France, dans ce pays de la démocratie, le public n'a ni le droit ni l'habitude d'intervenir dans ses affaires les plus sérieuses; tout est dans la main de l'autorité, et, comme le disait autrefois un député, ce sont des fonctionnaires publics qui balayent nos rues et allument nos reverbères. Le plus grand ennemi du pays, c'est cette administration impériale, encore aujourd'hui tant admirée, tant encensée par les historiens et les politiques du libéralisme. Elle a voulu qu'il n'y eût en France aucune famille qui n'eût besoin de la bienveillance du gouvernement; inspirée par cet inconcevable instinct du despotisme qui éclate dans toutes les œuvres du grand machinateur, et dont le succès éphémère a enivré tous les spectateurs aussi bien que l'acteur lui-même, elle a tout pris, tout envahi, et multiplié partout à l'infini les échelons de la servitude publique. Aussi longtemps qu'elle régnera dans ce pays, où, nous dit-on, l'on ne règne plus, le bon sens plébéien, étouffé par des considérations d'intérêt vulgaire, ne saura point se faire jour et enfanter de véritables améliorations; elle tuera le progrès social, comme elle a déjà tué l'amour et l'intelligence de la liberté (1).

J'aurais pu, messieurs, en m'étendant davantage sur la question que j'ai traitée dans cette leçon, à propos de l'alimentation en général, vous montrer comment l'on peut et l'on doit faire aussi pour les masses ce qu'il est si facile de faire pour les individus. Je vous aurais fait voir que l'amélioration de la santé publique, que la quantité et la valeur du travail des ouvriers, que la force et la patience guerrières des défenseurs du pays, que le bien-être de tous, et par conséquent le bon ordre de la société, dépendent en grande partie du mode d'alimentation du peuple.

Mais quoique ces questions tiennent essentiellement à l'hygiène, elles seraient peut-être un hors-d'œuvre dans l'enseignement que j'ai entrepris, et dont je vous ai tracé le plan pour cette année. Je me contenterai donc de vous avoir indiqué, en passant, une idée générale qui mérite toute votre attention.

Je reviendrai, dans la prochaine séance, à l'alimentation spéciale de l'enfant nouveau-né.

---

(1) Le passage qui précède n'a point été prononcé dans la leçon que j'ai faite à la Faculté. Assurément chacun peut, et doit même, exprimer librement toutes ses opinions, lorsqu'il croit utile de les répandre dans le public; mais il est certaines positions qui imposent des devoirs de convenance; un professeur qui parle à des élèves ne saurait avoir, dans sa chaire, la même liberté qu'il a dans un livre ou dans un journal.

PATHOLOGIE EXTERNE.

DE L'OPPORTUNITÉ DE L'EXTIRPATION DES TUMEURS DU COU NON SUSCEPTIBLES DE RÉSOLUTION, ET RÉFLEXIONS SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LE CŒUR PAR DES VEINES OUVERTES ACCIDENTELLEMENT; résumé analytique d'un mémoire lu à l'Académie de médecine de Belgique, le 22 juillet 1848, par M. DE LAVACHERIE, membre titulaire.

Le travail que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Académie est divisé en trois parties: la première contient les cas de tumeurs dont le développement et la dégénérescence ont parcouru toutes leurs phases, et auxquelles on ne peut plus opposer aucun agent thérapeutique; la seconde renferme des exemples d'opérations pratiquées en temps opportun et qui ont été suivies de succès; la troisième mentionne les extirpations exécutées dans des conditions défavorables, et à la suite desquelles sont survenus des accidents et des récidives. Chaque catégorie d'observations est suivie de réflexions. Pour ne pas donner à ce travail trop d'extension, je me suis contenté de rapporter les cas les plus remarquables que j'ai recueillis depuis 1836.

La première partie comprend trois observations, dont voici le sommaire:

Obs. I. — Homme de 55 ans. Tumeur occupant les régions parotidienne, sus-hyoïdienne et carotidienne droites. Dégénérescence et ulcération de cette tumeur. Érosion de la carotide primitive, hémorrhagie; ligature de ce vaisseau. Mort.

Obs. II. — Garçon de 7 ans. Énorme tumeur embrassant tout le côté droit du cou. Dégénérescence encéphaloïde. Mort par asphyxie.

Obs. III. — Garçon de 6 ans. Énorme tumeur entourant le cou. Dégénérescence encéphaloïde. Mort par inanition.

Les réflexions qu'ont fait naître ces cas se terminent ainsi:

« Il reste donc à trancher cette difficulté: Quand doit-on temporiser et quand doit-on agir? La solution d'une pareille question, sans être impossible, est au moins très-délicate; aussi je n'ai pas la prétention de la donner. Néanmoins des exemples pouvant venir en aide pour éclaircir ce point, je crois devoir faire un appel aux praticiens pour les engager à publier les observations qu'ils possèdent sur ce sujet. En attendant, j'en rapporterai quelques-unes qui me paraissent assez concluantes. »

La deuxième partie est divisée en deux séries.

La première série renferme quatre observations d'ablation par l'instrument tranchant; la deuxième contient une observation de destruction par un caustique potentiel.

PREMIÈRE SÉRIE.

Obs. IV. — Dame de 33 ans. Tumeur fibreuse à l'angle de la mâchoire du côté gauche. Extirpation en 1845. Guérison. Pas de récidive.

Obs. V. — Demoiselle de 26 ans. Tumeur fibreuse occupant tout le côté gauche du cou, recouvrant la mâchoire inférieure et reposant sur la clavicule. Extirpation en 184.. Guérison. Pas de récidive.

Obs. VI. — Demoiselle de 20 ans. Tumeur fibreuse siégeant dans les régions parotidienne et carotidienne du côté gauche. Extirpation en 1846. Guérison. Pas de récidive.

Obs. VII. — Homme de 61 ans. Tumeur cancéreuse occupant la région articulaire gauche. Extirpation en 1846. Guérison. Pas de récidive.

DEUXIÈME SÉRIE.

Obs. VIII. — Homme de 56 ans. Tumeur présumée squirrheuse, combattue d'abord par la compression, puis détruite, en 1844, par le caustique de Canquoin. Guérison. Pas de récidive.

Les réflexions qui suivent ces observations tendent à démontrer l'utilité et même la nécessité de l'extirpation de toute tumeur indolente qui, après être restée quelque temps stationnaire, vient tout à coup à s'accroître.

Dans la troisième partie sont consignées trois observations, savoir:

Obs. IX. — Femme de 56 ans. Deux tumeurs squirrheuses superposées, l'une superficielle, située dans la région parotidienne, l'autre profonde, logée dans la

région carotidienne du côté droit. Extirpation. Ouverture de la veine jugulaire interne. Compression. Hémorrhagie consécutive le douzième jour, due à l'érosion de l'artère carotide primitive. Mort.

Obs. X. — Femme de 38 ans. Tumeurs squirrheuses siégeant dans les régions sushyoïdienne et carotidienne du côté droit. Extirpation. Récidive. Ouverture de la veine jugulaire externe. Ligature. Mort.

Obs. XI. — Homme de 42 ans. Tumeur cancéreuse occupant les régions sushyoïdienne et carotidienne du côté gauche. Extirpation. Récidive d'une énorme tumeur. Deuxième opération deux ans après la première. Mort.

Dans les réflexions qui m'ont été suggérées par ces trois derniers faits, j'ai abordé la question de l'opportunité de la réunion immédiate des plaies résultant d'extirpations de tumeurs. J'y traite encore une autre question toute palpitante d'intérêt pour les praticiens, celle qui est relative à l'introduction de l'air dans le cœur par des veines ouvertes dans le cours d'opérations chirurgicales.

Ni les discussions au sein des Académies, ni les travaux qui ont été publiés jusqu'à ce jour n'ont éclairci ce point de science, qui est toujours resté un véritable mystère. Et cependant il serait bien important qu'à défaut d'explication satisfaisante, on pût au moins préciser dans quelles conditions ce terrible accident se produit, afin de le prévenir ; car jusqu'ici il n'a pas été possible d'empêcher ses conséquences funestes.

Sans prétendre expliquer ce phénomène, je me permettrai de rapporter ce que j'ai observé.

Dupuytren, qui a eu occasion de remarquer cet accident, est le premier qui ait étudié cette grave question.

« C'est toujours, dit-il, dans le cours de l'extirpation de tumeurs situées au col, au sommet du dos, que cette absorption a lieu. C'est toujours où ces tumeurs sont alternativement soulevées et abaissées dans le travail de l'extirpation que l'air pénètre dans l'orifice des veines divisées, absolument comme il pénètre dans le corps d'un soufflet lorsque ses ailes sont écartées, ou encore peut-être, comme les expériences du docteur Barry tendent à le prouver, par une sorte d'aspiration venant du cœur et opérée dans l'oreillette droite, lors de sa dilatation. Le soulèvement des tumeurs qu'on cherche à extirper écarte les parois des veines divisées, et leur abaissement fait, dans cette circonstance, l'office d'un soufflet dont on rapproche les ailes, ce qui force l'air à cheminer vers le cœur par le canal qui l'a reçu. »

On s'explique difficilement, après ce qui vient d'être dit, que l'air n'ait point été aspiré par la jugulaire interne, qui non-seulement a été largement ouverte chez la femme de la neuvième observation, mais dont les parois ont été écartées par les tractions exercées sur la tumeur profonde, qui y adhérait assez pour ne s'en détacher qu'après les avoir déchirées en deux endroits et y avoir produit de grandes pertes de substance. L'absence de ce phénomène dans d'autres cas analogues, tels que l'ouverture de la sous-clavière, de l'axillaire et de la jugulaire interne à sa partie inférieure, pendant des opérations pratiquées par M. Roux, prouve jusqu'à l'évidence qu'il ne suffit pas que la veine soit voisine du cœur, qu'elle soit canalisée, qu'elle offre une grande ouverture, ni enfin que le malade, dans ces conditions, fasse une grande inspiration. Il est constant qu'il doit se passer autre chose lors de la manifestation de cet accident. M. Velpeau dit à ce sujet : « Ne peut-on pas se demander si, au moment de l'opération chez l'homme, les veines canalisées par la nature même de la tumeur, ou par des tractions exercées sur elle, ne les auraient point mises momentanément dans l'état où se trouvent naturellement celles du sommet de la poitrine, chez les animaux vivants ? »

En admettant cette explication, comment alors se rendre compte de l'aspiration de l'air dans les veines ouvertes ailleurs qu'au cou, à l'aisselle, etc., dans des lieux où la canalisation n'est plus probable ? De deux choses l'une : ou les faits qui ont été rapportés sont inexacts, ou bien le passage suivant du même auteur n'est pas d'une rigoureuse vérité : « M. Poiseuille a observé toutefois que ce phénomène n'était possible que pour les veines sujettes *au pouls veineux*, ou dans lesquelles on remarque un véritable reflux du sang pendant la vie, c'est-à-dire *pour les grosses veines qui dépassent de quelques pouces le sommet de la poitrine*. Hors de là, en effet, l'aspiration, soit du cœur, soit du thorax, ne paraît plus avoir aucune prise sur la colonne sanguine. La pression atmosphérique aplatissant aussitôt le calibre du vaisseau, entre l'ouverture de la veine et le sommet de la poitrine, semble mettre un obstacle invincible à la pénétration de l'air dans le cœur. »

L'examen anatomique auquel se sont livrés MM. Bérard aîné et Velpeau, ainsi que les expériences faites en 1837, à la demande de l'Académie de médecine de Paris, par MM. Amussat et Barthélemy ne tendraient pas non plus à prouver que, pour que l'air pénètre dans une veine, il faut que ce soit ou la jugulaire ou la sous-clavière ou l'axillaire qui ait été ouverte et que l'ouverture existe au sommet de la poitrine, à 2 ou 3 pouces au-dessus du sternum, enfin jusqu'auprès du larynx ; car « les faits recueillis sur l'homme portent la plupart sur les veines du sein et de l'épaule, sur la jugulaire externe ou sur des veines de la face. Dans les autres, l'ouverture de la veine a été petite ; il n'a pu y entrer qu'une faible quantité d'air. »

A ces faits, j'en ajouterai un autre. Il ne m'est arrivé qu'une fois de perdre un malade pendant une opération ; il s'agissait d'une tumeur cancéreuse du sein droit que j'enlevai, assisté de MM. Simon, Becasseau, Louis Dejardin, et de notre collègue M. Fossion. Nous avons distinctement entendu le sifflement particulier signalé par les auteurs, lorsque l'air pénètre dans le cœur. La mort fut instantanée.

Il y a quelques mois, en achevant l'extirpation d'une tumeur enkystée du sein droit, un sifflement très-prononcé s'étant fait entendre, il cessa aussitôt par l'application du doigt dans le fond de la plaie ; il s'ensuivit une syncope qui fut de courte durée. L'opéré, qui est un confrère, est convaincu comme nous que quelque peu d'air a pénétré dans le cœur.

N'est-on pas forcé de convenir avec M. Velpeau « que, si le fait est exact chez l'homme, il faut chercher une autre explication physique que celle qui a été donnée par MM. Bérard aîné et Poiseuille ? »

A moins d'admettre que les veines peuvent rester béantes au-delà du lieu où l'anatomie explique leur canalisation, il est difficile, en passant en revue tout ce qui a été dit et écrit là-dessus, de rien comprendre au mécanisme en vertu duquel a lieu l'aspiration de l'air dans le cœur. Il est vrai que des veines hypertrophiées restent béantes, à l'instar des artères, après leur section transversale. Mais pareil état n'a été constaté par personne pour les cas d'aspiration de l'air par des veines éloignées du cœur, après des extirpations de tumeurs à l'épaule, au sein, par exemple. Mais doit-on s'étonner que le mécanisme de ce phénomène physique soit resté inconnu lorsqu'on lit ce passage (1) : « Dire qu'au moment d'accidents semblables à ceux dont il s'agit, le chirurgien n'a pas l'esprit assez libre et est trop inquiet, trop troublé, trop attristé enfin, pour songer à autre chose qu'au malheur qui menace le malade, *pour tout noter avec soin, pour rendre un compte exact et circonstancié de ce qui s'est passé ; qu'au milieu de circonstances pareilles, il serait injuste de reprocher aux opérateurs d'avoir fait connaître des observations dépourvues de détails suffisants ou mal rédigées, peut bien justifier les hommes qui se sont trouvés dans ces tristes circonstances ;* mais, je le demande, aux yeux de la science qui fait abstraction des hommes, cela rend-il les faits meilleurs, plus concluants ? N'est-ce pas avouer tout d'abord, au contraire, que ces faits sont nécessairement incomplets, et que, dans une question aussi ardue, il est impossible de leur accorder une confiance entière ? »

A ce langage du savant professeur de la Charité, il ne semble pas que l'on ait bien constaté dans quelles conditions se trouvaient les malades qui ont été victimes de cet accident. On n'a pas examiné attentivement ce qui se passe dans les veines de l'homme lorsqu'elles aspirent l'air. On ne s'est pas assuré si, pendant l'acte de l'aspiration, le calibre du vaisseau était ou non aplati par la pression atmosphérique entre l'ouverture et la poitrine. On ne sait pas non plus si, à partir de l'ouverture, le vaisseau était ou non vide de sang au moment où l'air a pénétré. Cette dernière circonstance me paraît d'une haute importance. Je comprends la possibilité de l'introduction de l'air dans l'état de vacuité, mais non pas dans l'état de plénitude d'une veine, quel que soit d'ailleurs son siége. J'ai ouvert la jugulaire externe chez la malade de la dixième observation, et j'ai déchiré en deux endroits la jugulaire interne chez la malade de la neuvième observation, et ni chez l'une ni chez l'autre le phénomène ne s'est produit. M. le docteur Godemer, médecin de l'hôpital civil d'Ambrières (département de la Mayenne), a eu à déplorer, à peu près à la même époque, la perte de trois malades (2) qui avaient subi des opérations toutes semblables à celles que j'ai rapportées. A quoi attribuer des résultats si différents ? Il serait difficile de répondre à cette question ; il est permis néanmoins de hasarder une explication qui, si elle n'est pas concluante, mettra peut-être sur la voie de sa solution. Je me souviens très-bien que dès que je me suis aperçu et au large jet et à la couleur du sang que j'avais ouvert une veine, tout aussitôt j'appliquai le doigt sur l'endroit d'où venait l'hémorrhagie. J'agissais machinalement, et je crois rationnellement, car le reflux du sang par le bout inférieur étant empêché par cette compression instantanée, le vide ne se faisait point dans cette partie de la veine, et par conséquent l'introduction de l'air ne pouvait avoir lieu. Dans les deux cas, je m'en souviens parfaitement, le sang noir qui inondait les plaies s'échappait de deux bouts des vaisseaux. Et l'on ne dira pas que les veines avaient une capacité moindre qu'à l'état normal, ni que l'ouverture se trouvait à une grande hauteur, car chez la première des deux opérées le doigt indicateur pénétrait aisément dans la jugulaire

(1) Lettre sur l'introduction de l'air dans les veines de l'homme ; par M. Velpeau. Voy. Gaz. Méd. de Paris, n° 8, 1838.

(2) Gaz. des hôpitaux de Paris, t. IV, 2e série, supplém. au n° 20 du 15 fév. 1842.

interne, par une large ouverture qui existait à moins de 2 pouces du sternum. L'ouverture auriculaire était très-distendue et permettait le reflux du sang de la cavité droite du cœur. En effet, le sang arrivait du cœur par flots non interrompus, chaque fois qu'on lâchait la compression exercée dans le fond de la plaie. Comment l'air eût-il pu lutter contre le torrent du liquide et se frayer un passage jusqu'à l'oreillette droite? Chez ces deux malades, j'ai très-bien observé ce qui s'est passé lorsque les veines jugulaires ont été ouvertes, et j'avoue que je ne saurais m'expliquer autrement que je viens de le faire, comment j'ai évité l'accident le plus fâcheux qui puisse survenir dans le cours d'une opération. Un fait qui tend à fortifier mon opinion se trouve relaté dans l'ENCYCLOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES (t. I, p. 117); il est extrait de THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCE. Non-seulement la jugulaire a été coupée dans les trois cinquièmes de sa circonférence, très-près de la clavicule, mais la jugulaire externe était également ouverte.

Les longues discussions qui se sont naguère élevées au sein de l'Académie de médecine de Paris, sur le même sujet, m'ont de nouveau fait réfléchir aux phénomènes que j'ai observés chez mes deux opérés. Dès l'apparition du sang veineux qui, en un instant, avait inondé les vastes cavités où étaient logées les tumeurs, j'ai appliqué les doigts dans la direction où il affluait. Par cette manœuvre, j'ai mis obstacle à l'écoulement du sang qui refluait des cavités droites du cœur par le bout inférieur, lequel, étant rempli par un liquide, ne pouvait donner accès à un fluide quelconque.

M. Raspail, dans une note au § 3493 de son NOUVEAU SYSTÈME DE CHIMIE ORGANIQUE, dit: « En effet, les parois des veines aspirant le liquide sanguin, doivent aspirer tout ce qui s'introduit à la suite des liquides. Si elles sont flottantes et non bridées par un tissu rigide, dès que le sang laissera à sa suite une lacune, les parois s'aspireront elles-mêmes, pour ainsi dire, et s'agglutineront en quelque sorte. Dans ce cas, l'air ne saurait pénétrer dans leur capacité. Si, au contraire, la veine est tenue béante par l'adhérence de son tissu à des surfaces osseuses ou consistantes, les parois vasculaires ne sauraient se rapprocher entre elles par suite de leur réciproque aspiration; dans ce cas, tout liquide ambiant, tout fluide atmosphérique s'introduira à la suite du sang, non-seulement à cause de l'aspiration des parois vasculaires, mais surtout encore par suite de la pression atmosphérique, et il serait impossible, de toute impossibilité, dans ce cas, que l'introduction de l'air n'eût pas lieu. »

Ce passage du savant chimiste français confirme pleinement l'idée que je me suis faite du mode de manifestation du phénomène, sinon pour les deux cas que j'ai rapportés, au moins pour celui dans lequel la jugulaire interne a été ouverte. Je suis même porté à croire que cette explication est applicable chez le suicidé dont l'observation est rapportée dans mon mémoire.

Il conste de ce qui a été observé sur l'homme et sur les animaux:

1° Que des veines très-voisines du cœur ont été ouvertes chez l'homme sans que le phénomène se soit manifesté, tandis que le contraire est arrivé dans des cas d'ouverture de veines éloignées du cœur;

2° Que les seules veines ouvertes chez les animaux, par lesquelles l'aspiration de l'air a eu lieu, étaient celles dites canalisées.

Il résulte d'un autre côté, des expériences faites sur des animaux vivants:

1° Que, suivant MM. Amussat et Barthélemy, l'aspiration n'est possible qu'à la condition que l'ouverture de la veine existe près du sommet de la poitrine;

2° Que, suivant MM. Bérard aîné et Barry, l'aspiration de l'air peut s'étendre (1) jusqu'aux capillaires.

Le passage suivant me semble trouver ici sa place:

« Faut-il conclure, de ce qui précède, que l'action aspirante de la poitrine ne peut s'étendre à la colonne de sang qui parcourt des veines éloignées du tronc et dépourvues du moyen de résistance que j'ai indiqué précédemment? Je ne le pense pas; la continuité de cette colonne sanguine, depuis l'oreillette jusqu'aux capillaires, l'abord non interrompu d'une nouvelle quantité de sang provenant des artères, la présence des valvules, sont autant de conditions physiques sur lesquelles M. Barry a établi des raisonnements fort ingénieux que l'auteur appliquait nécessairement à tout le système veineux, puisque l'état des veines qui sortent de la poitrine n'avait pas fixé son attention. Je ne dois point reproduire ici les considérations de M. Barry, je me bornerai à faire observer que la puissance d'inspiration va nécessairement en s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloigne du cœur, et que c'était près du lieu où s'opère le vide que les vaisseaux veineux devaient recevoir les moyens de résister à la pression de l'atmosphère. »

Que penser de résultats si opposés obtenus par des hommes justement recommandables qui se sont efforcés de surprendre la nature sur le fait?

N'est-il pas sage de dire avec M. Velpeau: « Ainsi, sans nier la possibilité de ce phénomène, lorsque les veines forment des canaux béants jusque dans la poitrine, je crois que de nouvelles expériences sont nécessaires pour résoudre définitivement la question. »

Ces paroles m'ont fait naître l'idée d'expérimenter à mon tour. J'ai répété les expériences de Nysten et de MM. Amussat et Barthélemy, c'est-à-dire l'introduction forcée et l'introduction libre de l'air. Les résultats que j'ai obtenus sont identiquement les mêmes que ceux publiés par ces savants distingués. J'ai cherché ensuite à établir le vide, au moyen de l'aspiration avec une seringue. Sur un cheval de train morveux, la veine jugulaire mise à nu a été ouverte avec perte de substance; par l'ouverture, on a introduit, dans le bout inférieur, la canule d'une seringue de la capacité d'environ un demi-litre, puis le piston a été retiré. Cette opération réitérée n'a amené dans la seringue que quelques gouttes de sang. Je voulais m'assurer si, en soustrayant rapidement une grande quantité de sang, l'air ne se précipiterait pas dans la veine; mais je n'ai pu réussir ni sur cet animal ni sur des lapins et des chiens; on ne trouva que quelques gouttes de sang à l'aide de la seringue. J'ai fait pénétrer ensuite une sonde de gomme élastique jusque dans l'oreillette droite du cœur, pour simuler une veine canalisée, et le phénomène ne s'est pas produit. Il en a été de même en adaptant à cette sonde la canule de la seringue, avec laquelle j'ai cherché à faire le vide. Cette expérience, que je n'ai pas répétée, ne prouve rien, je le sais, mais elle ne tend pas à rendre la solution de la question plus facile. Ainsi, si la canalisation de la veine est la condition qui favorise l'introduction de l'air dans la veine, pourquoi, lorsque le tube a plongé jusque dans le cœur, ce fluide ne s'est-il point précipité dans cette cavité? J'avoue que moins qu'auparavant je puis me rendre raison du mécanisme en vertu duquel ce phénomène a lieu; aussi doit-on chercher plutôt à éviter les lésions des veines qu'à expliquer quand et pourquoi l'air y pénètre lorsqu'on les ouvre dans le cours d'une opération. Tous les praticiens sont d'accord sur ce fait, que les tiraillements exercés sur la tumeur, lorsqu'elle n'adhère plus que dans la profondeur par un tissu cellulo-fibreux cédant aux tractions, produisent la déchirure de la veine et favorisent l'introduction de l'air. Ce qu'il importe donc d'éviter avant tout, ce sont les tiraillements exercés sur la tumeur, lorsque celle-ci ne tient plus que par quelques filaments. On a pu remarquer que, dans toutes les opérations postérieures à celle de la neuvième observation, j'ai eu le soin, avant de détruire les adhérences profondes, de jeter une ligature sur la dernière bride qui retenait la tumeur; il est probable que c'est à cette pratique que je dois de ne plus avoir déchiré la jugulaire interne.

M. Godemer indique d'autres moyens capables d'éviter la lésion veineuse et l'accident qui en est la conséquence (1). « Depuis deux ans, dit ce praticien, toutes les fois que j'ai une tumeur importante à extirper autour de la région du cœur, j'incise la tumeur, je l'enlève partiellement et sans donner de secousse. Je commence toujours par les parties opposées au cœur, afin que le reste des tumeurs, placé entre le cœur et les parties en dissection, comprime les veines entre le point où elles sont exposées à être divisées et le cœur, et de cette manière j'empêche l'air de pénétrer dans les vaisseaux. Depuis que j'emploie ce mode d'opérer, je n'ai point de victime à déplorer; en 1839 et en 1840, j'ai mis en usage, sur six personnes portant des tumeurs du cou, le procédé que je viens d'indiquer, c'est-à-dire l'ablation partielle. En suivant ce mode d'opérer, le malade est, il est vrai, en proie aux douleurs de l'opération un peu plus longtemps; mais en échange, l'introduction de l'air dans les vaisseaux, et par suite dans les cavités du cœur, n'est point à craindre. »

M. Jobert de Lamballe (2) a récemment introduit dans la pratique un mode d'extirpation des tumeurs superficielles qu'il désigne sous le nom de méthode par *embrochement*. Ce genre d'extirpation, dont les avantages ne sauraient être contestés, pourrait, si l'on y apportait une modification, convenir mieux que le procédé de M. Godemer. Si, au lieu d'attaquer la tumeur par sa base, on la divisait par son sommet jusqu'à l'endroit de ses adhérences profondes, son énucléation n'exigerait pas des dissections longues et douloureuses, et offrirait plus de sécurité. Je suis assez disposé, à l'avenir, à tenter ce procédé lorsque j'aurai des tumeurs à extirper dans la région du cou.

Avant de terminer, je crois devoir recommander une pratique qui m'a

(1) MÉMOIRE SUR UN POINT D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX. MÉCANISME DE L'ENTRÉE DE L'AIR (ACCIDENTELLE) DANS LES VEINES. EFFETS DE L'ÉLASTICITÉ; par Bérard aîné (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, juin 1830, p. 169).

(1) GAZ. DES HÔP., article cité.
(2) GAZ. DES HÔPIT., 1848.

réussi lorsque des veines sont ouvertes dans le voisinage du cœur; elle consiste à arrêter de suite l'écoulement du sang par le bout du vaisseau qui se rend à cet organe.

De ce qui précède, je conclus :

1° Que lorsqu'une tumeur indolente du cou, après être restée stationnaire, vient tout à coup à se développer, il est à craindre qu'elle ne s'arrête pas dans son accroissement et qu'elle tende à la dégénérescence;

2° Que l'on ne saurait trop se hâter d'extirper les tumeurs isolées de l'espèce ci-dessus, qu'elles soient de nature fibro-celluleuse ou même fibreuse;

3° Que ces tumeurs, alors même qu'elles sont dégénérées, doivent être enlevées tant qu'elles sont accessibles à l'instrument tranchant;

4° Que, dans toute extirpation, il faut éviter de tirailler la tumeur; que les brides profondes doivent être divisées au devant d'une ligature et qu'il faut se garder de les déchirer;

5° Que le procédé de M. Godemer et celui de M. Jobert de Lamballe, modifiés comme je l'ai indiqué, conviennent et pour abréger les dissections (temps le plus douloureux de l'opération) et pour éviter celui des accidents qui est le plus à redouter;

6° Que le moyen le plus certain d'éviter l'introduction de l'air dans les cavités du cœur par une veine divisée, c'est d'appliquer le doigt sur l'ouverture de la portion du tube qui conduit vers cet organe; qu'il faut par conséquent être toujours en mesure de remplir promptement cette indication toutes les fois que l'on arrive au temps final de l'extirpation d'une tumeur du cou.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'ACCLIMATEMENT ET DE LA COLONISATION EN ALGÉRIE; RÉPONSE A M. LUCIEN LECLERC SUR QUELQUES POINTS DE GÉOGRAPHIE ANCIENNE.

Le numéro du 3 février de la GAZETTE MÉDICALE contient une lettre dans laquelle on nous prête des opinions que nous n'avons jamais eues, ni formulées. Nous n'avons donc pas à nous défendre, mais seulement à montrer qu'on nous suppose des manières de voir qui nous sont étrangères. Notre honorable contradicteur nous facilite lui-même singulièrement cette démonstration quand il annonce qu'il va combattre des conclusions que nous n'avons pas formulées. Nous pourrions, à la rigueur, nous dispenser d'aller plus loin.

M. Lucien Leclerc bataille contre nous pour défendre cette loi posée par M. Boudin, savoir : que la densité des lieux habités décroissait de l'est à l'ouest. A quoi bon se donner tant de peine? N'avons-vous pas dit nous-même (1) qu'à partir de la Numidie, que nous arrêtons, avec maints auteurs, au fleuve Ampsagas, les lieux habités décroissaient jusqu'au rivage océanien? N'avons-nous pas écrit un peu plus bas : « Si les villes étaient moins multipliées à l'ouest qu'à l'est, cela s'explique très-naturellement par la marche successive de la civilisation qui, partie de Carthage, a progressé vers les colonnes d'Hercule? » Je confesse avec vous que votre reine, Dulcinée du Toboso, est la plus belle des belles; pourquoi donc me chercher dispute?

Nous avons tout simplement soutenu que, malgré cette décroissance, l'ouest n'en contenait pas moins de nombreuses colonies. Nous avons cité toutes celles qui se trouvaient sur le rivage de la moderne province d'Oran, et nous en avons nommé trois parmi celles qu'on rencontrait dans la circonscription qui forme l'empire actuel d'Abd-Er-Rhaman.

Un peu plus loin, M. Lucien Leclerc commet une si énorme méprise que nous avons toutes les peines du monde à nous expliquer comment il a pu être distrait à ce point; car, pour le dire en passant, nous pensons que l'inattention a été seule en jeu.

Nous avons dit : « Nous possédons, pour apprécier le nombre des villes que recélait chaque circonscription, de précieux documents, peu connus dans le monde: nous voulons parler de la TABLE PEUTINGÉRIENNE, qui date de l'année même de la mort de Constantin, et de l'ITINÉRAIRE d'Étichus, dit d'Antonia, composé quarante ans plus tard. Enfin nous nous servirons de l'HISTOIRE DE LA PERSÉCUTION DES CHRÉTIENS, écrite en 487, par Victor de Vite, et de la carte de De l'Isle, que nous avons sous les yeux. »

« Il résulte de l'inspection de ces documents, que les lieux habités, etc..... »

(1) GAZ. MÉD., 1848, p. 767.

Voici comment M. Lucien Leclerc arrange cela à sa façon; il nous cite, en ajoutant une parenthèse de sa création, qui dénature radicalement le sens :

« Il résulte de l'inspection de ces documents (l'itinéraire et la carte de Peutinger) que les lieux habités, etc.... »

Là-dessus, force reproches : l'itinéraire et la carte ne sont que de simples livrets de poste qui ne peuvent nous donner la densité des populations; cette densité ne saurait être estimée que d'après la liste des évêchés, ceux-ci étant toujours un centre assez considérable de population.

Réellement, c'est à ne pas y croire! Quoi! dans les lignes qui précèdent immédiatement, nous venons de citer la TABLE DE PEUTINGER, l'ITINÉRAIRE, *Victor de Vite* et *la carte de De l'Isle*, et puis, quand nous disons que nous nous appuyons sur *ces documents*, notre honorable contradicteur prétend que nous ne parlons que des deux premiers!

M. Lucien Leclerc avance avec beaucoup de justesse que la liste des évêchés est le meilleur moyen de juger de la densité des populations; or c'est précisément ce que nous avons fait, puisque Victor de Vite donne cette liste, écrite en 487, et que la carte de De l'Isle, destinée à accompagner la NOTICE ECCLÉSIASTIQUE D'AFRIQUE, figure également ces évêchés.

Nous n'acceptons donc pas des gracieusetés comme celles-ci : emploi malheureux, méprise sur le caractère et la portée, étude peu approfondie, connaissance superficielle des mouvements de l'antiquité, etc. Nous pourrions très-aisément prendre notre revanche; mais cela n'est pas dans nos habitudes.

Notre liste des évêchés ne trouve pas grâce près de M. Lucien Leclerc; nos chiffres, dit-il, sont aventurés. Malheureusement pour notre honorable contradicteur, ils sont calqués sur Victor de Vite (1), auteur original. M. Lucien Leclerc lui substitue une autre liste, sans dire où il l'a prise; mais, chose remarquable, ses proportions sont à peu près semblables aux nôtres, quoique le chiffre total diffère; c'est absolument comme si on nous cherchait dispute parce que nous dirions que l'argent se prête à 5 p. 100, et qu'on soutînt que son taux est 50 p. 1,000.

M. Lucien Leclerc continue : « A travers mille erreurs de détail qu'il serait déplacé de relever ici, nous signalerons d'abord un fait capital qui broche sur le tout; pour avoir méconnu l'histoire, l'auteur a fait dire aux géographes pour un pays ce qu'ils ont dit de l'autre, etc. »

Mille erreurs en cent lignes, ça fait juste dix erreurs par ligne, ou une erreur par mot. Cette hyperbole est fort réjouissante; mais passons. M. Lucien Leclerc se méprend encore ici. M. Boudin a mis en regard les portions orientale et occidentale du rivage septentrional de l'Afrique, depuis les Syrtes jusqu'à l'océan Atlantique, probablement; donc il nous importe peu que tel ou tel auteur ait appelé Mauritanie une partie plus ou moins étendue de l'extrémité occidentale de l'Afrique, puisque pour le moment c'est l'ouest que nous comparons à l'est, sans distinction de divisions territoriales politiques. Nous ajouterons même qu'il eût été déplacé d'entamer des discussions purement géographiques et historiques, dans un journal qui n'admet ces études que comme accessoires, à condition qu'elles ne seront pas trop longuement exposées et qu'elles ne figureront que comme de simples éléments conduisant à la question médicale. M. Leclerc paraît avoir perdu de vue la spécialité de la GAZETTE. Dans le SPECTATEUR MILITAIRE, où nous avons repris la question, complété et coordonné les documents consignés dans la GAZETTE MÉDICALE avec la rapidité qu'exige la polémique, dans le SPECTATEUR MILITAIRE, feuille dont le champ d'exploitation est plus large, nous avons soigneusement établi quelles sont les limites que chaque auteur assigne au territoire qu'il comprend sous le nom de Mauritanie ou de Maurusie; et pour cela nous n'avons pas eu besoin des conseils de M. Lucien Leclerc; car cet article était imprimé avant sa lettre adressée à la GAZETTE MÉDICALE. Nous osons néanmoins espérer que M. Lucien Leclerc sera satisfait, malgré les grandes exigences que lui donnent ses *longues études* sur la matière.

Puisque M. Lucien Leclerc a la courtoisie de vouloir bien consentir à ne pas relever nos mille erreurs de détail, — une erreur par mot, comme on sait, — nous aurons, de notre côté, celle de n'attaquer ni ses interprétations des anciens auteurs ni ses opinions ethnologiques. Il semble que, d'après lui, la Numidie, depuis la Proconsulaire jusqu'à la Malva (Moulaïa), était peuplée par une race à part et homogène, et que la Maurusie, de la Malva à l'Océan, était occupée par une autre nationalité distincte. C'est là une opinion personnelle; nous persistons à croire que le mot Numidie, appliqué pendant un certain laps seulement à tout le vaste territoire qui se

(1) Victoris Vitensis et Vigilii tapsensis, opera. Ed. Franciscus Chiffletius. 1 v. in-4°. Divione, 1664, p. 55 et seq. Voyez aussi Morcelli, AFRICA CHRISTIANA, t. I, p. 54 et seq., et Yanoski, l'AFRIQUE CHRÉTIENNE, in UNIVERS PITTORESQUE, p. 46.

développe de la Proconsulaire au fleuve Malva, désignait non pas une race spéciale, mais les habitudes *nomades* de peuples divers.

Nous aurions également mal compris Pline, d'après notre honorable contradicteur. Le *fabulosissimus Atlas* de Pline courait dans la Maurusie (empire du Maroc) et n'avait rien de commun avec notre Atlas algérien; soit; mais alors le flanc oriental, aussi fertile que les pentes occidentales étaient arides, venait mourir à l'extrémité de notre moderne province d'Oran; la peinture *si attrayante* qu'en fait l'encyclopédiste serait donc applicable à cette partie de l'Algérie, et conséquemment au Tell algérien, puisqu'on ne peut songer à en faire bénéficier les plaines nues du désert des Chott et d'Anghad. Les deux interprétations de Pline nous donnent conséquemment gain de cause.

M. Lucien Leclerc établit avec beaucoup de justesse que le vilain portrait esquissé par Mela ne regarde en rien nos possessions algériennes; tant mieux pour la cause de la colonisation. Cette distinction, du reste, a été posée par nous dans le SPECTATEUR MILITAIRE.

Nous profiterons de la circonstance qui nous ramène à la question algérienne pour répondre en quelques lignes à un appel fait par M. Boudin, dans le numéro de la GAZETTE MÉDICALE du 2 décembre 1848.

M. Boudin persiste à penser que l'européen agriculteur ne vit pas entre les deux lignes isothermes 18°; il demande des faits qui établissent le contraire; en voici quelques-uns :

En Europe, Messine a une moyenne thermométrique de 18,8, Catane de 19,6, et pourtant les Européens y vivent, y prospèrent, y cultivent (1). J'en dirai autant de Madère (la moyenne de Tueschal est de 18,7), où la loi défend d'employer à la terre les esclaves, et où les naissances l'emportent sur les décès (2). Je citerai les Canaries, où non-seulement les Espagnols se sont acclimatés, mais où des Normands se perpétuent, en conservant leurs traits distinctifs, et cela depuis trois cents ans (3)! Enfin je parlerai des Européens qui prospèrent dans l'Amérique du Sud, quoique essentiellement agriculteurs, *cultivant eux-mêmes* (4), dans des contrées où la canne à sucre donne de beaux produits, ce qui nous fournit la mesure de leur température.

Ces faits nous semblent suffire; nous renvoyons le lecteur qui voudrait plus de développement au SPECTATEUR MILITAIRE et à la brochure que nous avons sous presse sur l'*acclimatement et la colonisation en Algérie.*

FÉLIX JACQUOT.

(1) Les températures sont extraites du TRAITÉ DE MÉTÉOROLOGIE de Kœmtz.
(2) Malte-Brun, GÉOGRAPHIE UNIVERS., art. MADÈRE.
(3) De Humboldt et Bonpland, RELATION HISTORIQUE, etc.; t. I, p. 194.
(4) Alcide d'Orbigny, VOYAGE DANS L'AMÉR. MÉRID.; t. I, p. 349, 381. Il ajoute (p. 515) que la race espagnole s'est améliorée au lieu de s'altérer.

DESCRIPTION D'UN MONSTRE DOUBLE MONOCÉPHALIEN; présenté à l'Académie de médecine de Belgique, dans la séance du 22 juillet 1848, par M. THIERNESSE, membre titulaire.

J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie un *monstre double monocéphalien* de l'espèce porcine, que m'a adressé M. Cloquet, médecin à Feluy (Hainaut), avec prière d'en faire hommage à la compagnie.

Ayant cru devoir auparavant en disséquer les principaux appareils, je vais faire connaître les résultats de mes investigations.

J'indiquerai d'abord les particularités que cet animal présente dans sa conformation extérieure.

OBS. — Fœtus parvenu à terme; les deux troncs, placés face à face, sont séparés dans la région sous-ombilicale et réunis dans la région sus-ombilicale. On remarque encore, dans l'ombilic unique, les vaisseaux constituant le cordon ombilical, une veine, *quatre artères*, deux pour chacun des individus composants, et deux ouraques, dont la disposition est normale.

Les membres, au nombre de huit, quatre antérieurs et quatre postérieurs, sont tous complétement développés.

Les postérieurs sont disposés d'une manière très-normale, relativement aux bassins, également bien conformés, mais ils sont tournés en dedans.

Les antérieurs sont placés dans une direction diamétralement opposée à celle des précédents : deux sont maintenus sur les côtés du double dos, dirigés parallèlement en arrière et se regardant par leur face antérieure. Les deux autres, appartenant, comme les précédents, chacun à une moitié du double tronc, se trouvent dans les mêmes rapports avec celui-ci que chez un individu exempt d'anomalie.

Le cou est unique, mais volumineux, et pourvu de deux sillons opposés indiquant sa duplicité.

La tête, unique, bien conformée, est *dirigée du côté du ventre* et en regard de l'espace séparant les deux membres thoraciques précités. Les oreilles, les yeux, le nez, le groin, l'ouverture extérieure de la cavité orale, n'offrent rien à noter, sous le rapport tératologique. J'en dirai autant de la peau, partout recouverte de poils identiques à ceux d'un goret ordinaire.

SQUELETTE. — Quoique je n'aie pu disséquer complétement le squelette avant d'examiner les appareils viscéraux, je mentionnerai les particularités que j'y ai observées.

Ayant déjà dit que les membres sont complétement développés, nous n'avons plus à nous en occuper.

Chacun des *deux troncs* du monstre que nous décrivons possède une colonne vertébrale complète, mais rétrécie dans les régions cervicale et dorsale, et articulée isolément avec la partie postérieure du crâne, au moyen d'une surface concave unique, me paraissant s'emboîter avec un seul condyle occipital à peu près disposé comme chez les oiseaux.

Le *thorax* ne forme qu'une seule cavité, dont les parois sont composées, latéralement et en haut, par les vertèbres dorsales; latéralement et en bas, par une série de vraies et de fausses côtes, normalement conformées et dirigées, relativement au sternum inférieur avec lequel les premières s'articulent; en haut, sur la ligne médiane, par un deuxième sternum, et de chaque côté de celui-ci, par une série de côtes, moins longues que les précédentes, qui s'articulent latéralement avec les vertèbres dorsales correspondantes.

Il y a donc, dans cette portion du squelette, les éléments de deux thorax, deux colonnes dorsales, deux colonnes sternales et quatre séries de côtes, disposées de manière que chaque sternum est commun aux deux êtres composant le fœtus double. Le sternum inférieur réunit les côtes droites de l'un et les côtes gauches de l'autre, et le sternum supérieur est articulé avec les deux autres séries d'arcs osso-cartilagineux.

Il semble qu'il n'y ait d'abord eu qu'un seul sternum pour les deux sujets composants, et que par les progrès du développement, il se soit ensuite dédoublé pour affecter la disposition que nous venons de constater.

Les *deux bassins*, parfaitement conformés, sont ouverts dans un abdomen très-vaste, double à la région supérieure ou sous-lombaire, et séparé de la poitrine par un diaphragme complet.

La tête ne présente aucune particularité ostéologique anormale, si ce n'est dans la région palatine, dont il sera question à l'occasion de la bouche.

APPAREIL DIGESTIF. — Nous en examinons successivement les diverses parties constituantes, en procédant de la bouche. Cette dernière cavité n'est bien circonscrite qu'en dehors. En haut, la voûte palatine étant très-incomplète, ne consistant qu'en deux lames myléennes, l'une droite, l'autre gauche, elle communique avec les deux cavités nasales au moyen d'une grande ouverture oblongue divisée par le vomer. Il n'y a pas de vestige de voile du palais.

Les mâchoires sont garnies chacune de quatre dents bien sorties : les coins incisifs et les lanières.

La langue, plus large et plus épaisse qu'à l'état normal, offre des dispositions remarquables. La face supérieure porte, vers le milieu, une production molle, pédiculée, du volume d'une petite noix et composée d'un tissu aréolaire contenant un peu de sérosité. La pointe de cet organe, fixée à la lèvre inférieure par un frein muqueux qui passe sur la région moyenne de l'arcade alvéolaire inférieure, présente dans le milieu une production osseuse dans laquelle sont implantées deux dents très-solides, de forme conique et divergente à leur extrémité libre. Ces dents ne sont pas les incisives moyennes ou les pinces de la mâchoire correspondante, ainsi que je m'en suis assuré en ouvrant le maxillaire; j'y ai observé des alvéoles contenant des dents prêtes à faire leur éruption.

Le pharynx, l'œsophage et l'estomac ont une conformation normale. L'intestin grêle est bifurqué à la région iléale pour s'aboucher dans les deux gros intestins, composés chacun d'un cœcum, d'un colon et d'un rectum exempts de déformation.

Rate, pancréas et foie uniques. Ce dernier, proportionnellement plus développé que chez un goret ordinaire, au moment de la naissance, ne présente même rien de surnuméraire dans son appareil excréteur : il n'y a qu'une vésicule biliaire.

APPAREIL RESPIRATOIRE. — Je n'ai constaté dans cet appareil aucune anomalie autre que celles décrites dans les parois de la cavité thoracique, et les communications des cavités nasales avec la bouche. Après avoir examiné les poumons, je me suis assuré par la docimasie hydrostatique que l'animal n'avait point respiré; le morceau de poumon projeté sur l'eau s'est immédiatement précipité au fond du vase.

La cloison internasale est complète.

APPAREIL URINAIRE. — Il est double et normal.

APPAREIL GÉNITAL. — Il en est de même de l'appareil de la génération, composé des organes sexuels mâles dans chacun des fœtus constituants.

APPAREIL ANGÉIOLOGIQUE. — Le cœur est remarquable par son volume considérable; par la division de son sommet au moyen d'un sillon, qui se continue avec les sillons des faces; par une capacité plus grande du ventricule droit prolongé jusqu'à la pointe de l'organe, et dont les parois sont plus épaisses que celles du ventricule gauche. La cloison interventriculaire est complète.

Les oreillettes, communiquant ensemble par une ouverture déjà rétrécie (trou de Botal), n'offrent rien d'anormal, si ce n'est dans les rapports de la droite avec le système veineux. La veine cave postérieure, unique dans le thorax, est double dans l'abdomen. Ce confluent reçoit deux veines caves antérieures, isolées dans toute l'étendue de leur trajet.

L'aorte est double dans sa portion descendante.

APPAREIL SENSITIF INTERNE. — L'appareil encéphalo-rachidien est double dans la région rachidienne, unitaire dans la portion céphalique. Il y a donc deux moelles épinières, une moelle allongée, un cervelet, un cerveau, une paire de pédoncules cérébraux et cérébelleux moyens, une protubérance annulaire et quatre tubercules quadrijumeaux.

Parmi ces organes, il y en a qui présentent des particularités tératologiques. Le cerveau proprement dit en est exempt : il est exactement symétrique. Quant au cervelet, il me paraît déprimé dans les lobes latéraux et exubérant dans le lobe moyen. Comme conséquence du faible développement des premiers, la *protubérance* est petite et étroite.

Les tubercules quadrijumeaux ont une conformation normale.

La moelle allongée est très-développée ; elle est au niveau de la protubérance annulaire, et, au lieu d'être rétrécie en arrière, au trou occipital, elle est élargie pour se continuer avec les deux moelles épinières par une moitié de chacune (la moitié excentrique), l'autre moitié se contournant derrière le *calamus scriptorius*, pour se continuer, sans ligne de démarcation, avec la moitié correspondante de la moelle épinière opposée.

Les glandes pituitaire et pinéale sont normales.

Les ventricules cérébraux, etc., sont également exempts d'altération ; seulement le quatrième est modifié dans sa forme, à cause de la conformation particulière du bulbe rachidien ou moelle allongée.

Le monstre que je viens de décrire appartient évidemment à la famille des *monstres doubles monocéphaliens* de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire ; mais il ne ressemble entièrement à aucun des trois genres décrits par ce savant tératologue. On peut cependant le rapporter au genre *déradelphe*, quoiqu'il s'en éloigne par deux caractères importants, la direction de *la tête du côté du ventre* et l'existence d'*une seule moelle allongée ;* tandis que d'après l'auteur du TRAITÉ DES ANOMALIES, les monstres de la déradelphie auraient *deux moelles allongées*, et la tête dirigée de côté.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches expérimentales sur les fonctions de la rate et sur celles de la veine porte ;* par M. J. Béclard. 2° *Mémoire sur une distinction nouvelle de deux formes de la bronchite ;* par M. Beau. 3° *Mémoire sur le yaws, pian ou frambœsia ; de son traitement et des moyens de faire disparaître cette maladie des contrées où elle sévit ;* par M. Paulet. 4° *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et pathologique de la membrane muqueuse utérine, de son mucus, de la caduque et des œufs ou mieux glandes de Naboth ;* par M. Robin. 5° *Recherches et observations sur les effets et l'opportunité des divers modificateurs dits hydrothérapiques ;* par M. Fleury. 6° *Mémoire sur l'étranglement et l'emploi du chloroforme pour la réduction des hernies étranglées ;* par M. Guyton. (Voy. GAZETTE MÉDICALE, 1848, p. 252.) 7° *De l'origine du sucre dans l'économie animale ;* par M. Cl. Bernard. 8° *Recherches sur les causes de la mort subite par l'influence du chloroforme ;* par M. Gosselin. (Ces expériences ont été citées assez souvent dans la discussion académique pour qu'il soit inutile d'y revenir ici.) 9° *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel ;* par M. Bermutz. 10° *Observation nouvelle d'accouchement d'un fœtus double monstrueux, avec quelques remarques sur le mécanisme de l'accouchement dans le cas de diplogénèse monstrueuse ;* par M. Lesauvage.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DE LA RATE ET SUR CELLES DE LA VEINE PORTE ; par M. J. BÉCLARD.

Nous avons déjà rapporté les conclusions de cet important travail, lors de sa présentation à l'Académie des sciences (voy. GAZ. MÉD., 1848, p. 75). L'intérêt spécial qu'offre la dernière proposition nous engage à citer intégralement les développements que l'auteur lui a donnés.

Le sang qui circule dans le système de la veine porte, dit-il, n'est pas soumis aux lois générales de la circulation. En effet, il est certain d'abord qu'en aucun autre point du système circulatoire, le sang n'est pas compris (comme il l'est dans la veine porte) entre deux systèmes capillaires. Sous ce rapport, il se trouve donc dans des conditions toutes spéciales.

M. Béclard a aussi noté, à propos de la rate, que les changements de volume que présente ce réservoir sanguin impliquent nécessairement, dans le cours du sang de la veine splénique, des temps d'arrêt et des temps d'accélération ; mais en examinant les phénomènes qui s'accomplissent dans le sang de la veine mésentérique supérieure, il trouve des arguments plus positifs encore en faveur de son opinion.

Comment concevoir, en effet, dit-il, que le chiffre de l'albumine, considérablement augmenté dans le sang de la veine porte au moment de l'absorption digestive, diminue peu à peu pour faire place bientôt à une augmentation de globules qui peut excéder de 100 le chiffre normal du sang veineux ? comment concevoir ce phénomène, si l'on n'admet pas que cette métamorphose s'accomplit dans le sein de la veine elle-même ? Or les analyses consignées dans ce mémoire prouvent que ces mutations ne sont complètes qu'au bout de six ou huit heures. Le sang contenu dans le système de la veine porte est donc resté ce laps de temps dans son intérieur, c'est-à-dire environ le temps qui s'écoule entre deux digestions complètes. Quelque surprenante que cette conclusion doive paraître dans l'état actuel de la science, il est impossible d'expliquer d'une autre manière les résultats de l'observation.

L'auteur promet de vérifier de nouveau ce dernier fait, et de l'envisager, dans un second mémoire, sous toutes ses faces et dans toutes les conséquences qui en découlent.

MÉMOIRE SUR UNE DISTINCTION NOUVELLE DE DEUX FORMES DE LA BRONCHITE, PRÉCÉDÉ DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'INFLAMMATION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DES VOIES AÉRIENNES ; par le docteur BEAU.

Le travail de M. Beau, en ce qu'il a d'original, consiste uniquement dans une théorie. Ce n'est pas un mal ; les théories et les systèmes sont l'âme de la science, ou, pour mieux dire, la science elle-même. On ne leur demande que d'être l'interprétation exacte, rigoureuse et complète des faits. La théorie de M. Beau, qui lui est commune, si nous avons bonne mémoire, avec M. Gendrin, a-t-elle ce caractère ? C'est ce que nous aurons à examiner. Mais auparavant, il faut montrer que c'est, en effet, à l'exposé d'une théorie que se réduit le mémoire de l'auteur, et dire ensuite en quoi cette théorie consiste.

Le titre annonce, comme on a pu voir, une *distinction nouvelle de deux formes de bronchite.* En voici les caractères principaux.

On sait que, généralement, la bronchite donne lieu, au début, à des râles sonores, sibilants ou ronflants, auxquels succèdent plus ou moins rapidement des râles bullaires, muqueux ou sous-crépitants. Mais, observe M. Beau, il n'en est pas toujours ainsi. La bronchite peut être constituée par les symptômes de la période de crudité (celle où n'existent que des râles sonores), ou par les symptômes de la période de maturation (celle des râles bullaires), pouvant ainsi, sous l'une et l'autre forme, ne durer que quelques jours ou se prolonger fort longtemps. Telle est la base de la distinction établie par M. Beau.

Les caractères propres à la *première forme* sont, outre les râles sonores : la toux sifflante et quinteuse, une expectoration difficile de mucus épais avec ou sans matière pituiteuse, l'absence du murmure vésiculaire, la dyspnée, les signes physiques de l'emphysème.

Cette première forme présente trois variétés. — Dans l'une, qui affecte particulièrement l'âge mûr et la vieillesse, la bronchite est à peu près constante, mais elle subit des recrudescences considérables pendant la saison d'hiver et les temps froids. Les recrudescences consistent en ce que la bronchite devient générale, de partielle qu'elle était. La poitrine est très-sonore, elle se dilate et les râles vibrants deviennent plus nombreux. Hors ce temps, l'arbre bronchique est le siége de quelques râles peu intenses, et la sonorité de la poitrine, ainsi que sa dilatation, sont moins considérables que pendant les recrudescences. — La seconde variété ressemble à la précédente en ce qu'elle est constituée aussi par des recrudescences, ou plutôt par des attaques plus ou moins subites dans lesquelles il y a râles nombreux, absence de murmure vésiculaire, dyspnée intense, sonorité exagérée du thorax, etc. ; mais elle en diffère en ce qu'il n'y a ni dyspnée ni aucun symptôme de catharre dans l'intervalle des attaques, lesquelles durent de quelques heures à un ou deux jours. C'est un catarrhe intermittent. On l'observe particulièrement chez les adultes et les jeunes gens. — Enfin, la troisième variété diffère des deux précédentes en ce qu'elle n'est pas habituelle chez l'individu qui en est affecté ; bien au contraire, elle survient d'une manière accidentelle, suit une marche aiguë comme une phlegmasie ordinaire, avec ou sans fièvre. Pour la durée, elle tient le milieu entre la première et la seconde variété, étant beaucoup moins longue que la première et plus longue que la seconde. Elle s'observe dans les épidémies de grippe et quelquefois à l'état sporadique.

La *deuxième forme* de bronchite est constituée symptomatologiquement par les râles bullaires, une toux grasse, l'expectoration facile de mucus assez liquide, verdâtre, mucoso-purulent, n'étant pas ou presque pas ac-

compagné de matière pituiteuse. La dyspnée et l'emphysème sont proportionnels à l'étendue de la bronchite, mais moindres que dans la bronchite à râles vibrants. Elle peut être circonscrite ou s'étendre à une grande partie de l'arbre bronchique.

M. Beau reconnaît à cette forme deux variétés, tirées de la marche, soit aiguë, soit chronique, de la maladie, et sur lesquelles il n'y aurait aucun avantage à nous arrêter.

Tel est, dans sa partie fondamentale, l'exposé de M. Beau. On voit que, sauf la différence des dénominations, des deux espèces de bronchites ne sont autre chose, et il a soin de le faire remarquer lui-même, que les deux maladies communément désignées sous les noms d'asthme et de bronchite humide.

La bronchite à râles vibrants, c'est l'asthme des nosologistes. La première variété correspond à l'*asthme chronique* ou à l'*emphysème* de quelques modernes; la seconde variété à l'*asthme nerveux* ou *spasmodique*, et la troisième variété à l'*asthme aigu* ou *fébrile*.

La bronchite à râles bullaires, c'est la bronchite avec sécrétion muqueuse, laquelle reçoit spécialement, quand elle s'étend aux petits rameaux bronchiques, la dénomination de *bronchite capillaire*. L'auteur fait, en passant, à cette dénomination, un reproche qui ne nous paraît pas fondé : il suppose qu'elle est réservée exclusivement aux bronchites humides *généralisées*, et il y voit le double inconvénient de faire croire que l'existence de râles bullaires dans toute l'étendue du thorax, n'appartient qu'à l'inflammation des bronches capillaires, et que, d'un autre côté, l'inflammation des capillaires n'est possible qu'à la condition de les envahir dans toute l'étendue du poumon. Mais les auteurs n'ont pas, que nous sachions, regardé la *généralisation* des râles humides comme un caractère essentiel de la bronchite capillaire, et s'il en est qui ont, comme M. Valleix, consacré un chapitre spécial a la *bronchite capillaire générale*, en raison de sa gravité toute particulière, cette désignation elle-même est une preuve qu'ils admettent une forme, plus rare à la vérité, de bronchite capillaire *non générale*, et c'est ce que fait réellement M. Valleix dans le cours de son article sur la bronchite aiguë (GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, t. II, p. 70). En second lieu, nous ne voyons pas comment la dénomination de bronchite capillaire, appliquée à une affection bronchique caractérisée par des râles bullaires, pourrait induire à supposer que les râles bullaires étendus à tout le thorax proviennent exclusivement des capillaires bronchiques. Il y a des râles bullaires de différentes sortes, et les partisans de la bronchite capillaire ont soin de spécifier ceux qui lui appartiennent en propre, et surtout de les différencier des râles propres à certains autres états pathologiques des bronches. Le râle sous-crépitant est pour eux l'indice de la bronchite capillaire dans la période d'augment, d'une bronchite capillaire *partielle* si le râle n'occupe qu'une portion limitée des poumons; générale, si le râle s'entend dans la plus grande partie du thorax. Mais il ne s'ensuit pas, et il n'est pas possible d'en induire, que d'autres râles humides, le *muqueux à grosses bulles*, par exemple, appartiennent également à l'inflammation des capillaires bronchiques. M. Beau ajoute qu'en tout cas, le nom de bronchite capillaire ne devrait pas être réservé à la bronchite caractérisée par des râles bullaires, les râles vibrants pouvant se produire également dans les petits rameaux. C'est là une question tout autre, et qui ne nous paraît pas si claire qu'à l'auteur; il est douteux pour nous que la phlegmasie des derniers ramuscules bronchiques, de ceux qui précèdent les vésicules, puisse donner lieu à des râles sibilants et ronflants.

On voit par ce qui précède que les distinctions établies par M. Beau existaient déjà sous d'autres noms, et n'apportent rien à l'*histoire naturelle* de la bronchite. En quoi consiste l'originalité de son travail ? Nous l'avons dit, dans une théorie. M. Beau, d'accord en cela avec beaucoup de pathologistes, refuse d'admettre que la cause physique des râles sonores ou vibrants réside dans l'épaississement de la muqueuse des bronches ou dans la contraction de leurs parois, et il la place uniquement dans la présence de mucus au sein de canaux aériens. Si le mucus est épais, les râles sont sonores ; s'il est plus liquide, les râles sont bullaires. Les deux espèces de bronchites décrites dans son mémoire diffèrent donc essentiellement, en ce que, dans l'une, le mucus sécrété reste épais pendant tout le cours de la maladie, tandis que, dans l'autre, il est plus ou moins liquide dès le début. Et quant aux variétés de ces deux espèces, elles se différencient suivant la marche et la durée de la sécrétion muqueuse, soit épaisse, soit liquide.

Cette théorie ingénieuse, également soutenue par d'autres observateurs, nous paraît soulever de graves objections.

Il faut d'abord remarquer que, en n'établissant entre la bronchite et les différentes formes d'asthme d'autre différence essentielle que celle du plus ou moins de viscosité du mucus, elle ramène ces diverses affections à l'identité fondamentale de nature; car les conditions intérieures qui peuvent amener et entretenir l'état épais ou liquide des mucosités ne peuvent appartenir qu'à l'étiologie secondaire. Eh bien ! c'en est déjà assez pour affaiblir la théorie indiquée plus haut, en enlevant tout moyen d'expliquer une foule de différences symptomatologiques reconnues par tous les observateurs entre la maladie communément appelée asthme et la maladie appelée bronchite. On se demande, par exemple, pourquoi certains asthmatiques ne rendent à la fin de l'accès que des mucosités filantes, moins épaisses assurément que chez certains sujets porteurs de râles humides ? pourquoi les râles de l'asthme occupent presque toujours la totalité de la poitrine ? pourquoi ils disparaissent parfois si soudainement alors même que les bronches avaient été assez hermétiquement fermées pour empêcher entièrement la formation du murmure vésiculaire ? On se demande encore comment une bronchite générale, revenant cinquante, soixante, cent, deux cents fois dans le cours d'une vie, serait si peu dangereuse qu'elle passerait même pour *un brevet de longue vie* (ce que l'auteur semble accorder), et cela parce que les mucosités sécrétées seraient plus visqueuses, plus épaisses, plus difficiles à expectorer que celles de la bronchite ordinaire ? Enfin, on ne comprend pas bien comment l'auteur accorde sa théorie avec l'opinion exprimée dans le cours de son travail, que la bronchite à râles sonores n'est pas une cause occasionnelle de tubercules, tandis que c'est le contraire pour la bronchite à râles bullaires. Si c'étaient là en effet deux espèces de bronchites, et si la prédisposition aux tubercules n'appartenait qu'à l'une d'elles, il semble que ce devrait être à celle qui entraîne la sécrétion d'un mucus solide, envahit la presque totalité des voies aériennes et se répète chez certains sujets un grand nombre de fois par année.

Une théorie qui attribuerait exclusivement les râles sonores au boursouflement de la muqueuse bronchique serait entachée sans doute du même vice que celle de M. Beau ; il en serait de même encore d'une théorie dans laquelle ces râles seraient rapportés exclusivement à la contraction spasmodique des bronches, Mais cette dernière nous paraît, tout bien considéré, mieux étayée par les faits et le raisonnement que la théorie sur la densité variable du mucus.

Pour prouver qu'il y a des catarrhes intermittents durant quelques heures et donnant lieu à une obstruction passagère des voies bronchiques par du mucus rapidement sécrété, M. Beau cite une expérience faite sur un élève en médecine sujet à l'affection dite *asthme spasmodique*. Cet élève, sachant par expérience que le moyen le plus sûr de se donner un accès d'asthme était de respirer du chlorure de chaux, on lui en apporta dans un vase. Au bout de deux minutes, la poitrine qui, auscultée un moment auparavant, avait été trouvée à l'état normal, laissa entendre un râle sibilant au niveau de la fosse sous-épineuse gauche. Bientôt les râles se multiplièrent et la dyspnée se montra. Après un quart d'heure, on fut obligé de terminer l'expérience. Une demi-heure après, il y eut une expectoration de mucus grisâtre, épais, semblable à de la corne fondue. Le lendemain, tous les symptômes et les râles eux-mêmes avaient disparu. Telle est l'expérience. Qu'est-ce qui indique que c'est une sécrétion muqueuse et non une contraction spasmodique qui a produit les râles? Les mucosités épaisses rendues plus tard se sont-elles formées sous l'influence des inspirations chlorurées, ou n'existaient-elles pas antérieurement ? Voilà ce qui n'est pas du tout éclairci par l'expérience.

Nous terminerons par une remarque. La muqueuse des bronches repose sur une couche de fibres contractiles, manifestement musculaires chez les grands animaux, et qu'on peut faire entrer en action à volonté, en excitant le pneumogastrique. Est-il possible d'admettre que ces fibres, dont la propriété essentielle est de pouvoir se contracter, ne se contractent jamais pathologiquement; et si elles se contractent quelquefois pathologiquement, nous demandons à M. Beau à quels signes on peut le reconnaître, quel groupes de symptômes en résulte, l'asthme, bien entendu, étant mis hors de cause.

DE L'ORIGINE DU SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE ; par le docteur C. BERNARD.

Les conclusions de ce remarquable travail sont :

1° Qu'à l'état physiologique, il existe constamment et normalement du sucre de diabète dans le sang du cœur et dans le foie de l'homme et des animaux ;

2° Que la formation de ce sucre a lieu dans le foie et qu'elle est indépendante d'une alimentation sucrée ou amylacée ;

3° Que cette formation du sucre dans le foie commence à s'opérer dans l'animal avant sa naissance ;

4° Qu'elle paraît liée à l'intégrité des nerfs pneumogastriques.

OBSERVATION NOUVELLE D'ACCOUCHEMENT D'UN FOETUS DOUBLE MONSTRUEUX, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE CAS DE DIPLOGÉNÈSE MONSTRUEUSE ; par M. LESAUVAGE.

Ainsi que le remarque l'auteur en commençant, l'histoire des monstruo-

sités, qui a reçu tant de perfectionnements par les travaux modernes, n'a guère profité jusqu'ici qu'aux sciences embryogéniques, et l'on s'est très-peu préoccupé de formuler en préceptes cliniques le résultat des circonstances qui, dans la naissance de monstres, ont rendu l'accouchement laborieux, et quelquefois même impossible. Ce n'est guère qu'en réunissant toutes les observations de ce genre, et surtout en en rapportant désormais le côté obstétrical avec plus de soins et de détails, qu'on pourra combler cette fâcheuse lacune.

Pour répondre lui-même le premier à cet appel, que nous nous empressons bien volontiers de reproduire ici, M. Lesauvage rapporte l'observation suivante :

Obs. — M. Letouzé fut appelé, le 18 août 1848, pour une jeune fille qui était depuis douze heures en travail d'enfantement. Les douleurs avaient été suivies; une tête était dans l'excavation du bassin; mais la sage-femme s'était aperçue que, depuis plusieurs heures, les contractions étaient impuissantes pour la progression de la tête. Le médecin reconnut la position fronto-cotyloïdienne droite. Trouvant l'orifice de l'utérus suffisamment dilaté, il se décida à appliquer le forceps, et amena, non sans quelque difficulté, la tête dans la position où il l'avait reconnue. Les bras furent ensuite dégagés; mais des efforts multipliés ne purent faire avancer le fœtus, dont la tête et les épaules se dirigeaient vers l'aine droite. Alors M. Letouzé tenta d'introduire la main droite : deux doigts, recourbés en crochet, furent placés dans l'aine droite, et après de fortes tractions, les fesses et les membre inférieurs furent dégagés; mais le fœtus resta fortement accolé contre la vulve par la partie antérieure de la poitrine.

Il n'y avait plus d'équivoque : l'enfant devait adhérer à un congénère. M. Letouzé fut assez heureux pour pouvoir introduire de nouveau la main par la partie postérieure, et faisant soutenir et relever par la sage-femme le corps de l'enfant, il parvint à saisir les pieds d'un second; il les amena à la vulve, et l'accouchement de ce second enfant eut lieu dans la quatrième position des pieds.

L'accouchement était prématuré de vingt jours. Le poids total des deux enfants fut trouvé de 5 kilogr. C'étaient deux filles, qui donnèrent, pendant quelques minutes seulement, des signes de vie.

Comme rien n'annonçait ici la mort de l'enfant, le procédé employé par M. Letouzé était le seul qui pût offrir des chances de viabilité, et autant que possible, il devrait être préféré dans tous les cas semblables.

Il est positif que la situation de la tête, arrivée et retenue dans l'excavation du bassin, comportait l'application du forceps de préférence à tout autre moyen, en vue de la conservation de l'enfant. Mais si l'on eût pu apprécier le genre de complication qui existait, et que rien ne pouvait faire soupçonner, alors on eût dû chercher à refouler la tête, à saisir les pieds, et à amener les deux troncs dans les conditions indiquées plus haut.

(La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER.

EMBRYOGÉNIE COMPARÉE.

M. Serres lit l'extrait suivant d'un mémoire qu'il dépose sur le bureau.

Le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie fait partie du tome IV des Archives du muséum d'histoire naturelle. Il commence l'exposition expérimentale, et avec figures, des développements primitifs de l'embryon, dont j'ai publié les principaux résultats, d'une part, dans les Annales des sciences naturelles en 1827, 1828 et 1829, et d'autre part, dans nos comptes rendus de 1843 et 1845. L'étude de ces développements est la suite et la continuation de mes travaux sur les lois de l'ostéogénie, sur l'anatomie comparée du système nerveux de la tératologie de l'homme.

D'après le plan qui sert de base à ces recherches, j'ai dû passer de l'étude isolée des appareils et des organes à celle de l'ensemble des embryons, afin de montrer que les mêmes règles qui président au développement des parties s'appliquent, comme on pouvait le prévoir, au développement du tout. Le tout n'est, en effet, qu'un corollaire des parties.

A l'aide de cette méthode analytique, je suis parvenu, je l'espère, à résoudre le problème, tant débattu parmi les anatomistes, relativement à la préformation ou à la non-préformation des organes et des appareils chez l'embryon, ainsi qu'à la détermination des conditions physiques par lesquelles la vie débute et s'entretient à une époque si peu avancée de l'organisme animal.

Ainsi que je l'ai établi dans les ouvrages précités, l'erreur capitale de l'hypothèse des préexistences organiques fut de considérer l'embryon comme étant la miniature de l'animal parfait, et de supposer l'existence d'organes invisibles, même par les plus forts grossissements du microscope.

Le raisonnement qui servait de base à cette supposition fut celui-ci :

« L'embryon vit; donc il doit renfermer en lui-même les appareils propres à l'entretien de sa vie. »

A ce raisonnement, Harvey, créateur de l'épigénèse scientifique, en opposa un autre plus conforme à la logique des sciences naturelles :

« L'embryon vit d'une vie différente de celle de l'animal parfait, mais nous ignorons le mécanisme de cette vie embryonnaire. Il faut le chercher et non le supposer; car, ajoute Harvey, la science des réalités est si difficile dans un sujet si élevé, que le moindre des inconvénients de nos suppositions serait peut-être de rendre ce mécanisme incompréhensible. »

La longue discussion de Haller et de Wolff justifia en partie la prévision d'Harvey. L'embryogénie devint incompréhensible sous plusieurs rapports, à la suite des travaux d'ailleurs si remarquables de ces deux illustres physiologistes.

VIII. Or quand dans une science de faits la vérité se dérobe ainsi aux efforts constants des investigateurs les plus propres à la dévoiler, c'est presque toujours, comme l'observe Bacon, qu'il y a un vice non dans la nature que l'on accuse, mais bien dans la méthode ou les procédés par lesquels on l'interroge.

IX. Ici le vice portait tout à la fois et sur la méthode et sur le fond même de l'observation. On cherchait la vérité là où elle n'est pas, là où elle ne saurait être; on cherchait dans le vide, que l'on me permette cette expression.

X. Quelle était la cause de cette fausse route de la science? Elle résidait évidemment dans l'assujettissement trop absolu des anatomistes aux indications de la loi centrifuge des développements.

XI. D'après cette loi qui remonte à Aristote, non-seulement l'embryon devait être pourvu de nos appareils, mais, de plus, ces appareils devaient en occuper les parties centrales. Aussi est-ce vers ces parties que se portaient sans relâche les investigations des observateurs.

L'idée que, primitivement, l'embryon est complètement dépourvu d'appareils organiques, l'idée que ces appareils existent non en dedans, mais en dehors de lui, étaient trop contraires aux vues physiologiques qui les dirigeaient, pour qu'elles pussent se présenter à leur esprit.

Il est à remarquer en effet que, dans les membranes qui entourent l'embryon, Haller et Wolff persistèrent à n'y voir que des enveloppes de revêtement, des ***vestimenta***, dont Burdach a, de nos jours, si bien exprimé la pensée, en les désignant par le nom de ***nidamentum embryonis***.

Néanmoins, aussitôt que l'étude approfondie de l'organogénie eut constaté l'absence des appareils organiques dans les rudiments primitifs de l'embryon, il devenait indispensable de les chercher ailleurs ; car, ainsi que l'observe Haller avec tant de raison, la vie de l'embryon serait un effet sans cause, si on la supposait en exercice sans appareils.

Ce fut d'après cette raison, et conformément aux indications de la loi centripète des développements, que dans les mémoires insérés dans les Annales des sciences naturelles, je fus conduit à chercher ces appareils dans les membranes que l'on considérait comme simples enveloppes embryonnaires.

En suivant d'heure en heure la formation et le développement de la vésicule omphalo-cardiaque, je constatai d'abord que cette vésicule est l'appareil primitif de la circulation et de la respiration de l'embryon, de même que la vésicule ombilicale en est l'appareil de nutrition.

Passant ensuite au développement même de l'embryon, je montrai que les additions et les substitutions organiques, dont sa vie offre le mouvant tableau, avaient leur source dans la formation et le balancement alternatif du système sanguin, soumis lui-même à des règles appréciables de développement pour tous les appareils et pour tous les organes.

Enfin, c'est d'après ces études sur l'addition des organes, et sur la substitution d'appareils nouveaux à d'autres appareils qui disparaissent, que j'ai pu établir les conditions si diverses de la vie intra-maternelle et de la vie extra-maternelle : deux vies qui, chez les vertébrés supérieurs, sont si différentes dans leur but, et dans les moyens par lesquels la nature les accomplit.

Toutefois, dans les appréciations diverses dont ces recherches ont été l'objet, il est aisé de reconnaître, d'une part, que les anatomistes n'ont pas tenu assez compte de cette méthode de l'épigénèse, qui sépare en deux le champ d'élaboration de l'embryogénie comparée, l'embryon d'un côté et ses appareils de l'autre, fonctionnant primitivement en dehors de lui.

Et, d'autre part, en cherchant à mettre à profit les objections qui ont été faites, j'ai reconnu que l'absence de figure laissait mes descriptions dans une espèce de vague, qui souvent les rendait difficiles à comprendre, particulièrement lorsqu'il s'agit, selon l'expression d'Harvey, de décrire les premiers souffles de la vie.

Afin d'obvier à cet inconvénient, je joins à ces nouveaux mémoires les figures nécessaires à l'intelligence du texte. Celui que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie en renferme trente-neuf, représentant en moyenne les grossissements de cent à deux cents diamètres.

GRANDES VENTOUSES.

M. Junod lit des considérations sur les inconvénients et les dangers des saignées générales et locales, et sur un moyen certain d'obtenir, dans la plupart des cas, tous les avantages des émissions sanguines sans redouter aucun accident.

L'auteur, après avoir énuméré les accidents et les dangers inhérents à l'emploi de la saignée, rappelle les avantages de sa méthode hémospasique, qui peuvent se réduire en ces termes :

1° Révulsion et congestion sanguine artificielle sur une partie éloignée de l'organe malade, ordinairement sur les extrémités inférieures; 2° révulsion toujours mesurée, graduée selon les effets qu'on veut produire, puisque l'instrument agit absolument dans une proportion géométrique; 3° à la révulsion san-

guine s'ajoute nécessairement celle de la chaleur, de l'action nerveuse, qui a bien aussi sa part d'influence thérapeutique; 4° ce mouvement de révulsion se faisant toujours du centre à la périphérie, est toujours salutaire, comme on sait, dans le cours des maladies; 5° enfin, dans certains cas, il se manifeste une sorte de perturbation générale dont les effets ont été constamment utiles, et que l'on attendrait en vain des moyens thérapeutiques fondés sur la physiologie des organes.

HYDROTHÉRAPIE EN CHINE.

M. STANISLAS JULIEN lit une note intitulée : L'HYDROTHÉRAPIE, OU TRAITEMENT DES MALADIES PAR L'EAU FROIDE, PRATIQUÉ EN CHINE DÈS LE COMMENCEMENT DU TROISIÈME SIÈCLE DE NOTRE ÈRE.

Les anciens livres chinois qui traitent des sciences, des arts, de l'industrie, de l'agriculture, de la médecine, etc., offrent une étonnante variété de procédés ingénieux et d'idées neuves et originales, que jusqu'ici l'on avait cru appartenir, soit à des auteurs de l'antiquité qui n'avaient pu avoir de communications avec le Céleste-Empire, soit à des savants modernes, français ou étrangers.

En remontant aux annales des Han postérieurs, pour y lire la biographie complète du chirurgien chinois Hoa-Tho, j'ai trouvé qu'il avait recours, dans certains cas, à l'*hydrothérapie*, c'est-à-dire *au traitement par l'eau froide*, et que souvent il en obtenait les plus heureux résultats.

A l'appui de cette assertion, l'historien cite le fait suivant. Il y avait une femme qui était affectée depuis longues années d'un rhumatisme aigu; on était alors en hiver, au onzième mois de l'année. Hoa-Tho la fit asseoir dans une auge en pierre, et ordonna de tirer de l'eau et de l'en arroser à grands seaux. Il faut, dit-il, l'arroser jusqu'à cent fois.

Après la septième et la huitième irrigation, elle commença à trembler de tous ses membres; on eût dit qu'elle allait mourir. Ceux qui l'arrosaient d'eau glacée en furent effrayés et voulurent s'arrêter; mais Hoa-Tho persista dans sa décision, et leur ordonna de compléter le nombre indiqué. Lorsqu'on allait arriver à la quatre-vingtième affusion d'eau froide, il s'opéra en elle une réaction, et la chaleur interne, sortant par tous les pores, forma une sorte de vapeur qui s'éleva de 2 à 3 pieds au-dessus de sa tête.

Quand le nombre de cent irrigations fut complet, Hoa-Tho ordonna d'allumer du feu, de chauffer le lit de la malade et de l'envelopper d'épaisses couvertures. Au bout de quelque temps, la sueur ruissela de toutes les parties de son corps, et elle se trouva tout à fait guérie.

M. VELPEAU : Les communications que M. Julien a faites sont fort intéressantes, et je n'ai nullement l'intention de diminuer leur intérêt; mais je dois faire remarquer à l'Académie que ces communications ne prouvent pas du tout que les Chinois fussent plus avancés que nous sur l'emploi des anesthésiques ou de l'hydrothérapie avant les dernières découvertes; car dans Hippocrate lui-même, dont les écrits sont antérieurs à ceux qu'a cités M. Julien, on trouve l'indication des agents anesthésiques. Mais entre cette indication vague et l'usage habituel de ces agents, il y a toute la différence d'une découverte en germe à une découverte accomplie, et je crois que les Chinois en sont encore, au moins dans leurs écrits, à peu près au même point qu'Hippocrate.

USAGES DU SUC PANCRÉATIQUE DANS LA DIGESTION.

M. BERNARD lit un mémoire sur les usages du suc pancréatique dans la digestion. Il s'est proposé pour but, dans ce travail, de démontrer expérimentalement que le fluide pancréatique est destiné, à l'exclusion de tous les autres liquides intestinaux, à modifier d'une manière spéciale, ou autrement dit à digérer les matières grasses neutres contenues dans les aliments, et à permettre de cette manière leur absorption ultérieure par les vaisseaux chylifères. Il résulte des expériences auxquelles M. Bernard s'est livré pour étudier les propriétés physiologiques du suc pancréatique en dehors de l'animal et dans l'animal vivant : 1° que le suc pancréatique possède la propriété d'émulsionner instantanément et d'une manière complète les matières grasses neutres, de les acidifier ensuite et de les dédoubler en acide gras et en glycérine. Le suc pancréatique jouit seul de cette propriété, à l'exclusion de tous les autres liquides de l'économie; 2° que le suc pancréatique, en émulsionnant et en modifiant les matières grasses, les rend absorbables et devient de cette manière l'agent indispensable et unique de la formation du chyle.

SUR L'EXHALATION DE L'ACIDE CARBONIQUE DANS L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE.

MM. PAUL HERVIER et SAINT-LAGER, internes à l'Hôtel-Dieu de Lyon, adressent un mémoire sur les variations d'acide carbonique exhalé dans l'état de maladie et dans certaines conditions physiologiques, telles que le sommeil, la digestion, la course, etc.

Nous extrayons de ce travail les conclusions suivantes :

ÉTAT PHYSIOLOGIQUE. — 1° Il existe dans l'exhalation de l'acide carbonique des variations horaires coïncidant avec celles du baromètre, ayant, comme ces dernières, deux maximum, l'un vers neuf heures du matin, et l'autre à onze heures du soir; et deux minimum, l'un vers trois heures du soir, et l'autre à cinq heures du matin. Le maximum du matin est plus grand que celui du soir.

2° Les variations de température et de pression agissent en sens inverse l'une de l'autre : l'une pour diminuer, l'autre pour augmenter l'exhalation du gaz acide carbonique.

3° Pendant le travail de la digestion, il y a moins de carbone brûlé.

4° La nourriture animale diminue la quantité d'acide carbonique; l'usage exclusif des féculents l'augmente.

5° Pendant une course rapide, l'air expiré ne contient plus d'acide carbonique.

6° Il en est de même après les inspirations d'éther et de chloroforme.

7° L'usage des boissons alcooliques produit le même effet.

8° Pendant le sommeil, il se produit moins d'acide carbonique que pendant la veille.

9° La température de l'air expiré à l'état normal ne varie pas sensiblement.

10° L'air expiré par les enfants contient plus d'acide carbonique que celui des adultes.

ÉTAT PATHOLOGIQUE. — 1° Dans la méningite, la péritonite, la métro-ovarite, et en général dans toutes les phlegmasies bien caractérisées, il y a hypercrinie carbonique.

2° Font exception à cette règle : la pneumonie, la pleurésie, la péricardite et toutes les phlegmasies qui peuvent avoir pour effet de gêner la respiration ou la circulation. Dans ce cas, il y a hypocrinie carbonique.

3° Les sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu exhalent plus d'acide carbonique.

4° Il se brûle plus de carbone pendant les accès de fièvre intermittente; l'augmentation est plus marquée dans le stade de la chaleur que pendant le frisson; vers la fin de la période de sueur, l'air expiré diffère peu de ce qu'il est à l'état normal.

5° Dans toutes les maladies qui ne sont pas accompagnées de fièvre ou de marasme, telles que la chlorose, le diabète, les affections nerveuses, il n'y a pas de variations dans les proportions de l'acide carbonique expiré.

6° Dans la variole, la rougeole, la roséole, la scarlatine, l'érysipèle, l'érythème, il y a moins de carbone brûlé.

7° Pendant le travail de la suppuration, le poumon exhale moins d'acide carbonique.

8° Dans le scorbut, le purpura, l'anémie, l'anasarque, il y a hypocrinie carbonique.

9° Il en est de même dans les dernières périodes des cachexies cancéreuses, scrofuleuses, syphilitiques.

10° Les individus affectés de fièvre typhoïde, de dyssenterie ou de diarrhée chronique exhalent moins d'acide carbonique.

11° Il se brûle moins de carbone par la respiration dans la phthisie pulmonaire.

12° La température de l'air expiré à l'état pathologique est en raison directe du nombre des inspirations.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE CHLOROFORME.

M. COZE, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse une note sur le chloroforme, dans laquelle il expose le résultat d'un assez grand nombre d'expériences entreprises dans l'intention d'apprécier le mode d'action du chloroforme sur l'économie animale. Il lui paraît résulter de ces recherches que le chloroforme agit en suspendant et quelquefois en détruisant la vie des divers organes avec lesquels il est mis en contact. Seulement les conditions anatomiques et physiologiques des organes donnent à cette action des caractères particuliers. Il suspend ou détruit la vie des muscles, celle des tuniques de l'intestin. Le chloroforme a le même pouvoir sur le cœur, sur le poumon. Un animal chez lequel on pratique une légère injection de chloroforme dans les poumons, meurt instantanément.

Il est impossible d'anesthéniser le cerveau isolément. Dans ce cas, les fonctions de la moelle épinière paraissent plus actives, les contractions musculaires sont plus vives, plus brusques, mais il n'y a plus la moindre manifestation de douleur à la suite du pincement ou du tiraillement des nerfs.

M. Coze a anesthésié aussi isolément la moelle épinière; le cerveau conserve l'intégrité de ses fonctions; la mort survient sitôt que le chloroforme atteint la partie supérieure de la moelle.

Ainsi l'action du chloroforme procède toujours de la même puissance anesthésiante, mais les phénomènes qu'il produit varient selon la structure et les fonctions des organes sur lesquels s'exerce cette action.

M. Coze, examinant ensuite la nature de l'anesthésie générale produite par l'inspiration des vapeurs de chloroforme, démontre que c'est principalement par le poumon et non par les veines des surfaces nasales et buccales que se fait l'absorption du chloroforme. Le sang, imprégné de chloroforme, va anesthéniser tout le corps. On peut préserver un membre de l'anesthésie en comprimant l'artère principale qui s'y rend. L'insensibilité se prononce dès que l'on enlève l'obstacle opposé à la circulation. Mais le sang chloroformé semble se porter en plus forte proportion vers le cerveau. La cause de cette inégale répartition réside dans la nature du mouvement de l'ondée sanguine partant du ventricule gauche à chacune de ses contractions.

Les causes de la mort par les inspirations du chloroforme sont ou bien dans quelques cas la pénétration d'une petite quantité de chloroforme liquide dans les poumons, et par suite l'hépatisation ou l'accumulation de la sérosité sanguinolente. Dans le plus grand nombre des cas, c'est la paralysie du cœur et des gros vaisseaux, et l'engorgement sanguin du cœur droit et gauche.

CAUSES DES BRUITS DU CŒUR.

M. WANNER communique une note sur les causes des bruits du cœur. D'après l'auteur, ces bruits seraient le résultat de vibrations se passant dans

un appareil contenu dans un point particulier de cet organe; cet appareil, dont le centre correspond à la partie inférieure de la cloison interauriculaire, consiste en parties cartilagineuses très-élastiques qui sont la partie inférieure de l'artère pulmonaire et surtout de l'aorte qui s'attache par sa partie inférieure et latérale droite au grand fibro-cartilage; en deux fibro-cartilages, l'un petit et l'autre plus grand, qui donnent insertion aux fibres musculeuses du cœur ainsi qu'aux extrémités de la valvule mitrale et à la partie moyenne du bord supérieur de la valvule tricuspide: ils sont situés dans l'intérieur de la cloison interauriculaire à sa partie inférieure; en membranes fibreuses: 1° celles qui composent la cloison interauriculaire, 2° la valvule mitrale, 3° la valvule tricuspide; enfin, ces deux valvules se terminent par des cordes tendineuses qui viennent s'insérer en bas aux colonnes charnues du cœur.

Le premier bruit a lieu pendant la systole, pendant laquelle le cœur est porté violemment vers le thorax, et sa pointe vient heurter entre la quatrième et la cinquième côte entraînant à sa suite l'aorte et les autres vaisseaux élastiques qui sont à sa base. Dans ce mouvement, les fibres musculaires longitudinales ventriculaires, en se contractant, tirent en bas les cordes tendineuses, celles seulement qui correspondent aux extrémités de la valvule mitrale et deux ou trois qui agissent sur la partie moyenne de la valvule tricuspide, ce qui abaisse les fibro-cartilages et en même temps les oreillettes; mais les fibres obliques, en se contractant également, font plisser la partie moyenne de la valvule mitrale, et les deux côtés de la valvule tricuspide qui se trouvent entre la partie moyenne de chaque extrémité de cette même valvule, tandis que les cordes tendineuses qui correspondent à la partie moyenne pour la valvule mitrale, et celles qui font suite à chacune des portions valvulaires qui sont situées entre la partie moyenne et chaque extrémité pour la valvule tricuspide se trouvent abaissées et distendues. Pendant ce temps le sang, pressé de toutes parts, est forcé de suivre la direction qui lui est imprimée dans sa projection; il passe rapidement en frottant sur les cordes tendineuses, sur les fibro-cartilages et sur les membranes fibreuses qui constituent l'appareil ce qui donne des vibrations qui sont sourdes et profondes, parce qu'elles sont amorties par les colonnes sanguines que chassent les ventricules, et qui durent autant qu'a lieu la collision du sang.

Le deuxième bruit du cœur est produit par le relâchement brusque des fibres musculeuses tant longitudinales qu'obliques, ce qui permet aux vaisseaux élastiques de retirer à eux le cœur, qui subit alors un écartement, principalement à sa base. Dans ce mouvement, les valvules mitrales et tricuspides dont les cordes tendineuses sont abaissées comme il a été dit plus haut, se trouvent à l'instant relevées, et les parties de ces mêmes valvules qui sont plissées se trouvent tout à coup déplissées, ce qui donne des vibrations sèches et claires, semblables à celles que produit un coup de fouet.

EXPÉRIENCES A L'APPUI. — En appliquant l'extrémité la plus évasée d'un petit tube sur les parties correspondantes aux fibro-cartilages et l'autre extrémité à l'oreille, et faisant ensuite exécuter au cœur, par la compression, des mouvements de contraction et de relâchement, ce n'est seulement que dans ce point que les bruits se font entendre. Si ensuite on coupe les points d'insertions des fibro-cartilages aux membranes fibreuses, il n'y a plus de bruit sec et sonore, on n'entend plus qu'un bruit flasque et sans force, résultat de la mollesse des chairs qui sont alors relâchées.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'APPLICATION DU MERCURE MÉTALLIQUE SUR LA PEAU.

M. GAUDIN adresse une lettre sur un nouveau procédé pour appliquer le mercure métallique sur la peau. Ce moyen consiste à tremper le coton-poudre dans une dissolution de nitrate acide mercure, à l'étaler ensuite sur la peau et à y mettre le feu. Tout le coton-poudre se consume, et laisse sur la peau une couche de mercure métallique très-divisé; le malade n'éprouve aucune sensation de brûlure.

URÉTROTOMIE.

M. REYBARD (de Lyon) adresse une note sur l'urétrotomie, dans laquelle il réfute quelques-unes des assertions émises dans la dernière brochure de M. Civiale sur le même sujet. Il proteste contre cette conclusion, qui tendrait à faire considérer l'urétrotomie par incision comme un procédé d'une utilité restreinte à quelques cas rares, tandis que ce moyen peut, au contraire, amener la cure radicale de toutes ces maladies.

— M. DESPRÉS présente, de la part de M. Duchenne (de Boulogne), un appareil électro-médical à double courant, à l'aide duquel on peut localiser à volonté les effets électro-galvaniques dans les organes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. RAVIN, correspondant de l'Académie à Saint-Valery-sur-Somme, adresse un rapport sur l'épidémie de choléra-morbus qui a régné dans ce canton en 1832, et sur les divers cas qui y sont survenus depuis cette époque.

— M. SURVILLE, de Mareuil (Vendée), soumet à l'Académie une méthode de réduction des hernies étranglées, qui lui a, dit-il, toujours réussi, même dans les circonstances les plus désespérées. Il frictionne préalablement la partie herniée avec l'extrait de belladone; puis, lorsqu'il pense que l'effet de ces frictions est produit, il administre une potion dans laquelle entrent l'huile de croton et l'huile de ricin.

— M. AUBÉ (d'Elbeuf) adresse un mémoire ayant pour titre: PHYSIOLOGIE SYSTÉMATIQUE ET POSITIVE.

— M. DÉPIERRIS, partant pour la Californie, demande des instructions à l'Académie.

HOMŒOPATHIE.

M. GUÉNEAU DE MUSSY lit, en son nom et au nom de MM. Andral et Chomel, un rapport officiel sur un dissentiment qui s'est élevé entre la commission administrative des hospices de Bordeaux et le docteur Léon Marchant, l'un des médecins de l'hôpital Saint-André.

Par une lettre en date du 13 octobre 1848, M. le ministre de l'instruction publique informait l'Académie que depuis un an il existe un grave dissentiment entre la commission administrative des hospices de Bordeaux et l'un des médecins de l'hôpital Saint-André. Le point sur lequel l'Académie est consultée est un simple point de fait. En 1846, une place de médecin ordinaire étant devenue vacante, M. Marchant, déjà médecin adjoint, se trouvait naturellement délégué comme l'un des candidats qui pouvaient prétendre à la remplir. Mais les opinions homœopathiques que professait M. Marchant faisaient que la commission administrative hésitait à le présenter; elle crut avoir trouvé le moyen de concilier sa responsabilité vis-à-vis des malades qui lui sont confiés avec les droits acquis de M. Marchant, en soumettant la présentation de ce médecin à la condition qu'il s'engagerait par écrit à ne pas s'écarter des méthodes de traitement suivies dans les autres services de l'hôpital, et à ne faire ni directement ni indirectement aucune pratique d'après les procédés homœopathiques.

M. Marchant accepta les conditions de l'administration et se soumit à cette interdiction; cependant la commission ne tarda pas à être avertie par la notoriété et par les rapports qu'elle recevait sur le service, que les mesures par lesquelles elle avait voulu maintenir l'unité et la régularité du service médical n'étaient pas observées, et que les malades admis dans les salles de M. Marchant étaient soumis à des traitements qui se rapprochaient singulièrement du traitement homœopathique, s'ils n'étaient l'homœopathie elle-même. M. Marchant affirmait qu'il ne faisait point d'homœopathie, parce qu'il n'employait pas des médicaments préparés d'après les formules et suivant des procédés homœopathiques. La question fut déférée à l'autorité, qui en a appelé à son tour à l'Académie, à qui le ministre demanda son opinion sur la nature du traitement employé par M. Marchant, et sur ce que peut avoir de fondé la réclamation de la commission des hospices de Bordeaux. Des conditions ayant été proposées d'une part et acceptées de l'autre, tout se réduit à savoir si elles étaient remplies en effet, c'est-à-dire quelle est la nature du traitement introduit dans le service de M. Marchant.

Par l'exposé que M. le rapporteur fait des principes de la pratique médicale de M. L. Marchant, d'après sa propre déclaration, on voit que ce médecin s'applaudit d'avoir introduit dans son service une méthode de traitement différente de la méthode ordinaire, une méthode opposée à l'allopathie, caractérisée par une simplicité extrême de thérapeutique, par la proscription systématique de toute association de médicaments, par une telle atténuation des doses des remèdes actifs, qu'on peut la regarder comme équivalant à une suppression complète. Or, dit M. le rapporteur, que peut être une telle méthode si elle n'est l'homœopathie?

Cependant M. Marchant dit qu'il ne fait pas d'homœopathie; qu'il ne peut pas en faire, parce que les médicaments dont il peut disposer ne sont pas préparés homœopathiquement, parce qu'ils ne sont pas *dynamisés* par les procédés mystérieux prescrits par Hahnemann. Mais M. Marchant sait bien, ajoute M. le rapporteur, qu'on peut être homœopathe sans croire à la vertu dynamisante que Hahnemann attribue à la trituration des poudres et aux secousses imprimées aux liquides.

Passant ensuite à l'examen des résultats statistiques invoqués par M. Marchant en faveur de sa méthode de traitement et des avantages qu'il lui attribue, et qui feraient une mortalité moindre, une augmentation du mouvement des malades, diminution dans la durée du séjour à l'hôpital, économie sur les médicaments, M. le rapporteur constate que ce dernier avantage est le seul réel. D'ailleurs les résultats que fait valoir M. Marchant, résultats entre lesquels il ne faut pas oublier de mettre une mortalité égale à celle des autres services, ont paru à la commission montrer ce qu'on peut attendre d'une simple expectation plutôt que fournir un argument en faveur de l'homœopathie, qui, du reste, lorsqu'elle laisse guérir le malade, ne peut être considérée que comme une méthode d'expectation.

Pour conclusion, M. le rapporteur propose, en se renfermant dans les questions posées par M. le ministre, de lui répondre: 1° que la doctrine avouée par M. Léon Marchant, et suivie par lui autant que cela lui a été possible, dans son service à l'hôpital Saint-André, paraît être la doctrine homœopathique; 2° qu'en conséquence la commission administrative des hospices de Bordeaux est fondée à trouver que l'engagement consenti par M. Marchant, et dont elle avait fait une condition de sa présentation comme chef de service, n'a point été rempli et à en réclamer l'exécution.

M. ROCHOUX demande que le mot *est* soit substitué aux mots *paraît être*.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées avec cette modification.

M. GUÉNEAU DE MUSSY lit un second rapport officiel sur la demande que M. Plainchant a adressée à l'Académie, dans le but d'être autorisé à aller étudier le choléra dans les pays envahis par cette épidémie, contre laquelle il croit avoir trouvé, dans l'homœopathie, un remède assuré.

M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre, qui consulte l'Académie sur cette demande, qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation demandée.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Jolly lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur des demandes de brevets pour remèdes. Toutes les conclusions négatives sont adoptées.

M. Bally lit un travail médico-littéraire sur l'Italie.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

NOTE SUR LA POSSIBILITÉ DE LA GUÉRISON DE LA MORVE; par M. Brogniez, membre titulaire.

Partant des résultats de nos recherches, qui datent déjà de quelques années, et que nous continuerons, ainsi que des observations que nous avons recueillies et des succès déjà obtenus, nous pouvons émettre cette opinion :

1° Que la morve ordinaire est primitivement locale, comme Lafosse père l'a démontré il y a près d'un siècle;

2° Que cette maladie est curable jusqu'au second degré par l'emploi de moyens locaux, rationnels, consistant en injections de nature diverse, selon les indications, injections que l'on fait dans les cavités nasales et les sinus de la tête, préalablement trépanés d'une manière convenable, c'est-à-dire en dehors et intérieurement avec des instruments nouveaux, ou par des applications énergiques portées sur les ganglions lymphatiques consécutivement engorgés, et en recourant à propos aux ressources de la pyronomie objective ou inhérente, à l'électrisation et à certains moyens topiques appliqués sur les ulcérations de la membrane du nez;

3° Qu'elle deviendra bientôt susceptible de guérison à une période plus avancée (à moins que des lésions organiques irréparables ne se soient déjà produites), et cela en ajoutant au traitement externe précédent des médications thérapeutiques internes, conjointement avec l'usage de moyens désinfectants et d'agents susceptibles de reconstituer l'économie appauvrie ou altérée, telle que la transfusion sanguine, pratiquée au moyen de notre nouvel appareil, lequel est disposé de manière à permettre un prompt passage au sang sans qu'il ait à souffrir le moindre refroidissement ni la plus légère altération. Les autres instruments et appareils que nous avons inventés pour cette destination sont exécutés.

Nous croyons pouvoir démontrer, dans un avenir peu éloigné, que ces nouvelles espérances sont réalisables par le progrès actuellement acquis chez nous à la chirurgie vétérinaire; ce n'est pas, du reste, une théorie hypothétique, hasardée *à priori* : nos prévisions à cet égard sont appuyées sur l'observation et l'expérience.

Quelques-uns des éléments de notre traitement, pour guérir la morve, ont été quelquefois essayés isolément ou à l'aventure, mais presque toujours sans succès, pour des raisons que nous développerons ultérieurement, et qui reposent sur des investigations auxquelles nous nous sommes livré; nous dirons seulement aujourd'hui que les indications les mieux fondées se trouvent dans l'organisation, ce grand livre de la nature, et qu'il suffit de faire quelques rapprochements comparatifs pour établir l'ensemble des moyens propres à vaincre une grande difficulté qui semblait devoir se perpétuer indéfiniment.

Nos devanciers ne sont pas restés inactifs pour atteindre ce but; bien des efforts ont été tentés pour guérir le fléau dont il s'agit ici, nous venons de le dire; mais dans les sciences d'observation, comme la médecine, il arrive qu'un trait de lumière, une idée féconde fortuitement acquise, ne conduit pas toujours d'un seul jet à des résultats complets, les conséquences pratiques de cette idée pouvant alors échapper au génie le plus progressif comme à l'esprit le plus superficiel. C'est qu'il n'en est pas de même des innovations scientifiques que de la découverte d'un trésor matériel tombé sous une main heureuse, par l'effet du hasard ou par la remarque d'un indice accusateur quelconque; car on peut avoir à sa disposition des moyens curatifs puissants, sans pouvoir toujours en tirer parti. Ainsi Lafosse père et fils ont trépané les sinus des chevaux morveux sans avantage marqué; cependant la découverte du siége de la maladie était un point de départ certain, mais cette découverte était encore à sa naissance, et une insuffisance de moyens, ou peut-être une déviation dans les principes d'application, devait bientôt conduire à la désuétude, si bien que le célèbre praticien de Paris n'a obtenu que l'indifférence de ses contemporains, alors qu'il était sur la voie pour arriver à l'apothéose. On pourrait citer d'autres exemples.

La morve dont les solipèdes sont si souvent frappés, et qui a la funeste propriété de se communiquer à l'homme, est assurément une affection des plus compromettantes pour l'agriculture : c'est donc une question grave et de la plus haute importance, que celle qui se rattache à sa guérison; mais pour abréger votre temps, messieurs, nous ne vous présenterons aujourd'hui qu'une série de propositions que nous développerons ultérieurement d'une manière plus approfondie, si, selon toute apparence, le succès de nouvelles recherches que nous projetons répond à notre attente.

Pour que ces propositions sommaires puissent être facilement comprises, nous rappellerons en deux mots que les *sinus* sont des cavernes anfractueuses qui se développent progressivement dans l'épaisseur des principaux os de la tête des animaux, lesquelles sont divisées irrégulièrement en loges ou compartiments par des cloisons variables quant à leur forme et à leur étendue. Plusieurs de ces cloisons intercaverneuses peuvent même être parfois complètes. Il est essentiel de remarquer que ceux de ces sinus qui occupent le haut de la tête (région frontale) ont leur ouverture de communication en bas, et se développent les premiers; qu'il n'en est pas de même de ceux qui, beaucoup plus grands, se forment dans l'os principal de la mâchoire supérieure de chaque côté (os sus-maxillaire); il est en outre essentiel de remarquer que l'ouverture par laquelle ceux-ci communiquent avec les cavités nasales se trouve en haut. Il n'est donc pas étonnant que les matières qui s'y accumulent, étant ainsi emprisonnées, n'en puissent sortir, si ce n'est quand le trop-plein déborde; mais c'est justement par ce motif que le dépôt devient pernicieux, car la présence de l'air et la chaleur humide (conditions favorables à la décomposition putride) existent alors, et ces matières, ainsi devenues septiques ou *empoisonnantes*, sont résorbées insensiblement par les vaisseaux de la portion de la membrane du nez qui pénètre dans ces cavités osseuses pour les tapisser, de sorte que le corps s'infecte de manière à rendre la maladie générale, contagieuse et puis incurable, etc. Cependant cette marche n'est pas constante. Lorsque les sinus participent à la maladie, comme nous venons de le dire, on conçoit que le dépérissement doive se manifester beaucoup plus promptement que quand ces cavités restent vides et saines; c'est que, dans ce dernier cas, l'absorption infectante se fait avec plus de lenteur à mesure que la portion de la membrane pituitaire (seule affectée) s'épaissit, s'ulcère ou s'altère, tant dans sa texture que dans ses fonctions. Voilà pourquoi l'on voit des chevaux morveux conserver longtemps l'embonpoint, l'appétit, le poil lisse et les autres signes d'une bonne santé.

Ces particularités expliquent encore ces *réactions diverses* du principe conservateur qui se produisent dans l'économie : à l'intérieur, pour constituer ce que l'on appelle des lésions organiques; à l'extérieur, pour donner lieu à des exanthèmes cutanés, des éruptions, des altérations sécrétoires ou écoulements, des furoncles, des engorgements et boutons farcineux, ce qui s'exprime par ce vieil adage plusieurs fois rajeuni dans le chaos des opinions : « *Le farcin et la morve sont cousins germains.* » Mais cela ne signifie pas du tout que l'on puisse considérer ces deux maladies comme étant identiques, car une altération des liquides venant d'autre peut tout aussi bien développer le farcin que la résorption morveuse, soit lente, soit rapide. Ces quelques données suffisent aussi pour donner une idée de ce *levain morveux* que des auteurs anciens supposaient exister, mais sans pouvoir le démontrer jamais dans l'économie. Nous l'avons déjà dit, nous devons nous borner pour le moment à un exposé rapide de quelques propositions destinées seulement à donner une idée générale de nos vues et de nos moyens; les voici :

Première proposition. — La morve est une *modification organique morbide* des cavités de la tête qui constituent la première portion de l'appareil respiratoire, modification propre aux solipèdes et d'où provient une *aberration fonctionnelle* et une *altération sécrétoire quelquefois ulcérative de la membrane pituitaire*. Sa fréquence et sa gravité chez ces animaux résultent d'une structure particulière de cette membrane et d'une disposition spéciale des cavités nasales et de leurs annexes; s'il en était ainsi anatomiquement, l'espèce bovine y serait également sujette. En conséquence, nous donnons à la morve la dénomination de *rinorrhée passive* ou *chronique*, et pour marquer les divers caractères qu'elle revêt, par suite de son ancienneté, de son intensité ou de ses complications, nous ajoutons les désignatione adjectives de *simple, ulcérée, purulente*. Cette dernière forme se sous-divisant en nasale, sinoïde, nasale et sinoïde à la fois, simplement locale, et enfin générale ou cacochymique.

La rhinorrhée passive peut succéder à la rhinite, aux phlegmasies catarrhales, à la gourme, etc., sans qu'elle puisse être considérée elle-même comme une affection inflammatoire. Les auteurs qui la regardent comme telle disent que l'état d'acuité, parfois non apercevable, dure d'autant moins que le tempérament de l'animal est plus mou, plus lymphatique. Il est de remarque, en effet, que ce tempérament prédispose à la morve, et que cette circonstance organique ajoute à sa gravité; cela se comprend facilement et milite même en faveur de l'opinion qui place le siége primitif de la maladie dans le nez; car il suffit de se rappeler que, chez les animaux ainsi constitués, les sécrétions muqueuses sont comparativement beaucoup plus abondantes, outre que la chronicité semble être inhérente à leur nature constitutive; il ne serait donc pas étonnant, d'après cela, que la réplétion des sinus fût aussi fréquente chez les chevaux mous que rare chez ceux d'une constitution sèche, et que si la maladie était essentiellement de nature inflammatoire, le paroxisme d'acuité, plus ou moins durable chez ceux-ci, fût au contraire fugitif et à peine marqué chez les premiers.

La morve dite aiguë ou *coryza gangréneux*, encore appelée *mal de tête de contagion*, est une maladie à marche rapide, carbonculaire, typhoïde ou charbonneuse, procédant de l'altération primitive des liquides circulatoires, qui tend constamment à la décomposition, à la dissolution de l'économie, et qui est bien différente, par sa nature, ses causes et ses symptômes, de la morve ordinaire.

Celle-ci ou morve chronique ne présente quelques traits de ressemblance avec cette dissolution gangréneuse de l'économie que quand elle est arrivée à son terme extrême, c'est-à-dire au point de se terminer par la mort. La résorption purulente provenant d'un vaste dépôt, surtout lorsqu'il est en communication avec l'air extérieur par une issue quelconque, produit aussi des effets analogues.

Deuxième proposition. — La morve est primitivement locale, c'est-à-dire qu'elle commence par les cavités nasales et quelquefois en même temps par les sinus, ou bien, mais plus rarement, par ceux-ci seulement, et d'un seul ou des deux côtés à la fois.

Troisième proposition. — Lorsque les sinus sont seuls affectés, il peut arriver que, sauf un jetage passager intermittent fourni par le trop plein des cavernes maxillaires (les frontales étant vides), aucun autre symptôme ne se montre pendant que l'infection générale, résultat de l'absorption des matières accumulées, est accusée seulement par l'amaigrissement du malade. La morve existe donc

alors, quoiqu'il n'y ait encore que dépérissement accompagné d'autres signes, tel qu'une peau roide, collée aux os, des poils ternes et secs, sans ulcérations jusque-là dans les narines, ni engorgement des ganglions de l'auge, c'est-à-dire en l'absence de la manifestation des symptômes seuls admis jusqu'ici comme pathognomoniques et univoques de cette maladie.

QUATRIÈME PROPOSITION. — N'est-ce pas lorsqu'il y a cette complication de la réplétion des sinus que l'affection morveuse est le plus contagieuse? Il y a tout lieu de le penser, et dès lors on s'expliquerait facilement la divergence d'opinions sur sa communication, possible pour les uns, ou sur sa non transmissibilité, soutenue par les autres. Du reste, on conçoit sans peine la possibilité que la morve soit moins transmissible par le contact du produit sécrétoire morbide, venu directement de la portion nasale de la membrane, c'est-à-dire sans avoir séjourné dans un enfoncement, une cavité ou repli quelconque, etc., que quand la matière est versée des sinus, où elle a pu acquérir des qualités délétères.

CINQUIÈME PROPOSITION. — D'après cette manière de voir, peut-on admettre l'existence d'un virus morveux? Cela n'est pas probable: toujours est-il que, dans aucun cas, il ne saurait être analogue, pour la manière de se développer, aux virus vaccinal et claveleux; néanmoins, on a des preuves nombreuses de la grande subtilité volatile des exhalaisons provenant des solipèdes morveux; il est même à notre parfaite connaissance que l'infection s'est communiquée souvent à des hommes qui couchaient la nuit dans les écuries où des chevaux morveux se trouvaient enfermés, sans qu'il y ait eu cependant d'autres rapports entre eux. On conçoit que, dans les cas de l'espèce, le danger doit être nécessairement d'autant plus grand que le local commun a moins d'espace et est moins aéré. La communication peut donc être miasmatique, mais on connaît aussi avec quelle facilité les produits sécrétoires des membranes muqueuses enflammées deviennent irritantes (certaines prédispositions aidant) pour d'autres surfaces de même nature qui en reçoivent l'impression immédiate, telles que les voies génitales et la conjonctive, par exemple, même dans la période d'acuité. La variabilité de ce mode de transmission a eu aussi une grande influence sur les opinions qui se sont produites au sujet de la contagion morveuse.

SIXIÈME PROPOSITION.—De la complication apportée par la réplétion des sinus ou de son absence, ne résulte pas seulement la cause de la divergence d'opinion, sous le rapport de l'identité ou de la différence de la nature du farcin et de la morve, ni quant au caractère contagieux de celle-ci: elle explique encore sa ténacité, son incurabilité ordinaire jusqu'ici reconnue, et la rapidité de sa marche dans certains cas, ainsi que la lenteur de ses progrès, au contraire, dans d'autres circonstances où l'animal conserve quelquefois pendant longtemps les apparences d'une bonne santé, et enfin la possibilité de sa guérison spontanée Cette circonstance rend compte encore de ce que l'affection morveuse peut guérir facilement sans opération ni traitement pendant la période de la vie où les sinus maxillaires n'étant pas encore développés, les frontaux seuls existent, tandis que plus tard, chez les chevaux arrivés au delà de l'âge de 5, 6 ou 7 ans, le contraire a lieu, non pas seulement pour la gravité, mais aussi pour la fréquence.

SEPTIÈME PROPOSITION. — La matière fournie, chez l'espèce chevaline, par les sinus dépourvus d'une issue déclive, tels que les maxillaires, peut infecter le bœuf ainsi que l'homme, avec cette différence toutefois qu'il ne se produit pas alors une maladie identique, mais bien des altérations morbides qui se fixent sur divers points de l'économie, selon les prédispositions naturelles ou plutôt selon les particularités d'organisation inhérentes aux espèces. En effet, chez l'homme et dans l'espèce bovine, l'infection peut aussi bien développer une affection viscérale qu'une affection muqueuse, d'où il suit que les symptômes, la marche et les effets de l'infection sont variables, contrairement à ce qui a lieu avec assez de régularité chez les solipèdes.

HUITIÈME PROPOSITION. — La morve peut se produire spontanément, de même qu'une ophthalmie, une vaginite, et acquérir la propriété de se communiquer comme si elle était d'origine contagieuse.

NEUVIÈME PROPOSITION. — La perforation mécanique des sinus ou cavernes osseuses accessoires des fosses nasales est une opération aussi bénigne que forcément rationnelle dans le traitement de tout solipède jeteur, soit comme moyen d'exploration, soit comme moyen évacuateur, etc.; mais c'est par une trépanation conçue sur les particularités anatomiques qu'il faut agir, et non pas en se contentant de pratiquer avec l'ancien trépan de simples ouvertures, distribuées en trop petit nombre, ou en quelque sorte au hasard, et à l'extérieur seulement.

DIXIÈME PROPOSITION. — Notre système, loin de consister dans un spécifique unique, comme on en a tant préconisé inutilement pour guérir la morve, repose sur des principes anatomiques et physiologiques positifs; aussi comprend-il une suite d'opérations rationnelles, combinées avec des soins hygiéniques et certains agents médicaux puissants, variables, qu'il suffira d'appliquer ou d'administrer d'après les préceptes fondés sur les indications spéciales, que l'affection peut présenter dans ses diverses phases. On ne pourrait, en effet, supposer l'existence de remèdes spécifiques que pour une maladie qui serait due à un virus, comme la vaccine, la clavelée, la rage, etc. Aussi n'est-ce pas à ce titre que le nitrate d'argent en solution dans l'eau distillée ou un courant électrique constituent des remèdes efficaces à lui opposer, mais bien à cause de leur action ectrotique, comme dans la conjonctivite, même aiguë; on sait que, par la méthode abortive, on conjure également une angine violente dès son début, de même que, dans la brûlure, l'échauffement produit, aussitôt après l'adustion, par l'exposition de la partie lésée devant un feu ardent, modéré, entrave ou empêche l'inflammation consécutive de se développer avec beaucoup d'intensité. Il en serait de même d'un érysipèle.

C'est donc aussi parce qu'il se produit, par le nitrate d'argent ou autres agents analogues dans le cas de morve, un changement du mode habituel d'action et de vitalité des tissus, comme par l'impression de projections thermantiques ou d'un courant électrique, que la guérison peut être obtenue sans médications internes, tant que la maladie est locale, conjointement avec l'usage de fumigations de chlore faites au grand air, sans courants toutefois.

ONZIÈME PROPOSITION. — La guérison doit nécessairement être plus sûre et plus facile lorsque l'affection est encore locale, que quand la résorption a eu le temps de se produire; aussi, dans ce dernier cas, indépendamment des soins locaux, l'économie doit être épurée et reconstituée, ainsi que nous l'avons précédemment dit, par des moyens internes, tels que les altérants dans certaines circonstances particulières, les toniques, les antiseptiques, les dépuratifs spoliateurs et la transfusion sanguine, combinée avec l'usage des analeptiques.

DOUZIÈME PROPOSITION. — De ce que des lésions sympathiques existent entre la membrane du nez et les ganglions lymphatiques de l'auge, l'engorgement de ceux-ci devient souvent un symptôme de la morve, mais ils sont par cela même des organes auxquels le médecin vétérinaire peut s'adresser utilement pour influencer cette même membrane devenue malade; aussi peut-on, en agissant par cette voie, au moyen d'applications topiques, de la chaleur, de l'électricité, etc., provoquer et augmenter à volonté la sécrétion dont elle est l'instrument et le siége, ou, en d'autres termes, déterminer le *jetage*, l'entretenir et l'augmenter.

Telles sont les simples propositions que nous avons cru devoir exposer ici concernant la guérison de la morve, nous réservant de les développer plus tard dans un travail plus étendu, après les expériences auxquelles nous avons l'intention de nous livrer, si les circonstances nous le permettent, c'est-à-dire si le gouvernement les ordonne.

A une heure, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports relatifs à la présentation des candidats choisis pour pourvoir aux cinq places de membres titulaires actuellement vacantes.

Sont nommés :

1° Dans la troisième section : M. LANGLET;

2° Dans la quatrième section : MM. DE MERSSEMAN et MASCART;

3° Dans la cinquième section : M. MARESKA;

4° Dans la sixième section : M. DELWART.

Ces nominations seront soumises à l'agréation du roi.

La séance est levée à deux heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

BONS EFFETS DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES SCROFULEUSES CHRONIQUES DE LA PEAU.

Les heureux résultats obtenus dans le traitement des maladies scrofuleuses par l'usage de l'huile de foie de morue ont conduit M. le docteur Hughes Bennett (d'Édimbourg) à essayer ce moyen dans quelques affections chroniques de la peau qui paraissent coïncider avec ce qu'on est convenu d'appeler constitutions scrofuleuses. L'eczéma chronique et l'eczéma impétiginode sont de ce nombre. M. Bennett dit avoir employé avec succès, dans ce cas, l'huile de foie de morue administrée à l'intérieur. Il y ajoute seulement des lotions alcalines (8 grammes de sous-carbonate de soude par pinte et demie d'eau). Une condition essentielle de ce traitement, ajoute M. Bennett, c'est de maintenir constamment les surfaces malades imprégnées de la solution alcaline, au moyen de linges trempés dans cette solution, et recouverts par de la soie huilée. Mais l'application la plus curieuse qu'ait faite M. Bennett de l'huile de morue au traitement des maladies de la peau, c'est celle qu'il en a faite au traitement du *favus*, affection associée si fréquemment à la scrofule et développée sous l'influence de conditions hygiéniques défavorables. M. Bennett prescrit dans ce cas le traitement suivant : à l'intérieur, l'huile de foie de morue aux doses ordinaires; à l'extérieur, d'abord les cataplasmes pendant plusieurs jours, afin de détacher les croûtes, ensuite les croûtes étant détachées, des onctions matin et soir sur toute la tête avec un pinceau mou imprégné d'huile de foie de morue; la tête est enveloppée continuellement dans un serre-tête huilé qui s'oppose à l'évaporation et à l'accès de l'air. Lorsque l'huile en s'accumulant s'est épaissie, on nettoie avec soin toutes les surfacee malades avec du savon et une éponge douce.

La durée du traitement par l'huile de foie de morue est d'environ six semaines, bien au-dessous par conséquent de la durée du traitement des frères Mahon.

Le même agent a été récemment employé avec un remarquable succès par M. Emery, à l'hôpital Saint-Louis, contre une des affections les plus rebelles, le *lupus*. Mais ces heureux résultats n'ont été obtenus qu'en employant l'huile de foie de morue à des doses extrêmement élevées.

« J'administrai, dit M. Emery, l'huile de foie de morue en commençant par la dose de 100 grammes dès le premier jour. J'augmentais ensuite assez rapidement, de manière à pouvoir arriver à 500 grammes, dose que je continuais pendant une quinzaine, et que je n'augmentais que si l'amélioration ne se prononçait pas assez vite. Si l'estomac ne supportait pas bien le mé-

dicament, je faisais prendre un verre ou deux d'eau de Seltz, et j'en suspendais l'usage quand il y avait des vomissements, des évacuations alvines répétées avec colique, une éruption érythémateuse à la peau, un érysipèle sur les parties malades avec fièvre plus ou moins intense. Les accidents apaisés, je recommençais par 100 grammes, et j'arrivais promptement à 700 et 1,000. M. Emery a traité ainsi 74 *lupus*; il a amélioré considérablement l'état de la plupart d'entre eux. Plusieurs ont été complétement guéris.

(Répertoire de pharmacie.)

Effets du sous-carbonate d'ammoniaque dans les affections squammeuses de la peau.

Se rappelant la vogue dont a joui autrefois le sirop de Peyrilhe (qui doit son action active au sous-carbonate d'ammoniaque), et frappé d'ailleurs de l'action stimulante évidente de cette substance sur la peau, M. Cazenave a eu recours au sous-carbonate d'ammoniaque, dans quelques-unes des affections de la peau qui résistent au plus grand nombre de traitements. C'est surtout dans les affections squammeuses (*psoriasis*, *lepra vulgaris*) que ce praticien a eu à s'en louer.

Le sous-carbonate d'ammoniaque a été administré d'une manière continue, et sous forme de sirop, à une dose peu élevée, de 40 centigrammes par jour d'abord, et au maximum de 1 gramme 60 centigram. à 2 grammes. Ce sirop est préparé de la manière suivante :

Prenez : Sous-carbonate d'ammoniaque . . . 10 grammes.
Sirop sudorifique . . . . 250 —

D'une à quatre cuillerées par jour.

Faites dissoudre le sous-carbonate d'ammoniaque dans une quantité suffisante d'eau, et ajoutez la solution au sirop.

Quelque modérée qu'ait été cette dose, il est des malades qui n'ont pu en supporter longtemps l'usage; et les phénomènes qu'ils ont présentés ont offert cette circonstance remarquable, que l'organisme tout entier paraissait affecté, plutôt qu'une seule fonction en particulier. Ainsi il n'y avait ni nausées ni vomissements, le ventre était souple; cependant les malades accusaient de la douleur de ce côté, et de temps à autre avaient de la diarrhée; l'anorexie était complète, le pouls fébrile et peu développé, la face pâle, les forces presque anéanties et l'amaigrissement rapide. Quelques jours de repos suffisaient ordinairement pour faire cesser les accidents.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur l'ophthalmie contagieuse qui règne dans la classe pauvre et ouvrière, rédigé et adressé à M. le bourgmestre de Bruxelles, à la demande du conseil communal; par M. Fl. Cunier. — In-8° de 52 pages. — Bruxelles et Leipsig, chez Muquardt; Paris, chez Germer Baillière; La Haye, chez Van Cleef frères. — 1849.

A mesure que l'ophthalmie dite militaire est passée, en Belgique, des troupes à la population civile, on a vu l'autorité multiplier ses efforts pour lutter contre les progrès du mal, et faire appel, tant pour éclairer les masses que pour les préserver, aux médecins les plus recommandables du pays. Au premier rang parmi eux, M. Cunier se trouvait désigné à la confiance du pouvoir par ses précédents services, et déjà nous avons, en 1848 (voy. Gaz. Méd., p. 134), entretenu nos lecteurs du premier rapport par lui présenté au gouvernement du Brabant sur les maladies oculaires les plus fréquemment observées. Mais l'ophthalmie contagieuse, quoique désignée dans ce travail, nécessitait à elle seule des précautions prophylactiques plus actives et une étude spéciale. Aussi le conseil communal de Bruxelles voulut-il demander à M. Cunier des explications détaillées sur cette question si intéressante pour la salubrité publique. Après avoir entendu tous les renseignements qu'il eut à communiquer sur ce sujet, le conseil le chargea de procéder à la visite d'un certain nombre de logements d'ouvriers, d'examiner les yeux de tous les individus qui s'y trouveraient, et d'adresser ensuite un rapport au bourgmestre. Le mémoire dont nous venons de terminer la lecture contient le résultat de ces visites, que M. Cunier ne consentit à faire que de concert avec un ou deux membres de la commission médicale locale, dans les attributions de laquelle ce soin était naturellement compris.

Le premier chapitre, indispensable à consulter pour les personnes étrangères à la médecine, ne nous a pas offert à nous-même une moindre importance : il fait connaître sommairement la nature, la marche et le mode de propagation particulier à cette maladie. Un fait d'observation en montre tous les dangers, en prouvant combien, dans une foule de circonstances, il est facile de la méconnaître et de la négliger. Ainsi elle affecte dans son évolution trois degrés ou périodes : l'une de chronicité ou d'indolence; la seconde, intermédiaire, de subacuité; la troisième d'acuité déclarée. Chacun de ces états peut, en un temps très-court, se transformer dans le suivant. L'encombrement, la chaleur, l'influence de quelques constitutions médicales, l'action d'une lumière vive, certaines professions exposant l'œil à l'introduction de particules irritantes, telles sont les causes qui exaspèrent l'ophthalmie, et parfois d'une manière aussi énergique que rapide. Si l'on ajoute à cela que l'affection, à l'état d'indolence, ne gêne en rien celui qui en est porteur (au point que des médecins, même exercés, l'ont quelquefois alors déclaré sain), que par conséquent tel individu cru bien portant peut, par le seul fait de l'encombrement, devenir en quelques jours une source d'infection pour ceux qui l'entourent, on comprendra la juste sollicitude que l'administration a dû déployer pour déraciner le germe de cette contagion si formidablement insidieuse.

M. Cunier admet deux voies de propagation pour cette ophthalmie, l'une par contact immédiat, l'autre par contagion à distance. Ce n'est point ici le lieu (et la réserve que l'auteur a dû garder dans un ouvrage dont le cadre ne lui permettait pas les développements nécessaires, suffiraient à nous imposer une réserve semblable), ce n'est point ici, disons-nous, le lieu de discuter la réalité de ce second mécanisme; cependant nous inclinerions à penser que les faits de transmission où l'on n'a pu constater l'existence d'un contact direct ne se refuseraient absolument pas à une explication qui ferait intervenir l'influence des causes générales diverses par lesquelles on rend compte du développement épidémique de la maladie dans les prisons, les hôpitaux, etc. Quant à la communication par transport du pus, l'oubli des plus simples soins de propreté en multiplie les exemples autant qu'il les rend faciles à comprendre. Dans les réduits étroits où s'entassent les ouvriers de Bruxelles, on ne trouve bien souvent qu'un grabat où tous se blottissent en commun, des haillons dont ils se couvrent alternativement, une sébille qui sert tantôt de broc, tantôt d'écuelle.

Chez ceux qui ont plus d'aisance, le couchage et l'aération sont l'objet de soins mieux dirigés; mais une circonstance augmente les cas d'infection : c'est qu'un seul essuie-main sert pour tous à s'absterger le visage après les ablutions du matin. Rarement aussi les draps de lit sont renouvelés plus d'une fois tous les deux mois. On se fait facilement une idée de la rapidité qu'affecte alors la transmission, si des individus atteints de granulations sécrétantes ou d'ophthalmie déclarée viennent se mêler à d'autres placés dans des conditions semblables.

Ce chapitre est terminé par un résumé de l'histoire de l'invasion de l'ophthalmie contagieuse dans l'armée belge, et de son extension dans le peuple.

Les données précédentes préparent en quelque sorte l'esprit à accueillir le résultat statistique contenu dans le second chapitre. La commission médicale, à laquelle s'était adjoint M. Cunier, a visité dix maisons servant au logement des ouvriers. La population totale de ces dix maisons s'élevait à 129 individus. Sur ce nombre, 93 seulement ont pu être visités, et 52 ont été reconnus atteints d'ophthalmie.

Sous le rapport du degré de la maladie, on peut établir entre ces cas la classification suivante :

5 étaient affectés d'ophthalmie purulente subaiguë ;
35 de granulations avec sécrétion ;
Et 12 de granulations indolentes (sèches).

Mais cette proportion d'ophthalmiques, dans les dix maisons soumises à l'examen, serait-elle la même pour toutes les habitations ? Pour répondre à cette question, M. Cunier a visité en outre quatorze autres logements d'ouvriers. En additionnant le chiffre donné par ce dernier calcul à celui de la colonne précédente, on arrive à un total de 927 individus, parmi lesquels 266 (ou près de 29 pour 100) avaient subi les effets de la contagion.

Du reste, un effet auquel on devait s'attendre commence à se manifester, vraiment effrayant pour l'avenir. Le fléau a déjà franchi les limites de la classe pauvre et ouvrière; des domestiques, des servantes, infectés par leurs proches à la campagne ou dans des logements, soit à Bruxelles, soit dans les faubourgs, ont importé le mal dans plusieurs familles. Une fille malade, placée dans une chambre où étaient trois enfants, leur a d'abord communiqué l'ophthalmie, dont leur père et leur mère n'ont pas tardé ensuite à être attaqués. — Un domestique, guéri d'une ophthalmie à la consultation de M. Cunier, entre en condition dans une famille anglaise; là il infecte la cuisinière. Celle-ci donne ensuite le mal à la bonne d'enfants; cette dernière le communique à deux petites filles, et enfin la mère le reçoit d'une de ses enfants avec laquelle elle couchait depuis une quinzaine de jours. Ces divers malades ont été traités par M. Cunier.

Un ensemble raisonné de mesures prophylactiques est indiqué par l'au-

teur, dans le but d'arrêter les progrès croissants de la maladie parmi la population civile. La première, que réclame instamment M. Cunier, et sans laquelle tous les règlements de police demeureraient illusoires, est la création d'un lazaret spécial pour le traitement des individus atteints à un degré aigu; leur admission dans un autre hôpital présentant les plus graves dangers, à cause de la communication avec les malades non ophthalmiques qui s'y trouvent.

Une fois cette précaution prise, un double but resterait à remplir : il s'agirait, en effet, d'abord d'amener les individus malades à se faire traiter au lazaret; en second lieu, d'astreindre les logeurs, d'un côté, les ouvriers, de l'autre, à observer certaines règles d'hygiène, qui, pour être élémentaires, n'en sont pas moins généralement ignorées ou violées par ceux qu'elles intéressaient le plus directement.

Sous le premier point de vue, M. Cunier se borne à poser, sans la résoudre, la question suivante : Ne pourrait-on pas, agissant comme cela aurait lieu si une affection contagieuse autre que l'ophthalmie des armées venait à éclater parmi des rassemblements d'ouvriers ou dans un établissement quelconque, ordonner la visite de tous les hommes qui en font partie? Mais il fait justement observer que l'on ne pourra jamais arriver à mettre les sujets affectés en demeure de subir le traitement. En effet, une semblable mesure exigerait l'emploi de moyens de contrainte que la loi n'autorise point, et si la loi les autorisait, il ne manquerait pas de surgir des résistances qui ne permettraient jamais d'approcher du but désiré. Il vaut bien mieux recourir aux moyens de persuasion, qu'on ne laissera pas de faire agir, les premières tentatives eussent-elles été infructueuses.

D'autres voies plus efficaces sont encore ouvertes pour forcer indirectement la main aux parents des malades. Il devrait être stipulé, dit M. Cunier, qu'on n'admettrait les enfants dans les écoles communales que radicalement guéris; ils seraient d'ailleurs visités à des intervalles rapprochés, de manière à permettre de renvoyer jusqu'à guérison tous les granulés qu'on y rencontrerait. — (Nous avons ailleurs indiqué nous-mêmes comme mesures propres à assurer le traitement de tous les sujets atteints de syphilis, la possibilité de les obliger, sans l'ombre d'arbitraire, à se faire soigner, si l'on refusait à ceux qui ne présenteraient pas un certificat de santé, ou tout au moins d'un traitement actuellement suivi, certains droits dont la société dispose, tel que celui de porter plainte en justice, de voter, de recueillir une succession, déposer à la caisse d'épargne, etc. Ce système, qui n'est que l'extension de la mesure proposée par M. Cunier relativement aux écoles communales ne serait ni plus difficilement applicable, ni moins fertile en bons résultats pour l'ophthalmie contagieuse que pour la syphilis.)

Quant aux individus qui n'entreraient pas à l'hôpital, certaines conditions de salubrité devraient être exigées soit d'eux, soit de ceux qui les logent. Quelque peu qu'il y ait à compter sur les ouvriers eux-mêmes pour prendre l'initiative des mesures prophylactiques les plus simples, il conviendrait cependant de ne négliger aucune occasion de leur faire connaître la contagiosité de l'ophthalmie, ses prodromes, sa marche, enfin les soins qui peuvent en prévenir le développement ou la juguler à sa première période. Dût-il être perdu pour beaucoup d'entre eux, cet avertissement n'en porterait pas moins ses fruits; car, une fois instruits du danger, on verrait les plus insouciants devenir pour leurs camarades de sévères argus, et ne plus tolérer parmi eux ceux chez qui paraîtraient les premiers symptômes. — Une affiche contenant ces enseignements serait avec un grand avantage placardée dans chaque logement; et l'hygiène générale des ouvriers en recevrait sans doute de notables améliorations.

Mais s'il est tyrannique, maladroit de procéder contre les ouvriers par la menace d'une pénalité, le droit reste entier et le bénéfice paraît assuré lorsqu'il s'agit d'appliquer ce système contre les logeurs. Même en l'absence d'une loi spéciale sur la matière, la police, sans l'autorisation de laquelle ils ne peuvent établir leurs garnis, conserve la faculté de les fermer (comme cela se pratique pour les maisons de tolérance) dans le cas où ils ne se conformeraient pas aux prescriptions sanitaires. M. Cunier voudrait qu'une ordonnance définît les conditions que doivent réunir ces maisons, limitât le nombre des personnes qui peuvent être hébergées dans chacune d'elles, et dans chacune de leurs pièces, prescrivît le blanchiment fréquent des murailles, une aération et une ventilation convenables des chambres à coucher, l'entretien dans ces chambres d'une certaine quantité de chlorure de chaux, la remise d'un essuie-mains à chaque ouvrier, le lessivage ou le passage au chlore, à certaines époques, des couvertures et des objets de couchage, le renouvellement mensuel des draps de lit, etc.

Toutes les personnes demeurant dans ces maisons (y compris le logeur lui-même et sa famille) seraient obligées de se soumettre au moins une fois par semaine à la visite d'un médecin, ce que leur livre servirait à constater d'une manière régulière.

Les logements d'ouvriers ne constituent ni les seuls ni les principaux foyers de contagion ophthalmique où va puiser la classe ouvrière. L'un des plus actifs est celui que propagent partout sur leur passage et dans leurs familles les soldats jadis ophthalmiques et renvoyés comme guéris. Telle est parfois l'insidieuse latence de la maladie à l'état chronique que, comme M. Cunier l'avance très-explicitement, « des conjonctives saines en apparence peuvent cependant recéler le germe de l'ophthalmie purulente. Des hommes, dans cet état, peuvent donc être renvoyés dans leurs foyers et y contracter une recrudescence de la maladie, sans qu'il soit permis d'accuser les médecins militaires de négligence ou d'infraction aux règlements. »

Ces recrudescences ont, pour les malheureux qui en sont atteints, l'inconvénient très-grave que, survenant chez des sujets qui ont été reconnus et déclarés guéris, elles sont considérées par l'administration comme une nouvelle invasion du mal. En conséquence, s'ils perdent la vue, on leur conteste souvent la pension à laquelle ils auraient droit. — Mais ce malheur n'est rien en comparaison des chances qu'un homme ainsi malade en réalité, quoique constaté sain, a de semer partout autour de lui la contagion. La sécurité qu'il inspire le rend d'autant plus dangereux sous ce rapport.

M. Cunier a reconnu qu'on ne peut compter à cet égard sur un résultat favorable qu'en adoptant la conduite suivie en Autriche, où l'on fait visiter, à des époques rapprochées, par un médecin militaire ou un médecin civil expert, d'une part les soldats renvoyés chez eux et qui ont souffert d'ophthalmie au service, d'autre part les familles au milieu desquelles ils vont vivre. Ces visites seraient continuées aussi longtemps qu'on le jugerait convenable. D'un autre côté, toujours dans la crainte qu'ils ne devinssent sur leur route des agents d'infection, l'auteur a réclamé de l'autorité que les soldats granulés traités dans les casernes y fussent consignés, et que l'on fît loger à l'hôpital au lieu de les héberger chez les habitants, les ophthalmiques de passage qui se rendent à l'hôpital militaire central.

Enfin, des mesures spéciales de surveillance sont encore indiquées pour les pensionnaires du dépôt de mendicité, de l'hospice des Orphelines, de celui des Enfants valétudinaires d'Ixelles, et des familles qui reçoivent des secours de la bienfaisance publique. Nous approuvons surtout, relativement aux indigents, la menace de rayer de la liste des secours ou de priver de certains dons ceux qui, atteints de l'ophthalmie, refuseraient de se faire traiter ou d'entrer dans un lazaret. Ce moyen rentre tout à fait dans ces procédés de *coercition indirecte*, contre lesquels personne ne peut réclamer et qui atteignent d'autant plus sûrement leur but qu'ils ont pour sanction, non une punition qu'il répugne toujours d'appliquer à des malheureux, mais une privation qu'il ne tient qu'à eux de faire révoquer en se soumettant à une mesure prise dans l'intérêt de tous et dans leur propre intérêt.

Nous avons à dessein condensé et résumé tous les conseils que l'auteur donne pour découvrir et tarir les diverses sources où le fléau contagieux puise les aliments de sa puissance dévastatrice. M. Cunier ne les a pas présentés avec la sécheresse de cette forme didactique. Chacun des préceptes que nous avons dû nous borner à transcrire se trouve là appuyé sur des exemples cliniques choisis ou sur des rapprochements statistiques frappants. Espérons que ces avis seront entendus. Le temps presse, pour l'administration belge, de les mettre à profit : car, si l'on ne se hâte de prendre un parti, il faudra bientôt, comme le dit M. Cunier, consacrer à l'entretien des malades devenus aveugles des sommes qui dépasseront dans les plus énormes proportions celles qui actuellement seraient suffisantes pour, sinon dompter l'affection, du moins la réduire à des proportions compatibles avec le maintien de la santé et de la sécurité publiques.

— Nous donnerons, dans notre prochain numéro, un résumé et une appréciation de la discussion soutenue à l'assemblée nationale par notre honorable confrère M. Ducoux, sur le service sanitaire de l'armée.

— La Faculté de médecine paraît sérieusement menacée. La commission du budget propose de retrancher comme inutiles ou surabondantes : 1° une chaire de clinique médicale; 2° une chaire de clinique chirurgicale; 3° une chaire de pathologie médicale; 4° une chaire de pathologie chirurgicale; 5° la chaire d'hygiène, qui serait réunie à celle de physique.

Ces retranchements porteraient sur cinq de ses plus illustres membres : 1° M. Fouquier; 2° Roux; 3° M. Duméril; 4° M. Marjolin; 5° M. Royer-Collard. Les quatre premiers, ayant acquis les trente années de service exigées par la loi, recevraient le maximum de la retraite. Quant à M. Royer-Collard, en raison de ses infirmités, la commission propose de déroger en sa faveur aux prescriptions et de lui accorder aussi le maximum de la retraite.

(UNION MÉDICALE.)

— PRIX ANNUEL DE L'ACADÉMIE DE FERRARE POUR L'ANNÉE 1849. — Une médaille de 100 écus romains sera décernée à l'auteur du meilleur mémoire sur le sujet suivant : « Monographie de la fièvre typhoïde. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE DE L'ALGÉRIE.

CONSTITUTION MÉDICALE PENDANT L'ANNÉE 1848.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Reprenons l'histoire des maladies endémo-épidémiques.

L'hiver, les pluies avaient été très-abondantes, et les chaleurs cette année furent tardives, tardives aussi furent les maladies endémo-épidémiques, car la pathologie a ici, comme la végétation, ses moissons, qui viennent presque à époque fixe ou, selon l'ingénieuse comparaison de Zimmermann (TRAITÉ DE L'EXPÉRIENCE), elles ont, comme les plantes, leur commencement fixe, leur accroissement et leur issue. Les mois de mai et juin ne produisirent donc qu'un très-petit nombre de fièvres, et encore sans aucune gravité, accompagnées de légers maux de tête, de douleurs contusives dans les membres et dans les reins, qui se dissipaient comme par enchantement, du jour au lendemain, sous l'influence d'une faible dose de sulfate de quinine; elles s'accompagnaient souvent d'une urticaire qui paraissait dans les accès et disparaissait dans les rémissions; nous avions encore quelques pneumonies, de légères bronchites et des affections rhumatismales et cutanées sans importance. A cette époque, ces diverses maladies forment çà et là des groupes disséminés, des éléments hétérogènes, mais bientôt l'influence toxique exerçant sa puissance assimilatrice sur ces caractères étrangers va bientôt amalgamer et fondre ces diverses formes morbides en une seule existence.

C'est vers la fin de juin et dans le courant de juillet, alors que les chaleurs augmentèrent subitement et facilitèrent l'explosion des effluves paludéens qui commencèrent à s'élever du fond vaseux des vastes marais de la plaine d'Eghris, que l'épidémie s'établit véritablement, que l'on vit les fièvres intermittentes jusqu'alors bénignes se multiplier à tel point que le chiffre des malades qui n'avait été jusqu'alors que de 50 à 60 s'éleva, dans l'espace de quelques jours, à 247. Les maladies sporadiques ou intercurrentes avaient entièrement disparu : nous n'avions plus que des fièvres. Les dyssenteries, les diarrhées et les hypérémies du foie, qui ont coutume de se montrer nombreuses à cette époque furent au contraire très-rares. On pourrait se demander si cette absence des dyssenteries et des maladies du foie ne tiendrait pas à ce que l'influence inconnue qui les développe plus particulièrement n'a pas la même intensité cette année.

Alors se déclare en même temps dans les formes morbides une évolution de caractères qui tend à masquer la nature des maladies; les fièvres intermittentes simples, légères du printemps commencent à revêtir une forme plus ou moins grave, à prendre sensiblement les types rémittents, continus et pernicieux; l'estomac et les intestins sont plus ou moins dérangés, les douleurs de tête plus vives et plus continues, le frisson initial, si remarquable le mois précédent, offre peu de durée et même n'est plus perçu; c'est une chaleur continue, sèche, brûlante, générale, avec de la pesanteur dans tous les membres, de la céphalalgie, une soif inextinguible; il y a de l'agitation, de l'anxiété et constamment du malaise accompagné d'une grande oppression et d'une douleur d'estomac fréquemment suivie de vomissements abondants de bile ou de pituite; tous les soirs surtout, ces symptômes s'aggravent, la tête devient douloureuse, le délire survient souvent; après avoir duré une partie de la nuit, ces phénomènes diminuent le matin avec une sueur imparfaite. Dans certains cas, la langue se sèche et noircit, les gencives se couvrent de fuliginosités; il y a de la prostration, de la stupeur; on croirait avoir affaire à une fièvre typhoïde, si l'on ne voyait bientôt tous ces symptômes graves disparaître sous l'influence d'une forte dose de sulfate de quinine et plus tard de calomel; c'est en vain que nous avons cherché, dans ces cas, l'éruption lenticulaire, la douleur de la région iléo-cœcale et le météorisme du ventre.

Un assez grand nombre de fièvres pernicieuses étaient accompagnées de symptômes qui simulaient assez bien une gastrite très-aiguë, tant l'épigastralgie était considérable; gardez-vous bien, dans ces cas, des émissions sanguines même locales, vous tueriez votre malade. Combien de fois j'ai vu une maladie facilement curable se transformer en une maladie grave et dangereuse, et la mort suivre une semblable pratique; à mesure que les malades perdaient du sang, l'oppression devenait plus considérable, la respiration s'embarrassait de plus en plus, et le malade mourait dans un état d'asphyxie; l'autopsie alors nous révélait fréquemment une lésion cardiaque ou la coagulation du sang dans les cavités du cœur. Le point du sternum, l'anxiété précordiale, l'oppression inexplicable ainsi que les douleurs poignantes que les malades rapportaient à la base de la poitrine, jointes à l'épigastralgie, ne me paraissent avoir d'autre cause que cette pléthore des cavités droites du cœur. L'emploi immédiat du sulfate de quinine à haute dose faisait disparaître cette oppression et cette épigastralgie si intense; ce qui prouve que, dans ces cas, l'estomac n'est le siége d'aucune lésion organique, c'est que, du jour au lendemain, l'appétit se faisait sentir avec vivacité, et que l'estomac offrait une grande aptitude à recevoir des aliments. Ce serait méconnaître la nature, la marche et les suites de cette fièvre que de vouloir temporiser avec elle, et si l'aphorisme *morborum naturam ostendit curatio* est jamais applicable, c'est assurément dans des cas pareils. D'autres fois, les malades se plaignaient d'une douleur déchirante à la partie postérieure de la tête, qui leur arrachait de temps à autre des cris. Après l'antipériodique, j'avais recours aux révulsifs énergiques. Les formes comateuses et délirantes sont celles que revêtent ici le plus ordinairement les fièvres pernicieuses.

Vers la fin de septembre, les fièvres commencèrent à ne pas être si nombreuses ni si violentes; les rémissions furent aussi plus libres, de sorte qu'insensiblement avec la fraîcheur du temps, ces fièvres se changèrent en intermittentes régulières; malgré cette conversion, elles se montrèrent cependant beaucoup plus opiniâtres que les fièvres printanières; elles empruntèrent très-fréquemment aussi le masque des affections gastro-intestinales, ce qui les fit quelquefois méconnaître les premiers jours : ainsi l'enduit jaunâtre de la langue, la céphalalgie sus-orbitaire, la pesanteur épigastrique, la constipation accompagnent ordinairement ces fièvres, et lorsque cela arrive, le ventre est dur et balonné; elles nécessitèrent l'emploi des évacuants (1).

En octobre, aux journées encore très-chaudes pour la saison, nous vîmes

(1) On a fait depuis longtemps la remarque que les fièvres intermittentes automnales accompagnées de symptômes dits bilieux se montrent plus ou moins rebelles à l'action des antipériodiques; aussi les anciens, pour préparer en quelque sorte les malades à cette médication employaient-ils, dès le début, un purgatif ou un émétique. C'est le précepte que donne formellement Stoll dans son aphorisme, 453.

Feuilleton.

LES MÉDECINS MILITAIRES.

M. MOIZIN, ANCIEN INSPECTEUR, MEMBRE DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES, COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Dans l'existence de l'officier de santé militaire, il y a deux vies : sa vie comme homme et sa vie comme médecin attaché à l'armée. Je le comparerais volontiers à une de ces plantes qui parcourent toutes leurs phases dans l'espace d'une année : l'époque où elle se couvre de feuilles, se pare de fleurs et se charge de fruits, est l'image de la période active du médecin militaire; les tristes jours où, dépouillée de feuilles, veuve de fruits et sans fleurs, elle ne révèle plus guère son activité aux hommes et vit surtout en elle, sont bien l'analogue des années qui s'écoulent lorsque la retraite a marqué le moment où il doit cesser de partager les travaux de la grande famille, resserrer ses relations dans un cercle plus restreint, se replier sur lui-même, se souvenir et attendre.

Quand un des nôtres a marqué son passage par l'éclat de ses talents, par ses vertus privées, par des services rendus à l'humanité et à ses collaborateurs, nous lui devons deux adieux. L'un, plein d'amertume et de douleurs, se dit, parmi les larmes, sur une tombe qui se referme; l'autre, imprégné d'une douce tristesse, comme celui d'un ami à son compagnon d'enfance quittant la ville natale, se dit mélancoliquement quand l'heure de la retraite a sonné.

C'est le dernier de ces deux adieux, le moins pénible, que nous voulons faire à notre vénérable inspecteur Moizin; et si une âme forte, un jugement net, un cœur plein de jeunes et vives affections, étaient la seule mesure des jours qui restent à vivre, la génération qui grandit ne serait point appelée à prononcer celui que les larmes accompagnent.

M. Moizin (Claude Joseph) est né à Bagé-le-Château, département de l'Ain, le 21 octobre 1783. Son père, chirurgien du marquis de Feuillans, seigneur de Bagé-le-Château, jouissait d'une belle aisance, d'une haute considération dans le pays. Après avoir fait donner à son fils une éducation soignée, il l'envoya étudier la médecine à Paris.

C'était l'époque brillante où Pinel, Sabatier, Corvisart, Boyer, Hallé, Pelletan, Cabanis, Fourcroy, Dubois, Chaussier, etc., illustraient cette école. Aux leçons de ces maîtres, M. Moizin se trouvait côte à côte avec Broussais, Marjolin, Roux, Magendie, Lagneau, Villeneuve, Cullerier, Rampont et Lacretelle, ses condisciples et ses amis. Il fréquentait en outre assidûment le cabinet de Bichat, dont il fut l'élève particulier.

Reçu docteur en médecine à l'École de Paris, le 25 thermidor an XI de la république, il entra presque immédiatement au service, le 11 vendémiaire an XII en qualité de chirurgien de 3e classe à l'armée des côtes de l'Océan. La même année, il fut attaché comme aide-major au 61e régiment d'infanterie de ligne,

succéder des soirées très-fraîches quoique avec un vent du sud, mais qui s'était rafraichi en traversant les hauts plateaux, et qui vint supprimer tout à coup la transpiration chez les personnes qui n'avaient pas le soin de se couvrir convenablement; les rhumatismes furent alors très-nombreux et surtout très-mobiles; après avoir attaqué successivement les diverses articulations, il n'était pas rare de les voir se fixer sur les yeux, l'estomac, les bronches et les muscles de la poitrine, puis quitter ces organes pour se porter de nouveau sur les articulations où ils venaient épuiser leur action; lorsque ces rhumatismes attaquaient d'emblée l'estomac ou les bronches, comme les douleurs gastriques étaient alors très-vives, les vomissements opiniâtres et très-fatigants, la toux fréquente, mais sèche et par secousse, l'oppression considérable, la respiration inopinément très-difficile et très-accélérée, on aurait pu facilement se laisser induire en erreur et pratiquer de larges émissions sanguines, croyant avoir à combattre de violentes inflammations de l'estomac et des poumons; mais la disparition subite de ces symptômes en même temps que se développaient dans les articulations, dans les reins ou dans les cuisses, des douleurs rhumatismales intenses ne tardait pas à nous mettre sur la voie de la nature *rhumatismale* de ces maladies, qui, lorsqu'elles se fixaient sur les bronches, se prolongeaient quelquefois encore longtemps après la disparition de tous les autres symptômes; c'est le soir ou la nuit que la fièvre et les douleurs offraient le plus d'intensité. Le sulfate de quinine à haute dose, l'opium, les vomitifs, les purgatifs, les boissons chaudes légèrement stimulantes et les cataplasmes émollients sur les points douloureux firent tous les frais de la thérapeutique; rarement nous eûmes recours aux émissions sanguines. Les bronchites furent très-communes, mais peu graves.

En novembre, les types tierce, double tierce, quarte, quintane, octane, prirent le dessus; le froid était intense et très-long, et la chaleur de courte durée et presque sans sueur; les crises imparfaites n'apportaient que fort peu de soulagement; les rémissions cependant furent très-marquées: elles se compliquèrent surtout d'engorgement des viscères abdominaux et d'embarras gastrique opiniâtre, qui revêtit facilement une teinte de dothinentérie; elles prirent même, dans certains cas, tellement la tournure et la forme de la fièvre typhoïde, qu'il était difficile de déterminer les véritables rapports de ces êtres ambigus.

Lorsque la fièvre intermittente ou rémittente obtint rapidement une solution favorable, elle devint le plus grand préservatif contre cette dégénération en fièvres graves. L'estomac était quelquefois incommodé dès les commencements par des nausées, des oppressions et de fréquents vomissements bilieux; les vomitifs et le calomel nous parurent indiqués, mais ils n'eurent pas cependant tout le succès qu'on pouvait en espérer: la médication quinique se montra moins efficace contre ces fièvres tierces et quartes anciennes entées les unes sur les autres, que pendant la saison des chaleurs; les convalescences étaient lentes et très-difficiles; les malades se plaignaient, longtemps après la guérison, d'une grande lassitude, et l'appétit ne revenait pas; dans quelques cas, des selles abondantes survenaient tout à coup, emportaient l'accès et tenaient lieu de sueur; lorsque le sulfate de quinine s'était montré impuissant, je me suis assez bien trouvé de l'emploi de l'émétique à haute dose en lavage, qui déterminait alors une forte secousse.

En ce temps-là, dans le service de M. Robert, mon collègue, nous pûmes observer, chez un homme employé à la pépinière, un cas de fièvre rémittente bilieuse qui offrait tous les caractères de la maladie désignée sous le nom de *fièvre jaune;* ainsi fièvre continue, ictère, vomissements noirs, hémorrhagies nasales. A l'autopsie, le foie et la rate étaient considérablement ramollis; l'estomac, fortement injecté, contenait en abondance une matière noirâtre qui paraissait due à une exsudation sanguine de la muqueuse gastrique.

Les maladies épidémiques de l'automne avaient cessé pour faire place à celles de l'hiver; les fièvres intermittentes ne paraissaient plus guère que chez ceux qui en avaient été attaqués dans le courant de l'été ou en automne. Ces rechutes, alors très-fréquentes, causaient des obstructions dans les viscères abdominaux, ce qui rendait les intermittentes plus opiniâtres et irrégulières, et les faisait aboutir à l'hydropisie, à la jaunisse, au scorbut et à d'autres cachexies.

La saison ordinaire des maladies expirait, on ne voyait plus dans nos salles que ces leucophlegmasies, ces diarrhées, ces dyssenteries chroniques qui font le désespoir des praticiens; c'était dans le petit nombre de malades que nous avions alors, partout des traits amaigris, ou au contraire des faces jaunes et bouffies par l'oedème, des ventres énormes, des chairs flasques et imprégnées de sérosité, des membres infiltrés, des rates saillantes et formant tumeur dans l'hypocondre gauche, en même temps un pouls petit et lent. Le sulfate de quinine n'était plus guère de saison contre ces symptômes consécutifs; le traitement débilitant était remplacé, au grand avantage du malade, par une alimentation tonique légèrement stimulante, du vin de quinquina et des potions prises chaque jour avec 2 grammes de sous-carbonate de fer et 4 grammes d'extrait de quina. Ce traitement devait être continué longtemps. A la même époque et peut-être par l'action d'un certain nombre de causes identiques, les hypérémies du foie étaient assez communes et remarquables surtout par leur marche lente, insidieuse et obscure; cependant elles furent dans certains cas rapides, mais le plus souvent faisant périr le malade après que le danger paraissait passé. C'était surtout sous la forme de ramollissement que se révélaient, à l'autopsie, dans cette saison particulière, les altérations du foie.

Quelques-uns étaient atteints de diarrhées et de dyssenteries chroniques entées sur des constitutions délabrées ou succédant à des fièvres rebelles; elles étaient fort graves et conduisaient lentement leurs victimes à la mort après les avoir fait passer à travers tous les degrés du marasme. Le traitement était peu efficace. Enfin quelques-uns étaient affectés d'aphthes dans la bouche, de boursouflement des gencives et de la langue, et d'ulcérations de ces parties. Plusieurs aussi se plaignaient de bronchites ou d'affections rhumatismales.

Nous avons évacué sur la France quelques-uns de ceux dont la convalescence ne marchait pas franchement, que la diarrhée à forme chronique avait atteinte, ou que les récidives de fièvres avaient jetés dans l'épuisement.

Ici se termine la tâche que je me suis imposée; j'ai cherché à rendre ce résumé aussi parfait que possible en ne m'arrêtant cependant que sur les points saillants; cette espèce de revue à vol d'oiseau tout incomplète qu'elle devra être nécessairement pour ne pas prendre des proportions colossales, suffira encore pour donner une idée exacte des maladies de la partie de l'Afrique que nous habitons et qu'il nous paraît surtout important d'étudier aujourd'hui; car déjà la civilisation qui frappe à sa porte diminue tous les jours son insalubrité, et va bientôt effacer tout ce qui lui reste de couleur locale et de physionomie spéciale, jadis si tranchée; peut-être même dans quelques années se trouvera-t-on réduit à chercher dans les travaux

---

dont il partagea longtemps les travaux et auquel il commença à se rendre utile au camp de Bruges, par son dévouement et ses soins éclairés.

Bientôt après, ses services furent réclamés au camp établi non loin d'Ostende. Les troupes se trouvaient entassées sous de mauvaises baraques en paille, fétides et mal aérées; l'atmosphère était constamment saturée d'émanations pernicieuses et obscurcie par les brumes de la mer et les vapeurs des marais. La moitié de l'effectif ne tarda pas à figurer à l'hôpital, et le nombre des médecins devint tout à fait insuffisant. M. Moizin fut mis en réquisition par le médecin principal du corps d'armée, et l'inspecteur général Coste le confirma dans ses fonctions de chef de service, par un ordre conçu dans les termes les plus flatteurs. Coste avait su deviner qu'on pouvait demander à M. Moizin plus qu'on n'exige ordinairement de son âge et de son grade.

Attaché successivement, comme chef de service, aux hôpitaux de Bruges, Ostende, Dunkerque et Marquise, il eut à défendre les intérêts sanitaires des troupes, contre l'entêtement de certains généraux qui, pour des raisons secondaires, s'obstinaient à maintenir la troupe dans des camps décimés par les fièvres de marais et par les flux intestinaux. Plusieurs missions importantes lui furent confiées, notamment dans l'île de Cadzan où les soins qu'il prodigua, aux dépens de sa santé, aux militaires et à la population civile, lui valurent la confiance et l'estime de tous.

Pendant la campagne de 1805, M. Moizin fut constamment chargé des ambulances de la première division de la grande armée, au passage de l'Inn et du Danube, à Neubourg, à Dachau, à Munich, à Ried, à Lamboch, à Mariazell et à Vienne.

Après la bataille d'Austerlitz et l'évacuation de l'Autriche par les Français, il fut laissé à Brunn, en Moravie, comme officier de santé en chef d'un hôpital considérable établi dans la fabrique de drap du baron de Mondy.

On se formerait difficilement une idée de ces asiles de la douleur improvisés à la hâte, où le plus affreux dénûment double les souffrances du malade et diminue de moitié les moyens d'action du médecin. Cette peinture est trop navrante pour que nous en attristions nos lecteurs. Français, Autrichiens et Russes étaient entassés pêle-mêle dans l'hôpital de Brunn; mais bientôt la solitude et le silence remplacèrent le bruit et le mouvement: le typhus venait de se déclarer. M. Moizin, presque seul entre tous ses collaborateurs, échappa à ses ravages, rassembla les blessés qu'il avait guéris et les malades qui avaient résisté au fléau, et se mit en marche pour la Bavière, où il avait reçu ordre de joindre le troisième corps d'armée. Mais le convoi fut attaqué et pillé dans le village de Pyrowantz, entre Nicolsbourg et Vienne; M. Moizin perdit son cheval, tous ses effets, et n'arriva à Vienne que très-difficilement et à travers mille périls. Là il rencontra le comte de Spolaert qu'il avait eu le bonheur de sauvegarder, lors de son premier passage à Vienne. Il recueillit les fruits d'un service qu'il avait rendu sans calcul, pour obéir aux généreuses impulsions de son cœur: le noble personnage lui prêta la somme nécessaire pour son nouvel équipement et la continuation de sa route.

En Prusse, un service des plus actifs réclamait M. Moizin, rendu à son régiment, le 61e de ligne. A la bataille d'Iéna, son cheval fut blessé à ses côtés, pendant qu'il pansait le général de Billy, qu'une balle mortelle venait de frapper à quelques pas du chirurgien. Après les fatigues et les émotions de cette fameuse

des premiers médecins des maladies qui seront devenues rares lorsque la culture aura fait son œuvre et transformé le sol et le pays.

AUG. HASPEL,
Médecin ordinaire à l'hôpital militaire d'Oran.

GÉOLOGIE ET HYDROGRAPHIE MÉDICALES.

CONDITIONS GÉOLOGIQUES ET HYDROGRAPHIQUES QUI FAVORISENT LE DÉVELOPPEMENT ET LA MARCHE DU CHOLÉRA ASIATIQUE; par le docteur FOURCAULT.

A une époque où les sciences physiques ne pouvaient éclairer le domaine de la médecine, Hippocrate a montré la voie qu'il faut suivre dans l'étude des épidémies; et en lisant son TRAITÉ, d'ailleurs incomplet, DES AIRS, DES EAUX ET DES LIEUX, on reconnaît que ce grand observateur a indiqué les bases sur lesquelles on doit réédifier l'édifice des sciences médicales. Dans ces derniers temps, ces vues du génie n'ont point été fécondées: la météorologie a presque seule fixé l'attention de ceux qui se sont livrés à l'étude des maladies générales de l'homme, des animaux et des végétaux; des causes occultes ont été inventées, et ont fait jouer à la contagion un rôle évidemment exagéré dans le développement et la propagation des grands fléaux qui ravagent la terre, dont l'influence a été méconnue.

Les progrès de la physique et de la météorologie, la découverte de nouveaux continents, des connaissances plus étendues en géographie, les notions précieuses de la géologie, science toute nouvelle, nous permettent aujourd'hui de franchir le cercle tracé par Hippocrate. Déjà j'ai signalé les erreurs graves qui ont été introduites dans la science par ceux qui refusent de sortir de ce cercle; l'exposé de nouveaux faits démontrera cette vérité, et fera comprendre la nécessité d'élargir les bases de la médecine d'observation, en perfectionnant nos institutions, en introduisant l'enseignement de la géologie, de la physique générale, de la géographie physique dans les Facultés, les Académies de médecine, les Écoles vétérinaires et d'agriculture. Tant que ces réformes indispensables n'auront point été opérées, la médecine générale sera stationnaire, et ces Facultés, ces Académies, ces Écoles, guidées par de faux principes, s'opposeront même à ses progrès, et les élèves, comme les moutons dont parle Rabelais, guidés par des professeurs imbus de préjugés scolastiques, continueront de se précipiter dans le cercle vicieux que je viens d'indiquer, et perpétueront ainsi, à leur insu, les erreurs des fausses doctrines.

Le temps est arrivé de franchir ce cercle, en étudiant sur une vaste échelle l'influence des milieux géologiques, géographiques et atmosphériques sur la constitution de l'homme et des animaux; car ils exercent une influence sur leur organisation, sur leur développement et par conséquent sur celui de leurs maladies. Les faits coordonnés par les naturalistes et les médecins, suivant la même direction dans leurs recherches, nous offriront les preuves les plus décisives en faveur de cette doctrine. Mais pour arriver à ce but, il faut cesser de considérer la terre comme un corps doué de la force d'inertie, n'exerçant aucune influence sur l'atmosphère qui l'environne, sur les êtres qui vivent à sa surface. L'observation va montrer la réalité de cette influence, suivant les grandes divisions tracées par la nature.

L'action de l'hémisphère austral diffère de celle de l'hémisphère boréal en ce qui a rapport à l'organisation d'une foule d'espèces animales et végétales et aux différentes maladies qu'elles éprouvent; dans chaque hémisphère, les zones tropicales, tempérées, polaires, présentent encore, sous ce double rapport, des différences essentielles qui méritent un examen spécial et comparatif. Enfin, dans chaque zone, l'élévation ou la déclivité des lieux, la direction des grandes chaines de montagnes, la profondeur et l'étroitesse ou la largeur des bassins, l'abondance ou la rareté des eaux, la nature et la puissance des couches géologiques, exercent la plus grande influence sur l'organisation des corps vivants et sur les maladies qu'ils éprouvent. Ces effets attribués aux climats, d'une manière assez vague, doivent donc être en définitive rapportés à l'influence des trois milieux qui viennent d'être indiqués. Il existe entre les causes physiques et les phénomènes physiologiques, entre les conditions de l'état normal et celles de l'état morbide, des relations intimes, nécessaires, que le médecin doit connaître s'il veut sortir des voies de l'empirisme.

D'après ces principes, fondés sur les faits que nous allons bientôt exposer, nous considérerons la terre comme un vaste aimant offrant une foule de centres d'action particuliers dépendant de la structure, de la puissance, de la nature, du nombre des couches terrestres, de l'abondance ou de la rareté des eaux qui séparent ses couches ou qui sont à sa surface. Nous sommes donc conduit à diviser la science qui indique ces différences essentielles en *géologie descriptive* et en *géologie dynamique*: la première l'ossuaire, l'anatomie de la terre, est la cause passive; l'autre constitue une branche principale de la physique, appelée à nous dévoiler la *cause active* des phénomènes physiologiques et pathologiques soumis à notre observation. Cette division est établie par la nature elle-même, ainsi que nous allons bientôt le démontrer.

Il existe une géographie des orages, une géographie des plantes, une géographie des races, une géographie des maladies. Cette distinction doit être admise de toute nécessité pour la géologie; car il est facile d'établir que les actions et les réactions qui s'opèrent continuellement entre l'atmosphère et la terre varient suivant les accidents du sol, sa composition, la puissance et la nature des formations qu'il recouvre. La différence des courbes isothermes et isodynamiques, les tremblements de terre, les aurores boréales, les orages magnétiques signalés par M. Arago, les volcans, les solfatares, les eaux thermales, les inclinaisons et les déclinaisons de l'aiguille aimantée, attestent l'existence d'une force centrale et d'actions dynamiques locales qui doivent être étudiées par le physicien, par le navigateur, par le naturaliste et par le médecin. Les dernières recherches d'expérimentateurs habiles ont montré l'utilité de cimenter l'alliance de la géologie et de la météorologie; on voit maintenant que ces deux sciences doivent de toute nécessité prêter leur flambeau à la médecine dans l'étude des épidémies et des épizooties, des endemies et des enzooties, ainsi que dans les maladies des plantes.

Une première série d'observations va nous montrer combien il est utile de suivre cette méthode, et d'élargir les bases sur lesquelles on doit reconstruire l'édifice de la médecine.

Déjà nous avons rappelé un fait connu de tous les observateurs instruits; le choléra, la peste, la fièvre jaune sont des maladies de l'hémisphère boréal, et jusqu'à ce jour elles n'ont pas franchi l'équateur, malgré les com-

---

journée, lorsque chacun goûtait un repos si nécessaire, M. Moizin pansait les nombreux blessés, Français et Prussiens, qu'on avait accumulés dans les magasins, dans les églises, dans les édifices publics de Naumbourg. Pendant huit jours et huit nuits, il fut constamment sur pied, l'esprit tendu et la main occupée, dormant quelques heures à peine, ne s'asseyant pas même pour prendre sa nourriture.

Après la paix de Varsovie et le passage de la Vistule, M. Moizin fut constamment attaché aux avant-postes et accompagna toujours son régiment, dont il était le seul chirurgien, sur les champs de bataille de Pultusk, Nazulik, Golomien et Ostrolenka.

A Eylau, il ne cessa de s'exposer pour donner des soins aux blessés français et ennemis dans le village de Serpallen, pris et repris plusieurs fois par les deux partis belligérants. Il couronna cette journée si bien remplie par un acte que nous allons laisser conter à un témoin oculaire, le colonel Lanier, commandeur de la Légion d'honneur, ancien chef de bataillon au 61e de ligne :

« M. le docteur Moizin, qui exerçait les fonctions de chirurgien-major du régiment le jour de la bataille d'Eylau, a mérité les plus grands éloges pour sa conduite distinguée envers les blessés, et en particulier par son dévouement à porter secours au chef de bataillon Malval, qu'on lui avait dit être resté blessé sur le champ de bataille dans l'attaque de nuit faite par le corps du maréchal Ney. Entraîné par son zèle, il traversa toute la ligne des sentinelles russes et ne s'aperçut de son erreur qu'en tombant dans un poste avancé de l'ennemi. Comme il voulait rétrograder, il fut assailli par une vive fusillade qui tua à ses côtés l'infirmier portant ses linges à pansement. Après avoir échappé au feu de l'ennemi, M. Moizin fut exposé à de nouveaux dangers; les sentinelles françaises, le prenant pour un émigré qui voulait s'introduire furtivement, tirèrent sur lui à plusieurs reprises et le conduisirent au bivouac de l'officier commandant l'avant-poste. Celui-ci, refusant d'ajouter foi à sa déclaration, quoiqu'il fût revêtu de son uniforme sur lequel on lisait le chiffre de son régiment, le fit mener au quartier général du maréchal Davoust qui le reconnut et réclama ses secours pour une blessure qu'il avait reçue pendant la bataille.

» Après avoir échappé à tant de dangers et éprouvé tant de fatigues, M. Moizin rentra vers minuit au bivouac de son régiment, exténué de lassitude et de besoin, car il n'avait pris aucun aliment depuis six heures du matin.

» Les faits ont été attestés par M. le maréchal Davoust, par le général de division Morand, ainsi que par MM. les officiers du 61e régiment d'infanterie de ligne. »

Nommé chirurgien aide-major au 94e de ligne, M. Moizin joignit le corps campé sur les bords de la Passarge. C'était l'époque du siége de Dantzig; pendant toute la durée des opérations, le nouveau chirurgien du 94e figura constamment aux avant-postes.

Le cadre des médecins ordinaires enregistra, le 13 mars 1807, un des noms qui devaient lui donner le plus de lustre, celui de M. Moizin. C'est dans ces fonctions qu'il fut successivement chargé des hôpitaux de Gilgenbourg, d'Ostende, de Waoe aweck, où le typhus faisait d'effroyables ravages. M. Moizin en essuya une atteinte des plus graves et eut la douleur de voir son frère, accouru pour lui prodiguer des soins, gagner aussi la maladie en veillant à son chevet.

A peine convalescent, M. Moizin fut appelé à Varsovie pour diriger un des

munications incessantes très-actives établies entre les deux hémisphères. Cependant cette loi a offert une seule exception dans ces derniers temps, et la fièvre jaune s'est développée à Guayaquil, où elle a été produite par un concours de causes locales qui ne sont pas encore bien connues. Déjà nous l'avons énoncé, toutes les conditions physiques auxquelles on attribue ces fléaux, sur notre hémisphère, se retrouvent avec quelque différence sur l'hémisphère opposé, où les phénomènes dus à la chaleur, à l'humidité et à la putréfaction sont portés à leur maximum d'intensité. Le témoignage de M. le docteur Sigaud, médecin de l'empereur du Brésil, est important dans cette question d'hygiène générale, et pour l'éclairer, nous allons emprunter son propre langage.

« Dans les deux hémisphères, dit M. Sigaud, la même cause entraîne » une exacte similitude dans l'ordre des phénomènes de la végétation, » dans l'altération des substances animales, dans la décomposition prompte » des corps organisés et de certaines matières inorganiques. Dans les pro- » vinces situées sous l'équateur et sous le tropique sud, on peut vérifier » les effets de l'humidité dans les conditions parfaitement identiques à celles » qu'on a déjà observées dans l'hémisphère nord, toutefois à un degré » moindre. La rapide décomposition des substances animales, l'infaillible » altération des corps vivants, l'abattement, l'énergie physique et morale, » l'oxydation prompte des métaux de fer et de cuivre, la réduction des » matières pulvérulentes des fossiles, la déliquescence des sels, la détério- » ration des préparations de poudre, de farine, etc., des produits chimi- » ques et pharmaceutiques, la moisissure des cuirs, des papiers, la des- » truction des bois bruts ou travaillés, la décoloration des tissus, l'abaisse- » ment du ton des instruments, voilà une série d'influences constantes » dans les deux hémisphères, dues à la puissance d'action de l'humidité, » plus ou moins intense sous l'équateur et dans le reste de la zone torride, » suivant l'élévation ou l'abaissement des terrains. »

Néanmoins, malgré l'intensité de ces causes, les trois fléaux épidémiques déjà mentionnés sont inconnus dans le vaste empire du Brésil, dans la Plata, le Pérou, le Chili, etc.; mais ce qu'il importe de remarquer, les fièvres intermittentes pernicieuses, revêtant si souvent les formes terribles du choléra, sont fréquentes dans quelques-unes de ces contrées; des fièvres graves, se compliquent parfois de bubons, et au Brésil notamment la fièvre jaune y apparaît à l'état sporadique. Ici les causes dynamiques locales agissent avec la plus grande intensité; mais la cause perturbatrice générale à laquelle on peut attribuer les fléaux épidémiques de l'hémisphère boréal ne vient point ajouter son action à celles des causes locales; ils ne sauraient donc acquérir leur entier développement sous l'influence de ces dernières. D'autres faits, observés en France, montreront que nous ne créons point en ce moment une futile hypothèse. Si la non-existence des miasmes est démontrée jusqu'à l'évidence, il faudra nécessairement chercher la cause des maladies épidémiques et endémiques dans les perturbations générales ou locales de grands agents de la nature, ou rester, avec les empiriques, dans un labyrinthe sans issue : il n'y a pas d'autre alternative.

L'immunité dont jouit l'hémisphère austral, et en particulier les immenses possessions de l'empire du Brésil, ne peut être attribuée à de bonnes mesures hygiéniques, et à ce sujet, le témoignage de M. Sigaud vient ajouter une nouvelle preuve à toutes celles qui ont été invoquées, dans ces derniers temps, pour démontrer la non-contagion du choléra, de la fièvre jaune et de la peste. « La sécurité dans laquelle le Brésil a vécu relativement à l'importation de ces grands fléaux, dit cet excellent observateur, ne provient pas d'un bon système sanitaire, observé rigoureusement dans ses ports, ni du manque d'arrivages de navires sortis de contrées contaminées; elle tient à la foi que l'on a dans la régularité des brises sanitaires qui écartent de ses côtes ces terribles agents de destruction. » Suivant lui, cette immunité est due à la puissance magique de la ventilation, qui balaye de l'équateur jusqu'au cap Horn cette immense étendue de côtes respectées jusqu'à présent par ces fléaux, malgré le voisinage de Cayenne, éprouvée deux fois par leurs atteintes, et malgré l'introduction, chaque année, de milliers de nègres, malgré le contact des contrebandiers venus des États-Unis à l'époque où sévit la fièvre jaune, et de l'Europe pendant le règne du choléra.

Combien de faits d'une grande valeur prouvent aujourd'hui la non-existence des miasmes toxiques émanés des substances animales et végétales en putréfaction ! Combien de faits démontrent la non-contagion des fléaux enfantés par notre hémisphère ! Combien de faits sont favorables à la théorie générale, aux distinctions que j'ai admises, si conformes d'ailleurs aux lois simples de la nature ! Les différences matérielles existant entre les deux hémisphères doivent nécessairement donner un caractère différent aux maladies épidémiques qu'on y observe; c'est la conséquence d'un principe fondamental dans la science, et l'on doit admettre ce principe et ces conséquences, sauf à en vérifier l'exactitude avant d'inventer, de créer des causes dont l'observation ni la physique expérimentale ne peuvent constater l'existence. Or voici les conditions météoriques, hydrographiques et géologiques qui distinguent d'une manière générale ces deux parties opposées de la terre :

1° L'hémisphère austral, comparé à l'hémisphère boréal, est couvert d'une masse d'eau, dans une plus grande étendue; 2° sa température est moins élevée et plus uniforme ; 3° depuis l'équateur jusqu'au 34° degré de latitude australe, les hivers et les étés y sont plus tempérés; 4° les perturbations électriques, magnétiques, calorifiques y acquièrent un degré moindre d'intensité; on sait que les aurores boréales sont moins fréquentes que les aurores australes, que les phénomènes calorifiques, eu égard à leur intensité, correspondent aux actions électriques dont ils sont les effets; dans le Brésil et dans d'autres parties de l'Amérique du Sud, on trouve d'immenses masses de terrains anciens qui sont, comme nous le verrons, de puissantes barrières où s'arrête la cause perturbatrice qui détermine le choléra asiatique. La constitution géologique et hydrographique de l'hémisphère austral est-elle la cause initiale des phénomènes physiques et physiologiques observés et de leurs perturbations ? On peut admettre une semblable opinion; mais ici nous devons nous borner à constater les résultats de l'observation, en attendant ceux des recherches ultérieures entreprises pour compléter la géologie et la géographie médicales des deux hémisphères.

Si, de ce point élevé, où l'on découvre un vaste horizon, on examine les causes locales qui déterminent dans cette partie de la terre que nous habitons, le choléra, la peste, la fièvre jaune et les fièvres pernicieuses intermittentes, nos doutes deviennent des certitudes, et nous constatons l'immense influence des agents physiques sur leur développement; il nous est impossible de ne pas apercevoir celle des trois milieux qui modifient si profondément l'organisation et la vie de l'homme, des animaux et des végétaux. Mais, devant nous renfermer dans un cadre étroit, nous ne pouvons nous occuper, dans ce travail, que des questions relatives à la génèse du choléra, et c'est d'une manière incidente, en suivant les rapports des faits, que nous

---

vingt-deux hôpitaux qu'on avait établis dans cette ville, où le typhus et le scorbut emportaient tous les jours de nombreuses victimes. L'encombrement, le défaut d'aération, l'insuffisance de la nourriture, une température froide et humide, avaient engendré ces affections. L'état sanitaire du troisième corps d'armée devint bientôt si déplorable, qu'on fut forcé d'abandonner la Pologne et d'aller prendre ses quartiers dans la Silésie prussienne, où le soldat ne tarda pas à recouvrer la santé.

Cependant plusieurs corps étaient détachés de la grande armée pour aller compléter les troupes destinées à occuper l'Espagne. M. Moizin se sépara des compagnons d'armes aux travaux et à la victoire desquels il s'était si longtemps associé, et se mit en chemin pour la Péninsule; mais, à son passage à Bayonne, il fut retenu par le maréchal Kellermann, qui lui confia le service de l'hôpital des Cordeliers où l'on recevait surtout des prisonniers espagnols. Là, pour la cinquième fois, M. Moizin retrouva le typhus, ennemi qu'il était habitué à combattre, la douleur et la misère qu'il avait trop souvent partagées lui-même pour ne pas y compatir. Grâce aux mesures énergiques qu'il sollicita et obtint, à la cessation de l'encombrement, aux prescriptions hygiéniques qu'il dicta et fit appliquer, la mortalité ne tarda pas à être ramenée à son chiffre ordinaire.

Entré en Espagne, M. Moizin eut de nouveau à lutter contre le typhus, qui s'était développé après la retraite d'Oporto et de la Corogne. Cette terrible maladie faisait tant de victimes parmi les troupes, et laissait survivre un si petit nombre des officiers de santé envoyés dans les foyers d'infection, que M. Gorcy, médecin en chef de l'armée d'Espagne, avait pris le parti de laisser au sort à désigner les médecins qui devaient se rendre dans les centres ravagés par l'épidémie, notamment à Astarga, à Zamora, à Salamanque, à Valladolid.

Echappé à un danger, M. Moizin en rencontrait toujours un autre; sorti d'un foyer d'infection, il trouvait ailleurs l'épidémie et la désolution. Après les batailles de Talavera-de-la-Reyna, d'Almonacid et d'Olagna, on fut obligé d'accumuler une foule de prisonniers espagnols, anglais et portugais dans des locaux trop étroits et insalubres; un typhus extrêmement grave vint fondre sur ces malheureux, et l'administration fut forcée de créer à Madrid le vaste hôpital de San-Francisco dont la direction fut confiée à M. Moizin. Il parvint à diminuer considérablement la mortalité et s'attira la reconnaissance de tous les prisonniers étrangers, pour lesquels il avait eu des soins aussi dévoués qu'efficaces.

Combien des nôtres ont péri de la peste et du typhus à Jaffa, dans les champs d'Allemagne et d'Espagne? Demandez-le aux familles qui les ont pleurés et aux rares collaborateurs qui leur ont survécu, mais ne le demandez pas à ceux qu'ils ont guéris ou soulagés; ne le demandez pas à cet homme qui a eu un chapitre pour les gloires de chaque régiment (1), et qui n'a trouvé pour nous que des paroles de proscription que ne peuvent faire oublier les stériles louanges d'une fallacieuse péroraison ! Ils vous répondraient, ces hommes (2) : « Nous ne nous souvenons plus ! Nous constituons à nous seuls l'armée; à nous seuls la

(1) Le colonel Joachim Ambert, auteur de l'HISTOIRE DES RÉGIMENTS et rapporteur de la commission qui prolongea la servitude et riva pour longtemps les chaînes du corps militaire de santé.

(2) Le général Baraguay d'Hilliers.

jetterons quelque jour sur celle des autres fléaux. Examinons d'abord le berceau du premier, afin de pouvoir établir ces relations.

Les deltas, ces vastes dépôts de terre d'alluvion, ont le funeste privilége de produire les affections endémiques et épidémiques les plus funestes. Celui du Gange est le berceau du choléra cyanique; celui du Nil engendre la peste; celui du Mississipi, la fièvre jaune; les deltas, dans les autres parties du monde, sont très-souvent ravagés par les fièvres intermittentes pernicieuses, qui ne sont pas étrangères aux premiers. Ce premier rapport entre ces divers fléaux, la constitution géologique et hydrologique du sol, ne saurait être contesté. C'est dans ces lieux qu'ils sont à la fois endémiques et épidémiques.

S'ils franchissent ces lieux pour s'établir dans d'autres contrées, ou pour s'étendre en rayonnant dans celles où ils sont nés, on remarque qu'ils perdent de leur intensité et de leur fréquence, en raison directe de l'élévation du sol et de la diminution de l'humidité à la surface ou dans les couches profondes. Cette loi ne peut être méconnue, et les exceptions ne sauraient la renverser. Ainsi, la peste règne avec le caractère endémique et épidémique dans le delta du Nil, jamais elle ne sévit avec la même intensité dans la haute Égypte, et enfin il reste une limite qu'elle ne peut franchir. Le choléra se montre avec ce double caractère dans le delta du Gange, et sous la forme épidémique, il ravage les côtes du Coromandel et du Malabar; mais il s'arrête souvent au pied des montagnes du Neelghery, parallèles à ces côtes, au pied du Népaul et de l'Hymalaya; et, au rapport de M. Benet, ex-médecin du roi de Lahore, il apparaît à l'état sporadique dans les contrées élevées de cette province, lorsqu'il décime la population du Bengale. Si la cause perturbatrice acquérait un jour sa plus grande intensité, ces contrées pourraient être également ravagées par le fléau, ainsi que les diverses parties du globe les plus élevées; mais cet événement, aussi terrible qu'imprévu, ne saurait renverser une vérité établie sur une série de faits observés dans l'Inde, en Europe, en Afrique, en Amérique, et enfin sous nos yeux, dans tous les départements envahis par l'épidémie de 1832. Il existe sans doute des exceptions à cette loi générale, mais ce n'est pas une raison pour en nier l'évidence, et ceux qui rejettent l'influence des milieux géologiques, des milieux hydrographiques et des milieux géographiques sur la marche des épidémies, notamment sur celle du choléra, se sont copiés les uns les autres, n'ont rien examiné, rien approfondi, et se sont bornés à nous transmettre les assertions dénuées de preuves des premiers auteurs. Que peuvent donc nous apprendre tous ces travaux? Ils encombrent les bibliothèques de descriptions inutiles, ils paralysent les efforts des véritables observateurs, et ils arrêtent ainsi les progrès des sciences. Les preuves ne nous manqueront pas pour montrer les graves inconvénients d'une méthode aussi vicieuse.

Le delta du Gange est beaucoup plus grand que celui du Nil; il commence à 320 kilomètres en ligne droite de la mer, et il a une base de 300 kilomètres; la surface totale qu'il présente est à peu près double, suivant M. Elie de Beaumont, de celle du delta du Nil; elle est partagée par de nombreux courants qui serpentent dans toutes les directions et se ramifient les uns dans les autres, et leurs eaux s'écoulent dans la mer par dix ou douze embouchures. Diverses couches d'argile reposant sur des matières végétales, des dépôts tourbeux favorisent la stagnation de ces eaux à la surface du sol, et elles sont arrêtées dans leur cours par des bancs de sables qui encombrent les branches du Gange. La région désignée sous le nom de Sunderbunds, couverte de broussailles (*jungles*), est considérée comme pestilentielle, et les fièvres pernicieuses les plus graves sont le résultat du séjour de l'homme dans ces lieux inhabités. Les vastes rizières cultivées dans cette partie de l'Inde contribuent puissamment à entretenir cette humidité excessive de l'atmosphère et du sol qui est l'origine des maladies les plus graves. On les voit se développer avec une grande violence à l'embouchure de l'Indus, qui offre aussi un grand delta; elles ont parfois présenté le caractère de la peste et de la fièvre jaune et ont fait des ravages non moins cruels que ces dernières maladies.

Il a régné, en 1816 (1), dans les contrées occidentales de l'Inde une maladie que l'on ne peut confondre avec le choléra, dont elle fut l'avant-coureur. Elle était caractérisée par une fièvre très-intense ayant le type rémittent, une teinte jaune foncé de la peau dont l'apparition n'était pas constante, un gonflement des glandes, des aisselles et des aines, suivi de la suppuration de ces parties. Cette maladie a d'abord paru à Kundacotte, ville du Sinde, ou delta de l'Indus; elle se répandit ensuite dans la presqu'île de Guzarate et à Cutch, vers le golfe de Cambaye; elle pénétra dans l'intérieur de la péninsule indienne, et au mois d'octobre, elle ravagea Delhi, Fottighur, Cawnpore, Allahabad et jusqu'à Calcutta. Sa violence fut extrême; on a même pensé que la mortalité causée par ce typhus véritablement pestilentiel avait dépassé celle des épidémies les plus fatales aux habitants de l'Inde; à Guzarate, il tua 25 personnes par jour; à Cawnpore, un régiment perdit 10 hommes par vingt-quatre heures; un autre corps compta jusqu'à 1,000 malades, parmi lesquels un nombre considérable périt le quatrième jour après le commencement de la suppuration des glandes.

Il est évident, d'après cet exposé, que les fléaux les plus redoutables offrant les symptômes de la peste, du choléra et de la fièvre jaune peuvent éclore dans l'Inde, sous la triple influence du sol, de l'humidité et de la chaleur. Les deltas où surgissent si souvent ces maladies, nous insistons à dessein sur cette remarque, sont aussi le berceau des fièvres pernicieuses intermittentes; là les terres d'alluvion se trouvent accumulées; là s'opère le mélange de l'eau douce et de l'eau salée, qui donne naissance aux fièvres paludéennes, d'après les recherches si concluantes de M. le docteur Mélier et de plusieurs autres médecins; là enfin se réunissent toutes les conditions favorables aux actions et aux réactions électriques qui s'opèrent incessamment entre le sol et l'atmosphère. Au reste, quelle que soit la théorie, les faits tendent à démontrer que les embouchures des fleuves et les autres lieux où s'opère un semblable mélange sont à la fois les plus fertiles et les plus funestes à l'homme. La physique éclairera sans doute ce point si important et si obscur de la physiologie végétale de la pathologie humaine.

Des écrivains qui n'ont point approfondi les questions de géologie et de géographie médicale ont avancé, contrairement aux résultats les plus vulgaires de l'observation, que le choléra augmente d'intensité en progressant du midi au nord, et d'autres ont dit, sans étayer leurs assertions par les résultats de la statistique : le choléra ne dépend ni de l'humidité ni du voisinage des mers, des lacs, des fleuves, des marais, puisqu'il ravage des lieux situés dans le Népaul, à plus de deux cents lieues du littoral de l'Océan, et qu'il parcourt les plages qui, comme les déserts de l'Arabie, les plateaux calcaires et desséchés de la Perse, les steppes arides de la Tar-

(1) ASIATIC JOURNAL, juin et décembre 1817, GAZETTE DE BOMBAY.

---

considération, les grades, les honneurs. Nos titres, les voici : quand nous sommes bien enivrés par le bruit, par le feu, par l'odeur de la poudre, nous courons braver la mort. » Ainsi rien pour le chirurgien, rien pour le médecin de l'armée qui meurent par la balle de l'ennemi, aux avant-postes, dans les carrés, parmi les tirailleurs, en pansant le blessé qui vient de tomber; rien pour eux qui, de sang-froid, calculant le danger avec calme, affrontent la mort partout présente autour d'eux sous la forme hideuse du typhus, de la peste, du choléra; rien pour eux qui font de leur profession un sacerdoce, qui se dévouent pour remplir leur devoir, sans espérer la reconnaissance des hommes qu'ils savent ingrats, sans être stimulés par l'appât de la gloire, des honneurs, des décorations, car vous leur avez dit : « Nous ne nous souvenons pas; nous seuls constituons l'armée; la loi ne peut ni ne doit rien pour vous; parmi nous vous n'aurez point de place! » Et cependant beaucoup des nôtres, en tête l'homme vénérable dont nous retraçons ici la vie, pourraient répéter à ces puissants d'aujourd'hui qui n'osent point songer eux-mêmes comment ils sont devenus puissants, ce mot que l'interlocuteur de Platon adresse aux Grecs : O vous, vous n'êtes tous que des enfants!

Avant de rentrer en France, M. Moizin fit encore la campagne de Portugal, en qualité de médecin principal, grade qui lui fut conféré le 1er novembre 1810. Il dirigea le service de santé des hôpitaux de Léon, Ciudad-Rodrigo, Salamanque, Medina del Campo, Valladolid, jusqu'après la bataille de Vittoria, dans laquelle il manqua de périr et perdit tous ses effets.

A la suppression de l'armée de Portugal, M. Moizin revint en France et fut nommé membre du comité de visite, présidé par le général Pillot. Il y fonctionna du 8 juillet 1813 au 22 juin 1814.

On le chargea ensuite du service médical de l'hôpital de Bayonne, qu'il quitta en 1815, pour suivre le huitième corps de la grande armée. Témoin de toutes les grandes victoires de l'empire, il assista à sa chute. Après la funeste journée de Waterloo, il retourna à l'hôpital de Bayonne.

Cependant la tranquillité renaissait, et les esprits, un instant distraits des études calmes et sérieuses par l'entraînement que chacun subissait pendant les grands drames guerriers de l'empire, sentaient le besoin de se retremper et de se délasser dans la sérénité de la science et des arts; l'instruction négligée recevait une nouvelle organisation. M. Moizin fut naturellement l'un des premiers de ceux que l'on choisit pour enseigner la jeunesse dans les hôpitaux militaires d'instruction. Il fut nommé professeur à Metz, où il retrouva ses vieux amis, Gorcy, Rampont, Lacretelle, trois noms illustres dans les fastes de la médecine militaire. M. Moizin occupa successivement plusieurs chaires, en qualité de professeur adjoint et de premier professeur : ce sont les chaires d'hygiène militaire, de thérapeutique et de matière médicale, de pathologie interne, de clinique médicale. M. Moizin n'était pas un de ces professeurs qui diluent quelques bonnes choses dans une masse de paroles et qui se voient obligés, pour secouer de temps en temps leur auditoire somnolent, de déclamer à très-haute voix une phrase fleurie et ronflante. Ces subterfuges lui étaient inutiles pour tenir l'attention éveillée, grâce à son enseignement substantiel, nourri, serré, pratique, élégant, riche de fines observations, de savoir et de raison.

M. Moizin devint bientôt le médecin le plus répandu de Metz, et le cercle de ses amis n'était pas moins vaste que celui de ses clients. Aussi laissa-t-il d'uni-

tarie, n'ont ni rivières, ni ruisseaux, ni eaux stagnantes, ni marécages, ni forêts. Sans eau, sans humidité, la vie végétale et la vie animale sont impossibles; si ces deux éléments ne se trouvent point à la surface du sol, ils doivent se rencontrer entre les couches géologiques et dans l'atmosphère. Suivant la remarque importante de M. Arago, l'eau circule à toutes les profondeurs dans la masse du calcaire crayeux, et il existe d'immenses nappes d'eau dans les terrains stratifiés: d'ailleurs dans les lieux habités par l'homme où l'on ne trouve *ni rivières ni ruisseaux*, des rosées très-abondantes viennent rafraîchir l'atmosphère et répandre l'humidité sur le sol pendant la nuit. Il faut donc prendre en considération, dans la question qui nous occupe, l'humidité de l'atmosphère, celle du sol et les quantités d'eau qui se trouvent entre les couches géologiques. L'exposé des faits, dont chacun peut vérifier l'authenticité et l'exactitude, va nous démontrer d'une manière évidente que les conditions géologiques, hydrographiques et géographiques ont la plus grande influence sur la marche du choléra épidémique.

Dans l'Inde, en Russie, en Pologne, en Allemagne, en France, en Angleterre et dans d'autres contrées, partout il a suivi d'une manière spéciale le cours des fleuves, des rivières et le littoral des mers. Après avoir ravagé la côte du Coromandel, il envahit celle du Malabar, suit le cours de l'Indus, gagne le golfe Persique, attaque les populations des rives de l'Euphrate et du Tigre, du littoral de la mer Caspienne, de la mer Noire, de la Baltique, de la Méditerranée, de l'Océan. D'un autre côté, après avoir remonté le Gange dans l'étendue de quatre cents lieues, il pénètre dans la presqu'île de Malacca, dans les îles de l'Archipel indien, dans le royaume de Siam, dans le Tonkin, dans la Cochinchine et la Chine, le plus souvent en suivant les bords des fleuves et de la mer, en décimant les populations des lieux bas humides des quartiers les plus insalubres, les habitants des maisons étroites, obscures et mal aérées, des huttes où l'on trouve la malpropreté et la misère. C'est ainsi qu'il s'est propagé et a régné en Perse, en Turquie, en Arabie, en Egypte et dans les diverses parties de l'Europe: on l'a vu successessivement envahir les bords du Kour, du Volga, du Don, du Dnieper, de la Vistule, de l'Oder, du Danube, de l'Escaut, de la Meuse, de la Marne et de la Seine.

Dans ces vastes contrées, les vallées humides, les lieux d'où jaillissent en cascades l'eau la plus pure, les lacs, les rivières et les ruisseaux dont l'eau est limpide, ont été envahis par l'épidémie, comme les bords fangeux des marais, les quartiers boueux, malpropres et humides des grandes cités.

L'épidémie qui a régné en Russie, en 1830 et 1831, n'a rencontré aucun obstacle dans sa marche vers le nord et l'occident; la cause qui la produit a franchi les profondes sinuosités du Caucase, composé d'un terrain secondaire réuni aux porphyres, aux lignites et aux granits; elle paraît avoir suivi cette bande de terrain de seconde formation qui s'étend de cette montagne à Saint-Pétersbourg, et sur laquelle reposent çà et là des terrains tertiaires; au reste les terrains de diverses époques se trouvent réunis dans cette vaste contrée, et à Moscou, antique cité où la peste et le choléra asiatique ont exercé, à diverses époques, de terribles ravages, le sol repose sur de nombreuses couches géologiques dont M. le docteur Markus a indiqué la nature. D'après ses recherches, le terrain qui recouvre les plateaux élevés de Moscou est caractérisé par les débris variés d'animaux marins; ces débris forment quelquefois des couches de 50 pieds d'épaisseur, posés dans du sable et n'ayant pas une grande étendue. D'après les mêmes recherches, la pile géologique sur laquelle repose l'ancienne résidence des tzars est composée des éléments suivants:

FORMATION DES TERRAINS DE MOSCOU, DANS L'ORDRE DE LEUR SUPERPOSITION.

Alluvions tertiaires.

Argile.
Sable avec du gypse, de l'argile plastique, des pyrites, des restes de plantes et d'animaux terrestres, d'animaux marins et d'eau douce.

Alluvions secondaires.

Argile.
Sable argileux.
Sable avec des pétrifications d'animaux marins.
Argile plastique et gypse.
Calcaire de coraux et calcaire de plaine.
Sable avec argile plastique et gypse.
Marne.
Marne avec des térébratulites.
Sable avec des traces de craie.
Grès.
Amas de térébratulites.
Grès.
Craie.
Grès.
Calcaire du Jura.

Si l'on ajoute à ces deux séries d'éléments géologiques les sels que contiennent encore les couches anciennes, les sels déposés par suite de la décomposition continuelle des substances animales et végétales en putréfaction, les sels entraînés par les eaux qui servent journellement aux usages domestiques, on aura l'explication des grands phénomènes pathologiques que Moscou a présentés aux diverses périodes de son histoire, à savoir: la peste, le choléra et les fièvres intermittentes au milieu de l'hiver, de l'hiver de la Russie. Ainsi que j'espère pouvoir l'établir, les villes les plus antiques, celles qui présentent dans leurs diverses parties un certain degré d'humidité agissent à la manière des *marais salants* à peine desséchés; dans des circonstances sur lesquelles la science n'a encore jeté aucune clarté, les fièvres intermittentes peuvent régner épidémiquement dans les localités sans le concours de la chaleur atmosphérique; ici on ne peut donc invoquer l'émanation d'effluves délétères par suite de la putréfaction des substances animales et végétales; toutes les théories proposées jusqu'à ce jour tombent devant ce fait, en apparence si insignifiant, énoncé par M. le docteur Markus: *Avant l'apparition du choléra épidémique, pendant les hivers de* 1829 *et de* 1830, *au mois de janvier et de février, époque où la glace et la neige couvrent le sol, on a vu régner à Moscou des fièvres intermittentes graves.* Suivant le rapport de ce médecin, ces maladies se répandirent encore davantage au mois de mars, n'épargnèrent même pas les enfants de 3 à 4 ans; elles furent parfois accompagnées de délire et perdirent de leur fréquence au mois de mai, précisément à l'époque où la chaleur et l'humidité doivent faire germer les *semina*, les miasmes inventés par les médecins des écoles modernes! enfin dans le mois de juillet 1829, on vit diminuer simultanément les fièvres chaudes, intermittentes et augmenter les affections de la membrane muqueuse du tube intestinal. Dans le mois d'août, elles reparurent à la vérité; mais dans le mois de septembre, elles furent remplacées par des affections continues avec lésion

---

versels regrets quand il quitta la ville, le 7 janvier 1839, pour aller occuper le fauteuil de Broussais, au conseil de santé des armées.

Dans cette haute position, il rendit de grands services au corps par son aptitude organisatrice et son habileté comme administrateur. Il contribua puissamment à la création des inspections médicales. Un mot suffira pour faire comprendre toute l'utilité et l'opportunité de cette innovation. Avant cette époque, les officiers de santé de l'armée étaient inspectés deux fois l'an, militairement par un officier général, administrativement par un membre de l'intendance, scientifiquement par personne. C'est à ne pas y croire, direz-vous; hélas! chez nous tout est à l'avenant.

Pendant ses inspections de 1841, 1842, 1843, 1844, 1845 et 1846, M. Moizin découvrit et signala au ministre bien des choses qui jusque-là n'avaient pu parvenir à ses oreilles: il obtint de nombreuses améliorations dans le casernement et les hôpitaux; il soumit de justes réflexions sur la nourriture, les exercices, le régime de la troupe, et appela l'attention sur ces épidémies qui sévissent souvent sur le militaire, en épargnant les populations civiles parmi lesquelles il vit. Quels graves enseignements, quels avertissements salutaires peuvent en effet être tirés du règne pathologique spécial à une classe d'hommes vivant d'une façon particulière, et de leur mortalité plus considérable que celle de la population non militaire du même âge! Les inspections médicales ont beaucoup appris à ce sujet; c'est à l'administration à mettre en pratique les indications que la science lui a fournies.

Les inspections médicales ont été aussi fort utiles pour les officiers de santé; elles ont permis d'apprécier le mérite comparatif de différents membres qui, dispersés dans des localités multiples, n'étaient connus que par des rapports marqués au coin des petits intérêts de clocher, ou émanés de nos souverains maîtres, messieurs de l'intendance militaire, appelés à juger notre mérite scientifique.

Ces mots nous dispensent de dire combien nous regrettons de voir tomber en désuétude les inspections médicales.

M. Moizin, dans ses tournées d'inspection, était fort redouté des ignorants et des paresseux, très-désiré par les hommes adonnés aux sérieuses études. En un clin d'œil il posait une suite de questions sur tous les sujets, simples, catégoriques et nettes, formulées de telle sorte qu'elles exigeaient une réponse courte et formelle. La portée d'esprit, la justesse de jugement, la variété des connaissances de l'individu, étaient ainsi mises immédiatement en évidence. De là triomphe pour les uns, humilité pour les autres, c'est-à-dire justice pour tous; car, nous le dirons avec franchise, nous ne comprenons pas les hommes qui, par une bienveillance mal entendue, ont des éloges pour tous, du blâme pour personne; c'est mettre les immobiles au niveau des actifs ouvriers de la science; c'est commettre un déni de justice envers ceux-ci.

M. Moizin fit la première inspection médicale d'Afrique en 1841; on pressent qu'elle a été laborieuse et féconde.

A cette époque, les médecins militaires, qui avaient été obligés, devant la mortalité qui décimait leurs malades, de répudier une à une les idées que leur grand-maître Broussais leur avait inculquées au Val-de-Grâce, les médecins militaires commençaient à employer avec hardiesse un traitement contre lequel l'école physiologique n'eût pas trouvé d'épithètes assez réprobatrices. M. Moizin, qui n'avait

de l'encéphale; en octobre, en novembre et décembre, le type intermittent se montra de nouveau dans plusieurs maladies, malgré l'augmentation du froid, et enfin dans le mois de janvier et de février 1830 les fièvres intermittentes prédominèrent avec les affections catarrhales et rhumatiques, se montrèrent en plus grand nombre à la fin de mars, et ne disparurent qu'aux mois de juillet et d'août, époque où elles furent remplacées pour ainsi dire par les diarrhées et les dyssenteries jusqu'au mois de septembre, temps où commença le règne du choléra.

Suivant la remarque de M. le docteur Sielmann, ces fièvres sévirent surtout dans les bas-fonds des quartiers situés le long de la rivière, c'est-à-dire dans les lieux principalement ravagés, à des époques éloignées, par la peste et par le choléra. En effet, d'après le rapport où ces faits curieux sont exposés, c'est dans la partie la plus basse de Moscou, située dans une presqu'île formée par une courbure de la Moskowa, séparée du reste de la section dont elle fait partie par un canal qui communique des deux côtés avec la rivière, et offrant en réalité une île très-humide et très-malsaine : que se répandit, en 1771, la peste et que le choléra régna en 1830. Cette dernière affection s'est aussi manifestée avec beaucoup de violence dans un bas-fond marécageux où se trouve l'immense hôtel des Enfants trouvés, enfin dans les endroits encore non assainis où règne un excès d'humidité. Ainsi se trouvent établis les rapports étiologiques de la peste, du choléra et des fièvres intermittentes, dans les mêmes conditions géologiques, topographiques et atmosphériques; ainsi se trouvent indiquées les relations de l'action dynamique générale et de l'action dynamique locale de la terre. Ces principes seront confirmés par une foule d'observations. M. Markus résume ainsi celles qu'il a indiquées dans son rapport, et dont la généralité n'est plus aujourd'hui l'objet d'aucun doute.

1° Les localités les plus favorables au développement du choléra ont été les bas-fonds et les endroits situés à la proximité des eaux, surtout si elles croupissent, si la circulation de l'air n'est pas libre.

2° Les habitations qui ont fourni le plus de malades et les cas les plus graves dès le commencement de l'épidémie ont été celles qui se trouvaient dans les rues basses, étroites, boueuses, encombrées d'habitants, où l'air, la lumière pénètrent à peine, comme dans les logements souterrains, les cabanes puantes des barques.

Les mêmes observations ont été faites à Constantinople, à Londres, à Paris, dans les villes de la Pologne et de l'Allemagne. La première cité, un des berceaux de la peste, est située dans une admirable position ; mais elle est environnée par les eaux de la mer, dont les émanations sont une source abondante d'humidité. Les maisons sont généralement mal construites, les rues mal pavées, boueuses et chargées d'immondices; la partie élevée présente des conditions hygiéniques assez favorables, tandis que la partie basse, qui longe la mer et où le choléra a commencé à exercer ses ravages, offre des bourbiers fangeux qui ont fixé l'attention de plusieurs observateurs. C'est aussi dans cette partie déclive où les eaux, chargées de sel et de matières organiques, s'infiltrent dans le sol et en augmentent l'insalubrité. On a sans doute attribué les fâcheux effets de ces conditions locales des miasmes à des émanations toxiques; mais l'ensemble des faits démontre l'inanité de cette hypothèse, et la nécessité d'éclairer encore à ce sujet la médecine des notions positives de la physique.

Sur les rives de la Vistule, de l'Oder, du Danube, comme sur celles du Bosphore, de la Seine et de la Tamise, les populations pauvres, mal logées, vivant dans des quartiers bas et humides, sur l'appareil littoral, on a vu sévir le choléra avec une intensité remarquable. Suivant les expressions de M. Brière de Boismont, les juifs, habitant des réduits insalubres sur les bords de la Vistule, ont été la matière première de l'épidémie. A Breslau, elle a attaqué avec violence la population placée dans de semblables conditions, sur les bords de l'Oder, où les fièvres intermittentes règnent très-souvent. Sur le même fleuve, on a vu succomber, avec les symptômes les plus graves qui la caractérisent, les hommes adultes d'un village salubre, qui avaient été travailler sur la rive opposée, dans une vallée marécageuse ; tous étaient revenus malades au sein de leurs familles, et cependant elles n'éprouvèrent aucune atteinte de la maladie. Elle épargna les veuves et les orphelins.

En rassemblant, en comparant les faits, on distingue les causes primitives et les causes secondaires du choléra épidémique : parmi les premières, on trouve l'influence de la terre, d'un sol humide et des vicissitudes de l'atmosphère; parmi les secondes, l'altération de l'air dans les habitations où se trouvent réunis les effets de l'encombrement, de la saleté et de la misère. Dans cette circonstance, ce fluide perd ses propriétés vivifiantes, et est surchargé d'éléments impropres à la respiration, à l'hématose; mais dans cet état de concentration, l'air devient plus humide par suite de l'exhalation qui s'opère continuellement à la surface de la peau et des conduits bronchiques. Alors l'humidité de l'air s'ajoute à celle du sol pour augmenter l'insalubrité des réduits habités par les classes pauvres et laborieuses. Cette dernière cause se retrouve dans toutes les conditions où la santé est gravement compromise, dans les lieux où se développent le choléra, la peste, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses, les fièvres typhoïdes endémiques et la longue série des maladies chroniques. Nous le démontrerons par des faits les plus nombreux, les plus authentiques, l'humidité est le premier, le plus puissant agent de destruction des hommes et des animaux; la physique et la physiologie expérimentale nous indiqueront son mode d'action, son influence nuisible sur leurs organes.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES QUESTIONS RELATIVES A LA DÉSARTICULATION DE LA JAMBE ; par le docteur A. OLLAGNIER, chirurgien-major.

(Suite et fin. — Voir les numéros 4 et 8.)

CHAPITRE III.

ACCIDENTS PARTICULIERS A L'AMPUTATION DU GENOU, ET MOYENS DE LES PRÉVENIR.

En nous rappelant ce que nous avons dit, dans le résumé analytique des causes de revers rapportées au commencement de ce mémoire, nous voyons que ces causes peuvent se rapporter à deux ordres : le premier, comprenant celles qui sont de nature à pouvoir être conjurées; le second, celles qui sont pour ainsi dire inévitables. Parmi celles-ci, nous plaçons l'âge des sujets, la constitution épidémique, les affections régnantes, les accidents com-

pas vu se développer toutes les transitions par lesquelles on avait passé avant d'arriver à ce point, n'eut pourtant qu'une passagère surprise en tombant dans ce monde tout nouveau : c'est qu'il n'avait jamais partagé qu'avec réserve la fascination exercée par le génie de Broussais; c'est que, depuis Paris, il avait suivi les phases et les métamorphoses de la thérapeutique en Algérie; c'est que, homme tolérant par excellence, en médecine, il jugeait par les résultats, et ne prenait point pour critérium de la vérité des idées préconçues et systématiques.

Des analogies déduites d'une rigoureuse observation portèrent M. Moizin à penser que le climat de l'Algérie devait être aussi favorable au pavot somnifère que le ciel d'Orient. Sur sa proposition au ministre, des essais furent tentés, et M. Gabriel Simon, chargé de l'exploitation, a retiré pendant deux ans des pavots cultivés en Algérie un suc plus riche en morphine que l'opium du commerce.

Chevalier de la Légion d'honneur en date du 7 août 1813, officier par décision du 27 avril 1837, M. Moizin reçut la croix de commandeur le 22 avril 1846. C'est aussi vers la même époque qu'il fut nommé membre du conseil supérieur de santé.

Les nombreuses occupations dont sa vie a été remplie n'ont pas laissé à M. Moizin le loisir de beaucoup écrire; mais les nombreux élèves qu'il a formés ont profité de sa vaste expérience, et ceux qui, comme nous, ont quelquefois joui de ses conversations intimes, savent qu'une heure avec lui valait un chapitre d'un bon livre.

La santé de M. Moizin, qui s'était beaucoup altérée dans les derniers temps de son séjour au conseil de santé, lui faisait désirer sa retraite; mais ses amis et ses subordonnés, qui le savaient nécessaire, le dissuadèrent toujours d'en faire la demande. Il lui restait, en effet, un dernier service à rendre au corps. Membre de la commission pour la réorganisation du corps militaire de santé, il défendit chaudement nos intérêts, de concert avec ses collègues Bégin et Brault; puis, sitôt le travail terminé, il quitta les affaires de Paris pour son château du Ban-Saint-Martin, près de Metz. Il espérait que la nouvelle de notre affranchissement viendrait bientôt le faire tressaillir; mais, hélas! c'est le bruit des injustices dont on nous abreuve jusqu'au bout qui pénètre dans sa solitude et trouble la sérénité de sa retraite. Puisse une tardive réparation lui faire partager un jour les joies d'un corps auquel il appartient toujours par les affections, et peupler ses dernières années d'images paisibles, douces et riantes!

Z. X.

— EXPLICATION MÉDICALE DES RÊVES. — Voici comment les rêves sont expliqués dans le journal psycologique du docteur Winslow. Rêves doux : Irritation légère du cerveau, quelquefois prodrome d'une crise favorable. Rêves effrayants : transport au cerveau. Rêves d'incendie : pour les femmes, hémorrhagie imminente. Rêves de sang ou d'objets rouges : Conditions inflammatoires. Rêves de pluie : maladie de la muqueuse et hydropisie. Rêves de formes monstrueuses : Obstruction, maladies du foie. Rêve de douleur locale : maladie de ces parties mêmes. Rêves de morts : précurseurs d'apoplexie, cauchemar, sang à la poitrine.

— MUNIFICENCE. — 2,000 livres sterl. ont été léguées par M. W.-V. Wood à l'infirmerie de Glocester, 500 par Madame Henshinge à l'hôpital d'Ipswick et East Suffolk, et 100 par la même dame à la maternité d'Ipswick.

muns à toutes les opérations; parmi celles-là, au contraire, nous rangeons la mauvaise disposition des parties molles, le choix du procédé opératoire, l'inflammation de la capsule synoviale, le sphacèle du lambeau, le développement de fusées purulentes. Dans cette dernière partie de notre travail, où nous voulons apprécier quelques moyens capables de diminuer les dangers de la désarticulation de la jambe, il ne doit être question que de causes d'insuccès qui sont de nature à pouvoir être prévenues.

Les accidents qui se rattachent à cet ordre de causes ont presque toujours leur point de départ dans la disposition anatomique des parties qui composent le genou, région qui diffère de toutes celles sur lesquelles on est appelé à porter le couteau.

Partout ailleurs, excepté à l'extrémité des membres, les os sont entourés de parties charnues; la peau repose sur des tissus, riches en capillaires sanguins, avec lesquels elle a des connexions plus ou moins intimes. Le coude est la partie qui présente avec le genou le plus de ressemblance, et encore la disposition des synoviales qui tapissent ces deux articulations offre-t-elle des différences importantes. Chez l'adulte, et à plus forte raison chez le vieillard, la peau du genou ne présente pas, dans toute sa continuité, le même degré de vascularité. En avant et sur les côtés de cette articulation, elle repose sur un tissu cellulaire, dense et serré, ayant avec le tissu aponévrotique la plus grande analogie de structure. Au-dessous de cette dernière lame se trouve l'aponévrose d'enveloppe, puis les expansions fibreuses et tendineuses qui s'attachent à la partie supérieure du tibia, et enfin l'appareil ligamenteux, la membrane synoviale et les os. Comme de toutes les parties du corps, celles que je viens de désigner sont celles qui reçoivent le moins de vaisseaux sanguins, il s'ensuit que la peau qui les recouvre est aussi moins pourvue de capillaires que celle qui est en rapport avec des parties charnues. Or, pour peu que l'on conserve dans le lambeau une portion de peau, disposée à se mortifier, soit à cause de sa longueur, soit à cause de l'état de maigreur du sujet ou de son âge avancé, ou de l'affection qui réclame l'amputation, entre autres le phlegmon diffus, s'étendant jusqu'au genou, il est bien certain que le lambeau pourra se sphaceler ici plus facilement qu'ailleurs.

Quant à la synoviale, après avoir tapissé les surfaces articulaires de la poulie fémorale, elle remonte derrière le muscle triceps, et ne se réfléchit sur elle même qu'après avoir formé un vaste cul-de-sac, dont le fond s'élève au moins, dans l'état normal, à trois travers de doigt au-dessus de la rotule; de sorte que si, sur un cadavre, on enfonce perpendiculairement un scalpel à trois travers de doigt au-dessus de cet os, on est presque toujours certain d'entrer dans la cavité synoviale. En arrière, cette même membrane, partant de la circonférence des cartilagés diarthrodiaux, se réfléchit sur elle-même, en formant derrière chaque condyle un sinus assez profond. Il en est à peu près de même pour la partie latérale de ces éminences, où l'on remarque aussi des sinus ou étroites gouttières appartenant au même système, et se continuant avec les précédents. Il résulte évidemment de cette dernière disposition que si l'inflammation vient à se développer sur un point de cette vaste poche synoviale, elle pourra se propager à toute son étendue, et donner lieu à une suppuration abondante, suintant d'une surface profondément sinueuse, circonstance défavorable à son libre écoulement. Les liquides pathologiques, séjournant dans cette plaie, pourront agir comme des corps étrangers, cause d'abcès et de fusées purulentes qui s'étendront dans les espaces intermusculaires de la cuisse.

Les accidents que nous venons de signaler, comme se rattachant à la disposition anatomique du genou, réclament les trois indications suivantes :

1° Éviter de laisser dans le lambeau une portion de peau susceptible de se sphaceler;

2° S'opposer au séjour des liquides dans cette partie de la cavité synoviale qui reste après l'opération;

3° Prévenir l'inflammation de cette portion séreuse.

Pour remplir la première indication, il est indispensable de faire choix du procédé opératoire le mieux approprié au cas dont il s'agit. Cherchons à apprécier les avantages et les inconvénients des procédés qui ont été le plus souvent appliqués à cette désarticulation.

A. — Méthode circulaire.

Nous croyons pouvoir conclure, d'après la disposition anatomique de la partie, et surtout d'après les observations rapportées ci-dessus, qu'en suivant la méthode circulaire, on s'expose à laisser dans le lambeau une portion de peau, qui, *dans certains cas*, est susceptible d'être frappée de sphacèle. Chez les enfants, qui ont la peau très-vasculaire et la cavité synoviale peu développée, elle doit réussir à merveille, comme cela a lieu pour la petite malade opérée par M. Murville (1). Toutes choses égales d'ailleurs, elle offre plus de chances de succès chez les jeunes gens que chez les adultes; mais elle expose à de graves dangers les individus maigres et avancés en âge, ceux qui ont la peau sèche et le système vasculaire apauvri, ceux qui, comme les militaires en campagne, sont quelquefois affaiblis par de longues privations, de longues souffrances, ceux chez qui le tissu cellulaire sous-cutané a été affecté de phlegmon diffus; enfin cette méthode expose au sphacèle du lambeau toutes les fois que, dans les circonstances indiquées ci-dessus, celui-ci est plus long qu'il ne doit l'être, c'est-à-dire ayant plus que les dimensions nécessaires pour recouvrir les condyles.

B. — Procédé de M. Baudens.

Ce procedé appartient à la méthode mixte de l'auteur, méthode sur la valeur de laquelle l'expérience semble déjà avoir prononcé, et dans laquelle son inventeur se propose d'obtenir pour toutes les amputations un lambeau ovale, plus long en avant qu'en arrière, et pouvant retomber par son propre poids sur la surface saignante. D'après ce procédé, la désarticulation de la jambe se fait en trois temps : 1° section ovalaire de la peau, de manière à en conserver en avant une longueur de cinq travers de doigt, à partir du bord inférieur de la rotule, et trois seulement en arrière dans le creux poplité. 2° Le tissu cutané est relevé sous forme de manchette jusqu'au bord inférieur de la rotule, après avoir été disséqué partout, excepté dans le jarret, où les liens celluleux qui l'unissent aux muscles doivent être conservés. 3° Le couteau est plongé entre les surfaces articulaires, et tous les ligaments sont coupés, jusqu'au ligament postérieur; là un aide engage les doigts de manière à comprimer l'artère poplitée. Enfin l'opérateur rase la face postérieure du tibia et du péroné, pour détacher les muscles de cette région et les diviser au niveau de la peau. Ajoutons à cela que par une manœuvre habile, qui lui est particulière, M. Baudens a la précaution de laisser ce lambeau cutané doublé de toute la couche de tissu cellulaire qui l'unit à l'aponévrose.

Or, si les reproches que nous avons adressés à la méthode circulaire sont quelque peu fondés, on comprend que, dans les mêmes conditions, le procédé de M. Baudens doit présenter encore plus de dangers que la méthode circulaire. Les faits le constatent : que l'on se rappelle le résultat malheureux de l'opération pratiquée en Afrique par M. S., celui que M. Baudens lui-même a obtenu sur un malade amputé secondairement à Lille, et l'on sera forcé d'avouer que les cas dans lesquels ce vaste lambeau anaplastique, appliqué sur une surface cartilagineuse, pourra s'y agglutiner, ne sont pas ceux qui se présentent le plus ordinairement dans la pratique. Ainsi que l'expérience le prouve, ce procédé ne convient, en effet, que chez les individus jeunes et robustes, d'une bonne constitution, qui ont la peau doublée d'une couche suffisante de tissu cellulaire, et amputés immédiatement après la blessure. Il a l'avantage incontestable de donner lieu à un lambeau retombant par son propre poids sur la surface des condyles, et après la réunion, à une plaie située à la partie la plus déclive du moignon, précisément dans le point où les liquides tendent à s'infiltrer dans le tissu cellulaire du creux poplité. Après la guérison, l'opéré peut toujours se servir d'une jambe de bois, aussi facilement que s'il avait été amputé dans la continuité de la jambe; mais il faut savoir distinguer les cas dans lesquels il est applicable. Toutefois, lorsque l'état des tissus ou tout autre motif oblige de lui préférer la méthode circulaire, il ne faut pas désespérer d'obtenir un résultat définitif à peu près analogue, ainsi que nous l'avons vu chez la petite fille opérée par M. Murville.

C. — Méthode à lambeau.

La méthode à lambeau, d'après le procédé de M. Brasdor, celui qui a été suivi par M. Murville, met à l'abri des accidents reprochés aux méthodes précédentes. Ici toutes les parties qui entrent dans la composition du lambeau sont douées d'un degré de vascularité suffisant pour fournir au travail de la cicatrisation. Cette portion de peau, qui tapisse le genou en avant et sur les côtés, si susceptible de se mortifier dans les circonstances énoncées ci-dessus, est comprise dans les parties à retrancher; ce qui reste de cette membrane pour revêtir le lambeau est en rapport avec des tissus charnus abreuvés de fluides nourriciers. On a reproché à ce procédé de donner pour résultat un lambeau qu'il est difficile de maintenir dans une position favorable à la réunion, et en effet, si ce lambeau n'est pas convenablement soutenu, il tend par son propre poids à se séparer de la surface opposée de la plaie; mais qu'on ait la précaution de réunir la division par des points de suture et des bandelettes agglutinatives, que l'on exerce sur la base du lambeau une compression légère avec des compresses graduées, placées comme nous le dirons plus bas; en un mot, que toutes les pièces de l'appareil concourent à maintenir les parties dans un contact parfait, et l'on verra la cicatrisation marcher d'une manière aussi rapide que s'il s'agissait d'une plaie placée dans les conditions les plus favorables. C'est ce que nous avons observé chez le nommé Platel, puisque, vers le douzième jour, la réunion était presque complète. Ce résultat est d'autant plus remarquable

(1) GAZETTE MÉDICALE, *loc. cit.*

chez ce malade, que le jour où il fut soumis à l'opération, son état général donnait à craindre le développement d'un grave complication.

On a reproché en outre au procédé de Brasdor de donner lieu à un résultat dans lequel la cicatrice est située à l'extrémité du moignon, et par conséquent d'une manière défavorable pour la prothèse. Cet inconvénient mérite sans doute d'être pris en considération; mais si on ne peut l'éviter qu'en tombant dans un inconvénient plus grave, il faut bien se soumettre à celui qui offre le moins de dangers. Celui-ci n'est pas de nature à compromettre l'existence, et nous avons cité des faits qui prouvent qu'une cicatrice située à l'extrémité du moignon n'empêche pas toujours l'usage d'une jambe de bois.

Dans un grand nombre de cas, le choix du procédé influe donc d'une manière puissante sur le résultat de cette opération, qui en cela fait exception à la règle générale. Peu importe, en effet, que l'on ampute une cuisse, un bras, un avant-bras, l'épaule même, d'après la méthode circulaire, mixte, à lambeau ou ovalaire, le résultat est à peu près le même au point de vue de la réussite. Il ne peut pas en être de même pour la désarticulation de la jambe. Chaque procédé peut ici trouver son application, mais dans des cas donnés, variables, suivant l'âge, la constitution, l'état de maigreur ou d'embonpoint, d'épuisement ou de vigueur des sujets, suivant que l'amputation est pratiquée immédiatement ou secondairement. Ainsi, chez les enfants, la méthode circulaire doit être préférée à tou te autre, et en présence des faits qui prouvent que la plupart des amputations, dans la contiguïté des membres, ne sont pas plus graves que celles de la continuité, on ne voit pas pourquoi la désarticulation, chez les enfants surtout, ne réussirait pas aussi bien et même mieux que l'amputation de la cuisse. Il en est à peu près de même pour les adolescents, doués d'une bonne constitution et de ce degré d'embonpoint naturel à la jeunesse. Parmi les adultes, il en est qui se trouvent dans des conditions analogues; les parties de la peau qui plus tard seront sèches, faciles à se refroidir, conservent encore toute leur souplesse, leur chaleur; elles sont doublées d'une couche assez épaisse de tissu cellulaire. Pour ces cas, la méthode circulaire est encore applicable; on peut même lui préférer la méthode mixte, si on le juge à propos. Mais lorsqu'il s'agit de ces malades fatigués par un long séjour dans les hôpitaux, où ils ont subi infructueusement toutes sortes de traitements généraux et locaux, ou de ces sujets épuisés par d'abondantes suppurations, qui ne veulent se soumettre à une opération grave qu'à la dernière extrémité, comme on en rencontre si souvent dans la pratique civile, dans ces cas, quelle est la conduite à tenir? Faut-il renoncer à la désarticulation de la jambe? Est-il démontré par les faits qu'on doive lui préférer l'amputation de la cuisse? Non, cela n'est pas suffisamment prouvé; il est encore permis de rester dans le doute sur ce point de pratique. Or, comme nous avons vu que, dans ces mauvaises conditions, les méthodes circulaire et mixte doivent le plus souvent échouer et n'ont produit jusqu'à présent que des revers, qu'au contraire, le procédé de Brasdor compte un bon nombre de succès, n'est-il pas logique de dire que, dans ces mêmes conditions, ce procédé peut encore réussir? En attendant d'autres faits, c'est donc celui que l'expérience conseille de préférer à tout autre, lorsqu'on est appelé à désarticuler la jambe chez des individus arrivés aux dernières périodes d'une affection chronique.

Il nous reste à examiner deux procédés, celui de M. Smith et celui de Rossi.

Le procédé de M. Smith consiste à faire deux petits lambeaux, l'un antérieur, descendant jusqu'au dessous de l'éminence antérieure du tibia; l'autre postérieur, pris dans l'épaisseur des muscles de cette région, et de même dimension que le premier. Ce procédé, qui participe des avantages de celui de Brasdor, compte deux exemples de réussite, l'un obtenu par Béclard, l'autre par le professeur du collége d'Yale, à qui on l'attribue. En opérant de cette manière, on n'obtient que la quantité de tissus strictement nécessaire pour recouvrir les condyles; si la réunion se fait par première intention, rien de mieux, mais, comme le fait remarquer M. Velpeau, si malheureusement la plaie suppure longtemps, il est à craindre que le lambeau postérieur ne se rétracte au point de laisser à découvert une partie de ces éminences. Il n'est donc pas permis, en définitive, de compter sur le résultat de ce procédé.

Enfin les altérations peuvent s'étendre en avant, en arrière ou sur les côtés, assez haut pour empêcher de suivre l'un des procédés réguliers dont il a été parlé jusqu'ici. Alors on est quelquefois autorisé à suivre le conseil de Rossi qui a pratiqué cette opération deux fois avec succès, et qui en exprime son opinion ainsi qu'il suit: « Elle est indiquée, lorsque les malades pour lesquelles on doit amputer le membre se sont arrêtées au genou, y laissant intacte une quantité de téguments avec lesquels on puisse former un lambeau assez grand ou même deux pour recouvrir l'extrémité inférieure du fémur. » Toutefois, comme il est démontré qu'un lambeau cutané pris aux dépens des parties antérieures ou latérales du genou, ne fournit pas toujours des matériaux assez plastiques pour que la cicatrisation puisse s'effectuer, il ne faut s'en rapporter au conseil de Rossi que lorsqu'il s'agit de sujets jeunes et d'une bonne constitution; dans le cas contraire, il est préférable d'amputer la cuisse.

Deuxième indication. — *S'opposer au séjour des liquides dans les sinuosités de la plaie.* — Quel que soit le procédé suivi, le malade n'en est pas moins exposé à l'inflammation de cette portion de séreuse articulaire, qui reste après l'opération. L'expérience prouve que cette inflammation est le point de départ des abcès, et de ces vastes collections purulentes qui finissent par exténuer les forces, ou par avoir un retentissement funeste sur les viscères. On ne saurait nier que, dans quelques cas, ces accidents sont dus à des causes générales, dépendant d'un certain état de l'économie, et alors on a peu de chose à espérer des ressources de l'art; mais ordinairement ils se développent sous l'influence de causes locales dont il est possible de se rendre maître. La cause la plus fréquente de ces abcès consécutifs est le séjour et l'altération de la synovie dans les sinuosités plus ou moins profondes de la séreuse articulaire. La première indication qui se présente pour en prévenir le développement consiste à empêcher ce liquide de croupir dans les cavités qui le sécrètent, et de s'y mêler au pus, à l'air ou à d'autres matières propres ou étrangères à la plaie. Dans ce but, il est nécessaire de procéder au pansement du moignon de la manière suivante. Il faut, au moyen d'une compresse graduée. exercer une compression au-dessus de la rotule, afin de maintenir en contact les deux feuillets du cul-de-sac sus-rotulien. Il faut en agir de même à l'égard des sinus qui existent derrière les condyles, en plaçant sur la face postérieure du moignon une compresse graduée qui s'oppose en même temps à l'infiltration des liquides dans le tissu cellulaire qui entoure les nerfs et les vaisseaux poplités. Si par ces moyens, aidés du repos absolu de la partie, on ne parvient pas, au bout d'un certain temps, à déterminer l'adhérence de ces feuillets, du moins obligera-t-on le liquide sécrété à s'écouler par la plaie au fur et à mesure qu'il sera produit.

Quant à la troisième indication, nous n'avons rien de particulier à ajouter à ce qui a été dit par les maîtres de l'art sur les moyens capables de prévenir l'inflammation après les grandes opérations.

Ici se bornent les recherches que nous avons faites sur une question difficile à résoudre avec le peu de documents qu'il est possible de se procurer. Si, comme nous l'espérons, nous avons donné aux faits leur véritable interprétation, nous croyons pouvoir résumer tout ce qui précède dans les propositions suivantes :

1° Si, dans l'état actuel de la chirurgie, il n'est pas encore possible de démontrer d'une manière absolue et par l'expérience acquise, que la désarticulation de la jambe est moins grave que l'amputation pratiquée au tiers inférieur de la cuisse, du moins les faits avancés jusqu'à ce jour ne prouvent pas le contraire.

2° Cette opération demande à être pratiquée par des procédés opératoires différents, suivant les conditions dans lesquelles les malades sont placés.

3° Chez les enfants, les jeunes sujets, les adultes d'une bonne constitution, amputés immédiatement ou quelques jours après l'accident, la méthode circulaire ou mixte peut avoir les plus heureux résultats; mais il n'en est pas de même pour les sujets avancés en âge, amaigris, épuisés par de longues souffrances ou d'abondantes suppurations; pour ces derniers cas, si l'on veut amputer dans le genou, aucun procédé ne paraît donner plus de chances de succès que celui de Brasdor.

4° Et enfin, après l'opération, on ne doit pas considérer la plaie comme aussi simple que celles qui résultent des autres amputations, attendu qu'ici la plaie est profondément sinueuse et qu'il est très-important de procéder au pansement avec les précautions nécessaires pour empêcher le séjour et l'altération des liquides dans les replis qui les sécrètent.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de novembre et décembre 1848 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Recherches nouvelles sur la pellagre dans les départements du sud-ouest de la France*; par M. Th. Roussel. 2° *De la propriété hémostatique du coton cardé*; par M. Bourdin. 3° *Quatre observations de pleurésies guéries par le calomel administré suivant la méthode de Law, après avoir résisté aux saignées et au tartre stibié à dose contro-stimulante et vomitive, recueillies dans le service de M. Baudelocque*, par M. Cœurderoy. 4° *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules*; par M. Legrand. 5° *Observation d'un cas de cancer de l'estomac*; par le même. 6° *Coup d'œil sur l'em-*

ploi des préparations arsenicales dans les maladies nerveuses des organes thoraciques; par M. Debout. 7° *Maladie de matrice; tumeur polypéforme compliquée de grossesse; opérations; récidives multiples; dégénération cancéreuse;* par M. Troussel; *avec réflexions;* par M. L. Boyer. (Les polypes, doués d'une force végétante extraordinaire, se reproduisirent chaque fois rapidement. A l'autopsie, on trouva qu'ils remplissaient et distendaient la cavité de l'utérus. Une masse squirrheuse avait envahi le grand épiploon et le mésentère.) 8° *De l'action des préparations d'or sur l'économie et plus spécialement sur les organes de la digestion;* par M. Legrand.

DE LA PROPRIÉTÉ HÉMOSTATIQUE DU COTON; par M. BOURDIN.

Puisque le coton remplace, dans beaucoup de circonstances, la charpie comme objet de pansement, il était naturel de lui demander aussi le même office que remplissent souvent les bourdonnets de charpie appliqués pour dessécher une surface saignante. C'est ce que M. Bourdin a fait avec succès dans plusieurs cas, et voici les précautions dont il conseille d'entourer cette manœuvre si simple, afin qu'elle réussisse le plus promptement possible.

Prenez du coton en bourre ordinaire, et coupez-le en fragments de la grosseur d'une petite noisette. D'autre part, épongez avec soin la blessure saignante avec un linge ou une éponge humide. Maintenez alors le coton en contact avec la source de l'hémorrhagie pendant quelques minutes. Ce temps devra nécessairement varier selon la grosseur du vaisseau ouvert, le mode de résistance des tissus sous-jacents, la nature du sang, son degré de plasticité, la nature des agents vulnérants dont certains empêchent et d'autres favorisent l'hémorrhagie, l'état général du malade, etc., etc.

Le coton ainsi appliqué se colle sur la partie malade, et s'y maintient avec une ténacité extrême. Le plus ordinairement on observe un suintement séro-sanguinolent se faire à travers son épaisseur et continuer plusieurs heures, parfois même avec beaucoup d'abondance. Mais tant que ce suintement ne conserve ou ne prend pas la couleur du sang, on peut être rassuré et laisser l'appareil en place; car il dépend uniquement du départ qui se fait entre les éléments coagulables du sang et sa portion séreuse.

La fibrine qui se dépose molécule par molécule dans le coton communique à celui-ci une dureté qui lui donne la consistance d'un carton épais. Cette sorte de bouchon résiste à l'action de l'eau, et pour l'enlever *avant le temps*, il faudrait une traction très-forte et douloureuse pour le malade. Au contraire, au bout de huit à dix jours, il se détache spontanément de la plaie par un véritable travail de suppuration, qui le chasse peu à peu.

Dans ce cas, le coton paraît à M. Bourdin agir comme une sorte de tamis qui laisse transsuder la partie la plus ténue du sang, et retient la fibrine et les globules.

Une précaution sur laquelle il insiste pour le succès de la petite opération est que, lorsqu'on a déjà fait des tentatives infructueuses avec le coton, il faut rejeter celui qui est taché de sang, et en reprendre de nouveau pour recommencer l'application hémostatique.

M. Bourdin rapporte sommairement sept observations d'hémorrhagie arrêtée par l'emploi méthodique du coton. Deux de ces cas ont trait à des épistaxis, que tout autre agent de tamponnement eût vraisemblablement fait cesser aussi heureusement. Un autre concerne des piqûres de sangsues; un quatrième une rupture de varice où le procédé hémostatique fut puissamment secondé par la compression. Mais il n'en est pas de même des trois autres faits : ils sont relatifs, l'un à l'ouverture de l'artère temporale par le caustique de Vienne; le second à la division par instrument tranchant des collatérales du pouce; la troisième, de celles du doigt indicateur. Ici le moyen a pu être jugé; car l'accident avait assez de gravité pour ne pas céder à des topiques insignifiants. Le coton suffit toujours à arrêter promptement et sans retour ces hémorrhagies.

DE L'ANALOGIE ET DES DIFFÉRENCES ENTRE LES TUBERCULES ET LES SCROFULES; par le docteur A. LEGRAND.

Nous ne pouvons qu'indiquer les conséquences que l'auteur a tirées des recherches auxquelles il s'est livré, recherches exposées dans un travail d'une telle dimension que l'espace nous manquerait pour une analyse quelque peu étendue. Ces conséquences sont les suivantes :

1° Il existe des analogies appelées par l'auteur *symptomatiques* entre le *tubercule* et la *scrofule;* c'est-à-dire que le principe tuberculeux peut se traduire par des symptômes qui paraissent appartenir au principe scrofuleux. Mais l'inverse n'a pas lieu et les symptômes propres au principe scrofuleux ne sauraient appartenir au principe tuberculeux.

2° Le *tubercule* a, pour ainsi dire, son individualité morbide, son élément moléculaire; c'est le *globule tuberculeux* qu'on retrouve souvent dans les manifestations scrofuleuses du tubercule. La *scrofule*, au contraire, manque absolument de cet élément moléculaire et ne se prouve, en tant qu'individualité morbide, que par la constance des symptômes qu'on lui attribue.

3° Le *tubercule* a son siége principal dans les organes intérieurs; et, dans les manifestations à l'extérieur, il y a irradiation du principe morbide du centre à la circonférence. La *scrofule* procède d'une façon toute différente. Elle se manifeste à la peau, au périoste, et s'irradie ensuite vers les organes internes, que, toutefois, elle ne désorganise jamais à la manière du tubercule.

4° Le *tubercule*, malgré l'appauvrissement du sang qu'il détermine toujours, n'y détruit point, du moins dans les premiers temps, l'élément fibrineux; et l'on se rend compte ainsi des phénomènes phlegmasiques qui compliquent si souvent et qui accélèrent toujours sa marche désorganisatrice. La *scrofule* appauvrit aussi le sang, mais en même temps, il paraît y annihiler l'élément fibrineux. Aussi les inflammations compliquent-elles rarement la scrofule, et cette complication, quand elle se manifeste, est souvent favorable à la guérison.

5° Toutes les altérations observées dans le sang et dans les urines des tuberculeux et des scrofuleux sont consécutives; elles ne sauraient être regardées comme la cause de ces maladies, et pourtant il est probable qu'elles ont leur principe dans le sang.

6° Enfin, le *tubercule* n'est jamais curable, ou ne l'est que très rarement, tandis que la *scrofule* est presque toujours curable.

Nous engageons du reste nos lecteurs à méditer cet important travail; ils y trouveront un grand nombre de remarques et de préceptes qui décèlent autant l'observateur sagace que le praticien expérimenté.

SUR L'EMPLOI MÉDICAL DES PRÉPARATIONS ARSENICALES DANS LES MALADIES NERVEUSES DES ORGANES THORACIQUES; par le docteur DEBOUT.

La réputation des préparations arsenicales comme propres à combattre les affections nerveuses, va se confirmant et s'étendant de jour en jour. Nous avons souvent l'occasion d'enregistrer des observations de névroses qui avaient résisté à tous les moyens classiques, et que l'arsenic guérit rapidement. Tantôt c'est une chorée, tantôt c'est un asthme, ou une névralgie; et nous ne parlons pas des fièvres intermittentes qui, elles aussi, ont d'intimes rapports avec la famille des névroses. Néanmoins si, avec l'ensemble des observations cliniques où les résultats du traitement arsenical ont été attentivement étudiés, on voulait construire une formule du mode d'action de l'arsenic, on se trouverait fort embarrassé. Dans beaucoup de cas, à la vérité, c'est une *sédation* qu'on paraît avoir obtenue, comme dans l'asthme, et le médicament a paru mériter le titre de *sédatif;* ou bien, c'est un effet *antipériodique*, comme dans les fièvres intermittentes; ou bien encore un effet *antispasmodique*, comme dans la chorée; en un mot, un effet qui, bien que varié dans ses *modes*, révélait toujours une action directe sur le système nerveux. Mais à côté de ces cas, il en est d'autres où l'arsenic a paru triompher d'affections connues sous le nom de phlegmasies chroniques, telles que des bronchites, sans complications nerveuses bien appréciables, ou bien de maladies spéciales, telles que de vieux psoriasis ou autres maladies invétérées de la peau. Dans le mémoire dont nous rendons compte ici, malgré l'intention annoncée de montrer les avantages des préparations arsenicales dans les *maladies nerveuses des organes thoraciques*, une seule des trois observations publiées a réellement le caractère d'une névrose. — L'une d'elles, empruntée à M. Garin (JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON, août 1848), est relative à un catarrhe chronique des bronches. « Il s'agissait, dit M. Garin, d'un catarrhe bronchique affectant particulièrement le poumon droit. » Pas d'accès d'asthme; rien que de l'oppression, de la toux et des crachats puriformes. Tout l'arsenal des pectoraux, aussi bien que les purgatifs, les exutoires, les sudorifiques, avaient été employés inutilement. Au moyen de l'arsenic, à la dose de 1/25 de grain associé à 2 centigrammes d'opium par jour, la guérison eut lieu en très-peu d'heures. — Dans une autre observation, qui appartient en propre à l'auteur, il s'agit d'une affection organique du cœur, compliquée d'hydropisie et d'anasarque. Les purgatifs et les préparations de digitale avaient échoué; l'acide arsénieux à petites doses amena presque aussitôt une diurèse qui fut bientôt suivie de la disparition de l'épanchement et de la dyspnée; en sorte que, dans ce cas, l'arsenic n'a pas semblé agir autrement qu'à la manière des diurétiques. — Reste donc une observation, due à M. Tessier (de Lyon), dans laquelle l'affection était réellement de la nature des névroses. Le malade éprouvait, depuis dix-huit mois, des douleurs aiguës revenant par accès dans la poitrine, surtout au niveau du cœur et dans le bras gauche, et déterminant une vive angoisse et une oppression marquée. Les crises duraient environ une demi-heure et reparaissaient une ou deux fois par jour. L'acide arsénieux amena un soulagement bientôt suivi de récidive; on y revint, et cette fois la guérison fut complète.

M. Debout termine par de judicieux et sages conseils au sujet du mode

d'administration des préparations arsenicales. Il engage avec raison les praticiens à ne pas adopter la forme pilulaire, dans laquelle rien ne garantit le mélange exact du médicament avec la poudre inerte nécessaire à la confection et au partage égal de l'arsenic entre les pilules. La formule qu'il adopte est celle d'une dissolution d'un centigramme d'acide arsénieux pour 100 grammes d'eau. La dose est d'abord d'une cuillerée à café; puis, dès le lendemain, d'une cuillerée à bouche, qu'on répète plus tard deux ou trois fois par jour.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'octobre et novembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Tumeurs érectiles veineuses; traitement par le caustique de Vienne.* (M. Jobert, ayant à traiter une tumeur d'un volume très-considérable, ne l'attaqua qu'à plusieurs reprises successives par le caustique de Vienne. La guérison eut lieu sans aucun accident.) 2° *Hygroma; ponction sous-rotulienne;* par M. Blandin. (Cette ponction faite selon la méthode sous-cutanée, et secondée ensuite par la compression, a amené la guérison.) 3° *Angine folliculeuse du pharynx;* par M. Chomel. 4° *De la brucine dans le traitement de la paraplégie;* par M. Bricheteau. 5° *Traitement des nécralgies viscérales;* par M. Sandras. 6° *Hernies étranglées; avantage de l'opération pratiquée de bonne heure;* par M. Cabaret. (Faits utiles à connaître, mais en trop petit nombre pour légitimer à eux seuls une conclusion tranchée dans tel ou tel sens.) 7° *Des écoulements chroniques de l'urètre;* par M. Phillips. 8° *Lettre sur l'urétrite chronique;* par M. Aug. Mercier. 9° *Moyen d'arrêter le sang des piqûres de sangsues;* par M. Carré. 10° *Recherches sur la stegnose;* par M. Ravel. 11° *Rétrécissement du bassin; détroncation; hémorrhagie mortelle;* par M. Cormier. 12° *Tumeur hydatique simulant une invagination intestinale;* par M. Lamy.

ANGINE FOLLICULEUSE DU PHARYNX.

Cet article anonyme est un exposé des opinions émises par M. Chomel, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, sur l'angine folliculeuse du pharynx. Cette maladie est peu connue, peu étudiée; c'est ce qui nous engage à revenir ici avec quelques détails sur les caractères que lui assigne M. Chomel.

La muqueuse du voile du palais est parsemée de petits points rouges qui vont en augmentant jusqu'à la luette, où ils sont plus nombreux; on observe également de petits points rouges sur les piliers; mais c'est surtout à la partie postérieure du pharynx que la maladie est le plus évidente. En déprimant la langue avec une cuiller, on voit disséminés sur la muqueuse, dans les cas les plus légers, deux, quatre, six, dix points rouges, arrondis, de la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis. Plus tard ces points rouges s'arrondissent en disques lenticulaires. D'autres fois ce sont des plaques elliptiques qui, au plus haut degré de l'affection, simulent des colonnes saillantes, et peuvent devenir assez nombreuses pour ne laisser la muqueuse intacte que par petites places isolées.

M. Chomel signale, comme prédisposant à cette maladie, une conformation particulière du maxillaire supérieur. Au lieu de se développer en courbe, le palais se dessine en une ogive fortement concave. Il résulte de cette disposition que la cloison des fosses nasales est placée beaucoup plus haut, que le nez lui-même se trouve beaucoup moins large, et que l'air passe à peine par les narines; il faut donc qu'il en passe un supplément par la bouche, qui reste toujours ouverte. Cet état de choses s'annonce à l'extérieur par la brièveté de la lèvre supérieure, laquelle laisse voir à nu les dents incisives. Or, ajoute M. Chomel, la dessiccation du pharynx qui résulte de la respiration buccale forcée ne peut être évitée que par une sécrétion également forcée des follicules de cet organe, et c'est cette suractivité fonctionnelle qui amène les hypertrophies.

Certaines professions, celles de chanteur ou d'avocat, par exemple, prédisposent à l'angine folliculeuse. Elle peut être liée aussi à l'existence antérieure d'affections herpétiques.

On devine aisément les principaux symptômes de cette affection : sensation de gêne dans la gorge; besoin continuel d'expuition; un peu de toux gutturale, parfois altération de la voix, etc. Mais le symptôme le plus important à noter est celui qui est relatif à la nature des crachats. Ce sont des globules de la grosseur d'une lentille, très-tenaces, demi-transparents ou bien striés de petits points d'un noir grisâtre. Ces crachats inquiètent les malades, et les portent à craindre l'existence d'une phthisie pulmonaire.

L'angine folliculeuse du pharynx affecte une marche essentiellement chronique; elle est quelquefois très-difficile à guérir, et peut même nécessiter un changement de profession.

Le traitement doit d'abord consister en gargarismes légèrement astringents. Si ce moyen ne suffit pas, ce qui est l'ordinaire, on a recours à la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent, de nitrate acide de mercure ou d'acide nitrique, dans la proportion d'une partie de caustique pour trois parties d'eau. Cette solution est portée sur le pharynx au moyen d'une petite éponge, et l'on a soin de cautériser toute la surface hypertrophiée, les parties saines comme les parties malades. Que si cependant il n'existe que des follicules disséminés, on peut les cautériser isolément tous les trois ou quatre jours avec le crayon de nitrate d'argent.

Enfin M. Chomel a tiré un parti avantageux de l'usage des eaux sulfureuses, particulièrement de celles d'Enghien, peut-être à cause du sulfate de chaux qu'elles contiennent.

DE LA BRUCINE DANS LE TRAITEMENT DE LA PARAPLÉGIE.

Cette note est, comme la précédente, anonyme; elle est destinée à montrer, par l'exemple d'un cas de paraplégie guérie sous l'influence de la brucine, que cette dernière substance équivaut thérapeutiquement à la strychnine, et que le maniement en était beaucoup moins dangereux. Elle doit lui être préférée dans la pratique. La paralysie s'était développée lentement, à la suite de douleurs dans les régions dorsale et lombaire s'exaspérant surtout la nuit et accompagnées de dyspnée, parfois même de véritables accès de suffocation. Les membres inférieurs n'étaient pas complétement impotents, mais seulement très-affaiblis et parcourus par des fourmillements insupportables. La brucine, administrée d'abord à la dose de 10 centigrammes, fut portée graduellement à celle de 50 centigrammes. Dès le commencement de l'administration de ce médicament, il y a eu une amélioration très-remarquable, et au bout d'un mois, la malade marchait assez bien.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES VISCÉRALES; par le docteur SANDRAS.

Nous avons rendu compte, au fur et à mesure de leur apparition, des différents mémoires de M. Sandras sur la névralgie. Celui que nous avons sous les yeux et qui termine, croyons-nous, la série, est relatif au traitement des névralgies des reins, de la vessie, de l'utérus, des conduits hépatiques, de l'angine de poitrine et de la névralgie du cœur.

A part le précepte de préférer, dans les névralgies des reins et de la vessie, l'extrait de belladone à la morphine et aux autres opiacés, à cause de leur action spéciale sur les voies urinaires, nous ne voyons à noter dans ce travail, comme sortant des notions communes, que les remarques relatives à la *névralgie des conduits hépatiques.* L'auteur n'a soupçonné qu'une seule fois cette affection et voici d'après quels symptômes. Des douleurs très-vives, de forme névralgique, existaient dans la région correspondante aux canaux biliaires. La face et la sclérotique étaient jaunes. Le foie n'était pas augmenté de volume; il était indolore; point de fièvre. Les matières fécales qui furent rendues pendant huit jours furent lavées et tamisées par M. Sandras lui-même, et l'on ne trouva pas le plus petit calcul biliaire. Le traitement consiste en bains gélatineux prolongés pendant deux et trois heures, usage de pilules de belladone et de morphine (extr. de bell. 0,11; hydrochlor. de morph. 0,05, pour dix pilules, à prendre de demi-heure en demi-heure), application sur la région douloureuse d'un large emplâtre d'extrait de belladone, purgations modérées, boisson d'eau de Vichy et repos. Au bout de trois ou quatre heures, la malade était soulagée et se croyait guérie. Quatre jours après, la malade recommençait à manger et à bien digérer, quand une impatience lui rendit la douleur. La médication fut reprise, et cette fois avec un succès complet et définitif.

Nous avons rencontré une fois aussi, chez une dame de 35 ans environ, un cas analogue au précédent. Seulement la douleur se répandait dans toute la région du foie et jusqu'au flanc gauche; le diaphragme paraissait participer à la souffrance névralgique, il y avait des vomissements, les sclérotiques se teignaient en jaune et les selles devenaient blanches. Nous avons employé précisément les moyens indiqués par M. Sandras, sauf la belladone; la malade a pris des bains de deux à trois heures, a été mise à l'usage modéré de l'eau de Pullna, le matin, et de l'hydrochlorate de morphine, le soir. Avant d'être confiée à nos soins, cette dame avait très-fréquemment des accès semblables qui duraient fort longtemps. Depuis que ce traitement est mis en usage presque habituellement (la morphine exceptée, qui n'est donnée qu'au début de l'invasion de la douleur), les accès sont beaucoup moins fréquents et plus courts.

DES ÉCOULEMENTS CHRONIQUES DE L'URÈTRE; par M. PHILLIPS.

Aucune théorie, dit M. Phillips, n'a jusqu'ici servi de base aux différentes médications essayées contre les suintements urétraux. Les astringents locaux, les caustiques, les antiblennorrhagiques à l'intérieur, forment le fond des traitements que prescrivent presque tous les médecins dans ces cas, et que souvent ils prescrivent sans règle, successivement et à peu près au hasard.

Pour l'auteur, au contraire, l'écoulement chonique est le résultat d'une

diminution du calibre de ce canal, produite soit par un rétrécissement, soit par des valvules, soit par une déviation de sa courbure intrapérinéale. L'inflammation est toujours la cause de cette déviation.

On sait quels phénomènes nombreux, assez souvent méconnus, ignorés par les malades, les urétrites chroniques entretiennent du côté des fonctions urinaires et génitales. Ce sont la fréquence et l'impérieuse urgence des besoins d'uriner, l'excrétion incomplète de ce liquide, les mucosités dont il est chargé, les érections imparfaites, la rapidité de l'éjaculation qui se fait en bavant, parfois les pertes séminales. Tous ces symptômes annoncent qu'un travail morbide s'opère dans les parois de l'urètre. Ces tissus, si vasculaires, restant si longtemps le siége d'une inflammation continue, finissent par perdre leur souplesse, devenir engorgés, indurés, se rétracter en un mot.

Or l'inflammation modifie parfois la région profonde du canal d'une manière particulière; elle agit sur sa direction. En effet, inégalement distribuée sur tous les points de la surface des tissus de l'urètre, elle les attire en raison de sa durée et de son intensité; la rétraction des tissus et l'action contractile des muscles qui les enveloppent n'étant pas les mêmes partout, il en résulte des déviations dans la direction de l'axe du canal et des courbures accidentelles. Il en résulte, en outre, que différents points du canal étant soumis plus que d'autres à la force d'impulsion de l'urine, ils sont sans cesse irrités, et que, présentant les mêmes conditions que les diminutions de calibre, ils ne tardent pas à s'enflammer et à produire des troubles dans les fonctions, et à devenir la cause d'un écoulement.

La recherche de ces déviations est d'autant plus importante que le cathétérisme par la bougie cylindrique ne faisant découvrir aucun obstacle matériel dans le canal, détourne l'attention de la cause réelle et fait entreprendre une série de traitements aussi variés qu'ils sont inutiles.

M. Phillips a surtout bien étudié les moyens de reconnaître l'existence des rétrécissements commençants, de ceux que les malades et quelquefois les médecins nient obstinément, se fondant sur ce que l'excrétion urinaire se fait par un jet large et fort et sur ce qu'une bougie cylindrique pénètre librement et aisément jusque dans la vessie. Mais on comprend que cette dernière fait seulement reconnaître les rétrécissements, et qu'elle laisse méconnaître les valvules qu'elle aplatit en s'avançant vers la vessie et qu'elle ne peut pas redresser en en sortant. Comme ces derniers obstacles sont appréciables lorsque l'urine poussée par la vessie les relève, il faut pour les diagnostiquer se placer dans les mêmes conditions où elles se trouvent lors de l'expulsion d'urine.

Aussi la bougie à boule ou mieux encore la bougie à nœuds olivaires (dont la base de chacun est large et à bords brusques) permet de constater des obstacles contre lesquels son extrémité renflée lutte sensiblement pendant qu'on la retire de la vessie à l'extérieur. On s'aperçoit, après l'avoir retirée, que presque toujours le bord saillant de la boule est couvert de mucosités purulentes, provenant de la portion profonde de l'urètre.

Cependant il y a des circonstances où, quoiqu'un suintement persiste, l'exploration la plus attentive avec ces instruments ne fait rien découvrir d'anormal dans le calibre de l'urètre. Si l'on veut faire entrer dans la vessie une bougie métallique à courbure ordinaire, on est arrêté invinciblement à la région prostatique; et certes si l'on persistait à vouloir passer outre, l'on produirait quelque déchirure. Cet obstacle, dit l'auteur, est le résultat d'une déviation de la portion profonde de l'urètre. Pour le reconnaître, on doit introduire une grosse bougie en cire de 6 à 7 millim. et la laisser pendant vingt à trente minutes. Lorsqu'on la retire, on voit que non-seulement la courbure profonde est quelquefois augmentée, mais aussi qu'elle est déformée latéralement.

Ces diverses altérations existent isolément, ou se compliquent l'une par l'autre.

Quant au traitement, les données précédentes doivent faire présager au lecteur que la dilatation en est la base.

M. Phillips la pratique avec des bougies flexibles, à courbure fixe et cylindriques. Les huit ou dix premiers jours il suffit de les laisser en place, sans augmenter de diamètre. On obtient ainsi une grande diminution de la sensibilité de l'urètre, et un ramollissement du point rétréci qui permet ensuite d'introduire une bougie d'un demi-millimètre plus volumineuse que la première.

Quelque étendu que soit le diamètre du rétrécissement, l'auteur commence toujours par une bougie de 2 millim. continuée pendant huit à dix jours. Elle produit moins de douleur, elle éteint plus rapidement l'irritabilité du canal, elle détermine aussi rapidement le ramollissement du point rétréci, et elle provoque moins de réaction que ne le fait en général une bougie plus volumineuse, alors même qu'elle passe facilement à travers le rétrécissement.

Après huit à dix jours, il se produit parfois une exacerbation inflammatoire locale. On la calme par l'usage répété matin et soir des injections suivantes:

Eau de rose	200 grammes.
Sulfate de zinc.	12 centigr.
Opium	75 —

après trois ou quatre jours de l'emploi desquelles on peut de nouveau procéder à la dilatation; — des pilules de camphre et d'opium sont utiles, s'il reste de fréquents besoins d'uriner.

La dilatation pour être efficace, pour guérir le suintement chronique, doit être portée jusqu'à 8 millim. ou 8 millim. et demi. Si quelques circonstances s'opposent à ce qu'elle atteigne ce degré, l'écoulement continuera souvent, alors qu'il eût cessé si l'on s'était mis en mesure de remplir cette condition. — Parmi les causes qui ont empêché quelques chirurgiens de compléter la dilatation, il faut placer en première ligne, l'étroitesse du méat urinaire et le bord postérieur de la fosse naviculaire, qui est un repli de la muqueuse, en forme de valvule, et par lequel l'introduction des bougies coniques est fréquemment arrêtée. Il faut alors faire cesser ces obstacles par une incision.

La muqueuse urétrale est dans certains cas gonflée, ramollie et saignante; au plus léger contact d'une bougie, elle laisse écouler du sang, et lorsque la bougie à boule passe dans la région profonde, il semble qu'elle est serrée entre deux surfaces élastiques très-molles. L'écoulement est alors plus abondant et plus difficile à guérir. Il est nécessaire, dans ces cas, pour hâter la marche du traitement, de modifier la membrane muqueuse par quelques injections. M. Phillips se trouve bien de les porter au moyen d'une sonde jusque dans la région membraneuse. Il donne la préférence à des liquides astringents très-faibles, unis à l'opium, sur les injections plus irritantes contenant le nitrate d'argent, le bichlorure de mercure ou le nitrate acide de mercure.

Lorsqu'il existe des valvules, la dilatation faite un peu plus brusquement les fait presque toujours céder. Si elles résistent et surtout si elles sont constituées par un tissu induré, la scarification est nécessaire pour en venir à bout. Après chaque incision, il faut introduire un cathéter de 7 à 8 mill., et ne le laisser en place que 12 à 15 minutes; sa présence plus prolongée provoquerait inévitablement un mouvement fébrile.

Les déviations du canal sont quelquefois la cause ignorée d'écoulements qui résistent à tous les moyens connus. Comme la bougie entre aisément, on ne s'aperçoit pas de leur existence; mais si l'on introduit très-lentement une bougie de cire molle, et si on la laisse en place vingt à trente minutes, on voit en la retirant, indépendamment des courbures normales, une déviation latérale qui mesure de 5 millimètres à 1 centimètre. D'autres fois c'est la courbure bulbo-prostatique qui est augmentée. Le cathétérisme avec une bougie rigide devient alors d'une extrême difficulté, si l'on n'a pas soin, vers la fin de l'opération, d'abaisser fortement et très-lentement le pavillon entre les cuisses du malade.

Pour guérir les effets de ces déviations, il faut d'abord émousser la sensibilité de la région profonde du canal, et l'on y arrive avec rapidité par le séjour de quelques bougies flexibles. On peut alors commencer l'introduction des bougies rigides, et lorsque la portion membraneuse en supporte le contact, on parvient progressivement à les faire entrer dans la vessie, en réduisant peu à peu les différentes déviations du canal.

— M. Phillips remarque avec raison, en commençant, que le traitement des suintements urétraux n'est basé sur aucune théorie : c'est là sans doute un mal pour la science; mais peut-être n'y aurait-il pas de moindres inconvénients à ce que l'on choisit pour base une théorie aussi exclusive que celle qu'il s'est efforcé de faire prévaloir. Bien certainement un grand nombre d'écoulements chroniques tiennent à un rétrécissement; mais croire qu'ils en dépendent tous, admettre que ceux mêmes qui se compliquent de rétrécissement disparaîtront dès qu'on aura rendu à l'urètre son calibre, n'adopter les injections que pour les cas de muqueuse saignante, c'est là un excès dangereux pour la pratique, et qu'on doit avec d'autant plus de raison signaler, qu'il a pour origine l'exagération d'une vue juste en elle-même, et que l'autorité d'un nom recommandable plaide ici en sa faveur.

Quant aux déviations latérales, l'importance que M. Phillips y attache les désigne assez à l'étude des médecins éclairés. Pour notre part, depuis que les idées de l'auteur nous ont été connues, nous avons souvent cherché à constater l'existence de cette disposition, mais sans l'avoir jamais pu constater. Bien que les bougies en cire conservent et traduisent fidèlement, au moment de leur extraction, la courbure à concavité supérieure du canal d'où on les retire, il ne nous souvient pas d'y avoir remarqué, dans les cas de suintement urétral, aucune déviation latérale. Du reste, il nous semble assez difficile *à priori* de comprendre comment ce déjettement partiel, qui, selon l'auteur, n'empêche pas les plus grosses bougies d'entrer, qui ne rend non plus le jet d'urine ni moins large ni moins fort, peut déterminer, comme il le dit, l'irritation, et entretenir l'écoulement morbide sur les points du canal qui sont le siége de cette déviation. N'est-ce pas pour une si petite cause supposer un bien grand et surtout bien tenace effet? Et ob-

serve-t-on jamais d'inflammation de cette nature lorsque, par suite d'une affection des parties ambiantes, d'une tumeur testiculaire, d'une hernie volumineuse, par exemple, le canal a subi, sans non plus perdre de sa largeur, des déviations bien autrement prononcées?

MOYEN SIMPLE ET FACILE D'ARRÊTER LE SANG DES PIQURES DE SANGSUES; par M. CARRÉ aîné.

Le moyen qui a constamment réussi à M. Carré consiste à déchirer de petits morceaux d'amadou, qui doivent être d'un diamètre plus petit que celui de la piqûre. Cela préparé, on essuie lestement avec un doigt de la main gauche le sang de la piqûre, et on la rend béante en tirant très-légèrement sur l'un de ses côtés. Alors on saisit de la main droite un des fragments d'agaric, et on l'ajuste rapidement dans la piqûre, qu'on abandonne ensuite à elle-même pour qu'elle se contracte, et en se refermant, saisisse l'agaric qui, en raison de sa dimension, est entré dans la place et s'y trouve déja presque retenu. Cependant, pour empêcher que le sang puisse l'expulser, il est bon de l'y maintenir du bout du doigt, et de tamponner avec un linge les premières gouttelettes de sang qui transsudent à travers l'agaric; puis on change le doigt qui le maintient, et on tamponne ainsi, par un mouvement alternatif des doigts qui sèchent très-vite l'agaric, et agissent aussi sur le sang qu'il contient et le coagulent rapidement. Le caillot une fois formé, la piqûre se trouve fermée comme elle le serait par un bouchon qui s'ajuste à sa dimension.

Il faut veiller à ne pas enlever l'agaric au moment où l'on relève le doigt qui le maintient. On diminuera les chances de cet inconvénient en se poudrant les doigts de colophane.

— Rien n'est plus rationnel, plus conforme aux lois de l'hémostasie artificielle que ce procédé, dont M. Carré a surtout le mérite d'avoir bien décrit les détails d'exécution; nous indiquerons seulement ici une petite précaution supplémentaire qui nous a toujours paru assurer et accélérer la réussite. Toutes les fois que les téguments de la région où ont mordu les sangsues ont une laxité suffisante, il faut commencer par pincer et serrer fortement entre le pouce et l'index la portion de peau qui est le siége de la piqûre. En la maintenant ainsi serrée pendant qu'on applique l'agaric, on dessèche momentanément le trajet du petit canal sanglant, et l'on favorise par conséquent l'action de l'agaric. Il sera même utile de ne lâcher ensuite la peau qu'au bout d'un certain temps, et par degrés successifs.

Ce soin auxiliaire, qui rendra dans tous les cas des services, est surtout indispensable à prendre lorsqu'on a à arrêter le sang dans des régions où la compression perpendiculaire serait impossible, comme au cou, aux grandes lèvres, sur certaines parties de l'abdomen, chez les sujets très-gras, etc. Cette compression latérale donne seule alors le moyen d'obtenir la suspension temporaire de l'hémorrhagie, sans laquelle toute application locale échouerait presque infailliblement.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER.

USAGE PHYSIOLOGIQUE DU SUC GASTRIQUE.

M. Dumas lit au nom de MM. Magendie, Milne-Edwards et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Bernard, intitulé: RECHERCHES SUR LES USAGES DU SUC GASTRIQUE, et dont l'auteur a donné lecture à l'Académie dans la dernière séance. (Voyez le compte rendu de la séance du 12 février.) Il y a quelques années à peine, dit M. le rapporteur, que, se fondant sur les caractères chimiques des substances alimentaires, quelques chimistes les classaient en quatre groupes. Les matières solubles par elles-mêmes, et en conséquence susceptibles d'être directement absorbées par les veines du tube digestif; les matières amylacées propres à se convertir en sucre; les matières fibrineuses qui exigeaient une fermentation spéciale pour devenir solubles; enfin, les matières grasses évidemment destinées à passer dans le chyle et à lui donner ses caractères les plus apparents.

Les recherches récentes de MM. Bouchardat et Sandras, Mialhe, Bareswill et Bernard lui-même, ont mis hors de doute l'existence d'un ferment propre à saccharifier la fécule dans quelques-uns des liquides qui se mêlent au bol alimentaire. Elles ont prouvé que le suc gastrique a surtout pour objet d'opérer la digestion des matières azotées qu'il rend solubles. Il restait encore à découvrir le véritable agent de la digestion des corps gras, c'est-à-dire l'agent de la formation du chyle proprement dit.

M. Bernard vient mettre en évidence que ce rôle remarquable appartient au suc pancréatique; il le démontre par trois preuves concluantes:

1° Le suc pancréatique pur et récemment formé émulsionne les graisses et les huiles avec la plus grande facilité. L'émulsion persiste pendant longtemps et les corps gras y éprouvent bientôt une fermentation qui en sépare les acides qu'ils renferment.

2° Le chyle ne commence à se réunir dans les chylifères qu'à partir de la région du tube intestinal où le suc pancréatique est venu se mêler aux matières alimentaires.

3° Dans les affections du pancréas, on voit les corps gras, contenus dans les aliments, passer tout entiers dans les déjections.

L'auteur nous a rendu témoin de la première de ces expériences et nous a fourni l'occasion de la reproduire avec de nombreuses variétés de suc pancréatique; elle n'est pour nous l'objet d'aucun doute. Il est incontestable que les corps gras sont émulsionnés par ce suc d'une manière facile et persistante; il ne l'est pas moins que la salive, le suc gastrique, la bile même, sont privés de cette propriété.

La seconde démonstration peut être donnée de bien des manières, mais l'auteur a trouvé dans une disposition particulière de l'appareil digestif du lapin un moyen irrécusable de la reproduire avec la plus parfaite précision et à volonté. Le suc pancréatique parvient dans le tube intestinal de cet animal à une distance d'environ 25 centim. au-dessous du point où se verse la bile elle-même. Or, tant que les matières alimentaires n'ont pas atteint la région où elles se mêlent au suc pancréatique, rien n'indique la formation et la séparation d'un chyle lactescent; rien ne montre dans l'intestin même que les corps gras y soient émulsionnés. Au contraire, dès que le suc pancréatique se mêle aux aliments, on voit les graisses s'émulsionner, le chyle laiteux remplit les chylifères correspondants, et rien ne saurait donner une idée des résultats de ces expériences qui offrent toute la netteté d'une opération chimique effectuée dans le laboratoire et la beauté des injections les plus parfaites.

La commission, sans s'arrêter à la constitution chimique du suc pancréatique qui sera l'objet d'expériences ultérieures fort dignes d'attention, ne peut donc hésiter à conclure que l'auteur a parfaitement établi son rôle physiologique; qu'il a complété les caractères généraux de la théorie de la digestion; qu'il a fait connaître le mécanisme de la formation de la substance grasse du chyle et celui de la digestion des matières grasses.

Par la nouveauté des faits, leur précision, leur enchaînement exact, leur importance, le mémoire de M. Bernard paraît donc à votre commission très-digne de faire partie du recueil des savants étrangers publié par l'Académie.

Nous avons l'honneur de lui en proposer l'insertion dans ce recueil.

Ces conclusions sont adoptées.

ÉLECTRO-AIMANT REPRÉSENTÉ PAR LA FIBRE MUSCULAIRE.

M. STRAUSS-DURCKEIM a adressé, dans la précédente séance, la lettre suivante sur ce sujet:

« Dans mes considérations générales sur l'anatomie comparée des animaux articulés, ouvrage que j'ai eu l'honneur de soumettre, en 1823, à l'Académie, j'ai fait connaître la forme articulée des fibres musculaires des insectes, forme que j'ai retrouvée la même, non-seulement chez tous les animaux du même embranchement, mais aussi chez les oiseaux, ce qui m'a porté à croire qu'elle doit être générale pour tous les animaux; et si les articles ne sont pas toujours apparents, cela vient, ainsi que je m'en suis assuré, de ce que les fibres sont alors empâtées d'une autre substance, telle que de la graisse.

» Cette forme articulée des fibres musculaires m'a fait penser alors que, vu l'analogie qui existe entre le fluide nerveux et le fluide galvanique, les fibres pourraient bien n'être, en principe, que des piles semblables à celle de Volta, et que le raccourcissement dont elles sont capables n'est que l'effet de la compression que chacun de leurs articles éprouve par l'attraction qui a lieu entre eux par l'influx nerveux, contraction qui a également lieu dans la pile voltaïque.

» A l'époque où j'ai soumis cet ouvrage au jugement de l'Académie, on n'avait pas encore découvert l'électro-aimant; mais depuis que cet appareil est connu, la force prodigieuse dont il est capable dans son attraction sur le fer m'a porté à croire que les fibres musculaires, que j'avais comparées à des piles de Volta, pourraient être bien mieux comparées encore à ces électro-aimants agissant sous l'influence du fluide nerveux, comme ceux-ci agissent sous celle du fluide galvanique, fibre où le fer serait remplacé par la substance musculaire. On explique aussi mieux par là la permanence de la contraction des muscles pendant un certain temps, tandis qu'en considérant les fibres musculaires comme des analogues de la pile de Volta, leur contraction ne devrait être qu'instantanée, comme l'est la décharge de cet appareil, permanence qui existe tant que la volonté maintient l'influence nerveuse dans les muscles. »

EMPLOI ALTERNATIF DE L'IODURE POTASSIQUE ET DU BAUME DE COPAHU.

M. CRUSSEL annonce avoir obtenu un succès complet de l'emploi alternatif de l'iodure potassique et du baume de copahu dans des cas de blennorrhagies invétérées. Il annonce en même temps avoir modifié notablement un mode de traitement dont il a fait l'objet de diverses communications à l'Académie, et qu'il désigne sous le nom de *traitement électrolytique*.

Ces communications, sur lesquelles il exprime le désir d'obtenir un rapport, n'ont pas paru à la commission chargée de les examiner, suffisamment développées pour permettre de porter un jugement sur la méthode; l'auteur en sera informé.

— M. FROBERVILLE lit une note sur les ostro-nègres, race de l'Afrique orientale, ou sud de l'équateur. L'auteur divise en plusieurs groupes cette race, qu'il fait dériver de la souche nègre; elle a surtout, suivant lui, de l'analogie avec les races congo-guinéenne, cafro-béchuane et océanique.

— M. Quatrefages adresse une lettre pour annoncer que ses recherches, ainsi que celles de M. Blanchard sur le même sujet, lui ont démontré que les huîtres ne sont point hermaphrodites, comme on le croit généralement, mais qu'on peut y reconnaître, au contraire, des sexes distincts.

— L'Académie procède à la nomination par scrutin d'une commission de neuf membres pour l'examen des travaux envoyés au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. Les membres désignés pour faire partie de cette commission sont MM. Velpeau, Serres, Roux, Magendie, Andral, Duméril, Flourens et Lallemand.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce transmettant à l'Académie un nouveau rapport sur la pellagre, adressé par M. le docteur Roussel (Commissaires : MM. Rayer, Gibert, Alard, Gerdy et Jolly);

2° Deuxième lettre du même ministre, transmettant un mémoire de M. Bayard, médecin à Cirey-sur-Blaise, relatif aux cataractes abaissées par l'angle interne de l'œil;

3° Une troisième lettre du même ministre, qui consulte l'Académie sur le moyen proposé par M. Lemaire pour conserver l'eau douce pendant plusieurs années;

4° Une quatrième lettre du même ministre, avec envoi d'un rapport rédigé par le médecin des épidémies de l'arrondissement de Montbéliart (Doubs), au sujet d'une fièvre typhoïde dont les habitants de Bast ont été épidémiquement affectés pendant les trois derniers mois de 1848.

CHOLÉRA.

M. Bally dépose sur le bureau quelques renseignements qui lui ont été communiqués par M. le docteur Plouviez (de Lille) au sujet du choléra qui continue de sévir dans le département du Nord. Il en résulte que depuis le 12 février jusqu'au 23 le chiffre de la mortalité a été de 13 à l'hôpital général, 9 en ville, 4 à l'hôpital militaire.

M. Vander-Hoeven, professeur à l'université de Leyde et correspondant de l'Académie, envoie les documents suivants sur le choléra.

Le choléra-morbus a régné à Leyde environ dix semaines. Le premier malade a été atteint le 1er novembre 1848, et depuis le 23 janvier il n'y en a pas eu un seul cas. Le nombre total des malades a été de 359 sur une population de 39,189 habitants. En 1832, le nombre des cas a été de 1,087.

Presque tous les malades appartiennent à la classe pauvre, mais sans distinction de sexe ni d'âge; mais la mortalité diffère considérablement suivant l'âge. Entre 10 et 30 ans, les sept neuvièmes des malades ont guéri; au contraire, les malades âgés de 55 ans ou au delà ont succombé dans la proportion de 11 sur 12.

Le nombre des morts a été relativement plus grand dans les cinq premières semaines que dans les cinq dernières; c'est pendant la troisième et la quatrième qu'il y a eu le plus de malades.

La durée de la maladie a été, en général, de peu de jours; quelquefois de huit à neuf heures.

Lorsqu'on était appelé pendant la durée des prodromes, on a cru remarquer qu'une petite saignée et les sudorifiques combinés avec les frictions et les fomentations sur la peau ont paru avoir des avantages réels; mais une fois la maladie bien développée, tous les moyens ont paru inutiles.

L'autopsie n'a montré presque aucune désorganisation constante. Le colon transverse était souvent rétracté et les glandes de Peyer altérées.

— M. Martin, de Saint-Martin (Calvados) adresse une note sur les bons effets qu'il dit avoir obtenus de l'emploi du chlorure de plomb pour la destruction des verrues, des cors aux pieds, des végétations fongueuses, cancers de la peau, etc.

— MM. Homolle et Quevenne adressent un mémoire sur la digitale. (Commissaires : MM. Rayer, Soubeiran et Bouillaud.)

— M. Maisonneuve prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

— M. H. Gaultier de Claubry lit plusieurs rapports sur les remèdes secrets dont les conclusions toutes négatives sont adoptées sans discussion.

—M. Honoré lit, en son nom et celui de M. Poiseuille, un rapport officiel sur des ceintures en soie préparée, présentées comme un préservatif du choléra.

Par lettre en date du mois de septembre dernier, le ministre de l'agriculture et du commerce a soumis à l'Académie deux ceintures en étoffe de soie préparée, que l'inventeur regarde comme un préservatif contre le choléra, et lui demande son avis.

M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'approbation demandée en faveur de ces ceintures.

Dans une deuxième partie de son rapport, M. le rapporteur, examinant les propriétés de ces ceintures et les applications qui pourraient en être faites dans les circonstances ordinaires, concluait dans les termes suivants : Sans tirer aucune conséquence négative du très-petit nombre de faits que la commission a observés, et laissant au temps et à l'expérience le soin de nous éclairer plus complétement sur les avantages qu'on peut retirer de l'emploi de la soie dolorifuge, nous n'hésitons pas à dire que cette étoffe sera d'une utilité incontestable dans tous les cas où il importera de mettre une partie quelconque du corps à l'abri des variations de l'atmosphère, et d'y maintenir une douce chaleur, d'une manière constante et uniforme.

M. Moreau manifeste la crainte que l'inventeur de la ceinture en question n'abuse du nom de l'Académie pour achalander sa marchandise. Il rappelle à cette occasion qu'on a plusieurs fois abusé de son propre nom, notamment pour le racahout des Arabes, qu'il avait eu la faiblesse, en cédant à des obsessions, de recommander comme aliment.

Après quelques observations de plusieurs membres, la première conclusion est seule adoptée; la deuxième partie du rapport est annulée.

ABSORPTION DES SUBSTANCES INSOLUBLES.

M. Soubeiran lit un rapport sur un mémoire de M. Mialhe, relatif à l'absorption des substances insolubles.

M. le rapporteur expose le résultat des expériences auxquelles s'est livrée la commission, dans le but de contrôler les résultats signalés par M. Mialhe. La commission a constaté qu'en donnant à des poules, que l'on sacrifiait ensuite, des aliments mêlés avec une certaine quantité de charbon réduit en poudre impalpable, on ne trouvait pas à l'autopsie la moindre trace de charbon dans le sang : résultat contraire à ce qu'avait annoncé l'année dernière, dans une note reproduite par plusieurs journaux, M. le professeur Œsterlen. M. le rapporteur conclut que l'auteur du mémoire a rendu un service à la thérapeutique en démontrant d'une manière plus précise, ce que l'on savait, que les corps ne sont absorbés et n'agissent dans l'économie qu'à l'état de dissolution, et en montrant la fausseté des expériences de Œsterlen, qui tendraient à prouver le contraire.

M. Orfila : Je demanderai à M. le rapporteur si l'on s'est borné à examiner le sang seulement, ou si l'on a examiné en même temps le sang et les organes.

M. le Rapporteur : On a examiné le sang seulement.

M. Orfila : En ce cas, j'aurai une objection grave à faire au rapport : c'est que, pour trouver une substance étrangère, une substance toxique, par exemple, dans le sang des animaux, il faut arriver à une heure, que dis-je? à un instant donné, au delà duquel on ne la retrouvera plus dans le sang, bien qu'elle existe en abondance dans tous les organes de l'économie. Je suis donc autorisé à croire que si M. le rapporteur n'a pas trouvé le charbon dans le corps des animaux qui ont été soumis à ces expériences, c'est qu'il ne l'a pas cherché convenablement.

M. Soubeiran : Je ferai remarquer à M. Orfila que, lorsque nous avons cherché le charbon dans le sang de ces animaux, leur canal intestinal était gorgé de charbon; par conséquent, si l'absorption s'était opérée sur le charbon, elle aurait eu lieu d'une manière continue, et nous aurions dû retrouver le charbon dans le sang à quelque moment que ce fût des expériences.

M. Orfila : La réponse de M. Soubeiran ne détruit pas mon objection, car c'est précisément à des circonstances pareilles à celles qu'il vient de rappeler, c'est-à-dire à des cas où le tube intestinal était gorgé de poison, que j'ai fait allusion; or, dans ces cas-là même, on ne trouve le poison dans le sang qu'à un certain moment donné et toujours très-court. On ne saurait donc tirer aucune conséquence rigoureuse des expériences de la commission.

M. Piorry : Je crois, avec tous les physiologistes, que l'absorption ne peut s'effectuer que sur des substances solubles; mais il faut prendre garde de ne pas confondre l'absorption avec un autre phénomène, la pénétration. Il y a pénétration de certaines substances par les liquides de la circulation. J'ai été témoin d'un fait qui prouve que la matière de la cyrrhose peut être absorbée de cette manière. C'est ainsi encore que le pus peut pénétrer dans l'économie à travers les surfaces dénudées. Il faut bien distinguer ce fait d'avec l'absorption par des surfaces normales.

M. Bérard : Pour qu'une substance pût être absorbée à l'état d'insolubilité, il faudrait qu'il y eût des orifices bien organisés aux tissus membraneux. De tels orifices n'existent pas, même aux villosités intestinales; ce n'est qu'à une époque où l'on n'était pas sévère en observation qu'on a admis ces bouches absorbantes. Il est bien démontré aujourd'hui que les voies vasculaires sont closes de toutes parts. Il n'y a dans les parois des vaisseaux que des porosités qui ne peuvent donner passage qu'à des liquides. Je crois que M. Mialhe a été fondé à récuser les faits contraires, et qu'il a très-bien vu ce qui existe en réalité. J'appuie donc de tous points les conclusions du rapport.

Quant au point soulevé par M. Piorry, relativement à l'infection purulente, c'est une question brûlante d'intérêt qui ne pourrait être discutée avec profit en ce moment, et qui viendra plus naturellement à l'occasion d'un rapport que j'aurai à faire prochainement sur ce sujet.

M. Dupuy rapporte quelques faits empruntés à l'hippiatrique, qui tendent à démontrer que ce n'est point par des bouches absorbantes spéciales, mais par les porosités des vaisseaux, que se fait l'absorption. Mais pour que cette absorption ait lieu, il faut que les substances soient très-solubles, les substances insolubles ne pouvant avoir aucune influence sur l'économie animale.

Quant à tout ce que l'on a dit de l'empoisonnement par la résorption purulente, rien n'est moins exact. Le pus n'est qu'un composé d'eau et d'albumine, et ne peut par conséquent avoir aucune action toxique, à moins qu'il n'ait subi un commencement de putréfaction.

M. Moreau : Je demanderai à M. Bérard comment, d'après les idées qu'il vient d'émettre, il peut expliquer la présence du pus dans tout le système lymphatique et jusque dans le canal thoracique, sans qu'il y ait la moindre trace de phlébite, chez les femmes qui ont succombé à la métro-péritonite.

M. le Président : Je ferai remarquer que la discussion sort de la voie tracée par le rapport. Je crois que la question qui vient d'être soulevée peut être ajournée au moment où M. Bérard fera le rapport dont il a été chargé.

M. H. Gaultier de Claubry : Les expériences de l'auteur du mémoire, ainsi que celles de la commission, ne me paraissent pas suffisantes pour résoudre la question. Dans quel état les matières insolubles ont-elles été ingérées? L'ont-elles été dans les mêmes conditions que dans l'expérience d'OEsterlen? C'est ce qu'il aurait fallu dire. Je crois que M. Soubeiran n'a pas une connaissance suffisante de l'expérience du physiologiste allemand. A coup sûr, il ne la connaît que très-incomplétement s'il s'en est rapporté uniquement à l'extrait qui en a été publié dans le Bulletin de l'Académie. Sous ce point de vue, les conclusions de la commission ne me paraissent pas appuyées sur des faits suffisamment établis.

M. Bussy : Les conclusions de la commission sont trop absolues, lorsqu'elle dit que les substances ne peuvent être absorbées qu'à l'état de dissolution. Ne sait-on pas que le mercure, par exemple, est retrouvé dans les organes à l'état métallique? L'albumine peut également être absorbée à l'état globuleux; il en est de même des matières grasses, et cependant elles sont à l'état d'emission, mais non dissoutes. Si l'on veut dire que les matières, pour être absorbées, doivent être dans un certain état de mollesse, de flexibilité, on a sans doute raison; mais si l'on entend qu'elles doivent être dans un état de solubilité proprement dite, c'est trop absolu.

M. Soubeiran : Je ne connais point en détail les expériences d'OEsterlen; mais je crois que lorsqu'un observateur dit, comme le fait OEsterlen, qu'il a trouvé dans le torrent circulatoire un grain de charbon de *cinq centièmes* de millimètre de diamètre, on peut être certain que ses observations ne méritent aucune confiance. (De toutes parts : Oh! oh! c'est un peu exagéré!) Quant au charbon que nous avons employé, il était réduit en poudre impalpable et mélangé aux aliments.

M. H. Gaultier de Claubry : Ces détails me paraissent tout à fait insuffisants pour édifier l'Académie sur la valeur des expériences de M. le rapporteur; et quant à celles d'OEsterlen, je persiste à croire qu'il n'est pas rationnel de les condamner sans même en avoir lu la relation exacte.

On demande une nouvelle lecture des conclusions du rapport.

M. le Rapporteur lit de nouveau ces conclusions.

Plusieurs membres, notamment M. P. Dubois, demandent le renvoi des conclusions à la commission.

M. le Président : Le renvoi étant demandé, je proposerai d'adjoindre à la commission MM. Orfila, Gaultier de Claubry et Bérard.

Le renvoi est adopté.

— M. Thomas est appelé à la tribune pour une lecture. Il lit la première partie d'un mémoire sur la fièvre jaune.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 25 novembre 1848. — Présidence de M. Vleminckx.

M. Fallot donne lecture des discours qu'il a prononcés sur les tombes de MM. de Lavacherie et Verbeeck.

M. le Président : Je crois être l'organe de l'Académie en adressant en son nom à M. Fallot des remercîments pour la manière dont il a rempli la triste mission que le bureau lui avait confiée. (Marques unanimes d'assentiment.)

Messieurs, le bureau et la compagnie tout entière ont été émus, comme vous le savez, de la triste maladie qui nous a enlevé en si peu d'heures notre honorable collègue M. de Lavacherie. Nous avons pensé être agréables à l'Académie, utiles peut-être à l'humanité, en priant un de ses amis intimes, notre honorable et excellent collègue M. Lombard, de faire à l'assemblée l'histoire de cette maladie. M. Lombard a bien voulu se rendre à nos désirs, et nous a informés qu'il donnerait connaissance de cette histoire à la séance actuelle. Je lui donne la parole pour nous faire cette communication.

Maladie et mort de M. de Lavacherie.

M. Lombard : Messieurs, votre bureau m'a fait l'honneur de me demander une notice sur la maladie de notre infortuné collègue Valentin de Lavacherie.

En 1842, de Lavacherie, opérant dans son service de clinique de l'hôpital de Bavière un phymosis produit par des chancres vénérieus récents, ne prit pas garde à une piqûre profonde qu'il s'était faite à l'extrémité du doigt indicateur de la main droite. Mais quatre jours après, il eut à se repentir de son imprudence : la piqûre s'était enflammée; une douleur vive s'étendait le long de l'avant-bras et du bras jusque vers l'aisselle. Le jour suivant, le membre se tuméfia considérablement, et l'on reconnut une phlébite intense, qui céda cependant, après bien des jours de souffrance, à 90 sangsues et à des moyens généraux. La piqûre s'était ulcérée, et malgré les cautérisations répétées, cette ulcération fut plus de six semaines à se cicatriser. La santé de notre collègue paraissait entièrement rétablie, que plusieurs ganglions axillaires étaient encore tuméfiés.

Il reprit ses travaux, et sembla jouir de sa santé ordinaire; mais après quelques mois, des taches, des papules, des pustules, des tubercules, s'étendirent du front à toutes les parties du corps, et l'on ne put douter que cette syphilide avait pris naissance dans les accidents qu'il venait d'essuyer. Après plusieurs mois d'un traitement antisyphilitique, il ne resta plus de vestige de cette malheureuse affection.

En septembre dernier, six ans après l'infection, il fut à Bruxelles pour les examens du doctorat en chirurgie; là il éprouva des douleurs nocturnes vers la nuque et la face du côté droit. Croyant remarquer dans ces douleurs une marche périodique, il essaya sans résultat la quinine, et bientôt il fut conduit à les rattacher à une carie de la dernière molaire droite de la mâchoire inférieure. Il employa les odontalgiques les plus vantés, puis la cautérisation. Enfin, de retour chez lui, il se fit arracher la dent douloureuse. Mais ses souffrances continuèrent, et ce ne fut que cinq jours après que, se croyant atteint d'une angine, il me fit appeler. C'était le 5 octobre : il ressentait une vive douleur à la gorge; il avait, la veille au soir, éprouvé un frisson intense et prolongé; la nuit avait été fébrile. Quand je le vis, il se plaignait d'une céphalalgie intense; la figure était animée, la peau chaude, le pouls tendu, vibrant. Cependant l'examen de la gorge ne me faisait reconnaître qu'un petit point rouge, de la largeur de l'ongle, à la base du pilier antérieur droit du voile du palais. L'état local était donc bien loin de pouvoir m'expliquer l'état général; je crus que, comme il arrive parfois, les phénomènes fébriles précédaient l'angine, et je pratiquai une saignée proportionnée à l'exaltation circulatoire (une livre et demie).

La nuit fut plus mauvaise encore que la précédente, et le lendemain, je trouvai l'état local et l'état général absolument comme la veille. Je tirai encore une livre de sang. La fièvre diminua; néanmoins la nuit fut agitée par des rêves, etc.

Le 7 au matin, il y avait de l'amélioration : de Lavacherie se fit conduire à une séance de la Faculté, où il croyait sa présence indispensable pour les intérêts d'un de ses amis. Il rentra chez lui très-fatigué, très-abattu, souffrant beaucoup de la gorge. Cependant la déglutition restait facile, et des examens multipliés, faits par tous les confrères qui le visitaient, ne faisaient rien reconnaître. Le soir, il eut des frissons, et pour la première fois, la glande sous-maxillaire droite se tuméfia; on y appliqua 15 sangsues.

La nuit, la fièvre reprit l'intensité des premiers jours, et le lendemain on remarquait, depuis le menton jusqu'à la réunion du tiers supérieur du sternum avec le tiers moyen, un empâtement œdémateux considérable. De ce moment, on ne pouvait guère douter de l'existence d'un foyer purulent; mais où était-il? MM. Vaust, Simon et Védrine le cherchèrent avec moi inutilement.

Le lendemain, après une nuit affreuse, l'aggravation incessante des accidents porta à de nouvelles recherches; on crut trouver une fluctuation obscure sous le menton. On espérait pouvoir bientôt y plonger le bistouri, et ôter la cause du mal en donnant issue au pus.

Les deux jours suivants (10 et 11) se passèrent sans que l'on pût obtenir davantage des indications précises sur le siége de l'abcès.

Durant la nuit du 11 au 12, le malade rejeta des quantités considérables d'un pus fétide, mêlé de sang noir décomposé. Pendant vingt-quatre heures, ce pus s'écoulant dans l'estomac, provoquait des vomissements continuels, tandis qu'une autre partie était rejetée au dehors par des efforts d'une toux supérieure, consistant en une seule expiration brusque. Ce fut en vain que nous recherchâmes dans la bouche et le pharynx l'ouverture du foyer.

Les accidents fébriles s'amendèrent, et durant quarante-huit heures, nous nous laissâmes aller à l'espoir d'une guérison prochaine. Il se levait et se félicitait d'avoir retrouvé enfin le sommeil qui lui avait manqué si longtemps.

Mais le 14, à six heures du soir, il fut surpris par un frisson violent, accompagné de tremblement et de claquement des dents. Une réaction vive survint bientôt, et dès lors des sueurs profuses, qui n'étaient suspendues que par de nouveaux frissons, survenant à la même heure, épuisèrent le malade. Le pouls prit une accélération vraiment étonnante; dans les courts moments de rémission, il était petit, dépressible, il ne descendait jamais au-dessous de 120 à 140 pulsations par minute. Une diarrhée séreuse s'ajouta bientôt à tant de maux.

Le 23, des douleurs dans la région sous-mammaire droite gênaient la respiration; elles gagnèrent dans la soirée une intensité très-grande. Je crus alors à l'envahissement du foie par des dépôts purulents, et cette pensée trouvait un appui dans les signes négatifs d'auscultation de la partie du poumon qui recouvre cet organe, et dans la percussion, qui faisait reconnaître que le foie avait acquis un volume considérable. Ce jour-là, nous eûmes la satisfaction d'être aidés des lumières de notre excellent collègue M. Leroy-d'Étiolles, qui, ami de De Lavacherie, s'était empressé de venir le visiter. Il pensa, comme nous, qu'il n'y avait point à douter de l'existence d'une absorption de pus, et bien que la quinine eût été portée à une dose élevée, il nous engagea à l'augmenter encore, ce que nous fîmes sans être plus heureux. L'insuccès de ce médicament nous conduisit à en essayer un autre que conseillait M. Leroy : l'alcoolature d'aconit avait réussi, disait-on, chez les blessés de février et de juin dans des cas de résorption. Nous l'employâmes durant deux jours sans avoir à nous en louer.

Les journées suivantes, l'auscultation donna des râles sous crépitants moyens, bornés au bord inférieur et antérieur du poumon droit.

A cette époque, indépendamment du frisson régulier de chaque soirée, que nous ne pouvions rattacher à une affection splénique, et qui fut combattue en vain par les moyens que nous venons d'indiquer et par la potion de Peysson, il survenait dans la journée des frissons erratiques. La quantité de pus que le malade rendait avait diminué, et cependant elle s'élevait encore à plusieurs onces par jour. Des hémorrhagies survinrent. Le malade rejetait par une seule expiration subite, et plusieurs fois dans une journée, 3 à 4 onces de sang non spumeux, rouge, artériel, mêlé de caillots noirs, altérés, et de pus. Pendant l'hémorrhagie, l'auscultation attentive de la poitrine ne donnant aucun signe de la présence d'un liquide embarrassant les bronches, démontrait d'une manière absolue que le sang ne venait pas des voies aériennes.

Le 28, la respiration, qui jusqu'alors n'avait été troublée que dans les moments de douleur sous-mammaire, gagna une fréquence effrayante. Le 29, on

comptait 60 inspirations par minute, et cependant le malade n'accusait aucune dyspnée. Ce fut ce jour-là que l'amitié amena auprès de De Lavacherie notre estimable collègue M. Michaux, et s'il ne put, pas plus que nous, trouver dans la thérapeutique des moyens salutaires, il eut la douce satisfaction de le consoler et de ranimer en lui l'espoir qui ne l'a pas abandonné un instant.

Enfin, après une lutte longue et terrible, cette constitution si forte s'affaissa sous l'action toxique de l'infection purulente. De Lavacherie conserva toute son intelligence jusqu'à son dernier quart d'heure; il mourut sans agonie le 30 novembre, à cinq heures du matin.

Il me reste à parler de l'autopsie, qui fut pratiquée soixante-trois heures après la mort.

Il est, messieurs, des situations supérieures à toute résistance, et contre lesquelles on n'essaye même point la lutte. Je me trouvais dans une de ces positions, et si j'eusse dû porter le scalpel sur les restes de mon ami, je ne pourrais aujourd'hui vous faire connaître la lésion qui a été la cause de l'horrible infection qui nous l'a enlevé. Heureusement que mon collègue le professeur Vaust, et mon jeune ami le docteur Heuse, agrégé à l'Université, faisant un généreux effort, voulurent bien faire l'examen cadavérique en ma présence et devant MM. les docteurs Védrine, Simon, de Herve, Raick, de Jemeppe, et mon fils Emile, étudiant en médecine.

Le cadavre était dans un état avancé de putréfaction.

Double incision entamant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, partant, d'une part, du menton et descendant sur la ligne médiane du cou et du thorax, d'autre part, de l'oreille droite et rejoignant la première à son point de départ. Dissection minutieuse des aponévroses et des muscles cervicaux. Section médiane du maxillaire inférieur. Ouverture du thorax et de l'abdomen.

On découvre une carie de l'apophyse basilaire de l'occipital et du corps du sphénoïde. Le pus s'est frayé un chemin d'abord entre l'aponévrose prévertébrale et la paroi postérieure du pharynx; puis en descendant il a gagné le côté droit en donnant lieu à un trajet fistuleux, qui, accolé à la paroi externe droite du pharynx, s'est bientôt développé en une poche située entre cette paroi, l'aponévrose prévertébrale et le feuillet profond de l'aponévrose cervicale. Cette poche, qui s'ouvre dans le pharynx, en dessous et derrière l'amygdale droite, descend, en formant une espèce d'ampoule, jusqu'au niveau du bord inférieur du corps thyroïde. Le pus contenu dans tout le trajet fistuleux est identiquement le même que celui que le malade avait rendu pendant sa vie.

La grande corne droite de l'os hyoïde est cariée et tombe en putrilage.

Les glandes sous-maxillaires sont intactes; la droite est cependant un peu plus volumineuse que la gauche.

Les veines jugulaires, épaissies, présentent une rougeur qui ne disparaît ni par le lavage ni par le frottement, mais qui simule des arborisations vasculaires. Le sang qu'elles contiennent est coagulé: on n'y trouve pas, à l'œil nu du moins, de traces de pus.

Point de lésion artérielle.

Léger épanchement pleurétique constitué par un liquide séreux.

Poumons présentant par-ci par-là des abcès dont la grosseur varie entre celle d'un pois et celle d'une noisette. Ces abcès se remarquent surtout en très-grand nombre vers le bord inférieur et antérieur du poumon droit, en regard de l'organe hépatique qui, quoique très-développé vers sa surface convexe, se trouve recouvert en avant, dans presque toute son étendue, par le bord libre du poumon. Partout les cellules pulmonaires sont restées perméables à l'air.

Le foie a un volume considérable, mais sans altération du tissu. On remarque à sa surface des empreintes costales profondes.

La rate ne présente qu'un léger degré de ramollissement.

Le cœur et les autres organes n'offrent aucune altération.

La boîte crânienne et le rachis n'ont pas été ouverts.

Épidémie de fièvre éruptive observée en 1847, a l'hôpital militaire et dans les prisons de Bruxelles. — Continuation de la discussion du rapport de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Warlomont relatif à ce sujet (1). (M. Fossion, rapporteur.)

M. le Président: Le deuxième objet à l'ordre du jour est la continuation de la discussion du rapport de la commission qui a examiné le mémoire de M. Warlomont relatif à une épidémie de fièvre éruptive observée en 1847, à l'hôpital militaire et dans les prisons de Bruxelles.

Ce rapport a été présenté par M. Fossion, dans une séance précédente. Vous avez voté sur les conclusions, mais vous avez réservé la discussion sur le principe. Dans la dernière séance, vous avez même ajouté qu'il serait ouvert à cette occasion une discussion sur la maladie qui a régné dans les Flandres.

La discussion est ouverte sur le mémoire de M. Warlomont et sur la maladie des Flandres.

M. Fallot: Messieurs, avant de pénétrer plus avant dans la question qui vous est soumise, je vous demanderai la permission de dire pourquoi j'y entre tout d'abord sans attendre qu'elle soit ultérieurement engagée.

Vous avez décidé qu'à l'occasion de la discussion à intervenir sur le mémoire de M. Warlomont, on en ouvrirait une sur la maladie dite des Flandres. Or, messieurs, c'est après avoir lu avec la plus grande attention tout ce qui a paru sur cette dernière maladie et pris connaissance du mémoire de M. Warlomont, que j'ai dû me demander quelle corrélation, je ne dis pas seulement nécessaire mais acceptable, peut exister entre deux sujets aussi essentiellement différents. Dans la maladie des Flandres, j'ai cru reconnaître un typhus épidémique des plus graves, une maladie résultant d'un concours de circonstances pathogénétiques heureusement fort rare, une véritable maladie de misère, de famine; dans la maladie observée à l'hôpital militaire de Bruxelles, et décrite par M. Warlomont, je n'ai vu qu'une fièvre muqueuse, dont la présence accidentelle et peu importante d'une éruption cutanée n'a pas changé le caractère. Je dis peu importante, et voici pourquoi: c'est que cette éruption ne pouvait donner lieu à aucune indication thérapeutique, et que c'est toujours vers la thérapeutique d'une maladie que doivent surtout être tournés les regards du médecin.

Peut-être ce mot de fièvre muqueuse sonnera-t-il mal à quelques oreilles; peut-être pensera-t-on que je veux faire revivre la doctrine des fièvres essentielles. On avait été trop loin; cet état qu'on appelle fièvres essentielles est un état organique parfaitement caractérisé, tout à fait distinct de tout autre état maladif, et que, par conséquent, parler de *désessentialiser* ces fièvres, comme on disait il y a trente ans, serait aujourd'hui un véritable contre-sens; vouloir les classer parmi les inflammations, ce serait en méconnaître le caractère et jeter la confusion dans la pathologie.

Cette question préalable étant vidée, j'aborde le rapport en lui-même. J'y distingue deux choses: d'abord les idées de l'auteur, ensuite celles de la commission.

Quant aux premières, je les passerai sous silence, attendu que l'auteur n'est pas là pour les défendre, à moins toutefois qu'elles ne soient du nombre de celles que la commission a adoptées. Celles-là, je les examinerai avec la plus grande indépendance.

La commission exprime ses regrets de ce que l'auteur ne se soit pas livré à des analyses du sang, qui, suivant elle, eussent pu répandre un grand jour sur la nature de la maladie qu'il a observée.

Je crois que l'auteur n'aurait pas été plus avancé, en ce qui concerne la nature de la maladie qu'il a décrite, s'il avait poussé les analyses du sang de ses malades jusqu'à leurs dernières limites. Je me suis beaucoup occupé d'analyses du sang, j'en ai fait de très-nombreuses; j'ai recueilli une foule de notes, et j'en ai retiré tout au plus quelques données de pathologie générale. Tous ceux qui se sont occupés de la matière n'ont pas obtenu d'autres résultats. La raison est simple.

D'abord, le liquide soumis à votre examen n'est que le cadavre du sang; la vie l'a abandonné.

En second lieu il n'y a pas de composition constante du sang; le sang varie d'individu à individu, et, chez le même, d'heure en heure. La commission ne s'est pas bornée à demander qu'on recherchât l'altération du sang, elle veut encore qu'on détermine celle des humeurs. Or, de la composition de plusieurs de ces humeurs, ce que la chimie en sait, c'est qu'elle n'est pas constante.

Il y a autre chose encore; le sang, chez l'homme vivant, n'est pas un agrégat, un mélange de quelques corps que la chimie y découvre et parvient à en séparer, c'est un liquide vivant. Le sang circulant dans les vaisseaux n'est pas le même que celui sorti de la veine. Dans le premier, la fibrine est dissoute dans le sérum et circule avec lui; dans le second, elle se sépare du sérum et se mêle à la matière globulaire pour constituer le caillot. Tout ce que l'analyse pourra vous apprendre, c'est que le sang tiré de la veine contenait tant de fibrine, tant de globules, tant de matières solides, mais rien sur la mixtion intime, organique de ces éléments. Quel parti pensez-vous qu'en puisse tirer la thérapeutique? Aucun; à moins que vous ne pensiez, comme pensaient quelques-uns il y a dix-huit ans, lorsque le choléra exerçait ses ravages, qu'il suffit pour reconstituer le sang, d'y ajouter les éléments dont on le trouve dépourvu. On connaît les résultats obtenus.

La commission n'a pas osé se prononcer, dit-elle, sur une hypothèse de M. Warlomont, suivant laquelle la variole, la scarlatine et toutes les fièvres éruptives en général dépendraient d'une cause identique.

S'il y a quelque chose qui démontre la spécificité de quelques états pathologiques, ce sont certainement les fièvres exanthémateuses. Tout a été marqué au coin de la spécificité. M. Warlomont a-t-il jamais vu la scarlatine, la rougeole être le produit de l'inoculation de la petite vérole?

M. De Mersseman: Messieurs, j'ai pensé qu'une discussion ur le typhus qui a ravagé les Flandres était impossible, si elle n'était précédée de l'histoire médicale de ces provinces pendant les deux dernières années (1).

Jetons, avant tout, un coup d'œil rapide sur l'état sanitaire de notre province depuis 1836: nous dirons plus tard pourquoi nous commençons notre examen par cette année plutôt que par toute autre.

Voici à peu près textuellement le paragraphe, que dans le rapport général de la commission médicale, j'ai consacré, chaque année, à l'état sanitaire de notre province:

En 1836 (Rapport, n° 138): « Nulle épidémie ne s'étant déclarée dans la Flandre, il n'y a pas lieu d'envoyer des délégués dans les arrondissements. »

En 1837 (Rapport, n° 215): « Le ministre d'État gouverneur avertit la commission, par dépêche du 9 décembre, que la petite vérole avait fait irruption dans la ville d'Ypres; M. Beesau fut immédiatement délégué pour se concerter avec les autorités communales sur les mesures qu'il convenait de prendre dans l'occurrence. Du virus-vaccin fut immédiatement expédié, des vaccinations furent ordonnées, et la maladie borna ses ravages à une seule maison. C'est l'unique circonstance dans laquelle la commission dut intervenir officiellement, l'état sanitaire de la province ayant été parfait. »

En 1838 (Rapport, n° 267): « Les communes de Messines, Wydschaete et Vormezeele ont été atteintes par la fièvre typhoïde; cependant la maladie ne s'y est pas élevée aux proportions d'une épidémie. Dès le commencement de l'année, il est apparu dans l'arrondissement de Courtrai quelques cas de petite vérole. Les documents fournis par les communes sur le nombre des personnes qui ont été attaquées de cette maladie sont tellement incomplets qu'il a été impossible d'en faire une statistique exacte. Toutefois l'épidémie a été si peu grave qu'il n'a pas

(1) Voyez Gaz. Méd., p. 132.

(1) Voyez Gaz. Méd., p. 115.

été nécessaire de recourir à des mesures extraordinaires pour en étouffer le principe.

« La rougeole a régné dans presque toute la province; les administrations locales n'ont envoyé aux autorités aucun document sur ce fait, ce qui prouve que cette épidémie n'a pas eu, en général, d'importance: cependant elle a été très-meurtrière dans la classe indigente de Bruges, tandis qu'elle n'a presque pas fait de victimes dans les classes aisées de la population. La raison de cette différence est facile à saisir: l'épidémie, qui était d'un caractère peu grave d'ailleurs, s'est présentée dans la saison rigoureuse. Les pauvres n'ont ni les moyens de donner à leurs enfants les soins si impérieusement réclamés dans cette affection, ni la prudence requise pour éviter les écarts de régime, si funestes dans leurs conséquences, surtout pendant la convalescence: de là le grand nombre de victimes dans la population pauvre. D'ailleurs, toutes les épidémies qui attaquent spécialement les enfants seront toujours fatales aux indigents de Bruges, parce que dans cette ville il n'existe pas d'hôpital où l'on reçoive les enfants malades. Il en résulte que ces malheureuses créatures qu'une maladie atteint, sont en proie à toutes les souffrances que le dénûment et la misère entrainent avec eux, et deviennent presque toujours victimes de l'imprudence. »

En 1839 (Rapport, n° 329): « La commune de Zwevezeele a été envahie, au mois de mars, par une fièvre typhoïde peu grave; pendant les deux mois de sa durée, la maladie avait attaqué vingt-deux personnes, parmi lesquelles quatre succombèrent. Quoique toutes les mesures fussent prises pour arrêter le mal, celui-ci prit de nouveau quelque extension vers la fin d'avril. Si je n'ai pas de documents pour faire une statistique exacte des personnes qui furent atteintes pendant cette seconde période, je puis du moins affirmer que la recrudescence de cette maladie a été de peu d'importance, et que le nombre de ses victimes a été très-peu considérable. Le seul fait qui mérite d'être mentionné, c'est que l'affection sembla vouloir s'étendre vers Bruges, et attaqua quelques personnes à Oostcamp; mais les mesures ordinaires de police sanitaire furent prises, et le fleau se montra, dans cette dernière localité, avec peu de gravité et y cessa entièrement. Faisons remarquer ici en passant que, tant à Zwevezeele qu'à Oostcamp, la maladie attaqua exclusivement les indigents. »

En 1840 (Rapport, n° 394): « Pendant cette année, plusieurs maladies qui, par leur nature, pouvaient devenir épidémiques, mais qui furent domptées dès le principe, se sont montrées sur plusieurs points de la province. Le typhus reparut à Wydschaete, mais sans gravité. Au mois d'octobre, la commune de Ruysselede eut à déplorer la perte d'une famille presque entière par suite d'une dyssenterie qui se montra avec un ensemble formidable de symptômes. Un membre de la commission, délégué immédiatement sur les lieux, constata que sur six malades, cinq avaient déjà succombé; le sixième, gravement compromis, succomba plus tard. Toutes les mesures furent prises pour isoler le foyer d'infection; ce que l'hygiène recommande dans ces circonstances fut prescrit et exécuté. Le fléau fut arrêté; il se concentra dans la cabane où il avait fait irruption, et ne fit même pas d'autres victimes dans la famille si cruellement décimée.

» A Cortemarcq, douze personnes furent atteintes de la fièvre typhoïde, six succombèrent. Quand le délégué de la commission se rendit sur les lieux, la maladie était déjà à son déclin; il reconnut qu'un cloaque infect, situé entre les trois maisons sur lesquelles la maladie s'était abattue, devait être considéré comme le foyer d'où la cause efficiente de l'action s'était dégagée. On ordonna immédiatement le curage et l'assainissement de ce dépôt d'immondices, et cette mesure arrêta le progrès du mal. »

En 1841 (Rapport, n° 452): L'état sanitaire de la province, pendant cette année, a été très-satisfaisant. Quelques cas de variole s'étant montrés dans la ville de Bruges, au mois de février, la régence, de concert avec la commission médicale, qui délégua un de ses membres à cet effet, prescrivit toutes les mesures capables d'arrêter les progrès de la contagion. Heureusement la maladie n'a sévi qu'avec très-peu d'intensité et n'a atteint qu'un très-petit nombre de personnes. A Lopphem, la variole fit également une apparition; les précautions ordinaires de salubrité publiques furent aussitôt prises, et le fléau fut dompté après qu'il eut attaqué une dizaine de personnes, sans cependant faire de victime.

» Vers la fin de l'été, des cas de fièvres typhoïde apparurent à Thourout; mais leur importance ne fut pas grande, et la commission médicale ne reçut qu'officieusement l'annonce de l'existence de la maladie. »

En 1842 (Rapport, n° 491): « Oostcamp fut de nouveau envahi par la fièvre typhoïde; mais cette maladie se borna, encore cette fois, à attaquer quelques indigents. Au mois de septembre, la commune d'Ardoye a été infectée par la dyssenterie qu'un soldat en congé y importa de l'hôpital militaire de Gand. Grâce aux mesures de police sanitaire prises avec promptitude, la maladie se borna à sévir dans la limite de cette commune, et ne fut pas grave au point d'exiger la mise à exécution de mesures extraordinaires. Nous croyons devoir aussi mentionner une épidémie de fièvre scarlatine qui régna à Ostende au mois de juin; cette affection se montra sous sa forme ordinaire, sans offrir de gravité.

» La variole se montra à Roulers, à Ruddervoorde et à Westroosebeke: quatre-vingt-treize personnes furent frappées par ce fléau; six en furent victimes, les autres guérirent sans infirmité. »

En 1843 (Rapport, n° 561): « La santé publique a été, pendant cette année, dans les meilleures conditions. Une seule épidémie s'est déclarée dans la province, et la commune de Rheninghe en fut le théâtre; elle sévit en juin et juillet. D'après le rapport du membre délégué de la commission, c'était une méningo-encéphalite des enfants. Trente-deux enfants succombèrent pendant la durée de l'épidémie; aucun adulte n'en fut victime.

« A part cette épidémie, la commission médicale provinciale n'a reçu aucun avertissement qui réclamât son intervention officielle. Si la variole ou la fièvre typhoïde ont régné, ce fut avec si peu de gravité que les administrations compétentes n'ont pas jugé à propos d'en informer l'autorité provinciale. »

En 1844 (Rapport, n° 610): « La santé publique n'a jamais été meilleure, dans toute l'étendue de la province, que pendant cette année. La fièvre typhoïde s'est déclarée au mois d'avril dans la commune de Lopphem; le rapport du délégué de la commission prouve que la maladie a été de peu d'importance. La même affection s'est déclarée le même mois dans l'hospice Saint-Nicolas, à Bruges, et au dépôt de mendicité; mais, d'après les rapports officiels, elle n'a pas offert de gravité. La cause de l'apparition de cette affection provenait de l'encombrement des détenus dans ces deux établissements, pendant l'hiver. »

En 1845 (Rapport, n° 667): « Rarement la commission médicale a eu à signaler moins de cas de maladies épidémiques ou contagieuses. En février et en mars, une épidémie se déclara à Sainte-Croix-lez-Bruges; c'était une fièvre typhoïde dont le caractère n'offrait guère de gravité et dont la durée a été très-courte. Au mois d'août, un membre de la commission, délégué vers les communes de Loo et Couquelaere, constata que, dans ces deux communes, depuis quelques semaines, il régnait une fièvre gastrique typhoïdiforme qui n'avait pas de gravité et n'exigeait aucune mesure exceptionnelle. D'après des renseignements officiels, la petite vérole ne s'est manifestée que dans la seule ville de Roulers, où elle s'est bornée à attaquer une seule famille. »

L'examen de ces documents officiels prouve que pendant une période de dix années, de 1836 à 1845, l'état sanitaire de la Flandre occidentale a été dans les meilleures conditions. Si, en effet, quelques cas de maladies, qui pouvaient devenir épidémiques par leur nature même, se sont montrés dans certaines localités, leur nombre et leur gravité ne se sont jamais élevés à des proportions telles qu'on pût leur donner la qualification d'épidémie. Il est même digne de remarque, et je crois devoir consigner ici comme un fait important, que pendant les dix années que nous venons d'indiquer, l'influence des miasmes des marais, dont notre Flandre est un foyer des plus actifs, avait beaucoup perdu de son caractère funeste. Depuis 1832, le nombre des affections périodiques avait beaucoup diminué, et cette diminution s'est maintenue jusqu'à la fin de 1845, au point que l'approvisionnement en sulfate de quinine de nos praticiens de campagne atteignait à peine le cinquième des années ordinaires.

Après avoir exposé, dans des recherches scientifiques fort intéressantes, l'état du pays pendant cette fièvre, l'honorable membre continue comme il suit:

Telle était la situation de la Flandre occidentale sous le rapport sanitaire, lorsque survint la désastreuse année 1846. La récolte des pommes de terre était entièrement perdue, la principale nourriture de l'indigent allait lui manquer; la moisson, d'ailleurs fort mauvaise, ne donnait aucune espérance de dédommagement. Ce désastre vint mettre le comble à la détresse publique, et l'on peut dire que rarement les annales d'un peuple ont offert une réunion aussi funeste de circonstances capables d'atteindre une nation dans les éléments de la vie. Ce fut sous leur fatale influence que se déclara l'épidémie dont nous allons faire l'histoire, en commençant par indiquer sa marche, de commune en commune, à travers notre province.

Le paragraphe du rapport général de la commission médicale provinciale, consacré à l'état sanitaire se rembrunit déjà depuis 1846. Voici en quels termes je rendis compte au département de l'intérieur de l'état de la santé publique pendant le cours de cette année:

« L'état sanitaire de la province, quoique moins satisfaisant que les années précédentes, a été cependant moins alarmant qu'on n'aurait pu le craindre à la suite de la grande misère qui désole quelques-unes de ses parties. La maladie dominante a été le typhus, et l'on peut dire qu'il n'y a guère de localité qui en ait été exempte complétement. Le fléau a surtout sévi dans les communes d'Ingelmunster et de Meulebeke, mais pas au point d'exiger l'emploi de mesures exceptionnelles et extraordinaires. La commission n'a guère dû intervenir officiellement, si ce n'est à Dudzeele, dans les environs de Bruges, où la maladie a pris une importance telle que l'envoi d'un délégué sur les lieux a été jugé utile. La ville de Bruges elle-même a été visitée par cette affection épidémique, qui s'y montra avec des symptômes assez graves, mais en limitant toutefois ses atteintes à un nombre restreint de personnes.

» Nous devons cependant consigner ici un fait grave: c'est que presque partout, dans notre province, le nombre des décès dépasse celui des naissances. »

Comme renseignement supplémentaire, j'ajoute qu'à la fin de cette année, la maladie se déclara dans la ville de Dixmude, et que ce fut là qu'elle prit définitivement les proportions d'une véritable épidémie. Ce typhus, qui était caractérisé, du reste, par tous les symptômes qui lui sont essentiellement propres, prit, dès le début, une tendance prononcée à l'adynamie qu'il garda pendant toute la durée de son règne. Cette observation, si importante au point de vue pratique, est remarquable encore en ce que la ville de Dixmude, foyer et centre de l'épidémie, avait peut-être moins souffert de la misère que toute autre localité de la province: d'où il est permis d'inférer que le caractère de la maladie dépendait moins de l'affaiblissement préalable de l'organisme de ceux qu'elle attaquait, que de l'influence débilitante de la constitution médicale qui régnait, et dont nous avions déjà remarqué les incontestables effets dans l'affection typhoïde de Bruges.

Quoi qu'il en soit, l'épidémie de Dixmude parcourut son cours en faisant, à son début, assez de victimes; mais sa durée ne fut pas très-longue. Je ne possède pas de renseignements statistiques sur le nombre des malades ni sur celui des victimes; mais je puis affirmer, d'après les rapports verbaux que mon estimable collègue et ami le docteur Woets en a faits dans nos séances, que cette maladie ne fut pas extrêmement funeste, et qu'elle n'a pas obligé l'autorité communale à recourir à l'emploi de mesures extraordinaires. D'ailleurs, malgré l'existence de cette épidémie, la population de Dixmude a suivi, à l'exception de presque toutes les autres villes, une progression croissante non interrompue, puisqu'en 1845 il y avait 3,659, en 1846 3,895, et en 1847 3,936 habitants.

La commune de Gulleghem, située à une lieue de Courtrai, et dont la population s'élève à 3,296 âmes, est dans un état d'appauvrissement tel que sur sa population, il n'y a guère que 65 familles qui soient contribuables. La mortalité y

avait suivi une marche ascendante, depuis quelques années : en 1844, il y avait eu 106 décès ; en 1845, 97 ; en 1846, 155.

Vers le 15 janvier 1847, à l'hospice des Vieillards, qui est aussi une école pour les dentelières, une maladie se déclara parmi les enfants ; on annonça que toutes avaient successivement été atteintes, mais aucune ne succomba. L'apparition de cette affection éveilla l'attention de la commission médicale provinciale vers la fin de février, et un délégué, M. le docteur Lagae, reçut la mission d'aller reconnaître la nature de l'épidémie. Son premier rapport, daté du 9 mars, constata que, dans l'hospice des Vieillards et des Orphelins, dont le personnel se composait de 31 personnes, il y avait eu six malades, quatre sœurs hospitalières, toutes guéries, et deux orphelines, dont une était morte ; que la maladie était peu grave et se présentait alors sous la forme de fièvre muqueuse simple. La maladie avait dépassé l'enceinte de l'établissement et s'était répandue dans la commune lors de la mission du délégué. M. Bayaert, médecin des indigents, déclara avoir eu, depuis le 1er janvier, à soigner cent malades atteints d'affections ordinaires à la localité et à la saison, mais rendues plus fréquentes par la misère : dans ce nombre, il n'y avait que peu de cas de typhus ; cette affection n'avait fait que deux victimes. Il y avait, au 9 mars, dans le village, quatorze ou quinze malades sérieusement affectés, parmi lesquels cinq ou six typhisés. Au surplus, l'épidémie avait montré une prédilection marquée pour les femmes et les enfants.

Après examen, le délégué constata, chez les malades les plus compromis, l'existence du typhus, mais avec un appareil de symptômes très-peu alarmants : nulle part il n'y avait de congestions, ou si elles existaient, par exception, elles étaient si peu prononcées qu'elles ne demandaient pas de déplétion ; la muqueuse gastro-intestinale était en assez bon état ; il n'y avait pas de sécheresse de la langue ; ni les dents, ni les lèvres n'étaient fuligineuses ; il n'y avait ni éruption, ni pétéchies. Il existait pourtant du trouble dans les fonctions nerveuses, caractérisé par la somnolence, le délire tranquille, le tremblement des membres ; le pouls enfin était d'une extrême faiblesse et d'une lenteur remarquable. Les malades qui étaient arrivés à la dernière période de la maladie, portaient de larges plaies au sacrum

Au surplus, les indigents qui avaient souffert de l'épidémie et qui y avaient échappé, traînaient des jours pénibles à travers une convalescence longue ou douloureuse.

Le délégué de la commission médicale constata enfin que les causes principales de cette maladie et de ses suites étaient le manque d'aliments, l'insalubrité des habitations, et la malpropreté excessive des pauvres. Il prescrivit, comme c'était son devoir et son droit, les mesures suivantes : l'assainissement des habitations par le blanchissage à la chaux, par l'enlèvement du fumier, par le comblement des fosses d'aisances qui existaient autour des maisons et par les fumigations ; enfin il indiqua, comme moyen principal, l'alimentation convenable des indigents.

Soit que les ressources de la caisse communale ne permissent pas de mettre à exécution les conseils indiqués, soit par des motifs qu'il ne m'appartient ni de rechercher, ni d'apprécier, l'administration locale crut devoir rester inactive. L'épidémie prit un développement qui jeta l'alarme dans la commune. Le délégué de la commission médicale retourna immédiatement sur les lieux. Son second rapport, daté du 23 mars, confirma les craintes qu'on avait conçues. Le chiffre des malades s'était soudainement élevé à 125. Sur ce nombre, il y en avait 30 qui étaient tombés dans le marasme ; 50 à 60 se débattaient dans les alternatives d'une convalescence douloureuse ; 25 typhisés gravement compromis ; 12 enfin offraient les premiers symptômes de la maladie.

Cependant l'épidémie gagna en intensité ; les feuilles publiques s'en occupèrent, exagérèrent beaucoup le nombre des malades et celui des victimes, et donnèrent à cette épidémie, déjà assez fâcheuse, des couleurs sinistres et outrées. La terreur se mit dans la commune, l'autorité locale s'effraya sérieusement, prit des décisions qu'elle révoquait le lendemain ; mais bientôt cette agitation se calma, et le service médical qui avait été pendant quelques jours en souffrance, fut organisé de manière à ne laisser rien à désirer. Une maison particulière, propriété de notre délégué, M. le docteur Lagae, et offerte par lui avec la plus noble générosité, fut transformée en hôpital temporaire ; M. François Bayaert, chirurgien, à Moorzeele, fut maintenu dans ses fonctions de médecin des indigents ; M. Bourgeois, aussi chirurgien à Moorzeele, lui fut adjoint, et le délégué de la commission médicale s'engagea à aller chaque mercredi et samedi partager les fatigues et les dangers de ses confrères. Ce fut le 15 avril que l'hôpital temporaire reçut les premiers malades.

Au 25 avril, il y avait 18 malades à l'hôpital ; dans la commune, il y en avait 12 confiés aux soins de M. Bourgeois, 26 à ceux de M. Bayaert, tous indigents. Vers le 1er mai, l'hôpital avait 16 typhisés ; M. Bourgeois en soignait à domicile 8, et M. Bayaert 27. Le 11 mai, M. Bourgeois succomba, victime de son zèle et de son dévouement.

Au commencement de juin, l'épidémie marchait rapidement vers son déclin, et le 7 juillet elle était complétement éteinte. Voici maintenant le relevé définitif des décès qui ont eu lieu dans cette commune, un des foyers les plus actifs de l'épidémie.

Depuis le 1er janvier 1847 jusqu'au 6 mars, il y a eu :

	Décès	du typhus	de causes ordinaires.
. . . .	46	7	39
Du 6 au 31 mai. . .	57	39	18
Du 1 au 30 avril . .	51	28	23
Du 1 au 31 mai. . .	47	27	20
Du 1 au 30 juin. . .	38	18	20
Du 1 au 31 juillet. .	2		2
	241	119	122

On le voit donc, dans l'effrayante mortalité qui régna pendant les six premiers mois de l'année à Gulleghem, le typhus ne compte que pour la moitié ; l'autre moitié est due à des causes ordinaires, activées encore par l'influence de la misère.

Heule n'est qu'à un quart de lieue de Gulleghem et eut aussi à subir une atteinte du typhus ; mais quoi qu'en aient dit les feuilles publiques, l'épidémie n'eut que peu d'importance ; car cette commune, dont la population s'élevait, en 1846, à 3,494 âmes, n'avait perdu, pendant l'année suivante, que 95 habitants. En admettant, ce qui du reste est fort rationnel, que la maladie épidémique revendique dans les décès la même proportion qu'à Gulleghem, le nombre en serait de quarante-sept.

Au surplus, l'épidémie se manifesta d'abord vers le 15 février par quelques cas isolés, survenus dans les parties de la commune les plus rapprochées de Gulleghem ; elle se borna, pendant les trois premiers mois de l'année, à attaquer un nombre assez insignifiant d'indigents, et sembla s'assoupir pendant le printemps ; au mois de septembre, les journaux signalèrent avec beaucoup d'exagération le retour de la maladie. Le département de l'intérieur, le gouverneur, le commissaire de l'arrondissement, la commission médicale, s'empressèrent de s'éclairer sur ce fait ; il résulta de l'enquête, portant la date du 29 septembre, que le typhus avait fait une nouvelle apparition à Heule, mais qu'il ne présentait pas la gravité qui le caractérise ordinairement ; qu'il faisait fort peu de victimes ; que, depuis sa réapparition, il n'y avait eu que dix-huit malades, et qu'au moment où M. le docteur Lagae, notre délégué, fit son rapport, il n'y avait que huit personnes qui en étaient atteintes. Depuis lors, l'état sanitaire de cette commune s'est amélioré et est rentré dans les conditions ordinaires.

Pendant que le typhus exerçait ses ravages à Gulleghem et dans les environs, on vit paraître, sur un autre point de notre Flandre, à Meulebeke, un fléau plus terrible encore que le typhus, la dyssenterie. M. le docteur Plettinckx, praticien de l'endroit, informa, le 14 mars, l'autorité communale que la dyssenterie venait de se déclarer depuis quelques jours dans l'hôpital du village. Elle avait fait d'abord irruption dans le quartier des hommes, et depuis le 10, elle avait malheureusement gagné le quartier des femmes.

L'autorité communale prit immédiatement, sous la direction du médecin, les mesures les plus sages ; sans retard, on promulgua des ordonnances de police enjoignant aux habitants d'entretenir, sur leurs personnes et dans leurs demeures, la plus grande propreté, de faire blanchir à la chaux vive les chaumières des pauvres, auxquels on donna les moyens de faire des fumigations partout où elles semblaient nécessaires.

Le but constant des efforts des magistrats fut d'arrêter le mal dans sa marche, d'empêcher sa propagation dans le village, enfin, de le concentrer dans l'hôpital où il avait pris naissance. Ainsi, on défendit sévèrement l'accès de l'hôpital, même aux personnes malades d'une autre affection que celle qui nécessitait ces précautions. On fit construire, dans un champ vaste et ouvert, une baraque offrant toutes les conditions de structure nécessaires à un hôpital temporaire (sur 75 pieds de longueur et 20 pieds de largeur, elle avait une élévation de 18 pieds). Le service médical y fut parfaitement organisé, et les personnes qui étaient chargées de soigner les malades furent l'objet de la sollicitude spéciale de l'administration, qui leur fournit une nourriture abondante et animale.

La conséquence heureuse de ces mesures fut d'arrêter immédiatement la propagation du fléau. On n'observa aucun cas de dyssenterie dans le village, et, le 30 du mois d'avril, on constata que depuis le début de la maladie, soixante personnes en avaient été atteintes ; trente-sept y avaient succombé ; huit malades étaient encore en traitement et semblaient convalescents. Quelques jours plus tard, le fléau était complétement étouffé.

Des renseignements officiels, il résulte que, depuis le commencement de l'année 1847 jusqu'en septembre dernier, trente-neuf communes de la Flandre occidentale ont été en proie à des maladies épidémiques ; trois furent atteintes de la variole, trente-cinq du typhus. La part de chaque arrondissement, dans ce contingent, est fort diverse et mérite d'être indiquée. Dans l'arrondissement de Courtrai, quatorze communes furent attaquées ; nous les indiquons ci-après, dans l'ordre qu'a suivi l'apparition du fléau : Gulleghem, Heule, Vichte, Beveren, Courtrai, Thieghem, Ooteghem, Avelghem, Moen, Waermarde, Menin, Wevelghem ; dans l'arrondissement de Thielt-Roulers, onze communes furent visitées par l'épidémie : Cachtem, Dentarghem, Gits, Emelghem, Ingelmunster, Ardoye, Oukene, Cooiscamp, Wynghene, Oostnieuwkerke, Eeghem ; l'arrondissement de Bruges a fourni six communes désolées : Blankenberghe, Moerkerke, Zerkeghem, Zwevezeele, Saint-Michel et Ruddervoorde ; l'arrondissement d'Ypres en a fourni trois : Zillebeke, Passchendaele et Zonnebeke ; celui de Dixmude également trois : Merkem, Clercken et Zarren ; celui d'Ostende et celui de Furnes ont été épargnés par le typhus et par toute autre épidémie, sauf Ichteghem où la petite vérole s'est montrée.

En suivant, sur la carte, la marche de l'épidémie typhoïde, on remarque que toute la partie occidentale de la province en a été exempte, ou du moins que la maladie ne s'y est pas montrée spontanément. En effet, à Blankenberghe, le typhus a été importé par un homme qui en avait pris le germe pendant sa détention dans la prison de Bruges ; à Moerkerke, il s'est déclaré sous l'influence accidentelle d'une cause passagère, et il a disparu aussitôt que cette cause avait cessé d'exister. Les communes de Merckem, Clercken et Zarren, situées dans la partie boisée de l'arrondissement de Dixmude, ont seules été atteintes ; les autres, situées dans la partie occidentale de l'arrondissement, n'en ont pas souffert.

Le fléau n'a donc frappé que les régions de la Flandre occidentale où la misère avait auparavant préparé et désigné ses victimes ; le doigt, en suivant le cours fatal du typhus à travers ces contrées naguère encore si heureuses, s'arrête sur tous les villages sur lesquels le paupérisme avait étendu sa main hideuse. Hâtons-nous de constater ici un fait facile à prévoir et qui résulte de la confrontation consciencieuse des chiffres des décès : quelque incontestable que

soit l'influence de l'épidémie sur la diminution de la population dans notre Flandre, la misère revendique une part plus grande que la maladie dans ce mouvement rétrograde; car, en exagérant même le chiffre des victimes du typhus pendant les deux années de son existence, on atteint le nombre de 800, ou peu s'en faut; d'après cela, on peut affirmer, en faisant la part de toutes les influences qui agissent sur la vie des hommes, que le typhus entre à peine pour un cinquième dans la dépression du chiffre de la population.

N'oublions pas de consigner ici une observation qui est la conséquence rigoureuse de la situation déplorable des parties de notre province sur lesquelles la maladie s'est abattue : les praticiens, qui ont eu à lutter contre l'épidémie, déclarent unanimement que celle-ci avait un caractère spécial qui devait faire repousser, en thèse générale, les déplétions sanguines comme nuisibles, dangereuses même. Tous les rapports envoyés à l'autorité s'expriment sans détour sur ce fait, que, dès le début de la maladie, les patients étaient frappés d'un tel abaissement des propriétés vitales qu'il n'y avait pas moyen de songer aux saignées locales ou générales. Maintenant que l'on admette ou que, par une espèce de puritanisme médical, on rejette du langage le mot *asthénie*, peu importe; mais, pour tous ceux qui l'ont vu et observé, il restera incontestablement prouvé par des exemples nombreux, par des centaines de faits contre lesquels on ne peut rien alléguer, que le typhus de notre Flandre, pendant les années 1847 et 1848, revêtait un caractère qui excluait le principe, l'élément franchement inflammatoire, et qu'il repoussait la thérapeutique ordinairement dirigée contre ce principe. Les longues privations que les populations atteintes par l'épidémie avaient endurées, les conditions atmosphériques, la constitution médicale surtout, avaient imprimé à l'épidémie un cachet particulier que le praticien ne pouvait méconnaître sans danger pour ceux qui lui avaient confié leur existence.

Il est essentiel aussi de faire ressortir un fait d'une importance très-grande au point de vue pratique : c'est que les circonstances spéciales au milieu desquelles notre contrée s'est trouvée donnèrent à nos malheureux une aptitude remarquable à contracter l'infection variolique; jamais peut-être l'analogie entre l'agent producteur de la variole et celui du typhus, si bien défendue par M. Serres, ne s'est montrée avec une plus grande apparence de vérité que dans cette occurrence. Depuis bien des années, on n'avait constaté dans notre province que quelques cas isolés et extrêmement rares de variole; mais en 1847 et 1848, les exemples de cette affreuse maladie sont devenus plus fréquents, et l'on pourrait presque affirmer qu'il n'y a pas eu de localité où le typhus a sévi qui n'ait offert des cas de petite vérole : Bruges, Courtrai, Ypres, Thielt, Warneton, Zillebeke, Aerseele, Emelghem, Ichteghem, eurent surtout à en enregistrer plusieurs; et, chose inouïe à l'époque où nous vivons, la commune de Ruysselede, dont la population est de 6,467 âmes, vit s'abattre sur ses habitants, parmi quelques cas de typhus, une épidémie extrêmement violente de variole; au delà de 2,500 personnes, et s'il faut en croire le médecin de l'endroit, plus de la moitié de la population fut frappée du fléau. De ce nombre immense, comme on le pense bien, la plus grande partie n'avait qu'une atteinte des analogues radoucis de la variole : la varicelle ou la varioloïde. Toutefois la véritable variole en revendique une proportion importante : elle fit trente-deux victimes, et l'on put constater qu'elle atteignit non-seulement les personnes bien et dûment vaccinées, mais encore celles qui avaient été précédemment atteintes de cet exanthème et qui en portaient les stigmates. Cette prédominance du miasme variolique se maintient encore aujourd'hui; nous en rencontrons presque journellement des cas, et la ville de Furnes en subit à présent une assez grave attaque.

J'ai parlé plus haut de la réapparition des miasmes des marais à l'époque où le typhus commença ses ravages, et je tiens à constater d'abord, et avant tout, qu'une épidémie de fièvre d'accès a immédiatement précédé l'éruption de la fièvre typhoïde dans plusieurs localités, entre autres à Zwevezeele, à Rudder-voorde, à Wynghene; je tiens à constater que ce principe empoisonné mêla pendant toute la durée de l'épidémie sa funeste influence avec les effets de la maladie typhoïde et en modifia presque partout la nature; je tiens à déclarer que l'étude de cette épidémie nous a fourni l'occasion de vérifier la justesse de l'opinion que M. Piorry a émise dans son précieux traité de diagnostic, et d'apprécier, comme elles méritent de l'être, ses vues sur le rôle que la rate joue dans les affections périodiques, et sur les utiles enseignements que l'exploration attentive de cet organe peut fournir pour établir le diagnostic comparé des diverses espèces d'affections typhoïdes.

Là se termine la première partie de mon travail. J'y ai consigné les faits généraux et les conséquences qui en découlent.

En lisant ces premières pages dans cette enceinte, j'avoue que mon intention a été d'asseoir d'emblée la discussion qui va s'engager sur un terrain où elle puisse prendre un cours déterminé, et marcher au moins vers un but possible à atteindre.

Il me reste à soumettre, plus tard, à la bienveillance de l'Académie, les études que j'ai faites, comme praticien, au lit des malades. Cette seconde partie de mon travail trouvera naturellement sa place dans la discussion. Je fais des vœux pour que celle-ci aboutisse à proclamer, ce qui du reste pénètre chaque jour de plus en plus dans la conviction de chacun avec l'irrésistible puissance de la vérité, à proclamer, dis-je, que l'on a compris, sous la dénomination générique de fièvre typhoïde, de typhus, des affections essentiellement diverses dont il serait possible d'établir les catégories d'une manière définitive, en attribuant leur véritable importance non-seulement aux symptômes, mais encore à toutes les influences qui peuvent altérer ou modifier l'essence de maladies.

(La suite et fin au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

EXPÉRIENCE CHIRURGICALE DU CHLOROFORME (SURGICAL EXPERIENCE OF CHLOROFORME); par M. JAMES MILLER. — Un in-8° de 60 pages. — Édimbourg, chez Sutherland et Knox; Londres, chez Simpkin and Marshall.

Ce mémoire est l'œuvre d'un partisan décidé du chloroforme. A ce titre, il peut invoquer le bénéfice d'une opportunité flagrante, aujourd'hui que le procès terminé, mais non jugé, devant l'Académie de médecine semble malheureusement destiné à recevoir de par l'expérience générale sa solution définitive. Les remarques de M. Miller ne s'appliquent pourtant pas toutes au chloroforme. Plusieurs d'entre elles ont un intérêt plus général et concernent l'anesthésie elle-même, signalant ses avantages, ses indications, son extension et ses limites. La forme de leçons, sous laquelle ces considérations furent d'abord livrées par l'auteur, nous en rendra l'analyse bien plus facile; car il nous suffira, pour n'omettre aucun des préceptes qui y sont plus particulièrement dignes d'attention, de suivre les divisions très-multipliées qui y ont été conservées, sans doute afin de mieux reposer l'intelligence et la mémoire des élèves.

Après avoir dépeint l'émotion que produisirent à l'hôpital d'Édimbourg les premières éthérisations, auxquelles on crut devoir laisser assister les personnes du dehors, M. Miller raconte l'histoire de la découverte faite par Simpson. Ce médecin s'occupait avec deux de ses amis, MM. Keith et Duncan, à expérimenter le pouvoir anesthésique de différents gaz, le chloride d'hydrogène carboné, l'acétone, l'iodoforme, etc., lorsqu'un soir, le 4 novembre 1847, après une journée fatigante consacrée à ces essais, il se mit à expérimenter une substance pesante qu'il avait mise de côté sur une table encombrée d'autres objets, mais que, vu son poids considérable, il ne croyait pas propre à un usage quelconque : c'était un petit flacon de chloroforme. On le trouva sous un tas de papiers de rebut. Ils commencèrent alors à en inhaler, et l'effet fut aussi prompt sur les aides que sur M. Simpson. Ce fut alors qu'ayant épuisé le contenu du flacon, on chercha dans les auteurs de chimie la meilleure formule pour en préparer. Si cette narration est exacte (et nous n'avons aucune raison d'en contester la sincérité, puisque l'auteur, un des plus zélés défenseurs de Simpson, dit quelque part de lui : « Tout en admirant son génie, nous le chérissons comme homme »), si, disons-nous, la narration est exacte, le hasard aurait joué dans la découverte écossaise un rôle plus important qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, et la part légitime qui revient à notre compatriote, M. Flourens, s'en accroîtrait d'autant.

IMPORTANCE DE LA PURETÉ DU CHLOROFORME. — L'auteur n'entre dans aucun détail sur la préparation du produit ni sur les moyens d'en reconnaître extemporanément la pureté au moment de l'opération; il se borne à exposer les effets fâcheux de son altération : irritation des voies aériennes, toux, agitation. La période d'excitation musculaire, qui précède quelquefois l'insensibilité, serait, d'après lui, d'autant plus prononcée et d'autant plus longue, que le chloroforme employé est plus impur. L'observation journalière semble, au contraire, prouver que cette variété dans les effets tient plutôt à la diversité des constitutions individuelles, puisqu'à l'hôpital, par exemple, on voit les phénomènes les plus différents se produire avec le même chloroforme, selon qu'on le fait respirer à tel ou tel sujet.

MODE D'ADMINISTRATION. — A toutes les machines inventées pour faciliter l'inhalation anesthésique, M. Miller préfère l'éponge ou le mouchoir, qu'on imbibe de liquide et qu'on approche de plus en plus près des orifices respiratoires. A notre avis, une pareille conduite empêche de mesurer la quantité de chloroforme qu'on emploie, et d'autre part, nous ne saurions partager les craintes de certaines personnes aux yeux desquelles un appareil peut devenir cause d'asphyxie en gênant la respiration; car nous soutenons qu'un *bon* appareil, dont les soupapes ont un diamètre égal à celui de la glotte, entrave beaucoup moins l'entrée de l'air qu'une compresse jetée sur le visage, et permet au moins à l'opérateur de juger de ce qui se passe chez son patient d'après les changements de sa figure. Cependant, ces réserves faites, il n'est personne qui ne convienne, avec M. Miller, que, pour les enfants surtout et pour nombre de femmes, la vue d'un appareil inconnu est un objet d'épouvante qui peut contribuer à retarder le sommeil. Un perfectionnement réel a été apporté, pour cette catégorie de malades, au manuel opératoire par M. le docteur G. (de Lyon). Plagiaire louable des pratiques qui effrayèrent les contemporains de la Brinvilliers, notre spirituel confrère présente à ses jeunes clientes une fleur artificielle arrosée de quelques gouttes de chloroforme, et le sommeil vient dès qu'elles ont aspiré les premières émanations de ce bouquet magique, qu'on dirait cueilli sur les bords du Léthé.

LE CHLOROFORME NE MANQUE JAMAIS DE PRODUIRE L'ANESTHÉSIE. — Généralement vraie, cette proposition souffre néanmoins quelques exceptions réelles; mais il est vrai de dire, avec notre auteur, qu'elles ne sont le plus

souvent qu'apparentes, et qu'assisté d'aides exercés, pourvu de bon chloroforme, doué surtout d'une patience suffisante, un chirurgien trouvera bien peu de malades absolument réfractaires.

L'ADMINISTRATION DOIT ÊTRE SURVEILLÉE PAR UNE PERSONNE COMPÉTENTE. — Précepte de rigueur, il ne saurait être négligé sans danger pour le patient sans une lourde responsabilité pour l'opérateur. « L'aide, dit M. Miller, ne doit pas perdre de vue le visage du malade. Il désire le voir ronfler, comme fumant la pipe, les yeux fixes, le corps en résolution et sans mouvement. Il attend le moment où sa face deviendra bleuâtre, où il laissera la salive sortir de la bouche comme dans l'apoplexie.... Mais à ce moment il devra suspendre les inhalations, et ne les recommencer que lorsque ces indices d'une impression portée à l'excès seront passés. J'ai souvent, ajoute-t-il, été frappé du bruit d'un fort ronflement pendant mes opérations. Portant alors mes yeux sur le malade, je voyais que le mouchoir avait été abandonné sans surveillance sur sa figure, et en le débarrassant à temps, j'ai plusieurs fois prévenu une mort imminente. Mais fût-elle arrivée, on n'eût pu l'imputer qu'au mode d'application, et non à l'agent anesthésique.

LE MEILLEUR MOYEN D'EMPÊCHER OU DE FAIRE CESSER LES ACCIDENTS EST L'AIR ATMOSPHÉRIQUE. — L'auteur avertit de ne pas chercher à faire boire les malades chloroformisés qui sont pris de syncope ou dont l'assoupissement se prolonge trop. Le liquide, dans cet état, pourrait passer dans la trachée et les asphyxier. A sa connaissance, un cas funeste n'a pas eu d'autre cause que celle-ci.

IL CONVIENT D'ANESTHÉSIER LES MALADES PLUTÔT DANS LEUR LIT QU'A L'AMPHITHÉATRE. — Cette précaution, qu'il faudrait bien se garder de vouloir élever à l'état de loi, rendra en effet des services chez quelques sujets qui redoutent excessivement l'opération, et à l'égard desquels la force serait nécessaire pour leur faire quitter leur lit.

L'ANESTHÉSIE PERMET D'EXÉCUTER DES OPÉRATIONS QUI AUTREMENT SERAIENT IMPRATICABLES. — L'auteur ne cite à ce sujet que l'exemple de malades extrêmement indociles, et qu'on ne pouvait ni persuader ni contenir. L'assoupissement artificiel est alors plus qu'un palliatif agréable ; il apporte un secours précieux, et qui serait même indispensable si l'on avait à opérer dans une région où les mouvements désordonnés du sujet pourraient amener des accidents.

L'ANESTHÉSIE DONNE UN GRAND SOULAGEMENT AU CHIRURGIEN AUSSI BIEN QU'AU PATIENT LUI-MÊME. — On oublie effectivement trop aujourd'hui les angoisses naturelles que tout opérateur doit éprouver avant de porter le fer sur son semblable. Mais si beaucoup cherchent à les dissimuler, jaloux de réaliser jusqu'à l'épithète de *ferox* ce portrait du chirurgien que donne Celse, il est positif qu'aucun n'en est exempt en réalité. Les plus grands maîtres, dans leurs moments d'épanchement, ont fait l'aveu de cette honorable faiblesse. Abernethy, sur le point de pratiquer une opération importante, est abordé par un de ses collègues, qui lui demande : « Vous portez-vous bien ? Comment vous sentez-vous aujourd'hui. — Je me sens, répond le grand chirurgien, comme un homme qui irait être pendu ! » M. Miller, d'après qui nous citons cette anecdote, fait observer que cette sensation pénible a son origine dans plusieurs motifs divers, mais que l'anesthésie la ferait cesser, au moins en partie, en rassurant le médecin sur les souffrances qu'il regrette d'avoir à faire endurer.

Nous n'énumérerons pas les considérations qui sont développées pour montrer que l'anesthésie ne favorise ni l'hémorrhagie, ni la syncope, ni l'entrée de l'air dans les veines. Ce sont des points jugés aujourd'hui, et sur lesquels il ne reste que bien peu de doutes.

Ici se place la question principale, celle que recommandent doublement à notre attention sa gravité extrême et son opportunité actuelle. La solution qu'en donne M. Miller est singulière. Les réflexions qu'il énonce à ce sujet rappellent vraiment les produits les plus accentués de l'*humour* britannique. On cite des cas de mort, dit-il ; mais il n'est en aucune manière prouvé que le chloroforme ait été la cause de cette fatale terminaison. C'est l'argument *post hoc ergo propter hoc* qui a seul pu faire prendre le change à cet égard. « Nous pouvons nous rappeler des souvenirs tout semblables de l'époque de nos études. Une troupe d'enfants se livre aux ébats de son âge, et tous jouent des pieds et des mains avec une égale ardeur. Survient quelque accident, un œil poché, une hémorrhagie, une entorse, un habit déchiré. Le maître s'interpose alors et demande comment cela est arrivé ? — Ce n'est pas moi, c'est lui ! répond-on à l'envi ; si bien que, de *lui* à *moi*, l'accusation fait le tour jusqu'à ce qu'elle tombe enfin sur quelque malheureux à qui manque soit le pouvoir, soit la volonté de se disculper, et qui, le plus innocent peut-être, supporte tout le châtiment. » « C'est encore de la même manière qu'on voit un homme chercher à tromper les autres, sinon lui-même, lorsqu'il souffre d'une indigestion pour avoir mangé à l'excès. Un visiteur, le trouvant dans cet état, se hasarde-t-il à dire qu'il a peut-être porté ses libations un peu au delà des limites de la prudence. — Oh non ! certainement non ! réplique l'incorrigible gourmand ; cela doit tenir à un rosbif que j'ai eu le tort de manger sans moutarde. C'est de là que vient tout mon mal. — Jamais ce n'est la faute du vin ou du whisky ; toujours celle du saumon, du pouddingou du bœuf, qui ne convenaient pas à l'estomac. Et le chirurgien ne raisonne-t-il pas de même quand il dit : La mort n'a été produite ni par l'opération, ni par l'opérateur, ni par le bistouri ; le chloroforme en est seul responsable. »

Nous n'avons rien voulu retrancher de ce joli plaidoyer, et l'on ne nous reprochera pas du moins d'avoir tronqué les moyens de défense de ce nouvel avocat du chloroforme. Mais — avec la permission de M. Miller — il est des cas où (pour parler son langage) il n'y a ni saumon, ni pouddingà mettre en cause. Plusieurs patients ont succombé avant que l'opération eût été commencée. Ici donc l'événement reste tout entier à la charge du chloroforme, puisque les rapports entre le chirurgien et le patient sont restés bornés à la chloroformisation.

C'est ainsi (pour le dire en passant) que les choses ont eu lieu dans l'exemple publié récemment, et qui est le second cas de mort *immédiate* observé à Lyon. L'opération n'était pas commencée quand on s'aperçut que le pouls, jusque-là exploré soigneusement par deux aides, tombait tout à coup; et rien ne put ranimer la vie. Ce fait, qui à lui seul a déjà modifié la pratique anesthésique de plusieurs médecins, ne saurait devenir l'occasion du moindre blâme pour le chirurgien dans le service duquel il a eu lieu, puisque toutes les précautions que peut suggérer la prudence la plus défiante avaient été prises soit pour la pureté et la quantité de chloroforme administré, soit pour la surveillance de la circulation et de la respiration, soit pour le compte à tenir des contre-indications, etc. Mais la responsabilité de ce malheur, en épargnant l'opérateur, n'en retombe que plus pesante sur le chloroforme, dont aucun des témoins de cette scène n'a même cherché à innocenter l'action : car rien, dans les circonstances de l'observation ni dans les résultats de l'autopsie, ne peut expliquer l'événement, à moins qu'on n'invoque quelque prédispositian individuelle, tellement latente que l'examen nécroscopique même ne l'a pu révéler. Il est à regretter que l'Académie n'ait pas eu à temps connaissance de ce nouveau cas ; car toutes les circonstances dont il a été entouré sont la plus irréfutable réfutation de la cinquième conclusion adoptée par l'assemblée, conclusion qui, trois jours après sa promulgation, devait être dépassée, sinon renversée, par les faits. — En renvoyant nos lecteurs à notre avant-dernier numéro, pour plus de détails, nous féliciterions volontiers M. Barrier d'avoir lui-même publié ce revers, si nous ne connaissions par expérience que remplir un devoir n'a jamais été pour ce cœur si noblement doué, un sacrifice dont il y ait lieu de lui savoir gré.

LE CHLOROFORME ATTÉNUE LES DOULEURS QUI SUIVENT L'OPÉRATION ; IL A DES AVANTAGES SOUS CE RAPPORT DANS LES CAS OU IL N'A PU ÊTRE EMPLOYÉ DANS L'OPÉRATION ELLE-MÊME. — M. Miller cite à ce sujet l'observation d'une dame à laquelle il eut à extirper, et ensuite cautériser une tumeur de la voûte palatine. L'anesthésie eût exposé à faire avaler le sang ; aussi ne la détermina-t-il pas. Mais dès que l'hémorrhagie eut été arrêtée, il employa le chloroforme, qui apporta un calme manifeste pendant les premières heures.

L'ANESTHÉSIE SERT BEAUCOUP A FACILITER L'EXAMEN DES MALADIES. — On peut citer comme exemple de ce genre de services l'exploration d'une articulation qui vient d'être, chez un enfant, l'objet d'une violence traumatique, et où l'on soupçonne fracture ou luxation. La crainte des douleurs qu'on va causer au malade arrête souvent le chirurgien le plus intrépide avant qu'il n'ait poussé les manœuvres exploratrices aussi loin qu'il le faudrait pour assurer son diagnostic. En plongeant le blessé dans l'assoupissement, il devient aisé de faire toutes les manipulations nécessaires ; et l'on peut même quelquefois, si l'on constate une luxation, la réduire avant que le sommeil ait cessé.

L'ANESTHÉSIE EST D'UNE UTILITÉ INCONTESTABLE POUR MÉNAGER LA DÉLICATESSE ET LA PUDEUR DES FEMMES. — Pourvu qu'elle soit remplie par un médecin, et en présence des témoins qu'il peut s'adjoindre sans aller contre le but désiré, cette indication est en effet très-importante dans certaines circonstances, plus fréquentes, il est vrai, en Angleterre. M. Miller a ainsi opéré de fistule à l'anus une dame qui, non endormie, permettait à peine à son médecin de lui tâter le pouls.

LE CHLOROFORME, COMME ANESTHÉSIQUE, A UN AVANTAGE DÉCIDÉ SUR L'ÉTHER. — Après ce qui a été dit plus haut, nous ne reviendrons pas sur cette question, moins aisée à juger que l'auteur ne semble le croire. Disons seulement qu'il ne donne comme preuves de la supériorité du chloroforme que son parfum, l'absence d'appareils à inhalation, son action non irritante sur les voies respiratoires, la promptitude de son effet, et la petite quantité qui suffit pour endormir.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LE CHOLÉRA AU DÉPÔT DE SAINT-DENIS. — NOUVEAU CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME.

Les faits viennent confirmer nos prévisions. Le choléra a affecté dans sa marche les allures que nous avions induites de ses premiers pas vers nous. Il s'est avancé lentement et en marquant chacune de ses étapes du cachet particulier qu'il paraît offrir aujourd'hui en opposition, jusqu'à un certain point, avec le choléra de 1832. A cette époque, on se le rappelle, à peine avait-il élu domicile dans une localité, que bientôt tout le monde en ressentait les atteintes, et bientôt son atmosphère s'agrandissait par couches concentriques. Aujourd'hui, avons-nous dit, sa marche est saccadée, pleine de solutions de continuité, et les intervalles qu'il laisse entre les localités, on les retrouve entre les maisons et les individus. Cependant, son intensité paraît être la même qu'en 1832 : la mortalité est toujours, au fort de son règne, de plus de moitié.

Nous avons rappelé à dessein ces diverses circonstances avant d'annoncer un fait qu'il est inutile de dissimuler. Le choléra a éclaté depuis le commencement de cette semaine, avec une certaine violence, au dépôt de mendicité de Saint-Denis. Sur 13 malades, 9 sont morts presque immédiatement. C'est toujours, comme on le voit, la même mortalité. Nous avons besoin d'espérer que les compensations dont nous avons parlé plus haut continueront au profit de la capitale, et même du voisinage plus immédiat du dépôt. S'il en était ainsi, on aurait là une confirmation précieuse de nos observations, et un point de départ très-significatif pour l'étude du mode de propagation de la maladie, et des différences qu'elle présente avec l'épidémie de 1832. Nul doute, en effet, que si cette première et importante différence existe quant au mode de propagation, elle n'implique l'existence de beaucoup d'autres que l'observation aura à déterminer.

Le dépôt de Saint-Denis est, comme on sait, un asile destiné à recevoir tous les mendiants ou les vagabonds arrêtés dans les rues de Paris et le département de la Seine. Ils y sont logés, vêtus et nourris en échange d'un travail approprié à leurs forces et à leurs moyens; ils reçoivent en outre une petite paie dont on fait deux parts : l'une qu'on leur abandonne, l'autre qu'on retient pour leur former une masse destinée à les garantir, au moins pour quelque temps, de la misère à leur sortie. Ceci en dit assez pour montrer ce que peut être la population du dépôt : l'écume de la misère, de la fainéantise et du vagabondage; des constitutions épuisées par les excès, la débauche et les maladies. Est-il étonnant, après cela, que le choléra ait fait élection de domicile dans ce bouge en grand? Et ne comprend-on pas déjà les ravages qu'il y a faits à son début et qu'il doit y faire encore?

Une grave question d'hygiène publique et de police sanitaire s'offre immédiatement à résoudre. Que va faire l'autorité et que doit-elle faire? Quelque opinion qu'on se forme sur le mode de développement et de propagation du choléra, tout le monde s'accorde à reconnaître que des agglomérations d'hommes dans des lieux resserrés et malsains sont des conditions très-favorables au développement d'une épidémie. Ce sont pour ainsi dire des foyers d'infection préalables auxquels il ne manque que le germe de la maladie pour qu'elle se généralise. Voilà un premier fait incontestable. En voici un second. Personne n'oserait nier que l'agglomération d'un grand nombre de malades sur un seul point, dans un lieu confiné et par conséquent malsain, ne soit très-propre à accroître l'intensité de la cause morbide, absolument comme la multiplication des couples d'une pile augmentent la force du courant électrique. La conséquence de ces deux faits ne serait-elle pas la nécessité d'une dispersion immédiate du foyer d'infection, dans le double but d'épargner les malades et de prévenir l'intensité de la maladie? Mais un troisième fait se présente, et avec lui une troisième difficulté.

La maladie est jusqu'ici confinée dans le dépôt; Saint-Denis et les environs en sont encore exempts. Malgré l'opinion générale, qui regarde le choléra comme non contagieux, qui oserait affirmer que la dispersion des malades du foyer, et de ceux qui en ont respiré les émanations, ne fût pas une chose dangereuse pour les environs? Qui voudrait assumer la responsabilité d'une telle mesure? Cependant il faut que l'autorité et la médecine qui la conseille prennent une décision. Nous ne savons rien jusqu'ici des résolutions auxquelles on doive s'arrêter; nous savons seulement qu'on n'en a point pris, et par le fait, n'en point prendre, c'est se résoudre à un inconvénient grave, à favoriser le développement d'un dangereux foyer d'infection et une mortalité proportionnelle parmi les malheureux habitants du dépôt; mais c'est le cas de dire avec le poëte :

Accepte si tu peux, et choisis si tu l'oses.

La circonscription de la maladie dans une localité et sur une population aussi caractérisées permettront d'en faire l'objet de quelques études spéciales : nous serons heureux de les soumettre à nos lecteurs.

— Au risque de passer, aux yeux de certaines personnes, pour adversaires du chloroforme, nous continuerons à enregistrer les nouveaux cas de mort par cet agent *merveilleux* et *terrible*. Mais pour les hommes impartiaux et éclairés, nous rappellerons aussi que notre but bien décidé est de chercher à sauver cette admirable et précieuse découverte de la proscription qui finirait par l'atteindre, si on persistait à vouloir présenter le chloroforme comme une substance très-peu dangereuse par elle-même, et à expliquer les empoisonnements qu'il occasionne par l'asphyxie résultant de son mode d'emploi. Nous croyons, au contraire, qu'on peut travailler plus utilement à sa défense en recherchant les circonstances exceptionnelles qui peuvent rendre mortelles des doses innocentes dans les circonstances ordinaires. Le meilleur moyen pour cela est de recueillir et d'étudier avec le plus grand soin les accidents qu'on aura à regretter. C'est uniquement dans ce but que nous publions, avec tous ses détails, le cas qui suit, survenu à Westminster le 17 février dernier, et rapporté dans le numéro du 24 février du THE LANCET.

OBS. — Un ouvrier maçon, âgé de 36 ans, avait eu le gros orteil écrasé par la roue d'une charrette. — Cet individu était malade depuis cinq semaines, au Western dispensary, lorsqu'on s'aperçut que la gangrène avait gagné la plaie. Il fut décidé que l'on procéderait, le jour suivant, à l'amputation de l'orteil. Sur la demande du patient, l'opération fut précédée d'une inhalation de chloroforme. Une demi-once (1) de l'agent anesthésique fut versée sur un mouchoir et appli-

(1) La demi-once anglaise équivaut à 12 grammes environ.

Feuilleton.

GRANDEUR ET DÉCADENCE DES SYSTÈMES EN MÉDECINE.

Experientia testis temporum, lux veritatis. (CIC.)

Si les études historiques médicales étaient en honneur comme autrefois, si les médecins lisaient encore, on trouverait dans les systèmes de médecine qui ont successivement paru aux diverses époques de la science, les plus curieux monuments des efforts de l'esprit humain pour découvrir la vérité. Quand on parcourt les fastes de notre art avec un esprit élevé, pénétrant, dégagé de tout préjugé, lorsque, sans s'écarter de la filiation chronologique, on a acquis l'entière et pleine compréhension des systèmes qui ont brillé tour à tour sur l'horizon médical, on est étonné de la prodigieuse intelligence qu'il a fallu pour les inventer, les produire et les faire adopter. L'histoire de la médecine, bien comprise, est peut-être la plus étonnante histoire de l'intelligence, et quiconque entreprendrait de l'étudier, de l'écrire, sous ce point de vue, ferait un ouvrage des plus remarquables.

Une chose frappe d'abord quand on examine les anciens systèmes de médecine, c'est leur non-sens, leur nullité, j'ai presque dit leur folie. On ne peut s'imaginer que des hommes instruits, que toute une génération et même au delà, aient pu croire à de pareilles absurdités. L'erreur est si formelle, si saillante! Mais ne voit-on pas que ces systèmes se lient aux connaissances de l'époque, bien plus, qu'ils ont contribué à les développer, qu'ils ont ébranlé la science, qu'ils l'ont fait cheminer? Un homme d'un profond savoir, d'un esprit pénétrant, saisit une foule de rapports inaperçus; il s'empare des faits acquis, il les rapproche, il les combine, il les fond pour ainsi dire au feu de son imagination. Dès lors il établit un principe général, et en tire des conséquences multipliées; il couvre habilement ce principe du voile de la vraisemblance; il dompte pour ainsi dire la science, il la fait passer sous les fourches caudines de ses conceptions, souvent de ses témérités, de ses illusions; puis il dit avec une ferme croyance : « Voilà la vérité, couronnez-moi, *je l'ai trouvée.* » Ce qu'il y a de singulier, c'est qu'il est d'abord très-difficile de le réfuter, car il y a du vrai dans ce système, et ce vrai est amalgamé avec tant d'art à l'erreur, au paradoxe, au sophisme, qu'en faire le *départ* semble un problème d'une solution impossible. D'ailleurs l'esprit humain ne tend-il pas sans cesse à généraliser, à conclure? La puissance des *universaux* n'est-elle pas immense sur notre faible intelligence? Ajoutons que cette intelligence a besoin de croire, parce qu'elle sait que la vérité existe; elle est paresseuse, elle aime les synthèses toutes faites, d'autant plus que ces synthèses tendent à l'ensemble, à l'unité, but constant de nos efforts. Or, dans un système, le principe semble si bien soudé aux conséquences, il y a une telle corrélation des phénomènes aux causes, les déductions paraissent si naturelles, si logiques, si évidentes, si conformes à ce qui est, que, séduit et flatté, on se laisse entraîner en ne croyant céder qu'aux convictions de la raison et d'une expérience éclairée. Mettez-vous au point de vue de tous les systématiques, concevez bien le temps où ils ont paru, l'état de la science à cette époque, comparez ensuite leurs travaux,

quée sur la bouche et sous les narines du patient. On s'était assuré préalablement que le sujet n'était affecté d'aucune maladie thoracique. Cette première dose n'ayant produit que de l'agitation, on envoya chercher une seconde demi-once de chloroforme. Pendant ce temps le malade se remit entièrement des effets de la première inhalation. La seconde dose fut appliquée; après deux ou trois minutes d'agitation, l'insensibilité eut lieu et la respiration, qui avait été d'abord précipitée, devint lente et stertoreuse; paupières frémissantes à l'approche d'un objet quelconque; pupilles dilatées; pouls 70 et assez fort. L'opération ne dura pas plus de deux minutes. Quand elle fut terminée, on ne put pas faire sortir de sang des artères. La respiration devint par degrés plus lente et moins pleine. La pâleur et le froid de la mort se répandirent sur tout le corps. Le pouls cessa bientôt de battre. Quelques inspirations suivirent encore après la cessation du pouls. Il s'était passé dix minutes en tout depuis l'inhalation du chloroforme.

En présence de ces symptômes alarmants, on ouvrit porte et fenêtres pour amener de l'air dans la chambre; on ingéra dans le gosier du malade quelques gouttes d'eau-de-vie; on lui aspergea la figure d'eau froide, et on lui mit des boules d'eau chaude aux pieds. Ces moyens n'ayant amené aucun résultat, on eut recours à la respiration artificielle que l'on continua vainement pendant plus d'une heure. Tous les efforts pour le rappeler à la vie furent inutiles. Après trois à quatre heures, la rigidité cadavérique eut lieu, mais ne dura pas longtemps.

Autopsie. Elle fut faite en présence du coroner par M. Nunn, le docteur Arlidge, M. W. Brown et autres. Voici le résultat de cet examen :

Le corps est celui d'un homme grand et vigoureusement constitué, accusant plus de 36 ans. La rigidité cadavérique est dissipée; on ne sent aucune odeur de chloroforme, ni de décomposition commençante. La surface du corps est généralement pâle. Point de mucosité sortant de la bouche ou du nez. Les parois abdominales sont très-musculeuses; les intestins pleins de gaz; les petits intestins superficiels congestionnés et laissant apercevoir les ramifications des vaisseaux dans leurs tuniques. La congestion des parties inférieures est encore plus marquée et de la couleur de vin de Porto. Estomac vide, le sujet n'ayant déjeuné le jour de sa mort qu'avec un peu de pain et de lait. L'inhalation de chloroforme n'avait causé aucun malaise d'estomac. Les veines de l'estomac sont fortement distendues par le sang; cette distension se remarque surtout à la partie intérieure qui est d'un gris rougeâtre, la partie rouge étant au niveau des vaisseaux engorgés. Le foie est gros, ferme, et cependant se déchire facilement sous la pression; il est d'une couleur de plomb et rempli de sang veineux; la vésicule du fiel ne contient que peu de bile; la structure des reins est saine, mais d'une couleur de sang noir; ils sont congestionnés; la rate est foncée, congestionnée et friable; la vessie ne contient que peu d'urine.

A l'examen de la poitrine, on a trouvé les poumons très-développés, distendus, d'une teinte noire veineuse, et pleins de sang; une grande quantité de sang s'en est échappée quand on les a ouverts; ils étaient cependant crépitants et sains, à l'exception de quelques taches noirâtres et de quelques adhérences morbides.

A l'ouverture des bronches et de la trachée, la membrane muqueuse présente une apparence de congestion et a la couleur du vin de Porto; cette couleur foncée est plus remarquable encore dans les petites divisions des bronches. Les bronches contenaient aussi une petite quantité d'écume muqueuse légèrement colorée de sang. Les corps thyroïdes étaient très-développés et pleins de sang. Le sang était répandu dans la cavité thoracique. Le cœur est gros, mais flasque et affaissé. Les parois des ventricules sont minces relativement à leur volume; les oreillettes sont vides; le ventricule droit contient une once environ de sang semi-fluide; une quantité à peu près égale de sang mélangé de sang veineux a été trouvée dans le ventricule gauche. La membrane interne du cœur est d'une couleur foncée par l'injection. Toutes les valvules sont saines et entières. On rencontre au commencement de l'aorte et des gros vaisseaux quelques petites taches d'un dépôt athéromateux commençant.

A l'ouverture du crâne, il ne s'est échappé tout au plus une demi-once de sang veineux, et à l'enlèvement de la dure-mère une once et demie. Les sinus et les veines qui s'y ouvrent ne contenaient qu'une petite quantité de sang. Les vaisseaux de la pie-mère étaient en quelque façon congestionnés, les circonvolutions cérébrales petites. La matière grise n'avait pas changé de couleur. La même plénitude partielle, rencontrée dans les vaisseaux des méninges, se retrouve dans le cervelet et la moelle allongée, sans autre apparence morbide. La masse cérébrale divisée laisse voir quelques points piquetés rouges.

Il résulte évidemment, dit le rédacteur du journal, de tous ces renseignements, que la mort a été causée par le chloroforme, mais que cet agent a été administré avec prudence, et qu'on n'a négligé aucune précaution pour prévenir ce fatal résultat. Le jury, après une courte délibération, a rendu le verdict qui suit : « Le décédé Samuel Bennett est mort du chloroforme convenablement administré. »

Les parents ont déclaré que trois ans auparavant cet individu avait fait une chute de la hauteur de 50 pieds; qu'il en était résulté une blessure à la tête, accompagnée de délire et d'érysipèle, mais que depuis ce moment il avait joui d'une très-bonne santé.

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES COMATEUSES QUI ONT RÉGNÉ, EN 1847, DANS LA SUBDIVISION DE TLEMCEN, NOTAMMENT A SEBDOU; par MM. E. Sonrier, chirurgien en chef de l'hôpital de Sebdou, lauréat de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, et Félix Jacquot (de Saint-Dié), médecin des hôpitaux militaires.

(Suite. — Voir le nº 4.)

CHAPITRE III.

FIÈVRES PALUDÉENNES CAROTIQUES HYDRO-MÉNINGIENNES.

I. Épidémie.

Les lésions observées dans toutes nos autopsies ont été l'hydropisie méningienne, et la similitude des symptômes présentés par les sujets qui ont succombé avec ceux qu'ont offert les individus qui ont guéri, nous autorise à penser que la même lésion anatomique a eu lieu chez les uns et les autres, passagère et peu considérable, ou tenace et profonde, selon la gravité des cas. La qualification d'hydro-méningienne conviendrait probablement aussi à nos fièvres soporeuses et même somnolentes, ainsi que nous le démontrent quelques autopsies et la comparaison des phénomènes. Il est bien entendu que nous n'appliquons cette épithète qu'à notre épidémie; on verra plus loin que nous ne pensons pas qu'il existe des lésions matérielles dans toutes les fièvres comateuses.

L'épidémie a commencé en août, a continué en septembre; nous n'avons plus eu de nouveau cas à partir du 16 octobre. Le nombre de nos fièvres pernicieuses fut de 48, total dans lequel nous comprenons 1 ou 2 cas qui se présentèrent au printemps, et conséquemment hors du temps de l'épidémie. Nous ne comptons comme fièvres pernicieuses que les formes

---

leurs opinions, et vous ne serez plus étonné de leur influence, de leur ascendant, et si du sanctuaire de leur doctrine, ils ont dicté plus ou moins longtemps des oracles à la foule étonnée.

Ce n'est pas tout : cet homme d'un esprit cultivé d'une capacité étendue, ne néglige pas pour convaincre la ressource des formes. D'abord, comme l'acte de généralisation tend à dépouiller les concepts de tout ce qu'ils ont de sensible, ce que le systématique énonce en axiomes, en maximes, en principes, donne à ses idées une sorte de profondeur qui présuppose un examen longuement réfléchi de toutes les questions. A ce ton de solennité philosophique qui annonce l'homme convaincu, chez qui la vérité fait en en quelque sorte explosion, s'ajoute nécessairement la force d'une didactique subtile et l'art de séduire par l'élocution écrite ou parlée. Ne le savons-nous pas? la force du raisonnement et la puissance du style assurent la prédominance des opinions. Bientôt même ce systématique exalté par ses propres idées qu'il ne cesse d'identifier avec le vrai, par le succès qu'il obtient, se regarde comme l'hiérophante de la pure doctrine; il se croit l'homme qui a ouvert une nouvelle carrière, vu ce qu'on avait à peine soupçonné. Il parle sans cesse de progrès, mot captieux qui fascine toujours, et ses adeptes augmentent de plus en plus. Qu'on lise attentivement les ouvrages des systématiques les plus célèbres, et l'on trouvera toujours ce caractère indélébile d'une espèce de mission qu'ils se sont donnée et qu'ils doivent accomplir. Sans remonter aux anciens, ne connaît-on pas l'étrange orgueil de Paracelse, le savoir et l'adresse de Sylvius, le fondateur de la chémiatrie? Van Helmont, établissant, malgré tous les préjugés, l'existence et les lois de son archée; Stahl, dont la forte pensée se fait jour à travers ses phrases obscures; Hoffmann, d'un esprit si sage et d'une si haute intelligence; Brown, dont la profondeur n'exclut ni la force ni la simplicité; Rasori, qui présente ses idées avec une si rare perspicacité; enfin, parmi nous, le fondateur de l'école dite physiologique, en sont des exemples frappants. Ainsi l'art de mettre en relief certaines vérités et de les faire valoir, de fondre, d'ajuster, de combiner les faits d'après le principe admis comme base du système, d'en tirer des conséquences plus ou moins justes, mais d'une certaine probabilité, d'établir une *seule idée* centre des autres idées, une formule générale pour les formules secondaires, l'apparence d'une conviction profonde et inébranlable, d'une foi vive pour la vérité, une certaine rigueur de logique, l'assurance de ne se servir que des faits dans toute leur sincérité, parfois les saillies d'une ironie forte et acerbe sur les doctrines qui ont précédé, telles sont les causes du succès de la plupart des fondateurs de doctrines exclusives. Le premier obstacle une fois surmonté, l'indifférence publique, leur méthode a bientôt du retentissement; on la prône, on la vante. La jeunesse, facilement crédule et excitable, qui toujours cherche le mieux, le progrès annoncé, l'admet et le partage : voilà le système dans sa période ascendante.

Toutefois ce temps de prospérité est très-variable : le système des quaternités humorales de Galien a brillé pendant plus de seize siècles; le dernier que nous connaissions n'a pas duré plus de quinze ans dans sa pleine verdeur. Cette différence tient nécessairement aux connaissances plus étendues de nos jours, et parmi un plus grand nombre d'hommes, à une foule de préjugés détruits, et peut-être à cette idée, juste au fond, quoique affligeante, qu'il ne nous est pas donné, dans la *science de la vie*, d'arriver à une généralisation pour ainsi dire abso-

carotique et soporeuse, simples ou compliquées. La mortalité a été de 16, ainsi répartie : 1 décès en avril, 4 en août, 5 en septembre, 6 en octobre.

Le nombre de toutes nos fièvres prises en bloc, en août, septembre et octobre, a été de 297 ; les pyrexies paludéennes ont donc revêtu le caractère pernicieux dans plus d'un sixième des cas. La garnison se composait d'à peu près 250 hommes. Voici quel était son état sanitaire au fort de l'épidémie :

98 hommes à l'hôpital, qui se trouva entièrement occupé ;

60 dans divers locaux disposés pour suppléer à l'insuffisance de l'hôpital ;

40 attendant des places vacantes pour entrer ;

54 convalescents ou tout à fait bien portants (les derniers en petit nombre).

Les tribus voisines de Sebdou ont été également très-maltraitées, et la plupart ont été forcées de se réfugier dans les montagnes pour fuir la maladie.

Nos fièvres carotiques ont été beaucoup plus graves que les fièvres comateuses décrites par Torti et par Werlhof (1), affections qui n'étaient à proprement parler que des fièvres intermittentes somnolentes ou soporeuses, ainsi que l'indiquent ces principaux traits puisés dans Torti (2) :

« Le coma survient au début ou au déclin de l'accès, et disparaît avec lui. Le malade en sort lorsqu'on l'excite, balbutie quelques mots et retombe dans son sommeil. Si le hoquet se joint à ces symptômes, le sujet meurt au troisième ou au quatrième accès. »

Dans notre forme carotique, le malade reste presque toujours entièrement isolé de tout ce qui l'entoure, malgré les excitants les plus énergiques. L'apyrexie est rarement complète ; presque toujours le type est rémittent, et le coma, au lieu de cesser avec chaque accès, a duré jusqu'à cinq, six et même onze jours chez des malades qui ont guéri ; enfin la mort arrive au premier ou au deuxième accès.

Les fièvres somnolentes et soporeuses sont assez bien connues, et leur histoire a été tracée par d'habiles écrivains : Werlhof, Torti, Bailly, Maillot, etc. ; aussi avons-nous été brefs à leur sujet. Mais les pyrexies paludéennes étant bien plus rares, nous pensons qu'on trouvera de l'intérêt dans leur histoire complète, que nous allons tracer d'après de nombreux souvenirs et d'après 13 observations détaillées recueillies par l'un de nous (E. Sonrier). Pour mettre plus de rigueur, nous distinguerons ces cas selon qu'ils sont simples ou composés :

Fièvres carotiques hydro-méningiennes.

Simples	9 cas.
Hémorrhagique	1 »
Syncopale	1 »
Apoplectiques	2 »
Total	13 cas.

(1) Werlhof, OBSERVATIONES DE FEBRIBUS, PRÆCIPUE INTERMITTENTIBUS. In-4°, Hanovr., 1732, 1745.

(2) Torti, THERAPEUTICE SPECIALIS AD FEBRES QUASDAM PERNICIOSAS.... In-4°, 1709 et 1730, lib. III, cap. 1, p. 281.

II. SYMPTOMATOLOGIE.

A. — Début.

Dans 10 cas sur 13, l'accès carotique s'est déclaré après une période d'un à cinq jours, ainsi caractérisée : céphalalgie, malaise, faiblesse, étourdissements et vertiges, état bilieux peu prononcé, vomissements par exception, constipation. Ces symptômes éprouvent une recrudescence ordinairement quotidienne, plus rarement tierce, pendant laquelle on note : céphalalgie, surtout occipitale et très-violente ; chutes si le malade veut se tenir debout. Les trois stades des fièvres normales sont à peine indiqués ou manquent même ; les frissons sont fugaces, partiels et quelquefois ne se montrent pas du tout ; la chaleur est sèche, sans être bien considérable ; la sueur n'est jamais profuse. Cette céphalalgie prodromique s'est le plus souvent manifestée sans cause occasionnelle apparente ; une seule fois l'insolation paraît l'avoir provoquée.

Il nous reste trois cas à examiner : dans l'un, on n'a pu recueillir aucun renseignement ; dans l'autre, une fièvre simple devint rapidement comateuse. Nous donnerons l'observation du troisième cas, et nous nous expliquerons à son sujet.

D'où nous pouvons conclure que jamais les accès carotiques ne se sont brusquement montrés, mais que toujours ils ont été précédés de phénomènes fébriles de différents caractères, notamment de céphalalgie rémittente. Ce résultat est de la plus haute importance pour les indications thérapeutiques.

L'observation que nous avons annoncée ne nous semble pas donner un démenti à cette loi.

MORT SUBITE PAR APOPLEXIE SÉREUSE, CHEZ UN SUJET EN PROIE A UNE CACHEXIE PALUDÉENNE.

OBS. II. — Bosmet, du 5[e] de ligne, 26 ans, entré à l'hôpital le 4 octobre pour un ulcère à l'aine gauche. Il est en Afrique depuis vingt-trois mois, et a été traité, dans notre hôpital, du 5 septembre au 26 du même mois, pour une fièvre quotidienne. Sorti à cette époque, il a éprouvé pendant quelques jours une diarrhée séreuse abondante.

Cachexie paludéenne ; anémie ; souffle carotidien ; pâleur ; face bouffie et terreuse ; infiltration de plusieurs parties du corps, notamment des membres inférieurs ; chairs flasques et molles ; langue blanchâtre et inappétence ; apathie des plus prononcées. Le malade n'a plus d'accès depuis sa sortie de l'hôpital, le 26 septembre.

Les toniques, tels que le vin de quinquina, le fer, les tisanes amères et une bonne alimentation améliorent son état de jour en jour ; l'ulcère est presque cicatrisé. Le 13 octobre, il se couche comme d'habitude à la nuit tombante ; mais le lendemain, à quatre heures du matin, l'infirmier de garde le trouve mort dans son lit, sans qu'il ait poussé la moindre plainte, ou au moins sans que ses voisins, très-rapprochés de lui, aient rien entendu. — Nous faisons l'autopsie à dix heures du matin.

TÊTE. — Cerveau pâle, mou comme s'il avait macéré dans l'eau ; ventricules à moitié remplis de sérosité citrine. De la sérosité, logée dans la cavité arachnoïdienne, baigne la moelle allongée et occupe les fosses occipitales ; il s'en écoule à peu près 300 grammes. Pas la plus légère injection dans l'encéphale ni les méninges. Nous n'ouvrons pas le rachis, faute d'instruments. (Par la même raison, la nécroscopie de la colonne vertébrale manquera dans toutes nos autres observations.)

THORAX. — Assez grande quantité de sérosité dans la plèvre ; 50 grammes

---

lue, et qui contienne la raison des faits pris dans leur immense variété. Quoi qu'il en soit, aussitôt que la doctrine a fait son apparition, qu'elle a conquis en grande partie les opinions, pénétré dans les esprits, on cherche à faire des applications. Il est si commode, en effet, pour le praticien d'avoir une base unique relative aux indications, un principe fondamental, une règle fixée à l'avance, où il ne s'agit que *du plus ou du moins*. Aussi, dans le commencement, les préoccupations sont souvent telles qu'on ne voit que des succès ; il semble que tout réussit ; les résultats opposés sont à peine remarqués. Quand ces succès sont réels, on ne manque pas d'en faire honneur à la nouvelle doctrine. Si l'événement n'est pas favorable, on subtilise, on l'explique par des circonstances particulières, rares, hors du principe général. Le bandeau, encore trop épais, ne permet pas de voir la réalité ; on se contente de succès équivoques. D'ailleurs, comme la nature triomphe quelquefois malgré le médecin, car *pessima methodo non omnes trucidantur*, c'est encore au nouveau traitement qu'on l'attribue. Cependant de tristes résultats ne tardent pas à avoir lieu, et il en est qui frappent enfin tous les regards. Ce qu'on attendait n'arrive pas ; au contraire, des accidents surgissent en dépit des moyens employés selon la rigueur de la méthode. Plus d'un phénomène morbide s'opiniâtre et résiste ; le malade succombe, et sa mort laisse l'aiguillon du doute dans l'esprit du praticien sur l'efficacité des moyens qu'il a employés. Ce ne sont encore que des doutes, mais les mécomptes s'augmentent, les revers se multiplient. Alors ces doutes s'enracinent, se fortifient, et de là à une conviction contraire au système, il n'y a pas loin, au moins quand on cherche la vérité de bonne foi. Déjà le prosélytisme est arrêté ; on croit moins, on examine davantage, d'autres voix se font entendre, et d'autres opinions surgissent.

En général, les systématiques audacieux et adroits recrutent facilement ceux qui se gardent de penser et d'approfondir ; puis vient la foule, la plèbe. Ils attirent aussi dans leur tourbillon, il faut bien en convenir, quelques esprits d'élite qui aiment à se lancer dans une nouvelle carrière ou qui croient marcher sous l'étendard de la vérité. En revanche, ces mêmes systématiques ont contre eux deux classes d'individus assez différents. On trouve dans la première, les indifférents, ceux qui ne veulent rien apprendre au delà de ce qu'ils savent, esprits faibles, opiniâtres, stationnaires, bien décidés à s'enclore dans l'enceinte du passé quel qu'il soit. La seconde se compose de ces caractères froids, judicieux, réfléchis, que des habitudes de science et d'études fortes ont mis à l'abri de certaines illusions scientifiques, qui veulent aller au fond des choses pour voir de près et toucher la vérité. Pour eux le mot *progrès* implique l'idée d'une marche régulière et continue, sans déviations brusques ni secousses vives vers un point fixe ou vers plusieurs points successivement déterminés. Or ils ne voient pas toujours les progrès dans le mouvement, quelquefois même ils pensent que ce mouvement est rétrograde, surtout quand il se manifeste par éclats, par cette témérité de principes et d'induction qui prétend arriver d'emblée aux plus hautes sources de la vérité. Fort éloignés de mesurer le mérite d'un auteur ou d'une doctrine à son succès apparent, ils examinent, ils jugent et attendent. Toutefois cette classe de médecins est nécessairement peu nombreuse, aussi leurs avertissements sont-ils d'abord sans valeur ; ils crient dans le désert : Arrêtez-vous donc, le vrai n'est pas là. Quoi qu'il en soit, ce petit nombre ayant pour lui le temps, les faits, l'expérience et la raison, finit toujours

dans le péricarde. Le cœur est blanchâtre et mou ; un tissu cellulo-graisseux, qui le recouvre, contient aussi de la sérosité dans ses mailles.

ABDOMEN. — Rate un peu tuméfiée ; faible épanchement péritonéal ; anasarque.

L'un de nous écrivait l'an passé (1) : Chez les individus infiltrés par suite d'anciennes fièvres terminées depuis un temps assez prolongé pour que le médecin ne s'occupe plus qu'à redonner du ton à l'organisme, on voit quelquefois le coma survenir peu à peu ou se manifester brusquement, sans qu'il y ait récidive de fièvre. Le coma est alors produit par l'accumulation de sérosité dans les méninges, soit par suite d'une simple hypersécrétion, soit par une véritable métastase distrayant la sérosité collectionnée dans diverses parties pour la transporter dans les méninges, ainsi que Dance en a cité des observations.

Nous pensons qu'il s'agit ici d'un cas rentrant dans ces espèces.

M. Catteloup, médecin en chef de l'hôpital de Tlemcen, possède des faits et des nécroscopies qui mettent hors de doute la réalité de ces apoplexies séreuses, peu connues encore, survenant chez des individus en proie à l'infiltration de la cachexie paludéenne. « Deux malades de mon service, m'écrivait cet habile confrère, sont morts inopinément après avoir été douze jours dans les salles destinées aux convalescents, succombant à une affection cérébrale dont j'ai recueilli les altérations pathologiques, qui sont semblables à celles que vous avez décrites, et qui corroborent vos idées et les miennes sur cette espèce d'apoplexie séreuse. » Depuis cette époque, nous avons nous-mêmes recueilli un nouveau fait extrêmement probant.

Dans notre observation, il ne s'agit donc pas d'un accès survenant brusquement chez un individu sain, mais d'une apoplexie séreuse chez un sujet infiltré par suite d'impaludation. L'observation suivante va nous montrer un véritable accès foudroyant, mortel en moins de deux heures, mais précédé de quatre jours de céphalalgie rémittente.

QUATRE JOURS DE CÉPHALALGIE RÉMITTENTE ; ACCÈS CAROTIQUE FOUDROYANT ; MORT EN MOINS DE DEUX HEURES ; AUTOPSIE.

OBS. III. — Gilibert, du 5e de ligne, 26 ans, stature colossale et tempérament sanguin, est en Afrique depuis vingt et un mois ; il a eu la dyssenterie en août 1846. Après quatre jours de céphalalgie rémittente, il tombe tout à coup dans l'état suivant :

Insensibilité complète, malgré les stimulants adressés à tous les sens ; opisthotonos, trismus, contraction tonique des muscles du pharynx et de la langue ; les membres soulevés retombent comme des masses inertes ; paupières demi-closes, globes oculaires portés en haut et strabisme divergent, pupilles énormément dilatées et insensibles à la lumière ; selles noirâtres involontaires ; respiration saccadée, spasmodique et n'aboutissant qu'à l'introduction de très-peu d'air, malgré les mouvements musculaires les plus énergiques : elle se fait par le nez avec un sifflement aigu. Le pouls est d'abord fort et fréquent, mais il devient ensuite vite, faible et fréquent, de sorte qu'on ne peut plus le compter. La peau est moite, mais déjà froide aux extrémités. (Prescription : Limonade gommeuse ; lavement avec sulfate de quinine, 2 grammes ; saignée de 500 grammes et 3 ventouses scarifiées à la nuque ; sinapismes.)

Pendant l'application des ventouses, profondément scarifiées, et des sinapismes, le malade ne manifeste aucune douleur. Les ventouses donnent à peine du sang et deux piqûres de saignée ne nous en fournissent que 100 grammes. La circulation ne s'exécute plus, le malade meurt une heure et demie après son transport à l'hôpital.

L'autopsie est faite dix-huit heures après la mort, par une température très-élevée : pas la moindre trace de décomposition, rigidité cadavérique très-marquée.

TÊTE. — Rien dans les méninges. Coloration violacée, diffuse, non ponctuée des circonvolutions cérébrales et surtout cérébelleuses. La pulpe est partout de consistance normale ; la teinte violacée s'affaiblit en allant vers les parties profondes. Injection striée de la protubérance annulaire. Pas de sérosité dans les ventricules ; mais 100 grammes à peu près de sérosité sanguinolente, logée dans l'arachnoïde, baignent la moelle allongée.

THORAX. — Un peu de sérosité dans le péricarde, un peu d'engorgement hypostatique des poumons dont une tranche flotte entre deux eaux.

ABDOMEN. — Injection hémorrhagique de la muqueuse de l'iléon. Rate un peu tuméfiée, mais non ramollie. Pas d'urine dans la vessie.

B. — Accès.

COMA, INSENSIBILITÉ. — L'insensibilité a été le plus souvent si complète qu'on pouvait, sans provoquer aucun mouvement, lacérer et brûler la peau et mettre de l'ammoniaque sous les narines ; la lumière ne provoquait pas la contraction de la pupille, des sons aigus produits près de l'oreille ne faisaient pas sourciller le malade. Cet état a duré de quelques heures à onze jours ; le sujet en sortait peu à peu ou bien semblait tout à coup se réveiller comme d'un profond sommeil et n'avait aucun souvenir de ce qui lui était arrivé. Il est fort remarquable que les deux individus qui ont présenté, l'un six, l'autre onze jours de coma (voy. obs. V), ont guéri ; un autre sujet a succombé après quatre jours d'un pareil état consécutif à un troisième accès carotique.

FACE, ORGANES DES SENS. — La face a toujours été stupéfiée, immobile, sans expression ; dans les cas très-graves et dans la forme syncopale, nous l'avons trouvée pâle et cadavéreuse ; elle s'est présentée vultueuse dans la forme apoplectique, et quand le molimen sanguin avait lieu énergiquement vers la tête. — Yeux : paupière supérieure tombante ; pupilles dilatées (1) et le plus souvent d'une complète insensibilité ; strabisme, surtout divergent. Il est à remarquer que dans nos neuf cas de fièvres carotiques simples, ces phénomènes ont toujours existé, tandis que, dans les formes compliquées, le strabisme et la dilatation de la pupille ne se sont pas montrés d'une manière si constante ni si prononcée. L'ampliation du champ pupillaire et la divergence ont toujours cessé sur le cadavre, immédiatement après la mort. — Bouche et phonation : lèvres pendantes et arides ; langue toujours sèche, souvent noirâtre, quelquefois vraiment fuligineuse quand le carus dure depuis quelque temps : le sujet la tire difficilement de la bouche, comme le font les typhisés ; dans un quart des cas, elle était déviée, le plus souvent à droite. Cette déviation, accompagnée de bredouillement, s'est prolongée pendant la convalescence, chez deux de nos malades. Il va sans dire que, pendant l'accès, la parole est complétement abolie ; le sujet ne pousse pas même de plaintes. — Quand les malades, sortis du carus, ont pu percevoir et rendre compte de leurs sensations, beaucoup ont accusé de la dureté d'ouïe, de la faiblesse de la vue ou de la diplopie, phénomènes qui ont quelquefois persisté pendant quelque temps. — La peau est ordinairement chaude et moite plutôt que couverte de sueur. Dans les cas les

(1) Félix Jacquot, LETTRES D'AFRIQUE, n° XII, *in* GAZETTE MÉDICALE, 1847.

(1) Quelques auteurs disent que la pupille est dilatée ou resserrée ; nous n'avons jamais observé ce dernier état.

par l'emporter, et malheur aux sytématiques qui n'ont pas l'assentiment de pareils hommes !

En effet, ce qu'ils pressentent ou voient dès le commencement devient à la fin une manifestation évidente pour tous : il ne faut que du temps. C'est dans l'application même raisonnée des principes du système préconisé, c'est dans les déceptions thérapeutiques qui en sont la suite, que se trouve cette manifestation. Lorsque Van Helmont eut établi sa doctrine, il voulait bien qu'on apaisât les *fureurs de l'archée* par toutes sortes de moyens, mais non par la saignée. Van Helmont a été le plus grand hématophobe qui fut jamais, lui-même passe pour avoir été victime de ses principes. Aussi Gui Patin le traita-t-il, dans son emportement sarcastique, de *méchant pendard flamand*. Les motifs de Van Helmont paraissent d'abord excellents : le sang, selon lui, ne subit jamais d'altération tant qu'il circule ; les erreurs seules de l'*archée* provoquent la pléthore et les congestions ; alors pourquoi saigner ? pourquoi priver l'économie de son principe de vie et de force? Ne voyez-vous pas que non-seulement vous affaiblirez directement le malade, mais que vous vous exposerez aux crises et aux réactions salutaires? Il y a du vrai dans ces idées, mais comme il arrive toujours, poussées à l'extrême, à l'exclusif, elles arrivèrent à l'absurde, l'expérience les démentit complétement et elles furent abandonnées.

Les iatromathématiciens, les hydrodynamistes, exercèrent assez longtemps leur despotisme sur la médecine. Borelli, Sanctorius, Pitcairn, Boerhaave, etc., étaient savants dans l'art du calcul, et ils voulurent appliquer aux corps vivants la rigueur des formules géométriques. On sait le rôle qu'ont joué dans leur système le mouvement et le frottement des fluides, le diamètre relatif des vaisseaux, et plus tard la qualité des humeurs, etc. ; mais les *attritus* et les *infarctus* succombèrent à la fin, car l'expérience apprit que les solides et les fluides ne font qu'un dans l'économie, avant que Bichat eût formulé ce grand principe en disant « qu'une théorie exclusive du solidisme ou de l'humorisme est un contre-sens pathologique. »

Personne n'ignore que d'après le profond système médico-psychologique de Stahl, l'âme dirige les fonctions, préside à tout dans l'économie. S'il y a maladie, si l'ordre se détruit, elle le rétablit et le maintient. Il ne s'agit point ici de l'âme spirituelle des théologiens ; c'est une espèce d'âme intermédiaire, qui fait *sans instruction* tout ce qu'elle doit faire. Ses fonctions, dit Stahl, ont lieu *a ratione* ou λόγω et non pas *a ratiocinio* ou λογισμῷ. De ce principe découle naturellement l'effort autocratique de la nature dans les maladies, et par une induction forcée, la médecine expectante. Que vous reste-t-il à faire ? rien ou du moins très-peu de chose, puisqu'il y a une puissance secrète qui combat en faveur du malade et lutte contre le principe du mal. Aussi la pratique de Stahl se réduisait-elle à une très-faible médication. Ce n'est pas que ce grand médecin se renfermât dans une expectation absolue, il y avait, selon lui, à cet égard, un mode particulier qu'il explique dans un de ses plus curieux ouvrages (1). Il est possible que le système de Stahl, source de la théorie de l'excitement, base de notre médecine actuelle, ait séduit plusieurs médecins, mais on peut douter qu'il en ait jamais été fait une constante et rigoureuse application. La médecine

(1) *Sileni Alcibiadis*, id est, *ars sanandi cum expectatione, opposita arte curandi nuda expectatione.*

plus graves, les extrémités et même toute la surface cutanée sont froides.

INTELLIGENCE. — Entièrement abolie pendant le carus, elle se rétablit quand celui-ci diminue, mais elle reste quelque temps un peu paresseuse sans avoir perdu de sa justesse. Dans deux cas, il y eut délire passager et loquace, alors que la rémission s'établissait. Le délire n'est pas possible pendant l'accès carotique même, l'intelligence étant tout à fait anéantie. Il peut, au contraire, se déclarer au milieu des accès soporeux.

DOULEURS. — La céphalalgie a été aussi constante dans le cours de la maladie que pendant les prodromes. Tous ceux qui ont pu rendre compte de leurs sensations l'ont accusée : elle siégeait principalement à la nuque ; elle était quelquefois gravative, mais bien plus souvent exacerbante, pulsative, lancinante. Nous n'avons entendu aucun cri hydrencéphalique. Elle a fréquemment persisté pendant la convalescence. La douleur à l'épigastre ou dans les hypocondres n'a été notée que dans un tiers des cas, mais nous pensons qu'elle a existé plus souvent : en effet, dans la forme soporeuse, nous l'avons trouvée à peu près constante, et si nous ne l'avons pas constatée plus souvent dans la fièvre carotique, c'est probablement parce que l'attention a été absorbée par la gravité des autres symptômes. On sait qu'Hippocrate a observé cette douleur dans un tiers des fièvres rémittentes de la Grèce, Twining dans une pareille proportion dans l'Indoustan, et Stewardson dans presque tous les cas de fièvres rémittentes en Pensylvanie, 19 fois sur 20. — Deux ou trois malades ont éprouvé des fourmillements dans les jambes ou des douleurs articulaires. — Chez les sujets qui ont eu des apyrexies incomplètes, la persistance de plus ou moins de roideur dans le cou était accompagnée d'un sentiment de gêne très-pénible (1).

MOTILITÉ. — Pendant l'accès, elle a été abolie ; dans le cours de nos périodes comateuses, qui ont duré de quelques heures à onze jours, elle s'est à peine manifestée. La résolution des membres était si complète qu'ils retombaient, sans aucune tentative de résistance, sitôt qu'on les abandonnait à eux-mêmes : c'était une véritable paralysie qui ne fut interrompue que chez un tiers des sujets, par de légers soubresauts des tendons des avant-bras et des mains, plus rarement par quelques contractures ou par une sorte de jactitation passagère. La paralysie n'a jamais été partielle (2), pas même dans notre cas de fièvre carotique avec déchirure apoplectique de la pulpe cérébrale : il est probable que l'individualité des paralysies partielles s'effaçait dans le collapsus général. On pourrait pourtant considérer la déviation de la langue comme le résultat d'une paralysie partielle. Après les accès, la motilité et la sensibilité se rétablissaient à mesure que le coma diminuait : quelques phénomènes ont néanmoins survécu temporairement, tels que ces troubles des organes des sens que nous avons notés, l'affaiblissement considérable des extrémités inférieures ; enfin, chez un sujet, une paralysie de la vessie qui dura quelques jours seulement.

Il est fort remarquable que certains muscles, contracturés d'une manière permanente et énergique, contrastaient avec le collapsus général. Dans deux de nos neuf cas simples, il y eut opisthotonos complet, et dans tous les autres, la contracture des muscles postérieurs du cou rejetait fortement la tête en arrière. Ces contractures duraient autant que l'accès, mais elles éprouvaient des relâches pendant les longues périodes comateuses. Les muscles profonds du cou participaient à cet état : la déglutition était si difficile que nous avons presque toujours été obligés d'administrer le sulfate de quinine en lavements : le malade rejetait convulsivement tout ce qu'on tentait de lui faire avaler. Dans quelques cas, les muscles, au lieu d'être convulsés, étaient paralysés, et les boissons, après avoir traversé l'œsophage comme un tube inerte, tombaient avec bruit dans l'estomac. — Le trismus a été observé dans un tiers de nos observations.

Dans nos quatre cas compliqués, la rigidité tétanique a été moins constante et moins marquée, mais la déglutition a toujours été lésée, soit par contracture soit par paralysie des muscles qui président à cette fonction.

La rareté des mictions, l'incontinence des matières fécales ou la constipation sont des phénomènes dans lesquels la myotilité a sa part ; mais nous en parlerons plus loin.

CIRCULATION. — Dans plus de la moitié des cas, le pouls a été petit et fréquent, quelquefois au point de devenir filiforme et de ne pouvoir plus être compté. Werlhof avait déjà noté qu'il est le plus souvent accéléré dans la fièvre comateuse. Jamais nous ne l'avons trouvé ralenti. Dans un cas, il nous a paru normal, et dans d'autres circonstances, il s'est montré accéléré et développé sans être dur. En cherchant à rapprocher ces modifications du pouls des formes que revêt la maladie, nous trouvons qu'il est large et fréquent quand le molimen sanguin se fait avec une certaine énergie et que l'accès n'est pas extrêmement grave, mais qu'il devient filiforme toutes les fois que l'intensité des accidents menace la vie d'extinction prochaine, ainsi qu'on en trouvera un exemple dans notre obs. 6. Dans la forme syncopale, la circulation est presque anéantie (voy. obs. 5) ; enfin dans notre fièvre hémorrhagique les battements du cœur étaient précipités et faibles, comme cela arrive dans toute perte de sang. Voici, du reste, cette observation curieuse à plus d'un titre.

FIÈVRE CAROTIQUE HÉMORRHAGIQUE ; MORT LE DEUXIÈME JOUR.

OBS. IV. — Gayrard, du 5ᵉ de ligne, 27 ans, en Afrique depuis vingt-deux mois, tempérament sanguin, forte constitution, est apporté à l'hôpital le 30 août, atteint d'accès pernicieux ; on ne nous donne aucun renseignement sur son état pendant les jours précédents.

Supination, immobilité, contracture permanente des muscles postérieurs du cou et des élévateurs de la mâchoire inférieure ; l'œsophage se contracte convulsivement et rejette les boissons qu'on essaye d'ingérer ; face cadavéreuse, collapsus des paupières, dilatation permanente des pupilles et strabisme divergent ; les membres sont dans une résolution complète et toute sensibilité est éteinte ; pouls filiforme ; diarrhée formée d'un sang noirâtre exhalant une odeur nauséabonde ; écume sanguinolente autour des lèvres ; respiration précipitée avec râle trachéal à grosses bulles ; peau couverte d'une sueur gluante ; extrémités froides. (Prescr. : Limonade fortement acidulée qu'on tentera de faire prendre quand on poura saisir un instant de répit dans la convulsion des muscles de la déglutition ; lavement avec sulfate de quinine 2 grammes et éther ; trois vent. scar. à la nuque ; compresses froides sur la tête ; frictions sèches sur les membres. Comme l'écoulement intestinal continuait, on donna à midi un lavement avec nitrate d'argent.)

Sous l'influence de cette médication, le malade se ranima un peu à trois heures ; mais vers le soir il est pris d'une hémorrhagie nasale que nous avons

(1) Hippocrate a noté la douleur du cou dans le *lethargus*, qui parait représenter les fièvres paludéennes soporeuses, rémittentes et pseudo-continues de la Grèce. « Revenus à eux, ils disent sentir de la douleur au cou et éprouver un bourdonnement dans les oreilles. » (Voy. édit. Daremberg, *Prénotions*, p. 108.)

(2) Torti a observé des paralysies partielles qui ont cédé au quinquina. (Voy. *loc. cit.*, lib. IV, cap. 4, l'histoire de cette vieille femme qui devint momentanément hémiplégique.)

---

expectante, qui remonte à Hippocrate, est encore employée à juste titre dans certains cas ; mais qui voudrait s'en contenter dans la pratique ? qui oserait dans toute maladie, laisser faire, attendre, se croiser les bras sous sa robe doctorale, dans les affections graves, dans les inflammations franches et suraiguës, dans les fièvres intermittentes, etc., etc. ? Cette doctrine, dans sa rigueur puritaine, serrait l'opprobre de l'art, et elle mériterait le sarcasme dont l'accabla Asclépiade il y a près de vingt siècles.

Lorsque Brown eut publié son système, et qu'on l'eut bien compris, ce ne fut qu'un cri d'admiration et de confiance en Europe, notre pays excepté. La vérité médicale parut décidément avoir illuminé le réformateur écossais. En effet, quoi de plus simple que cette pondération à établir entre l'*excitement* et l'*excitabilité* ? Quoi de plus positif que les divers états de cette dernière, d'après les différentes formes de maladies ? Où le praticien devait-il trouver un guide plus sûr, une boussole directrice plus évidente que dans cette faiblesse directe ou indirecte, c'est-à-dire l'accumulation ou l'épuisement de l'excitabilité dans des proportions diverses ? Rien ne parut d'abord plus concluant, plus vrai, plus décisif ; on fit même une échelle où, sur deux *lignes parallèles*, étaient représentés en chiffres, les rapports de l'excitement et de l'excitabilité, depuis zéro jusqu'à un terme quelconque ; c'était une formule presque mathématique. De là l'acquiescement exalté, le fanatisme de certains sectaires de la nouvelle doctrine. On ne parlait que d'élever une statue à Brown, avec la fameuse inscription, *me hercle, opium non sedat*, bien que le fondateur de la théorie fût en prison, où il s'enivrait de laudanum, tout en se moquant de Cullen, son maître et son protecteur. Maintenant, qu'est devenue la gloire de ce réformateur ? Qui connaît son système et qui s'en soucie ? Il est arrivé ce qui arrivera infailliblement aux systématiques qui creuseront en passant leur sillon dans la science, d'abord l'enthousiasme, puis la réflexion, ensuite le refroidissement, enfin l'oubli. Veut-on trouver la cause de cette gradation désespérante ? Cherchez-la toujours dans l'application même des principes du système. Du moment que les médecins browniens voulurent accommoder leur pratique à leur croyance, ils furent surpris, puis effrayés des revers qu'ils essuyèrent. On avait beau combattre la débilité directe ou indirecte par une foule de toniques et d'excitants de toute espèce, la maladie, dans le plus grand nombre de cas, n'en marchait pas moins vers une issue fatale. On incendiait l'économie pour la fortifier, mais presque toujours en vain, les principes du système brillaient d'un certain éclat, et leurs applications étaient frappées d'une impuissance profonde et radicale.

Et si l'on pense que, dans ce tableau, le trait est forcé, nous rappellerons ce qui s'est passé en France il y a quelques années. On se souvient encore de l'espèce d'explosion que fit le *physiologisme*. En assez peu de temps la foule se trouva convaincue et séduite, le *fiat lux* médical paraissait enfin accompli. Voyez maintenant ce qui en est : l'indifférence et presque le dédain ont succédé à l'entraînement, c'est un temple qui n'a plus de fidèles, et les dieux sont partis. Qui est-ce qui croit aujourd'hui à la préexcellence du principe de la doctrine physiologique ? Qui reste convaincu que l'irritation est tout dans les phénomènes pathologiques, qu'elle ne change jamais de nature dans les organes ? que les différences *quantitatives* font seules la forme et le degré d'intensité des maladies ? qu'il y a d'abord l'irritation modèle, ensuite la surirritation, puis la subirritation, enfin l'abirritation, toute une dynastie d'irritations dans l'économie, car la

peine à réprimer par le tamponnement; le sang qui s'échappe par les ouvertures postérieures s'ajoute aux mucosités sanguinolentes qui obstruent l'arbre respiratoire et l'asphyxie commence.

31 août. Le coma continue. (Prescr. : Même lavement, sinapismes aux mollets.) A trois heures l'hémorragie nasale reparaît, et de nombreuses ecchymoses se forment aux parties déclives du corps. Le flux noirâtre intestinal continue; le malade expire dans la matinée.

AUTOPSIE. — TÊTE. Rien à noter dans la pulpe cérébrale ni dans la trame des méninges. De la sérosité sanguinolente contenue dans la cavité arachnoïdienne baigne la moelle allongée et la protubérance annulaire.

THORAX. Les bronches sont remplies de mucosités spumeuses sanguinolentes; le bord postérieur des poumons est gorgé de sang et une tranche se précipite au fond de l'eau. Le tissu cellulaire sous-pleural est également infiltré de sang; nous trouvons de la sérosité dans le péricarde.

ABDOMEN. Quelques anses intestinales, violacées ou noirâtres, contrastent avec d'autres anses pâles exsangues. Il s'écoule de l'intestin une matière noirâtre, gélatiniforme, produite par l'exsudation du sang. La muqueuse est molle, friable, comme spongieuse et parsemée de vaisseaux nombreux et dilatés qui semblent avoir permis l'hémorrhagie à travers leurs parois, sans solution de continuité. Le colon est épaissi et contient de la matière analogue à celle que nous avons trouvée dans le petit intestin; sa muqueuse est également molle, mais à partir d'un certain point elle devient ferme et rouge jusqu'à l'anus : c'est l'espace qui a été touché par le lavement caustique. La rate est congestionnée et un peu plus volumineuse qu'à l'état normal.

TISSU CELLULAIRE. Nombreuses ecchymoses aux parties déclives et aux membres, formées plutôt par de la sérosité chargée de sang que par du sang pur.

Cinq saignées ont été pratiquées sur nos 13 malades; aucun n'a subi plus d'une phlébotomie. Voici les caractères qu'elles ont présentés.

Une saignée de 500 grammes est prescrite, mais on n'obtient que 100 grammes de sang qui se coagule en forme de gelée de groseille presque noire, sans distinction de l'insula et du sérum (obs. 3). Dans trois autres saignées de 500 grammes, à jet facile et assez large, le caillot a été volumineux, noirâtre, sans couenne, nageant dans très-peu de sérosité. Enfin, dans un de nos cas apoplectiques, deux tentatives ne fournirent que 150 grammes de sang qui présenta les mêmes caractères que la première phlébotomie que nous avons notée dans ce paragraphe (obs. 6).

SÉCRÉTION. — Les urines ont été rares et leur excrétion quelquefois difficile. Les membranes tapissant la partie supérieure du tube digestif étaient sèches. Dans un tiers des cas il y eut des collections séreuses appréciables dans les membranes séreuses et dans le tissu cellulaire. Nous avons parlé de la peau.

TUBE DIGESTIF. — Nous avons donné les signes fournis par la bouche et la langue à propos de la motilité et des organes des sens. Les nausées et les vomissements n'ont pas été communs, tandis qu'on les observe à peu près toujours dans la forme somnolente; nous les avons notés sur un sujet qui avait eu antérieurement une hépatite qui sembla se réveiller sous l'influence de la fièvre et amena une suffusion ictérique d'un jaune très-prononcé. La palpation et la percussion de la rate n'ont presque jamais dévoilé rien d'anormal dans les dimensions de cet organe, et l'autopsie de trois sujets seulement nous a fait découvrir un peu d'augmentation de volume sans ramollissement. Nous nous réservons d'interpréter ces faits dans notre chapitre intitulé *Nature*.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

L'IODURE DE POTASSIUM, ADMINISTRÉ PAR LA BOUCHE, DÉTRUIT CERTAINES CAUSES DE L'ASCITE ET GUÉRIT CELLE-CI; observations communiquées à l'Académie de médecine de Belgique, dans la séance du 30 décembre 1848, par M. le docteur E. THIRION (de Namur), membre correspondant.

S'il est démontré que l'iode a rendu d'immenses services à l'humanité, on peut avancer avec beaucoup de vérité que les propriétés de cet agent thérapeutique ne sont pas toutes connues. Par rapport à l'ascite, nous savons que Jahn a prôné ses bons effets contre cette affection (1); que Bradfield en a recommandé avant lui l'emploi à l'intérieur (2), et que Hoffmann a guéri une hydropisie générale, rebelle à tout autre moyen, par la teinture d'iode (3).

C'est, paraît-il, à l'administration vicieuse, aux doses mal calculées et aux accidents qui survinrent à la suite de l'administration des préparations iodées, qu'il faut attribuer le peu de cas que l'on fit de l'expérience de ces médecins. Aussi n'est-ce que plusieurs années plus tard, alors que la puissance de l'iode s'était montrée si grande contre d'autres affections, qu'on en reprit l'usage pour combattre l'ascite. Mais depuis Jahn et Hoffmann, je ne sache pas que l'on ait guéri cette maladie avec l'iodure de potassium administré par l'estomac.

M. Martin-Solon a conseillé l'application de la teinture d'iode sur l'abdomen pour résoudre les épanchements dans la cavité péritonéale (4), et il y a peu de temps (1847), M. Burguet (de Bordeaux) a guéri une ascite par des applications d'iodure d'amidon sur l'abdomen. Enfin M. Rul-Ogez (d'Anvers) a eu la hardiesse d'injecter un liquide ioduré dans la cavité du péritoine, et il a été assez heureux pour obtenir la guérison d'une ascite qu'il nomme *asthénique chronique* (5). Ce succès est bien propre à encourager les médecins, et vient corroborer les faits avancés par M. Brenner, auquel on rapporte la première idée des injections, ainsi que par MM. L'homme et Jobert. On sait que le premier injectait un mélange d'eau-de-vie camphrée, d'aloès et de myrrhe; que le second faisait pénétrer dans l'abdomen la vapeur du vin, et que le troisième se servait d'eau tiède alcoolisée. Ce dernier procédé est le seul qui soit resté proposable.

L'administration de l'iodure de potassium par l'estomac doit être admise comme une méthode régénérée, propre à guérir certaines espèces d'ascites, ou plutôt certaines causes organiques qui produisent cette affection.

Les trois faits suivants m'ont paru tellement concluants en faveur de ce mode de traitement, que je me suis fait un devoir de les communiquer à

(1) MED. CORRESP., Bl., 1832.
(2) FRORIEP'S NOTIZ, 1829.
(3) RUST. MAGAZ., t. XXII.
(4) DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRATIQUES, t. X, p. 519.
(5) BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, t. VII, p. 116.

volonté elle-même n'est qu'une irritation *intracrânienne*? qu'il n'y a, à peu de chose près, qu'une seule maladie, l'inflammation? que toutes les maladies ont dans le fond un type identique, la variole et la fièvre intermittente, le typhus et les scrofules, la syphilis et l'hydropisie, la peste et l'hystérie, la rougeole et choléra-morbus, etc.? qu'il faut localiser toute maladie, bien qu'on ne puisse assigner le siége ni le caractère anatomique du tétanos, de l'hydropisie, de l'hydrophobie, de l'hypocondrie, de l'épilepsie, des fièvres intermittentes, de la fièvre jaune, du choléra-morbus, etc.? enfin que le traitement est nécessairement renfermé dans un cercle très-limité de moyens, puisqu'il ne s'agit ici que du *plus* ou du *moins*? Il n'est aucun praticien qui ne se rappelle l'époque où l'émétique était rigoureusement proscrit, où l'on n'osait employer de simples purgatifs, de peur de blesser le *sens délicat* de la muqueuse digestive. Personne aujourd'hui ne donne la moindre foi à de telles exagérations, non plus qu'à d'autres axiomes proclamés inattaquables; maintenant, *vanus sententiarum strepitus;* on les regarde comme de véritables jetons fabriqués avec un certain art, mais dont la valeur fictive s'est anéantie à l'épreuve de l'essayeur. Cherchez maintenant les médecins physiologistes de l'étroite observance, comptez ceux qui auraient le courage de professer encore pour cette idole vermoulue, un culte superstitieux, où sont enfin les thuriféraires à enthousiasme continu, vous serez étonnés de leur petit nombre et de leur solitude. On a beau, de temps à autre, restaurer avec plus ou moins d'habileté les principes de ce système, les coudre, les ajuster tant bien que mal aux progrès plus modernes de la science, saisir et lier les faits au cadavre de cette doctrine, elle n'en est pas moins morte, et le crêpe funèbre de l'oubli la couvre déjà depuis plusieurs années.

Mais qui donc a pu occasionner ce grand désastre? qui a réduit le *physiologisme* à l'état où nous le voyons aujourd'hui? Encore une fois l'application clinique des principes mêmes du système, en un mot, l'expérience, cette Némésis cruelle, l'effroi de tous les sophistes, aussi bien en médecine qu'en politique.

Du moment que les praticiens virent que dans le plus grand nombre de cas ils poursuivaient vainement l'irritation par de continuelles *sanguisugies*, par une diète impitoyable, par une thérapeutique aqueuse perpétuelle; qu'ils ne faisaient qu'affaiblir les malades, en ruiner la constitution, la *physiologastrie* fut jugée. Il devint manifeste que cette doctrine n'avait pas de racines dans les faits examinés avec sincérité, légitimement interprétés. Ce n'est pas que ces praticiens aient renoncé, dans un certain ordre de phénomènes pathologiques, à la méthode antiphlogistique, si bien établie par Sydenham et la médecine de son école; mais ils se sont maintenus dans la tempérance éclectique, accordant ou refusant, selon le temps, le sujet, l'époque, les symptômes, la marche de la maladie, le génie épidémique, etc. Ainsi l'expérience, autrement dit les principes mis en action, détruisent tout échafaudage systématique, parce que c'est le seul moyen de parvenir à la vérité. Toutefois il est d'autres causes qui nous apprennent comment finissent les systèmes; essayons de les connaître et de les apprécier, la vérité de nos assertions n'en sera que plus évidente.

R. P.

(La suite à un prochain numéro.)

l'Académie; si je me suis laissé aller à quelques détails minutieux, d'autres diraient peut-être superflus, c'est parce que je crois que l'histoire de la vie pathologique d'un individu conduit à la justesse de l'étiologie et du diagnostic de la maladie dont il est atteint.

Obs. I. — M. X..., docteur en médecine, etc., était, en 1842, près d'avoir atteint sa quarante-quatrième année. Son tempérament est nervoso-sanguin; il est châtain; sa taille est d'un mètre 72 centimètres.

En 1818 et en 1824, il fut atteint d'ictère. La première maladie durait depuis six mois, grâce au traitement antiphlogistique pur; l'acétate de potasse, prescrit par feu le professeur Ansiaux, en fit justice complète au bout de vingt-cinq jours. La seconde fois l'ictère céda en peu de temps au même moyen.

Depuis 1820, M. X... exerce sa profession, et le début de sa carrière fut excessivement pénible. Il dut s'imposer des travaux extraordinaires pendant plusieurs années, afin de se créer une clientèle. Cette obligation se trouvait hérissée de mille difficultés, et parsemée d'intrigues qui déshonoraient à la fois les hommes qui les ourdissaient et la science à laquelle ils appartiennent. Il sut résister avec courage à toutes ces machinations odieuses, espérant mieux du jugement du public; en attendant ses droits et ses avantages de praticien, il trouva dans un précepte de Bichat le moyen de se distraire en s'instruisant. Ce remarquable génie disait que pour s'instruire, il faut chercher à instruire les autres; aussi M. X... suivit-il ce conseil à la lettre. On comprendra qu'une telle entreprise exigea des sacrifices corporels et intellectuels immenses, et que là où il y a courage, il y a dans le système nerveux violence et perturbation nuisibles à la santé. On comprendra aussi que ces surexcitations nerveuses ne durent pas peu contribuer au développement et à l'entretien de certains troubles dans les appareils de sécrétion qui sont sous la dépendance du trisplanchnique, d'où sera résultée une espèce de prédisposition à la plupart des phénomènes de la maladie qui nous occupe.

Cette vie d'agitation continuelle était aggravée encore par la perte fréquente du sommeil, que les accouchements rendaient souvent obligatoire; mais, tant il est vrai que les besoins de la vie et le dévouement à la profession peuvent faire surmonter de grands obstacles, M. X... parvint sans charlatanisme à triompher des entraves que l'on avait semées sur sa route.

Depuis sa jeunesse, M. X... a le pouls intermittent, anomalie fonctionnelle qu'il dit avoir héritée de sa mère, morte à 72 ans d'une gangrène sénile. Mais cette particularité n'a jamais cessé d'être physiologique, puisqu'il ne s'est jamais manifesté le moindre trouble dans les fonctions respiratoires ou autres. Il y avait donc erreur de la part de ceux qui prétendirent qu'une maladie du cœur était la cause de son hydropisie.

En septembre 1842, pendant qu'il cherchait à déplacer un secrétaire que l'on avait mis momentanément devant sa bibliothèque, la porte supérieure de ce meuble, dont on avait négligé de tourner la clef, s'ouvrit brusquement de haut en bas, et vint lui tomber sur le sinciput. A l'instant il ressentit vers la base du crâne une violente commotion, accompagnée d'éblouissements, d'une demi-lipothymie et de nausées.

Ces effets se dissipèrent en peu de temps; mais ils furent remplacés par des névroses fort singulières. C'est ainsi qu'il devint diplope pendant huit à dix jours, puis photophobe, à tel point qu'il fut obligé de porter pendant plusieurs mois des lunettes à verres noir-vert.

Lorsqu'il passait sur une place publique, dans des rues larges, comme aussi quand il se trouvait au milieu d'un grand nombre de personnes, il éprouvait le besoin de tomber; la promenade dans une plaine ne produisait pas cette particularité.

L'odorat n'avait pas échappé à ces perturbations. La perception des odeurs était, en effet, tellement exagérée, qu'elle produisait une véritable douleur et souvent de l'irascibilité.

L'ouïe offrait également ses particularités. Un son de voix peu élevé provoquait une vibration dans l'intérieur du crâne; les cris aigus des rues ou le son du tambour faisaient naître des vertiges. La même chose arrivait quand il faisait exécuter à la tête de petits mouvements de rotation, d'abaissement ou d'élévation; aussi était-il obligé de mouvoir tout le corps chaque fois qu'il devait tourner la tête.

Dans les membres, surtout les inférieurs, il se manifestait fréquemment des anervies et des anesthésies partielles, mais de courte durée: de là arrêt forcé de la marche, afin de laisser se rétablir la synergie d'action musculaire, ce qui demandait une ou deux secondes de repos; aussi M. X... était-il obligé, dans ses promenades, de réclamer le secours d'un bras étranger.

Toutes ces particularités, désignées à juste titre sous les noms de névrose et de dysnervies, furent bien appréciées par M. X... quant à leur rapport avec la cause ou le coup reçu sur le sinciput, et avec la moelle allongée et la protubérance annulaire, points où a convergé le coup reçu sur le sommet du crâne. Il sut toujours rapprocher les données fournies par l'anatomie et la physiologie sur l'importance de ces centres nerveux et sur celle de la moelle rachidienne; mais il ne crut jamais à l'existence d'une lésion matérielle ou organique.

Pendant le règne de ces névroses, qui n'a pas été moindre de trois ans, jamais les fonctions viscérales n'ont éprouvé le plus petit dérangement; et quand, par la marche, la respiration était un peu gênée, c'était au trouble de l'innervation qu'il fallait l'attribuer. Le résultat semble avoir démontré l'exactitude de cette interprétation.

On pressent déjà, d'après ce qui précède, que le traitement qu'adopta M. X... pour combattre ces névroses fut dirigé contre l'affection des centres nerveux que nous venons de désigner.

Il n'insista pas longtemps sur les saignées locales autour des apophyses mastoïdes, à la nuque et à l'anus. Il fut mieux secouru par les frictions irritantes et les vésicatoires à la nuque, le long du rachis et aux tempes. A ce traitement révulsif, il unit bientôt un régime très-analeptique, que l'estomac tolérait parfaitement, et en 1845, les dispensateurs des actions nerveuses avaient rétabli le rhythme normal, en enlevant pièce par pièce ces diverses névroses.

Longtemps avant la disparition entière de ces dysnervies, M. X... avait repris l'exercice de sa profession. Il acceptait de préférence les malades de la campagne, afin d'utiliser en faveur de la consolidation de sa guérison les secousses de voiture, l'air pur, l'isolement, la distraction, etc. Mais il continua la pratique fatigante des accouchements et poussa trop loin les excursions à la campagne; de telle sorte que, vers le mois de février 1845, il ressentit, dans le fond de tout le côté droit de l'abdomen, des douleurs lancinantes continuelles. Au mois de mars suivant, ces douleurs se compliquèrent d'une sensation de gêne et de pesanteur dans tout le même côté jusqu'à la région lombaire, et à partir de cette époque, M. X... remarqua que ses urines étaient plus foncées et plus rares, au point de ne plus représenter que les deux tiers des boissons ingérées. Les selles, devenues plus difficiles, avaient conservé leurs caractères naturels, et le sommeil, resté bon, s'établissait avec une certaine difficulté. L'appétit était bien, mais capricieux, et les digestions parfaites. La transpiration, ordinairement si facile, n'avait plus lieu.

Au commencement de mai, il se manifesta en surplus une sensation de pesanteur gênante dans le bassin jusqu'au-dessus de la vessie; le soir, il y avait de l'œdème à la région sacro-lombaire et autour des malléoles. Enfin, quinze jours plus tard, il constata la présence d'un liquide dans l'abdomen.

Le pouls était peu accéléré; la marche était moins facile, à cause des sensations douloureuses du ventre, et la respiration n'était nullement gênée; mais les selles étaient plus tenaces. M. X... fit successivement usage de plusieurs diurétiques, tels que le nitrate de potasse, la digitale, la scille, etc., tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Il insista sur l'emploi des purgatifs, soit en lavements, soit à l'intérieur; mais les évacuations ne furent jamais complètes. Cependant l'ascite ne diminua pas, et quoique l'action des remèdes fût jugée incomplète, le malade ne voulut pas l'activer.

A la fin du mois d'août, M. X... fit un voyage à Verviers, pendant lequel il ne s'opéra de changement en mieux sous aucun rapport; au contraire, le 1er septembre, il remarqua un accroissement considérable de volume des parties œdématiées et de l'abdomen. L'œdème n'était plus disparu le matin, comme cela avait lieu auparavant, et celui des jambes avait envahi les cuisses. Le 2, M. X... était rentré chez lui; alors il se décida à rester tranquille, adopta le repos le plus parfait du corps, et attendu que les diurétiques restaient sans effets, il adopta le traitement par les purgatifs drastiques. A cette fin, il composa les pilules hydragogues avec la résine de jalap, l'aloès, la gomme-gutte et le savon, et par l'usage de ce composé, pris et continué avec toute la prudence convenable, il provoqua de nombreuses selles séreuses. Cette médication, soutenue pendant douze à quinze jours et aidée par la digitale prise en infusion, un gobelet de tasse chaque soir, fit disparaître entièrement l'œdème et l'épanchement abdominal; les douleurs, ainsi que la sensation d'un poids ressenties dans tout le côté droit et profond du ventre, furent réduites aux quatre cinquièmes. Une chose remarquable, que je ne dois pas passer sous silence, c'est que la digitale, dont l'action diurétique était nulle avant ce traitement, devint excessivement puissante à partir du sixième jour de l'emploi des drastiques.

Pendant un mois, les urines précipitèrent un dépôt briqueté très-abondant, puis reprirent leur couleur naturelle.

Si je ne mentionne rien de maladif du côté des organes digestifs, du cœur et du poumon, c'est qu'en effet ces organes n'ont jamais offert la plus petite particularité pathologique; aussi M. X... prétendait-il que son affection était une péritonite chronique du côté droit, avec engorgements post-péritonéaux.

Vers la fin de novembre 1845, le malade reprit toutes ses habitudes de la santé, sans toutefois méconnaître la *persistance*, dans le côté droit du ventre, *du cinquième de la douleur et de la sensation de pesanteur.*

En mars 1846, M. X... s'aperçut que la scène maladive de 1845 recommençait; mais à l'aide des mêmes agents thérapeutiques, il l'enchaîna pour ainsi dire dans son cours. A la fin du mois de mai suivant, ce système de traitement se montra sans effets, et l'on essaya de quelques autres moyens. Parmi ceux-ci, il faut particulièrement noter les acides minéraux, le vin scillitique, les asperges, les purgatifs doux à l'intérieur et en lavements, les bains de siége chauds, etc.; il essaya aussi le vin du Rhin et le champagne mousseux, mais tout cela sans effet diurétique, tant il est vrai que les fonctions rénales sont subordonnées à la régularité de la circulation veineuse abdominale. Il en fut de même de la teinture de semence de colchique et de l'acétate de potasse.

Enfin il ne faut pas oublier l'usage d'un thé vanté comme infaillible, composé de plantes drastiques et diurétiques, à l'usage duquel le malade se laissa aller par complaisance pour sa famille, mais sans confiance dans son efficacité, se fondant sur ce que cette dernière ne pouvait se montrer contre une ascite née sous l'influence de causes semblables. Cette prévision devint bientôt une vérité, et M. X... fut obligé d'en cesser l'usage, afin de faire taire les douleurs vives qui s'étaient développées dans les entrailles et dans la portion droite et profonde du péritoine.

Je dois ajouter qu'à cette époque de la maladie, les fonctions de l'estomac étaient encore singulièrement perverties. Ce fut ainsi que le malade avait une appétence excessive pour les poissons de la Meuse, préparés à la daube vinaigrée, et sans exagération il en mangea au moins soixante de très-forte taille dans l'espace d'un mois et demi. L'estomac digérait activement cette espèce d'aliment, tandis que la viande de veau, le lait, etc., étaient vomis seuls, quoique pris avec plaisir et avec d'autres espèces d'aliments.

L'insuccès de ces moyens, la rareté des urines, la difficulté du sommeil et son peu de durée, effets de la douleur organique, puisque la respiration n'était pas gênée; les douleurs sourdes et continuelles dans la région lombaire; l'accroissement du volume du ventre et des extrémités inférieures, et enfin le malaise

viscéral, etc.; tout cela força M. X... à laisser marcher sa maladie et à attendre le moment prochain d'une paracentèse. Cet état de choses existait en plein le 26 août 1846, époque à laquelle le malade se résigna à ne plus faire que deux choses pour calmer ses douleurs, qui durèrent jusqu'au 22 septembre: 1° prendre chaque soir pendant vingt-deux jours, un demi-grain d'acétate de morphine pour s'engourdir debout appuyé sur un meuble; 2° voyager et marcher le soir ou la nuit pour faire diversion à ses douleurs.

En conséquence de cette dernière résolution, il accepta, le 26 août, une consultation à trois lieues de la ville. Le 2 septembre, il alla la nuit réduire une hernie à deux lieues de chez lui. Les 7, 10 et 13, il fit trois accouchements en ville et la nuit.

Le 17, alors qu'il était exténué sous l'influence de la douleur viscérale si singulière et si puissante, il éprouva vers onze heures du matin une crampe des plus aiguës dans les muscles du rachis, accompagnée d'une sensation très-douloureuse d'anéantissement dans les membres supérieurs. Il semblait au malade que le décollement de ceux-ci du tronc était le seul moyen de le soulager. Pendant cet accès qui ne dura qu'environ quinze minutes, il ne se passa rien ailleurs; la respiration était libre et régulière, ainsi que la circulation; mais au rapport du malade, si cette douleur eût duré dix minutes de plus, la mort devait en résulter. Un collègue que le hasard fit trouver à l'instant pour secourir M. X... et consoler son épouse, fut plus épouvanté que le malade. Il demandait à celui-ci ce qu'il devait faire; des frictions avec du rhum et des ventouses sèches tout le long du rachis aidèrent probablement à la disparition de l'accès.

Le 21, M. X... se prépara à la paracentèse pour le lendemain. Il fit repasser un trocart, marqua la place de la ponction, etc., et 27 livres d'eau limpide rigoureusement pesées furent extraites.

Après l'évacuation du liquide, l'exploration ne fit rien découvrir du côté du foie, mais le malade accusait de la sensibilité quand la pression était exercée profondément dans la direction hépato-iliaque. Le pouls ne subit aucun changement, mais il est vrai de dire que le liquide avait coulé lentement. Immédiatement après cette opération, qui fut faite avec dextérité par deux confrères estimables et estimés, une sueur générale s'établit, et M. X... se trouva dans un état de quiétude parfaite.

Du 22 septembre au 14 octobre, le tout se passa bien, sinon que l'épanchement séreux à cette dernière époque, était revenu de moitié. Entre ces deux dates, période intéressante de l'histoire de cette ascite, l'appétit était ardent, mais il n'était satisfait en partie qu'avec du bouillon de bœuf, des poires cuites et du raisin. La transpiration se faisait continuellement et avec modération. La maigreur très-prononcée avait été partagée par les artères, au point que le battement des crurales était à peine perceptible. Cette particularité, dépendant aussi de la diminution de la quantité du sang, n'ôtait rien au calme du pouls. L'urine était très-rare; les selles s'obtenaient facilement à l'aide de lavements; enfin, et pendant tout le cours de la maladie, le malade n'éprouva jamais de soif.

Au bout de tout cela, M. X... ne se trouvait pas bien avancé; les douleurs ventrales étaient à la vérité très-tolérables, le sommeil était assez bon et les aliments faisaient plaisir, mais la reproduction de l'ascite démontrait que la cause n'avait pas cédé. Il essaya encore quelques diurétiques, tels que la digitale, la scille et le nitrate de potasse, mais sans le moindre succès. Dès lors, il se persuada, après une étude attentive des sensations douloureuses qu'il ressentait dans toute la région profonde hépato-iliaque, qu'il existait réellement là un engorgement postpéritonéal consécutif à une péritonite chronique partielle. Il soutint que cet engorgement se propageait, d'après ses sensations, jusqu'au fond de la région concave du foie, et admit que là il comprimait le tronc de la veine porte, au point d'annuler l'absorption des villosités intestinales de ce système veineux, et par contre de réduire les absorptions des lymphatiques qui se rendent dans ce système.

Il soutint aussi, contre l'opinion d'un savant confrère qui voulut bien le visiter et lui donner des conseils, qu'il ne pouvait pas admettre sa proposition, qui consistait à pratiquer une seconde ponction, d'abord parce que ce n'était que combattre un effet, ensuite parce que semblable opération, eu égard à la quantité trop petite de l'eau reproduite, ne pouvait être faite sans s'exposer à léser l'intestin, et en troisième lieu parce qu'il n'admettait pas avec lui, contrairement aux faits, que la présence de l'eau pouvait altérer les organes avec lesquels elle était en contact.

Le raisonnement de M. X... fut partagé par deux autres confrères que l'estime et l'amitié avaient conduits chez lui. Cet incident vidé, il restait la question culminante de savoir quel moyen thérapeutique serait employé contre la cause admise par M. X..., et ce fut lui qui, à la suite d'une méditation provoquée par le danger d'une mort probable, conçut l'idée de recourir à l'iodure de potassium.

Bien résolu de tenter sa guérison par ce moyen, bien convaincu que cet agent est un résolutif puissant, que son action spéciale s'exerce sur les organes glanduleux, et par conséquent sur le foie pour le cas où il participerait à l'engorgement, et que ce modificateur serait bien toléré par les organes digestifs qui étaient sains, il en fit la proposition motivée à ses trois collègues. Deux admirent et le troisième considéra cette médication comme dangereuse, ajoutant cependant qu'il y consentirait pour autant que M. X... voulût se décider à la seconde ponction. Cette condition puérile ne fut pas adoptée par M. X..., mais il admit, comme terme moyen, de se frictionner le côté droit de l'abdomen avec une pommade chargée d'iodure de plomb. Après cinq jours de l'usage de cette pommade, ne voyant pas ses urines augmenter, le malade voulut savoir si celles-ci contenaient de l'iode. A cette fin, il se servit du procédé de Wallace; il ne s'opéra aucun précipité bleu. Dès lors, forcé par la raison, on fut obligé de convenir que l'agent médicamenteux devait entrer dans le système sanguin pour produire ses effets, et M. X... prit d'abord par jour 8 grammes d'iodure de potassium dissous dans 2 onces et demie d'eau distillée, une cuillerée à soupe toutes les heures et demie.

Ce fut le mercredi 14 octobre que commença ce traitement; le dimanche 18 la quantité des urines augmenta sensiblement; elles étaient acides comme par le passé, mais elles laissaient précipiter pour la première fois un sédiment abondant d'une couleur de chocolat au lait, briqueté. Chaque jour la quantité des urines devint plus considérable, et ce liquide continua à déposer pendant douze à quinze jours. A cette époque, et comme pour faire une espèce de synthèse, M. X... voulut reprendre, le soir, un dessus de tasse d'infusion de digitale, puissant agent diurétique qui était resté plusieurs fois sans effet avant l'emploi de l'iodure; la nuit qui suivit cet essai, il rendit environ trois livres et demie d'une urine limpide, naturelle. Ce résultat, d'après lui, était la preuve que l'absorption des engorgements par l'action de l'iodure n'avait rendu à la digitale toute sa puissance qu'après avoir libéré la veine porte, et y avoir rétabli la circulation sanguine et les absorptions villeuses.

Pendant les vingt premiers jours du traitement par l'iodure de potassium, il survint chaque soir et pendant deux heures une transpiration tellement abondante qu'elle mouillait complétement chemise, caleçon, chaussettes, flanelle, bonnet de nuit et les alèzes. Ces sueurs ont pu être considérées comme colliquatives, mais telle n'était pas l'opinion de M. X... Il ne pouvait concilier ce phénomène, considéré comme destructeur, avec la nutrition générale qui s'activait de jour en jour. Aussi admettait-il avec plus de raison qu'il n'était qu'un mouvement dépurateur critique.

A côté de tout cela, la collection séreuse du ventre disparaissait avec rapidité et en moins d'un mois de temps, à partir du 14 octobre, la cavité péritonéale était entièrement débarrassée. Cependant M. X..., par reconnaissance, disait-il, pour l'iodure, continua l'usage de ce remède jusqu'au 1er janvier 1847, et à cette époque il en avait ingéré 740 grains. Ce fut alors qu'il commença à sortir en voiture et à pied, malgré la violence du froid; sa guérison parfaite ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour.

L'exposé de ce fait intéressant oblige à partager la persuasion de M. X..., que l'iodure de potassium l'a rendu à la vie, à sa famille, à l'estime de ses clients et de quelques collègues. Il savait que ses confrères qui l'honoraient de leurs conseils ou de leurs visites avaient eu la certitude de sa mort prochaine, et que ce pronostic extrême avait produit bon écho dans l'esprit des autres. Mais unissant à un caractère ferme une gaieté naturelle qui ne l'abandonna jamais, il vit avec plaisir se réaliser l'inexactitude du jugement des premiers, et rit beaucoup à l'idée d'une prévision spéculative déjouée chez les seconds. Ils ont donné, disait-il, une seconde représentation de la danse des moines à l'occasion de la mort de l'abbé!...

Obs. II. — S... était âgé de 15 ans au mois de juillet 1845; sa taille est très-petite; il est mal bâti et porte tous les attributs du tempérament scrofuleux.

Il était sujet à des engorgements glanduleux au cou et aux aines, mais jamais il n'y survint de suppuration.

Dans le courant du mois de juin 1845, surpris, pendant une promenade, par un fort orage, il fit une course précipitée afin de gagner un cabaret, où il but rapidement un verre de bière; il ne tarda pas à se sentir refroidi. Rentré chez lui, il fit cesser un frisson en prenant du thé chaud, se coucha ensuite et supporta une forte transpiration générale.

Le lendemain S... ne jouissait plus que d'une demi-santé; il éprouvait du malaise dans le ventre, du brisement dans l'action musculaire, de la soif, de la perte d'appétit; enfin le sommeil était mauvais, agité.

Cet état de demi-maladie fixa peu l'attention des parents qui se contentaient de dire que c'était *un froid*. Ce dicton, si commun dans la bouche du monde, les contenta jusqu'au 1er juillet suivant, époque à laquelle ils s'aperçurent que le ventre était gonflé; dès lors on appela un médecin. Celui-ci fit pratiquer des frictions irritantes sur l'abdomen, qui déterminèrent un érysipèle très-étendu. Cette inflammation s'éteignit sans difficulté, mais le volume du ventre ne fit qu'accroître, ainsi que l'infiltration des extrémités inférieures, du thorax et de la figure.

Le 12 juillet, époque à laquelle j'ignore si l'on avait constaté la présence de l'eau dans le péritoine, on fit appliquer des vésicatoires au dos, puis aux jambes, et l'on prescrivit une potion émétisée. Postérieurement, alors que l'on avait reconnu l'existence de l'ascite, on fit successivement usage, jusqu'au 1er janvier 1846, de la décoction de racine d'asperge, du nitrate de potasse, de la digitale, d'une infusion alcoolique de scille et de la racine d'ellébore. Ces deux derniers moyens produisirent des douleurs d'entrailles tellement violentes, accompagnées de selles nombreuses, que le malade pensait que c'en était fini de sa vie. Tous ces agents médicamenteux restèrent sans effets contre l'ascite. Il en fut de même d'un bain général aromatique et chaud, malgré la transpiration abondante qui y succéda, ainsi que d'un bain froid conseillé par un autre médecin.

D'après l'usage établi que, quand le médecin ne guérit pas assez vite, le charlatan doit le remplacer, on s'abandonna à l'emploi de quelques arcanes, au nombre desquels se trouvait le fameux thé d'un nommé Aquenne, bon paysan des environs de la commune d'Assesse, thé dont M. X... avait aussi essayé. Mais, comme il en advint chez ce dernier, ce composé d'herbes défigurées, hachées, ne produisit que des douleurs intestinales très-violentes et beaucoup d'évacuations alvines.

On revint ensuite au point de départ, c'est-à-dire que les conseils des médecins furent de nouveaux réclamés, et, le 1er janvier 1846, une première paracentèse fut pratiquée. Par cette opération, on n'obtint qu'environ 6 onces d'eau, et elle fut suivie d'une forte hémorrhagie, très-difficile à arrêter.

Le lendemain, la même ponction fut exécutée, mais cette fois on n'obtint rien, et l'on déclara que c'étaient des tumeurs qui existaient dans le ventre et non de l'eau. S... se trouvait dès lors replongé dans une terrible perplexité. Les médecins, les charlatans, puis encore les médecins avaient échoué, et la nature semblait l'avoir abandonné. Il n'en était pas ainsi cependant; car au mois de novembre suivant, pendant que le malade causait avec sa mère, la peau qui recouvrait son nombril dilaté s'ouvrit spontanément, et il s'écoula par cette paracentèse naturelle, à peu près vingt livres d'une eau claire, comme savonneuse. Un homme de l'art redemandé, conseilla de comprimer le ventre, mais j'ignore s'il constata dans l'abdomen la présence de tumeurs.

La petite plaie ombilicale se cicatrisa en peu de jours, et le liquide abdominal se reproduisit bientôt. Cette fois S... se croyait perdu, lorsqu'il apprit la guérison de M. X..., et il me fut adressé afin d'obtenir des renseignements sur le plus ou moins de véracité de ce fait, et afin que je voulusse bien le soumettre à un traitement semblable, si je le croyais possible et convenable.

Lors de ce premier examen, le 15 décembre 1846, ce malade m'offrit les particularités suivantes :

Le pouls était peu accéléré, à 80; la langue était rouge, pointue, mais humide; le ventre était volumineux, un tiers moins, disait-il, qu'avant la sortie de l'eau, et l'existence de celle-ci était très-sensible à la percussion.

Les membres inférieurs, la poitrine, le dos, la face, la verge et le scrotum étaient très-infiltrés.

Il n'existait ni mal de tête, ni soif, ni appétit.

Les urines très-foncées ne dépassaient pas, en vingt-quatre heures, la quantité de 6 onces.

Les selles étaient rares et difficiles; la peau, blanche et sèche, n'avait plus transpiré depuis le bain aromatique.

La respiration était gênée, mais l'air passait bien dans toute l'étendue du poumon.

Le cœur n'offrait aucun mouvement anormal. Enfin, la position assise était celle que le malade devait observer pour se procurer un sommeil court et agité par des rêves; il n'éprouvait aucune douleur.

Ces conditions organiques eussent paru, à beaucoup de médecins, contre-indiquer l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur; mais ayant remarqué plusieurs fois que cet agent était toléré par l'estomac des sujets à langue rouge, pointue, mais humide, sans soif, je me hasardai à l'essayer.

Ensuite, j'étais d'autant plus désireux d'employer ce modificateur, qu'il était le seul qui convînt chez un sujet d'une telle constitution et chez lequel on devait présumer, sinon admettre, l'existence dans l'abdomen de plusieurs engorgements strumeux.

En conséquence de toutes ces considérations, je commençai, le 16, ce traitement : je prescrivis d'abord 6 grains d'iodure de potassium dans 3 onces d'eau distillée, à prendre par cuillerée à soupe toutes les heures.

L'estomac ne manifesta pas la plus petite intolérance pour ce remède, et afin de ne plus le redire, le 22 mars suivant, S... avait ingéré 800 grains d'iodure de potassium.

Telle fut, en effet, la dose nécessaire à sa guérison, et celle-ci survint progressivement de la manière suivante.

Après dix jours de l'usage de ce modificateur, les urines devinrent plus abondantes et ne cessèrent d'augmenter. Sédimenteuses pendant vingt jours au moins, elles reprirent ensuite une couleur naturelle, sans cesser de rougir le papier de tournesol.

L'appétit se ranimait, ainsi que le sommeil; la digestion des aliments analeptiques était parfaite, et la nutrition générale se faisait sensiblement. Tout cela existait à la fin de janvier, et alors aussi l'eau de l'abdomen était suffisamment résorbée pour me permettre de reconnaître dans le ventre trois tumeurs du volume du poing, adhérentes au fond de cette cavité et dont l'une d'elles était collée à la surface profonde du foie.

Je persistai à croire que ces tumeurs mésentériques étaient de nature strumeuse, et que le moyen de traitement adopté convenait parfaitement. La logique de ma théorie ou de mon analyse me portait encore à admettre que la tumeur sous-hépatique gênait spécialement la circulation dans la veine porte, et que c'était à sa diminution de volume qu'il fallait attribuer l'absorption du liquide séreux.

Cette dernière ne cessa pas de progresser, ainsi que la résolution des tumeurs, et le 22 mars, S... avait le ventre plat. A cette époque, l'occlusion de l'anneau ombilical était presque complète; mais deux hernies inguinales, effets de l'élargissement de ces ouvertures par le relâchement des parois abdominales, nécessitèrent l'emploi de bandages convenables; maintenant (décembre 1848) elles sont sur le point de guérir. A cette dernière époque, S... était guéri de son ascite, et c'est incontestablement à l'iodure de potassium qu'il doit ce bienfait.

Avant d'écrire cette narration, j'ai voulu revoir ce jeune homme, afin de ne pas donner à la science un fait douteux : je me suis donc convaincu de sa guérison. Il reste à Namur, le sujet vivant de cette vérité, prêt à se montrer à celui qui élèverait le plus petit doute sur la véracité du fait dont il est l'objet.

Obs. III. — Alexandre ***, domestique chez madame ***, était, en 1847, âgé de 23 ans; il est brun, sa taille est d'un mètre 55 centimètres, et son tempérament est bilioso-sanguin.

En mai 1847, il accusa de la gêne dans la respiration et avoua que depuis deux à trois mois cette gêne n'avait fait que progresser.

L'exploration de la poitrine me fit découvrir un bruit de soufflet et de scie très-fort, à l'endroit correspondant à l'orifice ventriculo-aortique, accompagné de temps en temps de mouvements très-violents de la totalité du cœur.

L'air passait à gros jets dans toute l'étendue des bronches, et sa circulation n'y produisait aucun râle.

Le sommeil, très-difficile, ne pouvait s'établir que dans la position assise ou demi-assise. Le ventre était libre, la sécrétion urinaire normale et la peau sèche. Enfin il n'existait aucune infiltration; l'appétit et la digestion étaient bons; le pouls était inégal.

Jusqu'au mois d'août suivant, on fit successivement usage d'une saignée générale de 16 onces, de purgatifs drastiques réitérés, de la digitale, d'un régime doux et sévère, et on prescrivit le repos.

L'emploi de ces moyens produisit d'abord un certain soulagement, qui ne fut pas de longue durée. Aux progrès sensibles du rétrécissement ventriculo-aortique se joignirent successivement l'infiltration des pieds, des jambes, des cuisses, du tronc et de la face. En même temps il fut facile de constater l'existence de l'ascite, la diminution très-considérable de la quantité des urines et l'augmentation de la gêne de la respiration. Tel était l'état d'Alexandre au 1er août suivant.

La cause de tous ces phénomènes alarmants ne pouvait être douteuse; elle consistait évidemment dans un obstacle à la circulation du sang dans le cœur.

Mais quelle était la nature de cette cause? Pouvait-on la saisir, et dans l'affirmative, était-elle attaquable par un modificateur thérapeutique?

Telles étaient les trois questions culminantes qu'il fallait chercher à résoudre, mais dont la solution parfaite restait impossible.

Il fallut donc, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, se résigner à deviner, attendu que la science ne permet pas d'admettre les bruits de soufflet, de scie, etc., comme preuve certaine de l'existence d'un rétrécissement permanent d'un des orifices du cœur.

Dans cette situation perplexe, je m'abandonnai à mes inspirations, et je me dis : Alexandre est resté jusqu'à cette époque vierge de maladie. Sa constitution, son âge et la rapidité du développement de la maladie du cœur ne permettent pas de croire que le rétrécissement soit l'effet d'un produit ou d'une métamorphose organique fibreux, cartilagineux, osseux ou autres.

L'idée de l'existence d'un engorgement hypertrophique au cercle ventriculo-aortique était la plus séduisante, et je m'y laissai aller.

En conséquence j'appliquai un large séton à la région qui correspond à la base du cœur, sans négliger toutefois de combattre les effets de l'obstacle à la circulation, dont l'aggravation compromettait pour une forte part la vie du malade. Par ces motifs, je repris l'usage des purgatifs et des diurétiques, tels que la digitale, la scille et la teinture de colchique, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; mais le 1er septembre, et à mon grand déplaisir, je n'avais même pas obtenu un état stationnaire. Alexandre était donc plus mal qu'au 1er août.

Toujours guidé par la même idée sur l'état pathologique de l'orifice ventriculo-aortique, je me décidai, au commencement de septembre, à adopter un traitement p r l'iodure de potassium, sans toutefois supprimer le séton. Je prescrivis d'abord cette substance (en pilules) à la dose de 10 grains chaque jour, et comme l'estomac, qui cependant ne demandait plus d'aliment, la tolérait bien, la dose en fut variée de 10 à 15; de 15 à 12 grains, etc.

Près de deux mois s'étaient écoulés sans qu'il fût survenu la plus petite amélioration, à moins de considérer comme telle un état stationnaire alors bien établi, lorsque, le 29 octobre, un mieux sensible se manifesta. La quantité des urines augmenta considérablement, et elles laissèrent déposer pendant douze à quinze jours un sédiment briqueté très-abondant. A la fin de cette quinzaine, la diminution du volume des membres et de l'abdomen était considérable, et l'infiltration de la face n'existait plus.

La respiration, devenue plus facile, permettait au malade de dormir dans une position plus horizontale que par le passé.

Les inégalités du pouls se manifestaient plus rarement; les selles étaient faciles et naturelles et l'appétit ranimé.

Cette amélioration remarquable ne cessa de progresser, au point que le 22 novembre Alexandre se trouva assez fort pour retourner chez ses parents, à neuf lieues de la ville; il supporta parfaitement la voiture.

Chez lui, Alexandre continua scrupuleusement l'usage de l'iodure, en variant la dose de 12 à 15 et à 20 grains chaque jour. Il se laissa aller à l'alimentation ordinaire de sa famille sans jamais en éprouver le plus petit dérangement, et en février 1848, il revint à Namur. A cette époque, je le vis entièrement débarrassé de toutes les infiltrations et de l'ascite. Il se disait très-heureux en me racontant qu'il mangeait de bon cœur, digérait toute espèce d'aliment, dormait bien et couché, se promenait avec aisance et sans gêne de la respiration, et enfin que les évacuations alvines étaient faciles et naturelles. Quant au bruit de souffle du cœur, il était au moins réduit de moitié.

Cette dernière et satisfaisante particularité me détermina à conseiller à Alexandre de rester encore tranquille chez lui jusqu'à la fin de juillet, et de continuer l'usage de l'iodure jusqu'à cette date. Il suivit mes conseils avec une exactitude rare chez la généralité des malades de cette espèce, et quand il revint me voir, dans les premiers jours d'août, il avait pris 3,960 grains d'iodure de potassium; le bruit de souffle n'existait plus que pour un cinquième.

Se sentant assez fort et assez rétabli pour reprendre un service comme domestique, et ne voulant pas perdre une belle occasion, je le lui permis, et je consentis à supprimer tout moyen de traitement, même le séton.

Il me jura cependant que s'il s'apercevait du plus petit trouble dans les mouvements du cœur et de la respiration, il viendrait promptement réclamer mes soins. Jusqu'à ce jour (24 décembre 1848), je sais pertinemment que sa santé est restée ce qu'elle était en juillet dernier, et qu'il fait son service avec aisance.

L'histoire de la maladie d'Alexandre est incontestablement remarquable sous plus d'un rapport. On a pu suivre exactement l'origine et les complications de cette affection; on a pu même se rendre compte de l'enchaînement des phénomènes divers par l'appréciation physiologique du rôle que jouait alors l'orifice ventriculo-aortique, rétréci d'après moi. On a vu aussi l'impuissance complète de nombreux agents thérapeutiques, la plupart, à la vérité, dirigés contre des effets de la maladie. Aussi est-ce parce que les diurétiques n'avaient aucune action sur la cause, qu'ils n'ont pas produit la diurèse. D'ailleurs, ai-je déjà dit, il est de remarque pratique que la sécrétion rénale diminue quand il existe du trouble ou de la perturbation dans la circulation sanguine, surtout dans la veineuse.

Deux moyens thérapeutiques restent donc seuls dignes d'arrêter l'attention du praticien : l'iodure de potassium et le séton. Peut-on revendiquer pour chacun d'eux une part dans la guérison presque entière (il ne reste que le cinquième du bruit de souffle) de cette affection complexe?

Le séton, appliqué un mois avant que l'on fît usage de l'iodure, n'avait amené aucune amélioration, Mais, dira-t-on, ce moyen a été appliqué aussi longtemps que l'iodure de potassium fut administré, et dès lors la question demeure entière. Pour chercher à la résoudre, il faut donc consulter l'expérience pratique, et celle-ci dépose que ce moyen n'a que peu ou pas de puissance contre les hypertrophies partielles ou générales du cœur. Je crois pouvoir adopter ce résultat pratique pour le cas dont Alexandre fut l'objet, et qui a consisté, d'après moi, en une hypertrophie du cercle ventriculo-aortique.

Les faits sont, au contraire, plus avantageux à l'action de l'iodure de potassium contre de nombreuses hypertrophies; et, chose singulière, la puissance résolutive de cet agent s'exerce spécialement sur les tissus ainsi altérés. L'expérience pratique est donc plus favorable à l'iodure qu'au séton.

On peut sans doute contester mon opinion sur la nature du rétrécissement ventriculo-aortique par de nombreuses considérations théoriques et par l'absence de diagnostic; mais tout cela n'aura que peu ou point de prise contre la puissance qu'a montrée l'iodure dans le cas qui nous occupe. Quoi qu'il advienne, ce fait reste digne de fixer l'attention des médecins praticiens, et les engagera probablement à faire des expériences cliniques sur l'action de ce remède contre les diverses formes d'hypertrophie du cœur.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin.)

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Numéros d'octobre, novembre et décembre 1848.)

DES MOYENS D'ASSURER LA RÉUSSITE DES AMPUTATIONS DES MEMBRES; par M. SÉDILLOT.

L'auteur cherche d'abord à prouver que l'amputation, avec les procédés qui président à peu près généralement à son exécution et à son pansement, offre une source réelle et multiple de dangers. Son accusation sera surtout ratifiée par le suffrage public, lorsqu'il rappelle le gonflement des chairs, l'érythème de la peau, le croupissement du pus, qui s'offrent presque toujours aux regards du chirurgien lors du premier pansement d'une amputation circulaire.

Pour neutraliser ces fâcheux et souvent mortels accidents, M. Sédillot, érigeant en méthode générale une pensée qui déjà avait été émise dans le même but, propose d'exécuter toutes les amputations en pratiquant un seul lambeau antérieur qui comprenne les deux tiers de la circonférence du membre; seulement par *antérieur* il ne désigne pas ce qu'on appelle en anatomie face antérieure des membres. Il est tacitement entendu qu'ici le langage chirurgical l'emporte, et qu'il ne s'agit que de tailler le lambeau sur la partie qui, après l'amputation, pourra commodément être rendue et maintenue *supérieure*. Ainsi ce sera, par exemple, pour l'avant-bras la région postéro-externe, pour le bras la région externe. Ceci posé, et la section de l'os et des parties molles étant opérée selon ces principes, voici comment M. Sédillot conseille de simplifier le pansement, réforme qu'il juge non moins utile que la précédente, et dont les effets se combinent heureusement avec les siens.

Un linge ployé en double et de deux travers de doigt de largeur, trempé dans le digestif, est appliqué sur l'os, de manière à constituer un canal central pour l'écoulement des liquides. Deux épingles à suture coudent et maintiennent les angles du lambeau jusqu'au moment où l'induration inflammatoire s'en est emparée, et l'on peut espérer une réunion immédiate latérale, sans rétention du pus dans la plaie, puisque l'extraction du linge central laisse au bout de trois à quatre jours une cavité verticale dans laquelle le sang et le pus ne sauraient s'accumuler.

Le moignon reste à nu sous l'œil du chirurgien, qui peut employer tous les topiques indiqués, et remédier avec promptitude aux moindres accidents. Les fomentations se font avec des pièces de molleton de laine, taillées carrément, et les lotions, embrocations, frictions, injections, etc., sont faciles.

M. Sédillot a la précaution d'abattre l'angle antérieur des diaphyses osseuses pour empêcher la trop grande irritation des tissus en contact.

— On ne manquera pas d'opposer à cette proposition les cas où l'irrégularité de la lésion qui conduit à amputer force de multiplier les lambeaux, et de les prendre là où l'on peut. Mais M. Sédillot est un chirurgien trop expérimenté, trop en garde contre les exclusives données de la théorie, pour avoir omis de prendre ces circonstances en considération. Lui-même déclare en effet « admettre toutes les modifications apportées par la nature des lésions, les délabrements subis, la forme des membres, les nécessités opératoires. » Mais il n'en est pas moins vrai qu'en thèse générale, la conduite qu'il recommande compte en sa faveur des avantages qui devront toujours la faire préférer, alors qu'elle sera applicable.

EMPLOI DE CYLINDRES D'AZOTATE D'ARGENT SUR AXE DE PLATINE; par M. CHASSAIGNAC.

Tout le monde sait que la fragilité extrême des crayons ordinaires de pierre infernale empêche de les porter un peu profondément dans des cavités étroites, à cause du danger qu'un fragment s'en sépare et ne puisse ensuite être extrait. La même crainte fait aussi souvent hésiter les praticiens à cautériser avec cet agent l'isthme du gosier; car un morceau qui serait fortuitement avalé pourrait produire de graves désordres. Et la limite que la prudence pose ici à cette médication est d'autant plus regrettable, que l'action du caustique argentique est de celles qui ne sauraient être tout à fait remplacées par aucune autre substance. On doit donc savoir gré à M. Chassaignac de la modification qu'il a eu l'idée d'apporter à la préparation du nitrate d'argent fondu.

Considérant qu'un fil métallique placé à l'intérieur du crayon suffirait à prévenir tout risque de fragmentation accidentelle, il a fait préparer par M. Mialhe des cylindres d'azotate d'argent avec un fil de platine dans le centre. On peut les manier assez rudement sans les briser.

M. Chassaignac a surtout employé ces cylindres à des cautérisations profondes de la cavité utérine, et il a vu, dans ces essais, que, quoique quelques-uns se fussent fissurés en plusieurs segments, tous les tronçons restaient unis entre eux à la manière des grains d'un chapelet, par le moyen de l'axe central qui persiste.

Quand, par l'effet d'un usage prolongé, la tige métallique centrale est laissée à découvert, il suffit de l'ébarber d'un coup de ciseaux; on la met ainsi de niveau avec la surface du crayon, de manière à prévenir la piqûre des tissus par l'extrémité du fil métallique devenu libre. Il est probable qu'on arrivera aisément à découvrir quelque autre substance d'un prix moins élevé que le platine, et qui remplisse le même office. Mais dût-on être forcé de s'en tenir au platine, M. Chassaignac estime que cette addition, loin d'être coûteuse, réaliserait au contraire en définitive un bénéfice, en empêchant le gaspillage des petits morceaux d'azotate d'argent qui se perdent journellement entre les mains des chirurgiens, soit en ville, soit dans les hôpitaux.

PARALYSIE DE LA PAUPIÈRE TRAITÉE PAR LES INOCULATIONS DE LA STRYCHNINE; par M. SAINT-MARTIN.

Le fait suivant nous semble effectivement prouver, comme le pense l'auteur, les avantages d'une méthode qui l'emporte sur l'endermie par vésicatoire, en ce qu'elle épargne la douleur, et surtout la difformité d'une cicatrice, difformité très-pénible, quelque légère qu'elle soit, lorsqu'elle siége sur certaines parties.

OBS. — Un tisserand âgé de 48 ans, travaillant dans un lieu humide, était sujet à des douleurs rhumatismales erratiques. Il y a quelques mois, il éprouva subitement quelques vertiges, un peu d'affaiblissement de la vue et une diplopie très-pénible; il reconnut aussi que la paupière supérieure droite n'obéissait plus à sa volonté, et ne se soulevait qu'imparfaitement et à l'aide d'une contraction violente du muscle occipito-frontal.

Lorsque ce malade vint consulter M. Saint-Martin, la paralysie de la paupière était presque complète; grâce à une application de sangsues et à trois purgatifs, la congestion cérébro-oculaire avait disparu. Le médecin résolut d'essayer le procédé par inoculation, de M. Lafargue. Il prit donc 2 centigrammes de sulfate de strychnine, qu'il réduisit en une pâte molle avec une très-petite quantité

d'eau, et il pratiqua à l'aide de la lancette, dont l'extrémité était chaque fois trempée dans la solution, douze inoculations autour de l'orbite, et spécialement sur le trajet du nerf susorbitaire. L'opération fut renouvelée six jours de suite; dès le quatrième, la paupière paralysée avait acquis un peu de mobilité, et à la fin du traitement le malade la relevait avec presque autant de facilité que celle du côté sain.

V. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Mémoire sur l'ondulation pectorale dans l'état physiologique et dans les maladies*; par M. Monneret. 2° *De l'emploi du citron comme topique dans la gangrène traumatique et la pourriture d'hôpital*; par M. Fabien. (Deux cas de succès obtenu par l'emploi de ce moyen dont l'usage dans les mêmes affections est connu depuis longtemps.) 3° *Recherches microscopiques et pratiques sur le mode de reproduction des tendons et des muscles après leur section, suivies de quelques considérations relatives à la myotomie et la ténotomie sous-cutanée;* par M. Duparc. 4° *Mémoire sur les crises et les jours critiques, et sur la nécessité de tenir compte de leur influence sur la marche et la terminaison des maladies;* par M. Bricheteau. 5° *Sur divers cas de mort attribuée au chloroforme, et sur les dangers que peut présenter l'inhalation de cet agent.* (Rapport de M. Malgaigne.) 6° *Observations de tétanos, traité avec succès par les inhalations d'éther;* par M. Petit. 7° *Sur les névralgies du col utérin, et sur un nouveau mode de traitement;* par M. Malgaigne. (Il divise avec les ciseaux une lèvre du col.) 8° *De la compression artérielle comme moyen de suspendre instantanément la douleur dans le panaris et d'amener en peu de temps la résolution des parties phlogosées;* par M. Henroz. 9° *De quelques morts rapides après l'opération de la hernie étranglée, et qu'on ne saurait rapporter à l'éthérisation;* par M. Raimbert. 10° *Note sur les excroissances polypeuses de la fosse ombilicale chez les enfants nouveau-nés*; par M. Fabrège. (Deux cas de ces tumeurs, bien étudiées par Dupuytren, et dont M. Aug. Brun fit, en 1834, le sujet de sa thèse inaugurale. M. Fabrège l'a guérie une fois par l'excision réitérée à deux reprises et l'autre par la ligature.)

MÉMOIRE SUR L'ONDULATION PECTORALE DANS L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET DANS LES MALADIES; par le docteur MONNERET.

L'*ondulation*, ou *vibration pectorale*, est le nom donné à l'oscillation que l'on perçoit à l'aide de la main sur la poitrine d'un homme qui chante ou qui parle à haute voix. Ce phénomène a déjà été l'objet de quelques recherches de la part de plusieurs observateurs, notamment de M. Fournet, qui lui a accordé une assez grande attention dans ses RECHERCHES CLINIQUES SUR L'AUSCULTATION DES ORGANES RESPIRATOIRES; mais il restait encore beaucoup à faire sur ce point, et M. Monneret, par son étude approfondie du phénomène, de son mode de production, des lumières qu'il peut jeter sur le diagnostic, et par suite sur le traitement, a rendu à la pratique un véritable service. Nous allons exposer brièvement les principaux résultats auxquels il est arrivé.

Les parois pectorales ne vibrent pas partout avec la même intensité, et voici suivant quel ordre de régions cette intensité décroît, suivant M. Monneret: 1° le larynx et la partie supérieure de la trachée jusqu'à la tête du sternum; 2° les quatre dernières vertèbres cervicales et les quatre ou cinq premières dorsales; 3° les régions sous-claviculaire et sterno-mammaire droites et les mêmes régions du côté gauche; 4° l'espace compris entre les apophyses épineuses des vertèbres cervicales et dorsales, d'une part, et le bord interne de l'omoplate, de l'autre; 5° les régions postérieures et latérales; 6° le sternum et les fosses sus-épineuses, surtout vers la colonne rachidienne; 7° les parties antérieures et inférieures, c'est-à-dire les régions précordiale et hypocondriaque droites et gauches.

L'ébranlement thoracique est d'ailleurs plus prononcé à droite qu'à gauche, quelle que soit la région qu'on examine, mais surtout dans les régions sous-claviculaire, sterno-mammaire et vers l'angle supérieur et interne de l'omoplate. M. Monneret place, avec raison sans doute, la cause de cette différence dans la différence de disposition qui existe entre les bronches droite et gauche, la première étant plus courte, plus large, plus antérieurement située que la seconde.

Le *volume* et le *timbre* de la voix sont deux circonstances qui influent sensiblement sur l'intensité de la vibration. La poitrine vibre plus fortement chez les individus dont la voix a un grand volume, et chez ceux qui ont la voix grave et très-basse.

Relativement aux causes de l'*ondulation thoracique*, M. Monneret professe que cette ondulation résulte uniquement de l'ébranlement produit dans la paroi pectorale par l'onde sonore émanée des cordes vocales et transmise par les parties solides et membraneuses. Les moyens de transmission seraient, dans l'ordre de leur puissance : en premier lien, le tuyau membraneux laryngo-pulmonaire (il est, en effet, admis en physique que l'homogénéité du corps résonnant et du corps conducteur est une condition favorable à la transmission du son); en second lieu, la vibration de la paroi pectorale ; 3° la vibration de la colonne d'air que celle-ci renferme, vibration déterminée par les mouvements mêmes de la double enceinte thoracique, et, à un plus faible degré, par les oscillations de l'anche membraneuse Savart a démontré, en effet, que la masse d'air contenue dans le thorax vibre à l'unisson des lèvres de l'anche, et renforce le son primitif). Toute cette partie du travail de M. Monneret, relative à l'étiologie de l'ondulation, bien qu'appuyée sur des considérations physiques d'une valeur réelle, ne paraîtra peut-être pas offrir toute la rigueur de démonstration expérimentale qu'on est habitué à demander dans les questions de ce genre. Le regret qu'on en éprouve augmente encore quand on considère que la seconde partie du mémoire, celle qui étudie la vibration du thorax au point de vue de la pathologie et constitue réellement l'importance clinique du travail, est tout entière fondée sur la théorie que nous venons d'indiquer.

Les données pathologiques relatives à la vibration de la poitrine se résument dans les propositions suivantes :

1° Les maladies qui ont pour effet d'accroître la densité de la paroi costo-pulmonaire, et partant de rendre plus facile et plus intense la propagation des on des sonores, augmentent dans la même proportion la vibration thoracique. Elle est très-marquée dans la pneumonie, la congestion et l'œdème pulmonaires, les tubercules crus réunis ou disséminés, les pleurésies *avec adhérence et sans épanchement;*

2° Les affections qui diminuent la densité du poumon, ou qui ont pour effet d'interposer un corps moins bon conducteur entre les deux parois de l'enceinte thoracique, c'est-à-dire l'enveloppe pulmonaire et la cage thoracique, produisent l'affaiblissement ou l'anéantissement de la vibration : tels sont l'*épanchement pleural*, la pneumo-thorax, l'emphysème et les excavations pulmonaires.

On remarquera que l'assertion relative à l'épanchement de la plèvre est en opposition avec l'opinion admise par un grand nombre de praticiens, que les sons (conséquemment les vibrations) qui ont lieu dans les grosses bronches, sont transmis à l'oreille par le liquide épanché. Nous pensons en effet, avec l'auteur, que, dans le thorax pas plus qu'ailleurs, le son émané d'un corps solide ne peut se propager, sans perdre presque toute son intensité, à travers un liquide. Du reste, il serait facile de montrer, si c'était le lieu, que la pathologie des organes pulmonaires et des plèvres ne donne aucun démenti à cette loi physique.

OBSERVATIONS DE TÉTANOS, TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LES INHALATIONS D'ÉTHER; par M. PETIT.

On rapprochera avec intérêt les observations suivantes, dont nous nous bornons à donner un résumé succinct, de celles du même genre que la GAZETTE MÉDICALE a déjà fait connaître l'année dernière.

OBS. I. — Ouvrier charpentier, âgé de 20 ans; légère piqûre du pied à sa face plantaire. Elle était guérie, quand, le neuvième jour, il ressentit du trismus et de l'opisthotonos.

Le troisième jour (11 septembre 1847), on fait une large saignée. Le soir, même aggravation des symptômes; nouvelle saignée; 6 cautères le long du rachis; puis 25 sangsues au même lieu et une troisième saignée.

Le 13 septembre, le tétanos est devenu général ; outre le trismus, l'opisthotonos et la contracture des fléchisseurs, de violentes contractions survenaient à chaque instant dans les muscles de l'abdomen et de la poitrine, faisant craindre l'asphyxie. On éthérise, et le malade reste un quart d'heure sans revenir à lui; les symptômes, calmés durant l'insensibilité, reparaissent, mais ne reprennent qu'au bout d'une heure leur intensité primitive. (Cathétérisme, l'urine ne pouvant être rendue.)

Le 14, on a éthérisé le malade deux fois dans la nuit, quand les crises devenaient plus violentes. Même état, mais les contractions cloniques ont diminué de fréquence.

Les 15 et 16 furent marqués par une légère amélioration, qui diminua le 17. On avait toujours éthérisé de temps en temps; mais le malade s'accoutumant à l'action anesthésique, il fallait prolonger davantage les inhalations pour obtenir l'effet désiré.

Le 18, amélioration bien marquée. L'excrétion urinaire se rétablit. On éthérise moins souvent.

Le 21, on ne peut plus obtenir l'insensibilité, quelque quantité d'éther qu'on emploie. A partir de ce moment, le mieux se dessine d'une manière plus prononcée. On continue encore les bains, qui avaient été administrés pendant le traitement.

Le 2 novembre, la guérison est complète.

OBS. II. —Vigneron, âgé de 49 ans; il se fait, le 27 juillet, une légère excoriation au petit orteil. Le 30, un peu de difficulté pour écarter les mâchoires. Le 7 août, roideur générale, trismus, contractions fréquentes des parois thoraciques et abdominales; les jambes, tendues, ne peuvent être pliées ni par la malade ni

par les assistants. (Saignée de 600 grammes; deux bains d'une heure; 15 centigrammes d'extrait d'opium.)

Le 8, aggravation de tous les symptômes; contractions presque continuelles. On commence à éthériser, comme dans le cas précédent, quatre à cinq fois en douze heures, en continuant les bains et l'opium. Les crises diminuent sous l'influence de ce moyen, et surtout elles reviennent moins souvent. Amélioration sensible huit jours après; guérison complète au bout de la quinzaine.

Obs. III. — Dans un cas moins grave, où l'affection se bornait à du trismus, M. Philippe (de Reims) éthérisa, et observa qu'à partir de la première séance, la maladie ne fit plus de progrès. La guérison arriva en quelques jours.

M. Petit fait remarquer que si l'éther a eu ici une heureuse influence, ç'a été non pas peut-être en guérissant le tétanos, mais plutôt en modifiant les contractions des muscles des parois thoraciques, et en empêchant ainsi les individus de périr par asphyxie avant que leur maladie eût commencé à décroître.

Observant aussi que la susceptibilité à éprouver l'action stupéfiante de l'éther diminuait rapidement et finissait par disparaître, grâce à l'effet de l'habitude, M. Petit pense que, pour éviter cette tolérance (qui pourrait être un inconvénient grave lorsqu'elle se manifeste avant que la maladie soit domptée), on ferait bien, après avoir employé pendant quelques jours l'éther, de faire prendre du chloroforme, et *vice versâ*.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 MARS.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination de la commission chargée d'examiner les travaux destinés au concours pour le prix dit des *arts insalubres*. Les membres nommés sont MM. Dumas, Rayer, Chevreul, Payen et Combes. Le reste de la séance est consacré à des objets étrangers aux sciences médicales.

ADDITION A LA SÉANCE DU 26 FÉVRIER.

NOTE SUR LES OSTRO-NÈGRES, RACE DE L'AFRIQUE ORIENTALE AU SUD DE L'ÉQUATEUR (1).

M. de Froberville lit la note qui suit :

Les figures que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie ont été moulées sur les indigènes de la région orientale de l'Afrique, située entre l'équateur et la baie de Lorenzo-Marquès ou Delagoa, et vaguement indiquée sur les cartes par les noms de *Zanguebar*, de *Maravi* et de *Monomotapa*. C'est pendant un séjour de quatorze mois aux îles Maurice et Bourbon que j'ai recueilli ces spécimens anthropologiques dont la collection complète se compose de 60 têtes et masques, tous moulés sur nature vivante. Ces documents morphologiques sont accompagnés de 31 vocabulaires des idiomes parlés dans la même région africaine, de notes sur les croyances, traditions, mœurs et coutumes des naturels, enfin d'itinéraires et de relations qui m'ont permis d'esquisser une carte géographique de cette partie à peu près inconnue du continent.

L'examen des moulages exposés devant l'Académie fait naître ou résout des questions dont le développement ne saurait entrer dans le cadre de cette note. Je prierai donc l'Académie de me permettre de l'entretenir seulement de quelques-uns des points qui me paraissent les plus importants à constater pour l'éclaircissement de l'ethnologie africaine. Je parlerai d'abord de la classification que j'ai cru devoir adopter.

Il suffit d'un coup d'œil rapide pour reconnaître que les types de cette race, à laquelle je donnerai le nom générique d'*ostro-nègre*, appartiennent, en effet, à la souche nègre. Tête prognathe, absence de saillie mentonnière, nez épaté, lèvres épaisses, cheveux laineux, peau d'un noir plus ou moins brun, tels sont les caractères généraux qui frappent au premier abord l'observateur et justifient le classement de ces Africains parmi les nègres. Pour préciser davantage, je dirai qu'on peut les considérer comme formant un embranchement de la grande famille des nègres subéquinoxiaux, embranchement qui se subdivise lui-même en quatre rameaux, comme on peut le voir par les groupes dans lesquels j'ai distribué mes moulages. Le premier groupe offre de l'analogie avec les races congo-guinéennes, limitrophes à l'ouest des ostro-nègres; le deuxième se rapproche du type des races cafro-béchuanes, limitrophes au sud; le troisième ressemble particulièrement à la race des nègres de l'Océanie. Je parlerai tout à l'heure du quatrième groupe.

L'analogie qui existe entre les types des deux premiers groupes ostro-nègres et ceux des peuples limitrophes au sud et à l'ouest n'a rien qui surprenne : le voisinage explique la ressemblance. Plus on étudie sous un point de vue d'ensemble les races congo-guinéenne, cafro-béchuane et ostro-nègre, et plus l'unité d'origine s'y dégage et se constitue scientifiquement. Partout il y a parenté, jusque dans les plus petits détails de la vie sociale des indigènes; et lorsque certain trait de mœurs ou de coutume ne se manifeste pas semblable entre deux peuplades voisines, on le retrouve immanquablement chez une troisième plus éloignée. J'ajouterai que l'équateur est comme la limite de ces intimes rapports ethnologiques. On retrouve bien encore quelques traits de mœurs communs à nos nègres, chez les peuples de la Guinée septentrionale, mais ils y vont en s'affaiblissant à mesure qu'on s'avance vers le nord. Quant aux races du nord-est, Gallas, Soumali et autres Éthiopiens, ils n'ont aucun rapport de mœurs ou de coutumes avec les ostro-nègres, et tout ce qu'on peut dire de leur physique, comparé avec celui de ces derniers, c'est qu'ils appartiennent comme eux à l'immense famille nègre.

Quant au fait de la ressemblance entre le troisième groupe ostro-nègre et les noirs andamènes de l'Océanie, il donne naissance au plus embarrassant des problèmes. Comment expliquer cette conformité du type chez deux peuples si éloignés l'un de l'autre, si peu navigateurs et vivant dans des contrées si différentes? Certes, une identité si frappante n'est pas un caprice du hasard; il y eut incontestablement un point de départ à cette immense migration. Mais, quelque vraisemblable que soit cette déduction, elle laisse le problème encore intact. Les moyens de solution ne sont pas arrivés à leur maturité. On connaît à peine les sauvages populations de l'Australie et des îles voisines; on n'a pas encore saisi le lien qui les unit aux tribus de nègres disséminés dans la Malaisie, le sud-est de l'Asie et jusque dans l'intérieur de la presqu'île de l'Inde. Toute conclusion serait donc prématurée sur une question si peu étudiée. Mais j'ai dû constater le fait et le signaler à l'attention de l'Académie, car c'est un des plus curieux résultats auxquels puisse conduire la comparaison des races nègres.

J'aborde maintenant une question pour l'éclaircissement de laquelle les documents ne nous manqueront pas, du moins aussi complétement.

On vient de voir quelles sont les subdivisions qu'on peut établir dans la race ostro-nègre. Bien qu'étant une dans ses caractères généraux, elle se rapproche tantôt des Congo-Guinéens, tantôt des Cafro-Béchuanes, et tantôt des nègres océaniens. Mais, outre ces trois types principaux, il en existe un quatrième, produit originairement par un mélange de l'élément nègre avec un élément évidemment étranger à cette race : je veux parler de ces Africains à nez recourbé, à tête peu ou point prognathe, à lèvres peu épaisses, dont les moulages forment ici un groupe séparé.

La présence de caractères physiques si peu conformes et si supérieurs à ceux de la masse de la population serait un fait facile à expliquer, s'il ne se produisait que dans une certaine localité. Mais il n'en est rien. Le type hybride est disséminé à peu près également chez tous les peuples de l'Afrique au sud de l'équateur. On le rencontre, en effet, parmi les tribus du fond du continent, aussi bien que parmi celles du littoral; on le trouve depuis les environs de l'équateur jusqu'aux frontières de la colonie du cap de Bonne-Espérance, et nulle part, à ma connaissance du moins, il ne paraît constituer une race distincte en se manifestant d'une manière plus marquée sur un point que sur un autre. Cette distribution géographique qui fait que le métis des bords du lac Niassa (lac Maravi des cartes) offre le même degré de mélange que le métis de la Cafrerie, ou des pays voisins de Quiloa, cette distribution géographique ne laisse plus la possibilité de déterminer, par la seule inspection des caractères physionomiques des ostro-nègres, la direction dans laquelle les immigrants étrangers se sont primitivement répandus dans l'Afrique orientale. Mais on y voit la preuve la plus certaine que le croisement de races s'est effectué très-anciennement, et que le foyer d'où rayonnaient des éléments ethnologiques entièrement distincts de ceux de la race nègre, s'est éteint depuis très-longtemps. Une autre observation vient fortifier cette induction : c'est l'absence de toute distinction de caste, d'idiome, de croyances et de coutumes entre les individus qui présentent ces caractères d'hybrides, et ceux chez qui la forme nègre a conservé sa pureté primitive. J'ajouterai que leur dissemblance physique, si frappante pour nous, passe même tout à fait inaperçue des indigènes.

Le mémoire que je vais avoir l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie a pour objet principal de rechercher à quelle race appartient l'élément étranger qui est ainsi venu se greffer sur le type originaire des ostro-nègres. Voici une analyse rapide des résultats de cette étude. En interrogeant les traits des métis eux-mêmes, on distingue comme l'empreinte effacée du type sémitique. C'est la première et la plus nette impression que l'on reçoive en les considérant, et l'on a bientôt la preuve que le témoignage de notre vue ne nous trompe pas. On découvre, en effet, dans les croyances, mœurs et coutumes des ostro-nègres, l'influence la plus flagrante des idées propres aux races sémitiques. Les traditions et les pratiques religieuses des ostro-nègres ont un cachet de sémitisme que l'on ne saurait méconnaître. Le récit de la faute et de la punition du premier couple humain, celui de l'ivresse de Noé et de ses suites, le nom de *Jiouva* appliqué au soleil, l'expression d'*Arc du bon Dieu* donné à l'arc-en-ciel, l'idée que ce météore est un bon signe, qu'il aspire et boit les eaux de la terre, l'observation de la circoncision, la doctrine de l'impureté légale, enfin le culte pyrolatrique de *Moulouk* dont le nom diffère à peine de celui de *Moloch*, la grande divinité chananéenne en l'honneur de laquelle on passait les enfants à travers le feu, tout cela se rattache si intimement à l'histoire des religions syro-chaldéennes, que l'on ne saurait douter qu'un peuple chananéen fût l'instituteur des races ostro-nègres. En approfondissant davantage ce sujet jusqu'à présent inexploré, et en combinant une curieuse tradition indigène avec les notions que l'antiquité nous fournit sur les navigations phéniciennes le long de la côte d'Afrique, on est amené à reconnaître que le type des métis qui nous occupe, et la plupart des

(1) Nous reproduisons en totalité le travail lu dans la dernière séance par M. de Froberville et dont nous n'avions pu, faute d'avoir le manuscrit sous les yeux, qu'indiquer sommairement l'objet dans notre précédent compte rendu.

croyances, des mœurs et des usages que nous observons chez les ostro-nègres, sont dus au séjour des Phéniciens parmi eux, comme marchands et comme colonisateurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport de M. Cavaroc, médecin inspecteur des eaux minérales de Vic (Cantal), contenant des observations sur les maladies traitées dans les eaux minérales de cet établissement pendant l'année 1847.

2° Une autre lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec avoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde dont la commune d'Aigle-Pierre a été affligée depuis le 1er juin jusqu'au 23 décembre 1848.

3° Une lettre du préfet de la Seine demandant des renseignements sur le danger de l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements.

M. LE PRÉSIDENT invite M. P. Dubois à hâter le rapport dont il a été chargé sur ce sujet.

M. POUILLOT, médecin à Soultz-sous-Forêts (Bas-Rhin), adresse un travail sur l'emploi des préparations ferrugineuses dans l'albuminurie. Il annonce, dans ce mémoire, avoir traité avec succès des cas d'albuminurie par les préparations ferrugineuses. Il est porté à regarder la maladie plutôt comme une altération du sang que comme une lésion locale des reins.

M. le chevalier L.-E. GIUSTI, de Tripoli de Syrie, communique une note sur le choléra-morbus qui a régné en Syrie, et sur son traitement.

M. BARTHEZ, médecin en chef du Gros-Caillou, répond à une question qui lui avait été adressée par l'Académie pour savoir si l'eau de la fontaine de l'hôpital de Vichy éprouve quelques changements aux différentes heures de la journée; si, par exemple, son acide carbonique ne diminue pas sous l'influence du soleil, ou au contraire si la présence de l'oxygène augmente sous la même influence.

Voici la réponse de M. Barthez :

« Je ne pense pas que l'eau de cette source éprouve quelques changements aux différentes heures de la journée, en temps ordinaire bien entendu; car on a remarqué depuis longtemps qu'à l'approche des orages et pendant que l'atmosphère était violemment agitée, les sources devenaient plus tumultueuses, ce qui indique que les parties gazeuses s'échappent alors avec plus d'abondance.

APPAREIL CLARIFICATEUR.

M. POISEUILLE donne lecture d'un rapport officiel sur un appareil clarificateur que la commission n'a pas trouvé digne de fixer l'attention du ministre.

M. le rapporteur propose, en conséquence, de répondre au ministre qui consulte l'Académie sur cet appareil, qu'il n'y a pas lieu de s'en occuper.

L'Académie adopte.

SQUELETTE HUMAIN DES CARRIÈRES DE PANTIN.

M. LONDE lit, au nom d'une commission composée de MM. Duméril, Orfila, Blandin et Londe, le rapport suivant sur un squelette humain trouvé dans les carrières à plâtre de MM. Paintendre, à Pantin, commune de Romainville, près Paris.

L'objet dont nous avons à entretenir l'Académie, dit M. le rapporteur, est d'une haute importance pour l'histoire naturelle de l'homme. L'espèce humaine est-elle contemporaine des mammifères les plus anciens, ou bien n'est-elle apparue sur le globe qu'après la dernière retraite subite des eaux, et postérieurement à ces animaux antédiluviens dont on retrouve chaque jour les débris fossiles?

Ce problème, que, pour démentir la GENÈSE, se sont déjà posé d'audacieux sceptiques, Cuvier le reprend dans le discours d'introduction de son grand ouvrage sur les révolutions de la surface du globe; mais il le reprend par amour passionné pour la science générale de l'anatomie et pour l'histoire physique de la terre. Avec la double puissance du savoir et du génie, le grand naturaliste fixe les lois de succession des couches du globe, détermine avec rigueur les espèces organisées fossiles appartenant à chaque genre de couches, dévoile l'importance ignorée des fossiles en géologie, des fossiles quadrupèdes surtout, établit ce principe de corrélation des formes dans les êtres organisés, au moyen duquel chaque sorte d'être pourrait, à la rigueur, être reconnue par chaque fragment de chacune de ses parties; et en soumettant à ces lois nouvelles le règne entier des animaux, parmi lesquels n'apparaît à ses yeux nul vestige de race humaine, il semble arracher à celle-ci le secret de sa jeunesse.

Vous connaissez, messieurs, les successions présentées par le règne organique depuis la formation de la croûte de notre globe. Vous savez que dans les terrains les plus anciens il n'existe aucun vestige d'animaux terrestres, et que l'apparition de ceux-ci est précédée de celle des animaux vertébrés à sang froid, plus abondants, plus forts, plus variés dans les anciennes couches qu'à la surface actuelle du globe. Vous savez que les restes fossiles des mammifères terrestres appartiennent soit à des espèces ou à des genres connus encore aujourd'hui, soit à des espèces ou genres inconnus qui ont entièrement disparu de la surface du globe, anéanties pour toujours par une grande catastrophe qui les a fixées dans les places où nous les trouvons.

Or, parmi ces races anciennes, connues ou inconnues, dans les lits qui les recèlent, on n'a jamais, jusqu'à présent, rencontré d'os humains. Cependant les mêmes lois président à la conservation des os, de quelque espèce qu'ils proviennent. On a donc été forcé de conclure de cette absence d'os fossiles humains, que l'existence de l'homme dans les pays où se rencontrent les fossiles des autres animaux, c'est-à-dire dans la plus grande partie de l'Europe, de l'Asie et de l'Amérique, est nécessairement postérieure non-seulement aux révolutions qui ont enfoui ces os, mais encore à celles qui ont remis à découvert les couches qui les enveloppent, et qui sont les dernières que le globe ait subies. Cuvier se garde bien, il est vrai, de conclure de cette absence complète de fossiles humains là même où on retrouve les os fossiles d'animaux d'autre espèce, que l'homme n'existait point du tout avant cette époque; sa conclusion n'est point aussi absolue : « Il pouvait, dit ce circonspect savant, habiter quelques contrées peu étendues, d'où il a repeuplé la terre après ces événements terribles; peut-être aussi les lieux où il se tenait ont-ils été entièrement abîmés et ses os ensevelis au fond des mers actuelles, à l'exception du petit nombre d'individus qui ont continué son espèce. »

Cuvier, on le voit, n'ose pas affirmer que l'homme est un animal de formation nouvelle, qu'il n'est pas contemporain des animaux dont nous retrouvons les débris fossiles. Cuvier cache-t-il le fond de sa pensée pour ne pas se montrer en désaccord avec les livres sacrés, sur l'ancienneté de la race humaine et la conservation de cette race par l'arche de Noé?

Quoi qu'il en soit de la croyance réelle du grand naturaliste, l'espèce humaine semble ne pas vouloir abandonner ses titres d'ancienneté, et, de temps à autre, surgit quelque annonce de découverte d'homme fossile, tantôt en Europe, tantôt en Amérique; malheureusement, vérification faite, il se trouve toujours que ces os donnés pour fossiles humains c'est-à-dire os humains trouvés parmi les fossiles, ou, en d'autres termes, dans les couches régulières de la surface du globe, se trouvent appartenir ou à d'autres genres que l'homme, ou bien se trouvent de véritables os d'hommes provenant d'individus tombés dans des fissures formées dans des terrains réguliers ou enfouis à la suite de quelque catastrophe.

En serait-il différemment du squelette que nous avons été chargés de visiter, et celui-ci nous apporterait-il enfin quelques titres en faveur de l'ancienneté de notre race? C'est ce qu'il nous convient d'examiner. Dans cet examen, nous nous aiderons des lumières de deux savants collègues, étrangers à la commission que vous avez nommée, MM. Lassaigne et Bussy, qui ont chacun étudié le squelette en question sous un point de vue différents dont les recherches se complètent mutuellement, dont l'un, M. Lassaigne, vous a adressé officiellement son travail; dont l'autre, M. Bussy, a bien voulu donner officieusement connaissance du sien à votre rapporteur.

Voici d'abord les conditions topographiques dans lesquelles a été rencontré le squelette. La carrière où il gisait est située sur le versant septentrional du coteau de Romainville. Elle est exploitée à ciel ouvert par MM. Paintendre frères, qui en sont les propriétaires, et qui ont apporté une obligeance infinie à seconder toutes les recherches de votre commission et particulièrement celles de votre rapporteur.

L'épaisseur considérable des couches de plâtre de cette carrière permet de l'exploiter par étages à diverses hauteurs. C'est à l'étage supérieur, à deux mètres au-dessous de la terre végétale, et à trois mètres de la surface du sol, que le squelette a été découvert par l'effet d'un coup de mine.

A l'époque à laquelle votre commission a visité la carrière il n'était plus en place, il avait été transporté, pour éviter toute dégradation, au domicile de MM. Paintendre, à Pantin, avec la masse énorme de pierre à plâtre sur laquelle il était enchâssé.

La carrière, entièrement déblayée de toute la terre végétale qui la recouvre, est blanche, présente une suite d'ondulations de l'aspect le plus régulier et le plus beau.

Le lieu indiqué comme celui qu'occupait le squelette correspond (et comme c'est ici le point important de la question, nous devons ajouter que l'opinion exprimée par votre commission est aussi celle de M. Bussy et de ceux de nos collègues qui ont visité l'emplacement) à une solution de continuité dans les couches régulières du sulfate de chaux, solution qui s'étend jusqu'à la surface du sol, et qui est indiquée par la différence de couleur, d'aspect, de consistance des matériaux qu'on y trouve, autant que par l'absence de toute liaison directe avec ce qui les environne.

« La partie inférieure sur laquelle portait le squelette, dit M. Bussy, est une sorte de conglomérat renfermant du sulfate de chaux, de la terre, des fragments anguleux de silex. Quoiqu'il ait une consistance un peu plus ferme que celle de la terre tassée, néanmoins il est friable sous la pression du doigt et se délaye facilement dans l'eau, ce qui permet d'isoler les éléments hétérogènes qui le constituent. Dans la partie supérieure, on trouve des fragments plus ou moins volumineux de roche cristallisée enveloppés d'une certaine quantité de terre, sans adhérence entre eux et amoncelés pêle-mêle sans aucun ordre. »

Un objet important, qui, dans le lieu d'où l'on a extrait le squelette, et au milieu de cette nappe blanche de terrain calcaire, vient fixer les yeux et attirer l'attention, c'est une traînée rougeâtre que les ouvriers ne manquent pas de vous dire être la trace du sang répandu par l'homme dont ils ont retrouvé les débris.

Après avoir examiné la carrière, votre commission est revenue à Pantin chez MM. Paintendre pour y visiter le squelette.

On aurait une fausse idée si l'on pensait voir dans les débris qui nous ont été présentés, ce que l'on convient généralement de nommer un squelette.

Sur une masse pierreuse argilo-calcaire de 2m de longueur sur 0m,60c de largeur et autant d'épaisseur, se trouvent incrustés un thorax affaissé et courbé, c'est-à-dire les vertèbres dorsales articulées entre elles et avec les côtes, les

vertèbres lombaires et les os du bassin, ainsi que ceux du membre supérieur droit.

A une petite distance de ces os qu'elle ne touche pas immédiatement, se retrouve une couche de plusieurs centimètres d'épaisseur, de cette terre rougeâtre, facile à réduire en poudre, et que les ouvriers disaient être le sang du cadavre.

Le reste du squelette, c'est-à-dire les os du crâne brisés, sept vertèbres cervicales, l'os maxillaire inférieur, dans les alvéoles duquel sont implantées toutes les dents parfaitement intactes; enfin les membres inférieurs, détachés par l'effet du coup de mine, sont isolés de la masse pierreuse et placés à part.

L'aspect de la portion de squelette qui adhère encore à la masse argilo-calcaire, la position relative des os indiquent que le sujet auquel ils appartenaient, s'est trouvé enfoui la face en bas, dans une position à peu près horizontale et a été déprimé, aplati par le poids énorme de différents morceaux de pierre à plâtre adhérents entre eux par une espèce de ciment argilo-calcaire facile à désagréger.

Considérés en eux-mêmes et indépendamment de leur position, les débris osseux ont conservé la couleur naturelle des os que l'on déterre journellement, ils sont vides dans leur intérieur, n'offrent point la couleur brune des os appartenant aux os fossiles de la formation du sulfate de chaux; leurs cavités ne sont point remplies de matières incrustantes.

Pour établir une comparaison entre ces ossements et ceux d'un squelette conservé dans le même terrain depuis un temps déterminé, M. Lassaigne a soumis aux mêmes expériences quelques ossements humains, trouvés à 80 mètres environ de l'endroit où le squelette en question a été découvert. Ces ossements provenaient de cadavres de soldats tués en 1814, à la bataille livrée sous les murs de la capitale.

Les uns et les autres débris ont à peu près le même aspect physique. Calcinés à vase clos, ils se carbonisent de la même manière en émettant une assez grande quantité d'huile empyreumatique ammoniacale; mis en contact pendant vingt-quatre heures dans de l'acide chlorhydrique étendu de quinze fois son poids d'eau, ils se ramollissent peu à peu et laissent un *tissu spongieux flexible* qui conserve toute la forme de la partie de l'os qui l'a fourni.

Cependant les os du squelette de Pantin sont plus friables que ceux des soldats enterrés en 1814. Les premiers ne renferment plus qu'un tiers de la matière organique qui existe dans les os humains frais; les seconds en contiennent encore moitié environ.

Le sous-phosphate de chaux entre pour 45 sur 100 dans les os du squelette de Pantin, pour 40 seulement dans les autres; le carbonate de chaux pour 21 dans les premiers, pour 15 dans les seconds.

La terre rouge qui entoure le squelette trouvé dans la carrière de plâtre est, suivant M. Lassaigne, formée d'une grande quantité de peroxyde de fer anhydre, d'une petite quantité d'argile et de carbonate de chaux; elle ne donne à la distillation qu'une petite quantité d'eau ammoniacale, sans trace d'huile empyreumatique brune. Cette terre se rapproche donc, par sa composition, de l'ocre rouge.

De tout ce qui précède, il résulte que le squelette humain découvert à Pantin

N'a point été extrait d'une couche de terrain appartenant à une formation géologique régulière;

Qu'il n'offre point les caractères appartenant aux os fossiles de la formation du sulfate de chaux;

Qu'il appartient à un individu jeune et de haute stature;

Que l'énorme quantité de peroxide de fer anhydre mélangé d'alumine et de silice, qui forme la terre rougeâtre, ôte toute idée que ce produit est le résultat de l'oxydation d'une armure, qui se serait produite dans le sein de la terre;

Que l'époque à laquelle l'homme a été enfoui ne saurait être précisée, mais que, eu égard à la proportion de matière animale, moindre dans le squelette de Pantin que dans les squelettes des soldats enfouis en 1814, on peut supposer que l'événement qui a enfoui cet homme est de date plus ancienne.

Pour terminer enfin, messieurs, nous ajouterons que ce squelette sert à constater une fois de plus l'erreur des personnes qui ont cru jusqu'ici rencontrer des ossements humains fossiles, et ne nous apporte point encore cette preuve si longtemps recherchée que notre espèce ait été contemporaine non pas seulement des premiers vertébrés à sang froid, mais même des premiers vertébrés à sang chaud.

Nous n'en croyons pas moins devoir conclure à ce que des remerciments soient adressés à M. Paintendre et à M. le maire de Pantin, tant pour la communication qu'ils ont faite à l'Académie et qu'ils peuvent avoir occasion de renouveler, que pour l'obligeance parfaite avec laquelle ils ont accueilli tous ceux de nos collègues qui ont désiré visiter le squelette, et notamment votre rapporteur.

M. Rochoux : La question soulevée dans le rapport de M. Londe se rattache à celle-ci, savoir : le déluge a-t-il été universel, question qui vient d'être examinée dans un article du Journal des Débats, à l'occasion de la Californie. La réponse ne peut être douteuse. Or on n'a pas encore trouvé de squelette humain fossile, donc l'homme n'existait pas avant le déluge. Puisqu'on le pense, il faut avoir le courage de le dire.

M. H. Gaultier de Claubry pense, au contraire, qu'on ne saurait apporter trop de réserve dans des questions pareilles.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Londe lit un second rapport, en son nom et celui de MM. Falret et Ferrus, sur un travail de M. Belhomme ayant pour titre : Influence des événements et des commotions politiques sur le développement de l'aliénation. Ce travail comprend dix observations de folies survenues à la suite des événements de février. Les sujets de ses observations étaient tous fortement prédisposés à la folie, et même quelques-uns d'entre eux avaient été fous avant. La révolution n'a donc été chez eux, comme l'a remarqué d'ailleurs M. Belhomme, que la cause occasionnelle de la folie. Le traitement employé par M. Belhomme, presque toujours couronné de succès, n'a été autre que celui dont l'expérience a sanctionné l'efficacité : sédatifs, révulsifs et distractions.

La commission propose de remercier l'auteur de sa communication.

Ces conclusions sont adoptées.

EMPLOI DE LA POUDRE DE CHARBON VÉGÉTAL DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES DE L'ESTOMAC.

M. Patissier lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Belloc, relatif à l'emploi de la poudre de charbon végétal dans les affections nerveuses de l'estomac et des intestins.

L'auteur du mémoire dit avoir reconnu une propriété thérapeutique spéciale au charbon végétal pulvérisé et préparé d'une manière particulière. Le bois dont il se sert de préférence pour faire ce charbon est le peuplier. On fait placer des branches coupées, dépouillées de leur enveloppe, dans des vases en fonte bien clos, que l'on fait chauffer jusqu'au rouge blanc; on en extrait alors un charbon extrêmement léger et brillant sans formation de cendre, que l'on place dans des vases pleins d'eau pendant trois ou quatre jours, en ayant soin de changer l'eau plusieurs fois; on le fait sécher, après quoi on le réduit en poudre avant qu'il soit parfaitement sec.

M. Patissier, après avoir analysé quelques observations rapportées par M. Belloc, après avoir fait connaître quelques autres faits observés par des membres de la commission elle-même, conclut que le charbon, préparé avec les précautions indiquées par M. Belloc, est un médicament précieux dans le traitement des affections nerveuses gastro-intestinales.

M. Moreau : Je demanderai à M. le rapporteur : 1° Quelle est l'espèce de peuplier dont se sert l'auteur pour faire ce charbon? En second lieu, si l'auteur a spécifié les espèces d'affections nerveuses qu'il a traitées et auxquelles il pense que le moyen indiqué est applicable, car tout le monde sait qu'il y a des affections nerveuses de nature diverse.

M. Patissier : L'auteur n'a parlé que de névrose en général, et je n'ai pas voulu être plus explicite dans mes conclusions qu'il ne l'a été lui-même.

M. Caventou : Au point de vue chimique, il n'y a absolument aucune différence entre ce charbon et tous les charbons possibles. Pense-t-on qu'il puisse y avoir des différences dans les effets thérapeutiques? Cela me paraît douteux; il ne faudrait donc pas que l'Académie accordât trop légèrement à cette préparation une préférence exclusive.

M. Soubeiran : J'appuierai d'autant plus l'observation de M. Caventou, que j'ai eu l'occasion d'envoyer dans quelques services des hôpitaux, à défaut de pousses de peuplier, de la braise de boulanger, et que cette braise a produit les mêmes effets thérapeutiques que le charbon de M. Belloc; on a observé cependant que la poudre de braise produisait quelques symptômes d'irritation du côté de l'estomac, ce que l'on peut attribuer avec vraisemblance aux substances salines que renfermait la poudre de braise qu'on n'avait point lavée, ainsi que le pratique M. Belloc pour son charbon de peuplier. Pour toutes ces raisons, je pense que l'Académie ne doit pas se prononcer légèrement en faveur d'une seule espèce de charbon avant d'avoir fait des essais comparatifs.

M. H. Gaultier de Claubry : Tout en reconnaissant que des propriétés différentes peuvent appartenir à des corps composés chimiquement d'une manière identique, ce dont nous connaissons plusieurs exemples, il serait possible cependant, à la rigueur, qu'il y eût quelque différence dans l'action, dépendant de la différence de densité, qui est très-grande.

M. Guibourt : Je n'insisterai pas sur les observations qui viennent d'être faites, et qui me paraissent parfaitement justes; mais je demanderai la permission à l'Académie de dire qu'il serait à désirer que la commission actuelle et la commission nommée dans la dernière séance expérimentassent le charbon animal. On sait que les charbons diffèrent beaucoup sous le rapport de la facilité qu'il y a à les pulvériser. Or on comprend que celui qui se divise le plus soit celui qui se prête le mieux à l'absorption. Sous ce rapport, le charbon animal est infiniment préférable aux charbons de bois, et surtout aux charbons de bois dur; il se pulvérise beaucoup mieux, et de plus, comme il contient environ la moitié de parties salines, solubles dans les liquides de l'estomac, il s'ensuit que l'extrême division dans laquelle il se trouve après la porphyrisation augmente encore de moitié par la dissolution des matières salines après son ingestion dans l'estomac.

M. Caventou : Je proposerai à l'Académie, en raison des doutes qui viennent d'être soulevés par cette discussion, de surseoir à l'adoption du rapport jusqu'à ce qu'il ait été institué des expériences comparatives avec différents charbons et dans des conditions égales.

M. Patissier : Les expériences que demande M. Caventou ont été faites. Nous avons reconnu, M. Récamier et moi, que ce charbon était plus facilement digéré et mieux supporté par l'estomac que les autres.

M. Caventou : En ce cas, je retire ma proposition.

M. Soubeiran : Et moi je la reprends, parce que la question ne me paraît pas avoir été suffisamment examinée. Le charbon de M. Belloc a-t-il d'autres propriétés que tous les charbons légers? C'est ce que je ne crois pas, et ce qu'il aurait fallu démontrer.

La proposition de M. Soubeiran, appuyée par plusieurs membres, est mise aux voix et adoptée. En conséquence le rapport est renvoyé à la commission pour un nouvel examen.

BLENNORRHAGIE URÉTRALE CHEZ UN MALADE AYANT UNE DIVISION DU CANAL EN AVANT DE L'ANGLE PÉNOSCROTAL.

M. Ricord présente un malade dont il rapporte l'histoire dans les termes suivants :

Obs. — Pierre V... âgé de 24 ans, est entré à l'hôpital du Midi le 2 février 1849. A l'âge de 7 ans, ce malade avait eu la fantaisie singulière de retenir son urine, en étranglant sa verge avec une ficelle fortement serrée autour : la ficelle avait été enlevée quelques heures après, mais la constriction avait assez duré pour mortifier profondément les tissus, y compris l'urètre et donner lieu à la lésion que nous allons décrire.

A la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la verge, existe un étranglement circulaire, résultat de la constriction de l'organe ; la peau présente à ce niveau une cicatrice circulaire sillonnée et profonde d'environ deux lignes. La portion de la verge antérieure à l'étranglement a atteint son développement normal : au devant de cet étranglement, l'urètre rompu offre un orifice arrondi, nettement limité, dans lequel peut pénétrer une sonde canelée ; en arrière, la seconde partie de la solution de continuité du canal est constituée par une ouverture plus évasée, plus inégale que la précédente, à bords très-irréguliers et qui peut admettre une sonde de calibre ordinaire. Toute l'urine sort par cette dernière ouverture ; les érections sont comme dans l'état normal. Il y a un mois, V... a contracté une blennorrhagie aiguë qui, jusqu'au jour de son admission à l'hôpital du Midi, n'a été l'objet d'aucun traitement. A son entrée à l'hôpital (le 2 février), la maladie occupe les deux portions du canal ; l'écoulement, très-abondant, est jaune-verdâtre ; la portion postérieure est le siége de douleurs assez vives pendant et après l'émission de l'urine ; il y a pendant la nuit quelques érections incomplètes, à peine douloureuses.

Le 3 février, le malade est soumis à l'usage d'une émulsion de copahu. Pour apprécier exactement l'effet du médicament sur chaque portion de l'urètre, M. Ricord fait obturer avec soin, à l'aide de diachylon, l'orifice qui est au devant de l'étranglement, précaution presque superflue, puisque toute l'urine sort par l'orifice postérieur ; ainsi l'urine, chargée du principe médicamenteux du copahu, ne balayera que la portion supérieure de l'urètre.

Le 6 février, l'écoulement a beaucoup diminué ; il a changé de nature dans cette portion. La pression des doigts en fait suinter une goutte de muco-pus blanchâtre, suspendue dans un liquide clair et filant. Les douleurs ont cessé.

Le 8 février, l'écoulement a complétement disparu dans la partie postérieure de l'urètre.

M. Ricord recommande alors au malade, qui continue l'usage du copahu, de faire, dans la division antérieure qui n'a subi aucune modification, une injection d'arrière en avant (par l'orifice artificiel antérieur) de toute son urine, au moment où il vient de la rendre.

Le 12 février, il y a déjà une amélioration notable ; la nature de l'écoulement a changé : il est d'une coloration blanc jaunâtre et beaucoup moins abondant.

Le 15 février, la quantité et la coloration de l'écoulement sont encore modifiées ; trois quarts d'heure après l'injection, on obtient à peine, en pressant le canal, une goutte de muco-pus très-clair au méat naturel de l'urètre.

Le 16, l'écoulement est guéri dans toute la longueur du canal.

Voici une autre observation analogue que M. Ricord a recueillie dans sa pratique privée.

M. *** était à la fois affecté d'une blennorrhagie et d'une rupture de l'urètre qui avait produit un hypopasdias accidentel à la partie moyenne de la verge. Comme dans l'observation précédente, une forte constriction, exercée au moyen d'une ficelle, avait amené la mortification des tissus et la division consécutive du canal. C'était au même âge, à 7 ans, que le malade s'était infligé lui-même cette infirmité.

L'urine s'échappait par l'orifice artificiel ; néanmoins le malade pouvait lui faire parcourir tout l'urètre, en pressant la portion antérieure de la verge contre la postérieure, suivant l'axe de l'organe, de manière à obturer par rapprochement la solution de continuité.

On donna le copahu à l'intérieur, et la blennorrhagie cessa en peu de jours dans la partie postérieure de l'urètre ; mais elle persistait dans la portion antérieure que ne parcourait pas l'urine.

Le traitement fut poursuivi trois jours encore dans les mêmes conditions. La guérison de la partie postérieure du canal étant alors parfaitement constatée, l'usage intérieur du copahu fut continué ; mais cette fois le malade faisait passer l'urine dans tout le canal, en usant de la précaution que nous avons indiquée. A l'aide de cette manœuvre, l'urine copahifère opéra la guérison de la portion antérieure de l'urètre, toutefois dans un temps double de celui qu'avait demandé la guérison de la portion postérieure.

« Ces observations (dit M. Ricord), comme celles dont j'ai déjà entretenu l'Académie, prouvent que l'action spécifique du cubèbe et du copahu, dans la blennorrhagie urétrale, n'est due ni à une révulsion ni à une modification du sang qui influencerait la nutrition et la sécrétion des muqueuses en général et de la muqueuse urétrale en particulier ; car on sait que ces médicaments, pris à l'intérieur, sont sans effet marqué sur l'ophthalmie blennorrhagique, sur la balanoposthite et sur les écoulements vulvaires vaginaux et utérins, mais que la guérison de la blennorrhagie urétrale est due à l'action directe de l'urine chargée des principes médicamenteux du cubèbe et du copahu.

» Le copahu, en traversant les reins, subit une modification, et donne à l'urine une propriété médicatrice que l'art n'a pas imitée.

» En effet, malgré l'assertion contraire de quelques thérapeutistes, les applications directes, les injections faites avec le cubèbe et le copahu, sous quelque forme pharmaceutique que ce soit, sont restées insuffisantes, quand elles n'ont pas été nuisibles : c'est ce qui est résulté des expériences des deux Cullerier, de M. Puche, de M. Lagneau et de M. Ricord lui-même.

» L'art, pour imiter la nature, doit donc chercher quelles sont les propriétés médicamenteuses que communiquent à l'urine le cubèbe et le copahu, en subissant l'action des reins. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE ÉRUPTIVE OBSERVÉE EN 1847, A L'HÔPITAL MILITAIRE ET DANS LES PRISONS DE BRUXELLES. — Continuation de la discussion du rapport de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Warlomont, relatif à ce sujet. (M. Fossion, rapporteur.)

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

M. Mareska : Le mémoire dont nous venons d'entendre la lecture m'a engagé à demander la parole pour vous communiquer quelques-uns des résultats auxquels je suis parvenu en me livrant, pour la Flandre orientale, à des recherches entièrement analogues à celles que M. de Mersseman a faites pour la Flandre occidentale. De cette manière, vous aurez, messieurs, des renseignements complets sur les effets que la crise alimentaire a exercés dans les deux provinces.

Il est réellement extraordinaire que, sans nous être entendus ou concertés, mon honorable collègue et moi nous soyons entrés dans la même voie. Le mémoire de M. de Mersseman est écrit avec soin ; les tableaux qu'il trace, quelque sombres qu'ils soient, sont frappants de vérité. Je n'entrerai, moi, dans aucun développement ; l'heure avancée de la séance m'oblige à être court. Je me bornerai à vous donner des chiffres que j'ai puisés également à des sources authentiques, et que je vous prie d'accepter comme le résumé d'un travail plus étendu.

La crise alimentaire de 1846-1847 a exercé une grande influence sur toutes les villes de la Flandre orientale ; mais elle a surtout été funeste aux campagnes.

A la fin de 1847, deux villes ont seules pu constater une augmentation dans leur population ; toutes les autres ont subi ensemble une diminution de 972 habitants.

Lors du recensement du 15 octobre 1846, la population des communes rurales s'élevait à 584,413 habitants. Au 31 décembre 1847, elle n'était que de 573,580. Elle avait donc éprouvé une diminution de 10,833 habitants en quatorze mois et demi.

Dans ces mêmes arrondissements ou communes rurales, il y eut, en 1847, 5,809 décès de plus que de naissances, et cet excédant s'élève à 6,271 pour la province entière.

Sur les 793,264 habitants qui constituaient la population de la Flandre orientale à l'époque du dernier recensement, il y avait 134,520 indigents à la charge des bureaux de bienfaisance, et il y en avait en tout au delà de 200,000 à secourir directement par l'aumône ou indirectement par le travail. Telle est la mesure de la misère chez nous. Les arrondissements d'Audenarde et d'Alost sont ceux où le paupérisme a fait le plus de progrès.

La description que l'honorable M. de Mersseman vous a faite de l'état de dénûment et d'horrible souffrance où se trouvent un grand nombre d'habitants dans les communes rurales de la province qu'il habite, s'applique exactement à ce qui existe dans la Flandre orientale.

Dans les communes rurales des arrondissements, la diminution de la population a été générale ; elle a été observée dans toutes, mais à des degrés différents. Les arrondissements les plus pauvres sont ceux qui ont perdu relativement le plus de monde.

Plusieurs épidémies se sont déclarées en 1847. La dyssenterie, la petite vérole, et surtout le typhus contagieux, sont celles qui ont fait le plus de ravages. C'est à ces épidémies que l'on doit attribuer, en grande partie, l'énorme excédant des décès sur les naissances, et elles ont puissamment concouru, avec l'émigration, à produire la dépopulation que je viens de constater.

Le typhus a été plus violent en 1846 qu'en 1847, et en 1848 il s'est montré encore en beaucoup d'endroits avec une intensité excessive.

Les arrondissements de la Flandre orientale comprennent 283 communes rurales, et 226 d'entre elles ont eu des décès à attribuer à cette terrible affection.

Depuis 1846 jusqu'au mois d'août 1848, il y a eu dans ces communes 26,862 cas de typhus et 5,481 typhisés ont succombé. Le rapport des typhisés et celui des décès comparés au nombre des habitants sont donc de 1 sur 21,8 pour les malades, et de 1 sur 106,6 pour les typhisés décédés.

Tous les arrondissements ont été successivement en proie à l'épidémie ; mais c'est encore dans ceux où l'indigence est la plus grande que les cas ont été en général le plus nombreux. Je dis en général, parce que l'intoxication typhoïde ne s'est pas montrée exactement proportionnelle au paupérisme. A la vérité, l'arron-

rondissement d'Audenarde, le plus pauvre de tous, a le plus souffert, et celui de Saint-Nicolas, où il y a le plus d'aisance, a souffert le moins; mais le district d'Eecloo, plus pauvre que les districts de Gand et de Termonde, a donné moins de prise à l'épidémie que ces derniers, probablement parce que les habitations, surtout celles des indigents, y sont moins agglomérées, et parce qu'on n'y a pas poussé au même point l'oubli de toutes les règles de l'hygiène.

La mortalité à la suite du typhus a été d'un malade sur 4,90; elle a été moins grande pour les femmes que pour les hommes, et les femmes ont été atteintes en moins grand nombre.

C'est dans les arrondissements où la maladie a atteint le moins de monde qu'elle a été le plus meurtrière. Il en est où elle a produit un décès sur 3,71 malades. On peut en conclure d'une manière indirecte que le miasme typhoïde est moins souvent mortel pour les malades indigents que pour les autres.

Le typhus a été contagieux, et l'on a pu très-facilement, dans plusieurs endroits, indiquer comment il y a été introduit et comment il s'y est propagé. Dans plus d'un village, le typhus a été importé par des personnes qui avaient séjourné ou dans les dépôts de mendicité ou dans les maisons de sûreté.

La disette de 1846-1847 a exercé, dans la Flandre orientale, sur les naissances, les décès et les mariages, une influence plus grande que le choléra de 1832 et 1834, plus grande même que la famine de 1817, que l'on cite avec raison comme l'un des événements les plus graves qui aient pesé sur le pays.

La moyenne annuelle des naissances, en Belgique, est 1 sur 31,10 habitants. Le rapport des décès est de 1 sur 41,49, et celui des mariages de 1 sur 144,31 habitants. En 1817, dans la Flandre orientale, le rapport des décès s'est élevé à 1 sur 34 habitants, et les naissances ne faisaient plus que compenser la mortalité. On peut se faire une idée exacte de ce que la crise alimentaire que nous venons de traverser doit avoir causé de malheurs dans les Flandres, quand on considère que, pendant cette fatale année de 1847, le rapport des décès aux habitants a été de 1 sur 30, et qu'il n'y a eu qu'une naissance sur 40,36, et 1 mariage sur 223,7 habitants.

Si l'on compare maintenant ces données à celles que l'honorable M. de Mersseman vient de fournir pour la Flandre occidentale, on parvient à cette conséquence (qui pour la plupart d'entre nous sera inattendue), que la crise alimentaire, et surtout le typhus, ont fait beaucoup plus de victimes dans la Flandre orientale que dans la Flandre occidentale.

Un dernier mot, messieurs. Je ne puis m'empêcher de faire un rapprochement qui pourrait, au premier abord, présenter quelques difficultés.

La population de la Flandre occidentale, en 1847, est revenue d'un seul bond à ce qu'elle avait été en 1841. Dans la Flandre orientale, elle est redevenue brusquement ce qu'elle était en 1842.

Pour concilier ce résultat avec ce que je viens de dire de l'inégale intensité avec laquelle la famine et les épidémies ont sévi dans les deux Flandres, on doit se rappeler que l'accroissement de la population se faisait avec plus de rapidité dans la province de l'est que dans celle de l'ouest. Dans les deux, la perte des récoltes n'a été aussi vivement ressentie que parce qu'elle y coïncidait avec la destruction de l'industrie linière.

M. Didot : Je regrette, messieurs, de devoir prendre la parole après les honorables membres que vous venez d'entendre, et qui vous ont présenté, chacun en ce qui le concerne, des résultats statistiques que je dirais admirables s'ils n'étaient effrayants; mais je suis obligé de faire rétrograder la discussion, et dois pour un instant tirer le rideau sur les tristes tableaux que l'on vient de dérouler sous vos yeux, afin de reporter le débat au point où M. Fallot l'avait laissé, point qui me paraît le seul conforme à l'ordre du jour.

Il s'agit, en effet, d'apprécier la nature de la maladie qui s'est déclarée à l'hôpital militaire et dans les prisons de Bruxelles, et dont M. le docteur Warlomont vous a transmis la description historique. Cette question est tout à fait distincte de celle qui se rattache à la fièvre typhoïde des Flandres; permettez-moi donc de négliger tout à fait cette dernière pour ne m'occuper que de la première.

Dans la dernière séance, la discussion avait commencé, et s'était, je crois, arrêtée à la simple interprétation des symptômes. C'est à ce point que je vais la reprendre.

La maladie décrite par M. Warlomont ne saurait se rapporter à aucun des groupes exanthématiques ordinaires, tels que rougeole, scarlatine, miliaire, varicelle, varioloïde. Les caractères pathognomoniques essentiels manquent complétement, ainsi que l'auteur le démontre avec une lucidité parfaite.

Quelle est donc cette affection? Est-ce une maladie nouvelle qui apparaîtrait formée de toutes pièces, avec la prétention de prendre rang dans nos cadres nosologiques? Gardons-nous de le croire; car, ainsi que le dit l'honorable rapporteur, il ne faut pas à la légère admettre des entités morbides nouvelles qui viennent sans nécessité compliquer l'étude déjà si ardue des infirmités humaines. Est-ce une maladie complexe, une de ces formes protéennes qui, empruntant quelques caractères des affections connues, sont quelque chose, mais ne sont rien de ce que nous trouvons dans les livres? Je ne le crois pas davantage.

Pour moi, messieurs, la maladie décrite par M. Warlomont est une maladie connue, une maladie ancienne, une de ces affections, en un mot, que nous retrouvons sous la poussière des bibliothèques, alors que nous les cherchons en vain dans nos cliniques.

C'est, ainsi que l'ont pensé les honorables professeurs Lebeau et Lombard : le *typhus fever* des Anglais, c'est la *febris lenticularis* ou *pellicularis* de Forli, c'est la *febris purpura* de Sennert, la *febris pestilens* de Rivière, ou la *fièvre pourprée lenticulaire* de Sauvages.

Quelques mots suffiront pour justifier cette opinion, et pour achever de démontrer que cette maladie n'a rien de commun avec notre fièvre typhoïde.

Pas plus que beaucoup d'entre vous, messieurs, je n'ai été à même d'observer le *typhus fever* des Anglais, mais la lecture attentive des écrits qui en font mention, et particulièrement les travaux de Gerhard et de Valleix, ont suffi pour me convaincre que la maladie éruptive de Bruxelles ne pouvait se rapporter qu'au *typhus fever*, qui lui-même me paraît devoir se confondre avec les ordres des fièvres que je viens de citer.

Quels sont, en effet, les caractères les plus saillants du *typhus fever?* Les voici en deux mots : fièvre éruptive spéciale, caractérisée par des taches lenticulaires d'un rouge plus ou moins foncé, accompagnée d'hypérémie gastro-intestinale, sans lésion des plaques de Peyer, ni des follicules solitaires, et presque toujours compliquée de troubles nerveux, circulatoires et sécrétoires. Je passe sur les particularités, vous les connaissez.

Maintenant, voyons quels ont été les caractères de l'épidémie observée à Bruxelles, et laissons parler le rapport.

« La maladie a été précédée des symptômes qui s'observent dans toutes les » fièvres continues *graves*..... Après quelques jours de l'existence de ces symp- » tômes, la peau se couvrait de taches rouges, de la grandeur d'une lentille, » tantôt unies, tantôt légèrement élevées. Les centres nerveux ont présenté, pen- » dant le cours de cette maladie, des signes plus ou moins marqués de dérange- » ment. La langue avait une grande tendance à se sécher, et, dans les cas graves, » elle était recouverte, ainsi que les dents, de fuliginosités. Point de sensibilité, » du reste, à l'épigastre, ou dans la fosse iliaque droite. Le pouls était accéléré, » petit, mou et filant sous le doigt. Quant au sang retiré de la veine, il a présenté » un caillot volumineux, non rétracté et *sans couenne*. »

A propos de cette dernière assertion, je suis forcé de signaler une légère erreur commise par l'honorable rapporteur, car le sujet de la cinquième observation a été saigné trois fois, et voici ce que l'on a observé : La seconde fois, le sang a présenté une *pellicule blanchâtre* que je ne saurais rapporter qu'à une légère couenne fibrineuse. La troisième fois, la couenne était blanche, molle, sans consistance. Il n'est rien dit de l'état du sang de la première saignée. J'ai cru devoir faire cette observation, parce que j'attache de l'importance à ce caractère, et je tiens à ce qu'il soit noté, afin de faire plus tard un rapprochement.

Quoi qu'il en soit, tous ces caractères se rapportent évidemment au *typhus fever* à ce qui en a été dit. Dans l'un comme dans l'autre cas, nous sommes autorisés à y voir une de ces maladies que l'on est forcé d'attribuer à une infection, à une sorte d'intoxication. Toutes deux sont caractérisées par un effort identique de l'organisme qui tend à réagir contre les principes toxiques qui l'infectent, et, dans les deux cas, ce sont les vaisseaux cutanés qui subissent cet effort et en sont le siége.

Dans les deux affections, il se produit une éruption lenticulaire d'un rose, ou si l'on veut d'un rouge plus ou moins foncé, quelquefois violette, et, dans la maladie de Bruxelles, mêlée parfois de *taches d'encre*, ainsi que M. Forget a nommé cette espèce de pétéchies.

Je trouve donc, messieurs, que les points de contact entre les deux affections se multiplient à mesure que l'on poursuit l'examen comparatif des symptômes propres à chacune d'elles.

Mais, dira-t-on, le *typhus fever* est bien autrement grave que l'épidémie de Bruxelles, puisque la maladie anglaise a duré, en moyenne, vingt-quatre jours, tandis que chez nous elle avait parcouru ses périodes en douze ou quinze. C'est un argument, à la vérité; mais vous savez qu'il est de principe et d'observation, en fait d'affections pétéchiales, que la gravité de la maladie est presque toujours en raison directe de la teinte plus ou moins foncée des macules de la peau, et que, dans le *typhus fever* qui fut si meurtrier, ces macules étaient d'un rouge foncé ou même violettes, tandis qu'à Bruxelles elles ne furent que d'un rose plus ou moins foncé. Aussi n'y eut-il qu'un décès connu.

En outre, je ferai observer que tous les malades anglais furent traités par des purgatifs que je crois drastiques, par l'acétate d'ammoniaque, le camphre, le vin d'Espagne et même l'eau-de-vie. A Dieu ne plaise que je veuille incriminer la thérapeutique de nos confrères d'outre-mer; nous savons tous quel est le mérite éminent des hommes qui dirigent le service sanitaire des grands établissements de l'Angleterre : ils connaissent l'air et le sol anglais, et savent, sans aucun doute, penser et agir comme Baglivi lorsqu'il disait : *Romæ scribo et sub aëre romano*. Mais cela n'empêche pas que ces diverses circonstances peuvent avoir imprimé à la maladie un degré de gravité qu'elle n'aurait pas rencontré en d'autres lieux, et avec une thérapeutique moins active.

On objectera peut-être encore que l'éruption du *typhus fever* intéressait toute l'épaisseur du derme, et reposait même sur un tissu cellulaire enflammé. A la vérité, l'auteur du mémoire n'a pas donné la description anatomique des taches observées à Bruxelles; il n'a même pu la donner, parce qu'une seule autopsie a été faite à la hâte et pour ainsi dire à la dérobée. Nous sommes donc forcés de nous en tenir à de simples inductions pour en apprécier la nature. Voyons cependant si, dans les termes mêmes du mémoire, nous ne trouverons pas certains caractères qui nous autorisent à croire que les deux éruptions étaient identiques sous le point de vue anatomique.

« Les taches observées à Bruxelles étaient, dit M. Warlomont (Bullet., t. VII, » p. 651), d'un rouge plus ou moins foncé, unies ou légèrement élevées, dispa- » raissant complétement ou incomplétement sous la pression du doigt.... Elles » ne disparaissaient qu'après huit ou douze jours. Elles persistaient même quel- » quefois jusqu'après la disparition de tous les autres symptômes. Enfin, elles » furent parfois mêlées de *taches d'encre*. »

D'après cela, messieurs, ne sommes-nous pas autorisés à croire que cette éruption n'était pas seulement superficielle, mais qu'elle intéressait toute l'épaisseur du derme, et très probablement se trouvait aussi en contact avec un tissu cellulaire hypérémié. Donc nouvelle ressemblance, nouveau point d'identité avec le *typhus fever*.

Quant à l'issue des deux maladies, nous trouvons des résultats bien diffé-

rents, j'en conviens. En Angleterre, presque tous les malades ont succombé, tandis qu'à Bruxelles, nous ne trouvons qu'un seul décès constaté. Mais ne voyons-nous pas à chaque instant, et notament à propos des fièvres épidémiques, typhoïdes ou autres, la population décimée dans une commune, chaque patient transformé en victime, tandis que dans une commune voisine, la même maladie se montre d'une bénignité inexplicable, au point que les malades sont à peine obligés d'interrompre leur vie ordinaire pour se mettre au régime d'infirmerie? Ne voyons-nous pas chaque jour les influences atmosphériques, la constitution médicale, toutes les causes efficientes, en un mot, varier selon les temps et selon les lieux? Est-il donc surprenant qu'à Bruxelles, pendant les mois d'août et de septembre, au milieu des circonstances les plus favorables, une épidémie n'ait fait qu'une seule victime, tandis qu'à Londres, pendant le mois de février, cette même maladie aura fait de cruels ravages? Il est parfaitement inutile d'insister sur ce point.

Permettez maintenant, messieurs, que j'ajoute quelques mots encore, et que je vous rapporte les propres expressions d'un classique ancien, qui a décrit d'une manière saisissante et le *typhus fever* et la maladie de Bruxelles. Je laisserai parler Rivière, et vous pourrez vous assurer que les arguments que j'ai eu l'honneur de vous soumettre découlent de bonne source.

« At unicum datur symptoma, febri pestilenti proprium et peculiare, quod in » reliquis febribus non contingit; maculæ nimirum purpureæ, in *toto corpore*, » morsibus pulicum plerumque similes..... Non raro tamen, maculæ violaceæ, » virides, lividæ, aut nigræ apparent, et tunc, *longè deteriores sunt*.... Non » raro tamen, ex hujus modi ebullitionibus, cutis in variis partibus elevatur cum » rubore quodam..... Maculæ purpureæ, cum plures sunt, et majores, et coloris » benignioris, et criticè erumpunt, naturæ victoriam prænuntiant..... *Exanthemanta* in variis partibus apparentia, majoris malignitatis soboles sunt, quàm » maculæ purpureæ.

» Pulsus in principio est ferè connaturalis; in progressu tamen et augmento » morbi, frequens, parvus, debilis et inæqualis apparet.... frequentia tamen per- » petuo major erit, quàm pro ratione caloris adaucti.

» Sitis aliquando magna.. .. ingens ciborum inappetentia.... Nausea, vomitus, » in principio præcipuè morbi eveniens...... horror frequens et inordinatus...... » totius corporis lassitudo, gravitas, et veluti membrorum confractio, in princi- » cipio morbi apparens..... Capitis dolores, vigiliæ, et deliria..... in nonnullis, » sopores et comatosi affectus..... Alvi fluxus biliosi, qui vel ex se oriuntur, vel » a levi causâ irritantur, vel levi clystere....Sudores frequentes, parvi, minuti.... » Lumbricorum copia..... Oculorum rubor..... »

Enfin, Rivière ajoute que *febris pestilens differt à peste tanquam species a genere*, et il a soin de faire observer que la maladie n'est dangereuse que par ses complications.

J'oublie cependant de mentionner l'état du sang qui suggère à Rivière une réflexion que notre époque aurait le droit de revendiquer quant à l'explication physiologique: « Sanguis per venæ sectionem eductus, si nullum præ se ferat » vitium, sed purus, et secundum naturam se habere videatur, periculosus. » Il est évident que Rivière entend par le mot *vitium* la couenne inflammatoire, et que l'absence de cet excès de fibrine accuse un commencement de dissolution du sang qui justifie le pronostic énoncé dans l'expression *periculosus*.

Je crois, messieurs, que ces rapprochements sont assez complets, et que mon opinion vous paraîtra fondée lorsque je répéterai que la maladie de Bruxelles se rapporte au *typhus fever* des Anglais qui, lui-même, rentre dans la *febris pestilens* de Rivière.

M. Fossion: Un honorable membre vient d'exprimer l'opinion que la maladie de Bruxelles n'a été que le *typhus fever* des Anglais. J'ai déduit, dans mon rapport, des raisons très-puissantes qui réfutent cette opinion. Elles sont tirées de la marche, de la durée, des symptômes et du pronostic de la maladie. Je ne les répéterai pas ici, attendu qu'on admet généralement avec la commission que la fièvre décrite par M. Warlomont n'est qu'une fièvre muqueuse épidémique.

Quelles différences entre l'éruption du *typhus fever* et celle de la fièvre de Bruxelles! Dans le *typhus fever* ce sont des pétéchies profondes, tandis que dans la fièvre décrite par M. Warlomont on ne trouvait qu'une éruption érysipélateuse qui ne paraissait être qu'une inflammation des vaisseaux superficiels de l'organe cutané.

Je ne puis m'empêcher d'exprimer le regret que les membres appartenant aux Flandres ne nous aient pas encore donné la description de la maladie qui a porté la désolation et la mort parmi les habitants de ces provinces. La discussion ne peut pas porter sur les résultats généraux que leurs intéressants travaux nous ont fait connaître; mais il n'y a rien de perdu; nous aborderons cette discussion dans la prochaine séance.

M. Fallot: M. Didot a commencé par dire que la maladie observée à la prison de Bruxelles ne peut se confondre avec aucune autre; puis immédiatement après il a dit que c'était le *typhus fever*, et il a cherché à le démontrer par la comparaison des deux exanthèmes considérés comme symptômes caractéristiques des deux maladies. Je suis persuadé que M. Didot s'est bien compris, que pour lui il n'y a pas de contradiction entre ces deux opinions; mais quant à moi je ne sais comment les concilier. D'ailleurs n'est-ce pas un peu de l'ontologie que de parler d'un *typhus fever*, un être pathologique construit avec un certain nombre de symptômes, sans s'enquérir d'ailleurs de ce qu'il est organiquement? Je concéderais que c'est le *typhus fever*, que faute d'être fixé sur sa nature, je ne saurais comment il faut l'attaquer.

M. Didot est entré dans une foule de détails sur les exanthèmes et est allé jusqu'à dire que le danger de ces maladies était toujours déterminé par l'état de l'exanthème. Messieurs, cela me semble tout à fait inexact. Je conviens que l'état, l'animal, la couleur de l'exanthème peuvent servir de baromètre pour juger jusqu'à un certain point si la maladie s'amende ou s'aggrave. Mais je pense, d'après ma vieille expérience et les méditations auxquelles je me suis livré, que le danger dans les fièvres exanthémateuses est particulièrement dans l'état des viscères. C'est toujours sur les viscères qu'il faut avoir les yeux largement ouverts, et bien certainement, quand j'ai à traiter une variole, de tous les exanthèmes le plus grave, je pense, c'est sur les viscères beaucoup plus que sur la peau que mon attention est fixée. Si je vois les boutons se flétrir, brusquement s'affaisser, j'en conclus qu'il y a un danger qui menace le malade, et je m'attache à découvrir d'où il provient pour y porter remède. Mais ce n'est pas l'état de l'exanthème qui constitue la danger; sa forme est une source précieuse de pronostic, parce qu'à chaque exanthème sont rattachées des modifications organiques d'importance différente. Mais cette forme n'a pas été toujours la même; elle a varié suivant les cas, et c'est aussi pourquoi on n'a su comment la qualifier. M. Warlomont, en la décrivant, a fait ce qu'on fait souvent dans l'histoire générale d'une maladie; il s'est arrêté de préférence aux cas où l'exanthème était le plus prononcé. Cependant, veuillez bien le remarquer, l'exanthème, suivant l'auteur lui-même, n'était pas constant; il manquait quelquefois totalement; au reste, qu'il soit présent ou absent, je pense avec la commission, que cela ne change rien à la nature de la maladie qui est une fièvre muqueuse.

En dernier lieu, M. Didot a dit que le *typhus fever* était la même maladie qui a été décrite par Rivière. J'avoue que je ne m'attendais pas à voir invoquer l'autorité de Rivière dans cette circonstance. Mais ce en quoi je suis parfaitement d'accord avec M. Didot, c'est que la maladie dont nous nous occupons, quelque nom qu'on veuille bien lui donner, est une maladie déjà souvent observée et qui s'est présentée ici sous une forme un peu différente de celle qu'elle revêt communément. C'est une fièvre muqueuse qui était accompagnée d'un exanthème. Or ces cas, comme l'a démontré la commission, se sont souvent offerts aux observateurs.

Déterminer maintenant par quelles influences particulières l'exanthème est survenu, c'est ce qui m'est impossible. Cela vient-il du ciel, du sol, des eaux? Je n'en sais rien. C'est ce qui me ramène encore un moment à M. Fossion.

Il ne veut pas qu'on se contente de dire que les humeurs sont altérées, c'est pour lui une hypothèse; qu'il règne tel génie épidémique, c'est pour lui une hypothèse. La science demande davantage: elle veut des faits.

Eh bien! ce génie épidémique qu'on traite un peu trop cavalièrement, à mon idée, est le fait le plus incontestable qu'il soit possible d'avancer. Je vais vous le démontrer d'abord par les paroles de M. Fossion lui-même, car il en fait l'aveu, dans son rapport, de la manière la plus formelle, et je ne pourrais le dire mieux que lui. « Nous croyons avec l'auteur, dit-il (p. 626), et en cela nous » ne faisons qu'imiter les hommes éminents qui ont présidé aux destinées de la » médecine, qu'il est des circonstances générales encore inconnues qui font » naître d'une manière simultanée des maladies identiques et surgir, dans » d'autres maladies accidentelles, des phénomènes que l'on doit considérer » comme les effets d'une cause agissant sur la généralité des habitants d'une » ville, d'une province. » Mais n'est-ce pas là ce que nous entendons par maladie constitutionnelle, par génie épidémique, ce fait qui a frappé les praticiens de tous les siècles?

Vous avez des maladies, et ceci est difficilement conciliable avec les errements d'une doctrine qui a ses représentants parmi nous (je veux parler de l'homéopathie), vous avez des maladies épidémiques identiques par leur expression symptomatique et les conditions extérieures au milieu desquelles elles naissent et qui réclament des traitements tout à fait différents. Et si de ma propre autorité je tenais ici un semblable langage, je vous permettrais de jeter mon observation au vent; mais j'ai pour moi celle des plus illustres médecins. Sydenham, une des gloires de la médecine, avait tellement été frappé de ce fait, qu'il déclare positivement avoir observé que des maladies symptomatiquement identiques, nées sous l'influence des mêmes circonstances, cédaient, à une époque, à telle médication et devenaient mortelles à une autre époque sous cette même médication. Il va plus loin: il dit qu'au moment des changements dans la constitution des maladies, le médecin est forcé de se soumettre à de pénibles tâtonnements avant de découvrir la médication qui convient au caractère qu'elle vient de revêtir.

Je crois que de tous les faits admis en médecine pratique, il n'y en a pas de mieux établi que l'existence du génie épidémique; certes il serait à désirer que nous pussions connaître d'avance en quoi il consiste chaque fois et par quels moyens il faut le combattre; mais ce n'est pas le seul secret dont la nature nous dérobe la connaissance, devant lequel nous soyons forcés d'incliner la tête, en confessant et déplorant notre ignorance. Ce n'est pas en le niant qu'on parviendra à le pénétrer. En attendant qu'on y réussisse, tenons compte du fait, d'autant plus qu'il exerce une grande influence sur la thérapeutique.

M. Didot: M. Fallot a trouvé une sorte d'inconséquence dans mes paroles, lorsque j'ai dit que la maladie décrite par M. Warlomont ne pouvait se rapporter aux types exanthématiques ordinaires, tels que varicelle, varioloïde, miliaire, rougeole et scarlatine, et qu'ensuite j'ai ajouté que c'était une éruption *spéciale*, que pour moi c'était le *typhus fever*. Il m'est impossible, messieurs, de trouver là une inconséquence quelconque; car si cette maladie n'est pas la varicelle, n'est pas la varioloïde, la miliaire, la rougeole ni la scarlatine, il faut cependant qu'elle soit quelque chose, et j'ai dit que c'était une éruption spéciale que je rapportais à l'affection anglaise et à des ordres de fièvres décrits par les anciens.

L'honorable M. Fallot m'a encore reproché d'avoir placé le danger dans la couleur des pustules. Il faut que j'aie été bien malheureux dans le choix de mes expressions pour que mon honorable contradicteur ait donné cette interprétation à ma pensée. Voici, si mes souvenirs sont exacts, ce que j'ai dit et ce que j'ai répété ensuite dans ma citation de Rivière: J'ai dit que le danger, dans les

maladies éruptives, *coïncidait* toujours avec la nuance plus ou moins foncée de l'éruption, surtout de l'éruption pétéchiale, et la preuve de ce fait se rencontre précisément ici. Dans le *typhus fever* grave, vous voyez les macules prendre une teinte rouge foncé, violette ou même noire, tandis que dans la maladie de Bruxelles, elles sont restées dans la nuance rose. J'ai signalé une coïncidence et non une cause.

Quant aux objections de l'honorable rapporteur, je crois les avoir réfutées d'avance par la citation de Rivière: je n'insisterai donc point.

M. LE PRÉSIDENT : Si personne ne demande plus la parole sur le rapport de M. Fossion, je demanderai à l'Académie si elle veut clore la discussion sur ce point, sauf à revenir ensuite sur la fièvre des Flandres.

M. LOMBARD : L'heure est très-avancée; si l'Académie veut continuer la discussion du rapport à la prochaine séance, je ne prendrai pas la parole; mais si elle voulait la clore aujourd'hui, je demanderais à présenter quelques observations.

M. LE PRÉSIDENT : Vous avez tout d'abord ressenti l'inconvénient du mode de discussion qui a été adopté. Vous avez entendu deux membres sur la maladie des Flandres, et puis deux autres membres ont parlé sur celle de Bruxelles, qui n'a aucun rapport avec la première. C'est, à mon avis, introduire dans nos débats une confusion qu'il faudrait chercher à écarter. Je crois donc qu'il vaudrait mieux épuiser le débat sur le rapport de M. Fossion pour ensuite laisser se dérouler la discussion sur la maladie des Flandres.

M. LEBEAU : Je crois qu'il faut laisser le champ ouvert et permettre aux orateurs de parler sur la généralité des questions qui ont été traitées aujourd'hui; car il n'est pas exact de dire qu'il y ait une différence tranchée entre la maladie des Flandres et la maladie qui a été observée à Bruxelles. Nous ne savons encore rien de la maladie des Flandres; jusqu'à présent on ne nous a parlé que des causes de la mortalité. Sur ce qu'est la maladie, nous n'avons entendu que le mot *typhus*. Mais pour que nous puissions la caractériser et bien la connaître, il faudra qu'on ait la bonté de nous en donner la description. Il est possible, lorsque nous aurons entendu nos collègues, que nous trouvions une connexion entre les deux maladies.

M. LE PRÉSIDENT : Comme l'Académie le voudra. Dans tous les cas, je crois que dans l'intérêt de la discussion nos collègues des Flandres feraient bien d'écarter du débat tout ce qui ne se rapporte pas au typhus qui a régné dans cette partie du pays. Ainsi la variole, la dyssenterie appartiennent à l'histoire des épidémies qui ont ravagé les Flandres, mais non à la maladie sur laquelle nous avons entamé une discussion.

La discussion sera donc continuée à la prochaine séance.

CHOLÉRA ASIATIQUE. — Rapport de la commission (composée de MM. RAIKEM, VLEMINCKX et CRANINX, rapporteur) chargée d'examiner les notes de M. le docteur ROMANOWSKI sur ce sujet.

« Messieurs,

» L'Académie a reçu communication de notes sur le choléra-morbus, dans lesquelles M. le docteur Romanowski soumet à son approbation quelques réflexions tendant à faire admettre que c'est dans la fonction de la respiration qu'il faut chercher la cause du développement du principe pathogénique du fléau asiatique, et à rejeter comme une invention chimérique la supposition de miasmes, d'animalcules, etc., etc., comme causes spécifiques de cette épidémie.

» Dans ses recherches, l'auteur considère l'homme aux prises avec la maladie, sans tenir compte des circonstances qui ont précédé l'invasion de l'affection. Suivant une méthode vicieuse dans la poursuite de la vérité, il conclut de l'effet à la cause, tandis qu'il fallait procéder d'une manière inverse. En effet, supposons pour un instant qu'une cause, quelle qu'elle soit, donnant lieu toujours et partout à des symptômes identiques, surprenne instantanément plusieurs personnes jouissant jusqu'ici d'une santé parfaite et n'ayant eu aucun rapport direct ni indirect avec des malades atteints de la même affection; pourrait-on raisonnablement conclure qu'à cette occasion une telle cause ait eu son point de départ dans la fonction de la respiration, parce que dès lors l'acte respiratoire et les émanations qui en résultent ne seraient plus à l'état normal? Non certainement. Une pareille hypothèse serait purement gratuite et ne saurait avoir aucun fondement sérieux.

» Si ce que l'auteur admet était vrai, le choléra devrait toujours débuter par des symptômes thoraciques, ce qui n'est pas. On voit ordinairement survenir d'abord des évacuations abondantes, multipliées, soit par haut, soit par bas; de plus, n'a-t-on pas observé bien des cas où les symptômes qui se manifestent du côté des voies respiratoires faisaient complétement défaut? Quand on étudie, avec les données de la chimie, les résultats de la fonction respiratoire au lit des malades, on peut parfois constater des faits importants sans doute; mais pour ce qui est des recherches que l'auteur s'est proposé de faire, il ne s'est pas placé au véritable point de vue d'où il convenait d'envisager la question.

» Il suit des considérations qui précèdent que l'on ne peut tirer des réflexions de l'auteur aucune induction théorique ni pratique relativement à la cause productrice spécifique des symptômes observés dans le choléra.

» Nous vous proposons, messieurs, d'adresser des remercîments à M. Romanowski et de déposer ses notes aux archives. »

Ces conclusions sont adoptées.

NOTE SUR DIFFÉRENTES INNOVATIONS RELATIVES A LA LITHOTRITIE; par M. LEROY-D'ETIOLLES, membre correspondant.

I. DYNAMOMÈTRES PROPRES A MESURER LA PUISSANCE D'ACTION ET LA RÉSISTANCE DES INSTRUMENTS LITHOTRIBES. — La rupture des instruments lithotribes est, sans nul doute, l'un des accidents de la lithotritie dont l'esprit se préoccupe le plus. J'ai imaginé divers moyens de remédier à cet accident, et j'ai eu l'honneur d'offrir à l'Académie le mémoire dans lequel est consignée la description de ces procédés; aujourd'hui je viens soumettre à son examen des moyens de prévenir cette rupture.

La première condition pour ne pas rompre les instruments est de proportionner l'effort à la résistance; mais jusqu'ici cette résistance ne pouvait être appréciée d'une manière certaine et exprimée régulièrement. Pour remplir cette lacune, j'ai fait exécuter une petite éprouvette assez peu volumineuse pour être placée dans la poche du gilet et pourtant susceptible d'indiquer une pression de beaucoup supérieure à celle qu'il est nécessaire d'employer. Au moyen de cette épreuve, la puissance d'action des lithotribes pourra être exprimée en kilogrammes.

La résistance au choc d'un marteau ne peut être déduite du degré de résistance à la pression; son appréciation nécessite un autre appareil. Pour cette seconde épreuve j'ai fait construire une sorte de mouton à échappement qui fait tomber un poids d'une hauteur variable suivant le diamètre des instruments. Le poids de celui que je place sous les yeux de l'Académie est de 5 kilogr., et le maximum de sa chute est de 20 centim.

II. NOUVEAU MODE DE STRUCTURE DES BRISE-PIERRES COURBES A DEUX BRANCHES, QUI DONNENT UNE PUISSANCE PLUS GRANDE SOUS UN PLUS PETIT VOLUME. — Il ne suffit pas d'apprécier l'effort que peuvent supporter les brise-pierres, il importait encore de l'accroître : c'est le but auquel je suis parvenu en changeant le mode de jonction de ces instruments. Les premiers brise-pierres étaient formés de deux valves creusées de rainures en queue d'aronde, entre lesquelles glissait la branche mobile; les deux valves étaient susceptibles de s'écarter à cause de l'intervalle qui existait entre elles, et c'est ce qui est arrivé dans l'une des premières opérations pratiquées avec cet instrument. A cette disposition, deux fabricants d'instruments, Sir Henry et M. Charrière, ont substitué l'instrument qui est entre les mains de tous les chirurgiens; la branche fixe ou femelle est faite d'une forte tôle arrondie en gouttière pour recevoir la branche mobile ou mâle, forgée sur pièce et limée. La branche femelle, surtout depuis qu'elle est fenêtrée, ne présente pas une solidité suffisante. Le nouveau brise-pierre que j'emploie est formé de deux parties pleines, unies par une saillie et une rainure en queue d'aronde. Le plus volumineux supporte, sans éprouver la moindre altération, une pression de 35 kilogr. avec un écartement de 35 millim. Entre les branches, il supporte également le choc d'un poids de 5 kilogr. Tombant d'une hauteur de 20 centim., son diamètre est de 7 millim. dans sa partie droite, et de 8 millim. au talon. Un autre, qui n'a que 3 millim. 4/5 dans toute sa partie droite et 6 au talon, supporte cependant une pression de 30 kilogr., et le choc du poids de 5 kilogr. tombant d'une hauteur de 12 centim.

III. NOUVEAU LITHOMÈTRE INDIQUANT LES DIAMÈTRES ANTÉRO-POSTÉRIEUR ET TRANSVERSAL DES CALCULS URINAIRES. — Pour apprécier le volume des calculs urinaires, un certain nombre de chirurgiens, et en première ligne M. Civiale, se servent de l'instrument brise-pierre qu'ils ouvrent dans la vessie et entre les branches duquel ils cherchent à engager la pierre. D'autres, considérant en quelle effroyable proportion ont succombé, dans la pratique de M. Civiale, les calculeux, sur lesquels ce mode d'exploration a été mis en usage, l'ont proscrit; enfin d'autres se sont imaginé, non sans raison, que ces explorations avec le lithotribe, si souvent suivies de mort, n'étaient que des tentatives infructueuses d'opérations déguisées sous une autre dénomination, afin de ne pas les faire entrer dans les statistiques. Cette catégorie de faits a causé, en réalité, tout le débat dont l'Académie de médecine de Paris a été si longtemps occupée il y a deux ans. *Ce sont des explorations*, disait M. Civiale, *et je ne perds que deux malades sur cent.* — *Ce sont des opérations*, répondaient MM. Blandin, Velpeau, etc., *et vous avez perdu un malade sur six.* Après dix séances employées à ce dialogue, l'Académie témoigna le désir d'entendre parler d'autre chose; la discussion s'éteignit, et des deux côtés on se proclama vainqueur. Que le débat se renouvelle et le résultat sera encore le même, à moins que l'on n'en fasse disparaître le prétexte et que l'on ne laisse plus de place à la fraude en démontrant et faisant adopter comme une vérité pratique, non-seulement le danger, mais encore la complète inutilité des explorations avec le brise-pierre.

Plusieurs années avant l'application du bilabe courbe ou broiement, c'est-à-dire dès l'année 1828, je me servais d'un instrument tout semblable pour mesurer les calculs dans la vessie; la description de ce lithomètre et les figures qui le représentent se trouvent dans le tome XXVII du JOURNAL GÉNÉRAL DE MÉDECINE. Je ne puis donc être suspecté de partialité lorsque je blâme un procédé dont le premier j'ai eu la pensée; quelles conditions de la pierre peut-on, en effet, apprécier avec le brise-pierre courbe? Le diamètre antéro-postérieur seulement; car, pour le transversal, il faudrait, après avoir saisi le calcul, le lâcher, le retourner, le reprendre, ce qui serait infiniment plus laborieux, plus difficile, plus douloureux que l'écrasement de la pierre une fois qu'elle est engagée entre les branches de l'instrument. Or l'on peut avec une simple sonde exploratrice, c'est-à-dire à petite courbure, mesurer ce diamètre antéro-postérieur en employant une manœuvre que j'ai indiquée il y a dix-neuf ans et que voici : le bec de la sonde est porté en arrière de la pierre; un curseur, formé d'un anneau métallique ou même d'un cordon, d'un fil préalablement noué sur la sonde, est poussé jusqu'au contact de l'orifice de l'urètre. La sonde, retirée peu à peu, frappe la pierre à petits coups jusqu'à ce que son bec soit arrivé au-devant d'elle. La distance qui existe alors entre le curseur et le point auquel répond le méat urinaire indique le diamètre antéro-postérieur de la pierre.

Quant au diamètre transversal (car les calculs d'oxalate de chaux sont seuls sphériques; les autres étant des ovoïdes ou des ovoïdes aplatis, ont deux ou même trois diamètres différents), il n'existait aucun moyen de l'apprécier avant

le lithomètre que je mets sous les yeux de l'Académie. C'est une sonde dont la partie courbe est formée de deux parties articulées avec un tube commun; ces branches courbes s'écartent parallèlement autant qu'il est nécessaire pour atteindre les deux extrémités de la pierre, dont une aiguille et un cadran montrent au dehors l'étendue du diamètre transversal à 1 millimètre près.

IV. Nouvelle disposition du percuteur a détente. — L'utilité de cet instrument, qui permet d'appliquer la percussion à l'écrasement des pierres sans avoir besoin d'étau, de point fixe ou de lit spécial, a été reconnue par l'Académie des sciences dès l'année 1836. Aussi je soumets à l'examen de la compagnie un perfectionnement qui a pour résultat de rapprocher et de multiplier les coups dans un temps donné. Déjà précédemment j'avais eu l'honneur de l'entretenir d'une autre modification qui permet de prévenir la force des chocs en raison de la résistance de la pierre et de la force des instruments.

V. Lit opératoire permettant l'inclinaison des malades d'avant en arrière et latéralement. — Un lit spécial n'est certainement pas indispensable à la lithotritie, et la preuve, c'est que des milliers d'opérations ont déjà été pratiquées sans son aide; cependant on ne peut pas disconvenir qu'il l'est dans certaines circonstances, et que, dans beaucoup d'autres, il est utile. Ainsi, quand une pierre très-plate, d'un certain volume, est contenue dans une vessie à basfond déprimé, dont le col est soulevé par une hypertrophie de la prostate, il est bien difficile de saisir la pierre sans la déloger par l'inclinaison du bassin en arrière.

Lorsque le volume de la pierre nécessite l'emploi d'instruments à longues branches, leur inclinaison est douloureuse, difficile à exécuter. Le frottement qu'exercent leurs extrémités contre les parois souvent hypertrophiées de la vessie, peuvent donner lieu à l'inflammation de cet organe; il est donc utile d'éviter autant que possible la rotation de l'instrument, en faisant tomber la pierre entre ses branches par l'élévation du bassin du malade. C'est ce que M. Heurteloup avait très-bien compris lorsqu'il imagina son lit rectangle. Mais le volume et le poids de ce lit rendirent son emploi difficile, et je crois que deux chirurgiens seulement, lui et moi, en firent usage. M. Rigal (de Gaillac) substitua au lit rectangle une sorte de boîte qu'il nomma lit-pupitre; mais il ne conserva point le mouvement de bascule, et ne satisfit qu'à l'une des conditions du lit primitif, c'est-à-dire qu'il le munit de point d'appui fixe destiné à pratiquer la percussion avec un marteau. Cependant ce lit rectangle lui-même avait d'autres imperfections que le poids et le volume; il ne produisait que l'inclinaison d'avant en arrière, et l'expérience a démontré bien des fois qu'il est utile d'incliner le malade latéralement pour engager la pierre entre les branches du lithotribe. Dès l'année 1838, j'avais fait exécuter un siége monté sur pivot au moyen duquel ce double mouvement peut être imprimé à l'opéré. J'en ai parlé, en 1839, dans mon histoire de la lithotritie; depuis lors j'ai varié la structure de ce lit, et je soumets à l'Académie la dernière combinaison que je lui ai fait subir. Tout l'appareil peut être renfermé dans une boîte qui a 32 centimètres de longueur, 28 de largeur et 18 de hauteur; son poids total, y compris l'étau pour la percussion avec le marteau et les coussins à air, est de 10 kilogrammes. L'inclinaison du malade se fait sans aucun effort, au moyen de clefs qui font mouvoir de petites roues dentées agissant sur deux chaînes de Vaucanson placées en croix.

VI. Pulvérisation des calculs urinaires. — Tout le monde comprend que c'est là le but auquel doit arriver la lithotritie pour ne rien laisser à désirer; car les fragments de la pierre donnent lieu de deux manières à des accidents: ils irritent la vessie, surtout lorsqu'elle est hypertrophiée, qui se contracte violemment sur eux; ils s'engagent dans l'urètre, s'y arrêtent et causent de la douleur, de l'irritation et la rétention d'urine.

Jusqu'ici les efforts pour arriver à produire une pulvérisation complète n'ont pas été couronnés de succès. Les instruments à forêts étaient d'une introduction difficile à cause de leur rectitude; ils évidaient la pierre de dedans en dehors, et laissaient forcément une coque plus ou moins épaisse, produisant des écailles à bords tranchants et aigus.

La fragmentation instantanée, pratiquée avec le bilabe courbe, fut un perfectionnement, non pas en elle-même, mais par la simplicité de structure des instruments et la facilité de leur manœuvre. Ces avantages ont fait perdre de vue, pendant quelques années, la perfectibilité que l'on s'était proposé d'atteindre.

Depuis deux ans plusieurs chirurgiens ont annoncé qu'ils avaient résolu le problème; mais ils tiennent secrets les moyens qu'ils disent mettre en usage. Aucun fait satisfaisant n'est venu confirmer leurs prétentions, et les guérisons qu'ils ont obtenues l'ont été par les moyens ordinaires. La pulvérisation ne serait-elle donc qu'un appât entre leurs mains? Quant à moi, je n'ai jamais perdu de vue la pulvérisation dans mes tentatives; depuis le premier évideur dont j'avais muni ma pince à trois branches jusqu'aux pulvérisateurs que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie, je puis montrer tous mes essais, toutes les routes par lesquelles j'ai passé.

Ces deux instruments pulvérisateurs sont formés de deux agents principaux: l'un qui saisit, l'autre qui use. Pour saisir, j'ai employé dans l'un le bilabe courbe, dans l'autre le brise-pierre à anse articulée de Jacobson; sur l'un des côtés de ces instruments, est une branche également courbe, creusée en gouttière, dans laquelle se meuvent tantôt des limes, tantôt un cylindre denté, lesquels grugent la pierre, les unes par un mouvement alternatif, l'autre par un mouvement de rotation. La branche elle-même qui porte ces limes ou ce cylindre exécute un mouvement latéral et un mouvement de va-et-vient qui permettent d'user la pierre sur toute sa surface et son épaisseur.

La simplicité du mécanisme et de la manœuvre de ces instruments me donne confiance dans la réussite. J'aurai soin de tenir l'Académie au courant des résultats de leur application. Telles sont les innovations que j'ai apportées depuis deux ans à la lithotritie. La bienveillance que m'a témoignée l'Académie de Belgique, bienveillance que je n'ai pas trouvée à un égal degré dans ma patrie, me faisait considérer cette communication comme un devoir.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de pathologie et de clinique médicales; par M. Ambroise Tardieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. — 1 fort vol. in-18 de 736 pages. Paris, 1848, chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

La pathologie se prête peu aux expositions sommaires et abrégées, la clinique s'y prête moins encore. Cependant l'enseignement élémentaire a ses exigences, qui justifient un genre de publication dont l'utilité ne saurait être contestée. L'étudiant en médecine qui débute courrait souvent le risque de s'égarer dans la lecture des traités volumineux où l'exposition des faits se trouve mêlée et comme confondue avec des digressions historiques et des discussions critiques au milieu desquelles il lui serait à peu près impossible de discerner le vrai du faux, le certain du douteux ou du probable. Il a besoin, pour suivre avec fruit les premières leçons d'un cours de pathologie, d'un guide sûr, qui expose et affirme, sans critique ni discussion, et qui lui présente, sous une forme dogmatique et saisissante à la fois, les faits les mieux établis de la pathologie et l'ensemble des caractères les plus constants et les plus saillants des maladies. C'est pour obéir à une exigence de cette nature que M. Tardieu a entrepris la rédaction du Manuel de pathologie et de clinique médicales.

En inscrivant ce titre complexe en tête de son ouvrage, M. Tardieu a voulu donner à entendre que les descriptions des maladies et l'exposition des signes diagnostiques y seraient faites de manière à rappeler incessamment à l'esprit des lecteurs le tableau des objets que l'observation au lit des malades doit mettre sous leurs yeux. Envisagées ainsi, la pathologie et la clinique se confondent en effet, et perdent ce caractère différentiel qui les fait distinguer l'une de l'autre dans l'enseignement oral. L'auteur a parfaitement défini d'ailleurs le but et la portée de son manuel, en disant que ce n'était pas un livre d'érudition ni de pratique, mais un livre d'étude, destiné moins à donner un aperçu de l'état de la science et à résumer les faits qui la constituent, qu'à initier les étudiants à l'esprit même de cette science, en en faisant connaître la méthode et les principes généraux, et enfin à les familiariser d'avance avec les doctrines qui dominent aujourd'hui la médecine.

Cet énoncé dit lui-même ce qu'il faut attendre de ce livre et trace à la critique les limites dans lesquelles elle doit se restreindre. Ordre et méthode dans la distribution des matières, netteté et exactitude dans les descriptions, clarté et précision dans le style, tels sont les mérites qu'on est en droit d'exiger d'un ouvrage de ce genre. Or, nous n'hésitons pas à le déclarer d'avance, toutes ces qualités se trouvent dans le manuel de M. Tardieu. Nous allons essayer de résumer autant que cela peut se faire les impressions que nous a laissées sa lecture.

Dans un traité élémentaire, le plan et la classification ont une importance de premier ordre. Il n'est pas indifférent, tant s'en faut, que le classement des maladies soit fait suivant une méthode ou une autre; les principes qui ont présidé à la classification permettent en général de préjuger la manière dont on envisage une foule de points et de questions nosologiques qui y sont indissolublement liés. Toute une question de doctrine, comme le dit avec raison M. Tardieu, est contenue dans le mode de classification qu'adopte l'auteur d'un traité de pathologie.

Nous avons assez souvent exprimé notre opinion à l'égard des méthodes de classification, pour que nous puissions nous dispenser de rappeler ici les motifs de notre préférence pour la méthode nosologique. Nous approuvons donc sans restriction M. Tardieu d'avoir adopté cette méthode, la seule qui soit essentiellement pratique. Nous sommes loin, toutefois, de nous dissimuler les imperfections qu'elle présente, imperfections inhérentes à la nature même du sujet et qui existeront autant de temps qu'on ne pourra donner pour base à la classification l'étiologie et la nature même des maladies, et qu'on sera réduit à se guider d'après des caractères et des phénomènes dont les rapports avec leurs causes ne sont que très-incomplétement et le plus souvent même nullement déterminés. En l'absence de ces notions qui seraient les seules bases naturelles d'une classification réellement scientifique, il faut bien s'en tenir à ce qui s'en rapproche le plus, c'est-à-dire à la constitution de groupes par affinité, par analogie des symptômes et des phénomènes caractéristiques. C'est ce qu'a fait M. Tardieu. Il a divisé les maladies internes en dix classes: la première comprend les fièvres, la deuxième les maladies pestilentielles, la troisième les phlegma-

sies, la quatrième les hémorrhagies, la cinquième les flux, la sixième les hydropisies, la septième les névroses, la huitième les maladies constitutionnelles et diathésiques, la neuvième les maladies organiques, et enfin, dans une dixième, il a groupé les maladies qui, par leur origine particulière, tout accidentelle, n'avaient pu trouver leur place naturelle dans les groupes précédents : tels sont les empoisonnements, l'asphyxie, les parasites, etc.

Cette classification est sans doute loin d'être irréprochable, tant dans son ensemble que dans ses détails. Dès les premiers pas, par exemple, nous avons été frappé d'une omission qui, ne pouvant évidemment avoir été involontaire, doit être imputée à une préoccupation systématique. Sous le titre de fièvres continues, l'auteur ne comprend que deux sortes de fièvres, la fièvre éphémère et la fièvre typhoïde ; il raye d'un trait de plume les autres espèces fébriles. Cette omission peut trouver son excuse peut-être dans les idées généralement admises et professées à l'école de Paris, mais elle n'est pas moins regrettable comme tendant à perpétuer une erreur qui a sa source dans l'abus que l'on fait aujourd'hui d'une méthode excellente d'ailleurs en soi, mais qui devient incomplète par son exclusivisme même : nous voulons parler de cette méthode d'observation clinique rigoureuse qui consiste à n'admettre que les faits que l'on a vus et contrôlés soi-même. S'il est vrai qu'à Paris la fièvre typhoïde domine tellement le règne pyrétique, qu'elle absorbe en quelque sorte toutes les autres expressions fébriles, et qu'on soit fondé à les ramener toutes à ce type unique dont elles ne sont que des formes ou des degrés variés, il n'est pas moins vrai que, sous d'autres climats, la fièvre synoque, la fièvre bilieuse, pour ne citer que ces deux exemples, ont une physionomie toute particulière, complétement distincte de la fièvre typhoïde, et qui leur assigne une existence propre et un rang spécial dans un cadre nosologique complet.

Ce que nous disons pour les fièvres continues, nous serions fondé à le dire avec autant de raison pour diverses formes de fièvres rémittentes et intermittentes, pour certaines épidémies et maladies transitoires dépendantes de constitutions médicales accidentelles. Mais l'auteur trouvera ici une justification toute naturelle dans l'exiguité même de son cadre, qui ne lui eût pas permis d'embrasser la pathologie dans toute sa généralité. Il a d'ailleurs en partie comblé cette lacune par le chapitre des maladies pestilentielles, où il a décrit, dans un groupe naturel et parfaitement distinct des fièvres proprement dites, avec lesquelles la plupart des nosologistes ont eu le tort de les confondre, les grandes épidémies les plus connues, telles que le typhus, la fièvre jaune, la peste, le choléra, la suette et la grippe.

En pénétrant dans les détails des divisions secondaires, on pourrait encore signaler çà et là quelques irrégularités de classement qui, pour des commençants surtout, peuvent avoir l'inconvénient de faire préjuger d'une manière fautive la nature de certaines affections. Ainsi, en voyant rangées, pour la simplification et la régularité du cadre, les affections cutanées sous le titre général des *phlegmasies*, on pourrait croire, bien que ce ne soit pas l'opinion de l'auteur, qu'il considère les tubercules cutanés, l'éléphantiasis, la gale, comme des inflammations. L'embarras gastrique placé à côté de la gastrite, dans les phlegmasies des membranes muqueuses, peut donner lieu à une semblable équivoque.

La subdivision de cette grande classe des phlegmasies, d'après l'ordre anatomique, qui est d'ailleurs l'ordre adopté par presque tous les auteurs, a aussi, ce nous semble, l'inconvénient de rapprocher des affections entre lesquelles les différences l'emportent sur les analogies, et par contre, d'en séparer qui ont entre elles de nombreuses affiliations nosologiques. N'y a-t-il pas, par exemple, plus d'affinités physiologiques et symptomatiques entre le phlegmasie des plèvres et celle des poumons, celle des méninges et de l'encéphale, qu'entre les phénomènes inflammatoires des diverses séreuses splanchniques ?

Mais, nous le répétons, il n'y a pas, dans l'état actuel de la science, de classification qui puisse être à l'abri de pareils reproches, et si nous signalons dans la classification de M. Tardieu quelques irrégularités et quelques omissions, c'est moins, à coup sûr, pour les lui imputer à blâme que pour constater les nombreux *desiderata* que laisse à cet égard la nosologie. Malgré ces quelques imperfections, cette classification est certainement une des mieux conçues et des plus logiques entre celles que nous avons vu se produire depuis quelques années.

Quant à la description des maladies, dont l'auteur a quelquefois varié l'ordre, commençant tantôt par l'exposé des lésions anatomiques, tantôt par celui de symptômes ou des causes, suivant le degré relatif d'importance de chacune de ces notions, une lecture rapide a suffi pour nous convaincre qu'elle ne laissait rien à désirer pour l'exactitude, la clarté et la concision. On y trouve tout ce qui est utile, tout ce qui est indispensable, mais rien que ce qui est indispensable, pour avoir une notion aussi précise que possible de chaque espèce morbide, avec une indication sommaire des principales méthodes de traitement le plus généralement adoptées contre chacune d'elles. Si quelques affections sont décrites avec plus de détails et plus de complaisance que d'autres, c'est parce que leur importance ou la nouveauté du sujet le commandait. Ce que M. Tardieu a voulu et dû éviter par-dessus tout, c'est d'entraver ses expositions par des citations d'auteurs ou des discussions d'opinion. Ce que le livre perd par là en érudition, il le gagne en concision et en clarté, et c'était là surtout le but qu'il fallait atteindre. Le ton un peu dogmatique qu'il emprunte de cette manière de procéder, loin d'être un défaut, c'est une qualité pour un livre destiné par sa nature à devenir essentiellement classique. Enfin, pour que rien ne manquât au but didactique que se proposait l'auteur, il a placé en tête de son manuel de courts prolégomènes dans lesquels il expose, dans un style aphoristique approprié au sujet, les principales notions de pathologie générale indispensables aux débutants pour l'intelligence d'un traité de pathologie.

En somme, le MANUEL DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE MÉDICALES de M. Tardieu, écrit avec une remarquable lucidité et rédigé avec une scrupuleuse exactitude, est un des meilleurs résumés que l'on puisse confier aux mains des élèves.

VARIÉTÉS.

MARCHE DU CHOLÉRA. — NOUVELLES SANITAIRES.

RUSSIE.

— BULLETIN OFFICIEL DU CHOLÉRA A SAINT-PÉTERSBOURG.

Journée du 16 février . . .		16	nouv. malades,	6	guérisons	et 9	décès.
17	—	11	—	9		6	—
18	—	18	—	7	—	7	—
19	—	7	—	7	—	2	—
20	—	14	—	4	—	3	—
21	—	13	—	6	—	10	—
22	—	11	—	6	—	6	—
23	—	12	—	6	—	8	—
24	—	9	—	8	—	7	—

ANGLETERRE.

Relevé des cas de choléra anciens : Londres, les campagnes et l'Écosse, 13,869 cas, 6,109 décès ; 4,327 cures, 3,433 cas en traitement.

Nouveaux cas rapportés au 7 mars : 26 ; décès, 15 ; cures, 22.

Sur ces derniers chiffres, l'Écosse présente toujours la plus forte proportion. A Charlestown (Dumferline), on compte 10 cas, 8 décès.

HOLLANDE.

Du 25 février au 4 mars, il a été encore déclaré 12 cas nouveaux de choléra. Dans le même espace de temps, il y a eu 6 guérisons et 7 décès. Il reste 5 personnes en traitement. (DORDRESHTSCHE COURANTE du 6.)

BELGIQUE.

— M. le docteur Didot a communiqué les détails statistiques suivants à l'Académie de médecine de Belgique sur la marche du choléra à Liége :

« Du 13 décembre au 16 février 1849, soit en 66 jours, il a été constaté 652 cas de choléra.

» De ce nombre, 180 sont guéris, 424 sont morts, 48 restent en traitement.

» La population de Liége est de 78,502 habitants. La moyenne des décès pendant les dix années de 1838 à 1847 a été de 2,168 6/10.

» Le nombre total des décès du 13 décembre 1848 au 21 février 1849, soit en 71 jours, a été de 937. Or si l'on répartit le nombre des décès ordinaires, savoir : un tiers sur les six mois d'été et deux tiers sur les six mois d'hiver, on obtiendra pour la première période 723 décès, et pour la seconde 1,446, soit par journée d'hiver 8.

» Pendant la période cholérique écoulée jusqu'à ce jour, il a été constaté 937 décès en 71 jours, soit par jour 13.

» On obtient donc pour la part du choléra une différence de 5 décès par jour. »

LIÉGE, 3 mars. — L'épidémie de choléra continue à répandre le deuil parmi la population liégeoise. Quoique ses ravages soient beaucoup amoindris, elle conserve cependant une apparence d'intensité, parce qu'elle sévit sur des points limités. Ainsi, dans la rue Sur-les-Airs, un nombre considérable de personnes ont été atteintes de l'affection régnante, et beaucoup y ont succombé. Aujourd'hui cette ruelle étroite et malsaine est presque déserte, la plupart de ses ménages ayant établi leurs pénates ailleurs. Il est à remarquer que plusieurs de ses habitants, ayant sans doute porté avec eux le germe de la maladie, en ont été aussitôt affectés dans leur nouvelle demeure. (LE SCALPEL.)

FRANCE.

FRÉTHUN, 6 mars. — Le choléra des pauvres a fait d'assez nombreuses victimes dans notre commune. On compte 15 personnes mortes de cette cruelle maladie ; la femme d'un jardinier a été emportée dans les vingt-quatre heures, et son mari est tombé malade le même jour. La classe pauvre, qui est grande chez nous, eu égard à notre population, a besoin de secours.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LE CHOLÉRA A PARIS. — PROJET D'INSTRUCTION DE L'ACADÉMIE. — ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-RACHIDIENNE.

Au moment où nous annoncions, il y a huit jours, l'apparition du choléra au dépôt de Saint-Denis, deux cas, des mieux caractérisés, s'observaient à Paris à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital de la Charité. Quelques personnes avaient fait remarquer que l'apparition du choléra à Saint-Denis avait coïncidé avec l'arrivée dans cette ville d'un détachement nombreux du 25e de ligne, venu du département du Nord, où règne le choléra. Ce fait mériterait d'être éclairci; car une telle coïncidence, bien qu'elle n'eût pas absolument la portée qu'on a semblé lui donner, mériterait d'être mise hors de doute. En effet, c'est au dépôt surtout que l'épidémie a éclaté dans toute l'acception du mot, et les deux malades reçus à l'Hôtel-Dieu et à la Charité ne venaient ni du dépôt ni d'aucun lieu occupé par le choléra. Nous devons ajouter que, depuis plusieurs semaines déjà, nous savions qu'un cas de choléra mortel avait été constaté à Paris; par des motifs faciles à comprendre, nous avons cru devoir le passer sous silence. On trouvera plus loin la relation de ce cas.

Si nous nous arrêtons dès l'abord sur ces particularités, c'est qu'elles ne sont pas sans importance. C'est au début de l'épidémie dans une localité qu'il importe de bien se renseigner sur l'origine des premiers cas, sur la venue et les rapports des premiers malades; car plus tard il est impossible de distinguer ce qui peut être attribué à l'influence épidémique de ce qui revient à l'infection ou à la contagion. Il est à remarquer que pour cette question si difficile à résoudre, même pour les maladies regardées comme contagieuses, on ne parvient à quelque solution que dans les localités très-divisées, et dès les premières manifestations de la maladie. Plus tard, et dans les localités plus resserrées, il est impossible de distinguer l'influence du mode épidémique de tout autre. Il est donc très-utile, si l'on veut arriver à quelque chose de fondé sur la manière dont le choléra se propage, d'étudier avec soin les premiers cas. Les circonstances où nous nous trouvons paraissent encore être favorables sous un autre point de vue. Le choléra d'aujourd'hui est décidément moins intense que celui de 1832. Il permettra donc de le suivre pas à pas, à travers la population et les habitations. Nous n'avons pas besoin d'excuser ces remarques et ces recommandations : elles n'ont l'air d'être favorables à l'idée de contagion que parce qu'elles émanent d'une inébranlable impartialité.

Pour les médecins qui, comme nous, ont assisté à la terrible épidémie de 1832, il ne peut y avoir de doute sur ce fait, que le choléra de 1849 est, nous ne dirons pas tout différent, mais infiniment moins intense. Nous avons recueilli ou fait recueillir les divers cas observés dans les hôpitaux : ils sont au nombre de 20 et quelques jusqu'à ce jour; ils suffisent pour se convaincre : 1° que le nombre des malades est, hors de toute proportion, moins considérable qu'en 1832; 2° que la maladie est infiniment moins grave.

En 1832, on comptait dès les premiers jours les malades par centaines, ou plutôt on ne les comptait plus. Les hôpitaux étaient littéralement encombrés; on ne voyait pas d'autres maladies : le choléra paraissait avoir absorbé toutes les autres causes morbides. Ceux-là même qui n'étaient pas saisis par le choléra confirmé ressentaient plus ou moins l'influence épidémique. Nous n'avons pas besoin de rappeler que les trois quarts des malades des premières journées ne passèrent pas vingt-quatre heures. Il en est tout autrement aujourd'hui. Il y a encore une remarque importante à faire à cet égard : c'est que, dans la plupart des localités où le choléra s'est montré depuis sa nouvelle invasion, il avait donné lieu à une mortalité, eu égard au nombre des malades atteints, à peu près égale à celle de 1832. Il n'en paraît pas être ainsi, au moins jusqu'ici, à Paris. Voilà donc un premier motif de sécurité.

En voici un second.

Nous avons dit qu'en 1832, l'influence épidémique se traduisait, chez presque tout le monde, par quelques symptômes amoindris du choléra. Cette manifestation paraît encore avoir lieu aujourd'hui, mais à un degré moins marqué et d'une manière bien moins générale. Quelques classes exceptionnelles, quelques parties de la population parmi celles qui sont les moins bien partagées, sont encore cholérinées; mais nous le répétons : jusqu'ici c'est l'exception, tandis qu'en 1832, c'était la règle.

Un fait qu'il importe de mettre en évidence par-dessus tout, c'est que le choléra de 1849 est venu confirmer, sans exception connue jusqu'ici, la règle posée en 1832, relativement au mode de développement du choléra. Le choléra, avons-nous dit dès le 14 avril 1832, débute habituellement *par une période d'incubation qui précède de quelques jours le choléra déclaré, et pendant laquelle il est toujours facile d'arrêter le développement de la période mortelle*. Cette observation avait passé presque inaperçue en 1832; mais elle a été confirmée depuis dans d'autres pays par divers médecins à qui nous en avions recommandé la vérification; de plus, chez tous les malades observés récemment à Paris, l'exactitude en a été constatée : elle peut donc être regardée comme incontestable. Il ne reste plus qu'à la vulgariser et à en faire comprendre à tout le monde l'extrême importance.

Pour ne pas s'exposer à des contradictions toujours préjudiciables à la vérité, disons immédiatement qu'il convient de se garder de quelques méprises très-faciles.

La période d'incubation du choléra, ou cholérine, s'observe chez tous les malades, mais sous deux formes. La cholérine avec diarrhée est incontestablement la plus fréquente, et la cholérine sans diarrhée la plus rare. On croirait qu'il est impossible de méconnaître la première; on se trompe, et une foule de relations de cas que nous avons eu occasion de contrôler le prouvent. Les personnes qui ne sont ou qui n'étaient pas prévenues de l'existence nécessaire de cette période d'incubation du choléra font commencer la maladie à ses symptômes manifestes : à la période aiguë, aux vomissements, aux crampes. Elles omettent de questionner les malades sur l'état de leur santé avant l'attaque. Une seconde source de méprise vient des malades. La diarrhée de la cholérine existe assez souvent sans coliques. Les malades conservent l'appétit et le sommeil; ils continuent à vaquer à leurs affaires; et la transition brusque et inopinée de cet état de santé apparente à la période grave du choléra leur fait croire, et fait croire au médecin, que l'invasion a été instantanée et foudroyante. Nous avons constaté, en 1832, un grand nombre de cas de cette nature, et les méprises qui en ont été la suite. Quant à la cholérine sans diarrhée, elle existe au même titre que le choléra sec, dont elle n'est qu'un diminutif. On trouvera la description détaillée de l'une et de l'autre forme dans le mémoire spécial que

---

Feuilleton.

GRANDEUR ET DÉCADENCE DES SYSTÈMES EN MÉDECINE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Experientia, testis temporum, lux veritatis. (Cic.)

D'après ce que nous avons dit, on doit rester convaincu que la plus grande, la plus rude épreuve d'un système en médecine, épreuve à laquelle aucun ne résiste, est l'application clinique des principes de ce même système. Le réformateur a beau crier : Ma doctrine est l'*alpha* et l'*oméga* de la science; la vérité est là et n'est que là, le bon sens inaliénable des praticiens, c'est-à-dire de ceux qui expérimentent, qui voient et qui font, le redoutable contrôle d'un scepticisme rationnel, finissent toujours par démontrer que la vérité n'y est que dans des proportions relatives, quelquefois même bien minimes. Il ne faut pour cela que du temps et des faits, chose dont on ne doit jamais s'inquiéter, car l'avenir est long, la science mobile et l'esprit humain révolutionnaire. D'où il résulte deux choses importantes : la première, de rattacher de nouveau l'état présent de la science à son passé; la seconde, de reconnaître, les principales défectuosités du principe absolu systématique, expliquant jusqu'aux phénomènes les plus fugitifs.

A commencer par Paracelse et finir par Hahnemann, si tant est qu'on puisse compter la bizarre conception homœopathique parmi les doctrines médicales, quel est le systématique qui n'ait pas réussi à faire la critique de la médecine établie? quel est celui qui n'ait pas envisagé l'histoire de la science jusqu'à lui comme un grand mensonge traditionnel? Et comme, en effet, la science est imparfaite sur une foule de points, le systématique triomphe; il tonne, il éclate, et sa parole même retentit dans tous les esprits; on trouve qu'il a raison. Mais quand lui-même vient, à son tour, élever sa théorie sur la ruine des doctrines précédentes, c'est alors qu'il s'expose à l'examen critique, à l'influence du progrès et d'une expérience contraire. On ne tarde pas à s'apercevoir que ce réformateur, si hardi en apparence, a fait autrement, mais guère mieux que les autres, tout en se servant des acquis de la science; qu'il a brisé en pure perte la chaîne des traditions scientifiques; qu'il n'a vu les phénomènes que *d'un seul côté*; en un mot, que presque toujours il a apporté le feu qui brûle, mais non la lumière qui éclaire. Dès lors ce pouvoir de fascination qu'une hypothèse spécieuse peut exercer, même sur les bons esprits, cesse et disparaît; on revient aux anciens principes, modifiés toutefois d'après les nouvelles conquêtes de la science, dont la destinée est d'avancer sans cesse et de ne s'achever jamais.

Ainsi plus un système donné d'abord comme l'expression exacte et fidèle des faits est examiné, soumis à la coupelle de l'expérience, plus il s'éloigne de l'époque de son apparition, plus on reconnaît qu'en devenant exclusif, il a rétréci sa base, amoindri ses proportions; de cette manière, on voit à jour son peu de

nous avons publié sur la cholérine considérée comme période d'incubation du choléra (1).

— L'Académie de médecine s'est naturellement occupée, dans sa dernière séance, de l'apparition de l'épidémie. Comme la population, elle ne s'est pas trop émue. Après quelques paroles sages et rassurantes d'un de ses membres, M. Honoré, qui a très-bien fait ressortir les différences à l'avantage du choléra d'aujourd'hui, la compagnie a entendu la lecture d'un projet d'instruction sur la maladie. Cette instruction est destinée à la population. Quelques membres auraient préféré qu'elle fût adressée aux médecins et rédigée en conséquence. Leur motif est que plusieurs administrations, le conseil de salubrité, le comité d'hygiène, ont déjà pourvu à ce besoin, et que l'Académie ne pourra que les répéter sans profit pour le public et sans honneur pour elle. L'Académie est l'organe officiel de la science, elle eût reproduit utilement pour les praticiens ce qu'il y a de mieux établi quant à la connaissance et au traitement de la maladie. Il a été répondu qu'une instruction populaire émanée de l'Académie pourrait exercer une influence plus grande et plus salutaire sur les esprits. Il y a du vrai des deux côtés : sans nous prononcer aujourd'hui pour l'une ou l'autre de ces thèses, il ne nous paraîtrait pas impossible de les adopter toutes les deux. L'Académie décidera dans sa sagesse. Pour nous toute vérité est bonne à dire, et les médecins comme le public ne peuvent pas trouver mal qu'on la leur fasse connaître s'il en existe jusqu'ici de bien avérée à l'endroit du choléra.

— En d'autres circonstances, nous aurions fait ressortir, comme elle le mérite, l'importante lecture faite par M. Boudin sur l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui sévit depuis plusieurs années sur nos soldats. Déjà la GAZETTE MÉDICALE avait, à plusieurs reprises, proposé, en partie du moins, la thèse soutenue et développée par M. Boudin avec l'autorité que tout le monde se plaît à reconnaître à ce médecin. La prétendue méningite cérébro-spinale est une localisation systématique. C'est une maladie générale dont quelques symptômes seulement appartiennent plus spécialement à l'appareil dans lequel on la circonscrit ; mais l'existence de beaucoup d'autres symptômes et altérations observés en dehors de ce cercle, et la constatation bien établie de cas sans altérations des enveloppes du cerveau et de la moelle, témoignent hautement contre la détermination qui a été généralement acceptée. De plus M. Boudin, par des considérations qu'on lira avec intérêt au compte rendu de la séance, a cru pouvoir rattacher cette forme et cette espèce morbide à la grande manifestation épidémique de 1814. Nous nous bornons à mentionner ces propositions dont le seul énoncé dit toute l'importance. Nous aurons prochainement à y revenir à l'occasion d'un travail sur le même sujet, pour lequel l'Académie a réservé, en faveur de M. le professeur Lévy, un tour de lecture dans sa prochaine séance.

(1) MÉMOIRE SUR LA CHOLÉRINE CONSIDÉRÉE COMME PÉRIODE D'INCUBATION DU CHOLÉRA. GAZ. MÉD., t. V, 1837, p. 449, et à part, brochure in-8°. Prix : 2 fr. Il n'en reste plus qu'un très-petit nombre d'exemplaires.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE ; rapport fait à la Société médicale du neuvième arrondissement de Paris (1), par le docteur FÉLIX HATIN.

INTRODUCTION.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de rechercher les divers modes de traitement préconisés contre le choléra-morbus asiatique.

Cette tâche, si simple au premier aspect, s'est agrandie au fur et à mesure que je l'ai plus attentivement examinée.

Je me suis bientôt aperçu que, pour arriver à quelque chose d'utile, une simple nomenclature ne suffisait pas, et qu'il s'agissait bien moins d'énumérer les diverses médications proposées, que de les discuter.

Or ces médications sont la conséquence d'autant de systèmes émis sur la nature de la maladie. L'appréciation de la méthode nous entraîne donc forcément à l'examen préalable de la doctrine dont elle émane, et rend ma tâche aussi longue que grave et difficile.

Pour l'abréger, j'ai tenté de recourir à un procédé synthétique qui consistait à faire abstraction de toute théorie et à n'interroger que les faits. Ce procédé ne m'a conduit qu'à une double négation.

En effet, messieurs, groupons les médications opposées au choléra-morbus, et nous allons les trouver aussi nombreuses que diverses. Quelle est la conséquence à tirer de là, si ce n'est qu'aucune d'elles ne peut revendiquer le privilége de constituer la médication spécifique du choléra ?

Il n'y a en effet que les maladies que nous ne savons pas guérir qui aient ainsi mille remèdes.

Mais interrogeons les résultats. Que trouvons-nous ? Que chacune de ces médications revendique un nombre égal de succès. Conclurons-nous de là que le choléra-morbus guérit indifféremment par le chaud ou le froid ; par les excitants ou les narcotiques ; par les astringents ou les purgatifs ? Selon moi, la seule conclusion raisonnable qu'on en puisse tirer, c'est que, dans la plupart des cas heureux, la part de ces médications dans le succès est au moins problématique.

Ainsi, messieurs, vous le voyez, l'examen synthétique des faits nous conduit à dire non-seulement que le choléra-morbus n'a point de traitement spécifique, mais encore que le rôle des médications employées pour le combattre est encore à l'état de problème.

Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre que de semblables conclusions sont loin d'être rigoureuses, et que la méthode logique qui nous y conduit doit être abandonnée comme nous éloignant de la vérité.

Sans doute, il y a des cas nombreux où le choléra-morbus guérit par les efforts de la nature et dans lesquels les bons offices de l'art peuvent être suspectés.

(1) La Société médicale du neuvième arrondissement, après avoir entendu la lecture de ce rapport, a décidé qu'il serait imprimé et distribué à toutes les sociétés médicales de Paris.

solidité, et qu'il ne tardera pas lui-même à faire partie de ce passé de la science, si hautement condamné par l'auteur du système. Or, dès l'instant que les médecins éclairés et de bonne foi ont vu que la doctrine donnée comme nouvelle avait rompu, sans profit réel, la ligne de progression toute contraire imposée par le temps à la science, ils ont conçu du doute sur la réalité des principes de cette doctrine ; mais ce doute devient bientôt une certitude si l'on compare tous les faits, tous les phénomènes, avec la base fondamentale du système, sa loi, sa raison d'être. En morale, les hommes sont souvent trompés *specie recti*, selon une maxime de l'ancienne philosophie. Eh bien ! dans les sciences, et particulièrement dans la nôtre, ils le sont aussi *specie veri*, et nous en avons dit les motifs ; toutefois l'erreur n'est pas durable. Ce parfait accord des parties d'un système, cette synthèse, en apparence féconde et vivifiante, cette pleine et entière coexistence des faits avec les bases de la doctrine, cette *omniprésence* du principe, clef de voûte de cette même doctrine, ne tardent pas à s'évanouir ; il y a ici une sorte de mirage intellectuel où manquent la solidité, la profondeur, le cachet de la réalité : aussi se dissipe-t-il en peu de temps. En examinant, en vérifiant cette simplicité fardée de vérité, on s'aperçoit aussitôt du vide où l'on se trouve pour expliquer une foule de phénomènes ; dès lors disparaît l'unité du système, arche intangible qu'on ne peut ébranler sans ruiner la doctrine de fond en comble.

Un systématique dont les idées sont arrêtées d'avance, trempées au feu d'une opinion préconçue, puise dans une masse de faits ; il en trouve qui s'adaptent merveilleusement à son principe, d'autres qui s'y ajustent avec plus de difficultés ; il en est enfin qui s'y refusent complétement. Cependant, comme il n'y a rien de plus souple que les faits, considérés sous certains rapports, le systématique les jette dans un moule uniforme ; puis, par une expression tortionnaire, il en fait découler les conséquences qui lui conviennent. Mais dans la pratique les choses se passent bien différemment, ainsi que nous en avons fait la remarque : là les faits reprennent leur aspect naturel, leur inflexibilité, leur sincérité, ils ne disent que ce qui est. Un médecin du siècle dernier, le docteur Thierry, dont les ouvrages sont malheureusement peu lus de nos jours, affirme que « *tout se pas e au lit des malades en* ANOMALIES. » Bien que cette dernière expression soit forte, elle ne manque ni de sens ni de justesse, et on la comprend. Elle revient à ce que disait un autre médecin : « Je traite la pneumonie de Lentulus et *celle* de Sempronius. » Rien de plus fondé ; car l'actualité morbide ne se retrouve entièrement, véritablement, que dans l'actualité individuelle. La théorie des analogies est très-limitée en médecine pratique ; on ne l'établit guère que pour l'étude et la partie scolastique de la science. Il en résulte que le principe fondamental d'un système donné pour *criterium* du vrai, se trouve continuellement heurté, brisé, en défaut ; car ou vous adoptez le principe dans toute sa rigueur, et vous éprouverez des revers ; alors où est sa réalité, sa puissance virtuelle ? ou bien vous vous trouvez dans la nécessité d'employer une thérapeutique opposée, comme il arrive dans les fièvres intermittentes guéries par le quinquina en dépit de leur caractère inflammatoire, selon le physiologisme ; alors que devient la corrélation du principe aux conséquences et aux faits ? Quand un praticien est arrivé à ce dilemme, soit hautement, soit mentalement, il est bien près de dire : *Système, que me veux-tu ?* Dans le fond, il n'en peut être autrement. Le fondateur d'une théorie exclusive et le praticien intelligent, de bonne foi, se

Sans doute, il y en a d'autres où la violence du mal est telle, que toutes les ressources de la médecine sont impuissantes à le conjurer.

Mais, entre ces deux extrêmes, se placent les malades chez lesquels la lutte entre l'agent morbifique et la résistance de l'économie étant à peu près égale, l'intervention de l'art peut décider la victoire en faveur du client. Cette intervention est donc un devoir et un droit pour nous. Pour être salutaire, il ne lui faut qu'une condition : c'est qu'elle soit aussi éclairée que bienveillante.

Cherchons donc à nous éclairer autant que possible, et demandons à l'analyse des lumières que nous a refusées la synthèse.

CHAPITRE I.

Avant de se prononcer pour ou contre une médication quelconque, et pour instituer un traitement rationnel, une première question à résoudre est celle-ci : Qu'est-ce que le choléra-morbus ?

Si l'examen des faits nous avait mis sur la voie de quelque moyen véritablement efficace, de quelque spécifique dont l'action pût être comparée à celle du quinquina sur la fièvre intermittente, par exemple, je ferais bon marché de ce point de doctrine. Je suis très-partisan des remèdes empiriques, c'est-à-dire des remèdes qui guérissent, bien que nous ne sachions pas pourquoi, et je me rangerais volontiers à l'opinion de Montaigne, qui regarde comme le meilleur médecin celui qui en possède la collection la plus nombreuse.

Mais, je le répète, dans toutes les médications proposées, aucune n'a ce caractère de spécificité, et nous sommes obligés de nous demander qu'est-ce que le choléra-morbus?

C'est là une question difficile à résoudre. Ennemi invisible, impalpable, il ne nous avertit de sa présence que par les ravages qu'il exerce, et nous ne pouvons guère soupçonner sa nature que par ses effets.

De là les théories imaginées pour l'expliquer, et qu'il faut que nous examinions à notre tour avant de juger les moyens thérapeutiques qui en découlent.

Quelques auteurs se bornant à l'étude des symptômes du choléra-morbus l'ont considéré, ceux-ci comme une inflammation, ceux-là comme une atteinte au système nerveux, ceux-là enfin comme une altération des liquides et du sang en particulier.

D'autres auteurs, remontant jusqu'à la cause du choléra-morbus l'ont placée, qui dans une perturbation de la puissance magnétique, ou dans une composition tellurique quelconque; qui dans l'absorption de larves helminthiques, de miasmes, ou d'effluves pestilentiels.

Examinons ces diverses théories.

§ I. — LE CHOLÉRA EST-IL UNE INFLAMMATION?

Non ; car s'il présente, comme les phlegmasies des organes abdominaux, le frisson initial, les coliques, les déjections réitérées, il est loin d'en présenter la marche et les résultats accoutumés.

Quand il guérit, c'est en général plus promptement, de sorte qu'un calme presque subit succède aux symptômes les plus violents. Ce qui n'est pas dans la nature des inflammations viscérales.

Quand il dure, il se transforme en une pyrexie de forme typhoïde.

Quand il tue le malade, enfin, il ne laisse en ses organes que des traces qui ne sont point celles des phlegmasies franches.

Le choléra-morbus n'est donc point une inflammation, quoi qu'on ait pu dire pour prouver le contraire.

§ II. — EST-IL DAVANTAGE UNE LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX?

Les lésions du système nerveux se traduisent en général par une exaltation, une diminution ou une perversion des fonctions motrices ou sensoriales. Or, dans le choléra-morbus, nous n'avons que les crampes qui puissent répondre à ces lésions.

Ne peut-on pas les regarder, d'ailleurs, comme un épiphénomène de la violente irritation sécrétoire qui caractérise le choléra, plutôt que comme le corps de cette maladie ?

Et d'autre part, ces déjections répétées jusqu'à l'épuisement du malade, cette suppression des urines et de la transpiration cutanée, cette dyspnée, cette oppression des forces, cette teinte violacée des téguments, sont-ce là les phénomènes habituels aux affections nerveuses ?

Non. Le choléra-morbus n'est donc ni une névrose, ni une névrite, ni une névralgie proprement dite.

§ III. — EST-IL DAVANTAGE UNE ALTÉRATION DES LIQUIDES ET DU SANG EN PARTICULIER?

Notez que la diminution du sérum à laquelle on attribue la coagulation du sang ; notez que la réaction alcaline des déjections et la neutralisation de l'acidité de la sueur n'existent pas au début de la maladie, et qu'en admettant l'altération qu'elles indiquent comme le principe du choléra-morbus, nous aurions ici le phénomène au moins singulier d'un effet précédant sa cause.

Le choléra-morbus n'est donc pas plus une altération spécifique des liquides qu'il n'est une maladie purement nerveuse ou inflammatoire.

C'est un composé de tous ces éléments, qui eux-mêmes sont les produits d'une cause première que nous allons chercher à connaître.

§ IV.

Nous avons dit que quelques auteurs attribuaient la production du choléra morbus à une certaine perturbation du fluide magnétique terrestre. Ils citent à l'appui de cette hypothèse et des oscillations extraordinaires observées dans l'aiguille de la boussole et la diminution notable de la force attractive des aimants. Tel appareil, disent-ils, qui supportait habituellement un poids de 40 kilogrammes n'en pouvait plus soutenir qu'un de 6 à 7 dans une ville où régnait le choléra, et ne retrouvait sa puissance qu'à la disparition de l'épidémie.

Une simple objection me semble devoir annuler tout ce système, au moins comme cause directe et productrice du choléra-morbus.

Le magnétisme terrestre est un tout continu, ou du moins un fluide dont la rapidité de transmission est extrême, à ce point d'être incommensurable.

Supposons que sa puissance ait une action quelconque sur l'espèce humaine. Est-ce que la perturbation de cette puissance ne devrait pas avoir des effets aussi généraux que ceux par exemple qui résulteraient de la soustraction de l'oxygène de l'air que nous respirons? Est-ce que tout le

---

placent à deux points de vue différents : le premier, presque à son insu, part de la synthèse pour arriver à l'analyse; il explique les faits par son principe; le second, au contraire, fait de l'analyse pour arriver à la synthèse; il s'efforce de trouver, dans chaque fait en particulier, le principe générateur de la doctrine. Autrement dit, le praticien juge les faits par l'*individualisme*, le systématique, par le prisme du *collectisme*. Comment verraient-ils les objets sous les mêmes rapports? L'un, fasciné par ses propres idées, voit l'unité se conserver et s'expliquer avec une merveilleuse facilité; le second, loin de là, s'aperçoit que, dans les applications cliniques, le fil de cette unité systématique se rompt à chaque instant, que c'est un guide infidèle qui l'abandonne dans les moments les plus urgents. Tous deux doivent nécessairement arriver à des conclusions différentes. On ne sait pas assez combien il y a d'esprit dans le bon sens, et pourtant, on peut le dire, un simple et judicieux praticien voit plus distinctement et conçoit mieux la marche et les phénomènes des maladies que le systématique le plus subtil. On en sent la raison : son esprit est sans préjugés, son jugement net, ses yeux n'ont pas de bandeau.

D'ailleurs, en recherchant la cause des nombreuses exceptions que souffre le système, et qui augmentant toujours finissent par l'écraser et perdent leur caractère d'exception, on trouve que cette cause existe dans l'impossibilité de trouver un principe absolu qui éclaire tout dans les corps organisés, comme dans la science astronomique Newton a trouvé l'*attraction*. Tel est l'espoir de tous les systématiques, bien qu'ils se gardent de l'avouer hautement. C'est pour ainsi dire une idée fixe qui s'empare de leur intelligence, qui l'entraîne et le domine. Mais le temps et les faits ne tardent pas à démontrer l'inanité de leurs espérances et la faiblesse de leur conception. Les inscrutables mystères des corps vivants s'opposent sans cesse à déterminer cette *loi générale*, définitive. Nous ne sommes que des ignorants, et quand nous déchiffrons quelques mots ou quelques lignes dans le livre immense de la nature, nous appellons cela une science. Or comment espérer trouver, établir une haute et puissante généralisation dans les lois de la vie, assez puissante, assez synthétique pour les réunir en un seul faisceau? Ce but toujours poursuivi ne sera jamais atteint. Ce n'est pas qu'il faille perpétuellement se lancer dans une analyse et dans des détails n'amenant jamais de conclusion. Nous pensons au contraire:

Que les faits doivent toujours produire des principes par voie d'induction, mais que la certitude qu'on obtient alors est hypothétique et conditionnelle, parce qu'elle est soumise aux chances de découvertes, d'expériences futures qui peuvent la renverser;

Qu'en médecine comme en philosophie, les lois intellectuelles sont les lois du monde phénoménal, mais jamais dans des conditions absolues;

Que généraliser est indispensable, sous peine d'arrêter les progrès de la science; bien plus qu'il convient de faire de l'étude des généralités de la science une grande *spécialité* de plus;

Qu'il est bon de comprendre sous le plus petit nombre possible de lois les phénomènes organiques, mais qu'il est impossible de les réduire à une seule, et même téméraire d'espérer de les ramener à un petit nombre.

Cette dernière proposition a toujours été combattue par les systématiques, si ce n'est par leurs paroles, au moins par leurs œuvres et leurs prétentions. Trouver, comme nous l'avons dit, un principe fondamental qui puisse expliquer tous

monde ne devrait pas instantanément, et dans le même moment, en ressentir les effets?

Si nous voyons, au contraire, une partie du globe seulement, et sur cette partie du globe, quelques provinces, quelques villes, quelques populations, quelques individus même, être atteints isolément du choléra-morbus, comment le faire dépendre d'une cause aussi générale que le serait une perturbation dans la puissance du magnétisme terrestre?

Si, d'un autre côté, des anomalies magnétiques ont été observées en Russie par quelques observateurs, d'autres observateurs du même pays n'ont pu rien trouver de semblable; M. le docteur Eugène Pelican le dit positivement (Gaz. Méd., 23 décembre 1848). Il faut donc, je crois, abandonner cette théorie du choléra.

Disons cependant qu'il y aurait une autre manière d'envisager la question, ce serait de considérer les perturbations magnétiques, non pas comme la cause immédiate du choléra, mais simplement comme la cause génératrice de miasmes aptes à le produire.

La puissance de composition et de décomposition chimique de l'électricité est connue de tous. Que cette puissance accrue ou diminuée donne lieu à des compositions morbifiques dans certaines localités qui en présentent d'ailleurs les éléments; que ces produits se mêlent à l'air et en altèrent les propriétés, l'explication me semble plus acceptable. Je comprends alors le trouble général du magnétisme terrestre n'engendrant cependant que des effets locaux et individuels, car ceux-ci n'en sont plus qu'un résultat secondaire, et pour se produire, il leur faut encore la préexistence de certains éléments, ce que nous appellerions en médecine une prédisposition.

§ V.

Les géologues ont cherché l'origine du choléra dans la composition des couches du sol. Suivant leur doctrine, l'épidémie affecte dans sa marche une prédilection singulière pour les populations habitant sur un terrain de formation nouvelle, ou meuble et friable, tandis qu'elle respecte les villes bâties sur des roches anciennes, dures, inabsorbantes.

Peut-être ces qualités du sol ne sont-elles que des circonstances prédisposantes à la formation des miasmes morbigènes, et ceux-ci, pour éclore, n'attendent-ils que l'influence magnétique admise par la précédente doctrine.

Le phénomène serait ainsi plus complexe que ne le pensent les uns et les autres, et la vérité se trouverait dans la combinaison des deux doctrines.

En d'autres termes, l'électricité magnétique a peut-être besoin de rencontrer certaines conditions du sol, ou le sol certaines conditions d'électricité pour engendrer les éléments du choléra. Nous ne pouvons former que des conjectures à cet égard; mais ce que nous pouvons dire avec une quasi-certitude, c'est que les deux causes isolées ne sauraient rien produire, c'est qu'elles ont besoin de se combiner pour devenir fécondes.

J'ai hâte de sortir de ce labyrinthe d'hypothèses, et pourtant il me faut encore vous entretenir d'une opinion qui ne me paraît pas moins conjecturale que les précédentes.

§ VI.

Le choléra-morbus, selon quelques personnes, est produit par l'absorption de certains helminthes ou leur développement dans nos organes digestifs.

M. Grot (de Moscou) signale la présence de nombreux lombrics chez plus de 1,200 personnes atteintes du choléra.

Il signale encore l'état vermineux de certains insectes (des *podurelles*), lesquels s'étaient montrés en grande abondance à la surface de l'eau des puits, dans divers cantons, au moment où y apparaissait le choléra.

Vous avez presque tous traversé l'épidémie de 1832, et je ne crois pas qu'aucun de vous ait constaté la présence de vers dans les déjections des malades, non plus qu'à la surface des eaux de la Seine. Moi, du moins, je n'ai rien trouvé de semblable.

Cette remarque n'a point été faite non plus par les médecins sanitaires qui ont été à même d'observer le choléra de cette année. Tout ce que nous pouvons faire, c'est donc de rester dans le doute philosophique à cet égard, et d'attendre le résultat des recherches ultérieures.

§ VII.

J'arrive enfin à l'opinion dominante, à celle qui regarde le choléra comme le résultat de l'action de certains miasmes inconnus dans leur nature, inconnus dans leur mode de formation, inconnus même dans leur mode de transmission, mais admis cependant par voie d'analogie presque comme une démonstration mathématique (1).

Selon cette doctrine, le choléra-morbus est un véritable empoisonnement miasmatique.

Étudions cette question et procédons logiquement.

Supposons-nous pour la première fois en présence d'un cholérique et ignorant jusqu'à l'existence du choléra. A quelle affection rapporterions-nous de prime abord les symptômes observés? Ne serait-ce pas à un empoisonnement par une substance éminemment drastique?

C'est là, selon moi, la première pensée qui se présenterait à l'esprit.

Les vomissements, les selles diarrhéiques, les coliques, l'anxiété précordiale, seraient attribués à l'action directe de l'agent toxique; le froid des extrémités, la cyanose, la suppression des urines, la diminution du pouls, l'anéantissement des forces, les tintements d'oreilles, les bourdonnements, les crampes, à la puissante dérivation portée sur le tube intestinal et au trouble consécutif des fonctions nerveuses et circulatoires.

Tout s'explique donc par un empoisonnement. Il vous manque une chose cependant... c'est le poison.

Maintenant supposons que vous ayez observé un certain nombre de cholériques. Vous avez vu que ceux qui ne mouraient pas ou ne guérissaient pas rapidement tombaient dans une espèce de torpeur tout à fait analogue à la fièvre typhoïde.

Cette terminaison vous fait songer au typhus, dont la maladie se rapprochait davantage à son début, et vous vous demandez si le choléra ne serait pas de la famille des affections typhiques.

Or celles-ci sont le produit ordinaire des émanations miasmatiques: vous l'admettez du moins, bien que sans preuve chimique. Voilà donc la substance toxique indiquée par l'analogie.

Vous remontez alors à l'historique du choléra, et vous lui trouvez pour

(1) Depuis que j'ai écrit ces lignes, M. Ehrenberg, doyen de la Faculté de Berlin, a écrit à l'Académie de Paris qu'il avait découvert une foule de corpuscules dans l'air, étrangers au limon du pays.

---

les phénomènes, ramener à une résultante commune tous les rayons divergents que peuvent fournir les faits, telle fut dans tous les temps leur erreur, ou plutôt le rêve de leur imagination, *hæc somnia Democriti, non docentis, sed optantis*. Rien ne peut les détacher de cette idée, ainsi que leurs sectaires. Mais qu'arrive-t-il? Tandis que fixés sur le roc de leur foi, ils s'y arrêtent, ils s'y cramponnent, la science marche sans cesse; bientôt dépassées par le progrès, leurs opinions, au bout d'un certain temps, ne paraissent plus que des vieilleries faites pour un autre âge; les jeunes médecins qui ont tant contribué au succès éventuel de la doctrine ont vécu. dès lors ils ont vu, ils ont expérimenté, et leur confiance est diminuée, si elle n'a tout à fait disparu. La génération qui succède s'imprègne d'autres idées, elle se tient au courant du récent, du nouveau ou de ce qui lui paraît tel. Vienne soudain une vérité, une doctrine qui porte réellement le caractère du progrès, tout ce qui est antérieur ou contraire est bientôt abandonné, délaissé, méprisé. La vieille orthodoxie de la doctrine de l'irritation en est aujourd'hui la preuve manifeste. Ainsi peu à peu disparaît et s'enfonce dans l'oubli ce qui était saillant, formel, l'objet de vives discussions, et la science finit par s'exonérer d'un système qui d'abord lui avait donné une certaine impulsion, mais en lui imposant des entraves. Le réformateur n'est plus sur l'avant-scène, son étoile de famosité pâlit, s'efface, tombe enfin dans les nébuleuses de l'histoire de l'art. Cette polémique agressive qui jadis l'a si bien servi n'est plus à son usage; obligé de se défendre, sa position est nécessairement inférieure; il n'a même plus cette ardeur de discussion, ce feu de conviction intérieure qui animait ses paroles, ses pensées, ses affirmations.

Ce n'est pas que le systématique cède d'abord à l'évidence; constamment prêt à s'exagérer les ressources du sophisme, il nie d'abord que la science ait fait le moindre progrès réel depuis ses travaux; il s'efforce de le prouver par des explications, par des interprétations plus ou moins subtiles, toujours tirées du fond de sa propre doctrine. Puis vient cette vieille phraséologie de tout faiseur de système, qu'on a changé, altéré ses principes, qu'on ne l'a pas compris. Forcé néanmoins de rester face à face avec les objections, les exceptions, les faits contraires, il cherche à les amoindrir, à en détourner le sens et la vérité. Quelquefois même, dans l'ivresse morale de l'orgueil, il prend hardiment corps à corps les questions et même les personnes; il appelle au secours de ses opinions des arguments *ultra modum* ou d'outrageants sarcasmes. Alors paraît à nu cette tendance folle et outrecuidante de tout sectaire, de tout systématique à rabaisser ses adversaires. Le fameux Sylvius soutenait avec violence contre Vesale l'opinion de Galien qui accordait sept pièces au sternum de l'homme, tandis que Vésale n'en trouvait que trois. Sylvius, à peu près vaincu, fit remarquer avec opiniâtreté et pour dernière raison que du temps de Galien l'espèce humaine étant vigoureusement constituée, avait communément sept pièces au sternum, mais qu'il était fort possible que dans ce *siècle de nains*, les hommes n'en eussent pas plus de trois.

Van Helmont disait avec confiance: « Si Dieu ne m'aide pas, le diable m'assistera. » Brown traitait ses antagonistes de fous, d'idolâtres, d'aveugles pygmées. On sait qu'Archibald Pitcairn, dont Astruc niait la vérité de l'explication sur l'action du diaphragme et des muscles abdominaux pendant la défécation, ne craignait pas de dire: *Quia mihi videtur Astrucium nunquam cacasse*. De nos jours, n'avons-nous pas vu soutenir sérieusement que quiconque n'admet-

berceau les bords du Gange et du Scind, c'est-à-dire un pays marécageux, soumis à l'action presque incessante d'un soleil ardent.

N'est-ce pas là un vaste foyer de miasmes toxiques? Mais comment peuvent-ils de si loin arriver jusqu'à nous?

Si vous étudiez la marche du choléra, vous le voyez suivre les grands cours des eaux. Or ces grands cours des eaux suivent eux-mêmes les vallées. N'est-il pas naturel que les vents, resserrés dans les gorges de ces vallées, y circulent plus chargés de miasmes que là où ils sont libres de s'étendre en tous sens? N'est ce pas aussi dans ces vallées et le long de ces grands cours d'eau que ces miasmes rencontrent les populations les plus agglomérées, et conséquemment les plus favorablement disposées pour le développement de toute espèce de maladie épidémique?

Vous remarquez qu'il s'avance en pointe et non pas en rayonnant. Eh bien! n'est-ce pas ainsi que marchent les vents?

Il procède par bonds, et saute d'un point à un autre sans toucher aux points intermédiaires....

Réfléchissez, messieurs, que les miasmes, ainsi promenés par les vents de ville en ville, de contrées en contrées, ont une pesanteur spécique comme tous les autres corps, et qu'ils doivent en suivre les lois générales. Ils seront donc, avec l'air qui les porte, dilatés par la chaleur, condensés par le froid, et voyageront selon ces influences à différentes hauteurs dans l'atmosphère.

Si vous admettez ces données de physique générale, vous ne vous étonnerez plus que ces miasmes, partis d'un point, aillent à grande distance s'abattre sur un autre point en respectant les lieux intermédiaires. Une simple variation de température vous expliquera le phénomène.

Vous ne vous étonnerez pas non plus qu'après avoir quitté un pays, ils l'envahissent de nouveau : un simple changement de vent vous donnera la raison de leur retour.

Ainsi les symptômes caractéristiques du choléra-morbus vous conduisent à le regarder comme un empoisonnement. Ses points d'analogie avec les affections typhiques en décèlent la nature miasmatique. Son historique vous fait remonter à son berceau, et vous dit son mode de propagation.

§ VIII.

On peut encore aller plus loin, et se demander dans quels rapports se trouvent les miasmes avec l'air qui les contient, et surtout, chose importante à savoir, par quelle voie ils pénètrent dans notre économie. Pour arriver à ces données, il me faut encore vous emmener dans les sentiers un peu scabreux de l'hypothèse. Mais rassurez-vous : si je vous égare, ce ne sera que pour un moment, et nous arriverons, en fin de compte, au but vers vers lequel nous tendons, savoir : le traitement rationnel du choléra-morbus.

Dans quels rapports les miasmes cholérifères se trouvent-ils avec l'air? Y sont-ils combinés, mélangés ou simplement suspendus?

Si les miasmes étaient combinés avec l'air, ils seraient incessamment respirés par chacun, et nous aurions à nous demander comment il pourrait se faire qu'un individu n'éprouvât aucun accident de cette absorption, tandis qu'un autre en serait mortellement affecté. Si on faisait prendre une dose égale d'un poison quelconque à trente individus, je suppose, il serait bien étonnant qu'un seul d'entre eux en ressentît les effets, et que les autres en fussent complétement exempts.

Or c'est ce qui arrive dans une épidémie de choléra-morbus. En 1832, sur 700 et tant de mille habitants de Paris, 18,102 seulement en furent atteints. A Berlin, en 1848, 2,405 individus, sur une population de 400,000 âmes, ont été affectés, et sur ce nombre, 1,600 environ sont décédés.

Il faut donc repousser l'idée de la combinaison des miasmes avec l'air (1).

Il faut de même éloigner l'idée d'un mélange complet, comme est, par exemple, celui de l'oxygène et de l'azote dans notre atmosphère, et arriver à l'admission de miasmes simplement suspendus dans l'air, flottant au gré des vents, susceptibles de se déplacer, de se disséminer, et ne frappant enfin que ceux-là qui ont le malheur de les absorber.

§ IX.

Mais s'il en est ainsi, comment se fait-il que presque toujours la population la plus malheureuse soit aussi la plus maltraitée par le choléra-morbus?

Cela peut s'expliquer très-naturellement, et par plusieurs raisons physiques et mathématiques.

La raison physique, c'est que les quartiers habités par les classes pauvres sont ordinairement bas, humides, malpropres. Leurs rues sont étroites et souvent tortueuses, leurs habitations sombres et presque toujours incomplétement aérées.

Supposez des miasmes une fois introduits dans l'atmosphère de ces quartiers, ils y demeureront forcément plus longtemps que dans les quartiers percés de vastes rues, et leur séjour prolongé augmentera nécessairement les chances d'absorption.

Ajoutez à cette cause que ces quartiers sont ordinairement encombrés d'une population nombreuse, et vous aurez la raison mathématique que j'annonçais précédemment.

Supposez en effet, dans deux pièces d'égale grandeur et remplies d'un air contaminé d'une même proportion de miasmes, dans l'une trois personnes, dans l'autre six, ces dernières auront évidemment double chance contre elles.

Ainsi, en supposant l'atmosphère de tout Paris également imprégnée de miasmes, les victimes les plus nombreuses seraient encore forcément dans les populations les plus agglomérées. Et si ces populations agglomérées demeurent dans des rues mal aérées, les chances provenant du séjour des miasmes se joindront à celles provenant du nombre des habitants, et se multiplieront les unes par les autres.

Si les choses se passent ainsi même dans une atmosphère supposée également infectée dans toutes ses parties, que sera-ce donc si cette égalité disparaît, et si, aux chances du séjour des miasmes et de l'agglomération des individus, viennent se joindre les causes provenant de la direction des vents?

Celle-ci, dans certains pays, a contre-balancé toutes les autres, et au Caire, par exemple, ce sont les quartiers les plus salubres et les mieux habités qui furent le plus maltraités. La raison qu'on en put trouver, c'est

(1) Si l'on admettait cette combinaison, et qu'on voulût expliquer les cas isolés par des prédispositions, resterait à dire pourquoi tous les prédisposés ne seraient pas affectés.

---

tait pas les principes du *physiologisme* était véritablement infirme de l'esprit, autrement dit n'était qu'un idiot? Assertion qui admet implicitement le servilisme médical comme une preuve de haute intelligence. En vérité, quand on lit de pareilles choses, n'est-on pas tenté de dire avec Montesquieu : « Lorsque Dieu créa les cervelles humaines, il ne s'est pas obligé à la garantie. »

Toutefois, c'est en vain que le systématique se débat contre la marche du temps et de la science, qu'il s'efforce de s'isoler dans sa doctrine et s'enveloppe de ses principes : il arrive à une époque où ces progrès sont si évidents, où les objections deviennent si fortes, les faits opposés si nombreux, les inductions contraires si directes, la thérapeutique si dangereuse, qu'il n'y a pas moyen de les éluder. Dans cet état de choses, l'*unité* du système, déjà si ébranlée, se détruit pièce à pièce, sa loi de continuité est violée, c'est-à-dire ce qui faisait sa force et lui donnait l'apparence de la vérité (1); enfin, cette doctrine, qui s'annonçait comme définitive et culminante, paraît elle-même sans base, caduque et arriérée. Deux choses arrivent alors : la première, que la division se met parmi les partisans de la doctrine; les uns en conservent le dépôt tel qu'il a été transmis par le réformateur; les autres admettent des modifications, des distinctions qui se rattachent bien dans le fond à la doctrine du maître, mais qui en different sous tant de rapports, que l'origine peut souvent en être méconnue. D'ailleurs, les puritains et les *séparatistes* ne tardent guère à se disputer, car chacun d'eux prétend avoir mieux compris le maître que ses adversaires. En second lieu, le systématique fondateur, continuellement pressé, harcelé par de nouveaux faits, par le constant mouvement de la science, sent la nécessité de modifier ses principes, sous peine de voir employer contre lui la méthode des mathématiciens, la *réduction à l'absurde*. Il se décide à faire quelques concessions, mais qu'il déguise avec art; c'est alors que, remanipulant sa doctrine, viennent les explications de rechange, les interprétations plus ou moins forcées, plus ou moins sophistiques, mais qui diffèrent des anciennes. Ce ne sont plus ces principes donnés comme inattaquables, ces paradoxes hardis; ces tranchants apophthegmes du temps de la période ascendante, tout est pâle, décoloré, incertain, parce qu'on sent que tout est transitoire. L'*histoire des variations* de chaque doctrine médicale est certainement la demonstration la plus nette, la plus positive de la faiblesse, de l'insuffisance des preuves de ces doctrines. Toutefois, c'est une chose qui étonne toujours que l'habileté d'argumentation, la subtilité de raisonnement, la souplesse d'esprit du systématique, dans ce curieux combat des mots contre les choses. Celles-ci finissent néanmoins par l'emporter, et les variations de la doctrine n'en sont que plus saillantes. C'est ainsi que le *substratum* de la modification morbide a été présenté par le même systématique sous des aspects bien différents. Ne voyons-nous pas de nos jours le solidisme mélangé de cet humorisme, tant dédaigné, tant repoussé il y a quelques années? C'est que le temps et l'expérience ont dévoilé ce qu'on ne croyait pas exister. Si le sang nourrit les solides, comment serait-il lui-même privé de vie? S'il a en lui un principe de vitalité, ce principe ne peut-il être altéré? et comment cette altéra-

(1) On connaît ce mot de d'Alembert à une dame qui lui demandait ce que c'était qu'un système : « Madame, lui répondit le philosophe, un système est un *fagot d'idées*, bien liées, bien arrangées. »

qu'ils étaient sous le vent de l'infection, tandis que les quartiers pauvres, malsains, malpropres, ont été presque indemnes par la seule raison qu'ils étaient abrités contre ces vents (1).

Ainsi, quoique l'habitation d'un quartier élevé, d'une rue large, d'une maison spacieuse, d'un étage supérieur, soit une conditon favorable pour éviter la rencontre et l'absorption de miasmes cholérifères, ce n'est point une garantie absolue. Par contre, on peut habiter un quartier bas, humide, malpropre et mal aéré, et échapper au choléra. Tout dépend de la présence ou de l'absence des miasmes. Ce qu'on peut dire seulement, c'est que lorsque ces miasmes pénètrent au sein de populations agglomérées, leurs ravages sont en raison de leur abondance, de leur séjour et de la masse des individus.

§ X.

Il est, du reste, un autre point de vue sous lequel il faut envisager la question : c'est que les conditions hygiéniques ne diminuent pas seulement les chances d'intoxication ; elles donnent encore des chances de lutte plus favorables.

La dose de miasmes qui aurait produit une attaque mortelle chez un malheureux affaibli par les privations et la misère, ne produira qu'une cholérine insignifiante chez l'homme jouissant des avantages d'une vie confortable.

Le choléra-morbus a d'ailleurs ses préliminaires : c'est la diarrhée et ses conséquences. Le pauvre s'en occupe peu, soit par négligence, soit par impuissance, et le mal se déclare.... L'homme aisé, au contraire, plus attentif aux dérangements de sa santé, et plus à même d'y porter remède, arrête le mal à son début. De là encore le privilége dont il paraît jouir en temps d'épidémie.

§ XI.

Cette doctrine n'est pas tout à fait conforme à celle qui consiste à regarder le choléra comme le lion de l'Écriture, tournant sans cesse autour de nous, et attendant pour nous saisir que nous lui en fournissions la plus légère occasion.... *Circuit leo... quærens quem devoret....* Les miasmes circulent en effet autour de nous ; mais si nous devons les absorber, nous les absorbons aussi bien sains que malades, valides que débilités : seulement la résistance que nous leur opposons diffère dans ces deux cas. A dose égale d'absorption, nous aurons la cholérine ou le choléra. Ceci ne veut pas dire que toutes les causes de débilitation favorisent l'absorption en elle-même, mais seulement que ces causes nous mettent dans des conditions de défense moins favorables, si cette absorption vient à avoir lieu. En effet, toutes les personnes débiles ou débilitées n'ont pas le choléra, et toutes les personnes robustes ne l'évitent pas. Tout dépend de la fortune que nous avons d'éviter ou d'absorber les miasmes cholérifères. Il ne faut donc pas que les malheureux se croient condamnés à une atteinte inévitable, ni les heureux à l'abri de tout danger. Non... et c'est ici le cas de dire : *Sperate miseri... cavete felices....*

Ce qui a pu faire croire que les causes débilitantes prédisposaient à l'absorption des miasmes (je ne dis pas au développement du choléra), c'est que ce dernier se déclare le plus souvent chez les personnes affaiblies. Mais si l'on veut bien regarder les cholérines comme autant de cas d'absorption paralysés dans leurs effets par le bon état de l'économie, on verra que cette absorption est aussi fréquente chez les forts que chez les faibles ; qu'elle dépend plus du milieu dans lequel on vit et de son degré d'altération miasmatique que de toute autre chose.

(1) Cette influence a été signalée dernièrement par M. Bally, en France. Le choléra reparaissait avec le retour des vents d'ouest.

CHAPITRE II.

Arrivons maintenant à une autre question non moins importante.... Par quelle voie les miasmes cholérifères s'introduisent-ils dans notre économie? Trois voies leur sont ouvertes : l'absorption pulmonaire, l'absorption cutanée, l'absorption intestinale. Par laquelle de ces trois voies arrivent-ils à à notre estomac? Cela est difficile à démontrer. Cependant, en ne consultant que l'ordre d'appareils qui le premier révèle leur présence, on devrait croire que c'est par le tube intestinal qu'ils arrivent, et que leur véhicule le plus ordinaire doit être le bol alimentaire. Étudions ce dernier sous cet unique point de vue. Ce bol se compose tantôt de substances préalablement cuites et assaisonnées, tantôt de substances ingérées sans aucune préparation. Au premier ordre se rapportent les différentes espèces de viandes et certains légumes ; au second ordre les fruits, certains légumes crus et l'eau.

Or les derniers paraissent avoir une influence remarquable sur la production du choléra (1).

La plupart des cas isolés que j'ai retrouvés depuis 1832 correspondaient au moment où les fruits, si souvent avortés et de mauvaise qualité qu'on vend sur les ponts, sont livrés à la consommation publique.

Est-ce parce que les miasmes dont ils seraient chargés arriveraient dans l'estomac sans avoir eu à subir les modifications provenant, pour les autres aliments, de la coction ou de l'assaisonnement? Si cela était ainsi, on pourrait dire que c'est par la muqueuse des voies digestives que le choléra s'introduit.

Mais au lieu d'être le véhicule des miasmes, les fruits, par leur action stimulante, sécrétoire, c'est-à-dire par leurs propriétés purgatives, n'agiraient-ils pas plutôt en préparant la voie à l'intoxication? Ceci, du reste, serait une nouvelle raison de croire que c'est par la muqueuse gastrique que se fait l'introduction miasmatique.

Mais ce n'est pas là une preuve péremptoire. Nous savons que la plupart des poisons ont une action spéciale sur certains organes, et que cette action spéciale a lieu, par quelque point qu'on les fasse pénétrer.

Ainsi on agit sur le système nerveux par la peau, et l'hydrochlorate de morphine, appliqué à sa surface dénudée, n'en va pas moins modifier l'encéphale ; de même, en frictionnant l'abdomen avec de l'huile de croton tiglium, on obtient une purgation intestinale. Il ne faut donc point conclure de cette purgation au contact immédiat de l'agent purgatif. Et de ce que le choléra se révèle d'abord par des troubles intestinaux, il n'en faut conclure que c'est par les voies intestinales qu'il s'introduit. Ce pourrait bien être par la respiration ou par la peau.

Voilà des objections plausibles qu'il faut prévoir, et dont je ne décline pas la valeur. Aussi vais-je continuer mon examen, et chercher quelques raisons plus péremptoires.

(1) Voyez GAZETTE MÉDICALE, 23 décembre 1848 (M. Eugène Pelikan).

tion ne réagirait-elle pas sur les organes, et même sur certains organes, etc.? D'ailleurs, ce qu'on dit ici du sang peut s'appliquer à tous les fluides de l'économie. Quoi qu'il en soit, le systématique n'avoue pas aisément sa défaite, il lui en coûte trop de retomber de toute la hauteur de ses illusions dans l'humiliante conviction de la réalité : réduit *à lever le pouce* en gladiateur vaincu, il nie autant qu'il peut que son système soit dépassé, suranné. Un reste d'habitude, de langage, le séduit encore par de trompeuses apparences ; on peut lui dire, vous ne doutez pas, mais vous aimez à douter ; le soleil luit, vous avez les yeux sains, vous les ouvrez, et vous voulez qu'on vous prouve encore qu'il fait jour ! En effet, le progrès perce de plus en plus, et cette doctrine, qui présentait il y a quelques années des chances d'éternelle stabilité, n'existe plus que dans le souvenir des contemporains, jadis témoins de la lutte, ou qui eux-mêmes y ont pris part. Mais la jeunesse n'en a que des idées confuses ; bientôt même ces idées s'effacent, le système poussé, entraîné par la fatalité logique, produits du temps et de l'expérience, s'enfonce dans le gouffre du passé, il n'en reste que quelques débris, un mode particulier de considérer les faits et un nom de plus dans le panthéon historico-médical.

On nous nous abusons complétement, ou le tableau précédent reparaît à toutes les époques palingénésiques de la science, et si l'espace nous l'eût permis, nous aurions cité en preuves un grand nombre d'exemples. Cette succession non interrompue de systèmes, de doctrines, de théories, d'hypothèses, tient nécessairement à la science elle-même, aux phénomènes organiques dont on ne peut formuler les problèmes et leur solution avec rigueur, attendu notre profonde ignorance des causes, des lois de la vie, et cette accablante disproportion qui existe entre l'œuvre de Dieu et l'esprit de l'homme. Il y aura donc toujours un passé d'imperfection, comme un avenir de progrès et d'amélioration ; de là l'apparition des systèmes en médecine, et disons plus, leur nécessité. On conçoit qu'il faut de temps à autre refaire, une synthèse à la science, car une synthèse est un temps d'arrêt ; quant à une synthèse définitive, elle n'est pas possible, la nature est trop vaste, nos moyens trop bornés, même en les concentrant sur un sujet donné. Concevons donc l'utilité *relative* des systèmes, quand ce ne serait que pour donner l'impulsion à la science, pour la forcer de se remettre en marche. Les systématiques, on leur doit cette justice, sont en effet les plus vigoureux sarcleurs du sol médical. Si aucun n'a trouvé ni ne trouvera le principe absolu qu'il croit avoir saisi, chacun d'eux a été frappé de quelques rayons lumineux qui l'ont conduit à des choses utiles, à des aperçus neufs ou profonds. Leur idée a fait son temps, leur doctrine a eu sa part d'action et d'influence, et cette influence s'étend quelquefois plus loin qu'on ne le croit. Gardons-nous donc de penser que les systématiques ne méritent aucune reconnaissance de leurs contemporains et de la postérité. Celui qui, pénétrant jusqu'aux bases de la science, a pu en disposer à sa manière, en combiner hardiment les matériaux selon ses vues particulières ; celui qui a laissé un profond sillon dans cette même science, qui a courbé les opinions, rallié une masse de volontés, qui a su imposer ses vues, ses idées, ses chimères à toute une génération, quelquefois au delà, était certainement un homme d'un esprit supérieur. Il faut lui tenir compte de ses travaux, de ses efforts, sans pourtant lui sacrifier jamais les droits de la vérité.

Mais, dira-t-on, où est cette vérité? à quels signes la reconnaître? comment na-

Si les miasmes cholérifères n'agissaient sur la muqueuse intestinale qu'après y avoir été transmis par l'absorption pulmonaire ou cutanée, il faudrait que, comme les poisons que nous citions plus haut, ils fussent doués d'une action spécifique. Ce n'est qu'en vertu de cette propriété spécifique qu'ils pourraient circuler dans notre sang, être en contact avec notre cœur, nos poumons, notre cerveau, et pourtant rester inoffensifs pour ces organes.

Si ces miasmes ont, en effet, ces propriétés spécifiques, le choléra ne devra se composer que d'une lésion intestinale.... Voyons s'il en est ainsi.

Quand le choléra ne tue pas immédiatement le malade, il se fait, après une lutte plus ou moins prolongée, une réaction franche, et la convalescence se dessine; ou bien on entre dans une nouvelle série de symptômes qui se rapprochent de ceux des affections typhoïdes, je l'ai déjà dit. Ainsi aux troubles intestinaux succèdent les affections pulmonaires, et en même temps ou plus tard les altérations cérébrales. C'est du moins ainsi que j'ai vu les choses se passer en 1832.

J'ai même remarqué que cette terminaison typhoïde arrivait surtout chez ceux là dont les déjections avaient été moins abondantes, soit naturellement, soit par suite d'agents thérapeutiques.

Après la cessation du choléra, j'ai observé sur de jeunes enfants une affection cholériforme avec des caractères typhoïdes, et, chose remarquable, je n'obtins de succès contre cette affection qu'à l'aide de l'action émétique de l'ipécacuanha : je dis émétique, car ceux-là qui prenaient de l'ipécacuanha et ne vomissaient que peu ou point, ceux-là n'en éprouvaient aucun bon effet.

Ne pouvons-nous conclure de là que les miasmes cholérifères arrivent directement à la muqueuse intestinale, et que d'abord l'économie se défend tant qu'elle le peut contre son introduction. De là les vomissements, les selles diarrhéiques, les coliques, et par suite la perturbation générale provoquée par la lésion encore toute locale dans la première période.

Il ne faut pas croire en effet que le refroidissement du corps, la teinte violacée de la peau, la faiblesse du pouls, annoncent un virus quelconque déjà mêlé aux fluides circulatoires. Pour se convaincre de la possibilité de la production de tous ces symptômes par une lésion toute locale, il ne faut que se rappeler ce qui se passe dans les cas de hernie étranglée; là il n'y a point de miasmes délétères en circulation et pourtant on observe des symptômes analogues.

Si le choléra s'accompagne en plus de la suppression des urines, de gêne de la respiration, de l'altération de la voix, de l'amaigrissement instantané, etc., c'est que les déjections abondantes d'une part, et la concentration des forces de l'économie sur le tube intestinal d'autre part, annoncent un trouble plus ou moins marqué dans les autres fonctions. S'il y a des crampes, c'est que les troubles circulatoires se sont étendus jusqu'à l'influx nerveux, c'est en un mot qu'il y a perturbation générale sympathique.

Ainsi donc on peut rassembler une certaine somme de probabilités en faveur de cette hypothèse : que les miasmes cholérifères sont mis en contact direct avec la muqueuse intestinale et ne lui arrivent point par voie d'absorption, soit pulmonaire soit cutanée.

Si en effet de toutes les causes du choléra, soit prédisposantes soit déterminantes, celles qui portent leur action sur le tube intestinal sont les plus efficaces;

Si les premiers symptômes de la maladie ont pour siége le tube intestinal;

Si le traitement efficace au début de la maladie consiste en lotions de ce même tube intestinal;

Si plus tard le traitement de la maladie déclarée et les efforts conservateurs de la nature sont des expulsifs;

Si enfin ce n'est que consécutivement que nous voyons les autres organes de l'économie subir l'action toxique du miasme, nous devons conclure de l'ensemble de ces faits que c'est par la voie intestinale que se fait l'introduction de ce miasme.

Les attaques foudroyantes et non précédées de déjections ne sont pas une objection irréfragable qu'on lui puisse opposer. La dose miasmatique ingérée peut être telle qu'elle rende impossible tout effort de réaction intestinale.

Notre assertion demeure encore tout entière.

Si elle pouvait être démontrée mathématiquement, nous trouverions dans cette démonstration un double motif de sécurité. Si les miasmes, en effet, ne peuvent arriver que directement à la muqueuse intestinale, nous avons plus de moyens de nous défendre contre leur invasion.

Nous ne sommes plus pris entre deux feux, comme nous le serions s'ils pouvaient nous arriver par la respiration, par les voies digestives et par la peau. Nous savons par quelle porte l'ennemi peut entrer, et cette connaissance nous donne les moyens de la mieux défendre.

CHAPITRE III.

Mais arrivons à une autre question bien longuement débattue et qu'il nous faut encore examiner avant d'établir le traitement du choléra : je veux parler de la contagion.

Ceux qui le voient s'avancer de proche en proche et passer en quelque sorte d'un individu contaminé à un individu sain, semblent conduits à lui reconnaître le caractère contagieux.

Mais à ceux-là on objecte qu'on l'a vu franchir de longues distances sans infecter les lieux intermédiaires, et arrivé dans un pays, se porter de là dans un sens plutôt que dans un autre. C'est le plus souvent, comme nous l'avons dit, en suivant les cours d'eau. Or si le choléra était contagieux, il devrait s'étendre par une sorte d'irradiation périphérique et se comporter à peu près comme les cercles centrifuges que provoque la chute d'un corps dans un liquide. Au lieu de cela, on le voit souvent former une pointe et abandonner tous les autres rayons.

En supposant les communications égales de toutes parts, ne serait-il pas extraordinaire que ce fussent seulement les habitants d'une vallée qui subissent la contagion, et que ceux des autres pays y échappassent presque entièrement?

Ce qui doit encore faire repousser la contagion, c'est que parmi les individus qui, partis de différents points, viennent contracter la maladie dans une ville infectée, les uns, revenus dans leur famille, ne la donneront à personne, tandis que les autres sembleront avoir infecté tout le pays. D'où vient cette différence? de ce que l'un est revenu dans un air exempt de miasmes, tandis que l'autre est retourné dans un pays où les miasmes étaient déjà parvenus. Que conclure de là? que le contact des cholériques ne suffit pas pour donner le choléra; car s'il en était autrement, le contact eût propagé la maladie dans l'un comme dans l'autre cas.

---

viguer avec sûreté dans cette mer d'opinions, de doctrines, de théories et de systèmes? A cette grave question, on peut répondre que si vous attendez, si vous exigez de la certitude *absolue* en médecine, c'est vouloir saisir l'inconnu, pénétrer l'incompréhensible. Il n'y a que de la probabilité à espérer, mais cette probabilité a des degrés qu'il faut savoir reconnaître et évaluer. Or on ne peut y parvenir que par une expérience élaborée, libre dans ses recherches et précise dans ses résultats. C'est dans cette expérience, justifiée par l'assentiment du plus grand nombre des praticiens, que se trouve le *criterium*, au moyen duquel on peut découvrir, autant que possible, dans l'apparente mobilité des faits, le caractère du vrai. Ainsi, rechercher ce vrai, ce réel, sans s'attacher à aucun système, planer librement sur les théories dominantes, s'élever le plus possible à des généralisations qui soient l'expression positive des faits; saisir les rapports cachés de ces faits, distinguer ceux qui ne sont qu'illusoires, isoler ceux qui sont confus; ne voir dans les phénomènes que ce qui s'y trouve, mais tout ce qui s'y trouve; savoir douter dans les choses incertaines, savoir avouer son ignorance dans ce qui n'est pas connu, enfin, admettre la vérité, de quelque part qu'elle brille et surgisse, voilà, selon nous, la seule marche à suivre pour hâter le véritable progrès. Appelez cette méthode de l'empirisme raisonné, de l'expérimentation clinique, de l'éclectisme, si l'on veut, que nous importe, pourvu que ce soit la bonne voie. On a demandé si l'éclectisme, bien compris, avait découvert quelque vérité; qu'est-ce à dire? n'est-ce pas demander à une méthode ce qu'elle ne peut donner par sa propre nature? Le but de l'éclectisme n'est pas de découvrir des vérités, mais de les vérifier, de les constater, de les rejeter ou de leur apposer le sceau de la réalité, de les élever enfin dans la science au rang qui leur appartient. La puissance de l'éclectisme consiste dans son impartialité clairvoyante. C'est tout à la fois dans la science le principe stationnaire ou conservateur et le principe progressif ou du mouvement; une *ancre* et une *voile* pourraient être ses attributs comme ses symboles. Au reste, souvenons-nous qu'il ne nous est pas donné d'établir cette *unité* à laquelle prétendent les systématiques, qu'un principe poussé à l'extrême s'éloigne par cela même du vrai, et qu'en médecine surtout, l'exclusif est toujours le faux.

R. P.

— MUNIFICENCE ANGLAISE. — Mistress Mary Tucker, de Bramford-Speke, dans le comté de Devon, vient de faire les donations suivantes aux hôpitaux : aux hôpitaux de Devon et d'Exeter, 1,000 l. s.; Barnstaple-Infirmary, 600; dispensaire d'Exeter, 200 : dispensaire de Windsor, 200; hôpital des poitrinaires, 100; Société des Incurables, 100; secours aux médecins en Syrie, 50. En outre de ces diverses sommes, qui se montent à 2,250 l. s., soit 56,250 fr., cette dame a légué à diverses œuvres de charité non encore réalisées, la somme de 12,000 l. s., soit 300,000 fr.

— STATISTIQUE PROFESSIONNELLE DES ÉTATS-UNIS. — D'après le relevé de tous les colléges et universités des États-Unis pour la session de 1847-1848, il résulte que le nombre des étudiants suivant leurs études dans les différents établissements, est de 1,090; le nombre de gradués est de 4,033, et le nombre d'établissements est de 37.

Une autre preuve de la non-contagion se tire de cette circonstance que l'on remarque journellement, à savoir : que le choléra épargne souvent les personnes qui ont soigné des cholériques, tandis qu'il frappe ceux-là qui n'ont eu aucun rapport avec eux.

Rien n'est donc moins prouvé que la contagion du choléra.

Si une contrée, une ville, une rue, une maison est frappée plus spécialement qu'une autre, ce n'est pas parce que les contacts ont été plus fréquents ni plus immédiats, mais bien parce que les miasmes, inégalement disséminés dans l'air et conduits surtout par les courants d'air, se sont présentés plus abondamment aux habitants de cette contrée, de cette ville, de cette rue, de cette maison.

Mais si le choléra ne se transmet pas d'un cholérique à un homme sain, et par cela seulement que le premier est malade, il pourrait bien se faire cependant qu'il se transmît d'un pays à un autre, soit par des voyageurs soit par des objets arrivant des lieux ravagés par le choléra.

Si celui-ci naît en effet de miasmes, ceux-ci peuvent s'attacher aux effets comme aux individus et se transporter à de longues distances sans léser les points intermédiaires.

Mais ces individus ou ces effets ne sont, dans ces cas-là, que de simples véhicules; ces individus notamment peuvent apporter le choléra à quelques individus sans l'avoir eux-mêmes; ce n'est pas là la contagion comme on l'entend, puisque l'individu qui apporte le germe du mal n'a pas, lui, ce mal; puisque, d'une autre part, celui qui l'a ce mal ne le transmet cependant pas. Nous verrons plus tard quelles conclusions pratiques on pourra tirer de ces faits. En attendant résumons-nous.

Nous venons de voir que le choléra né dans l'Asie, apporté le plus souvent par les vents, suivait dans sa marche ordinairement les grands cours d'eau et s'avançait en pointe plutôt qu'en circonférence; qu'il était produit par des miasmes répandus dans l'air, mais non également répartis, miasmes qui devaient avoir au moins la pesanteur spécifique de l'air; que ces miasmes, évités par quelques individus, étaient respirés par les autres; que là où l'air était le moins renouvelé, le séjour de ces miasmes devait être plus prolongé et augmenter les chances d'absorption; que c'était ainsi qu'il fallait s'expliquer la préférence du cholera pour certaines contrées, certaines villes, certains quartiers, certaines rues et même certaines maisons, pour ne pas descendre jusqu'aux divisions de ces maisons.

A propos de cette préférence, on a invoqué la malpropreté des rues étroites, l'insalubrité des demeures, la pauvreté des habitants, et par suite la privation de conditions hygiéniques comme cause principale de cette différence.

Ceci a besoin d'être expliqué; toutes ces circonstances fâcheuses existaient hier et les jours précédents, et le choléra n'existait pas. S'il survient aujourd'hui, serait-il rationnel de leur attribuer? Non. Si le choléra est plus fréquent dans ces conditions, c'est au défaut de renouvellement de l'air qu'il faut s'en prendre. Voilà pour la plus grande fréquence des cas; mais pour leur intensité, c'est autre chose. Oui, le mauvais état de santé qui résulte du défaut de propreté des demeures, de l'encombrement des individus, de la privation de lumière, de vêtements et de nourriture. Oui, ce mauvais état de santé donne non plus de chances d'absorber des miasmes, mais de succomber à l'action de ceux qu'on aura le malheur de laisser pénétrer dans son économie.

En effet, si deux individus, je le répète, l'un robuste et l'autre faible, ont des chances égales d'absorption, ils sont loin d'avoir une égale force de réaction. Dans la lutte qu'ils auront à soutenir l'un et l'autre, le premier sortira vainqueur, le second au contraire sera vaincu.

Mais suffit-il d'être fort pour toujours vaincre? Non, car il faut encore admettre que si les miasmes sont inégalement répandus dans l'atmosphère, on est susceptible d'en absorber des doses variables. Or cette dose peut être telle qu'aucune force humaine ne puisse y résister. C'est ce que nous avons vu au début du choléra de 1832. Presque tous les malades, forts ou faibles, succombaient. Un peu plus tard, il y eut lutte et chances à peu près égales. A la fin de l'épidémie, enfin, la victoire resta presque toujours au malade.

Ne pourrions-nous conclure de là que loin d'engendrer des miasmes cholérifères, les personnes atteintes les absorbent et les décomposent, de sorte que plus est grand le nombre des cholériques, plus il y de chances de voir finir bientôt la maladie? En serait-il de même si chaque cholérique multipliait les miasmes autour de lui? Evidemment non. C'est donc une nouvelle raison de ne pas croire à la vertu contagieuse du choléra.

Ici se termine la première partie de ma tâche. J'ai à vous demander pardon de vous avoir plus d'une fois entraînés sur le terrain si glissant des hypothèses. Je sais que les esprits sérieux pourront m'en faire un reproche. Cependant j'espère encore qu'ils me le pardonneront surtout s'ils veulent bien admettre dès à présent ce que je m'efforcerai de prouver dans la seconde partie de ce rapport, c'est que les conséquences pratiques qui découlent de ces hypothèses n'ont rien qui heurte nos idées acquises soit en hygiène, soit en thérapeutique.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

REVUE CLINIQUE DU CHOLÉRA.

A partir de ce moment, et jusqu'à ce que l'épidémie ait complétement cessé, nous publierons chaque semaine un compte rendu aussi détaillé que possible, sous le nom de REVUE CLINIQUE DU CHOLÉRA. Notre but principal, en publiant ce compte rendu clinique, est de fournir à la science et à l'art des faits en nombre suffisant, et assez circonstanciés pour permettre d'établir une comparaison rigoureuse entre le choléra actuel et l'épidémie de 1832. Nous nous proposons de rapporter, à cet effet, la plupart des cas de cette affection observés dans les hôpitaux, si le nombre n'en devient pas par trop considérable, et de rapprocher de ces faits un certain nombre d'autres recueillis dans la pratique de la ville. Les documents, trop négligés jusqu'à présent, que sont à même de fournir nos confrères de la ville, nous paraissent, surtout dans un temps d'épidémie, devoir être considérés comme d'une trop haute importance pour qu'il soit permis de les omettre. Nous établirons donc notre comparaison à ce double point de vue, de la maladie dans les hôpitaux et en ville.

Quant aux observations, elles seront rédigées avec le plus détails qu'il nous sera possible d'en réunir. Les points sur lesquels nous insisterons particulièrement seront les suivants : 1° les circonstances hygiéniques dans lesquelles se trouvaient les malades; 2° les prédispositions individuelles; 3° la période d'incubation de la maladie; 4° le mode d'invasion; 5° la succession des symptômes; 6° la marche de la maladie; 7° l'enchaînement des deux périodes principales; 8° enfin les terminaisons et les différents médications employées, et particulièrement les terminaisons spontanées.

Cette espèce de formule comparative, que nous adoptons pour plus de facilité dans les descriptions, et aussi pour être plus certains de ne laisser aucun point important dans l'ombre, ne nous empêchera pas de mettre en relief toutes les circonstances particulières qui sembleraient résulter de l'épidémie actuelle ou d'une observation plus attentive des phénomènes de la maladie.

Les observations dont nous faisons suivre ces quelques lignes de programme, qu'on nous passe le mot, bien qu'elles ne soient pas nombreuses, nous permettront déjà de présenter de courtes remarques sur tous ou sur quelques-uns seulement des points que nous avons indiqués.

Les cas de choléra qui sont parvenus à notre connaissance jusqu'à ce jour sont au nombre de 24. Ces 24 cas se répartissent de la manière suivante : 15 hommes, 6 femmes et 3 enfants. Sur les 15 hommes, 12 ont été reçus ou se sont déclarés dans les hôpitaux : 7 dans les hôpitaux civils (3 à l'Hôtel-Dieu, 1 à la Pitié, 2 à Saint-Louis, 1 à Necker); 5 dans les hôpitaux militaires (4 au Val-de-Grâce, 1 au Gros-Caillou); 3 ont été soignés en ville. Sur les 6 femmes, 5 ont été reçues dans les hôpitaux (3 à l'Hôtel-Dieu, 2 à la Charité); 1 a été traitée en ville. Les 3 enfants du sexe féminin étaient déjà en traitement pour d'autres maladies à l'hôpital des Enfants. Sur ces 24 malades, 11 sont morts (7 hommes, 1 femme et 3 enfants); 6 sont guéris ou en voie de guérison assurée; 6 sont encore en traitement, dont 2 (deux des femmes de l'Hôtel-Dieu) sont dans un état à peu près désespéré. Le premier cas qui nous a été signalé remonte au 15 février. Les jours où ont eu lieu le plus grand nombre d'invasions sont le 9, le 12, le 13 mars et le 16 mars. Voici les faits sur lesquels il nous a été possible de recueillir les détails les plus précis.

HÔTEL-DIEU.

CHOLÉRA ASIATIQUE; PRÉDISPOSITION MORBIDE; HUIT JOURS DE PRODROMES; INVASION LA VEILLE DE L'ENTRÉE A L'HÔPITAL; QUATRE JOURS DE MALADIE; GUÉRISON.

OBS. I. — Le 9 mars, est entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. Honoré, le nommé Mathurin Relin, gendarme, âgé de 33 ans, demeurant rue Saint-Antoine, 106. (Salle Saint-Louis, n° 38.)

Voici les détails de l'observation, qui nous ont été communiqués par M. Honoré.

Cet homme est d'une taille assez élevée, d'une assez bonne constitution, un peu maigre, d'une assez bonne santé habituelle; cependant il dit avoir un mauvais estomac, et par suite être obligé à vivre constamment de régime. Tous les ans il est, à ce qu'il dit, sujet à des vomissements bilieux très-abondants, et ces vomissements se reproduisent dès qu'il fait le moindre écart de régime, c'est-à-dire, sans faire d'excès, dès qu'il mange un peu plus que d'habitude. Il avait depuis huit jours de la diarrhée.

Le 8 au soir, veille de son admission à l'hôpital, il avait dîné avec sa femme et sa fille, et ce repas s'était composé, comme d'habitude, de soupe et de bœuf bouilli. A neuf heures du soir, il se portait très-bien encore. Vers neuf heures et demie, il fut pris subitement, et sans cause connue, de douleurs violentes d'entrailles, de diarrhée, de vomissements, phénomènes qui allèrent en augmentant

d'intensité jusqu'au lendemain onze heures du matin, moment auquel on l'apporta à l'hôpital.

A cet instant, cyanose intense, refroidissement presque complet, surtout des extrémités, aphonie, crampes violentes, très-fréquentes, presque continuelles, diarrhée spécifique, matières analogues à de l'eau de riz mêlée de grumeaux blanchâtres, vomissements un peu teints de bile. Le malade n'étant arrivé qu'après la visite, M. Honoré ne le vit pas alors; mais l'interne de la salle fit administrer des boissons chaudes, du sirop d'éther, qui furent peu supportés; on mit tout en œuvre pour réchauffer le malade; on lui fit prendre deux bains de vapeurs. Après le premier, qui amena un soulagement très-notable, les urines, qui étaient supprimées depuis la veille au soir, reparurent en petite quantité. Le second fut suivi également d'un soulagement, que le malade déclara cependant moindre que celui du matin.

M. Honoré vit le malade pour la première fois le 9 mars, à huit heures du soir. Alors déjà se montrait un mouvement faible, il est vrai, de réaction. La voix était un peu revenue; diminution des crampes, quant à leur intensité et à leur fréquence, et de la diarrhée. Les vomissements continuaient, composés des tisanes prises par le malade. Cependant l'eau de Seltz, dont on avait commencé l'administration, était mieux supportée; le malade la gardait une heure et demie, deux et même trois heures. Le second bain de vapeurs fut suivi du rétablissement presque complet des urines. Le pouls était encore, comme au moment de l'entrée, imperceptible et insaisissable. Soif très-vive.

On prescrivit des frictions longtemps continuées, des sinapismes multipliés sur les membres, des demi-lavements avec l'extrait de ratanhia et le laudanum; l'infusion de tilleul chaude n'étant pas supportée, on continua l'eau de Seltz. La faiblesse de la réaction engagea M. Honoré à prescrire du vin de Bagnols additionné de laudanum, à prendre par cuillerées; le malade ne prit que deux cuillerées de ce mélange, qu'il rendit aussitôt. Quelques morceaux de glace furent également essayés.

La même thérapeutique fut continuée pendant toute la journée du 10, et suivie d'une amélioration évidente, bien que lente.

Le 11, à la visite du matin, la réaction continuait à se faire; le malade était toujours faible, dans un état d'angoisse qui n'avait pas cessé depuis son entrée, n'accusant pas, sauf les crampes, de douleurs fixes dans telle ou telle partie du corps. Céphalalgie forte depuis la veille au soir; il n'y en avait pas eu précédemment, ou du moins le sujet ne s'en était pas plaint. La réaction s'appliquait à tous les phénomènes morbides. Ainsi, la sécheresse de la peau était moindre; le sujet avait uriné quatre fois pendant la nuit; les crampes avaient presque complétement cessé; les vomissements continuaient, bien que moins abondants, et présentaient toujours une teinte bilieuse.

Craignant un peu de congestion vers la tête, en raison de la céphalalgie, laquelle ne pouvait dépendre de l'opium dont le malade n'avait pris qu'une très-faible proportion, M. Honoré fit pratiquer une petite saignée d'une palette et demie environ. Le sang qui, du reste, en raison de la faiblesse de la réaction, avait mal coulé, présenta un caillot noir, analogue pour la couleur et la consistance à de la gelée de groseille un peu trop cuite, et dont la surface était çà et là parsemées de taches couenneuses. Si le malade avait été d'une plus vigoureuse constitution, il était évident dès ce moment qu'il était en voie de guérison. Même traitement.

Le 12, voici l'état dans lequel se trouve le malade :

Encore un ou deux vomissements cette nuit; encore un peu de diarrhée, mais verdâtre et bilieuse. Encore un peu de cyanose de la peau, mais légère; le pouls, calme, à 76-80; la céphalalgie est beaucoup moins forte qu'hier. Pas de crampes; sentiment général de courbature; ventre indolent; la voix est revenue; la peau a repris sa souplesse et son élasticité, comme aussi sa température normale. Un peu de sommeil cette nuit. La soif est moins vive; les boissons ne sont plus rejetées; le malade demande à boire une tisane un peu acide. Pas d'appétit, on lui propose des aliments qu'il refuse.

Eau de Seltz; limonade végétale, additionnée d'un léger excès de jus de citron.

Le malade, qui peut aujourd'hui donner quelques renseignements sur ses antécédents, déclare être sujet de temps en temps à des vomissements bilieux, qui se font naturellement et sans s'accompagner d'aucune douleur. A quoi tiennent ces vomissements? M. Honoré ne peut les rattacher à rien de bien précis; cependant il ne serait pas éloigné de croire qu'il existe chez cet individu un obstacle au cours de la bile, comme des calculs biliaires.

Convalescence déclarée.

PLUSIEURS MALADIES ANTÉCÉDENTES DATANT DE SEPT MOIS; INVASION PAR DES VOMISSEMENTS BILIEUX.

OBS. II. — Apaline, 24 ans, fille, boutonnière, demeurant passage de la Trinité; malade depuis le 12 mars au matin. Entrée le 24 août 1848 salle Saint-Antoine, 21.

13 mars. Cette malade était depuis longtemps dans le service où elle était entrée à l'occasion d'une fièvre typhoïde, suivie d'hépatite, d'une péritonite aiguë circonscrite, et enfin d'une entérite chronique. Epuisée par toutes ces affections, la malade a été prise dans la nuit d'hier et d'avant-hier de vomissements verdâtres très-abondants, contenant quelques débris d'aliments.

ÉTAT ACTUEL. — Pas de selles pendant la première nuit. Hier, selles et vomissements abondants, aqueux et granuleux; crampes dans les membres, douleurs épigastriques et abdominales, refroidissement des extrémités; soif très-vive, cyanose très-considérable dès hier. (Frictions ammoniacales.) Yeux caves, abattus, pourtour des orbites cyanosés, face amaigrie, langue froide, pouls insensible, aphonie presque complète; refroidissement et cyanose considérables des extrémités, soif vive, salive neutre; la peau a perdu son élasticité; pas de céphalalgie, abattement très-considérable.

14 mars. Hier et cette nuit vomissements fréquents et selles involontaires, un peu de calme cette nuit. Les matières rejetées par les selles et les vomissements sont de même nature que celles d'hier matin. *Facies* moins décomposé qu'hier, paupières cyanosées, nez et menton froids, langue rosée, humide et un peu tiède, soif vive, intelligence nette, voix faible. Mains et avant-bras froids, très-rouges, la circulation capillaire semble se faire un peu moins qu'hier.

15 mars. Hier, vomissements toute la journée, selles involontaires. Cette nuit même phénomène; la malade a uriné; vomissements ce matin; les matières vomies ont une teinte verte très-prononcée. Yeux bordés de noir; les traits sont moins décomposés qu'hier, l'abattement est le même, la voix un peu plus forte. Le pouls semble avoir repris un peu de force; les mains sont cyanosées et froides; la température des bras est plus basse qu'hier; la chaleur du corps est normale; peu de soif; langue tiède; intelligence nette. (Bain à 42° C.; 8 gram. d'eau de chaux, au lieu de 20 gr. d'ammoniaque, dans la potion qui doit être donnée par cuillerées.)

16 mars. La période algide persiste encore. La face est pâle, les traits moins décomposés, les yeux moins enfoncés dans l'orbite; ils sont encore convulsionnés de temps en temps. Les paupières ont la même teinte noire. Langue naturelle, mais à peine tiède. Température générale assez basse. Les mains sont moins froides et moins cyanosées qu'hier. La circulation semble se faire un peu plus facilement. 104 pulsations très-faibles; 12 respirations. Depuis hier matin un seul vomissement dans l'après-midi; pas de selles; quelques gouttes d'urine. La malade a dormi une partie de la journée et toute la nuit dernière; elle a vomi une fois ce matin. Les matières sont liquides et vertes; l'intelligence est lucide. (Bain à 42°; julep avec eau de chaux, 15 grammes. Le reste *ut suprà*.)

Nous ferons connaître ce qui surviendra ultérieurement chez cette malade, dont l'état est encore très-grave.

MALAISE DEPUIS UN MOIS; HUIT JOURS DE PRODROMES; DÉVELOPPEMENT PROGRESSIF DES SYMPTÔMES CHOLÉRIQUES; RÉACTION SUIVIE DE SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX.

OBS. III. — Rolland (Madeleine), âgée de 23 ans, marchande, demeurant rue Saint-Spire (5e arrondissement), malade depuis huit jours. Entrée le 12 mars à deux heures, salle Saint-Antoine, n° 2.

Mal portante depuis un mois; prise il y a huit jours par des vomissements et des selles abondantes, liquides, qui existent encore aujourd'hui. Des crampes dans les membres supérieurs et inférieurs sont survenues deux jours après. Il n'y a pas eu de coliques; douleurs à l'épigastre, céphalalgie, soif intense, refroidissement général, surtout dans les membres.

État actuel : Pas de céphalalgie, yeux excavés, bouche pâteuse, soif très-intense; 84 pulsations égales, régulières, chaleur naturelle (la malade sort du bain); vomissement ce matin, douleurs dans les jambes en ce moment. Cette femme est enceinte de six mois et demi. (Bain à 40° C.; extrait gommeux d'opium, 0,20 gr. en huit pilules, à prendre de deux en deux heures; glace; julep avec ammoniaque, 20 gouttes; eau de Seltz; infusion de camomille chaude.)

14 mars. Deux vomissements et une selle ou deux hier; cette nuit la malade a bien dormi; il n'y a eu ni selles ni vomissements. Vomissements ce matin; jambes douloureuses, surtout à la pression; 100 pulsations; chaleur naturelle; yeux excavés; pas de cyanose. L'eau de Seltz cause des maux de cœur; extrémités chaudes. (Bain à 42° C.; extrait gom., 0,20; suppression de la potion ammoniacale.)

15. Hier, pas de vomissement; deux garde-robes, pas de crampes. Avortement cette nuit à 2 h.; une selle et un vomissement. Ce matin, abattement, somnolence; pouls fort et assez fréquent. Peau d'une chaleur normale, bout du nez froid. Les jambes sont beaucoup moins douloureuses qu'hier. Le liquide vomi a une teinte légèrement verdâtre. La malade a uriné plusieurs fois. (Pas de bain; remplacer les 20 gouttes d'ammoniaque par huit grammes d'eau de chaux.)

16. Depuis hier matin, ni selles, ni vomissements, ni crampes. La malade a été continuellement dans l'état de somnolence où elle est en ce moment. La face est fortement congestionnée; la respiration est haute, anxieuse, un peu accélérée. La chaleur du corps n'a rien de particulier, celle de la face est peu élevée. La malade ne répond pas aux questions qui lui sont faites, cependant il semble que l'intelligence n'est pas complétement éteinte. Pouls accéléré, assez fort, intermittent. (Saignée de 300 grammes; large vésicatoire sur l'épigastre.)

MALADIE ET CHAGRINS ANTÉCÉDENTS; SIX JOURS DE PRODROMES; QUATRE JOURS DE MALADIE; MORT.

OBS. IV. — Henriette Lardant, 60 ans, blanchisseuse, rue aux Fèves, 17 (Cité), malade depuis six jours, entrée le 12 mars à midi, salle Saint-Antoine, n° 20.

Le 13. Renseignements : Mal portante depuis un mois; douleurs vagues; beaucoup de chagrins de famille. Il y a six jours, elle a été prise de crampes dans les jambes, de douleurs abdominales et d'une sensation d'augmentation de volume de l'abdomen. Vomissements abondants dès le premier jour, qui ont continué jusqu'au 12; douleurs à l'épigastre, moins vives que celles de l'abdomen; dès le premier jour aussi, selles nombreuses, aqueuses, avec des grumeaux; gêne de la respiration depuis six jours.

État actuel : Langue un peu sèche, blanche au milieu; soif vive, bouche amère, salive acide. Deux vomissements hier; elle n'en a point aujourd'hui; pas d'urine depuis six jours; 84 pulsations assez développées et régulières; cyanose très-prononcée hier, aujourd'hui moindre; froid général extrême hier, aujourd'hui la peau est tiède; somnolence, pas d'abattement, intelligence nette, voix naturelle; céphalalgie; plus de crampes. (Prescription : Bains à 33° Réaumur;

potion avec ammoniaque 10 grammes; extrait gommeux 0,28 pour 8 pilules à donner de deux heures en deux heures. Eau de Seltz; glace; infusion de camomille très-chaude.)

14. Hier peu de vomissements, pas de selles, soif peu intense; crampes dans les mollets; douleurs abdominales, que la malade caractérise en disant qu'elle ressent des *tortillements des intestins*. La nuit dernière, sommeil calme et prolongé, ni selles ni vomissements.

Ce matin, congestion de la face, nez chaud, langue couverte d'un enduit blanc, très rouge à la pointe, humide. Conjonctives injectées, éblouissements, céphalalgie, bourdonnements. Mains à peine tièdes, pieds chauds; pouls très-faible, dépressible, 70 pulsations. Borborygmes, quelques plaques cyanosées sur les bras et sur les mains. (Cataplasme laudanisé sur le ventre; un quart de lavement amidonné et laudanisé, 6 gouttes; suppression de la potion ammoniacale.)

15. Ni vomissements, ni selles, ni miction depuis hier matin. Somnolence continuelle; elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; la face est un peu congestionnée, le ventre très-tendu, les jambes et les pieds ont une température naturelle; les mains et les avant-bras sont tièdes et cyanosés; les doigts presque froids à leurs extrémités; roideur assez considérable dans les membres; respiration stertoreuse; pouls lent et très-faible; langue sèche. Hoquet dans la nuit; déglutition impossible. (Large vésicatoire sur la poitrine; potion ammoniacale et opium; pas de bain.)

16. Décubitus dorsal, face fortement congestionnée, yeux clos, nez froid, bouche ouverte, remplie d'écume; respiration stertoreuse à un très-haut degré; chaleur du corps à peu près normale, les mains et les bras sont chauds et beaucoup plus cyanosés qu'hier. Pouls nul, même à l'artère radiale. Ni selles, ni vomissements, ni crampes. Hier et dans la nuit dernière, la malade a toujours été dans l'état où elle est maintenant.

La malade meurt après la visite, à dix heures.

Les 4 malades dont nous venons de rapporter l'histoire sont ceux dont M. Honoré a entretenu l'Académie dans sa dernière séance. On voit, d'après ces détails, que, sauf le premier cas dont la guérison est maintenant assurée, le pronostic favorable qu'avait porté cet honorable académicien est malheureusement loin de se confirmer. Si l'on rapproche la circonstance de l'aggravation subite des trois dernières malades dont l'une a succombé ce matin même et dont les deux autres paraissent vouées à une mort prochaine, de la gravité extrême des cas qui se sont manifestés depuis deux jours, et que nous ferons connaître tout à l'heure, on ne peut s'empêcher de craindre que l'épidémie ne gagne en intensité.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

CHOLÉRA PRÉCÉDÉ DE PRODROMES ET D'UN ÉTAT MALADIF MAL DÉTERMINÉ; APPLICATION DU GALVANISME; RÉACTION.

OBS. V. — Une femme, âgée de 44 ans, enceinte de près de neuf mois, est entrée le 9 mars à l'hôpital de la Charité, service de M. Andral, offrant les symptômes suivants : refroidissement général de tout le corps et principalement des extrémités des membres et du nez; teinte cyanique très-prononcée à la face, aux mains et aux pieds; yeux caves et cernés, pouls presque insensible à l'artère radiale, disparaissant complétement par instants; voix éteinte et fêlée, crampes extrêmement violentes et presque incessantes aux mollets et dans les muscles des parois thoraciques; douleur précordiale et sensation de constriction à l'épigastre, respiration haute, suspirieuse, et parfois saccadée, nausées fréquentes, quelquefois accompagnées de vomissements aqueux et muqueux abondants, selles copieuses caractéristiques, anxiété extrême.

Ces symptômes existaient depuis la veille; mais cette femme était malade depuis cinq à six semaines; elle avait eu depuis ce temps de fréquents vomissements et de la diarrhée; ces premiers vomissements, nous a-t-elle dit, étaient sanglants; mais nous avons quelques motifs de douter de l'exactitude de ses rapports. Cette femme était préoccupée de l'idée qu'elle avait été empoisonnée. De pareils soupçons s'étaient élevés déjà à plusieurs reprises dans son esprit, notamment il y a trois ans, époque où elle éprouva, dit-elle, des accidents analogues à ceux qu'elle éprouve aujourd'hui. Quoi qu'il en soit de ces antécédents, qui sont de nature à laisser quelque doute dans l'esprit, cette malade présentait manifestement tous les symptômes du choléra; et cette affection ne paraissait s'être développée qu'à la suite de prodromes existant depuis plusieurs semaines. Nous devons ajouter que cette femme est d'une constitution assez chétive, et qu'elle paraît avoir souffert, sinon de misère, au moins à coup sûr d'impressions morales pénibles.

A son entrée à l'hôpital, on lui appliqua des sinapismes aux mollets, et on prescrivit une potion aromatique éthérée et opiacée et une infusion de thé. Les sinapismes n'ayant paru produire aucun effet notable ni sur les crampes ni sur la réaction, M. le docteur Duchenne, présent à la visite, proposa de soumettre cette malade à l'action de son appareil voltaïque (1), ce qui fut autorisé par le chef de service. Dès la première application des excitateurs sur les mollets, les crampes cessèrent complétement. Les excitateurs furent alors appliqués sur la région épigastrique, et promenés alternativement sur la partie antérieure de la poitrine et de l'abdomen. Les vomissements, que la potion et le thé n'avaient fait qu'augmenter, cessèrent également.

Après une demi-heure environ de galvanisation, la chaleur reparut sur la presque totalité du corps et le pouls se releva sensiblement. La respiration néanmoins continua à être très-anxieuse et la cyanose persista. Nouvelle galvanisation à deux heures, suivie d'un mouvement de réaction sensible, mais encore peu prononcé. Il n'y a plus de crampes, plus de vomissements, mais des hauts le cœur fréquents, une grande gêne à respirer, de l'anxiété et de la cyanose; la chaleur est plus uniforme; le pouls se soutient un peu; la malade qui n'avait pas uriné depuis la veille dit en ressentir le besoin, mais sans pouvoir y satisfaire. On la sonde et il sort quelques cuillerées d'urine. On enveloppe les membres de ouate pour entretenir la chaleur; glace à l'intérieur et eau de Seltz.

10 mars. La nuit est bonne. Il n'y a plus ni vomissement ni crampes, une selle seulement légèrement colorée en jaune. Le pouls est beaucoup plus fort que la veille; la chaleur est presque normale et uniformément répandue sur tout le corps; les muqueuses des sens sont légèrement rosés; la cyanose a disparu; la physionomie est notablement meilleure; la réaction est manifeste. On continue la glace et l'eau de Seltz. La malade accouche dans la journée d'un enfant mort et à terme.

A dater de ce moment, elle tombe dans un état soporeux qui a persisté jusqu'au 15, dernier jour où nous avons vu la malade.

SYMPTOMES CHOLÉRIFORMES SURVENUS PENDANT LE COURS D'UNE MÉTRORRHAGIE; PERSISTANCE DE L'AFFECTION PRIMITIVE.

OBS. VI. — Antoinette Baurain, 45 ans, demeurant à Paris, cour Boussi (1er arrondissement), est entrée à la Charité (service de M. Cruveilhier) le 12 mars au soir. Cette femme était malade depuis six semaines; elle avait de la diarrhée, des coliques, des douleurs de reins et un flux sanguin vaginal auquel elle est sujette depuis quelque temps, et qui revient à des intervalles irréguliers et hors de l'époque menstruelle habituelle. Au moment de son entrée elle présentait quelques symptômes cholériformes, tels que refroidissement général, teinte cyanique de la face et des extrémités, nausées et vomiturition presque continuelles, diarrhée séreuse abondante, douleur précordiale très-vive, anxiété extrême, pouls extrêmement faible, mais non complétement supprimé. (Prescription : Infusions chaudes éthérées, sinapismes et frictions excitants, lavements fortement laudanisés.) Grâce à l'emploi de ces moyens, la chaleur n'a pas tardé à reparaître, le pouls s'est relevé, les selles ont cessé; mais les vomiturition ont persisté et étaient encore presque continuelles le lendemain matin; elle éprouvait toujours une très-grande anxiété et accusait des douleurs très-vives dans l'abdomen et particulièrement à la région ombilicale. (Application de sangsues *loco dolenti.*)

Le surlendemain 13, il ne restait plus de traces de l'affection cholérique, mais la douleur abdominale persistant toujours, on continuait à la combattre par des émissions sanguines locales.

Ce dernier cas ne peut évidemment pas être considéré comme un véritable cas de choléra; mais on ne peut y méconnaître les effets de l'influence épidémique. C'est à ce titre qu'il nous a paru devoir trouver place dans cette revue.

HÔPITAL DE LA PITIÉ.

CHOLÉRA ASIATIQUE; QUINZE JOURS DE PRODROMES; QUINZE HEURES DE MALADIE; MORT.

OBS. VII. — Un homme de 42 ans, assez vigoureux, journalier, actuellement sans ouvrage et misérable, habitant Paris depuis deux mois, et sur le point de partir pour l'Algérie, a été amené, mardi matin à huit heures, à l'hôpital de la Pitié, service de M. Gendrin, dans l'état suivant : état cyanique prononcé, yeux caves, refroidissement général de tout le corps, langue et haleine froides, crampes, respiration courte et anxieuse, asphyxie imminente, absence complète de pouls, absence d'urines, aphonie presque complète; selles involontaires, incolores, et n'ayant point taché les draps. L'état du malade était tel au moment de son entrée qu'on a pu à peine recueillir de sa bouche quelques renseignements très-incomplets sur ses antécédents et sur le début de sa maladie. Voici, à cet égard, ce qu'on a pu savoir. Cet homme, vivant depuis longtemps de privations, était souffrant depuis quinze jours; il avait des coliques, un malaise général et de la lassitude. Dimanche dernier il fut pris d'une diarrhée abondante, devenue colliquative dans la nuit du lundi au mardi, et qui n'a cessé que quelques heures avant sa mort; cette diarrhée fut bientôt accompagnée de vomissements et de crampes; les crampes persistaient encore au moment de son entrée à l'hôpital, mais les vomissements avaient cessé. L'état du malade était tellement grave, que, malgré l'emploi des excitants externes les plus énergiques, on n'a pu obtenir la moindre manifestation de réaction. Le malade est mort par une véritable asphyxie, à deux heures de l'après-midi, six heures après son entrée, et environ douze ou quinze heures après l'invasion des premiers symptômes cholériques.

Nous avons cru inutile de rapporter l'autopsie qui n'a rien offert d'insolite. Le cas était trop bien caractérisé pour qu'il fût nécessaire d'emprunter un supplément de lumière aux lésions anatomiques d'ailleurs si peu importantes dans cette affection.

(1) L'appareil volta-électrique à double courant de M. le docteur Duchenne, qui peut rendre d'utiles services dans la circonstance actuelle, se trouve chez M. Charrière.

HÔPITAL DES ENFANTS.

CHOLÉRA; SIX JOURS DE MALADIE; SELLES ET VOMISSEMENTS BILIEUX; MORT. (Absence de renseignements sur les prodromes.)

OBS. VIII. — Au n° 24 de la salle Sainte-Catherine (service de M. Bouley) a succombé, le 1er de ce mois, une petite fille âgée de 5 ans.

Elle a été six jours malade. Le 22 ou le 23 février, en revenant de l'école, elle fut prise, sur le soir, de vomissements, de crampes et de diarrhée. Les parents prirent d'abord ces crampes pour des convulsions.

Les vomissements furent constamment bilieux, et n'amenèrent qu'un seul ver lombricoïde. Les selles étaient abondantes, jaunâtres, fétides. Les extrémités étaient glacées, et on fit toujours de vains efforts pour y rappeler la chaleur. Les urines, rares d'abord, disparurent complétement les derniers jours, et ce fut à peu près en vain qu'on sonda la petite malade.

L'abdomen était météorisé. Elle a constamment offert un facies fortement cholérique et tous les symptômes généraux de cette grave affection; mais ce qu'il y a eu surtout de remarquable chez elle, ce sont les crampes, les frissons répétés, et la suppression de la sécrétion urinaire.

TRAITEMENT. Boules d'eau chaude, sinapismes, ouate pour réchauffer les extrémités; vin de Malaga, qu'elle n'a presque jamais supporté; eau à la glace, dont elle semblait se trouver mieux.

AUTOPSIE. On n'a rien trouvé dans le cerveau, dans le cœur, dans le larynx, dans le poumon gauche. Le poumon droit présentait à son centre un point de pneumonie rouge.

Nous pouvons dire d'une manière générale que toutes les séreuses étaient gluantes, poisseuses.

Intestins Le gros intestin seul présentait une hypertrophie bien marquée des follicules isolés, dont quelques-uns étaient altérés à leur centre.

La *vessie* était contractée, vide, et sa muqueuse injectée.

Nous ferons remarquer chez cette petite malade le caractère des selles et des vomissements restés bilieux jusqu'à la fin de la maladie. Nous signalons cette circonstance parce que ce n'est pas la seule fois que cette remarque a été faite. Chez plusieurs sujets, et de ceux même dont la maladie s'est terminée par la mort, nous avons observé cette persistance de la teinte bilieuse des évacuations. Chez quelques-uns, notamment chez l'un des militaires dont nous rapportons plus bas l'histoire, il y a eu un léger ictère à la période de réaction. C'est là une des légères modifications qui distinguent l'épidémie actuelle de celle de 1832. Nous reviendrons sur ce caractère.

ROUGEOLE; CONVALESCENCE; DIARRHÉE SANS COLIQUE SURVENANT PENDANT LA CONVALESCENCE ET SUIVIE, DEUX JOURS APRÈS, DE FRISSONS ET DE VOMISSEMENTS; SYMPTÔMES CHOLÉRIFORMES PRONONCÉS LE CINQUIÈME JOUR; MORT LE NEUVIÈME.

OBS. IX. — Octavie Guérard, âgée de 12 ans, est entrée, le 22 février 1849, au n° 8 de la salle Sainte-Catherine, hôpital des Enfants, service de M. Bouley. Octavie Guérard avait commencé, le 18 février, à éprouver les prodromes de la rougeole; et le 22 du même mois, jour de son entrée dans nos salles, l'éruption était des plus marquées. Ses yeux étaient à peine larmoyants, mais elle avait de la fièvre et une douleur assez vive dans le côté droit.

Visite du 23 février. — Notre petite malade a vomi cinq vers lombricoïdes depuis hier, et la douleur qu'elle accusait hier dans le côté droit est devenue beaucoup plus intense. — Il est à remarquer que cette douleur avait son siége tout à fait vers la base de la poitrine, si bien qu'on était tenté de la rapporter au foie. — La fièvre éruptive poursuit sa marche; le pouls est fréquent et la peau brûlante. Il se manifeste de temps en temps une petite toux sèche, et la petite malade se plaint d'une soif ardente. (Prescription : Gomme sucrée, 3 pots; diète; une saignée de 250 grammes, et 5 ventouses scarifiées *loco dolenti*.)

24 février. La piqûre de la veine céphalique n'a fourni que 120 grammes d'un sang qui n'offre aucunes traces de couenne inflammatoire. Mais les ventouses scarifiées ont fourni beaucoup de sang, et la douleur qu'elles étaient destinées à combattre a sensiblement diminué.

La toux est toujours sèche, fréquente, la soif vive; la céphalalgie persiste, mais avec moins d'intensité. L'éruption a presque entièrement disparu. Il y a moins de fréquence dans le pouls; les vomissements ont cessé, et la langue se débarrasse de son enduit saburral.

25 février. La nuit a été bonne; le mieux continue et l'appétit revient.

26 et 27 février. Notre petite malade va si bien qu'elle demande à se lever.

1er mars. Aujourd'hui son état est loin d'être aussi satisfaisant; un examen attentif fait découvrir aux grandes lèvres de petites ulcérations qui ont dû succéder à des vésicules d'une nature spéciale. Elle a aussi du dévoiement et une toux beaucoup plus fréquente.

Le 2 mars, frissons, un peu de météorisme abdominal.

Le 3 mars, à peu près mêmes symptômes que la veille; dévoiement sans coliques, sentiment de faiblesse, prostration très-grande.

Le 4 mars, abattement, stupeur; abdomen douloureux; selles fréquentes, verdâtres; vomissements répétés, grisâtres; langue blanche, poisseuse; soif ardente, toux sèche; joues marbrées, yeux caves, face livide; les gencives et les lèvres sont sèches. (Prescription : Décoction acidulée de quinquina, vin de Malaga, diète.)

Le 5 mars, les symptômes sont plus prononcés; vomissements bilieux, glaireux, qui ont amené plusieurs vers lombricoïdes (deux ou trois); selles peu fréquentes, jaunâtres, fétides; pouls faible, fréquent; tendance plus grande au refroidissement. (Prescription : Eau à la glace, vin de Malaga, diète; deux demi-lavements avec décoction de guimauve et 20 gouttes de laudanum de Sydenham; ouate pour envelopper les extrémités.)

Le 6 mars, les vomissements continuent ainsi que la diarrhée. Le ventre est plus douloureux; crampes, bourdonnements d'oreille, sueurs froides, poisseuses, urines très-rares; la céphalalgie continue. Notons ici que les ulcérations des grandes lèvres que nous avions signalées n'ont pas fait de progrès. 2 vers ont été vomis depuis hier. (Prescription : Eau à la glace, vin de Malaga, diète; larges sinapismes et ouate pour envelopper les extrémités, qui tendent toujours à se refroidir; vésicatoire sur l'épigastre; 2 demi-lavements avec décoction de guimauve et 20 gouttes de laudanum de Sydenham.)

Le 7 mars, selles toujours abondantes et plus de 40 vomissements depuis hier. La voix s'éteint et la face est de plus cyanosée. Les autres symptômes sont à peu près les mêmes. Même prescription que la veille, à l'exception du vésicatoire, que M. Bouley recommande de faire sécher.)

Le 8 mars, les symptômes de la veille s'aggravent. (Même prescription.)

Le 9 mars, le dévoiement et les vomissements ont à peu près cessé depuis hier. Crampes plus marquées, sueur froide et poisseuse; respiration haute, fréquente, plaintive; voix à peu près éteinte; pouls filiforme, presque insaisissable. Elle ne vomit plus, mais elle fait encore des efforts pour vomir. Face cadavérique, mort imminente. (Même traitement.)

Octavie Guérard a succombé dans la journée même du 9, à quatre heures de l'après-midi. Elle présentait alors une couleur noirâtre de la sclérotique. Au bout de quelques heures à peine, elle exhalait déjà une forte odeur cadavérique.

AUTOPSIE. — Le *cerveau* n'a pas été ouvert.

Le *cœur*. On a trouvé quelques petits caillots noirâtres dans les oreillettes, et du sang très-fluide et violacé dans le ventricule droit.

Le *larynx*, la *trachée* et les *poumons* n'ont rien présenté de particulier.

Estomac. La muqueuse était très-injectée, mais par plaques inégales. L'organe était rétracté et contenait un liquide verdâtre au fond duquel se trouvait un lombric.

Intestins. Le duodénum renfermait une pelote de vers lombricoïdes (on en a compté une vingtaine). Toute la muqueuse intestinale était légèrement injectée, et les plaques de Peyer offraient un développement assez considérable.

Vessie. Elle était contractée, vide, et sa muqueuse fortement injectée.

Vendredi 9 courant, un petit garçon succombait également à la même affection, dans le service de M. Bouneau (hôpital des Enfants), mais seulement après *huit heures de maladie*. Nous n'avons pu nous procurer les détails de cette observation.

HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE PRODROMIQUE DURANT PLUSIEURS JOURS; INVASION BRUSQUE DES SYMPTÔMES CHOLÉRIQUES; DEUX JOURS DE MALADIE; CONVALESCENCE LE TROISIÈME JOUR.

OBS. X. — Antoine Guionneau, âgé de 24 ans, fusilier au 27e de ligne, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, service de M. Mayer. Depuis quelques jours il avait un peu de dévoiement; il raconte du reste que presque tous les hommes de sa compagnie, casernée au quartier de l'*Ave-Maria*, présentent comme lui de la diarrhée.

Ce soldat est entré à l'hôpital militaire d'instruction le 13 mars, vers une heure de l'après-midi; depuis la veille il avait des vomissements. Au moment de son admission, cyanose presque complète et assez intense, yeux caves, nez effilé; pouls petit, misérable, à peine perceptible, à 96. Crampes très-fortes dans les membres inférieurs; vomissements abondants, d'un liquide bilieux, assez transparent, avec un dépôt blanchâtre; selles blanches, caractéristiques; température assez bien conservée, bien que peut-être un peu moins forte qu'à l'état normal.

L'invasion des accidents du côté du système nerveux a été brusque, au dire du malade, et a eu lieu la veille de l'entrée, dans le milieu de la journée.

Pour traitement, un bain d'air chaud avec l'appareil Duval; frictions avec le liniment ammoniacal et le vinaigre chaud. Potion avec l'infusion de mélisse, l'acétate d'ammoniaque, l'éther sulfurique et 15 grammes de laudanum pour 120 grammes de véhicule.

Le 14 mars, le malade se trouve mieux; cette nuit il a eu des vomissements presque toutes les fois qu'il buvait; mais ce matin ils ont à peu près cessé. Un peu de hoquet pendant la nuit et ce matin encore. Pouls à 96, filiforme. Face à peine un peu violacée, avec un fond de coloration jaunâtre; le trait naso-labial est fortement prononcé de chaque côté; les yeux toujours caves. Le ventre souple : le malade n'accuse aucune douleur, même à une forte pression. Pas de selles depuis hier. Le sujet n'a pas encore uriné depuis son entrée à l'hôpital. Les crampes ont tout à fait disparu; la parole est assez libre; la peau de chaleur presque normale; la température à 37° C.

Même potion qu'hier, sauf le laudanum. Un peu de bouillon dans la journée.

Aujourd'hui 15, le pouls est à 84, le malade est en convalescence.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE PRODROMIQUE DATANT D'UNE QUINZAINE DE JOURS; MORT APRÈS DEUX JOURS DE MALADIE.

OBS. XI.—Le nommé Hamont (Yves), soldat au 29e régiment de ligne, au service depuis quatorze mois, du département du Finistère, habituellement bien portant, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, service de M. Mayer, salle 12, nº 16, le 12 mars, à huit heures du matin.

C'est avec peine que l'on obtient de lui les renseignements suivants : depuis une quinzaine de jours, il a de la diarrhée; il y a trois jours, les selles sont revenues plus fréquentes (douze à quinze dans les vingt-quatre heures); perte d'appétit; faiblesse extrême; crampes dans les jambes. La veille de l'entrée, en descendant la garde et après une faction de nuit, il est pris de vomissements abondants, refroidissement général, crampes douloureuses. Les selles sont encore plus fréquentes.

Voici l'état qu'il présente le 12 au matin, au moment de la visite : teinte cyanique générale de la peau, très-prononcée au visage et aux extrémités, qui sont violettes; face profondément altérée, hippocratique; yeux excavés, entourés d'une auréole livide; paupières demi-closes, laissant apercevoir un segment de sclérotique; voix éteinte, caverneuse; peau froide, visqueuse; pouls imperceptible aux artères radiales, faible aux carotides, où il donne 96 pulsations; bruits du cœur nuls; respiration lente, pénible, dix-huit à vingt par minute; langue froide, visqueuse; sensation de gêne douloureuse et d'oppression semblant partir des attaches du diaphragme, et remontant vers le sternum et la région précordiale; agitation des jambes, lorsque les crampes surviennent.

Soif vive; désir des boissons froides; ventre affaissé, douloureux à la pression de la région épigastrique et des hypocondres. (Prescription : Bain d'air chaud au moyen de l'appareil Durnt; frictions vinaigrées chaudes; application de cruchons d'eau chaude autour du corps; glace pour boisson; potion gommeuse avec :

Eau de menthe.	15	grammes.
Acétate d'ammoniaque. . .	15	—
Alcool.	15	—
Laudanum liquide.	1	—
Éther sulfurique.	4	—

A prendre par cuillerées toutes les demi-heures.)

Le 12 à midi. Après le bain, la température de la peau s'est un peu élevée. Le pouls est toujours imperceptible aux artères radiales. Depuis le matin, deux selles composées d'un liquide blanchâtre grumeleux semblable à une décoction de riz; pas de vomissements; crampes moins fréquentes; prostration toujours extrême. (Nouveau bain d'air chaud; frictions.)

Quatre heures du soir. Même état; même prostration; pulsations très-petites, à peine saisissables dans les radiales; pouls des carotides à 108; peau toujours visqueuse, quoique moins froide; pas de vomissements; pas de crampes. (Troisième bain; continuation des frictions et de la potion.)

Dix heures du soir. Pouls tout à fait nul aux artères radiales; peau médiocrement chaude; ni selles ni vomissements depuis le matin. (Quatrième bain; nouvelle potion comme la première; frictions.)

Le 13 au matin. Une selle, pendant la nuit, formée d'un liquide grumeleux légèrement coloré en jaune; pouls nul; température de la peau médiocrement élevée. Il n'y a plus ni vomissements ni crampes; mais la prostration est toujours très-grande, et le malade se plaint d'une grande oppression. Respiration à 26; pouls à 108, aux carotides. (Bain d'air chaud; frictions; glace. Potion avec :

Eau de mélisse.	80	grammes.
Acétate d'ammoniaque. . .	15	—
Alcool	15	—
Laudanum.	1	—
Sirop simple.	30	—
Éther sulfurique.	6	—

Même état dans la journée. Une selle jaunâtre avec quelques flocons grisâtres dans la matinée. Vers quatre heures du soir, le pouls reparaît aux radiales. Dans la soirée, la peau se refroidit complétement. Le pouls est nul aux radiales et aux carotides. A dix heures du soir, la respiration devient difficile, irrégulière, bruyante.

Mort à onze heures et demie du soir.

AUTOPSIE trente heures après la mort.

Teinte violette de tout le corps; de loin en loin, sur les membres, l'abdomen, la poitrine, quelques taches d'un bleu verdâtre; les yeux caves.

Les os du crâne ont une teinte bleue ardoisée très-prononcée.

La poitrine et l'abdomen ouverts, on trouve sur la plèvre et le péritoine, entre leurs feuillets viscéral et pariétal, un liquide visqueux, filant, donnant entre les doigts qui s'écartent l'aspect de fils de macaroni.

La muqueuse de l'intestin grêle présente une teinte rose générale très-prononcée, et une arborisation remarquable surtout à la partie inférieure de l'iléon. Çà et là quelques taches d'un rouge vif. Taches blanches mésentériques nombreuses, analogues à des grains de semoule; développement des plaques de Peyer, dont une ou deux sont même érodées. La muqueuse de l'estomac est cyanosée. Développement anormal des ganglions du mésentère, dont toutes les veines sont gorgées d'un sang noir.

Le cerveau est vascularisé, d'une teinte violâtre générale; de bonne consistance, présentant dans ses coupes un piqueté très-fin. Couleur ardoisée des plexus choroïdes, et des couches optiques et corps striés.

La pie-mère, fortement injectée, se sépare facilement de sa pulpe irritante. La rate est tout à fait normale, petite, rosée, ferme, presque vide de sang.

HÔPITAL DU GROS-CAILLOU.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE PRODROMIQUE DE SIX SEMAINES; TROIS JOURS DE MALADIE; GUÉRISON.

OBS. XII. Meynard, âgé de 26 ans, soldat au 25e de ligne, caserné à Picpus, a été apporté à l'hôpital du Gros-Caillou le 13, à onze heures du matin. Le 12 au soir il avait été pris de frissons, de crampes, de douleurs dans la région splénique et à l'épigastre, d'oppression, de vomissements bilieux et de diarrhée.

En interrogeant le malade, nous avons appris qu'il avait de la diarrhée sans colique depuis la fin de janvier, c'est-à-dire depuis près de six semaines. Il n'est d'ailleurs sujet à aucune maladie, et parait assez fort et bien constitué.

A son entrée à l'hôpital il était dans l'état suivant : état cyanique de la face et des extrémités, yeux un peu enfoncés, brillants, pupilles dilatées; respiration haute, lente, buccale; narines pulvérulentes; langue sèche, râpeuse, au-dessous de la chaleur normale; soif vive; crampes, notamment aux muscles abdominaux, qui étaient fortement contractés; point de selles depuis le matin; état algide, pouls imperceptible; urines rares, mais pas entièrement supprimées.

M. Durand, dans les salles duquel ce malade a été placé, prescrivit : frictions avec alcool camphré et ammoniacal; infusion de menthe éthérée pour tisane.

A deux heures la chaleur était revenue aux cuisses et au tronc. Le malade accusant une douleur très-vive à la région épigastrique, on fit appliquer 25 sangsues sur cette région; sinapismes aux mollets; potion avec infusion d'ipeca., 4 grammes, op. 0,15, par cuillerées. — La réaction se déclare lentement.

A huit heures du soir la réaction est complète; pouls à 90. On prescrit une saignée de 350 grammes.

Le lendemain matin 14, la réaction était soutenue. Le pouls était plein et large, la chaleur normale; la cyanose a disparu. Une selle peu abondante et bilieuse a été rendue dans la nuit. Le sang de la saignée offrait une apparence normale.

Le 15, le malade accusait une douleur assez vive dans l'hypocondre droit, et présentait une légère teinte ictérique. — Sangsues *loco dolenti*.

A dater de ce moment le malade est entré en franche convalescence; une guérison prompte et complète ne paraît pas douteuse.

MALADES DE LA VILLE.

A notre connaissance, trois cas de choléra se sont montrés dans la ville : l'un, traité par le docteur Frémy, a été observé chez une femme de 46 ans, épuisée par les veilles et les fatigues. Ce cas a présenté la plus grande analogie avec celui de l'Hôtel-Dieu; le traitement suivi a été le même; la malade est actuellement guérie.

Le second a été traité par notre ami le docteur Giniez.

L'autre, beaucoup plus grave, a été vu par le docteur Lebled, et s'est terminé par la mort. Nous mentionnerons pour mémoire un troisième cas qui a été rapporté dans L'UNION MÉDICALE de jeudi dernier.

Voici les détails de ces deux faits, tels qu'ils nous ont été transmis par nos honorables et obligeants confrères.

CHOLÉRA ASIATIQUE; CONDITIONS HYGIÉNIQUES MAUVAISES; MISÈRE ET ÉMOTIONS MORALES; DIARRHÉE PRODROMIQUES DE QUELQUES JOURS; INVASION BRUSQUE; MORT HUIT HEURES APRÈS.

OBS. XIII.—Le nommé D..., âgé de 62 ans, demeurant rue de Beaune, exerçait la profession d'apprêteur de chapeaux. Cet homme vivait dans de très-fâcheuses conditions hygiéniques, habitait un rez-de-chaussée humide, peu aéré, à peine éclairé, situé entre deux petites cours où le soleil ne donne jamais; il se fatiguait beaucoup, travaillait tout le jour et une partie des nuits pour subvenir aux besoins de sa famille, et restait souvent fort longtemps exposé aux vapeurs du soufre. Sa santé habituelle n'était pas mauvaise, mais il avait éprouvé des malheurs, des émotions morales vives, et se nourrissait misérablement; il était un peu sujet au dévoiement, qu'il avait depuis quelques jours.

Vendredi dernier, 9 mars, après avoir marché pour ses affaires, pendant une grande partie de la matinée, suivant son habitude, il fut tout à coup, vers une heure de l'après-midi, pris d'un sentiment de faiblesse qui devint en quelques minutes un anéantissement complet, et fut obligé de se coucher tout habillé sur son lit.

En même temps, vomissements blancs assez épais, d'un aspect analogue à celui que présente la panade, sans teinte bilieuse, se répétant toutes les quinze ou vingt minutes; puis selles liquides très-abondantes; les premières n'avaient pas été conservées; mais celles que put voir M. Lebled étaient séreuses, transparentes, à peine un peu louches, et ne présentant au fond du vase qu'un très-léger dépôt blanc, constituant à peine la cinquantième partie de la selle environ; ces matières étaient rendues sans colique.

M. Lebled ne vit le malade que trois heures après l'apparition des premiers phénomènes, vers quatre heures de l'après-midi. A ce moment, crampes affreuses et presque continuelles dans les jambes, arrachant des cris inarticulés; aphonie complète; le malade ne trouvait de voix que pour crier, mais ne répondait pas aux questions. Céphalalgie; le pouls filiforme à 80-84. Une heure après, le pouls

ne pouvait plus être perçu à l'artère radiale. Refroidissement, aspect cadavérique de la face, cyanose, yeux caves; amaigrissement considérable; suppression complète des urines qui a persisté jusqu'à la mort. Soif vive: horreur des moindres mouvements qui provoquaient des envies de vomir; pieds et mains complétement froids; encore un peu de chaleur aux cuisses. Un peu d'agitation. Respiration très-fréquente, gémissements continuels.

Le traitement employé par notre confrère consista en frictions sur les membres avec des flanelles recouvertes de farine de moutarde; sinapismes aux pieds et aux mollets. Tous les quarts d'heure, administration d'une pilule de 0,025 gr. d'extrait aqueux d'opium; quelques cuillerées d'une potion avec l'eau de menthe et de mélisse, le sirop d'éther; thé chaud pour boisson.

La mort est survenue à neuf heures du soir, huit heures après l'invasion.

BONNES CONDITIONS HYGIÉNIQUES; DIARRHÉE PRODOMIQUE DE DEUX JOURS DE DURÉE; CHOLÉRA DE MOYENNE INTENSITÉ; RÉACTION FRANCHE; GUÉRISON.

Obs. XIV—M. D..., rentier, âgé de 63 ans, d'un tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une excellente santé, fut pris, le 15 février 1849, d'un léger dérangement du corps. Très-sobre de sa nature, et très-attentif à l'observance des soins hygiéniques, M. D... ne pouvait attribuer ce relâchement à aucun écart de régime; aussi n'attacha-t-il aucune importance à ce relâchement abdominal, sans renoncer cependant à la diète et à une boisson convenable. Il but de l'eau de riz gommée, et ne crut point nécessaire de réclamer mes soins. La nuit du 15 au 16 fut un peu agitée; la peau était sèche; il fut un peu pressé par la soif, et, pour mieux se désaltérer, il demanda de la limonade cuite; deux selles dans la nuit, plus liquides que la veille. Le 16 au matin, plus calme, mais par intervalles quelques frissons; aucune selle jusqu'à midi; depuis ce moment jusqu'à neuf heures du soir quatre selles, les deux dernières très-liquides, mousseuses. Frissons continuels; à neuf heures, quelques légères crampes partant de la moitié inférieure des membres abdominaux. On lui fit quelques frictions sèches qui le calmèrent pendant quelques instants. Sensation pénible de froid, surtout à la figure et au nez. Les assistants observèrent alors une teinte bleue sur tout le visage. A dix heures, selle liquide et toujours écumeuse. A minuit, les contractions douloureuses augmentant d'intensité, le malade me fit demander. Il prononça lui-même ces mots: « J'ai le choléra; vite envoyez chercher le médecin. » J'arrivai à une heure du matin, le 17 février. Voici l'état du malade: crampes très-vives et très-douloureuses, face cyanosée, froid général très-intense, moiteur à la peau malgré le peu de chaleur, douleur très-vive à l'épigastre et dans tout le ventre; la voix très-faible, la langue sèche et rouge à la pointe et sur les bords; nausées, pouls concentré et perceptible seulement par la pression des doigts. Tous ces symptômes pathognomoniques ne me laissent aucun doute sur la nature de la maladie. Je prescrivis aussitôt la potion suivante:

Eau distillée de menthe poivrée.	16 grammes.
— de fleurs d'oranger.	32 —
Acétate d'ammoniaque	20 gouttes.
Sirop de coquelicot.	30 grammes.

à prendre par cuillerées jusqu'au retour de la chaleur.

Entretenir la chaleur autour du malade à l'aide de bouteilles d'eau chaude.

Frictions souvent répétées sur les membres avec le liniment suivant:

Huile de jusquiame. . . .	32 grammes.
Laudanum de Sydenham. .	16 —

Fomentations chaudes sur le ventre avec une décoction de pavot, de guimauve et de son; tilleul pour boisson, avec une feuille d'oranger.

Cette médication, exécutée avec intelligence, calma l'orage et ramena le calme. Le lendemain à neuf heures, je trouvai le malade dans un état satisfaisant. La chaleur était revenue, la figure plus naturelle, seulement le pourtour de l'orbite encore bleu; la chaleur était revenue dans cette région et le nez n'était plus froid. « J'ai déjà senti que mon nez était chaud, ce qui m'a paru un bon signe, » dit le malade, qui, du reste, était très-calme et n'avait plus de crainte.

Je fis continuer les fomentations sur tout le ventre, bien moins douloureux. Je fis prendre un lavement amylacé et à la décoction de pavot. Ce lavement, répété deux fois dans la journée, arrêta les selles dès le 18. Le soir je fis ajouter quelques gouttes de laudanum; grâce à ce moyen, la nuit fut assez bonne. Le 19, le malade était dans un calme parfait, la peau chaude, le pourtour des yeux moins foncé, les couleurs de la face revenues (le malade en bonne santé et très-coloré), la langue humide, peu de soif, douleurs de ventre calmées; le pouls plein et assez développé, un peu agité; pas de selles (limonade cuite pour boisson; lavements suspendus). Je prescrivis pour le soir une pilule d'acétate de morphine pour calmer définitivement le peu de contractions nerveuses des jambes qui paraissaient par intervalles. La nuit très-bonne. Le 20, à ma visite, le malade me reçoit avec plaisir pour me demander un peu de nourriture. Je crus devoir lui accorder du bouillon de poulet. Dès ce moment le malade entra en convalescence. J'augmentai peu à peu la nourriture. Les pilules d'acétate furent continuées pendant cinq jours, et le malade put se lever le sixième de sa maladie. Depuis ce moment M. D... jouit d'une bonne santé.

Nous croyons devoir faire suivre cette observation des réflexions dont l'a accompagnée M. Giniez en nous la communiquant, ces réflexions concordent pleinement avec notre manière de voir. « On a pu voir dans cette observation, comme dans toutes celles qui auront le choléra pour objet, des symptômes prodromiques constants et caractéristiques. Il est certain pour nous que, dans cette période, un traitement rationnel et approprié à cette période et au tempérament du malade nous donnerait de plus grands succès dans le traitement de cette épidémie. Mais, d'un côté, la négligence des malades à l'égard d'un état qu'ils regardent comme un *bénéfice de nature*; selon leur expression; et, de l'autre, l'ignorance de certains médecins, qui ajoutent peu d'importance à ces signes précurseurs, sont la principale cause de la mortalité qu'on observe dans cette grave affection. »

Aux faits que nous venons de rapporter, il faut joindre deux cas de choléra suivis de mort, à l'hôpital Saint-Louis; que nous avons compris dans notre relevé général, et sur lesquels il ne nous a pas été possible de recueillir des renseignements suffisants. Nous savons seulement que l'un de ces cas a eu lieu chez un blessé des salles de M. Jobert, l'autre chez un employé de l'hôpital, atteint de pneumonie; deux autres cas, également compris dans le relevé, ont été observés à l'hôpital du Val-de-Grâce. L'un d'eux est entré ce matin (16 mars) après la visite. Chez le second, entré à l'hôpital pour un point pleurétique, La maladie s'est déclarée hier par des crampes et des vomissements bilieux; presque aussitôt il est survenu de la cyanose, le refroidissement des extrémités, des crampes générales des membres et des selles cholériques. A la suite d'un traitement qui a consisté en frictions avec un liniment camphré opiacé, et dans l'administration de la glace et d'une potion avec l'acétate d'ammoniaque, l'éther et le laudanum, le malade est entré dans un état d'amélioration notable. Ce matin il était en pleine réaction. Enfin trois malades nouveaux sont entrés hier à l'Hôtel-Dieu; dont un n'offre que les symptômes d'une cholérine intense; les deux autres sont arrivés à la période ultime du choléra le plus intense, et ont succombé en quelques heures. L'un de ces deux malades était un artilleur caserné à l'Hôtel-de-Ville, et qui a fait son service hier toute la journée. Entré à onze heures du soir dans la salle Sainte-Agnès (service de M. Chomel), il a succombé à trois heures. Le second a succombé dans le service de M. Martin-Solon (salle Saint-Lazare) quelques heures aussi après son entrée. Il ne nous a pas été possible de recueillir des renseignements à temps pour les publier dans cette revue. Nous y reviendrons.

Tels sont les faits que nous avons pu recueillir dans le courant de la semaine.

Lorsque les matériaux auront été rassemblés en plus grand nombre, les questions que nous avons soulevées plus haut seront mieux à même d'être résolues. Nous n'indiquerons plus des rapprochements probables, nous conclurons en nous basant sur des faits authentiques, détaillés, complets et nombreux. Pour le moment, bornons-nous à signaler brièvement les principaux points de contact qui, d'après la lecture rapide des faits ci-dessous rapportés, nous paraissent exister, et mériteront d'être confirmés par une observation ultérieure. Ce sont quelques traits généraux sur lesquels il sera nécessaire de revenir, et sur lesquels nous appelons l'attention.

On sait qu'en 1832, le choléra a éclaté dans tous les quartiers de Paris à la fois, qu'il les a envahis tous dans une proportion presque égale, les quartiers riches aussi bien que les pauvres, les rues larges et aérées aussi bien que les rues étroites et malsaines, qu'il a sévi sur les sujets de la classe aisée comme sur la population ouvrière. Une première différence qui paraîtrait avoir été observée dans les pays qu'il a traversés avant de nous arriver cette année serait celle-ci, à savoir: que dans l'épidémie actuelle, c'est surtout sur les individus placés dans des conditions hygiéniques mauvaises, mal logés, misérablement nourris, épuisés de fatigues et de privations, sur les tempéraments affaiblis par des causes quelconques, que sévirait le fléau. Si cette différence se confirme, peut-être en ressortira-t-il cette preuve que la maladie n'est pas aussi considérable, l'épidémie aussi intense que lors de la première apparition. En effet, lorsqu'une épidémie est trop violente, elle frappe sans distinction et en dehors de toutes conditions d'hygiène, de tempéraments, etc. Qu'elle décime au contraire de préférence les individus placés dans les conditions mauvaises dont nous parlions il n'y a qu'un instant, ce sera une preuve incontestable que son caractère a quelque peu changé, et que son intensité est moins grande.

Voulons-nous dire un mot de ce que nous appelons la période d'incubation? Il sera intéressant de constater ces deux faits échappés jusqu'à présent à l'observation générale, que nous avions signalés les premiers en 1832, et qui n'avaient été reconnus qu'exceptionnellement par quelques médecins dans la première épidémie, à savoir: si dans les quartiers où règne la maladie il existe une cholérine généralisée, et si les malades qui ont été pris de la maladie ont passé par cette période d'incubation. Quant aux cholérines généralisées dans tels ou tels quartiers, il ne nous semble pas qu'il en soit encore question; mais on verra dans un des faits du Val-de-Grâce (obs. d'Ant, Guionneau) qu'il régnait à la caserne de l'Ave-Maria où il habitait, une diarrhée à laquelle on ne peut refuser le caractère épidémique, et dont étaient atteints tous les soldats de la même compagnie. Quant au second fait, les cas rapportés ici prouveront déjà que presque toujours la période d'incubation a existé; les documents fournis par M. Bally à l'Académie de médecine il y a quelques semaines, lorsqu'il s'est transporté à Lille, avaient également mis ce fait en évidence.

Relativement à la période d'incubation, nous y reviendrons plus d'une fois; c'est, à nos yeux, fournir un élément précieux à l'histoire de la maladie, que de prouver, d'une part, qu'il y a une période d'incubation incontestable, d'autre part, que la maladie, dans une localité, prend tout d'abord une apparence de généralité chez tous les sujets. C'est, on le comprend facilement, un fait qui peut servir de base à une prophylaxie énergique et efficace, et qui donnera les moyens d'arrêter l'épidémie dans une localité, ou même d'affranchir tous les habitants de la maladie.

Au point de vue de l'invasion, même distinction à établir. Dans l'épidémie de 1832, ce qui avait fait croire, par erreur, que le choléra frappait d'emblée, c'est que beaucoup de sujets, indisposés déjà depuis plusieurs jours, mais non assez pour être forcés de suspendre leurs occupations, étaient pris instantanément, quelquefois même dans les rues, de symptômes foudroyants. Aujourd'hui, il résulte des observations recueillies que la maladie paraît frapper moins vivement, moins rapidement; cette circonstance laisse à l'observation le temps de mieux étudier les phénomènes d'invasion. Si elle se confirme, comme elle paraît devoir le faire, elle signifiera une fois de plus que la gravité de la maladie est moindre encore.

Parmi les caractères symptomatiques de l'affection nouvelle, un des plus importants est constitué par les vomissements bilieux qui se sont montrés dans plusieurs cas et n'ont pas le caractère tranché des vomissements cholériques. Peut-être devra-t-on conclure de cette particularité qu'il y a dans l'épidémie de cette année comme un mélange de choléra sporadique et de choléra asiatique. Les vomissements blancs caractéristiques ne survenant que plus tard, on serait forcé de conclure de là que ce n'est qu'à une seconde période que la maladie prend la véritable allure du choléra asiatique.

Si la marche de l'affection est moins rapide, l'enchaînement des périodes devra être mieux distribué. On se rappelle que dans l'épidémie de 1832, il n'y avait souvent pas de deuxième période. Fréquemment, la réaction qui survenait était tellement violente que les malades y succombaient; s'il nous était permis de nous servir d'une expression mathématique, nous dirions, qu'en pathologie aussi, et dans le choléra en particulier, l'angle de réflexion est proportionné à l'angle d'incidence. La réaction est proportionnelle à l'affaissement. Si la maladie est moins violente, le collapsus moins profond, la réaction par cela même ne devra-t-elle pas être moins forte? C'est encore ce qui, jusqu'à présent, semble résulter des faits recueillis dans les hôpitaux et dans la ville.

De tout ceci que conclure? c'est que les médications devront être modifiées en raison des caractères différents de la maladie, et que l'on devra craindre d'en employer d'aussi énergiques que lors de l'épidémie de 1832.

Nous le répétons, ce que nous venons de décrire rapidement sous l'impression du moment, ce ne sont pas des conclusions définitives. C'est une esquisse des conclusions possibles auxquelles mènera peut-être l'observation des faits particuliers réunis en grand nombre. Nous n'avons eu, en traçant ces lignes, d'autre dessein que celui de montrer l'importance du programme que nous nous sommes tracé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Fragments d'une esquisse de l'histoire critique et philosophique de la doctrine physiologique*; par M. Costes. 2° *De la fièvre puerpérale épidémique*; par M. Dubreuilh. 3° *Observation d'un cas de péritonite purulente avec abcès enkysté dans le petit bassin, suivie de réflexions*; par M. Dégranges. 4° *Effets toxiques de vapeurs mercurielles dans une salle d'hôpital*; par M. Lefèvre. 5° *Quelques remarques sur le diagnostic des polypes de l'utérus*; par M. Hérégoyen.

EFFETS TOXIQUES DE VAPEURS MERCURIELLES DANS UNE SALLE D'HÔPITAL; par M. LEFÈVRE.

Le fait suivant, qui confirme l'authenticité de l'accident arrivé à bord du vaisseau *le Triomphe*, montre à la fois les funestes conséquences de l'évaporation mercurielle, et le moyen de les prévenir, quoique ce moyen n'ait été employé ici que tardivement.

La salle n° 8 de l'hôpital de la marine à Rochefort, d'une capacité d'environ 2,400 mètres cubes, contient 95 lits. Comme elle était infestée de punaises, on résolut d'y faire dégager des vapeurs mercurielles. On en calfeutra donc hermétiquement toutes les ouvertures; puis on divisa 2 kilogr. de mercure en cinq doses qu'on laissa sur les fourneaux jusqu'à évaporation complète. Ensuite on chauffa la salle à plusieurs reprises, puis on la ventila.

Après vingt ou vingt-cinq jours d'aération et de chauffage alternatifs, après un nouveau nettoyage, on y fit rentrer 43 forçats. Ce jour était le 13 décembre 1846, marqué par un froid assez vif. Les malades y rentrèrent à trois heures du soir.

Le 15, à sa visite du matin, c'est-à-dire trente-neuf heures après, M. Lefèvre trouva que plusieurs malades se plaignaient d'éprouver une sensation insolite de chaleur dans la bouche; les gencives étaient rouges et tuméfiées; il y avait un ptyalisme intense.

Le 16, le nombre des cas de ptyalisme ayant augmenté, la salle fut évacuée dans la matinée.

Le 18, 39 hommes sur 43 étaient atteints de stomatite mercurielle. Les uns eurent des ulcérations des gencives et de la muqueuse des joues; chez d'autres, il y eut tuméfaction des lèvres et de la langue, engorgement des glandes salivaires, particulièrement des sous-maxillaires et sublinguales, des ganglions cervicaux, de l'ébranlement des dents, de la douleur dans les oreilles, de vives céphalalgies. Il y eut chez plusieurs une diarrhée abondante, accompagnée de douleurs intestinales vives.

Passé le 19, il ne se présenta pas de nouveaux cas de salivation. Le traitement consista dans l'emploi de topiques aluminés et en de légères cautérisations avec l'acide chlorhydriques.

Après l'évacuation des malades, on parvint à désinfecter complétement la salle en la chauffant encore jusqu'à 20 ou 25° centigr.; puis on y fit dégager du chlore en abondance et plusieurs fois par jour. Ces fumigations, qu'on réitéra à diverses reprises, empêchèrent la formation ultérieure des vapeurs mercurielles en produisant un composé mercuriel fixe.

Après les lotions et le blanchiment des murailles, on ferma la salle pendant plus de trois mois, en ayant soin de la ventiler toutes les fois que le temps était favorable.

Les effets fâcheux de l'intoxication mercurielle ne se reproduisirent dès lors plus; mais les punaises qu'on avait voulu détruire persistaient; et aujourd'hui elles ont repullulé au point que les lits en sont infectés de nouveau.

II. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Quelques faits cliniques recueillis dans le service de M. Bouisson*; par M. Puig. 2° *Recherches sur les hallucinations, au point de vue de la psychologie, de l'histoire et de la médecine légale*; par M. Szafkowski. 3° *De l'inhalation du chloroforme et de l'éther dans les affections nerveuses*; par M. Bocamy. 4° *Empoisonnement par l'arsenic, guéri avec la magnésie calcinée.* (Traduction d'un journal italien, par M. F. Cazalis.) 5° *Coup d'œil sur les analogies et les différences qui existent entre les phénomènes antropologiques connus et les phénomènes du magnétisme animal*; par M. Alric.

PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE OU NERF MOTEUR OCULAIRE COMMUN, observation recueillie à la clinique de M. BOUISSON, par M. PUIG.

Le texte de cette observation, un peu trop sobre de détails sans doute, nous a cependant semblé mériter d'être reproduit en raison des causes variées auxquelles la maladie pourrait ici être attribuée.

OBS. — Margue (Sophie), fille de service, âgée de 37 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, le 3 juillet 1846, présentant les symptômes suivants :

Elle ne peut relever la paupière supérieure du côté gauche, qui reste constamment abaissée. Cet œil est fortement tourné en dehors; la pupille est dilatée et immobile. Du côté droit les mêmes phénomènes existent; le jeu de la paupière supérieure est seulement un peu plus facile.

La malade nous apprend que, il y a une vingtaine d'années environ, elle a reçu sur la tête un coup très-violent qui fut accompagné d'une commotion assez forte. Depuis l'âge de 23 ans, elle souffre de douleurs rhumatismales, et elle a été affectée plusieurs fois de maladies vénériennes. Elle a été soumise, dans le but de guérir ces dernières, à des traitements par le mercure.

La déviation oculaire n'a commencé qu'il y a trois ans.

L'auteur, entrant dans l'analyse de ces divers symptômes, arrive aisément à localiser la lésion dans le nerf moteur oculaire commun; mais il lui est moins facile de préciser la nature de l'affection. Est-elle d'origine traumatique, et la suite du coup reçu sur la tête? Mais alors pourquoi l'effet apparent ne se serait-il manifesté pour la première fois que plus de quinze

années après l'action de la cause? Est-elle, au contraire, un produit de l'affection rhumatismale ou syphilitique? Dans cette dernière supposition, un traitement a été dirigé à la fois contre ces deux diathèses (nous eussions désiré dire, dans le récit, le nom, la dose et le mode d'administration des agents que l'on a cru devoir employer); mais, ajoute l'auteur, l'amélioration obtenue a été à peine sensible; de manière que le diagnostic reste définitivement enveloppé d'une incertitude assez embarrassante à dissiper.

DE L'INHALATION DU CHLOROFORME ET DE L'ÉTHER DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES; par M. BOCAMY.

Si l'on commence à être fixé sur le degré d'utilité des agents anesthésiques en chirurgie, on est loin encore de l'être sur les services qu'ils peuvent rendre à la médecine interne. Outre que les observations propres à éclairer la dernière question sont venues postérieurement à celles qui ont servi à résoudre la seconde, elles sont aussi plus complexes et d'une interprétation plus difficile. Le chloroforme ou l'éther ont déjà été administrés à l'intérieur ou par voie d'inhalation contre les affections internes les plus variées, celles-ci portant sur la sensibilité, celles-là sur la motilité, d'autres sur les fonctions intellectuelles, les névralgies, le tétanos, l'hystérie, l'épilepsie, les hallucinations, le délire, etc. La GAZETTE MÉDICALE a produit plusieurs faits de ce genre (voir notamment les n. 5 et 10 de cette année). Il serait temps, ce nous semble, de rechercher s'il ne serait pas possible de synthétiser les différents faits et d'en tirer quelques préceptes relativement à l'emploi rationnel des agents anesthésiques. A quelles indications doit-il être soumis? Réussit-il mieux contre certaines affections nerveuses que contre certaines autres? guérit-il, par exemple, plus facilement les lésions de la sensibilité que celles de la motilité? ou bien, ce qui est moins probable, convient-il également contre tous les troubles *fonctionnels* du système nerveux? Cela importerait à savoir, non-seulement au point de vue thérapeutique, mais aussi au point de vue de la physiologie; car il est manifeste que le mode d'action des agents anesthésiques sur l'encéphale normale pourrait être singulièrement éclairé par le mode et l'étendue de leur action sur l'encéphale malade, et que la déduction à tirer des faits devrait varier suivant que ces agents ne seraient aptes à guérir qu'une seule classe d'affections nerveuses ou pourraient agir sur toutes.

En attendant que ce travail de synthèse soit entrepris par quelque esprit généralisateur, nous continuons à enregistrer celles des observations journellement publiées qui nous paraissent les plus propres à éveiller la réflexion. A ce titre, les deux observations suivantes méritent d'être recueillies.

OBS. I. — Un homme de 37 ans entre, le 13 juin, à l'hôpital civil de Toulon, pour une plaie située au-dessus de l'arcade sourcilière droite. Ce malade, d'un tempérament bilioso-sanguin, est atteint de tremblements des membres supérieurs, occasionnés par l'abus des boissons alcooliques. La plaie n'offre aucune gravité. Il n'y a pas eu perte de connaissance au moment de l'accident. Réunion immédiate de la plaie.

Rien d'anormal pendant les journées des 14 et 15 juin. Mais, le 16, un délire violent survient tout à coup. Regard fixe, yeux brillants, face animée, pupilles contractées, cris, vociférations, agitation extrême, mouvements convulsifs des membres supérieurs, pouls petit et fréquent, langue à l'état normal. La plaie ne présentait rien de particulier. En vain on a recours aux antispasmodiques et aux opiacés; le délire continue le 17 et le 18; il durait encore le 19 au matin, quand M. Bocamy, chef interne à l'hôpital civil, proposa à M. Long, chef du service, l'emploi des vapeurs chloroformiques. Cette proposition ayant été agréée, le malade fut soumis à l'action du chloroforme au moyen du sac à éthérisation. Les premières inspirations produisirent une excitation marquée qui se traduisait par des mouvements violents; mais bientôt le calme fit place à l'agitation, et au bout de quatre minutes l'anesthésie était complète. Le sommeil ne tarda pas à s'emparer du malade, et à son réveil il se trouva en parfaite santé, ne conservant qu'un souvenir confus de ce qui s'était passé.

OBS. II. — Le sujet de cette observation communiquée à M. Bocamy par le docteur Long est une jeune fille âgée de 15 ans, atteinte depuis trois jours d'un éternument qui la tourmentait jour et nuit et qui se réitérait de vingt à trente fois par heure. M. Long n'ayant découvert à cette fatigante affection aucune cause matérielle, se décida à employer les vapeurs éthérées. Au bout de quelques minutes, la malade fut insensible aux piqûres d'épingle, on arrêta dès lors l'action de l'éther. Revenue à elle quelques instants après, la jeune fille s'est trouvée complétement délivrée de la maladie qui ne s'est plus montrée depuis cette époque.

III. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de juillet, août et septembre 1848 se composent des articles originaux suivants : 1° *Mémoire sur le colchique et sur son emploi thérapeutique;* par M. Casimir Smith. 2° *Clinique des maladies des enfants* (*année* 1847); par M. G. Tourdes. 3° *De la section de l'os maxillaire inférieur pour l'opération du cancer de la base de la langue et pour l'ablation de quelques tumeurs, supposées inaccessibles, de l'arrière-bouche;* par M. Sédillot. 4° *Fragments d'études sur les écoles pathologiques modernes de l'Allemagne;* par M. Schützenberger. 5° *Rapport de l'ancien conseil de salubrité sur la désinfection des fosses d'aisances de la ville de Strasbourg.* 6° *Des moyens d'assurer la réussite des amputations des membres;* par M. Sédillot. (Mémoire inséré dans GAZ. MÉD., 1848, n° 38.) 7° *Traitement de la phthisie par la teinture de digitale à haute dose; empoisonnement; mort;* par M. Forget.

DE LA SECTION DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR POUR L'OPÉRATION DU CANCER DE LA BASE DE LA LANGUE ET POUR L'ABLATION DE QUELQUES TUMEURS, SUPPOSÉES INACCESSIBLES, DE L'ARRIÈRE-BOUCHE; par M. SÉDILLOT.

Ce n'est pas l'opportunité de l'opération pratiquée dans ce but spécial que M. Sédillot se propose de discuter ici. Il cherche seulement à prouver que, quand elle est jugée nécessaire, on ne doit pas se laisser arrêter par la crainte de voir une pseudarthrose s'établir à sa suite entre les deux moitiés de l'os séparées. Pour rassurer les chirurgiens à cet égard, il ne compte néanmoins guère sur les appareils actuellement en usage comme agents de contention. Il espérerait davantage d'un moyen, à notre sens fort ingénieux, auquel il a eu recours dernièrement. Voici, en deux mots, comment on procède.

Au lieu de scier le maxillaire inférieur verticalement, on le divise par deux traits de scie, en forme de <; il suffit ensuite d'emboîter réciproquement les deux fragments et de les assujettir légèrement dans le sens antéro-postérieur avec une fronde, pour en prévenir les déplacements.

— L'idée, nous l'avons dit, nous semble ingénieuse. Nous aurions seulement l'appréhension de voir la nécrose envahir ensuite l'extrémité aiguë des deux bords anguleux qui constituent cette espèce de mortaise osseuse. Ce n'est pas, toutefois, une objection que nous entendons élever ici contre l'emploi du procédé; c'est bien plutôt un avertissement, pour les chirurgiens qui voudraient l'appliquer, de diriger leurs deux traits de scie *assez obliquement* pour que l'encochure ait une profondeur capable de contribuer au maintien de la coaptation, mais *pas assez obliquement* pour s'exposer à la complication de nécrose, complication que la distribution spéciale des vaisseaux rend plus à craindre ici que dans les autres os.

M. Sédillot termine sa communication par la relation d'un cas assez curieux de resection du maxillaire inférieur pour cause de pseudarthrose, et qui montre la possibilité d'obtenir la consolidation dans les circonstances même les moins capables de laisser espérer un résultat favorable.

Ce fait a rapport à un militaire âgé de 36 ans, qui, par suite d'un coup de pistolet tiré à bout portant, eut une fracture avec perte de substance considérable du maxillaire inférieur. On s'occupa d'abord de fixer la langue dans la plaie sus-hyoïdienne, et de rapprocher les deux fragments.

Au bout de quarante-cinq jours, M. Pastoret, qui vit ce malade pour la première fois, trouva entre les fragments un écartement de 4 centimètres. La langue avait triplé de volume; la salive s'écoulait incessamment de la bouche. En trois jours, on parvint à retirer 22 esquilles plus ou moins volumineuses.

Quoique l'alimentation fût devenue par là plus aisée, le malade témoignait vivement préférer la mort à un état pareil. M. Pastoret avait compris, dès les premiers moments, la possibilité de reséquer les deux fragments pour en faciliter l'affrontement et la consolidation. La langue, séparée de ses adhérences, pouvait aussi être ramenée dans la bouche, et les lèvres être opérées ensuite, comme dans le cas de bec-de-lièvre.

Quoique l'indication de ce procédé opératoire eût d'abord trouvé, de la part des médecins consultants, une certaine opposition, M. Pastoret, en revenant d'un congé de deux mois, apprit (il n'y a point d'autres détails sur l'opération) que le malade, opéré par M. Huet, était presque entièrement guéri. Les plaies étaient cicatrisées sans fistules, les traits peu difformes, malgré l'étroitesse de la bouche et la perte de substance du maxillaire inférieur, dont le cal paraissait être très-solide.

Le malade pouvait parler lentement et à voix basse, de manière à se faire entendre; sa déglutition était normale, mais la mastication gênée en raison de la perte d'un grand nombre de dents.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PAR LA TEINTURE DE DIGITALE A HAUTE DOSE; EMPOISONNEMENT; MORT; par le professeur FORGET.

L'exposé de ce fait est précédé de réflexions pleines de sagesse et empreintes d'une haute probité médicale, sur les écueils et la trop fréquente variété de l'expérimentation. M. Forget est convaincu, et nous n'en sommes pas surpris, que la réputation de la plupart des remèdes empiriques, journellement accueillis comme de précieuses nouveautés, repose sur des erreurs de diagnostic ou sur de pures illusions. En conséquence il se sent peu disposé à suivre les novateurs partout où ils voudraient conduire les

praticiens. Mais d'un autre côté, sa position de professeur de clinique lui impose l'obligation, comme il le dit, de suivre le mouvement et de tenir ses auditeurs au courant de la science. Dans cette perplexité, et pour concilier à la fois les devoirs de sa position et les scrupules de sa conscience, il a pris le parti de n'expérimenter jamais les médications *dangereuses à priori*, et de n'essayer les moyens *chanceux* que dans les affections très-graves ou nécessairement mortelles, comme les tubercules et le cancer. C'est là, en effet, une règle de conduite à proposer aux maîtres de l'enseignement; il leur sied plus qu'à d'autres de donner, à côté de l'exemple du savoir et de l'habileté, celui de la prudence et du respect de la vie de leurs semblables.

Parmi les moyens chanceux dont nous parlions à l'instant, on peut ranger l'emploi de la teinture de digitale *à haute dose* dans la phthisie pulmonaire. Bayle vantait la digitale en poudre employée contre cette affection. M. Bayle neveu dit avoir guéri avec la teinture 83 phthisiques sur 151 traités par ce remède. Dernièrement, on a dit avoir élevé avec avantage la dose de la teinture jusqu'à 240 gouttes par jour. M. Forget s'est décidé à tenter, lui aussi, une expérience, mais sans le moindre espoir de succès et comme sacrifice à l'opinion. L'expérience n'a pas été heureuse, comme on va le voir.

Il s'agissait d'une fille de 36 ans, affectée d'une tuberculisation pulmonaire au troisième degré. Il y avait matité, gargouillement, souffle caverneux, pectoriloquie, notamment au sommet du poumon gauche. On prescrivit, le 2 juin, une potion gommeuse de 100 grammes, avec 15 gouttes de teinture de digitale, à prendre par cuillerées de deux en deux heures. Du 2 au 7 juin, la dose de teinture fut élevée graduellement jusqu'à 80 gouttes, sans que l'état de la malade ait changé, sans que la fréquence du pouls ait diminué; il survint un peu de dévoiement le 7. Le 8 au matin, même état général; le dévoiement a cessé; point de nausées; intelligence nette; le pouls commence à devenir irrégulier, petit et plus lent. La teinture de digitale est donnée à la dose de 100 gouttes. Mais voilà que, dans la journée, quelques vomissements ont lieu; vers cinq heures, surviennent des mouvements convulsifs, et la malade expire inopinément au milieu d'un accès convulsif.

A l'autopsie, on ne trouve à noter, indépendamment des lésions propres à la phthisie pulmonaire, qu'un peu d'injection de la pie-mère, de sablure de la substance cérébrale et quelques plaques pointillées ou arborisées dans l'estomac et les intestins.

A l'occasion de ce malheur, M. Forget ne s'évertue pas à rechercher, dans les différences qui séparent son observation des observations connues d'empoisonnement par la digitale, sous le rapport des symptômes, de leur marche, de la dose du médicament, etc., un motif de décharger la teinture employée par lui de la mort inopinée de la jeune fille. Ce procédé logique, dont on a fait usage à l'occasion du chloroforme, il n'y songe pas, et tout au contraire, il admet d'emblée l'empoisonnement; seulement, ainsi que l'a fait la GAZETTE MÉDICALE au sujet des morts produites par l'agent anesthésique, il trouve dans les *circonstances exceptionnelles* la cause adjuvante de la terminaison fatale, et cette cause est ici, pour M. Forget, l'épuisement produit par une phthisie des plus avancées. Cette manière de considérer les faits est la seule juste, la seule philosophique, et l'on ne pouvait en attendre une autre de l'excellent esprit du professeur de Strasbourg.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 MARS.

FIÈVRE JAUNE.

M. AUDOUARD lit une note additionnelle au mémoire qu'il a adressé récemment à l'Académie pour le concours du prix Montyon. Cette note est intitulée : DOCUMENTS SUR LA FIÈVRE JAUNE.

L'auteur s'est proposé de démontrer dans ce travail que la fièvre jaune n'est originaire d'aucun pays, mais qu'elle se développe exclusivement dans les vaisseaux négriers par suite des conditions d'infection qui existent dans ces vaisseaux. En faisant cesser la traite des noirs, on détruirait la fièvre jaune.

M. AUG. DURAND, médecin ordinaire à l'hôpital du Gros-Caillou, adresse un mémoire sur les variations du volume de la rate, aux diverses phases du jour, dans les fièvres intermittentes. (Nous publierons ce travail textuellement.)

DOUCHES FROIDES APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES MALADIES UTÉRINES.

M. L. FLEURY communique l'extrait d'un mémoire sur l'emploi des douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections.

Les résultats que lui a fournis l'hydrothérapie dans le traitement des engorgements de la rate et du foie, dans celui de plusieurs affections articulaires, l'ont engagé à combattre par des moyens analogues certaines maladies utérines, telles que les déplacements et les engorgements. Dix malades présentant des accidents locaux et généraux très-graves, affectées depuis un espace de temps qui a varié entre un an et treize ans, d'un engorgement hypertrophique ou induré du col de la matrice, d'un déplacement utérin simple ou multiple, ont été traitées à Bellevue par les douches froides, locales et générales, internes et externes. Ces dix malades ont guéri. La durée du traitement a été au maximum de sept mois, au minimum de six semaines, et en moyenne de trois mois et demi. Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur de ce mémoire :

1° Les douches froides ne guérissent point directement les ulcérations utérines.

2° Les douches froides permettent d'obtenir la résolution complète d'engorgements, soit hypertrophiques, soit indurés, de la matrice, alors même que ces engorgements sont anciens, considérables, qu'ils ont résisté aux différentes médications usuelles, et notamment à l'application du fer rouge.

3° En résolvant l'engorgement de l'utérus, les douches froides permettent d'obtenir la cicatrisation d'ulcérations qui, liées à l'engorgement et entretenues par lui, ont résisté à des applications réitérées de divers caustiques, et même au cautère actuel.

4° Les douches froides amènent la guérison complète de déplacements utérins anciens, considérables, ayant rendu nécessaire l'application de procédés mécaniques, et envisagés par les praticiens les plus éminents comme des infirmités.

5° L'action exercée par les douches froides est double : elle s'adresse simultanément aux accidents locaux et mécaniques, et aux symptômes généraux et sympathiques; elle combat directement, et l'un par l'autre, ces deux ordres de phénomènes.

6° En ramenant l'utérus à sa direction normale, les douches froides font disparaître une cause fréquente de stérilité.

7° Par l'action qu'elles exercent sur l'organe de la gestation et sur l'organisme tout entier, les douches froides éloignent plusieurs causes fréquentes d'avortement.

8° Les douches froides convenablement administrées sont le meilleur remède de l'hypéresthésie utéro-vulvaire.

9° Les douches froides générales peuvent être administrées non-seulement sans danger, mais encore avec avantage, pendant l'écoulement menstruel, sur lequel elles exercent une action régulatrice.

10° En raison de l'action qu'elles exercent sur la circulation locale et générale, les douches froides sont le modificateur le plus efficace que l'on puisse employer pour prévenir ou combattre la congestion utérine; cause si puissante et si commune des engorgements et des déplacements de la matrice. (Commissaires : MM. Roux, Rayer et Lallemand.)

CHOLÉRA.

M. WANNER communique une note dans laquelle il attribue le choléra à une régurgitation du chyle et de la lymphe provenant tous deux du canal thoracique ou de Pecquet, régurgitation qui aurait lieu dans l'intestin par l'orifice des vaisseaux chylifères. Cette régurgitation serait elle-même due à une affection des vaisseaux chylifères.

D'après ces données, M. Wanner pense que le traitement du choléra doit être institué de la manière suivante :

Contre les vomissements, usage fréquent de la glace.

Contre le dévoiement, laudanum en lavements à la dose d'un à deux gros (cette dose n'est nullement à craindre, parce que l'absorption par les chylifères ne se fait pas).

Emploi de l'ammoniaque pour exciter les fonctions respiratoires.

— M. le docteur OLLINET envoie un mémoire sur la goutte, qu'il prétend guérir par un traitement efficace qui lui est particulier, mais dont il ne veut faire connaître les détails qu'à la commission que l'Académie désignera pour l'examen de son mémoire. L'Académie désigne pour l'examen de ce travail MM. Velpeau et Andral.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. BAILLARGER demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

INFLUENCE DES COMMOTIONS POLITIQUES SUR LA FOLIE.

M. BAILLARGER : A propos du rapport de M. Londe sur le mémoire de M. Belhomme, j'ai fait quelques recherches pour savoir si, effectivement, les commotions politiques ont l'influence qu'on leur a attribuée sur le développement de la folie; voici les résultats auxquels je suis arrivé :

En 1848, il est entré à la Salpêtrière et à Bicêtre 1,354 aliénés. En 1847, il en est entré 1,230, ce qui donne, à l'avantage de 1848, une différence de 124. Mais il

fait remarquer que, par suite des revers de fortune qu'a occasionnés la révolution, 32 aliénés qui ne pouvaient plus être entretenus à Charenton par leurs familles ont été dirigés sur Bicêtre et à la Salpêtrière. En outre, il y a eu, en 1843, 1,335 entrées, et en 1846, 1,331, dans ces deux derniers établissements, c'est-à-dire un nombre supérieur à celui de 1848, si l'on fait abstraction des 32 aliénés évacués de Charenton.

Je ne voudrais pourtant pas conclure de ces résultats que les événements politiques ne puissent pas déterminer la folie chez quelques individus prédisposés; mais évidemment ils n'augmentent pas le chiffre des aliénés, ce que l'on s'explique d'une manière assez satisfaisante, en songeant que, si les révolutions exagèrent certaines causes d'aliénation, elles en diminuent ou font disparaître certaines autres, telles que les excès de bien des genres et certaines passions domestiques, et qu'il s'établit une sorte de compensation.

M. Ferrus : Je viens de visiter plusieurs établissements d'aliénés, et dans aucun d'eux je n'ai vu que le nombre des entrées se soit accru en 1848. Je ne puis donc que confirmer les résultats obtenus par M. Baillarger.

—La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un mémoire sur les causes et la nature du choléra, rédigé par M. le docteur d'Agar de Bus (d'Issoudun), et sur les moyens propres à en arrêter les ravages. Ces moyens consistent à administrer aux malades de l'eau albumineuse et du tritoxyde de fer, qui jouissent de la propriété de neutraliser les miasmes métalliques qui produisent l'*empoisonnement cholérique.*

2° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, transmettant à l'Académie un rapport rédigé par les officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Baréges, sur les maladies traitées dans l'établissement thermal de cette ville pendant l'année 1847.

M. Campenon, médecin adjoint de l'hôpital de Tonnerre (Yonne), annonce que la localité où il exerce est, depuis près d'une année, sous l'influence d'une épidémie de variole, et qu'aucun des sujets qu'il a vaccinés depuis six ans n'a été atteint. Il a remarqué que la fièvre typhoïde, dont il constatait chaque année 40 ou 50 cas, tant en ville qu'à l'hôpital, a complétement disparu depuis que la variole règne, ce qui semblerait indiquer qu'il y a une certaine analogie entre les deux maladies.

M. Bonnafont, correspondant de l'Académie, envoie la relation d'une épidémie de variole qu'il a observée aux environs de Bayonne. M. Bonnafont signale d'une manière spéciale que la variole s'est montrée sur trois anciens variolés, dont un a succombé.

M. Durand, médecin à Saint-Aubin (Calvados), envoie une seconde copie d'un mémoire sur le développement de la rate dans les fièvres d'accès.

—M. Bally : Avant que l'Académie ne passe à son ordre du jour, je serais bien aise d'adresser une question à M. le président. Pourquoi l'Académie a-t-elle nommé une commission du choléra? Que se propose-t-elle de faire? Aujourd'hui le choléra n'est plus à nos portes, il est dans nos murs. Il me semble qu'il serait temps ou jamais qu'elle fît connaître ses intentions.

M. le Secrétaire perpétuel : La commission s'est réunie plusieurs fois; elle avait d'abord décidé qu'elle ferait connaître à l'Académie la marche complète du choléra depuis sa dernière apparition en Europe. Plus tard, voyant le choléra s'approcher, elle renonça à une entreprise qui demandait un si long travail, et elle se décida à ne rédiger qu'une courte notice suivie d'une instruction populaire sur les moyens de prévenir le choléra et sur les premiers soins à donner aux malades atteints par l'épidémie. Je pense que M. Martin-Solon, rapporteur de cette commission, est prêt à faire la lecture de cette instruction; mais auparavant, je crois devoir informer l'Académie que le conseil avait accordé un tour de faveur à MM. Boudin et Lévy, pour faire une lecture sur une maladie importante qui règne en ce moment dans la garnison de Paris, et je lui demanderai si elle ne jugerait pas à propos, avant d'entendre M. Martin-Solon, d'accorder la parole au moins à l'un de nos honorables confrères.

Après quelques mots échangés entre divers membres, la parole est donnée à M. Boudin.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

M. Boudin, médecin en chef de l'armée des Alpes, lit un travail ayant pour titre : Études sur la nature de la maladie décrite sous le nom de méningite cérébro-spinale épidémique, et sur ses rapports avec la grande manifestation épidémique de 1814.

Cette maladie, effrayante par son invasion soudaine et la rapidité de sa marche, par sa gravité et son grand développement dans ces derniers temps, a surgi en 1837 dans le sud-ouest de la France. Circonscrite d'abord dans un petit nombre de localités, elle a successivement élargi le théâtre de ses ravages. Elle épargne le plateau central de la France pour multiplier ses foyers à la circonférence dans les villes de guerre et de garnison. Elle respecte les États limitrophes de nos frontières continentales, alors que d'un seul bond elle s'élance, en 1840, au delà de la Méditerranée pour inaugurer ses ravages en Algérie, et, à l'exemple du choléra, elle épargne la Corse.

Elle affecte une prédilection marquée pour les villes de garnison.

Ses coups les plus forts, elle les réserve pour une caserne, une chambrée, une famille.

Elle épargne en haut l'officier, en bas le détenu des prisons, tous deux vivant en dehors du contact incessant avec le soldat.

On n'a vu jusqu'ici qu'une simple méningite dans cette maladie (à l'exception de l'honorable M. Cayol).

De nombreuses considérations militent contre cette interprétation.

Ici l'auteur cite les autopsies entièrement négatives rapportées par M. Tourdes, puis les localisations multiples séro-purulentes sur la presque totalité des séreuses, y compris les synoviales articulaires.

Il insiste sur la fréquence de la complication vermineuse et de la fièvre typhoïde, sur les pétéchies, les taches pourprées, violacées et même noires.

M. Boudin aborde ensuite l'idée Épidémie, qui à son tour ne cadre guère avec la localisation de la maladie, tantôt dans la population civile, comme à Aigues-Mortes et à Rochefort, tantôt dans la population militaire, comme dans la grande majorité de nos villes de guerre.

L'auteur insiste sur la reproduction obstinée de la maladie, ici dans certaines villes, dans certaines casernes, malgré le renouvellement des troupes; là dans certains régiments, malgré les changements répétés de garnison.

Après ces faits grandioses et de notoriété publique, les faits partiels, *de localités*, n'ont plus qu'une importance secondaire; citons-en néanmoins quelques-uns.

En 1841, le troisième bataillon du 62e quitte Pont-Saint-Esprit où règne la *méningite*, pour se rendre à Marseille, où cette maladie était jusqu'alors inconnue. Peu de temps après, les deux bataillons de guerre arrivent d'Afrique à Marseille, et fournissent leur contingent de victimes à la *maladie de Pont-Saint-Esprit.*

A Avignon, on compte parmi les victimes de l'hospice où sont traités les militaires, une sœur, une infirmière, une lingère.

A Orléans, 1847, les seules victimes étrangères à la garnison sont l'enfant d'une cantinière qui habite la caserne, et la maîtresse d'un soldat, enceinte de lui depuis six à sept semaines.

A Strasbourg, 1841, on compte parmi les victimes :

Deux chirurgiens;

Cinq infirmiers;

Un élève en médecine;

Sept enfants de militaires;

Enfin plusieurs ouvriers civils travaillant à l'arsenal.

A Selestadt, immédiatement après l'arrivée du 29e venant de Strasbourg, la maladie frappe l'enfant d'un cabaretier dont la maison est exclusivement fréquentée par les soldats, et les deux enfants d'un boucher qui fournit à la troupe.

M. Boudin n'admet pas que ces faits légitiment une conclusion rigoureuse actuelle; ils lui paraissent néanmoins de nature à appeler l'attention des médecins sur l'importance des investigations étiologiques, trop négligées jusqu'ici.

La maladie est-elle nouvelle?

Jusqu'ici la question est restée indécise.

M. Boudin rapporte l'épidémie de 1814, décrite par Comte dans le journal de M. Sédillot de 1816, comparée avec les épidémies de Dresde, de Leipsick, de Mayence, et offrant l'identité la plus complète avec la *méningite* d'aujourd'hui. Comte est le seul médecin qui ait porté ses investigations jusque dans le canal vertébral; or toutes ses autopsies constatent, comme dans la méningite, une exsudation séro-purulente de l'arachnoïde cérébro-spinale.

Mêmes résultats dans une épidémie de la garnison de Metz en 1815, et décrite par M. Rampont.

Enfin M. Boudin relate les faits observés en 1814 à l'hôpital Saint-Louis par Biett, et sa thèse inaugurale, soutenue le 14 juillet 1814, et qui peut se résumer ainsi qu'il suit :

La maladie qui décime l'armée n'est pas un typhus, mais une méningite cérébro-spinale.

De cet ensemble de faits, M. Boudin déduit les conclusions générales suivantes :

1° La science a enregistré les faits anatomo-pathologiques constatés par le jeune chirurgien; mais elle n'a pas sanctionné les déductions médicales qu'il en tirait relativement à la nature ainsi qu'à la dénomination nouvelle à donner à la maladie.

2° La dénomination de *méningite cérébro-spinale*, adoptée pour la désignation de la maladie, qui, depuis une douzaine d'années, a régné sur une échelle plus ou moins considérable dans un grand nombre de localités de la France et de l'Algérie, n'est en rapport ni avec l'ensemble connu de la symptomatologie de cette affection ni avec la dissémination des lésions anatomo-pathologiques.

3° Il n'existe aucune différence appréciable entre la maladie dont il s'agit et celle qui a été observée en 1814 à Grenoble par MM. Comte et Billerey, à Paris par Biett, à Metz par M. Rampont.

4° Enfin la maladie qui règne depuis 1837 doit être considérée comme une des formes de la grande manifestation épidémique qui, dans les dernières années de l'empire, a régné en France, ainsi que dans une partie considérable de l'Europe.

CHOLÉRA DE 1848-49.

M. Martin-Solon lit, au nom de la commission du choléra, l'instruction populaire suivante sur les précautions à prendre contre le choléra, sur les premiers signes de la maladie et les premiers soins à donner aux personnes qui en sont atteintes.

Le choléra ne peut plus nous apparaître comme un fléau inconnu dont le nom seul inspirerait l'effroi. Ce que nous avons vu de 1832, d'accord avec ce qui a été observé dans tous les pays qu'il a visités, nous a appris que ses ravages n'égalaient pas toujours ceux de plusieurs maladies épidémiques plus communes et moins redoutées. L'expérience que nous avons acquise par nous-même nous

donne la certitude qu'il n'y a aucun danger à approcher des cholériques, à leur donner tous les soins que leur état réclame, et qu'en conséquence il faut bien se garder de fuir et d'abandonner les malades.

Nous pouvons croire aussi que si le choléra atteint de nouveau la capitale, les travaux d'assainissement qui ont été faits depuis seize ans, l'élargissement des rues, la multiplication des bornes-fontaines et des égouts, tous ces grands moyens de salubrité, secondés par un service journalier bien réglé et bien surveillé, rendront sa propagation moins facile et ses atteintes moins graves. Mais, pour assurer à ces mesures d'hygiène publique les résultats qu'elles doivent obtenir, il faut que chaque citoyen les seconde en observant fidèlement les règles d'hygiène privée, qui ne doivent être négligées en aucun temps, mais dont l'observation doit être plus rigoureuse en temps d'épidémie.

Ces règles concernent l'habitation, les vêtements, les aliments, les occupations.

1° Le premier soin, le plus important sans contredit, doit être d'entretenir autour de soi un air pur; l'expérience a montré que ceux qui négligeaient cette précaution en temps d'épidémie étaient les plus exposés à en être atteints; en conséquence on évitera autant que possible de coucher en trop grand nombre dans la même pièce et de s'enfermer dans des rideaux. Dès le matin, on renouvellera l'air de la chambre en ouvrant les fenêtres, en établissant un courant dans lequel toutefois on évitera de se placer. On répétera cette opération dans la journée, plus ou moins souvent, suivant le nombre des personnes qui habitent la pièce. On s'abstiendra d'y faire sécher du linge. On en éloignera soigneusement tout ce qui pourrait y répandre de mauvaises odeurs ou des émanations humides et mal saines. Les eaux ménagères seront emportées au fur et à mesure qu'elles seront produites, les plombs qui les reçoivent, les tuyaux qui les conduisent au dehors seront tous les jours lavés à grande eau. Toutes les parties de la maison, les escaliers, les cours seront entretenues dans une exacte propreté, les ruisseaux balayés et lavés chaque jour, afin que des eaux infectes n'y séjournent pas.

2° Le refroidissement ayant été noté comme une circonstance qui a souvent favorisé le développement du choléra, on se couvrira de vêtements chauds, et on ne les quittera pas légèrement, au premier changement de température. Le ventre et les pieds doivent surtout être protégés contre le froid, et à cette fin on a sagement reconnu l'usage de chaussures et d'une ceinture de laine.

3° La sobriété, si favorable en tout temps à l'entretien de la santé, devient en temps de choléra d'une nécessité rigoureuse. On ne peut s'en écarter sans s'exposer à payer chèrement cet écart. Ceux qui s'en sont fait une heureuse habitude et qui ont un régime qui les maintient dans un bon état de santé n'ont rien à y changer. Chacun doit s'abstenir des aliments dont il a reconnu par son expérience propre que la digestion était difficile; ceux qui, en général, ne conviennent pas sont les viandes et les poissons salés, les viandes très-grasses, la charcuterie mal préparée, les pâtisseries lourdes, les crudités, les légumes aqueux pris en certaine quantité.

Le vin mêlé d'eau, la bière, le cidre sont des boissons convenables. Ce qui doit être redouté surtout, ce sont les excès de vin, de liqueurs fortes; on se gardera aussi plus qu'en tout autre temps de prendre des boissons froides lorsqu'on est échauffé par le travail ou par la marche.

4° Les excès dans les travaux de corps ou d'esprit ne sont pas moins à éviter que les excès d'aliments ou de boisson. Chacun doit continuer ses occupations ordinaires, mais d'une manière réglée et sans qu'il en résulte une trop grande fatigue. Les veilles, les travaux de nuit doivent être évités. Si des travaux accidentels exigeant une grande dépense de forces corporelles faisaient sentir le besoin d'un supplément d'alimentation, il vaudrait mieux faire en plus un léger repas que de charger à la fois son estomac d'une grande quantité de nourriture.

Premiers signes du choléra et premiers soins a donner a ceux qui en sont atteints. — Il est d'une extrême importance de se rendre attentif aux premières atteintes du choléra, afin de l'attaquer dès son début. L'expérience acquise en 1832 a appris que les secours étaient d'autant plus efficaces qu'ils étaient administrés plus promptement et plus près du moment de l'invasion.

Rarement le choléra se déclare d'une manière soudaine; presque toujours il est annoncé par des signes précurseurs, tels que : un sentiment subit de lassitude et de brisement dans les membres, de la pesanteur de tête, des étourdissements, de la douleur au creux de l'estomac avec oppression. Mais les plus fréquents de ces symptômes avant-coureurs sont des borborygmes ou des grouillements d'entrailles suivis de dévoiement, le plus souvent accompagné de coliques, mais quelquefois tellement exempt de toute douleur qu'il dure plusieurs jours sans qu'on y fasse presque attention.

Ces symptômes ne sont pas inévitablement suivis du choléra, mais il suffit qu'ils puissent l'être et qu'ils le soient en effet souvent, pour que ceux qui les éprouvent s'empressent d'y remédier. On diminuera d'abord beaucoup la quantité d'aliments; on les supprimera même tout à fait s'il y a dégoût ou défaut d'appétit. On prendra quelques infusions chaudes de camomille, de mélisse, quelques demi-tasses d'eau de riz, avec addition de gomme arabique, des quarts de lavement avec de l'eau de riz ou de l'eau blanchie par l'amidon, auquel on ajoutera 4 ou 5 gouttes de laudanum ou 2 grammes de diascordium. Ces petits lavements seront répétés plus ou moins souvent, suivant que le dévoiement sera lui-même plus ou moins fréquent. Un bain de jambe chaud avec addition de sel, de savon ou de farine de moutarde, et enfin la chaleur du lit, en excitant les fonctions de la peau, complètent la série de moyens employés contre les premiers symptômes. S'ils persistent et surtout s'ils s'aggravent, le malade, lorsqu'il ne pourra être soigné chez lui, sera conduit sans délai dans l'un des hôpitaux désignés par l'autorité. Dans le cas contraire, le médecin sera aussitot averti. En l'attendant, des soins assidus continueront d'être donnés au malade. Les symptômes que l'on peut voir alors se développer plus ou moins rapidement sont les suivants :

Les douleurs du ventre deviennent plus aiguës et plus fréquentes; le dévoiement prend un nouveau caractère; les matières perdent l'odeur de matières fécales, deviennent blanchâtres comme de l'eau de riz mêlée de quelques flocons.

Des vomissements de même nature se déclarent, la soif augmente, les urines deviennent rares et même se suppriment tout à fait. Le malade ressent dans le creux de l'estomac une barre qui l'oppresse, et y détermine souvent un sentiment d'angoisse insupportable.

Des crampes douloureuses se font sentir aux membres inférieurs et quelquefois aux membres supérieurs; en même temps tout le corps se refroidit; la peau prend une couleur violacée.

On doit s'appliquer d'abord à réchauffer le malade; on le couchera dans un lit chaud et bien couvert. Des bouteilles pleines d'eau chaude ou des sachets remplis de son ou de sable bien chauffé seront placés près de lui. On frictionnera une flanelle imbibée d'eau-de-vie camphrée, pure ou mélangée à parties égales avec de l'essence de térébenthine; on appliquera des sinapismes sur les membres, sur le ventre, sur la région de l'estomac, en observant de ne pas les laisser plus de vingt minutes en place. Si on a la facilité, on se trouvera bien de mettre le malade dans un bain chaud, où l'on aurait délayé 1 kilogramme de farine de moutarde.

En même temps on lui fera prendre, toutes les demi-heures et par demi-tasses, des infusions chaudes de mélisse, de menthe, de thé, de café, et si les boissons étaient vomies, on se contentera de donner des petits morceaux de glace plus ou moins souvent, suivant le désir du malade, ou si la glace manque, quelques gorgées d'eau froide.

On combattra les crampes par des frictions sur les mollets avec de la glace pilée renfermée dans un linge, ou avec une flanelle imbibée d'un mélange d'essence de térébenthine et de laudanum.

Ces soins seront continués sans relâche jusqu'à l'arrivée du médecin, à qui seul il appartiendra de décider s'il y a lieu d'employer des moyens plus actifs. On se gardera surtout d'accueillir sans son conseil quelqu'un de ces prétendus spécifiques qui sont vantés comme ayant produit des guérisons nombreuses, et qui, mis à l'épreuve, tromperaient les intentions de ceux qui les emploieraient, et feraient perdre un temps précieux. Si quelque remède vraiment efficace venait à être découvert, l'Académie, fidèle à sa mission, s'empresserait de le signaler en lui donnant la publicité désirable.

M. Honoré : Ce que j'ai vu depuis vendredi dernier confirme l'espoir exprimé par M. le rapporteur, et porte à penser que si l'épidémie s'étend chez nous, elle aura infiniment peu d'intensité. (M Honoré rapporte l'histoire du malade qu'il a eu dans son service, et que nous donnons dans tous ses détails à la *Revue clinique.*) J'ai vu ce matin, ajoute-t-il, trois autres cas dans la salle des femmes de M. Rostan : l'une est une femme enceinte; la seconde une femme âgée; la troisième était déjà dans l'hôpital : c'est une femme d'environ 34 ans, qui se trouve dans les salles depuis un an, et qui y a été affectée de plusieurs maladies, entre autres d'une fièvre typhoïde grave dont elle était à peine convalescente lorsqu'elle a été prise des symptômes du choléra. Malgré ces fâcheuses conditions, cette malade n'a point succombé, non plus que les deux autres. Toutes les trois sont dans un état d'amendement notable.

Si l'on compare ce qui se passe actuellement avec ce qui a eu lieu en 1832 au début de l'épidémie, on remarquera des différences nombreuses et importantes. En 1832, dès qu'on eut constaté les deux ou trois premiers cas, le lendemain on en comptait par centaines. Depuis vendredi, il ne s'est pas présenté de nouveau cas à l'Hôtel-Dieu. Je ferai remarquer en outre avec quelle facilité la réaction s'est établie chez mon malade, ainsi que chez celles de M. Rostan. Enfin une autre circonstance importante à signaler, c'est qu'en 1832 toutes les maladies aiguës avaient cessé dès le début de l'épidémie pour faire place uniquement à des cas de choléra, tandis que, depuis quelques jours que les premiers cas se sont manifestés, nous avons reçu plusieurs malades atteints de pneumonies et d'autres affections aiguës ordinaires.

M. Rochoux : Il s'agit d'une instruction, de moyens préservatifs, et en définitive d'étiologie : c'est de l'étiologie que je veux m'occuper.

M. Martin-Solon a dit que les bouches du Gange sont le foyer du choléra. Cette assertion me paraît en opposition avec ce que M. Martin-Solon a dit lui-même. Il reconnaît, et il est parfaitement établi aujourd'hui que le choléra n'est pas contagieux. Sa cause est là où il naît. Or comment comprendrait-on qu'il pût traverser les mers? Et s'il vient par la voie de terre, quels ravages ne devrait-il pas faire dans son trajet! D'où il faut nécessairement conclure que le foyer du choléra se trouve partout.

Maintenant, si vous me demandiez quelle est sa cause, vous ne me mettriez pas dans un grand embarras; je vous répondrais : Je n'en sais rien. Mais cela importe peu; ce qu'il importe surtout, c'est de ne point supposer des causes qui n'existent pas.

Autre observation. Il est évident, d'après les faits qu'on vient de vous faire connaître, que c'est là une manifestation épidémique avortée, du moins je l'espère.

M. Martin-Solon : M. Rochoux ne veut pas que le choléra soit né aux bords du Gange; je crois que l'opinion contraire peut être parfaitement soutenue. S'il n'en était pas ainsi, on l'aurait vu naître de prime abord soit à Saint-Pétersbourg ou même à Paris, tandis que, aux deux invasions, on l'a vu éclater d'abord dans l'Inde. C'est là un fait qui ne peut pas être contesté; il ne préjuge rien d'ailleurs par rapport à la contagion.

M. J. Cloquet rappelle qu'en 1847 comme en 1832, l'épidémie a débuté à Téhéran, ce qui lui a été confirmé en dernier lieu par les renseignements qui lui ont été communiqués par son neveu. Ce n'est pas une raison d'ailleurs pour admettre la contagion. Il y a des causes occultes que nous ne connaissons pas. Ce que nous constatons, ce sont des faits. Or le fait est que l'épidémie a débuté chaque fois sur les mêmes parties du globe.

M. Moreau : Je ne puis qu'approuver les instructions rédigées par M. le rapporteur. Cependant, puisqu'il s'agissait d'une instruction populaire, je l'aurais désirée plus courte. En voici une en bouts rimés que j'ai trouvée dans un tableau du dix-septième siècle, à l'époque de la grande épidémie de peste noire, qui n'était probablement autre que le choléra; elle exprime en peu de mots tout ce que renferment d'essentiel les instructions de la commission. Je ne sais si j'oserai devant l'Académie... .

De toutes parts : Dites, dites.

M. Moreau : Puisqu'on m'y autorise, voici le quatrain en question :

Tiens tes pattes en chaud,
Tiens vides tes boyaux,
Ne vois pas Marguerite,
Du choléra tu seras quitte. (Hilarité prolongée.)

M. Bussy : Je crois que la commission s'est tenue trop strictement aux termes d'une instruction populaire; en répétant dans cette instruction ce qui se trouve déjà dit partout ailleurs, ce que l'autorité a mission de faire répandre partout, l'Académie ne me semble pas être à la hauteur de son rôle. Elle aurait mieux rempli sa mission, à mon avis, en envisageant la question au point de vue scientifique, et en adressant des conseils aux médecins et non au public.

M. Martin-Solon : La commission n'a prétendu faire rien de nouveau. Mais elle a pensé qu'en présence d'une épidémie qui menace la population, il était du devoir de l'Académie d'instruire le public des meilleurs moyens qu'il y a à employer pour se mettre à l'abri du fléau et pour en amoindrir les dangers; elle a pensé aussi qu'il était du devoir de l'Académie d'indiquer le véritable caractère de l'épidémie pour rassurer la population; elle a pensé, enfin, que les conseils et les avis donnés par l'Académie pourraient inspirer plus de confiance, et par conséquent produire plus de bien que ceux émanant de toute autre autorité.

Après quelques explications échangées entre M. Husson et le rapporteur sur l'opportunité du préambule qui précède cette instruction, quelques membres demandent une seconde lecture, d'autres l'impression du rapport.

Cette dernière proposition est mise aux voix et adoptée.

La discussion sera en conséquence continuée mardi prochain.

— Pendant la séance, l'Académie a procédé à la nomination de trois commissions pour examiner les mémoires destinés au concours des prix.

Ont été nommés membres de ces commissions, savoir :

Commission des prix de l'Académie (La fièvre typhoïde) : MM. Louis, Chomel, Gaultier de Claubry, Bricheteau, Mélier.

Commission du prix Civrieux (De la chorée) : MM. Fouquier, Bouvier, Baillarger, Jolly, Collineau.

Commission du prix Portal (De la cirrhose) : MM. Cornac, Cruveilhier, Rochoux, Husson, Nacquart.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

HANWOERTERBUCH, ETC. (DICTIONNAIRE MANUEL DE PHYSIOLOGIE); par M. le professeur R. Wagner.

NERF SYMPATHIQUE; STRUCTURE DES GANGLIONS ET TERMINAISON DES NERFS; par le professeur R. Wagner. (Tome III, 1re partie, p. 360—406.)

Depuis quelque temps, l'étude anatomique du système nerveux éprouve de singulières vicissitudes. Des observateurs distingués, des hommes exercés aux recherches microscopiques les plus difficiles, nous donnent des résultats que nous admettons sur la foi d'observations nombreuses et qui semblent porter le cachet de la vérité, puis de nouvelles observations nous montrent qu'on s'était trompé, et renversent complétement l'édifice qu'on croyait si solidement établi.

Tel est entre autres, le sort qu'a éprouvé la fameuse théorie des anses nerveuses du professeur Valentin, théorie qui paraissait être fondée sur des faits positifs et qu'appuyait le nom de son savant auteur. On sait que depuis longtemps déjà Hannover et Kœlliker avaient fait voir que, dans certains ganglions, les tubes nerveux naissent directement des cellules ou globules ganglionnaires; on connaît aussi les recherches de M. Ch. Robin, d'une part, et de M. R. Wagner, de l'autre, recherches communiquées à l'Académie des sciences, dans le courant de 1847. Le savant professeur de Gœttingue a consigné tout au long ses nouvelles recherches dans l'article dont nous allons rendre compte. Il annonce lui-même qu'il a partagé les idées de Valentin sur les anses nerveuses, celles de Bidder et Wolkmann sur l'indépendance du grand sympathique, celles de Kœlliker sur l'origine des tubes nerveux, mais que les faits l'ont amené aujourd'hui à des vues toutes différentes.

Il commence par l'exposé des faits, puis il donne une suite de remarques critiques et théoriques relatives aux résultats obtenus.

A. Ganglions. — Toutes les recherches sur la structure des ganglions ont été faites sur diverses espèces de torpilles, et vérifiées ensuite sur les raies et sur les squales; les autres vertébrés ne se prêtent pas à ces analyses difficiles.

Deux opinions ont régné jusqu'à présent sur les rapports des tubes nerveux avec les cellules ganglionnaires; suivant Valentin, les globules ganglionnaires sont entourés par les filets nerveux; suivant Kœlliker, chaque globule donne naissance, mais d'un côté seulement, à un tube nerveux. D'après la découverte de Wagner et de Robin, chaque cellule reçoit un tube nerveux provenant du centre, et en fournit un autre qui marche vers la périphérie.

L'auteur divise les ganglions en quatre classes : les ganglions spinaux, cérébro-spinaux, viscéraux et centraux. Nous le suivrons dans l'exposé des faits relatifs à la structure de ces quatre groupes.

Ganglions spinaux. — L'auteur croit que la racine qui sort du renflement ganglionnaire doit sa plus grande épaisseur à une augmentation dans l'épaisseur du névrilème des fibres primitives et aussi à une plus grande largeur des tubes médullaires eux-mêmes. Il a trouvé dans la racine postérieure, en deçà et au delà du ganglion, des tubes nerveux larges, des tubes moyens et des tubes très-minces qui n'avaient que la vingtième partie environ des premiers. Ces derniers étaient en petite quantité, 5 à 6 sur 100 ; on en trouvait aussi dans la racine antérieure, mais seulement 3 sur 100.

Les renflements ganglionnaires sont dus presque exclusivement aux globules. Ceux-ci varient dans un même ganglion pour leur forme et leurs dimensions. Chaque globule ou cellule, composé d'une matière granuleuse, d'un noyau et d'un (rarement de deux) nucléole, est muni d'une enveloppe à double contour qui se continue avec le névrilème du tube qui en sort. Le contenu de la cellule, au contraire, ne paraît pas se continuer avec la moelle du tube, quoique l'on voie assez souvent des grains de la cellule se porter jusqu'à une certaine distance dans le tube.

M. Wagner, comme M. Robin, signale aussi des globules plus petits que les autres, desquels naissent quelquefois une fibre fine d'un côté et une fibre grosse du côté opposé; il a compté un petit globule sur vingt ou trente gros globules environ.

Une observation intéressante, relative à la structure des globules ganglionnaires, est celle qui mentionne une couche de cellules rondes, nucléées, tapissant la face interne de la paroi du globule. On peut considérer cette couche comme représentant une sorte d'épithélium analogue à celui qui tapisse les vésicules ou les tubes sécrétoires.

L'auteur relate ensuite les observations de M. Robin, qu'il compare aux siennes. Les seules différences portent sur les fibres ténues que M. Wagner a rencontrées dans la racine antérieure, et sur quelques formes transitoires qu'il a trouvées entre les gros globules et les petits.

Ganglions cérébro-spinaux. — L'auteur désigne sous ce nom ceux qui se trouvent à la racine ou sur le trajet des nerfs cérébraux. Leur structure a la plus grande analogie avec celle des ganglions spinaux; comme ces derniers, ils donnent naissance à deux tubes opposés. Il a trouvé dans le nerf latéral plusieurs fibres nerveuses qui ne paraissaient pas se rattacher à des cellules ganglionnaires. Un fait digne de remarque, c'est que toutes les fois qu'il irritait les ganglions et les nerfs branchiaux, il déterminait par là des contractions dans les muscles des branchies.

Ganglions viscéraux. — Ici les fibres ténues sont beaucoup plus nombreuses que les grosses; car tandis que les ganglions spinaux ne contiennent qu'un cinquième de fibres ténues, les ganglions viscéraux en contiennent trois cinquièmes, quelquefois même quatre cinquièmes et jusqu'à neuf dixièmes. L'auteur donne une description particulière du ganglion gastrique : il est composé de fibres de différente grosseur, de corpuscules granuleux, pâles, qui ont le caractère des noyaux de cellules, et qui sont assez espacés; enfin d'une matière amorphe très-finement granuleuse. Les branches nerveuses qui parcourent ce ganglion sont composées de fibrilles excessivement fines; les cellules ganglionnaires sont étroitement unies par des fibrilles de tissu cellulaire. Au premier abord, elles semblent indépendantes des tubes nerveux; mais avec un peu de patience, on parvient à démontrer les tubes qui en partent en sens opposé. Les cellules ganglionnaires sont toujours plus petites que dans les ganglions spinaux; dans ces derniers, elles ont un quinzième à un vingtième de ligne, tandis que, dans les ganglions viscéraux, elles n'ont qu'un soixantième ou un soixante-quinzième de ligne; quelques-unes, très-rares, mesurent un trente-troisième. M. Wagner a trouvé une grande analogie entre la composition des ganglions viscéraux et la structure du cerveau.

Ganglions centraux. — M. Wagner appelle ainsi les ganglions qui ne sont ni sur le trajet ni à l'origine des nerfs, mais qui se trouvent en rapport immédiat avec les centres nerveux proprement dits. Les cellules ganglionnaires ont ici une autre disposition. Dans les lobes électriques, par exemple, ces cellules sont très-grosses, formées de granulations, sans enveloppe apparente et pourvues d'un noyau granuleux et d'un nucléole. Du pourtour de chaque cellule, on voit partir, dans toutes les directions, des prolongements nombreux, quelquefois ramifiés, de longueur variable, très-délicats et conséquemment très-faciles à déchirer. Ces prolongements ont le même aspect que la cellule elle-même; quelquefois on en découvre qui ont le caractère d'une véritable fibre nerveuse, mais qui sont très-fins (un quatre centième de ligne) et faiblement granuleux. Le diamètre des cellules est en moyenne d'un vingtième de ligne; mais il y en a qui ont jusqu'à un douzième de ligne. Si l'on pénètre plus avant dans la profondeur du lobe électrique, là où les racines des nerfs se réunissent en faisceaux, on voit que les tubes nerveux déliés sont entourés d'une seconde enveloppe; les fibres nerveuses ont alors tous les caractères des vraies fibres nerveuses primitives à double contour; seulement il est difficile de les observer dans leur extrémité : le plus souvent l'enveloppe extérieure est déchirée dans une étendue plus ou moins grande. Les corpuscules ganglionnaires sont ici, comme dans les ganglions viscéraux, plongés au milieu d'une masse granuleuse, amorphe.

B. Marche et terminaison des nerfs. — C'est dans l'organe électrique de la torpille qu'on voit le plus distinctement la marche et la terminaison des fibres primitives. En sortant du lobe électrique, les fibres nerveuses sont d'abord entourées d'une enveloppe très-mince, mais qui s'épaissit bientôt. Après avoir marché entre les colonnes de l'appareil électrique, en se séparant de plus en plus les unes des autres, ces fibres arrivent aux disques horizontaux. Avant de pénétrer dans les cloisons transversales, chaque fibre se partage en un nombre considérable de branches qui n'ont plus alors qu'un simple contour. Le nombre de ces tubes, qui proviennent d'un seul tube primitif, varie: il est en général de quinze à dix-huit; cependant M. Wagner en a compté jusqu'à vingt-cinq. La quantité de moelle nerveuse de tous ces tubes réunis l'emporte de beaucoup sur celle du tube primitif qui leur a donné naissance. Ces branches, que l'auteur appelle du premier ordre, parvenues à une certaine distance de leur point d'origine, se divisent chacune en deux autres branches à peu près égales, qui pénètrent dans les chambres de l'appareil et se ramifient dichotomiquement à la surface des cloisons, entre les vaisseaux sanguins. Alors les tubes nerveux perdent leur enveloppe extérieure; ils n'ont plus qu'un simple contour : ce sont les rameaux du second ordre. Leur contenu se présente sous la forme de granulations excessivement fines. Ces rameaux n'ont plus qu'un six centième de ligne d'épaisseur; ils deviennent encore plus fins (un huit centième jusqu'à un millième de ligne), et se perdent dans le parenchyme sous la forme de lignes tellement fines, que c'est à peine si l'on peut distinguer leur lumière. Jamais les ramuscules nerveux d'une fibre ne communiquent avec ceux d'une fibre voisine; ils restent indépendants jusqu'à leur terminaison.

Il était intéressant de rechercher si le mode de terminaison des nerfs dans les muscles avait quelque analogie avec la disposition qu'ils affectent dans l'organe électrique. Après des essais infructueux sur les muscles de l'œil dans la torpille et dans la grenouille, l'auteur est parvenu à son but en étudiant les muscles longs et grêles qui vont, chez la grenouille, de l'os hyoïde à la langue. Ici encore il vit le tube nerveux primitif se partager en un certain nombre de rameaux plus fins, qui partent tous, en divergeant, de l'extrémité du tube primitif. Arrivés aux faisceaux musculaires primitifs auxquels ils sont destinés, ces tubes nerveux plus fins se bifurquent, pénètrent dans le faisceau et disparaissent sous le sarcolemme. Cette disposition n'est pas constante. Quelquefois un tube nerveux primitif fournit latéralement des tubes plus fins qui se portent immédiatement aux faisceaux musculaires primitifs les plus voisins, et se perdent sous la gaîne de ces faisceaux; puis le tube nerveux continue son trajet en fournissant de la même manière des rameaux pour d'autres fibres musculaires. Le diamètre de ces fibres nerveuses terminales n'était souvent que d'un six centième et un huit centième de ligne; jamais l'auteur n'a pu les suivre dans les cylindres musculaires eux-mêmes.

Ces résultats sont d'autant plus importants, que personne jusqu'ici n'avait vu la terminaison des nerfs dans les muscles. M. Wagner conseille de toujours prendre les muscles sur un animal récemment tué, parce que la coagulation du plasma détruit bientôt la transparence de la pièce.

Ses autres recherches sur la terminaison des nerfs ne l'ont pas conduit à des résultats aussi certains. Il a étudié entre autres, avec le plus grand soin, la terminaison du nerf auditif sur les ampoules et sur le sac vestibulaire, et il croit encore avoir bien vu la disposition en anses; cependant il ne saurait affirmer que ce sont des anses véritables, et surtout que ces anses terminent réellement le nerf.

Considérations critiques et théoriques. — Les faits qui viennent d'être exposés modifient complétement les théories sur l'action nerveuse. M. Wagner se demande si ces faits peuvent être généralisés, et s'ils peuvent être appliqués à l'homme. Il n'hésite pas à répondre par l'affirmative, et il fait ressortir, à cette occasion, les avantages de la zootomie et de l'anatomie comparée pour résoudre certaines questions que l'anatomie de l'homme et des vertébrés supérieurs serait impuissante à éclairer.

Après avoir rappelé, d'un côté, la théorie de Bell, et de l'autre les rapports entre les tubes nerveux et les cellules ganglionnaires, il déduit cette première conséquence que les fibres sensibles qui se rendent de la périphérie au centre aboutissent à des cellules ganglionnaires, disposition que n'offrent pas les fibres motrices. Mais peut-on appliquer cette loi à toutes les fibres sensibles et à toutes les fibres motrices? Cela n'est pas démontré, mais l'analogie nous permet de le croire.

Une seconde question plus difficile à résoudre est celle de savoir s'il existe diverses classes de globules ganglionnaires, comme on admet plusieurs classes de nerfs. La solution de cette question dépend de l'admission de véritables fibres sympathiques. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il existe des tubes nerveux de diamètre très-différent, et que les plus gros comme les plus petits peuvent être prédominants : les gros tubes sont pour les organes moteurs, les minces pour les organes d'assimilation. On remarquera que les tubes de grosseur moyenne sont en très-petit nombre et toujours dispersés, ce qui est le contraire de ce qu'on observe généralement dans l'étude des éléments organiques, car ici ce sont les éléments les plus gros et les plus petits qui font exception. Cependant M. Wagner regarde les fibres nerveuses déliées comme ayant la même structure que les larges; à l'aide d'un fort grossissement, on parvient à s'assurer qu'elles ont aussi un double contour. Quant aux globules ganglionnaires, il ne trouve pas entre eux d'aussi grandes différences que M. Robin, mais il convient qu'en général les fibres ténues correspondent aux petits globules, et les fibres larges aux gros. S'il existe, en effet, deux systèmes, l'un de fibres ténues et l'autre de grosses fibres, ces deux systèmes sont enchâssés l'un dans l'autre.

L'auteur se demande ensuite si une seule et même fibre nerveuse peut passer successivement par plusieurs corpuscules ganglionnaires; ses observations le conduisent à admettre que ce passage n'a lieu qu'une fois. Il croit, d'ailleurs, qu'il existe des fibres motrices tant larges que ténues qui ne passent jamais par des globules ganglionnaires et des fibres sensibles, également de deux sortes, qui rencontrent toujours ces globules.

Les cellules ganglionnaires ne doivent pas être regardées comme les origines des nerfs (ceci ressort déjà de l'histogénèse de ces derniers); ce sont des éléments situés sur le trajet des fibres nerveuses, mais dont nous ne connaissons pas le rôle physiologique. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'ils paraissent être nécessaires à la transmission vers le centre; peut-être sont-ce des modérateurs ou des organes destinés à interrompre le courant.

Vers la fin de son intéressant article, M. Wagner donne une théorie du mouvement réflexe fondée sur l'étude qu'il a faite de la composition du lobe électrique. L'impression reçue par une fibre sensible est conduite à travers les globules nerveux des ganglions jusqu'au lobe central, des cellules duquel partent les fibres motrices. Quant aux mouvements associés, ils sont faciles à expliquer par les nombreuses communications que les corpuscules ganglionnaires ont entre eux à l'aide des rameaux qui partent de leur circonférence.

Les nouvelles recherches dont nous venons d'exposer les résultats sont une véritable conquête pour la physiologie des nerfs. Si l'usage des corpuscules ganglionnaires n'est pas encore connu, toujours est-il que le fait de leur continuité avec les tubes nerveux explique la nécessité de leur existence mieux qu'on ne pouvait le faire en admettant, comme on l'avait fait jusqu'ici, leur complet isolement au milieu des masses nerveuses. Quant au mode de terminaison des nerfs, il est évident, comme le fait remarquer M. Wagner, qu'on se rend mieux compte des effets de l'action nerveuse par les ramifications terminales qui vont se perdre dans les tissus, que par les anses nerveuses.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 23 février 1849, M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, inspecteur général de l'Université, est chargé de l'inspection de la Faculté de médecine, de l'école supérieure de pharmacie de Montpellier et d'un certain nombre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — INSTRUCTION DE L'ACADÉMIE. — DISCUSSION.

L'épidémie se développe parmi nous d'une manière assez lente et assez modérée pour laisser encore du doute sur son existence dans quelques esprits. Voici plus de trois semaines que les premiers cas ont été observés, et sur une population de plus d'un million d'individus, c'est à peine si en vingt jours on a compté 200 malades. La comparaison de ce faible chiffre avec le chiffre si effrayant du nombre des malades, pendant la même période en 1832, est bien propre en effet à faire croire que le véritable caractère épidémique n'existe pas. Mais ce n'est pas le nombre seul des malades qui décide de ce caractère, c'est surtout le fait d'une maladie insolite se montrant tout à coup dans une localité d'où elle avait été absente pendant près de vingt ans, et s'y remontrant avec sa nature, sa gravité, sinon avec son intensité première. Or, quelle que soit la disproportion du nombre des malades atteints en 1832 et en 1849, il faut bien reconnaître que la nature du mal est absolument la même. C'est donc en vertu de sa cause, bien plus que par la généralité des effets de cette dernière, qu'il faut conclure au caractère épidémique du choléra actuel. Nous ne sommes d'ailleurs pas au bout.

Nous venons de dire que la gravité du choléra actuel est à peu près la même qu'en 1832, sinon son intensité. Nous avions espéré qu'il en serait autrement pour Paris ; car pour ce qui est des départements et de l'étranger, la mortalité relative ou proportionnelle a été telle jusqu'ici partout, qu'il y a très-peu de différence entre l'épidémie d'aujourd'hui et celle de 1832, c'est-à-dire que le nombre des morts est à peu près comme en 1832, environ la moitié du nombre des sujets atteints. Ainsi, pour nous borner à un exemple, le seul du reste qui puisse être considéré comme rigoureux et authentique, la nouvelle épidémie de choléra en Angleterre et en Écosse a produit, jusqu'au 20 de ce mois, 14,322 malades, dont 6,312 décès et 4,542 guérisons, le reste en traitement. C'est donc une mortalité de près de moitié par rapport au nombre des malades, et de près des deux tiers par rapport au nombre des guéris. On ne saurait jusqu'ici établir de comparaison rigoureuse avec l'épidémie actuelle de Paris; cependant, si nous sommes bien informé, sur environ 200 malades reçus ou constatés dans les hôpitaux, on compterait déjà 100 morts. La mortalité observée dans le civil est encore loin de ce chiffre, le nombre des décès jusqu'à ce jour s'élevant au plus à 40. L'impossibilité d'obtenir des renseignements sur le nombre des malades en ville ne permet aucun calcul sous ce second point de vue. D'après les éléments connus, on peut donc présumer que le nouveau choléra de Paris produira une mortalité égale à celle des autres pays, et cette mortalité différera peu, proportionnellement parlant, de celle de 1832.

Il est indispensable cependant de faire une remarque : s'il est vrai, comme beaucoup de personnes l'affirment, qu'il y a eu, dans plusieurs quartiers déjà, un grand nombre de simples cholérines qui n'ont pas été plus loin, il paraîtrait en résulter que la maladie serait réellement plus bénigne : car si la mortalité proportionnelle n'a pas changé, c'est qu'on l'a établie par rapport aux seuls cas graves, les autres ayant été négligés. Cette observation est vraie en fait; mais elle n'est que spécieuse dans l'application. En effet, s'il est hors de contestation que moins de malades arrivent à la période grave du choléra, il n'est pas douteux non plus qu'aujourd'hui on soigne mieux et plus vite la maladie dans ses premières manifestations, et les malades qu'on parvient ainsi à arracher aux conséquences de l'évolution plus complète du choléra, ne prouvent qu'à l'avantage de plus de lumières et d'empressement dans les soins, et de plus de sollicitude de la part des malades à les réclamer. Ces deux circonstances, du plus grand nombre de cholérines non suivies de choléra, et d'une connaissance plus précise des premières manifestations de la maladie, peuvent donc se compenser, pour maintenir notre proposition, sur la gravité à peu près égale du choléra de 1832 et de 1849. Cette remarque, qu'on veuille bien le considérer n'est pas purement spéculative : elle a pour but, au contraire, d'engager les médecins à redoubler d'attention à l'égard des premiers symptômes de la maladie, et de défendre les malades d'une fausse et préjudiciable sécurité ; car si, comme nous le pensons, une fois le choléra déclaré, il est à peu près aussi difficile de le conjurer en 1849 qu'en 1832, il est bien indispensable d'avoir les yeux constamment ouverts sur sa période prodromique, pendant laquelle on est à peu près certain de le faire avorter.

Du reste, une foule de faits, et avec eux une foule de questions ont surgi depuis le commencement de l'épidémie. Le compte rendu clinique que nous continuons à publier dans ce numéro a été conçu de manière à éclairer, sinon à résoudre toutes les questions soulevées. On y verra en effet une première série de faits intéressants propres à éclairer la variabilité et la diversité des formes du choléra actuel ; une autre relative à des cas de choléra enté sur d'autres maladies antérieures, offrant une combinaison curieuse et comme une lutte des deux ordres de causes associés; une troisième série propre à éclairer la question si intéressante et si mal appréciée jusqu'ici du choléra foudroyant. On y verra par des faits positifs, qu'il serait possible de multiplier, combien on s'est laissé induire en erreur jusqu'ici par les apparences les plus grossières au sujet de l'instantanéité du choléra. On nous pardonnera d'insister sur ce point et d'en faire comme notre palladium contre l'épidémie. C'est qu'en effet là où l'art est encore incertain et stérile contre le danger déclaré, il serait bien à désirer qu'on pût reconnaître comme une vérité, comme une loi générale, que le choléra débute par une période d'incubation, période bénigne, et que ce qu'on a regardé jusqu'ici comme le choléra n'est réellement que la seconde période d'un mal qu'on a presque toujours méconnu dans sa première. On parviendrait ainsi à prévenir le mal qu'on ne peut guérir. N'est-ce pas ce qu'on fait heureusement pour la rage ? et la rage aussi n'offre-t-elle pas cet exemple d'une période d'incubation, celle-là des plus lentes, à la suite de laquelle le mal incurable fait explosion. On ne comprend pas bien qu'une idée si simple et si importante, si elle est vraiment fondée n'ait pas fixé l'attention jusqu'ici. Or cinq ou six épidémies en ont démontré la justesse, et l'immense majorité des cas développés sous nos yeux ne fait que la mieux confirmer tous les jours. Qu'est-ce à dire cependant ? De deux choses l'une : ou bien cette vérité existe et elle a la portée que nous persistons à lui assigner, ou bien nous nous abusons étrangement, et sur sa réalité et sur son importance. L'alternative ne saurait être douteuse ; l'expérience a prouvé qu'on n'est pas d'ordinaire aussi tolérant à l'endroit d'une illusion même apparente, et il ne saurait venir à l'esprit de personne qu'une chose aussi claire, aussi palpable, aussi facile à contrôler, pût ne pas être comprise et admise dans toute sa valeur. On est donc bien forcé de rechercher ailleurs que dans le défaut de fondement du fait signalé, ou

Feuilleton.

TRICHOMÉLANOGÉNÉSIE.

En haine du charlatanisme, et pour éviter le reproche de commettre envers la GAZETTE MÉDICALE l'énormité de la prendre pour un mur à affiches, nous avons été obligé de construire ce mot bien long, un peu baroque même, malgré sa physionomie toute scientifique et son parfum attique pur sang. Trichomélanogénésie ! Les malintentionnés diront : Votre trichomélanogénésie et le PLUS DE CHEVEUX GRIS des affiches bleues ou rouges du coin des rues, c'est tout un. Nous sommes donc un charlatan semblable à tous les autres, un faiseur de réclames ; soit : mais comme nous réclamons pour les Chinois, le doux lecteur nous pardonnera, en faveur de l'originalité de l'idée. Notre désintéressement est complet d'ailleurs : nous n'avons ni officine à Canton, ni maison de santé au delà de la grande muraille, ni institut hydropathique sur les bords du fleuve Jaune ; nous ne possédons, en un mot, aucun établissement chez le peuple aux yeux obliques et aux ongles longs.

Vous n'êtes pas sans doute sans avoir vu chez votre grand'mère un paravent à Chinois, et sans posséder sur votre cheminée ou sur votre étagère quelque porcelaine bien chamarrée de mandarins et de magots ; eh bien ! si vous êtes observateur, et vous l'êtes assurément, vous avez dû remarquer que pas une chevelure, je veux dire pas une houppe, voire même une houppe de magot, n'a pu pu offrir à votre malignité l'occasion de la comparer soit à blanche stalactite, soit à la rouge racine du *daucus carotta*. Toutes les houppes sont du noir le plus irréprochable. Or, les paravents et les porcelaines de Chine sont l'exacte représentation du Céleste Empire, un microcosme qui reproduit fidèlement son type. En Chine, tout le monde est brun jusqu'à quatre-vingts ans accomplis, et ce n'est point sans raison que les disciples de Confucius se décorent, depuis des siècles, de la qualification de *peuple aux cheveux noirs*, si souvent répétée dans leurs monuments historiques aussi bien que dans leurs poëtes.

Mais avant de vous expliquer comme quoi les habitants du Céleste-Empire ont trouvé le secret de conserver ainsi leur houppe rivale du jais, il faut, pour faire l'ombre du tableau, que je vous représente où les choses en sont chez nous, et que je vous fasse voir comment les Chinois nous ont devancés dans la trichomélanogénésie, tout comme dans l'invention de l'imprimerie, de la boussole et de la poudre à canon.

Que de gens, chez nous, payent par des cheveux blancs anticipés les trop fréquentes excursions qu'ils ont faites autrefois à Paphos et à Amathonte ; combien d'autres, mille fois plus malheureux, blanchissent avant l'âge sans pouvoir invoquer, comme compensation, la douceur de leurs souvenirs de jeunesse ! Ces derniers, nous les plaignons beaucoup. Qu'ils se consolent, ils renoirciront, grâce au procédé chinois, dont nous n'aurons certainement pas l'inhumanité de leur faire un mystère.

dans le défaut de compréhension de ceux à qui on le signale, le motif du silence gardé jusqu'ici à son égard.

— De ce qui précède à ce qui nous reste à dire sur l'instruction votée par l'Académie, point n'est besoin de transition. Beaucoup de personnes ont trouvé cette instruction pâle, insignifiante, banale même, et dans l'intérêt de l'Académie, on aurait désiré qu'elle fût supprimée. Nous ne sommes pas absolument de cet avis. Quelque imparfaite qu'elle soit, elle ne pourra causer aucun mal, et elle fera nécessairement quelque bien. Les vérités qu'elle proclame n'ont d'autre tort que d'être trop vraies. Ce n'est pas la faute de l'Académie, si on n'en sait pas davantage sur les moyens de prévenir et de guérir le choléra. Les instructions venues avant la sienne ont rendu sa tâche plus difficile; s'ensuit-il qu'en ne faisant pas mieux ou même en faisant moins bien, elle ne puisse encore rendre quelque service? Tout est là. Or on ne saurait douter que l'autorité de l'Académie ne soit un bon et utile véhicule, même à des choses vulgaires: le public n'est pas aussi phénix qu'on le croit. L'Académie a donc bien fait de maintenir son instruction; elle a plus songé aux autres qu'à elle; cette abnégation est louable. Voilà pour le beau côté de sa décision. Mais est-ce à dire qu'elle n'eût pu faire mieux? Nous ne le pensons pas. Et d'abord le rapporteur a été invité à mettre plus en relief le fait de la précession habituelle d'une période bénigne du choléra. Il a accepté cette modification; mais nous craignons que la manière dont il l'a acceptée ne lui fasse porter aucun fruit. Il a prétexté que le fait de la période prodromique du choléra était suffisamment indiquée dans l'instruction, et il a ajouté que la connaissance de ce fait datait de loin, qu'il était consigné dans une foule d'auteurs de différents pays. Nous retournerons volontiers la proposition de M. le rapporteur pour lui donner plus de portée. S'il est vrai, comme il le dit, ce dont nous nous réjouirions fort, que l'existence d'une période d'incubation du choléra eût été constatée et reconnue dès longtemps par beaucoup d'observateurs, l'omission de cette vérité n'en serait que plus regrettable. Cependant elle était tellement enfouie et dissimulée dans l'instruction, qu'on eût pu défier qui n'en était pas prévenu de l'y trouver. Il y a plus, à la manière dont M. le rapporteur a accueilli la proposition de l'y introduire plus explicitement, on peut bien craindre qu'elle s'y trouve toujours de manière à n'y être pas aperçue, c'est-à-dire qu'elle sera sur le même plan et confondue pêle-mêle avec une foule d'autres remarques que le public, sans grand dommage, eût pu n'y pas rencontrer. Ce qu'il faut en pareil cas, ce n'est pas que la chose puisse à la rigueur être comprise, mais qu'elle ne puisse pas n'être pas comprise. Il fallait dire, par exemple: « Nous recommandons au public une vérité par-dessus tout, une vérité fondamentale, une vérité qui peut lui être aussi profitable que la découverte même du spécifique du choléra: c'est que la médecine, tout en confessant qu'elle ne possède aucun moyen de guérir le choléra déclaré, proclame en revanche qu'elle peut le prévenir. En effet, cette maladie, réputée jusqu'ici si soudaine, si violente, si foudroyante, débute, dans l'immense majorité des cas, par des symptômes presque inoffensifs, qu'il est aussi facile d'apercevoir que d'arrêter. » Mais pour proclamer cette vérité avec cette franchise d'abnégation, il eût été utile pour elle qu'elle fût, comme M. le rapporteur l'a donné quelque peu à entendre, d'origine américaine, anglaise ou germanique: ce dont on n'est pas encore assez généralement convaincu. Cependant, s'il ne fallait que cela pour assurer son succès, il ne nous en coûterait rien d'y aider de toutes les manières.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE; **rapport fait à la Société médicale du neuvième arrondissement de Paris, par le docteur Félix Hatin.**

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

Si le choléra est le produit de l'absorption de certains miasmes;

Si ces miasmes sont transmis d'un pays à un autre, soit par l'atmosphère, soit par des individus, soit par des marchandises;

S'ils sont doués d'une pesanteur spécifique;

S'ils exercent surtout leurs ravages dans les localités humides, basses, mal aérées, où de nombreux individus sont agglomérés; si parmi ces individus, leurs victimes les plus ordinaires sont ceux dont la constitution est détériorée par la misère ou l'intempérance, ou par ces deux causes simultanément.... Nous trouverons dans tous ces faits des indications tant pour le traitement prophylactique que pour le traitement curatif.

CHAPITRE PREMIER.

Si le choléra se transmet par l'air, il est évident que des cordons sanitaires ne l'empêcheront pas de passer.

Mais si les miasmes qui l'engendrent peuvent être transportés d'un endroit à un autre, soit par des individus sains, soit par des objets provenant des lieux contaminés, il y a peut-être imprudence à s'abstenir de toute précaution.

Laissez passer les individus, laissez passer les marchandises, dirai-je, mais purifiez-les préalablement quand ils viennent d'endroits suspects ou affectés de choléra.

Je ne m'étendrai pas sur les procédés de purification.

Il me faudrait entrer à ce sujet dans des détails incompatibles avec l'étendue d'un rapport; je me borne donc à poser ici le principe.

Un autre moyen consisterait à porter une attention spéciale sur le lieu des repas.

Si les miasmes cholérifères n'arrivent en effet aux voies digestives qu'avec les substances alimentaires, c'est sur la salle à manger que devront se concentrer nos moyens préservatifs; malheureusement beaucoup de personnes mangent dans la rue, en courant, des substances alimentaires exposées à l'air, et conséquemment susceptibles d'être contaminées par le dépôt de miasmes cholérifères.

Remarquez que cette habitude est plus particulière aux basses classes qu'aux autres.

Mais en avertissant du danger qu'il y a à manger ainsi dans la rue, chacun s'en abstiendra, et viendra chez soi satisfaire à sa faim au milieu de l'atmosphère purificatrice, et cette simple précaution devra déjà diminuer de beaucoup le nombre des invasions de la maladie.

Mais quelle sera cette atmosphère?

Mais achevons le tableau des misères de la chevelure devant nos impuissants hommes de l'art.

Une explication conjugale accompagnée de coups, une chute dans laquelle Bacchus oublie de vous soutenir, suffisent pour jeter un îlot blanc parmi les flots noirs qui ondoient sur votre tête. Une émotion profonde, une grande douleur, une frayeur subite, une grave maladie, vous font blanchir en quelques jours, en quelques heures. En vérité, la vie est semée de tant de chagrins, de frayeurs, d'explications conjugales ou autres, qu'il n'est pas un seul instant où l'on puisse se dire: Aucun cheveu ne blanchit sur ma tête.

Etre entièrement blanc ou gris, c'est sans doute un malheur; mais devenir mi-partie blanc et mi-partie noir, c'est bien pis. Hagedorn rapporte l'histoire d'un jeune homme dont la chevelure, la barbe et les poils blanchirent sur tout le côté droit du corps, tandis qu'ils demeurèrent bruns sur la face opposée. Le même chirurgien nous parle d'un autre sujet dont la moitié supérieure du corps resta noire, tandis qu'à partir de la ceinture jusqu'aux pieds, tout son système pileux blanchit. Le spirituel auteur du charmant petit livre (1) qui nous fournit le prétexte de ce feuilleton, cite le fait d'une jeune femme dont la chevelure présenta des phénomènes pareils à ceux de la teinture de tournesol qu'on tourmente alternativement avec un acide et un alcali, pour le faire virer au rouge et pour la ramener au bleu. Le sujet était d'un tempérament bilieux et d'une extrême mobilité nerveuse. Toutes les fois que ses règles paraissaient, sa chevelure noire tournait peu à peu au rouge, de sorte que, huit jours après la première goutte du flux menstruel, la jeune femme pouvait poser pour l'héroïne bien connue de notre ex-collègue Eugène Sue. L'écoulement terminé, la couleur soleil couchant était graduellement remplacée par les ombres de la nuit jusqu'au jour d'une nouvelle métamorphose. Quand M. Debay fut consulté, cet étonnant phénomène durait depuis trois ans, c'est-à-dire que trente-six fois déjà l'indiscrète chevelure avait dit aux amis et connaissances: madame a ses règles. Nous regrettons que notre confrère ne nous ait pas appris s'il est parvenu à imposer silence à ces nouveaux roseaux de Midas, et si l'utérus a pu enfin se dégorger chaque mois dans le silence et le mystère qui lui conviennent si bien.

Si un seul fait, conté par un grave auteur, suffisait pour permettre des inductions logiques, nous trouverions facilement le moyen à opposer à cette trahison mensuelle de la chevelure: il ne s'agirait que de fournir une occupation sérieuse à l'utérus en lui donnant l'occasion de couver pendant neuf mois un œuf de Graef bel et bien fécondé. Bartholin rapporte en effet l'histoire d'une jeune fille dont les cheveux, d'un noir d'ébène, blanchirent pendant les orages d'une première menstruation; mais la canitie disparut quand la vierge devint mère; tant est vraie cette maxime: l'oisiveté est la mère de tous les vices.

Contre les cheveux blancs ou gris, quels remèdes avons-nous, nous Français, nous les maîtres en coquetterie? Des pommades et des eaux qui dessèchent et brûlent les cheveux, entravent la circulation de la matière grasse dans le canal pileux, offensent et tuent même le bulbe générateur. Ce sont: l'*eau d'Égypte*

(1) A. Debay, Hygiène complète des cheveux et de la barbe, contenant l'histoire physiologique et pathologique du système pileux. Un vol. in-18. Chez Moquet, rue Saint-Jacques, 171.

Si nous ne consultions que les faits généraux, nous indiquerions de prime abord les vapeurs chlorurées.

Celles-ci ont des propriétés désinfectantes bien connues; elles sont d'un facile emploi et n'ont rien de très-désagréable.

Il semblerait qu'on devrait leur donner la préférence.... Cependant on a récemment proposé comme moyen prophylactique le dégagement de vapeurs ammoniacales.

On trouve dans le rapport de la commission sanitaire de 1832 de nombreux faits à l'appui de cette proposition (1). Mais jusqu'à ce qu'ils soient démontrés, nous continuerons à regarder les émanations putrides comme un danger pour la santé publique.

Il y a encore un troisième moyen d'empêcher l'introduction des miasmes. Nous avons expliqué leur transport d'un pays à un autre, en laissant intacts les points intermédiaires par des variations dans leur pesanteur spécifique. Ne pourrait-on pas, dans les lieux bas, humides et froids, dans les rues étroites et tortueuses, allumer de grands feux?

Ceux-ci, en rendant les miasmes spécifiquement plus légers, les dissémineraient, les feraient s'élever dans l'air à une hauteur qui ne nous laisserait plus rien à craindre de leur part. Quand même ce résultat serait hypothétique, un effet plus certain serait la ventilation et la purification de ces endroits par les courants d'air établis par les foyers en combustion.

CHAPITRE II.

Le meilleur préservatif contre une épidémie quelconque, c'est une santé parfaite. Nous devons faire tout ce qu'il faut pour la conserver, et nous abstenir rigoureusement de tout ce qui peut la compromettre. Or l'étude des règles propres à conserver la santé, c'est l'étude de l'une des branches des sciences médicales, c'est l'hygiène tout entière. Allons-nous donc en parcourir méthodiquement les divers chapitres? Non... Quoique toutes les fonctions soient un peu solidaires les unes des autres, elles ont cependant chacune leur hygiène spéciale, et ici nous allons nous borner à l'hygiène de la digestion.

Les conditions d'une bonne digestion sont de deux ordres: les unes sont générales; les autres sont spéciales.

Les conditions générales sont, abstraction faite de l'intégrité des organes digestifs que nous supposons: 1° un air pur; 2° le calme de l'esprit et du cœur; 3° une température convenable; 4° un exercice modéré.

§ I.

La pureté de l'air tient à des mesures de salubrité tant publique que privée.

La salubrité publique demande à Paris le bon état des rues, le lavage des ruisseaux, l'éloignement des industries donnant lieu à des émanations malsaines, l'aérage convenable des lieux de réunion, la surveillance des bassins et des cours d'eaux, surtout de leurs rives.

Pour que les rues soient aussi saines que possible, elles devraient être très-larges et limitées par des maisons peu élevées. C'est tout le contraire à Paris, à quelques exceptions près. Les rues sont étroites et les maisons très-élevées. Il en résulte: 1° que les habitants se meuvent habituellement au fond d'une tranchée de 50 à 60 pieds de profondeur, ce qui réunit les meilleures conditions possibles d'humidité et d'altération de l'air; 2° que les habitants, agglomérés dans des espaces insuffisants, vicient promptement, par le seul fait de leur respiration et de leurs émanations, l'atmosphère dans laquelle ils vivent.

Ce sont là des inconvénients contre lesquels l'édilité parisienne lutte de toutes ses forces, et que pourtant elle ne parviendra à vaincre que dans un temps bien éloigné. Nous reconnaissons son impuissance à mieux faire, et nous arrivons à d'autres chapitres, à l'amélioration desquels il serait immédiatement possible de pourvoir.

Le nettoyage des rues n'est pas ce qu'il pourrait être. L'enlèvement des immondices est imparfait. Dans les ruisseaux notamment, les traînées de boues étalées sur leurs rives attestent qu'on les a balayées comme au festin dont parle Boileau:

> « . . . . Les doigts des valets, *sur les verres* tracés,
> » Attestaient par écrit qu'on les avait rincés. »

C'est une remarque qu'on peut faire journellement: le ruisseau n'est jamais plus sale que lorsqu'il vient d'être balayé. Il y a là une réforme complète à faire dans le mode d'exécution de ce nettoyage.

Mais il est une autre réforme encore plus importante à demander: c'est celle de l'arrosage. Tel qu'on le pratique aujourd'hui, il est aussi contraire à la propreté qu'à la salubrité de la voie publique. Tout le monde sait que l'effet immédiat de l'arrosage est de produire de la boue, et de nous priver ainsi du bénéfice des beaux jours; mais ce que bien des personnes paraissent ignorer, c'est que rien ne serait plus favorable au développement de miasmes morbifères. En délayant ainsi les détritus de toute nature qui forment la poussière des rues, et en les étalant sur la chaussée, à l'action d'un soleil ardent, on fait justement tout ce qu'il faut pour les volatiliser et en imprégner l'air que nous respirons. Est-ce donc là un résultat qu'on doive acheter au prix de tant d'argent et de toutes les incommodités que nous coûte ce service?

Que faudrait-il donc faire pour éviter ces inconvénients? Balayer à sec les chaussées et les trottoirs, et faire couler dans les ruisseaux une eau claire et limpide. Vous aurez ainsi de la propreté, de la fraîcheur et de la salubrité. Par le système suivi aujourd'hui, vous avez de la boue, des odeurs méphitiques et des miasmes morbifères.

Toute eau croupissante est un foyer d'émanations putrides. Tout le monde sait cela, et cependant nous voyons chaque année les eaux de la Seine, en se retirant, laisser à découvert des foyers de ce genre, auxquels personne ne fait attention. On les retrouve surtout dans les endroits où les égouts viennent se perdre dans la rivière. Comme modèles de ce genre, nous pouvons citer celui de la place de l'Hôtel-de-Ville, un peu au-dessus du pont d'Arcole, et celui qui descend du quai des Orfèvres dans le petit bras de la Seine, un peu au-dessus du pont Neuf. Chacun a pu les voir et les sentir, et MM. les préfets de Paris sont l'un et l'autre plus à même que personne de s'assurer du désagrément d'un pareil voisinage. Pourtant on paraît s'occuper peu ou point de ces foyers d'émanations.... On a des hôpitaux qu'on entretient à grands frais pour remédier aux fièvres intermittentes et typhoïdes qui naissent d'une pareille incurie.... N'en coûterait-il pas moins cher de chercher à les prévenir en éteignant tous les foyers d'infection? En

(1) Je rappellerai en passant que cette commission cite avec éloge le travail de notre collègue M. Deville, et lui a emprunté de nombreux éléments.

(2) Ces communes sont sur les bords de la Seine.

---

et l'*eau de Perse*, corrosives solutions de nitrate d'argent, remède infernal comme la pierre qui constitue son principe actif. Puis vient la *crème de Timbouctou*. Pour le coup, c'est trop fort. Vous n'avez jamais été dans la Nouvelle Palmyre, ni moi non plus; mais j'en ai été plus près que vous, à quarante jours de marche de chameau; j'en ai vu des Timbouctousois, et je puis vous assurer que ces bons nègres sont tous naturellement noirs de cheveux comme de peau, et que leur épaisse et rude crinière n'a jamais connu le mélange de nitrate de plomb et d'acide sulfurique que vous prônez sous leur nom. Osez-vous bien vanter votre pommade éthiopienne, à laquelle je pourrais faire le même reproche, et qui est dans le cas d'empoisonner nos cheveux comme des rats, puisqu'elle contient de l'arsenic et de la chaux? Ne savez-vous pas qu'en Orient la couleur rouge est une grande beauté? Victor Hugo vous l'a dit dans sa Nourmahal la Rousse. On ne se teint donc pas en Éthiopie. Voici pourtant encore un *savon de la reine d'Éthiopie*, puis un *double extrait mélainocome;* enfin cent autres recettes ou arcanes dans lesquels les acides corrodants disputent la place aux alcalis incisifs, aux préparations toxiques, au mercure aimé du vieux pécheur, etc., etc.

Avec toutes ces drogues dangereuses, on fait réellement de belles choses! Alibert cite une jeune rousse que l'*eau d'ébène*, autre invention diabolique, mit dans un bien piteux état: affreuse migraine, otite aiguë, et chute des cheveux qui tombèrent en cendre comme le cadavre d'un papier brûlé. Ailleurs c'est un officier qui, pour plaire à une belle, se verse sur les favoris un flacon d'eau d'Égypte, dont la figure se couvre de larges plaques noires produites par le nitrate d'argent; son mariage fut manqué. Là c'est un garçon épicier qui veut aussi plaire; c'était pardonnable à un officier, mais à un garçon épicier!... Il fut bien puni de sa folle présomption ce garçon épicier, car il devint malade à mourir; la justice s'en mêla. MM. Marc et Chevalier durent analyser l'eau merveilleuse, et y trouvèrent toutes sortes de substances nuisibles, ainsi que vous pourrez le voir dans les ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE qui ont recueilli cette lamentable histoire.

Si l'on échappe à tous ces malheurs, on n'est pourtant pas au bout de ses infortunes: le cheveu, teint en noir à son sommet, pousse blanc ou rouge à la base, et l'on ressemble à ces animaux dont le pelage change de couleur sous le souffle du vent, à mesure que celui-ci creuse des sillons plus ou moins profonds sur la fourrure.

Ainsi, vous le voyez, femmes grises, femmes blanches, femmes rousses, pas de salut pour vous en France, où pourtant chaque défaut a son fard; suivez-moi donc en Chine. Dans le Céleste Empire on ne se contentera pas de colorer l'extrémité de vos cheveux à l'aide d'un palliatif du moment; on changera leur constitution, leur nature, en fournissant à leur bulbe générateur les éléments d'une coloration nouvelle, tenace, durable, garantie bon teint.

On sait que le docteur Boucherie a trouvé, il y a longues années déjà, le moyen de métamorphoser à volonté le tissu des végétaux et des arbres, en arrosant leurs radicules de substances particulières qui sont absorbées, jetées dans la circulation et incorporées enfin à la molécule ligneuse. Par cet ingénieux procédé, on parvient, en ayant recours à des sels solubles minéraux, à rendre le bois incorruptible comme le cèdre, et à changer l'essence la plus molle en une trame aussi dure que celle du bois de fer; on le parfume à l'égal du palissandre et du santal;

tout temps cela serait bon et bien entendu, en temps d'épidémie, cela devient une mesure indispensable.

L'air de Paris est encore vicié par d'autres miasmes que ceux qui s'échappent du ruisseau ou des égouts. Certaines industries lui en fournissent encore une large dose. Ce sont toutes celles où des matières animales ou végétales sont réunies en masses plus ou moins considérables (les chiffonniers en petit et surtout en grand, les fabricants de colle forte, les tanneurs, les équarrisseurs, les amphithéâtres d'anatomie, etc., etc.), toutes ces industries devraient être reléguées, non-seulement en dehors de la ville, mais encore au delà des montagnes qui limitent le bassin de Paris, pour que les vents n'aient pas même la chance de nous les ramener, comme ils nous ramènent quelquefois les odeurs de Montfaucon.

Les grandes fouilles de terrain, le curage des canaux, des puits, des rivières, sont encore des circonstances propres à gâter l'air.

En temps de choléra, surtout dans la saison des chaleurs, ces travaux devraient être ajournés.

Les lieux de réunions publiques devraient être aussi l'objet d'une surveillance active. Les salles de spectacle, de concert, de bal, de clubs; les écoles, les prisons, les hôpitaux, les marchés, les ateliers, les manufactures, les camps, les maisons garnies, celles de bas étage surtout, où l'on trouve quelquefois trois ou quatre personnes couchant ensemble dans une pièce qui serait trop petite pour une seule, etc., etc., voilà encore autant de lieux où l'agglomération d'individus vicie promptement l'air et le prive de ses vertus réparatrices. Veiller à la ventilation et à l'exacte propreté de ces lieux, disséminer les populations trop agglomérées, sont des devoirs impérieux pour nos édiles. C'est en les accomplissant rigoureusement qu'ils auront bien mérité de la patrie et de l'humanité.

Voyons maintenant quels sont les moyens d'hygiène privée propres à conserver la pureté de l'air.

Si l'air dans lequel nous séjournons n'est pas suffisamment renouvelé, si conséquemment il contient de l'oxygène en moins et de l'acide carbonique en plus, il deviendra impropre à la revivification de notre sang, dans la proportion même de son altération. Le sang est la matière première de toutes nos sécrétions. S'il est altéré, nos organes n'en recevront qu'une incomplète réfection. Leurs fonctions languiront et tout l'organisme sera jeté dans un état de débilité qui le disposera singulièrement à subir l'impression des causes morbifiques.

Parmi les fonctions altérées, la digestion est une des premières qui ressentira les mauvais effets d'un air vicié.

Il faudra donc habiter un local aussi vaste que possible, la nuit surtout. A Paris, on est dans l'habitude de se confiner dans une petite chambre à coucher, parce que l'on croit qu'on a toujours assez de place pour dormir.....

Erreur funeste et qui nous condamne à respirer un air vicié sept ou huit heures sur vingt-quatre.

Dans le jour, si le temps ne permet pas de tenir les fenêtres ouvertes constamment, on les ouvrira de temps en temps.

Mais on n'altère pas l'air seulement par le fait de la respiration pulmonaire.

Nous avons aussi nos exhalaisons naturelles qui s'imprègnent dans nos vêtements et s'y accumulent.

Les soins de propreté personnelle, les fréquents changements de vêtements, surtout de ceux-là qui nous touchent immédiatement seront donc encore des moyens qu'il ne faudra pas négliger.

On proscrira de l'appartement, mais surtout de la chambre à coucher, toute espèce de fleurs ou de fruits.

On en éloignera également tous les animaux domestiques dont la respiration dispute à la vôtre l'oxygène qui lui est indispensable, et parmi eux surtout ceux-là dont les déjections corrompent l'air.

§ II.

Toutes les passions vives troublent les fonctions digestives, soit d'une manière immédiate et brusque, soit lentement et progressivement. Une vive frayeur, un accès de colère, un chagrin violent inopinément survenu peuvent arrêter immédiatement la digestion et donner lieu, soit à des vomissements, soit à des selles diarrhéiques, soit aux uns et aux autres simultanément.

D'une autre part, les passions tristes comme l'inquiétude, les regrets, la haine, le dépit, les contrariétés, les idées noires, l'ennui, jettent l'organisme dans une espèce de torpeur, troublent l'appétit, rendent les digestions pénibles et incomplètes et mènent ainsi à la maladie.

Signaler ces phénomènes, c'est dire assez d'en éloigner les causes. Malheureusement cela est plus facile à dire qu'à faire; on n'est pas effrayé, colère ou chagrin à volonté, et trop souvent tous les efforts de notre raison sont impuissants contre les justes sujets de tristesse, d'inquiétudes ou de douleur qui nous viennent assaillir. Il faut alors appeler au secours de la raison le changement de lieu, le mouvement en plein air, le travail, les distractions de la famille ou du monde.

La religion est aussi un baume consolateur pour ceux-là qui croient. Dans le malheur, souvent la foi s'éveille, et tel qui a maugréé toute sa vie, au jour de la douleur s'écrie : Mon Dieu !... mon Dieu !

Pour se soustraire au malheur ou en atténuer les atteintes, tous les moyens sont bons, même la résignation. Employez donc ceux qui vous seront le plus sympathiques, mais aidez-vous, si vous voulez que le ciel vous aide. Le calme de l'esprit et du cœur sont nécessaires à l'accomplissement de vos fonctions digestives..... faites tout ce que vous pourrez pour les obtenir.

Les travaux intellectuels trop prolongés, les contentions d'esprit habituelles concentrent toutes les forces de l'économie sur l'appareil cérébral, et les détournent des fonctions végétatives. Celles-ci ne s'accomplissent plus qu'imparfaitement, et alors non-seulement l'organisme languit, mais encore il est tourmenté d'une foule de sensations morbides qui tiennent à la surexcitation du système nerveux.

Il est encore d'autres causes, moitié morales, moitié physiques, qui ont une action très-prononcée sur la digestion.

Parmi ces causes, nous devons mettre en première ligne les pertes séminales répétées, qu'elles soient ou non volontaires.

Survenues ou provoquées immédiatement après un repas, elles peuvent suspendre ou arrêter complétement la digestion. Hors de ce temps, elles sont une cause de débilité générale à laquelle les organes digestifs sont des premiers à prendre part.

Je ne parle pas des pertes de sang. Tout le monde en connaît les effets. On sait qu'après un repas, elles provoquent la syncope et le vomissement. On sait que, trop répétées, elles détruisent les forces et favorisent l'action

---

on lui donne les couleurs de l'acajou, de l'ébène, du bois de rose.

Ce qui réussit si bien pour le végétal ne pourrait-on pas l'essayer pour le système pileux? Telle est la question. N'allez pas croire que je vais proposer aux grisonnants de prendre des bains de pieds médicamenteux; cent fois non. La nutrition a sa source dans la pâte alimentaire, et ses racines dans l'arbre pulmonaire où le sang est régénéré, et dans le tube digestif où sont pompés les éléments de la reconstitution de nos tissus. Ce sont ces racines qu'il faut arroser d'un liquide médicamenteux, pour tâcher d'influencer le système pileux, qui participe à la nutrition générale.

L'expérience a déjà établi que certaines substances absorbées donnent aux poils et aux cheveux une coloration spéciale permanente : ainsi le professeur Paulini n'attribue pas à une autre cause les teintes rougeâtres, bleuâtres et verdâtres qu'il a observées chez les individus employés à la fabrication du deutoxyde de plomb, du sulfate de cuivre, de l'acétate du même métal.

C'est surtout par l'absorption pulmonaire que ces molécules ont été introduites dans l'économie; mais le tube digestif ne pourrait-il pas remplir le même rôle? L'analogie nous permet de le croire, puisque, depuis Duhamel, on a répété cent fois l'expérience qui consiste à nourrir de garance les animaux, pour colorer leurs os. Le cheveu, qui est composé, comme le tissu osseux, de substances inorganiques et de parties ressortissant du règne animal, ne jouirait-il pas du privilége de se parer de certaines couleurs sous l'influence d'une alimentation spéciale? La science européenne n'a pas essayé de féconder cette déduction; mais les Chinois la mettent en pratique depuis longtemps.

Mais d'abord, qu'est-ce qu'un cheveu ou un poil? Un tube capillaire inorganique, incolore ou pâle, contenant une substance organique. Que le tube soit creusé d'un canal continu dans lequel la circulation s'exerce par le *vis à tergo*, par capillarité ou de toute autre façon, ou bien que l'intérieur du cheveu ne présente qu'une suite d'utricules dans lesquelles le liquide pénètre par une sorte d'endosmose, cela nous importe peu pour le moment. Au point de vue chimique, il nous est tout aussi indifférent de connaître exactement le nombre et la proportion des substances métalliques, métalloïdes, simples ou composées, acides ou alcalines qui sont charriées par le liquide oléagineux qui remplit le tube pileux; il nous suffit de retenir que le fer y figure en proportion notable et qu'il semble remplir le même rôle, quant à la génération de la couleur, dans le système pileux que dans le globule sanguin. Nous ajouterons que, dans la canitie, le cheveu devient sec en même temps qu'il perd sa couleur, et que cette décoloration est produite ou par l'absence du fer dans la petite quantité de liquide qui pénètre encore dans le canal, ou par l'oblitération de celui-ci.

Avec ces simples notions, on comprendra parfaitement le procédé chinois.

C'est à M. Stanislas Julien que nous devons la révélation du secret. Ce savant orientaliste s'exprima ainsi dans la communication qu'il fit à ce sujet à l'Institut de France, séance du 21 juin 1847 :

« Les Chinois ont su atteindre et transformer, au moyen de médicaments et d'une alimentation particulière, le liquide qui colore le système pileux, et donner aux cheveux blancs et roux une teinte noire qui se maintient pendant leur accroissement continuel, jusqu'à la vieillesse, qui vient les faire blanchir et tomber. M. Imbert, aujourd'hui évêque en Chine, offre, au témoignage de l'abbé Voisin, l'un des directeurs actuels des missions étrangères, une preuve vivante

miasmatique. On doit donc en être très-réservé en temps d'épidémie et ne s'y soumettre en tout temps que hors le moment de la digestion.

§ III.

Il faut encore pour bien digérer une température moyenne. Si dans l'hiver on a plus d'appétit, c'est précisément parce que notre économie dépense alors plus de combustible pour entretenir cette température moyenne. Que si, malgré cette dépense, elle ne pouvait obtenir cette température, la digestion comme les autres fonctions ne s'opéreraient plus.

Un brusque refroidissement produirait encore plus promptement cet effet.

Il faut donc après le repas éviter soigneusement d'avoir froid.

La chaleur excessive n'est pas non plus favorable à la digestion.

Si l'air ambiant est plus élevé que la température propre de notre corps, presque toute la partie de nos aliments destinée à la combustion pulmonaire et de la calorification qui en résulte, deviennent inutiles. De là l'inappétence que nous éprouvons par les grandes chaleurs et le ralentissement des fonctions digestives.

On concevra que si après avoir dîné avec un appétit hyperboréen, on vient s'exposer tout à coup à une chaleur tropicale, la digestion doive se ressentir de cette brusque transition.

Le froid ou le chaud appliqué même sur une partie de notre corps a aussi de fâcheux effets sur la digestion. Il serait imprudent de plonger ses pieds ou ses jambes dans l'eau froide ou dans de l'eau chaude après un repas. Tout le monde sait cela. Il y a cependant des professions qui mettent dans la nécessité d'enfreindre ce précepte d'hygiène. L'habitude peut bien corriger l'inconvénient de cette nécessité. Si cette habitude n'était pas acquise, ce ne serait pas en temps d'épidémie qu'il faudrait chercher à la prendre.

Pour nous défendre des impressions atmosphériques, nous portons des vêtements plus ou moins chauds selon les saisons. Nos vêtements n'engendrent point de chaleur par eux-mêmes, mais ils en préviennent la déperdition. En protégeant notre peau et les fonctions dont elle est chargée, ils jouent un grand rôle dans la conservation de notre santé.

Que la surface de notre corps éprouve un simple refroidissement, et les fonctions pulmonaires ou intestinales en seront plus ou moins altérées. On devra porter une sérieuse attention à ne pas quitter brusquement des vêtements chauds pour des vêtements plus légers. Règle générale : il vaut mieux avoir chaud que froid.

§ IV.

Parmi les causes générales qui agissent favorablement sur la digestion, nous devons ranger encore un exercice modéré.

En variant les attitudes, il favorise la marche du bol alimentaire ; en faisant battre doucement le cœur, il donne de l'activité à toutes nos sécrétions ; en détournant notre esprit d'une contention trop forte, il rend à nos fonctions assimilatrices toute la plénitude désirable.

Il est de beaucoup préférable au repos absolu. Celui-ci ne provoque qu'un état somnolent et conduit à l'apoplexie.

A l'autre extrémité de l'échelle, il y a le travail forcé, le travail qui exige une position fixe, une courbure constante ; celui-là, il faut s'en défendre autant que possible, ou du moins n'en prendre que selon ses forces.

En résumé, vivre dans une atmosphère d'une température moyenne, avoir l'esprit calme, mener une vie sage et réglée ; voilà les conditions générales de santé et de bonne digestion.

CHAPITRE II.

Outre ces conditions générales et l'intégrité des organes que nous supposons exister, il en est d'autres qui agissent plus immédiatement et plus directement sur les voies digestives : ce sont celles de l'alimentation elle-même.

§ Ier. — DE LA NATURE DES ALIMENTS.

Les aliments sont végétaux ou animaux ; le règne minéral ne nous fournit guère que le sel.

DU PAIN.

Parmi les aliments empruntés aux végétaux, nous devons ranger en première ligne le pain. Dans les grandes villes, il est généralement bon et fait de farine de froment pur ou de froment et de seigle. Dans les campagnes, au contraire, il pèche souvent et par la manutention et par la composition ; au lieu d'être de froment et de seigle, il est souvent fait de seigle, d'orge, de sarrasin et quelquefois de fécule de pomme de terre ; au lieu d'être blanc et poreux, il est noir et souvent pâteux. Le pain de bonne qualité n'a aucun inconvénient ; il est nourrissant sans être excitant. On devra le choisir d'autant plus léger qu'on aura l'estomac plus délicat et qu'on aura une vie plus sédentaire.

Les autres aliments empruntés au règne végétal sont des racines, des graines, des gousses, des feuilles, des tiges ou des fruits. Ils sont en général d'une digestion plus difficile et portent sur le tube intestinal une irritation qui se traduit tantôt par des vents, tantôt par une liquidité des selles, tantôt par du malaise ou des coliques plus ou moins vives.

Mais les végétaux dont il faut le plus se défier, ce sont les fruits. Leur usage, même modéré, tourmente les entrailles. Les personnes dont l'estomac n'est pas solide, et chez lesquelles ils produisent des selles liquides, voire même de simples flatuosités ou des aigreurs, devront s'en passer absolument. Il en est de même des compotes : elles ont des vertus laxatives bien connues, et devraient par cela même être proscrites. Les confitures ont moins d'inconvénient.

Les substances alimentaires empruntées au règne animal sont les différentes espèces de chairs fournies par les mammifères, les oiseaux et les poissons, les graisses, les œufs, le lard, le beurre et le fromage.

Les chairs des animaux ont des propriétés différentes, selon l'espèce, selon l'âge, et aussi selon l'état sauvage ou domestique de l'animal.

Les viandes des animaux adultes sont toniques. Parmi ces animaux, ceux qui vivent à l'état sauvage fournissent une chair plus sapide et plus excitante.

Les premières conviennent aux estomacs robustes, aux artisans des villes ; les secondes aux palais délicats ou blasés. Les unes et les autres fournissent les éléments d'une réfection énergique ; elles devront, en temps de choléra, faire la base de l'alimentation.

Les viandes des jeunes animaux (veau, agneau, poulet, pigeonneaux, perdreaux) sont moins riches en osmazome et contiennent plus de gélatine ; elles sont moins toniques, mais leur digestion est plus facile. Elles

---

de cette coloration interne des cheveux. C'est par ce moyen que les Chinois, en corrigeant ainsi les écarts de la nature, peuvent se dire, depuis la plus haute antiquité, *le peuple aux cheveux noirs.* »

Un naturaliste français, qui se trouvait à Canton lorsque monseigneur eut l'idée un peu mondaine de transformer sa tête grise en une tête de vingt ans, entreprit de découvrir le secret de cette métamorphose, si usuelle en Chine que les épiceuses y mourraient de faim, à moins de s'adresser aux octogénaires. Un mandarin lettré lui répondit que ce mystère restait caché au fond des temples, et qu'on ne pouvait le révéler aux profanes ; mais un bonze se laissa séduire par la vue de l'or : le moine mendiant donna la clef du secret.

Le moyen n'est vraiment pas merveilleux : il consiste tout simplement à soumettre l'individu dont les cheveux grisonnent avant l'âge à un régime dans lequel les ferrugineux et les astringents jouent le principal rôle. Par cette méthode on entretient, dit-on, la coloration noire, jusqu'à ce qu'une vieillesse avancée ayant oblitéré définitivement les canaux, les molécules ferrugineuses combinées au tannin ne trouvent plus passage dans le tube pileux. Si on demande pourquoi cette véritable petite fabrication d'encre se fait ainsi dans les poils et dans les cheveux, je demanderai à mon tour pourquoi le phosphate calcaire se fixe dans les os, la fibrine dans les muscles, la gélatine dans les tissus blancs, etc.

Si tel est en réalité, ce qui nous semble très-acceptable, le procédé chinois pour la régénération de la couleur du système pileux, resterait à spécifier la nature des ferrugineux et des astringents à employer, les doses et les conditions d'administration, toutes circonstances qui ne sont évidemment pas indifférentes. Une fois le principe connu, c'est à l'expérimentation à assurer son application la plus profitable.

Quelle que soit la solution que l'avenir apportera, toujours est-il que M. Debay a utilisé les éléments que nous possédons aujourd'hui, pour instituer un traitement mélanogène qui nous semble très-rationnel. Quand le sujet est depuis un temps suffisant au régime ferrugineux, il se lave la tête avec le produit distillé et sublimé des noix de galles, en observant certaines précautions qui facilitent la pénétration de l'acide gallique dans le cheveu et activent ainsi notre petite fabrique d'encre.

Le fait suivant a sans doute contribué à mettre M. Debay sur la voie de cette méthode. Nous allons laisser l'auteur le conter lui-même ; nous ne saurions le dire avec autant d'esprit.

« Madame L***, âgée de 50 ans, d'une constitution faible et chlorotique, ayant les cheveux blancs comme neige, faisait usage depuis six mois de boissons ferrugineuses, ordonnées par son médecin. Un jour, subitement saisie d'un accès de migraine, elle trempa son éponge dans une décoction de plantes astringentes, destinée à effacer les rides, et s'en humecta le front, espérant calmer ses douleurs. Le lendemain, quel fut son étonnement d'apercevoir les cheveux de la partie supérieure du front nuancés de brun, et contrastant avec la blancheur du reste de la chevelure !

» Le médecin, consulté sur ce phénomène, après avoir exploré anatomiquement et physiologiquement les cheveux brunis de sa cliente, et n'osant attribuer à la migraine une coloration si étrange, suivit l'exemple de ses confrères, et rejeta le fait dans le domaine des CAS RARES ; domaine immense, où sont entassés tous les faits dont l'intelligence humaine n'a pu découvrir la cause.

conviennent plus spécialement aux personnes sédentaires, et dont les travaux n'exigent point de grands efforts musculaires.

Les viscères de ces animaux participent des qualités de l'espèce; cependant le foie, les reins (les rognons), la cervelle, le thymus, la langue, sont plus difficiles à digérer. Ils ne conviennent qu'aux estomacs robustes.

Il en est de même du cochon, de l'oie et du canard; leurs chairs huileuses ne sont pas supportées par tout le monde.

Cependant, comme elles n'ont rien en elles-mêmes qui excite spécialement les entrailles, il ne faudra s'en abstenir qu'autant que l'expérience aurait démontré leur difficile digestion. *C'est plus sa propre individualité que la règle générale qu'il faut consulter.*

Les poissons se divisent aussi en deux grandes classes sous le rapport de la digestibilité.

Les poissons à chair fine, blanche et fondante (merlans, carrelets, sole, harengs, carpe, brochets, goujons, etc.), sont une nourriture délicate. Les poissons à chair fibreuse, huileuse, plus ou moins coriace (morue, raie, anguille, homard, écrevisses, thon), sont plus lourds à l'estomac, sans avoir pour cela de propriétés purgatives, et conséquemment d'inconvénients immédiats.

Le lait est pour beaucoup de personnes une cause à peu près constante de coliques et de dévoiement. Il faut le supprimer, à moins qu'un usage antérieur prolongé n'en ait démontré l'innocuité absolue.

Le fromage mou présente à peu près les mêmes inconvénients, quoiqu'à un degré moindre; il faut le proscrire absolument, ou n'en user qu'avec modération, selon ses effets. Les autres fromages n'ont pas ces dangers; ils ne constituent qu'une nourriture peu réparatrice.

Le beurre frais, pris en petite quantité, n'a point d'inconvénients.

Les œufs sont nourrissants sous un petit volume; ils conviennent surtout quand il s'agit de modérer un cours de ventre.

Mais la plupart de nos aliments sont des composés de substances animales et végétales. Malgré leurs combinaisons culinaires, ils conservent les propriétés de leurs éléments. Ce que nous avons dit de ceux-ci pourra donc déjà servir à nous guider.

On jugera ainsi *à priori* la qualité d'un ragoût d'après les vertus connues de ses ingrédients.

De même pour les bouillons et les potages.

Parlons maintenant des boissons.

Le vin est tonique et généreux; pris pur, ou plutôt coupé avec de l'eau, son usage habituel est avantageux.

La bière est sans inconvénient pour ceux qui l'aiment.

Le cidre est souvent purgatif. Méfiez-vous-en.

Il en est de même des vins nouveaux et encore sucrés; ils provoquent la diarrhée. *Or, en temps d'épidémie de choléra, c'est des substances qui provoquent la diarrhée qu'il faut surtout s'abstenir.*

L'usage modéré du café ou du thé après le repas, surtout quand on en a l'habitude, n'a point d'inconvénient.

Il en est de même de l'usage d'un peu d'eau-de-vie ou de liqueur. Il serait aussi imprudent de s'en abstenir que d'en prendre uniquement en vue de prévenir le choléra.

§ II.

Toutes les substances qui font partie de notre alimentation peuvent être de qualité bonne ou mauvaise.

Règle générale, et en temps de choléra surtout : préférez la qualité à la quantité.

Nous avons indiqué le danger attaché à l'usage des fruits en général; mais quand ces fruits sont avortés ou pourris, le danger est encore plus éminent. Il serait très-avantageux que la police en proscrivît le commerce, et ne laissât mettre en vente que des fruits sains et en pleine maturité.

§ III.

Quelles que soient la nature et la qualité des aliments, si on ne les prend pas en quantité raisonnable, on s'expose à des inconvénients.

Trop abondants, ils amènent des vomissements immédiats ou des digestions laborieuses; trop restreints, ils ne suffisent plus à la réparation de nos pertes, ne fournissent aux excrétions alvines que des matières desséchées, qui sont plus ou moins péniblement rejetées.

L'abus du vin, des liqueurs, du café, a des inconvénients immédiats. En 1832, les cas d'invasion étaient toujours plus nombreux les premiers jours de la semaine, ce qui fit croire aux buveurs que le vin était empoisonné.

Il est donc de première nécessité d'éviter tout excès, soit d'aliments, soit de boissons. Les troubles digestifs qui suivent ces excès sont, de toutes les causes prédisposantes du choléra, la plus immédiate et la plus efficace.

§ IV.

Nous venons déjà de passer en revue bien des conditions nécessaires à la bonne digestion. Nous avons encore à en signaler quelques-unes, telles que la préparation culinaire, la mastication des aliments, le retour régulier des repas.

Règle générale : abstenez-vous des ragoûts épicés, des salaisons, des condiments excitants.

Mangez avec lenteur, et broyez exactement vos aliments avant de les avaler. Pendant la nutrition, ils s'imprègnent de salive et autres liquides qui les rendent plus digestibles.

Établissez une régularité parfaite dans le retour de vos repas, sinon vous jeunerez trop longuement, ou vous vous mettrez à table avant d'avoir faim. Dans le premier cas, votre appétit surexcité vous entraînera à manger vite et beaucoup. Or ce sont là deux circonstances très-propres à donner une mauvaise digestion. Dans le second cas, vous imposerez à votre estomac, incomplétement remis de la fatigue d'un premier repas, une fatigue nouvelle, qui bien certainement sera un obstacle à l'accomplissement normal de ses fonctions. Ces aliments, mal digérés, seront pour vos entrailles une source féconde de troubles et de dangers.

En résumé la pureté de l'air, la salubrité de la demeure, la propreté, la sobriété, le choix des aliments, la régularité des habitudes, la modération dans le travail et encore plus dans les plaisirs : voilà les moyens les plus efficaces pour échapper à l'invasion du mal.

Ai-je besoin d'ajouter que si l'on peut y joindre une certaine dose de fermeté d'âme, la préservation n'en sera que plus certaine ?

On s'effraye en général d'autant plus qu'on voit les cas d'invasion se multiplier autour de soi. On devrait au contraire réfléchir qu'on a d'autant plus de chances d'échapper soi-même qu'un plus grand nombre de personnes ont été déjà frappées. Si trois personnes sur cent doivent être atteintes,

---

« Madame L...., restée seule, livrée à ses réflexions, se rappela qu'elle avait mouillé les cheveux du front avec son eau de toilette, et, pour expérimenter si cette eau était réellement la cause du phénomène, elle y trempa de nouveau son éponge et en mouilla les cheveux des tempes; le lendemain ces derniers avaient la même couleur que ceux du front. De ce moment, ne doutant plus de la vertu de son eau, elle s'en lava la tête entière, et eut, au bout de dix jours, la satisfaction de voir sa chevelure entièrement brune. »

« Madame L...., qui, jusqu'à ce jour, avait vécu dans une modeste aisance, crut avoir trouvé le secret de s'enrichir; alors, réalisant en espèces les rentes qui la faisaient vivre, elle tenta la fortune; mais ignorant que son eau, si puissante par la combinaison du fer, n'avait, employée seule, aucune propriété sur le système pileux, la pauvre dame se vit frustrée dans ses plus chères espérances; elle se ruina en annonces de journaux, en prospectus et en affiches.

» Aujourd'hui, âgée de plus de 60 ans, madame L... conserve encore la couleur brune de ses cheveux, et lorsqu'elle raconte son aventure en présence des hommes de l'art, ceux-ci ne manquent pas de montrer un sourire d'incrédulité, et de mettre madame L..., avec sa chevelure, dans le cadre des CAS RARES. »

Instruits par l'exemple, n'ayons pas la folle présomption de faire de l'encre en n'employant que la moitié des ingrédients nécessaires pour cela; avalons du fer lavons-nous avec des astringents, et ne désespérons pas de mériter de nous appeler un jour, comme les Chinois, *le peuple aux cheveux noirs.*

F. J.

— EMPLOI DES ANESTHÉSIQUES CHEZ LES CHINOIS. — Nos lecteurs se rappellent la note pleine d'intérêt, lue il y a quelques mois à l'Académie de médecine par M. Duval, sur le procédé employé dès le treizième siècle pour supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. M. Stanislas Julien, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, vient d'adresser à l'Académie des sciences une note sur une substance employée en Chine mille ans auparavant, vers le troisième siècle de notre ère, pour paralyser momentanément la sensibilité. Ces curieux renseignements ont été trouvés par l'habile linguiste dans une notice extraite d'un grand ouvrage chinois intitulé KOU-KIN-I-TONG, ou RECUEIL DE MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, publié au commencement du seizième siècle : « Lorsque Moa-Tho reconnaissant qu'il fallait appliquer l'acupuncture, l'appliquait en deux ou trois endroits; il faisait de même pour le moxa, s'il était indiqué par la nature de l'affection qu'il avait à traiter. Mais si la maladie résidait dans les parties sur lesquelles l'aiguille, le moxa ou les médicaments liquides ne pouvaient avoir d'action, par exemple dans les os, dans l'estomac ou dans les intestins, il donnait au malade une prépartion de chanvre (ma-yo), et au bout de quelques instant *il devenait aussi insensible que s'il eût été dans l'ivresse ou privé de vie.* Alors, suivant le cas, il pratiquait des ouvertures, des emputations, et enlevait la cause du mal. Puis il rapprochait les tissus par des points de suture et y appliquait des liniments. Après un certain nombre de jours, le malade se trouvait rétabli, sans avoir éprouvé pendant l'opération la moindre douleur. »

ce qui est la proportion du choléra de 1832. Si déjà deux sont frappées, vous avez quatre-vingt-seize chances bonnes contre une mauvaise.

(*La suite et fin au prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE.

REVUE CLINIQUE DU CHOLÉRA.

Nous nous sommes attachés, depuis notre dernière REVUE à suivre la marche de l'épidémie dans tous les hôpitaux de Paris, dans le but de rechercher :

1° Quelles ont été les formes diverses de la maladie ; s'il y a eu des exemples d'affections incomplètes, anormales, avec ou sans symptômes nouveaux ;

2° Quels ont été les rapports du choléra avec les maladies sur lesquelles substitnait ;
il venait se greffer, avec lesquelles il venait se combiner, auxquelles il se

3° S'il existe des cas de choléra foudroyants, et dans quelles conditions ils s'observent ; s'il y a plusieurs sortes de prodromes, et quelles sont les causes de méprise possibles ;

4° Quelles peuvent être les transformations, les suites de la maladie ;

5° S'il y a des cas sans réaction, et quelles sont les conditions de leur existence ;

6° Enfin, nous avons réuni, dans un dernier paragraphe, les différentes méthodes et procédés thérapeutiques, avec l'indication sommaire des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

Nous allons rapporter les différentes observations relatives à chacune de ces sections.

PREMIÈRE SECTION.

FORMES INDÉCISES, INCOMPLÈTES, ANORMALES ; SYMPTÔMES NOUVEAUX.

CHOLÉRA ASIATIQUE ; DIARRHÉE DEPUIS SIX SEMAINES ; DOULEURS ÉPIGASTRIQUES ; VOMISSEMENTS BILIEUX, HOQUET ; CYANOSE, CRAMPES ; SUPPRESSION DES ÉVACUATIONS. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. I. — Le nommé Cotillard (Jean-Marie), âgé de 27 ans, du 2e régiment de ligne, présent au corps depuis cinq ans, actuellement caserné à la Préfecture de police, arrivé d'Orléans au mois de janvier, entre à l'hôpital le 17 mars à neuf heures du soir, et est couché salle 25, n° 16, service de M. Lévy.

Cet homme, à Paris depuis six semaines, a de la diarrhée depuis cette époque ; on ne lui a rien fait pour cette diarrhée. Voici les détails qu'il donne sur ses antécédents.

Le jeudi 15, il fut pris de céphalalgie, brisement général des membres ; douleurs vives dans la zone supérieure de l'abdomen, et surtout à l'épigastre ; soif vive ; quelques vomissements de matières porracées ; selles plus fréquentes ; pas de refroidissement.

Le vendredi 16, plus de vomissements ; il va à l'exercice malgré son indisposition.

Le samedi 17, les vomissements reparaissent avec une nouvelle fréquence, matières porracées et blanchâtres. Selles très-nombreuses, vingt-cinq ou trente ; la voix est devenue faible et rauque ; crampes dans les mollets, les mains, les muscles abdominaux. Pas d'urine depuis deux jours. On l'apporte à l'hôpital à neuf heures du soir. Face cyanosée, taches bleuâtres sur le front et les membres ; température au-dessous de la normale. Langue humide, plate, soif vive ; aphonie. Pouls imperceptible aux radiales ; on le sent à peine aux carotides, 84 pulsations.

Prescription : Frictions, sinapismes, bain d'air chaud, potion avec :

Eau de mélisse	30	grammes.
Acétate d'ammoniaque.	15	—
Alcool	15	—
Laudanum.	15	gouttes.
Éther sulfurique.	6	grammes.
Sirop simple	30	—

Le 18, à la visite du matin, pas de cyanose, teinte rosée de la peau, qui est douce au toucher, excepté à la face où elle est sèche. Température à peu près normale. Quelques taches isolées verdâtres sur les mains et les avant-bras. Yeux caves, fatigués, cernés ; pouls à 92, faible, dépressible. Langue humide, avec un léger enduit blanchâtre, soif ardente, douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. Pas de selles depuis l'entrée. Pas d'urines depuis hier matin. Quelques crampes dans la nuit, moins fortes qu'hier ; insomnie et agitation pendant la nuit. Vomissements très-fréquents de matières porracées, verdâtres ; hoquet pendant la nuit, persistant ce matin. Sentiment d'oppression, respiration saccadée, suspirieuse. (Tilleul édulcoré, 2 pots ; même potion qu'hier soir ; cataplasmes laudanisés sur le ventre : glace en morceaux.)

Le 18 au soir, pouls à 80, marbrures aux mains, vomissements des boissons, ni selles ni urines, quelques crampes légères. Un peu d'anxiété. Le hoquet continue. (Même prescription.)

Dans la nuit du 18 au 19, cinq à six vomissements, sommeil interrompu, pas de selles. Les urines ont reparu avec un peu de sédiment.

Le 19, un peu de cyanose encore, plaques marbrées, cessation du hoquet ; pouls à 78, petit. Ventre souple à la pression. Limonade gazeuse ; potion avec :

Eau de menthe	60	grammes.
Sirop simple	60	—
Éther sulfurique	1	—
Laudanum	6	gouttes.

Dans ce premier cas, on remarquera la durée des prodromes qui ont été de six semaines, contrastant avec la suppression des selles pendant la seconde période, et comme symptôme particulier, le hoquet.

CHOLÉRA ASIATIQUE ; QUATRE JOURS DE DIARRHÉE PRODROMIQUE ; VOMISSEMENTS BILIEUX ; CYANOSE ; RÉACTION FRANCHE ET PROMPTE ; DÉLIRE ET AGITATION SIMULANT PRESQUE UNE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ; MORT ; AUTOPSIE. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. II. — Le nommé Tissier, 22 ans, du 21e régiment de ligne, présent au corps depuis neuf mois, d'une bonne santé habituelle, pas de maladies avant celle-ci, est apporté à l'hôpital le 16 mars, à neuf heures du matin, du fort de Rosny, et est couché au n° 17 de la salle 25, service de M. Lévy.

Il y a sept jours qu'il fut pris d'un léger mal de gorge, sans fièvre ; depuis quatre jours il a une diarrhée abondante, une selle tous les quarts d'heure, dit-il, avec ténesme. Il rendait en petite quantité une matière jaune liquide, non sanguinolente ; depuis quatre jours il se couchait tout habillé pour pouvoir se rendre plus promptement aux lieux d'aisance. La diarrhée n'est accompagnée ni de coliques ni de douleurs de ventre. Avant-hier, vomissements qui ont continué le 15 toutes les fois qu'il buvait. Les matières vomies, amères au début, jaunes et vertes ; urines normales jusqu'à présent ; céphalalgie ; pas d'épistaxis ; délire et agitation pendant la dernière nuit passée à la caserne.

Le 16 mars, au moment de l'admission, voici l'état dans lequel on trouve le malade :

Yeux caves, chassie sur les conjonctives (le malade avait depuis quelques jours un peu de conjonctivite) ; teinte bleue générale des lèvres et de la face ; larges taches violacées vineuses sur les mains et les avant-bras ; coloration violette de la peau des pieds et des jambes ; un quart d'heure à peu près après l'entrée, la réaction commence à s'opérer et la peau se colore en rose vif.

Anxiété, angoisse, inspirations profondes, comme saccadées. Le malade conserve toute son intelligence, mais il a encore une légère tendance au délire se manifestant par quelques efforts pour sortir du lit. Pouls radial imperceptible, même après le retour de la chaleur ; on compte 120 battements aux carotides ; langue sèche, pupilles de l'extrémité antérieure rouges, sèches, développées ; piliers du voile du palais d'un rouge vif ; mal de gorge ; soif vive ; pas de vomissements ; ventre indolent ; une selle contenant des matières bilieuses verdâtres, avec quelques crotins durs ; pas de grumeaux blancs ; suppression des urines dans la journée d'hier ; crampes dans les membres, plus fortes pendant la nuit que ce matin. (Potion gommeuse laudanisée, avec éther sulfurique ; tilleul édulcoré ; friction avec liniment volatil ; bain d'air chaud).

Le soir, à quatre heures, délire loquace, agitation ; le malade veut sortir de son lit ; pas de retour des urines ; chaleur ardente de la peau ; pas de pouls. (Compresses froides sur la tête ; supprimer la potion.)

La mort survient à neuf heures du soir.

Autopsie, 40 heures après la mort.

Aspect cholérique du cadavre au plus haut degré ; tout le corps est violet foncé ; les yeux caves.

Foie, rate et reins normaux ; la rate est même plus petite qu'à l'état normal, ne contenant pas de sang ; poumons un peu congestionnés.

Teinte rosée générale de l'intestin, plus foncée dans les deux derniers mètres qu'à la partie supérieure, où elle est disposée par plaques alternant avec des taches jaunâtres, bilieuses ; arborisations très-fines de la muqueuse de l'iléon ; pas de ramollissement ni d'ulcérations de la muqueuse ; développement de 15 ou 16 plaques de Peyer ; psorenterie abondante ; cerveau et moelle rachidienne de consistance ferme ; à la face antérieure de la moelle, dans les 10 centimètres inférieurs, injection des vaisseaux semblable à une injection très-bien réussie avec le carmin le plus vif.

Sang noir dans les veines ; artères complétement vides de sang.

Ce fait a présenté ceci de remarquable, que la cyanose a duré fort peu de temps, et que la réaction commençait à s'établir pendant le premier examen du malade, un quart d'heure après son entrée, avant même que l'on eût mis en usage la médication stimulante. Cette réaction a continué pendant les quelques heures du séjour du malade dans les salles, et a été accompagnée d'un délire, d'une agitation tels, qu'une des personnes qui le virent dans la journée crut un moment à une erreur de diagnostic et à l'existence d'une méningite cérébro-spinale. Ces phénomènes n'étaient cependant que le résultat de la réaction violente qui s'était manifestée, ainsi que le prouva l'autopsie.

Nous avons pu, par un hasard assez singulier, faire en quelque sorte une autopsie comparative de ces deux affections, un malade ayant succombé le même jour à une méningite cérébro-spinale dans le même service. Tandis

que chez ce dernier malade, on trouva du pus infiltré dans les mailles de l'arachnoïde cérébrale et rachidienne, du pus en gouttelettes dans les ventricules latéraux, il fut impossible d'en découvrir la moindre trace chez le cholérique. L'erreur dont nous venons de parler ne peut s'expliquer que par ce fait que la personne qui l'avait commise n'avait pas vu le malade à l'entrée, et ignorait l'existence des phénomènes qui s'étaient succédé depuis l'entrée du sujet à l'hôpital. La vue seule du malade au moment de son admission eût suffi pour dissiper tous les doutes, s'ils eussent été possibles.

Bien que précédée de prodromes, la maladie, dans ce second cas, avait été elle-même précédée aussi de mal de gorge; nous n'avons pas besoin d'insister plus longuement sur la circonstance curieuse de l'erreur du médecin distingué qui crut un moment à une méningite cérébro-spinale.

CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE; DIARRHÉE PENDANT QUINZE JOURS; SELLES ET VOMISSEMENTS BILIEUX; BANDELETTE NACRÉE DES GENCIVES; CONVALESCENCE. (Hôpital du Val-de-Grâce.)

OBS. III. — Au n° 36 de la salle 25 (service de M. Lévy), est couché le nommé Arnoux, du 41e de ligne, caserné à Loursine, âgé de 27 ans, entré le 18 mars.

Ce soldat, d'une bonne constitution, a fait trois ans de séjour en Afrique, d'où il est revenu depuis dix-huit mois. Depuis cette époque, deux récidives de dyssenterie. Il est habituellement sujet à la diarrhée; il y a quinze jours qu'il est entré à l'infirmerie, obligé de suspendre son service à cause d'un redoublement de diarrhée. Dans la nuit du 16 au 17 mars, coliques, selles toutes les cinq minutes. Deux heures après l'apparition des premières coliques, crampes dans les membres inférieurs, roideur des mains et des doigts; le malade vomit toute la tisane qu'il prend; état algide des membres; cependant il parvint à se réchauffer dans son lit.

Le 17, il a, dans la journée, six selles, et deux vomissements.

On l'apporte au Val-de-Grâce le 18 au soir.

Au moment de l'entrée, céphalalgie, mains violacées, yeux profondément excavés, cernés de bleu; soif vive; légère cyanose de tout le corps et en particulier de la face. Température à peu près normale. Endolorissement des mollets; langue rose, humide, recouverte d'un enduit blanchâtre; bandelette nacrée sur les gencives. Six selles jaunâtres depuis le matin, avec quelques débris de matières filamenteuses; diminution, mais non suppression complète des urines, qui contiennent un sédiment muqueux. Ventre souple; prostration, faiblesse, crampes; pouls à 104.

Friction sur les membres, bain d'air chaud; potion avec éther, acétate d'ammoniaque et laudanum.

Le 19, trois selles pendant la nuit, liquides, jaunâtres, homogènes; encore un peu de cyanose, surtout de la face. Les yeux sont toujours excavés, cernés de bleu. Persistance de la bandelette nacrée sur les gencives; bouffées de chaleur. Un peu de moiteur de la peau. Température axillaire à 36 C. Le pouls, dépressible, donne 86. Disparition des crampes. Douleurs à l'épigastre, augmentant par la pression. Ventre souple.

(Quart de lavement amylacé; deux pots de gomme; eau de riz citrique; diète.)

(21 mars. Pouls à 70, faible, dépressible; le ventre n'est pas sensible; pas de selles depuis hier. Un litre trois quarts d'urine jaune clair, un peu louche. Convalescence. (Soupe, bouillon; limonade, 2 pots; vin sucré, 125 grammes).

Nous signalons dans ce fait quinze jours de prodromes bilieux, mais surtout la bandelette nacrée des gencives, que nous avons remarquée du reste dans plusieurs autres cas, et qui est commune, d'après l'observation des médecins militaires, à un assez grand nombre d'affections aiguës graves. La symptomatologie de 1832 n'avait pas tenu compte de ce fait.

Les cas qui vont suivre nous ont paru intéressants sous le point de vue des formes particulières de la période prodromique.

CHOLÉRA ASIATIQUE; QUINZE JOURS DE PRODROMES; DIARRHÉE SEULEMENT PENDANT DIX JOURS; DIARRHÉE ET CRAMPES LES CINQ JOURS SUIVANTS; VOMISSEMENTS ET AUTRES SYMPTÔMES CHOLÉRIQUES LE SEIZIÈME JOUR; VINGT-QUATRE HEURES DE MALADIE; MORT. (Hôtel-Dieu.—Service de M. CHOMEL.)

OBS. IV. — Joséphine Muller, âgée de 26 ans, d'une constitution très-forte, profession de blanchisseuse, demeurant rue Molay (7e arrondissement), est entrée à l'Hôtel-Dieu le 17 mars, salle Saint-Bernard, n. 9. Cette femme était malade depuis quinze jours; elle avait une diarrhée abondante, ses selles très-fréquentes étaient blanches; depuis cinq jours, il s'y était joint des crampes; elle s'était alitée chez elle, le 14, et avait reçu quelques soins. Le 16, il survint des vomissements, et les selles augmentèrent d'intensité. A son entrée à l'hôpital, dans la nuit du 16 au 17, elle était froide, sa face était violette, ses yeux enfoncés et bleuâtres au pourtour; les crampes avaient cessé, elle ne vomissait plus, mais elle était incessamment tourmentée par des nausées et des hauts le cœur extrêmement pénibles. Le pouls était très-faible mais sensible. Anxiété, cris plaintifs. Le matin à la visite, même état : anxiété extrême, suffocation imminente, cyanose générale, peau froide et recouverte d'une sueur visqueuse, voix éteinte, pouls nul; pas d'urine depuis son entrée; quelques vomissements bilieux; selles blanches accompagnées de coliques violentes. On prescrit un bain de vapeurs, thé, frictions alternativement avec de la glace pilée et la teinture alcoolique, vésicatoire sur l'épigastre. Quelques instants après, la malade tombe dans une prostration complète et succombe à deux heures de l'après-midi.

Chez cette malade, les prodromes ont duré quinze jours, et les matières des selles ont été constamment blanches, sans autres caractères pendant dix jours.

Il sera utile de remarquer si, comme nous le croyons, la couleur blanche des matières rendues pendant le cours de la cholérine n'annonce pas une intensité plus grande de la maladie. Ce premier cas est, en effet, de nature à le faire croire, quoique le sujet fut en apparence de bonne constitution et n'eût pas été affaibli par de précédentes maladies.

Nous rapprocherons des cas qui précèdent l'indication sommaire d'un autre à peu près analogue qui nous a été communiqué par M. Lalourcey, et dans lequel la diarrhée prodromique a été exclusivement blanche pendant dix jours (le nommé Laffitte, rue Quincampoix, 66, âgé de 36 ans, cordonnier, fort et robuste, mais dans de mauvaises conditions hygiéniques). Nous regrettons de n'avoir pu compléter l'observation, le malade ayant été transporté dans un hôpital non désigné.

CHOLÉRINE INTENSE AVEC QUELQUES SYMPTÔMES DE CHOLÉRA LÉGER OU DE MOYENNE INTENSITÉ; CARACTÈRE PARTICULIER DES SELLES DE COULEUR BRUNE; CRAMPES D'UNE MOITIÉ DU CORPS; APHONIE PERSISTANTE. — (Hôtel-Dieu, service de M. CHOMEL.)

OBS. V. — Au n° 26 de la même salle (Saint-Bernard) est une femme de 56 ans qui, bien qu'en apparence dans de meilleures conditions que la précédente ne laisse pas encore que d'inspirer quelques craintes sur son état. Elle n'est ni froide ni cyanosée; à la voir on ne la croirait pas atteinte du choléra; mais lorsqu'elle parle on est de suite frappé du caractère particulier de sa voix éteinte et fêlée. Cette femme affirme n'avoir été soumise à aucune influence morbide appréciable; elle est journalière, mais faisant habituellement un bon régime et d'une forte constitution. Le 14 mars, à dix heures du matin, elle a été prise subitement, dit-elle, de vomissements continuels, de diarrhée incessante et de crampes excessivement douloureuses, offrant cette circonstance particulière qu'elles ne se faisaient sentir que dans la moitié droite du corps, dans la jambe et le bras droits. Elle s'est de suite mise au lit. A dater de ce moment, ses selles ont été tellement fréquentes qu'elle était obligée de quitter son lit à chaque instant. Ses déjections étaient d'une couleur brune; les matières des vomissements étaient claires et transparentes comme de l'eau. Elle avait une soif inextinguible et des douleurs très-vives dans le ventre. L'aphonie n'est survenue que le second jour.

A son entrée, elle avait le visage pâle, la peau froide, le pouls mou et faible, à 84; la langue froide et collante. Depuis le moment de son entrée, elle n'a plus eu de selles ni de vomissements, les crampes ont également cessé, elle a uriné. De tous les symptômes qu'elle a éprouvés dès le début, il ne reste que l'aphonie, la soif et des nausées. On remarque aussi encore cette disposition particulière de la peau à conserver le pli qu'on lui a imprimé. La persistance de ce signe et de l'aphonie commande encore une grande réserve à l'égard du pronostic favorable qu'on serait disposé à porter d'après l'ensemble de l'état de cette malade.

Nous avons appris depuis que l'état de cette femme était allé s'améliorant, et qu'elle était entrée dans une convalescence franche.

Une particularité très-remarquable à signaler dans ce cas, c'est la délimitation des symptômes à une moitié du corps; ajoutons que les selles de la première période étaient de couleur brune contrastant d'une manière bien notable avec celles du cas précédent.

Nous terminerons cette catégorie par deux cas où la cholérine, très-nettement caractérisée, a existé sans la moindre apparence de coliques, et de manière à faire croire que les sujets n'étaient nullement malades.

CHOLÉRA ASIATIQUE; SIX JOURS DE DIARRHÉE, SANS COLIQUES. (Fait communiqué par M. le docteur Cullerier.)

OBS. VI. — M. C..., ouvrier de l'imprimerie nationale, demeurant rue des Écouffes, âgé de 40 ans, fort et vigoureux, était atteint depuis six jours d'un dévoiement auquel il n'avait rien fait, parce qu'il avait lieu sans coliques (10 à 12 selles dans les vingt-quatre heures.)

Samedi 17 mars, il fut obligé de quitter son travail, son malaise augmentant, et rentré chez lui, il fut pris de vomissements bilieux d'abord, et ensuite blanchâtres; selles abondantes, jaunâtres d'abord, puis semblables à l'eau de riz; refroidissement des extrémités; sueur froide sur tout le corps. Les yeux sont excavés profondément, cernés de bleu; langue froide; crampes dans les membres inférieurs.

Le 19, la réaction a commencé à s'opérer; la chaleur est revenue en partie; mais la langue est restée glaciale jusqu'au matin 20 mars. Le pouls reste encore des plus misérables, à peine perceptible. Tout fait craindre à M. Cullerier une terminaison funeste.

Aujourd'hui 22 mars, nous recevons de M. Cullerier une note complémentaire de ce fait.

Le traitement employé a consisté en boissons chaudes, sinapismes, frictions, stimulants diffusibles, etc. Malgré la réaction qui avait commencé à s'opérer,

comme nous l'avions dit, le 19, la respiration est restée toujours gênée, et le malade est mort le quatrième jour.

Ce fait ne paraît pas différer notablement des cas les plus ordinaires; si ce n'est pas l'absence très-nettement établie de coliques. Cette circonstance se remarque dans un grand nombre de cas, et ne mérite peut-être d'être signalée que dans le but de rechercher quels rapports elle peut avoir avec la violence de la réaction ou son absence. L'absence de réaction ne serait-elle pas elle-même un indice d'un défaut d'énergie radicale suffisante pour lutter contre les causes morbides. C'est ce que l'observation ultérieure nous apprendra.

Dans le cas suivant, le choléra a été d'abord méconnu; il nous a été obligeamment communiqué dans ses détails par M. Berlié, interne du service de M. Baillarger.

CHOLÉRA ASIATIQUE CHEZ UNE ALIÉNÉE SUJETTE A LA DIARRHÉE, AFFECTÉE DE CALCULS BILIAIRES; MALADIE MÉCONNUE; MORT; AUTOPSIE. (Hospice de la Salpêtrière.—Service de M. BAILLARGER.)

OBS. VII. — Une aliénée, âgée de 64 ans, nommée Pajot, fut prise, dans la journée du 10, de vomissements et de douleurs abdominales qui n'éveillèrent pas beaucoup l'attention. Cette malade, qui était atteinte de diarrhée depuis plusieurs jours, était en effet entrée un grand nombre de fois à l'infirmerie pour des accidents semblables provoqués par des calculs biliaires, et elle ne présentait en ce moment rien de plus que les symptômes si souvent observés chez elle : l'idée de choléra ne se présenta à l'idée de personne. Le soir, l'interne de service fut frappé de la décomposition des traits, de la tendance au refroidissement, de la teinte bleuâtre des mains et des lèvres; mais il n'y avait ni diarrhée plus abondante qu'à l'ordinaire, ni crampes. Il ne s'arrêta pas à l'idée qui lui vint que ce pouvait être un cas de choléra, et prescrivit néanmoins de réchauffer la malade par tous les moyens usités. Le lendemain, à six heures du matin, elle succombait sans agonie. Tout ce que l'on put savoir des gens de service, c'est que la diarrhée était survenue très-abondante pendant la nuit, que les vomissements avaient continué. Aucune déjection n'avait été gardée. Le cadavre était cyanosé, les yeux rentrés et flétris.

M. Baillarger, en apprenant le matin la rapidité de cette mort, succédant à des accidents souvent observés chez cette malade et qui n'avaient jamais eu de gravité, pensa que c'était un cas de choléra qui était venu compliquer la colique hépathique.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, le cadavre présentait une teinte bleuâtre générale, surtout marquée aux ongles, et accompagnée de vergetures plus foncées. La masse intestinale à l'extérieur offrait une teinte rosée très-remarquable. La muqueuse intestinale était injectée, ecchymosée même en certains endroits, et présentait un certain nombre de plaques de Peyer très-rouges. Les tuniques paraissaient épaissies. Le gros intestin était revenu sur lui-même. Dans toute son étendue le tube digestif contenait une matière d'un blanc grisâtre, d'une odeur fade et nullement stercorale, de la consistance d'une crème liquide. L'estomac était distendu par un liquide légèrement trouble. Les poumons étaient sains, un peu congestionnés en arrière. Les gros vaisseaux et le cœur contenaient du sang noirâtre, poisseux, sans caillots, défibriné, ressemblant à de la gelée de groseille. La vessie, très-revenue sur elle-même, ne contenait pas une goutte d'urine. La substance cérébrale était piquetée.

A l'issue de cette autopsie, le directeur fut informé de ce premier cas signalant dans l'hospice l'invasion de l'épidémie.

La méprise très-explicable dont ce fait a été l'occasion tient à ce que c'était seulement le deuxième cas de l'épidémie observé dans Paris, et aussi à cette circonstance que la malade était sujette à la diarrhée habituelle. N'est-ce pas une raison de recommander d'avoir même égard à cet ordre de symptômes en temps d'épidémie cholérique, comme s'il n'était pas habituel chez les malades qui le présentent?

DEUXIÈME SECTION.

CHOLÉRA ENTÉ SUR D'AUTRES MALADIES.

Les maladies sur lesquelles le choléra a paru se greffer ou auxquelles il a paru se substituer ont été quelques affections de poitrine, des suites de couches, un rhumatisme, et plusieurs affections chroniques, notamment celles qui amènent un grande déperdition des forces, et des symptômes ayant quelques rapports avec ceux du choléra, tels que des évacuations fréquentes; voici une série d'observations relatives à la plupart de ces circonstances.

CHOLÉRA ASIATIQUE; COUCHES ET AFFECTION TYPHOÏDE ANTÉCÉDENTES; DIARRHÉE SANGUINOLENTE ET VOMISSEMENTS PRÉCÉDANT DE SIX JOURS L'INVASION DU CHOLÉRA; MORT; LÉSIONS CADAVÉRIQUES CARACTÉRISTIQUES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

OBS. VIII. — Une femme de 32 ans, portière, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 5, le 17 mars. Cette femme est accouchée, le 26 février dernier, à huit mois. Elle avait repris presque immédiatement ses occupations habituelles; mais elle fut bientôt obligée de quitter son travail. Le 9 mars, elle fut prise de frissons, d'inappétence, de douleurs assez vives dans l'abdomen, de vomissements et de diarrhée sanglante. Ces symptômes allèrent s'aggravant pendant plusieurs jours. Le 15 mars, ses selles devinrent blanches; le 16, elle fut prise de crampes et de mouvements convulsifs. A son entrée à l'Hôtel-Dieu le 17, à midi, on la trouva froide et cyanosée, les yeux excavés, le pouls à 112 et très-faible. On employa immédiatement tous les moyens de calorification, sinapismes, boules chaudes aux pieds, ouate, infusions théiformes, etc. A trois heures, la chaleur parut un instant rappelée à la périphérie; mais la malade ne tarda pas à retomber dans un état d'algidité complète suivie d'asphyxie, et elle succomba à sept heures du soir.

A l'autopsie, on trouva les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, telles qu'on les observe ordinairement du neuvième au douzième jour de la maladie : ulcérations des plaques de Peyer et de la membrane muqueuse elle-même dont quelques lambeaux gangrénés étaient en voie d'élimination, etc.

Le cas qui précède est des plus remarquables : d'abord la diarrhée prodromique sanguinolente, ensuite les altérations cadavériques caractéristiques de la fièvre typhoïde. Ce mélange de caractères ne montre-il pas les effets de l'influence combinée des causes?

CHOLÉRA ASIATIQUE PRESQUE FOUDROYANT CHEZ UNE FEMME ENTRÉE A L'HÔPITAL POUR SUITE DE COUCHES ET ATTEINTE DE DÉVOIEMENT DEPUIS TROIS JOURS AU MOINS; INVASION D'UNE DIARRHÉE EXTRÊME VIOLENCE; MORT EN QUELQUES HEURES. (Hôpital de la Charité. — Service de M. CRUVEILHIER.)

OBS. IX. — Marie Lucet, 32 ans, habitant la rue de la Tonnellerie, 21 (quatrième arrondissement), est entrée, le 15 mars, à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 1, pour suites de couches; elle avait du dévoiement depuis le jour de son entrée, lorsque le 18, jour où cinq ou six autres malades de la Charité furent simultanément et presque à la même heure frappés du choléra, elle fut prise, dans l'après-midi, de malaise, de mal de tête, de tintement dans les oreilles; elle avait mangé à quatre heures, à cinq heures elle eut un premier vomissement, suivi d'un second deux heures après. Elle fut prise en même temps de crampes violentes et d'une diarrhée si fréquente, que de quatre heures jusqu'au soir elle avait eu quinze selles. Ces selles étaient caractéristiques, ressemblant à de l'eau de riz. Presque dès le moment de l'invasion, elle devint froide et bleue par tout le corps.

Le 19 au matin, cyanose générale la plus prononcée, yeux caves, nez glacé, langue et haleine tièdes, voix éteinte et fêlée, pouls nul, battements du cœur sourds et profonds; on ne les entend que dans les intervalles des inspirations.

Malgré l'état entièrement désespéré de cette malade, on prescrit : sinapismes, thé brûlant et glace alternativement. La malade meurt quelques heures après la visite.

Cas ayant beaucoup de rapports avec celui qui précède. Ici la mort a été excessivement rapide.

LÉGÈRE MÉTRO-PÉRITONITE PUERPÉRALE; ACCIDENTS DIVERS; CONSTIPATION OPINIATRE; INVASION DU CHOLÉRA PAR DES VOMISSEMENTS ET DES CRAMPES; SELLES NE SURVENANT QUE PLUS TARD; MORT. (Hôpital de la Charité.—Service de M. BRIQUET.)

OBS. X. — Femme de 27 ans, domestique.

Cette femme, habituellement en bonne santé, est accouchée le 8 février spontanément, à huit mois de grossesse. Sortie de l'hôpital au bout de six jours, elle marcha beaucoup. A partir de ce moment, elle a été prise de douleurs dans les reins et dans le ventre. Les lochies, qui coulaient abondamment, se supprimèrent complétement. Alitée depuis huit jours, la malade prenait des lavements pour combattre la constipation. Depuis une quinzaine de jours elle avait cessé de manger. Point de traitement. Entrée à l'hôpital le 12 mars avec des signes de métrite simple à un degré modéré, peu de fièvre, point de vomissements, point de douleurs à la région épigastrique, un peu de sensibilité, constipation, un peu de fréquence du pouls.

Le 13 mars. Même état. (25 sangsues à l'anus.)

Le 14. Soulagement notable; diminution de la douleur abdominale; peu de fièvre; constipation. (Une bouteille d'eau de Sedlitz et un lavement émollient pour le soir; cataplasme sur le ventre.)

Dans la journée, selles abondantes qui s'arrêtent vers le soir. Point de selles durant la nuit.

15 au matin. Facies normal; langue grise; appétit; abdomen peu douloureux à la pression; constipation. Point de fièvre. La malade se plaint d'un peu d'endolorissement général du côté droit du corps. Ces douleurs existaient depuis une quinzaine de jours. La malade ne s'en était pas plaint jusque-là. (Tisane de gomme arabique; julep gommé avec acétate de morphine, 1 centigr.; deux soupes.)

Après le premier potage, quelques coliques qui ont duré demi-heure et qui se sont dissipées. Constipation. A quatre heures, après son deuxième potage, elle se trouvait bien; après quelques instants, malaise à la région épigastrique, nausées, vomissements, refroidissement, crampes. Ces accidents ont duré toute la nuit. Au commencement de la nuit, pensant à des accidents de péritonite, on prescrit des frictions mercurielles.

Le 16 au matin. Prostration extrême; yeux enfoncés dans l'orbite; teint violacé de la face; langue avec enduit blanchâtre, et une bande centrale rouge, un peu froide; soif très-vive; nausées; vomissements très-abondants de matières analogues à une décoction très-claire de riz; voix très-affaiblie et caractéristique; sentiment de constriction aux tempes et le long du côté de la face. Céphalalgie lancinante temporale et intelligence nette. A peine de la douleur à l'épigastre.

Abdomen de forme normale, point tendu, douloureux à la pression dans sa moitié inférieure; coliques très-fréquentes; selles nombreuses et très-abondantes de matières complétement liquides, incolores et un peu blanchâtres, d'odeur spermatique. Douleurs et crampes continuelles dans les membres, surtout dans ceux du côté droit; 116 pulsations; peau de chaleur modérée; extrémités des doigts froides et un peu violacées. (Frictions avec onguent mercuriel; 3 pilules opiacées; infusion de menthe, 3 pil.; julep gommé avec acétate de morphine, 0,06; 4 demi-lavements avec amidon, et chacun 6 gr. de laudanum; eau de Seltz.)

Morte le 17 ou le 18; nous ignorons le moment précis de sa mort.

Outre les analogies de ce cas avec les deux qui précèdent, il faut noter à part la tendance à la constipation, malgré l'emploi des purgatifs, ce qui n'a pas empêché la terminaison fatale, comme dans les deux premiers.

Les cas de cette catégorie offrent ceci de remarquable, que, dans tous, la mort est survenue plus ou moins promptement. Outre l'affaiblissement préalable déterminé par la maladie puerpérale, ne peut-on pas admettre que l'intoxication propre à cette maladie a elle-même ajouté à la violence de l'intoxication cholérique?

Le fait que voici forme en quelque sorte la transition à une autre catégorie.

MÉTRO-PÉRITONITE ET FIÈVRE TYPHOÏDE ANTÉCÉDENTES; INVASION DE SYMPTÔMES CHOLÉRIFORMES D'UNE ASSEZ GRANDE INTENSITÉ PENDANT LA CONVALESCENTE DE CETTE DERNIÈRE AFFECTION; RÉACTION. (Charité.—Service de M. CRUVEILHIER.)

OBS. XI.—Une femme de 22 à 23 ans, couchée dans la salle Saint-Jean, n° 14 (service de M. Cruveilhier), était convalescente d'une fièvre typhoïde pour laquelle elle avait été admise à l'hôpital dans les premiers jours du mois de mars; cette fièvre avait elle-même succédé à une métro-péritonite puerpérale remontant à un mois ou six semaines environ. Le 19, elle fut prise tout à coup de vomissements répétés, de diarrhée et de crampes, avec cyanose et refroidissement général.

Au moment où nous l'avons vue, le 21 à dix heures, la réaction avait eu lieu, la peau était chaude, halitueuse, la face pâle mais plus cyanosée, les yeux encore un peu cernés, la voix très-faible, le pouls sensible mais faible et un peu fréquent; la malade était encore tourmentée par des envies presque incessantes de vomir; elle vomit tout ce qu'elle boit, même de l'eau froide; elle n'a plus de crampes ni de diarrhée.

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer de renseignements précis sur la période prodromique; toutefois les deux maladies qui ont précédé l'invasion du choléra déclaré pourraient suffire à tenir lieu d'autres prodromes.

Les observations qui suivent continuent la série des cas de choléra substitué à d'autres maladies ou compliqué de celles-ci.

CHOLÉRA ASIATIQUE CHEZ UNE FEMME ENTRÉE A L'HÔPITAL POUR UNE MÉTRO-OVARITE; ABCÈS OUVERT DANS L'INTESTIN. (Hôpital de la Pitié. — Service de M. GENDRIN.)

OBS. XII. — Une femme d'une quarantaine d'années, couchée au n° 14 de la salle Notre-Dame, était depuis quelque temps dans le service pour une métro-ovarite et un abcès du ligament large. Cette femme fut prise de diarrhée, le 16 mars, dans la soirée; vomissements et selles liquides très-fréquentes; crampes; étourdissements.

Le 17 au matin, on la trouve dans la période de refroidissement, de cyanose, crampes, persistance de la diarrhée, yeux caves. La mort survient à quatre heures de l'après-midi.

A l'autopsie, on reconnut que l'abcès s'était ouvert dans l'intestin.

Dans ce cas, le mélange de symptômes a été tel, qu'il n'a guère été possible de distinguer d'une manière précise à laquelle des deux maladies ont appartenu la diarrhée et quelques autres phénomènes.

CHOLÉRA ASIATIQUE; BRONCHOPNEUMONIE; INVASION SUBITE DES SYMPTÔMES CHOLÉRIQUES; CHOLÉRA D'INTENSITÉ MOYENNE; RÉACTION FRANCHE; CONVALESCENCE; RETOUR DE LA PNEUMONIE; QUELQUES PHÉNOMÈNES TYPHOÏDES DOUTEUX. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. XIII. — Le nommé Caude, âgé de 29 ans, huit ans de service, actuellement au 74e de ligne, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 14 mars, et est couché à la salle 12.

Il nous dit avoir passé sept années de son service militaire à la Guadeloupe, où il a eu successivement plusieurs maladies graves, la fièvre jaune, des fièvres intermittentes, etc. Il est de retour en France depuis un an. D'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, il n'a pas eu la moindre indisposition pendant l'année qui vient de s'écouler.

Le 11 mars, étant de garde au Val-de-Grâce, il est pris de rhume et d'extinction de voix; toux antérieure datant de quelques jours.

Le 14 au matin, il est pris de crampes douloureuses aux bras et aux jambes; rigidité des doigts, qui ne peuvent plus être fermés volontairement; ni vomissements ni diarrhée; céphalalgie; vue trouble. Apporté à deux heures à la salle 12, comme atteint de bronchopneumonie droite.

Du 14 au 15, vomissements bilieux. Il ne peut garder sa tisane; selles de cinq en cinq minutes; yeux caves. Le 15, il est transporté à la salle 25, n° 5; algidité; cyanose; vomissements; diarrhée; crampes très-douloureuses; yeux enfoncés; pouls radial insensible. (Frictions; sinapismes; bains d'air chaud; potion avec l'eau de menthe, l'éther, le laudanum et l'acétate d'ammoniaque.)

Sous l'influence de cette médication, les vomissements cessent, ainsi que la diarrhée, le même jour, vers huit heures du soir. Les urines sont supprimées depuis avant-hier.

A la visite du 16, le pouls est à 80, dépressible; céphalalgie depuis sept heures du matin; crampes rares et légères; retour de la chaleur, moins élevée cependant qu'à l'état normal. (Même prescription; diète.)

Le 17, le pouls est tombé à 64-68, plus fort. Facies presque naturel; plus de cyanose; chaleur de la peau; un peu de mieux; deux heures et demie de sommeil pendant la nuit; un peu d'agitation depuis hier soir; pas de vomissements ni de selles; les crampes ont entièrement disparu. Les urines ont reparu hier dans la journée. Ce matin, le vase de nuit en contient près de 2 litres. Langue un peu violacée, chaude; bandelette nacrée très-évidente sur les gencives. (Limonade gazeuse; bouillon.)

Le 18, état très-satisfaisant; miction abondante, 3 litres un quart; urines limpides; pouls à 72; facies naturel; langue humide; disparition presque complète de la bandelette nacrée des gencives; ventre souple; une selle liquide, comme sirupense. (Bouillon, deux tasses; potion gommeuse; glace.)

Convalescence.

Le 19. Pas de vomissements cette nuit; urines abondantes, 2 litres; pouls à 72, faible; peau dure, halitueuse; chaleur naturelle; langue humide, rosée; encore un peu de météorisme du ventre; soif vive. (Glace en fragments; limonade citrique, 3 pots; bouillon.)

Le 20, pouls à 60; joues un peu plaquées; crachats citronnés, fluents, adhérents; râle crépitant dans la région axillaire; souffle lointain au bord spinal de l'omoplate; crépitation au-dessous.

Le soir, crachats visqueux rouillés.

Le 21, pouls à 48-52, petit, faible; chaleur peu prononcée; plus de cyanose; grande prostration; crachats visqueux, rouillés; râle crépitant; matité en arrière, à droite; un peu de souffle.

Ce fait est extrêmement curieux; outre la combinaison des symptômes appartenant à la bronchopneumonie et au choléra, on le voit en dernier lieu s'emparer en quelque façon de tout l'appareil symptomatique pendant un certain temps; puis, après avoir épuisé son action, laisser reparaître les symptômes de la maladie qui l'avaient précédé. C'est en quelque façon la représentation, dans un cas particulier, de l'effet général de l'épidémie sur toutes les maladies.

Cette circonstance particulière de la combinaison des deux ordres de symptômes ne serait-elle pas de nature à attester que la cause épidémique n'est pas encore assez intense pour absorber à son profit toutes les autres causes morbides, et ne serait-elle pas aussi de nature à laisser espérer que l'épidémie ne serait pas encore réalisée complétement. C'est là, du reste, l'opinion du savant professeur à la clinique duquel ce fait a été observé.

CHOLÉRA DE MOYENNE INTENSITÉ CHEZ UN SUJET AFFECTÉ DE DOULEURS RHUMATOÏDES GÉNÉRALES; DÉBUT PAR DES SELLES SANS COLIQUES, PRÉCÉDANT DE VINGT-QUATRE HEURES L'INVASION DES AUTRES SYMPTÔMES. (Hôpital de la Charité. — Service de M. ANDRAL.)

OBS. XIV. — Pierre Lefèvre, âgé de 59 ans, chaudronnier, entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 4, le 19 décembre 1848, pour des douleurs rhumatoïdes dans tous les membres, a été pris samedi dernier 17 mars, à dix heures du matin, de diarrhée bilieuse, verdâtre; il a eu au moins vingt selles dans la journée, sans coliques. Dans la nuit du 17 au 18, il a encore cinq à six selles, également sans coliques.

Le lendemain matin, dimanche, il a encore une douzaine de selles; il se sent très-faible, mais pas autrement malade. A trois heures de l'après-midi, il éprouve des tournoiements de tête, des éblouissements, le cœur lui manque, sa voix s'altère et s'affaiblit. A quatre heures, il a des vomissements. Il vomit environ dix fois dans la nuit.

Le 19, lundi, il est pris de crampes, d'abord dans les mains, puis dans les jambes et de refroidissement aux extrémités, qui prennent une teinte violacée; le pouls est très-faible. Vomissements ou nausées presque continus. Douleur précordiale; angoisse.

On prescrit à ce malade l'application du galvanisme. Dès la première application faite avec l'appareil de M. Duchenne, les crampes cessent, le pouls se relève un peu. On maintient la chaleur par de la ouate et des boules d'eau chaude. Le reste de la journée se passe assez bien.

Le 20 au matin, le malade accuse de très-violentes douleurs dans les reins. Il a eu encore quelques vomissements dans la matinée, la diarrhée a cessé, ainsi que les crampes. (Nouvelle application de galvanisme suivie de la disparition des douleurs de reins.

Le soir, il y a encore quelques douleurs dans les reins, mais beaucoup moins violentes que celles du matin; le pouls est développé, la chaleur du corps est presque normale; anxiété moindre. (Potion opiacée, 15 à 20 gouttes de lau-

danum; potion avec eau de menthe et sirop d'éther; sinapismes; boules chaudes, etc.)

Le 21, le pouls est encore faible, le malade est un peu agité, l'intelligence paraît obtuse; les réponses sont lentes et peu nettes; la température de la peau est d'ailleurs normale; pas de vomissements. On supprime l'opium, on prescrit quelques excitants, café noir et une nouvelle application de galvanisme. A la suite de cette application, le pouls est un peu plus développé; l'intelligence semble sortie de son état de torpeur; l'état général paraît un peu amélioré. Une troisième application sera faite dans la soirée.

CHOLÉRA ASIATIQUE SURVENU CHEZ UN SUJET AFFECTÉ D'UNE MALADIE CHRONIQUE DE LA HANCHE ET EN PROIE A DES SYMPTÔMES DE RÉSORPTION PURULENTE ET A DE LA DIARRHÉE; MORT EN QUELQUES HEURES. (Charité. — Service de M. GERDY.)

OBS. XV. — Jean-Baptiste Trezel, âgé de 23 ans, était à l'hôpital de la Charité, service de M. Gerdy, depuis le 24 février, pour une affection chronique de la tête du fémur avec fistules. Il avait présenté depuis quelques jours quelques symptômes de résorption purulente. Il avait la diarrhée depuis cinq à six jours. Le 18 mars, entre une heure et deux heures de l'après-midi, il a été pris tout à coup d'un grand malaise, suivi de vomissements, de crampes et de selles abondantes et presque continues.

Le 19 mars, à neuf heures et demie, nous avons trouvé ce malade dans l'état algide et cyanique le plus prononcé, ne respirant plus qu'à peine, la face entièrement décomposée, plus de pouls du tout, les yeux enfoncés et ternes. Il a succombé quelques heures après.

CHOLÉRA ASIATIQUE DES PLUS INTENSES SURVENU CHEZ UN SUJET ATTEINT D'UNE AFFECTION CHRONIQUE (PROBABLEMENT CANCÉREUSE) DU PYLORE, ET SUJET A DE FRÉQUENTS VOMISSEMENTS. (Hôpital de la Charité. — Service de M. CRUVEILHIER.)

OBS. XVI. — Marteau (Nicolas), 52 ans, journalier, entré à l'hôpital le 3 mars, pour une affection chronique du pylore datant de plusieurs mois, a été pris, le 20 au matin, de vomissements réitérés, de selles abondantes caractéristiques, de crampes, bientôt suivis de refroidissement général, de cyanose et d'un malaise extrême.

Le 21, à dix heures du matin, nous avons trouvé cet homme dans un état d'anxiété et d'abattement extrême, la face entièrement décomposée, les yeux excavés et entourés d'un cercle noir, l'œil terne, la voix entièrement éteinte, la peau froide aux extrémités, la face et les mains entièrement cyanosés, sans pouls. Les crampes ont cessé aux mollets; il accuse maintenant des douleurs très-vives à la région lombaire. Cet homme vomissait fréquemment depuis trois mois et avait eu aussi de temps en temps un peu de diarrhée. Ce sont les seuls renseignements que nous ayons pu obtenir, cet homme ayant la voix extrêmement faible et ne répondant qu'avec une extrême difficulté aux questions qu'on lui adresse, tant est grande sa prostration.

Les trois cas qui précèdent, quoique différant par la maladie qui a existé avant le choléra, n'en offrent pas moins beaucoup d'intérêt, relativement à l'étude de l'influence des affections auxquelles cette maladie succède.

Une des questions qu'il sera utile d'examiner et que l'observation seule est apte à décider, est celle de savoir si les maladies préexistantes ne pourraient pas, dans certains cas, tenir lieu de prédispositions, même de période prodromique. Tels seraient en effet le cas relatif à l'affection du pylore, et à plus forte raison celui où a existé une résorption ou infection purulente.

Nous avons encore observé un fait de choléra grave, suivi de mort, chez une femme, admise à l'hôpital Beaujon, service de M. Legroux, pour une affection cutanée, lupus de la face; cette malade, sur laquelle nous n'avons pu avoir de renseignements, a succombé après dix-huit heures de maladie, avant que la réaction ne se fut déclarée.

Nous terminons la deuxième section par les deux cas qui suivent, dont l'un relatif à un malade épuisé par une fièvre intermittente et l'autre par une phthisie pulmonaire.

CHOLÉRA SURVENU CHEZ UN PHTHISIQUE DIARRHÉIQUE; CARACTÈRE PROMPTEMENT ASPHYXIQUE DE LA MALADIE; MORT. (Hôtel-Dieu. — Service de M. Martin-Solon.)

OBS XVII. Un jeune homme est entré dans le service de M. Martin-Solon (Hôtel-Dieu) pour une phthisie datant de plusieurs mois. Il présentait, entre autres symptômes généraux de phthisie, de la toux, avec oppression et diarrhée. Au bout de deux jours de séjour à l'hôpital, cet homme a été pris de vomissements, d'augmentation de la diarrhée qui a pris le caractère des selles cholérique; de crampes, de froid général et de cyanose. Ce malade a succombé dans la nuit qui a suivi l'invasion. Il est mort, ou plutôt il s'est éteint sans douleur, sans agitation, par une véritable asphyxie, et sans que les autres symptômes cholériques eussent atteint un degré d'intensité qui pût faire prévoir une mort aussi prochaine.

A l'autopsie, on a trouvé une caverne cicatrisée et des tubercules à l'état de crudité.

On ne peut méconnaître que, dans les cas de cette nature, la gravité du choléra n'emprunte des éléments à l'épuisement préalable des malades, et peut-être même quelques-uns des caractères de la maladie, caractères qui ont persisté à dominer sur la physionomie du choléra lui-même. Ainsi, on remarquera que le malade a succombé à une simple asphyxie.

CHOLÉRA ASIATIQUE CHEZ UN SUJET ATTEINT DE FIÈVRE INTERMITTENTE; DIARRHÉE NON AVOUÉE D'ABORD, DURANT DEPUIS QUATRE JOURS; MORT AVANT LA RÉACTION.

OBS. XVIII. — Dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital Beaujon, est entré un homme de 40 environ, admis dans les salles pour se faire traiter d'une fièvre quotidienne. Cet homme venait de la Sologne, épuisé par des privations et par des accès de fièvre répétés. Il avait de la diarrhée depuis quatre jours, et ne l'a avoué que tardivement pour ne pas être mis à la diète.

Pris le 18 mars, à dix heures du soir, il a succombé le 19, à quatre heures de l'après-midi, dans la première période, avant la réaction. Il a présenté pendant ce court espace de temps tous les phénomènes cholériques au plus haut degré: cyanose, refroidissement, crampes, pouls imperceptible, etc. A l'autopsie, développement des follicules et des plaques de l'intestin.

En dehors de la circonstance principale qui nous a fait rapporter cette observation, nous ferons ressortir l'existence de la diarrhée que le sujet n'avait pas voulu avouer dans la crainte, a-t-il dit, qu'on ne lui donnât pas à manger. Outre que ces paroles font présumer que le sujet avait conservé de l'appétit, ce cas ne montre-t-il pas combien il faut être réservé à l'endroit des prétendus choléras foudroyants, d'après la déclaration des malades.

Ces réflexions nous amènent tout naturellement à la troisième catégorie.

TROISIÈME SECTION.

CAS, DITS DE CHOLÉRA FOUDROYANT, AVEC SYMPTÔMES MÉCONNUS.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE PRODROMIQUE, MÉCONNUE D'ABORD, DATANT DE QUATRE JOURS. (Hopital de la Pitié. Service de M. PIÉDAGNEL.)

OBS. XIX. — Au n° 29 de la salle Saint-Michel, est couché le nommé Richard, 30 ans, rue du Paon-St-Victor, 6, entré le 19 mars dans la soirée.

Cet homme, d'une forte et robuste constitution, d'une bonne santé habituelle, habite un endroit malsain, mal aéré, où ne paraît jamais le soleil. Il se nourrit assez mal. Interrogé sur ses antécédents, il nous affirme qu'il était dans un état de santé parfaite lorsqu'il tomba malade, au point qu'une des personnes présentes nous faisait remarquer que l'on avait ici un exemple de choléra *foudroyant*, sans prodromes. Des questions plus précises le font convenir qu'il avait depuis quelques jours *le corps un peu dérangé;* ce dérangement de corps n'était autre chose qu'une diarrhée datant de quatre jours; sept ou huit selles par jour. Dimanche 18 mars, il sortit comme à son ordinaire. Mais dans la journée, en rentrant chez lui, il fut pris tout à coup de vomissements, de selles abondantes, très-liquides, de crampes; pas de douleurs de ventre; étourdissements. Il se mit au lit; les accidents augmentèrent pendant le mois, et hier il a été transporté à l'hôpital.

Au moment de l'admission, cyanose presque générale, surtout de la face; les yeux profondément excavés; selles très-nombreuses; crampes dans les membres inférieurs; refroidissement, principalement des pieds et des mains; pouls à peine perceptible; vomissements.

(Bain d'air chaud; thé chaud contenant un quart d'eau-de-vie.)

Le 20, à la visite du matin, il se trouve mieux; cependant il a encore des envies de vomir, des selles fréquentes. Il rend des matières liquides d'un blanc à peine jaunâtre, louches, sans grumeaux; céphalalgie interne. Persistance des crampes si douloureuses que c'est à peine si le malade ose remuer dans son lit de crainte de les renouveler; persistance également de la cyanose; les yeux toujours caves; langue un peu sèche; soif vive. La chaleur en partie revenue. Pouls 96-100, faible encore; intelligence bien conservée.

Continuer le thé chaud, sans eau-de-vie; diète.

Ce cas porte avec lui tout son enseignement. Nous n'en ferons ressortir que cette circonstance très-vulgaire en apparence, c'est que, dans l'interrogatoire des malades, il faut se servir avec soin de leur langage habituel; ainsi, si l'on avait demandé au sujet de cette observation s'il avait le corps dérangé, au lieu de lui demander s'il avait de la diarrhée, ou d'autres symptômes de maladie, peut-être n'aurait-il pas induit en erreur la personne qui l'interrogeait. Cela est d'autant plus probable que, pour beaucoup de malades, ces simples dérangements de corps ne sont pas considérés comme constituant une maladie.

L'exemple suivant en fournira la preuve.

CHOLÉRA; QUINZE JOURS DE PRODROMES; INVASION A LA SUITE D'UNE INDIGESTION; RÉACTION; ÉTAT ENCORE GRAVE. (Hôpital militaire du Gros-Caillou; service de M. Durand.)

OBS. XX. — James (Louis), du 26e de ligne, caserné aux baraques de l'Esplanade des Invalides, est entré à l'hôpital du Gros-Caillou (salle des cholériques, service de M. Durand) le 19 mars. Cet homme avait la diarrhée depuis quinze jours; il allait trois à quatre fois par jour avec de légères coliques; il éprouvait en outre un certain sentiment de faiblesse dans les jambes, ce qui ne l'empêchait pas d'ailleurs de faire son service. Le dimanche 18, à la suite d'un repas à la barrière où il a mangé du lard et bu un litre de vin, il a été pris, à quatre heures du soir, d'étourdissements, de vomissements, de crampes et de dévoiement. Les vo

missements se sont reproduits plusieurs fois dans la nuit. Les premiers étaient composés d'aliments incomplétement digérés; les suivants étaient bilieux. Quant aux selles, elles étaient blanchâtres dès le début.

Le 19 au matin, au moment de son entrée à l'hôpital, à huit heures, il avait les extrémités froides et cyanosées, absence de pouls, froid général, à l'exception du ventre, soif très-vive, crampes, diarrhée séreuse blanche. (Infusion d'oranger avec sous-acétate d'ammoniaque, 4 grammes; potion avec eau de menthe, 100 grammes; acétate d'ammoniaque, 4 grammes; laudanum et sirop d'éther, 4 grammes.)

Le 19 au soir, même état que le matin. La réaction commence dans l'après-midi; le pouls est sensible, mais filiforme. (Même prescription.)

Le 20, réaction modérée; pouls normal; vomissements pendant la nuit; selles peu fréquentes et très-fétides. Le soir, pouls un peu fort; état soporeux commençant; réponses lentes; abattement; injection prononcée des conjonctives. (25 sangsues aux tempes; huile de ricin, 75 grammes.)

Quelques selles blanchâtres à la suite; pas de vomissements.

Le 21, peau chaude; facies assez bon; persistance de la conjonctivite. (Potion avec orge miellé; manne, 60 grammes; sulfate de magnésie, 2 grammes.)

Le soir, le malade est assez bien. Face rouge; conjonctives toujours injectées. L'assoupissement est un peu diminué. (2 lavements purgatifs avec le sulfate de soude et le séné.)

22 au matin. Selles transparentes, légèrement bilieuses; assoupissement diminué. (3 lavements purgatifs *ut supra* dans la journée.

Il est évident que si, dans ce cas, le dérangement du corps avait été plus intense, le sujet ne se serait pas exposé le lendemain à l'indigestion, qui a brusqué le développement de la période grave, et qu'il aurait réclamé plus tôt les secours de l'art. On ne saurait donc, nous le répétons, trop insister auprès du public pour lui faire comprendre que ces symptômes de dérangement de corps constituent la première manifestation de l'influence épidémique.

Cependant, malgré la presque constance de la période d'incubation du choléra, nous ne voulons pas méconnaître la possibilité, non-seulement de prodromes autres que la diarrhée, qui, dans tous les cas précédents, n'a jamais manqué, mais la possibilité et même la réalité de quelques cas de choléra véritablement foudroyant.

Tels sont les deux qui suivent, et sur lesquels nous avons recueilli les renseignements les plus précis.

CHOLÉRA ASIATIQUE; INVASION BRUSQUE, SANS PRODROMES; CAS PRESQUE FOUDROYANT. (Hôpital de la Charité. — Service de M. CRUVEILHIER.)

OBS. XXI. — Corat (Alphonse), 48 ans, journalier, demeurant petite rue du Bac, homme fort, trapu et paraissant avoir une bonne constitution, entre le 19 mars au matin dans la salle Saint-Ferdinand, n° 10, à la Charité, offrant tous les symptômes caractéristiques du choléra le plus intense: teinte cyanique de tout le corps, froid général, presque glacé des membres, tandis que le malade accuse un sentiment de chaleur intérieure excessive et cherche toujours à se découvrir; voix entièrement éteinte, yeux caves, entourés d'un cercle noir, cornée terne et ayant perdu sa transparence, absence complète du pouls, crampes extrêmement violentes, sentiment d'oppression, angoisse extrême. Cet homme, qui paraissait jouir encore de toute la plénitude de son intelligence, nous a affirmé qu'il était parfaitement bien portant la veille et les jours précédents, qu'il n'avait eu ni diarrhée, ni aucun autre symptôme, ni le moindre malaise, et qu'il avait été pris subitement le matin même sans cause appréciable, et sans qu'il eût fait aucun écart de régime, et qu'il se fût exposé à aucune influence capable d'altérer sa santé, qu'il avait été pris, disons-nous, tout à coup et simultanément de vomissements, de diarrhée et de crampes. Cet homme est mort quelques heures après son entrée à l'hôpital, sans qu'on ait pu provoquer la moindre apparence de réaction.

Dans ce cas, la mort a été presque subite, quoique le sujet fût très-vigoureux. Ne peut-on pas admettre que, dans les cas de cette nature, l'intoxication cholérique a été tellement considérable qu'elle n'a laissé à l'économie ni le temps de mûrir en quelque sorte la maladie, ni la force de réagir en aucune façon contre elle.

Ces réflexions nous conduiraient à expliquer de la même manière les cas qui pourraient se manifester sans prodromes chez des individus préalablement atteints de maladies qui les auraient dépourvus de toute espèce de force de réaction, et par conséquent auraient ajouté, par cette absence de résistance, à la force de la cause sidérante. Tel serait le cas suivant.

CHOLÉRA SANS PRODROMES APPARENTS. — AFFECTION CATARRHALE AVEC DIARRHÉE TROIS SEMAINES AUPARAVANT. (Hôpital militaire du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.

OBS. XXII. — Gougelet (Denis), 52e de ligne, caserné à l'École militaire, entre à l'hôpital (Gros-Caillou) le 19 mars à 11 heures du matin. Invasion des symptômes cholériques le même jour à 2 heures du matin. La veille il avait eu la diarrhée, des vomissements et des crampes. En interrogeant le malade, nous apprenons qu'il avait déjà été reçu à l'hôpital, il y a trois semaines, et qu'il y avait séjourné huit jours pour une affection catarrhale, qui consistait, dit-il, en un rhume avec fièvre et diarrhée. Au moment de son entrée à l'hôpital le chirurgien de garde constate: face crispée, yeux excavés, froid aux extrémités qui sont violacées, crampes violentes et extrêmement douloureuses.

Potion avec acétate d'ammoniaque et sirop d'éther; moyens calorifiques, sinapismes, boules chaudes aux pieds, etc.; à 9 heures du soir les crampes sont diminuées, le pouls est petit, la peau chaude et couverte d'une sueur générale abondante, mêmes prescriptions.

Le 20 au matin, céphalalgie, yeux enfoncés, vomissements bilieux, selles blanches, fréquentes, crampes, cyanose, froids des extrémités, pouls filiforme.

Limonade tartrique, potion avec ipécacuanha et opium.

Le soir: vomissements fréquents verdâtres, froid aux extrémitées, abattement profond et diarrhée fréquente carastéristique.

Deux litres d'eau de Sedlitz.

Le 21: Amélioration, réaction modérée. Deux litres d'eau de Sedlitz.

Néanmoins il ne faut pas confondre l'absence de diarrhée avec l'absence de tout prodrome; car, ainsi que cela est établi depuis longtemps, la forme de la cholérine ou de la période d'incubation n'est pas exclusivement diarrhéique; les symptômes nerveux, tels que les vertiges, l'affaiblissement, la faiblesse des membres peuvent suppléer au symptôme le plus fréquent.

QUATRIÈME SECTION.

CAS DE CHOLÉRA, SUIVIS D'ÉTAT TYPHOÏDE.

Quoique l'on ait annoncé que ce mode de terminaison ne soit pas rare, nous n'avons jusqu'ici observé que deux ou trois cas qui puissent entrer dans notre catégorie, et encore n'offrent-ils pas des symptômes assez caractérisés pour que l'on puisse leur reconnaître l'expression véritable de la fièvre typhoïde. On conçoit cependant que l'épidémie est encore trop récente pour avoir donné lieu aux différents modes de terminaison autres que la mort ou la convalescence. Nous renvoyons provisoirement à quelques-unes des observations citées plus haut et dans lesquelles on peut déjà distinguer quelques-uns des apparences de cette transformation.

CINQUIÈME SECTION.

RÉSUMÉ THÉRAPEUTIQUE.

Jusqu'ici les médications employées contre le choléra n'ont guère été que la reproduction de celles qui avaient été essayées en 1832. Une seule différence très-notable paraît devoir être signalée: c'est la grande sobriété de presque tous les médecins dans l'emploi des antiphlogistiques. On se rappelle au contraire que lors de l'épidémie de 1832, soit sous l'influence du chef de la doctrine physiologique, soit sous la préoccupation des symptômes de congestion intestinale, la méthode antiphlogistique comptait de nombreux partisans. Mais l'expérience bien établie des funestes résultats de cette méthode employée d'une manière exclusive a été trop patente pour qu'il vienne à l'idée de personne d'y recourir. On se rappelle, en effet, que dans la classification des résultats obtenus en 1832 par toutes les méthodes, le chiffre des guérisons du Val-de-Grâce, hôpital qui avait le privilége des constitutions les plus robustes et des malades le plus rapidement soignés, ce chiffre, disons-nous, n'est venu qu'en dernière ligne, et au voisinage de ceux qui représentaient les résultats de l'hospice des Incurables et de l'hôtel des Invalides.

La méthode la plus générale, et qui paraît définitivement prévaloir, est celle qui combine l'emploi des excitants diffusibles avec les narcotiques, et surtout l'usage de toutes les pratiques ayant pour but de réchauffer les malades.

On ne saurait dire d'une manière bien certaine jusqu'aujourd'hui, que ces moyens aient eu une grande influence sur la marche de la maladie; mais il est à présumer au moins qu'ils n'ont pas nui.

Tous les praticiens sont d'accord sur ce point, que l'indication la plus importante, la plus urgente, c'est de chercher à produire tout d'abord la réaction cutanée. Quoi qu'il en soit, voici un résumé des principales formules employées par les médecins dans le service desquels nous avons recueilli les observations qui précèdent.

VAL-DE-GRACE. — Dans la période cyanique, M. Lévy a constamment prescrit les frictions, soit avec le vinaigre chaud, soit avec une brosse de laine imbibée de liniment volatil camphré; des bains d'air chaud, au moyen de l'appareil Duval; des sinapismes aux extrémités; des cruchons d'eau chaude autour du corps.

Pour boisson: la glace en petits fragments dans la bouche; des potions avec l'eau de menthe ou de mélisse, 60 gr.; l'acétate d'ammoniaque, de 4 à 15 grammes; l'alcool, 10 à 15 grammes, ou l'éther sulfurique, de 4 à 6 gr.; le laudanum de Sydenham, de 10 gouttes à 1 gramme, au maximum; sirop simple, quantité suffisante.

Dans la période de réaction, les moyens employés ont varié suivant les manifestations symptomatiques. En général, on s'est borné à la limonade citrique, à l'eau de riz acidulée, eau de Seltz; quelques cuillerées de bouillon.

Ces prescriptions sont celles que nous avons vues employer dans les cas observés par nous dans la pratique de la ville.

Hôpital de la Charité.—M. Morel-Lavallée, qui a eu à traiter plusieurs cholériques, a mis en usage les boissons chaudes, le café à l'eau, le vin sucré.

M. Cruveilhier emploie le thé et la glace alternativement, les sinapismes et frictions avec glace pilée.

Dans le service de M. Andral, on a fait usage du galvanisme, sans préjudice des excitants habituels (boissons aromatiques et opiacées.)

Hotel-Dieu. — M. Chomel emploie les bains d'air chaud et sec, les infusions aromatiques chaudes, les vésicatoires sur l'épigastre lorsque les vomissements sont accompagnés de douleurs vives et de constriction, frictions avec la glace pilée. M. Rostan a recours aux bains chauds, aux infusions chaudes, potions avec ammoniaque ou eau de chaux; opium, lavements laudanisés, frictions ammoniacales.

Hôpital de la Pitié. — M. Piedagnel donne pour boisson, simultanément avec les autres moyens de calorification indiqués plus haut, le thé chaud contenant un quart d'eau-de-vie. M. Piorry administre en outre l'eau albumineuse, tant en boissons qu'en lavements, la magnésie ; glace sur le ventre.

Le traitement jusqu'à présent employé par M. Gendrin a consisté dans l'emploi des moyens suivants : frictions tous les quarts d'heure pendant une demi-heure chaque fois, avec une brosse de flanelle imprégnée de parties égales de beaume de Fioraventi et d'eau vulnéraire spiritueuse. Potion composée de :

Eau de cannelle orgée. . . .	100	grammes.
Acétate d'ammoniaque. . . .	15	—
Laudanum	2	—
Sirop d'écorces d'oranges. . .	30	—

Trois fois dans la journée, une petite saignée de 15 à 20 grammes pendant la période cyanique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mesures préventives contre le choléra épidémique.* (Circulaire du ministre de l'intérieur.) 2° *Service sanitaire dans les ports.* (Ordonnance royale.) 3° *Rapport sur les constitutions météorologiques et les maladies régnantes, observées à l'hôpital militaire d'Anvers, pendant le premier trimestre de 1848* ; par M. Gouzée. 4° *Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée* ; par M. Hairion. 5° *De l'emploi de la pommade de nitrate d'argent dans le traitement des tumeurs blanches* ; par M. Decaisne. 6° *Du traitement de l'hydarthrose par la pommade au nitrate d'argent* ; par M. Feigneaux. 7° *Application du forceps-scie*; par M. Van Huevel. 8° *Du nitrate d'argent employé comme moyen vésicant* ; par Hytterhoeven. 9° *Du traitement des bubons syphilitiques et des engorgements glandulaires de nature scrofuleuse, au moyen de la pommade de nitrate d'argent* ; par M. Lutens. 10° *Réflexions sur la fièvre typhoïde*; par M. Knapen. 11° *Revue de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Jean (professeur M. Lequime)*; par M. Schœnfeld. 12° *Un mot sur l'usage thérapeutique de l'huile de foie de morue* ; par M. Cordier.

LUXATION DE LA MACHOIRE, RÉDUITE A L'AIDE DU CHLOROFORME; par M. Schoenfeld.

Quoique la luxation dont il s'agit se fût déjà produite deux fois chez la même femme, le chloroforme n'en a pas moins manifesté ses bons effets, puisque le déplacement avait résisté cette fois aux moyens de traitement qui avaient réussi lors des deux précédents accidents.

Obs. — Une femme déjà d'un certain âge se présenta le 8 octobre à la clinique chirurgicale de M. Uytterhoeven. Il y a trois jours qu'en ouvrant largement la bouche pour manger une tartine, elle s'était démis la mâchoire ; le même accident s'était déjà présenté à deux reprises dans le courant de l'année, mais chaque fois elle avait réduit elle-même la luxation. Dans cette dernière circonstance, ses efforts avaient complétement échoué.

La bouche grandement ouverte ne pouvait plus se fermer ; la mâchoire inférieure débordait la supérieure ; la prononciation des mots labiaux était impossible ; la salive s'écoulait en grande abondance, etc., etc. Plusieurs tentatives de réduction furent infructueuses. Pour les effectuer plus énergiquement, on fit asseoir la malade sur le parquet, afin que l'opérateur eût plus de force en appuyant de tout son poids sur l'os déplacé. Les pouces étaient placés à l'extrémité des arcades dentaires dégarnies de dents, tandis que les autres doigts embrassaient la mâchoire jusqu'au menton, mais le tout fut en vain.

Dans cet embarras on eut l'idée de recourir au chloroforme. Les inhalations ne tardèrent point à plonger la malade dans un état de profonde insensibilité. La même manœuvre de réduction qui jusque-là avait échoué, fut ensuite réitérée et couronnée d'un prompt succès.

DU NITRATE D'ARGENT EMPLOYÉ COMME MOYEN VÉSICANT; par M. Uytterhoeven.

Le procédé que l'auteur propose se recommande d'abord par l'extrême facilité de l'application, chaque praticien, soit en ville soit à la campagne, portant toujours sur soi son crayon de pierre infernale. Mais il a aussi son indication spéciale dans les cas où il est nécessaire que la vésication, sans être instantanée, se produise cependant plus rapidement que par l'action des cantharides.

Si l'on ne touche la peau avec le nitrate d'argent que pendant un certain temps, il désorganise les cellules épidermiques ; l'argent métallique réduit à l'état moléculaire se combine avec leurs éléments ; le tissu épidermique prend une coloration noire brunâtre due à l'argent métallique lui-même, et, après un temps plus ou moins long, le tissu se détache et tombe. — Une abondante sérosité soulève la couche épidermique altérée et produit la vésication.

Il est bien entendu que la durée du contact du caustique qui est nécessaire pour opérer cet effet devra varier selon l'épaisseur et la sensibilité de la peau chez les différentes personnes et sur les diverses régions du corps.

Il convient de tremper le crayon de nitrate d'argent dans un peu d'eau au moment même de l'application. On frotte légèrement, mais également, sa pointe sur toute l'étendue de la surface où la vésication doit être effectuée, et pendant tout le temps nécessaire à la production d'une coloration grise. Cet effet est réalisé, terme moyen, au bout d'une minute et demie.

L'ampoule met d'une heure à deux pour se former ; on enlève alors l'épiderme, une légère suppuration s'établit.

— Le résultat annoncé est sans contredit remarquable par sa rapidité. Mais il n'importerait pas moins au praticien de savoir si, dans ces conditions, la suppuration est aussi facile à entretenir sur cette surface dénudée qu'après l'application des cantharides. La promptitude de l'action ne nuit-elle pas à la possibilité de la rendre durable à l'aide des épispastiques ? C'est ce que l'analogie de ce qui arrive à la suite des autres modes de vésication instantanée rend pour nous assez vraisemblable, et nous aurions désiré connaître sur ce point, sinon l'expérience, du moins l'opinion de l'auteur.

NOTE SUR L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE; par le docteur Cordier.

La note de M. Cordier a pour but « de *remuer la gloire* de l'huile de foie de morue, afin de juger jusqu'à quel point elle mérite l'*immortalité.* » Cette gloire, il faut le dire, il la rabaisse singulièrement. A grand'peine admet-il que l'huile de foie de poisson puisse être de quelque utilité contre l'*asthénie générale de la constitution, avec fluidité extrême du sang* ; puis, quand il en vient à passer en revue les maladies dans lesquelles l'emploi de cette substance a été préconisé, il n'en est pas une où cette prétendue efficacité ne lui paraisse contestable. Il applique ce doute successivement au rachitisme, aux scrofules, au rhumatisme chronique, à la phthisie pulmonaire, à la tuméfaction des glandes du cou et à l'ophthalmie scrofuleuse.

Il ne nous en coûte pas de le reconnaître, l'huile de foie de morue a été introduite dans la thérapeutique avec un enthousiasme qui a dû se refroidir considérablement devant les faits ; mais nous croyons que M. Cordier va trop loin en la faisant descendre à un rôle presque insignifiant, et surtout nous ne pouvons admettre que cette déchéance soit justifiée par les considérations et les expériences allégées par M. Cordier.

On pourrait d'abord prendre acte de la concession relativement à l'utilité de l'huile de foie de poisson dans les cas d'asthénie générale *avec fluidité du sang* (l'auteur a voulu dire, sans doute, avec prédominance des éléments liquides), et en déduire assez logiquement l'efficacité du médicament dans les affections liées à cette asthénie. Mais à s'en tenir exclusivement à l'expérience brute, on peut encore contester les conclusions du travail, du moins en ce qui concerne la plupart des affections citées plus haut ; car il en est, comme la phthisie pulmonaire confirmée, au sujet desquelles nous ne partageons pas les espérances fondées sur l'huile de foie de morue et sur beaucoup d'autres substances vantées depuis quelque temps.

Relativement aux scrofules sans rachitisme, à quoi se réduit l'argu-

mentation de M. Cordier? A publier des observations : l'une de carie scrofuleuse du tibia, l'autre de rachitisme, dans lesquelles l'huile de foie de morue, employée à forte dose, n'amena aucune amélioration. Mais que peuvent ces deux faits contre les centaines de faits contraires rapportés en Allemagne, en Hollande, en France et ailleurs? De deux choses l'une : ou ces derniers faits sont considérés comme vrais, et alors rien ne peut prévaloir contre les autorités; ou ils sont considérés comme non avenus. Dans ce cas, celui qui en conteste la valeur est tenu de dire pourquoi. Avant M. Cordier, plusieurs praticiens avaient déjà songé à demander à des expériences nouvelles, sans préoccupation aucune du passé, la vérité sur l'huile de foie de morue, et ces expériences ont attesté son efficacité dans les scrofules. M. Daveri, en Italie, M. Schnitzer, en Prusse, ont institué des séries d'expériences, et, pour tous d'eux, la conclusion a été celle que nous venons de dire. (Voir GAZ. MÉD., 1845, p. 732, et 1846, p. 801.)

La GAZETTE MÉDICALE a rappelé en 1847 (p. 862) que M. Scheneck avait publié, en 1822, des cas nombreux de rhumatisme chronique guéris ou améliorés par l'emploi de l'huile de foie de morue, et M. Cordier fait remarquer (comme nous avions eu soin de le dire nous-même) que l'année suivante, dans des expériences entreprises à l'hôpital de la Charité de Berlin, le médicament échoua contre la maladie. Mais il faudrait ajouter que, en 1824, les docteurs Spiritus, Kolkmann et Wesener, reprenant la question, ont soutenu que le rhumatisme et l'arthritis chronique étaient, au contraire, les affections contre lesquelles le médicament réussissait le mieux; il faudrait dire que Hufeland, Mounig, Schutte, et, plus tard, nombre de praticiens, tant en Allemagne qu'en France, quoique revendiquant pour le rachitisme et les scrofules l'indication principale de son emploi, n'ont pu méconnaître les services qu'elle pouvait rendre dans le rhumatisme. Ces détails historiques, rappelés dans l'article auquel M. Cordier a fait allusion, peuvent, comme on voit, servir de correctif au passage unique qu'il en a extrait sur les expériences défavorables à la réputation de l'huile de foie de morue.

C'est par le même procédé que l'auteur arrive à refuser à cette substance toute efficacité contre l'ophthalmie scrofuleuse. Sans tenir compte de l'expérience d'autrui, il rapporte un cas où l'emploi externe de l'huile a paru plus nuisible qu'utile. C'est un malheur, mais qui ne peut en rien aider à la solution de la question.

Des remarques qui précèdent, il ne faudrait pas conclure que nous sommes disposés à attribuer à l'huile de foie de poisson tous les avantages que lui reconnaissent quelques praticiens; nous avons voulu seulement montrer que la valeur de cette conquête thérapeutique s'appuyait sur des données plus solides que ne paraît le croire M. Cordier.

II. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les dixième, onzième et douzième livraisons de l'année 1848 contiennent : 1° *Rapport sur le typhus;* par M. Guislain. 2° *Des granulations palpébrales considérées comme causes et effets des maladies des yeux;* par M. Borlée. 3° *Observations sur le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse;* par le même.

III. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les cahiers d'octobre, novembre et décembre 1848 renferment les articles originaux suivants : 1° *Rapport sur l'état des canaux souterrains de la ville d'Anvers et sur les moyens de les assainir;* par M. Van Haesendonck. 2° *Dans les plaies par armes à feu, l'ouverture d'entrée de la balle est-elle plus étroite que l'ouverture de sortie, ou le contraire a-t-il lieu?* par M. Matthyssens. 3° *De l'emploi de l'eau froide comme topique dans le traitement de quelques affections chirurgicales;* par M. de Herdt. (L'auteur vante pour la guérison des ulcères et pour celle des escarres du sacrum l'application de compresses imbibées d'eau froide et fréquemment renouvelées.) 4° *Observation de perte sanguine chez une jeune fille; erreur de diagnostic;* par M. Van Haesendonck. 5° *Rapport sur l'épidémie de choléra asiatique qui règne à Groningue;* par M. Swaagman. 6° *Deux observations de rhumatisme cardiaque, suivi de mort;* par M. Luyck.

DANS LES PLAIES PAR ARMES A FEU, L'OUVERTURE D'ENTRÉE DE LA BALLE EST-ELLE PLUS ÉTROITE QUE L'OUVERTURE DE SORTIE, OU LE CONTRAIRE A-T-IL LIEU? par M. MATTHYSSENS.

L'une et l'autre des deux assertions que mentionne ce titre ont leurs partisans, et ont été tour à tour défendues, chacune comme l'expression unique de la vérité. Il n'en est cependant aucune, l'expérience l'a démontré, qui puisse être rationnellement soutenue d'une manière absolue. Dupuytren lui-même, qu'on a représenté comme fauteur exclusif de l'une de ces opinions, fait remarquer dans ses leçons, après avoir exposé les signes divers des plaies d'entrée et de sortie, que ces caractères ne sont pas constants, et que même ils sont parfois inverses.

Contrairement à MM. Bégin et Malle, M. Matthyssens vient aujourd'hui établir que la plaie d'entrée est généralement plus étroite que celle de sortie. Nous disons *généralement*, car l'auteur admet bien que les conditions peuvent varier selon une foule de circonstances. Celles qui lui semblent le plus capables d'exercer une influence prononcée sur le diamètre comparatif des deux plaies sont la distance à laquelle le coup a été tiré, et la manière dont on examine la lésion sur le cadavre; car nous avons remarqué, dit-il, que quand on vient à mettre le sujet dans une position telle que l'on fasse bomber l'endroit où siége la plaie, cette plaie prend alors un plus grand diamètre.

Ces conditions ne sont certes pas les seules à prendre en considération. Mais ce n'est point ici le lieu de rappeler toutes celles qui méritent d'entrer en ligne de compte. Nous renvoyons à cet égard à l'appréciation fort bien faite qu'ont présentée MM. Huguier et Devergie, lors de la récente discussion soulevée à l'Académie de médecine.

M. Matthyssens n'a fait, pour éclairer la question, que quatre expériences sur le cadavre. En voici le résumé; il porte avec lui sa conclusion.

EXP. I. — Coup de pistolet chargé avec une balle de 15 millimètres de diamètre, à douze pas de distance, sur le devant de la poitrine d'un cadavre assis contre un mur. — Plaie d'entrée entre la troisième et la quatrième côte, de 8,5 millimètres. Ouverture de sortie derrière l'angle inférieur de l'omoplate, de 10 millimètres.

EXP. II. — Coup de pistolet chargé comme précédemment. Plaie d'entrée à la partie inférieure externe de l'avant-bras, de 10 millim. Plaie de sortie à la partie inférieure interne du même membre, de 14 millimètres. Les deux os sont fracturés.

EXP. III. — Même position du cadavre que dans la première; balle de 17 millim. Ouverture d'entrée un peu en dehors du sternum, de 11 millim. Ouverture de sortie, derrière le thorax, en dehors du rachis, de 14 millim.

EXP. IV. — Mêmes conditions pour la situation du cadavre et le diamètre de la balle. Plaie d'entrée, à la partie antérieure et droite du cou, de 12 millim. Plaie de sortie à la partie postérieure du cou, de 15 millim.

OBSERVATION DE SANGUINE CHEZ UNE JEUNE FILLE PERTE; par le docteur VAN HAESENDONCK.

Cette observation est fort curieuse, tant par la rareté de la cause immédiate de l'hémorrhagie que par l'erreur de diagnostic qui peut s'ensuivre, et s'en est suivie en effet pendant quelque temps. Voici cette observation.

OBS. — Le 26 mai 1848, l'auteur fut appelé en consultation par le docteur G... auprès de la nommée Marie Crabey, jeune fille de 24 ans, d'une constitution plutôt lymphatique que sanguine. A son arrivée auprès de la malade, le docteur G... lui apprit que, depuis deux jours, Marie Crabey éprouvait une métrorrhagie abondante, survenue sans cause appréciable, et contre laquelle il avait vainement opposé les moyens conseillés en pareille circonstance. La malade était épuisée. Face décolorée; pouls petit; refroidissement du corps. M. Van Haesendonck crut d'abord à un avortement, d'autant plus que la malade avouait éprouver des douleurs de reins, et il voulut inspecter les parties. En écartant les lèvres de la vulve, s'aperçut que le sang était fourni *par une artère ouverte dans le vagin*, artère qui, à en juger par son volume et sa situation, parut être la *vaginale*. Interrogée sur les causes qui avaient pu donner lieu à la lésion du vaisseau, la malade répondit que, sans aucune cause connue, elle avait éprouvé dans le vagin la sensation de quelque chose qui se rompait, et qu'aussitôt après elle avait senti le sang lui couler le long des cuisses.

Ne pouvant ni lier ni tordre l'artère, on y appliqua un peu d'ouate imbibée d'une forte solution d'alun. Mais ce moyen n'ayant pas suffi, on eut recours à la cautérisation avec la pierre infernale; après quoi tout le vagin fut tamponné avec des boulettes de charpie imbibées de la liqueur styptique de Loeff. Un bandage en T fut appliqué pour soutenir le tampon, et celui-ci ne fut extrait que le troisième jour. L'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

M. Bessems, rapporteur de cette observation à la Société d'Anvers, ajoute que deux membres de la commission ont observé à l'hôpital un fait à peu près semblable. Mais dans ce cas, la cause de la lésion matérielle était connue : c'était l'introduction d'un instrument tranchant dans le vagin. Ici aucune indication; mais qui peut garantir la sincérité des réponses du sujet?

DEUX CAS DE RHUMATISME CARDIAQUE SUIVI DE MORT; par le docteur LUYCKX.

La commission qui a fait un rapport sur ce travail n'a-t-elle pas été un

peu exigeante en refusant de reconnaître, dans l'exposé de ces deux faits, « les détails nécessaires pour décider s'il s'agissait d'une métastase rhumatismale ou d'une autre maladie du centre circulatoire, » et cela parce qu'il n'est parlé, dans ces observations, ni de percussion ni d'auscultation? Cette lacune est regrettable en effet; mais rend-elle le diagnostic impossible en ce qu'il a d'essentiel, c'est-à-dire quant à la détermination de la nature de l'affection cardiaque? Nous ne le pensons pas.

Le premier malade portait, depuis six mois, un rhumatisme intense de la cuisse gauche, quand *tout à coup, comme par enchantement*, la douleur disparaît, et *la marche redevient aussi libre qu'avant le rhumatisme*, mais *immédiatement après*, la région précordiale devient douloureuse, et voilà qu'on observe aussitôt de l'oppression, des palpitations, des lipothymies, la petitesse et l'irrégularité du pouls, etc. La mort eut lieu en six heures.

Chez le second malade, un rhumatisme aigu occupait depuis deux jours le membre inférieur droit, quand la douleur disparut et fut remplacée par de l'orthopnée, l'irrégularité du pouls, des *palpitations tumultueuses*, des sueurs froides, des défaillances. Neuf heures après, le malade était mort. Ajoutons que l'observation mentionne l'excellente santé habituelle du premier sujet et l'absence de tout symptôme d'affection cardiaque chez le second.

Sans doute rien ne prouve qu'il n'y ait pas eu, dans ces deux cas, inflammation du péricarde ou de l'endocarde; mais d'abord il est certain que cette inflammation eût été tout à fait commençante, surtout chez le premier malade qui n'a survécu que six heures; et en second lieu, en quoi l'état de la question avait-il été modifié par l'injection de quelques vaisseaux sous-séreux ou par l'épanchement d'un peu de sérosité? Ce qui est en discussion ici, c'est de savoir si l'affection cardiaque était réellement de nature rhumatismale. Or l'existence même d'une péricardite ne serait pas du tout un argument contre cette manière de voir; ce serait, si l'on veut, une phlegmasie rhumatismale, une péricardite ou une endocardite rhumatismale. Au reste, il est certain, et il y en a des exemples avérés, que le rhumatisme, en frappant l'organe central de la circulation, peut tuer subitement, sans laisser aucune trace visible dans le cœur et ses annexes. Cela n'empêche pas, bien entendu, comme nous l'avons dit (GAZ. MÉD., 1848, p. 554) dans un article cité avec une obligeance flatteuse par les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE D'ANVERS, que la péricardite, même développée avec une certaine lenteur, ne puisse être une cause de mort subite. Nous disons seulement qu'elle n'est pas nécessaire pour l'expliquer en présence d'une métastase rhumatismale.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 MARS.

SUR QUELQUES POINTS DE LA THÉORIE DES MOUVEMENTS DU COEUR.

M. WANER envoie une communication sur les points d'appui que prend le cœur pendant la systole, ce qui augmente sa puissance de projection, et sur les oscillations des vaisseaux élastiques qui, situés à la base, empêchent cet organe de se rompre pendant la contraction des ventricules.

Dans un mémoire lu par l'auteur à l'Académie des sciences, il démontrait que le cœur est suspendu à l'extrémité de gros vaisseaux élastiques; l'artère pulmonaire partant de la base de cet organe, se dirige vers les poumons et les maintient dans cette direction, sans cependant gêner ses mouvements. Il est encore fixé par sa base sur deux autres gros vaisseaux qui lui servent de pivots mobiles, et dont la force de vibrations ne peut être appréciée à cause de la longueur de leurs troncs qui se divisent en rameaux pour se diriger d'un côté dans toute la partie supérieure, et de l'autre dans toute la partie inférieure du corps où ils se subdivisent à l'infini en ramuscules. Ces deux vaisseaux sont la veine cave et l'aorte qui par sa courbure facilite l'étendue de ses mouvements. Il est encore fixé par les veines pulmonaires de chaque côté aux poumons, ce qui lui permet d'exécuter de haut en bas des mouvements de demi-bascule; ceci bien établi, on sait que pendant la systole la pointe du cœur vient frapper contre le thorax, que c'est également pendant ce moment que le cœur en se contractant projette le sang dans les vaisseaux artériels. En venant frapper contre la poitrine, cet organe y prend nécessairement un point d'appui, et sa force de projection doit être double. Si la puissance de contraction était concentrée dans le cœur sans pouvoir être divisée, il y aurait des ruptures, ce que l'on remarque quelquefois dans le ramollissement du tissu de cet organe et dans l'hypertrophie. Pour parer à cet inconvénient, les vaisseaux élastiques qui sont à sa base ont donc pour fonction de diviser cette puissance par les oscillations nombreuses qu'elles subissent, oscillations qui doivent se perdre dans toute la divisibilité de ces vaisseaux.

— M. REYBARD (de Lyon) adresse une note sur l'*urétrotomie*. Cette note est extraite d'un mémoire sur le même sujet, que nous publierons prochainement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'une recette spécifique contre le choléra.

2° Lettre du même ministre, avec envoi de trois rapports du médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, au sujet d'une épidémie de typhus qui a régné à Metz en Couture et à Vailly, dans le courant de l'année 1848, et d'une autre épidémie de variole dont la commune de Souastre a été affligée pendant la même année.

3° Lettre du même ministre, demandant à l'Académie son avis sur des ceintures dites *ventrières*, qu'un industriel présente comme pouvant être d'une grande utilité en chirurgie.

CHOLÉRA.

M. le docteur Beaurepaire, médecin à Durtal (Maine-et-Loire), envoie des observations sur le choléra-morbus, avec l'indication d'un nouveau moyen propre à combattre cette maladie. Ce moyen consiste à administrer 120 grammes d'eau distillée de fleurs d'oranger chaque vingt-quatre heures, à partir du début du choléra. L'auteur cite sept malades atteints de choléra sporadique, et qui ont été guéris par ce moyen.

M. Ravin, correspondant à l'Académie, annonce que le choléra vient d'éclater à Gamaches, village situé à deux lieues de la ville d'Eu.

EAUX MINÉRALES SULFUREUSES DE BASTENS.

M. CAVENTOU lit un rapport officiel sur une analyse d'eaux minérales sulfureuse situées dans la commune de Bastens. La commission, dit M. le rapporteur, n'a pas trouvé dans ces eaux des principes minéralisateurs en quantité suffisante pour conseiller à l'autorité d'accorder une autorisation d'exploitation. Elle propose en conséquence de répondre dans ce sens au ministre. (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la discussion du projet d'instruction de la commission du choléra. La parole est à M. Gibert.

INSTRUCTION SUR LE CHOLÉRA.

M. GIBERT : A ma connaissance, sept cas de choléra asiatique bien caractérisé ont été observés à l'hôpital Saint-Louis depuis une quinzaine de jours :

Le premier, dans les salles de chirurgie, sur une femme qui a succombé rapidement;

Le second, chez un employé demeurant à l'hôpital, et qui logeait temporairement un jeune homme convalescent à peine d'une pneumonie, lorsqu'une brusque attaque de choléra est venue l'emporter;

Deux autres, dans le service de M. Bazin, sur deux femmes qui sont assez promptement entrées en réaction, et plus tard en convalescence;

Enfin deux cas dans ma salle d'hommes, dont un a été mortel en moins de vingt-quatre heures.

Tous ces cas se sont développés à l'hôpital chez des individus déjà en traitement pour des affections étrangères au choléra. Le septième cas, au contraire, qui ne s'est présenté qu'hier, est une femme apportée du dehors.

Les deux malades que j'ai observés ont été pris presque en même temps, à la suite d'une journée froide et brumeuse où régnait le vent du nord..., tous deux consécutivement aux autres cas ci-dessus.

Le malade qui a succombé était un vieillard en convalescence lente d'une pleuropneumonie, à la suite de laquelle le poumon droit était engorgé. Cependant toutes les fonctions s'étaient rétablies; cet homme se levait, mangeait, se disposait depuis assez longtemps déjà à quitter l'hôpital, où le retenait plutôt la misère que la maladie, lorsqu'il commença à vomir dans la nuit du mercredi au jeudi de la semaine dernière.

Ce convalescent ne s'était plaint la veille ni les jours précédents d'aucun dérangement dans la santé, et cependant il paraît bien qu'un peu de diarrhée, dont il n'avait rien dit, avait chez lui, comme chez le malade suivant, précédé de deux ou trois jours l'invasion des accidents cholériques.

A la visite du matin, il était froid, bleu, sans pouls ni voix, les urines supprimées, la langue froide au toucher, les yeux profondément excavés.... Il succomba dans la nuit suivante, sans avoir pu être tiré de l'état algide et cyanosé, et n'ayant guère eu que des vomissements bilieux.

L'autopsie montra la congestion sanguine générale des viscères abdominaux ordinaire en pareil cas, du sang liquide et noir en grande quantité dans le cœur, une énorme quantité de bile verdâtre très-liquide et presque aqueuse dans la vésicule biliaire, quelques ecchymoses dans l'intestin, quelques follicules isolés développés, la vessie vide et contractée, etc.

Le jeune homme pris dans la matinée de mercredi était arrivé le soir à la période de réaction, qui continuait à la visite du matin.... La convalescence n'est pourtant pas encore décidée, car il y a encore de la disposition au vomissement, de la diarrhée; le ventre est ballonné, mais le pouls, la chaleur de la peau, les urines, sont bien rétablis. Peut-être y aurait-il lieu de craindre une terminaison typhoïde.

Au total, sur sept cas nous comptons trois décès; mais deux au moins étaient dans des conditions défavorables.

Quant au projet d'instruction, je l'approuve entièrement. Je ne comprends pas qu'on puisse contester à l'Académie le droit de dire au peuple ce qui lui convient de faire pour se prémunir contre le choléra. Qui donc lui parlera avec plus d'autorité et de compétence? Plus que jamais il faut s'occuper du peuple. Qu'importe que l'Académie ne dise rien de nouveau, si ce qu'elle dit est raisonnable, pratique, et sanctionné par l'expérience?

M. Royer-Collard : Je ne partage pas tout à fait l'opinion de M. Gibert. Je comprends très-bien que les commissions instituées auprès de tel ou tel ministre pour donner leur avis, rédigent des instructions populaires quand elles leur sont demandées. Ce n'est pas que j'entende par là interdire à l'Académie de rédiger aussi de son côté des instructions; mais je crois que la mission de l'Académie, qui est le premier corps savant médical du monde, est d'envisager la question d'un point de vue plus élevé, de l'étudier au point de vue scientifique. Mais maintenant qu'est-ce que ce point de vue scientifique? Quand on voit une maladie qui était inconnue il y a dix-sept ans, ou qui était à peine connue par les relations des médecins anglais, qui fond sur la France et qui fait périr dix-huit mille individus, et qu'on voit cette maladie suivre aujourd'hui la même marche qu'en 1832, je crois que c'est là une occasion unique, du moins je l'espère, d'étudier cette question scientifiquement, d'étudier, par exemple, la question de la contagion, du mode de propagation de la maladie, voir si le choléra de 1849 offre bien les mêmes caractères que celui de 1832, rechercher les causes de la gravité évidemment moindre de l'épidémie actuelle, montrer que ce n'est pas la misère qui produit la maladie, bruit qu'il n'est pas sans danger de répandre, mais bien les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se placent les individus des classes peu aisées. Voilà ce que l'Académie devrait faire, afin qu'on ne puisse pas dire qu'une montagne de médecins distingués, qu'on me passe l'expression, a accouché d'une instruction de garde-malade.

M. Martin-Solon : La commission ne s'est point dissimulé l'intérêt qu'il y aurait eu à présenter à l'Académie un travail scientifique complet sur divers points de l'histoire du choléra. La commission aurait été tout à fait disposée à entreprendre ce travail; mais pour cela il lui fallait des documents; beaucoup de ces documents sont arrivés à l'autorité, et jusqu'à présent on a soigneusement empêché qu'ils ne parvinssent à l'Académie. Aussi la commission est-elle décidée à aller recueillir elle-même ces documents sur les lieux toutes les fois que cela lui paraîtra nécessaire. Mais en attendant qu'elle soit en possession de tous les faits qui lui sont nécessaires pour étudier la question au point de vue scientifique, la commission a pensé qu'il était de son devoir de prévenir la population sur les dangers qui la menacent, et de lui indiquer les moyens de les éviter.

M. Piorry rend compte des faits de choléra qui ont été observés à la Pitié, et insiste surtout sur cette circonstance que les cas qui se sont développés dans l'hôpital ne se sont manifestés qu'après l'entrée d'un cholérique venu de dehors. Il fait observer aussi que les deux malades qui ont été atteints dans son service étaient couchés dans les lits les moins bien aérés.

Au moment où M. Piorry se dispose à décrire les lésions trouvées à l'autopsie, un violent tumulte s'élève dans l'Académie; plusieurs membres rappellent l'orateur à la question.

M. Piorry cherche en vain à prouver qu'il est dans la question; il crie au président de rappeler les interrupteurs à l'ordre. M. le président agite vivement et sans interruption la sonnette afin d'empêcher M. Piorry et tous les autres membres de parler; après une longue lutte, le calme se rétablit. M. le président engage M. Piorry à se renfermer dans la discussion du projet d'instruction, sauf à communiquer plus tard à l'Académie les faits qu'il aura pu observer.

M. Piorry : Les faits que j'ai cités tendent à prouver le mode de propagation par contagion et l'influence fâcheuse de l'encombrement; il me semble qu'il est impossible d'être plus dans la question, puisque le commencement de l'instruction proposée par la commission nie précisément la contagion. Quant à l'encombrement, le projet d'instruction en signale les dangers, mais sans y insister assez.

M. Rochoux : Messieurs, il s'agit d'une instruction populaire sur le choléra; c'est donc elle qui doit surtout vous occuper, et une digression n'est tolérable qu'autant qu'elle peut jeter quelque lumière sur le sujet soumis à votre examen : c'est la règle dont je chercherai à ne pas m'écarter.

Nous devons, assure M. Gibert, dire ce que nous savons. Oui; mais nous ne devons pas dire ce que nous ne savons pas, puisque nous n'avons pas la moindre connaissance des causes du choléra; donc il nous est impossible de rien conseiller de rationnel par rapport à sa prophylaxie. En voici la preuve : Le choléra ne nous vient pas des bords du Gange, bien qu'il s'y soit montré avant de paraître chez nous. En effet, si des effluves miasmatiques étaient la cause de cette maladie, elle se serait répandue de proche en proche en rayonnant, sans laisser aucun lieu intermédiaire sain; au lieu de cela, elle saute brusquement à de grandes distances, en laissant intactes des provinces entières. Il serait d'ailleurs impossible qu'un foyer d'infection, quelle que fût son énergie, fît sentir son action à plusieurs milliers de lieues de distance. La connaissance de la loi de la dispersion des miasmes, dont la masse et par conséquent l'action diminuent en raison directe du cube des distances, ne permet pas de penser autrement. D'un autre côté, le choléra n'est aucunement contagieux; tous les observateurs sont d'accord à cet égard. Vous le voyez, nous ne savons rien sur la manière dont il se propage. Peut-être, cependant, faut-il faire exception au sujet des logements exposés au nord, qui, en 1832, ont donné, proportionnellement aux autres, plus de malades dans les dortoirs de Bicêtre et la caserne de Courbevoie. Puis donc que l'étiologie du choléra nous échappe depuis *a* jusqu'à *z*, je dirais, si l'on me chargeait de rédiger une instruction sur sa prophylaxie : Quand les causes du mal me seront connues, je dirai comment on peut s'en mettre à l'abri. Jusque-là, à la grâce de Dieu.

M. Bouvier prend la parole pour rectifier quelques erreurs de date qui ont échappé à M. Royer-Collard. Il s'étaye sur les chiffres comparatifs et les dates d'invasion de 1832 et de 1849 pour conclure que l'épidémie actuelle s'annonce comme devant être beaucoup moins intense.

M. Gaultier de Claubry : Quoique la discussion actuellement pendante soit surtout du ressort des médecins, je pense que l'Académie me permettra de prendre la parole pour lui montrer un appareil construit par les soins de l'administration, adopté par le conseil de salubrité de la ville de Paris, qui me paraît propre à rendre des services dans les circonstances où nous trouvons.

Cet appareil est une sorte de réchaud en tôle, analogue à l'appareil ordinaire à fumigations, qui permet de chauffer à 40 ou même 60°, en cinq à six minutes, la couche d'air qui entoure le malade dans le lit, ou lorsqu'on soulève les couvertures avec un cerceau.

En terminant, il donne son approbation complète au projet de la commission.

M. Castel : Parmi les moyens dont la nature se sert pour guérir les maladies, il n'en est point de plus ordinaire, il n'en est point de plus efficace que les déjections; c'est de lui seul que Sydenham espérait la guérison du choléra. Tous les autres moyens lui semblaient des accessoires. Aussi prescrit-il d'employer les sédatifs, alors seulement que les intestins auront été purgés de la matière hétérogène qui les irrite, et toutefois il aidait les déjections et ne les provoquait point; il voulait qu'elles fussent spontanées et uniquement le produit de l'irritation dont les intestins étaient devenus le foyer. La méthode curative, dans les premières périodes de la maladie, consistait donc presque exclusivement dans l'intervention de boissons délayantes, émollientes, si vous l'aimez mieux. Mais la quantité en était énorme (neuf ponges dans l'espace de trois heures; chaque ponge représente près de trois litres de nos mesures). De cette profusion à l'exiguë prescription d'une demi-tasse toutes les demi-heures, il y a fort loin : je me crois donc autorisé à considérer celle-ci comme insuffisante. L'usage des morceaux de glace dans la bouche et de l'amidon dans les lavements me paraît contre-indiqué; tous les astringents, tous les stimulants internes doivent être bannis du traitement. Dans l'épidémie de 1832 j'ai suivi la méthode de Sydenham. Je lus à l'Académie l'observation du premier malade que j'avais eu à traiter et du premier succès obtenu. Je n'ai eu, dans la suite, aucun motif d'adopter une autre voie.

M. Roux voudrait qu'au lieu de discuter ainsi d'une manière générale, on mît aux voix l'instruction de la commission.

M. Bussy : Avant de mettre aux voix les paragraphes de l'instruction, il me semble qu'il conviendrait d'abord de voter sur la forme même que l'on devra donner à cette instruction. S'adressera-t-elle simplement au peuple, ou au contraire aux médecins eux-mêmes? Quant à moi, je suis pour cette dernière forme, et je crois qu'on doit mettre de côté le projet de la commission pour en préparer un second plus scientifique.

La proposition de M. Bussy est appuyée.

M. le président met aux voix la proposition de M. Bussy, qui est repoussée à une grande majorité.

M. J. Guérin : Il est un point sur lequel l'instruction, d'ailleurs très-bien rédigée, ne me paraît pas avoir suffisamment insisté. Ce point est l'existence d'une période prodromique du choléra. Il est maintenant bien établi que le choléra ne débute presque jamais, sinon jamais, d'une manière foudroyante, comme on le croyait et comme le croient encore beaucoup de personnes. Il est toujours précédé d'une période d'incubation, consistant le plus souvent dans une diarrhée *sui generis* désignée vulgairement sous le nom de *cholérine*, plus rarement en des troubles de l'innervation. Or, de l'aveu de tous les praticiens, il est extrêmement facile d'arrêter la maladie à cette période. Il importe donc d'inculquer cette double vérité dans l'esprit du public, et pour cela il importe de la détacher de tout ce qui n'est pas elle. C'est un précepte qui me paraît avoir la même portée que celui de la cautérisation des plaies après la morsure des animaux enragés. Je désirerais donc que l'honorable rapporteur commençât son second paragraphe relatif aux premiers soins à donner par cette déclaration, et qu'il insistât sur son importance.

Ce qui prouve, d'une part, l'importance réelle de mon observation, et, d'autre part, le peu d'attention qu'on lui a donnée jusqu'ici, c'est que les personnes qui ont observé les premiers cas du choléra actuel n'en ont pas parlé. Cependant chez tous les malades sur lesquels nous avons pu nous procurer des renseignements circonstanciés, la période d'incubation ou la cholérine avait existé pendant plusieurs jours et même, chez quelques-uns, pendant plusieurs semaines. Voici un fait assez piquant qui confirmera ce qui précède. Un de nos jeunes confrères, observateur très-soigneux d'ailleurs, avait été chargé par moi de recueillir quelques-uns des cas survenus dans les hôpitaux. Ce confrère, trop jeune pour avoir vu l'épidémie de 1832, s'en était rapporté à la déclaration des malades ou des personnes qu'il avait questionées, sur l'invasion soudaine en apparence de la maladie, et il n'avait fait aucune mention de la diarrhée prodromique. Sur mon refus de croire que les faits se fussent passés comme il le croyait, il est retourné à la source et s'est convaincu que, dans tous les cas où il avait cru à une invasion brusque, la cholérine avait préexisté pendant plusieurs jours et même, dans un cas, pendant six semaines. Cette méprise de la part d'un homme éclairé n'est-elle pas de nature à faire croire que le fait de l'existence d'une période d'incubation du choléra est loin encore d'être vulgarisé, et son importance pratique fort loin d'être appréciée.

M. Martin-Solon : La commission connaissait comme M. Guérin toute l'importance de la période prodromique. Il est vrai, ainsi que l'a dit notre honorable

collègue, qu'on avait généralement méconnu ce fait en 1832 ; aussi a-t-il eu rai-on d'y insister comme il l'a fait. Les documents reçus récemment d'Angleterre ainsi que des départements du Nord tendent tous à confirmer cette opinion. La commission aurait donc manqué à sa mission si elle n'y avait insisté à son tour, mais elle l'a fait, à ce qu'elle croit, d'une manière convenable. M. Martin-Solon lit le passage de son rapport qui a trait à ce sujet. Il convient seulement qu'en rai on de l'importance de ce point, ce passage devrait être placé en première ligne. Il fera cette modification.

M. Bégin propose qu'on lise l'instruction article par article, et qu'on vote successivement sur chacun d'eux.

L'Académie adopte cette marche.

A la lecture du premier paragraphe, M. Nacquart demande que l'instruction soit rédigée de manière à s'adresser à toute la France et non pas seulement à la population de Paris.

M. Martin-Solon : L'instruction sera modifiée dans le sens indiqué par M. Nacquart.

M. Lagneau : L'instruction défend les légumes aqueux : je crois que c'est à tort, car une grande partie de la population en France se nourrit principalement, et sans inconvénients, de légumes aqueux. Je crois donc qu'il faudrait dire que les légumes aqueux seront pris en quantité modérée, surtout lorsqu'on n'en fait pas usage habituellement.

Je dirai l'inverse pour la bière et le cidre, que la commission a jugés être des boissons saines. Je pense au contraire que le cidre surtout peut avoir des inconvénients pour les personnes qui n'en ont pas l'habitude.

Plusieurs membres voudraient que l'on supprimât le paragraphe où l'on indique les soins qu'il y a à donner aux cholériques une fois que l'attaque est confirmée.

M. Barthélemy : Je crois au contraire qu'il est indispensable de conserver ce paragraphe. Dans beaucoup de localités de la France, le médecin ne peut arriver auprès de ceux qui l'appellent qu'après plusieurs heures ; il est donc très-utile d'instruire les personnes qui entourent les malades des premiers soins qu'il convient de leur donner, après leur avoir recommandé toutefois d'appeler le médecin dans le plus bref délai possible. (Ce paragraphe est conservé.)

M. Desportes voudrait qu'on signalât spécialement l'utilité qu'il y aurait à désinfecter les lieux d'aisances d'après les moyens indiqués.

M. Renault : Il est avéré aujourd'hui que les chlorures dont on a fait tant de bruit ne sont absolument d'aucune utilité pour préserver des atteintes du choléra, non plus que d'autres maladies. Je voudrais qu'on n'en conseillât point l'usage dans l'instruction.

Je crois en outre devoir insister sur l'observation de M. J. Guérin, relative aux prodromes du choléra. Je ne trouve pas la rédaction de l'instruction suffisamment explicite, et en rapport avec l'observation de notre collègue.

M. Nacquart : A l'appui de ce qu'a dit M. Renault, je rappellerai que la petite ville de Chauny, où se fabriquent la plupart des chlorures qui se trouvent dans le commerce, a été décimée en 1832 par le choléra.

Je crois aussi qu'il faut faire ressortir davantage le fait de la diarrhée comme prodrome du choléra.

M. Bégin : Il faut distinguer deux modes d'emploi très-différents des chlorures, les chlorures en fumigations et les chlorures comme moyen de lavage ; et pour détruire les émanations qui peuvent se dégager de différents lieux où séjournent des matières végéto-animales, je crois que, si le premier mode d'emploi des chlorures est inutile, le second doit être conservé.

Je crois enfin qu'il est utile d'insister sur le fait des prodromes du choléra, de la diarrhée surtout.

Tous les paragraphes de l'instruction sont successivement adoptés avec les modifications demandées par MM. Lagneau, Renault, Bégin et Desportes.

ÉLÉPHANTIASIS ANESTHÉSIQUE (LÈPRE DES COLONIES).

M. Gibert présente un exemple remarquable de cette forme lépreuse, dont les médecins anglais et les auteurs norvégiens d'un traité récent et complet de la lèpre ont voulu faire une espèce particulière d'éléphantiasis.

Le sujet présenté par M. Gibert, entré depuis peu dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, est un homme qui a habité longtemps la Guadeloupe, où il a contracté sa maladie.

Des taches très-remarquables existent aux jambes, les unes noirâtres et comme fuligineuses (les auteurs hébreux comparaient ces taches à une *ombre*), les autres d'un rouge obscur et éteint, un peu brunâtre, comme des traces de brûlure, toutes insensibles à la piqûre d'une épingle, tandis que la peau voisine conserve toute sa sensibilité.

Ce sont ces taches que Schilling regarde comme le point de départ des *tubercules* lépreux, mais que M. Gibert croit aussi pouvoir succéder à la résolution de ces tubercules, qu'Hippocrate a désignées sous le nom de *melas* (par opposition aux taches blanches dites *alphos* ou *leuce*) et que les Arabes ont indiquées sous le nom de *morphée*.

Le sujet offre en outre une tuméfaction des éminences surcilières, des pommettes et des ailes du nez, qui rappellent la physionomie spéciale des lépreux, et qui, d'après les renseignements fournis par le malade, sembleraient le reste d'indurations tuberculeuses résolues.

M. Gibert va traiter ce malade au moyen de l'*assacou* qui a été envoyé du Brésil à l'Académie par les soins de l'autorité administrative.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER 1849 ; par le docteur Lebert.

I. Correspondance étrangère.

LETTRE DE M. LE PROFESSEUR LIEBIG (DE GIESSEN) SUR PLUSIEURS POINTS DE CHIMIE ORGANIQUE.

Cette lettre, adressée à M. le docteur Lebert, secrétaire temporaire de la Société, renferme plusieurs faits de chimie organique d'un grand intérêt et en même temps des points de vue scientifiques aussi élevés que nouveaux.

Nous reproduisons ici textuellement la traduction de la lettre du célèbre professeur de Giessen.

J'ai, entre autres résultats, trouvé que la fibrine du sang différait essentiellement par ses propriétés de la fibre musculaire. On sait que la fibrine du sang se boursoufle comme une éponge, sans se dissoudre dans de l'eau contenant 0,001 d'acide chlorhydrique. Si l'on verse sur la masse de fibrine ainsi gonflée de l'acide chlorhydrique concentré, elle se resserre aussitôt, et dans cet état peut gonfler de nouveau, si on la replace dans de l'eau. Lorsque la fibrine a subi ce traitement cinq à six fois et qu'on la brûle, elle laisse une cendre contenant une grande quantité de fer. De là on peut conclure que le fer est une partie constante de la fibrine du sang. Prend-on de la fibre musculaire bien lavée dans de l'eau qui, comme on croit, est composée principalement de fibrine, et la met-on en contact avec de l'eau acidulée, elle se dissout immédiatement, et il ne reste que les ligaments et les nerfs, et il en résulte une liqueur qui peut se filtrer. Le corps dissous tient le milieu entre la fibrine du sang et l'albumine, et ne contient point de fer.

Vous connaissez bien les produits extraordinaires de l'oxydation de l'albumine, de la caséine, des substances gélatineuses et de la fibrine, sur lesquels mon assistant Guckelberger a publié un mémoire dans les Annales de chimie et de pharmacie. Parmi les plus remarquables de ces produits sont l'aldéhyde, l'acide acétique, le valeronetoil, l'acide prussique, l'acide benzoïque et l'huile d'amandes amères.

Je crois être fixé sur la formation et l'origine du valeronetoil. J'ai trouvé que lorsqu'on oxyde la leucine par de l'acide sulfurique et du peroxyde de manganèse, elle se décompose en valeronetoil, acide carbonique et eau, et le valeronetoil contient tout l'azote de la leucine.

Comme par l'action des acides sur les substances animales dont nous avons parlé, il se forme de la leucine, il paraît certain qu'elle est le premier produit de la décomposition, et le valeronetoil un produit secondaire de la leucine. Le glycocole fournit, dans les mêmes circonstances, de l'acide prussique ; dans les deux cas, il reste un nombre égal d'éléments.

Leucine	$C_{12}\ N\ H_{13}\ O_4$	Glycocole	$C_4 H_5 N O_4$
Retranchez valeronetoil.	$C_{10}\ N\ H_9$	Retranchez acide prussique.	$C_2 H\ N$
	$C_2\ \ H_4\ O_4$		$C_2 H_4 O_4$

Il paraît, d'après ces faits, que cette oxydation se fait en vertu d'une loi que des études ultérieures sur d'autres corps azotés feront mieux connaître.

Quant à ce qui concerne l'aldéhyde, qu'on avait jusqu'à présent obtenu seulement de l'alcool (sa formation de l'amidon et de la gomme ne s'étant pas confirmée), j'ai trouvé que l'acide lactique, soumis à l'influence de l'oxygène, fournit de l'aldéhyde. Il est certain aussi que la formation de l'acide benzoïque a des rapports intimes avec celles de l'acide hippurique.

Les progrès modernes de la chimie animale peuvent déjà donner dès à présent l'espérance que nous comprendrons mieux bientôt plusieurs des actes les plus mystérieux de la vie ; c'est surtout l'action des médicaments qui cessera ainsi d'être inexplicable, vu que, dans les produits de décomposition du corps animal, nous trouvons représentées toutes les classes de combinaisons organiques, des bases organiques, des graisses et des huiles volatiles, des nitriles et des amides. Bien que cette corrélation ne soit pas encore nettement établie, c'est déjà un progrès réel que d'être en droit de présumer que ce rapport sera un jour nettement déterminé.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET SCIENCES NATURELLES.

1° DU PASSAGE INCOMPLET DES SUBSTANCES INTRODUITES DANS LE SANG PAR LES VOIES CIRCULATOIRES.

M. Cl. Bernard communique, dans la séance du 10 février, le fait constaté par lui, que des substances introduites dans l'économie pouvaient ne traverser qu'une partie du cercle circulatoire avant leur élimination. Des substances ingérées dans l'estomac, par exemple, peuvent sortir par les urines sans avoir passé par le torrent circulatoire tout entier. C'est ainsi que du prussiate de potasse, introduit dans l'estomac, est absorbé, amené par la veine porte, emporté dans le foie ; mais au lieu de monter par la veine cave, il descend, entre dans les veines rénales, et est éliminé par les urines. C'est au moyen d'une espèce de reflux du sang, qui a lieu au milieu de la contraction des oreillettes, que ce phénomène remarquable a lieu, et que la substance, refoulée pour ainsi dire, descend et sort de l'organisme, au lieu de monter et de faire le grand tour circulatoire.

2° INFLUENCE DE LA SECTION DES NERFS PNEUMOGASTRIQUES SUR LES CONTRACTIONS DU COEUR.

M. BERNARD expose, dans la séance du 3 février, le résultat de ses recherches récentes sur l'influence des nerfs pneumogastriques sur les contractions du cœur. Les deux nerfs étant coupés, la forme de l'organe est non-seulement notablement modifiée, mais sa force contractile même est tellement altérée, qu'il ne fait plus monter le cardiomètre que de quelques millimètres, tandis qu'à l'état normal il lui communique, après chaque contraction, un mouvement ascensionnel de 15 à 18 millimètres. Cette expérience est faite devant la Société, dans la séance du 10 février, et démontre la réalité du fait annoncé.

3° EXPÉRIENCES SUR LE TOURNOIEMENT.

Dans la séance du 3 février, M. Bernard fait devant la Société les expériences sur le tournoiement dont il a parlé dans une des dernières séances. Il coupe d'abord sur un lapin le pédoncule cérébral en arrière de l'origine des trijumeaux, en ouvrant le ligament occipito-atloïdien et en pénétrant ainsi en arrière dans le cerveau. L'animal commence presque immédiatement à tourner, en se roulant du même côté où la section a été pratiquée.

Dans une seconde expérience, la section est faite au devant de l'origine de la cinquième paire, l'instrument étant introduit au-dessous de la région temporale. L'expérience, au premier abord, ne paraît pas réussir; mais après quelques minutes de repos, l'animal commence à tourner d'une manière non douteuse du côté opposé à la section.

4° PARALYSIE DE L'ŒSOPHAGE PAR LA SECTION DES DEUX NERFS PNEUMOGASTRIQUES.

M. BERNARD rend compte, dans la séance du 17 février, de l'explication d'un fait qui l'avait frappé dans les effets produits par la section des deux nerfs pneumogastriques. Il survient, dans ce cas, une paralysie de l'œsophage, ce qui fait que pendant le temps le plus rapproché de l'opération, l'animal mange et avale, mais sans que les aliments arrivent dans l'estomac, et lorsqu'une certaine quantité s'est accumulée, ils sont rendus par le vomissement. Cependant plus tard, au bout d'un à deux jours, les aliments descendent et arrivent dans l'estomac. C'est qu'alors une espèce de sphincter, qui se trouve chez plusieurs de nos animaux domestiques vers le cinquième inférieur de l'œsophage, est paralysé à son tour, et n'oppose plus d'obstacle au passage de la nourriture. En général, d'après M. Bernard, les organes ne sont pas paralysés immédiatement après la section des nerfs qui s'y rendent.

5° INFLUENCE DE LA SECTION DES PÉDONCULES CÉRÉBELLEUX MOYENS SUR LA COMPOSITION DE L'URINE.

M. BERNARD fait part à la Société, dans sa séance du 23 février, d'un nouveau résultat de ses expériences. Après la section des pédoncules cérébelleux moyens, l'urine change de composition, et renferme alors d'une manière très-évidente de l'albumine et du sucre (de la deuxième espèce, glucose). Il a fait à ce sujet quatre expériences sur des lapins, qui, avant l'expérience, présentaient leur urine alcaline, trouble, pâle, dépourvue d'albumine et de sucre. Sur chacun de ces lapins il a coupé le pédoncule cérébelleux droit en arrière de l'origine de la cinquième paire, et l'animal a été pris aussitôt de rotation du même côté. Chez les quatre lapins, une heure et demie après le commencement du tournoiement convulsif (résultat de la section du pédoncule cérébelleux), l'urine a commencé à devenir d'abord neutre, puis acide, claire et ambrée, et alors elle contenait déjà nettement de l'albumine et du sucre. La quantité de ces deux derniers principes a augmenté ensuite jusqu'à la mort de l'animal, qui a lieu en général vingt-quatre à trente-six heures après la section des pédoncules.

M. Bernard rapporte ces changements dans les urines à l'effet des convulsions, et les rapproche de l'albuminurie observée chez les éclamptiques; il rattache de plus ces phénomènes à des circonstances de circulation abdomino-rénale dont il a parlé dans une des dernières séances. M. Rayer, à cette occasion, invite les membres de la Société à examiner les urines des personnes qui auraient eu des convulsions très-peu de temps avant leur émission, et il les engage surtout à y rechercher la présence de l'albumine et du sucre.

D'après ses expériences les plus récentes, M. Bernard ne croit plus que ces changements dans les urines soient dus à l'influence des convulsions.

6° SUR L'INDÉPENDANCE DE L'ÉLÉMENT MOTEUR ET DE L'ÉLÉMENT SENSITIF DANS LES PHÉNOMÈNES DU SYSTÈME NERVEUX. (Complément d'une communication antérieure.)

M. CL. BERNARD remet au bureau, dans la séance du 3 février, la note suivante, comme complément d'une communication antérieure.

Il est admis aujourd'hui en physiologie que, dans le système nerveux, l'élément *moteur* et l'élément *sensitif* sont anatomiquement distincts; que, par exemple, ce sont les racines antérieures rachidiennes qui conduisent l'excitation motrice de la moelle vers les muscles, tandis que ce sont les racines postérieures rachidiennes qui transmettent les impressions sensitives de la peau vers la moelle et le cerveau. Avec tous les physiologistes modernes, j'admets cette distinction, parce qu'elle me paraît solidement établie par les expériences et inébranlables.

Mais, partant de ces faits, doit-on admettre qu'il existe deux courants nerveux séparés et distincts; l'un de *sentiment*, allant de la périphérie au centre par les racines postérieures rachidiennes et les faisceaux postérieurs de la moelle; l'autre de *mouvement*, marchant du centre à la périphérie par les faisceaux antéro-latéraux de la moelle et les racines antérieures? Et doit-on conclure que les deux ordres de phénomènes nerveux moteurs et exclusifs peuvent se manifester indépendamment l'un de l'autre.

Ce sont ces dernières inductions que je ne partage pas, parce qu'elles ne me paraissent nullement démontrées par l'expérience. L'examen des faits pathologiques et des expériences physiologiques qui me sont propres et que je mettrai successivement sous les yeux des membres de la Société m'autorisent à penser :

1° Que les phénomènes *moteurs* sont intimement liés dans leur manifestation aux phénomènes de *sensibilité*;

2° Que par conséquent la lésion des parties sensitives, périphériques ou centrales entraînera la lésion ou la paralysie des mouvements dans une étendue proportionnelle à la lésion des organes de la sensibilité.

7° DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA LÉSION DES RACINES MOTRICES ET DES RACINES SENSITIVES.

M. BROWN-SEQUARD a communiqué, dans la séance du 3 février, le résultat d'une partie de ses recherches sur l'indépendance mutuelle de la sensibilité et de la motilité. Voici le résumé de cette intéressante communication et des expériences sur lesquelles elle s'appuie :

1° Quand on coupe les racines postérieures de tous les nerfs d'un des membres postérieurs sur une grenouille, ce membre obéit beaucoup moins bien que l'autre à l'action de la volonté pendant un certain temps; mais cette différence ne dure pas, et après un quart d'heure de repos, on a de la peine à reconnaître quel est le membre anesthésié.

2° Quand on a coupé les racines postérieures de tous les nerfs des deux membres postérieurs, les mouvements de ces membres en sont manifestement troublés, et bien que, après un certain temps de repos, l'animal puisse sauter ou nager, on s'aperçoit cependant facilement que les mouvements des membres insensibles manquent de précision.

3° Après la section de toutes les racines postérieures des nerfs rachidiens, les grenouilles peuvent encore se mouvoir volontairement et même sauter et nager; les mouvements des membres antérieurs semblent alors bien plus affaiblis que ceux des membres postérieurs.

4° Quand on pince ou pique la peau de la face ou l'œil d'une grenouille, ayant toutes les racines postérieures des nerfs rachidiens coupées, on voit quelquefois l'animal réussir à porter le membre postérieur vers la partie excisée pour repousser la cause excitatrice. Chez les grenouilles auxquelles on n'a coupé que les racines postérieures de l'un des membres postérieurs, un semblable mouvement a lieu quand on pince la peau de la tête ou celle des membres antérieurs.

5° Un ou deux jours après qu'on a coupé les racines sensitives d'un ou de plusieurs membres, on voit survenir, lorsqu'on excite vivement l'animal, une roideur tétanique du ou des membres anesthésiés. Ce tétanos partiel, quelquefois très-énergique, dure de quelques secondes à cinq ou six minutes.

6° Plusieurs observations, et entre autres celles réunies dans une thèse de M. O'Brien, démontrent d'une manière incontestable que, dans certains cas, la volonté a presque la même puissance sur les membres anesthésiés que sur les membres sains. Ces observations démontrent que nous ne connaissons l'accomplissement des mouvements que nous avons voulu, que par les sensations qui accompagnent ou suivent ces mouvements. A défaut de la sensation du toucher ou de celle que donnent les muscles qui se contractent, les anesthésiques se servent de la vue pour savoir s'ils ont exécuté un mouvement voulu.

7° La sensibilité sert au mouvement pour lui donner de la précision, pour le diriger : ainsi elle sert infiniment dans tous les cas où il est nécessaire pour le but à atteindre, que les mouvements soient mesurés, comme par exemple dans le chant, dans le doigté du pianiste, etc.

8° Le trouble produit dans les mouvements volontaires par l'anesthésie varie beaucoup suivant que l'insensibilité a sa cause dans le cerveau, dans la moelle épinière ou sur les racines postérieures des nerfs spinaux.

M. Marshall Hall a prouvé qu'il existait des différences notables entre les paralysies du mouvement, dues à une lésion du cerveau et celles dues à une lésion des nerfs. Des différences non moins grandes existent entre l'anesthésie due à une lésion encéphalique et celle due à une lésion des racines spinales postérieures. Dans ce dernier cas, il y a, en outre de l'anesthésie, une paralysie de l'action réflexe; or il est généralement admis aujourd'hui, et avec grande apparence de raison, que l'action réflexe intervient dans tous les mouvements de locomotion et surtout dans la marche et dans la station debout, par l'excitation des nerfs de la plante du pied.

Il faut donc distinguer, sous le rapport du trouble porté dans les mouvements volontaires, l'anesthésie due à une lésion des centres nerveux percepteurs, ou mieux, à une lésion de l'encéphale ou d'une partie peu étendue de la moelle épinière, qui permet l'action réflexe. Il suffit de lire deux observations pathologiques, l'une d'anesthésie par lésion des centres percepteurs, et l'autre par lésion des racines postérieures, pour remarquer combien, dans le premier cas, les mouvements volontaires sont plus énergiques et surtout plus soutenus que dans le second. Du reste, M. Brown-Sequard se propose de réunir, dans un mémoire, des faits très-nombreux qui viennent à l'appui des propositions qui précèdent.

8° EXPÉRIENCES SUR LES PLAIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Des observations pathologiques démontrent que les plaies de la moelle épinière ne sont pas toujours mortelles, et que la paraplégie, qui en est la conséquence, peut disparaître plus ou moins complétement; mais il n'existe pas d'observation de guérison ou de retour de la sensibilité et des mouvements volontaires, après la section complète de la moelle rachidienne. Les expériences faites par Arnemann et M. Flourens n'ont pas donné d'autres résultats que ceux-là; de plus, leur petit nombre et le lieu où la moelle a été lésée, dans ces recherches, s'opposaient à ce qu'on en déduisît des conséquences rigoureuses.

M. Brown-Sequard a fait, sur des cochons d'inde, des lapins et des pigeons, de nombreuses expériences qui lui ont donné les résultats suivants :

1° Sur les pigeons, les plaies n'intéressant qu'une partie plus ou moins considérable de la moelle épinière, entre les deux renflements qui correspondent aux membres, ne portent atteinte à la sensibilité que pendant un temps très-court, variant entre une heure et un jour. La motricité volontaire reste en général lésée pendant plus longtemps.

2° Chez les mammifères, de semblables plaies sont moins vite suivies du retour de la motricité volontaire. La sensibilité revient à peu près aussi promptement. Il arrive fréquemment que les mammifères et les pigeons soient dans un état d'hyperesthésie le lendemain et pendant plusieurs jours après l'opération.

3° Après la section transversale complète de la moelle épinière, la durée de la vie est en général notablement plus grande chez les pigeons que chez les mammifères. Le maximum de durée a été de six mois.

4° Les résultats de la section complète de la moelle épinière, derrière le renflement qui correspond aux ailes, sur trois pigeons, sont très-propres à montrer que cette lésion n'est pas nécessairement mortelle et qu'elle peut être suivie du retour de la sensibilité et de la motricité volontaire. Deux de ces animaux ont été malheureusement tués par accident, alors que de jour en jour leur paraplégie tendait à disparaître; la défécation, qui n'avait eu lieu chez eux, pendant deux mois, que par regorgement, s'opérait alors sous l'influence de la volonté. Le troisième pigeon, qui a été montré à la Société, commence à avoir quelques mouvements volontaires; il ne rend jusqu'ici les matières fécales et l'urine que par regorgement.

5° Bien que beaucoup de mammifères et de pigeons aient survécu plusieurs mois à la section complète de la moelle, aucun autre animal que les trois précédents n'a récupéré la sensibilité et la motricité volontaire perdues, mais les membres paralysés n'ont pas cessé de se mouvoir, par action réflexe, avec presque autant d'énergie le dernier jour de la vie que le lendemain de l'opération. Chez les pigeons, ces mouvements sont infiniments plus énergiques, plus rapides et plus multipliés que chez les mammifères. On sait que chez l'homme, dans de pareilles circonstances, les mouvement réflexes varient beaucoup en intensité, et qu'on ne les produit guère que par des excitations sur la plante des pieds, l'anus, le gland ou dans le canal de l'urètre.

6° A l'autopsie, on trouve un caillot sanguin, plus ou moins décoloré, occupant l'espace devenu libre entre les deux bouts de la moelle et adhérant à ces bouts. Dans les deux cas de retour des fonctions perdues, les deux bouts de la moelle étaient réunis par une substance gris rougeâtre, ayant plus de consistance que la moelle, et traversée par des filets blancs.

7° Les ulcères qui se montrent dans les parties comprimées du train postérieur, chez les animaux qui ont la moelle épinière, coupée transversalement, ne proviennent que de cette compression et nullement d'un prétendu trouble dans la nutrition, que produirait la paralysie. Quelle que soit la durée de la vie des animaux paraplégiques, il ne survient pas d'ulcères si l'on évite les compressions.

8° Les brûlures et les plaies se guérissent tout aussi vite dans les parties paralysées des animaux, dont la moelle est coupée transversalement, que dans les mêmes parties chez des animaux intacts. M. Brown-Sequard annonce avoir constaté un grand nombre de fois ce fait important.

9° DE LA FORCE NERVEUSE DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. Brown-Sequart rapporte, dans la séance du 23 février, des expériences faites sur des batraciens et des oiseaux, qui lui paraissent démontrer :

1° Que la moelle épinière est un foyer de production de force nerveuse ;

2° Que la force nerveuse possédée par la moelle épinière, après qu'on l'a séparée de l'encéphale, n'est pas, ainsi que le soutiennent encore quelques auteurs, un reste de ce que l'encéphale lui aurait donné avant la séparation;

3° Que par des excitations provoquant des mouvements réflexes, on peut faire dépenser presque en totalité la quantité de force nerveuse possédée par la moelle épinière, séparée de l'encéphale;

4° Que la reproduction de la force nerveuse après la dépense par action réflexe, se fait si promptement, qu'en quelques minutes la moelle épinière, séparée de l'encéphale, a recouvré presque la même quantité de force qu'avant la dépense;

5° Que la reproduction s'opérant beaucoup plus vite chez les oiseaux que chez les batraciens, il s'ensuit qu'il faut multiplier plus promptement les excitations, chez les oiseaux, pour faire dépenser la quantité de force nerveuse possédée par leur moelle épinière, et encore ne peut-on jamais réussir qu'à diminuer de beaucoup cette quantité;

6° Que la moelle épinière des grenouilles, séparée de l'encéphale, peut produire assez de force nerveuse en vingt-quatre heures, pour soulever, par un des membres postérieurs, de 100 à 250 *kilogrammes*, par *fractions*, à la hauteur de 2 à 5 millimètres;

7° Que la moelle épinière des oiseaux (pigeons adultes), séparée de l'encéphale, peut produire assez de force nerveuse, en un jour, pour soulever de 500 à 800 *kilogrammes*, à une hauteur d'environ 3 centimètres;

8° Que la force manifestée sous l'influence d'une excitation mécanique est, en général, pour les batraciens, le *trentième*, et pour les oiseaux, le *vingtième* de la quantité de force nerveuse possédée par la moelle épinière séparée de l'encéphale;

9° Que l'excitation galvanique occasionne une dépense presque double de celle produite par l'excitation mécanique.

M. Brown-Sequard ajoute qu'il a prouvé ailleurs que, dans les mouvements volontaires, le cerveau ne fait rien que mettre en jeu, la force nerveuse produite et accumulée dans la moelle épinière, absolument comme le font les racines sensitives pour les mouvements réflexes ; il s'appuie sur ce fait et sur les résultats qui précèdent pour expliquer comment des adolescents et des jeunes filles ou de faibles femmes peuvent, dans certains états pathologiques ou sous l'influence d'émotions ou de passions vives paraître plus forts qu'un homme robuste. Suivant M. Brown-Sequard, la moelle épinière de l'homme contient en réalité plus de force nerveuse que celle des adolescents et des femmes, mais l'excitation de la volonté sur la moelle épinière ne fait dépenser qu'une petite partie de la quantité de force que celle-ci possède, tandis que l'excitation consécutive à un état pathologique peut en faire dépenser une partie plus considérable. L'homme, par exemple, avec une force comme 100, produit, par l'excitation de la volonté, un effet comme 5, tandis que, par une excitation pathologique, un être bien plus faible, ne possédant qu'une force comme 50, peut produire un effet comme 8, 10, ou même davantage.

(*La fin au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

HANWŒRTERBUCH, ETC. (DICTIONNAIRE MANUEL DE PHYSIOLOGIE); par M. le professeur R. WAGNER.

DU NERF SYMPHATHIQUE CONSIDÉRÉ PRINCIPALEMENT DANS SES RAPPORTS AVEC LES MOUVEMENTS DU CŒUR ; par le professeur BUDGE (t. III, première partie, p. 407-450).

Les recherches relatives aux causes des mouvements du cœur appartiennent aux questions les plus difficiles de la physiologie ; elles embrassent la connaissance anatomique des éléments qui entrent dans la composition du grand sympathique, et les rapports que ce nerf peut avoir avec le reste du système nerveux. Dans le savant article dont nous allons rendre compte, le professeur Budge a cherché à éclairer la question par de nouvelles expériences, tout en s'aidant des travaux des physiologistes. Il commence par établir que la structure du grand sympathique diffère essentiellement de celle des autres nerfs, parce qu'il se compose surtout d'une espèce particulière de fibrilles, ou plutôt de tubes nerveux plus ténus que ceux qui composent les nerfs de la vie animale.

Les fibres appelées par Remak fibres gélatineuses ou organiques ne sont pas des nerfs ; car elles n'accompagnent pas ces derniers jusqu'à leur division dans les organes. (L'examen de ces prétendues fibres gélatineuses montre qu'elles ont beaucoup d'analogie avec des formations cellulaires en voie de développement.) Enfin le tissu cellulaire proprement dit, ou consécutif, est plus abondant ici que dans les autres nerfs. Il est donc bien positif qu'il existe deux sortes de fibres nerveuses ; mais on ignore si les fibres ténues, comme les fibres larges, prennent naissance dans le cerveau et dans la moelle, ou s'il n'y en a pas qui prennent aussi naissance dans les ganglions.

Ces faits préliminaires étant posés, l'auteur étudie les fonctions du grand sympathique. Il commence par rechercher quelle influence l'irritation et la destruction du cerveau et de la moelle épinière exercent sur le mouvement des organes qui reçoivent des nerfs sympathiques, en particulier sur les mouvements du cœur et du canal intestinal.

M. Budge rappelle qu'il y a sept ans, à la suite d'expériences sur les mammifères, il a émis l'opinion que c'est principalement la moelle allongée qui préside aux mouvements du cœur. Il a entrepris de nouvelles expériences plus concluantes que les premières en faveur de cette opinion.

Dans une première expérience, il enlève sur une grenouille la moelle allongée et la moelle épinière jusqu'au delà des nerfs des extrémités antérieures ; les battements du cœur diminuent pendant une ou deux heures. Si l'on conserve la partie la plus antérieure de la moelle allongée, la respiration persiste, et cependant le nombre des battements diminue. Après l'ablation totale de la moelle allongée, le cœur peut encore battre pendant deux jours.

Dans une seconde expérience, l'auteur fait passer un courant à travers la moelle allongée, à l'aide de l'appareil rotatoire électro-magnétique ; dès que l'on commence à tourner, le cœur cesse de battre, et le corps entier est pris de tétanos. Si le courant passe à travers la moelle épinière, les muscles volontaires sont pris de tétanos, mais le cœur continue à battre. La moelle épinière fut mise à nu, sortie du canal vertébral, puis renversée en avant et fixée à la tête ; on appliqua le conducteur sous la face inférieure de la moelle allongée ; le cœur cessa de battre aussitôt, sans qu'il y eût tétanos dans le reste du corps. Pendant cet état de repos, le cœur est dilaté et rempli de sang noir. Si l'on continue quelque temps la rotation, les pulsations reparaissent, ce qu'on explique parce que les nerfs ne réagissent plus contre l'irritant.

Dans une troisième expérience, l'auteur mit l'appareil en communica-

tion avec les deux nerfs vagues; le cœur s'arrêta tout à coup. Il vit les battements s'arrêter aussi pendant l'irritation d'un seul nerf vague. Si l'on coupe les deux nerfs vagues, l'excitation de la moelle n'agit plus sur le cœur. Si l'on électrise le nerf sympathique seul, on n'observe rien du côté du cœur.

Enfin, dans une quatrième série d'expériences, on fit passer le courant à travers le cœur; il y eut tantôt augmentation, tantôt cessation des battements, et les résultats furent les mêmes, soit sur un cœur détaché, soit que l'on eût détruit le cerveau et la moelle. Quand les conducteurs étaient en contact avec les deux côtés d'un ventricule, le nombre des battements était augmenté. Si l'on opérait longtemps sur une même grenouille, l'irritation était souvent suivie du repos du cœur. Le résultat était le même, c'est-à-dire qu'il y avait aussi augmentation de fréquence, puis arrêt quand on appliquait les conducteurs sur le bulbe aortique. Enfin, quand on faisait passer le courant à travers les oreillettes, ordinairement celles-ci ne tardaient pas à s'arrêter, tandis que les ventricules continuaient à battre.

Il résulte de ces expériences que l'on ne saurait attribuer les mouvements du cœur à la respiration, puisqu'on voit souvent les battements diminuer ou s'arrêter quand la respiration continue, ni à la présence du sang, puisqu'on obtient les mêmes résultats après avoir produit des hémorrhagies. Il faut donc regarder les nerfs seuls comme la cause des mouvements du cœur. L'auteur compare l'état du cœur après l'électrisation des nerfs vagues et de la moelle allongée à la dilatation de la pupille par la belladone; il regarde l'arrêt du cœur comme un phénomène passif, comme un effet produit par un épuisement momentané. Deux forces actives paraissent présider aux mouvements du cœur, l'une partant de la moelle allongée, l'autre résidant dans le cœur lui-même; mais l'auteur ne croit pas qu'il soit nécessaire pour expliquer cette seconde force, d'admettre des filets particuliers du grand sympathique, d'autant plus que ces derniers n'ont pas encore été démontrés anatomiquement.

Après avoir étudié l'influence des nerfs sur le cœur, M. Budge passe au tube intestinal. Il rappelle ses premières expériences faites il y a sept ans, tendant à prouver que sur des animaux récemment tués l'irritation mécanique ou chimique de la moelle épinière, de la moelle allongée, du cervelet, de la couche optique et du corps strié droit déterminait des mouvements de l'estomac. Mais comme ces expériences ne réussissent pas toujours, elles n'ont pas obtenu l'assentiment général. L'appareil rotatoire donne des résultats plus sûrs et permet de se convaincre que les mouvements de l'estomac reconnaissent en réalité ces causes. Budge a vu, comme Weber, que l'irritation des parties profondes du cervelet produit des mouvements plus prononcés que celle des parties superficielles; les effets ne sont pas aussi marqués pour la couche optique et le corps strié du côté droit. Ce qu'on peut donc admettre comme positif, c'est que l'irritation des nerfs vagues, de la moelle allongée et du cervelet provoque les mouvements de l'estomac.

L'observation est plus difficile encore pour le canal intestinal; cependant en appliquant l'appareil rotatoire sur la moelle allongée, on observe des mouvements vifs du cœcum. L'irritation du cervelet produit le même effet, mais d'une manière moins sensible. Si pendant l'expérience on coupe les nerfs vagues, les mouvements cessent aussitôt. Jamais, dans ces expériences, on n'a pu arrêter le mouvement péristaltique. Il est donc certain que l'irritation des nerfs pneumogastriques de la moelle allongée et du cervelet déterminent des mouvements du canal intestinal.

Un fait qui découle des expériences précédentes, c'est que l'irritation de la moelle allongée agit aussi sur les muscles involontaires. Cependant on n'est pas en droit d'en conclure que le système cérébro-spinal et le grand sympathique soient identiques, car il est possible que les mouvements observés ne soient pas des effets directs de l'irritation, mais soient déterminés par la voie indirecte de la réflexion, de l'antagonisme, de la combinaison ou de l'association.

Il s'agit maintenant de rechercher si les modes connus de mouvements du système cérébro-spinal se retrouvent aussi dans le domaine des organes qui reçoivent des nerfs sympathiques; puis si l'acte moteur lui-même, dans ces derniers organes, peut se comparer aux muscles de la volonté.

L'auteur choisit le cœur comme l'organe le plus propre à l'examen de la première de ces deux questions. Il étudie donc les mouvements combinés du cœur, ses mouvements associés, ses mouvements réflexes, et ceux qui sont produits par des irritants. Nous n'entrerons pas dans les détails de ces recherches que l'auteur expose longuement. Nous dirons seulement que, d'après lui, le rhythme des mouvements du cœur paraît tenir à la structure de l'organe plutôt qu'à la présence des ganglions dans la substance du cœur lui-même, et qu'ainsi on ne peut regarder les ganglions comme les organes qui président aux mouvements combinés; que pour les mouvements associés (ceux du cœur et de l'iris), il n'existe pas non plus de faits qui prouvent qu'ils soient produits par des ganglions. Les études sur les mouvements réflexes le conduisent à admettre les conclusions suivantes :

1° Il existe une action réflexe par la moelle épinière entre les nerfs sensibles des organes qui reçoivent des nerfs sympathiques et les nerfs moteurs du système cérébro-spinal.

2° On ne peut pas montrer avec évidence une action réflexe entre les nerfs sensibles du système cérébro-spinal et les nerfs moteurs sympathiques.

3° On ne peut pas prouver non plus qu'il y ait réflexion entre les nerfs sympathiques d'un même organe ou d'organes différents.

4° Il y a probablement une action réflexe entre les nerfs sensuels et les nerfs sympathiques.

Quant à la septième classe de mouvements, ceux qui sont produits par des irritants, les faits connus ne permettent pas encore d'en apprécier la source. Tels sont, en particulier, les mouvements indépendants du cœur séparé du corps, que l'on attribue aux ganglions, au sang, à l'air atmosphérique. Il n'est pas prouvé que l'appareil ganglionnaire du cœur soit la cause de la continuité des battements; il faut attendre, pour arriver à quelque chose de plus positif, qu'on ait trouvé les rapports qui existent entre les ganglions et les fibres nerveuses du cœur.

La deuxième question, celle qui est relative aux mouvements involontaires comparés aux mouvements des muscles de la volonté, ne peut recevoir de solution complète. Les uns et les autres organes présentent des convulsions, le tétanos ou des mouvements coordonnés; mais les organes involontaires sont moins disposés aux convulsions, différence qui ne prouve pas, suivant l'auteur, que les deux séries d'organes soient animés par des centres nerveux différents.

GANGLIONS SYMPATHIQUES DU CŒUR; addition à l'article précédent, par R. WAGNER.

Pendant plusieurs semaines consécutives, M. Wagner, secondé par les docteurs Frey et Leuckart, a consacré plusieurs heures par jour à l'anatomie du cœur de la grenouille, dans le but de rechercher le rapport qui existe entre les fibres primitives et les corpuscules ganglionnaires, ainsi que la terminaison des fibres primitives.

Il commence par exposer les recherches de Bidder, qui a découvert de son côté, en même temps que MM. Robin et Wagner, la double origine des tubes nerveux primitifs. M. Bidder a trouvé un grand nombre de corpuscules ganglionnaires, desquels les deux tubes nerveux se détachaient, non pas en deux points opposés, mais sur deux points plus ou moins rapprochés l'une de l'autre, pour suivre une même direction, suivant Bidder et Wolkmann. Ce dernier fait est révoqué en doute par M. Wagner; il croit qu'il n'est pas possible de démontrer que les deux tubes nerveux suivent réellement une même direction périphérique.

Les recherches sur les ganglions du cœur sont très-difficiles. Si l'on détache les oreillettes du cœur et qu'on les étale avec des aiguilles, on observe, en y versant quelques gouttes d'eau froide, un point circonscrit sur lequel les pulsations continuent plus longtemps qu'ailleurs. Ce point correspond presque toujours à un filet considérable du rameau cardiaque du nerf vague, renfermant le plus de globules ganglionnaires. On est assez certain, en excisant la substance du cœur de cette petite région pulsatile, d'enlever le nerf avec la partie principale du ganglion et de pouvoir l'étaler sur la plaque de verre. Mais rien n'est plus difficile que de séparer les tubes nerveux les uns des autres, et conséquemment de voir leur origine. Les corpuscules ganglionnaires paraissent contenus dans de très-fortes capsules. Nous n'avons jamais vu qu'une seule origine. Si cette recherche est exacte, le cœur de la grenouille est le seul tissu dont les globules ganglionnaires ne m'aient pas offert une double origine nerveuse. On ne parvient en aucune façon à distinguer les terminaisons des nerfs.

Quelque incomplètes que soient ces observations, dit M. Wagner, je crois devoir les faire connaître, pour inviter les anatomistes à poursuivre leurs recherches sur la structure du cœur, non-seulement relativement à la disposition des nerfs, mais aussi sous le rapport de la structure des fibres musculaires; car je crois qu'il existe dans le cœur des fibres striées et des fibres lisses, et peut-être même des formes transitoires.

L'auteur ajoute quelques mots sur la terminaison des nerfs, dont il s'est occupé récemment avec les docteurs Frey et Leuckart. C'est sur les follicules dentaires des jeunes lapins qu'ils ont encore le mieux réussi; ils ont cru voir des anses nerveuses, mais ce n'est que sur une seule préparation du docteur Frey qu'ils ont vu très-positivement une anse terminale. D'un autre côté, ainsi qu'il a été dit plus haut, ils ont vu la bifurcation des tubes primitifs dans les muscles des mammifères, de la grenouille et des poissons.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LE CHOLÉRA ET L'ADMINISTRATION. — MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE. — TRAITEMENT DE LA PÉRIODE PRODROMIQUE.

Bon nombre de nos lecteurs se souviennent sans doute de la précision avec laquelle nous rendions compte en 1832 de la marche du choléra dans Paris; chaque jour nous enregistrions le nombre des malades et des décès; nous suivions pas à pas l'épidémie dans chaque hôpital et dans les différents quartiers de Paris; nous faisions avec la plus grande ponctualité le relevé des malades et des cas par arrondissement. On trouvera dans la GAZETTE MÉDICALE de cette époque une suite de tableaux comparatifs extrêmement détaillés formant des documents statistiques qui n'ont pas été inutiles à la science et à l'administration elle-même.

Aujourd'hui de semblables études sont complétement impossibles. Pourquoi cela? Nous sommes bien obligés de le dire, puisqu'on nous y force, parce qu'à la place de l'extrême libéralité de l'administration de 1832, nous avons rencontré un extrême mauvais vouloir de la part de l'administration actuelle. Nous avons frappé à toutes les portes, nous avons fait toutes sortes d'efforts pour nous procurer des renseignements complets et certains; partout notre zèle a échoué contre des refus systématiques. On a prétexté que la communication officielle du mouvement des hôpitaux et de la mortalité dans les différents arrondissements de Paris aurait pour résultat d'effrayer la population. Nous n'avons pas trop compris comment des chiffres destinés, par leur modération, à rassurer les esprits, les effrayeraient plus qu'une réticence si propre à grossir le danger. En 1832 on avait chaque jour des centaines de décès à publier, et on le faisait loyalement pour prévenir les exagérations de la peur; et aujourd'hui qu'à la place des centaines se trouvent des unités, on préfère donner carrière à l'imagination, si facile, en pareille circonstance, à se créer des fantômes. Le prétexte allégué en faveur du mystère dont on prétend couvrir la marche de l'épidémie n'est donc pas soutenable.

Mais il y avait des raisons plus puissantes pour qu'on ne fermât pas la porte aux investigations de la science. Dans quel but, en effet, la médecine cherche-t-elle à se renseigner? Est-ce par pure curiosité ou dans un intérêt personnel? Si à la place d'hommes étrangers aux pratiques d'une bonne administration il se trouvait des esprits sympathiques au progrès et capables de comprendre ce qu'ils n'ont pu apprendre, il serait superflu de montrer en quoi la communication facile et libérale des faits peut être utile à la science et à l'humanité. Trois grandes questions ont surgi depuis le commencement de cette épidémie. La maladie est-elle née spontanément ou a-t-elle été importée? Se propage-t-elle par voie épidémique ou par voie de contagion? A-t-elle conservé ou perdu sa gravité originelle? Et plusieurs autres encore. Ne comprend-on pas l'extrême importance qu'il y a, je ne dis pas à résoudre, mais à éclairer ces questions par le mouvement quotidien des faits. On dit que le plus grand nombre des cas se sont développés dans les hôpitaux: dans quels hôpitaux et suivant quelles proportions? On dit que, par mesure de prudence, on a fait évacuer les malades de tel hôpital: d'après quel nombre de malades, et d'après quelle mortalité cette mesure a-t-elle été inspirée? On veut apprécier la valeur des mesures d'hygiène: quels quartiers et quelles habitations ont été envahis d'abord? quelles voies de propagation, quelles rues, quels arrondissements l'épidémie a-t-elle parcourus? L'administration n'a donc pas compris les conséquences de son système; et si elle les avait comprises, quelle responsabilité n'assumerait-t-elle pas!

Qu'on ne prétexte pas que les éléments qu'on cache au jour du danger seront mis en évidence quand le calme sera rétabli. Il n'y a aucune raison pour cela, et il y en a mille pour qu'on fasse autrement. Les idées ne viennent qu'en présence des faits; et quand tout le monde s'occupe d'une chose, c'est le moment de jeter la lumière à profusion pour favoriser la découverte de la vérité, et surtout pour empêcher l'erreur et le préjugé de s'établir. Ce n'est pas ainsi qu'on se conduit en Angleterre. Dans ce pays de vrai libéralisme, l'autorité publie elle-même des relevés très-détaillés des naissances et des décès, la nomenclature et le mouvement des maladies régnantes, et elle distribue libéralement ces documents à ceux qui s'en occupent dans un but d'intérêt public. On n'en finirait pas si on voulait approfondir ce sujet. Il est vraiment regrettable que les préoccupations de la politique empêchent les bonnes idées pratiques de se faire jour; car ceux-là même qui ont concouru, en 1832, à mettre libéralement les documents et les lumières de l'administration au service de la science n'ont pas tous disparu: ils auraient pu se faire entendre, si on n'avait pris le parti systématique de leur fermer l'oreille. Nous n'ajouterons qu'un mot, c'est que ce système d'obscurantisme dont nous nous plaignons n'a pas même le caractère d'une mesure impartiale. Ce qui devrait être tenu caché pour tout le monde devient le privilége de quelques-uns. Ainsi, on a publié déjà des comptes rendus qu'on a dit puisés à bonne source: nous avons pu nous assurer de leur exactitude. Nous ne blâmons pas ceux qui ont pu se les procurer, nous les félicitons au contraire d'être parvenus à déjouer un mauvais vouloir systématique. Nous avons nous-même suivi leur exemple; après avoir essuyé les refus de la consigne, nous avons fait appel au bon sens et au discernement des sentinelles; et nous avons obtenu par capitulation ce que nous aurions dû pouvoir réclamer par principe.

— La marche de l'épidémie est uniforme. Elle continue à peu près comme elle a commencé. Il y a eu jusqu'ici, dans les hôpitaux, environ 600 malades, dont à peu près 350 morts. Le nombre des entrées avait paru augmenter il y a trois jours; il a diminué hier et avant-hier. Ainsi que l'a fait remarquer M. Paul Dubois, à la dernière séance de l'Académie, les cas développés dans l'intérieur des hôpitaux ont été beaucoup plus nombreux que ceux venus du dehors. Sur 349 cholériques, 242 s'étaient développés sur des malades ou des convalescents. A la Salpêtrière, on compte aujourd'hui près de 200 cas, tous développés sur des malades de l'établissement, dont plus de 130 décès. La mortalité a été à peu près la même partout. L'hôpital Saint-Louis a cependant été beaucoup plus maltraité que les autres. Ainsi, tandis qu'à la Salpêtrière même on ne comptait avant-hier que 100 décès sur 170 malades, il y avait eu à Saint-Louis 23 morts sur 28 malades. En ville, on comptait hier environ 100 décès. On ne saurait dire sur quel nombre de malades: mais il y a tout lieu de croire que la proportion de la mortalité est infiniment moindre que dans les hôpitaux. En somme, l'épidémie est loin d'offrir l'intensité de celle de 1832. Là où les malades tombaient par milliers, on ne compte pas même aujourd'hui des centaines. Mais la gravité de la maladie est-elle différente? Si l'on s'en rapportait aux apparences, et au dire de plusieurs médecins des hôpitaux, le choléra de 1849 serait infiniment moins intense. Tous les symptômes sont moins accusés. Le froid est moins glacial, le bleu n'est plus que violet, les déjections sont moins carac-

---

Feuilleton.

RÉORGANISATION DU CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES (1).

DISCUSSIONS SOULEVÉES A LA CHAMBRE PAR LE RAPPORT DE M. AMBERT, AU SUJET DE LA PROPOSITION DE M. DUCOUX.

On sait que le décret du 3 mai 1848, qui porte réorganisation du corps militaire de santé, n'est exécutoire, aux termes du décret même, qu'à partir de la promulgation d'un règlement à intervenir.

Ce règlement, remis au ministre de la guerre le 22 septembre suivant, resta longtemps dans les bureaux, et déjà nos confrères de l'armée, habitués aux leurres et aux déceptions, commençaient à craindre qu'il ne fût étouffé par des gens dont ils n'ont jamais eu les sympathies, quand un ancien membre du corps militaire de santé, M. Ducoux, présenta à la chambre, dans la séance du 19 janvier 1849, une proposition tendant à rendre immédiatement exécutoire le décret du 3 mai. Il fut décidé que le comité de la guerre serait appelé à émettre son avis sur la proposition de M. Ducoux, et le 7 février, le colonel Joachim Ambert, rapporteur de la commission, monta à la tribune pour lire son travail.

Ce n'est pas sans de vives appréhensions que les officiers de santé militaires avaient vu leur sort confié à M. Ambert; ils se rappelaient la polémique du MONITEUR DE L'ARMÉE, qui fut toujours opposé à leur affranchissement et à leur assimilation. L'événement ne justifia que trop ces craintes.

En dégageant le rapport de la forme qui déguise le fond, des subterfuges qui donnent le change sur la pensée intime de l'auteur, on peut résumer ainsi l'opinion de ce dernier:

« Le décret du 3 mai concède aux officiers de santé l'affranchissement, l'assimilation aux différents grades de l'armée, et d'autres bénéfices dont ils ne jouissaient pas auparavant. Nous voudrions faire annuler tout cela; mais n'espérant pas obtenir l'abrogation d'un décret ayant force de loi, nous allons représenter le règlement comme impossible, et insinuer que la mise à exécution du décret serait subversive de toutes les lois fondamentales et organiques en vigueur, extrêmement onéreuse pour les finances, incompatible avec le fonctionnement régulier de l'administration et avec la discipline militaire. »

Voilà rigoureusement le sens du rapport: tout le monde l'a nettement vu; personne ne s'est laissé séduire par une décevante péroraison, remplie de stériles louanges que nous comparerions volontiers aux fleurs qu'on jette sur la tombe d'un rival qu'on a été bien aise d'enterrer.

De cette péroraison nous ferons grâce au lecteur; elle est bien écrite, comme tout ce qui sort de la plume de M. Ambert. Mais nous ne pouvons laisser passer le raisonnement du rapporteur, qui tombe toujours à faux, ainsi que l'ont dé-

(1) Voy. GAZ. MÉD., 1848, p. 403 et 663.

térisées, la réaction est plus facile, la maladie dure plus longtemps, le malade fait plus d'efforts pour résister ; mais malheureusement il ne résiste pas mieux. La mortalité relative est en effet la même qu'en 1832. Au 19 avril de cette année, époque à peu près correspondante à aujourd'hui pour l'épidémie actuelle, on comptait à l'Hôtel-Dieu, sur 1.731 entrées, 1,022 décès. On compte aujourd'hui, pour tous les hôpitaux, 636 malades dont 357 décès. Il n'y a donc pas de différence notable.

Mais comment expliquer l'amoindrissement des symptômes de l'épidémie actuelle avec une mortalité à peu près égale? C'est la chose la plus simple. Le choléra est un empoisonnement. En 1832, la dose du poison était généralement plus forte, et l'organisme était foudroyé ; aujourd'hui la dose est moindre, mais suffisante encore pour produire des désordres incompatibles avec la vie.

L'explication qui précède est d'accord avec toutes les autres circonstances de l'épidémie. Il y a moins de malades, il y a moins de principes cholériques. Les sujets robustes résistent mieux qu'en 1832 ; les sujets atteints aujourd'hui sont surtout les malades, les convalescents, les constitutions délabrées, les sujets de la classe nécessiteuse ; en 1832, tout le monde était atteint indistinctement, les organisations les plus privilégiées et les quartiers les plus salubres. Il faut donc en conclure que la cause du choléra est moins abondante, moins répandue, moins universelle ; mais il faut reconnaître, parce que cela est, que la maladie une fois réalisée, chez ceux qui n'ont pu lui fermer la porte ou l'expulser d'emblée, elle est à peu près aussi grave qu'en 1832. Notre conclusion est que chacun de nous a moins de chance d'en être atteint, mais que les précautions pour l'arrêter dans son développement doivent être les mêmes. Or il est bien établi aujourd'hui que ces précautions sont des plus faciles et des plus sûres. Le choléra ne débute presque jamais d'une manière foudroyante ; il est toujours précédé d'une diarrhée bénigne qui vous avertit plusieurs jours à l'avance. C'est le choléra qui arrive à pas lents ; et qu'on ne s'y trompe pas, c'est le choléra lui-même. Il suffit donc d'être sur ses gardes, de l'arrêter, d'empêcher qu'il ne prenne définitivement domicile. Il suffit pour cela de l'abstinence rigoureuse jusqu'à ce que tout symptôme de diarrhée ait disparu. C'est bien simple, et pourtant toute la prophylactique du choléra est là. Si l'on parvenait, pendant l'épidémie, à inculquer dans l'esprit de la population ces deux mots : *diarrhée, diète*, nul doute que le choléra ne causât la mort qu'exceptionnellement. La plupart des médecins qui ont vu les deux épidémies sont d'accord avec nous sur ce point ; mais les médecins qui observent le choléra pour la première fois, et le public, sont loin encore d'être pénétrés de l'importance de cette vérité. C'est ce qui nous a fait tant insister pour qu'elle fût exprimée en termes explicites dans l'instruction de l'Académie. Nous dirons à cet égard que nous ne nous sommes nullement défié du bon vouloir de M. le rapporteur ; mais nous avons craint (ce qui est arrivé) qu'il ne comptât trop sur l'intelligence du public. Après avoir lu sa nouvelle rédaction, nous sommes resté convaincu que l'ordre de lecteurs auxquels est surtout destinée l'instruction ne comprendra pas suffisamment ce qu'il lui importera surtout de comprendre. Nous avons fait quelques expériences qui ne nous laissent aucun doute à cet égard.

Mais quand la diarrhée prodromique ne cède pas à une diète absolue, que faire? En 1832, nous avons acquis, par notre expérience personnelle et celle des médecins imbus des mêmes principes que nous, la conviction que la cholérine cède toujours à un traitement approprié. Surtout ni saignées ni sangsues : c'est un article de foi pour nous. Nous avons été témoin de plus d'une expérience funeste par le système contraire. Quoi qu'en aient pu dire des confrères dont nous estimons la science autant que le caractère, nous n'avons vu aucun cas de transformation de la cholérine en choléra, sous l'influence de la médication que nous avons préconisée. Cette médication est la suivante. Nous reproduisons textuellement un passage de notre mémoire sur la période d'incubation du choléra.

« Lorsque le traitement par simple abstinence ne réussit pas immédiate-
» ment à faire cesser la cholérine dans l'espace de deux fois vingt-quatre
» heures, il ne faut pas hésiter un seul instant à recourir au remède par
» excellence, au spécifique de la cholérine, à l'ipécacuanha, pris à la dose
» de 24 à 30 grains comme vomitif. Cette substance est administrée en
» trois ou quatre doses, suivant la constitution et la susceptibilité de l'esto-
» mac. Si, contrairement à ce qui arrive dix-neuf fois sur vingt, tous les
» symptômes de la cholérine ne s'arrêtaient pas, il faudrait répéter la mé-
» dication le lendemain sans aucune crainte, ou la remplacer par un pur-
» gatif salin, tel que l'eau de Sedlitz. Il est inutile d'ajouter qu'il faut ob-
» server avec la plus grande sévérité les principes donnés plus haut sur la
» reprise des aliments (1). » Nous n'avons aucun mot à retrancher ou à ajouter à ce passage, qui est l'expression de l'expérience passée, et qui se trouvera, nous en sommes certain, confirmé par l'expérience à venir.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE ; rapport fait à la Société médicale du neuvième arrondissement de Paris, par le docteur FÉLIX HATIN.

(Suite et fin. — Voir les numéros 11 et 12.)

TROISIÈME PARTIE.

J'arrive enfin à la thérapeutique du choléra-morbus.

Ici encore il me faut diviser le sujet en plusieurs chapitres.

Le choléra-morbus, en effet, ne débute presque jamais d'emblée et avec tous ses symptômes caractéristiques (2). Dans le plus grand nombre des cas, il est précédé d'indispositions qui n'en sont que les prodromes.

La diarrhée, tantôt d'apparence bénigne, tantôt avec ses accessoires ordinaires, la colique, l'inappétence, la sensibilité au froid, est le plus fréquent de ces prodromes. Que, née sous l'influence épidémique, elle fasse partie intégrante du choléra, ou qu'antérieure à cette influence épidémique, elle ne constitue qu'une prédisposition à son développement, elle doit éveiller l'attention du médecin et du malade, et être immédiatement combattue par les moyens appropriés.

Ces moyens très-simples sont presque toujours la diminution et surtout

(1) MÉMOIRE SUR LA CHOLÉRINE CONSIDÉRÉE COMME PÉRIODE D'INCUBATION DU CHOLÉRA-MORBUS. — In-8°, pages 21 et 22.

(2) C'est une remarque que nous devons à notre honorable collègue M. J. Guérin, et que l'expérience a complétement confirmée.

---

montré deux énergiques protestations, dues, l'une à MM. Michel Lévy et Baudens, l'autre à MM. les inspecteurs médicaux, membres du conseil de santé des armées.

D'après l'honorable rapporteur, le règlement porte atteinte aux lois en vigueur, en créant des grades, une assimilation, en introduisant des réformes dans la fixation des pensions de retraite ; il ne peut donc pas être promulgué.

Nous concevons à peine comment le colonel Ambert a pu se bercer un seul instant de l'espoir de prendre quelqu'un dans un piége si mal déguisé. Le règlement n'a rien à faire ici ; il n'a rien créé : c'est le décret, c'est la loi qui a établi l'affranchissement et les grades. Mais, nous l'avons déjà dit, sachant qu'il serait téméraire de s'attaquer au décret, le rapporteur bâtit un être fictif qu'il s'amuse à combattre.

Le grand cheval de bataille de l'honorable colonel, le voici : si l'on rend exécutoire le décret du 3 mai, les choses n'auront plus le même cours qu'auparavant, les lois anciennes ne seront plus en vigueur, elles seront violées. L'argumentation du rapporteur, ainsi présentée en substance, est d'une simplicité extrêmement naïve. Évidemment si le décret change les bases de l'organisation du corps militaire de santé, ces bases ne seront plus celles qui existaient sous le premier régime ; à moins pourtant que l'honorable colonel n'ait trouvé le secret de faire une loi nouvelle absolument semblable à une loi ancienne, une invention qui n'invente rien, une innovation ne différant en rien de la vieille routine.

C'est donc à une récréative naïveté que se réduit le principal argument du rapport, l'argument qui domine tous les autres.

Nous pourrions, à la rigueur, nous dispenser d'aller plus loin, d'autant plus que MM. les membres du conseil de santé n'ont pas attaqué l'édifice en démolisseurs moins impitoyables que nous, quoique, plus polis encore, ils ne qualifient jamais le malheureux architecte que de *très-honorable*. On peut être très-honorable, mais en même temps très-mal avisé ; nous n'avons pas d'autre opinion sur le rapporteur.

M. Ambert veut qu'on ne crée que des choses toutes faites, et dans ce cas il a sans doute la hardiesse d'accepter ces vieilles innovations. Soit ; mais alors il doit admettre le décret et le règlement dans presque tous les points, car ceux-ci ont été fixés, pendant la première république, par une loi que des ordonnances ont peu à peu dénaturée, et dont les derniers fragments ont été anéantis par une administration ennemie.

Le rapporteur n'est pas plus heureux quand il aborde les détails. Il parle de l'établissement d'écoles préparatoires comme d'une création nouvelle ; or il en existe quatre aujourd'hui, et le règlement les réduit à deux. Il aperçoit des difficultés exigeant des ordonnances nouvelles, relativement à la position des officiers de santé vis-à-vis les divers commandants militaires, tandis que l'ancien état de choses peut être généralement maintenu, et que les médecins de l'armée ne réclament aucune action directe et disciplinaire sur les officiers de l'armée active. Il met en avant les modifications que l'assimilation nouvelle apportera aux retraites, comme si toute assimilation n'impliquait pas la retraite du grade, de sorte que la loi qui établit cette assimilation concède par là même la retraite. M. Joachim Ambert oublie d'ailleurs que le chirurgien-major, par exemple, jouit déjà de la retraite de chef de bataillon, c'est-à-dire du grade auquel l'assimile le décret du 3 mai. Enfin, les exagérations pécuniaires mises en

le choix des aliments. Dans ce cas, on se trouve ordinairement très-bien de l'usage exclusif de panade, de riz au gras ou au beurre, d'œufs à la coque, etc.

Quant à la partie médicamenteuse, elle consiste dans l'administration : 1° d'une solution de gomme dans de l'eau, ou d'une décoction de riz édulcorée avec du sirop de gomme ou de guimauve; 2° de quelques lavements à l'eau de guimauve, ou de graine de lin et même de tête de pavot.

Si le cas a quelque intensité, on prescrit en outre le séjour au lit, les applications émollientes sur le ventre.

Si le malade ne garde pas le lit, on lui recommande expressément de se couvrir assez pour éviter tout sentiment de froid.

Dans la grande majorité des cas, ce traitement est suivi d'un prompt rétablissement.

Il est donc d'un intérêt immense d'appeler l'attention du public sur cette période de la maladie, si facile et en même temps si importante à combattre; et de toutes les mesures sanitaires, ce serait peut-être la plus efficace pour arrêter la propagation du mal.

Mais si le choléra-morbus survient avec ses symptômes caractéristiques (déjections abondantes et réitérées, coliques, crampes, froid des extrémités, enfoncement des yeux, teinte violacée des mains et du visage, dyspnée, étourdissements, tintements d'oreille, suppression des urines, etc.), que faire?

Là tous les systèmes se traduisent en actions. C'est donc le moment de les discuter.

Ceux-là qui voient une inflammation dans le choléra prescrivent la saignée, les sangsues, les applications émollientes, les tisanes délayantes.

Ceux-là, au contraire, qui voient dans cette maladie une atteinte portée au système nerveux lui opposent les antispasmodiques les plus puissants, le musc, le camphre, l'éther, le haschich, l'opium, l'oxygène, l'électricité, etc.

Ceux-là qui admettent comme caractère dominant de la maladie une altération des liquides, et du sang en particulier, s'attachent à prévenir ce résultat par l'emploi des alcalins, et même conseillent l'injection de liquides de cette nature dans les veines. D'autres, dans le même but, conseillent les acides. Les uns prétendent restituer au sang ce que les déjections lui enlèvent; les autres neutraliser ces pertes alcalines par les acides.

Nous avons encore ceux-là qui regardent le choléra-morbus comme un empoisonnement miasmatique, et qui cherchent le salut de leur malade dans l'expulsion de l'agent toxique. Ils emploient à cet effet les émétiques et les purgatifs.

Nous avons enfin les praticiens qui se bornent à la médecine de symptômes. Ceux-là opposent à la diarrhée les astringents, au froid le chaud, au collapsus les excitants, aux convulsions les antispasmodiques, aux vives douleurs les opiacés, les anesthésiques, et souvent tout cela en même temps, sans s'inquiéter de l'opposition que doivent se faire entre elles ces médications opposées.

Laquelle de ces méthodes est préférable? Laquelle donne les meilleurs résultats? C'est là une question encore environnée d'épaisses ténèbres.

Cherchons pourtant à nous éclairer, et prenons l'observation pour guide.

PURGATIFS.

Tout semble indiquer, dans l'invasion du choléra, la présence d'un agent toxique contre lequel la nature entre immédiatement en lutte. C'est par des déjections réitérées qu'elle procède d'abord. N'est-ce pas là une indication précieuse à suivre? Loin de chercher à lutter, à l'aide d'astringents, contre ces abondantes évacuations, n'est-il pas rationnel de les seconder, de les provoquer même?

Je le crois, moi personnellement, et dussé-je encourir l'épithète que Sthal donne aux médecins *qui per anum ægritudines expellendas asserunt*, je regarde ces abondantes déjections comme un des plus puissants moyens de chasser de l'économie le principe morbifique qui menace de l'anéantir.

Mais, dit-on, elles entraînent la déperdition d'une grande quantité de sérum, et le sang est menacé par cette déperdition de se coaguler dans ses vaisseaux.

Cette coagulation du sang est-elle d'abord une chose bien avérée? En second lieu, fût-elle démontrée, est-il probable qu'elle tienne à la soustraction du sérum du sang? Le doute est plus que permis. Je n'en veux pour preuve que ce fait remarquable, que ce sont les personnes qui ont fourni les plus abondantes déjections qui ont aussi fourni le plus grand nombre de guérisons.

De ce seul fait je concluerai que s'il y a coagulation du sang, celle-ci tient à une autre cause que la soustraction d'une certaine quantité de sérosité.

Mais cette cause, quelle peut-elle être?

Pourquoi ne serait-ce pas l'introduction de l'agent toxique dans nos vaisseaux, dans notre sang? Et dans ce cas-là, pourquoi l'évacuation d'une certaine quantité de sérosité ne serait-elle pas le moyen dont la nature se servirait pour expulser cet agent toxique?

Je crois donc qu'il est irrationnel de chercher à supprimer ces évacuations par des astringents ou des narcotiques, et surtout qu'il serait téméraire de chercher, par des moyens aussi dangereux que ceux de l'injection de liquides alcalins dans les veines, à combattre l'influence toute problématique de ces évacuations sur la coagulation du sang, qui elle-même est loin d'être démontrée.

Etudier la nature, la seconder dans ses efforts, me semble plus rationnel et moins dangereux.

Ainsi, quand nous voyons un malade, en proie à une atteinte de choléra, rejeter abondamment par les selles et les vomissements, s'il est robuste, du reste, et si le pouls n'est pas trop affaissé, on peut se borner à lui donner des boissons chaudes et des lavements répétés. Ces boissons peuvent sans inconvénient être aromatiques. En cas de froid et de collapsus des forces, on peut même les alcooliser avec un peu d'eau-de-vie, de rhum, d'eau de mélisse, d'esprit de Mindererus.

J'ai presque toujours, dans les cas où je ne me servais que d'infusions chaudes, employé le blanc d'œuf battu dans ces infusions, et administré tant en boissons qu'en lavements. Il m'a semblé que ces boissons albumineuses avaient de bons effets.

Mais les vomissements et les selles sont-elles rares et l'affaissement du malade considérable, n'hésitez pas à joindre à cette médication l'ipécacuanha à la dose de 3 à 6 grammes par vingt-quatre heures; voir même le calomel et autres purgatifs.

Du reste, après avoir pendant quelque temps activé les déjections, cette médication les modère et les suspend; de sorte que ceux-là qui veulent faire

---

avant par le rapporteur ne supportent pas un instant l'examen, surtout en présence de l'article du règlement qui remet l'augmentation de solde à l'époque où l'état des finances le permettra.

On pressent que d'orageuses discussions ont dû être soulevées par un tel rapport, dans la séance du 7 février.

M. Ducoux, toujours fidèle à la défense des intérêts d'un corps qui se glorifie de l'avoir compté parmi les siens, M. Ducoux a eu de nobles et généreuses paroles qui ont trouvé de nombreux échos sur les bancs de l'Assemblée. La vigueur de son expression et la chaleur de ses sentiments ne l'ont pas un instant écarté de la plus rigoureuse logique. Certes jamais deux hommes ne se sont fait, dans le même jour, une place si différente dans le cœur de 1,500 officiers de santé qui, attentifs au débat, émus au moindre incident, tressaillant à chaque parole, attendaient leur arrêt de vie ou de mort.

Le rapporteur, secondé par le ministre de la guerre, a soutenu ses conclusions, c'est-à-dire le renvoi au conseil d'État non-seulement du règlement, mais aussi du décret. Il a combattu la nouvelle proposition de M. Ducoux, tendant à rendre exécutoire le décret dans ses articles qui sont purement du domaine législatif, sauf à statuer postérieurement sur la partie administrative, proposition émise aussi, à peu près dans les mêmes termes, par MM. Martin (de Strasbourg) et de Rancé.

Le colonel Charas a pris la parole en temps opportun pour établir que le décret a force de loi, et qu'il ne pouvait être question de soumettre au contrôle et à l'examen que le règlement seul. C'était là une vérité trop palpable pour ne pas être adoptée par l'assemblée, malgré les paroles hostiles du général Baraguay d'Hilliers; aussi le général de Lamoricière fut-il bien accueilli quand il proposa l'ordre du jour suivant, qui fut adopté par la chambre :

« L'assemblée invite M. le ministre de la guerre à envoyer sans retard au conseil d'État le règlement destiné à assurer l'exécution du décret du 3 mai 1848, et passe à l'ordre du jour. »

La position des officiers de santé militaires nous semble aujourd'hui parfaitement nette et définitivement fixée. La chambre a reconnu force de loi au décret; ses bénéfices leur sont donc assurés dans un avenir plus ou moins prochain. Le conseil d'État n'a rien à voir au décret; sa mission se borne à mettre le règlement en harmonie avec ce décret. Si la mise en exécution immédiate n'a pas été accordée, ainsi que le demandait M. Ducoux, on n'a pas non plus accédé à la proposition de M. Ambert qui ne tendait à rien moins qu'à abroger ou à modifier le décret.

Les débats ont eu, à notre sens, un avantage incontestable, c'est de faire sanctionner le décret par la chambre, de le revêtir de la double autorité du gouvernement provisoire et de l'assemblée législative; et, d'autre part, le règlement élaboré d'abord par une commission dans laquelle tous les intérêts ont été représentés, et revisé ensuite par le conseil d'État, n'en aura que plus de poids, plus de garanties de durée. Tout se réduit aujourd'hui à une question de temps, et si nous trouvons encore quelques hommes généreux comme M. Ducoux, d'utiles stimulations accéléreront la venue du jour si impatiemment attendu.

---

la médecine du symptôme peuvent encore l'employer comme modératrice des évacuations.

SAIGNÉES.

Faut-il en même temps appliquer des sangsues ou pratiquer une saignée?

Si on se laissait entraîner par des idées théoriques plutôt que par l'observation des faits, cette pratique ne manquerait pas de raisons à l'appui.

Pour ceux qui voient un agent toxique circulant dans nos veines et entraînant directement une altération du sang, saigner est un moyen d'entraîner une partie de cet agent toxique.

Pour ceux qui regardent les déperditions séreuses fournies par les voies digestives comme un danger de coagulation pour le sang, la saignée est un moyen de rétablir un peu d'équilibre dans ses éléments, en lui enlevant de la fibrine et des globules.

Pour ceux enfin qui voient dans le choléra les prodromes d'une inflammation et qui redoutent une vive réaction, les déplétions sanguines sont encore rationnelles.

Cependant il y a, dans l'invasion ordinaire du mal, de tels symptômes de débilitation, que beaucoup de médecins, qui sont partisans en théorie de l'utilité de la saignée, reculent devant son application en présence de la prostration du malade.

Dans peu de cas cependant il est donné de pouvoir juger aussi nettement que dans le choléra si les forces du malade sont anéanties ou seulement opprimées.

Ce malade, hier encore plein de vie et de santé, aujourd'hui moribond, n'a pu réellement en si peu de temps faire des pertes assez abondantes pour épuiser toutes les ressources de son économie. Il est donc plus que probable qu'il y a chez lui plutôt oppression qu'abolition des forces.

Eh bien! dans des cas analogues, on voit la saignée faciliter la réaction plutôt que l'entraver. Ici il y a une double raison pour que ce phénomène s'opère, si l'on admet que le sang contient le principe toxique.

Remarquez, du reste, que si vous saignez, vous modérez les pertes intestinales, et que conséquemment vous n'avez pas réellement deux raisons d'épuisement, mais simplement une substitution d'émonctoire.

Mais, dit-on, le sang qu'on veut tirer quelquefois ne peut plus couler. — Eh bien! dans ce cas-là, quel tort faites-vous au malade?

Malgré toutes ces raisons dont vous apprécierez la valeur, je n'ai jamais qu'à de rares exceptions près pratiqué de saignée aux nombreux cholériques que j'ai eu à soigner en 1832.

SANGSUES.

Mais il n'en est pas de même des applications de sangsues. J'ai souvent eu recours à ce moyen concurremment avec les boissons et les lavements albumineux, les sinapismes et les moyens calorifiques, et dans beaucoup de cas il m'a semblé avoir de bons effets.

Il agit en effet non-seulement comme déplétif, mais encore comme dérivatif, et à l'instar des sinapismes par l'irritation des piqûres.

Il est d'autres cas où tous les praticiens s'accordent à tirer du sang, c'est quand le choléra débute par des symptômes de congestion cérébrale.

Cette espèce, qu'on pourrait appeler apoplectiforme, a été particulièrement observée, dans la dernière épidémie de Jassy en Moldavie, par M. le docteur Bassereau. Comme il y avait en même temps des symptômes gastriques, il joignait à la saignée l'administration de l'ipécacuanha. Il nous a du reste transmis de nombreuses recettes que vous trouverez dans le numéro du 14 octobre de la GAZETTE MÉDICALE, et qui rentrent presque toutes dans la classe des excitants et des antispasmodiques.

RÉFRIGÉRANTS.

Le même auteur conseille les pilules de glace contre les vomissements, et simultanément les boissons aromatiques à petite dose, mais *très-chaudes*. N'y a-t-il pas là une espèce de contradiction? Ce n'est pas du reste la seule qu'on puisse signaler dans les moyens proposés par les différents auteurs. L'emploi simultané des narcotiques et des excitants à l'intérieur en est un autre exemple; mais revenons aux réfrigérants. Ils ont été conseillés en France et employés en 1832. En 1847 et 1848, en Russie et en Prusse on les a préconisé contre la période algide du choléra. M. Julius (de Berlin) dit qu'ils ont paru avoir de bons effets; M. Pélican aussi. Ce dernier auteur conseille les frictions avec l'eau salée à 4° Réaumur et même l'administration de ce liquide à l'intérieur.

L'hydrothérapie revendique aussi pour ses pratiques spéciales une part dans le traitement du choléra et proclame des succès. Beaucoup de praticiens hésiteront à entourer de linges humides et froids, sous prétexte de le réchauffer, un pauvre malade déjà glacé par le choléra. Mais, diront les adeptes de cette école, vous saignez bien un malade qui n'a plus de pouls sous prétexte de ranimer ses forces?

Que répondre à cela? que l'un et l'autre moyen peuvent avoir leurs avantages particuliers; mais que leur utilité dépend tout à fait de la judicieuse application qu'on en saura faire.

SUDORIFIQUES.

On s'accorde plus généralement à provoquer la sueur à l'aide de moyens variés. Le plus simple et le plus à la portée de tous consiste à environner le malade, dans son lit, de cruchons contenant de l'eau bouillante et enveloppés de linges pour ne pas occasionner de brûlure. Il est préférable au bain de vapeurs humide et surtout au bain chaud, attendu qu'on peut le prolonger autant qu'il est nécessaire, attendu qu'il n'entraîne aucun déplacement du malade, attendu enfin qu'il n'empêche en rien l'emploi simultané des autres moyens.

EXCITANTS CUTANÉS.

Rien n'empêche, en effet, qu'on n'emploie en même temps les sinapismes aux extrémités, sur la poitrine et sur le ventre, ou des frictions excitantes (sous les couvertures) sur les autres parties du corps.

J'attache peu d'importance au beurre noir ajouté à la moutarde et qui constitue la méthode importée d'Orient par M. Landerer, mais je ne la proscris pas non plus.

Il en est de même des frictions ammoniacales, soit qu'on les prescrive comme de simples excitants, soit qu'on ait en vue de faire pénétrer dans l'économie un liquide alcalin pour compenser la perte excessive de ceux-là que les déjections entraînent.

J'ai plus de confiance dans ce moyen que dans le pédiluve salé donné dans ce même but.

On a encore conseillé comme dérivatifs cutanés ou comme excitants généraux les repassages avec un fer chaud le long de l'épine dorsale, sur des linges imprégnés d'huile de térébenthine.

Ce moyen a même été donné par ceux qui attribuent le choléra à une perturbation magnétique comme une sorte de pile galvanique.

Les ventouses sèches ou scarifiées, soit sur les côtés du rachis, soit sur les régions épigastriques ou précordiales, les emplâtres de thériaque, de diascordium, etc.; enfin les vésicatoires volants ont encore été conseillés par différents auteurs.

Vous connaissez tous la valeur et la portée de ces moyens de médecine usuelle, je n'ai pas besoin de vous rien dire des indications qui les réclament.

ÉLECTRICITÉ.

L'acupuncture et l'électropuncture ont encore été préconisés comme moyens de réveiller les fonctions du système nerveux, et par suite de tirer toute l'économie de la torpeur qui l'opprime et à laquelle elle va succomber presque fatalement.

Dans les cas extrêmes, il vaut mieux tenter un remède douteux que d'abandonner le malade à une perte certaine. *Melius anceps quàm nullum experiri remedium.*

Mais il faut, pour mettre sa conscience à l'abri, ne l'employer que comme auxiliaire et non comme moyen principal.

En effet, sommes-nous assez sûrs de la manière d'agir du fluide électrique pour le mettre ainsi seul en présence d'une affection aussi redoutable que le choléra? et ne serions-nous pas coupables de trop de confiance si, d'après une simple théorie, nous allions risquer ainsi la vie de nos semblables.

Ce moyen a du reste contre lui de nécessiter des appareils dispendieux et surtout d'exiger la présence prolongée du médecin. Or en tout temps le médecin en général a peu d'argent à dépenser, et en cas d'épidémie il n'a pas une parcelle de la journée à perdre. Je me rappelle qu'en 1832, nous voyions journellement de 40 à 60 malades, comment donc aurions-nous pu surveiller l'action de nos appareils, en admettant d'abord que nous eussions pu nous les procurer en assez grand nombre pour les malades qui en auraient eu besoin simultanément?

Il ne faut donc pas compter sur l'électricité comme sur un moyen usuel, susceptible de rendre de grands services dans la pratique ordinaire; tout au plus pourrait-il être expérimenté dans quelque hôpital et dans les cas où les autres moyens auraient échoué.

OXYGÈNE.

On a proposé encore la respiration de l'oxygène pur.

Qu'a-t-on voulu par là? Est-ce ranimer l'hématose languissante? Mais si cette fonction languit, ce n'est pas faute d'air respirable, c'est faute d'absorption, de combinaison de cet air. Ici c'est le principe nerveux qui fait défaut, et vous aurez beau présenter de l'oxigène au poumon vous n'obtiendrez pas plus de succès qu'en le présentant aux poumons d'un cadavre.

Cependant si vous pouviez combiner les inspirations d'oxygène avec les excitations galvaniques de l'électropuncture, peut être feriez-vous quelque chose d'utile au malade.

Peut être en réveillant l'incitation nerveuse sous l'influence de laquelle s'opère l'hématose en lui présentant des éléments plus riches d'oxygène, peut-être, dis-je, pourriez-vous ranimer la fonction languissante et la vie prête à s'éteindre.

Je ne sais si ceux-là qui ont proposé l'emploi de ce gaz se sont préoccupés d'un autre mode d'action, s'ils ont cru, par exemple, décomposer le miasme délétère en le mettant en présence de l'oxygène.

Ce serait-là une théorie chimique très-hasardée, puisque ce miasme lui-même est problématique et que sa composition est parfaitement inconnue. Mais qu'importe le mode d'action ; ce qu'il nous faut, ce sont des moyens qui guérissent, dussions-nous toujours ignorer le pourquoi de leur efficacité.

Quant aux inspirations d'oxygène en elles-mêmes, il résulte de mes propres expériences qu'elles sont innocentes et qu'elles peuvent être employées avec succès dans certaines circonstances. J'espère avoir l'honneur de vous entretenir un jour de ces nouveaux faits de thérapeutique médicale.

Nous avons encore, parmi les excitants généraux, le trichlorure de carbone et l'élixir de Woronejé.

Le premier, dont le nom indique la composition, a été vanté comme un spécifique, mais déjà sa réputation faiblit, et j'ai lu dans l'un des nombreux mémoires que j'ai compulsés, que son emploi n'avait été suivi d'aucun bon effet.

Quant à l'élixir de Woronejé, mélange de sel ammoniac, de nitre, de poivre, d'huile d'olives, de vinaigre, de naphthe et d'essence de menthe dissous et suspendus dans de l'alcool, on l'a vanté surtout comme préservatif.

Je n'hésite pas à le proscrire à ce dernier titre, persuadé que son usage dans nos climats serait plus propre à faire naître qu'à prévenir le choléra-morbus.

NARCOTIQUES.

L'emploi des narcotiques a été préconisé par la plupart des auteurs.

En 1832, au début du choléra, j'ai prescrit bien souvent le laudanum de Sydenham, de quart d'heure en quart d'heure, à la dose de trois gouttes, dans une cuillerée de tisane aromatique. Quelques malades se sont rétablis à la suite de cette médication.

Puis-je dire : *Post hoc ergo propter hoc?*.... Non... Seulement, comme remarque pratique, je dirai que ce sont surtout ceux-là que cette médication n'empêchait pas de vomir abondamment qui ont guéri.

Dans la seconde période de l'épidémie, je n'employai plus que les solutions albumineuses, les sinapismes et les moyens calorifiques externes, et j'obtins ainsi un nombre de succès plus considérable que dans la première période.

Pour être juste, il ne faut peut-être ni accuser le laudanum, ni glorifier l'albumine, mais mettre la différence des résultats sur le compte des époques diverses de l'épidémie. Chacun de vous sait qu'elle fut d'abord très-meurtrière, et que plus tard elle perdit beaucoup de sa malignité.

D'ailleurs, je crois aujourd'hui, sans proscrire absolument les narcotiques, que pour calmer les crampes, il vaut mieux s'adresser à la cause qui les excite; que le traitement par les évacuants, les dérivatifs et les sudorifiques agit plus directement que les narcotiques qui, dans la plupart des cas, ne pénètrent pas dans l'économie, attendu l'état de la peau et des voies digestives.

Cependant, ne nous hâtons pas de juger. Si ce qu'on nous dit est vrai, le chloroforme, autre hypnotique, jouirait d'une sorte de spécificité contre le choléra-morbus. Ce serait là une précieuse découverte. Appelons-donc de tous nos vœux l'expérimentation qu'on ne manquera pas d'en faire, tout en redoutant à l'avance qu'il n'y ait encore au fond de ces promesses qu'une déception de plus.

Le chloroforme et l'éther ont des effets analogues. Vous ne serez donc point étonnés que l'un me rappelle l'autre.

En 1832, je fus appelé dans un pensionnat de jeunes personnes pour une demoiselle de 15 à 16 ans qui avait été prise du choléra et qui semblait tout près d'en mourir. Elle était froide, sans mouvement, presque sans haleine et sans pouls.

Nous décidâmes, avec le médecin qui lui avait donné les premiers soins, de lui faire administrer un lavement avec un mélange d'éther sulfurique et de camphre délayé dans un peu de jaune d'œuf.

Le lendemain, notre malade nous parut ressuscitée, tant son état était différent de celui de la veille.

Elle s'est depuis rétablie complétement. Elle est aujourd'hui bien portante et mère de trois enfants.

Je vous livre ce fait comme une simple anecdote et sans vouloir en tirer aucune conséquence.

Parmi les autres modificateurs du système nerveux, on a encore préconisé le haschich, ou plutôt le principe actif du *cannabis indica*, dissous dans l'alcool. Un de nos confrères qui exerce en Égypte prétend lui devoir la conservation de sa propre existence.

Tant de moyens efficaces m'effrayent, messieurs. J'ai bien peur que leur plus grand mérite ne tienne à leur insignifiance, et qu'ils n'aient dû leurs succès au rétablissement spontané des maladies ; car, je le répète encore, beaucoup d'atteintes de choléra ne sont pas mortelles et guérissent par les seuls efforts de la nature.

Restons cependant dans le doute philosophique, et attendons que l'expérience ait prononcé.

Je ne parlerai que pour mémoire de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, de la strychnine, de la brucine et autres alcaloïdes dont on a proposé l'emploi à titre de méthode substitutive.

Les bons effets de cette médication sont encore à expérimenter.

Quant aux anthelmintiques, conseillés par M. Grot, leur emploi doit être subordonné à la découverte des vers qu'il signale dans le choléra. Hors de là, ils ne sauraient être qu'insignifiants à côté des médications si énergiques que nous venons de passer en revue.

Tels sont les différents ordres de moyens conseillés contre le choléra-morbus. Vous distinguerez aisément ceux qu'une saine pratique recommande, de ceux-là qui n'ont pour appui qu'une hypothèse plus ou moins spécieuse.

Tant que nous n'aurons point de spécifique réel, je crois qu'il faudra nous en tenir aux moyens de la médecine usuelle et aux pratiques générales qui nous ont été transmises comme l'expérience des siècles. Il ne faut qu'en savoir faire une application judicieuse. Là est la difficulté de notre art, sans doute, mais là aussi est le mérite du praticien.

Il saura faire un choix raisonné et surtout s'abstenir de cet amalgame de médicaments hétérogènes si bizarrement accouplés dans certaines prescriptions, que le moindre inconvénient est qu'ils se neutralisent les uns les autres.

Il s'élèvera à des vues d'ensemble et ne cherchera plus le remède à chaque symptôme, comme le font par exemple ceux qui veulent calmer les crampes par les opiacés et relever l'organisme par les excitants cutanés. C'est là, si je ne me trompe, prétendre à la fois éveiller les terminaisons nerveuses et engourdir leurs origines.

Quelle que soit la théorie qu'il adopte, la thérapeutique qui en découlera sera rationnelle et conséquente, et il saura faire la lumière au milieu de ce tohu-bohu de médicaments auquel, comme au chaos ancien, on pourrait justement appliquer les épithètes de *rudis indigestaque moles*.

J'ai été bien long, et cependant je ne puis finir sans appeler votre attention sur un procédé que j'expérimente depuis quelque temps, et qui consiste à faire pénétrer les médicaments par les voies aériennes.

Dans les cas de choléra, et vu l'intolérance presque absolue du tube digestif et l'anéantissement de l'absorption cutanée, cette nouvelle voie médicamenteuse pourrait être tentée avec avantage.

Nous savons déjà, par le chloroforme et l'éther, combien elle est rapide et directe; tout semble indiquer qu'en appropriant la nature des vapeurs aux indications à remplir, on obtiendrait des résultats satisfaisants.

Je vous livre ces réflexions en attendant que j'aie l'occasion de vous communiquer le résultat de mes recherches spéciales.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE SUR UNE MODIFICATION DE LA SONDE A DARD POUR LA TAILLE HYPOGASTRIQUE; communiquée à l'Académie de médecine, dans la séance de mardi dernier, par M. LANDOUZY, professeur à l'Académie de médecine de Reims.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une sonde à dard modifiée de manière à éviter l'introduction préalable de l'algalie ordinaire, lorsqu'on fait précéder la taille hypogastrique de l'injection de la vessie.

A la partie supérieure de la sonde à dard de frère Côme, j'ai soudé un ajutage creux qui communique obliquement avec l'intérieur de la sonde,

et qui se ferme à volonté, soit au moyen d'un petit robinet, soit au moyen d'un bouchon de bois ou de cire. Or, comme la tige du dard ne remplit pas assez la sonde pour empêcher le passage du liquide, il en résulte qu'une seringue à injection étant fixée sur l'ajutage, le liquide pénètre facilement dans la vessie.

Les anciennes sondes à dard peuvent toutes recevoir cette légère addition ; il suffit de s'assurer préalablement que l'eau passe avec liberté entre le dard et les parois de la gaîne.

Il y a déjà deux ans que j'ai fait exécuter cette modification par M. Charrière, après une opération de taille hypogastrique dans laquelle l'état de l'urètre avait rendu les deux cathétérismes très-pénibles et notablement allongé l'opération ; mais je n'avais encore essayé l'instrument que sur le cadavre, lorsqu'au mois de juillet dernier j'eus occasion de le soumettre à une épreuve définitive dont voici l'exposé sommaire :

Le 24 janvier 1848, j'avais pratiqué, avec l'aide de mes confrères MM. Collinet et Faille, la taille latéralisée au sieur M..., de Tagnon (Ardennes), sans qu'il eût été possible d'extraire le noyau du calcul.

La lame du lithotome avait été écartée de 30 millimètres, et la plaie portée presque immédiatement à 35 millimètres, à l'aide du bistouri boutonné. Dès les premières tentatives d'extraction, une seconde incision de 20 millimètres environ avait été faite à droite, et malgré cette ouverture, qui ne pouvait être plus considérable sans dépasser les limites de la prostate, il fut impossible d'extraire le calcul.

Les tenettes abandonnaient la pierre dès les premiers efforts de traction et revenaient chargées chaque fois d'un épais mortier formé par sa substance corticale. Nous avions essayé en vain de la briser : les branches des plus fortes tenettes à forceps se faussaient sans la rompre, et le litholabe d'Heurteloup ne pouvant, en raison du volume de la pierre, la saisir que par une petite partie de son contour, s'échappaient en sillonnant la substance corticale dès qu'on faisait mouvoir le pignon.

L'indication était manifeste ; il fallait, à l'exemple de Franco, et comme l'avait fait quelques jours auparavant mon ami le docteur Voillemier à l'Hôtel-Dieu de Paris, pratiquer immédiatement la taille suspubienne. Mais l'éther avait produit chez le malade un état d'exaltation qui allait jusqu'à la fureur, et la prudence nous ordonnait d'ajourner.

La convalescence se fit rapidement. Pendant les premiers mois qui suivirent, le malade souffrit beaucoup moins qu'avant l'opération, mais les douleurs redevinrent bientôt intolérables, et, le 4 juillet, assisté de mes confrères Collinet, de Tagnon ; Canard, de Voisigny ; Jolly, de Rethel ; Faille, de Juniville ; Godard, de Gomont ; et de M. Coutin, élève en médecine, je pratiquai la taille hypogastrique.

Le malade ayant été soumis à l'inhalation du chloroforme, la sonde à dard fut introduite, et l'injection poussée aussitôt par mon ajutage. L'incision des parois abdominales n'offrit aucune difficulté ; l'ouverture de la vessie fut facilitée par la saillie du dard, et la pierre rapidement extraite, après un débridement de quelques lignes sur les tissus tendus par l'écartement des tenettes.

Le calcul offrait 80 millimètres dans son plus grand et 75 dans son plus petit diamètre.

A en juger d'après les fragments de coque encore intacts sur le noyau, il avait 10 millimètres de plus, lors de la première opération, c'est-à-dire avant que la première couche n'eût été enlevée presque entièrement par les tenettes.

La guérison complète eut lieu sans la moindre fièvre, sans le moindre accident, et, moins d'un mois après, le malade avait repris ses travaux.

Cette modification, si simple qu'on ose à peine en revendiquer l'invention, si naturelle que je serais surpris de ne pas apprendre qu'elle a déjà été faite par d'autres avant moi, cette modification engagera sans doute à recourir plus souvent à l'emploi simultané de l'injection et de la sonde à dard.

Malgré l'utilité si incontestable de ces moyens auxiliaires, les chirurgiens hésitent souvent, en effet, à les employer ensemble : d'une part, en raison des douleurs que provoque quelquefois un double cathétérisme et des difficultés qu'il rencontre chez un certain nombre de calculeux, et d'une autre part, en raison de l'allongement notable qu'en éprouve l'opération.

On se trompe évidemment quand on regarde la sonde à dard comme dispensant de l'injection vésicale, et l'injection comme dispensant de la sonde. Ces deux moyens se complètent mutuellement et n'ont pas le même résultat.

L'injection éloigne le péritoine en distendant la vessie, et donne à l'incision des parois abdominales une sécurité qu'aucune autre précaution ne saurait égaler. La sonde à dard élève seulement un des points de la vessie, permet au chirurgien de fixer un lieu d'élection pour l'incision du viscère, et fraye au bistouri une voie assurée pour arriver dans sa cavité.

A la rigueur, l'injection peut remplacer la sonde à dard, mais la sonde à dard ne peut remplacer l'injection. De telle sorte que substituant la sonde à dard à l'algalie ordinaire pour faire l'injection, on reste libre de se servir du dard ou de le laisser dans sa gaîne, selon les conditions qui se présentent pendant l'opération.

Quant à remplacer l'injection par un moyen plus simple, c'est-à-dire par la sécrétion naturelle, en recommandant aux malades de retenir leurs urines pendant plusieurs heures avant l'opération, c'est là un de ces conseils donnés par les théoriciens seuls, et dont le moindre inconvénient est de ne pouvoir être mis en pratique une fois sur cent.

Sans doute, il est un moyen de porter l'opération à son maximum de simplicité : c'est de s'en rapporter aux seules données anatomiques, et d'opérer sans la sonde de frère Côme, sans injection préalable, et même sans avoir essayé de faire conserver les urines dans la vessie ; mais ces prétendues simplifications compliquent étrangement l'opération. Très-faciles sur le cadavre, très-bonnes dans les cours, comme exemple de dextérité chirurgicale, si elles rendent plus court, dans la pratique, le début de l'opération, elles peuvent l'allonger considérablement à la fin, lorsqu'on arrive au péritoine et à la vessie, surtout chez les malades dont les parois abdominales sont chargées de tissu cellulaire ou fortement contractées.

En résumé, la taille hypogastrique étant, dans certains cas donnés, et en particulier quand la pierre a plus de 6 centimètres de diamètre, la seule méthode rationnelle de cystotomie, et cette opération étant rendue plus facile et plus sûre par l'injection et la sonde à dard, il y a avantage manifeste à remplir ce double but à l'aide d'un seul instrument, et à faire, par conséquent, à la sonde de frère Côme la légère addition que je propose.

Je n'attache, on le pense bien, aucune importance à une idée aussi simple, et je me serais reproché même d'en entretenir l'Académie, si je ne savais combien sont précieuses à ses yeux les moindres modifications, lorsqu'elles ont pour résultat d'enlever quelques instants à une opération, quelques douleurs à un opéré, sans diminuer surtout la sécurité de la méthode.

CLINIQUE MÉDICALE.

REVUE CLINIQUE DU CHOLÉRA.

L'épidémie continue à s'étendre sur toute la capitale et à se propager d'une manière presque uniforme entre les différents quartiers ; aussi tous les hôpitaux y participent-ils maintenant pour une part à peu près égale. Avant d'entrer dans les détails des faits, nous allons présenter un résumé rapide et succinct du mouvement de l'épidémie dans chaque hôpital sous le point de vue du nombre des malades entrés, et du nombre des décès.

Les différents hôpitaux et hospices qui ont participé jusqu'ici à l'épidémie sont :

HÔPITAUX GÉNÉRAUX :

L'Hôtel-Dieu,	Necker,
La Charité,	Saint-Antoine,
La Pitié,	Sainte-Marguerite.
Beaujon,	

PARMI LES HÔPITAUX SPÉCIAUX ET HOSPICES :

Le Val-de-Grâce,	Les Enfants malades,
Le Gros-Caillou,	L'hôpital des Cliniques,
Saint-Louis,	La Maternité,
La Salpêtrière,	Lourcine,

Dans la plupart de ces hôpitaux, le nombre des malades pris dans l'intérieur de l'établissement a été plus considérable que celui des malades venus du dehors. Nous regrettons de ne pouvoir présenter des chiffres comparatifs sur ce point. Nous sommes obligés de nous en tenir au nombre des malades et des décès.

Voici comme ils se sont répartis :

	Total.	Décès.
HÔPITAUX GÉNÉRAUX.		
Hôtel-Dieu.	79	31
Charité.	77	39
Pitié.	62	39
Beaujon.	31	19
Necker.	17	9
Saint-Antoine.	33	19
Sainte-Marguerite. . . .	6	4
HÔPITAUX SPÉCIAUX.		
Val-de-Grâce.	37	13
Gros-Caillou	38	15
Saint-Louis.	39	25
La Salpêtrière.	197	139
Bicêtre	»	»
Enfants malades.	13	5
Hôpital des Cliniques. .	10	7
	636	357 (1).

(1) Nous ne présentons ces chiffres qu'avec réserve. Ils se composent de ren-

Ainsi que l'a fait connaître M. Dubois, le nombre des malades atteints dans les hôpitaux mêmes, formant un chiffre de 242, était mardi dernier beaucoup plus considérable que le nombre des malades venus du dehors. Toutefois il est une remarque à faire, c'est que depuis, le nombre des malades venus du dehors a progressivement augmenté par rapport à ceux qui avaient été atteints dans les hôpitaux. La raison de cette différence n'est pas seulement parce que, que l'on nous passe l'expression, la matière première finit par manquer, et que le nombre des malades qui existaient dans les hôpitaux diminue; elle paraît tenir aussi à un développement plus marqué de l'épidémie.

Une deuxième remarque que nous ferons, c'est que les hôpitaux spéciaux offrent une proportion beaucoup plus considérable de malades atteints au sein de l'hôpital. Sous ce rapport, l'épidémie de la Salpêtrière est extrêmement remarquable, et l'hôpital des Cliniques (service des femmes en couches) aurait sans doute offert la même particularité, si l'on n'avait aussitôt pris la sage précaution d'évacuer toutes les malades.

Tous ces faits, qui n'avaient pas été notés au même degré pendant l'épidémie de 1832, offriront matière à des considérations importantes sur le mode de propagation de la maladie.

Relativement aux malades apportés du dehors, on n'a pas remarqué jusqu'à présent qu'aucun des quartiers de Paris eût eu le triste privilége de les fournir tous, ou d'en donner une proportion beaucoup plus forte. Tous paraissent y avoir contribué à peu près pour la même part. Ajoutons toutefois que, loin de diminuer, l'influence de l'épidémie semblerait s'être accrue depuis notre dernière revue, ceci considéré par rapport au nombre des cas.

Relativement à l'intensité de la maladie, tous les médecins ont remarqué que le nombre des cas très-graves tend à diminuer de plus en plus, et qu'au contraire ceux à périodes plus complètes, à marche plus lente, sont devenus infiniment plus nombreux.

Les formes générales de la maladie paraissent beaucoup moins précises qu'au début de l'épidémie, et surtout qu'en 1832. A part les symptômes très-caractéristiques, comme la diarrhée, les vomissements, les crampes et la suppression des urines, tout le monde a remarqué une très-grande variation dans les phénomènes accessoires, et surtout dans la combinaison des phénomènes cholériques avec les symptômes des maladies régnantes. A l'égard de ces dernières, on peut dire même qu'elles ont conservé une certaine partie de leur influence dans la physionomie de la constitution médicale.

Cependant les résultats de toutes ces influences par rapport à la mortalité ne paraissent pas être jusqu'ici plus favorables qu'en 1832. Si la maladie dure généralement plus longtemps, si les malades luttent avec une apparence de succès, la mort n'en finit pas moins par être aussi fréquente; en un mot, le cachet cholérique paraît moins franc, moins tranché. Sur un nombre total de 636 malades, il y a jusqu'à présent 357 morts.

Les cas particuliers que nous avons recueillis avec détails nous ont semblé propres à compléter les lumières déjà fournies par nos précédentes revues : 1° sur les formes de la maladie; 2° sur la période prodromique; 3° sur les rapports de l'épidémie avec les maladies régnantes, le choléra combiné avec d'autres maladies ou enté sur elles, sur les transformations de la maladie et sur la physionomie de l'épidémie; 4° enfin sur quelques influences exercées par les traitements employés.

PREMIÈRE SECTION.

FORMES DE LA MALADIE.

Parmi les particularités que nous avons à noter sous le rapport des formes de la maladie, nous citerons les caractères spéciaux et divers de la diarrhée prodromique, quelques cas offrant la forme intermittente ou rémittente, quelques autres compliqués de symptômes cérébraux caractérisés, enfin quelques cas de cette forme excessivement rare que l'on a désignée sous le nom de choléra sec.

SUITES DE COUCHES; CHOLÉRINE VERTE (CINQ JOURS); COLIQUES; SELLES BLANCHES; DOULEURS CARACTÉRISTIQUES; CONVALESCENCE (Hôtel-Dieu. — Service de M. ROSTAN).

OBS. I. — Laveil (Joséphine), 21 ans, lingère, rue Saint-Jacques, entrée le 26 février salle Saint-Antoine n° 3, enceinte de six mois, pour malaise durant depuis le commencement de sa grossesse; elle accouche le jour même de son entrée; suites de couches naturelles, sans accidents, accompagnées de faiblesse seulement. Le 13 mars, sans cause appréciable, elle est prise de dévoiement; elle a dans la journée six selles vertes, bilieuses, avec coliques au moment où elle les rend, mais point dans l'intervalle; conservation de l'appétit, pas de céphalalgie. Cette diarrhée persiste avec les mêmes caractères et la même fréquence à peu près, sans autre nouveau symptôme, jusqu'au 18 mars. Ce jour-là (dimanche) elle est prise, à quatre heures de l'après midi, de crampes très-douloureuses dans les jambes les pieds et les mains, de diarrhée plus abondante que les jours précédents, offrant les caractères de la diarrhée cholérique et accompagnées d'un sentiment de douleur différent des coliques des jours précédents; froid aux extrémités et à la face, langue sèche et noire; vomissements de matières blanches mêlées d'un peu de bile, avec crampes d'estomac; céphalalgie. Le reste de la journée elle a quatre ou cinq vomissements semblables, et des nausées presque continues dans l'intervalle; les selles continuent. (Bain chaud à 42 degrés; eau de Seltz; camomille chaude).

Même état la nuit suivante et le 19 au matin. Dans la soirée du 19, amélioration, crampes diminuées; selles et vomissements.

Le 20 au matin les vomissements ont cessé. Un lavement amylacé et laudanisé donné la veille a été gardé.

Les jours suivants 21 et 22, plus de vomissements ni de nausées; quelques selles peu copieuses.

Le 23, la malade vomit encore un bouillon; elle n'a plus de diarrhée; la céphalalgie est entièrement dissipée.

Le 24, elle est en pleine convalescence.

Cette observation est remarquable sous deux points de vue principaux : sous le rapport de la coloration verte de la diarrhée, accompagnée de coliques, et sous le rapport de la transformation de la couleur de la diarrhée, devenue blanche, transformation qui a coïncidé avec un changement de caractère dans les douleurs abdominales. C'est un fait que nous avions déjà noté à une époque antérieure, mais sur lequel nous fixons l'attention d'une manière toute spéciale, et que nous recommandons de plus en plus aux observateurs, que le caractère particulier de la couleur de la diarrhée, et la coexistence de certaine coloration avec des coliques. Dans presque tous les cas de diarrhée jaune ou verte, il y a des phénomènes d'irritation, tandis que, dans les cas de diarrhée blanche, l'intestin semble être frappé d'impuissance de réaction, à tel point que, dans beaucoup de circonstances, les malades n'ont pas même la conscience de l'évacuation. Tel est le cas suivant.

CHOLÉRA CONFIRMÉ APRÈS QUATRE JOURS DE PRODROMES EXTRÊMEMENT CARACTÉRISÉS (60 SELLES PAR JOUR). (Hôtel-Dieu. — Service de M. CHOMEL.)

OBS. II. — Bastard (Victor), 49 ans, journalier, habitant le quartier Popincourt, mal nourri, a été pris, dans la nuit du 18 au 19 mars, sans aucune cause occasionnelle particulière, sans avoir commis aucun écart de régime, d'une diarrhée extrêmement abondante et des mieux caractérisée. Il s'était couché à peu près bien portant; il avait eu seulement moins d'appétit, et avait moins mangé qu'à l'ordinaire. A 11 heures du soir, il éprouva une sensation de froid dans le dos et dans les fesses; il s'aperçut alors qu'il avait fait sous lui; ses draps et sa chemise étaient tout trempés. A peine avait-il repris son sommeil, qu'il fut réveillé par un nouveau besoin d'aller à la selle; il descendit aussitôt dans la cour pour y satisfaire. Mais à peine ce besoin était-il satisfait qu'un autre se faisait sentir, et chaque fois il descendait dans la cour. Il est descendu ainsi vingt fois dans le courant de la nuit, en chemise, aimant mieux endurer le froid que de s'exposer de nouveau à salir son lit. Les premières selles étaient jaunâtres, mais elles devinrent bientôt blanchâtres. Le lendemain matin, il n'eut rien de plus empressé que de se rendre au canal pour laver son drap et sa chemise. De retour chez lui, il eut encore de cinquante à soixante évacuations blanchâtres dans le cours de la journée. Il s'affaiblissait sensiblement.

Dans la journée du mardi et la nuit du mardi au mercredi, les selles continuèrent avec la même abondance et l'affaiblissement allait croissant; il s'y était joint une céphalalgie assez intense et une soif vive. Le mercredi matin, le malade ressent pour la première fois des crampes et est pris de vomissements. Entré à trois heures et demie à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n° 13, on constate l'état suivant : voix altérée; peau froide, terreuse et un peu violette; selles abondantes de matières blanches, sans odeur fécale; vomissements également caractéristiques.

On réchauffe le malade au moyen d'un appareil caléfacteur produisant une chaleur artificielle sèche.

Le jeudi matin 22, à la visite, la voix est toujours altérée, voilée, mais non entièrement éteinte; expression d'accablement; contraction de la face; crampes et douleurs vives des parois abdominales; pouls à 96, petit; langue fraîche; céphalalgie persistante; point d'urine depuis vingt-quatre heures. (Un large vésicatoire à l'épigastre; décoction blanche et eau de Seltz; potion avec extrait thébaïque, 0,5; lavement avec opium.)

Le 23, même état, sauf le retour de la chaleur; même prescription.

Le 24, amendement notable : la diarrhée est arrêtée; encore quelques vomissements. Depuis ce moment la diarrhée n'a plus reparu; il y a même constipation; plus de vomissements; prostration.

Du 25 au 28, le malade va de mieux en mieux. Bouillon.

Le 29, convalescence franche.

Dans ce cas, l'absence de toute colique a coïncidé avec un nombre prodigieux de selles, soixante environ dans la nuit. La diarrhée était blanche, extrêmement abondante et caractéristique. Malgré ces conditions, si défavorables en général, et malgré les nombreuses imprudences commises par le malade, et qui devaient faire porter un pronostic extrêmement grave, on

seignements officiels jusqu'au jeudi. Nous les complétons à l'aide de renseignements officieux jusqu'au vendredi cinq heures.

remarquera toutefois que la maladie n'a pas été en rapport d'intensité avec la violence de la période prodromique.

Le fait suivant, confirmatif de celui qui précède, offre une particularité encore plus remarquable.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE ANCIENNE, PLUS FORTE DEPUIS TROIS JOURS, SANS COLIQUES; APPÉTIT CONSERVÉ; RÉACTION NERVEUSE TRÈS-INTENSE; PHÉNOMÈNES CÉRÉBRAUX. (Hopital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. III. — Leroy des Barres, âgé de 18 ans, engagé volontaire du 29e de ligne, caserné à l'Hôtel-de-Ville, entre au Val-de-Grâce le 24 mars, salle 25, n° 19.

Assez bien constitué, pas de maladies antérieures; diarrhée habituelle depuis son arrivée à Paris. Depuis deux jours, le 21 et le 22, malaise; selles plus nombreuses, plus abondantes, sans aucune colique ni douleur de ventre; appétit conservé. Les matières rendues sont blanches, grumeleuses.

Le 23, la diarrhée devient encore plus considérable; à midi, commencement des vomissements; cinq à six jusqu'au soir. Sensation de froid. Dans la nuit du 23 au 24, douleurs dans la région lombaire.

Le 24, apporté à l'hôpital à huit heures du matin. Pouls 96, presque imperceptible; extrémités algides; langue froide, un peu sèche. Soif très-vive; les yeux caves, cerclés de bleu foncé; un peu de douleur dans la région iliaque droite. Un vomissement et une selle ce matin; le malade se plaint de ne pouvoir dormir, et demande à boire à chaque instant. (Bain d'air chaud; tilleul édulcoré; glace en fragments; potion ammoniacale et opiacée; frictions.)

Le 25, pouls filiforme à 84; cyanose des mains et de la face par plaques; état algide; yeux caves; langue jaunâtre, sèche; quelques nausées; cinq à six selles riziformes; éruption pétéchiale sur le ventre et le devant de la poitrine.

Le soir, pouls à 96; cyanose; froid des extrémités; conjonctives hypérémiées, plus de chassie sur les yeux. Délire, agitation; il a fallu lui mettre le gilet de force, et quatre hommes ont à peine suffi pour le maintenir. Pas d'évacuations; ni selles ni vomissements. Pas d'urines; soif intense; douleurs épigastriques assez légères; narines pulvérulentes. (Potion avec 2 grammes d'éther et 10 centigrammes d'opium; saignée conditionnelle; on a mis des sinapismes pendant la nuit.)

Le 26, il a dormi, disent les infirmiers, depuis minuit jusqu'à six heures. Agitation seulement pendant l'application des sinapismes. Légère cyanose encore; état algide; absence de pouls radial. Pouls carotidien très-faible. Visage égaré; yeux ternes, chassieux; alternatives de délire violent et d'affaissement. Respiration à 30 par minute, profonde, bruyante, inégale; marbrures et cyanose; de loin en loin, les sinapismes ont déterminé une coloration violacée des téguments. Le malade a par moments des envies de mordre. (Frictions; tilleul; potion avec 0,10 d'opium, 4 grammes d'éther; sinapismes aux extrémités; frictions ammoniacales; bain d'air chaud; diète.)

Mort dans la journée.

Dans ce fait, non-seulement la diarrhée blanche a coïncidé avec l'absence de toute colique, mais avec la conservation de l'appétit. Néanmoins la maladie a été des plus graves et marquée par un délire extrêmement violent, ainsi que par une éruption de taches pétéchiales. C'est la seconde fois que cette dernière circonstance, fort rare, a été remarquée par nous sur les malades du Val-de-Grâce.

Le fait qui suit est sans contredit l'un des plus curieux et des plus intéressants qui aient été observés jusqu'ici dans l'épidémie.

CHOLÉRA SEC; ACCÈS FOUDROYANT; ANTÉCÉDENTS MALADIFS (Hôtel-Dieu. — Service de M. CHOMEL.)

OBS. IV. — Baraud (Louise-Marie), 23 ans, blanchisseuse, rue du Paon-Saint-Victor (12e arrondissement), entrée le 21 mars à quatre heures de l'après-midi, avait été prise soudainement le même jour à deux heures, pendant qu'elle était au bateau, d'un violent mal de tête; elle a perdu aussitôt connaissance, elle était froide et violette, d'après ce que lui ont dit depuis ses voisines; elle est restée une heure et demie sans connaissance. Lorsqu'elle est revenue à elle, elle avait des crampes aux jambes et aux doigts des mains; elle n'a eu ni selles ni vomissements. Elle avait ses règles au moment de l'invasion, elles se sont arrêtées et n'ont pas reparu depuis. Lorsqu'on l'a apportée à l'Hôtel-Dieu, elle était froide, cyanosée, sa face était entièrement violette, le pouls était très-faible, à 96, presque insensible aux radiales; respiration très-précipitée (60); crampes très-vives dans les mollets et dans les avant-bras; nausées presque continuelles; douleurs de tête et d'estomac; les urines n'étaient pas entièrement supprimées, mais très-rares; le ventre était distendu et dur, la malade y accusait un sentiment de tension et de pesanteur. Cette femme n'a pas eu une seule selle ni un seul vomissement avant ni depuis l'invasion.

On se borne à prescrire les moyens de calorification et des frictions sèches.

22. Dans les vingt-quatre heures amélioration notable; la malade n'a pas l'expression cholérique, la face est un peu violacée, mais beaucoup moins cyanosée que la veille, le pouls est large, souple et d'une certaine force, peau chaude, halitueuse, peu de crampes; la malade a rendu un peu d'urine dans la nuit, le ventre est toujours distendu et ferme.

Saignée du bras, cataplasmes sur le ventre, lavements, boissons mucilagineuses, eau de gomme, etc.

23 et jours suivants, amélioration croissante; continuation des mêmes moyens, moins la saignée.

28. Convalescence.

Nous avons appris depuis par cette malade dont l'intelligence paraît peu nette, et de qui nous n'avons pu obtenir que des renseignements très-vagues, qu'elle était malade depuis deux ou trois mois, elle avait des maux de cœur et des douleurs de tête presque continuelles; elle assure n'avoir remarqué aucun changement notable dans l'état habituel de sa santé avant le jour de l'invasion des symptômes cholériques.

Voilà un type de choléra sec, dans toute la rigueur de l'expression. Dans ce fait, on a noté une absence complète de toute évacuation pendant la période intense de la maladie, ce qui explique l'absence de toute diarrhée prodromique. On remarquera néanmoins que le sujet était depuis longtemps maladif. Dans les cas de ce genre, ne peut-on pas considérer l'absence d'évacuations prodromiques et de coliques comme la preuve d'une espèce de sidération du système central de la vie, caractérisée par l'absence de toute réaction organique? C'est ce qui arrive en effet dans les empoisonnements dont l'action se porte sur le système nerveux central.

Il ne faudrait pas confondre les cas qui précèdent avec ceux d'une autre catégorie dans lesquels les vomissements cessent après l'invasion de la maladie, et dans lesquels aussi le défaut d'évacuation ne tient pas à une absence de sécrétion, mais à l'insuffisance des forces excrétoires pour déterminer l'expulsion au dehors des matières contenues dans le tube digestif.

Tel est le fait suivant :

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE DEPUIS SIX SEMAINES, PLUS FORTE DEPUIS QUATRE JOURS; A PARTIR DE L'INVASION, CYANOSE ET PROSTRATION POUR TOUT SYMPTÔME; PAS D'ÉVACUATIONS; CHALEUR NORMALE.

OBS. V. — Rousseau, âgé de 27 ans, six ans de service, du 41e régiment de ligne, caserne de Lourcine, entre à la salle 21, le 22 mars, pour une diarrhée peu abondante. Il habite Paris depuis un mois et demi; depuis ce moment, il a la diarrhée.

D'une bonne santé habituelle, il y a trois mois cependant, il fut pris, à Angers, d'une diarrhée semblable à celle-ci. Il a fait dix-huit mois de séjour en Afrique, sans éprouver la moindre maladie. Il y a maintenant deux ans qu'il est rentré en France. Lorsqu'il a été admis à l'hôpital, il avait, outre son dérangement de corps, quelques douleurs de ventre, quelques crampes de temps en temps.

Le premier vomissement a eu lieu le 25 mars. Dans la nuit du 25 au 26, deux vomissements; pas de crampes ni de douleurs des membres; pas de selles. Transporté à la salle 25, n° 8.

Le 26, à la visite du matin, cyanose très-prononcée; face amaigrie; les yeux caves, avec cercle un peu violacé. Hypérémie des conjonctives, qui sont chassieuses. Pouls 84, filiforme. Prostration des forces; le malade dit avoir uriné ce matin en se présentant sur le bassin, où il n'a rien rendu par l'anus. Chaleur normale du corps. Pas de refroidissement des extrémités; pas de crampes; langue sèche, croûteuse; bandelette nacrée des gencives; épigastre à peine un peu douloureux. Ni selles, ni vomissements. (Potion stimulante ordinaire, sans opium; bain d'air chaud; frictions avec liniment ammoniacal camphré.)

Le 27, pouls à 90, moins faible; cyanose toujours aussi forte; peau chaude, yeux caves, chassieux; narines pulvérulentes. Ventre indolent.

Le 28, pouls 70, faible, petit, prostration; voix meilleure.

Le 29, pouls 84, nuit calme, prostration moindre, yeux caves; ventre souple, un peu développé. Urines claires. (Bouillon.)

Ici, la cessation des évacuations ne saurait être attribuée qu'à l'accumulation des matières par suite d'inertie intestinale. Beaucoup de praticiens ont déjà cité des faits de ce genre dans lesquels l'autopsie révèle une accumulation plus ou moins considérable de liquides cholériques dans les intestins.

DEUXIÈME SECTION.

PÉRIODE PRODROMIQUE.

Nos observations, comme celles de la plupart des médecins des hôpitaux, confirment de plus en plus le fait, aujourd'hui incontestable, d'une période prodromique du choléra, et de l'extrême prédominance de la forme diarrhéique de cette période. Les faits exceptionnels constatés depuis le commencement de l'épidémie sont tellement rares qu'il est en quelque sorte impossible de les compter. Nous n'en avons rencontré jusqu'ici que *trois* sans prodromes, du moins parmi ceux qu'il nous a été permis d'observer avec soin et par nous-mêmes. Pour éviter toute contestation à cet égard, nous devons faire remarquer que dans plusieurs cas, des médecins, très-bons observateurs d'ailleurs, n'ont pas poussé leurs investigations à un degré suffisant pour obtenir tous les renseignements convenables. Cela s'explique, d'une part, par le grand nombre de malades qu'ils ont à interroger chaque jour, et d'autre part, peut-être par l'importance moindre qu'ils attribuent à la constatation de ce fait.

Nous avons été témoins de quelques méprises de cette espèce, et nous ne saurions trop engager les honorables chefs de service à insister encore davantage sur les investigations relatives à cet ordre de phénomènes.

Pour nous, qui sommes de plus en plus convaincus de la généralité de cette loi, nous n'en recueillerons pas moins avec le plus grand soin tous les faits qui sembleraient y échapper. Car c'est ici le cas de répéter que l'*ex-*

ception confirme la règle. Il s'agira de voir en effet si, dans les cas dits exceptionnels, il ne se rencontre pas des circonstances propres à les expliquer et à conduire l'observation ultérieure à déterminer d'avance les conditions de ces variations.

Le fait que nous rapportons ci-dessous semble être de cette nature.

CHOLÉRA ASIATIQUE ; SANTÉ PARFAITE ; PAS DE PRODROMES ; INVASION FOUDROYANTE ; MORT. (Cas recueilli dans la pratique de M. le docteur CHARLES GÉRARDIN.)

OBS. VI.—Le nommé Pierre Albaret, 28 ans, Savoyard, à Paris depuis seize ans, demeurant actuellement rue des Quatre-Vents, 10, où il exerce la profession de fumiste et de portier. Il habite, au fond d'une cour étroite et sombre, une loge humide, où l'on ne peut entrer qu'en descendant trois marches.

Cet homme, robuste, était dans l'état de santé le plus parfait, n'avait ni diarrhée ni le moindre dérangement de corps; il n'avait même pas été à la selle depuis plus de trente-six heures, lorsque, le 22 mars, à neuf heures du soir, se sentant légèrement mal à la tête, il soupa avant de se coucher, dans l'espoir de faire passer son mal de tête. (Sa femme et sa sœur nous ont dit que tous les ans, à pareille époque environ, il était sujet à des douleurs de tête, qui se dissipaient par l'application de quelques sangsues à l'anus.) Son repas fut très-sobre et peu copieux. Albaret se coucha et s'endormit rapidement, sans ressentir aucun malaise.

A minuit, il est réveillé par des crampes, des selles et des vomissements, survenus si subitement, que le malade ne peut se lever et rend ses matières dans son lit. Cependant on parvient à le faire placer sur un vase de nuit à deux ou trois reprises, et il vomit dans une écuelle. Les matières des selles et des vomissements sont blanches comme de l'eau de riz fortement chargée, contenant des grumeaux blancs.

Les évacuations durent toute la nuit, sans coliques, le sujet rendant selles et vomissements dans son lit et sur ses draps. A six heures du matin, M. Gérardin, appelé, trouve le malade cyanosé, froid, surtout aux extrémités; langue froide; yeux caves, cernés; crampes violentes; aphonie complète; suppression des urines depuis qu'il s'est mis au lit hier soir; faiblesse extrême.

La première selle seulement était colorée; pour les suivantes, le sujet n'a pas eu conscience du besoin d'aller à la garde-robe. Il lui semblait, dit-il, que son corps coulait comme un robinet de fontaine. M. Gérardin prescrit sur-le-champ du café à l'eau, très-chaud, quatre à cinq demi-tasses; frictions avec le vinaigre chaud.

A huit heures du matin, il est transporté à l'hôpital de la Charité, où il est couché salle Saint-Charles, n° 2, service de M. Fouquier. Là il est recouvert de sinapismes nombreux et étendus. Pour boisson, eau de Seltz glacée.

A deux heures de l'après-midi, le malade n'est pas réchauffé. Les symptômes ont été plutôt en s'aggravant; depuis qu'il est à l'hôpital cependant, ni selles ni vomissements. Persistance des crampes; la cyanose a augmenté; la peau du malade est de couleur d'ardoise, le refroidissement de la langue plus marqué encore que ce matin.

Mort à trois heures.

De nouveaux renseignements, pris par nous auprès des personnes qui vivent avec lui, ont confirmé de la manière la plus positive ce point, que le malade n'avait pas le moindre dérangement de corps, et qu'habituellement il était constipé. Souvent, lorsqu'il avait été constipé pendant plusieurs jours, il éprouvait un peu de migraine.

La constipation habituelle du sujet ne serait-elle pas une circonstance propre à expliquer l'absence de la diarrhée prodromique, d'autant plus que la céphalalgie paraît avoir remplacé ce symptôme? C'est ce que tendrait à établir l'observation suivante.

CHOLÉRA ASIATIQUE ; PHÉNOMÈNES NERVEUX ; CÉPHALALGIE, DATANT DE QUINZE JOURS ; NEUF HEURES DE DIARRHÉE.

OBS. VII. — Le nommé Dagorn, garde républicain, caserne des Célestins, âgé de 35 ans, quatorze ans de service ; couché le 23 mars, salle 25, n° 38.

Cet homme, d'une robuste constitution, dit n'avoir pas eu de diarrhée ni de dérangement de corps avant sa maladie actuelle. Il se portait très-bien jusqu'au 22 mars. Cependant, depuis une quinzaine de jours, *il avait un peu de céphalalgie, quelques étourdissements* qui l'obligèrent de suspendre, pendant deux jours, son service, qu'il reprit bientôt et continua jusqu'au 23 mars.

Le 23 au matin, invasion soudaine de la maladie. De trois heures du matin à midi, vingt-quatre selles; à midi, deux vomissements; crampes; apporté à neuf heures du soir.

Depuis son admission jusqu'au 24 au matin, cinq ou six vomissements ayant donné 6 litres d'un liquide jaunâtre, avec suspension de grumeaux blanchâtres qui se déposent au fond du vase. Deux selles d'un liquide citronné, ténesme.

Le 24, crampes plus rares que la veille; pouls 94, faible; chaleur médiocre, mais générale. Langue tomenteuse, un peu rouge vers son limbe, blanche à la base; douleurs épigastriques; pas d'urines depuis hier soir; voix faible; la réaction est franchement établie. (Limonade gazeuse; glace en fragments; potion éthérée, sans acétate d'ammoniaque; frictions avec liniment ammoniacal; cruchons d'eau chaude.)

Le 25, pouls à 60, plus de vomissements, urines.

Le soir, la voix est mieux timbrée; pas de vomissements; deux selles liquides, jaunâtres, avec sédiment opaque, riziforme; 2 litres d'urine, avec nuage blanchâtre; urine albumineuse; pouls 84.

Le 26, pouls 78; urines jaunes, précipitant par la chaleur, précipitant aussi, mais moins, par l'acide nitrique, qui leur donne une teinte opaline rosée. Le matin, un vomissement, trois ou quatre selles la nuit, jaunâtres avec dépôt grumeleux caractéristique; quelques crampes légères. Un peu de sensibilité épigastrique à la pression. (Bouillon; quart de vin; eau sucrée, deux pots; frictions avec le liniment ammoniacal.)

Le 27, pouls à 72; langue un peu sèche, rouge; douleurs épigastriques; urines; pas de crampes; voix faible; prostration.

Le 29, pouls à 72; langue jaunâtre; 4 à 5 selles; urines oléagineuses; flocons blancs dans les selles; urines avec traces d'albumine.

Ici en effet les prodromes nerveux ont duré quinze jours, et la diarrhée prodromique neuf heures seulement. Il sera donc utile d'étudier si la prédominance, d'une part, des symptômes nerveux, et l'absence ou l'exiguïté de la diarrhée prodromique ne sont pas deux termes qui se compensent. C'est ce que tend encore à confirmer l'observation suivante.

PRODROMES NERVEUX UN MOIS ; PRODROMES DIARRHÉIQUES TRENTE-SIX HEURES ; CHOLÉRA CONFIRMÉ. (Hôtel-Dieu, service de M. LOUIS.)

OBS. VIII. — Anne Dumoulin, 55 ans, blanchisseuse, demeurant rue Beaubourg (7e arrondissement), a été prise le 24 mars, à dix heures du matin, de coliques, diarrhée, vomissements et crampes dans les pieds et dans les mains; elle avait la diarrhée depuis la veille seulement; elle était allée cinq à six fois à la selle en matières jaunes avec de très-légères coliques; elle avait des maux de tête et des étourdissements depuis un mois. Dans la nuit du samedi au dimanche, continuation de la diarrhée avec coliques supportables; les selles étaient verdâtres, bilieuses et contenaient des grumeaux que la malade compare à de la graisse.

Entrée le dimanche 25 à dix heures soir, la malade avait les extrémités froides et légèrement cyanosées, des crampes et des douleurs dans le ventre; pouls petit et faible; plus de vomissements ni de garde-robes; urines supprimées.

La réaction s'établit avec une grande facilité les jours suivants; ni vomissements ni selles; plus de crampes; urines; peau chaude; pouls fort et développé; céphalalgie. On combat ce dernier symptôme par des évacuations sanguines locales et des révulsifs.

Le cas suivant est propre à compléter cette deuxième série.

ACCIDENTS CHOLÉRIFORMES APRÈS INGESTION DE 125 GRAMMES D'EAU-DE-VIE ; RETOUR RAPIDE A LA SANTÉ.

OBS. IX. — Charton, âgé de 24 ans, 18e régiment de ligne, caserné à l'île Louviers, est apporté à l'hôpital le 23 mars dans la journée.

Le 23 mars, vers neuf heures du matin, cet homme était dans un état de santé parfaite; il but environ 125 grammes d'eau-de-vie. Une heure après, il tombe dans la rue; porté chez le commissaire de police qui le dirige sur le Val-de-Grâce, où il est couché salle 25, n. 13.

Peu après l'entrée, on trouve le pouls à 92, faible; chaleur générale peu prononcée; cyanose, principalement de la face; refroidissement des extrémités. Yeux caves; pupilles un peu dilatées; assoupissement; réponses laborieuses, mais justes; intelligence conservée, quoique paresseuse. Dès que l'on cesse de fixer son attention, il retombe dans l'assoupissement. Langue nette; ventre douloureux à la pression; pas d'urines depuis ce matin. Crampes dans les membres supérieurs.

Dans la soirée, le pouls se relève un peu. (Potion avec l'acétate d'ammoniaque; froid sur la tête; rubéfiants aux extrémités; frictions.)

Le 24, pouls 70; chaleur générale revenue; teinte un peu foncée de la peau, qui du reste est naturellement brune. (Infusion de café, 15 grammes pour 100 d'eau; une soupe maigre; limonade; pruneaux.)

Le 25, tous les accidents sont dissipés. Quart d'aliments.

Le 26, guérison complète.

Ici l'on ne saurait accuser la règle d'être en défaut, car il est bien plus question d'un accident qui a pris la forme cholérique que d'un choléra véritable.

Si nous résumons ce que l'observation générale de l'épidémie nous a révélé sur la période d'incubation du choléra, nous dirons que, dans l'immense majorité des cas, cette période a été des plus caractérisées; que, dans un très-petit nombre, elle a été moins apparente, mais *qu'elle n'a jamais manqué*, sinon dans des circonstances tout exceptionnelles; c'est, du reste, ainsi que nous l'avons dit, l'opinion de beaucoup de médecins. Nous citerons, entre autres, M. Gibert, qui a proclamé cette vérité à la dernière séance de l'Académie de médecine; M. Gendrin, qui en a fait le texte habituel de ses conférences cliniques; M. le professeur Lévy, que nous avons entendu souvent insister sur ce point.

Nous devons tenir compte néanmoins des réserves exprimées par M. Chomel pour qui cette vérité, en fait, ne paraîtrait pas encore suffisamment établie, et en application n'aurait pas toute l'importance que nous lui attribuons. Cette légère dissidence de la part de ce professeur distingué n'est

qu'un motif de plus pour les observateurs et pour nous aussi de poursuivre nos investigations avec un nouveau soin.

TROISIÈME SECTION.

RAPPORTS DE L'ÉPIDÉMIE AVEC LES MALADIES RÉGNANTES ; CHOLÉRA COMBINÉ AVEC D'AUTRES MALADIES OU ENTÉ SUR D'AUTRES AFFECTIONS ; TRANSFORMATION DE LA MALADIE ; MODIFICATIONS DANS LA PHYSIONOMIE DE L'ÉPIDÉMIE.

Le fait le plus caractéristique sous ce rapport, c'est la coexistence d'un grand nombre de maladies se développant côte à côte avec le choléra, puis la combinaison du choléra avec d'autres maladies. se partageant pour ainsi dire la scène pathologique par parties égales; puis enfin viennent quelques cas curieux de choléra amoindris par d'autres maladies, ou des affections, qu'on nous passe le mot, légèrement *teintes* de choléra. Nous allons rapporter des faits relatifs à chacune de ces catégories.

CHOLÉRA ASIATIQUE, GREFFÉ SUR UNE FIÈVRE INTERMITTENTE, DONT LE DERNIER ACCÈS A ÉTÉ LE SIGNAL DE L'INVASION ; DIARRHÉE HABITUELLE; MORT; AUTOPSIE. (Hôpital du Val-de-Grâce.—Service de M. LÉVY.)

OBS. X. — Mordret, 24 ans, trois ans de service, du 2e régiment de ligne, caserne de Lizieux (2e étage), entré le 23 mars, à six heures du soir, salle 25, n° 23. D'une constitution médiocre; amaigrissement; sept mois de service en Afrique, où il fut sujet à une diarrhée presque continuelle; il n'eut pas en Afrique de fièvre intermittente. Depuis un an, diarrhée presque continuelle. Il y a sept mois, il eut à Marseille cinq jours de fièvre intermittente. Dans ces derniers temps, trois accès de fièvre intermittente du type tierce, à Paris.

Le dernier accès a eu lieu le 23 mars, à neuf heures du matin ; le 22, trois selles dans la journée; cinq ou six vomissements dans la nuit du 22 au 23 et selles presque incessantes.

A neuf heures du matin, frisson pendant une demi-heure environ; c'était le jour et l'heure auxquels il attendait son accès. Mais le stade de chaleur n'a pas succédé au stade de froid. Le sujet ne s'est pas réchauffé, et des crampes, de la cyanose, se sont déclarées. Le malade a été presque sur-le-champ apporté à l'hôpital.

Etat à l'entrée : cyanose; marbrures violacées sur les mains et les avant-bras; yeux caves, cerclés de noir; froid glacial des membres; état algide général; pas de pouls radial, ni carotidien. On compte au cœur 100 pulsations environ, faibles; crampes incessantes; agitation dans le lit, le malade se portant d'un côté à l'autre; gémissements; 24 inspirations par minute; anxiété profonde; chaleur du corps, 33° c. à l'aisselle; 18 à la main; prostration. (Potion avec éther, acétate d'ammoniaque et laudanum; frictions; bain d'air chaud.)

A une heure de l'après-midi, face glaciale, visqueuse, cyanose générale très-foncée aux mains où la peau est plissée dans le sens de la longueur du membre, sans élasticité, pâteuse, gardant l'empreinte des doigts. Pouls radial nul; selles et vomituritions d'eau de riz grumeleuse; pas d'urines; crampes.

A quatre heures, cyanose complète, état algide général, anxiété et spasmes commençant par l'épigastre, dysphagie; constriction du thorax; cris, terreur, agitation; le malade se dresse sur son lit en agitant convulsivement ses bras d'une manière désespérée. Mort à cinq heures du soir.

A l'autopsie dont nous ne rapporterons pas les détails, lesquels n'ont rien présenté de particulier, psorenterie confluente, plaques; état légèrement congestionné du cerveau, sang noir, poisseux. La rate est plus volumineuse qu'à l'état normal.

CHOLÉRA ASIATIQUE ; INVASION SOUDAINE PENDANT LA PÉRIODE DE FRISSON D'UN ACCÈS DE FIÈVRE INTERMITTENTE.

OBS. XI. — Le nommé Roussel, âgé de 33 ans, du 57e de ligne, caserné au fort de Bicêtre; six mois de séjour à Paris; accès de fièvre intermittente à Lille, dont la guérison complète s'est obtenue. Rechute à Paris; il a déjà eu quatre accès de fièvre. Le 25 mars au matin, au jour et à l'heure où devait se reproduire l'accès, il fut pris à dix heures du matin du frisson habituel qui dura près d'une heure; mais une fois ce stade terminé, la chaleur ne s'est pas établie, la réaction n'a pas eu lieu, et le malade est resté avec une sensation de froid intense, augmentant de plus en plus. Vers midi, la diarrhée se déclare, accompagnée de vomissements, de crampes. Il n'avait pas eu, avant ce moment, de diarrhée, de dérangements de corps, de nausées, ni de vomissements. Les accidents augmentant, il est apporté au Val-de-Grâce à trois heures du matin, et couché au n° 13 de la salle 25.

A la première visite, face grippée, cyanose, excavation des yeux, regard éteint, aphonie, parole lente, gutturale, lèvres froides immobiles, extrémités froides, crampes très-violentes par crises, soubresauts. Selles involontaires. Langue tiède, soif vive; pouls insensible à la radiale et à la temporale; battements du cœur faibles, réguliers, 72 environ par minute; prostration considérable des forces, conservation de l'intelligence. (Frictions, bain d'air chaud, potion excitante.)

Le 26, à sept heures du matin, cyanose complète, marbrures violacées de la peau. Le scrotum, le pénis sont d'une couleur violette foncée. Etat glacial du nez, des lèvres; langue seulement fraîche; pas de pouls aux artères. On compte par l'auscultation 120 battements du cœur, difficiles à percevoir, masqués qu'ils sont par la respiration. Constriction thoracique, ventre douloureux à la pression, urines involontaires, vomissements de matières alimentaires. Pas de selles depuis l'entrée. Crampes incessantes de tout le corps, jactitation, angoisses, peau inerte. (Tilleul avec acétate d'amoniaque, potion stimulante et opiacée, glace, frictions, bain d'air chaud.)

Mort dans la journée.

Ces deux cas, qui offrent une grande analogie, présentent cependant des différences et des particularités dignes d'être notées. Et d'abord, dans les deux cas, c'est le choléra qui est venu continuer en quelque façon pour son compte le paroxysme fébrile.

Mais dans le premier, l'invasion du choléra s'est révélée par une diarrhée prodromique qui n'a pas empêché le caractère de la périodicité de se manifester, tandis que dans le second le début du choléra a eu lieu immédiatement et sans autre phénomène préalable, pendant le stade de froid de la fièvre. Dans tous les deux, du reste, la maladie intermittente a été complétement absorbée par le choléra, et la mort n'a été qu'un témoignage de plus de cette substitution de la maladie épidémique à l'affection primitive.

Dans le cas suivant, c'est le choléra qui paraît avoir cédé le pas à la maladie avec laquelle il s'était combiné.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE COMBINÉE AVEC LE CHOLÉRA. (Hôpital du Val-de-Grâce.—Service de M. LÉVY.)

OBS. XII. — Le nommé Royan, 26 ans, un an de présence au corps, du 28e régiment léger, caserné au fort de Nogent, entré le 23 mars, salle 25, n° 47.

Bonne constitution, pas de maladie antérieure; malaise général depuis cinq jours; céphalalgie. Le 22 dans la matinée, quelques vomissements et plusieurs selles. Apporté à l'hôpital le 23 dans la matinée.

A l'entrée, chaleur générale médiocre; pouls à 84, développé; face un peu vultueuse, violâtre; légère excavation des yeux. Intelligence troublée, réponses incohérentes aux questions qu'on lui adresse. Langue sèche, bandelette nacrée des gencives, ventre tendu, douloureux à la pression, céphalalgie très-intense, rigidité cervico-dorsale, auscultation et percussion négatives, extrémités un peu refroidies. (Saignée de 300 grammes, sinapismes aux jambes, frictions.) La saignée donne un coagulum parsemé de filaments couenneux à la face.

Le 24, nuit calme; urines involontaires (un litre environ), rouges, briquetées; pas de cyanose; l'excavation des yeux moins prononcés qu'hier; pouls radial très-mince, filiforme, à 60 par minute; exsudation blanchâtre des gencives; langue humide; pas de selles depuis hier; céphalalgie très-intense; rigidité cervico-dorsale; vue un peu trouble. (30 sangsues aux apophyses mastoïdes, un gramme de calomel, vésicatoire, lavement avec 60 grammes de sulfate de soude, sinapismes, diète.)

Le 25, le malade a voulu à plusieurs reprises se lever pendant la nuit; agitation; rigidité cervico-dorsale prononcée; douleurs lombaires; urines rendues volontairement; une selle liquide hier soir.

Le soir, pouls 70, céphalalgie persistante, constipation depuis la nuit dernière.

Le 26, nuit assez tranquille, un peu d'agitation encore; cependant il dit avoir passé une assez bonne nuit. Pouls 68, bandelette nacrée des gencives, face un peu colorée, narines un peu pulvérulentes, langue blanchâtre et humide. Une selle cette nuit. Le malade dit avoir uriné; il n'y a cependant rien dans le vase; matité hypogastrique; la rigidité cervico-dorsale est encore assez marquée. (Un bouillon; lavement avec sulfate de soude, 60 gr.; calomel, 1 gr., en trois prises; cataplasmes sur le ventre.)

Le 27, pouls à 80; céphalalgie; persistance de la rigidité cervico-dorsale, très-douloureuse; langue grisâtre; ventre indolent; constipation; un peu d'urine; commencement de stomatite hydrargyrique.

Le 29, pouls à 84; encore un peu de raideur du cou; convalescence. (Bouillon.)

Dans ce fait, les derniers symptômes du choléra ont fait place aux symptômes caractéristiques de la méningite cérébro-spinale.

Une question de la plus haute importance surgit à l'occasion de cette combinaison du choléra avec d'autres maladies. N'y aurait-il pas lieu de modifier le traitement et de le faire concorder avec cette combinaison des deux causes morbides, de l'approprier à la prédominance de chacune d'elles. C'est ce que l'observation suivante paraîtrait établir.

DIARRHÉE ET VOMISSEMENTS PRODROMIQUES QUATRE JOURS; NOURRICE; FRISSONS RÉMITTENTS QUATRE JOURS DE SUITE; ICTÈRE. (Hôpital de la Charité, service de M. BRIQUET.)

OBS. XIII. — Pauline Levier, 31 ans, entrée le 23 mars à la Charité, salle Sainte-Marthe, 8. Cette femme nourrissait depuis un an, elle a cessé il y a quinze jours. Au bout de huit jours, elle a été prise des premiers accidents; elle a eu du dévoiement pendant un jour; le lendemain lundi il est survenu des vomissements grumeleux qui ont duré pendant trois nuits.

Le jour de son entrée, bourdonnements d'oreille, constriction aux régions temporales, yeux fatigués, voix affaiblie, douleurs épigastriques, crampes légères, froid considérable, urines rares ; point de selles. (Lavement à la graine de lin qui a été rendu sans matières fécales ; eau de Seltz; cataplasme arrosé de laudanum sur le ventre; julep gommeux avec morphine 0,02, lavements avec amidon et têtes de pavot.)

24. Langue blanche, humide, pesanteur de tête, chaleur normale; pas de vomissement, douleur épigastrique très-vive; abdomen un peu arrondi, douloureux à la moindre pression, surtout au niveau de l'arc du colon; coliques de temps en temps; deux selles diarrhéiques après les lavements; douleurs et crampes dans les membres; pouls à 120, assez résistant; peau de chaleur normale; traits de la face un peu tirés; voix affaiblie; soif assez vive. (Riz avec solution de gomme, 3 pots; 30 sangsues à l'anus; cataplasme sur le ventre; quatre quarts de lavement avec 8 gouttes de laudanum; julep gommeux avec morphine 0,06, une cuillerée toutes les demi-heures; liniment ammoniacal; frictions trois fois par jour.)

25. Vers le milieu de la journée d'hier il y a eu un accès assez vif de refroidissement qui a duré un quart d'heure; un peu de céphalalgie gravative; constriction aux tempes, bourdonnements d'oreille, traits médiocrement tirés, teinte jaunâtre de la face avec rougeur assez vive aux pommettes (on a observé que cette teinte avait augmenté notablement depuis deux jours); langue blanche, humide; soif très-vive; voix assez normale; nausées fréquentes, non suivies de vomissements; abdomen de forme normale, assez mou, douloureux au niveau du colon transverse, un peu sensible à la pression dans les autres parties; gargouillements; quatre selles diarrhéiques très-liquides et blanches; urines assez abondantes; leur émission est douloureuse et accompagnée de cuisson. Pouls 128, assez faible aux radiales; peau modérément chaude; légères crampes dans les membres. La malade dit que les lundi, mercredi et vendredi précédents, elle a eu vers six heures du soir un frisson durant une demi-heure à une heure, suivi de chaleur et de sueur. Ce frisson a eu lieu de nouveau hier samedi à trois heures. Les sangsues ont donné lieu à un écoulement de sang assez abondant. (Riz s. g.; julep gommeux avec morphine 0,06; cataplasme sur le ventre, quatre quarts de lavement avec 8 gouttes de laudanum; 4 frictions et chaleur.

Le 26, pouls plus fort que les jours précédents, et fréquent; chaleur normale un peu halitueuse, teinte ictérique assez prononcée de la peau et des conjonctives; un vomissement ce matin; nausées; diarrhée persistante.

Le 27 et jours suivants jusqu'au 30, même état, sauf les frissons qui ne se sont plus reproduits.

Dans cette observation, l'on ne saurait méconnaître la forme rémittente du choléra. Quatre jours de suite, en effet, le frisson a reparu comme pour attester le mélange de l'élément paludéen, si l'on peut s'exprimer ainsi, avec l'élément cholérique. N'était-ce pas là le cas d'administrer les antipériodiques conjointement avec les remèdes employés contre le choléra? On sait que cette médication a été préconisée dans certaines formes du choléra; ne serait-ce pas contre des cas de ce genre qu'elle aurait été employée avec succès? Nous devons ajouter toutefois que cette omission d'une indication qui paraissait formelle, est atténuée par la cessation spontanée des frissons périodiques.

Notons en dernier lieu dans cette observation, le phénomène de l'ictère qui tend à légitimer de plus en plus les rapprochements que nous avons cherché à établir.

Une dernière catégorie est celle du choléra survenant à la suite d'affections gastro-intestinales, et notamment des diarrhées chroniques, avec lesquelles il semblerait fort difficile de ne pas le confondre. Cependant l'examen attentif des faits permet d'établir une certaine ligne de démarcation entre les phénomènes propres à la maladie antérieure, et ceux qui sont du domaine particulier du choléra.

Telle serait, par exemple, l'observation III rapportée plus haut, et dans laquelle une diarrhée très-ancienne a été tout à coup remplacée par une diarrhée plus forte, trois jours avant l'invasion du choléra. Dans les cas de cette espèce, non-seulement l'intensité des symptômes augmente, mais la couleur même des évacuations change et devient un avertissement qu'il ne faut pas négliger.

QUATRIÈME SECTION.

INFLUENCE DU TRAITEMENT SUR LA MARCHE ET LA TERMINAISON DE LA MALADIE.

On ne saurait dire jusqu'ici quelles ont été les influences favorables des diverses médications employées contre le choléra. La marche de la maladie est ordinairement si rapide et si fatale, qu'elle semble se jouer et s'affranchir de toute espèce d'influence extérieure. C'est plutôt avant que le choléra n'ait pris tous ses développements que l'on peut apercevoir cette sorte d'influence.

Les deux cas qui suivent offrent peut-être quelque intérêt à ce point de vue.

CONVALESCENCE DE MÉTRITE; CONSTIPATION; SUPERPURGATION PRODROMIQUE CONSÉCUTIVE A UN PURGATIF; CHOLÉRINE VERTE (TROIS JOURS); SELLES BLANCHES; CHOLÉRA CONFIRMÉ LE TROISIÈME JOUR; CONVALESCENCE. (Hôtel-Dieu. — Service de M. ROSTAN.)

OBS. XIV. — Delafolie (Anaïs), 24 ans, brodeuse, demeurant rue des Barres-Saint-Paul (9e arrondissement), entrée le 8 mars pour une métrite avec fièvre que l'on a traitée par des sangsues, des bains, des cataplasmes et la diète, était convalescente de cette affection, lorsqu'elle a été prise des premiers symptômes de l'épidémie; voici à la suite de quelles circonstances.

Pendant toute la durée de sa maladie, elle avait une constipation opiniâtre qui persistait encore pendant la convalescence. Un purgatif (une bouteille d'eau de Sedlitz) lui fut prescrit le jeudi 15 mars. Ce purgatif à peine avalé, il survint des selles verdâtres tellement fréquentes, qu'elle ne faisait littéralement toute la journée que quitter son lit pour se mettre sur le pot. Cette diarrhée, qui n'était accompagnée que de coliques très-légères, persista avec la même intensité le vendredi et le samedi; la malade était alors d'une faiblesse extrême. Le dimanche (18 mars), à deux heures et demie de l'après-midi, elle fut prise, dit-elle, à la suite d'une contrariété, d'un accès nerveux avec étouffement et quelques mouvements convulsifs, puis de vomissements glaireux, d'évacuations alvines blanches comme la décoction de riz, de froid général de tout le corps, de cyanose et de crampes très-légères dans les mains, dans l'estomac et dans les muscles des parois thoraciques, point dans les mollets; pouls très-petit, filiforme; suppression des urines; altération de la voix. (Bain chaud; potion ammoniacale; eau de Seltz; infus. de camomille; vésicatoire sur la région épigastrique.)

Aggravation dans la nuit du 18 au 19; vomissements et selles presque continus; cyanose très-prononcée; froid intense de tout le corps; pouls nul aux radiales. (Même prescription.)

La réaction commence à se manifester le 20; la malade se réchauffe complétement dans la nuit du 20 au 21; le pouls se relève, la cyanose disparaît; les vomissements et les selles diminuent; les crampes ont cessé; l'urine reste encore supprimée.

L'amélioration se prononce de plus en plus du 21 au 22; les urines reparaissent dans la nuit.

Le 23, la malade est en pleine convalescence.

Dans ce fait, on ne pourrait méconnaître l'influence de la purgation sur le développement de la diarrhée cholérique. Toutefois on ne saurait proscrire absolument les purgatifs dans le traitement des maladies autres que le choléra, attendu que bon nombre de praticiens ont fréquemment préconisé l'emploi d'un évacuant purgatif pour faire avorter la période prodromique. Mais ici il ne s'agissait pas de cette période, mais bien d'une disposition pathologique inverse. Cette remarque doit rendre circonspect sur l'emploi des purgatifs, et à l'appui de notre observation, nous citerons le cas d'un malade récemment entré à l'Hôtel-Dieu pour un état morbide passager, qui fut qualifié par le chef de service d'embarras gastrique. Soulagé en apparence par un purgatif, sorti même de l'hôpital, considéré comme guéri, ce malade rentra le surlendemain avec les symptômes du choléra, auquel il succomba en quelques heures.

Le fait suivant est peut-être plus intéressant encore à ce point de vue.

CHOLÉRINE VERTE AVEC COLIQUES (8 JOURS); INVASION CONSÉCUTIVE A UNE APPLICATION DE SANGSUES; MORT. (Charité.—Service de M. BRIQUET.)

OBS. XV. — Marie-Geneviève Sauveau, âgée de 43 ans, chaussonnière, femme d'une assez forte constitution, habituellement bien portante, a été prise de diarrhée huit jours avant son entrée à l'hôpital; ses selles étaient vertes, très-abondantes et accompagnées de beaucoup de coliques; cette femme n'était d'ailleurs pas autrement malade, elle n'était pas alitée.

Entrée à la Charité le 21 mars, salle Sainte-Marthe, n. 39, se plaignant de diarrhée avec coliques et sensibilité à la pression dans le trajet du colon; point de vomissements, un peu de fièvre. (Opium, 0,10 pour quatre pilules; deux demi-lavements avec amidon et têtes de pavot et 6 gouttes de laudanum; eau de riz; diète.)

Le 23, diminution des accidents. (Opium, 0,05; deux bouillons; deux demi-lavements *ut suprà*.)

24. Même état. La diarrhée ne cessant pas, on prescrit 20 sangsues à l'anus.

La journée se passe très-bien, la malade dort une partie de la nuit. Vers deux heures du matin, elle a été brusquement saisie de coliques avec redoublement de la diarrhée, de crampes et de refroidissement. (Moyens caléfacteurs; potion éthérée; eau de Seltz.)

Le 25 au matin, on constate l'état suivant: un peu de céphalalgie avec constriction aux régions temporales, beaucoup de bourdonnements d'oreille, traits contractés, voix affaiblie, langue humide recouverte d'un enduit blanchâtre; température assez basse, soif vive; quelques vomissements de matières aqueuses, incolores, contenant des grumeaux blanchâtres, douleur vive à la pression sur la région épigastrique, moins vive sur les autres points, abdomen mou; six selles en diarrhée, de matières complétement muqueuses, très-légèrement jaunâtres avec un dépôt très-abondant de matières blanchâtres; point de coliques; la malade dit avoir rendu quelques urines, mais en petite quantité; crampes très-douloureuses dans les membres; pouls insensible aux radiales, peu sensible aux carotides, assez fréquent; peau des membres froide, visqueuse, un peu violacée aux extrémités. La malade accuse une douleur vive dans le dos. Intelligence nette. Prostration extrême, néanmoins beaucoup d'agitation et gémissements. (Eau de Seltz; infusion de feuilles de menthe; julep gommeux avec morphine, 0,06, deux cuillerées toutes les heures; punch; quatre quarts de lavements avec 8 gouttes de laudanum; sinapismes sur l'estomac, frictions à la glace suivis de frictions chaudes ammoniacales chaudes; boules chaudes aux pieds.)

Mort le 26.

S'il était permis de conclure d'après un seul fait, ne serait-on pas porté à croire que, dans ce cas, les prodromes du choléra ont été aggravés par

l'évacuation sanguine ? Cette méthode contraste en effet avec l'idée que l'on parait se former de l'influence débilitante de la maladie, et de celle que font concevoir les méthodes thérapeutiques généralement employées, lesquelles se rapportent, comme on l'a vu jusqu'ici, aux méthodes excitantes.

Nous terminerons cette revue par quelques cas observés dans le service de M. Serres, à l'hôpital de la Pitié, lesquels nous ont été obligeamment communiqués par M. Landau, interne du service. Ces cas se distinguent d'ailleurs par les conceptions pathologiques de l'illustre professeur et par les essais thérapeutiques auxquels il a eu recours.

Les faits de choléra qui ont eu lieu dans les salles de M. Serres, et dont nous donnons ici l'exposé sommaire, ne sont pas complets, car presque tous les malades qui y sont entrés atteints par l'épidémie, sont en traitement encore ; d'ailleurs, seraient-ils hors de danger, le nombre n'en serait pas assez grand pour donner à un traitement une autorité suffisante. Toutefois il est utile de ne pas attendre une masse considérable d'observations pour exposer les diverses méthodes therapeutiques ; mais au contraire de les faire connaître le plus tôt possible pour qu'on puisse se faire une règle de conduite raisonnée dès le commencement de l'épidémie.

La gravité n'a pas été la même dans tous les cas observés. Il y en a eu de très-caractérisés et d'autres qui se sont bornés à la période prodromique. Comme ils sont peu nombreux, ils ne sont pas disposés dans un autre ordre que l'ordre chronologique.

MAUVAISES CONDITIONS HYGIÉNIQUES ; DÉVOIEMENT ET MALAISE INDÉTERMINÉ PENDANT HUIT JOURS ; RÉACTION AVEC CARACTÈRE TYPHOÏDE ; TRAITEMENT PAR LE SULFURE NOIR DE MERCURE ; CONVALESCENCE.

OBS. XVI. — Le 16 mars, à sept heures du soir, est entrée à la Pitié, salle du Rosaire, une malade du nom de Levanchelin-Leberger (Adélaïde), journalière, âgée de 25 ans.

Elle est brune, forte et d'une bonne constitution. Elle a acccouché, dans la même salle, il y a neuf mois, d'un enfant qu'elle nourrissait au moment où elle a été atteinte. Elle se trouvait au milieu de conditions hygiéniques défavorables : mauvaise nourriture, logement malsain, quartier insalubre, privations de toute espèce.

Dès le 8 mars, elle a été prise de dévoiement, et pendant huit jours elle a éprouvé un malaise auquel elle n'a fait qu'une médiocre attention.

Le 16 au matin, entre six et sept heures, le dévoiement la reprit, en s'accompagnant de vomissements considérables. Les membres, surtout les jambes et les cuisses, devinrent le siége de crampes douloureuses ; il y eut un refroidissement général. On administra un vomitif.

Dans la journée, les selles augmentèrent, et les matières évacuées avaient, d'après la malade, les apparences du petit-lait. La malade voulut se lever pour se rendre à pied à l'hôpital ; mais elle ne put aller plus loin que la porte de sa chambre, et on fut obligé de la transporter en brancard à la Pitié.

Elle s'offrit dans l'état suivant à l'interne de garde qui fut appelé près d'elle : Refroidissement général ; peau visqueuse et sans élasticité. La face a une expression caractéristique ; enfoncement des yeux dans les orbites, avec le cercle noir qui les entoure ; lividité de la peau et couleur violacée des muqueuses. La voix est étouffée, comme éteinte ; des crampes douloureuses siégent aux membres. Les sécrétions sont supprimées ; la langue visqueuse et froide ; pas d'urines depuis vingt-quatre heures ; les seins gros et fournissant un lait abondant sont flétris, affaissés et ne sécrètent plus rien.

La prescription suivante a été faite par l'interne de garde sur quelques indications fournies par M. le docteur Desprez qui accompagnait la malade : Infusion de thé, 2 litres, avec un quart d'alcool dans chaque litre ; une potion avec quarante gouttes de laudanum ; un lavement avec amidon et ratanhia et cinquante gouttes de laudanum, divisé en quatre quarts et dont la malade n'a pris que trois quarts : on l'a réchauffée par des alèzes et des boules d'eau chaudes. Au bout de vingt minutes, la chaleur est revenue et les crampes ont diminué pour disparaître un peu plus tard. Un soulagement léger a été accusé par la malade. Il n'y a pas de selles ni de vomissements.

17 mars. La nuit a été assez bonne. La face a perdu un peu de son caractère de la veille et elle a revêtu l'aspect typhoïde. La peau est bonne, le pouls normal ; ni selles ni vomissement. La malade n'a pas uriné ; mais on a retiré par la sonde un demi-verre d'une urine colorée et sédimenteuse. (Prescription : 4 pilules de sulfure noir de mercure, 0,25 de sulfure avec 0,02 d'opium par pilule ; infusion de thé et limonade au citron ; frictions avec quelques gouttes de laudanum sur le ventre ; julep gommeux avec huit gouttes de liqueur d'Hoffmann.)

Dans la journée, le narcotisme est tel qu'on suspend les pilules après la première, à cause de l'opium qu'elles contiennent. La malade urine le soir. Il n'y a pas de garde-robes.

18 mars. L'amélioration a fait des progrès. La voix, qui était comme étouffée, a recouvré son timbre normal. (Même prescription ; onction d'onguent napolitain sur le ventre au lieu du laudanum.) Pas de garde-robes.

19 mars. Le mieux se soutient et augmente. (Deux pilules de sulfure noir, lavement avec 15 grammes de miel mercurial.) La malade va à la garde-robe pour la première fois.

20 et suivants. La malade se lève et prend des aliments.

LÉSION ORGANIQUE DU COEUR ; DIARRHÉE PRODROMIQUE, D'ABORD BILIEUSE, PUIS SÉREUSE (VINGT-QUATRE HEURES) ; INVASION DU CHOLÉRA PAR FRISSON ; SULFATE DE QUININE ; SULFURE NOIR DE MERCURE ; CONVALESCENCE.

OBS. XVII. — Au n° 38 de la salle du Rosaire, se trouve depuis longtemps une malade, affectée d'une insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, Maret (Thérèse), couturière, âgée de 54 ans.

Dans la journée du 22 mars, elle fut prise d'un dévoiement considérable qui continua dans la nuit du 22 au 23, et qu'elle n'accusa que le 23. Ce dévoiement, qui ne s'accompagnait pas de vomissements, consistait d'abord en matières bilieuses, puis séreuses.

Le vendredi 23 mars, le dévoiement était très-abondant. La malade fut prise de frissons, et un refroidissement général s'empara d'elle ; elle éprouva des nausées sans vomir ; des crampes se firent sentir exclusivement aux doigts. La physionomie s'altère, les yeux se cavent, la langue devient froide, le pouls baisse. (Prescription : Trois quarts de lavement avec amidon, 0,20 camphre, 0,20 sulfate de quinine et 8 gouttes de laudanum dans chaque quart. On réchauffe la malade par des alèses et des boules d'eau chaude. Pour boissons : deux pots d'infusion de thé ; une potion antiémétique de Rivière.)

Dans la journée, la chaleur revient avec facilité, et l'état général perd un peu le caractère alarmant qu'il avait dans la matinée. Les crampes ont cessé ; les selles se sont modifiées et ne sont plus séreuses. Dans la nuit du 23 au 24, une sueur copieuse se manifeste.

24 mars. La peau est bonne ; le pouls a son caractère habituel. Le dévoiement continue, mais les selles sont moins fréquentes et un peu plus consistantes que la veille. (4 pilules de sulfure noir ; onctions mercurielles sur le ventre ; deux quarts de lavement, comme ceux de la veille ; limonade au citron.) Le dévoiement continue.

25 mars. A part un peu de diarrhée, les symptômes alarmants des jours passés ont presque complétement disparu. (Demi-lavement, *ut supra.*)

26. Le dévoiement a cessé. La malade prend des aliments.)

CONDITIONS HYGIÉNIQUES MAUVAISES ; DIARRHÉE PRODROMIQUE AVEC VOMISSEMENTS (UN JOUR) ; FORME ALGIDE ; SULFATE DE QUININE ; FRICTIONS MERCURIELLES ; AMÉLIORATION SOUTENUE.

OBS. XVIII. — Le 24 mars, est entré, salle Saint-Athanase, le nommé Lebas (Pierre), journalier, âgé de 26 ans ; on l'a couché au n° 10.

Sa constitution paraît assez vigoureuse, mais il a eu à souffrir dans sa nourriture et dans son habitation. Vendredi 23 mars, il a été pris d'un dévoiement considérable avec vomissements.

Le lendemain, il s'est offert à nous dans l'état suivant : les selles et les vomissements sont très-abondants. Les matières vomies sont liquides, claires, avec des flocons albumineux qui s'y trouvent en suspension. Les téguments sont complétement froids, la peau humide et visqueuse, les muqueuses bleuâtres ; les yeux sont enfoncés, cerclés de noir, et les paupières sont presque immobiles. La langue est froide est visqueuse, le pouls presque insensible. Le malade n'a pas uriné. La voix est éteinte. Des crampes atroces siégent tour à tour sur les membres supérieurs et sur les inférieurs. Rien d'anormal dans la poitrine. (Prescription : Infusion de thé, 2 litres ; 1 litre de limonade au citron ; potion antiémétique de Rivière ; trois quarts de lavement avec amidon, 0,20 camphre, 0,20 sulfate de quinine et 8 gouttes de laudanum dans chaque quart ; onctions mercurielles sur le ventre La chaleur revient lentement. Le pouls se relève très-peu. Le malade continue de parler d'une voix éteinte. Les selles et les vomissements continuent, mais avec moins d'intensité. Pas d'urines. Il y a du gargouillement, dans la soirée, dans la fosse iliaque droite.

25 mars. L'état est à peu près le même que la veille ; cependant les évacuations par en haut et par en bas ont diminué de fréquence et d'intensité. Le malade n'a pas uriné dans la nuit. Le pouls se relève. (Prescription : Limonade au citron ; potion de Rivière ; trois quarts de lavement, *ut supra*, moins le laudanum ; deux citrons ; onctions mercurielles.)

Dans la journée, il y a un peu de réaction. La peau est chaude ; le pouls s'est relevé. Il y a de grandes dispositions au coma ; assoupissement fréquent.

26. Le malade n'a pas uriné. Il n'y a eu ni selles ni vomissements pendant la nuit. La tête est chaude et douloureuse, la face est un peu colorée. Les assoupissements se prolongent. (Prescription : 4 pilules de sulfure noir ; deux quarts de lavement, comme la veille.)

Le soir, le pouls, sans avoir de fréquence, est plein et un peu dur. La face est colorée. La voix est moins éteinte. Pas d'urines, ni selles ni vomissements. (On prescrit des cataplasmes sinapisés, qui combattent pendant la nuit le coma avec succès.)

37. Il y a une amélioration notable. Le malade est en pleine réaction ; cependant le coma est assez profond pour indiquer l'application de 4 sangsues à chaque apophyse mastoïde. On continue les pilules. Dans la journée, l'amélioration se prononce. Le malade urine abondamment.

DIARRHÉE PRODROMIQUE, TROIS JOURS ; VOMISSEMENTS ET CRAMPES PRÉCÉDANT DE UN JOUR L'ACCÈS ALGIDE ; SULFATE DE QUININE ; SULFURE NOIR DE MERCURE ET ONCTIONS MERCURIELLES ; AMÉLIORATION NOTABLE.

OBS. XIX. — Le 21 mars dans la soirée est entrée, salle du Rosaire, n. 11, une femme nommée Gadefert (Louise-Césarine), journalière, âgée de 28 ans.

Les conditions hygiéniques au milieu desquelles elle se trouvait ont souvent été mauvaises. Elle a un tempérament lymphatique.

Mercredi dernier 21 mars, elle fut prise d'un dévoiement qui se continua les deux jours suivants; des vomissements survinrent le vendredi.

Elle s'est rendue samedi 24, à l'hôpital, d'elle-même, à pied, mais chancelant souvent et se soutenant à peine.

La peau est froide, sans ressort; les lèvres sont bleuâtres; les yeux sont remarquablement enfoncés et entourés de brun; les lèvres sont bleuâtres, la langue est froide et visqueuse. Les vomissements et les selles sont considérables; d'abord bilieux, les uns et les autres ont revêtu le caractère séreux. Les crampes qui font souffrir la malade ont débuté jeudi. La sécrétion urinaire est suspendue. (Prescript. : Trois quarts de lavement amidonné avec 0,20 camphre, 0,20 sulfate de quinine et 8 gouttes de laudanum dans chaque quart; deux litres d'infusion de thé; un litre de limonade au citron; potion antiémétique de Rivière.)

25 mars. Les vomissements et les selles ont encore eu lieu dans la nuit. La malade, réchauffée convenablement, est revenue un peu à elle-même. Les crampes ont cessé; le pouls est moins faible, la peau est bonne. La physionomie conserve encore le caractère cholérique. La voix est sourde. Pas d'urines. Rien au cœur, rien aux poumons. (Deux quarts de lavement avec 4 gouttes de laudanum, et le reste comme la veille; même tisane, même potion; onctions mercurielles sur le ventre.)

Dans la journée, il n'y a plus de vomissements; les selles continuent, mais moins fréquentes et moins considérables; pas d'urines.

26 mars. Les selles sont supprimées; quelques vomissements; amélioration notable. (Eau de Seltz; limonade au citron; 4 pilules de sulfure noir; lavement comme la veille.)

Dans la journée, la malade a uriné; plus de vomissements; douleur vive aux attaches du diaphragme; hoquet persistant toute la soirée et la nuit, et disparaissant le matin. L'état général est sensiblement meilleur.

DIARRHÉE PRODROMIQUE, QUATRE JOURS; VOMISSEMENTS LE QUATRIÈME JOUR; INVASION MARQUÉE PAR LE FRISSON; SULFURE NOIR DE MERCURE ET ONCTIONS MERCURIELLES.

OBS. XX.—Le nommé Amauille (Félix) est entré le 25 mars dans la salle Saint-Athanase, où il occupe le n. 47.

Il est couverturier et âgé de 29 ans. Son tempérament est lymphatique.

Il a eu le dévoiement mercredi, ce qui ne l'a pas empêché de travailler encore; mais le samedi, des vomissements se joignirent à son dévoiement.

Il s'est rendu à la Pitié, dimanche 25. Il a des frissons et son corps est froid dans toute l'étendue des téguments. Les selles sont abondantes et semblables à l'eau de riz. La langue est froide, les lèvres bleues, les yeux enfoncés; le pouls est petit. Il y a quelques crampes qui sont peu douloureuses. Il a uriné un peu la veille, mais aujourd'hui il n'y a pas d'urines. Il y a un peu de gargouillement dans le ventre. (Prescript. : Infusion de thé et limonade au citron; trois quarts de lavement comme pour les autres malades; onctions mercurielles; potion antiémétique. On réchauffe le malade par les moyens appropriés.)

Dans la journée, les vomissements sont supprimés, le dévoiement continue. Le malade n'urine pas, la chaleur revient un peu, le pouls se relève, la voix est moins étouffée.

26 mars. Dans la nuit, une sueur copieuse s'est manifestée. Il n'y a pas de garde-robes ni d'évacuations sanguines. Le malade urine. Il est en pleine réaction. (Limonade au citron; 2 citrons; 4 pilules de sulfure noir; potion de Rivière; lavement comme la veille.)

Dans la journée, le malade accuse un soulagement marqué; la physionomie est moins caractérisée; la peau est bonne, le pouls également; ni selles, ni crampes, ni vomissements. Un peu d'assoupissement qui se prolonge.

POST-SCRIPTUM. — Au moment de livrer ces notes, je dois dire quelques mots des nouveaux cas qui sont survenus.

Quatre malades atteints de choléra d'une manière très-grave sont entrés dans nos salles; deux, un homme et une femme, le 26 mars, tous deux à la période cyanique. La malade, après les premiers soins, a éprouvé un soulagement notable; l'homme a succombé vingt-quatre heures après son admission. C'est le premier cas de choléra avec terminaison funeste, observé dans le service de M. Serres. L'autopsie vient d'être faite à l'instant. Je dois dire ici (plus de détails seront donnés peut-être dans quelques jours) que le tube digestif offre au plus haut degré les lésions signalées par M. Serres : granulations blanchâtres dans toute l'étendue de l'intestin grêle, mais d'autant plus nombreuses et considérables qu'on les considère dans les portions plus inférieures; plaques de Peyer gaufrées, typhoïdes, plus saillantes et plus caractérisées vers la fin de l'iléon.

Les deux autres malades (deux hommes) sont entrés le 27. Le premier arrive à la période asphyxique et meurt quelques minutes après qu'on l'a couché. Le second se trouve dans l'état de passage de la période phlegmorrhagique à la période cyanique. Les premiers soins ont amené chez lui du soulagement.

CONSIDÉRATIONS.—En résumé, dans le traitement du choléra, M. Serres part de cette idée : que le choléra peut être considéré comme une affection typhoïde pernicieuse, de même que certaines fièvres intermittentes sont marquées au début par des accès pernicieux. Ces accidents disparus, la période algide traversée, il applique aussitôt la méthode de traitement de la fièvre typhoïde, dont les bases ont été exposées dans les comptes rendus de l'Académie des sciences, 1847-1848. Par suite, les opiacés sont employés avec beaucoup de modération, et la plus grande réserve préside à l'administration des potions éthérées.

Et comme conséquence encore, de ses convictions sur l'analogie, sur la conformité des symptômes du choléra et de la fièvre entéro-mésentérique, M. Serres est conduit à nier le caractère contagieux du choléra; car, d'après lui, je le répète, cette dernière affection n'est qu'une fièvre typhoïde pernicieuse, et la non-contagion de la fièvre typhoïde est un fait acquis à la science.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(SUITE.)

IV. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 se composent des articles originaux suivants : 1° *Observations d'ophthalmie intermittente;* par M. Mazade. 2° *Quelques mots sur la choroïdite;* par M. Fallot. 3° *Notice sur les malades traités au dispensaire ophthalmique de Bruges, pendant l'année 1847;* par M. Verriest. 4° *Quelques réflexions sur l'ophthalmie gonorrhoïque;* par M. Heurotay. (Examen de l'opinion de M. Ricord sur ce sujet.) 5° *Ophthalmie contagieuse dans la classe ouvrière à Bruxelles;* par M. Cunier. (Reproduction de l'excellent travail dont nous avons récemment donné l'analyse dans le n° 8 de la GAZ. MÉD., 1849.) 6° *Anaplastie des paupières;* par M. Gaillard, de Poitiers. 7° *Note sur une modification apportée à la pince de M. Desmarres pour l'extirpation des tumeurs enkystées des paupières;* par M. Ansiaux. 8° *Utilité et application des yeux artificiels;* par M. Deval. 9° *Kyste de l'orbite; opération;* par M. Roussilhe. (Incision; le kyste contenait une sérosité citrine; on y maintint une mèche de charpie qui produisit une irritation bientôt suivie de la guérison.) 10° *Conjonctivite développée sous l'influence de l'administration du sulfate de quinine;* par M. Dieudonné.

OBSERVATIONS D'OPHTHALMIE INTERMITTENTE; par le docteur MAZADE.

L'existence des conjonctivites intermittentes n'est niée par personne; on les observe surtout pendant le règne des constitutions médicales caractérisées par la fréquence des fièvres périodiques, et il en était ainsi pour les cas rapportés par M. Mazade. Ce n'est pas là que réside l'intérêt de son travail; ce n'est pas là non plus qu'il a entendu le placer. Son but spécial est de poser, sans prétention de la résoudre, la question de savoir si les conjonctivites périodiques ne se distingueraient pas, par des caractères spéciaux, des conjonctivites continues. C'est une vue philosophique fort acceptable *à priori* et tout à fait conforme aux principes d'une saine étiologie. Et en effet, en analysant les exemples d'ophthalmie intermittente déposés dans la science par les observateurs les plus éminents, Hoffmann, Van Swieten, Storck, Stoll, Janin, etc., M. Mazade a reconnu que, dans la plupart des cas, il existait simultanément une névralgie, et que celle-ci s'était montrée avant l'apparition de l'affection oculaire.

De trois observations qui lui sont propres, il en est une dont la signification à cet égard est très-importante; car une névralgie du maxillaire inférieur existait depuis quatre jours quand la conjonctive oculaire commença à s'injecter. Puis, six jours plus tard, les accès névralgiques se régularisèrent, et se montrèrent sous le type quotidien. La phlegmasie oculaire suivit les accès; la rougeur augmentait pendant leur durée et diminuait dans leur intervalle. Le sulfate de quinine triompha tout à la fois des deux maladies, ou plutôt des deux expressions locales d'une seule et même affection.

Le travail de M. Mazade, conçu dans des vues élevées, révèle un esprit nourri de longues doctrines et habitué à la réflexion.

NOTE SUR UNE MODIFICATION APPORTÉE A LA PINCE DE M. DESMARRES POUR L'EXTIRPATION DES TUMEURS ENKYSTÉES DES PAUPIÈRES; par M. ANSIAUX.

Nous avons déjà décrit en 1847 (v. GAZ. MÉD., p. 279), l'ingénieux mécanisme imaginé par M. Desmarres pour l'extirpation de certaines tumeurs des paupières. La pince dont il se sert contribue doublement à faciliter l'opération, d'abord en fixant le kyste, puis en y prévenant l'abord du sang pendant la durée de la dissection.

M. Ansiaux trouvant l'application de cet instrument trop lente et trop difficile, y a apporté quelques changements. Il a donné à la plaque et à

l'anneau qui terminent ces branches une forme ronde au lieu de l'ovale que leur avait assignée l'inventeur. Présentant alors moins de surface, la plaque est bien plus aisément engagée sous les bords libres des paupières, et mieux sous la paupière inférieure et près des angles, où la plaque ovalaire ne peut être introduite qu'avec peine. — Du reste, M. Ansiaux convient que cette dernière forme peut être utile dans certains cas.

En second lieu, tandis que M. Desmarres rapprochait les branches de sa pince au moyen d'une vis de rappel, M. Ansiaux a donné à l'instrument une construction telle que les branches se rapprochent spontanément, quand on les abandonne à elles-mêmes, et s'écartent au contraire dès qu'on presse sur elles. Pour obtenir ce résultat, analogue à celui que M. Charrière avait réalisé il y a quelques années pour les pinces à disséquer, il a suffi d'entre-croiser les branches.

On comprend aisément les différences que devra subir l'introduction de l'instrument. Si le ressort de la pince est assez fort, il y aura toujours pression suffisante pour remplir le but désiré.

— Quoique l'auteur puisse invoquer en faveur de sa modification les suffrages de MM. Bosch et Cunier, nous pencherions, il faut l'avouer, à préférer le mécanisme primitif dû à notre compatriote. On peut sans peine se figurer combien il devient nécessaire de faire varier, selon les circonstances, le degré de pression, afin que le but de la compression soit toujours rempli sans causer cependant de douleur trop vive. Or, avec la pince à vis, on pourra toujours faire varier le degré de rapprochement, et (ce qui est surtout important) ce degré convenable étant déterminé, *on pourra le maintenir*. Au contraire, dès que la striction dépend d'un ressort, elle sera toujours la même, toujours aveugle; et bien qu'on soit libre, comme le dit l'auteur, de faire tempérer sa force par une pression que l'aide exerce sur les branches, cette action, confiée à une main étrangère, aura une intensité trop nécessairement variable à chaque instant pour remplacer avantageusement celle que, dans le mécanisme de M. Desmarres, le chirurgien établit et fixe lui-même avant de commencer l'opération.

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS.

Les livraisons d'octobre et novembre 1848 contiennent les matières suivantes : 1° *Topographie et statistique médicales du canton de Berchem;* par M. Vrancken fils. 2° *Notice historique sur Pierre Van Elsacker;* par M. de Coninck. 3° *Rapport sur le choléra-morbus asiatique.*

VI. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur les sympathies;* par M. Douvillé. 2° *Rapport sur la méthode du docteur Schneemann pour le traitement de la scarlatine;* par M. Rieken. 3° *Compte rendu de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Pierre pendant le premier semestre de 1848.* 4° *Considérations sur la* phlegmasia alba dolens; par M. Putegnat. 5° *Diplopie binoculaire chronique, guérie en dix jours;* par M. Vallez.

DIPLOPIE BINOCULAIRE CHRONIQUE, GUÉRIE EN DIX JOURS; par par M. VALLEZ.

OBS. — Parmentier, tailleur, avait eu, il y a quelques années, une affection rhumatismale générale, lorsque, le 15 juillet 1848, il fut exposé à un refroidissement qui lui causa du frisson, quelques douleurs lancinantes dans toute la tête et un certain malaise à l'œil gauche.

Le lendemain matin, il ne fut pas peu surpris de *voir double;* il entendait confusément, était somnolent et marchait avec peine. On lui prescrivit successivement un vésicatoire volant sur le front et 8 sangsues à l'anus.

Ces médications étant demeurées infructueuses, un autre médecin diagnostiqua une amaurose et ordonna des sangsues derrière les oreilles, l'émétique en lavage, un vésicatoire à la nuque. Plus tard on revint aux vomitifs, mais le tout sans aucun succès.

Le malade vint alors (le 29 septembre 1848) consulter M. Vallez. Triste et inquiet sur son état, il disait ressentir à la tête une douleur qu'il comparait à une pression bipariétale; sensation de corps étrangers sous les paupières; sentiment de chaleur dans l'œil gauche, accompagné d'une certaine gêne lorsqu'il voulait faire mouvoir cet organe; pas de photophobie ni de photopsie.

En faisant exécuter à l'œil gauche tous ses mouvements de rotation, M. Vallez s'aperçut que le mouvement d'abduction forcée était impossible, soit que l'œil gauche se mût seul, soit qu'il se mût de concert avec l'œil droit.

La structure de l'œil parut normale; seulement la pupille était paresseuse.

Le malade voyait bien un petit objet à 2 pieds de lui; mais à une plus grande distance, il le voyait double. Ce phénomène était surtout marqué à 4 ou 5 pieds d'éloignement. En augmentant la distance, la double image s'affaiblissait, et finissait par disparaître du champ visuel.

Lorsque l'œil droit était fermé, il n'y avait pas de diplopie.

Le traitement ordonné fut le suivant :

Onctionner deux fois par jour le front et la tempe gauche avec le liniment :

Ammoniaque liquide.	15 grammes.
Éther nitrique.	12 —
Huile de croton tiglium.	12 décigr.
Essence de lavande.	8 grammes.

Mêlez.

Friction sur le front chaque soir avec :

Onguent hydrargyrique double.	15 grammes.
Baume opodeldoch liquide. . . .	8 —

Mêlez.

Infusion de petite centaurée pour boisson; régime analeptique; couvrir l'œil d'un bandeau léger.

Dès le septième jour, l'œil était plus libre dans ses mouvements; il supportait mieux la fatigue, et la diplopie était devenue intermittente. Appétit excellent; état général amélioré.

Le dixième jour, la double vision n'existait plus. Quoique le malade se dit guéri, on lui fit faire par prudence quelques frictions stibiées sur le cou.

D'après le récit qui précède, il n'est pas douteux qu'on n'ait eu affaire ici à une paralysie incomplète de la sixième paire ou nerf moteur oculaire externe.

Cette affection, très-rarement observée dans un pareil état de simplicité, a sans doute été due à l'action d'un refroidissement supporté par un sujet ayant déjà de la disposition au rhumatisme.

L'état de *paresse* de la pupille s'explique parfaitement par les anastomoses indirectes qui existent entre la sixième paire et le ganglion ophthalmique.

— La diplopie qu'on a observée chez ce malade n'accuse-t-elle pas à elle seule une paralysie *incomplète?* En d'autres termes, n'est-il pas vrai de dire que si la paire nerveuse avait été paralysée complétement, le globe oculaire aurait été trop fortement dévié en dedans pour pouvoir occasionner le phénomène de la vue double? D'après cette donnée, on comprend aisément le succès rapide qui a dû couronner le traitement, d'ailleurs très-judicieusement conçu, de M. Vallez.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 MARS.

M. HURTEAUX envoie pour le concours du prix Montyon un mémoire sur les effets physiologiques, pathologiques et thérapeutiques du tabac.

— M. BLATIN adresse une note sur l'épidémie du choléra qu'il a observée en 1832 à Bazancourt et à Isles (Marne), et sur les bons résultats qu'il a obtenus, à cette époque, de l'administration de l'eau froide à hautes doses et des inspirations forcées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, qui annonce l'envoi des relevés des observations de choléra qui ont été recueillies dans les départements par les soins de MM. les préfets;

2° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un spécifique contre l'hydrophobie. L'inventeur de ce spécifique ne veut pas faire connaître son secret; mais il expérimentera devant une commission de l'Académie, si celle-ci juge à propos de faire des expériences. Dans le cas où ces expériences prouveraient l'efficacité du remède, il est disposé à le vendre au gouvernement.

STACHYS ANATOLICA, REMÈDE CONTRE LE CHOLÉRA.

M. FAUVEL, médecin sanitaire de France à Constantinople, soumet à l'examen de l'Académie une plante préconisée dans ces derniers temps à Constantinople contre le choléra-morbus. La plante dont il est question appartient au genre

stachys, de la famille des *labiées*. Un botaniste allemand l'a désignée sous le nom de *stachys anatolica*. Elle a été recueillie en Asie, près de la ville de Brousse, sur les pentes du mont Olympe, où elle croît en abondance. On la rencontre également aux environs de Constantinople, sur les collines arides situées non loin de la mer. M. Zorab, de qui M. Fauvel tient ces détails, affirme avoir guéri tous les malades (très-nombreux) à qui, par ses soins, le remède a pu être administré en temps utile. M. Zorab employait le médicament en infusion ou en décoction (au moins 4 grammes et souvent beaucoup plus pour 1 litre d'eau) par petites tasses souvent réitérées jusqu'à cessation des vomissements et de la diarrhée, et manifestation de la réaction. Il ne l'a pas administré en lavement. A mesure que la réaction se développait, il diminuait graduellement les doses, et suspendait l'emploi du médicament quand elle était complétement établie. D'ordinaire les premières doses étaient presque immédiatement rejetées; mais il n'en persistait pas moins, et au besoin il ne donnait le médicament que par cuillerées à bouche à quelques minutes d'intervalle.

M. Zorab dit avoir administré avec succès, dans un cas très-grave, la plante réduite en poudre. L'usage du remède n'exclut pas l'emploi des moyens externes propres à favoriser la réaction.

Dans la prévision où l'Académie jugerait convenable de soumettre cette substance à une expérimentation qu'il n'a pas été à même de faire, M. Fauvel prévient qu'il en a envoyé une caisse au ministre de l'agriculture et du commerce. (Comm.: MM. Gibert, Baillarger, Chomel et Cruveilhier.)

—M. Landouzy communique une note sur une modification de la sonde à dard pour la taille hypogastrique. (Voir plus haut.)

—M. Delfraysse, officier de santé à Cahors, adresse une lettre renfermant quelques observations sur la goutte, la gravelle, le catarrhe vésical, la réduction des luxations, les influences météorologiques, les hémorrhagies, les épidémies, le cathétérisme, le taxis et le perfectionnement de l'intelligence.

— M. Abeille (de Givet) adresse une note contenant la description de deux petits calculs salivaires, qui ont ulcéré la parotide et se sont fait jour au dehors par la surface cutanée.

— M. Sauvé, médecin à La Rochelle, adresse un mémoire intitulé : Recherches sur la mort apparente des nouveau-nés, avec trois planches représentant des instruments de son invention propres à pratiquer plus sûrement l'insufflation ou l'aspiration dans les voies aériennes.

M. Renault demande la parole à l'occasion de la correspondance. Dans le cas, dit-il, où l'Académie jugerait à propos d'entreprendre des expériences sur les animaux afin de juger l'efficacité du spécifique contre l'hydrophobie qui lui a été adressé, il ne sera peut-être pas inutile de rappeler que, dans des expériences que j'ai faites moi-même, il m'est arrivé de faire mordre cinq ou six chiens par un chien enragé, sans qu'aucun d'eux ait contracté la rage; par conséquent les expériences qu'on propose de faire devant l'Académie pourraient n'avoir pas la valeur qu'on serait disposé à leur accorder.

CHOLÉRA.

La parole est à M. Gibert pour une communication sur le choléra. Après avoir rapporté le chiffre des cholériques traités dans les divers hôpitaux, l'honorable académicien continue :

Pour ce qui concerne particulièrement l'hôpital Saint-Louis, le premier cas s'est présenté en chirurgie dans les derniers jours de février, et le nombre s'est surtout accru dans les derniers quinze jours qui viennent de s'écouler.

Donc, dans l'espace d'environ un mois, nous comptions à l'hôpital Saint-Louis, ce matin, 25 cas (sur lesquels quelques-uns à un degré médiocre d'intensité) et 15 décès.

Pour ma part, sur 8 malades traités dans mon service, tous à la vérité très-graves, dont 3 pris dans la salle même où ils étaient traités d'autres affections et 5 apportés du dehors, il y a eu jusqu'ici 5 morts, parmi lesquels les 3 malades de la salle.

Un sergent du poste de ligne de la Douane apporté hier matin, pris au poste même dans son service (mais ayant depuis deux jours une diarrhée dont il n'avait pas tenu compte), était dans la période asphyxique la plus grave. Traité par la méthode de Sydenham, dont M. Castel nous a entretenus dans la dernière séance, il est ce matin dans un état d'amélioration qui m'a beaucoup étonné, car je m'attendais à le voir succomber dans la journée du lundi.

Ce qui a engagé à essayer cette méthode, c'est, outre l'autorité de Sydenham et celle de notre vénérable collègue, cette double circonstance que plusieurs de nos malades n'avaient plus d'évacuation depuis plusieurs heures lorsqu'ils ont succombé, et qu'on trouvait à l'autopsie, accumulée dans le canal digestif et notamment dans le gros intestin, une grande quantité de matière cholérique : en sorte qu'il nous paraît plus rationnel, en effet, de favoriser les évacuations par des boissons chaudes abondantes que d'en tenter la suppression par la glace et les opiacés. Cette méthode doit être aussi mieux adaptée à la période asphyxique et plus propre à provoquer le mouvement circulatoire du centre à la périphérie si complétement suspendu dans cette période.

Au contraire, dans la période prodromique, celle dans laquelle on n'observe que cette diarrhée dont la bénignité perfide trompe tant d'individus qui continuent leur genre de vie habituel, c'est à supprimer les évacuations que le repos, la diète, l'eau de riz, les opiacés en lavement et même par la bouche doivent concourir.

Je suis loin, toutefois, d'adopter l'opinion qui tendrait à établir qu'à cette période on est toujours sûr d'arrêter le développement de la maladie... J'ai malheureusement vu, en 1832, un exemple bien frappant d'insuccès chez le malade le plus soigneux et le mieux soigné qu'on pût rencontrer.

Cette période d'ailleurs ne saurait-elle manquer? Je l'ignore.

Dans tous les cas où j'ai pu obtenir des renseignements tant dans l'épidémie actuelle que dans celle de 1832, je l'ai trouvée constante, ainsi que notre honorable collègue M. J. Guérin.

Nous avons eu à Saint-Louis un cas presque foudroyant : un jeune homme, placé dans le service de M. Malgaigne pour une fracture du radius, paraissait très-bien portant et jouait dans le jardin de l'hôpital à quatre heures de l'après-midi... Atteint subitement au milieu de ses jeux, de crampes et de vomissements, il était mort à dix heures du soir.

Un honorable représentant, M. Blin de Bourdon, a été enlevé en deux heures ; mais il était depuis longues années souffrant d'une maladie de l'estomac, et l'on a appris que depuis plusieurs jours il avait une diarrhée qu'il avait négligé de soigner.

En somme, l'épidémie est presque aussi meurtrière qu'en 1832 relativement au nombre des décès sur un chiffre donné de cas graves ; mais jusqu'ici elle est infiniment moins redoutable eu égard au nombre proportionnel des sujets qu'elle attaque et à la lenteur de ses progrès.

M. Mérat : Je ferai remarquer à cette occasion qu'en 1832 l'épidémie a mis dix-sept ans pour arriver de Calcutta jusqu'à Paris, tandis que cette fois elle n'a mis que quatre ans.

M. Baillarger : L'épidémie qui a éclaté à la Salpêtrière se prêterait à des considérations fort intéressantes sous plusieurs rapports; mais pour ne pas abuser des moments de l'Académie, je me bornerai à lui faire connaître les chiffres suivants, qui donneront l'idée de la marche et de la gravité de l'épidémie.

Je dois dire d'abord que la population de la Salpêtrière, au début de l'épidémie, était de 5,279.

	Cas.	Décès.
Le 14 mars	1	1
Le 15	0	0
Le 16	0	0
Le 17	0	0
Le 18	0	0
Le 19	0	0
Le 20	10	2
Le 21	11	8
Le 22	5	3
Le 23	30	12
Le 24	31	15
Le 25	40	24
Le 26	26	18
	156	84 (1).

M. P. Dubois : D'après les documents qui viennent d'être recueillis dans les hôpitaux, nous avons constaté ce fait que, sur les premiers 349 cas de choléra observés dans les hôpitaux, 242 se sont développés sur des malades ou des convalescents qui étaient dans ces établissements.

M. Piorry : Si l'on rapproche ce que l'on vient de dire sur ce qui se passe à la Salpêtrière en ce moment de ce qui s'y passait en 1832, il résulte de ce rapprochement que le choléra a sévi avec beaucoup moins d'intensité dans cet hospice en 1832 qu'aujourd'hui. L'épidémie commença le même jour à sévir sur les indigentes et sur les aliénées; il y en eut d'abord 1, puis 2, puis 3, puis 5 et 6. Ce fut à cette époque que la personne chargée du service médical constata dans quelles conditions étaient placés les sujets atteints; ils étaient tous placés dans des circonstances d'encombrement et d'insalubrité; je ne parle pas de l'infirmerie, qui était admirablement disposée, mais des salles des indigentes où l'on avait négligé d'établir la ventilation et où il y avait un véritable encombrement; on établit une ventilation convenable dans tous ces services, on laissa les croisées ouvertes jour et nuit, et à dater de ce moment la mortalité cessa aussitôt; il ne se produisit plus aucun cas nouveau.

Pendant que la mortalité était ainsi arrêtée aux indigentes, aux aliénées, au contraire, où les conditions hygiéniques étaient des plus mauvaises et la ventilation impossible à établir, la mortalité fut tellement croissante que sur 1,200 aliénées il y eut jusqu'à 10 décès dans un jour. Ainsi, tandis que sur une population de 3,000 indigentes on ne compta que 60 cas de choléra pour toute l'épidémie et une très-petite proportion de morts, aux aliénées la mortalité s'éleva à une très-forte proportion.

Je conclus que l'encombrement et le défaut d'aération ont une très-grande influence sur le développement de l'épidémie, et que le meilleur moyen de l'arrêter et de la prévenir sont les mesures hygiéniques que j'ai indiquées.

M. Bouvier : Je désire compléter les renseignements que vient de donner M. Gibert et qui, sur quelques points, ne me paraissent pas parfaitement exacts. M. Gibert a dit que l'épidémie était aussi mortelle cette année qu'en 1832. (De toutes parts : Proportion gardée.) Oui, j'entends proportion gardée. Il considère la gravité des cas comme aussi grande aujourd'hui qu'à cette époque. Je crois que c'est une erreur; je ferai remarquer comme un signe de moins grande gravité de l'épidémie actuelle, que la maladie n'a sévi jusqu'à présent que sur des sujets déjà malades et affaiblis soit par des maladies antérieures longues,

(1) Le 27 il y a eu 17 cas et 12 morts
Le 28, 16 14

soit par la misère. J'ajouterai que l'épidémie actuelle ne paraît pas offrir non plus ces symptômes si graves qu'elle présentait en 1832, ces hémorrhagies intestinales, ces gangrènes que nous constations alors. On n'entend nullement parler de pareilles lésions en ce moment; et, quant à la proportion de la mortalité, il me paraît résulter des chiffres actuellement connus qu'elle est moins élevée qu'elle ne l'était au début de l'épidémie de 1832.

M. Rochoux : Dans un siècle de lumières, quand on n'avance pas, on devrait au moins ne pas reculer; c'est pourtant ce qui nous arriverait si nous suivions les errements M. Piorry.

Qui ne sait, par exemple, que depuis longtemps l'anatomie a démontré que ce que l'on appelle *psorentérie* n'est autre chose qu'un état parfaitement normal que l'on rencontre chez un très-grand nombre de sujets morts de maladies très-diverses.

Quant à la question de l'encombrement, je rappellerai à notre honorable collègue qu'il n'y a aucune maladie qui se développe par l'effet de l'encombrement, excepté les maladies contagieuses; je le défie de me citer une seule exception à ce principe. Or s'il y a au monde un fait démontré, c'est que le choléra n'est pas contagieux. Mais l'expérience directe a démontré surabondamment l'impuissance de l'encombrement à produire le choléra. Dans un travail publié en 1832 par les soins de l'administration, et distribué à tous les médecins, il est clairement établi que l'épidémie de cette époque n'a nullement exercé ses ravages ni sur ceux qui vivaient dans l'encombrement, ni même ceux qui étaient exposés à des émanations méphitiques quelconques. Dans un travail lu dernièrement à l'Académie sur le choléra du Caire, le même fait a été prouvé avec la dernière évidence. Une seule cause est bien démontrée jusqu'à présent, c'est l'influence du vent du nord.

Enfin, malgré les préceptes formulés par M. Piorry, je ne pense pas que le traitement soit beaucoup plus avancé en 1849 qu'en 1832. A cette époque, un ouvrage important, couronné par l'Institut, signala 80 médicaments tout aussi efficaces les uns que les autres; je crois que la liste serait un peu plus longue aujourd'hui, mais voilà tout.

M. Piorry : J'ai lu, comme M. Rochoux, le travail auquel il a fait allusion, et j'y ai vu que les quartiers les plus maltraités par l'épidémie étaient ceux qui, comme la rue de la Mortellerie, étaient les plus mal aérés. Mais je dois ajouter que, pour juger de l'aération d'un appartement, il ne faut pas se contenter de visiter un quartier et de regarder une maison; il faut, comme je l'ai fait, pénétrer dans les chambres des malades, et alors on voit que dans un hôtel du faubourg Saint-Germain, par exemple, ce sont les portiers, qui sont étroitement logés, qui se trouvent atteints par la maladie. J'ajouterai encore que les opinions que je défends ici ne sont pas les miennes, mais bien celles de tous les médecins; et que si, par impossible, ces opinions n'étaient pas vraies, il n'y aurait encore aucun inconvénient à les considérer comme telles, tandis que, si elles l'étaient, il serait très-fâcheux d'en méconnaître l'exactitude.

M. Royer-Collard demande la parole pour une motion d'ordre. Il me semble, dit-il, que la discussion à laquelle l'Académie se livre est un peu prématurée; pour juger de la marche, du caractère particulier, du génie, comme on l'a dit, d'une épidémie, il faut connaître cette épidémie dans toutes ses périodes, par conséquent en attendre la fin. Jusque-là on ne peut établir que des comparaisons incomplètes, comme cela arrive en ce moment. Il me semble donc que l'on ferait bien de renvoyer cette discussion à un peu plus tard.

M. le Président : Sans vouloir préjuger ce que l'Académie pensera de ce que vient de dire M. Royer-Collard, je ferai observer cependant que si sa proposition était adoptée, l'Académie ne s'entretiendrait du choléra que lorsqu'il ne serait plus à Paris.

M. Royer-Collard : Il est évident que ce que je viens de dire ne s'applique qu'à l'étude de la marche et des caractères de l'épidémie, et non à la prophylaxie ou au traitement.

M. Martin-Solon : La commission avait exprimé l'espoir que l'épidémie ne sévirait que d'une manière modérée, je crois pouvoir affirmer que l'événement a justifié ses prévisions. Tout ce que nous voyons autour de nous indique que l'épidémie offre un caractère benin. Dans les épidémies graves, les maladies ordinaires disparaissent; c'est ce qui n'a nullement lieu dans ce moment. J'ai aujourd'hui cinq pneumonies dans mon service, et c'est assurément autant que le comporte la constitution médicale ordinaire. Je crois cependant avoir remarqué que les fièvres typhoïdes sont moins fréquentes; mais en revanche, chez plusieurs cholériques, on a trouvé un gonflement des glandes de Peyer, et peut-être pourrait-on se demander s'il ne s'agit pas, dans ces cas, de choléras développés sur des sujets affectés d'une fièvre typhoïde commençante.

J'ajouterai maintenant que l'épidémie me paraît commencer à diminuer; depuis trois jours nous commençons à guérir nos malades, et c'est là un des meilleurs indices du déclin d'une épidémie. Le dernier cas grave que j'ai eu dans mon service a guéri précisément par les mêmes moyens qu'on avait employés d'abord chez ceux qui ont succombé.

M. Ferrus : Je pense, comme M. Royer-Collard, qu'on doit éviter de se lancer dans la description de l'épidémie en général; mais je crois aussi qu'on ne saurait trop insister sur ce qui concerne l'étiologie et la thérapeutique.

Puisque M. Piorry a cité la Salpêtrière, je vais dire ce qui s'est passé en 1832 à Bicêtre. L'épidémie y a éclaté alors qu'elle avait déjà cessé à Paris; 86 cas s'y sont manifestés, tant parmi les vieillards et infirmes que parmi les aliénés. Parmi ces derniers, ceux qui ont été frappés avec le plus de fréquence étaient dans des loges parfaitement aérées et bien exposées. Dans un bâtiment plus encombré, au contraire, il n'y a eu qu'un très-petit nombre de cas. Enfin, dans la prison, qui existait encore à cette époque, et qui était située au centre même de la vaste enceinte de Bicêtre, fort encombrée et mal aérée, il n'y a eu que deux individus d'atteints. On a dit que ces derniers étaient sans communications avec l'extérieur; mais les aliénés ne communiquaient pas davantage; c'est-à-dire que les uns et les autres n'étaient en rapport qu'avec leurs gardiens, qui étaient eux-mêmes en communication permanente avec l'extérieur.

M. Piorry : Ces faits, ainsi que ceux qu'a rappelés M. Rochoux, et qui ont été observés à l'étranger, n'infirment pas la règle générale, fondée sur une observation mille fois répétée.

M. Devilliers : Chargé de l'inspection des décès d'une des parties les plus populeuses de Paris, le quartier du Jardin du Roi (oh ! oh ! Rire général). Je dis que, chargé de l'inspection des décès du quartier du Jardin des Plantes, j'ai constaté, depuis le 7 mars, 85 décès, dont 5 seulement par suite du choléra. Les cholériques décédés vivaient tous dans des conditions hygiéniques on ne peut plus défavorables sous tous les rapports.

M. Desportes prononce quelques mots que le bruit des conversations nous empêche d'entendre. Nous comprenons seulement qu'il demande que l'Académie fasse une démarche pour obtenir de l'administration le nombre des décès survenus chaque semaine dans la ville de Paris.

Cette proposition n'a pas de suite pour le moment.

— Hullin (de Mortagne), membre correspondant, lit une observation d'un cancer et d'un polype de l'utérus enlevés à l'aide d'une ligature.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER 1849;
par le docteur Lebert.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

10° De l'utricule primitive azotée des végétaux.

M. Robin communique, dans la séance du 17 février, des recherches sur l'utricule primitive azotée des végétaux, qui tapisse la face interne de la cellule de cellulose, par lesquelles il confirme sur un grand nombre de monocotylédones et de cryptogames, les recherches de Hugo Mohl sur ce sujet. Il attribue avec ce savant, une grande importance au fait de l'adhérence du noyau, qui est aussi de nature azotée, à l'utricule primitive, sans aucun moyen d'union avec la paroi de cellulose. Il montre de plus que dans le phénomène de fractionnement du contenu de l'ovule végétal, duquel résultent les cellules embryonnaires, celles-ci sont primitivement des cellules granuleuses entièrement imprégnées de matière azotée, et ce n'est qu'un peu après que se forme autour d'elles la paroi de cellulose. Dès ce moment ce sont de véritables cellules végétales, dans lesquelles la sphère de fractionnement représente l'utricule primitive étudiée dans es cellules adultes et en présente tous les caractères.

11° De l'oviducte des squales.

M. Robin présente, dans la séance du 17 février, les oviductes d'un aiguillat (acanthias vulgaris, Mull. et Trosch), dont les artères et les veines sont injectées. Ce squale est vivipare, le vitellus forme le placenta, et s'enchevêtre avec les plis de la face interne de l'oviducte; aussi les artères très-nombreuses font saillie de ce côté, les veines sont placées en dehors. Un très-riche réseau capillaire de la plus grande finesse ($0^{mm},03$ à $3^{mm},04$), circonscrivant des mailles de la même largeur que celle des vaisseaux, recouvre ces artères qui ont de $0^{mm},10$ à $0^{mm},80$ environ de largeur.

12° Des lymphatiques des torpilles.

M. Robin montre une série de dessins sur les lymphatiques des torpilles, la veine porte rénale et le cœur des raies et des anges (squalina angelus). Il résulte de recherches qu'il a faites à l'occasion des communications de M. Bernard, sur plusieurs poissons, que chez ces animaux qui ont une veine porte rénale, les chylifères se jettent dans la veine cave, tandis que chez les mammifères ils se jettent dans les sous-clavières et les jugulaires par le canal thoracique. De plus, chez ces animaux, une valvule placée à l'abouchement des sinus de Cuvier dans l'oreillette empêche le sang de refluer dans la veine cave à chaque contraction de l'oreillette.

13° Recherches expérimentales sur la voix.

M. Segond fait, dans la séance du 17 février, la communication suivante :

Le mécanisme de la production des sons appartenant au registre appelé *voix de tête* est une des parties les moins éclairées de l'étude de la phonation. Les théories proposées jusqu'à ce jour sont, d'une part, trop dominées par le point de vue physique, et, d'autre part, trop peu fondées sur les données comparatives, pour qu'on puisse sérieusement les accepter.

Déjà dans une première communication, M. Segond a soulevé à cet égard un élément caractéristique pour l'explication des phénomènes vocaux. Plusieurs auteurs d'anatomie comparée frappés de la proportion relative des replis inférieurs et des replis supérieurs de la glotte n'ont pas hésité à considérer ces

derniers comme les organes essentiels de la voix chez certains animaux. M. Segond vient de démontrer par une nouvelle expérience que le chat domestique peut miauler après la section des replis inférieurs de la glotte. Or quand on a acquis quelque habitude dans l'observation des phénomènes de la voix, on ne tarde pas à reconnaître que chez les animaux supérieurs qui ont deux paires de replis vocaux, il y a production de deux registres de sons, caractérisés chez l'homme par la dénomination de *voix de poitrine* et de *voix de tête*. Chez le chat, dont les replis supérieurs sont très-prononcés, le registre de tête est très-développé par rapport aux sons de poitrine, que cet animal ne fait entendre que dans le coït ou lorsqu'il se bat avec d'autres animaux. Aussi, bien que M. Segond doive poursuivre ses recherches sur cette importante question, il croit pouvoir dès à présent conclure de ses expériences que la voix de fausset chez l'homme a pour organe les replis supérieurs de la glotte.

M. Segond a présenté en outre à la Société un larynx de chien, sur lequel on observe la section des deux paires de rubans vocaux. Le chien, conservé pendant vingt jours après l'opération, est resté aphone. M. Segond a voulu par cette expérience éliminer la considération des replis aryténo-épiglottiques qui, chez le chien comme chez l'homme, sont, d'après lui, impropres à constituer un instrument vocal.

14° HYDROLOGIE.

M. Désir présente, dans la séance du 3 février, au nom de M. Quevenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, le résumé de ses recherches faites en commun avec M. le docteur Bisson sur la salubrité de plusieurs eaux puisées dans la Sologne, sur le tracé du chemin de fer et dans l'intérêt de la santé des ouvriers.

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'eau de puits qui sert de boisson à la Ferté-Saint-Aubin, bonne pour le savonnage, est aussi assez bonne à boire.

2° L'eau de puits qui sert de boisson à Lamotte-Beuvron, contenant une forte proportion de sulfates, est peu propre au savonnage et mauvaise à boire.

3° L'eau de puits de Nouan-le-Fuzelier, ne contenant pas de sulfates et renfermant des traces de carbonates, est très-bonne à boire et propre aux usages domestiques.

4° L'eau de puits de Salbris, contenant une assez forte proportion de sulfates, est assez bonne à boire.

5° L'eau de puits de Theilley, contenant une assez forte proportion de bicarbonate de chaux et des traces de carbonates alcalins, et point de sulfate de chaux, est très-bonne à boire et très-propre aux usages domestiques.

Quant aux eaux des rivières ou des ruisseaux, celle de Cosson est très-mauvaise, celles de la Canne et de la Sauldre sont bonnes à boire ; celle de Lazenière, celle du Beuvron, celle de Laguide, du Méan, du Naor, du Coussin, sont mauvaises à boire, quoique propres au savonnage.

15° RECHERCHES SUR LE SYSTÈME NERVEUX VISCÉRAL DES POISSONS.

M. Béraud présente, dans la séance du 3 février, un travail sur le système nerveux viscéral des poissons dont voici les principales conclusions :

1° Le grand nerf sympathique chez les raies est composé d'une série de ganglions au nombre de six de chaque côté, dont le plus volumineux, placé le plus haut, près du cardia, fait saillie dans la veine cave correspondante, de manière à être à peu près complétement baigné par le sang de cette veine.

2° De ces ganglions partent des filets qui réunissent les ganglions entre eux, s'anastomosent ensemble, et qui accompagnent les artères gastriques et mésentériques. D'autres se rendent aux artères des organes génitaux.

M. Robin, dans son rapport sur ce travail, fait ressortir l'exactitude des descriptions et insiste sur le peu de détails que l'on trouve touchant ce sujet même dans les meilleurs traités d'anatomie comparée.

16° FÉCONDATION ARTIFICIELLE DES POISSONS.

M. Martins lit, dans la séance du 17 février, une lettre de M. le docteur Haxo, secrétaire de la Société d'émulation des Vosges, sur des fécondations artificielles faites en grand par deux habitants des Vosges, MM. Gehin et Remy, qui sont parvenus à multiplier les truites dans les diverses eaux des Vosges. Le succès de leur procédé est tel que non-seulement ils peuvent repeupler des torrents, mais ils ont établi un étang qui ne contient pas moins de 600,000 truites qui, à l'âge de 3 ans, ont en moyenne un poids de 250 grammes.

M. de Quatrefages, qui, à cette occasion, rappelle sa communication faite sur ce sujet à l'Institut, émet comme probable l'opinion que l'on pourrait créer, au moyen des fécondations artificielles, des bancs d'huîtres.

17° NOUVELLE ESPÈCE D'INSECTE: ÆPUS ROBINII.

M. Laboulbène communique à la Société, dans la séance du 10 février, la description d'une nouvelle espèce d'insecte coléoptère pentamère, de la famille des carabiques, appartenant au genre æpus de Leach, et qu'il nomme Æpus Robinii, du nom de M. Robin qui l'a découvert l'été dernier, et qui, à cette occasion, expose les caractères distinctifs de cette nouvelle espèce et les particularités de sa manière de vivre.

18° HÉMATOZOAIRES DU RAT.

M. Chaussat lit, dans la séance du 10 février, une notice sur les hématozoaires du rat ; ces helminthes, du genre filaria, se sont trouvés dans le sang de tous les rats noirs adultes examinés par M. Chaussat. Il ne les a point rencontré chez des rats jeunes ; il montre de plus des œufs d'helminthes trouvés dans le foie d'un rat ; ces mêmes œufs ont été observés bien souvent dans le foie des lapins par M. Lebert.

19° ANOMALIE DES ORGANES SEXUELS FEMELLES DE L'ASTACUS FLUVIATILIS.

M. Démarets a présenté, dans la séance du 10 février, une pièce montrant une anomalie curieuse des organes sexuels de l'astacus fluviatilis ; c'est une double ouverture vulvaire qui correspond, comme le démontre la dissection de la pièce, à un double oviducte.

III. — Pathologie.

1° NOUVELLE ESPÈCE D'ALGUE TROUVÉE DANS LES URINES.

M. Rayer a trouvé dernièrement, dans le cas déjà mentionné de pilimixtion, une nouvelle espèce d'algue dans les urines, algue dont M. Montagne a présenté, dans la séance du 10 février, une description détaillée avec dessin. D'après lui, cette espèce nouvelle appartient au genre leptomitus et formerait l'espèce de *leptomitus urophilus* Montagne. Ce cryptogame se présente sous forme d'une petite houppe hémisphérique, en apparence gélatineuse, de 2 à 3 millim. de diamètre ; sa composition microscopique consiste en filaments transparents, rameux, à rameaux divergents ; ces filaments sont articulés ou divisés par des cloisons.

2° CALCULS D'OXALATE DE CHAUX SE RENCONTRANT DANS LA VESSIE DES SURMULOTS.

Dans la séance du 17 février, M. Désir rend compte à la Société de recherches faites en commun avec M. Rayer, sur des calculs trouvés dans la vessie des surmulots. La forme régulièrement octaédrique de ces cristaux offre tous les caractères de ceux d'oxalate de chaux. La nourriture de ces rongeurs rend en partie compte de la présence dans les urines de ces calculs dont la formation est en outre favorisée par la présence fréquente dans leur vessie d'un helminthe que M. Rayer a décrit le premier sous le nom de *trichosoma muris decumani*.

3° PRODUCTION CORNÉE OBSERVÉE SUR LA TÊTE D'UNE VIEILLE FEMME.

M. Rayer a mis sous les yeux des membres de la Société, dans la séance du 23 février, une corne longue de 9 centim. environ et large de 2 centim. à sa base. Cette corne, qui s'était développée sur la peau du front d'une vieille femme, appartenait par sa composition et sa structure aux productions épidermiques. De petites lamelles très-minces, prises sur cette corne, examinées au microscope, offraient une apparence tout à fait analogue à celle de lamelles prises sur une corne de bœuf. Ces deux espèces de cornes diffèrent des cornes de cerf en ce qu'elles n'offrent pas, comme les dernières, des corpuscules osseux et une proportion considérable de phosphate de chaux.

4° DISTENSION CONSIDÉRABLE DE LA VESSIE CHEZ UN FOETUS PAR SUITE DE L'OBLITÉRATION DE L'URÈTRE.

M. Depaul montre, dans la séance du 3 février, la vessie très-distendue d'un enfant nouveau-né, sans que cependant cette distension ait opposé d'obstacle à l'accouchement. Ce même fœtus présente de plus le vice de conformation, pas très-rare, de la réunion des deux reins en un seul, placé en travers sur l'épine dorsale et s'abouchant dans un seul uretère non dilaté. L'urètre de cet enfant, de sexe mâle, est oblitéré dans sa partie postérieure, l'orifice antérieur existe. L'extrémité inférieure du rectum s'ouvre largement dans la vessie.

5° URINES ALBUMINEUSES SANS NÉPHRITE ALBUMINEUSE CHEZ UNE FEMME EN COUCHES.

M. Blot présente, dans la séance du 3 février, les reins d'une femme morte de fièvre puerpérale à la Maternité, et chez laquelle, après l'accouchement, il est survenu une hémorrhagie que le tamponnement seul a pu arrêter. Ces reins examinés par M. Rayer, alors qu'ils n'étaient point altérés par le temps, n'ont offert aucune des lésions qui caractérisent l'un des degrés de la néphrite albumineuse. M. Blot insiste sur le but de sa présentation ; il désire, en la faisant, apporter une nouvelle preuve à l'appui de celles qu'il a déjà données à la Société en faveur de la proposition suivante : Le passage de l'albumine dans les urines, chez les femmes enceintes, les prédispose aux hémorrhagies après l'accouchement. Il fait remarquer que ce fait prouve une fois de plus la possibilité du passage de l'albumine dans les urines sans qu'il existe dans les reins des altérations appréciable après la mort.

6° DÉVELOPPEMENT ANORMAL DES FOLLICULES MUCIPARES DANS LA VÉSICULE BILIAIRE.

M. Gubler présente, dans la séance du 3 février, un foie granuleux dont la vésicule biliaire est le siége d'un développement anormal des follicules mucipares. Dans le fond de la vésicule et sur sa face interne, on remarque de petites tumeurs verdâtres dont la plus petite a le volume d'une grosse tête d'épingle, et la plus grosse atteint le diamètre d'un centimètre environ. Au sommet de ces tumeurs aplaties, on découvre un point noir comme sur les tannes; par l'expression, on fait sourdre une humeur transparente, visqueuse, à peine colorée par la bile et mêlée à des grumeaux verdâtres, constitués sans doute par l'épithélium teint de bile.

Ce fait, joint à un autre du même genre qui a été soumis à la Société par M. Gubler, confirme pleinement l'opinion de ce médecin, qui veut que la mem-

brane muqueuse de la vésicule du fiel soit comme les autres pourvue de follicules muqueux.

A cette occasion, M. Robin rappelle que M. le docteur Reclam a communiqué à la Société philomatique une lettre de de M. Weber (de Leipsick), qui contient la description de glandules en forme de fiole, placées dans l'épaisseur du canal hépatique et la vésicule du fiel. (Bulletins de la Société philomatique, Paris, 1847, p. 22.)

7° OSTÉITE FÉMORALE, AVEC ALLONGEMENT DU CORPS DE L'OS ET REDRESSEMENT DU COL.

M. Verneuil fait voir aux membres de la Société, dans la séance du 23 février, les deux fémurs du même individu, l'un malade, l'autre dans son état naturel. Ces os ont été pris sur un cadavre destiné à la dissection.

Le fémur malade est de près de 5 centim. plus long, beaucoup plus pesant et plus épais que l'autre; le col du fémur est à peu près entièrement redressé. L'intérieur de cet os montre une condensation à peu près éburnée, surtout prononcée dans la moitié supérieure, où elle est seulement interrompue par deux cavités allongées, débris du canal médullaire oblitéré, et qui, à l'état frais, renfermaient un liquide purulent. La moitié inférieure de l'os, également très-condensée, montre le canal médullaire notablement rétréci; la moelle est par places infiltrée de pus, et renferme de nombreuses lamelles osseuses. La surface de l'os est recouverte de végétations osseuses consécutives à une périostite chronique. Le tibia du même individu offre vers son milieu une oblitération de son canal sur 1 centimètre de trajet environ.

A l'occasion de cette présentation, une discussion s'engage sur la cause du redressement du col. M. Gubler l'attribue à un ramollissement antérieur de l'os, suivi d'un travail de réparation et de consolidation qui est allé jusqu'à l'hypertrophie en de certains points, et est arrivé même au degré de l'inflammation dans d'autres. C'est à l'époque du ramollissement que le poids du corps, portant dans le décubitus horizontal sur le côté malade, a dû produire le redressement du col.

M. Lebert ne voit de bien évident, dans cette pièce, que le produit de l'inflammation de l'os, périostite avec production osseuse nouvelle à la surface, ostéite dans l'intérieur, hypertrophie dans bien des endroits, suppuration dans d'autres. Rien, dans l'examen de la pièce, ne prouve l'existence d'un ramollissement antérieur; il vaut par conséquent mieux ne noter que la coïncidence, qu'établir une causalité dont il serait difficile de fournir les preuves.

M. Verneuil insiste sur la différence entre tout l'aspect de cette pièce et les diverses déformations rachitiques. MM. Depaul et Cazeaux se déclarent également contre cette manière de voir, tandis que M. Blot cite, à l'appui de l'opinion de M. Gubler, le rachitisme, que l'on regarde comme très-rare dans l'âge adulte, se produisant également chez les femmes en couches en déformant leur bassin. M. Gubler s'exprime également dans ce sens. M. Cazeaux insiste alors sur la différence qui existe entre l'ostéomalacie et le rachitisme, ce qui engage M. Gubler à émettre l'opinion que ces deux affections sont des altérations pathologiques identiques au fond, survenant dans des circonstances différentes, et il promet à la Société une communication ultérieure qui aurait pour but de fournir les preuves de cette manière de voir.

8° CANCER DE L'UTÉRUS ET HYDROPISIE RÉNALE.

M. Follin montre, dans la séance du 10 février, des pièces provenant d'une femme qui a succombé à une hydropisie rénale et à un cancer utérin.

Les dilatations considérables du rein, sous l'influence d'obstacles au cours de l'urine, ne sont pas assez communes dans la science pour ne point en mentionner un exemple remarquable. Une femme, âgée de 40 ans environ, entra, le 3 février 1849, dans le service de M. Velpeau. Cinq ou six mois auparavant, elle était accouchée, non sans peine, à la suite d'une opération obstétricale. Notre collègue, M. Cazeaux, appelé à son accouchement, constata un cancer du col utérin, et fut obligé d'inciser cet organe pour favoriser la sortie de l'enfant. Depuis cette époque, les accidents du côté du ventre se sont de plus en plus prononcés. Une tumeur bosselée, dure, rénitente, d'un volume assez considérable, s'est montrée dans le flanc gauche, et s'est peu à peu étendue jusque dans l'hypocondre du même côté. Cette tumeur, légèrement mobile, n'est point perçue par le vagin; elle s'accompagne depuis quelque temps d'une notable diminution dans la quantité des urines rendues, et depuis huit jours environ, la miction a été presque nulle. Toutefois le cathétérisme ne donna lieu qu'à l'écoulement d'une petite quantité de liquide mêlée avec un peu de sang. Jusqu'au 6 février les symptômes ne changèrent pas; mais vers cette époque, cette malade tomba dans un état grave: elle n'avait plus connaissance de ce qui se passait autour d'elle. Sa respiration, sans cause connue, était gênée et bruyante, ses membres thoraciques animés de légers mouvements spasmodiques, ses traits affaissés, ses lèvres entr'ouvertes et pâles. Du reste, le ventre est resté souple et sans trace de péritonite. Les extrémités ne sont pas froides; le pouls est accéléré et petit. Malgré un traitement énergique, cette malade succomba.

L'autopsie nous a montré:

Une énorme tumeur abdominale, due à la dilatation du rein gauche. Cette masse s'étendait jusque dans l'hypocondre gauche, sur la grande courbure et le grand cul-de-sac de l'estomac, et cachait la rate un peu hypertrophiée. En bas, ce rein dilaté descend jusque dans le bassin, soulevant ainsi le colon descendant, qui est appliqué comme un ruban sur sa face antérieure; l'S iliaque y adhère aussi dans sa partie supérieure.

Cette tumeur a la forme du rein; elle est bosselée en dehors et présente à sa face interne une saillie due au bassin et distendue par du liquide. L'incision de cette masse en fait couler une grande quantité d'un liquide légèrement trouble et jaunâtre. L'intérieur de cette tumeur est divisé en loges qui communiquent toutes avec le bassin, et ces cellules correspondent aux pyramides du rein.

Le rein du côté droit est ramolli.

L'uretère gauche est dilaté, et ne laisse plus couler de liquide dans la vessie. Son oblitération a lieu par le développement du cancer utérin et de quelques ganglions situés sur les bords de l'utérus.

Le développement de cette tumeur, la difficulté de son diagnostic, sa rareté, la rendent l'un des faits les plus curieux de l'histoire des maladies des reins.

9° CALCUL TROUVÉ DANS LA VESSIE D'UNE CHIENNE.

M. Robin montre, dans la séance du 3 février, un calcul qu'il a trouvé dans la vessie d'une chienne; il en remplissait toute la capacité et avait donné lieu pendant la vie de l'animal, à une incontinence d'urine continuelle.

10° ENDOCARDITE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 14 ANS.

M. Faillet met sous les yeux des membres de la Société, dans la séance du 10 février, le cœur d'une jeune fille de 14 ans qui a succombé à une endocardite, et qui était en même temps atteinte d'une hypertrophie du ventricule droit. Ce fait offre quelque intérêt à cause de l'absence de toute affection rhumatismale antérieure. En outre, les cas d'endocardite, à l'âge de cette jeune fille, sont bien plus rares que chez l'adulte.

11° KYSTE HYDATIQUE DU FOIE.

Cette pièce, présentée par M. Beraud, dans la séance du 17 février, a surtout cela de curieux que les parois du kyste, qui put être complétement isolé, avaient un demi-centimètre d'épaisseur et offraient une densité fibreuse notable, ainsi qu'une incrustation pierreuse dans quelques points, assez étendue cependant pour qu'il fallût se servir de la scie pour diviser ses parois. L'intérieur de ce kyste est rempli de vésicules à échinocoques, flétries, affaissées et en voie de décomposition.

12° CARIE VERTÉBRALE — TUMEUR BLANCHE OCCIPITO-ATLOÏDIENNE.

M. Lebert montre, dans la séance du 3 février, une pièce de carie vertébrale provenant d'un enfant de 5 ans. Une caverne osseuse, du volume d'une grosse amande, existe entre la quatrième et sixième vertèbre dorsale. Il y a plusieurs petits séquestres à la superficie des vertèbres malades, le périoste est épaissi, infiltré de pus et en partie décollé. L'examen le plus attentif démontre l'absence totale de matière tuberculeuse; c'est un de ces cas nombreux de carie non tuberculeuse des vertèbres que, de nos jours, on a voulu faire passer pour des cas exceptionnels, tandis que, pour l'épine dorsale aussi bien que pour les autres parties du squelette, l'affection tuberculeuse est proportionnellement plus rare que la carie non tuberculeuse dans ses diverses formes et avec ses divers modes de terminaison.

M. Lebert donne en outre des détails sur un fait qu'il a observé dernièrement, et qui est loin d'être rare dans le jeune âge: c'est une tumeur blanche occipito-atloïdienne qui avait simulé toute la symptomatologie de la carie vertébrale cervicale.

Ces deux pièces intéressantes lui avaient été communiquées par M. Rocas, interne à l'hôpital des Enfants (1).

13° FOETUS DE 4 MOIS ATTEINT DE VARIOLE.

M. Lebert présente, dans la séance du 17 février, un fœtus de 4 mois environ, qui est atteint de variole. La mère avait une variole peu grave, dans la convalescence de laquelle elle fit la fausse couche par laquelle elle mit au monde ce fœtus malade.

Bien que les cas de variole chez des enfants nouveau-nés ou chez les fœtus à terme ne soient pas rares, on n'observe cependant pas souvent la transmission de cette maladie de la mère à l'enfant à une époque aussi peu avancée de la vie intra-utérine. La description détaillée de l'examen de ce fœtus, ainsi que celle des observations auxquelles elle a donné lieu par l'état des glandules de la peau, le développement des poils, la composition chimique de cet épiderme, seront exposés ailleurs.

A l'occasion de cette présentation, M. Depaul raconte le fait observé par lui de la transmission de la petite vérole d'une mère à son enfant, qui, en venant au monde, avait de nombreuses pustules de variole, quoique la mère, qui avait visité quelque temps auparavant une personne atteinte de cette affection, ne l'eût pas prise elle-même.

14° TUMEURS MULTIPLES DE LA PEAU (MOLLUSCUM?).

Ce cas curieux qui, depuis quelque temps, a fait grand bruit à Paris et a été examiné par beaucoup de médecins, nous a été communiqué par M. Lucien Corvisart, interne à l'hôpital Beaujon. L'observation étant publiée au complet dans les Archives (mars 1849), nous n'en donnons ici qu'un résumé très-succinct, en

(1) Nous pensons qu'il faut accepter avec quelque réserve la conclusion du savant auteur de cette communication. L'appréciation matérielle des caractères directs peut rendre difficile la réfutation de son opinion; mais des preuves d'un autre ordre sont peut-être susceptibles de conduire à une conclusion différente.

(Note du rédacteur en chef de la Gazette Médicale.)

y ajoutant le résumé de l'autopsie cadavérique, dont tous les détails, recueillis par M. le docteur Lebert, seront également publiés dans les ARCHIVES. Voici ce fait :

Une femme, âgée de 48 ans, d'une bonne constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, prétend n'avoir jamais eu de maladie vénérienne. A Paris, depuis deux ans seulement, elle y exerça son état de brocanteuse, qui, l'obligeant à crier dans les rues, la fatiguait beaucoup.

Au mois d'avril dernier, elle s'aperçut pour la première fois de l'apparition d'un bouton au cou d'un rouge bleuâtre, d'une consistance ferme, qui fut traité par le caustique de Vienne et disparut après la chute de l'escarre. Dans les huit mois suivants, huit autres tumeurs pareilles se montrèrent sur diverses parties du corps.

Au mois de septembre, elle eut une paralysie faciale intercurrente et tout à fait passagère.

C'est depuis le mois de novembre dernier que les tumeurs se multiplièrent rapidement sur toute la surface du corps et dépassèrent le nombre de cent ; leur volume variait entre celui d'une noisette et d'une noix ; elles étaient saillantes, mobiles avec la peau, de couleur jaune rougeâtre ou d'un rouge cuivré ; quelques-unes étaient superficiellement ulcérées ; la croûte épidermique, sur d'autres, formait comme une escarre noirâtre ; la malade, du reste, souffrait fort peu. Quelques-unes des tumeurs avaient disparu après une durée de deux à trois semaines, d'autres étaient parvenues à l'ulcération dans ce même laps de temps. La figure, le pourtour des yeux et de la bouche, ainsi que le front, offrirent plusieurs de ces tumeurs à divers degrés de développement ; celle du front parut adhérer au périoste.

La malade présente en outre une conjonctivite et un coryza habituel, sa voix est voilée, la déglutition est gênée ; une ulcération existe au voile du palais et a détruit en partie la luette. Cette femme a déjà depuis quelque temps des palpitations, et on constate un bruit de souffle au premier temps. Absence de symptômes du côté des voies digestives.

La malade, après avoir séjourné dans plusieurs hôpitaux, arrive dans le service de M. Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis, où, sous l'influence d'un traitement spécifique de iodure de mercure et de iodure de potassium, une amélioration sensible se manifeste, mais bientôt toutes les tumeurs tendent vers un travail d'élimination, la suppuration s'établit sur un grand nombre de points, la gangrène sur plusieurs autres, la malade s'affaiblit, la fièvre de suppuration devient continue et fait succomber la malade.

A l'autopsie, on trouve les tumeurs cutanées composées d'un engorgement circonscrit des lames profondes et superficielles du derme, avec forte vascularité et infiltration d'un liquide qui, vu au microscope, offre quelques-uns des caractères des éléments fibro-plastiques, en présentant toutefois des particularités qui font naître la supposition qu'il y a là quelque élément spécial.

Au-dessous de la tumeur du front, le périoste est enflammé et l'os frontal superficiellement carié. On reconnaît l'ulcération du fond de la gorge avec les mêmes caractères constatés pendant les derniers temps de la vie.

Le cœur offre, dans les parois du ventricule droit, trois tumeurs blanchâtres du volume d'une noisette, offrant à l'examen microscopique des éléments semblables à ceux signalés dans les tumeurs cutanées. A leur niveau, l'endocarde est épaissi et offre même dans un endroit de nombreuses éminences papilliformes de 1 à 2 millimètres de longueur. Des tumeurs semblables se trouvent dans les deux ovaires et dans le col utérin, à la surface duquel elles avaient donné lieu à une ulcération. Un phlegmon existe entre la partie postérieure du colon transverse et le rein droit, qui est atrophié et décoloré. Le foie est gras et montre des traînées fibreuses le long de quelques vaisseaux.

Les organes de la respiration et de la digestion sont dans un état tout à fait normal.

L'ensemble des symptômes, de la marche de la maladie et des lésions, rendent probable qu'il s'est agi, dans ce cas, d'une affection syphilitique constitutionnelle.

BIBLIOGRAPHIE.

APPRÉCIER LA VALEUR RESPECTIVE DES SOURCES DU PRONOSTIC MÉDICAL, DÉTERMINER LES CIRCONSTANCES QUI LE RENDENT DIFFICILE OU INCERTAIN (thèse de concours pour la chaire de clinique interne de la Faculté de médecine de Montpellier) ; par M. FUSTER. — In-8o de 134 pages. — 1848.

Est-il un sujet de dissertation plus vaste et plus complexe à la fois que celui-là ? La détermination des sources du pronostic ne comprend-elle pas, en effet, tous les éléments dont se compose une maladie, non-seulement dans son état actuel, mais encore dans le passé et dans l'avenir ? Le pronostic n'est-il pas en quelque sorte comme le lien qui relie et rattache en un faisceau commun toutes les données fournies par l'étiologie, par le diagnostic, par la symptomatologie, par la connaissance de toutes les conditions du milieu dans lequel se trouve placé le malade, et par l'influence connue ou présumée du traitement lui-même ? C'était donc tout un chapitre de pathologie générale appliquée à la clinique, qu'avait à écrire M. Fuster. Le résultat connu du concours pour lequel cette thèse a été rédigée donne une importance particulière à ce travail, dans lequel on peut apercevoir déjà comme une sorte de programme de l'enseignement dévolu au nouveau professeur.

Le pronostic est-il une science ? est-il un art ? Il est à la fois l'un et l'autre, répond M. Fuster : il est une science, car il relève de principes arrêtés ; il est aussi un art, puisqu'il réclame, indépendamment du corps de doctrine qui lui confère les attributs scientifiques, une éducation spéciale appropriée à son objet, des sens dressés à l'observation des phénomènes morbides, l'habitude d'apprécier leurs nuances expressives, etc. Cette distinction, en apparence toute scolastique, est loin d'être futile ; elle a fourni à M. Fuster l'occasion de rechercher quelle a été l'influence des principales écoles sur les caractères du pronostic, et la part qu'ont eue dans ses progrès les anciens et les modernes.

On sait l'importance que les anciens attachaient au pronostic et le degré de perfection auquel ils l'ont élevé dès l'origine même de la science. A quoi tient cette perfection du pronostic à une époque où le diagnostic était si complet, où les médecins n'avaient, pour se guider dans la prescience de l'issue probable et des éventualités de la marche des maladies, ni les notions physiologiques que nous possédons aujourd'hui, ni la précision des signes diagnostiques des lésions anatomiques, ni les moyens d'exploration dont les médecins modernes ont doté la science ? Elle tient, ainsi que le fait remarquer M. Fuster, à ce que les médecins anciens prenaient surtout en considération les actes dynamiques de l'économie, la marche et la succession des phénomènes variés dont se compose la scène morbide, les principes de solidarité de ces phénomènes, leurs traits communs et les caractères de généralité qui s'en déduisent. Ces principes ont été en grande partie méconnus par les modernes qui ont sacrifié le point de vue large et élevé de la médecine antique à l'étude exclusive des lésions organiques et de tout ce qui s'y rattache.

Cependant, on ne saurait le méconnaître, le pronostic leur doit aussi des acquisitions utiles. Et comment pourrait-il en être autrement, lorsque toutes les connaissances collatérales, l'anatomie, la physiologie, la physique, la chimie, la mécanique elle-même, concourent, comme à l'envi, à éclairer quelques-uns des points obscurs de l'histoire des altérations de nos solides et de nos humeurs, et tendent, par les faits de détails dont elles enrichissent journellement la médecine, à pousser cette science dans les voies de plus en plus larges de la certitude ? Mais ce que le pronostic doit à ces nombreux procédés d'invention moderne emprunte aux sciences qui en fournissent les éléments un caractère particulier qui tient plutôt de l'art que de la science. La science proprement dite du pronostic est tout entière dans les principes et les vues larges de la doctrine dont Hippocrate et Prosper Alpin ont jeté les premiers fondements. De là deux ordres de recherches d'un caractère différent, deux sources principales et également fécondes où doivent être recherchés les éléments du pronostic.

Cette appréciation, dont la justesse frappera tous les esprits, conduit naturellement l'auteur au cœur de son sujet.

Dans tout le cours de la dissertation, conformément aux principes que nous venons d'exposer, l'art et la science du pronostic marchent parallèlement et se prêtent un mutuel appui. C'est en mariant à chaque instant les riches faits de détail de l'observation contemporaine aux vues supérieures de la doctrine des anciens, qu'il demande successivement aux symptômes, aux lésions anatomiques, aux causes, à la marche de la maladie et à la thérapeutique tous les éléments qu'ils sont susceptibles de fournir au pronostic.

Pour les symptômes, aux signes que les anciens déduisaient de la physionomie extérieure des maladies, il joint l'appréciation respective des signes fournis par les procédés modernes d'exploration, la percussion et l'auscultation, la thermométrie, l'aspect physique et l'analyse du sang, les réactions chimiques des diverses humeurs, etc. Les lésions anatomiques lui fournissent des signes non moins précieux, qu'il réduit toutefois à leur juste valeur, signalant, à l'occasion de chacun d'eux, les bonnes comme les mauvaises chances des applications de l'anatomie pathologique. Les causes, tant négligées par l'école localisatrice, et dont l'action, suivant l'heureuse expression de M. Fuster, s'assimile pour ainsi dire la nature des affections, devaient lui offrir d'importantes indications pronostiques. Il n'a négligé, comme bien on le pense, aucune des considérations qui se rattachent à cet intéressant sujet, et notamment l'influence si manifeste, à ce point de vue, des causes épidémiques et des constitutions médicales et saisonnières. Il en a été de même pour la marche des maladies, cette source féconde où les anciens ont puisé à pleines mains les signes si précieux qu'ils nous ont transmis. Ici venait naturellement se placer la question si controversée des crises, dont la manifestation, beaucoup moins évidente dans les maladies de nos climats que dans celles des pays chauds, explique jusqu'à un certain point le peu de cas qu'on en a fait généralement à l'école de Paris. Viennent

enfin la considération de l'état des forces, non moins riche en éléments pronostiques, et celle des signes empruntés aux résultats de la thérapeutique, qui a d'ailleurs beaucoup plus à prendre qu'à donner à ce genre de recherches.

M. Fuster n'a négligé, comme on le voit, aucune des données que peuvent également fournir le malade et la maladie, considérés l'un et l'autre sous tous leurs aspects divers, et il a assigné à chacune de ces données le rang qui leur revient d'après leur importance respective, plaçant en première ligne les causes morbides, l'état des forces du malade et la marche des maladies, et reléguant au second plan, comme moins immédiatement utile au pronostic, la considération des lésions organiques et des symptômes.

D'après l'esquisse rapide de cette thèse, dont nous avons cherché à faire ressortir plutôt l'esprit que les détails, on peut voir déjà quelle est la tendance du nouveau professeur de Montpellier. Comme Baglivi, il eût pu dire: *Nec ab antiquis, nec à novis sum.* Egalement imbu de la lecture des anciens et des principes cliniques des écoles actuelles, M. Fuster a cherché à s'inspirer de l'une et de l'autre méthode, convaincu que ces méthodes, différentes mais non contraires, loin de s'exclure ne pourraient que gagner à une fusion intelligente qui les ferait simultanément concourir aux véritables progrès de l'art.

CONSTITUTION MÉDICALE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — NOUVELLES SANITAIRES.

RUSSIE.

— Bulletin officiel du choléra a Saint-Pétersbourg.

Journée du	nouv. malades	guérisons	décès
8 mars. . . .	7	6	3
9 —	11 —	12	3 —
10 —	5 —	8 —	4 —
11 —	8 —	8 —	2 —
12 —	12 —	2 —	4 —
13 —	8 —	8 —	3 —
14 —	8 —	6 —	6 —
15 —	5 —	2 —	5 —

AUTRICHE.

Vienne, 22 mars. — Depuis que le choléra a éclaté dans notre capitale, 286 personnes en ont été atteintes, y compris les militaires: — 137 sont rétablies, 133 sont décédées.

ANGLETERRE.

Londres, 28 mars. — Le relevé hebdomadaire de la situation sanitaire de Londres continue d'être satisfaisant. — Les décès qui, vers la fin du mois dernier, s'élevaient à 1,200, n'ont été la semaine dernière que de 1,048. — La mortalité a baissé de 25 pour 100 dans la période d'un mois. — La diarrhée a diminué. — Les décès par le choléra ne sont qu'au nombre de 18; 8 dans une maison de pauvres et 2 dans les hôpitaux. — La scarlatine et le typhus ont enlevé chacun 40 personnes. — La condition favorable de l'atmosphère est cause de l'amélioration de l'état sanitaire de Londres; il y a plus de sécheresse dans l'air. — Le chiffre des naissances pendant la semaine a été de 1445.

ESPAGNE.

— Une maladie bien plus terrible que le choléra vient d'éclater en Espagne, dans les montagnes du Guipuscoa. Cette maladie, encore peu connue, et qui menace, par son extrême virulence, de l'emporter sur le choléra, la fièvre jaune et même la peste, c'est la *clignotte*, ainsi nommée, parce qu'en un clin d'œil le malade est emporté.

A l'invasion de l'affection, d'énormes pustules d'un jaune verdâtre surgissent simultanément au jarret, à l'avant-bras et la nuque. En quelques heures, chacune de ces tumeurs est devenue un large ulcère pulvérulent d'où s'échappent, avec une odeur infecte, des myriades de corpuscules microscopiques animés, qui se répandent comme une lave incandescente sur toute la surface du corps, dont elles soulèvent l'épiderme pour s'y loger. Au bout de trois heures de souffrances atroces, car ces animalcules ont l'âcreté corrosive d'un charbon ardent, le corps du patient, totalement boursouflé, présente l'aspect d'une immense vessie chargée de liquide, et, la fièvre aidant, le malade ne tarde pas à succomber. Deux heures après, le cadavre est complétement putréfié, et l'on se hâte de l'enterrer au plus vite, car, si on négligeait ce soin, les masses d'insectes dont il est littéralement couvert se chargeraient bientôt de le dévorer.

Dans deux villages, qui comptaient de 4 à 500 habitants chacun, 122 personnes de tout âge et de tout sexe avaient succombé dans les trois jours qui ont suivi l'apparition du fléau.

Un savant médecin de Pampelune, accouru en poste sur le foyer de l'épidémie, a tout d'abord reconnu en elle tous les caractères de la clignotte, maladie récemment observée sur les rives du Bug, rivière de la Pologne. En conséquence, afin d'étudier le mal dans sa source et d'en connaître le traitement rationnel, il a pensé qu'il convenait, au préalable, d'en référer à ses confrères de la Faculté de Cracovie. Ce sage avis ayant prévalu, un exprès dépêché par le gouveneur général a de suite été expédié vers la Pologne, avec injonction de faire une extrême diligence.

Mais, nous le demandons, n'est-il pas à craindre qu'avant son retour, tout le Guipuscoa n'éprouve de bien grandes pertes, si, dans l'intervalle, le fléau ne s'arrête pas.

Du reste, on attribue généralement l'apparition de cette horrible épidémie aux chaleurs continues qui depuis près de dix mois n'ont pas cessé de régner dans toute la partie septentrionale de la Péninsule.

BELGIQUE.

— Le choléra en Belgique. — Le choléra, qui a fait son entrée en Belgique au mois d'octobre, de novembre et de décembre 1848, par trois points extrêmes du pays, est loin de suivre une marche régulière et décidée. Les localités où il a fait ses premiers essais, telles que Verviers, Anvers et Mons, sont aujourd'hui délivrées du fléau. Plusieurs communes rurales de la province de Liége ont été alternativement attaquées et abandonnées par le mal asiatique qui, enfin, paraît vouloir fixer le théâtre de ses ravages dans deux de nos villes les plus populeuses: Liége et Gand sont sérieusement atteintes de la maladie. La première a perdu, depuis l'invasion qui a eu lieu au mois de décembre dernier, bien au delà de la moitié de ses habitants qui ont éprouvé les symptômes du fléau, car de 1,085 malades, 642 ont succombé; le nombre des morts varie encore dans ce mois-ci, de 2 à 10 par jour et les cas nouveaux de 3 à 17.

Les deux communes voisines, Seraing et Romet, ont été cruellement éprouvées; elles ont perdu 159 de leurs habitants sur 225 qui étaient atteints du mal.

Dans la Flandre orientale, où le fléau trouva la classe ouvrière et pauvre, sur laquelle il semble s'abattre de préférence, probablement plus disposée encore à éprouver ses atteintes que les houilleurs du pays de Liége; dans la Flandre orientale, disons-nous, le choléra a débuté d'une manière plus effrayante: la ville de Gand a perdu, en deux mois de temps, plus de deux cents personnes sur cinq cents cholériques.

Audenaerde, Eccloo, Alost et plusieurs communes rurales en sont menacées plus ou moins sérieusement. La commune de Wetteren qui, entre autres, a tant souffert du fléau en 1832-33, compte déjà treize victimes sur trente-neuf à quarante personnes atteintes de la maladie. (Progrès médical.)

FRANCE.

— M. Davesne, directeur des hôpitaux et hospices civils de Paris, a demandé à tous les médecins des établissements nosocomiaux de désigner entre eux un de leurs membres par hôpital pour former une commission chargée d'aviser, en commun avec l'administration, aux mesures à prendre dans les circonstances actuelles.

Cette commission s'est réunie aujourd'hui 26 mars, au parvis Notre-Dame. Elle était présidée par M. Davesne, directeur, assisté de MM. Blondel et Dubost. Les médecins désignés par leurs collègues étaient:

MM. Legroux, de Beaujon; Nonat, de Cochin; Paul Dubois, des Cliniques; Bricheteau, de Necker; Monneret, de Bon-Secours; Cruveilhier, de la Charité; Barth, de la Salpêtrière; Serres, de la Pitié; Valleix, de Sainte-Marguerite; Moreau, de Bicêtre; Grisolle, de Saint-Antoine; Bouneau, des Enfants malades; Rostan, de l'Hôtel-Dieu; Gibert, de Saint-Louis; Requin, de la Maison de santé.

Cette commission a arrêté les mesures suivantes:

Les malades atteints de choléra seront reçus indistinctement dans tous les établissements hospitaliers, il a été décidé par conséquent qu'il ne serait pas établi d'hôpital spécial pour les cholériques. Seulement, et en prévision des besoins du service, les médecins renverront immédiatement tous les individus que l'on peut renvoyer sans manquer aux devoirs de l'humanité. Ceux des malades que leurs infirmités ou les soins encore nécessaires à la convalescence ne permettraient pas de renvoyer, seront dirigés sur Bicêtre, où l'administration peut disposer de 400 lits, et sur Saint-Denis, où 300 lits sont disponibles.

Les lits, dans les hôpitaux, seront espacés selon les règles d'une bonne hygiène.

Le chauffage des salles restera à la disposition des médecins.

Les malades à la portion auront leur régime augmenté en volaille, poisson, veau et mouton.

Pour les élèves et les gens de service, suppression des jours maigres, légumes farineux remplacés par un plat de viande.

Enfin, laver et asperger de sulfite de soude les lieux d'où peuvent s'exhaler des miasmes délétères.

— Deux religieuses de l'hôpital de la Charité ont été atteintes, le 26, de choléra. Leur état inspire de vives inquiétudes.

— Le choléra existe à Rouen depuis quinze jours: on compte déjà 22 cas et 12 morts.

— On nous écrit de Calais, en date du 24 mars:

« Depuis une quinzaine de jours, le choléra sévit dans notre ville. Le quartier des pêcheurs, qui a été le plus maltraité, n'offrait plus de cas nouveaux depuis quatre jours; mais cette nuit même, le mal y a reparu. Aujourd'hui comme précédemment, il offre beaucoup de gravité.

— Il règne à Kayserberg (Haut-Rhin) une épidémie de rhumatismes et d'érysipèles de la face.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE. — DEUXIÈME PÉRIODE. — TRAITEMENT DU CHOLÉRA CONFIRMÉ.

Depuis notre dernier numéro, la marche de l'épidémie a été régulièrement, mais lentement croissante. A part un mouvement plus prononcé à la Salpêtrière pendant le commencement de la semaine, l'augmentation s'est partagée d'une manière à peu près uniforme entre les divers hôpitaux. Le tableau que nous publions plus loin, résumant la marche de l'épidémie jusqu'au 31, montre en même temps l'accroissement qui s'est opéré pendant cette première semaine d'avril.

Ces chiffres montrent en premier lieu que l'épidémie augmente; cela résulte de deux ordres de faits : du nombre de nouveaux malades envisagé d'une manière générale, et de cette considération qu'aujourd'hui ce nombre se compose en très grande majorité des malades venus du dehors. S'il est vrai, comme on l'a justement fait remarquer, que les premiers cas étaient surtout fournis par les malades du dedans, l'augmentation qu'on constate aujourd'hui exprime une progression d'autant plus importante, qu'elle dénote une plus grande extension de l'épidémie. Ce fait en présage, ou plutôt en implique un autre.

L'épidémie, d'abord développée au sein des hôpitaux, se généralise manifestement dans tous les quartiers de la capitale. Après avoir exercé son influence sur les constitutions épuisées par les maladies et la misère, elle commence à attaquer au dehors les sujets soumis aux mêmes influences et gagne progressivement tous les quartiers, atteint toutes les constitutions, mais, il faut se hâter de le reconnaître, dans des proportions telles que l'on n'a qu'un diminutif très-faible de l'épidémie de 1832. Ce qui prouve l'exactitude de notre observation, c'est qu'au début on entendait à peine parler de quelques décès survenus dans la classe aisée. Aujourd'hui, au contraire, on cite les noms, et la notoriété des faits, ajoutée à une légère augmentation dans le nombre des cas, éveille l'attention, sinon la crainte. Mais qu'y a-t-il dans cette succession de faits, sinon le développement naturel et pour ainsi dire nécessaire de ce qui existait il y a quinze jours. Les germes épidémiques déposés à cette époque au sein des organismes se sont développés et ont mûri progressivement, en raison inverse des résistances vitales. Tous ont pu être impressionnés au même moment ; mais chacun a fléchi plus ou moins tard, suivant son degré de force : les corps usés d'abord, les corps affaiblis ensuite, les constitutions délicates plus tard, enfin, et exceptionnellement, quelques santés meilleures, mais momentanément troublées peut-être par quelques excès. Notre conclusion sur ce point est donc que si l'épidémie s'est étendue et si le nombre des décès a augmenté, c'est moins en vertu d'une aggravation véritable de l'épidémie, qu'en vertu du développemant manifeste de son état initial. Ce développement constitue pour nous la seconde période de l'épidémie, sa période d'état.

En mentionnant les pertes faites dans les classes éclairées de la société, nous ne pouvons que déplorer l'aveuglement fatal qui a empêché les victimes de profiter des conseils efficaces de la science. On sait maintenant, à n'en plus douter, que le choléra foudroyant ne mérite plus ce titre que pour les imprévoyants ; on sait, et il n'est vraiment pas superflu de le répéter, que le choléra le plus intense est toujours, pendant plusieurs jours, précédé d'une diarrhée prodromique fort bénigne, et si bénigne que le plus grand nombre des malades n'y font aucune attention. Or, on ne saurait trop le répéter aux gens du monde, cette diarrhée est le premier signe du choléra, c'est le choléra lui-même. Si cette vérité capitale, que l'épidémie actuelle a mise dans une si complète évidence, était plus connue, plus vulgarisée, aurait-on vu des hommes éclairés et prudents comme les représentants qui ont succombé, attendre que le mal fût incurable pour réclamer les soins stériles de la médecine? Ce qui tend à accroître l'erreur que nous combattons de toutes nos forces, et à maintenir la population dans la voie désastreuse d'où il serait si facile de la tirer, c'est que les journaux qui citent les cas de mort ont toujours soin de faire remarquer que la veille ou l'avant-veille, les malheureuses victimes assistaient encore à telle ou telle assemblée. N'est-ce pas ce qui est arrivé pour M. Blin de Bourdon d'abord, puis pour le vénérable abbé Fayet ? Tous les deux en effet, la veille du jour où le choléra les a foudroyés, étaient à leur poste avec l'apparence de la santé. Eh bien ! renseignements pris, il est resté démontré que tous les deux avaient la diarrhée cholérique, le premier, depuis trois jours, le second depuis huit jours. L'un et l'autre n'y avaient fait aucune attention. N'est-il pas vrai que s'ils avaient connu l'importance du symptôme avant-coureur dont ils étaient atteints, ils n'auraient pas attendu, pour réclamer les secours de la médecine, que la seconde période du choléra se fût déclarée ? Si nous insistons autant sur cette vérité, c'est moins parce que nous doutons de l'intelligence et de l'assentiment de nos lecteurs, que pour faire ressortir les avantages et les nécessités qu'il y a à la propager. Aujourd'hui c'est un étranger, demain ce sera peut-être votre ami, votre plus proche, qui sera victime de cette méprise.

En achevant de traiter, dans notre dernier numéro, de ce qui a trait à la période d'incubation du choléra, nous avons indiqué sommairement la méthode thérapeutique la plus convenable et la plus sûre pour la combattre. A cet égard, nous croyons qu'il y a peu de dissidence ; nous voudrions qu'il en fût de même à l'égard du traitement du choléra confirmé. Il n'en est malheureusement pas ainsi. Ce qui le prouve d'abord, c'est la mortalité qui est aujourd'hui à peu près ce quelle était proportionnellement parlant, à pareille époque en 1832. Mais il y a quelque chose de plus explicite encore, sinon de plus démonstratif à cet égard.

Si nous jetons les yeux sur les diverses tentatives qui ont été faites jusqu'ici dans les hôpitaux, nous n'y voyons guère que la reproduction stérile de ce qui s'est fait en 1832. On emploie toutes sortes de médicaments : les narcotiques, les excitants, les saignées, les évacuants, les antipériodiques, le chaud et le froid, et puis quelques substances nouvelles comme le chloroforme, le haschich, le stachys, qui rappellent parfaitement bien par la manière dont ils s'annoncent et les résultats qu'ils produisent, les fameux spécifiques de 1832, fournis par les trois règnes. Nous regrettons de le dire à nos honorables confrères : la voie qu'ils parcourent sera pour les malades et pour la science aussi stérile que lors de la première épidémie. Les déceptions produites par une première expérience devraient cependant en épargner de nouvelles. Que font-ils et que faudrait-il faire ?

Ce qu'ils font : ils parcourent successivement, sans méthode d'expérimentation et sans méthode d'appréciation, toutes les divisions de la matière médicale. Aux innombrables médications dont on trouvera la volumineuse histoire dans nos archives (1), et dont ils sont loin d'avoir épuisé la liste, ils

(1) GAZ. MÉD. JOURNAL DU CHOLÉRA-MORBUS, 1832.

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° XVIII.

LISFRANC (JACQUES.)

« La *célébrité* se doit toujours mesurer aux moyens dont on s'est servi pour l'acquérir. »
(LA ROCHEFOUCAULD.)

Selon un illustre orateur et philosophe de l'antiquité, Cicéron, « le monde est un théâtre où les siéges sont retenus d'avance. » Rien de plus vrai ; mais il faut convenir en même temps que les siéges les plus élevés sont retenus, conquis par les hommes qui rendent le plus de services aux sciences, aux arts et par conséquent à l'humanité ; c'est leur droit imprescriptible. Le secret de la gloire, et même celui de la fortune, tient souvent au secret de bien faire et de bien agir, au travail persévérant, au soin de creuser hardiment son sillon, en se proposant un but élevé, noble, idéal même, qu'on s'efforce d'atteindre avec une inébranlable constance. Cette réflexion, en quelque sorte commune, à force d'être vraie, peut s'appliquer au célèbre chirurgien objet de cette esquisse. Ceux qui l'ont vu, qui l'ont connu, bien plus encore ceux qu'il a éclairés, guidés pas à pas dans le sanctuaire de la science, pourront témoigner de la sincérité de ces paroles.

Jacques Lisfranc naquit à Saint-Paul (Loire) le 2 avril 1790. Ses études ne présentèrent rien de particulier. Quand il fallut faire choix d'un état, on lui proposa la carrière militaire ; sa haute taille, sa force physique, son instruction, étaient autant de garanties des avantages qu'on lui promettait, surtout à l'époque resplendissante où Napoléon gouvernait la France. Cependant Lisfranc ne fut pas séduit, et il choisit sans hésiter l'art de guérir. Certes il sentait en lui cette ardeur, ce feu secret qu'on appelle *vocation*, et qui toujours prédestine aux succès éclatants. Admis, par concours, interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, il ne tarda pas à venir à Paris, où il gagna la même position à l'Hôtel-Dieu, sous la direction, dit-on, de Dupuytren, qui depuis.... Mais alors ce n'était qu'un maître, un guide et même un protecteur. Ce fut au mois d'août 1813, à l'âge de 23 ans, que Lisfranc soutint sa thèse (*quelques propositions de pathologie*) et fut reçu docteur. A cette époque, la France, menacée de toutes parts par des armées ennemies, fit appel à ses enfants, et les jeunes médecins ne furent pas des derniers à y répondre. Lisfranc partit comme chirurgien ; il fit une partie de la campagne au delà du Rhin et en France. Partout il se distingua par son savoir, son habileté et son courage ; toutefois on remarqua que, dans ses rapports confraternels, perçait déjà cet esprit de pointillerie, de discussion, de controverse, où l'amour-propre triomphant ou meurtri mêle toujours quelque chose de son amertume ; d'autant plus que le jeune chirurgien avait la prétention de dire nettement la vérité sans

en ajoutent de nouvelles, suggérées tantôt par des analogies grossières, tantôt par de simples commérages. Aux inconvénients de cette pharmacologie indigeste, ils en ajoutent d'autres résultant du manque absolu de règle dans l'association des médicaments. Qu'on lise en effet les diverses formules, les diverses médications employées, on y verra, non-seulement des associations bizarres, sans liaison ni but, mais des agglomérations complétement antipathiques. On comprend que, dans une maladie aussi obscure, aussi complexe et aussi variable, on doive laisser le champ large aux inspirations les plus diverses, nous dirons même les plus excentriques. Mais encore faudrait-il ne pas faire rebrousser la science de deux mille ans, sous prétexte que nous ignorons l'essence et le traitement du choléra, comme on l'eût ignoré du temps d'Hippocrate ou de Galien. Mais si nous sommes obligés de confesser notre insuffisance sur ce point, nous ne devons pas fouler aux pieds les acquisitions de la science sur l'autre. On ne sait rien de plus de la maladie, mais on connaît davantage le malade; les lois de l'organisme, le mécanisme des fonctions, la physiologie pathologique et la pharmacodynamie n'en sont plus au point de réinventer la thériaque ou ses équivalents. Or ne sommes-nous pas autorisés à faire ce rapprochement quand nous jetons les yeux sur la plupart des tentatives publiées jusqu'ici? Il conviendrait donc d'apporter plus de précision et de méthode dans l'emploi des moyens, quels qu'ils soient. En quoi peut consister cette méthode? Nous allons chercher à le dire.

Il nous paraîtrait convenable d'abord de n'employer qu'une médication à la fois. Avons-nous foi aux narcotiques, par exemple? employons-les sous toutes les formes et à toutes les doses, mais employons les seuls; aux excitants diffusibles, l'ammoniaque, l'éther, le camphre? ne les associons pas aux saignées ou aux purgatifs. La glace et les réfrigérants vous plaisent, donnez de la glace à l'intérieur, frictionnez-en tout le corps, ce qui n'a pas été fait avec suite, mais de grâce n'administrez pas la glace avec l'opium, pas plus que le chaud avec le froid. On objectera que l'incertitude d'une médication, et le danger imminent légitime et commande de frapper à toutes les portes; mais c'est le moyen de perdre d'un côté ce qu'on pourrait gagner de l'autre. Et puis, à supposer que, dans ce mélange hétérogène, il y ait des agents efficaces, comment distinguerez-vous ce qui a servi de ce qui a nui? On objecte encore que les symptômes du mal sont divers, qu'avec des périodes différentes surgissent des indications nouvelles: nous l'admettons, mais raison de plus pour distinguer et séparer ce qui peut aller à l'un de ce qui revient à l'autre. Un autre et dernier inconvénient résulte du défaut de précision dans l'association des remèdes. C'est que souvent, sous le prétexte de combattre tel ou tel symptôme dont nous ignorons la raison d'être et le rapport avec la maladie, nous employons des substances ou des moyens qui neutralisent ou empêchent l'effet salutaire d'autres agents. Un fait de cette nature ne s'observe-t-il pas, par exemple, chez les cholériques que des stimulants ont relevés quelque peu, et que pour la moindre rougeur, ou la moindre douleur, vous abattez de nouveau sous l'influence de la saignée et des sangsues? La force donnée par un remède est immédiatement soustraite par l'autre. Il n'est pas question ici, qu'on le remarque bien, de doctrine ou de système, mais simplement de résultats de l'expérience la plus désintéressée, mais aussi la plus impartiale. Pour nous, dans le choléra, la saignée ôte des forces, et les stimulants en donnent: c'est ce que nous croyons avoir constaté comme pur phénomène, et ce qu'au reste il serait possible de constater de nouveau, si l'on consentait à expérimenter avec régularité.

Mais comment, au milieu du désordre immense de la vie et dans un état d'épuisement extrême qui rend l'organisme réfractaire à tout, comment parvenir à discerner ce qui est bon de ce qui nuit? Comment? C'est, suivant nous, la chose la plus simple, et nous osons ajouter la plus sûre. Tous les cholériques ne meurent pas: ceux qui résistent, par quelque influence que ce soit, passent de la mort à la vie par une série de transitions que l'observateur peut suivre, analyser et catégoriser. De même que l'état voisin de la mort peut s'inventorier par celui de la température, de la respiration, de la coloration et de la perte de l'élasticité de la peau, par la coloration et la consistance des matières évacuées, par l'absence ou l'état des urines, etc., de même le retour graduel vers la vie s'accuse par la métamorphose de chacun et de tous ces éléments précurseurs de la mort. Or à chaque médication, à chaque dose, n'est-il pas possible de suivre attentivement les mouvements modificateurs dans l'appareil morbide; et ne peut-on obéir avec fruit à l'ancien aphorisme *a juvantibus et lædentibus fit indicatio*. Dans le choléra, l'amélioration véritable peut être ensevelie au milieu d'un appareil encore effrayant de symptômes; elle peut s'annoncer tout simplement par un changement de couleur dans les évacuations, alors que la cyanose, le froid ou l'absence du pouls ou tout autre symptôme persistent. Ce qu'il importe c'est de voir poindre le mieux souvent caché par le mal plus apparent. Alors on aide au triomphe de la cause sans s'épuiser inutilement contre les effets. En s'inspirant de ce principe, on laisserait peut-être à l'effort médicateur de l'organisme une plus grande part dans la guérison, et à notre sens c'est jusqu'ici la meilleure et la plus sûre des méthodes.

Nous nous bornons pour aujourd'hui à ces aperçus généraux; dans nos prochains articles nous aborderons les faits qui nous les ont suggérés; nous espérons par ces applications en faire mieux comprendre l'importance.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PÉRIODE COMATEUSE DU CHOLÉRA; par M. le docteur WORMS, médecin à l'hôpital du Gros-Caillou.

> Immerito ullus ipsorum reprehendatur propterea quod invenire non poterat; imo laudandi potius omnes quod investigare conati sunt.
> (Hippocr., lib. 1, DE DIÆTA.)

Monsieur le rédacteur,

Vous recueillez avec tant de sollicitude, dans votre journal, tous les faits propres à jeter quelque lumière sur la nature et le traitement du choléra, que j'espère que vous voudrez bien y donner place à quelques observations que m'a suggérées l'étude de cette maladie; j'ai eu l'occasion de l'observer en Pologne (1831), à Paris (1832), et deux fois en Algérie, et j'en aborde l'étude, cette fois, avec quinze années de plus de pratique et nécessairement plus de maturité.

Quant à la cholérine sans être convaincu comme vous qu'elle précède *nécessairement* et *toujours* l'invasion de la forme algide, je crois avec vous qu'elle en est le plus souvent l'avant-coureur, et qu'on ne saurait trop sé-

---

précaution oratoire, sans ménagement, sans abat-jour: tant pis pour celui que la lumière blessait. La paix étant conclue, Lisfranc fut licencié en 1814, et il s'établit à Paris, prit le nom de Lisfranc de Saint-Martin, peut-être à cause du nom de la rue où il demeurait, titre dont la justesse de son esprit ne tarda guère à lui faire sentir le petit ridicule. Cependant la clientèle s'étendait difficilement, le nom restait obscur et les besoins se multipliaient. Lisfranc conçut, au bout de peu de temps, l'idée de se livrer à l'enseignement, inspiration d'autant plus heureuse qu'il avait toutes les qualités convenables pour briller dans cette belle carrière: un grand et profond savoir, beaucoup de méthode et de clarté dans l'exposition des faits, et cet art difficile d'en saisir les rapports, d'en faire découler des inductions et des principes. Ajoutez un physique avantageux, une voix sonore, bien accentuée, et ce quelque chose d'engageant, de franc-parler, qui captive l'attention de l'auditeur en gagnant ses sympathies. Telle fut sa première manière, bien loin de celle qu'il adopta dans la suite, et dont certaines leçons furent appelées par les élèves les ébullitions de son fiel.

Lisfranc continuait ainsi ses cours et sa pratique sans trop d'éclat ni de désavantage, lorsqu'un jour, passant sur le pont Notre-Dame, un homme fut renversé de cheval et se blessa assez grièvement. Le jeune chirurgien s'empressa de le secourir, de lui donner des soins assidus et tout à fait gratuits. Cet homme faisait partie de la maison de M. de Chabrol, alors préfet de Paris. Ce magistrat, non-seulement par reconnaissance, mais à cause de l'incontestable mérite de Lisfranc, le fit admettre immédiatement au bureau central des hôpitaux, puis, peu d'années après, il succéda à Béclard, comme chirurgien de l'hôpital de la Pitié. Son premier cours de chirurgie et l'événement fortuit dont nous parlons, telles furent les deux pierres fondamentales de son avenir et de sa célébrité. En effet, c'est à partir de cette époque que Lisfranc se distingua dans sa pratique par ses opérations et ses procédés thérapeutiques; dans la science, par des recherches dont beaucoup sont d'une incontestable utilité; enfin dans l'enseignement clinique, où nul ne l'a surpassé. Ce fut à l'hôpital de la Pitié, où pendant plus de vingt ans il se livra à d'importants travaux, ce fut là où, par la plénitude de sa parole énergique, par l'étendue de son instruction et cette force de conviction qui toujours semblait l'animer, que le dogmatisme chirurgico-expérimental fut largement enseigné; mais ce fut là aussi la tribune d'où il fit retentir ses doctrines, ses paradoxes plus ou moins étranges, ses virulentes déclamations, les éclats de sa polémique parfois haineuse et irritante; d'où, à l'aide de cette figure de rhétorique commune et commode, l'exagération, il lançait sur ses adversaires les traits d'un ressentiment que rien n'a pu, dans la suite, ni détruire, ni modifier, ni adoucir.

Sans avoir cette conception de haute initiative qui fait révolution dans la science, Lisfranc était doué de cette investigation pénétrante et laborieuse qui sait voir, tout voir et bien voir. Aussi publia-t-il en peu d'années des recherches qui se firent remarquer par la justesse de l'observation et les résultats obtenus. Quoiqu'il n'entre nullement dans le plan de cette esquisse d'analyser ces mémoires, nous citerons néanmoins quelques-uns de ses travaux sur l'*amputation du bras dans l'articulation de l'épaule*; sur l'*amputation du pied dans l'articulation tibio-métatarsienne*; sur l'*application du stéthoscope au diagnostic des fractures*; sur l'*emploi du chlorure de sodium dans le traitement des ulcères simples*; sur les *tumeurs blanches des articulations*; sur *une nouvelle mé-*

rieusement attirer l'attention publique sur cette phase de la maladie où il est si facile de la faire avorter avec un peu d'ipécacuanha et des opiacés.

L'état algide ou cyanotique est pour moi l'expression de l'empoisonnement miasmatique accompli, et je dois dire, que d'après tout ce que j'ai vu, je suis convaincu que dans cette forme de l'affection épidémique, le salut du malade dépend beaucoup plus du degré d'intensité du poison et de la résistance vitale, que de l'aide du médecin. De deux choses l'une, ou le poison a atteint la vie de manière à l'anéantir entièrement, et alors les médicaments agissent, ou plutôt n'*agissent* pas sur le corps devenu inerte et insensible, ou bien il reste au foyer de la vie une étincelle qui se rallume d'elle-même ou dont l'expansion n'est que favorisée et développée par la médication; aussi, je crois qu'on ne saurait trop regretter cette disposition générale à rechercher des moyens spécifiques de faire renaître la vie et la chaleur. Cette tendance n'a pas seulement le grave inconvénient de faire perdre de vue au praticien les véritables indications thérapeutiques en bornant le traitement à l'emploi pour ainsi dire exclusif du moyen de prédilection, mais elle en fait trop souvent entre ses mains un instrument dangereux qui donne à la réaction une impétuosité funeste.

Si je ne me trompe, dans l'épidémie qui nous occupe, les malades, à moins d'avoir été abandonnés à des influences très-débilitantes et pernicieuses, périssent bien plus souvent dans la période de réaction que dans l'état algide.

Quand on apporte dans mes salles un homme atteint du choléra grave, pour peu que l'épuisement ne soit pas trop grand et qu'on sente encore le mouvement circulatoire, on lui administre 2 grammes d'ipécacuanha, et pour boisson une infusion de menthe et de tilleul; on applique à l'épigastre un emplâtre de thériaque composé (1), par dessus lequel on place une brique chaude.

L'air du lit est réchauffé au moyen de l'appareil Duval; de deux en deux ou de trois en trois heures, on passe sur les membres et sur l'abdomen une éponge trempée dans la solution (2) chaude, et d'heure en heure on lui fait prendre une cuillerée de la potion (3).

Aux malades dont l'estomac rejette les boissons chaudes et qui sont néanmoins tourmentés par la soif, je fais donner un peu de glace ou quelques cuillerées d'eau froide.

Quand les crampes sont violentes, on cherche à les calmer par le massage.

Mais jamais je ne fais faire de frictions pour ramener la chaleur à la peau, parce que la réaction vitale seule peut produire cet effet, et que le premier besoin d'un malade épuisé par des déjections excessives est le repos absolu, et qu'il me semble cruel de le troubler pour satisfaire à des vues dont la justesse ne m'est pas démontrée.

Aussitôt que le froid extérieur se dissipe et que le pouls reparaît, je fais abandonner les potions stimulantes en y substituant des diaphorétiques doux, tels que le carbonate d'ammoniaque (4 grammes pour 120 grammes de véhicule) et même le nitrate de potasse quand la réaction menace de dépasser la mesure normale.

A tous ces médicaments je ne manque jamais d'y ajouter le camphre (2 ou 3 décigrammes), parce que je ne perds pas de vue que c'est une maladie de nature pestilentielle que j'ai à traiter, que dans ce cas les anciens recommandent de ne jamais omettre le camphre, et que je me suis toujours très-bien trouvé d'avoir mis leurs préceptes en pratique.

Quand l'état algide a cessé, voici comment j'ai vu les choses se passer:

1° Dans le plus petit nombre des cas, la réaction se montre et se soutient modérée; elle fait bientôt place à une convalescence qui n'est ni longue ni difficile.

2° Quelquefois, et surtout chez les sujets minés par des maladies antérieures ou l'habitude des excès, elle reste incomplète: la peau ne reprend qu'une chaleur très-faible; le pouls reste misérable, la face est d'une pâleur livide, et une espèce d'impuissance nerveuse annonce la mort prochaine.

3° Dans les cas qui, malheureusement, ne sont pas les moins fréquents, la réaction se fait brusquement; pendant un ou deux jours, elle ne laisse rien à désirer; mais on voit peu à peu des ramifications veineuses se dessiner sur la conjonctive; la moitié inférieure de cette membrane s'injecte; quand cette injonction devient tout à fait prononcée, la peau fraîchit, sans cependant devenir froide; le pouls se ralentit, mais en restant ordinairement grand et mou; le malade est habituellement couché sur le dos; il dort beaucoup, d'abord les yeux bien fermés; le lendemain on le trouve les paupières entr'ouvertes pendant le sommeil; mais on ne peut voir la pupille qui est portée en haut et cachée par la paupière supérieure; déjà à ce moment la conjonctive tout entière est d'un rouge sanglant; l'apathie augmente; on arrache avec peine au malade quelques paroles; la langue est alourdie comme dans l'ivresse; quelquefois elle se sèche un peu; le malade se découvre machinalement, défait les bandages, veut parfois sortir de son lit; quand alors on voit la paupière supérieure rester abaissée, même quand il est éveillé, et fortement bombée au milieu par la saillie que fait le globe, il ne reste plus guère que quelques heures d'existence.

Cette invasion lente (mais que rien ne peut arrêter) de la somnolence, qu'on a improprement appelée état typhoïde est dans notre épidémie, comme dans celles que j'ai vues autrefois, un phénomène bien commun et bien désespérant pour le médecin; car aucun révulsif, les vésicatoires, le cautère actuel, ne peuvent en entraver la marche fatale.

---

(1) Prenez : Thériaque . . . . 15 grammes.
Baume du Pérou . . . . 15 —
Huile essentielle de menthe . . . . 8 —
Malaxez, faites emplâtre avec bord agglutinatif; saupoudrez avec camphre . . . . 50 centig.

(2) Prenez : Camphre . . . . 1 gr. 50 centig. à 2 grammes
Alcool rectifié . . . . 120 grammes
Vinaigre . . . . 300 —
Teinture de capsicum annuum . . . . 4 à 8 grammes pour lotion.

(3) Prenez : Ether sulfurique . . . . 15 grammes
Ammoniaque liquide . . . . 3 —
Teinture de capsicum . . . . 1 —
Camphre . . . . 2 décigr.
Quand il y a douleur à l'épigastre ajoutez :
Thériaque . . . . 15 gr. pour potion.

---

thode de traitement des maladies de l'utérus, etc., etc. Tous portent l'empreinte du profond pathologiste et de l'habile chirurgien. Cependant, malgré ses succès, Lisfranc, dans les derniers temps, répugnait à opérer. Hunter avait prononcé ces solennelles paroles : « L'opération est un argument contre l'art de guérir; c'est un aveu tacite de son insuffisance. » Lisfranc adopta cette opinion, qui, au delà d'une certaine limite difficile à signaler, tombe dans le paradoxe; il s'abstenait le plus possible d'opérer, disant que le bistouri devait être l'*ultima ratio* du chirurgien instruit. Du reste, sa manière de pratiquer les opérations était simple, hardie et surtout d'une grande précision. Trop profondément versé dans la connaissance des lois de la vie pour s'en tenir à un habile mécanisme opératoire, il s'appliquait à donner aux opérés des soins aussi attentifs que bien dirigés. Jamais il ne se présenta à son observation aucun cas de chirurgie, même léger en apparence, sans l'examiner avec soin, aucune indication sans la raisonner, aucun moyen de guérison sans recourir à la sanction clinique. En général, il voyait les questions de haut, et ses travaux ont ce caractère de discernement et de perspicacité qui annoncent l'observateur pénétrant, le chercheur ingénieux, pensant qu'il existe toujours des vérités au delà du dernier terme connu des découvertes expérimentales. Sa manière de décrire est frappante de lucidité, ses appréciations fort justes, ses conclusions évidemment déduites d'une multitude de faits bien observés; toujours on retrouve le praticien exercé, qui discerne les difficultés, prévoit les obstacles et enseigne les moyens de les combattre. Parfois néanmoins il n'a que des vues limitées, des aperçus qui manquent d'horizon; mais il ouvre la voie, ce qui est beaucoup, car on doit se rappeler que les grandes découvertes de la science ne sont pas des idées complètes, mais toujours des idées fécondes. Quelquefois Lisfranc tombe dans la diffusion, soit par trop de détails sur ses procédés, soit pour réfuter ses adversaires; ou bien il adopte des opinions étranges, qu'il soutient ensuite avec une captieuse opiniâtreté. Souvent encore il affectait de rejeter des points de doctrine regardés, admis comme des progrès. C'est ainsi que l'anatomie pathologique lui paraissait inférieure au rang qu'on lui avait assigné; selon lui, ce rang était usurpé, car elle avait manqué à ses promesses. Il la critiquait dans mainte occasion, tantôt sérieusement, tantôt à sa manière, par des railleries ordinairement plus satiriques que saupoudrées de sel attique. Après l'enlèvement d'une tumeur énorme faite par Lisfranc, opération à laquelle assistait l'auteur de cette esquisse, tout à coup ce chirurgien prend la tumeur, y jette un coup d'œil; puis la remettant dans les mains des élèves qui l'avaient assisté, il leur dit : « Vous autres, disséquez cela; vous y trouverez du chien, du chat, du lièvre, tout ce que vous voudrez. » L'argument était peu péremptoire, mais il prouvait le mépris que faisait ce chirurgien distingué des dissidences de beaucoup d'anatomo-pathologistes sur la nature intime de certaines tumeurs.

Mais si Lisfranc était remarquable dans l'exercice de la chirurgie, peut-être l'était-il davantage dans l'art de l'enseigner. Sa clinique a été pendant longues années une des meilleures de la capitale. Méthode, clarté, fécondité, en furent les qualités principales; sa parole était toujours nette, positive, distinctement saisie et appréciée. Il avait une aptitude singulière pour l'intelligence et l'exposition des faits les plus dignes d'intérêt; doué d'une grande puissance d'analyse qui lui permettait de classer avec beaucoup d'ordre une foule de questions importantes, il savait les présenter et les résoudre avec cette pénétrante clarté dont l'instruction des élèves est toujours le résultat certain. Cependant il con-

Une puissance invincible comprime la réaction et étouffe le jeu du système nerveux et de la circulation. Dans l'état algide on peut, dans les cas les plus graves, encore tout espérer de la nature; dans ce narcotisme, la nature elle-même est paralysée et la mort est inévitable.

C'est à découvrir la cause de cet affreux coma que je me suis attaché depuis le commencement du choléra qui règne maintenant, et parmi les autopsies que j'ai faites dans ce but, il en est une qui, si je ne me trompe, est de nature à fournir quelques notions à cet égard.

Au nombre des cholériques admis dans mes salles les 23 et 24 mars, il y en avait deux qui étaient très-promptement sortis d'un état algide très-marqué; mais la réaction s'était singulièrement ralentie, et, dans une note adressée le 29 mars au conseil de santé, je signalai leur état comme des plus inquiétants.

L'un d'eux, le nommé Rambaud, qui était entré le 24, succomba, le 30, à peu près sans agonie; le pouls s'était conservé très-lent et mou jusqu'au dernier moment. — Le nez était de nouveau cyanosé, le globe de l'œil poussait fortement en avant la paupière supérieure, qui était restée entièrement abaissée depuis la veille.

En procédant à l'autopsie, je vis à l'ouverture du crâne s'écouler à peu près deux cuillerées de sérosité; le cerveau était turgescent, les veines étaient gonflées; l'œil extrait de l'orbite était distendu à crever; les humeurs, et particulièrement l'humeur vitrée, qui était moins consistante qu'à l'état normal, existaient en quantité très-considérable; la pupille offrait une convexité pointue.

Dans cet ensemble de circonstances, je crus trouver une explication de l'arrêt de réaction dont j'avais été témoin; je crus comprendre que, par suite du retour subit de la circulation, la carotide envoyait avec abondance du sang artériel au cerveau, pendant que le système veineux était encore gorgé et distendu en outre par la sérosité, qui reparaît plus abondamment, ainsi que cela a été observé, lors de la cessation de la cyanose; qu'une grande partie de cette sérosité s'épanchait entre les circonvolutions cérébrales, la masse du cerveau et la boîte osseuse, ot que la présence de ce liquide empêchait tout à la fois le retour d'une circulation normale dans l'organe encéphalique, et l'action vivifiante du centre cérébral sur le reste de l'organisme.

Ce raisonnement, vrai ou faux, une fois admis, l'indication était claire: il fallait trouver un moyen d'activer la résorption lymphatique et de faire disparaître ce liquide.

Au moment où je me rendais au lieu de l'autopsie, je venais de quitter précisément un malade entré le 23 mars, chez lequel aussi la réaction, après s'être faite avec vivacité, s'était arrêtée graduellement. La stupeur était complète, le pouls était lent et mou, la peau froide; l'œil, sanglant à toute la surface, était porté en haut; aux angles, des deux côtés, se montrait cette sécrétion mucosopurulente qui marque ordinairement l'agonie; son chirurgien major M. le docteur Lange de Beaujour, qui venait de le voir, avait annoncé au colonel du régiment qu'il allait mourir.

Je me rendis près de lui; je fis raser la tête et prescrivis qu'on y appliquât une flanelle trempée dans la solution suivante :

Prenez :	Alcool camphré.	150	grammes
	Ammoniaque liquide	20 à 25	—
	Infusion d'arnica.	100	—
	Dans laquelle on fera dissoudre :		
	Chlorhydrate d'ammoniaque.	45	—

Le lendemain matin, l'état avait singulièrement changé : la peau était chaude, le pouls fréquent et plus fort; la sécrétion mucosopurulente des angles oculaires avait disparu. L'injection de la conjonctive avait sensiblement diminué, et la stupeur était bien moindre.

J'avais un autre malade dans la même salle qui, sans être à beaucoup près dans un état aussi fâcheux, me donnait cependant des inquiétudes; je prescrivis pour lui les mêmes fomentations; et je ne fus pas peu surpris le 3, à ma visite du matin, de voir chez tous les deux les bras et les jambes couverts d'immenses taches scarlatineuses.

Le premier de ces malades est aujourd'hui, 5 avril, dans un état qui permet quelque espoir; à la visite du soir, il a causé très-bien avec moi en prenant un peu de bouillon que je lui avais accordé; l'autre est tout à fait bien. Je dois dire aussi que ces fomentations, appliquées à un homme atteint de choléra fort grave et tourmenté par un hoquet continuel, n'ont pu l'empêcher de succomber.

Aujourd'hui, j'ai fait l'emploi de ces fomentations chez des hommes atteints fort sérieusement et chez lesquels une cyanose prononcée de la face, et surtout du nez et des oreilles, me font redouter une réaction très-pénible. — Je vous tiendrai au courant du résultat.

Si je n'avais écouté que mon intérêt, je me serais gardé de donner de la publicité à cette observation si incomplète, avant de l'avoir soumise à de nombreuses et sévères épreuves. Mais comme il se pourrait que le moyen auquel j'ai eu recours fût véritablement efficace, je croirais manquer à mon devoir en ne mettant pas de suite nos confrères en mesure de l'appliquer et d'en juger la portée.

Si ce renseignement peut aider à conserver une seule vie humaine, c'est un bien petit risque que je cours que de m'exposer à être critiqué et pour le fonds et pour la forme de cette lettre; car je n'ai pas même le temps de la revoir et ne peux que la recommander à votre indulgence et à celle de vos lecteurs, qui voudront bien peut-être apprécier le motif qui l'a dictée.

Agréez, etc.

CLINIQUE MÉDICALE.

REVUE CLINIQUE DU CHOLÉRA.

A mesure que l'épidémie s'avance, les formes de la maladie se précisent, ses complications se développent, sa marche se complète; mais le traitement est loin encore d'avoir reçu beaucoup de lumières des tentatives faites dans différents hôpitaux. C'est donc vers l'étude de la thérapeutique du choléra que nous avons concentré notre observation, depuis notre dernière revue. Nous pourrons, chemin faisant, profiter de l'occasion pour faire

---

vient ici de distinguer les époques. Dans les premières années, Lisfranc tout entier à la science, au soin de sa réputation, se renfermait dans le cercle assez vaste de l'art. Le travail, le progrès étaient alors et uniquement la foi de sa pensée et le but de sa vie; l'énergie de sa parole entretenue par les chaudes et vives inspirations de la jeunesse, un heureux mélange de formes à la fois didactiques et oratoires, semblaient en lui la puissante expression du *macte animo* d'un esprit enthousiaste. Peu d'années après, il montra plus de gravité, plus de profondeur, parce que l'expérience et la réflexion l'avaient déjà mûri. Mais plus tard encore, quand l'ambition trompée l'eut frappé au cœur, quand il crut devoir se poser en victime, combattre ses ennemis réels ou supposés, ses leçons changèrent souvent de forme et de manière. La science et le scandale y trouvèrent leur compte. C'était un contraste perpétuel et singulier de langage et d'expression. Le ton grave et contenu de la science, le ton goguenard et débraillé, la moquerie, le sarcasme et les explications cliniques, la maxime chirurgicale et l'anecdote égrillarde, l'historique approfondi d'une maladie bien observée, et une explosion d'épigrammes, de quolibets contre ses adversaires; tour à tour le trait de la raillerie, la lumière féconde du savoir, l'aplomb d'une solide expérience, presque toujours une faconde inégale, acerbe, incorrecte, mais non sans cette verve qui attire et fouette l'attention de l'auditeur : telles étaient dans les derniers temps, au moins dans bien des circonstances, les leçons cliniques de Lisfranc. Cette manière était d'autant plus triste que dans les moments de liberté entière de son jugement, cet illustre chirurgien avait les éminentes qualités du bon professeur, celles d'être clair sans être diffus, méthodique sans sécheresse, exact sans pédanterie; d'abonder en détails sans être minutieux; d'économiser les réflexions sans affaiblir son raisonnement. Dans certaines circonstances, il avait même de l'esprit et du trait autant qu'il en faut pour orner la raison et le bon sens. Le malheur est que la blessure intérieure toujours ouverte répandit sa funeste influence sur son intelligence, sur son langage, et il s'y abandonnait presque malgré lui. Tant il est vrai que toute nature énergique, violente, fougueuse, se fait plus que toute autre sa destinée, et porte avec elle pour ainsi dire sa fortune et son démon.

Cependant les travaux, les talents de Lisfranc le firent connaître du public, et sa réputation s'étendit dans les mêmes proportions. Sa clientèle devint nombreuse et productive. Il avait acquis dans les maladies de l'utérus une sorte de renommée populaire, renommée qu'il conserva toujours malgré quelques critiques plus ou moins fondées, et surtout malgré les revers qu'il essuya dans sa méthode d'amputer le col de la matrice, méthode qui s'écartait singulièrement de la maxime qu'il avait adoptée d'après Hunter. Lorsque l'Académie de médecine fut fondée en 1820, par le roi Louis XVIII, il fut admis dans la première classe, les *titulaires*, cette société étant alors comme cadastrée en divisions hiérarchiques. Lisfranc plus tard, en 1835, fut élu président, et il exerça cette honorable distinction avec une assiduité et un zèle très-dignes d'éloges. Deux années après, poussé par cet amour-propre blessé, qui chez lui gardait peu de mesure, il s'éloigna, il bouda l'Académie, uniquement parce qu'elle avait admis dans son sein Auguste Bérard, ce jeune et habile chirurgien de regrettable mémoire. Célèbre par son enseignement particulier, Lisfranc voulait plus encore, il aspirait à une chaire, et son ambition à cet égard n'avait rien que de très-louable; car s'il souhaitait cet honneur, il souhaitait encore plus de le mé-

ressortir à chaque cas particulier les diverses circonstances qui seront propres à compléter nos études précédentes sur la période prodromique, sur les formes du choléra, sur son association, sa combinaison avec différentes maladies; mais nous insisterons d'une manière toute particulière sur les résultats bons ou mauvais, ou neutres, des agents thérapeutiques employés.

Avant de rapporter les différents groupes de faits que nous avons recueillis dans cette vue, il n'est pas inutile de rappeler quelles sont les méthodes qui ont été mises en usage, soit seules, soit combinées, en les rapportant à leurs différentes catégories: empirique, symptomatique, ou rationnelle. Il est de toute évidence qu'à l'heure qu'il est, à l'exception du traitement de la période prodromique, il n'existe point encore de méthode thérapeutique qui puisse prétendre à une supériorité quelconque. On peut, tout au plus, éliminer celles que l'expérience du passé a montrées peu favorables, sinon nuisibles, et faire porter l'analyse expérimentale sur celles qui n'ont pas nui, ou qui ont produit quelque amélioration; car, de remède véritable, de spécifique du choléra, il n'en existe pas encore.

Les méthodes anti-cholériques peuvent se ramener à trois groupes:

1° Les méthodes générales, sans indication rationnelle, ou empiriques;
2° Les méthodes symptomatiques;
3° Les méthodes spécifiques.

MÉTHODES EMPIRIQUES. — Parmi celles-ci nous rangeons la méthode antiphlogistique, saignées, sangsues; la méthode sédative, opium, laudanum, chloroforme; la méthode excitante, interne ou externe, ammoniaque, boissons aromatiques, vineuses, alcooliques, vin, rhum; les frictions avec la glace. La méthode évacuante, vomitifs, purgatifs.

Parmi toutes ces méthodes, il en est certainement que les médecins ont appliquées dans des vues doctrinales; mais comme jusqu'ici, la notion étiologique du choléra ne peut indiquer aucune doctrine dont la conclusion rationnelle soit l'une de ces quatre méthodes, nous les considérerons comme employées dans un but simplement empirique, du moins pour en apprécier les résultats.

MÉTHODES SYMPTOMATIQUES. — Elles comprennent: les astringents, les antiémétiques, eau de Seltz, glace à l'intérieur; les antidiarrhéiques; les réchauffants; les applications locales de sangsues; le sel et les préparations dont la base est le chlorure de sodium. Parmi les médications symptomatiques, on en trouve un grand nombre qui, pour quelques personnes, seraient tout à la fois rationnelles, ou spécifiques, ou empiriques.

MÉTHODES SPÉCIFIQUES. — Parmi les médications spécifiques, on rangerait celles qui seraient tout à la fois appropriées à l'élément spécifique de la maladie, celles que l'expérience aurait montrées les véritables agents curatifs de cette dernière.

Jusqu'ici, les expériences tentées dans les hôpitaux n'ont pas été assez dirigées dans le but d'éclairer méthodiquement ces questions; mais peut-être, par des rapprochements que nous essayerons entre un certain nombre de faits particuliers, pourrons-nous commencer à jalonner cette étude, et à inspirer à nos honorables confrères l'idée d'instituer des expériences mieux coordonnées. Nous aurons occasion de faire ressortir ailleurs les avantages qui en résulteraient pour la science et les malades; nous nous bornerons ici à signaler les faits qui contiennent quelques exemples de tentatives dans cette voie, et nous nous appliquerons surtout à ceux qui peuvent offrir quelque intérêt sous le double rapport de l'influence des médications sur les symptômes et la marche de la maladie, et sous le rapport de la terminaison, bonne ou mauvaise.

Nous commencerons notre revue d'aujourd'hui par quelques cas intéressants de choléra ayant succédé à l'état puerpéral, ou à des maladies puerpérales confirmées.

PREMIÈRE SECTION.

CAS DE CHOLÉRA COMBINÉ AVEC L'ÉTAT PUERPÉRAL.

GROSSESSE DE SIX MOIS; DIARRHÉE AVEC COLIQUES SANS CAUSE CONNUE, PRÉCÉDANT DE ONZE JOURS L'INVASION DE CHOLÉRA; CINQ JOURS DE MALADIE; CONVALESCENCE. (Hôpital des Cliniques. — M. P. Dubois.)

Obs. I. — Marie Potier, âgée de 30 ans, domestique, rue Saint-Antoine, 61, est entrée dans la maison dans le milieu de février, enceinte de six mois. Comme elle n'était pas souffrante, elle fut placée dans les dortoirs.

Le 16 mars, sans cause connue, diarrhée avec quelques coliques, neuf ou dix évacuations par jour. On la met au régime. Les accidents persistent le 18 mars. On la fait descendre dans l'infirmerie, n° 30. A ce moment, la diarrhée est toujours très-abondante. Elle est mise à l'usage de la tisane de riz et des lavements laudanisés.

Sous l'influence de ce traitement, la diarrhée avait manifestement cédé.

27 mars. Hier matin, on avait déjà remarqué une légère altération du visage. Dans la journée, les évacuations alvines redeviennent plus abondantes. Il y a trois ou quatre selles liquides précédées de coliques. A cinq heures, la malade se plaint d'avoir eu dans la journée beaucoup de coliques et d'éprouver une très-grande lassitude. A six heures, elle prend un bouillon gras et un demi-lavement. Quelques instants après l'avoir pris, le bouillon est rejeté. En même temps, elle éprouve des bourdonnements dans les oreilles; refroidissement dans tout le corps. A dater de ce moment, les vomissements ont continué toute la nuit, et les évacuations ont été continuelles.

27 mars au matin. Altération profonde de la face. Yeux excavés, entourés d'un cercle livide; décubitus latéral; légère teinte cyanique des pommettes; refroidissement des extrémités et de la face; le tronc est chaud; douleurs gravatives au-dessus de la base de l'orbite; la vue est légèrement troublée. Pas de céphalalgie, pas de sommeil, bien que la malade éprouve un grand besoin de dormir. Voix cholérique; soif vive; langue blanche à sa surface; ardeur au creux de l'estomac. Pas de douleur dans le ventre; évacuations continuelles depuis hier soir. Selles cholériques; borborygmes; quelques crampes dans les orteils et dans les mollets; bourdonnements d'oreilles. Pouls radial et petit, à peine sensible; lassitude générale. On ne sait pas si la malade a uriné. La malade sent peu les mouvements de son enfant. On entend les bruits du cœur du fœtus, mais faibles. (Glace; eau vineuse coupée avec de l'eau de Seltz.) Potion tonique:

Pr. Infusion de fleurs de mélisse. . . .	30	grammes.
Sous-acétate d'ammoniaque. . . .	15	—
Alcool	30	—
Laudanum de Sydenham	15	gouttes.
Liqueur d'Hoffmann	2	grammes.
Sirop sucre	30	—

Bain de vapeurs d'eau; cataplasmes chauds sur le ventre; envelopper la malade dans de la laine.

6 heures du soir. Les vomissements continuent; toutes les boissons ont été rejetées. Il y a eu cinq ou six évacuations; les crampes ont cessé. La malade n'a pas uriné depuis ce matin.

28 mars. Depuis hier soir, il n'y a pas eu de vomissements ni d'évacuations. Les yeux restent caves; cependant la figure est manifestement meilleure. Les

---

riter. C'était là l'objet de ses vœux les plus ardents, mais ce fut aussi le point de départ de ses revers, l'origine de ses mécomptes, la cause de ses rancunes, de ses éternelles colères. Lorsque par des motifs plus ou moins fondés, le gouvernement de l'époque crut convenable de modifier le personnel de la Faculté, Lisfranc sollicita l'appui de Dupuytren auprès de M. Fraissinous, ministre de l'instruction publique. Mais le superbe chirurgien de l'Hôtel-Dieu sans doute offusqué de toute prétention à l'égaler, à marcher de pair avec lui (car il ne supposa jamais l'idée d'une supériorité quelconque à son égard), n'aimait pas le chirurgien de la Pitié. Toutefois celui-ci, confiant en d'anciennes relations, n'hésita pas à venir demander une lettre de recommandation à son ancien chef et protecteur. Dupuytren, loin de la refuser, se hâta de l'écrire, il la fit longue, détaillée, puis il la remit à Lisfranc qui s'empressa de la porter *lui-même* au ministre. Mais d'après ce qu'il racontait, car il n'existe d'autre preuve que sa parole, par une insigne perfidie, cette lettre loin de le recommander était une longue et virulente diatribe contre lui. Il y était représenté comme un chirurgien médiocre et bruyant, comme un boutefeu révolutionnaire, une sorte de *Brutus solliciteur*, etc.; c'est ce dont il acquit la preuve plus tard, ajoutait-il, quand il vit que sa demande était sans succès et même repoussée avec dédain. On conçoit dès lors combien il fut blessé et avec raison. De là sa profonde et vive rancune envers l'auteur de l'indigne lettre. Amères récriminations, quolibets injurieux, saillies haineuses soit en public, soit en particulier, rien ne fut épargné contre l'*infâme du bord de l'eau* dont Lisfranc prétendait briser la statue d'argile recouverte d'une couche d'orgueil et de méchanceté. Soit dédain, soit tout autre motif, Dupuytren garda le silence et laissa le champ libre à son fougueux adversaire. Dans deux circonstances néanmoins il manifesta sa pensée. Quelqu'un lui ayant parlé des violentes déclamations de Lisfranc contre lui, le hautain baron se contenta de répondre: « Tout ce qu'il peut dire contre moi ne vaudra jamais ce que je pense de lui. » Dans une autre occasion où on lui parlait encore des emportements de Lisfranc, il répondit, se rappelant la circonstance de la lettre demandée: « Cela n'a rien d'étonnant, *un cœur de chien couchant bat souvent sous une enveloppe de sanglier.* » Depuis cette époque, Dupuytren affecta de garder un silence absolu sur les attaques du chirurgien de la Pitié.

Quelques années s'étaient écoulées depuis cet incident, Lisfranc comptant sur sa réputation, sur ses travaux, sur l'éminente facilité de son élocution et l'attachement d'un grand nombre d'élèves, n'hésita pas à concourir pour une chaire de chirurgie vacante à la Faculté, et la lutte fut mémorable. Malheureusement il régna dans ce concours un esprit de *compétition* hostile dont la cause remontait à d'anciens ressentiments; aussi l'issue n'en fut pas favorable à notre illustre chirurgien; quelques-unes de ses opinions scientifiques furent même attaquées, critiquées avec une certaine aigreur. Vivement frappé de cet insuccès, Lisfranc se retira en athlète abattu, mais non vaincu, et conservant ses armes. Beaucoup d'élèves et une certaine portion du public regardèrent d'ailleurs cette défaite comme l'œuvre d'une haine longtemps calculée et qui avait saisi cette occasion solennelle de se manifester. Une pareille consolation ne suffit point à Lisfranc; dès lors il étendit le cercle de ses ressentiments, et dans plus d'une circonstance, il fit jaillir du fond de son âme ce qu'il y recélait de rancune, d'amertume et de colère. Les injures sont le langage des passions, et le langage des passions décèle

conjonctives sont rouges, injectées; sensation de cuisson dans les yeux; la peau a repris sa coloration; chaleur incommode; la malade met continuellement ses bras hors du lit. Le pouls a repris de l'ampleur; soif moins vive; peu de salive; quelques borborygmes. La malade a uriné ce matin; les urines sont peu abondantes; pas de céphalalgie. Un peu de repos la nuit. La malade sent mieux les mouvements de son enfant. (Glace; eau vineuse et de Seltz.)

29. Elle n'a pas reposé la nuit; la face est colorée, la peau chaude; le pouls a de la fréquence; pas de vomissement, peu de soif; malaises à la région épigastrique, qui fatiguent considérablement la malade; quelques hoquets; céphalalgie; pesanteur sus-orbitaire; les conjonctives restent rouges; légère sensation de cuisson dans l'œil. La figure est calme; grande faiblesse et lassitude; la voix reste légèrement altérée. (Eau rougie; eau de Seltz; bouillon.)

30. Une évacuation demi-liquide; le pouls est calme; pas de chaleur à la peau; la malade a reposé une grande partie de la nuit; lassitude générale. (Eau vineuse coupée avec de l'eau de Seltz. Deux bouillons.)

2 avril. La figure a repris sa coloration; soif modérée; pas de selle; voix normale. Sauf une insomnie opiniâtre, et l'injection des paupières, la malade peut être considérée comme convalescente.

Ce premier cas offre un grand intérêt sous le rapport du développement du choléra, après onze jours de période prodromique et d'un traitement dirigé contre ces symptômes. Constatons d'abord que, nonobstant l'emploi des moyens vulgairement conseillés, la diète, les émollients, les lavements laudanisés, etc., les symptômes n'en ont pas moins continué à se développer. Ce serait le cas de se demander si la période prodromique peut résister aux agents curatifs les plus propres à les faire cesser.

C'est l'opinion de quelques médecins; mais pour que l'on pût l'adopter, il faudrait que dans les faits de l'espèce de celui que nous venons de rapporter, les agents les plus efficaces eussent été employés; et il faudrait que malgré leur usage rationnel et énergique, la maladie eût continué à s'aggraver. Or, il est établi que lorsque la diarrhée persiste malgré l'emploi de la diète, des adoucissants et même des narcotiques, il est indispensable de recourir à la méthode évacuante; c'est là du moins ce que nous professons depuis fort longtemps, et ce que la GAZETTE MÉDICALE a encore rappelé dans son dernier numéro. Toutefois, faisons remarquer que le traitement employé chez cette malade était néanmoins parvenu à améliorer momentanément son état.

Ce cas offrirait matière encore à des remarques intéressantes sous le point de vue de la communication de la maladie de la mère à l'enfant. L'observation ultérieure pourra peut-être éclairer cette question. Constatons seulement, dans le cas qui précède, que l'état de grossesse n'a pas empêché la malade de guérir. Mais quelle a pu être l'influence du traitement sur cette terminaison heureuse? C'est ce que l'on pourra apprécier plus loin en rapprochant ce cas d'autres traités de la même façon, ou d'une façon analogue. Bornons-nous à dire qu'ici le traitement a été purement tonique et excitant, sans mélange aucun d'évacuants, de sédatifs, ni d'antiphlogistiques.

GROSSESSE AVANCÉE; SIX SEMAINES DE DIARRHÉE CONTINUELLE (VINGT A TRENTE GARDE-ROBES PAR JOUR AVANT L'ENTRÉE DE LA MALADE A L'HÔPITAL); ACCOUCHEMENT NATUREL; FIÈVRE DE LAIT RÉGULIÈRE; INVASION HUIT JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT; CONVALESCENCE. (Hôpital des Cliniques. — Service de M. P. DUBOIS.)

OBS. II. Lévy (Anna), 18 ans, rue de l'Hôtel-de-Ville, entre à la Clinique, salle d'accouchements, n° 10 (dans un lit voisin de celui d'une femme atteinte de choléra), où elle accouche à terme et naturellement le 16 mars. Depuis six semaines avant son entrée à l'hôpital, cette femme avait une diarrhée continuelle; elle allait de certains jours jusqu'à vingt ou trente fois à la garde-robe, quoiqu'elle observât un régime assez sévère et qu'elle eût pris quelques soins. (Décoction de riz pour boisson et lavements amylacés.)

La diarrhée persista après l'accouchement; mais elle n'avait plus que trois ou quatre évacuations par jour. Suites de couches et fièvre de lait d'ailleurs régulières.

Le 23 mars, augmentation de la diarrhée (sept ou huit selles). (Riz; sirop de coings; lavem. laudan.)

Le 24. Dans la matinée, plusieurs vomissements verdâtres à la suite de l'ingestion de la tisane; amaigrissement; légère altération de la face; yeux un peu excavés; lassitude générale; faiblesse extrême; pas de refroidissement sensible. Le pouls conserve de l'ampleur et certaine résistance. Soif vive. Les vomissements ont cessé. Ventre souple, non développé; borborygmes; évacuations liquides jaunâtres, d'une odeur extrêmement fétide. Les évacuations ont lieu sans aucune espèce de douleurs ni de ténesme. La malade a uriné ce matin, mais les urines sont rares. (Bain de vapeurs de trois quarts d'heure; 3 pilules d'extrait gomm. op. de 0,05 chacune; deux quarts de lav. avec 15 gouttes de laudanum de Sydenham dans chacun; glace pour boisson.)

Six heures du soir. Après le bain, il est survenu une assez forte transpiration. Dans la soirée, plusieurs vomissements aqueux. Les lavements ont été rejetés immédiatement. Les évacuations sont toujours très-fréquentes. (Deux demi-lav. avec 15 gouttes de laud. dans chacun.)

25 au matin. Les vomissements ont continué pendant la nuit. La malade n'a pas dormi.

Ce matin, soif toujours très-vive; langue humide, plate; peu de salive. Les boissons sont rejetées immédiatement après leur ingestion. Ventre souple, non douloureux; borborygmes; évacuations cholériques: elles sont continuelles. Les lavements n'ont pas pu être gardés. Elle n'a pas uriné depuis hier soir. Chaleur normale; pouls large, rebondissant; faiblesse extrême. La face est peu décomposée; les yeux sont cernés; la sécrétion urinaire est suspendue depuis hier matin. Besoin de sommeil sans pouvoir dormir. (3 pilules d'op., 0,05 chacune; trois quarts de lavem., 15 gouttes de laudanum dans chacun, à une demi-heure d'intervalle; glace.)

26 mars. La figure est plus altérée; amaigrissement; légère teinte cyanique des pommettes; décubitus indifférent. Chaleur normale; pouls calme; somnolence; état semi-comateux; besoin pressant de sommeil, sans pouvoir dormir; indifférence pour tout ce qui se passe autour d'elle. Pas de céphalalgie; un peu moins de soif qu'hier; un vomissement aqueux après une ingestion de boissons; sentiment de plénitude à l'épigastre; pas de douleur à la pression; ventre non développé, plat; borborygmes Depuis hier il n'y a eu que deux évacuations liquides; elle a uriné. (Catapl. sinapisé sur le ventre; glace comme boisson.)

27 mars au matin. Depuis hier jusqu'à ce matin, il y a eu plusieurs vomissements colorés en jaune; deux évacuations liquides.

Ce matin la physionomie est meilleure, et la contenance de la malade indique une amélioration marquée. Chaleur normale; pouls calme, souple; soif toujours vive; douleur à la pression à la région épigastrique. L'introduction des boissons détermine constamment des nausées, parfois même des vomissements. Il n'y a pas eu d'évacuation depuis dans la nuit. La malade a uriné. (Eau vineuse, mêlée à une petite quantité d'eau de Seltz; cataplasme simple sur le ventre; un peu de bouillon.)

28. Le facies a repris son aspect naturel. Moins de soif; pas de vomissements depuis hier soir, ni d'évacuations. Les matières excrétées prennent un peu de consistance; elles sont colorées en vert jaunâtre. Un peu de douleur à l'épigastre. La malade a reposé la nuit; elle sort aujourd'hui de l'hôpital.

On a engagé la malade à sortir pour la soustraire à l'influence de l'air de l'hôpital.

---

souvent une mauvaise cause; voilà ce que Lisfranc ne pouvait concevoir à cause des perpétuelles suggestions de l'amour-propre en souffrance dont il fut obsédé; aussi plus d'une fois se trouva-t-il embarrassé dans la peau du lion blessé dont il s'était imprudemment affublé. On se tromperait néanmoins en croyant que ce laborieux chirurgien, tout entier à ses querelles, à ses douleurs morales, abandonnait la science. Loin de là, ses travaux, sa pratique, ses recherches, ses leçons cliniques n'en devinrent que plus actives. Voulant recueillir et consigner les résultats de ses observations, il publia sa CLINIQUE CHIRURGICALE de la Pitié; plus tard il écrivit son PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, ouvrage qu'il n'a pu terminer, mais qui, confié aux soins d'un chirurgien des plus distingués de notre époque, n'en aura que plus de valeur. Ces ouvrages, d'ailleurs savamment étudiés et analysés par la presse médicale, attestent un travail considérable; ils abondent en idées souvent justes, quelquefois profondes, presque toujours ingénieuses. Malheureusement ils se ressentent des cuisants griefs dont le cœur de l'écrivain était ulcéré. Plusieurs fois Lisfranc mit une forte dose d'absinthe dans son encre, et le lecteur s'en aperçoit avec une pénible surprise. Il avait aussi le faible de penser qu'on s'emparait de ses procédés en les dénaturant; aussi croyait-il marquer du fer historique de sa plume, ses ennemis, ses rivaux, ses plagiaires, tous coupables envers lui de piraterie médico-chirurgicale.

On conçoit maintenant quel devait être le caractère ou la physionomie morale de notre célèbre chirurgien. Lisfranc n'était point né méchant et il ne le fut jamais. Cependant comme, en général, ce que nous avons fait nous peint et nous raconte, il faut bien avouer que Lisfranc n'eut pas toujours cette dignité d'attitude et cette dignité de caractère qui semble comme un reflet de la dignité de la vie et de la conduite. Fougueux, hors de mesure, pour ainsi dire, quand son amour-propre fut atteint, son ambition contrariée, il exhala trop souvent son ressentiment par cette ironie âpre, ce ton de causticité bouffonne dont il était le type, par la cruelle habitude de lancer même publiquement l'anathème contre ses adversaires, de les affubler personnellement d'épithètes outrageantes; comme il le disait, il eût voulu noyer ses ennemis dans les flots de sa bile. En le voyant de près, on ne sentait pas en lui ce ressort du caractère assez ferme pour braver les rivalités, assez élastique pour se plier à toutes les difficultés de la vie. La crudité de ses plaisanteries, la verdeur, l'emportement irréfléchi de ses boutades, firent très-souvent méconnaître ses excellentes qualités. Peut-être ne lui manqua-t-il que les plus aisées, la douceur, la modération, c'est-à-dire l'*huile* et le *miel* de la vie, qui la rendent facile et douce, non-seulement aux autres, mais à nous-mêmes, par une juste et équitable sympathie. Toutefois, l'écorce était plus rude que le fond; quand ses *raptus* de bile n'avaient pas lieu, on trouvait en lui du laisser-aller, de la rondeur et une sorte de familiarité bienveillante. Souvent ergoteur subtil, logicien bizarre, orateur abrupt, vrai pugiliste de la parole, dans mainte circonstance, on était frappé de son bon sens, de la lucidité de son esprit, pour peu que la corde irritable de l'amour-propre eût cessé de vibrer. A dire vrai, les intervalles n'étaient pas longs, et à la moindre occasion revenaient les quolibets injurieux et les allusions malignes, qu'il appliquait à un grand nombre de personnes. A l'entendre, la plupart des chirurgiens et des médecins de son temps étaient rusés comme de vieux diplomates, polis par formules comme des Chinois, fins et intrigants comme des Juifs, d'ailleurs toujours disposés à faire la cuisine de leurs succès. Si parfois on lui faisait

2 avril. La malade est en pleine convalescence.

Cette seconde observation éclaire d'abord quelques points soulevés par la précédente. La maladeétait ici sous l'influence de la période prodromique depuis six semaines environ; l'accouchement a pu se réaliser sans que l'enfant ait paru ressentir l'influence de cette période, quoique la diarrhée ait persisté avant, pendant et après l'accouchement.

Un autre point de vue est celui des rapports de cette malade dans l'hôpital avecune voisine atteinte du choléra confirmé. On peut se demander si ce voisinage n'a été pour rien dans le développement de la maladie. Cette question se rattache à une autre question très-générale, et que tendent à résoudre dans un sens favorable à la contagion du choléra, les nombreux faits de cette affection survenue chez les malades des hôpitaux, en traitement ou convalescents.

Pour le dire en passant, et sans prétendre encore en tirer aucune conclusion définitive, nous ferons observer que des cas nombreux de choléra se sont développés dans les salles des hôpitaux civils, et que rien de pareil n'est arrivé dans un hôpital militaire que nous avons fréquemment visité depuis le commencement de l'épidémie, nous voulons parler du Val-de-Grâce. Or il est à remarquer que, dans les hôpitaux civils, les cholériques sont répartis, dans les différents services, au milieu de salles occupées par les malades ordinaires, tandis qu'au Val-de-Grâce ils sont, au moment de leur entrée, dirigés immédiatement sur une vaste salle qui leur est exclusivement réservée, et située dans le bâtiment le plus isolé de ce grand établissement. Au Val-de-Grâce, un seul malade de l'hôpital a été pris de choléra dans le cours d'une autre affection pour laquelle il était en traitement, et cet individu était couché justement dans une salle située au-dessus du service des cholériques. N'y a-t-il là que simple coïncidence? c'est ce que l'observation ultérieure permettra probablement de déterminer d'une manière plus positive.

Pour en revenir au fait de la malade de M. Dubois, nous dirons que, sans pouvoir nous prononcer sur le cas particulier qui soulève notre remarque, et encore moins au sujet des nombreux malades qui sembleraient pouvoir l'éclairer, nous devons faire remarquer que cette femme avait six semaines de diarrhée prodromique. Or s'il s'il est vrai, comme nous n'en doutons pas, que la diarrhée prodromique soit le choléra lui-même dans sa période d'incubation, il serait utile de rechercher si les malades dont on croit pouvoir faire partir la contagion ne sont pas venus postérieurement à l'invasion de la cholérine. Cette remarque pourra servir surtout à faire apprécier le mode de filiation du choléra, lors des premiers cas observés dans les hôpitaux à la suite de l'admission des premiers cholériques venus du dehors.

Constatons encore, dans ce second fait, comme dans le premier, la guérison de la malade sous l'influence d'une médication fort différente de la précédente. Ici, en effet, les agents narcotiques ont été donnés à doses assez élevées, sans participation d'aucune autre méthode. Notons, pour l'appréciation des effets thérapeutiques, que l'influence favorable de la médication, ne s'est aucunement manifestée pendant les deux premiers jours.

ACCOUCHEMENT NATUREL; ALLAITEMENT; SCARLATINE LE DEUXIÈME JOUR; CHOLÉRA LE DIX-NEUVIÈME JOUR; CONVALESCENCE. (Hôpital des Cliniques. — Service de M. P. Dubois.)

Obs. III. — Journaux, âgée de 22 ans, lingère (salle d'accouchements, n. 19). Forte constitution. Accouchée le 4 mars à sept heures du matin. Accouchement prompt et naturel. Elle allaite son enfant.

Dans la nuit du 5 au 6 mars, légers frissons ayant duré une heure environ.

6 au matin. La face est colorée sans exprimer la souffrance, la peau chaude; pouls fréquent, large, plein; soif vive; langue humide, blanche à sa surface. Douleurs limitées sur les parties latérales de l'utérus, augmentant par la pression, la toux, les mouvements. Le ventre est souple, non développé. Pas de garde-robes depuis l'accouchement. Excrétion des urines facile; lochies naturelles; seins peu développés; céphalalgie frontale; agitation pendant la nuit. (24 sangsues sur le ventre, cataplasme, bain pour le soir, diète.)

7 mars. La figure est colorée et n'offre pas d'altération remarquable. Bourdonnements d'oreille; pas de céphalalgie; langue blanche, un peu humide, mais un peu visqueuse; soif vive, bouche mauvaise. Une selle liquide et un vomissement bilieux ce matin. Le ventre n'est plus douloureux, souple; pouls large, plein, dur, rénitent, 124 pulsations. Le devant de la poitrine et les parois abdominales sont recouvertes d'un pointillé rouge, serré. Les extrémités inférieures sont assez fortement colorées. Le bord libre du voile du palais est un peu rouge. Pas de gonflement des amygdales; pas de douleur dans la déglutition; quelques accès de toux un peu muqueuse. (20 gr. d'huile de ricin, 16 sangsues aux apophyses mastoïdes; sirop de groseilles; diète.)

8 mars. Agitation dans la journée d'hier et dans la nuit. Aujourd'hui peau sèche, brûlante; pouls large, plein, très-fréquent. L'éruption qui siége sur les cuisses et le devant de la poitrine a pâli d'une manière très-notable. La peau conserve une très-grande sécheresse. Pas de vomissements; pas de céphalalgie (Sirop de groseilles, diète.)

9. La rougeur reparait.

10. Tous les soirs, accélération notable du pouls, sécheresse de la peau, chaleur extrêmement incommode.

Aujourd'hui la rougeur de la peau commence à pâlir. Éruption miliaire; douleurs articulaires des poignets, des coudes, des épaules, sans gonflement (douleurs rhumatismales). Sorte d'éréthisme de la sensibilité cutanée; deux évacuations liquides; peau chaude; pouls à 108. (Sirop de groseilles, bouillon de poulet, lavement.)

11. La rougeur de la peau est presque éteinte; la peau est moite et humide. Le pouls est calme, les douleurs rhumatismales persistent. Crampes aux talons et aux mollets.

Du 13 au 23, la desquammation s'opère; plus de fièvre.

Le 23 mars, on apprend que la malade a depuis plusieurs jours des selles diarrhéiques; quatre à six évacuations liquides dans les vingt-quatre heures. Dans la nuit dernière, la malade a été prise de vomissements après une ingestion de boissons; en même temps il est survenu des selles extrêmement fréquentes.

Ce matin, le facies n'est pas encore altéré comme celui des cholériques confirmés; yeux excavés et entourés d'un cercle livide; la température des extrémités est notablement abaissée; la peau est rugueuse et couverte de squammes épidermiques; le pouls radial est insensible; soif inextinguible, la langue est dépouillée; dégoût de toute espèce d'aliments; sensation de brûlure, de tiraillement à l'épigastre; douleur à la pression dans cette même partie; ventre non développé, non douloureux; borborygmes. La malade évacue continuellement sous elle. Les évacuations se font sans aucune sensation de douleur, sans ténesme; elle sont seulement précédées de quelques borborygmes. Les matières extrêmement ténues présentent une couleur blanchâtre. Le liquide tient en suspension des flocons d'un blanc jaunâtre; elles sont complétement inodores. La sécrétion urinaire continue; abattement, lassitude générale, pas de crampes dans les jambes. (Extrait gommeux opiacé, 0,05 pour une pilule, demi-lave-

---

quelques observations, il répondait que les négations, les discussions, les contradictions sur les hommes et les choses, aident toujours la vérité, que c'est l'orage qui fertilise le champ des idées; puis, ajoutait-il, nul plus que moi n'est *fanatique de la franchise;* je n'ai point l'habitude d'une fausse cordialité et ce que j'ai au cœur passe aussitôt sur mes lèvres. Rien de plus vrai, mais la rancune débordait si souvent, les occasions de verve critique se répétaient tant de fois, que l'irritation morale semblait avoir passé à l'état chronique, et l'on disait que, physiologiquement parlant, il y avait en lui une sorte d'idiosyncrasie colérico-névralgique.

Du reste, ce célèbre chirurgien avait de la simplicité dans les mœurs et ses relations habituelles. Peu d'hommes approchent leurs lèvres de la coupe du succès sans s'enivrer; sous bien des rapports, il n'en fut pas ainsi de Lisfranc. Plus d'une fois il eut une modestie qui avait lieu d'étonner en raison de la célébrité qu'il avait acquise. Négligeant ce grand culte de l'apparence qui sert si admirablement quelques habiles, les éloges outrés, les notices de complaisance, les banalités de l'éloge académique officiel furent l'objet de ses plaisanteries. Ainsi, il ne voulut jamais faire paraître son portrait lithographié parmi ces médecins et chirurgiens, qui, selon sa mordante expression, sont condamnés à l'*exposition publique* sur le quai Voltaire. On l'accusa d'être intéressé; quelqu'un a dit que si, en raison de sa force physique, sa main était rudement fermée, sa bourse l'était bien davantage. Non, un pareil reproche ne va point à sa mémoire; outre que Lisfranc manifesta sa générosité en plus d'une occasion, vivant à une époque où l'âpreté au gain, la fièvre du lucre fut portée à un incroyable degré, faut-il s'étonner de la fortune qu'il parvint à acquérir. Lisfranc, comme ses contemporains, aurait pu dire : Je suis de mon temps, j'honore l'argent et crois en lui. Qui donc de nous est sans respect pour cette puissance, l'âme de notre société actuelle? Mais ce qui est digne de remarque, ce qui doit faire éternellement son éloge, c'est que le désir de s'enrichir, c'est que les soins, les fatigues d'une clientèle active et fructueuse ne le détournèrent jamais de la science; il en était le fervent serviteur, et jusqu'au dernier moment d'une vie assez courte, il s'attacha à deux belles et nobles choses, *l'amour de l'art et la recherche du vrai.* Aussi le conseil des hôpitaux, en reconnaissance des services qu'il avait rendus à son art et aux malheureux, a-t-il décidé que son buste en marbre serait placé à l'hôpital de la Pitié. Sa constitution physique lui permettait d'ailleurs cette force de travail et d'application que rien n'effraye, que rien ne lasse. Un corps vigoureux, une puissante musculature, une voix forte, sonore, bien accentuée, annonçaient un athlète singulièrement propre à toute espèce de luttes. Dans son geste, dans ses mouvements, dans son élocution toujours vive, il y avait quelque chose de la mâle austérité de l'homme hardi, du tribun populaire, toujours prêt à soutenir le droit contre l'injuste et le fort. Sa figure longue, osseuse, ne manquait pas d'expression; son œil, vu de profil, avait de la finesse, même de l'éclat, surtout dans les fougueux écarts de son éloquence improvisée.

Toutefois, malgré la vigueur de sa constitution physique, Lisfranc éprouva plusieurs maladies. Atteint de calcul dans la vessie, il fut lithotritié et guéri en 1831 par notre honorable et habile confrère Civiale. Plus tard les chagrins et les fatigues altérèrent sourdement son tempérament; sa stature élevée ne portait pas avec aisance le poids des années; mais confiant dans la force physique et morale

ment avec 10 gouttes de laudanum, frictions sur les membres avec de l'alcool camphré, bain de vapeurs, bouillon froid, glace.)

Six heures du soir. Réaction assez marquée à la suite des fumigations de vapeurs. Ce soir la figure est un peu altérée; prostration profonde des forces; teinte cyanique des ongles; soif ardente; le bouillon a pu être supporté. Dans la journée, il y a eu trois vomissements aqueux à la suite d'une ingestion de bouillon; évacuations continuelles; borborygmes. Au moyen de la sonde, on a retiré un demi-litre d'urine environ. Refroidissement sensible aux extrémités; pouls radial et à peine perceptible; somnolence légère. (On fait de nouvelles frictions sur les membres; glace.)

24 au matin. Amaigrissement considérable de la face; les traits sont tirés en haut, les yeux profondément excavés; découragement, faiblesse extrême, soif très-vive. Dans la nuit, il y a eu plusieurs vomissements aqueux après l'ingestion de boissons; crampes, tiraillements d'estomac. A l'épigastre, douleurs extrêmement vives à la moindre pression. Les évacuations sont les mêmes; borborygmes; pas de refroidissement sensible; pouls petit, misérable; les conjonctives sont rouges, injectées; intelligence nette; pas de céphalalgie. La malade a uriné dans la nuit. (Bain de vapeurs d'eau, frictions avec de l'eau-de-vie camphrée chaude sur tout le corps, envelopper la malade dans la laine, frictions à l'épigastre avec

Laudanum de Sydenham . . . } de chaque 60 grammes
Baume tranquille. . . . . . . }

25. Les vomissements continuent; les évacuations alvines sont moins fréquentes, mais elles conservent le même caractère. Les crampes d'estomac et les douleurs épigastriques persistent. Soif très-vive, facies moins altéré; les extrémités et la figure conservent leur chaleur normale; le pouls reste toujours très-petit et très-faible; pas de sommeil. (Même prescription qu'hier, moins le bain de vapeurs; eau rougie, quelques cuillerées de bouillon, trois lavements laudanisés, 12 gouttes laudanum dans chacun.)

26 au matin. Le facies est meilleur, la peau a repris sa coloration normale, les lèvres ont repris leur couleur rouge vermeille. Chaleur normale, pouls calme et souple, moins de soif. Les boissons ont été rejetées; la douleur épigastrique persiste. Une seule évacuation, très-peu abondante. (Vésicatoire d'un décimètre de diamètre à l'épigastre, eau rougie avec du vin, glace. D. riz, sirop de coings.)

Cinq heures du soir. Quelques hoquets après l'ingestion des boissons; sentiment de plénitude à l'épigastre; pas d'évacuation. La malade a uriné.

27 mars. Plus de vomissements ni d'évacuations depuis hier. Le cours des urines est rétabli. (Eau vineuse coupée avec de l'eau de Seltz, bouillon.)

28. Amélioration croissante. La voix a repris son timbre naturel. (Eau rougie coupée avec eau de Seltz, bouillon.)

29. Quelques crampes d'estomac. (Même boisson; lait avec un peu de pain.)

30. Convalescence.

Dans ce fait, il y a d'abord à noter la préexistence de la scarlatine au choléra, cette scarlatine succédant elle-même à l'état puerpéral. Quelle peut avoir été la cause qui a interverti le cours de la maladie exanthématique pour donner naissance au choléra? Dans les cas de cette sorte, une maladie préexistante semblerait avoir donné une impulsion à l'économie dans une direction différente, et il faudrait l'intervention d'une influence bien déterminée pour changer ainsi son cours. C'est le cas de se demander si le voisinage de malades atteints du choléra n'a pas pu exercer cette influence. On remarquera, en effet, que la scarlatine a existé pendant dix jours avant le choléra constaté dans l'observation précédente, et que son développement est postérieur de plusieurs jours à la présence de l'affection épidémique chez la seconde malade. On comprend que nous ne voulions faire encore ici qu'un rapprochement sous forme d'interrogation.

Constatons pour la troisième fois la guérison de la maladie, et cette fois sous l'influence de la médication narcotique associée à la méthode symptomatique (réchauffants); notons, pour l'appréciation du fait, que, dans ce cas, les symptômes de la maladie n'étaient pas des plus graves.

Dans les trois cas qui précèdent, la terminaison de la maladie a été favorable; mais peut-on affirmer que cette terminaison soit le résultat de l'emploi des moyens mis en usage ou simplement d'une gravité moindre de la maladie, ou, enfin, des circonstances favorables où se trouvaient les malades? Ce sont, en effet, trois ordres de conditions qu'il importe de ne pas confondre.

Les deux cas qui suivent, empruntés au même service, sont propres à éclairer cette question.

ACCOUCHEMENT NATUREL; ALLAITEMENT; ABCÈS DU SEIN; PRODROMES CHOLÉRIQUES VINGT-QUATRE JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT; CHOLÉRA CONFIRMÉ LE VINGT-CINQUIÈME JOUR, APRÈS VINGT-QUATRE HEURES DE PRODROMES; COMA PERSISTANT; MORT. (Hôpital des Cliniques. — Service de M. P. Dubois.)

Obs. IV. — Tedé, 26 ans, domestique. Constitution bonne. Est accouchée à terme le 26 février 1849, à 7 heures du matin; elle allaite son enfant. (Salle d'accouchements, n° 27.)

Deux ou trois jours après avoir commencé l'allaitement, il est survenu des crevasses à la base des mamelons des deux seins, que l'on a cautérisées à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent. La malade continuait d'allaiter son enfant.

Le 21 mars, le sein droit devient phlegmoneux; peau chaude; légère accélération du pouls; soif; inappétence; selles naturelles; céphalalgie; beaucoup d'agitation la nuit; lochies rousses, coulant encore. (12 sangsues sur la partie la plus douloureuse du sein; diète; sirop de groseilles.)

Le 24, la fluctuation devenant manifeste, on fait une ponction qui donne issue à une quantité considérable de pus. Peau un peu chaude; accélération du pouls; soif.

Le 25. Il s'est écoulé une très-grande quantité de pus. Le sein a diminué considérablement de volume. Borborygmes; ventre souple, non douloureux; cinq évacuations liquides depuis hier matin. Les évacuations ont lieu sans coliques ni ténesme. Soif vive; langue humide, blanche à toute sa surface; pouls petit, mais régulier et calme; pas de céphalalgie; pas de douleur dans les membres. (Un bouillon; 2 pilules d'ext. de gom. op. 0,05.)

Six heures du soir. Soif inextinguible; langue plate, rouge à ses bords; salive peu abondante; un vomissement aqueux à la suite d'une ingestion de boisson. Depuis ce matin il y a eu quinze ou vingt évacuations liquides très-abondantes, d'une couleur jaunâtre et laissant déposer au fond du vase une espèce de purée de même couleur; elles ont peu d'odeur; ventre souple, non douloureux; quelques borborygmes; chaleur normale; pouls petit, dépressible; grande lassitude; faiblesse extrême. La figure est peu altérée; cependant les yeux sont légèrement excavés; crampes douloureuses dans l'avant-bras droit. (2 pilules d'ext. gomm. opium, 0,05 chacune; trois quarts lav., avec 12 gouttes laud. Sydenham dans chacun, à prendre à une demi-heure d'intervalle.)

26 mars au matin. Hier soir, à six heures, la malade a été prise de vomissements qui ont duré une grande partie de la nuit; en même temps refroidissement très-sensible et grand nombre d'évacuations.

Ce matin, face livide; yeux profondément excavés, entourés d'un cercle noir; paupières à demi closes; lèvres d'un bleu livide, plus marqué sur le reste de la face; teinte cyanique des extrémités supérieures (mains et avant-bras) et des ongles; corrugation des mains. La peau est couverte d'une sueur froide, visqueuse. Abaissement considérable de la température à la face, aux extrémités supérieures et inférieures; pouls radial insensible; affaissement considérable. La malade a conservé toute son intelligence; elle reste abattue, accablée, paraissant ne concevoir aucune idée ni être affectée de son état; pas de céphalalgie; crampes dans

---

dont il fut largement doué, il se refusa au repos. Il voulut tout à la fois continuer son enseignement, se livrer à son immense clientèle et ne rien relâcher de ses travaux du cabinet, triple effort au-dessus de toute puissance humaine. A ce travail incessant, se joignait, dans les derniers temps, un sentiment amer de mélancolie sourde, résultat de cette irritabilité en quelque sorte morbide qui use et brise facilement la trame de l'existence. Dès lors sa santé fut gravement compromise. Atteint d'une angine couenneuse, puis d'une fièvre pernicieuse, il succomba dans la nuit du 12 au 13 mai 1847, à l'âge de 57 ans. Ainsi la science, les progrès de son art, et peut-être aussi le désir exagéré de la célébrité, furent les idoles de sa vie et la consumèrent tout entière. Il se distingua par d'éminentes qualités, il eut aussi des défauts remarquables. En essayant de faire valoir les premières, fallait-il donc dissimuler les seconds? Non, sans doute; car la conscience a aussi ses exigences. Lisfranc appartient à l'histoire scientifique de notre époque, et nous avons tâché de rendre son portrait ressemblant; on ne doit aux morts que ce qui peut être utile aux vivants, la justice et la vérité.

R. P.

— M. le docteur Burggraeve est nommé vice-président du comité-directeur chargé d'organiser les fêtes qui auront lieu à Gand, lors de l'exposition prochaine des produits de l'industrie de la Flandre.

— Nourriture a bas prix. — Dans la séance du 14 mars de la chambre des communes, le chancelier de l'échiquer a prononcé les belles paroles suivantes:

« En parlant l'autre jour avec mon honorable ami le représentant du Westriding (M. Cobden), j'exprimais l'opinion que la tranquilité dont a joui l'Angleterre l'année dernière devait être surtout attribuée au bien-être éprouvé par les classes ouvrières par suite du bas prix des denrées alimentaires et du faible droit qui frappait les céréales. Je suis convaincu que cette opinion est fondée; je crois que cet allégement à la situation des classes pauvres était nécessaire, et je crois aussi qu'il est du devoir du gouvernement de veiller à ce qu'elles aient à bas prix les objets nécessaires à leur subsistance. Il n'est pas de prospérité possible pour une classe sans que les autres jouissent également du bien-être. Si les pauvres souffrent, les riches ne peuvent être à l'abri du malaise. Enfin, quand bien même les riches devraient se priver d'une partie du superflu, il faut à tout prix que les classes indigentes aient le nécessaire pour vivre. (*Bruyants applaudissements.*) Personne n'est plus intéressé à le leur fournir et à assurer ainsi la sécurité du pays que les propriétaires du sol. »

— Commerce des porcs aux États-Unis. — C'est un commerce des plus répandus. Le recensement fait aux État-Unis, en 1840, porte le nombre des porcs existant à cette époque à 26,301,295. Or, depuis, il y a eu accroissement considérable, surtout dans les Etats de l'ouest, où le grain est abondant et à bon compte, de façon qu'on peut très-bien évaluer à 45,000,000 de têtes le nombre de porcs qui existent aujourd'hui sur le territoire de l'Union. Le nombre des porcs abattus en 1847, dans la vallée du Mississipi, a atteint le chiffre de 1,500,000, dont 28 pour cent ou plus d'un quart a été préparé pour le marché de Cincinnati.

le mollet gauche; soif inextinguible. Langue blanche; peu de salive; pas de douleurs épigastriques; ventre non développé, non douloureux à la pression; borborygmes; selles cholériques. La malade évacue continuellement sous elle. On ne peut pas savoir si elle a uriné. Il ne s'est pas écoulé de pus du sein. Les lèvres de la plaie sont sèches; le sein a diminué considérablement de volume. Potion tonique:

Infusion de mélisse.	30 grammes.
Acétate d'ammoniaque . . .	15 —
Alcool.	30 —
Laudanum de Sydenham. .	15 gouttes.
Liqueur d'Hoffmann	2 grammes.
Sirop sucré	30 —

A prendre par cuillerée de temps en temps dans un verre d'eau glacé.

Bain de vapeurs d'eau; glace pour boisson.)

Cinq heures du soir. Le vase de nuit est rempli de matières blanches liquides semblables à du petit-lait. Il n'y a pas eu de vomissement dans la journée; sur le bras et l'avant-bras gauche, il y a plusieurs larges plaques vineuses ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Dans tout le côté gauche, mais particulièrement dans le membre thoracique gauche, la malade accuse un refroidissement plus considérable que dans la moitié droite du corps. La main ne perçoit aucune différence notable entre ces deux parties. Beaucoup d'agitation. La malade jette ses bras hors du lit, rejette ses couvertures; le cours des urines est suspendu. Le reste *ut supra*.

27 mars. Les vomissements se sont arrêtés. Il y a eu dans la nuit peu d'évacuations. Sensation de brûlure à l'épigastre. Du reste, la malade est comme hier. (Potion tonique; eau vineuse mêlée à une petite quantité d'eau de Seltz; bain de vapeurs d'eau. Envelopper la malade dans des couvertures de laine.)

28. La figure est un peu moins altérée que les jours précédents. Les vomissements ont continué toute la nuit. La malade n'a pas sitôt introduit ses boissons qu'elles sont rejetées. Ce matin, on remarque dans le crachoir une matière aqueuse d'une teinte verte, et tenant en suspension de gros flocons d'un vert plus foncé. Il n'y a pas eu d'évacuation depuis hier; beaucoup d'agitation; insomnie. Le reste *ut supra*. (Petit-lait pour boisson; glace; catap. de graines de lin chauds sur le ventre et sur les cuisses.)

29. Mêmes vomissements; deux ou trois évacuations liées dans la nuit; pesanteur à la région épigastrique. Le reste *ut supra*. (Large vésicatoire à l'épigastre; potion antiémétique de Rivière:

Bicarbonate de soude. . . .	2 grammes.
Acide acétique	2 —

A prendre par cuillerée de temps en temps.

Petit-lait pour boisson; quelques cuillerées de lait.)

30. Après la potion, les vomissements ont diminué beaucoup. Dans la soirée d'hier, il y a eu encore quelques nausées. La boisson a été rejetée quelquefois. Depuis hier soir, il n'y a pas eu d'évacuation. Les vomissements sont arrêtés. (Eau vineuse, coupée avec eau de Seltz; larges cataplasmes chauds sur le ventre et les cuisses; envelopper les bras avec de la ouate; nouveau vésicatoire à l'épigastre.)

31 mars. Hier, dans la soirée, la malade s'est levée; elle a pu aller au lit voisin pour chercher de la tisane. Toute la journée il y a eu beaucoup d'agitation, une grande excitation cérébrale; elle a uriné neuf fois. Dans la nuit, il y a eu plusieurs évacuations liquides, blanches; pas de vomissements. Ce matin, à la visite, grande altération de la face; décubitus dorsal. La bouche est entr'ouverte; les paupières sont à demi closes. Coma; grand abattement. La malade ne répond plus aux questions qu'on lui fait. Abaissement de la température sur tout le corps. Le tronc et les extrémités sont froids au toucher; le pouls radial est insensible; la peau des mains et des avant-bras a une teinte violette; les plaques ecchymotiques du membre gauche persistent; les dents sont encroûtées; la langue est brune, sèche; pas de vomissements ni d'évacuations. La sonde, introduite dans la vessie, ne laisse sortir aucune goutte d'urine. La malade n'a voulu rien prendre depuis hier soir. La respiration est courte et incomplète. (Bain de vapeurs; catap. chauds aux extrémités; eau vineuse.)

1er avril. Même état comateux. Pas d'évacuation. Les paupières sont à demi closes; les cornées sont ternes; la face est froide; plus de pouls radial; la respiration est haute, irrégulière.

La malade s'est éteinte, sans présenter rien de particulier, le 2 avril, à une heure du matin.

Dans ce cas, terminé par la mort, les efforts de l'art ont été complétement impuissants. Remarquons que la méthode mise en usage a compris tout à la fois les narcotiques, les excitants diffusibles, les réchauffants, les anti-émétiques et les révulsifs, le tout sans aucune apparence de succès. Ajoutons que, comme moyen d'expliquer l'insuffisance de tous ces agents, la maladie est survenue après une suppuration abondante. L'intoxication cholérique ne trouvait-elle pas dans ces conditions une nouvelle cause d'aggravation.

Le fait suivant offre l'exemple d'une influence beaucoup plus manifeste.

ACCOUCHEMENT LABORIEUX TERMINÉ PAR LE CÉPHALOTRIBE; FIÈVRE PUERPÉRALE DÉCLARÉE DÈS LE LENDEMAIN; INVASION DES SYMPTÔMES CHOLÉRIQUES UN MOIS APRÈS; MORT. (Hôpital des Cliniques. — M. P. DUBOIS.)

OBS. V. — Gauthier, âgée de 21 ans, brodeuse. Faible constitution, petite taille; les cuisses sont d'une brièveté remarquable. Conformation vicieuse du bassin (81 millimètres); primipare, à terme; apparition des premières douleurs le 19 février à dix heures du matin, continuant sans résultat jusqu'au 21 février. Rupture artificielle des membranes.

Le 22 au matin, les contractions restant faibles et la tête ne s'engageant pas, M. Dubois tente, mais sans succès, une application de forceps.

Après s'être assuré, dans le courant de la journée, que l'enfant était mort, M. Dubois fit la perforation du crâne; l'accouchement fut terminé par le céphalotribe. La terminaison par ce moyen fut rendue très-facile; délivrance naturelle.

23. La malade a dormi une grande partie de la nuit; léger ballonnement du ventre; pas de selle depuis l'accouchement; peau chaude; fréquence du pouls. (Un bouillon; sirop de groseilles; cataplasmes.)

24. Décubitus dorsal; la figure pâle, décolorée, exprime la souffrance; sueur perlée sur le front et à la surface des lèvres; ventre développé, ballonnement, météorisme, borborygmes; l'abdomen est douloureux dans toute son étendue; la douleur augmente par la moindre pression, la toux, les mouvements; pas de nausées ni de vomissements; soif vive; langue saburrale; langue brune et sèche à sa partie moyenne. Depuis hier, il y a eu cinq ou six selles liquides; peau très-chaude, sudorale; pouls petit, fréquent, cependant résistant; céphalalgie; pas de sommeil, agitation pendant la nuit; lassitude générale; extrême faiblesse. La malade ne peut pas s'asseoir sur son séant à cause des douleurs abdominales; toux quinteuse, pénible; crachats blancs, épais, muqueux. (Calomel à dose fractionnée, 0,05 en vingt paquets; cataplasmes sur le ventre; sirop de groseilles; diète absolue.)

25. Le calomel a produit plusieurs selles liquides (six ou sept); ventre ballonné, un peu moins douloureux qu'hier; langue moins sèche; elle a perdu sa couleur brune; soif toujours très-vive; pas de salivation; peau chaude, brûlante, sèche; pouls large, rénitent, récurrent, à plus de 100. Un peu de sommeil pendant la nuit; plus de céphalalgie; les lochies conservent de l'odeur. La montée du lait ne s'est pas faite; toux toujours fréquente, quinteuse, pénible; excrétion des urines facile. (Calomel à la même dose; cataplasmes; un bouillon; julep diacodé pour le soir.)

26. Même état. (Même prescription.)

27. Le calomel a eu une action purgative très-marquée. Il y a eu huit ou dix garde-robes; peau chaude; pouls large, dur, résistant, de 104 à 108 fois. (20 sangsues à l'hypogastre; cataplasmes émollients; bain; diète.)

28. Ce matin, la figure est meilleure; décubitus latéral; le ventre, quoique encore développé, est beaucoup moins douloureux. Il n'y a eu que trois selles liquides; soif moins vive; peau moins chaude; pouls beaucoup moins fréquent, à 96 (Bouillon.)

2. Amaigrissement très-notable; pâleur et décoloration générale; décubitus dorsal; faiblesse extrême. La malade évacue sans cesse sous elle sans en avoir conscience. Langue sèche, dents fuligineuses, peau sèche et brûlante, pouls fréquente (110 à 120). (Deux quarts de lavement laudanisé; cataplasmes; frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée; bain; décoction de riz édulcorée avec du sirop de coings; diète.)

Du 3 au 5 mars. Même état. (1 gramme de diascordium en cinq pilules; demi-lavement avec 12 gouttes de laudanum de Sydenham; cataplasmes; deux bouillons.)

7. Amélioration. (Poulet rôti; un peu de vin coupé avec de l'eau. Même prescription qu'hier.)

9. Deux vomissements bilieux; une évacuation liquide verte. Peu de sommeil; pouls calme, mais faible, petit, à peine sensible. (Potion tonique.)

Du 10 au 20, un peu d'amélioration; moins d'abattement. Fréquentes alternatives de mieux et de pire, traversées par divers accidents du côté des organes des sens et des yeux en particulier.

21. Dans les vingt-quatre heures, il y a eu trois évacuations liquides. Le pouls s'est un peu relevé; il a pris un peu d'ampleur, mais il est calme. (Bain; quantité suffisante eau de Seltz; op. 0,05; deux bouillons.)

22. Le pouls est souple, calme; l'appétit renaît; les bouillons ont pu être digérés; deux évacuations liquides depuis hier matin; photophobie très-intense. La vision est troublée. Douleurs profondes dans l'œil; décoloration de l'iris; pupille contractée, non mobile; chémosis considérable. L'œil est rempli de mucosités épaisses. (O. s. eau de Seltz; op. 0,05; bouillon.)

Six heures du soir. La malade ne présente rien de particulier depuis ce matin. Il y a sept ou huit évacuations liquides dans la journée. Les bouillons ont été vomis.

28. Hier, à huit heures du soir, la malade a été prise de vomissements qui se sont prolongés dans la nuit. Les matières vomies sont vertes, liquides, bilieuses; elles remplissent les trois quarts d'un crachoir. En même temps il y a eu des évacuations très-abondantes. Un drap en seize, placé sous elle, a été entièrement mouillé. La partie liquide imprègne les linges, et à la surface de celui-ci il reste des grumeaux blanchâtres qui ressemblent assez à du blanc d'œuf coagulé.

Ce matin, à huit heures, abattement extrême des forces; découragement; teinte cyanique générale, mais plus prononcée aux extrémités; altération profonde de la face; les traits sont tirés en haut, les yeux sont excavés et comme retirés au fond de leur orbite. Lassitude générale; crampes dans les jambes, les cuisses et les extrémités supérieures; abaissement considérable de la température au nez, aux pommettes et principalement aux extrémités supérieures. Les extrémités inférieures sont peu refroidies. Il n'y a plus de pouls radial. Langue violacée, humide, soif dévorante; hoquet. Les vomissements sont arrêtés. Douleurs extrêmement vives à l'épigastre; ventre non développé; gargouillement dans la fosse iliaque gauche. La malade n'a pas uriné depuis hier, à deux heures de l'après-midi. Les évacuations alvines sont toujours très-fréquentes. Céphalalgie; intelli-

gence parfaitement conservée; anesthésie. Si on pince la peau, elle conserve le pli qu'on lui a fait prendre. Voix cholérique; bains de vapeurs d'eau. (La malade est enveloppée dans de la laine; glace pour boisson.)

Les fumigations n'ont pas pu réchauffer la malade; elle est tombée dans le coma, et elle a succombé à une heure de l'après-midi, en conservant toute sa connaissance.

AUTOPSIE. — Rigidité cadavérique; amaigrissement considérable.

CAVITÉ ABDOMINALE. — Injection légère du grand épiploon et du péritoine viscéral, sec et collant dans toute son étendue; adhérences récentes de l'S iliaque du colon à la surface externe de l'utérus, lequel adhère aussi par son fond à l'angle sacro-vertébral.

L'intestin grêle offre quelques petites arborisations rouges dans quelques points; dans le reste de son étendue, il est un peu décoloré; rien d'anormal dans les plaques de Peyer; follicules isolés, développés et très-saillants dans toute la longueur de l'intestin. Rien d'anormal dans le gros intestin, si ce n'est que ses parois sont rétractées et son calibre diminué. Les matières contenues dans le tube intestinal sont liquides, d'un blanc jaunâtre et tenant en suspension des flocons albumineux.

L'utérus ne présente rien de particulier dans son volume et sa coloration. Sa surface interne est recouverte par une couche assez épaisse de muco-pus, mêlé à des stries de sang. A la base des ligaments droit et gauche, il y a six ou sept petits foyers purulents, très-circonscrits, siégeant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et séparés les uns des autres par des cloisons celluleuses criblées de trous qui les font communiquer entre eux.

Plusieurs foyers purulents dans l'épaisseur même du tissu utérin, dont l'un est situé sur le sommet même de l'organe. Les sinus sont parfaitement sains.

Tout le système veineux abdominal est gorgé de sang. Le sang de la veine cave supérieure est sirupeux, filant, ainsi que celui du foie. La bile est excessivement épaisse, comme du sirop très-concentré. Sang noir, visqueux, gorgeant la rate.

Rien de particulier dans les reins. Absence d'urine dans la vessie.

Poumons sains, anémiés; adhérences pleurales anciennes. Bronches sèches et vides. Péricarde et cœur sains. Caillots fibrineux, mous et friables dans le cœur droit. Les veines azygos et intercostale, ainsi que les sinus de la dure-mère sont fortement distendues par du sang noir et visqueux.

Rien d'anormal dans la substance cérébrale.

Dans ce cas, le choléra s'est développé chez une femme épuisée par une maladie mortelle par elle-même. Elle serait morte probablement de la fièvre puerpérale; mais l'influence cholérique ne saurait être méconnue ni dans les caractères de la maladie, ni dans la rapidité de sa terminaison. Ce cas prouve donc, d'une manière presque incontestable, l'aggravation de l'influence épidémique par l'épuisement résultant d'une maladie antérieure et concomitante. Ici, par cette même raison, l'influence thérapeutique n'a pu être appréciée, car elle a été nulle. Faisons remarquer, en terminant, que chez cette malade, le choléra, faisant suite à une autre maladie, a débuté, comme chez la malade de l'observation III, le 23 mars, à la suite d'une maladie autre, paraissant avoir suivi jusque-là son cours régulier.

Rapportons, pour clore cette série de choléras combinés avec l'affection puerpérale, le cas suivant qui contraste sous beaucoup de rapports avec ceux qui précèdent.

CHOLÉRA ASIATIQUE CHEZ UNE FEMME ENTRÉE A L'HÔPITAL POUR SUITE DE COUCHES; CONSTIPATION, PUIS DIARRHÉE PRODROMIQUE PENDANT VINGT-QUATRE HEURES.) Hôpital Beaujon. — Service de M. BOUVIER.)

OBS. VI. — Le 27 mars est entré, dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital Beaujon, une femme de 36 ans, accouchée il y a un mois environ, d'une mauvaise constitution, lymphatique.

Au moment de son entrée, elle se plaignait de douleurs dans les aines et le flanc gauche, de constipation; on lui fit prendre quelques bains, et on lui administra deux pilules de Bontius.

Elle allait assez bien et s'était même levée, lorsqu'elle fut prise de frissons, de malaise, de diarrhée, et de quelques envies de vomir. En même temps, suppression complète des lochies.

Le 29 mars au matin, refroidissement, cyanose, excavation des yeux, pouls à peine sensible, fuyant sous le doigt; vomissements, de la tisane surtout, contenant au fond un dépôt de matières grises; douleurs épigastriques très-vives; les yeux sont convulsés en haut; somnolence; désir de repos; quelques douleurs et crampes dans les jambes. (Frictions; lavements laudanisés; boules d'eau chaude; tilleul chaud; diète.)

Le 30, à peu près même état: vomissements continuels; selles nombreuses, à très-petits intervalles; la malade rend ses matières sous elle, et sans en avoir la conscience. Matières blanches dans les selles; crampes dans les membres inférieurs, les bras et les doigts. Cyanose assez prononcée de la face, les yeux caves. (Thé avec du rhum; eau de Seltz; vin de Bagnols, C0.)

Le 31 mars, elle vomit toujours, se plaint d'une douleur vive à l'épigastre; langue saburrale; peau chaude; la malade, plongée dans l'affaissement, ferme les yeux en roulant le globe oculaire en haut. Crampes un peu moins fortes; le pouls est plus sensible, un peu moins fréquent.

Le 1er avril, quatre selles dans la journée, colorées en vert, d'une odeur forte et désagréable; deux ou trois vomissements, formés de tisane. Elle dit être bien mal. Cependant, en réalité, elle est mieux que la veille; plus de crampes; courbature générale; ventre sensible; pouls meilleur, sans fréquence. (Lavements laudanisés; thé au rhum; vin de Bagnols; glace.)

Le 2, pouls assez bon, douleurs à l'épigastre; respiration encore un peu gênée. Pas de vomissements depuis hier; pas de selles; pas de cyanose; température normale. Convalescence. (Bouillon coupé).

Dans l'observation qui précède, l'affection puerpérale était moins développée; la maladie elle-même a été moins grave, et le traitement a été mieux caractérisé; en effet, le rhum, le thé et le vin ont pu exercer une influence d'autant plus probable, qu'après leur administration on a remarqué un changement de coloration dans les selles, ce qui est pour tout le monde un symptôme manifeste de l'influence favorable des médications. C'est ce que les cas des séries suivantes rendront plus évident encore.

DEUXIÈME SECTION.

CAS DE CHOLÉRA INTENSE; MÉDICATION TONIQUE MIXTE.

CHOLÉRA INTENSE; DIARRHÉE PRODROMIQUE, trois jours; RÉACTION AVEC HYPERSÉCRÉTION MULTIPLE; TRAITEMENT TONIQUE; GUÉRISON. (Hôtel-Dieu. — Service de M. MARTIN-SOLON.)

OBS. VII. Un homme âgé de trente-cinq ans, correcteur typographe, rue Maubué, quartier Saint-Martin, où il habite avec deux autres personne une chambre à deux croisées, assez bien aérée, est entré le 24 mars à midi à l'Hôtel-Dieu; il avait déjà un peu de diarrhée depuis trois jours; bien portant du reste.

Le 23 mars au matin, il est réveillé par une envie d'aller à la garde-robe, quelques nausées, un vomissement. Apporté à l'hôpital sur un brancard, on le trouve cyanosé, froid, en proie à des vomissements et à des selles répétés et à des crampes douloureuses; pouls radial insensible. A son entrée, on lui administre un bain d'air sec qui le réchauffe immédiatement; sur la fin il sent que ça lui porte à la tête et il vomit. (Potion avec acétate d'ammoniaque, tilleul et thé, 1 lavement laudanisé.)

A 8 heures du soir. Plus de céphalalgie, mais le pouls est peu sensible. Il a eu des crampes dans la journée, qui ont disparu à la suite de frictions avec des flanelles laudanisées; mains cyanosées. (Éther sulfur., laudanum, eau distillée de menthe, ammoniaque, poudre de Columbo et magistère de Bismuth. A dix heures, du punch; dans la nuit, vin de Bagnols avec eau de Seltz, 125 gr.

Le 24 à neuf heures du matin. Quelques crampes de temps à autre, une selle colorée à la suite d'un lavement laudanisé (on s'est demandé si la coloration des matières n'était pas due au laudanum); moiteur générale, pouls, 94; sentiment de constriction à la poitrine, point de douleurs de ventre, langue d'une température normale, un peu saburrale, soif vive, absence d'urines. (Eau de Selz, avec vin de Bagnols.)

Potion:	Laudan. Syden.	25 gouttes.
	Liq. d'Hoffmann.	15 *id.*
	Menthe.	60 grammes.
	Ammoniaq.	20 gouttes.
	Sirop.	30 grammes.

A prendre par deux cuillerées d'heure en heure; lavement; quelques gorgées de bouillon si le malade le désire.

A cinq heures et demi. Hoquet depuis le matin, durant encore et fatiguant beaucoup le malade; deux selles très-considérables dans la journée, plus épaisses, d'odeur un peu fécale; 4 à 5 vomissements de mucus trouble; la potion a été rejetée sitôt prise; propension au sommeil (on a appliqué des sinapismes); il prend quelques cuillerées de bouillon, il boit avec plaisir de l'eau glacée avec du vin de Bagnols, ainsi qu'une tisane composée de vin de Bagnols, citron et sirop; la voix est encore bonne; pouls à 80, très faible, face un peu froide, chaleur normale du reste du corps, langue humide et chaude, sentiment de resserrement vers la région du cœur; point d'urine.

Large sinapisme couvrant la poitrine et l'abdomen, un sinapisme pareil sur la colonne vertébrale. (2 cuillerées de rhum, un peu de sucre et quelques gouttes de citron dans une demi-bouteille de thé, eau glacée, six paquets de 0,30 de carbonate d'ammoniaque chacun.

Le 25. Quelques hoquets encore de temps en temps, qui ont beaucoup diminué d'ailleurs depuis l'application du sinapisme sur la région cardiaque, pouls assez large, 72; langue humide et chaude, chaleur générale bonne; quelques vomissements aqueux colorés par les boissons; soif persistante, appétence pour la glace, les gardes-robes continuent à s'épaissir et à devenir grisâtres; douleurs épigastriques, aspect des yeux bon, la teinte cyanique des jambes a disparu, la peau n'a pas encore recouvré toute sa tonicité; sommeil tranquille et court, quelques étourdissements quand le malade veut se lever; la sécrétion urinaire s'est rétablie ce matin, l'urine est couleur de bière, épaisse, un peu louche, acide, sa densité est de 0,1022°, l'acide nitrique y décèle de l'albumine. (4 paquets de sous-carbone d'ammoniaque, dans le but de liquéfier le sang; cataplasmes sinapisés sur les régions cardiaque et cervico-dorsale. (Bouillon; glace, sirop, thé, rhum, sucre et citron.)

4 heures. Le malade a uriné, il a eu huit gardes-robes peu considérables, plus épaisses, pas de vomissements, toujours un peu de hoquet, pouls, 80, point de céphalalgie, soif vive. (Lavement laudan., 11 gouttes et albumine; sinapismes sur la poitrine pour arrêter le hoquet qui s'est reproduit.)

26. Le malade a beaucoup uriné; un seul vomissement verdâtre depuis hier

soir, douleurs à l'épigastre, pas de coliques, fréquentes gardes-robes bilieuses, verdâtres, épaisses et d'odeur fécale (2 litres environ); le resserrement de la poitrine est moins fort, pas de céphalalgie, sommeil, plus de crampes, seulement quelques bâillements spasmodiques, soif; extrémités chaudes et de couleur naturelle, pouls, 76. (Thé, bouillon, eau rougie avec Bordeaux et eau de Seltz, 3 paquets de 0,30 de sesquicarbonate d'ammoniaque, 3 lavements de son et pavot.)

27. Faiblesse, douleur à l'épigastre et à la région du foie, légère teinte ictérique, quelques vomissements bilieux, facies bon, chaleur modérée de la peau, pouls 72. (Ventouses scarifiées à l'épigastre et sur l'hypochondre droit, cataplasme avec laud. 10 gouttes, 2 lavements; on supprime le vin, bouillon.)

28. Douleur épigastrique dissipée (le sang des ventouses, d'aspect normal, point diffluent), selles liquides, verdâtres et d'odeur fécale, urines abondantes, légèrement troublées par l'acide nitrique, 0,1010° de densité, chaleur bonne, pouls 72. (Eau rougie, crême de riz, eau de gomme, 3 lavements avec son, pavot et 5 gouttes laudan.)

29. Garde-robes épaisses et verdâtres, abondantes, sans coliques, vents fétides, appétit; voix nette et forte, gaîté. (2 panades et 2 vermicelles au gras; gomme avec fleur d'oranger, 2 lavements son, pavot et laudan.)

30. 2 garde-robes solides; digestion facile, appétit, le malade se sent très-bien et n'éprouve plus que de la faiblesse dans les jambes; convalescence complète, une portion.

Le 3 avril. Ce malade est entièrement guéri.

Dans cette observation, une multitude d'incidents ont permis d'apprécier, jusqu'à un certain point, la lutte entre les agents thérapeutiques et la maladie. Constatons d'abord que la médication a été des plus énergiques comme médication tonique. Il est peut-être à regretter que le savant médecin ait combiné avec cette méthode les narcotiques à doses assez répétées et élevées. Dans ces sortes d'associations médicamenteuses, il est fort difficile de faire la part de ce qui peut être utile de ce qui ne l'est pas, et peut-être de ce qui serait nuisible. On ne saurait méconnaître les modifications favorables survenues à plusieurs reprises à la suite de l'ingestion des médicaments; mais il est à remarquer que les améliorations obtenues ont paru souvent enrayées. Serait-ce par suite de la résistance du mal, ou bien par suite de l'administration d'éléments curatifs opposés à ceux qui auraient produit l'amélioration? Il serait à désirer, ainsi qu'il sera dit ailleurs avec plus de détails, que les expérimentations thérapeutiques fussent réglées d'une manière plus méthodique, pour arriver à un dédoublement de l'action de chaque substance.

Nous allons essayer, par les faits qui suivent, de faire ce départ préparatoire.

CHOLÉRA ASIATIQUE; STOMATITE; DIARRHÉE PRODROMIQUE DE CINQ JOURS; PROSTRATION; PHÉNOMÈNES NERVEUX; QUELQUES SYMPTÔMES INFLAMMATOIRES DU CÔTÉ DE L'ESTOMAC CONSÉCUTIVEMENT. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. VIII. — Maury, 22 ans, neuf mois de présence au corps, 27e de ligne, caserné à l'*Ave-Maria*, entré à l'hôpital le 21 mars, à la salle 26, pour une stomatite.

Diarrhée depuis cinq jours; cinq selles par jour. Le 22, dans la journée, la diarrhée augmente, quinze à vingt selles. A midi, face cyanosée; yeux excavés, cernés de noir; agitation; pas de crampes ni de refroidissement; selles comme de l'eau de riz, blanches; un vomissement après qu'il a pris du bouillon; anéantissement des forces; pouls radial à peine perceptible; évacué, à neuf heures du soir, sur la salle 25, n° 45.

Depuis sept heures du soir, deux vomissements et deux selles; quelques crampes; prostration; température non sensiblement abaissée; un bain d'air chaud sur-le-champ; frictions; potion ammoniacale éthérée et laudanisée.

Le 23, à sept heures du matin. Quatre vomissements cette nuit, dont un contient quelques matières alimentaires; cyanose peu prononcée à la face, presque nulle au tronc et aux membres inférieurs; peau sèche, comme flétrie; absence de pulsations radiales et carotidiennes; pulsations au cœur, 128; impulsion très-faible; langue sèche; gencives saignantes; douleurs à l'épigastre, se propageant avec un sentiment de constriction dans l'hypocondre; six ou sept selles riziformes, avec un dépôt comme boueux, où l'on reconnait des pellicules de pruneaux; urines supprimées depuis hier; un peu de céphalalgie; vertiges; diplopie par moments; bourdonnements d'oreille; aphonie; crampes fréquentes dans les membres inférieurs et supérieurs, se propageant jusque dans les doigts qui deviennent rigides; prostration extrême; température à 37° C. à l'aisselle, 25° à la main. (Limonade gazeuse; potion *ut supra*; glace en morceaux.)

Le 24, peu de sommeil pendant la nuit; pas d'urine depuis hier; un vomissement; agitation pendant la nuit; pouls à 96. La cyanose est presque dissipée, la voix un peu revenue. Crampes plus faibles et plus rares; soif vive; pas de bandelette nacrée des gencives; spasmes épigastriques; inspirations comme saccadées; l'hypogastre sonore à la pression; six selles de décoction de riz. (Même prescription.)

25 mars. Pouls à 84; un peu d'assoupissement; selles nombreuses, jaunes, comme oléagineuses; extrémités fraîches; ventre souple, indolent à la pression.

Du 25 au 26. Un vomissement; quatre selles riziformes. Les boissons ne sont pas tolérées; un peu d'assoupissement.

Le 26 au matin, pouls à 84; yeux chassieux; conjonctives hypérémiées; face vineuse; langue tomenteuse; papilles hérissées; soif ardente. La palpation n'est pas supportée à l'épigastre. Le malade dit sentir comme du feu à l'estomac. Plus de crampes. (Glace; potion gommeuse simple; 8 ventouses scarifiées sur le ventre; cataplasmes.)

Dans ce cas la médication a été mixte, excitante et narcotique; en dernier lieu antiphlogistique. Les effets produits par les premiers moyens sont de deux ordres : une amélioration dans la natures des selles et des vomissements, et un assoupissement marqué. On peut croire, jusqu'à un certain point, que l'assoupissement revient aux narcotiques; mais l'amélioration constatée doit-elle leur être attribuée en partie, ou en partage avec les excitants? c'est ce que nous ne pourrions décider jusqu'ici.

Remarquons, en second lieu, que l'emploi des saignées révulsives a paru indiqué par quelques symptômes de congestion inflammatoire. Il s'agirait de savoir si, dans les cas de cet ordre, l'indication intercurrente et secondaire doit prévaloir sur l'indication première; or, nous croyons que les antiphlogistiques ne sont rien moins qu'utiles contre le caractère essentiel du choléra. L'amélioration que l'on cherche dans la saignée, employée contre un accident inflammatoire apparent, n'est-elle pas achetée au risque d'aggraver la maladie principale? Nous nous bornons à soulever cette question.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DEUX JOURS DE DIARRHÉE; PHÉNOMÈNES CÉRÉBRAUX. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. IX. — Dameray, 32 ans, dix ans de service, 41e régiment de ligne, à Paris depuis cinquante-deux jours, entré le 22 mars, salle 25, n° 10. Constitution forte; système musculaire largement développé; pas de maladies antérieures; diarrhée depuis deux jours; quatre selles par heure. La diarrhée a commencé le 20 mars, au Champ-de-Mars, pendant la manœuvre.

Le 21 au matin, crampes dans les membres supérieurs et inférieurs; douleurs épigastriques; cinq ou six vomissements un peu bilieux.

Du 21 au 22, cinq ou six vomissements encore; dix selles; crampes persistantes; refroidissement depuis la veille. Apporté le 22, à une heure du soir.

État à l'entrée : Cyanose; état algide; yeux caves, cerclés de violet; langue froide; six vomissements depuis le matin, autant de selles; crampes très-fréquentes; urines non supprimées; pouls à peine sensible, à 80. (Bain d'air chaud; tilleul édulcoré; potion stimulante ordinaire.)

Au bout d'une demi-heure, le malade est réchauffé; bientôt moiteur générale.

Le 23, deux vomissements de tisane avec un dépôt trouble au fond; sommeil interrompu par des crampes. Ce matin, la cyanose est dissipée; yeux caves; pouls à 72; faible; peu de chaleur aux extrémités; langue d'un blanc jaunâtre; exsudation gingivale; sensibilité dans la zone épigastrique; douleurs lombaires; pas de selles ni d'urines depuis hier; pas de matité hypogastrique; peu de crampes; pas de céphalalgie. (Frictions; 8 ventouses sèches à l'épigastre; même traitement.)

Du 23 au 24, deux selles; pas de vomissements ni de crampes; chaleur médiocre; cessation de la constriction épigastrique.

Le 24. Deux selles cette nuit, de couleur café au lait; face vineuse; douleurs épigastriques et lombaires; céphalalgie. (Bain d'air chaud; vin de cannelle, 125 grammes.)

Le 25, une saignée de 180 grammes; coagulum volumineux, mou.

Le soir, la céphalalgie est moins intense. Dans la nuit du 25 au 26, deux selles riziformes.

Le 26, pouls à 60, faible, dépressible; céphalalgie; pupilles contractées; face vultueuse, violâtre; vertiges; pas de vomiturition; langue blanche; ventre indolore. (Diète; limonade citrique; potion gommeuse; sinapismes; 10 sangsues à l'anus; compresses vinaigrées sur le front.)

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore de plus en plus, et le 1er avril il est complétement guéri.

Ici la première médication semble suivie d'une amélioration dont le caractère, la rapidité, paraîtraient ne pouvoir être attribués à l'évolution naturelle de la maladie. Mais on remarquera qu'ici, comme dans les cas précédents, la céphalalgie et les phénomènes cérébraux, face vultueuse, vertiges, ont persisté, sinon augmenté. La médication à la fois tonique, narcotique et antiphlogistique, permet-elle de faire la part de l'amélioration dans un sens et de l'aggravation dans l'autre? Nous pourrions répéter d'ailleurs ce que nous avons dit dans l'observation précédente à l'occasion de l'association du vin de cannelle avec la saignée. Le savant professeur a sans doute obéi à des indications différentes; mais est-il possible de décider laquelle a été la mieux remplie?

Dans les deux cas qui précèdent, l'issue de la maladie a été heureuse, sans que l'on puisse décider à quel élément de la médication est due la guérison, tout en admettant que l'ensemble du traitement ait pu exercer une influence favorable.

Le cas qui suit, quoique offrant une nouvelle application de la même méthode, n'a pas eu la même issue.

CHOLÉRA ASIATIQUE; IVRESSE ALCOOLIQUE PROLONGÉE PENDANT DEUX JOURS. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. X. — François Lepavée, 40 ans, 18ᵉ léger, d'une constitution faible, détériorée, sujet à l'ivrognerie, entré le 29 mars, à huit heures du soir.

Le 27, il était très-bien portant, nous assure-t-il, n'avait ni dérangement de corps ni céphalalgie, enfin aucun symptôme prodromique. Le 28 mars, il se grise le matin, et continuant à boire immodérément, reste dans l'ivresse la plus complète le 28 et le 29.

Le soir du 29, il est pris de vomissements, de diarrhée; cyanose complète; teinte bleue de la face; excavation des yeux; crampes dans les membres; refroidissement; état algide; cinq ou six selles depuis une heure; pas de pouls radial; douleur à l'épigastre. (Potion avec acétate d'ammoniaque, éther, laudanum; frictions; bain d'air chaud.)

Le 30, cyanose encore plus prononcée, s'il est possible; pétéchies sur le ventre et la poitrine; peau algide, argileuse; pouls radial et carotidien nuls; ni selles, ni urines, ni vomissements; la peau sans élasticité, flasque, plissée en long.

Mort à dix heures du matin.

Notons d'abord, dans ce fait, les circonstances qui ont facilité l'explosion de la maladie.

On pourrait admettre sans difficulté qu'une ivresse de deux jours pût très-bien suppléer une période prodromique de même durée. Mais il est impossible d'admettre, sur la déclaration d'un homme ivre pendant quarante-huit heures, que d'autres prodromes n'ont pas coexisté.

Au sujet du traitement, nul doute que la médication, la même que dans le cas précédent, n'a eu aucune influence favorable, du moins appréciable. Si l'ivresse ou l'abus des boissons alcooliques ne nous avaient déjà montré dans des observations précédentes la possibilité d'une guérison assez rapide, nous serions très-disposé à attribuer à ce préalable fâcheux l'inefficacité de la méthode; mais ici on ne peut que s'abstenir de conclure.

CHOLÉRA ASIATIQUE, SURVENU A LA SUITE D'UNE AUTRE AFFECTION; DIARRHÉE PRODROMIQUE; SELLES CARACTÉRISTIQUES; DÉLIRE DANS LA PÉRIODE ALGIDE. (Hôpital Beaujon. — Service de M. BOUVIER.)

OBS. XI. — Au nº 119, salle Saint-François, est couché le nommé Enonf, 25 ans, cuisinier, entré le 21 mars.

D'une constitution lymphatique, d'une vie très-régulière, assez souvent malade, cet homme est venu à la consultation cinq jours avant son admission à l'hôpital. Il se plaignait de douleur de côté quand il toussait. On lui a fait une saignée à ce moment, saignée qui ne l'a pas soulagé; puis, peu après, de selles et de vomissements. Il est venu de nouveau à Beaujon où il est entré.

Le jour de son admission, 21 mars, violente céphalalgie; la diarrhée a cessé; et depuis deux jours il y a même de la constipation. Langue sèche, rouge à la pointe, saburrale à la base et au milieu; pouls fort, plein, fréquent, à 112; ventre sensible dans la fosse iliaque à la pression. (Saignée le soir de l'entrée.)

Le lendemain, pas de sommeil pendant la nuit; agitation; toux un peu douloureuse; dans le côté droit où siége la douleur, on entend du râle sibilant; respiration rare à la partie inférieure et postérieure; céphalalgie. (Une seconde saignée; lavement émollient; diète.)

Le soir, affaissement; la fièvre persiste.

Le 23, la céphalalgie a un peu diminué, mais existe toujours. Une selle non liquide dans la journée d'hier. Plutôt un peu de constipation; douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. (20 sangsues, diète.)

Le 24, le malade se sent mieux; faiblesse; il demande à manger. Presque plus de fièvre; plus de céphalalgie. On lui donne du bouillon pendant quelques jours.

Il paraissait aller mieux et demandait toujours à manger, bien qu'on lui accordât une portion, lorsqu'il fut pris de diarrhée le 26 mars; il n'en dit rien dans la crainte d'être mis à la diète. Ce ne fut que le 28 que l'on s'en aperçut.

Le 28 mars, six selles liquides, non blanches, avec une teinte verte très-prononcée; pas de vomissements.

Le 29 au matin, quelques envies de vomir; la diarrhée continue; quatre selles dans la nuit. (Diète absolue, quart de lavement, eau de Seltz pour boisson.)

Dans la journée, dix selles et plusieurs vomissements. Les matières des selles deviennent de plus en plus blanches. Douleurs dans le ventre; soif très-vive. (Lavement avec guimauve et pavot; diète.)

Le 30, visage altéré, le yeux un peu caves, cerclés de noir. Quinze selles dans la journée, huit dans la nuit. Quatre ou cinq vomissements, bilieux d'abord, puis exclusivement composés de tisane. La température est sensiblement abaissée; les pieds, les mains, les lèvres et le nez froids; langue large, saburrale, peu chaude; pouls presque insensible; quelques douleurs dans les lombes, mais pas de crampes; suppression complète des urines depuis hier. (Thé additionné de rhum; eau de Seltz; 60 gr. vin de Bagnols; lavement.)

Les selles continuent cependant toute la journée, ainsi que les vomissements.

Le 31, extrémités complétement froides, à peine cyanosées; les matières des vomissements sont blanches, noires et vertes alternativement. Selles liquides, riziformes, très-nombreuses. Pas de crampes, mais douleurs vagues; brisement général des membres. Le sujet dit se sentir très-malade. (Frictions avec le liniment volatil camphré; sinapisme; thé chaud avec du rhum; eau de Seltz; glace en morceaux.)

Le 1ᵉʳ avril, persistance des vomissements et des selles, qui sont complétement blanches et grumeleuses. Peau complétement froide; langue sèche; soif toujours très-vive. Pas de crampes; affaissement profond. Pouls faible, ondulant sous le doigt, très-fréquent; les yeux sont excavés. (Quart de lavement avec l'eau albumineuse; glace; deux pilules d'opium de 0,025 gr. chacune.)

Le 2 avril, dans la journée, deux selles et pas de vomissements; mais vers huit heures les vomissement recommencent; agitation très-grande; langue sèche et même un peu fuligineuse; affaissement profond; les yeux caves, cernés, ternes; joues un peu froides; pouls très-peu sensible; froid; teinte bleuâtre de la peau. Pas d'urines.

Le 3 avril, le facies cholérique est parfaitement caractérisé; les yeux caves, à moitié ouverts. On aperçoit entre les paupières les conjonctives injectées, ternes, comme sèches; les pupilles convulsées en haut. Sueur froide, visqueuse; le pouls à peine perceptible, ondulant, irrégulier; la connaissance est tout à fait perdue, et le malade qui répondait encore à sept heures du matin reste insensible à neuf heures. La peau de tout le corps est froide, bleue; l'haleine fétide, un peu typhoïde; persistance des évacuations blanches; pas d'urine.

Mort le 3 avril dans la journée.

Cette observation est remarquable sous trois points de vue. Et d'abord, comme exemple de choléra développé dans l'hôpital sur un malade traité pour une affection caractérisée; les saignées abondantes, et l'affaiblissement qui s'en est suivi, n'ont-elles pas été des circonstances favorables au développement de la maladie, et n'est-ce pas dans des cas de ce genre que la contagion serait le plus à craindre?

En second lieu, nous voyons une cholérine débuter sous les yeux du médecin, persister malgré la diète et les narcotiques; n'est-ce pas là un exemple de l'insuffisance bien caractérisée de ces deux ordres de moyens, qui réussissent pourtant dans un très-grand nombre de cas? N'y aurait-il pas lieu, dans les cas de ce genre, de ne pas attendre une aggravation trop considérable des symptômes pour recourir à une médication d'un caractère plus énergique? Aussi pensons-nous que, aussitôt que, malgré la diète et les sédatifs, les accidents paraissent s'accroître, il faut recourir d'emblée à l'emploi du vomitif ou même de l'éméto-cathartique.

Faisons remarquer en dernier lieu que la médication tonique, employée dans ce dernier cas d'une manière parfaitement isolée, n'a pu parvenir à conjurer la terminaison fatale. Mais ajoutons que cette médication, fût-elle bonne en soi, pourrait, dans les circonstances où elle a été administrée, n'avoir pu produire son effet salutaire.

C'est à l'obligeance de M. Bouvier et de M. Desruelles, son interne, que nous devons les détails de ce fait et de l'obs. VI, rapportée plus haut.

CHOLÉRA ASIATIQUE; CINQ JOURS DE DIARRHÉE; INVASION SUBITE; VOMISSEMENTS BILIEUX; SELLES CARACTÉRISTIQUES; CAS GRAVE; GUÉRISON. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. XII.—Pradier, 26 ans, soldat au 2ᵉ régiment de ligne, en garnison à Paris depuis deux mois, baraqué à la Préfecture de police (dans le même local où était logé le nommé Cotillard, entré le 17 mars et couché au nº 16), d'une constitution robuste, était depuis cinq jours atteint de diarrhée, une ou deux selles diarrhéiques par jour.

Le 21 mars, à cinq heures du matin, il montait sa garde sur le quai des Orfèvres, à la Préfecture de police, lorsqu'il fut pris tout à coup de vomissements de matières liquides verdâtres, vomissements incessants, et qui l'obligent à quitter sa faction. En même temps violentes douleurs d'estomac, selles très-fréquentes; dix selles dans l'espace de trois heures; crampes.

Le malade est apporté au Val-de-Grâce à huit heures et demie, et couché salle 25, nº 41.

État à l'entrée : Refroidissement général; ventre tiède; extrémités tout à fait glaciales; cyanose générale; facies grippé; nez, lèvres algides; yeux caves; paupières affaissées, violettes; pupilles dilatées; peau sèche, ayant perdu son élasticité; voix cassée; langue algide, blanchâtre, tomenteuse; vives douleurs épigastriques; ventre souple; matité du colon dans ses portions ascendante, transversale et descendante; un peu d'urine; prostration des forces; 16 inspirations, inégales; l'air expiré est froid; température de l'aisselle à 33 degrés et demi C. Dans la main du malade, le thermomètre baisse à 23. Crampes très-douloureuses aux jambes; vomissements de matières semblables à de l'eau de riz.

(On réchauffe le lit avec une bassinoire. Bain d'air chaud; frictions avec liniment volatil camphré, au moyen de brosses de laine; cruchons d'eau chaude; potion avec :

Eau de mélisse.	60 grammes.
Acétate d'ammoniaque	8 —
Sirop.	30 —
Laudanum.	8 gouttes.)

Le 22 au matin, sommeil interrompu pendant la nuit; chaleur générale; sueur; pouls à 120, faible; voix meilleure, encore un peu rauque; plus de crampes; ni selles ni vomissements; bandelette nacrée des gencives; langue blanchâtre, un peu tomenteuse; pas d'urines depuis vingt-quatre heures; ventre indolent; un peu de douleur épigastrique dans les fortes inspirations; respiration pure, égale des deux côtés; son normal. (Bouillon; limonade citrique; potion gommeuse; vin sucré, 60 grammes.)

Le 23, nuit calme; pouls à 72, peu résistant à la pression; yeux caves; amaigrissement de la face; encore un peu de cyanose faciale; langue humide, tomenteuse; une selle constituée par un liquide blanc, dépôt grumeleux; plus de crampes; chaleur générale; urines.

Le même jour, à une heure du soir, sueur visqueuse; peau sèche, sans élasticité; les yeux moins caves; pas de vomissements; pas d'urine depuis le matin; une selle jaunâtre contenant un lombric.

A quatre heures, pouls à 72; une selle riziforme, avec suspension opaque, blanche; douleur épigastrique dans les grandes inspirations; crampes de plus en plus rares.

Le 24, nuit bonne; sommeil prolongé; pouls à 72, fort; face encore un peu vineuse; langue tomenteuse; yeux caves; ventre un peu tendu; un peu d'urine; trois selles jaunâtres; les crampes ont tout à fait cessé, ainsi que la cyanose. Convalescence commençante. (Bouillon; diète de vin; limonade citrique, 2 litres; potion gommeuse simple; vin de cannelle, 125 grammes.)

Le 25, pouls à 60.

Le 26, pouls à 60; deux selles stercorales. Convalescence confirmée. (Quart d'aliments matin et soir.

Ce cas est tout à la fois un exemple de choléra le mieux caractérisé, et d'une guérison qui ne s'est pas démentie, à partir du moment où l'art est intervenu. Constatons d'abord que chez ce sujet, robuste, offrant par conséquent les conditions les plus favorables à la saignée, on s'est néanmoins dispensé, très-justement selon nous, d'avoir recours à cette méthode; constatons, en outre, que toute la médication a été purement tonique, à l'exception d'un léger mélange de laudanum.

Ici, pourtant, on ne saurait méconnaître, par la rapidité de la réaction, par la diminution croissante et soutenue des symptômes cholériques, l'intervention utile de l'art. Ce serait une chose intéressante à faire que de rapprocher tous les cas où la réaction a été continue et l'amélioration régulièrement graduelle pour chercher si, dans le traitement, on ne trouverait pas une parité égale dans l'emploi des moyens.

L'observation qui suit, quoique présentant un exemple de terminaison favorable, n'a pas offert la même régularité, et par conséquent la même facilité d'appréciation.

CHOLÉRA ASIATIQUE; INTERMITTENCE; TROIS JOURS DE DIARRHÉE BLANCHE; RÉACTION; ACCIDENTS CÉRÉBRAUX. (Observation recueillie dans la pratique du docteur HAUREGARD.)

OBS. XIII. — Un enfant de 4 ans, demeurant rue de l'Ancienne-Comédie, 18, assez fort, nerveux et irritable, d'une bonne santé habituelle, fut pris, le 18 mars, de diarrhée, jaune d'abord, puis blanche, ressemblant, dit la mère de l'enfant, à du lait caillé. Un ou deux vomissements pendant ces premiers jours. L'enfant n'avait plus d'appétit et mangeait à peine.

Le 21 au matin, notre confrère, appelé en toute hâte, trouve le petit malade dans l'état suivant: visage d'un bleu violet; refroidissement des extrémités; vomissements de matières blanchâtres, grumelées; matières des selles analogues à une forte décoction d'eau de riz; pouls radial presque insensible; les yeux caves; suppression des urines; crampes. (Sinapismes; infusion de feuilles de menthe; sirop d'éther; lavements laudanisés; eau de Seltz pour boisson.)

Le même jour, à midi, commencement de réaction, après cinq heures de cyanose et de froid. L'enfant, qui ne disait rien depuis le matin, dit quelques mots et reconnaît ceux qui l'entourent.

Le soir, il retombe dans l'état comateux; vomissements bilieux; sensibilité à l'épigastre; pouls à 120. (8 sangsues à l'anus; cataplasmes laudanisés sur le ventre; sinapismes; bain.)

Le 22, la journée fut assez bonne; mais le 23, à quatre heures du matin, les vomissements bilieux recommencent; état d'agitation extrême. Le malade ne peut garder un instant la même position de la tête; il pousse de temps en temps de petits cris, des gémissements. (Vésicatoires aux mollets; bain; lavements d'eau de son et amidon; frictions sur le ventre avec l'éther sulfurique; boissons froides.)

Le 24, il y avait un mieux sensible; l'agitation était moins considérable; cependant l'enfant promenait ses yeux effarés autour de lui. Le pouls était à 104-108. (Vésicatoire à la nuque.)

Le 26, un peu d'amélioration, les yeux cependant un peu hagards. (Bouillon coupé.)

Les jours suivants, amélioration de plus en plus soutenue. Le 1er avril, guérison complète.

Dans ce fait, la première médication, comme on le voit, a été stimulante et narcotique; l'effet qui a paru en résulter a été une amélioration notable et prompte, suivie d'une congestion cérébrale modérée.

La seconde médication, consistant à la fois en évacuations sanguines et en narcotiques, n'a pas empêché une aggravation des accidents survenus le lendemain.

Enfin, une troisième médication, exclusivement excitante, diffusible, a été suivie d'une amélioration qui ne s'est pas démentie.

A laquelle de ces médications, et à quel élément de chacune d'elles faut-il attribuer les modifications favorables ou défavorables qui en ont été la conséquence? C'est ce que nous n'oserions décider. Notons, en terminant, que l'influence de l'âge n'a peut-être pas été étrangère au succès des moyens mis en usage chez le petit malade.

TROISIÈME SECTION.

CHOLÉRA TRAITÉ PAR LA MÉTHODE ÉVACUANTE.

Les cas de cette troisième catégorie sont plus caractérisés que ceux des deux précédentes. Si, comme dans la première, on y trouve encore un certain mélange de méthodes dont l'alliance n'est pas suffisamment justifiée, toujours est-il que le caractère général et absolu y domine assez pour qu'on ne puisse conserver aucun doute sur sa véritable influence. On y verra peut-être, comme nous, un premier exemple de résultats assez tranchés pour engager les praticiens à les étudier d'abord, et à les prendre ensuite comme point de départ, sinon comme modèles d'application.

CHOLÉRA CONFIRMÉ APRÈS TROIS JOURS DE DIARRHÉE PRODROMIQUE; MÉTHODE ÉVACUANTE ET ÉVACUATIONS SANGUINES LOCALES COMBINÉES; CONVALESCENCE. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. XIV. — Laurent (Pierre), 14e léger, caserné au camp des Invalides, constitution ordinaire, avait la diarrhée depuis trois jours lorsqu'il fut pris, dans la nuit du 17 au 18 mars, de céphalalgie, vomissements verdâtres, crampes. Apporté à l'hôpital dans la soirée du 18, il présente le 19 au matin, à la visite: facies caractéristique, yeux cernés, céphalalgie, vomissements, selles fréquentes, voix voilée, langue froide, extrémités froides et marbrées, crampes, pouls petit et concentré, urines rares. (Riz gom.; potion avec infus. d'ipéc., 2 gr.; op. 0,1, à prendre par cuillerées.)

Le 20 matin, même état. (Même prescription.)

Le soir, douleur à l'épigastre. (20 sangsues *loco dolenti*, eau de Sedlitz à 50 gr.; 2 litres.)

21. Vomissements fréquents, selles blanches copieuses, chaleur de la peau modérée, cyanose aux doigts seulement, pouls filiforme, yeux caves. (Potion: ipéc. 2 gr., op. 0,05; eau de Sedlitz à 50 gr., 2 litres.)

22. Amélioration sensible, continuation des vomissements et des selles qui sont encore cholériques, douleur à la base du poumon droit. (Bouillon maigre, org. miel. ter., lavement purg. ter., eau de Sedlitz, 6 vent. scarifiées *loco dolenti*.)

23. Réaction commençante, douleurs abdominales générales, vomissements moins fréquents, selles liquides noirâtres. (Org. m., lav. laxatifs bis, huile de ricin, 60 gr.; 20 sangsues sur l'abdomen.)

Le soir, état soporeux. (12 sangsues aux tempes.)

24. Réaction établie, modérée; un ou deux vomissements; selles bilieuses, peu fréquentes; douleurs abdominales calmées. (Bouillon maigre, org. m., lav. purg. ter.)

25. Mieux sensible, plus de vomissements, trois selles bilieuses. (Même prescription.)

26. Amélioration soutenue. (Bouillon m., pruneaux, lav. purg., lav. avec 2 gr. de sulfate quinine.)

27. Idem. (Crème de riz au lait, org. m., lav. purg., lav. sulf. quin. 1,50.

28. Convalescence. Le malade est évacué sur une autre salle. (Alimentation légère, tisane au vin, potion au quinquina.)

Voici un cas de choléra confirmé avec marche et réaction régulière, et terminaison favorable, le tout obtenu pendant une période de temps assez courte, sans hésitation et avec un caractère d'amélioration progressive, pendant le cours, sinon sous l'influence de l'administration d'une méthode on ne peut plus tranchée. On peut bien encore y reconnaître avec surprise l'intervention des saignées locales, dans le but, sans doute, de combattre des douleurs éphémères; mais quelque contradictoire que puisse être cette addition, elle n'a pu effacer le caractère très-nettement tranché de la médication principale. Aussi est-ce à cette dernière qu'il faut attribuer la présomption d'efficacité que d'autres faits pourront rendre plus probable encore. Tel est le suivant.

CHOLÉRA CONFIRMÉ APRÈS QUELQUES JOURS DE DIARRHÉE PRODROMIQUE LÉGÈRE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES, SANGSUES ET OPIUM; AMÉLIORATION GRADUELLE SOUS L'INFLUENCE DES ÉVACUANTS; CONVALESCENCE. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. XV. — Repessé (Pierre), du 34e de ligne, caserné à l'École Militaire; constitution vigoureuse, tempérament sanguin; ayant depuis quelques jours une diarrhée légère, est pris, le 16 mars à neuf heures du soir de vomissements, de diarrhée plus fréquente, et de crampes légères. Il arrive à l'hôpital du Gros Caillou le 17 au matin après la visite, à pied, avec le facies cholérique, commencement de cyanose, extrémités froides, langue froide, yeux cerclés et enfoncés.

Le 17 au soir. Douleur à l'épigastre; vomissements, selles séro-albumineuses, refroidissement modéré des extrémités; urines rares. (Inf. tilleul, pot. ipéca., 3 gr., op. 0,1, 20 sangsues à l'épigastre.)

18. Même état (Riz gom. édulc.; pot. ipéca., 1 gr., op. 0,1.) Le soir somnolence, assoupissement (25 sangsues à l'anus.)

19. Continuation des vomissements et de la diarrhée. (O. m.; pot. manne, 60 gr., sulf. magnés., 20 gr.; pot. calmante.)

21. Vomissements, selles blanches très-fréquentes. (O. m.; pot. ipéca., 2 gr., op., 0,05.)

Le soir. Etat soporeux, abattement profond. (Eau de Sedlitz à 50 gr., 2 litres).

21. Réaction modérée. (O. m.; eau de Sedlitz, 2 litres.)

22. Réaction soutenue. (Bouillon maigre; o. m.; lavement purgatif.)

23. Amélioration. Le lavement de la veille a provoqué plusieurs selles séreuses; appétit. (Bouillon maigre; o. m.; lavement purgatif bis; pour le soir pot.: manne, 60 gr. et sulfate de magnésie, 20 gr.)

24. Amélioration soutenue; selles noirâtres après les lavements. (Bouillon maigre; o. m.; lavement purgatif.)

Le soir. Abattement; pouls plein, fébrile. (Huile de ricin, 75 gr.)

25. Amélioration. (Bouillon maigre; o. m.; lavement sulfate de quinine, 3 gr.)

26. Amélioration soutenue. (Bouillon maigre; o. m.; lavement sulfate quinine, 2 gr.; lavement purgatif.)

27. Même état. (Bouillon maigre; lavement quinine, 1,50; lavement purgatif.)

28. Convalescence (Crème de riz au lait; o. m.; lavement purgatif bis.)

Le malade est évacué sur une autre salle. (Alimentation légère; tisane au vin; potion de quinquina.)

Rapproché du précédent, ce cas lui donne et en tire une plus grande signification. C'est toujours un mélange, en proportions différentes, il est vrai, de la méthode antiphlogistique locale, avec un très-grand déploiement de la méthode évacuante. On voit, en effet, qu'à chaque nouvelle dose de la médication évacuante, une amélioration se manifeste; la maladie semble reprendre le dessus après quelques heures de cessation des remèdes, pour céder de nouveau à de nouvelles doses d'agents évacuants. Le caractère démonstratif de l'amélioration produite par les médicaments, c'est, d'une part, le retour gradué des forces, coïncidant avec le changement de caractère des évacuations; dans ce cas, comme dans le précédent, l'amélioration décisive a succédé à une coloration bilieuse et noirâtre des selles.

Faut-il, dans les deux cas que nous venons de rapporter, attribuer à l'intervention des opiacés ces phénomènes de congestion cérébrale que nous trouvons également dans les cas de la deuxième catégorie? Cette question ne sera résolue que quand on aura traité des cholériques en s'abstenant complétement de toute préparation opiacée. Jusqu'ici ces cas sont, pour ainsi dire, inconnus; car presque tous les médecins, par des motifs divers sans doute, ont eu constamment recours à cette médication.

Le cas suivant est peut-être propre à jeter quelque lumière sur les difficultés inhérentes aux deux précédents.

CHOLÉRA; TROIS JOURS DE PRODROMES; MÉTHODE ÉVACUANTE EXCLUSIVE; RÉACTION FRANCHE; AMÉLIORATION RAPIDEMENT CROISSANTE. (Hopital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. XVI.—Kieffer (Léger), 7e d'artillerie, d'une constitution vigoureuse, tempérament sanguin, est apporté à l'hôpital du Gros-Caillou, salle des ophthalmies, le 30 mars, pendant la nuit. Il avait été pris le 30 au soir de vomissements, diarrhée et crampes; il avait la diarrhée depuis 3 jours.

Le 31 au matin. Yeux caves, cernés, vomissements et selles blanches, point d'émission d'urines, crampes aux jambes, état algide avec cyanose légère des pieds et des mains; grande postration, pouls lent et faible. (Diète, orge miellé; huile de ricin, 75 gr., après l'administration d'une potion éméto-cathartique: ipéc., 2 gr.; sulfate de magnésie, 20 gr.; cruchons d'eau chaude aux pieds.)

1er avril. Réaction, vomissements modérés, selles assez fréquentes, retour des urines, cessation des crampes. (Diète, org. m., potion avec manne 60 gr., sulfate de magn. 20 gr., deux lavements purgatifs.

Le soir. La réaction se soutient. (Eau de Sedlitz à 50 grammes, 2 litres.

2 avril. Un peu plus d'abattement, sentiment de pesanteur à l'épigastre, quelques vomissements, selles bilieuses. (Diète, potion éméto-cathartique *ut suprà*; eau de Sedlitz 2 litres.)

3 avril. Amélioration déclarée, pas de vomissements, 2 selles bilieuses dans la nuit; facies relevé. (Bouillon maigre, orge miellé, lavement purgatif ter.)

Le soir le malade se trouve bien, un peu de somnolence. (Eau de Sedlitz.)

4. Va bien, langue blanche, pouls normal, chaleur naturelle. (Orge miellé bis, eau de Sedlitz une fois, lavem. purgat. ter.

Ici la méthode évacuante a été employée dans toute sa pureté, et avec une grande rigueur, bien que le cas fût des plus graves. Dès le premier jour, la réaction se manifeste sous l'influence de doses réitérées d'eau de Sedlitz; les selles bilieuses reparaissent dès le second jour; le troisième jour, les vomissements cessent, et les selles bilieuses continuent; enfin, et rapidement, avec la persistance des mêmes moyens, la convalescence se décide.

Les deux observations qui suivent, quoique non complètes encore, ajoutent une nouvelle importance à celles qui précèdent.

CHOLÉRA; HUIT JOURS DE PRODROMES; MÉTHODE ÉVACUANTE PURGATIVE ÉNERGIQUE; PROMPTE AMÉLIORATION, CARACTÉRISÉE SURTOUT PAR LA CESSATION DES VOMISSEMENTS ET LA COULEUR BILIEUSE DES SELLES. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. XVII.—Dougny, 24 ans, du 48e de ligne, constitution ordinaire, tempérament lymphatique. Diarrhée antérieure depuis huit jours. Apporté à l'hôpital le 30 dans la journée. Crampes; vomissements; selles fréquentes, tout à fait blanches, albumineuses, avec des grumeaux ressemblant à du riz; douleur à l'épigastre; extrémités froides, avec quelques marbrures seulement; facies crispé; yeux caves, cernés; urines rares; pouls petit.

30 au soir. Mêmes symptômes. (30 sangsues à l'épigastre; sinapismes aux mollets; potion de manne et de sulfate de magnésie; eau de Sedlitz, 3 litres, pour boisson après la potion.)

31. Facies meilleur; cessation des vomissements; pouls normal; urines rares; selles blanches; plus ou très-peu de douleur à l'épigastre. (Org. m.; eau de Sedlitz, 2 litres; lavement purgatif.)

1er avril. Même état général; douleurs vagues dans l'abdomen. (D.; même prescription.)

Le soir, hoquet très-répété; quelques nausées. (Pot. gomm. avec extrait gomm. d'opium, 0,05.)

2. Amélioration. Le hoquet a cessé; plus de nausées; deux selles bilieuses dans la nuit. (Org. m.; lavement purgatif; pot. calmante *ut supra*.)

3. Un peu d'abattement. Le cercle bleu des yeux persiste; douleurs vagues à la partie antérieure du tronc. (Org. m.; eau de Sedlitz, 2 litres; trois lavements purgatifs.)

4. Amélioration soutenue; pas de vomissements; trois selles dans la nuit; sommeil; pouls et chaleur naturels. (Org. m; citrate de magnésie; lavement purgatif.)

CHOLÉRA; CINQ JOURS DE PRODROMES; MÉTHODE ÉVACUANTE ÉMÉTO-CATHARTIQUE ET SULFATE DE QUININE; AMÉLIORATION SOUTENUE. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. XVIII.— Guillaumar (Louis), 14e léger, 23 ans, caserné à l'assemblée nationale. Constitution débile; diarrhée depuis cinq jours. Est pris le 30 mars, dans la journée, de vomissements, diarrhée peu abondante, crampes. Entré le même jour. Facies caractéristique; céphalalgie; langue humide, un peu froide; vomissements bilieux; selles blanches; crampes aux mollets; bouts des doigts froids et cyanosés; pouls un peu concentré; teinte ictérique de la peau. (Potion éméto-catarthique; eau de Sedlitz, 2 litres.)

31 au matin. Céphalalgie; douleurs à l'épigastre; vomissements; diarrhée; suppression des urines; faiblesse générale; point d'urines. (Org. m.; eau de Sedlitz, 2 litres.)

1er avril. Un peu d'amélioration; réaction légère; vomissements modérés; selles blanches encore. (Org. m.; eau de Sedlitz, 2 litres; lavem. purgat. ter.)

Le soir. État légèrement soporeux. (Pot. avec huile de ricin, 60 grammes; 20 sangsues aux tempes.)

2 avril. Amélioration; pas de vomissements; quelques selles bilieuses. (Lavement purgatif ter; sulfate de quinine, 1,50 (à cause du retour paroxistique de l'état soporeux.)

Le soir, l'amélioration se soutient; pas d'état comateux.

3. Pas de selles; la teinte ictérique persiste. (Org. m.; lavem. purgat. ter; eau de Sedlitz, 2 litres; sulf. de quin., 1,50.)

4. Un peu de pesanteur de tête et d'oppression pendant la nuit. Ce matin, ces symptômes ont disparu. (Org. m. bis; sulf. de quin., 15 décig.; eau de Sedlitz, deux fois et deux lavem. purgat. le soir.) Mieux soutenu.

Dans le premier de ces deux cas, la marche de la maladie et la médication employée diffèrent peu de ce qui a été observé dans les faits que nous avons rapportés plus haut.

C'est toujours la même régularité dans la progression décroissante des symptômes, la même activité croissante dans l'emploi des moyens; peut-être l'énergie de la médication aurait-elle pu être plus réservée: c'eût été, pour ceux qui seraient tentés de suivre l'exemple de M. Durand, motif à plus de sécurité et à moins de préventions.

Dans le deuxième fait, le médecin a cru devoir associer à la médication principale le sulfate de quinine, dans le but de combattre quelques symptômes d'apparence périodique. Du reste, le caractère de l'amélioration se retrouve très-nettement tranché dans le changement des selles devenues bilieuses.

Nous regrettons que ces deux cas ne soient pas encore complets pour donner au système curatif qui les distingue toute l'autorité dont ils nous paraissent empreints. Cependant, pour ne pas dissimuler les mauvaises chances à côté des bonnes, et laisser à ces dernières plus de valeur qu'elles n'en ont réellement, nous rapporterons deux observations d'insuccès prises

dans le même service, relatives à des cas à peu près analogues, et dans lesquelles la méthode évacuante n'a pas été moins énergique.

CHOLÉRA; SIX JOURS DE DIARRHÉE PRODROMIQUE; MÉTHODE MIXTE; ÉVACUANTS, SAIGNÉES LOCALES ET SULFATE DE QUININE; AMÉLIORATION D'ABORD, PUIS ÉTAT TYPHOÏDE; MORT. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. XIX. —Devilliers (Joseph), 25e de ligne; constitution assez forte, mais un peu débilitée, est entré le 26 mars pour une diarrhée qu'il avait depuis quatre jours. Le 28 mars au soir il a été pris de vomissements, facies caractéristique, langue froide, voix cassée, extrémités froides, cyanose légère des doigts, yeux caves, selles plus fréquentes, pas de crampes. (Eau de Sedlitz, trois litres, après l'administration d'une potion d'ipécacuana et tartre stibié.)

29. Chaleur augmentée, yeux injectés, quelques vomissements, selles blanchâtres. (Eau gommeuse, lavement purgatif bis.)

29 au soir. État saporeux. (20 sangsues aux tempes, eau de Sedlitz.)

30. Plus d'assoupissement. (Bouillon maigre; org. m.; lavem. purgat. avec manne et sulf. de magnés.)

Le soir. Selles noirâtres, état soporeux. (Huile de ricin, 75 grammes, lavem. purgat. bis.)

31. Amélioration; plus de vomissements, encore quelques marbrures aux mains. (Org. m., sulfate quin., 1,50; lavement purgatif ter; eau de Sedlitz, 2 litres.)

Le soir. État comateux assez prononcé. (Eau de Sedlitz, 1 litre.)

1er avril. Un peu moins d'abattement. (Org. m., sulfat. quin., 1,50; eau de Sedlitz à 50 gr., 2 litres.)

2. Abattement profond, état typhoïde, langue sèche, sclérotiques injectées, pouls mou et fréquent, chaleur à la peau, pas de vomissement, selles fréquentes. (Org. m., sulf. quin., 2 gr., lavem. purg. ter; pot. avec manne et sulf. magnés.)

Mort à une heure de l'après-midi.

La mort, dans ce cas, paraît due au développement de l'état typhoïde. Dans le précédent, on avait déjà remarqué quelque tendance à l'état comateux. Mais ici, cet état s'est développé dans les derniers jours avec plus d'énergie, et malgré les éméto-cathartiques et le sulfate de quinine, les accidents n'ont paru modifiés que dans un seul instant, le soir du troisième jour du traitement.

A quoi tient la différence du résultat? On ne saurait invoquer ni la constitution du sujet, qui était assez forte, ni l'ancienneté du mal, qui ne datait que de quatre jours, ni aucune des circonstances du traitement accessoire; car ici, pas de sangsues, pas d'opiacés.

L'observation suivante, bien différente à certains égards, est analogue à celle qui précède.

INVASION DU CHOLÉRA PENDANT LE COURS D'UNE BRONCHITE CAPILLAIRE, TUBERCULEUSE ANCIENNE; TRAITEMENT TONIQUE ET ÉVACUANT; MORT. (Hôpital du Gros-Caillou.— Service de M. DURAND.)

OBS. XX.—Prijean, 24 ans, 11e léger, constitution frêle, épuisée; entré au Gros-Caillou le 14 mars, pour une bronchite capillaire déjà ancienne, tuberculeuse. Ce malade, qui allait mieux de la bronchite, est pris, le 24 mars au matin, de selles avec vomissements caractéristiques, point pleurétiques, crampes, refroidissement des extrémités, de couleur violacée; absence de pouls, aphonie, suppression de l'expectoration. (D., elixir cordial dont voici la formule :

Prenez : Genièvre de Hollande. . . . 1 litre.

Dans lequel on fait macérer pendant trois jours :

Gentiane	45	grammes.
Aunée	45	—
Angélique.	45	—
Acore vraie.	45	—

Pot. excitante: infus. de fleurs d'oranger avec addition d'acét. d'ammoniaque, 4 gr.; 20 sangsues *loco dolenti*.)

25. La chaleur est un peu revenue, le pouls se relève; point d'urine depuis l'invasion. (Eau gom.; eau de Sedlitz à 50 gr.; lavem. purg. ter.).

26. Vomissements et selles moins fréquents, un peu plus de chaleur; pas d'urines, l'expectoration muqueuse a reparu. (Eau gom.; eau de Sedlitz à 20 gr., 2 litres; lavem. purg. ter).

Le soir, même état. (Sulf. de quini, 2 gr., op., 0,1).

27. Idem. (O. m., lavem. purg. ter; sulf. quinine, 1,50).

28. Plus de vomissements, réaction faible, assoupissement léger, pas d'urine. (O. m., lavem. purg. ter; sulf. quinine, 1 gr.)

Le soir, céphalalgie, assoupissement profond. (Huile de ricin, 150 gr.; 16 sangsues aux tempes.)

29. Même état qu'hier soir. Selles bilieuses fréquentes, pas d'urines. (O. m., lavem. purg. ter.)

Mort le 30 mars à cinq heures du matin.

AUTOPSIE. —Veines encéphaliques gorgées; tubercules à l'état cru au sommet des deux poumons; muqueuse des bronches rouge, épaissie, recouverte d'un mucus épais, d'apparence purulente; partie postérieure des poumons congestionnée; cœur gauche vide; cœur droit gorgé d'un sang poisseux.

ESTOMAC. — Muqueuse un peu épaissie, d'un rouge foncé par plaques; arborisations rouges sur quelques points de l'instestin grêle; quelques follicules de Brunner soulevés; matières bilieuses peu abondantes dans le gros intestin.

Il est inutile d'insister sur les préliminaires de ce cas, qui expliquent tout à la fois la rapidité de l'invasion et jusqu'à un certain point l'insuffisance des moyens thérapeutiques mis en usage. L'autopsie n'ajoute guère de renseignements susceptibles d'éclairer sur d'autres conditions de la fâcheuse terminaison.

Terminons cette dernière série par un cas exceptionnel sous tous les rapports, qui nous a été communiqué par M. Pize de la part de M. Huguier.

CHOLÉRA DÉVELOPPÉ CINQ JOURS APRÈS UNE OPÉRATION GRAVE; POINT DE DIARRHÉE PRODROMIQUE; TROIS JOURS DE CONSTIPATION; PRODROMES NERVEUX; AGGRAVATION RAPIDE; CHOLÉRA CONFIRMÉ; MORT. (Hôpital Beaujon. — M. HUGUIER.)

OBS. XXI. — La nommée Norberte Boulet, âgée de 45 ans, couturière, d'un tempérament nervoso-sanguin, est entrée le 19 mars à l'hôpital Beaujon (service de M. Huguier), affectée à la région du sein droit d'une tumeur cancéreuse déjà opérée une première fois il y a quatre mois environ. Le jeudi 22, elle a été opérée de nouveau; depuis ce jour tout annonce un plein succès et rien ne fait présager que la malade sera attaquée par l'épidémie qui règne à l'hôpital. Absence générale des prodromes ordinaires; la malade va de mieux en mieux, et n'éprouve aucune douleur ni même aucun gêne, soit épigastrique ou intestinale, soit dans les autres régions; loin d'avoir des évacuations alvines anormales, elle est constipée et n'est pas allée à la garde-robe depuis trois jours, son visage est rouge et animé.

Le 26, dans la soirée, elle se plaint d'une chaleur plus grande que de coutume et de pesanteur de tête. La nuit se passe tranquillement, quant tout à coup le 27 au matin de quatre à cinq heures, elle est saisie d'étouffements, de douleurs dans le dos et l'estomac, de crampes assez légères vers le genou, qui ne tardent pas à disparaître; en même temps, vomissements peu abondants de matières légèrement colorées et selles un peu plus considérables et caractéristiques.

On administre à la malade avant la visite un lavement laudanisé.

A 9 heures, les extrémités sont froides; les yeux commencent à s'excaver, et à se cercler en noir; la langue est très-légèrement froide, la soif insupportable, les facultés intellectuelles intactes, les forces s'affaissent; voix faible, mais respiration pénible sans augmentation de fréquence; pouls petit, filiforme, teinte cyanique des extrémités; le visage légèrement bleu conserve encore un peu de la rougeur qui caractérisait le facies de la malade.

A la suite de frictions avec le laudanum, la malade est un peu réchauffée et légèrement narcotisée; glace en morceaux à plusieurs reprises.

Les vomissements et les selles cessent; on suspend l'usage de la glace; sinapisme sur la région de l'estomac, qui diminue promptement les douleurs épigastriques.

A 1 heure, mieux apparent; alèzes chaudes.

La chaleur renait quelque temps, urines abondantes, émissions fréquentes et involontaires. (Infusions très-chaudes de tilleul, 5 à 6 pots.

Le 28, les phénomènes algides ont reparu avec une plus grande intensité; urines supprimées, plus de pouls dans les radiales ni dans les carotides, teinte cyanique plus générale et mieux caractérisée, langue plus froide, yeux plus cernés et plus enfoncés, nez froid, effilé, tempes creuses, respiration plus fréquente, sifflante et pénible, flaccidité de la peau, sueur visqueuse, sentiment d'oppression et de douleur précordiale; soif toujours très-vive; facultés intellectuelles nettes; faiblesse extrême; tendance invincible au sommeil; alternative d'agitation et de somnolence. Mort vers la fin de la journée.

Le savant chef de service qui a bien voulu nous faire adresser ce fait a cru y voir un exemple de cholèra foudroyant, sans aucune espèce de période prodromique. Ce cas est en effet tout différent de l'immense majorité de ceux dans lesquels la diarrhée prodromique n'a jamais manqué; mais on se rappellera que nous avons fait des réserves en faveur d'une catégorie de faits où, à défaut de ce symptôme si constant, des phénomènes nerveux constituent des prodromes équivalents.

Ajoutons que la circonstance d'une opération grave et d'une constipation datant de plusieurs jours sont peut-être propres à expliquer jusqu'à un certain point le caractère d'exceptionnalité de ce fait. On se rappellera, en effet, qu'à l'exception d'un seul fait constaté jusqu'ici par nous, et dans lequel l'absence de tout prodrome n'a pu être expliquée par aucune circonstance appréciable, dans tous les cas où cette absence a été remarquée, et ils sont très-peu nombreux (4), il y avait eu des circonstances antérieures de maladie, d'épuisement, de souffrances qui pouvaient, jusqu'à un certain point, être considérées comme des équivalents de la cholérine.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LA FLANDRE OCCIDENTALE.

(Les 12 premières livraisons de l'année 1848 de ce nouveau journal nous sont parvenues.)

OBSERVATIONS DE PRODUCTION CORNÉE ; par M. VANOYE.

OBS. — Une femme de 53 ans, maigre et sèche, mais bien portante, s'était plusieurs fois venue plaindre à l'auteur d'un prurit insupportable qu'elle ressentait aux parties génitales. Divers remèdes qu'il lui conseilla étant restés sans effet, elle consentit enfin à se laisser visiter, d'autant plus qu'elle s'apercevait depuis quelque temps d'une dureté survenue à l'entrée des parties, qui augmentait progressivement de volume et causait, surtout pendant la marche, de vives douleurs.

Les grandes lèvres, très-flasques, n'offraient à l'intérieur qu'une coloration remarquablement foncée ; mais après les avoir écartées, on aperçut sur celle du côté droit un corps élevé, dur, irrégulièrement arrondi, prenant racine dans l'espace qui sépare les grandes lèvres des lymphes. Ce corps avait l'apparence d'une grosse verrue, était un peu recourbé en dedans et en avant, et jouissait d'une grande mobilité. On pouvait facilement et sans douleur l'attirer au dehors. La muqueuse du côté opposé était fortement irritée et offrait deux ulcérations irrégulières, aphteuses, vraisemblablement dues au frottement.

L'extirpation de cette tumeur fut faite à l'instant et avec la plus grande facilité. L'examen apprit qu'elle était réellement de nature cornée. La guérison fut radicale.

M. Vanoye a observé deux autres cas de production cornée : l'un chez un homme de 70 ans, sur le moignon de son index droit, dont les deux premières phalanges avaient été arrachées quelques années auparavant ; l'autre chez un vieillard de 95 ans, sur le bout du nez. La première fut guérie par l'excision ; la seconde récidiva treize fois de suite jusqu'à la mort du sujet, malgré les ablations et les cautérisations les plus profondes.

— Nous ferons seulement remarquer, à l'occasion du second cas, que ce n'est pas une chose sans exemple que de voir des productions cornées, de *faux ongles* se développer sur le moignon des doigts mutilés. Nous avons vu en 1835 à la Salpêtrière, dans le service de M. Cruveilhier, une vieille vivandière dont tous les doigts d'une main privés par la congélation de leur dernière phalange, lors de la retraite Russie, s'étaient depuis lors munis d'un ongle, rudimentaire il est vrai, mais bien reconnaissable, situé à la face dorsale de l'extrémité du moignon, et qu'il était nécessaire de couper de temps en temps.

ESSAI SUR LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LA RUPTURE DE LA TUNIQUE VAGINALE, DANS LES CAS D'HYDROCÈLE DE CETTE TUNIQUE ; par M. FRÉDERICQ.

Après avoir rassemblé divers exemples des terminaisons différentes auxquelles peut aboutir la rupture de la tunique vaginale, dans le cas d'hydrocèle, l'auteur établit les conclusions suivantes, qu'on admettra d'autant plus aisément qu'elles sont toutes justifiées par les observations contenues dans le mémoire.

La rupture de la tunique vaginale, dans les cas d'hydrocèle de cette membrane, peut être suivie :

1° D'épanchement de sérosité dans les enveloppes du scrotum et quelquefois dans les tuniques de la verge ;

2° D'épanchement de sang et de sérosité dans ces mêmes enveloppes ;

3° D'absorption pure et simple des liquides épanchés, suivie ou non de guérison radicale ;

4° D'abcès ou de gangrène du scrotum ;

5° D'épaississement de la tunique vaginale par l'adhérence des couches de fibrine que le sang épanché avec la sérosité fournit à l'enveloppe du testicule ;

6° D'épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sans qu'il en reste quelque vestige dans les tuniques du scrotum.

Ces données étant posées, il est aisé de pressentir les conséquences pratiques qui en résultent. C'est ainsi qu'il faudra éviter toutes les causes capables d'occasionner une inflammation des tissus du scrotum, éviter la rupture de la tunique vaginale dans les cas d'hydrocèle, éloigner par conséquent toutes les causes traumatiques, les sauts, l'équitation, les efforts ; il faudra encore recommander l'usage du suspensoir. Si l'inflammation du scrotum s'est terminée par un abcès, il importera d'en faire vite l'ouverture pour prévenir le décollement de la peau et la gangrène du tissu cellulaire.

Si le liquide de l'hydrocèle est épanché dans le tissu cellulaire des enveloppes du testicule, il faudra encore faire des mouchetures pour donner issue à la sérosité qui agit là comme corps étranger et peut détruire le tissu cellulaire.

CAS RARE DE DENTITION DANS LA VIEILLESSE ; par M. PLETTINCK.

Si rapidement que le cas suivant ait été raconté par l'auteur, il nous paraît se trouver, quant à ses circonstances principales, en parfait accord avec ceux du même genre que la GAZETTE MÉDICALE s'est attachée à enregistrer depuis quelques années.

OBS. — Chez la femme De Vaere, âgée de 92 ans, se manifesta vers le commencement de la présente année de la tuméfaction aux gencives de la mâchoire inférieure. Peu de temps après se montra une dent incisive d'une blancheur de neige ; après vint une seconde, puis une troisième dent, toutes trois l'une à côté de l'autre. Quelques semaines plus tard, deux petites molaires sortirent à leur tour. Les gencives furent tuméfiées et rouges sur d'autres endroits.

Malheureusement, ajoute l'auteur, la vieille succomba trop tôt pour voir ses mâchoires garnies d'un râtelier complet. Il est à remarquer que ces dents n'avaient probablement pas de racines complètes, car elles étaient très-vacillantes.

Comme la plupart des exemples semblables, celui-ci a trait à la reproduction de dents de la mâchoire inférieure.

DE L'INFLUENCE DE LA COUPE DES CHEVEUX SUR LA SANTÉ ; par le docteur AUG. FRÉDERICQ.

La question de l'influence de la coupe des cheveux sur la santé n'est pas examinée ici à un point de vue aussi général que semblerait l'indiquer le titre du travail. Il ne s'agit que d'un fait particulier, dans lequel le retranchement d'une chevelure exubérante a paru modifier de la manière la plus avantageuse et très-rapidement la santé générale d'une petite fille de 3 ans. Ce fait est extrêmement intéressant sous le double rapport de la physiologie et de la thérapeutique. Le voici en quelques mots :

La petite fille en question avait, malgré son âge, des cheveux *d'un noir d'ébène*, qui descendaient en longues boucles jusqu'au-dessous des épaules. Elle avait joui jusqu'à cet âge d'une excellente santé ; mais depuis quelque temps on la voyait dépérir : elle devint apathique et triste ; l'appétit se perdit ; le teint frais et rosé des joues fut remplacé par une couleur jaune ; les *muqueuses pâlirent* ; les chairs devinrent flasques. *L'auscultation faisait entendre un bruit de souffle au niveau des carotides.* En présence de ces symptômes de chlorose, M. Fredericq conseilla les ferrugineux et autres moyens adjuvants ; mais *le traitement ne fut qu'imparfaitement exécuté*, et il n'en résulta aucune amélioration. Ce fut alors qu'un ami de la famille conseilla aux parents de faire le sacrifice de la chevelure. Le conseil fut suivi, et *dès ce jour* la santé de l'enfant se rétablit à vue d'œil.

Il est très-facile de comprendre comment une chevelure exubérante, surtout chez un très-jeune enfant, peut amener la débilité de l'organisme, et comment cette débilité peut se présenter sous les traits de la chlorose. On sait que la matière grasse des cheveux contient, entre autre principes, une notable proportion de fer, et que c'est principalement cette substance qui leur donne, quand elle est assez abondante, la couleur noire. Or, chez la petite malade de M. Fredericq, la chevelure était d'un noir d'ébène ; de plus, elle était très-longue et bien fournie. On en peut, on en doit même conclure qu'elle contenait une très-grande proportion de fer. Mais ce fer ne pouvait être accaparé par la matière grasse des cheveux qu'au détriment du sang, et voilà pourquoi l'enfant présentait tous les symptômes de la chlorose. Elle était, en effet, bien réellement chlorotique.

On voit par là que le traitement institué par l'auteur était très-rationnel ; le défaut de succès pourrait s'expliquer par le peu de rigueur qu'on a mis à le suivre. D'ailleurs, la cause du mal subsistait, et quelque évidente qu'elle puisse paraître maintenant, même à M. Fredericq, qui ne manque pas de l'interpréter à peu près comme nous, on ne peut lui faire un reproche de ne l'avoir pas devinée.

NOTE SUR UN SIGNE PARTICULIER DANS L'IMMINENCE DES RÉCIDIVES DES FIÈVRES INTERMITTENTES ; par le docteur RENÉ VANOYE.

On a déjà indiqué deux ou trois signes propres à révéler l'imminence des récidives de fièvres intermittentes ; nous ne parlons pas seulement de l'état de la rate, qui a d'ailleurs, dans l'esprit de ceux qui ont surtout appelé l'attention de ce côté, une signification plus étendue : nous parlons de signes purement symptomatologiques, du genre, par exemple, de ceux qu'on a indiqués comme propres à révéler la grossesse, tels que le gonfle-

ment des seins, les nausées, certains états de l'urine. Ainsi Bonarden croit que la fièvre d'accès menace de récidiver tant qu'il existe une strie rouge sur le bord des gencives. Suivant Pauli (de Landau), la récidive est imminente si la langue reste plus large, plus épaisse et plus lente dans ses mouvements qu'à l'état de santé. Voici maintenant M. Vanoye qui croit avoir découvert un signe nouveau, plus sûr que les premiers, et qui consisterait dans un état particulier de la conjonctive qui tapisse la paupière inférieure. Voici dans quels termes il s'exprime à cet égard :

« Dans l'état normal, dit-il, cette membrane offre une teinte d'un rouge plus ou moins vif. Quand on l'examine chez un individu affecté depuis quelque temps de fièvre intermittente, on y trouve souvent une raie pâle qui circonscrit l'arc inférieur du petit segment libre du globe oculaire. Lorsqu'on abaisse la paupière renversée, et qu'on fait tourner au malade l'œil en haut, cette raie présente assez bien un croissant mince dont une corne correspond à l'angle interne de l'œil et l'autre à l'angle externe, de manière que son bord concave entoure la partie inférieure de la sclérotique, et que son bord convexe se dessine par une ligne plus ou moins bien tranchée sur la muqueuse palpébrale. Le corps de ce croissant couvre à peu près le tiers de l'étendue de la muqueuse; mais je dois ajouter que j'ai remarqué à cet égard des variations fréquentes, dont je ne suis pas parvenu à saisir la signification. Ce dont j'ai pu le mieux m'assurer, c'est que le degré de pâleur de la raie en question est toujours en rapport direct de l'atteinte que l'organisme a subie. »

L'auteur assure avoir reconnu ce signe sur un *grand nombre* de fiévreux, et voici les conclusions qu'il croit pouvoir tirer de ses observations :

1° Quand ce signe n'existe pas, la fièvre ordinairement n'a pas duré fort longtemps, ou du moins on parvient aisément à la faire cesser sans récidive.

2° Quand il existe, l'administration convenable d'un fébrifuge le fait quelquefois disparaître en très-peu de temps, et alors il n'y a pas lieu de craindre le retour des accès.

3° Lorsque la raie persiste après la dispar tion des accès fébriles, ceux-ci reviennent dans l'immense majorité des cas, et c'est seulement après son effacement complet qu'il est permis de ne plus craindre la récidive.

Nous ne pouvons rien arguer, au nom de l'expérience, contre l'existence ou la valeur de ce signe; c'est à l'avenir à prononcer. Nous ferons seulement remarquer : 1° que la portion de conjonctive dont la pâleur, au dire de M. Vanoye, atteste l'imminence d'une récidive, est celle qui couvre le vide qu'on forme nécessairement entre le bord postérieur du tarse et le globe oculaire quand on renverse la paupière inférieure; 2° que ce vide a précisément la forme d'un croissant, ce qui provient de ce que le cartilage tarse, retenu aux deux angles palpébraux, ne peut s'éloigner du globe oculaire que vers sa partie moyenne, là où l'on pose le doigt pour renverser la paupière, et est conséquemment forcé de décrire une courbe à concavité antérieure; 3° enfin que la portion de conjonctive qui traverse ce vide artificiel, soit par une disposition naturelle, soit par suite de la distension que lui fait subir l'écartement de la paupière, nous a paru chez un certain nombre de sujets plus pâle que celle qui recouvre la face interne du cartilage tarse.

Il suit de là que le croissant indiqué par l'auteur ne constitue pas une disposition absolument anormale. Reste à savoir si cette disposition est plus fréquente ou plus prononcée chez les individus menacés d'une récidive de fièvre intermittente. Encore une fois, nous ne possédons pas les éléments nécessaires pour nous prononcer en toute sûreté de conscience.

DE L'EMPLOI DE LA QUINOÏDINE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par la docteur JOSEPH OSSIEUR.

Des expériences ont été depuis assez longtemps entreprises, en Allemagne et en Hollande, desquelles on a conclu que l'action fébrifuge de la quinoïdine est aussi sûre et aussi prompte que celle du sulfate de quinine. L'emploi de la quinoïdine présentant des avantages sous le rapport économique, l'auteur, chargé du service sanitaire des indigents, à Roulers, s'est fait un devoir d'essayer cette substance, et les résultats qu'il en a obtenus, quoique portant sur un petit nombre de cas, sont encourageants. Dans les 15 cas de fièvre intermittente simple, observés du mois de juin 1847 au mois de mai 1848, le succès a été aussi complet qu'il l'est d'ordinaire quand on emploie le sulfate de quinine, et l'on n'a constaté aucune récidive. Dans tous les cas, excepté trois, l'accès a été coupé dès la première dose, et encore dans l'un d'eux où l'administration du médicament avait été suspendu, à titre d'essai, après la première dose, l'accès ne reparut pas et la guérison se maintint. Il ne sera pas inutile d'ajouter que les malades appartenaient à la classe pauvre et se trouvaient généralement dans de mauvaises conditions hygiéniques.

La dose employée par l'auteur dans les deux seules observations qu'il rapporte était de 16 et de 24 grains.

Tout ce qu'on peut dire au sujet de ces expériences, c'est que si elles sont suffisantes pour exciter à de nouveaux essais, elles sont loin de pouvoir établir la parité, au point de vue des propriétés fébrifuges, entre la quinoïdine et le sulfate de quinine. Il faut néanmoins observer qu'elles s'ajoutent à d'autres expériences déjà faites ailleurs, et fortifient le témoignage d'efficacité déjà donné, par des praticiens recommandables, à la quinoïdine.

CAS RARE D'HÉMORRHAGIE; par le docteur RENÉ VANOYE.

Dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, nous rapportions un cas singulier d'hémorrhagie vaginale provenant de la rupture d'une petite artère, rupture dont la cause n'a pu être déterminée. Dans le cas présent, plus rare peut-être que le précédent, le sang provenait d'une érosion de la luette. Comment cette érosion était-elle venue? quelle était sa nature? C'est ce qu'il est difficile de dire; il semble qu'elle ait été uniquement le résultat d'une angine. Le malade, âgé de trente et quelques années, habituellement bien portant, ayant eu seulement plusieurs ophthalmies, éprouva d'abord de la céphalalgie, un peu de gêne dans la déglutition, et une raucité subite de la parole; puis il se mit à rendre par la bouche, et par simple expuition, une quantité considérable de sang. Quand il vint consulter M. Vanoye, l'écoulement avait cessé; il avait duré trois jours. L'inspection de la cavité buccale et du fond de la gorge ne fit rien découvrir qu'un gonflement très-prononcé de la luette, sur le côté droit de laquelle se trouvait une érosion couverte d'un enduit noirâtre. Bien que le sang ne coulât plus, comme nous venons de le dire, on pratiqua une saignée de 12 onces pour combattre la céphalalgie qui durait encore, et l'on prescrivit des gargarismes vinaigrés et des pédiluves. Dans l'après-dîner du même jour, M. Vanoye fut appelé auprès du malade, qui venait d'être pris d'une nouvelle hémorrhagie, avec syncope, toux et dyspnée. A son arrivée, l'écoulement du sang était encore arrêté, et l'on put s'assurer, mieux encore que la première fois, de l'origine de l'hémorrhagie. Le malade ayant refusé la cautérisation avec le fer rouge, on se borna à insuffler de l'alun en poudre, et le malade fut mis à l'usage exclusif d'eau froide acidulée. La perte sanguine ne se renouvela plus qu'une seule fois le lendemain vers cinq heures du soir, mais peu intense et de courte durée.

L'auteur ne dit pas de quelle couleur était le sang rendu.

Dans un cas de notre pratique où une hémorrhagie de la langue, datant de douze heures, n'avait pu être arrêtée à l'aide des styptiques ni même des cautérisations avec le nitrate d'argent, nous fûmes frappé de la couleur rutilante du sang. L'écoulement paraissait pourtant se faire en nappe; mais ce n'était qu'une apparence due à ce qu'un petit caillot noirâtre couvrait le point qui donnait issue au sang. Le caillot enlevé, on put constater des saccades à peine sensibles. Bien qu'on ne pût voir précisément l'artère ouverte, une pince à torsion fut portée sur le siége de l'hémorrhagie, et après deux ou trois tours, on la maintint une minute en place. Quand on la retira, le sang ne coulait plus. Cette petite plaie provenait d'une morsure que le malade s'était faite à lui-même en mangeant. Dans le cas cité par M. Vanoye, on ne peut accuser aucune cause traumatique; mais il en était de même, si l'on s'en rapporte au sujet, chez la jeune fille dont nous avons raconté l'histoire dans notre dernier numéro, et pourtant l'artère vaginale était ouverte.

SUR UN MODE PARTICULIER D'ADMINISTRER LE CALOMEL DANS L'ANGINE TONSILLAIRE; par le même.

En 1830, M. Scelle-Mondezert publia, dans le JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, un travail sur l'efficacité du calomel employé à petites doses et associé au savon médicinal dans l'angine tonsillaire. Ce n'était pas à titre de purgatif que M. Scelle-Mondezert préconisait le protochlorure de mercure, mais plutôt à titre de spécifique. Sa formule était la suivante :

Prenez : Calomel. . . . . 6 grains.
Savon amygdalin. . . . . . 1/2 gros.
Pour six pilules : une matin et soir.

Ce traitement fut essayé plus tard par le docteur Buet (JOURN. COMPLÉM. DES SC. MÉD., t. XXXV, p. 371), qui dit avoir eu beaucoup à s'en louer. Depuis lors, il n'a été mis en pratique, que nous sachions, par personne, du moins dans toute sa rigueur aussi bien que dans toute sa simplicité. Ces deux conditions, M. Vanoye les a remplies dans ses expériences; il a employé rigoureusement la prescription et rien autre chose que la prescription de MM. Scelle-Mondezert et Buet, et il affirme que, chez tous les malades affectés d'angine tonsillaire qu'il a eu occasion de traiter par cette méthode depuis dix ans, et chez lesquels le remède a pu être administré avant la

formation du pus, « le gonflement inflammatoire s'est constamment terminé par résolution, et cela dans un temps de beaucoup moindre que celui que durent tous les autres traitements. »

Cette déclaration, avec l'exposé de trois faits détaillés, est tout ce que l'auteur apporte à l'appui de son affirmation sur l'efficacité du remède. On regrettera qu'il n'ait pas au moins indiqué la *moyenne* de la durée de l'affection chez ses malades, afin qu'elle pût être comparée à celle que donnent généralement les autres modes de traitement. Il est d'autant plus singulier que l'auteur n'y ait pas songé, que la courte durée de l'affection est un des principaux arguments qu'il invoque à l'appui de sa thèse.

EFFET DE LA NOIX VOMIQUE SUR LES FONCTIONS INTESTINALES; par le docteur JOSEPH OSSIEUR.

Il y a longtemps déjà que la strychnine est employée contre l'inertie intestinale. Récemment M. Homolle (voir UNION MÉDICALE, 1848, numéros 138 et 139) a heureusement étendu pour cette substance le champ des indications, en montrant le parti qu'on en pouvait tirer dans les cas bien connus où des symptômes d'étranglement (probablement dus à l'obstruction de l'intestin par un amas de matière, ou à la contracture des parois intestinales) survivent à la réduction d'une hernie. Des deux observations rapportées par M. Ossieur, l'une est tout à fait semblable à celles de M. Homolle; l'autre a une signification différente : elle est relative à une obstruction intestinale dont la nature n'est pas facile à spécifier, mais qui s'est terminée par l'évacuation de matières stercorales endurcies, enveloppées de mucosités et d'ascarides lombricoïdes, après l'administration de 14 centigrammes de poudre de noix vomique, divisés en quatorze doses, et pris d'heure en heure.

Il n'y a pas de doute que, dans les cas de ce genre, la noix vomique agit en activant le mouvement péristaltique des intestins, et peut-être aussi en augmentant la sécrétion de la muqueuse, suivant les idées de Vogt.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 AVRIL.

INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX SUR LES FONCTIONS DE NUTRITION, ET EN PARTICULIER SUR LA CONSTITUTION DES URINES.

M. MAGENDIE annonce à l'Académie une découverte physiologique très-importante et fort inattendue que M. Bernard a faite tout récemment. Il résulte en effet des expériences de ce jeune savant, qu'on modifie la constitution des urines, et qu'on y fait apparaître le sucre, en blessant, avec un instrument piquant, une certaine partie du plancher du quatrième ventricule.

On pratique cette piqûre en pénétrant par l'orifice inférieur du ventricule; et, bientôt après, l'urine de l'animal (lapin) qui, avant cette opération, était trouble, alcaline et dépourvue de matière sucrée, abondante, claire, acide et tenant en dissolution une très-grande quantité de sucre, devient analogue à celui de diabète. Il ne faut pas, en général, plus d'une heure et demie à deux heures pour opérer ce changement complet dans les caractères de l'urine. Le sang contient également beaucoup de sucre.

Les expériences ont été répétées, jusqu'à présent, sur seize lapins, et M. Bernard, en les variant, a reconnu que le point du quatrième ventricule, qu'il fallait blesser pour opérer ce singulier phénomène de l'apparition du sucre dans le sang et l'urine, était très-limité et correspondait à un espace situé un peu au-dessus de l'origine des nerfs de la huitième paire.

Ces résultats, surprenants par leur nouveauté, ne sauraient être, pour le moment, rattachés à aucune espèce d'explication. Ils sont seulement de nature à démontrer l'influence singulière du système nerveux sur les fonctions de nutrition, et ils sont dignes, sous ce rapport, d'attirer toute l'attention des chimistes.

Ces expériences, qui ont révélé encore d'autres particularités intéressantes, sont poursuivies sur des animaux placés dans des conditions variables et d'espèces différentes; M. Bernard en exposera les résultats dans un mémoire sur ce sujet, qu'il espère bientôt communiquer à l'Académie.

BRISE-PIERRE PULVÉRISATEUR.

Le docteur GUILLON adresse, pour le concours Montyon, un nouveau perfectionnement qu'il vient d'ajouter au brise-pierre pour l'invention duquel l'Institut lui a déjà décerné, en 1845, un prix d'encouragement de 2,000 fr.

Au moyen de cet instrument, *qui agit par pression intermittente*, un calcul vésical est réduit très-rapidement en poudre, et cette poudre lithique est aussi facilement entraînée au dehors par les urines, que le sont les sables que rendent naturellement un assez grand nombre de sujets.

Ce brise-pierre est confectionné de telle sorte que si l'une des branches venait à se rompre dans la vessie, elle en serait extraite avec la plus grande facilité.

A l'aide du lithotripteur de M. Guillon, la lithotritie sera pratiquée avec autant de sûreté et de facilité chez les enfants qu'elle l'est chez les adultes.

Une pierre qui n'aurait pu être broyée que fort imparfaitement en dix séances avec les lithotriteurs fenêtrés généralement en usage, est réduite en poudre en *une seule séance* avec le brise-pierre de M. Guillon, et en économisant au malade les neuf dixièmes des instrumentations qu'il lui aurait fallu endurer pour arriver à la guérison au moyen des instruments anciens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

M. FERRUS demande la parole pour une rectification au procès-verbal. Il n'a pas dit, dans la dernière séance, que la prison de Bicêtre fût plus insalubre que les autres bâtiments, mais seulement quelle était plus encombrée.

Le procès-verbal est adopté avec cette rectification.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport rédigé par M. le docteur Rousset, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarreguemines, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné à Sareinsining en septembre, octobre et novembre 1848.

2° Une seconde lettre du même ministre, avec envoi d'un second rapport de M. Rousset, sur une épidémie de pneumonie qui a régné dans la commune de Weivisller pendant le mois de janvier 1849.

3° Une troisième lettre du même ministre, avec un rapport rédigé par MM. les docteurs Chevallier et Roussel, sur le service médical des établissements d'eaux minérales de Bagnols et de Chaldette.

4° Enfin diverses autres lettres relatives à des remèdes secrets.

M. le docteur Van Hengel, d'Helversum (Hollande), adresse une note relative à la découverte d'un signe qui permet de constater d'une manière certaine si un enfant que l'on croit mort-né est réellement mort, ou si la mort n'est qu'apparente. Ce moyen consiste à injecter dans le rectum des enfants présumés morts un mélange d'eau-de-vie et d'eau froide. (Commissaires : MM. Moreau et Capuron.)

M. Gunsbourg (de Breslau) adresse des notes complémentaires sur l'épidémie de choléra asiatique à Breslau.

M. Joannis, pharmacien à Paris, adresse une note sur l'efficacité, contre la période algide du choléra, du réchauffement méthodique du cerveau au moyen d'une vessie pleine d'eau chaude ou de sable chauffé à 60 ou 80 degrés, renfermé dans une serviette et mis sur la tête, de manière à envelopper à peu près complétement le cerveau.

L'ordre du jour appelle la suite des communications sur le choléra.

La parole est à M. Gibert.

CHOLÉRA.

M. GIBERT : Au 27 mars, comme je l'ai dit dans la séance précédente, nous comptions à l'hôpital Saint-Louis 25 cas de choléra asiatique et 15 décès; la semaine qui venait de s'écouler avait été marquée par les progrès de l'épidémie. La suivante, conformément aux prévisions de quelques-uns de nos collègues, a commencé à offrir dans notre hôpital un décroissement sensible dans le nombre et la gravité des cas.

En écartant quelques cholérines dont on a tenu compte dans d'autres statistiques, je ne trouve à noter que 6 cas nouveaux depuis mon dernier relevé; en tout 31, et 3 décès; en tout 18.

Dans mon service, 3 cas nouveaux; total : 11, dont 1 bénin et 2 graves; l'un de ces deux derniers est convalescent, l'autre était un enfant de 3 ans, mort dans la période algide, en moins de 24 heures. En résumé, dis-je, 11 cas, sur lesquels 7 décès, 2 depuis mon dernier relevé.

J'ai employé l'infusion de stachys sur deux malades, tous deux aujourd'hui convalescents, mais l'un de ces cas était bénin; l'autre, grave, s'est montré comme l'épidémie semblait tendre à décroître.

Le sesquichlorure de carbone et le haschich ont été employés dans d'autres services sur des sujets qui ont succombé.

Le 28 mars, mercredi dernier, un cas de choléra s'est déclaré dans ma salle, ainsi que plusieurs cholérines; depuis lors le déclin de l'épidémie a été assez prononcé, et nous n'avons eu que quelques cas venus du dehors. L'un d'eux, bénin, a été offert par la femme d'un de nos cholériques du dehors déjà en convalescence.

Nous avons appris que dans une seule maison du quartier il y avait eu 4 cas de choléra.

Dans les salles de l'hôpital, nous n'avons eu connaissance que de 2 cas parmi les gens de service, l'un de cholérine, l'autre de choléra peu grave.

M. BOUVIER rend compte des cas de choléra qui ont eu lieu dans les divers hôpitaux de Paris depuis l'invasion de l'épidémie.

A propos de ce qui a été dit dans la dernière séance par M. Castel sur la mé-

thode employée par Sydenham pour combattre le choléra, il dit que cette méthode ne consistait pas exclusivement à faire boire une grande quantité de liquide, mais bien à donner une dose élevée d'opium, quand on était appelé à un moment où le mal avait déjà atteint un degré élevé de gravité. Ainsi, pour Sydenham, l'opium était la médication capitale; les boissons abondantes étaient la médication accessoire.

M. Rochoux: Le choléra actuel vient-il de Londres, de Lille, de Dunkerque ou de Saint-Denis? Aucun de ceux qui prétendent avoir suivi sa marche étape par étape depuis son départ de Calcutta, n'est en état de résoudre cette question. Or, si l'on ne peut y répondre, comment ose-t-on prononcer sur l'origine asiatique de l'épidémie actuelle? Poser la question, c'est y répondre. Je ne craindrai donc pas, en pareil état de choses, d'affirmer que la véritable cause du choléra nous est complétement inconnue; c'est le seul point avéré depuis que l'on discute sur cette maladie; c'est aussi, suivant moi, ce que l'Académie devrait d'abord dire, au lieu de laisser s'accréditer des erreurs d'étiologie des plus flagrantes en hésitant à les proscrire. Les dévoiler vaudrait beaucoup mieux qu'une discussion sur la valeur du traitement de Sydenham, qui bien certainement n'a jamais vu le choléra *asiatique*. Mais la croyance dans l'efficacité exagérée de la thérapeutique sera sans doute la dernière des superstitions dont l'espèce humaine se délivrera, si jamais elle s'en délivre. En attendant, je terminerai par une remarque née de la discussion actuelle, savoir, que les partisans de l'origine indienne du choléra ne peuvent pas dire si à son premier voyage il s'est mis en route en 1816 ou en 1825, et qu'une telle indécision prouve à elle seule la vanité de leurs théories étiologiques.

M. Bricheteau donne quelques détails sur les 21 cas de choléra qui ont eu lieu à l'hôpital Necker. Il dit avoir fait six fois l'ouverture de la colonne vertébrale sans avoir rencontré aucune lésion dans la moelle ni dans ses enveloppes.

L'honorable orateur annonce ensuite qu'une épidémie des plus intenses de suette miliaire règne dans le département de Seine-et-Oise, dans les localités situées entre Noyon et Chauny, et qu'on a observé en même temps 17 cas de choléra.

M. Castel: Deux anomalies se font remarquer, avant les autres, dans la médecine de notre époque; elle s'est affranchie des traditions, elle a proscrit les axiomes. L'épidémie de 1832 aurait laissé des souvenirs moins amers si, au lieu d'aller à la recherche de moyens héroïques, d'un spécifique, on eût interrogé les faits recueillis dans les siècles précédents. La méthode qui consiste à favoriser d'abord les évacuations est la plus utile, peut-être la seule dont le succès soit fondé, non-seulement à cause de ses rapports avec l'étiologie, mais encore parce qu'elle supporte l'épreuve des considérations physiologiques. Aussi, au lit des malades, elle s'offrit la première à mes réflexions. Les procès-verbaux de l'Académie font mention de l'accueil que reçut l'exposé que j'eus l'honneur de lui présenter. Vous dirai-je que, parmi les objections qu'elle eut à subir se trouve celle-ci: « Ce traitement ne diffère point de l'expectation; or, parmi les individus moissonnés par le choléra, plusieurs n'avaient été entourés d'aucun secours, n'avaient été l'objet d'aucune entreprise. Faire prendre aux malades, en trois ou quatre heures, trois *conges* de lavage, ne serait donc qu'une médecine d'expectation: le *conge* répond à trois pintes de nos anciennes mesures. Je reviens à dessein sur cette appréciation, parce qu'il s'est glissé sur les rapports du *conge* avec nos mesures actuelles, une erreur qui pourrait faire naître des doutes sur l'énorme quantité de la boisson employée.

Les rapprochements physiologiques dont je viens de parler ont été tracés par Sydenham, quoique, de son temps, la physiologie fût encore au berceau. Il a copié les procédés de la nature.

Pour se conformer aux préceptes de Sydenham, on doit se résoudre à se tenir, durant la première période du choléra, dans l'attitude d'une garde-malade. Les médecins se résigneront-ils à ce rôle de quelques heures?

M. Baillarger: Messieurs, je n'ai malheureusement que des renseignements fort tristes à transmettre à l'Académie sur l'épidémie qui règne à la Salpêtrière. Le tableau suivant que je mets sous les yeux de l'Académie lui montrera que la maladie, loin de s'arrêter dans sa marche, persiste au contraire avec la plus violente intensité.

Voici la marche que l'épidémie a suivie depuis son début:

	Cas.	Décès.
Le 14 mars	1	1
Le 15	0	0
Le 16	2	2
Le 17	0	0
Le 18	0	0
Le 19	0	0
Le 20	10	2
Le 21	11	8
Le 22	5	3
Le 23	30	12
Le 24	31	15
Le 25	40	24
Le 26	26	18
Le 27	17	12
Le 28	16	14
Le 29	21	16
Le 30	28	17
Le 31	52	35
Le 1er avril. . . .	43	37
Le 2	43	33
Le 3	46	28
	419	277

Aujourd'hui, le quatorzième de la population générale de la Salpêtrière est atteint, et le vingtième a déjà succombé; dans mon service en particulier, un septième a été pris et un onzième a succombé.

Je n'ai à ajouter à ces documents que quelques détails sur deux particularités que j'ai eu l'occasion d'observer:

La première, c'est qu'il existe à la Salpêtrière, outre le choléra, des cholérines assez nombreuses et fort graves; il semble aussi que ces cholérines règnent en dehors et aux environs de l'hôpital, où il existe aussi quelques cas de choléra.

La seconde particularité, assez remarquable, c'est que chez deux malades, j'ai vu le choléra se juger favorablement, dans un cas, par une parotide droite, et, dans l'autre, par une éruption rubéoliforme et par un flux considérable d'urines.

M. Baillarger entre ensuite dans quelques détails sur les trois malades traités par le stachys; ces malades, dont deux étaient gravement atteints, sont toujours en bonne réaction, et donnent le plus grand espoir.

La parole est à M. Mérat pour un rapport officiel sur le stachys.

STACHYS ANATOLICA.

M. Mérat: La plante envoyée appartient évidemment à la famille des labiées et, par le port, la forme et les crénelures de ses feuilles, à une espèce du genre *teucrium*, appelée par Linné *teucrium polium*.

Mais cette plante est si variable qu'il a été moins facile de savoir à quelle espèce il faut la rapporter. Effectivement, le *teucrium polium* (pouliot en français, qu'il ne faut pas confondre avec une autre plante de ce nom, qui est le *Mentha pulegium*, L.) est tantôt à fleurs jaunes, avec des feuilles couvertes d'un duvet jaunâtre, variété qui porte le nom de *pouliot doré*, tantôt à fleurs rouges et même à fleurs blanches, avec des feuilles blanches, laineuses, poilues, ou seulement pubescentes; il a parfois les feuilles oblongues, presque ovales, étroites, roulées; mais les crénelures existent toujours et des tiges dressées, mais plus souvent couchées.

La plante envoyée de Constantinople ne se rapporte bien nettement à aucune des variétés que j'ai pu consulter dans les herbiers de la capitale, parce qu'elle a les feuilles roulées, linéaires et légèrement pubescentes, ce qui me fait proposer de lui donner le nom de *teucrium polium*, variété *anatolica*, pour rappeler celui sous lequel on nous a envoyé ce végétal, qui n'a jamais pu faire partie du genre *stachys*, comme on le prétendait. J'observe en outre que l'espèce, ordinairement très-aromatique, ne l'est que peu ou point dans l'état où elle a été adressée à l'Académie; sa saveur est amère et chaude comme celle de presque toutes les plantes de cette famille.

Je ne vois dans les auteurs aucun usage indiqué de ce pouliot; cependant quelques formulaires le désignent comme tonique. Il est probable qu'il doit partager les propriétés des autres labiées, telles que la mélisse, la menthe.

Si la commission trouvait que ce *teucrium* fût utile dans le choléra, rien ne serait plus facile que de s'en procurer. Il croît en Provence, dans beaucoup de localités, en Espagne, en Italie, en Grèce et dans tout le bassin de la Méditerranée, en abondance dans les lieux élevés ou maritimes, où ce sous-arbrisseau fleurit dès le mois de mars, d'après Clusius (Historia rariorum plantarum, lib. III, p. 361). A l'île Majorque on l'appelle *soulagne*, ce qui ferait supposer qu'il y est de quelque usage.

M. Bussy, qui s'est également livré avec ses collègues de l'École de pharmacie à l'étude de ce végétal, ajoute à la note de M. Mérat les renseignements suivants:

Je crois pouvoir affirmer, d'après une figure de Clusius, que la plante que nous avons examinée est la variété désignée par De Candolle sous le nom de *teucrium polium gnopholodes* et sous le nom de *teucrium lanigerum* par quelques auteurs.

Les diverses variétés que l'on emploie indifféremment l'une pour l'autre peuvent être cultivées dans le climat de Paris; mais on les y conserve difficilement. Elles existent au jardin de la Faculté et dans celui de l'École de pharmacie.

Cette plante, qui a été désignée dans les anciens auteurs de matière médicale sous le nom de polium, de polion, de pouliot, entre dans la composition du mithridate, de l'eau prophylactique, de la thériaque et de plusieurs anciennes préparations.

Geoffroy dans sa matière médicale dit: « On fait boire en Provence, dans le cours de ventre fâcheux, l'eau où le polium a macéré; on en donne la décoction en lavement, et l'on applique le marc sur le bas-ventre. »

Il sera possible d'en trouver de très-grandes quantités dans le midi de la France.

M. Guibourt: Je pense, comme M. Bussy, qu'on peut rencontrer en assez grande quantité dans le midi de la France le *teucrium polium;* mais je suis moins certain que les variétés qu'on y rencontre soient précisément les mêmes que celle qui nous a été envoyée, et surtout qu'elles aient absolument les mêmes propriétés; je crois même qu'*a priori* on doit être porté à admettre le contraire.

M. Piorry: Avant de perdre son temps à étudier les caractères botaniques du stachys, il ne serait pas mal de savoir si ce médicament jouit de quelques propriétés utiles en thérapeutique.

J'ai obtenu avec une simple infusion de thé et même avec de l'eau pure les mêmes résultats qu'un de nos collègues dit avoir obtenus avec l'infusion de cette plante; je ne vois donc pas ce que les deux faits cités peuvent prouver.

Quand à ce qu'on a dit de la méthode de Sydenham, je dirai qu'il est absolument impossible de savoir à quoi s'appliquait sa méthode thérapeutique. L'entité

qu'il désigne par choléra, sans indication des états organo-pathologiques qui pouvaient exister dans cette maladie, nous laisse dans une ignorance complète sur les analogies qui peuvent exister entre cette maladie et celle que nous observons.

CÉPHALOTOMIE ET OPÉRATIONS CÉSARIENNES.

— M. le docteur GUISARD, membre de l'assemblée nationale, médecin à Guéret, lit le résumé d'un mémoire, intitulé : MÉMOIRE SUR TROIS OPÉRATIONS DE CÉPHALOTOMIE, DONT DEUX SUR DES ENFANTS VIVANTS, ET SUR TROIS OPÉRATIONS CÉSARIENNES ABDOMINALES TOUTES TERMINÉES PAR LA GUÉRISON.

Dans ce travail, l'auteur rapporte en détail toutes les observations qui forment la base de son mémoire. Il fait remarquer que les trois opérations césariennes dont il donne l'histoire sont les seules qui aient été faites, à sa connaissance, dans son département depuis longues années ; elles ont été faites dans l'espace de cinq ans par des médecins différents, et ont toutes réussi Deux fois elles ont tée faites après de nombreuses et inutiles tentatives, pour extraire l'enfant préalablement céphalotomisé; dans le troisième cas, l'opération césarienne a été faite pendant la vie du fœtus, qui a été extrait vivant et qui a continué à vivre ainsi que la mère. Dans tous les cas, les grossesses étaient parvenues à leur terme.

L'auteur termine par quelques considérations sur les conditions dans lesquelles on doit se placer pour pratiquer avec avantage la céphalotomie et l'opération césarienne.

NATURE DES LIQUIDES CHOLÉRIQUES.

M. MIALHE est appelé à la tribune, et donne lecture d'une note sur la nature du liquide sécrété par la muqueuse intestinale dans le choléra.

Dans cette note, l'auteur constate d'abord ce que M. Andral avait déjà constaté en 1847, que les déjections stomacales et intestinales des cholériques ne renferment point d'albumine, mais seulement de l'albuminose, substance qui se coagule comme l'albumine par l'action de plusieurs sels métalliques, du chlore, du tannin, mais qui ne se coagule point, comme cette dernière, sous l'influence de la *chaleur* et des *acides*, même de l'*acide nitrique*.

Cherchant ensuite la source de cette énorme quantité d'albuminose excrétée, il trouve que cette substance ne peut provenir que des éléments organiques de l'économie. Quant à la cause qui en détermine la formation, ce doit être un principe fermentifère qui, en s'introduisant dans l'économie, produit au sein des tissus les mêmes phénomènes qui se passent normalement dans l'estomac pendant la digestion des matières albuminoïdes; car l'albuminose n'est que le résidu final de la digestion des substances albumineuses.

Pour guérir le choléra, il suffira donc de faire passer dans la circulation des substances qui s'opposent à la fermentation ; malheureusement toutes ces substances sont des poisons plus dangereux que le choléra lui-même : tels sont les sels de plomb, de cuivre, de mercure, d'argent, les acides minéraux, etc. Le tannin seul pourrait être employé, à cause de son peu d'action sur la muqueuse; mais malheureusement ce principe agit à la fois sur les matières fermentescibles et sur les matières albuminoïdes; en sorte qu'à haute dose, suivant M. Mialhe, son pouvoir coagulant le rendrait dangereux.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS DE LA LITHOTRITIE ; par M. ERNEST LANGLADE (de Nîmes). — Thèse de Montpellier, 1848, in-8° de 72 pages.

Bien que la lithotritie soit une conquête toute moderne, elle a été pour nos contemporains un objet de discussions si vives et si souvent renouvelées que, malgré sa date d'origine encore récente, elle ne saurait plus passer maintenant pour une nouveauté. Toutefois, quoique le sujet fréquemment débattu, soit devant nos Académies, soit entre les prétentions passionnées des urologistes spéciaux, n'est point définitivement arrêté ; et l'importante question des indications n'est rien moins que complétement jugée aux yeux du clinicien libre de tout engagement envers tel ou tel des deux camps rivaux.

La thèse inaugurale de M. Langlade est consacrée à examiner la lithotritie sous le point de vue de ses indications et de ses contre-indications. L'auteur rapporte les premières aux cas simples, qu'il énumère rapidement, et aux cas plus compliqués, qu'il étudie relativement à la santé générale, aux conditions du calcul et à l'état particulier de l'appareil urinaire.

Les phénomènes généraux, comme l'éréthisme, la tendance à la fièvre urétrale et les maladies intercurrentes, peuvent et doivent être combattus avant qu'on s'adresse au calcul lui-même.

Y a-t-il dans l'appareil urinaire des complications concernant les reins ? L'auteur conseille de lithotritier, sauf à lithotomiser si les premières manœuvres de broiement exaspèrent les symptômes. Pour lui l'état morbide de la vessie n'est une contre-indication formelle qu'autant que le réservoir urinaire ne saurait se prêter à recevoir la quantité de liquide nécessaire au jeu des instruments. Il en excepte le cas d'un calcul embâtonné que le lithotriteur ne pourrait parvenir à saisir, l'existence des tumeurs fongueuses qui sont un obstacle à la manœuvre opératoire ou qui s'aggravent par le contact des instruments.

Quant aux conditions physiques du corps étranger, il y voit une contre-indication si la pierre est très-dure, très-volumineuse, ou qu'il s'en trouve un grand nombre et cachées derrière la prostate hypertrophiée, ou enfin si le noyau primitif du calcul est un corps métallique que le lithoclaste ne pourrait briser. Du reste, les rétrécissements de l'urètre, la paralysie et le catarrhe de vessie ne sont que des obstacles et non de contre-indications. Disons, par anticipation, que M. Favart admet parmi ces dernières l'ankylose du fémur.

Dans la seconde partie de la thèse, il est plus spécialement question des contre-indications : division qui, à coup sûr, ne paraîtra pas absolument irréprochable, puisque ces deux ordres rentrent presque inévitablement l'un dans l'autre à chaque pas, comme on vient de le voir et comme le prouvent les répétitions dont mainte page offre l'exemple. En effet, l'auteur interroge sur nouveaux frais l'état de l'organisme, celui du calcul, puis celui de l'appareil urinaire. Il signale la néphrite et autres altérations organiques des reins comme des contre-indications absolues. Il va sans dire que le cancer de la vessie, les fongus, les inflammations gangréneuses de ce viscère doivent être rangées dans la même catégorie. Un cas est ici rapporté où la dégénérescence cancéreuse vésicale ayant été méconnue à Montpellier, le malade succomba après la deuxième séance de lithotritie. L'hématurie chronique doit également éloigner de cette opération.

M. Langlade passe aussi en revue les altérations pathologiques propres à l'uretère et à la prostate, et justifie, chemin faisant, ses assertions par des observations cliniques relatives au sujet. Toutefois, on comprend que cette énumération embrasse des maladies qui, sans s'opposer absolument à la lithotritie, peuvent la rendre plus difficile et plus dangereuse ; et comme ce n'est que dans l'aggravation de leurs symptômes que l'auteur puise le motif et la justification des contre-indications qu'il établit, il ne peut pas toujours parvenir à préciser les caractères séméiologiques par lesquels ces dernières conditions se distinguent des premières. Il en résulte nécessairement que cette seconde partie de son travail, outre l'inconvénient d'une sorte de répétition, a celui d'offrir trop souvent l'image d'un vague toujours pénible pour le praticien qui a pris le livre afin de lever ses doutes et non pour en chercher de nouveaux aliments.

Les dernières pages de la thèse sont consacrées à l'examen rapide de ce qui a trait à la lithotritie chez les femmes. M. Langlade rappelle que la pierre se rencontre plus rarement dans ce sexe, et cela en raison de la disposition même de l'appareil urinaire.—Lorsque la largeur de l'urètre permet difficilement à la malade de conserver dans la vessie la quantité de liquide nécessaire à l'exécution de l'opération, on a conseillé de comprimer ce canal.— Dans les cas de grossesse, si l'on craint que la présence du calcul ne mette obstacle au travail de la parturition, M. Langlade propose la lithotritie d'emblée. Il cite un fait propre à M. Bouisson, où ce professeur parvient à extraire directement de gros fragments d'un calcul brisé, grâce à la dilatabilité de l'urètre. Cependant, ajoute-t-il, l'incontinence d'urine peut être la conséquence d'extractions immédiates faites par les voies naturelles.

L'auteur termine par quelques remarques sur la lithotritie chez les enfants. Quoiqu'il soit peu partisan de son application à cette époque de la vie, il relate des opérations terminées avec succès dans le jeune âge. Mais la facilité et les presque constantes guérisons obtenues par la taille chez les enfants ne font-elles pas pencher, ou ne maintiennent-elles pas du moins en équilibre la balance destinée à peser les deux opérations en présence?

Considérée d'un point de vue général, cette thèse paraît surtout avoir été rédigée dans le but de faire connaître l'état de la lithotritie à Montpellier, les progrès qu'elle a réalisés dans cette école et les doctrines qu'on y enseigne sur ce point délicat de chirurgie. M. Langlade remarque du reste, avec raison, que si la méthode de pulvérisation des calculs en une seule séance, annoncée d'abord par M. Arthault, prenait désormais rang dans la science et dans la pratique, il y aurait sans doute bien des préceptes à modifier touchant les indications et le manuel opératoire de la lithotritie.

En définitive, nous ne croyons pas que cette méthode, telle qu'elle est aujourd'hui constituée, doive inspirer dans son application chez les vieillards autant de craintes que l'auteur semble le penser ; à nos yeux, au contraire, c'est toujours et à tout âge une ressource précieuse dont un praticien expérimenté aura le plus souvent à se louer, s'il sait choisir les cas et procéder avec ménagement.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE. — ÉPIDÉMIE DE LA SALPÊTRIÈRE. — RAPPORTS DE LA CHOLÉRINE AVEC LE CHOLÉRA.

C'est dans un but louable que tous, autant que nous sommes, nous cherchons à nous persuader et à persuader aux autres que l'épidémie n'augmente pas, qu'elle touche à sa période de décroissance. Nous désirons qu'il en soit ainsi, et sous l'influence de ce désir, nous ne sommes pas loin d'être parfaitement convaincus que les faits sont tels que nous les désirons. C'est sans doute en vertu de cette préoccupation, qu'à chaque séance de l'Académie, plusieurs membres s'efforcent de trouver, dans le mouvement des hôpitaux, les motifs de la sécurité qui les anime et dont ils voudraient animer les autres. Mais les preuves ne sont pas toujours à la hauteur des intentions. Pleins de déférence pour des illusions généreuses, nous ne leur avons opposé jusqu'ici que juste ce qu'il faut pour ne pas induire nos lecteurs dans une fausse sécurité. Dès le premier jour, nous avons insisté sur ce point capital que la mortalité relative n'avait pas diminué depuis 1832; qu'en Russie, à Venise, à Berlin, à Londres, et aujourd'hui à Paris, elle est toujours d'un peu plus de la moitié des malades. Cette vérité, qu'il serait plutôt dangereux qu'utile de dissimuler, vient d'être mise hors de doute par des rapprochements on ne peut plus précis entre le mouvement des hôpitaux et hospices de Paris pendant l'épidémie de 1832 et celle de 1849. Il résulte, en effet, d'un tableau comparatif communiqué par M. Ségalas à la dernière séance de l'Académie, que du 8 avril au 19 avril 1832, il y a eu 7,351 malades et 4,888 décès : 1 décès sur 1,50; et du 28 mars 1849 au 8 avril, il y a eu 1,210 malades et 759 décès : 1 sur 1,59. Le tableau qui fournit ce résultat général, et qu'on trouvera au compte rendu de l'Académie de médecine, en donne un autre non moins important et non moins curieux.

On voit, en effet, par ce tableau, qu'à chacune des journées de la période, le chiffre de la mortalité proportionnelle reste à peu près le même. Que conclure de ce grave enseignement? Qu'en fait, la maladie, quoique infiniment moins répandue, reste aussi grave qu'en 1832; que, somme toute, la médecine est aussi impuissante aujourd'hui contre le choléra déclaré que lors de la première épidémie. La conséquence de cette double conclusion est qu'il faut chercher ailleurs que dans de faux motifs de sécurité les moyens de rassurer les populations, et qu'il faut demander à des ressources médicales autres que celles de la thérapeutique pharmaceutique du choléra les véritables armes propres à conjurer l'épidémie. C'est ce que nous chercherons à faire voir tout à l'heure.

Mais avant d'aller plus loin, quelle a été depuis huit jours la marche de l'épidémie? Cette question peut être résolue de deux manières : par les chiffres d'abord, puis par l'étude des caractères de l'épidémie sur la population.

Les chiffres ne sont pas encore rassurants. Quoi qu'on en ait dit, le nombre des entrées ne s'arrête pas et celui des décès ne paraît pas diminuer. Nous savons tout ce que l'on peut dire pour infirmer ces deux témoignages. Les nouveaux malades ne sont pas fournis par la population des hôpitaux, et ceux qui viennent du dehors couvaient depuis longtemps les germes des premières émanations épidémiques. C'est ce que nous avions dit nous-mêmes. Mais ce qui pouvait être vrai il y a huit jours cesse de l'être aujourd'hui; nous en donnerons plus loin la preuve. Il faut donc admettre avec l'évidence que l'épidémie n'en est pas encore à sa période de déclin. Et si nous insistons sur ce point, c'est d'abord parce que cela est, puis c'est surtout parce que l'opinion contraire tend à faire méconnaître le véritable état des choses et à éloigner d'y porter remède.

Pour qui a suivi avec attention les diverses phases de la santé publique depuis une quinzaine de jours, il ne peut y avoir de doute sur ce fait, à savoir qu'une immense manifestation épidémique s'est produite sur toute la population. Depuis les établissements publics jusqu'aux simples familles, presque partout on voit la forme diarrhéique prendre des proportions extraordinaires. A la Maternité, a dit M. Moreau, presque toutes les femmes ont été ou sont atteintes de cholérine; nous avons pu constater par nous-mêmes plusieurs familles composées de huit et dix membres, dans lesquelles personne n'a échappé à cette première expression de l'influence épidémique. Ceci est un fait aussi général que certain. Qu'en résulte-t-il? Évidemment que l'épidémie fermente, qu'elle gagne de proche en proche, comble les intervalles qu'elle semblait avoir laissés d'abord, et tend à imprégner toutes les économies, comme si toutes étaient plongées dans un immense réservoir qui les sature. La population de Paris est, à un certain point de vue, comme celle de la Salpêtrière : de part et d'autre, l'influence cholérique a gagné presque tous les individus; elle se manifeste dans des proportions vraiment extraordinaires, mais, hâtons-nous de le dire, à des degrés bien différents. Cela veut dire sans doute que nous ne sommes pas au bout de nos maux, et qu'au lieu de nous endormir dans de vaines et banales formules de sécurité, nous devons puiser, dans une constatation réelle des choses, le moyen d'y porter remède. Avant de rechercher si ce remède existe, arrêtons-nous un instant sur ce fait si grave et tout à la fois si plein d'enseignement de l'épidémie de la Salpêtrière.

Nous n'avons rien à apprendre sur les chiffres des malades et des décès; nous n'avons rien à ajouter aux renseignements si pleins de sollicitude et si lumineusement circonstanciés qui ont été donnés par l'un des chefs de service. Il résulte de tous ces faits : 1° un développement presque sans exemple de la maladie confinée dans une localité; 2° une participation de tous les habitants, infirmes, vieillards, aliénées, employés, hommes et femmes, à l'épidémie; 3° une mortalité hors de toute proportion avec la mortalité de tous les autres établissements. Voilà les faits. Quelles en sont les causes. Les conditions hygiéniques? Mais elles ne sont pas plus mauvaises qu'ailleurs, et le dépôt de Saint-Denis était beaucoup plus mal partagé de ce côté. Les prédispositions de la population? Mais toutes les classes y ont participé? La différence des soins? Mais nulle part la médecine n'a déployé plus de zèle et plus de lumières. Il y a donc eu dans cette immense incendie des matières inflammables méconnues, un souffle inaperçu, un agent mystérieux de communication, dont il faut bien reconnaître la cause exceptionnelle en présence de ses effets exceptionnels. Mais avant l'explication, les faits : voyons donc s'il n'existe pas d'autres faits du même genre.

Il est constant que pendant la première quinzaine de l'épidémie, la maladie est restée presque exclusivement confinée dans les hôpitaux; elle y est pour ainsi dire née, et y a pris de notables proportions. Rappelons encore que ce sont les malades du dedans qui ont fait les frais de cet accroissement rapide, et que parmi ceux-ci bon nombre de malades appartenaient

---

Feuilleton.

MÉDECINE DES CHINOIS.

PREMIÈRE PARTIE. — NOTICES BIOGRAPHIQUES SUR LES MÉDECINS CHINOIS.

Il n'est pas un historien de la médecine qui ne se croie obligé de faire entrer dans son cadre la médecine des peuples de l'Orient, et en particulier celle des Chinois; mais ce tribut payé à la routine, ou, si l'on aime mieux, au désir d'être *complet*, a eu des résultats plutôt nuisibles qu'utiles; aucun de ces historiens n'avait les connaissances suffisantes pour entreprendre un pareil travail. Puisant, sans le secours de la critique, à des sources tout à fait secondaires, acceptant, sans en pouvoir vérifier l'exactitude, ou du moins la portée, toutes les fables ou les conceptions ridicules, comme étant l'expression absolue de la médecine en Chine, ne distinguant aucune époque, ils ont agi à la manière d'un auteur qui s'aviserait de tracer l'histoire de la médecine grecque d'après les plus mauvais écrivains du Bas-Empire, et d'après les documents de seconde main les plus suspects. Il fut un temps où l'histoire de la science, comme l'histoire politique, pouvait se faire ainsi; mais, grâce au ciel, ce temps est à jamais passé, les exceptions disparaissent chaque jour; il faut avant tout voir et contrôler les sources originales, recourir aux textes, consulter les monuments de toute nature, et imprimer, si je puis me servir de ces expressions, un caractère expérimental et *autoptique* à l'histoire, comme à la science elle-même. Mais je reviens à la médecine chinoise; non-seulement les notions qu'on en donne sont fausses, elles sont encore tout à fait incomplètes; quand on a parlé du pouls, de l'acupuncture et de quelques grossières erreurs anatomiques, on croit avoir tout dit, mais on ne s'est pas même arrêté à la superficie; de plus, on a dégoûté les autres de recherches rebutantes au premier abord, et qui semblent promettre si peu de dédommagement. Les hommes compétents eux-mêmes n'ont pas été à l'abri de cette fâcheuse influence.

La médecine chinoise est encore tout entière à révéler; elle remonte à plus de vingt-quatre siècles, son état florissant date d'une époque où beaucoup d'autres peuples ne possédaient point encore de médecine; elle persista quand ces mêmes peuples n'avaient déjà plus que l'ombre de celle qui avait fait une partie de leur gloire. Il y a, chez les Chinois, une tradition médicale non interrompue, et consignée pour ainsi dire, jour par jour, dans des ouvrages qui sont arrivés jusqu'à nous; il ne faut pas perdre de vue que cette médecine avait un caractère plus scientifique à une époque reculée que maintenant où les saines traditions se sont effacées pour ne plus guère laisser de place qu'à l'empirisme ou à la jonglerie. C'est donc aux anciens ouvrages qu'il faut recourir pour juger sainement de la véritable médecine chinoise, et pour apprécier quel rang elle occupe dans l'ensemble de l'histoire de la science.

On doit se féliciter qu'un homme d'un savoir éprouvé, et qui connaît la langue

aux services de chirurgie, c'est-à-dire de ceux qui se portaient bien, à part la lésion chirurgicale pour laquelle ils avaient été reçus.

Autre fait.

A l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, les cas de choléra contractés à l'intérieur de l'établissement ont été infiniment rares. Rapprochons de ce fait cet autre fait, que le chef de service a réuni les épidémisants dans une salle à part.

Qu'est-ce que cela, sinon que là où l'épidémie a germé, elle s'est développée, a gagné de proche en proche, s'est circonscrite là où on l'a circonscrite; mais en vertu d'une espèce de recohobation de son principe, elle a suivi la loi de toutes les épidémies: elle est devenue plus nombreuse et plus meurtrière à mesure que son foyer comme cause s'est lui-même renforcé de tous ses effets. Qu'on explique ce fait comme on le voudra, on n'arrivera jamais à faire qu'il n'existe pas. L'épidémie de la Salpêtrière est une cruelle et trop significative leçon. Ce fait, et le développement presque exclusif, pendant un temps, de la maladie dans les hôpitaux et sur les malades des hôpitaux, ne disent que trop ce qu'il faut en conclure et surtout en inférer pour l'avenir. L'administration a pris quelques mesures qui feraient croire qu'elle a compris elle-même toute la portée des faits que nous signalons; elle a ordonné la dispersion d'une partie de la population de la Salpêtrière; mais cette mesure, pour être logique, pour être adéquate à ses motifs, voudrait être appliquée à tous les établissements hospitaliers: bien plus, elle devrait être décrétée en principe pour toutes les localités où le choléra commencera à être observé. N'est-ce pas ce que nous disions il y a environ un mois, en annonçant l'apparition du choléra au dépôt de Saint-Denis? Ainsi, disons-le hardiment, des faits ci-dessus rapprochés, il faut conclure que dans toutes les villes où le choléra se montrera, il faudra se garder de recevoir les cholériques dans les hôpitaux, et se garder, avec non moins de raison, de les accumuler dans un endroit quelconque. Nous n'avons pas à nous occuper si ces inductions tendent à blesser des préjugés ou à porter atteinte à de graves intérêts: le tout est de savoir si elles sont légitimes, et si elles doivent être profitables au plus grand nombre. Une simple question pour terminer cette discussion. Se trouvera-t-il quelqu'un pour soutenir que si, au lieu de recevoir le premier cholérique dans les hôpitaux, on l'avait immédiatement dirigé vers les faubourgs ou *extra muros*, la population hospitalière eût fourni le premier et principal contingent de l'épidémie? De même, quelqu'un se refuserait-il à reconnaître que si, dès les premiers cas de choléra développés à la Salpêtrière, on avait immédiatement évacué les malades et dispersé la population hospitalière, l'épidémie eût été arrêtée et comme cautérisée dans son germe? Que le passé serve donc à l'avenir.

Mais au mal réalisé que sert d'indiquer des remèdes tardifs ou impossibles? Le choléra est une impitoyable loi qui ne souffre pas de rétroactivité. Cherchons donc ailleurs quelque mesure qui puisse se concilier avec le présent, et nous offrir quelque sécurité pour l'avenir.

Un honorable membre de l'Académie, M. Soubeiran, à l'occasion de la discussion soulevée dans la dernière séance sur l'importance de la cholérine considérée comme période prodromique du choléra, nous rappelait la circonstance qui suit: En 1832, dans une localité de la province, le choléra faisait de si cruels ravages, que les médecins envoyés sur les lieux n'avaient trouvé rien de mieux à faire que de déplorer l'effroyable intensité du mal. Presque tout le monde était malade, et presque tous les malades mouraient. Un jeune médecin, mieux avisé, survint. Pénétré de l'importance de la diarrhée prodromique, et confiant dans l'efficacité de la purgation saline pour arrêter le choléra dans son début, il soumit d'emblée *tous* les nouveaux malades à cette médication, et dès lors l'épidémie cessa. Elle cessa parce qu'en arrêtant la reproduction incessante des cas particuliers, on ruina le foyer de l'épidémie, et en ruinant ce foyer, on fit cesser ses irradiations. Qu'on fasse de même pour la Salpêtrière; qu'on fasse de même pour tous les établissements où l'épidémie paraîtra vouloir planter sa tente.

Mais pour adopter de telles mesures, il faudrait croire à la validité des principes qui les dictent; il faudrait être convaincu, d'une part, que la diarrhée prodromique du choléra est un fait très-général, sinon constant; que cette diarrhée est étiologiquement liée au choléra, et que, sous ce rapport, c'est, comme nous l'avons dit et comme nous le répétons, le choléra lui-même; enfin, et surtout, il faudrait être convaincu comme nous le sommes, et comme l'était le médecin cité par M. Soubeiran, et dont le nom ne lui est pas revenu, qu'il est toujours possible d'arrêter l'évolution du choléra dans sa période prodromique ou d'incubation. Or c'est ce dont il ne faudrait pas se flatter, et la dernière séance de l'Académie de médecine est là pour l'attester.

En effet, un honorable membre, aussi connu pour la franchise de ses convictions que pour l'impartialité de ses jugements, n'a pas craint d'accuser d'exagération et de donner comme telle la doctrine qui considère la diarrhée prodromique du choléra comme la première manifestation de la maladie, et la pratique qui prétend, en s'attaquant immédiatement à ce premier degré du mal, se rendre maître à coup sûr de son évolution plus tard sans remède. Exagération a-t-il dit, parce que l'immense majorité des sujets atteints de cholérine pendant le cours de l'épidémie n'ont pas le choléra. Exagération, parce que bon nombre de cholérines, malgré les soins les mieux entendus, dégénèrent en choléra mortel. Il ne faut pas se plaindre de cette accusation et encore moins de ses motifs; mais il faut regretter de n'être pas parvenu, malgré bien des efforts, à empêcher qu'elle ne se produisît. Mais par cela même qu'elle s'est produite, et qu'elle s'est produite par l'organe d'un censeur plein d'autorité, et au sein d'une assemblée retentissante, c'est un devoir pour nous de la combattre une dernière fois, et par l'évidence des faits et des principes qu'elle conteste, de la rendre désormais impossible.

Le choléra grave, dans l'immense majorité des cas, est précédé d'une diarrhée prodromique qui dure de un à huit ou quinze jours. Ce fait n'est plus contesté par personne; et M. Gibert, qui en repousse les conséquences, est un de ceux qui l'ont reconnu et proclamé les premiers. Disons tout de suite, pour couper court à tout prétexte de contestation, que la loi générale n'a pas la prétention d'être plus générale que les faits qu'elle formule. Est-ce 90, 95 ou 99 fois sur cent que le choléra grave est précédé par la cholérine, cela ne fait rien à la vérité de la loi, à sa portée, à sa généralité. L'observation seule décidera de la proportionnalité du fait; mais elle a suffi jusqu'ici pour en établir la généralité. M. Gibert a rendu le plus éclatant hommage à cette vérité de fait, en déclarant que sur le nombre total des cholériques qu'il a eu à observer, il n'a rencontré qu'une seule exception. Voilà pour le fait: nous ne disons et ne voulons pas davantage.

L'honorable académicien, d'accord avec nous sur la loi, cesse de l'être sur l'induction que nous en avons tirée. Qu'on le remarque bien: cette dissidence n'est pas accessoire; elle est capitale au contraire, car elle décide des conséquences à en tirer et de l'importance de ces conséquences. Nous

---

du Céleste Empire mieux que personne en Europe, veuille bien faire trêve quelques instants à ses propres travaux pour nous initier à la médecine des Chinois; pour ma part, je me fais un devoir de le remercier publiquement de ce généreux dévouement, et de l'honneur qu'il veut bien me faire en me permettant d'ajouter quelques notules à son précieux travail (1).

Déjà, dans des notices d'un grand intérêt et qu'il a lues à l'Académie des sciences, M. Stanislas Julien avait fixé l'attention sur certains procédés se rattachant aux arts et à la médecine, et dont personne ne soupçonnait l'existence dans les livres chinois. Ces premiers essais ne pouvaient qu'inspirer un vif désir de connaître plus à fond l'histoire scientifique d'un peuple si remarquable à tant de titres.

M. Julien compte diviser en trois séries les matériaux dont il veut bien enrichir la GAZETTE MÉDICALE, et qui deviendront le point de départ d'une histoire systématique de la médecine en Chine.

La première série comprendra la BIOGRAPHIE et la BIBLIOGRAPHIE. Cette partie, quoique fort piquante par sa nouveauté et par la multiplicité des notices, présentera sans doute quelque aridité, surtout à cause du peu de renseignements qui nous sont parvenus sur la vie des médecins; mais on voudra bien la considérer comme une introduction nécessaire; d'ailleurs elle fera connaître une foule de détails curieux; elle prêtera à beaucoup de rapprochements instructifs et inattendus; lorsque nous aurons fait une plus ample connaissance avec la médecine chinoise, nous rechercherons avec plaisir les moindres détails sur ceux qui l'ont pratiquée, comme nous recueillons avec une sorte de vénération les traces les plus fugitives laissées par les médecins de l'antiquité grecque et latine. Quand les productions de l'Orient seront mieux appréciées, quand elles auront pris dans les études le rang qu'elles méritent (et ce moment ne saurait manquer d'arriver), on s'étonnera, on s'affligera que tant de richesses aient été si longtemps méconnues. La littérature orientale doit partager désormais le culte voué jusqu'ici à la littérature des Grecs et des Romains.

La deuxième série sera consacrée à la traduction ou à des extraits d'ouvrages dogmatiques qui donneront une idée exacte du système médical et physiologique, ainsi que de la nosologie. Nous y verrons en même temps l'économie des ouvrages scientifiques et l'ordre dans lequel les divers sujets sont traités. Cette seconde section nous fournira l'occasion de constater, et quelquefois d'expliquer le rapport qui existe fréquemment entre les doctrines chinoises et les doctrines grecques, rapport dont aucune relation directe ne saurait rendre compte.

Enfin la troisième contiendra un choix d'observations particulières de maladies et de traitements. La médecine chinoise offre un caractère pratique que ne présente pas toujours la médecine grecque. Dans les ouvrages d'Hippocrate (1), et surtout des autres médecins grecs, sans en excepter Galien, on trouve très-peu d'*observations;* les principes généraux dominent, mais en Chine, les médecins, comme du reste les autres savants, sont avant tout annalistes et conteurs; ils tiennent un registre souvent minutieux de ce qu'ils voient dans leur pratique journalière; nous n'avons qu'à nous en applaudir, puisque nous trou-

(1) Les notes marquées d'une astérique sont dues à M. Julien.

(1) Il faut mettre à part, sous ce rapport, le livre DES ÉPIDÉMIES.

disons à nos confrères et aux malades : Prenez garde ! la cholérine que vous observerez ou que vous éprouvez, c'est le premier produit du molimen épidémique, c'est l'acheminement au choléra, c'est le premier degré du choléra, ou le choléra lui-même. Exagération ! s'écrie notre collègue ; la cholérine n'est pas le choléra, parce que dans l'immense majorité des cas le choléra ne va pas plus loin. Nous lui répondons : De ce qu'elle ne va pas plus loin dans un grand nombre de cas, il ne s'ensuit pas que dans les cas où elle va plus loin, elle ne soit pas une première période du mal qu'elle engendre et qui la suit. Nous persistons à croire, au contraire, que si, en vertu d'une disposition ou circonstance particulière, l'influence cholérique ne va pas plus loin, dans bon nombre de cas, que la cholérine, c'est-à-dire la diarrhée, les malaises, etc., c'est-à-dire les effets modérés ou affaiblis de la cause épidémique, c'est que cette cause n'a agi qu'à une dose, qu'à un degré en rapport avec ces effets; c'est que l'organisme dans de bonnes conditions a pu neutraliser le germe du mal, ou l'expulser avant qu'il eût accompli son évolution tout entière. Dans tous les cas où la diarrhée prodromique se montre, elle exprime donc la première manifestation symptomatique de l'épidémie, c'est-à-dire du choléra; et comme il n'est donné à personne de savoir où et quand cette manifestation s'arrêtera, si elle se bornera à la diarrhée jaune et séreuse, ou bien si elle ira jusqu'à la diarrhée blanche avec vomissements, crampes, cyanose, etc., il est donc bon, il est donc urgent de se conduire à son égard, chez tous et toujours, comme si le choléra devait fatalement se compléter.

Reste l'assurance donnée par nous que la période prodromique prise à temps et combattue convenablement cède toujours et arrête avec elle la complète évolution du choléra. On objecte que dans plusieurs cas, le repos, la diète, les boissons, les lavements narcotiques, n'ont pas pu parvenir à empêcher cette évolution. Nous ne le contestons pas; nous reconnaissons, au contraire, que ces moyens ne suffisent pas toujours. Dans un certain nombre de cas, l'intoxication cholérique est trop forte et la médication active est insuffisante, et nous ajoutons que pour que cette médication elle-même ne soit pas exposée à échouer, elle doit être employée en temps opportun. Notre conclusion en ce point est donc que l'on arrête sûrement le choléra dans son germe, dans la cholérine, à la condition de le combattre avec les moyens convenables, et de ne pas employer ces moyens trop tard. Or l'accomplissement de ces deux conditions n'a pas une seule fois trahi notre confiance et son omission n'a fait hélas ! jusqu'ici que trop de victimes. Qui oserait dire qu'un seul des malades qui ont été avertis par la cholérine aurait succombé, s'il avait su mettre à profit tout le bénéfice de cet avertissement ?

SÉMÉIOLOGIE.

NOTE SUR LA SUEUR ET SUR L'URINE DES CHOLÉRIQUES; communiquée à l'Académie de médecine, par le docteur MICHEL LÉVY, médecin en chef du Val-de-Grâce.

Dès le début de l'épidémie, nous avons porté spécialement notre attention sur les urines; celles de plus de cinquante individus ont été examinées et traitées par l'acide nitrique aux différentes périodes de la maladie.

Dans la plupart des cas de choléra grave, l'urine a donné par l'acide azotique un précipité d'albumine; celle-ci persiste plusieurs jours dans les urines, et suit une progression décroissante ; après avoir fourni un précipité floconneux et comme tomenteux par l'effet de l'acide nitrique, elle exige, pour se manifester à l'œil, une addition plus faible du réactif ; celui-ci ne détermine plus dans l'urine qu'un nuage blanchâtre, une opalescence qui occupe la moitié, le tiers inférieur du liquide.

La diminution progressive de l'albumine nous a paru en rapport avec la décroissance des symptômes, et elle procure au pronostic un élément de quelque importance ; souvent nous avons pu affirmer, d'après ce signe, l'épuisement de l'influence épidémique et l'approche de la convalescence.

Chez quelques malades, la persistance de l'albumine dans les urines, coïncidant avec l'amélioration de leur état, nous a été un motif de défiance et de circonspection, justifié par le retour de quelques phénomènes inquiétants, tels que le refroidissement des extrémités, la chute rapide du pouls, la réapparition des selles blanches, etc.

Dans les réactions aiguës et franches, les urines perdent rapidement le caractère précédent pour devenir foncées, sédimenteuses, avec suspensions floconneuses qui tendent au fond. Ces urines contiennent fréquemment un excès d'acide urique et de l'urate d'ammoniaque, et elles sont critiques comme dans les affections inflammatoires, c'est-à-dire qu'elles sont suivies ou accompagnées d'une amélioration notable ; presque toujours il existe alors une sueur générale, abondante, qui concourt avec une évidente efficacité à la solution favorable de la maladie.

Les traces de pus, rencontrées, dit-on, dans les calices après la mort, n'ont paru, d'après l'examen fait au Val-de-Grâce, être constituées que par du mucus et de l'épithélium.

La quantité des urines excrétées a beaucoup varié. La miction n'a été complétement supprimée que dans le quart environ des cas observés; ce symptôme n'est point d'une gravité absolue. Nous avons perdu des cholériques qui ont continué d'uriner, et vu guérir d'autres chez qui les urines ont manqué plusieurs jours. Il convient de signaler ici un fait qui n'a pas été mentionné ; des cholériques, plongés dans la torpeur de l'état algide, oublient d'uriner ; d'autres, à réaction incomplète, ont besoin du secours du cathétérisme qu'ils ne réclament point ; trois de nos malades dont on croyait les urines supprimées ont été sondés et ont fourni, l'un 250 grammes, les deux autres plus d'un litre d'urine qui s'est montrée albumineuse par l'acide azotique.

Enfin, une sorte de diurèse se manifeste dans quelques cas graves et légers, et constitue la crise de ces états pathologiques ; deux, trois litres d'urine et plus sont excrétés dans la journée, et cette évacuation procure aux malades le même bénéfice que les sueurs douces et copieuses qui baignent les autres pendant deux ou trois jours.

La sueur des cholériques présente trois variétés distinctes :

1° Sueur algide ; c'est cette matière visqueuse, collante, qui sert d'enduit à la peau des cholériques dans la période de concentration.

2° Sueur de réaction ou spontanée ; elle commence par l'état halitueux de la peau qui redevient élastique et rétractile ; tantôt modérée et continue, elle se prolonge pendant plusieurs jours, avec un peu d'accélération circu-

---

vons là un moyen très-sûr de vérifier l'application de l'art, et que bien des procédés chinois pourront certainement être essayés et peut-être transportés dans notre pratique médicale; en même temps, nous puiserons dans ces observations des notions précieuses sur l'histoire des maladies et sur la nosologie géographique.

CH. DAREMBERG.

NOTICES BIOGRAPHIQUES SUR LES MÉDECINS CHINOIS (*).

1. — FO-HI, surnommé THAI-HAO. (2953—2837 av. J.-C.) Cette période comprend le règne des cinq premiers empereurs (1).

Fo-hi régna par la vertu du bois (c'est-à-dire monta sur le trône au printemps) ; son nom de famille était *Fong* (vent); il portait une tête de serpent sur un corps d'homme (2). Il naquit avec la vertu d'un saint, brillant comme le soleil et la lune, c'est pourquoi on l'appela *Thaï-hao* (resplendissant). Sa mère, qui demeurait dans l'île de *Hoa-siu*, devint enceinte après avoir marché sur les traces d'un géant. Cet empereur fixa sa résidence dans le pays de *Tchin*, et de là il gouverna l'empire. Ayant levé les yeux au ciel, il contempla les astres, puis il les abaissa pour prendre des modèles sur la terre et examina tous les êtres. Il soumit à ses observations les hommes, les quadrupèdes et les oiseaux, ainsi que les productions de chaque pays.

Ayant examiné son propre corps et les objets extérieurs, il commença à figurer les huit signes symboliques (appelés *pa-koua*) pour pénétrer la vertu des intelligences divines, et classer, suivant leurs espèces, les propriétés et la nature de tous les êtres (1). Il inventa l'écriture pour remplacer le système de cordelettes nouées (*). Il construisit un *kin* (sorte de guitare) à vingt-sept cordes et un *sé* à trente-six cordes, afin de diriger l'homme vers le bien, de régler sa nature et

(*) Extrait du recueil général de médecine ancienne et moderne, intitulé KOU-KIN-I-TONG (en 50 vol.), publié dans le quinzième siècle.

(1) *Observation.* Quoique les premières notices qui se rapportent aux temps anté-historiques présentent plusieurs faits fabuleux, nous les donnons en entier, pour ne point laisser de lacunes dans cette biographie des principaux médecins de la Chine.

(2) En Chine, les premiers médecins sont des empereurs, comme en Grèce ce sont des *héros* et des rois. Les origines mythiques de la science sont partout les mêmes; on retrouve là cette propension, psychologiquement si naturelle, à gratifier dès l'origine des sociétés, de la perfection et de la science universelle, les maîtres de la terre et ceux qui sont revêtus de la force matérielle. On retrouve encore ici, comme dans toutes les traditions, et particulièrement dans celles de la médecine, le serpent, ce mystérieux symbole du mal et de la réparation.

(1) Il y a quelque chose de très-remarquable dans cette origine expérimentale supposée à la médecine. *L'observation extérieure*, reportée tour à tour de son propre corps sur les objets environnants, n'est pas familière aux premiers *physiologistes* de la Grèce, qui se contentaient le plus souvent de l'*observation intérieure*.

(*) Ces cordelettes répondent aux *quipos* des Péruviens.

latoire; tantôt elle inonde le malade et dure moins; dans les deux cas, la solution est assurée, sauf accident.

3° Sueur de réchauffement, ou provoquée; elle manque rarement, quand le malade est soumis dans son lit, transformé en une cage close, à l'action du bain d'air chaud qui est, depuis le début de l'épidémie, notre agent préféré de calorification.

Si le retour du pouls radial coïncide avec cette sudation forcée, elle a pour le malade même efficacité que la sueur spontanée; si le pouls ne reparaît point, la sueur comme le réchauffement du corps n'ont aucune valeur thérapeutique. Le cholérique, inerte et cyanosé, gît dans l'air chaud à 42° C., comme une masse de plâtre; il subit passivement l'influence de cette température, et tend à s'équilibrer avec elle par sa périphérie; la sueur, véritable suintement, ramollit, macère la peau et contribue à lui imprimer ces caractères si connus que nous résumons par l'expression de *peau argileuse*, et la mort survient, le thermomètre appliqué à la peau donnant 27° à 28° C.

C'est donc là un réchauffement purement physique qu'il faut distinguer du réchauffement vital, dû au réveil simultané de la circulation périphérique et de la caloricité.

Le pouls est le régulateur de toute cette médecine de réchauffement et de stimulation qui se fait autour des cholériques à l'état algide et cyanique.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH A HAUTE DOSE, DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES ET DE LA CHOLÉRINE; par M. MONNERET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Bon-Secours.

Les recherches auxquelles je me livre depuis longtemps sur l'action thérapeutique du sous-nitrate de bismuth m'ont conduit à des résultats qui acquièrent une grande importance aujourd'hui que les moindres troubles des fonctions digestives doivent être immédiatement combattus à l'aide d'une médication énergique. J'espère établir dans ce travail que le sous-nitrate de bismuth administré d'une autre manière qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour est appelé à rendre les plus grands services. Il est d'ailleurs parfaitement approprié aux indications thérapeutiques qui se présentent à chaque instant sous l'empire de l'épidémie régnante. Je l'ai administré depuis plusieurs années dans un très-grand nombre d'affections très-diverses, et j'ai pu me former une opinion bien arrêtée sur sa valeur et ses applications thérapeutiques. Je me propose d'en tracer plus tard l'histoire générale. Je me bornerai, dans cette note, à faire connaître les résultats que j'ai obtenus dans le traitement des affections gastro-intestinales. J'insisterai principalement sur son utilité dans les flux gastro-intestinaux, quelle que soit leur nature.

Si l'on parcourt rapidement tout ce qui a été écrit sur le sous-nitrate, on voit d'abord que ce médicament est un composé pulvérulent, blanc, *tout à fait insoluble*, que les chimistes considèrent comme un nitrate de bismuth quadribasique. En supposant qu'il a été préparé suivant les règles de l'art et qu'il a été par conséquent *débarrassé de nitrate acide* et de tout autre composé chimique, on possède le médicament dans toute sa pureté. J'ajouterai qu'il se présente à cet état dans le commerce et qu'il n'est pas nécessaire de se préoccuper d'une autre préparation. C'est ainsi que je l'ai employé dans les conditions les plus diverses et dans différentes contrées, et toujours je l'ai trouvé identique à lui-même. J'insiste sur ce point parce que l'on pourrait alléguer, contre l'emploi des hautes doses, que le bismuth peut être innocent ou vénéneux suivant des circonstances accidentelles. Du reste, ces faits sont suffisamment connus des chimistes et des pharmaciens pour qu'il soit inutile de m'y arrêter plus longtemps.

Le sous-nitrate de bismuth, encore appelé *magistère de bismuth* ou blanc de fard, est un médicament très-ancien, sur les doses duquel on paraît être aujourd'hui entièrement fixé. La dose ordinaire est d'un gramme par jour divisé en quatre parties. On le voit figurer le plus ordinairement dans les divers composés pharmaceutiques, et associé à d'autres médicaments à la dose de 10, 20 et 30 centigr. Les plus hardis, comme Cazal, Odier (de Genève), MM. Récamier et Trousseau, osent bien le donner jusqu'à 4 grammes par jour; or je n'hésite pas à dire que non-seulement cette dose ne peut causer aucun accident, mais encore qu'elle est inefficace dans presque toutes les affections contre lesquelles on a dirigé le médicament. C'est ainsi que dans les gastralgies simples ou liées à la chlorose, à l'hystérie, à l'hypocondrie ou à des affections commençantes ou déjà confirmées de l'estomac, on ne produit des effets salutaires et manifestes qu'à la condition de dépasser de beaucoup ces doses et de les porter jusqu'à 30 ou 40 grammes et plus encore chaque jour. Pendant longtemps j'ai donné 1 à 6 grammes de sous-nitrate dans les affections gastro-intestinales qui n'ont été ni amendées ni guéris par l'usage de ce médicament. Les insuccès ont cessé lorsque, mieux instruit par l'expérience et par des recherches ultérieures, j'ai fait prendre au malade le sous-nitrate par cuillerée à café, trois, quatre et six fois par jour, c'est-à-dire lorsque je l'ai donné à la dose de 30, 40 et 60 grammes mêlé ou non aux aliments. Au lieu de disserter d'une manière générale et d'émettre de simples assertions, il est temps de présenter les faits cliniques sur lesquels j'ai fondé les propriétés de ce médicament.

DIARRHÉE SIMPLE. — Nous ne sommes plus au temps où toute hypersécrétion intestinale était rapportée à une entéro-colite aiguë ou chronique. Toutefois, sans rejeter l'existence de ces diarrhées, on peut dire qu'elles sont plus rares qu'on ne l'avait prétendu. C'est surtout chez les jeunes enfants couchés dans les salles destinées aux nourrices que j'ai observé de bons effets du sous-nitrate à haute dose. L'ingestion d'un lait insuffisant par la quantité et la qualité, fourni par une mère débilitée par la misère, le travail, le chagrin ou une affection viscérale, m'a paru la seule cause de la diarrhée chez un très-grand nombre d'enfants que le sous-nitrate a guéris en trois ou quatre jours. Sur d'autres enfants sevrés et soumis à une mauvaise alimentation, dont le ventre était distendu par des gaz et qui étaient considérablement amaigris, le sel de bismuth a fait cesser tous les accidents, spécialement la diarrhée, et j'ai pu continuer ou diminuer seulement l'alimentation. Les selles ne tardent pas à s'arrêter. C'est surtout dans des diarrhées séreuses provoquées par les indigestions auxquelles sont exposés sans cesse les enfants voraces, mal nourris ou mal dirigés par leurs parents, que le sous-nitrate de bismuth, à la dose de trois cuillerées à café, rend les plus grands services.

J'ai recueilli dans mes salles une foule d'observations de ce genre, que je pourrais citer au besoin. En voici une qui paraîtra sans doute décisive.

---

de la ramener à sa pureté primitive. Il put ainsi, par la disposition des signes symboliques, figurer les six airs (subtil, épais, sec, humide, froid et chaud), les six réservoirs, les cinq organes cachés (le cœur, le foie, les poumons, les reins et la rate), les cinq éléments (l'eau, le feu, le bois, le métal, et la terre), ainsi que le mouvement ascendant et descendant du principe *yang* (chaud) et du principe *in* (humide—voy. note 2 de la col. suiv.) du feu et de l'eau, et classer méthodiquement les principes de toutes les maladies.

Ensuite, l'empereur *Yen-ti* (c'est-à-dire *Chin-nong*), profitant des travaux de *Fo-hi*, goûta les différentes plantes pour en reconnaître les propriétés, et il établit neuf moyens d'employer l'acupuncture pour préserver les hommes d'une mort prématurée (1).

2. — L'EMPEREUR CHIN-NONG (2). (2838—2699 avant J.-C.)

Suivant le THONG-KIEN (LE MIROIR GÉNÉRAL DE L'HISTOIRE), le TI-WANG-CHI-KI (les mémoires sur la généalogie des empereurs) et des rois et la préface du PEN-TSAO (HERBIER MÉDICAL) (1), Chin-nong régna par la vertu de l'élément du feu; il naquit sur les bords de la rivière *Kiang*; de là vint son nom de famille. Il était doué de la vertu d'un saint. Il fut le premier qui enseigna aux hommes de l'empire à labourer la terre et à semer les cinq espèces de grains. C'est pour cette raison qu'on l'appela *Chin-nong* (c'est-à-dire le divin laboureur). Il distingua, par le goût, les propriétés des plantes et des arbres; il examina leur nature froide, chaude, tiède (2), nuisible ou inoffensive (litt. pacifique); il les divisa en princes et en ministres (c'est-à-dire il indiqua leur rôle principal ou auxiliaire). En un seul jour, il rencontra soixante-douze poisons (ou plantes vénéneuses), et sut les transformer d'une manière miraculeuse. Il composa un recueil de recettes pour guérir les maladies du peuple; il fonda la science de la médecine, et pour déli-

(1) On voit que les Chinois font remonter leurs principes physiologiques fondamentaux jusqu'aux temps mythologiques; depuis cette époque, ces principes n'ont guère varié; la doctrine scientifique des Grecs trouve également ses racines dans les temps anté-historiques, mais elle n'est ni aussi nettement formulée ni surtout aussi immuable. — Cette notice fournit aussi les premières traces de la thérapeutique expérimentale.

(2) Il est dit généralement que ce fut l'empereur Hoang-ti qui écrivit le premier livre de médecine; mais on voit que la tradition chinoise le montre seulement comme ayant cultivé et perfectionné l'héritage scientifique que lui avait légué Chin-nong.

(1) M. Lepage, dans une dissertation faite avec soin sur la médecine des Chinois (Paris 1813, 4°, p. 63), semble croire que l'*herbier chinois* ne remonte pas très-haut (seizième siècle de notre ère) comme ouvrage d'ensemble, et que Li-chi-tchin lui a donné sa véritable forme en recueillant ce qu'il y avait de bon dans les autres ouvrages; mais on voit que le travail de Li-chi-tchin n'est qu'une nouvelle et dernière révision.

(2) Nous trouvons ici avec surprise une partie des idées grecques sur les qualités élémentaires et sur le rôle supposé de ces qualités dans l'action des médicaments. Nous reviendrons plus loin sur ce rapprochement si intéressant.—On voit aussi les origines de la toxicologie.—Il me semble que le mot *transformer* doit avoir ici le sens de *neutraliser*, et qu'il s'agit de contre-poison.

OBS. — Un enfant de 5 mois, allaité par sa mère, femme délicate et de faible complexion, était nourri avec des potages gras, des bouillies et des soupes au lait. Il avait chaque jour six à huit selles depuis cinq mois. Il était amaigri et avait de fréquents vomissements. Tout faisait craindre, à l'époque de son admission à l'hôpital, un ramollissement de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Pendant quatre jours, l'administration de 30 grammes de sous-nitrate ne fit que réduire à deux le nombre des selles. On porta la dose à 40, puis à 50 grammes pendant huit jours, et alors les vomissements furent supprimés; chaque jour il n'y eut plus qu'une seule selle, noire et à demi solide. Je fis continuer pendant quinze jours le bismuth à la dose de 20 grammes, et depuis cette époque les digestions sont devenues tout à fait naturelles; l'embonpoint et les forces ont reparu chez le jeune malade.

Cette observation prouve d'abord l'efficacité du sous-nitrate dans une diarrhée chronique et de nature suspecte; elle montre en outre qu'on peut donner à très-haute dose, pendant longtemps (vingt-cinq jours) et impunément, à de très-jeunes sujets un médicament réputé vénéneux. La suite de ce travail prouvera que cette opinion est tout à fait erronée.

Chez l'adulte, les diarrhées simples sont beaucoup plus rares que chez l'enfant; cependant il en est qu'il est impossible de rattacher soit à une phlegmasie, soit à des ulcérations de l'intestin : telles sont, par exemple, celles que l'on observe chez les malades atteints d'affection granuleuse des reins, chez les chlorotiques, les femmes anémiées par une dégénérescence cancéreuse de l'utérus, comme j'en ai actuellement plusieurs sous les yeux, dans quelques cas d'affection chronique du cœur, ou bien encore chez des sujets en proie à une phthisie commençante. Je ne parle que de ces diarrhées que l'on voit paraître au début de maladies très-diverses, et pour la production desquelles il est impossible d'imaginer, du moins à cette époque, autre chose qu'un simple trouble de la fonction sécrétoire. En pareil cas, le sous-nitrate de bismuth à dose progressive, depuis 10 jusqu'à 40 à 50 grammes, réussit merveilleusement. Je pourrais citer plus de quarante observations pour montrer les avantages qu'il possède sur les autres médicaments, lorsqu'on l'emploie pour arrêter de semblables dévoiements. Sans anticiper sur la description de ses effets thérapeutiques, je dois faire remarquer toutefois que les diarrhées dans lesquelles le liquide est surtout séreux, ou sécrété sous l'influence de l'atonie des membranes gastro intestinales, sont particulièrement celles où le bismuth triomphe le plus sûrement.

DIARRHÉES SYMPTOMATIQUES D'UNE LÉSION INTESTINALE. — L'entéro-colite était évidente chez plusieurs enfants qui avaient de la fièvre, une soif vive, et dont le ventre était tendu, sensible à la pression. Quelques-uns vomissaient depuis plusieurs jours. Malgré la contre-indication apparente fournie, d'un côté, par la nature de l'affection, et de l'autre par les symptômes d'irritation, j'ai administré souvent le bismuth à la dose de 16 à 30 grammes, et loin de voir la maladie s'exaspérer, j'ai toujours aperçu une diminution considérable de selles, et bientôt la diarrhée était remplacée par la constipation. Les vomissements, qui étaient sympathiques, en pareil cas cessaient également. Que si l'on s'étonnait de me voir combattre une phlegmasie de l'intestin par un agent réputé irritant, je répondrai que des faits cliniques sans nombre m'ont prouvé que le bismuth n'a pas la plus faible propriété irritante, et que tout ce que l'on a débité sur ce point est entièrement controuvé. Je prouverai même plus loin que l'action irritante, que l'on serait tenté d'accorder à l'action mécanique que le bismuth doit exercer sur l'intestin, est une pure hypothèse, une supposition que pourrait suggérer le raisonnement et que détruit l'observation.

Du reste, voici quelques autres faits qui ne laisseront, je l'espère, aucun doute dans l'esprit du praticien. J'ai donné le bismuth à haute dose à des phthisiques chez lesquels la persistance de la diarrhée colliquative et l'ensemble des symptômes généraux devaient faire admettre l'existence d'une de ces entérites érythémateuses ou ulcéreuses, qui sont si communes en pareils cas. L'usage de ce médicament a été suivi, contre toute attente, d'un véritable succès, non pas chez tous les malades, mais chez le plus grand nombre qui n'avait éprouvé aucun effet salutaire de l'emploi des narcotiques ou des astringents. Il y a plus : je suis parvenu à arrêter facilement la diarrhée, si constante dans la fièvre typhoïde, chez des sujets déjà entrés en convalescence, et, ce qui est plus singulier, dans le cours du second et du troisième septénaire, lorsque l'intestin grêle est le siége de vastes ulcérations. Je ne crois pas que le sel de bismuth puisse être très-utile en semblable occurrence; mais son efficacité pour arrêter les évacuations alvines prouve tout au moins que les ulcérations des plaques de Peyer ne sont pas offensées par le contact de ce singulier médicament. Il m'a été fort utile, lorsque j'ai voulu soutenir de très-bonne heure les malades, à l'aide de quelques bouillons qui provoquaient une diarrhée intense, ou bien encore dans le cas où j'avais à faire accepter par l'intestin un médicament tonique ou excitant, qui aurait été repoussé sans l'intervention du bismuth.

Les diarrhées entretenues par des ulcérations ou par la phlogose de la membrane muqueuse intestinale sont arrêtées souvent avec une promptitude extrême, quoiqu'elles datent déjà d'une époque assez reculée. C'est ainsi que j'ai vu cesser le premier ou le second, et au plus tard le troisième jour, de ces diarrhées symptomatiques que je combattais par l'usage de 40 à 50 grammes de sous-nitrate par jour. Je recommençais bientôt à nourrir les malades en leur continuant ces doses, et cependant la diarrhée ne reparaissait pas.

Je citerai à ce propos l'histoire d'un sujet atteint de colite ulcéreuse datant de douze années, et qui s'était soumis successivement et sans aucun résultat décisif à toutes les médications connues, prescrites par les médecins les plus distingués. Il était réduit à un marasme très-avancé; son unique nourriture consistait en préparations lactées. L'usage du sous-nitrate de bismuth, à la dose de 60 grammes par jour, suspendit enfin la diarrhée. Le malade mêlait aux premières cuillerées de ses aliments le sel de bismuth, et il était arrivé à en prendre quatre grandes cuillerées à potage par jour. A cette condition, il digérait presque tous les aliments. L'embonpoint et le retour des forces depuis plus de dix mois me permettent de considérer sa guérison comme entièrement confirmée.

CHOLÉRINE. — Tous les médecins s'accordent aujourd'hui à reconnaître que presque toutes les attaques de choléra sont précédées de ces troubles fonctionnels que l'on a désigné sous le nom de cholérine. La constitution médicale actuelle traduit son influence de plusieurs manières : les uns éprouvent des douleurs gastralgiques accompagnées de nausées et de quelques rares vomissements; d'autres des coliques très-pénibles avec constipation; la plupart ont des vomissements et des évacuations alvines fréquentes. A ces symptômes s'ajoutent souvent du refroidissement, de l'anxiété, de la prostration, une soif vive et de l'agitation. Tous ces symptômes, portés à un degré extrême, rapprochent beaucoup cette cholérine du véritable choléra. Quelle que soit l'opinion que l'on se forme à ce sujet, on ne contestera pas que toute espèce de dérangement gastro-intestinal, marquée surtout par de la diarrhée, doit être promptement réprimée. Le sous-nitrate de bismuth m'a rendu sous ce rapport les plus grands services,

---

vrer les hommes du danger d'une mort prématurée, il publia le *Pen-thsao* (HERBIER MÉDICAL) en quatre livres.

Sous la dynastie des *Liang* (502-556 après J.-C.), *T'ao-hong-king* y ajouta des mémoires particuliers des médecins les plus célèbres, et le porta jusqu'à sept livres.

Sous les *Thang* (618-904 après J.-C.), *Li-tsi-yn*, *Hiao-tsong*, etc., en firent, en vertu d'un ordre impérial, une nouvelle édition augmentée, retranchèrent les erreurs de *T'ao-hong-king*, firent disparaître la confusion qui tenait à des pratiques vulgaires, y ajoutèrent de nombreux extraits d'autres ouvrages, et portèrent son étendue jusqu'à vingt livres. Cet ouvrage est parvenu jusqu'à nous (voir 2e partie *Bibliographie*). Les bienfaits qui découlent des travaux de *Chin-nong* pour le salut et la santé du peuple, se sont étendus jusqu'à notre époque. Quel bonheur pour l'humanité s'ils parviennent jusqu'aux générations les plus reculées!

3. — L'EMPEREUR HOANG-TI (2698—2599 avant J.-C.)

Suivant le MIROIR GÉNÉRAL DE L'HISTOIRE, les MÉMOIRES GÉNÉALOGIQUES DES EMPEREURS et l'ouvrage intitulé KHIEOU-TSHE-TAN-KING, *Hoang-ti* avait pour nom de famille *Kong-sun* et pour surnom *Hien-youen*; il était fils du roi de *Yeou-hiong*. Il grandit sur les bords de la rivière *Ki* : c'est pourquoi son nom de famille fut aussi *Ki*. Il fut doué, en naissant, d'une intelligence divine. Il s'exerça à manier le bouclier et la lance pour châtier les rebelles. Après avoir contemplé le soleil, la lune et les étoiles, il composa un livre à l'usage des magistrats préposés à l'observation des astres. Il examina les diverses positions de la grande ourse, et inventa le cycle (de soixante ans) pour les calculs chronologiques. Suivant *Hoang-ti*, l'homme, en naissant, fuit l'obscurité et recherche la lumière (1); il se nourrit de mets divers, et est tourmenté au dehors par le *froid*, le *chaud*; au dedans, il est agité par la joie et la crainte.

Il examina les *cinq espèces d'air* (2) et les cinq mouvements; il pénétra la nature et le destin de l'homme, et nota soigneusement les influences du *yn* (de l'humide et du *yang* (du sec). Il interrogea son ministre *Tchi-pe* et composa le NEI-KING (le livre de la médecine interne) (3). Il ordonna à *Yn-fou*, surnommé *Loui-kong*, d'étudier la respiration et le pouls; à *Ou-pong*, surnommé *Tong-kiun*, de s'occuper des médicaments sous forme de bols et de pilules. Alors les hommes

(1) N'est-ce pas un fait bien remarquable que de voir les premiers médecins attribuer la génération au besoin de la lumière, quand on sait que les modernes regardent comme une des causes principales de la germination, le besoin que la plante a de la lumière?

(2) Plus haut il a été question de six airs; la troisième partie de ces recherches nous fournira sans doute la raison de cette différence. Du reste, on retrouve ici très-nettement le principe du *sec* et de l'*humide* (ailleurs les deux autres qualités se trouvent également mentionnées), qui domine la médecine chinoise comme la médecine grecque.

(3) On remarquera ici un progrès véritable : au lieu d'un recueil de recettes, c'est un *traité de médecine* que rédige *Hoang-ti*, il y introduit même de la physiologie. Peut-être voudra-t-on trouver ici les premières origines de la chimie et même de l'alchimie.

et m'a paru bien préférable à tous les autres médicaments, pourvu qu'on l'administre à haute dose. Il convient surtout dans la cholérine qui est marquée par des nausées, des vomissements, de la gastralgie et de fréquentes évacuations alvines. Je ne compte plus les cas dans lesquels le médicament, administré à la dose de 30 à 40 grammes par jour, a suffi pour arrêter à l'instant même les symptômes précédemment indiqués, sans le secours de l'opium. Il m'a paru plus certain encore dans son action chez les malades qui ont perdu l'appétit, et qui ont depuis plusieurs jours de la diarrhée, des coliques sourdes, des borborygmes et de l'anorexie. Ils sont sûrs d'y mettre fin dans l'espace de quelques heures; ils peuvent même vaquer à leurs occupations et prendre des bouillons et des potages, à la seule condition d'y mêler quelques cuillerées à café de poudre de bismuth. Les malades sont tout étonnés de retrouver leur appétit et leurs forces sans s'astreindre à un autre traitement. Je ne l'ai jamais vu échouer dans la diarrhée qui règne actuellement. Plusieurs médecins et élèves, qui étaient en proie à cette cholérine, n'ont point interrompu leurs travaux ni même leurs études anatomiques, le sous-nitrate ayant amené une prompte guérison. Il faut en continuer l'usage pendant quelque temps, et l'on est sûr d'être à l'abri de toute rechute, ce qui n'est pas un des moindres avantages de cette médication. Le seul inconvénient, bien minime sans doute, est une constipation qu'il est facile de vaincre à l'aide de lavements. Depuis que le choléra a éclaté à Paris, et particulièrement dans nos hôpitaux, je fais administrer le sous-nitrate de bismuth à tous les malades couchés dans mes salles et qui sont en proie à la diarrhée, quelle qu'en soit la cause. Sur quatre-vingt-onze malades, deux seulement ont été pris, l'un de choléra, l'autre de cholérine, et encore, dans ce dernier cas, la diarrhée avait été dissimulée par le malade.

La gastralgie que l'on observe chez un grand nombre de personnes soumises à l'influence épidémique, ne cède point moins facilement au sous-nitrate lorsqu'elle constitue toute la maladie, surtout si elle est accompagnée de diarrhée.

Gastralgie.—Je ne dirai que peu de mots de l'emploi du bismuth dans le traitement des névroses gastriques ou gastro-intestinales soit idiopathiques, soit dépendantes de l'hystérie, de l'hypocondrie, de la chlorose, de la folie, ou de toute autre affection soit locale, soit générale. Mon témoignage ne ferait que confirmer les résultats obtenus par un nombre considérable de médecins qui ont écrit sur ce sujet. Cependant j'ajouterai une remarque clinique d'une assez grande importance : j'ai vu échouer bien souvent le sous-nitrate de bismuth dans des gastralgies simples, idiopathiques et très-anciennes, parce qu'on le donnait aux doses indiquées dans tous les formulaires, c'est-à-dire à 2 ou 4 gram. Il m'a suffi de les élever à 50 ou 60 grammes pour obtenir une guérison qui semblait être au-dessus des ressources de l'art. Je me rappelle spécialement l'histoire d'un officier de marine qui, après avoir été soumis pendant une longue campagne sur mer, à une alimentation composée exclusivement de viandes salées ou conservées par la méthode Appert, fut pris d'une gastralgie intense évidemment idiopathique. L'emploi du sous-nitrate à petites doses n'apporta aucun soulagement; à partir de l'époque où le malade se mit à manger une cuillerée à soupe de ce médicament à chaque repas, tous les symptômes gastriques disparurent et l'embonpoint ne tarda pas à reparaître. Les malades, en pareille circonstance, s'habituent si bien au sous-nitrate de bismuth qu'ils continuent à en manger longtemps après que la gastralgie a cessé. Il est utile qu'ils obéissent à ce besoin instinctif quand la maladie est diminuée et tant qu'ils n'ont pas recouvré le plein exercice de leurs fonctions digestives.

La gastralgie idiopathique que l'on observe si fréquemment chez les personnes sédentaires, livrées à des travaux de cabinet, ou en proie à une émotion morale, ou bien chez ceux qui ont abusé des liqueurs fortes, ou du café, est du nombre des névroses gastro-intestinales contre lesquelles le sous-nitrate de bismuth a le plus sûrement réussi entre mes mains. Il m'a servi pour faire accepter par l'estomac des aliments toniques dont la digestion lente et douloureuse s'accompagnait de céphalalgie, de sommeil, de courbature et de douleur dans les membres et de cet appareil de symptômes que l'on trouve souvent réunis chez les chloro-anémiques.

Le sous-nitrate ne produit qu'un soulagement passager dans la gastralgie liée à une affection organique de l'estomac, excepté lorsque ce viscère sécrète une grande quantité de liquides acides.

Vomissement. — Considéré comme symptôme, le vomissement peut tenir à une simple névrose gastrique, et constituer toute la maladie ; dans ce cas, le sous-nitrate à haute dose peut être utilement employé. Il est encore utile, dans le vomissement des femmes grosses, à l'approche et pendant le cours de la menstruation, quand celle-ci est douloureuse ou difficile. Mais son action m'a toujours paru moins certaine que dans les troubles fonctionnels et caractériser les maladies de la portion de l'intestin qui fait suite à l'estomac. Aussi ne réussit-elle jamais mieux que dans les cas où la digestion s'accompagne de la production de gaz, de colique et de diarrhée.

Quelle que soit la cause de la douleur qui se manifeste dans l'estomac, au moment de la digestion gastrique, il importe de recourir à l'emploi du sous-nitrate que l'on mêle aux aliments, et qui en rend le contact moins pénible pour les membranes gastriques.

(La fin au prochain numéro.)

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PÉRIODE COMATEUSE DU CHOLÉRA ; par M. le docteur Worms, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou.

> Immerito ullus ipsorum reprehendatur propterea quod invenire non poterat; imo laudandi potius omnes quod investigare conati sunt.
> (Hippocr., lib. 1, De diæta.)

Monsieur le rédacteur,

Ainsi que j'en avais pris l'engagement par la lettre que vous avez bien voulu accueillir dans votre numéro du 7 avril, je viens vous tenir au courant des résultats de la médication à laquelle j'ai cru devoir recourir pour combattre le coma qui complique souvent d'une manière funeste la période de réaction du choléra.

Ces résultats ont dépassé mon attente : le malade qui fait le sujet de ma précédente lettre (1) (le nommé Pierre, salle 21, n° 9) est en pleine convalescence ; il mange le quart de la portion, boit la portion entière de vin, et il lui reste à peine un peu de rougeur aux conjonctives. Je n'hésite pas à déclarer que c'est pour la première fois, depuis que j'ai observé et traité des cholériques, que je vois le coma porté au degré qu'il avait atteint chez ce malade, se terminer autrement que par la mort. Le second malade dont il

(1) Voir Gazette Médicale, p. 258, n° du 7.

---

accomplirent la durée de leur vie. Ayant reçu du docteur du palais Violet, monté sur un bufle noir, l'astronomie des trois empereurs augustes, il dompta la puissance des esprits ; ensuite il se rendit à la grotte Kong-tong, et interrogea *Kouang-tching-tseu*, qui lui donna le livre sacré de la nature. Il franchit la porte de jade (la porte du ciel); il obtint des mains d'une déesse mystérieuse, l'ambroisie divine, neuf fois purifiée. Il alla sur le mont Mao-cha, recueillit du *Yu-yu-liang*, le fit fondre et en obtint du cuivre. Il revint au pied du mont, sur les bords du lac *Tche-hou;* il établit un fourneau, y plaça des plantes médicinales, et bientôt acheva la composition de l'ambroisie divine, neuf fois purifiée.

Un dragon jaune descendit du ciel et se présenta devant l'empereur *Hoang-ti*, qui monta sur son dos et s'éleva dans les airs. Dans cette ascension, il fut accompagné de soixante-dix de ses officiers. Tout le peuple le suivit des yeux avec un sentiment de respect et d'admiration. C'est pourquoi les générations suivantes donnèrent à cet endroit le nom de *Tche-hou*.

4. — Tsieou-taï-ki.

D'après l'ouvrage médical intitulé Sou-wen, *Tsieou-taï-ki* vivait du temps de l'empereur *Hoang-ti*; il fut le maître de *Ki-pé*.

Ki-pé composa des dialogues où il est censé s'entretenir avec lui, et publia le Neï-King, ou le livre sacré sur *la doctrine ésotérique* des médecins (1).

(1) On sait qu'il y avait également en Grèce un enseignement ésotérique pour la médecine comme pour les autres branches des connaissances.

5. — Ki-pé, surnommé Thien-sse, ou le maître divin.

On lit dans le Neï-king, ou livre sacré de *la doctrine ésotérique* (des médecins) : *Ki-pé* vivait du temps de *Hoang-ti*. Cet empereur lui demanda des leçons et l'interrogea sur la médecine. Il composa ensuite l'ouvrage Sou-wen-ling-kiu, et le publia sous le titre général de Neï-king (le livre sacré de la doctrine intérieure), en dix-huit livres. Sous la dynastie des *Thang*, *Wang-ping-tse*, qui avait le titre de *Thaï-po*, y ajouta un commentaire. C'est le plus ancien ouvrage médical (litt. le livre des patriarches de la médecine). Les principes du pouls, les causes des maladies, l'art de guérir, l'acupuncture et le mouvement des esprits vitaux, y sont exposés d'une manière claire et complète. C'est véritablement l'ouvrage d'un sage que le ciel a fait naître pour le seconder dans le développement et la conservation des hommes. Il est maintenant fort répandu dans le monde.

Stanislas Julien (de l'Institut).

(La suite à un prochain numéro.)

— M. le docteur Auzias-Turenne commencera un nouveau cours de médecine opératoire le mercredi 18 avril 1849, à midi, à l'Ecole pratique.

On s'inscrit pour répéter les manœuvres auprès de M. Auzias, à l'Ecole pratique, ou chez lui, 12, rue d'Enfer.

avait été fait mention est entièrement rétabli, et serait déjà sorti de l'hôpital si ses vésicatoires étaient parfaitement secs (1).

Je craindrais d'être taxé d'exagération et d'aveugle partialité pour une méthode dont le premier j'ai eu l'idée, si j'essayais de vous convaincre de la merveilleuse promptitude avec laquelle agissent ces fomentations dans la plupart des cas. Depuis le jour où je les ai vu exercer sur l'état du n° 9, salle 21, une influence si remarquable, j'en ai étendu l'emploi à tous les cas de choléra très-graves qui ont été admis dans mon service, et surtout aux hommes chez lesquels une cyanose très-foncée de la face, des oreilles et du nez devait faire présager une réaction ou très-difficile ou compliquée d'accidents cérébraux, et voici en somme ce que j'ai observé : la peau se réchauffait plus promptement et à un plus haut degré, le pouls prenait un développement et une énergie extraordinaires, et qui, si je ne m'étais cru aussi sûr du résultat définitif, m'auraient engagé à saigner immédiatement dans la crainte d'une congestion funeste; mais au milieu de ce mouvement tumultueux de la circulation, la conjonctive, à ma grande surprise, ne présentait pas la moindre trace d'injection ; la tête n'était pas douloureuse.

Le lendemain cet orgasme s'apaisait (sans autres crises appréciables qu'un peu d'épistaxis ou d'otorrhée que j'ai observées de tout temps) ; dans plusieurs cas très-intenses, un érythème scarlatineux se montrait sur les membres et aux fesses et disparaissait dans les vingt-quatre heures, et la maladie passait à la convalescence sans obstacle ni retard.

Toutes les fois que chez des hommes atteints moins gravement et pour lesquels je n'avais point eu recours aux fomentations, il survenait de la somnolence, de la céphalalgie, ou une forte coloration de l'œil, en quelques heures je parvenais à dissiper ces phénomènes, par l'application d'une compresse sur le front.

Il serait difficile de donner une idée du changement qui depuis huit jours s'est opéré dans l'aspect de mon service; excepté les entrants de la veille ou du jour même, tous les autres malades perdent immédiatement le cachet de l'affreuse maladie dont ils ont été frappés.

En somme, sous l'empire de ces fomentations, la tête se dégage, l'œil perd sa coloration morbide; la circulation se ranime et s'accélère visiblement ; et si je ne me trompe, elles produisent cet effet en faisant cesser la congestion passive du cerveau et amenant la résorption de la sérosité épanchée à la surface de cet organe ; en levant ce double obstacle, elles permettent au centre cérébral de reprendre sur l'économie l'influence directrice et vitale dont celle-ci ne saurait être privée longtemps sans succomber.

Non pas que je prétende voir dans la stase veineuse encéphalique le résultat soit unique, soit immédiat de l'action du miasme cholérique. Je crois au contraire que cette stase n'en est qu'un effet secondaire ; mais elle devient, relativement à la conservation de l'organisme, une affection principale et une des causes de mort les plus fréquentes, soit après la réaction commencée, en s'opposant à la répartition du sang artériel et en causant un épanchement séreux, soit au début et dans l'état algide, en interceptant, si je puis m'exprimer ainsi, l'innervation cérébrale, sans l'aide de laquelle la vie ne peut prolonger sa lutte avec la cause qui tend à la détruire.

C'est en conséquence de cette opinion que depuis quelques jours j'ai pris le parti de faire appliquer les fomentations au début de l'état algide. Il me semble tout à fait impossible qu'elles aient un effet nuisible ; et comme toutes les fois que j'en ai fait usage je les ai vues ranimer énergiquement la circulation et la calorification, je pense qu'elles doivent servir de puissant auxiliaire aux autres moyens par lesquels je m'efforce de rappeler la chaleur et le pouls.

Il ne sera peut-être pas hors de propos de vous donner en quelques mots l'histoire de deux malades récemment entrés dans mes salles et qui ont été soumis à ce traitement.

Obs. I. — Roucher, fusilier au 29e de ligne, venant de la caserne de l'Archevêché, est pris de vomissements le 9 avril à neuf heures du soir ; une heure après, il entre à l'hôpital. Le chirurgien de garde ne trouvant pas chez lui les signes pathognomiques du choléra, le fait mettre dans une salle de fiévreux.

Au milieu de la nuit, les vomissements redoublent de fréquence et d'intensité, il survient des crampes très-violentes, une diarrhée très-abondante ; la peau se glace, la cyanose s'empare de la face et des membres, la voix et le pouls disparaissent. On le transporte dans mon service. On lui fait prendre 2 grammes d'ipécacuanha. A sept heures du matin, le 10, au moment de la visite, je le trouve offrant les symptômes du choléra le plus grave. La figure est hideusement grippée, il est extrêmement abattu ; je suis obligé d'appliquer l'oreille sur la bouche pour saisir les réponses à mes questions ; la langue et l'air expiré sont tout à fait froids ; l'œil est tourné en haut et on n'en voit que le blanc, toutes les fois qu'on ne fait pas parler le malade. Je fais aussitôt appliquer un emplâtre de thériaque à l'épigastre, donner quelques morceaux de glace, la potion n° 2 avec la thériaque et appliquer des fomentations chaudes sur la tête. Je prescris d'heure en heure des lotions avec la solution acétique camphrée chaude et l'infusion de menthe et de tilleul pour boisson.

A trois heures du soir, il y a encore des vomissements et des selles. La peau, sans avoir recouvré de la chaleur, est cependant moins glacée ; on commence à sentir le pouls. Le malade se plaint de douleurs à la tête, d'anxiété épigastrique et de soif. Les crampes ont presque entièrement cessé, mais il est toujours fort abattu et inquiet sur son état.

Le 11, à la visite du matin, la situation du malade s'est visiblement améliorée. Le pouls a pris du développement, la face un caractère naturel ; Roucher me dit en souriant qu'il se sent mieux ; il n'a eu que trois vomissements et quelques selles la nuit ; la peau est chaude partout, excepté aux mains, qui sont encore violettes. Il a uriné une fois et ne se plaint plus que de la soif.

Je crois que d'ici à deux jours, la convalescence aura commencé.

Obs. II. — Cormier, 22e de ligne, baraquement de la place des Invalides, âgé de 22 ans, tempérament lymphatico-sanguin, est apporté à neuf heures et demie du soir, le 7 avril.

Cet homme, d'ailleurs d'une bonne constitution, avait la diarrhée depuis trois jours. Douze heures avant d'entrer, il avait été pris de vomissements ; aux termes du rapport du chirurgien de garde, le pouls était faible, les extrémités étaient presque froides ; il y avait de la cyanose, des crampes, de la diarrhée et une faiblesse remarquable.

Le 8, quand je vins à sept heures du matin, je trouvai Cormier dans l'état suivant :

Il était étendu dans le lit, sans mouvement, la face entièrement cyanosée, l'œil à moitié fermé et convulsé en haut ; les mains, les bras, les jambes et les cuisses étaient bleus ; la langue était froide, la voix éteinte, et on ne sentait de pouls nulle part. Le visage était constamment baigné d'une sueur froide, et l'épuisement porté si loin que je renonçai à l'interroger.

Je fis de suite appliquer des fomentations sur la tête, que je ne fis pas raser, par crainte d'une fatigue trop grande pour la condition du malade. Un emplâtre de thériaque fut mis à l'épigastre, et une éponge trempée dans la solution acétique camphrée chaude fut promenée d'heure en heure sur la surface du corps. Je prescrivis pour boisson l'infusion de menthe et de tilleul ; potion n° 1.

Le 9 au matin, on commençait à percevoir faiblement les pulsations de la radiale. La cyanose persistait, et la face, ainsi que le tronc, étaient jaspés de pétéchies qui ressemblaient assez, pour la forme et la couleur, aux taches de la rougeole maligne. La stupeur était encore fort grande, et l'œil présentait un peu d'injection ; la langue s'était réchauffée et enduite.

Le 10, les extrémités étaient encore bleues, mais moins froides ; la teinte était moins foncée. Il y avait eu six selles en diarrhée pendant la nuit ; le malade avait un peu uriné pour la première fois ; la langue était chaude, la face colorée ; le pouls était plus sensible que la veille, et on pouvait obtenir une réponse nette et précise du malade, quoiqu'il eût l'air encore très-endormi.

Le 11, l'extrémité des mains est encore bleuâtre ; mais la peau est assez chaude ; des marbrures foncées sont disséminées sur les membres supérieurs et inférieurs et y ont remplacé la cyanose. De larges taches rouges se montrent aux genoux, aux malléoles et aux fesses.

Le malade, abandonné à lui-même, a encore l'air de dormir ; mais il se réveille sans peine et sans lenteur, et annonce qu'il se sent assez bien ; le pouls est grand et développé, mais sans fréquence ; la voix a repris son timbre normal ; l'injection oculaire remarquée la veille n'a pas augmenté ; la face est rouge et vultueuse.

Je substitue à la potion stimulante deux potions avec le carbonate d'ammoniaque (4 grammes) et le camphre, et je prescris qu'on fasse raser la tête, ce que je n'avais pas osé ordonner jusqu'alors, en raison de la grande faiblesse du sujet.

Je crois pouvoir, à dater d'aujourd'hui, espérer une issue favorable (1).

Je serais tenté de croire que chez ces deux malades l'emploi des fomentations, dès le moment où je les ai vus, n'a pas été sans efficacité ; je pourrais multiplier les observations, car depuis le 2 avril j'ai reçu dans mes salles 40 nouveaux malades ; mais ce serait pour vous et pour moi une fatigue superflue.

Ce n'est point non plus le moment d'examiner l'utilité dont ces fomentations pourraient être dans la méningite, l'hydrocéphale aiguë des enfants et l'apoplexie. J'espère que vous me permettrez de revenir sur ce sujet dans un moment plus opportun.

Ce qu'il importe en ce moment de faire remarquer, c'est que le nouveau moyen auquel j'ai eu recours dissipe et prévient avec une incontestable puissance la congestion cérébrale passive, qui est un des accidents les plus formidables du choléra, et qu'il serait vivement à désirer que dans les services de cholériques on voulût bien faire l'essai de ces fomentations, qui rendront, je crois, d'immenses services, en favorisant la réaction dans l'état algide, et en s'opposant aux accidents dont s'accompagne le retour de la chaleur et de la vie à la suite des cas graves de la maladie épidémique.

(1) Avant d'avoir songé à employer les fomentations, et dans la prévision des accidents cérébraux qui surviennent trop souvent, je faisais appliquer des vésicatoires aux jambes et aux cuisses des hommes très-gravement frappés par l'épidémie.

Ceux que Pierre avait aux cuisses s'étaient gangrenés, et ajoutaient ainsi une nouvelle complication à son état.

(1) Chez les deux malades cités dans cette lettre, écrite il y a deux jours, l'amélioration s'est confirmée.

Avant de terminer cette lettre écrite à la hâte comme la première, je tiens beaucoup à vous faire remarquer que si, dans l'article précédent, j'ai cru devoir affirmer que la cholérine (diarrhée incolore) ne précédait pas toujours l'invasion du choléra, je n'ai pas voulu dire par là que j'avais observé positivement des invasions sans prodromes, mais que ces prodromes, constitués presque toujours par les déjections alvines, pouvaient aussi quelquefois n'être qu'un frisson, un sentiment de malaise, une anxiété épigastrique, ou de la prostration nerveuse.

Agréez, etc.

CLINIQUE MÉDICALE.

REVUE CLINIQUE DU CHOLÉRA.

Depuis notre dernière revue, l'épidémie a continué à se développer dans les hôpitaux. Si l'on s'en rapportait tout simplement aux chiffres, il y aurait véritablement lieu de craindre une augmentation assez considérable et une aggravation assez sérieuse de l'affection ; mais, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le nombre des nouveaux malades est moins le résultat des influences actuelles de la cause épidémique que celui des produits de cette cause, retardés pour ainsi dire dans leur développement. Il faudrait d'ailleurs pouvoir comparer d'une manière certaine le mouvement des malades et des décès dans les hôpitaux avec le même mouvement dans la ville. Or l'un des termes de comparaison est absolument impossible à se procurer, et il est assez difficile d'avoir sur l'autre tous les renseignements nécessaires pour ne laisser aucun doute sur l'origine des nouveaux cas. Contentons-nous donc, en restant dans l'appréciation la plus générale et la plus directe des faits, de dire que l'épidémie n'est pas encore arrivée à sa période de décroissance, et semble se maintenir avec une certaine activité dans la période d'état.

	Nombre des cholériques au 6 avril.	Morts au 6 avril.	Nombre des cholériques jusqu'au vendredi 13.	Morts jusqu'au vendredi 13.
Hôtel-Dieu.	123	63	181	82
La Charité.	99	60	146	85
La Pitié.	118	60	148	78
La Salpêtrière.	494	348	660	475
Bicêtre.	12	9	23	14
Saint-Louis	55	29	87	41
Beaujon	38	26	62	40
Hôpital des Enfants.	13	5	14	7
Necker.	24	13	26	14
Sainte-Marguerite.	7	5	14	8
Saint-Antoine	10	5	14	5
Hôpital des Cliniques.	12	7	15	9
Bon-Secours.	7	6	8	6
Val-de-Grâce.	74	24	127	35
Gros-Caillou.	67	23	147	45
Ménages.	»	»	7	5
Cochin.	»	»	3	1
Maison de santé.	»	»	2	2
Invalides.	»	»	10	8
Hôpital militaire du Roule.	»	»	31	12
Prison de Saint-Lazare.	»	»	2	2
Totaux.	1153	665	1727	974

Du reste, la physionomie générale de l'épidémie dans les hôpitaux ne semble pas avoir varié, du moins d'une manière notable ; les malades qu'on apporte dans ces établissements sont toujours atteints très-gravement. La symptomatologie est toujours aussi expressive, la marche de la maladie toujours aussi rapide, et si les traitements paraissent, dans quelques circonstances, avoir eu des résultats heureux, c'est peut-être plus à un progrès dans la sagesse de la thérapeutique et dans le choix des moyens, qu'il faut attribuer de moins graves résultats, qu'à une diminution dans l'intensité de la maladie, qui semble être restée la même.

Nous devons reconnaître, en effet, que la plupart des médecins semblent moins déconcertés, que leurs prescriptions paraissent moins précipitées, qu'elles tendent à se soumettre à des règles plus méthodiques, et qu'enfin les médications qui ont quelque chance d'efficacité semblent prendre le dessus dans l'opinion. C'est à ce dernier point de vue surtout que nous voulons rédiger cette revue.

Nous nous efforcerons donc de présenter sur les principales méthodes dont nous avons indiqué les premières applications dans notre dernier numéro, des faits plus décisifs, plus complets et plus concluants, et nous ajouterons aux faits déjà publiés les détails complémentaires destinés à en faire apprécier la valeur. Nous terminerons par quelques indications relatives à des essais trop peu avancés et trop peu nombreux pour que l'on puisse en déterminer l'importance réelle.

Les observations qui vont suivre porteront donc successivement sur la méthode excitante, sur la méthode évacuante, sur la méthode sédative, et sur les méthodes mixtes et spécifiques.

PREMIÈRE SECTION.

MÉTHODE EXCITANTE.

Déjà, dans notre dernière revue, nous avons exprimé le désir de voir quelques applications plus tranchées de la méthode excitante ; nous avons même laissé voir, à travers les obscurités de médications trop compliquées, la faveur avec laquelle cette méthode pouvait se présenter aux yeux de l'observateur impartial. Les faits que nous allons rapporter sont peut-être de nature à mettre dans la plus complète évidence les services qu'il est permis d'attendre de cette méthode et les indications à son emploi.

CHOLÉRA ASIATIQUE ; TROIS JOURS DE DIARRHÉE PRODROMIQUE JAUNE ; VOMISSEMENTS SÉREUX PENDANT DEUX JOURS ; CHOLÉRA CONFIRMÉ LE QUATRIÈME JOUR ; DIARRHÉE BLANCHE ; BICARBONATE DE SOUDE, CAFÉ, VIN DE CANNELLE ; CHANGEMENT DE COULEUR DES VOMISSEMENTS ET DES SELLES ; CONVALESCENCE.

Obs. I. — Mondé (Patrice), 23 ans, du premier régiment du génie, caserné à l'hôtel de ville, deux ans et demi de service, à Paris depuis quatre mois, entré à l'hôpital le 2 avril à midi, salle 25, n. 14.

D'une constitution moyenne, bonne santé habituelle, pas de maladie antérieure. Diarrhée jaunâtre depuis trois jours ; l'avant-veille de son entrée, vomissements aqueux ; le malade rend ses tisanes aussitôt prises. Le 1er avril, cinq ou six selles aqueuses, blanches ; suppression des urines ; légères crampes dans les mains, les bras et les jambes.

Apporté le 2 avril, à midi.

A ce moment, chaleur au-dessous de la normale ; pouls petit, 96 ; soif ardente ; cyanose encore peu prononcée. (Bain d'air chaud ; friction ; tilleul édulcoré, contenant bicarbonate de soude, 4 grammes par litre.)

Sept heures du soir, les yeux caves, cernés ; cyanose du visage, du tronc et des membres ; pouls à 84, faible. Pas de selle depuis l'entrée ; pas d'urine ; voix cassée.

Le 3 avril, à la visite du matin. Deux selles jaunes cette nuit ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; pouls filiforme à 84 ; chaleur toujours un peu diminuée. (Frictions ; café noir, 120 gr. ; cruchons d'eau chaude.)

Dans la journée, neuf ou dix vomissements, trois selles brunâtres diarrhéiques ; pouls à 90 ; les yeux caves, cernés de violets. (Limonade gazeuse ; tilleul ; bicarbonate de soude ; diète.)

Le 4 au matin, les yeux toujours caves ; cyanose aux extrémités ; pouls à 84 ; langue blanchâtre ; ventre tendu ; gargouillement iliaque ; douleurs à l'épigastre ; un vomissement jaunâtre. (Eau de riz citrique ; sinapismes volants sur l'épigastre ; glace.)

Le même jour à huit heures du soir, deux vomissements ; deux selles liquides, brunes.

Le 5, un vomissement bilieux pendant la nuit ; pouls à 78. Le malade dit se trouver assez bien, quoique la cyanose existe encore assez notable ; les yeux caves, cernés ; douleurs épigastriques. (Limonade gazeuse ; eau de riz ; bicarbonate de soude ; bouillon.)

Le 6, deux vomissements ; cinq ou six selles jaunâtres ; cyanose ; yeux cerclés de violet ; voix cassée ; douleurs ombilicales ; quelques crampes. (Limonade gazeuse ; eau de riz citrique ; vin de cannelle, 125 gr.)

A neuf heures du soir, une selle riziforme.

Le 7, un vomissement bilieux ; pas de selle ; yeux caves ; conjonctives un peu hypérémiées. (Vin de cannelle, 100.)

Le 8, le pouls à 79 ; la face colorée ; les yeux injectés ; quelques papules roses sur le thorax ; langue humide ; un vomissement pendant la nuit.

Le 9, le ventre, les fesses, une partie des cuisses sont recouverts d'une imphore d'urticaire, confluente, d'un rose vif, mêlée çà et là de papules prurigineuses ; amélioration sensible de l'état général. (Bouillon.)

Le 10, une selle ; pouls à 70 ; langue nette. (Bouillon.)

Le 12, 4 litres d'urine. Convalescence.

Dans ce premier fait, la méthode excitante a été on ne peut plus tranchée. La maladie était elle-même très-caractérisée ; on a vu néanmoins que dès le second jour de la médication, les matières des vomissements et des selles ont subi un changement notable. Les symptômes n'ont pas été enrayés ; mais on a dû remarquer que depuis le jour où la couleur des selles avait changé sous l'influence des excitants, cette coloration n'a fait que se modifier, mais toujours dans le sens opposé à la couleur cholérique. Il est à noter que la constitution du sujet pouvait être, aux yeux de certaines personnes, une contre-indication à l'emploi de la méthode. Cependant le savant chef de service ne s'est pas arrêté à cette considération, et il a persisté, suivant nous, avec beaucoup de raison, dans l'emploi des excitants ; il a même

ajouté à l'action des premiers un auxiliaire plus puissant fourni par le vin de cannelle.

Le cas suivant, bien qu'un peu moins caractérisé, mérite cependant de trouver place à côté du précédent.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE ANCIENNE DATANT DE DEUX MOIS ET DEMI; ÉTAT CYANIQUE, ALGIDE; ÉVACUATIONS BLANCHES; TRAITEMENT PAR LES STIMULANTS ET LES OPIACÉS; GUÉRISON. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. II. — Gantun, 26 ans, du 57e de ligne, caserné au fort de Bicêtre, entré le 27 mars au Val-de-Grâce, où il est couché salle 25, n. 31.

D'une assez bonne santé habituelle, cet homme est entré à l'hôpital, il y a deux mois et demi, pour une diarrhée très-opiniâtre, pour laquelle il est resté deux mois, et dont il n'était pas encore complétement guéri lorsqu'il est sorti il y a dix-huit jours; cependant sa santé était plus satisfaisante.

Le 25 mars dans la journée, deux selles diarrhéiques abondantes, jaunâtres.

Le 26, selles beaucoup plus nombreuses, de même nature; le malade ne s'en rappelle pas le nombre.

Dans la nuit du 26 au 27, il est pris de crampes; trois vomissements de matières blanches.

Le 27 au matin, on le trouve dans l'état suivant : Cyanose générale intense; yeux caves, cerclés de violet; état algide; peau froide, argileuse, sans élasticité, conservant l'empreinte du doigt; absence du pouls radial. A la carotide, on trouve 95 pulsations filiformes; oppression; douleurs épigastriques, s'étendant suivant le rebord costal jusque dans l'hypocondre droit. Crampes dans les membres; pas de douleurs lombaires; urines supprimées depuis hier soir. La vue est trouble, l'ouïe un peu dure; cependant l'intelligence est nette et bien conservée; prostration. (Bain d'air chaud; frictions avec liniment volatil camphrée; potion stimulante laudanisée ordinaire.)

A midi, même phénomène. (Second bain d'air chaud.)

A trois heures, pas de pouls radial ni carotidien; la prostration semble cependant un peu moindre; sueur visqueuse; peau froide. (Même traitement. Café noir, 125 grammes.)

A huit heures du soir, sueur visqueuse; le pouls carotidien donne 108, faible. (Frictions; bain d'air chaud; infusion de café, 240 grammes.)

Dans la nuit du 27 au 26, un peu de sommeil, souvent interrompu; deux ou trois selles blanches, à odeur caractéristique; pas de vomissement.

Le 28 au matin, pouls à 92, petit, comme ondulant, aux radiales; cyanose moins prononcée; joues un peu rosées; les yeux moins caves; la langue tiède; les extrémités commencent à se réchauffer; persistance des douleurs épigastriques et diaphragmatiques; langue un peu sèche, sans enduit saburral; soif vive; crampes plus faibles et plus rares; pas d'urines depuis le 27 au matin; prostration beaucoup moindre. (Même traitement.)

Le même jour à deux heures de l'après-midi, le pouls radial, assez développé, donne 84; cinq à six selles liquides, jaunâtres, troubles.

Le 29, l'amélioration continue. (On supprime la potion stimulante. Limonade citrique gommée; eau de Seltz.)

Le 30, mieux sensible; les urines ont reparu en petite quantité.

Le 2 avril, selles demi-stercorales; convalescence. (Bouillon.)

Le 3, une selle consistante. Le malade est porté à la salle des convalescents. (Bouillon; potage.)

Le 9, guérison complète.

Dans ce deuxième fait, la méthode excitante a été poursuivie jusqu'après la période de réaction, et malgré l'addition du laudanum dans la potion excitante, l'ensemble de la médication (liniment volatil, éther, acétate d'ammoniaque, eau de menthe, café) n'en a pas moins le caractère très-tranché de la méthode. Ici, comme dans le cas précédent, l'amélioration a été caractérisée surtout par le changement dans la coloration des selles.

Le changement est survenu beaucoup plus tard chez le second malade que chez le premier. Faudrait-il attribuer cette circonstance à l'énergie moindre de la médication? Faisons remarquer qu'aussitôt la réaction produite, le chef de service a très-bien fait de modifier et d'atténuer la médication. Peut-être cet exemple particulier confirme-t-il l'indication générale qui doit présider à l'emploi et à la durée de l'emploi des excitants; car il est à noter qu'une fois la réaction produite, ce ne serait pas sans danger que l'on chercherait à produire une activité trop grande des organes centraux de la circulation, alors que plusieurs points du système seraient engorgés, et formeraient par conséquent obstacle à la libre expansion du système. Ce point de vue a déjà sagement inspiré quelques heureux essais que la GAZETTE MÉDICALE a fait connaître.

DEUXIÈME SECTION.

MÉTHODE ÉVACUANTE.

Déjà, dans notre Revue du 7 avril, nous avons rapporté un certain nombre de faits qui nous paraissaient propres à encourager les médecins à essayer de la méthode évacuante avec une certaine énergie. Cette méthode est en effet une de celles qui, en 1832, à Paris, produisirent les meilleurs résultats. Les faits nouveaux que nous avons à rapporter sont peut-être propres à encourager de plus en plus les praticiens à y avoir recours.

CHOLÉRA ASIATIQUE; CAS LÉGER; FORME SABURRALE; PRODROMES VAGUES; VOMISSEMENTS BILIEUX; TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE ÉVACUANTE VOMITIVE; GUÉRISON RAPIDE. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. III. — Régent, 26 ans, du 27e de ligne, caserné à l'*Ave-Maria*, six ans de service, d'une assez forte constitution, entre au Val-de-Grâce le 29 mars, à trois heures du soir (salle 25, n. 35).

D'une bonne santé habituelle; cependant, il y a deux mois, il eut une légère maladie, caractérisée, dit-il, par de la gêne de la respiration. Il obtint un congé de six semaines et se fit soigner dans sa famille. On lui fit prendre des purgatifs, et on lui pratiqua une saignée. Il était de retour au régiment depuis le 22 mars, mais ne se trouvait pas dans un état de santé parfaite, sans avoir cependant de diarrhée.

Le 28, à neuf heures du soir, il est pris presque tout à coup de refroidissement des extrémités, d'endolorissement général, avec sentiment de courbature, frissons se renouvelant de temps en temps pendant toute la nuit; dix vomissements bilieux du 28 au soir au 29 à midi.

Le 29, les crampes se déclarent; continuation des vomissements bilieux; le malade urine assez facilement. On l'apporte à l'hôpital à trois heures de l'après-midi.

Etat à l'entrée : Chaleur un peu diminuée, mais pas d'algidité; la cyanose est également assez faible; coloration légèrement violette de la face et des lèvres; pouls à 96; douleurs épigastriques assez violentes. La langue humide est recouverte d'un enduit d'un blanc grisâtre; les papilles sont hérissées. On ne trouve pas la bandelette nacrée des gencives. Soif vive. Le dernier vomissement a eu lieu il y a deux heures; il était bilieux. Une selle un peu plus liquide qu'à l'état normal, d'une coloration naturelle (Potion gommeuse; trois prises d'ipécacuanha; limonade.)

Deux vomissements bilieux dans la soirée; pouls à 108; état un peu sudoral de la peau. Le malade dit ce matin être soulagé. (Diète.)

Le 30 au matin, le pouls est à 96; moiteur générale de la peau qui est assez chaude; la langue est moins chargée, la bouche moins mauvaise; pas de vomissements nouveaux. Cinq ou six selles liquides, jaunâtres, pendant la nuit. (Limonade citrique; potion gommeuse; diète.)

Le soir, pouls à 84; deux selles dans la journée.

Le 31, amélioration très-notable. (Un bouillon.)

Le 1er avril, transporté dans la salle des convalescents.

Guérison complète le 4 avril.

Bien que relative à un cas de choléra peu grave, cette observation porte avec elle un double enseignement.

A supposer que l'on n'y veuille voir qu'un cas de cholérine très-marqué, la médication vomitive n'en aurait pas moins produit presque immédiatement la suppression du principal symptôme, les évacuations blanches. Ce résultat serait donc de nature à engager les praticiens à essayer, dans les cas de cholérine où les moyens diététiques sont inefficaces, la méthode vomitive, et en particulier l'ipécacuanha, regardé par plusieurs médecins, à juste titre comme le véritable remède de cette forme ou de cette période du choléra.

En second lieu, on ne saurait méconnaître l'influence de la méthode sur la marche générale de la maladie et les modifications particulières de chacun de ses symptômes.

Mais si le peu de gravité de ce cas pouvait être invoqué pour diminuer l'autorité de la méthode vomitive, les cas suivants et le résumé des autres faits qui les suivront achèveront peut-être de porter la conviction dans les esprits.

CHOLÉRA ASIATIQUE; CINQ JOURS DE DIARRHÉE; CAS DE MOYENNE INTENSITÉ; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; AMÉLIORATION RAPIDE; CONVALESCENCE LE TROISIÈME JOUR; GUÉRISON. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

OBS. IV. — Lesieur (Jules), 26e de ligne, 24 ans, caserné à l'esplanade des Invalides, constitution moyenne, a la diarrhée depuis cinq jours. Il a été pris de crampes et de vomissements le 31 mars, à cinq heures du soir, étant de garde; il arrive à l'hôpital deux heures après, à pied. Yeux enfoncés; langue humide et tiède; abdomen douloureux à la pression; vomissements fréquents et selles claires; pouls faible et lent; voix naturelle; crampes passagères; algidité et cyanose des extrémités peu prononcées; urines normales. (Pot. émèto-cathartique; ipéc., 2 grammes; sulf. magnés., 20 grammes; eau tiède pendant les vomissements provoqués; eau de Sedlitz une heure après (2 litres); frictions sèches; cruchons chauds aux pieds.)

1er avril. Plus de vomissements; ventre peu douloureux; pas de froid ni de cyanose aux extrémités; pouls relevé; selles fréquentes, blanchâtres. (Eau de Sedlitz, 2 litres; lavem. purgatifs *ter*.)

Le soir, réaction bien établie. (Pot. avec huile de ricin, 75 grammes; org. miellé.)

2 avril. Pas de vomissements dans la nuit; bon sommeil; quelques selles bilieuses, noirâtres. (Eau de Sedlitz, 2 litres; lavem. purg. *ter*.)

3 avril. Le malade se trouve bien, et passe dans une autre salle comme convalescent. (Bouill. maigre; pruneaux; org. miellé; trois lavem. purg.)

4 avril. Amélioration soutenue. (Crème de riz; pruneaux; org. miellé; un lavem. purgat.)

Du 5 au 9, la convalescence est déclarée. (Boisson au vin et décoction de quinquina. L'alimentation est augmentée tous les jours.)

CHOLÉRA ASIATIQUE; HUIT JOURS DE DIARRHÉE; CAS DE MOYENNE INTENSITÉ; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; CONVALESCENCE LE TROISIÈME JOUR; GUÉRISON. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. V. — Dorizon (Pierre), 2e dragons, caserné à Bellechasse, 22 ans, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital le 31 mars au soir, ayant la diarrhée depuis huit jours, vomissant depuis le 28 mars.

Le 31, jour de son entrée. Yeux cernés; facies abattu; langue humide et froide; soif vive; épigastre sensible; vomissements bilieux, fréquents; selles blanchâtres, abondantes; vue, voix, ouïe peu altérées; crampes aux extrémités inférieures; algidité et cyanose aux pieds et aux mains; pouls petit, faible; urines rares. (Pot. avec ipéc., 2 grammes; sulfate de magnésie, 20 grammes, à prendre en deux fois; eau tiède après; frictions sèches; cruchons d'eau chaude autour du corps; eau de Sedlitz à 50 grammes, 2 litres.)

1er avril. Amélioration notable; moins d'abattement; langue chaude; épigastre peu sensible; vomissements modérés; selles plus claires; plus de crampes; chaleur douce; pouls relevé. (Org. miellé; eau de Sedlitz, 2 litres; deux lavem. purg.)

Le soir, amélioration soutenue. (Bouillon maigre.)

2 avril. Le malade se trouve bien. Deux selles bilieuses après le dernier lavement; pas de vomissements; urines. (Bouillon maigre et pruneaux; org. miellé; deux lavem. purgat.)

3 avril. Le malade se trouve très-bien. Une ou deux selles bilieuses après les lavements. (Crème de riz; pruneaux; eau gommée.)

Le malade est évacué, comme convalescent, dans une autre salle.

4 avril Amélioration soutenue. (Soupe de pain; riz au lait; pruneaux; eau gommée; boissons vineuses et quinquina.)

Du 5 au 9, la convalescence est franchement déclarée, l'alimentation progressivement augmentée.

CHOLÉRA ASIATIQUE; TROIS JOURS DE DIARRHÉE; CAS GRAVE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; CONVALESCENCE LE QUATRIÈME JOUR; GUÉRISON. (Hôpital du Gros-Caillou.— Service de M. Durand.)

OBS. VI. — Guérillon (Pierre), 14e léger, caserné à l'Assemblée nationale, 23 ans, bonne constitution, atteint de diarrhée depuis trois jours, est pris de nausées, de frisson et de crampes, le 31 mars au matin. Il entre le même jour.

A son entrée : facies caractéristique, yeux cerclés, langue plate et froide, soif intense; abdomen indolent, nausées sans vomissements, déjections alvines blanchâtres répétées; pouls faible et petit; voix, vue et ouïe naturelles; crampes, algidité et état cyanique peu marqués urines rares. (Potion éméto-cathartique; ipécacuanha; 2 grammes sulfate de magnésie, 20 grammes; eau tiède pendant les vomissements; frictions sèches; moyens calorificateurs externes; eau de Sedlitz, 2 litres, une heure après l'administration de l'éméto-cathartique.)

1er avril. Réaction bien établie; peu de vomissements depuis l'action de l'éméto-cathartique; selles fréquentes encore blanches; pas de crampes. (Orge miellé; potion avec huile de ricin, 75 grammes; eau de Sedlitz, un litre, pour le soir.)

2 avril. Le malade se plaint de tournoiements de tête et d'une douleur sur le côté gauche de la poitrine; il tousse un peu; peu de vomissements; deux selles dans la nuit. (Eau de Sedlitz, 2 litres; deux lavements purgatifs; 20 sangsues *loco dolenti*.)

Le soir, plus de douleur, plus de vertiges; trois selles liquides jaunâtres. (Potion avec manne, 60 grammes; sulfate de magnésie, 20 grammes.)

3 avril. Amélioration notable; appétit. (Eau de Sedlitz, un litre le matin; bouillon le matin et pruneaux le soir; lavement purgatif *bis*.)

Le malade passe comme convalescent dans une autre salle.

4 avril. Amélioration soutenue. (Demi-panade maigre et pruneaux.)

Du 5 au 9. La convalescence est franche; on augmente tous les jours l'alimentation. (Boissons vineuses et décoction de quinquina.)

Comme dans les faits du même service précédemment rapportés dans notre Revue du 7 avril, la méthode employée par M. Durand a été, dans ces trois faits, trop énergique pour que l'on puisse méconnaître son influence. Rapprochés de ceux que nous avons publiés antérieurement, ils nous paraissent propres à faire ressortir de la façon la plus incontestable les avantages de la méthode.

De ces trois faits, les deux premiers, relatifs à des cas de choléra d'intensité moyenne, peuvent être mis en regard de l'obs. 4 du service de M. Lévy, avec laquelle ils ont quelques rapports d'analogie, tant sous le point de vue de la gravité que sous celui de la forme un peu saburrale qui semble avoir prédominé. Le dernier, plus grave, a nécessité une énergie plus grande aussi de la médication, et la convalescence s'est fait un peu plus attendre, sans que cependant, dans celui-là, les effets de la méthode aient été moins bien marqués.

Nous joindrons encore à cette série le fait suivant, dans lequel la médication évacuante a été associée à la médication stimulante, et qui pour cette raison mériterait peut-être d'être rangé dans la troisième section. Mais le fond de la thérapeutique ayant consisté dans l'emploi des évacuants vomitifs et purgatifs, dont la méthode stimulante n'a été en quelque sorte que l'auxiliaire, nous pensons que sa place est aussi bien dans cet endroit.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DEUX JOURS DE DIARRHÉE; CAS GRAVE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES ASSOCIÉS AUX TONIQUES; RECHUTE; CONVALESCENCE LE DIXIÈME JOUR. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. VII.—Deloc, 16e de ligne, caserné au camp des Invalides; constitution ordinaire, tempérament sec. Diarrhée depuis deux jours; pris le 30 mars au soir de vomissements et de crampes, yeux un peu cernés, urines rares, extrémités un peu froides. (Diète; riz gom.; potion calmante.)

31 au matin. Cessation des vomissements, selles bilieuses, peu fréquentes; peau chaude, point de cyanose. (Pot. éméto-cathartiq.; ipécacuana, 2 grammes; sulf. magnés., 20 grammes; eau de Sedlitz à 50 grammes, 1 litre.)

1er avril. Amélioration; peu de vomissements, quelques selles, réaction établie. (Diète; eau de Sedlitz, 2 litres; 3 lavements purgatifs.)

2. Bon état. (Diète; org. miellée; lavement purgatif.)

3. Facies très-abattu, yeux cernés, pupilles dilatées, voix voilée, extrémités froides et cyanosées, sentiment de brûlure dans le ventre et le long de l'œsophage (pyrosis); vomissements fréquents, selles blanchâtres, pouls très-petit, à peine sensible. (Org. miellée; eau de Sedlitz, 2 litres; lavement purgatif *ter;* onctions mercurielles sur l'abdomen; cruchons d'eau chaude aux extrémités.)

Le soir. Même état.

Élixir cordial composé comme il suit :

Prenez : Genièvre de Hollande.	1 litre.	
Dans lequel on fait macérer pendant trois jours :		
Gentiane.	45 grammes.	
Aunée.	45	*id.*
Angélique	45	*id.*
Acore vraie.	45	*id.*

Potion excitante avec : infusion de menthe et acétate d'ammoniaque; citrate de magnésie pour la nuit.

4. Facies meilleur; peu de vomissements, peu de selles, mais encore blanchâtres; extrémités chaudes, pouls petit. (Lim. au citrate de magnésie, *bis;* lavem. purgat. *ter.*)

Le soir. Céphalalgie, abattement, extrémités froides, pouls très-petit. (Pot. éméto-cathart. et citrate de magnésie, *bis.*)

5 avril. Un peu d'abattement, extrémités un peu froides, légèrement cyanosées; quelques vomissements verdâtres; selles jaunes avec grumeaux blanchâtres. (Orge miellée *bis;* eau de Sedlitz, 2 litres; lavement purgatif *ter.*)

Le soir, le malade est mieux; facies moins abattu; la chaleur revient aux extrémités; quelques vomissements; selles jaunes. (Infusion d'oranger avec sous-acétate d'ammoniaque, 8 grammes, alternée avec eau de Sedlitz, 2 litres.)

6. Le malade se trouve bien; les bouts des doigts restent encore froids; un peu d'abattement; pas de selles; pas de vomissements. (Infusion d'oranger avec sous-acétate d'ammoniaque, alternée avec 2 litres d'eau de Sedlitz; lavement purgatif *ter.*)

Le soir, le malade n'a pas pris son eau de Sedlitz. (Citrate de magnésie, 2 litres.)

7 avril. Trois ou quatre selles bilieuses, noirâtres; quelques nausées sans vomissements; sentiment de légère pesanteur à l'épigastre; chaleur naturelle; pouls normal; facies bon, toujours un peu de lassitude. (Fleur d'oranger *bis;* eau de Sedlitz, 2 litres; lavement purgatif *ter.*)

8. Toujours lassitude; langue sèche; chaleur normale; pouls normal; conjonctives injectées; ventre indolore; pas de vomissements; quelques selles. (Orge miellée *bis;* lavement purgatif *ter;* potion avec manne, 60 grammes; sulfate de magnésie, 20 grammes.)

Le soir, mieux; langue humide.

9. Quelques selles; moins d'accablement. (Bouillon maigre; orge miellée *bis;* lavement purgatif *ter*; potion avec décoction de quinquina.)

Le soir, une seule selle après le lavement. Le malade est de mieux en mieux; la convalescence commence à s'établir.

Chez ce malade, l'administration des éméto-cathartiques avait rapidement amené une amélioration notable de l'état du sujet. La réaction semblait parfaitement établie, lorsque sous l'influence de causes qu'il ne nous est pas permis d'apprécier, il y eut une rechute, une recrudescence notable des accidents algides et cyaniques. C'est pour remplir l'urgente indication suscitée par cette circonstance que le médecin crut devoir un instant s'écarter de la ligne qu'il s'était tracée. Mais une fois cette indication passagère remplie, nous le voyons revenir, et toujours avec le même succès, à l'administration des évacuants, dont il prolongea pendant un assez longtemps encore l'usage à une dose un peu élevée, mais que l'événement démontrera n'avoir pas été exagérée.

Les faits rapportés dans notre précédente Revue sont aujourd'hui complets, et voici le résumé statistique du nombre des cas où la méthode a été mise en usage et des résultats obtenus.

Des 7 malades dont nous avons rapporté l'observation dans la dernière Revue, les nommés Kieffer (obs. XVI), Dougny (obs. XVII) et Guillaumar (obs. XVIII) dont l'état, bien que notablement amélioré, pouvait laisser encore des doutes sur l'issue de la maladie, sont entrés depuis en pleine convalescence, sous l'influence des mêmes moyens, employés avec la même persévérance. Chez les autres, la convalescence déjà établie s'est confirmée.

En somme sur 42 malades traités dans ce service jusqu'au 10 avril, il y a eu 14 décès; 2 seulement sur ces 14 avaient été traités par la méthode évacuante; les 28 autres, tous traités par cette méthode, sont en pleine convalescence.

En preuve d'impartialité complète, nous allons rapporter un fait observé en dehors des hôpitaux, et dans lequel la méthode vomi-purgative a paru beaucoup moins heureuse.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE PRODROMIQUE DE VINGT-QUATRE HEURES; EMPLOI DE LA MÉTHODE ÉVACUANTE A HAUTE DOSE; AUCUNE ÉVACUATION; MORT AU BOUT DE DOUZE HEURES.

OBS VIII. — La nommée Alvazi, 40 ans, écaillère, rue Saint-André, 70, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament nervoso-sanguin, fut prise, le 6 avril au matin, sans cause connue, de diarrhée demi-liquide d'abord, puis tout à fait séreuse, jaunâtre. Elle eut dix selles dans la journée, sans coliques, et ne se sentit pas assez malade pour discontinuer ses occupations. Pendant toute cette journée du 6, elle eut de l'appétit autant qu'à l'ordinaire, et mangea comme d'habitude.

Dans la nuit, trois ou quatre selles encore. Vers quatre heures du matin, vomissements de matières blanches comme du lait caillé, au dire de la malade et de son mari; selles tout à fait blanches; crampes très-violentes dans les jambes, puis dans les bras; pas de céphalalgie.

Un médecin, appelé à six heures, deux heures après l'apparition des accidents, prescrit des sinapismes sur les membres, une infusion de camomille chaude pour boisson, et un quart de lavement contenant 7 gouttes de laudanum.

Le lavement, donné sur-le-champ, est rendu immédiatement dans le lit. Encore un vomissement; deux ou trois selles blanches; aggravation des accidents.

A onze heures et demie, le docteur Foucart est appelé près de la malade. Voici l'état dans lequel il la trouve: yeux caves, violets, à demi ouverts; refroidissement des mains, des pieds et des jambes. La langue est encore chaude, ainsi que la peau de la face et du front. Crampes très-violentes dans les bras, les mains, les jambes et les cuisses; intelligence nette; pas de suppression des urines. La malade a uriné dans le lit il y a une demi-heure. Les vomissements ont cessé depuis trois heures. Pouls nul; aphonie; flaccidité de la peau, qui garde l'empreinte des doigts. (Pour boisson, thé chaud avec un dixième d'eau-de-vie, deux cuillerées toutes les dix minutes; un demi-gramme d'ipécacuanha tous les quarts d'heure jusqu'à vomissement.)

Une heure de l'après-midi. Persistance et même aggravation des phénomènes. Le docteur Brochin, invité à assister à cette visite, constate le refroidissement des extrémités, la couleur des lèvres, violettes comme si on les eût frottées avec du jus de mûres; refroidissement de la face et du front; pas de selles. Les crampes sont plus rares; de temps en temps seulement dans les jambes et les cuisses. Un peu de douleurs épigastriques et lombaires. La malade dit se bien trouver des frictions. Soif très-vive; pas de vomissements, malgré 4 grammes d'ipécacuanha; pouls insensible. (Quatre nouvelles prises d'ipécacuanha; sulfate de soude, 30 en lavement; thé; eau-de-vie; frictions continuelles.)

Trois heures. Le lavement a été rendu et suivi d'une selle blanche, floconneuse. Pas de vomissements; quelques nausées. Le pouls est toujours insaisissable.

A quatre heures. On sent le pouls radial; 96 pulsations filiformes. La malade a, dit-on, uriné dans son lit. Les lèvres sont moins violettes. Un peu de réchauffement de la peau de la face; diminution des crampes; pas de vomissements. La malade a pris en tout 6 gr. d'ipécacuanha depuis midi. (Nouveau lavement avec sulfate de soude, 30 gr. Même traitement. Deux verres d'eau de Sedlitz.)

A six heures, les bras et les jambes sont chauds; les pieds et les mains commencent à reprendre un peu de chaleur; les crampes sont assez rares. On assure que la malade a uriné; du moins ses draps sont mouillés. Quelques tendances aux défaillances de loin en loin. Les lèvres, molles, noires et pâteuses ce matin, sans élasticité, sont redevenues plus roses et plus élastiques. Peau un peu moite, visqueuse. L'intelligence est parfaitement conservée. La malade voudrait être mise dans un bain, qui, dit-elle, lui ferait du bien, et que ne permettent pas de lui donner l'état de dénûment où elle se trouve et l'impossibilité d'avoir des linges chauds, etc. On conçoit quelque espoir de voir enfin s'établir une réaction franche. Pas d'évacuations; ni selles ni vomissements. Elle a pris depuis midi 6 grammes d'ipécacuanha et deux verres d'eau de Sedlitz.

A sept heures et demie, on vient chercher le médecin en toute hâte.

La malade est froide, les yeux fixes, éteints; la face exprime une terreur indicible. Il n'y a plus de connaissance; sueur visqueuse, gluante; quelques rares inspirations.

La malade expire quelques minutes après.

S'il est utile de reconnaître les cas d'insuccès et de les mettre en regard des cas heureux où la maladie s'est terminée par la guérison, il doit être aussi permis de chercher à se rendre compte de la différence des effets sous l'influence apparente des mêmes causes. Or ici, bien que le sujet n'offrît pas de mauvaises conditions de constitution ni de force, quoique la médication eût été mise en usage à une époque du mal qui paraissait encore favorable, on ne saurait méconnaître que l'estomac et tout le tube digestif se trouvaient dans des conditions d'inertie peu propres à faire obtenir les bénéfices de la médication. C'est là un de ces cas où, dans un espace de temps très-court, l'économie se trouve en quelque sorte foudroyée tout entière par l'intoxication cholérique, au point de ne plus avoir la force de réagir, même avec l'aide des moyens perturbateurs les plus énergiques.

Lorsqu'un médicament ne peut agir, n'est-il pas raisonnable de ne pas imputer son insuccès à l'inefficacité propre de son action médicamenteuse, mais bien aux circonstances particulières, connues ou inconnues, du fait particulier dans lequel on observe cette irrégularité, cette dérogation à la loi normale? Les exemples de ce genre se sont rencontrés assez fréquemment dans le choléra pour que l'on doive comprendre et admettre la portée de ces réflexions.

TROISIÈME SECTION.

MÉTHODES MIXTES.

Parmi les méthodes mixtes, il en est que l'on peut dire ***sympathiques***, et d'autres que l'on pourrait à bon droit appeler, qu'on nous passe l'expression, ***antipathiques***; les unes se composant des moyens qui, bien que différents, peuvent devenir les auxiliaires les uns des autres; les secondes se composant au contraire de moyens qui semblent contradictoires, du moins d'après l'idée qu'on se forme généralement du choléra. C'est parmi les premières que nous choisirons surtout les exemples de ces méthodes mixtes.

CHOLÉRA ASIATIQUE, BIEN CARACTÉRISÉ; DIARRHÉE PRODROMIQUE DE QUATRE JOURS; ÉVACUATIONS BLANCHES; TRAITEMENT MIXTE PAR LES STIMULANTS, LES OPIACÉS ET LES VOMITIFS. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de LÉVY.)

OBS. IX. — Hizel, 27 ans, six ans de service, 27e de ligne, caserné à l'*Ave-Maria*, à Paris depuis un mois, entré à l'hôpital le 5 avril, à trois heures du soir, couché à la salle 25, n° 9.

D'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, cet homme fut pris, il y a quatre jours, de céphalalgie, d'un peu de diarrhée; il y a deux jours, les accidents ont augmenté, la diarrhée est devenue plus abondante; selles mêlées d'une grande quantité de sang; vomissements très-nombreux, jaunes, que le malade dit, avec un peu d'exagération sans doute, avoir eu lieu tous les quarts d'heure.

Le 5 avril, à trois heures du soir, on apporte le malade à l'hôpital. Pouls à 96, 100 par minute, très-petit. Refroidissement de la peau; céphalalgie; teinte bleuâtre de la peau du visage surtout; langue rude, sèche; persistance de la diarrhée depuis le matin. Suppression des urines depuis la veille; douleurs abdominales et épigastriques très-intenses, surtout à la pression; pas de crampes dans les membres; soif ardente. (Bain d'air chaud; potion gommeuse avec eau de mélisse, acétate d'ammoniaque, éther et laudanum.)

A six heures, deux selles blanches comme de l'eau de riz; persistance du froid. (Limonade citrique; glace; lavement amylacé additionné d'opium, 0,05. Un second bain d'air chaud; continuer la potion stimulante.)

Du 5 au 6 avril, six vomissements blancs, sept selles de la même nature que celles de la veille, floconneuses; pas d'urines.

Le 6, à la visite du matin, pouls à 108, prostration; le malade dit qu'il lui serait impossible de se tenir levé; chaleur un peu revenue, mais faible encore; face un peu cyanique, plus violette qu'hier; les yeux sont caves, cerclés de noir; la céphalalgie a disparu; la langue humide, blanche; gargouillement dans la fosse iliaque droite. (Potion gommeuse; trois prises d'ipécacuanha; limonade citrique. Cruchons d'eau chaude aux pieds.)

Le 6, à six heures du soir, dix vomissements et treize selles riziformes depuis le matin. Pouls à 108; les yeux sont moins caves. Même état cyanique. (Limonade citrique; quart de lavement opiacé.)

A neuf heures du soir, deux nouvelles selles blanches; deux vomissements aqueux, avec un léger dépôt blanchâtre.

Le 7 au matin, pouls 96, prostration moindre; un peu de gargouillement iliaque. (Six paquets d'ipécacuanha de 0,05 gr. chaque; limonade citrique; diète.)

Du 7 au 8, quatre selles blanches.

Le 8, face vineuse, les yeux toujours cerclés de violet. La langue est redevenue sèche; un peu d'excitation cérébrale (Limonade citrique)

Dans la journée, deux selles demi-stercorales.

Le 9, deux selles blanchâtres dans la nuit; langue blanche, humide; nuage albumineux dans les urines. Pouls à 72. (Limonade gazeuse; potion gommeuse simple.)

Le 10, deux vomissements hier; trois selles dans la nuit, un peu plus consistantes; urines; pouls à 60. (Bouillon.)

Le 11, nuit bonne; langue d'un gris jaunâtre; soif vive; gargouillement iliaque. (Vin sucré, 125 grammes; bouillon.)

Le 12, une selle jaune demi-stercorale; pouls à 72. (Bouillon; café noir, 125 grammes; glace.)

On ne saurait qu'approuver le praticien qui, en présence de la persévérance du mal, cherche quelques secours dans d'autres moyens que ceux précédemment employés. C'est l'enseignement le plus ancien de la médecine hippocratique, *à juvantibus et lædentibus*. Pendant plusieurs jours, en effet, la méthode excitante n'a paru produire aucune espèce d'amélioration. Les évacuants paraissent au contraire avoir décidé la solution favorable. C'est donc déjà un principe qui explique et légitime la combinaison et la succession des méthodes qui ont fait isolément leurs preuves. Telles sont, à nos yeux, les méthodes excitantes et évacuantes.

C'est de ce fait que l'on pourra encore rapprocher avec quelque intérêt l'observation citée plus haut sous le n° VIII et qui aurait pu aussi bien être placée, comme nous l'avons dit, dans la troisième que dans la deuxième série. Nous avons dit les raisons qui nous ont décidé à la maintenir dans la précédente section.

MÉTHODES SPÉCIFIQUES.

CAS DE CHOLÉRA TRAITÉS PAR LA MÉTHODE SPÉCIFIQUE DE M. SERRES. (SULFATE DE QUININE, SULFURE NOIR DE MERCURE, ONGUENT MERCURIEL.) — A l'appui de la communication faite par M. Serres à l'Académie des sciences, dans sa dernière séance, nous rapportons ci-après un certain nombre d'observations que nous devons à l'obligeance de M. Landeau, interne du service.

Aux cinq cas déjà rapportés précédemment par la GAZETTE MÉDICALE, nous en ajoutons onze autres, soit dans leurs détails, soit en résumé. Sur ces seize cas, il n'y a eu que quatre morts. Ce résultat, quoique fourni par un nombre d'observations encore trop restreint pour que l'on puisse en tirer des conclusions définitives, est bien de nature, néanmoins, à encourager les praticiens à marcher sur les traces de l'illustre professeur, et à tenter cette nouvelle voie.

Voici les principales observations :

MAUVAISES CONDITIONS HYGIÉNIQUES; HUIT JOURS DE DIARRHÉE PRODROMIQUE; ÉPISTAXIS ET APPARITION DES RÈGLES; SULFATE DE QUININE; SULFURE NOIR ET FRICTIONS MERCURIELLES; GUÉRISON.

OBS. X. — Au n° 30 de la salle du Rosaire, se trouve une femme nommée Bernard (Claude), journalière, âgée de 34 ans, entrée le 26 mars.

Elle paraît d'une bonne constitution; mais elle a eu à subir l'influence de mauvaises conditions hygiéniques dans un quartier insalubre. Depuis huit jours, elle avait un dévoiement continuel. Elle se présente avec une prostration extrême et une petitesse du pouls considérable. Les téguments sont froids (muqueuse et peau). La peau, visqueuse, n'a pas de ressort. Les lèvres sont bleues, la langue froide et grisâtre; la face est violacée; l'œil, très-enfoncé, est fixe et les paupières sont entr'ouvertes et immobiles. La voix est éteinte et la parole presque inintelligible. Les selles, abondantes, sont séreuses et tiennent en suspension de nombreux flocons albumineux. Il n'y a pas de crampes. La malade a uriné dans la matinée. (Prescription : Infusion de thé, 2 litres; limonade au citron, 1 litre; trois quarts de lavement avec amidon, 0,20 de camphre, 0,20 de sulfate de quinine et 8 gouttes de laudanum dans chaque quart; potion antiémétique de Rivière; alèzes et boules d'eau chaudes pour réchauffer.)

La chaleur revient peu à peu, et le pouls se relève environ une heure ou deux après l'entrée de la malade.

27 mars. Les garde-robes continuent dans la nuit et dans la matinée, toujours avec le même caractère; elles s'accompagnent pour la première fois de vomissements, clairs, liquides, avec des grumeaux blancs disséminés. La malade n'éprouve pas de crampes; elle n'urine pas. L'abattement est considérable. (Limonade vineuse; eau de Seltz; 4 pilules de sulfate noir de mercure; onctions mercurielles.)

Les vomissements diminuent dans la journée. Il n'y a pas d'urines. Le ventre est souple, et la pression y détermine du gargouillement.

28 mars. Le dévoiement se maintient, et les selles ont le même aspect. La malade est assoupie, parle d'une voix étouffée et accuse une vive douleur, qu'on peut rattacher aux attaches du diaphragme. Le pouls est relevé; il est lent. Il n'y a plus de vomissements. (Chiendent avec le sirop des cinq-racines; eau de Seltz; quatre pilules de sulfure noir; onctions mercurielles.)

Le soir, la peau est chaude, le visage coloré. La malade est assoupie; elle a uriné légèrement.

29 mars. La nuit est calme. Le matin, la malade est trouvée en pleine réaction. Coloration de la face; assoupissement prolongé; ni garde-robes ni vomissements; douleur vive aux attaches du diaphragme. (Tilleul orangé sucré; deux juleps gommeux; quatre pilules de sulfure noir.)

Le soir, la peau est chaude, le pouls plein et fréquent; assoupissement continuel. Il y a un peu de céphalalgie. La voix est éteinte et la parole embarrassée.

30 mars. L'état général est à peu près comme la veille. Un peu de dévoiement, sans le caractère séreux de selles; légers vomissements. La malade urine. (Tilleul orangé; deux juleps gommeux; un quart de lavement amidonné.)

Le dévoiement cesse; la réaction est très-forte. (Sinapismes aux membres inférieurs.)

31 mars. La malade a eu un saignement de nez abondant dans la matinée. Les règles, qui étaient arrêtées depuis deux mois, ont paru il y a deux jours. Assoupissement moindre. La physionomie a moins de stupeur. L'état général est notablement meilleur. (Même prescription que la veille.)

1er avril. L'amélioration fait des progrès. Les jours suivants, la malade prend progressivement des aliments; elle sort le 9 avril, complétement guérie.

VOMISSEMENTS ET DIARRHÉE PRODROMIQUE PENDANT CINQ JOURS; MAUVAISES CONDITIONS HYGIÉNIQUES; LAVEMENTS LAUDANISÉS AVEC LE SULFATE DE QUININE; SULFURE NOIR ET ONCTIONS MERCURIELLES.

OBS. XI. — Au n° 46 de la salle Saint-Athanase, se trouve le nommé Ernest (Pierre), journalier, âgé de 49 ans; il est entré le 27 mars.

Il habite ordinairement une chambre humide et mal aérée, et se nourrit d'aliments de mauvaise qualité.

Cinq jours avant son entrée, c'est-à-dire avant le début sérieux de la maladie, il a eu des vomissements et un dévoiement considérables, d'un liquide que le malade compare à de l'eau claire. Il a continué ses occupations habituelles les jours suivants; mais mardi 27, des crampes, des frissons, une augmentation dans les évacuations sont survenus. On l'a transporté à la Pitié le soir.

Les membres, le tronc, les muqueuses, la langue, sont refroidis. La peau, humide, visqueuse, revient lentement, après avoir été pincée. Les lèvres sont bleues, les yeux enfoncés, le pouls très-petit. Le malade évacue par en haut et par en bas un liquide clair, transparent, où nagent quelques flocons blanchâtres. La sécrétion urinaire est supprimée. Crampes douloureuses aux membres inférieurs. (Infusion de thé, deux pots; un pot de limonade au citron; trois quarts de lavement amidonné avec 0,20 de sulfate de quinine, 0,20 camphre et 8 gouttes de laudanum dans chaque quart; potion de Rivière.)

28 mars. Prompte amélioration. Ni crampes ni vomissements; petite quantité d'urines; peau chaude; pouls relevé. Le dévoiement continue avec le même caractère. La physionomie garde encore son cachet cholérique. (Limonade au citron; quatre pilules de sulfure noir de mercure; onctions mercurielles; deux quarts de lavement avec le camphre, le sulfate de quinine et quatre gouttes de laudanum; cataplasmes sur le ventre.)

Dans la journée, le pouls est plein, sans fréquence, le visage coloré, la peau chaude. La réaction se prononce.

29 mars. Les vomissements, le dévoiement ont complétement cessé. Le malade urine. La réaction continue. (Même prescription.)

Le soir, la peau est plus chaude, le visage plus coloré. Un peu de dévoiement.

30 mars. L'amélioration continue. Il y a encore quelques garde robes liquides. Le malade urine d'une manière régulière; il conserve sur sa face des restes de l'aspect cholérique, qu'il a offert à un très-haut degré. Il accuse une douleur au niveau des attaches du diaphragme. (Même prescription.)

La convalescence s'établit franchement le 1er avril, et le malade quitte l'hôpital en bon état le 5 avril.

CRAMPES SE CONTINUANT DANS LA CONVALESCENCE; APPARITION DES RÈGLES; TRAITEMENT PAR LE SULFATE DE QUININE EN LAVEMENTS, LES PILULES ET LES ONCTIONS MERCURIELLES.

OBS. XII. — Le 30 mars, dans la soirée, salle du Rosaire, n° 3, entre une femme âgée de 25 ans, nommée Ricard (Véronique), blanchisseuse. Elle a eu à subir des privations nombreuses, l'influence d'une nourriture défectueuse, d'un logement malsain, d'un quartier insalubre.

Le matin même de son entrée, un grand dévoiement d'abord; un peu plus tard des vomissements se sont manifestés; bientôt des crampes et le refroidissement s'y joignent. On l'a transportée à l'hôpital à midi et demi.

Tout le corps est froid et empreint d'une moiteur visqueuse. Les téguments sont sans élasticité; pouls extrêmement petit. La face offre l'expression cholérique d'une manière très-marquée; les yeux fixes, quelquefois déviés; les paupières entr'ouvertes, dans l'immobilité, le visage marbré, les lèvres cyanosées, la langue froide et brunâtre, la voix sans timbre, des crampes excessivement douloureuses dans les jambes, les cuisses, les mains et les bras. Dévoiement et vomissements considérables. La malade rend un liquide clair avec de rares grumeaux blancs. Pas d'urine depuis la veille; beaucoup d'agitation. (Trois quarts de lavement laudanisé avec le sulfate de quinine, *ut supra;* potion de Rivière; infusion de thé et limonade au citron.)

Plus tard, la malade se réchauffe difficilement; les phénomènes du matin continuent aussi intenses. Vives douleurs aux lombes; immobilité des yeux et des paupières.

31 mars. Le dévoiement continue avec la même abondance; les vomissements diminuent; pas d'urine; caractère de la face tout aussi prononcé. Les crampes sont très-douloureuses. (Limonade au citron, deux citrons; potion anti-émétique; deux onctions mercurielles; trois quarts de lavement, *ut supra*.)

Le soir, amélioration légère. Les évacuations sont moindres, les crampes moins fortes.

1er avril. Nuit calme. Le matin, la réaction commence. Coloration du visage; pouls relevé; peau chaude. La malade n'urine pas. Il y a des nausées et quelques vomissements de liquide séreux. (Même prescription, avec quatre pilules de sulfure noir.)

Dans la journée, la réaction se prononce un peu plus.

2 avril. Les garde-robes ont diminué; elles sont un peu modifiées, quoique très-liquides encore. Nausées et légers vomissements; pas d'urines; le pouls relevé. La malade est assoupie. (Orge; oxymel; eau de Seltz; deux citrons; deux juleps gommeux; 4 pilules et onctions mercurielles; potion de Rivière.)

Pas de changement sensible le soir.

3 avril. La nuit est assez bonne. Vers le matin, vomissement séro-albumineux; réaction un peu vive; peau chaude; pouls lent et un peu dur; assoupissement; soif vive; langue blanche au milieu, rouge aux bords. (Glace; gomme sucrée; eau de Seltz; deux citrons; trois quarts de lavement laudanisé au sulfate de quinine, *ut supra*.)

Les vomissements se suppriment; les garde-robes se colorent en vert. La malade urine un peu, mais difficilement; elle est assoupie, abattue, offre l'aspect typhoïde. Les règles apparaissent.

4 avril. Ni garde robes ni vomissements; un peu de céphalalgie. La malade urine facilement; elle éprouve de la douleur aux attaches du diaphragme et des crampes légères dans les membres. La réaction continue. (Eau de Seltz; deux juleps gommeux.)

Le soir, assoupissement; peau chaude; visage coloré; un peu d'oppression. (Sinapismes aux membres inférieurs.)

5 avril Pas d'évacuations; un peu de somnolence. Amélioration notable. (Deux pilules de sulfure noir. Le reste comme la veille.)

6 avril. Le mieux augmente; la voix recouvre son timbre normal; l'état général est satisfaisant: quelques crampes. (Même prescription.)

Les jours suivants, la convalescence s'établit; les règles ont coulé comme d'habitude. La malade accuse toujours des crampes, des engourdissements dans les jambes, dans les doigts et les bras.

MALAISE ET DIARRHÉE PRODROMIQUES; RECHUTE; MAUVAISES CONDITIONS HYGIÉNIQUES; SULFATE DE QUININE; PILULES ET ONCTIONS MERCURIELLES.

OBS. XIII. — Le nommé Delattoche (Louis-Théodore), âgé de 51 ans, tailleur, a été apporté, salle Saint-Athanase, n° 3, le 31 mars. Il se trouvait dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, et il présente une constitution débilitée par la misère.

Trois jours avant son entrée, il avait éprouvé un malaise général, puis un dévoiement qui a augmenté les jours suivants, des crampes douloureuses, du refroidissement.

A son arrivée, vomissements et selles abondantes, involontaires; peau froide et sans ressort; facies on ne peut plus caractérisé; yeux caves; paupières immobiles, matières évacuées séreuses avec flocons blancs; pouls insensible; crampes douloureuses aux membres inférieurs; refroidissement général; urines supprimées. (Trois quarts de lavement laudanisé avec sulfate de quinine, *ut supra*; potion de Rivière; infusion de thé et limonade au citron.)

Le malade se réchauffe difficilement.

1er avril. Évacuations continuées. La physionomie est abattue, la peau chaude, le pouls sensible; un peu d'urines. (Même prescription.)

Le soir et la nuit suivantes, une sueur copieuse se manifeste.

2 avril. La réaction commence. Le visage se colore; le pouls se relève; la peau est chaude. Le malade est assoupi. Nausées et vomissements. (Sangsues aux apophyses mastoïdes; limonade au citron; quatre pilules de sulfure noir; onctions mercurielles; deux quarts de lavement, *ut supra*; cataplasmes.)

Plus tard le malade se plaint de quelques crampes dans la journée. La réaction se prononce.

3 avril. Le malade est un peu assoupi; il a eu quelques vomissements et quelques garde-robes. Le changement de lit lui donne des frissons, un refroidissement général, amène un abaissement considérable du pouls et un redoublement de vomissements. (Gomme sucrée; onctions mercurielles; vésicatoire à l'épigastre; deux quarts de lavement, *ut supra*;)

Dans la journée, il se réchauffe facilement. Il y a trois garde-robes jaunâtres avec grumeaux blancs; quelques vomissements d'un liquide clair. (Potion antiémétique.)

4 avril. Pendant la nuit, vomissements séreux; garde-robes plus consistantes. Le matin, nulle évacuation; pas d'urines; un peu de réaction; quelques crampes. (Même prescription.)

Le soir, le malade éprouve de l'oppression, une coloration vive de la face; assoupissement; yeux entr'ouverts. Les vomissements et les garde-robes continuent. (Sinapismes promenés sur les membres inférieurs.)

5 avril. Vomissements presque supprimés. Les selles, quoique liquides, ont une coloration verdâtre. Il urine peu; le ventre est gros, la vessie distendue. On retire par la sonde une grande quantité d'une urine colorée. (Même prescription; fomentations aromatiques sur le ventre.)

6 avril. Le malade est sondé deux fois par jour. Il est très-abattu; toutefois tout fait espérer la guérison. Il y a une amélioration qui se soutient.

VOMISSEMENTS AU DÉBUT; ABSENCE DE DÉVOIEMENT; CONVALESCENCE RAPIDE; SULFATE DE QUININE; PILULES ET ONCTIONS MERCURIELLES.

OBS. XIV. — Lenoël (Henriette-Adélaïde), âgée de 38 ans, couturière, a été admise à la Pitié, salle du Rosaire, n. 37. Elle a eu à supporter des privations de toute espèce. Entrée le 1er avril dans la soirée.

Le 1er avril au matin, elle a été prise de dévoiement, avec frisson et refroidissement général; les vomissements ont continué dans la journée jusqu'à son admission.

Elle a les yeux caves, les lèvres bleues; crampes très-douloureuses aux jambes; peau froide; pas de dévoiement; les matières vomies sont transparentes, aqueuses, avec des grumeaux blancs; pouls très-petit; douleur très-vive aux attaches du diaphragme; sécrétion urinaire presque complétement supprimée. (Deux quarts de lavement laudanisé au sulfate de quinine *ut suprà*.)

Le soir, la malade se réchauffe avec facilité; le pouls se relève; les vomissements continuent. (Potion de Rivière; thé et limonade au citron.)

2 avril. La nuit, il se manifeste une sueur copieuse; pas de garde-robes; pas d'urines; les vomissements ont cessé; quelques crampes aux membres inférieurs; la douleur diaphragmatique persiste. (Limonade au citron; deux citrons; potion anti-émétique; julep gommeux; six pilules de sulfure noir; onctions mercurielles.)

3 avril. La malade accuse encore une douleur vive à la base de la poitrine; l'état général est meilleur; pas de garde-robes; urine difficilement évacuée; peau moite; pouls un peu plein; un peu de réaction. (Limonade citrique; lavement émollient.)

4 avril. Quelques crampes; coliques; une garde-robe sans dévoiement; langue sale; bouche amère; amélioration notable. (Même prescription.)

Les jours suivants, la convalescence s'établit franchement.

CINQ JOURS DE PRODROMES (DIARRHÉE ET VOMISSEMENTS); SULFATE DE QUININE; PILULES DE SULFURE NOIR; ONCTIONS MERCURIELLES; CONVALESCENCE RAPIDE.

OBS. XV. — Au n. 4 de la salle Saint-Athanase, est entré, le 2 avril, Boucher (Jean-Baptiste, âgé de 30 ans, peintre.

Le 28 mars, cinq jours avant son entrée, il a eu des vomissements et du dévoiement avec matières d'abord bilieuses, puis séreuses. Les jours suivants, les évacuations ont continué.

Le 31 mars et le 2 avril, crampes douloureuses dans les membres inférieurs; refroidissement général. Voix éteinte; lèvres bleues; les yeux entourés d'un cercle noir; téguments froids; le pouls petit; les matières évacuées par en haut et par en bas consistent en un liquide semblable à du petit-lait. (Thé et limonade au citron; trois quarts de lavement amidoné avec 0,20 sulfate de quinine, 0,20 camphre, et huit gouttes de laudanum dans chaque quart; potion anti-émétique de Rivière.)

3 avril. Le dévoiement et les vomissements ont cessé; la peau est chaude, le pouls normal; quelques crampes aux jambes; soif intense; langue blanche au milieu, rouge sur les bords; l'amélioration a été remarquablement prompte. (Limonade au citron; 4 pilules sulfure noir; onctions mercurielles; cataplasmes; 2 juleps gommeux; deux quarts de lavement *ut supra*.)

L'amélioration se soutient.

4 avril et suivant. Le malade se lève, prend des aliments. Il sort complétement guéri le 7 avril.

INVASION RAPIDE; DIARRHÉE INTENSE; SUEURS CRITIQUES; CONVALESCENCE PROMPTE; SULFATE DE QUININE; SULFURE NOIR; ONCTIONS MERCURIELLES.

OBS. XVI. — Le 3 avril, à deux heures de l'après-midi, a été admis à la Pitié, salle Saint-Athanase, n° 5, le nommé Forêt (Louis Théodore), âgé de 29 ans, paveur. A huit heures du matin, diarrhée intense avec coliques; les selles, très-abondantes d'abord, colorées en vert et légèrement consistantes, sont bientôt devenues liquides, claires et semblables à de l'eau de riz.

Peau froide, sans élasticité; pouls à peine sensible; les yeux enfoncés, cerclés de noir; les muqueuses bleues; la langue froide et sale; la voix étouffée; tout le corps est refroidi; des crampes excessivement douloureuses dans les membres supérieurs et inférieurs, mais surtout dans la masse des muscles de la jambe. Les vomissements sont répétés, le dévoiement abondant. Il rend ce liquide semblable à l'eau de riz, comme le malade l'avait dit lui-même; un peu d'urines ce matin. (Quart de lavement avec le ratanhia et le laudanum; une moitié de potion laudanisée; deux quarts de lavement laudanisé au sulfate de quinine, comme plus haut; une potion de Rivière; infusion de thé et limonade au citron.)

Plus tard, le dévoiement et les vomissements continuent; l'abattement est extrême; les crampes excessivement douloureuses; sueur froide; la physionomie porte fortement imprimé l'aspect cholérique.

4 avril. Les crampes qui tourmentaient si affreusement le malade s'apaisent dans la nuit. Les vomissements et les gardes-robes persistent; cependant le matin ils cessent. Le corps est couvert d'une sueur chaude; pouls relevé; peu d'urines. Le malade, quoique très-abattu, accuse du soulagement. (Limonade au citron; potion de Rivière; trois quarts de lavement laudanisé au sulfate de quinine; onctions mercurielles; cataplasmes.)

Crampes pendant la journée; vomissements, mais peu intenses; le dévoiement continue avec assez d'abondance, quoique moins clair et moins liquide; peau moite; un peu d'urine.

5 avril. Sueurs de bonne nature; vomissements et selles supprimés; les crampes bien apaisées; la sécrétion urinaire facile; langue blanche au milieu, rouge aux bords; soif un peu vive; la voix, qui était étouffée, sort librement et clairement. (Limonade au citron; 4 pilules de sulfure noir; onctions mercurielles; cataplasmes.)

6 avril. Quelques crampes légères; le visage est comme changé, et offre comme une expression nouvelle; amélioration très-grande et très-rapide. (Même prescription.)

La convalescence s'établit franchement les jours suivants.

Les observations que nous venons de rapporter diffèrent assez peu au point de vue pathologique pour que nous nous dispensions de toute réflexion.

Au point de vue thérapeutique, elles offrent une confirmation digne

d'être prise en considération, des idées et de la méthode qui en a été la conséquence. Cependant, ainsi que l'a fait remarquer l'honorable médecin de la Pitié, ces faits sont encore trop peu nombreux pour permettre d'asseoir un jugement complétement motivé. L'observation ultérieure achèvera sans doute de fixer l'opinion à cet égard.

Parmi les cas traités par la même méthode, se trouvent, avons-nous dit, 4 décès; bien qu'il importe d'en tenir compte pour la détermination des succès, nous nous dispensons de les rapporter avec détails, comme n'offrant pas un intérêt direct eu égard à la médication que nous avons en vue de faire connaître. Disons cependant que, dans la plupart des cas, la mort a été tellement rapide que l'on peut croire avec quelque fondement que la médication n'a pas eu le temps d'exercer son influence. Il s'agissait en outre de malades appartenant à un quartier réputé pour son insalubrité (12e arrondissement), et à une classe de malades malheureusement trop mal disposés par la misère et les privations.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

La première partie du sixième volume (1848) contient les travaux originaux suivants : 1° *Analyse de 54 autopsies de pneumonie terminée d'une manière fatale*; par M. Hughes. 2° *Cas de maladie hydatique du foie guérie par une opération*; par M. Rees. (Deux ponctions successives n'avaient donné issue qu'à de la sérosité. A la suite d'une troisième, dont le produit était mélangé de débris d'hydatides, on laissa en place une canule ouverte. Il se développa peu à peu une inflammation du foyer qui en amena la guérison radicale. L'auteur a néanmoins des doutes que le véritable siége de l'affection fût dans le foie.) 3° *Observations d'ophthalmologie*; par M. France. (Discussions sur les sources d'où provient la motilité de l'iris.) 4° *Considérations sur les tissus articulaires dans l'état sain et morbide*; par M. Birkett. 5° *Sur l'opacité de la cornée*; par M. Bateman Wilson. (Une jeune fille avait perdu la vue, à la suite d'ophthalmies qui avaient amené l'opacité complète des deux cornées. Après plusieurs traitements infructueux, elle consulta M. Wilson, qui, éclairé par l'aspect de son habitus scrofuleux, employa l'iodure de potassium. Au bout de trois mois, elle était entièrement guérie.) 5° *Cas de maladie tuberculeuse du cerveau, avec remarques*; par M. Babington. 6° *Des conditions physiques qui affectent la distribution de la vie dans la mer et dans l'atmosphère, et des lois de la respiration aquatique*; par M. Th. Williams. 7° *Anatomie du ganglion ophthalmique du cheval*; par M. Poland. 8° *Second rapport septennal sur les accouchées de l'hôpital de Guy*; par MM. Lever et Oldham. 9° *Sur la prétendue production de phosphate de chaux et de fer dans l'œuf durant son incubation*; par M. S. Taylor. 10° *Cas choisis de hernie étranglée*; par M. Edward Cock. (L'auteur se loue beaucoup de l'emploi de l'opium pendant les premiers jours qui suivent l'opération.) 11° *Sur l'emploi du bichlorure de mercure dans l'hypertrophie et l'induration du col de l'utérus*; par M. Oldham.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE DE CINQUANTE-QUATRE CAS DE PNEUMONIE, AVEC AUTOPSIE; par M. le docteur H.-M. HUGUES.

L'auteur présente, en effet, dans une table fort détaillée, le résumé analytique de ces cinquante-quatre cas; mais quand il en vient aux tableaux partiels destinés à mettre en lumière les différentes particularités relatives à l'âge des sujets, au sexe, au siége spécial de la pneumonie, etc., il joint à ces données statistiques celles qu'il avait déjà fournies lui-même dans un autre travail inséré dans le 7e volume de GUY'S HOSPITAL REPORTS, et comprenant 101 cas de pneumonie observés pendant la vie et 145 cas constatés par l'autopsie.

Or voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° AGE.—Sur un total de 300 individus, 10 étaient dans la première enfance, 45 avaient moins de vingt ans, 78 avaient de vingt à trente ans, 55 de trente à quarante, 40 de quarante à cinquante, 63 cinquante et au delà. Dans 9 cas, l'âge n'avait pas été mentionné.

Il importe de remarquer que la proportion des enfants reçus dans l'hôpital de Guy est très-inférieure à celle des adultes, et que le chiffre relatif à la première enfance n'a par conséquent aucune signification; quant aux autres périodes de la vie, on voit que c'est la période comprise entre vingt et trente ans qui l'emporte pour la fréquence de la pneumonie. Enfin, si l'on jette un coup d'œil sur la colonne relative aux autopsies, on peut s'assurer que la plus forte proportion des décès a eu lieu après cinquante ans (51 sur 63).

2° SEXE. — Sur 290 adultes, 208 appartiennent au sexe masculin et 82 seulement au sexe féminin. Le chiffre des décès est de 132 pour les hommes et de 57 pour les femmes.

3° CÔTÉ DE LA POITRINE AFFECTÉ. — Le côté droit seulement était affecté dans 111 cas, dont 59 terminés par la mort; le côté gauche dans 88 cas, avec le même nombre de décès; des deux côtés simultanément dans 88 cas, dont 79 décès. Dans 3 cas, le côté malade n'a pas été mentionné.

4° PORTION DU POUMON AFFECTÉE. — La pneumonie affectait le lobe supérieur seul dans 25 cas; le centre du poumon (*sic*) dans 11 cas; le lobe postérieur dans 14 cas; la base dans 125 cas; toutes les parties du poumon dans 89 cas. 36 fois le siége précis de la pneumonie n'a pas été mentionné.

L'auteur a recherché spécialement le rapport du siége de la pneumonie avec l'âge des sujets, et voici ce qu'il a trouvé. Sur 25 cas de pneumonie du lobe ou des lobes supérieurs, l'âge moyen était de 37 ans et demi. Sur 116 cas de pneumonie du lobe ou des lobes inférieurs, l'âge moyen était de 84 ans.

Sur les 25 premiers cas, il y avait 4 femmes, dont l'âge moyen était de 26 ans, et 21 hommes, dont l'âge moyen était de 40 ans.

Sur les 116 autres, 33 femmes, âgées en moyenne de 31 ans et demi, et 83 hommes, âgés en moyenne de 35 ans.

5° FORME DE MALADIE. — La pneumonie était récente et aiguë dans 58 cas; ancienne, passive ou chronique, dans 74 cas; lobulaire, dans 17; suppurante, dans 18; gangréneuse, dans 29.

—Les différents relevés de M. Hugues ne nous paraissent pas, sous certains rapports, pouvoir se prêter à des déductions rigoureuses, et cela pour plusieurs raisons. En premier lieu, il n'est fait aucune distinction entre les pneumonies primitives et celles qui sont survenues consécutivement à d'autres affections. L'auteur, qui reconnaît lui-même l'utilité de cette distinction, avoue en même temps que les éléments de son travail ne lui ont pas permis de la faire, et que, dans un certain nombre de cas, la pneumonie n'a été qu'une simple complication plus ou moins grave. Or il est clair que le caractère primitif ou consécutif de la phlegmasie pulmonaire doit influer sur le siége et le mode de terminaison de la maladie, comme aussi affecter les chiffres relatifs à l'âge et même au sexe des malades. Par exemple, les pneumonies intercurrentes liées à l'existence de tubercules pulmonaires occuperont surtout le sommet; les pneumonies liées à l'existence d'une fièvre typhoïde occuperont surtout le bord postérieur; et il est évident que les uns et les autres, si on les fait entrer en ligne de compte, grossiront le chiffre proportionnel des pneumonies appartenant à l'âge où s'observent d'ordinaire la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde. En outre, on n'obtient que des résultats peu significatifs quand on étudie chaque condition pathologique, d'âge, de siége, etc., séparément et sans liaison avec les conditions concomittantes. Ainsi il importe peu de savoir combien de fois, sur un nombre donné de malades, on a rencontré la pneumonie de la base ou celle du sommet; ce qui importerait, ce serait de déterminer comment l'âge du sujet ou la cause morbide influe sur le siége de la maladie, comment le siége influe sur la mortalité, et ainsi de suite. Les quelques indications de ce genre contenues dans le travail de l'auteur sont insuffisantes. Enfin, en ce qui concerne plus spécialement la mortalité, il faut remarquer que tous les cas de pneumonie enregistrés pendant la vie n'ont pas été suivis par l'auteur jusqu'à la terminaison, et qu'en fait, comme il le reconnaît lui-même, un certain nombre se sont terminés ultérieurement par la mort bien que ne figurant pas dans la colonne des décès.

En prenant tels qu'ils sont les résultats obtenus par M. Hugues, on voit que les uns sont en général, mais non pas tous, d'accord avec ceux qu'ont déjà présentés d'autres auteurs. Relativement à l'âge, c'est bien de 20 à 30 ans, que la pneumonie a paru la plus fréquente à ceux qui se sont occupés avec le plus de soin de cette question, à M. Grisolle, par exemple. Toutes les statistiques établissent aussi la plus grande fréquence de la pneumonie chez l'homme que chez la femme, du moins dans l'âge adulte, soit par suite d'une prédisposition organique, soit que l'homme s'expose davantage aux causes de phlegmasie pulmonaire. Même accord en ce qui concerne la prédominance du côté droit sur le côté gauche et de la base sur le sommet, relativement à la fréquence de la pneumonie; nous noterons seulement que la différence entre le sommet et la base est beaucoup plus considérable que dans les autres statistiques jusqu'ici publiées. M. Hugues trouve 125 pneumonies de la base contre 25 du sommet, tandis que la proportion est, pour les autres observateurs, de 4 à 3, ou tout au plus de 3 à 2.

On a vu que, suivant M. Hugues, l'âge moyen des sujets porteurs de pneumonies du sommet excédait de très-peu celui des sujets affectés de

pneumonies de la base (37 et demi contre 34). Nous nous contenterons de faire remarquer que ce résultat est un peu en désaccord avec celui qu'a publié autrefois M. Louis. D'après la statistique de cet observateur, l'âge moyen serait, chez les premiers sujets, de 54 ans, et chez les seconds, de 35 seulement, différence, comme on le voit, très-considérable.

CONSIDÉRATIONS SUR LES TISSUS ARTICULAIRES DANS L'ÉTAT SAIN ET MORBIDE ; par M. BIRKETT.

L'unique objet de ce travail est de démontrer la vitalité des cartilages articulaires, question déjà vieille dans les écoles françaises, mais qu'on semble depuis quelques années avoir abandonnée, plutôt sans doute par découragement que pour en avoir bien fixé la solution. En cet état, c'est un devoir de recueillir tous les enseignements que nous apportent la presse et les cliniques étrangères. Nous regrettons seulement de ne pouvoir rendre notre traduction plus saisissante par la reproduction des planches qui accompagnent le texte anglais.

La situation des cartilages articulaires implique leur continuelle exposition à la pression, aux attritions. Ils devraient donc, au bout de quelque temps, s'amincir, puis se détruire, malgré le fluide qui les lubrifie, s'ils ne jouissaient à un degré remarquable du pouvoir de nutrition, ou tout au moins de celui de reproduction.

L'auteur a soumis à une étude minutieuse l'arrangement réciproque des parties constituantes du tissu cartilagineux. Si d'un coup de rasoir l'on coupe un cartilage dans une direction verticale à la surface articulaire, voici ce qu'on observe avec un verre grossissant. Les cavités du cartilage, près de l'os, ont leur axe longitudinal dans différents sens : les unes sont obliques, les autres horizontales, un certain nombre verticales, s'inclinant soit à droite, soit à gauche, et cette diversité dans leur direction, en apparence sans importance, se continue à une profondeur considérable dans l'épaisseur du cartilage. Mais à mesure qu'on se rapproche de la surface libre, les cavités affectent une direction bien définie et uniforme. Ce changement ne montre-t-il pas que les couches superficielles ont été poussées là par la sécrétion des plus profondes, lesquelles, une fois qu'elles y seront arrivées à leur tour, y prendront la même disposition régulière?

Sans l'intervention d'une force génératrice de cette espèce, comment pourrait-on se rendre compte de ces apparences, qui sont regardées comme des cicatrices de cartilage? Comment expliquer l'augmentation graduelle de ces tissus en surface et en étendue, qui doit nécessairement suivre la croissance de l'os sous jacent amenée par les progrès de l'âge? Comment comprendre enfin pourquoi la diminution des pouvoirs vitaux qui résulte de la vieillesse cause la désorganisation, le ramollissement ou la destruction des cartilages.

Dans l'état normal, la nutrition du cartilage s'effectue par l'effusion d'un blastème destiné pour la sécrétion spéciale de ce tissu. Or toute cause capable d'exciter à un haut degré l'action des vaisseaux auxquels cette fonction est confiée, l'empêche ou l'interrompt ; et le résulat de l'inflammation se manifeste par la séparation du cartilage d'avec l'os (comme l'épiderme se détache du chorion), et l'effusion d'un blastème dans lequel s'engendre un tissu fibreux ; celui-ci reçoit dans son intérieur des vaisseaux capillaires; il s'accroît au fur et à mesure que la destruction du cartilage progresse, et il se forme entre les os et les cartilages un espace dans lequel il s'insinue.

Ces nouvelles productions vasculaires, quand elles naissent soit de la synoviale ou de la capsule, soit des surfaces osseuses, ont leur origine dans un épanchement de blastème, et sont étroitement unies avec l'arrangement vasculaire normal des parties d'où elles proviennent. Il est nécessaire, ajoute l'auteur, que même la mince et délicate lame immédiatement au-dessous du cartilage soit détruite avant qu'elles puissent procéder de l'os; car on les trouve alors en contact intime avec les vaisseaux du tissu spongieux.

SUR L'EMPLOI DU BICHLORURE DE MERCURE DANS L'HYPERTROPHIE ET L'INDURATION DU COL DE L'UTÉRUS; par M. OLDHAM.

Les données sur lesquelles se fonde l'auteur paraîtraient indubitablement sans valeur et mériteraient de passer inaperçues si elles étaient formulées à titre de proposition, et dépourvues de fondement clinique. Mais elles ont une tout autre signification à nos yeux, lorsqu'elles émanent d'un médecin aussi expérimenté que M. Oldham, et qu'elles ont été confirmées, comme il le dit, par l'observation de plusieurs centaines de cas de ce genre.

L'induration chronique de l'utérus comprend trois espèces. Elle peut être : 1° une affection primitive du corps de l'organe ; 2° causée par une irritation de l'ovaire; 3° occasionnée par des désordres du tube digestif. Dans ce dernier cas, elle s'accompagne généralement d'une élimination plus ou moins considérable d'acide lithique et souvent de tumeurs hémorrhoïdales.

Quel qu'ait été le point de départ de l'affection, il est un de ses effets sur lequel il importe de ne pas se méprendre. L'engorgement de l'utérus est ordinairement suivi de sa déviation soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés. Ce déplacement devient la source de tant d'incommodités que parfois il absorbe toute l'attention des praticiens, qui lui attribuent alors tous les symptômes, tandis qu'il n'est lui-même qu'une suite de la maladie principale. Il arrive cependant que l'utérus, quoique hypertrophié, occupe quelquefois sa position naturelle. Mais chez les femmes qui ont eu des enfants, on voit presque toujours le vagin et les ligaments relâchés n'offrir plus qu'une résistance insuffisante, et la descente ou une obliquité quelconque se produire à un degré plus ou moins marqué.

N'exagérons pas toutefois l'étendue de cette remarque, et gardons-nous de prendre pour déviation morbide telle obliquité légère qui s'observe, dans un sens ou dans l'autre, chez la plupart des femmes. Il en est effectivement bien peu dont l'axe de l'utérus soit avec l'axe du bassin dans le rapport rigoureux que les livres assignent. La direction peut varier et varie selon une foule de conditions, suivant l'attitude prise au moment de l'examen, la largeur de la ceinture osseuse, etc., sans qu'on soit autorisé à considérer comme pathologique ce léger changement qui n'est que temporaire.

Le plus souvent l'utérus qui se déplace a son fond dirigé en arrière; c'est la *rétroversion*, que l'hypertrophie produit ordinairement. Mais on ne la voit presque jamais portée à un point tel que le diamètre longitudinal de l'organe se trouve horizontal. Je suppose, dit M. Oldham, que les dessins où l'on a représenté un pareil état sont plutôt des caricatures que la reproduction exacte de ce qui a été vu ou touché. Dans les cas qu'il a observés le plus communément, le fond, incliné vers le sacrum, se penchait autant en arrière qu'il le fait, normalement, en avant.

L'auteur indique pour la réduction ou le redressement de l'utérus ainsi déplacé un procédé fort simple. Le chirurgien introduit d'abord le doigt aussi profondément que possible derrière le col, vers le promontoire, puis s'en sert en pressant obliquement en haut et en avant ; cela fait, il le reporte en avant contre la lèvre postérieure sur laquelle il appuie dans un sens mixte en bas et en arrière, comme s'il voulait faire du col un levier pour ramener le fond de l'organe en avant. Cette manœuvre a presque toujours réussi à l'auteur, excepté lorsque l'utérus, retenu par des adhérences, avait perdu sa mobilité.

Outre les symptômes locaux, qui dépendent directement de la lésion utérine, M. Oldham en mentionne avec raison une classe toute particulière. Ce sont les désordres sympathiques, si souvent méconnus ou pris pour des altérations essentielles distinctes. L'hystérie, les névralgies, l'aliénation mentale même, les troubles des fonctions digestives compliquent et dominent en effet les phénomènes génitaux au point de les obscurcir ou de se substituer à eux aux yeux du médecin qui ne serait pas prévenu de cette cause d'erreur.

Les trois principales indications que comprend le traitement sont : 1° de réduire le volume de l'utérus ; 2° de rendre de la force aux tissus qui ont été affaiblis ; 3° de rétablir la santé générale en remédiant aux désordres sympathiquement développés. On comprend aisément que la première est de beaucoup la plus importante, et qu'il doit, dans beaucoup de cas, suffire de la remplir pour ramener le calme.

L'auteur recommande les sangsues dans le fond du vagin, et les vésicatoires sur le sacrum et aux aines pour combattre les douleurs qui se manifestent dans ces régions. Mais l'agent auquel il accorde le plus de confiance, celui pour la propagation duquel ce mémoire a été principalement écrit, c'est le bichlorure de mercure administré à l'intérieur. Il donne à ce composé la préférence sur les préparations différentes du même métal, en raison de la facilité avec laquelle il peut s'associer aux autres médicaments. Les mercuriaux donnés à petites doses et d'une manière continue n'agissent pas en produisant la salivation, mais ils diminuent par une sorte d'action spécifique le volume de la matrice hypertrophiée.

En voyant l'état de langueur et de débilité si commun aux femmes qui souffrent de cette maladie, on pourrait craindre qu'un remède aussi actif n'augmentât leur faiblesse. Mais si on a soin de le combiner avec quelques toniques végétaux, ou avec les ferrugineux, on en obtient un effet fortifiant, son pouvoir pour déterminer la résolution de l'hypertrophie utérine demeurant cependant intact. C'est alors un médicament extrêmement facile à manier, et qui ne provoque la salivation qu'à doses très-élevées ou chez des sujets extrêmement susceptibles d'éprouver cet accident.

M. Oldham l'emploie depuis deux ou trois ans, tant à l'hôpital que dans sa pratique privée, et le bien très-réel qu'il a réalisé grâce à lui, joint à la considération de son peu de danger, l'a conduit à lui attribuer une grande valeur. La réduction de la matrice indurée est généralement lente, et le temps nécessaire pour l'obtenir varie extrêmement dans les différents cas.

Six ou huit semaines suffisent quelquefois. Ce dernier terme n'a pas eu besoin d'être dépassé chez une femme récemment admise à l'hôpital, dont la matrice volumineuse et dans une rétroversion prononcée, a été guérie par le mercure. D'autres fois, la médication doit être continuée beaucoup plus longtemps.

Si les intestins sont dans un état torpide, on ajoutera de temps à autre un peu de teinture de rhubarbe.

Quant aux moyens propres à combattre directement le déplacement ou la déviation, M. Oldham préfère une ceinture ventrale bien confectionnée à toute espèce de pessaires.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 AVRIL.

NOTE SUR LA THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA.

M. SERRES lit la note suivante :

I. Le choléra qui sévit depuis quelques semaines à Paris, se présente avec les mêmes caractères pathologiques qu'il offrit en 1832, lors de sa première apparition en France.

II. C'est la même maladie, ce sont les mêmes symptômes; leur invasion et leur gravité ne sont pas changées, les altérations des solides et des fluides après la mort sont semblables aux altérations que la médecine française constata en 1832, sur des centaines de cadavres; et constata avec un zèle scientifique dont on n'a peut-être pas apprécié la valeur, par la raison que nulle méthode curative, rationnelle ou empirique, ne sortit de ces nobles efforts.

III. Fixés aujourd'hui sur la symptomatologie de cette grave maladie, c'est vers son traitement ou sa thérapeutique que l'attention de la médecine doit être particulièrement dirigée. La thérapeutique du choléra est l'objet spécial de cette première note.

IV. Et d'abord, le principe général de la thérapeutique, pour le traitement des maladies soit sporadiques, soit endémiques ou épidémiques, consiste, en premier lieu, à chercher à déterminer leur nature ou leur caractère spécifique. De cette détermination se déduit, en second lieu, la médication propre à les attaquer et à les combattre avec avantage.

V. Conformément à ce principe, nous devons donc commencer par rechercher quelle est la nature du choléra actuel.

Nous indiquerons ensuite quelle nous paraît devoir être sa méthode de traitement.

VI. La nature du choléra est typhoïde. C'est au groupe si grave de ces affections, que se rapportent ses caractères fondamentaux, son siége principal, ainsi que les altérations matérielles que son passage imprime sur l'organisme, altérations que l'on retrouve sur les cadavres après la mort.

VII. Cette opinion n'est pas nouvelle, je l'ai émise en 1832, dès la première période de l'épidémie, et alors que les phénomènes pernicieux et mortels du choléra se dessinaient d'une manière si tranchée et si brusque.

VIII. Dans la seconde et la troisième période, les caractères typhoïdes se prononcèrent de plus en plus, à mesure que s'affaiblirent les symptômes pernicieux qui masquaient en quelque sorte leur manifestation.

IX. Ce fut alors que le choléra devint accessible à nos méthodes curatives. Et ce fut aussi à partir de cette époque que les cas nombreux de guérison qui eurent lieu et dans les hôpitaux et dans la ville, vinrent contre-balancer la liste effrayante des morts qui avait caractérisé la première période.

X. Une comparaison médicale me servira à faire bien saisir ma pensée. Je la choisis dans la classe des fièvres intermittentes.

XI. Ces fièvres sont de deux sortes : les pernicieuses et les non pernicieuses. Au fond, ces deux ordres de fièvres sont le même; mais pour la forme et la terminaison, elles sont très-différentes. Les premières sont mortelles dans les premiers accès; les secondes, au contraire, sont facilement curables.

XII. Les préparations de quinquina forment la base des moyens propres à guérir ces deux ordres de fièvres; mais, de plus, dans les fièvres pernicieuses, il faut attaquer de front et par des moyens énergiques les symptômes de mort qui se décèlent, dès leur début, tantôt du côté du cerveau, tantôt du côté du cœur ou du poumon, et tantôt enfin, quoique plus rarement, du côté de l'abdomen.

XIII. Ces symptômes de mort maîtrisés, la fièvre perd son caractère pernicieux et rentre dans l'ordre des fièvres intermittentes ordinaires et graves.

XIV. Il en fut de même du choléra en 1832. D'après ce qui précède, et eu égard à sa nature, nous le considérâmes comme une fièvre typhoïde pernicieuse, dont l'invasion s'accompagnait de symptômes mortels, soit du côté de l'abdomen, soit du côté du poumon ou du cœur, soit enfin du côté de l'encéphale, symptômes d'autant plus pernicieux que leur manifestation était accompagnée d'une altération profonde des solides et des fluides de l'organisme, et particulièrement du sang et des follicules intestinaux.

XV. Si nous parvenions à maîtriser ces symptômes mortels, le choléra se transformait de même que les fièvres intermittentes pernicieuses se transforment; d'incurable il devenait curable et accessible à nos moyens thérapeutiques, bien que, le plus souvent, la maladie conservât encore le plus haut degré de gravité des fièvres typhoïdes.

XV. Mais enfin nous avions affaire à la fièvre typhoïde, et, pour nous du moins, nos études nous avaient servi à dégager la principale inconnue du choléra.

XVI. Cette détermination de la nature du choléra nous servit, dans la troisième période, de règle de conduite pour le traitement; et les nombreux cas de guérison que nous obtînmes en furent l'application, c'est-à-dire que nous les obtînmes en traitant la fièvre typhoïde qui succédait aux premiers accidents cholériques.

XVII. Ces vues rétrospectives sur le choléra de 1832 sont celles que nous communiquâmes à l'Académie en 1833 avec M. le docteur Nonat alors interne de ma division : elles sont renfermées dans le travail qui fait partie du tome XIV des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, travail intitulé : DE LA PSORENTÉRIE OU CHOLÉRA DE PARIS, avec deux planches représentant les altérations pathologiques de la maladie.

XVIII. Le nom de *psorentérie*, ou d'éruption pustuleuse intestinale, formulait le caractère typhoïde que j'avais reconnu à la maladie; et en le rattachant à l'ouvrage que j'ai publié avec M. Petit en 1813, sur la fièvre entéro-mésentérique, il rapprochait le choléra de la variété si grave que nous avons désignée, dans cet ancien travail, sous la dénomination de fièvre entéro-mésentérique *pustuleuse* ou *boutonneuse*.

XIX. J'insiste sur cette impression profonde que me produisit l'épidémie de 1832, par la raison, d'une part, que c'est de cette époque que datent mes nouvelles études sur la fièvre typhoïde, et, d'autre part, que c'est en vue même du choléra que ces études ont été faites ; car les cas isolés de choléra sporadique que nous observions tous les ans dans les hôpitaux, et particulièrement en 1836, faisaient malheureusement présumer son retour épidémique.

XX. Les publications que j'ai faites dans les COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE dans les années 1847 et 1848, sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde par les préparations mercurielles, me dispensent d'entrer dans des détails à ce sujet.

XXI. Je m'arrêterai seulement sur deux points : le premier relatif à la coloration blanchâtre et floconneuse des selles, qui se remarque sur le plus grand nombre des cholériques; le second concernant la similitude du choléra présent avec celui de l'épidémie de 1832.

XXII. Quant à la coloration du fluide albumino-séreux qui caractérise le dévoiement des cholériques, les flocons blanchâtres que l'on y remarque ne proviennent pas, comme on l'a dit récemment, d'une interversion dans l'action des chylifères et du canal thoracique, qui contrairement aux dispositions anatomiques, videraient les liquides lymphatiques dans l'intérieur du canal intestinal.

XXIII. La source de ce fluide blanchâtre réside dans les corpuscules vésiculeux qui entrent dans la structure des glandes agminées de Peyer, et dans les corpuscules granuleux qui se développent par milliers dans le choléra, à la surface de la membrane muqueuse de l'intestin. Après la mort, on l'exprime de ces corpuscules; j'en exposerai incessamment les caractères microscopiques.

XXIV. Présentement, je me bornerai à faire remarquer que la source de ce fluide blanchâtre, si caractéristique du choléra, est un signe confirmatif du rapport que nous avons établi entre cette maladie et les affections typhoïdes.

XXV. Quant à la similitude du choléra actuel avec celui de l'épidémie de 1832, la conformité des symptômes est frappante; la *défluidité* du sang et surtout la nature de l'altération pathologique que l'on observe dans le canal intestinal ne me laissent pas de doute à cet égard.

XXVI. Sur tous les cadavres des cholériques que j'ai examinés à l'amphithéâtre des hôpitaux, j'ai rencontré l'éruption psorentérique du choléra de 1832.

XXVII. J'en ai fait dessiner deux cas, que je mets sous les yeux de l'Académie, en plaçant à côté les deux planches du travail inséré dans le tome XIV de nos MÉMOIRES; on pourra juger de la ressemblance. Cette comparaison en dira plus que la plus longue description.

XXVIII. Si même l'épidémie présente se comporte comme celle de 1832, on pourra déterminer sa décroissance par celle de l'exanthème psorentérique, qui en constitue, avec les déjections et les crampes, les caractères fondamentaux.

XXIX. Ainsi, dans la première période de l'épidémie de 1832, l'exanthème psorentérique était très-confluent; les déjections, très-abondantes, étaient aqueuses et blanchâtres.

XXX. Dans la seconde période, les pustules psorentériques étaient semi-confluentes; les déjections, moins abondantes, étaient d'un jaune blanc et moins liquides.

XXXI. Dans la troisième période, l'exanthème fut discret; les déjections devinrent plus consistantes; leur coloration était jaune, entremêlée çà et là de flocons blanchâtres.

XXXII. L'exanthème cholérique répéta ainsi, quant au nombre des pustules, l'exanthème de la variole, et, comme dans la variole, sa confluence en accroissait la gravité.

XXXIII. De plus, la décroissance de l'épidémie cholérique suivit assez exactement la décroissance du nombre des pustules psorentériques.

XXXIV. Sur les cadavres que j'ai examinés dans les deux premières semaines de l'épidémie actuelle, l'éruption psorentérique était très-confluente.

XXXV. Sur ceux que j'ai examinés dernièrement, l'exanthème cholérique est semi-confluent, et quelquefois même discret; ce qui semble indiquer une tendance à la décroissance.

XXXVI. Néanmoins, entre le choléra présent et celui de 1832, je dois indi-

quer une différence qui pourrait influencer sa marche rétrograde. Cette différence est celle-ci :

XXXVII. Dans le choléra de 1832, les plaques agminées de Peyer étaient rares ; dans le choléra actuel, elles sont très-nombreuses et plus vésiculeuses que dans la fièvre typhoïde ordinaire.

XXXVIII. Quelque réserve que nous devions avoir sur le prognostic des maladies aiguës, et en particulier sur celui des épidémies, néanmoins je crois utile de rapprocher la coexistence des affections inflammatoires dans ces deux choléras.

XXXIX. Dans celui de 1832, elles furent extrêmement rares et ne parurent que sur la fin de la deuxième période, alors que le choléra était en pleine décroissance.

XL. Dans l'épidémie actuelle, le nombre des affections inflammatoires est moins grand, sans aucun doute, que dans les printemps ordinaires ; néanmoins, depuis quatre jours, j'ai reçu dans ma division une péritonite, deux pleurésies, trois pneumonies, ce qui me paraît indiquer une intensité moins grande de l'élément cholérique.

XLI. A ce rapprochement parallélique des deux choléras, j'ajouterai la remarque qui suit :

En 1832, la terminaison de l'épidémie coïncida avec l'apparition d'une variété de la fièvre typhoïde que, jusque-là, je n'avais pas souvent observée.

XLII. Cette variété, je l'ai nommée *fièvre typhoïde cyanique*, par la raison que les taches pétéchiales de la peau et les sudamina sont remplacés par des bandes bleuâtres qui marbrent toute la surface du corps.

XLIII. Or, il y a six jours, j'ai reçu dans ma division un jeune homme affecté d'une fièvre typhoïde cyanique qui, par sa marche rapide vers une terminaison heureuse, contrasta encore avec la marche insidieuse que ces mêmes fièvres affectèrent à la fin de 1832.

XLIV. Toutefois, à quelque opinion que l'on s'arrête sur le caractère exanthématique ou non de l'épidémie de 1832, un fait ressortit nettement de l'ensemble de ses phénomènes. Ce fait fut celui de la nature typhoïde, et, comme je l'ai déjà dit, il devint le point de départ de mes nouvelles études sur ces affections si graves.

XLV. Or, ainsi que je l'ai établi dans les notes que j'ai communiquées à l'Académie, leur résultat a été de montrer l'efficacité de certaines préparations mercurielles dans ces affections.

XLVI. Donc si, d'une part, j'avais bien interprété les faits soumis à mon observation ; si, d'autre part, le choléra actuel se présentait avec les mêmes caractères et une nature analogue à celui de 1832, il était rationnel d'appliquer à son traitement la méthode thérapeutique qui m'avait réussi dans la fièvre typhoïde.

XLVII. C'est ce que j'ai fait en y associant des quarts de lavement, composés avec l'amidon, le camphre, le laudanum et le sulfate de quinine, afin de modérer les déjections alvines, qui épuisent les malades et défluidifient le sang.

XLVIII. En présentant à l'Académie le résultat de mes premiers essais, je le fais avec cette sage réserve que Sydenham recommandait avec tant d'instance, à cause de l'élément inconnu qui préside au développement des épidémies, et particulièrement à celui du choléra.

XLIX. J'ai renfermé ce résultat dans un tableau dressé avec le plus grand soin par M. Landau, interne de ma division.

L. On voit par ce tableau que, du 16 mars au 4 avril, seize cholériques sont entrés dans ma division, neuf hommes et sept femmes.

LI. Tous ont été traités par la même méthode thérapeutique, c'est-à-dire par les deux onzièmes de lavements laudanisés avec le sulfate de quinine, par les onctions mercurielles sur l'abdomen, le sulfate noir de mercure à l'intérieur, et la potion antivomitive de Rivière.

LII. Sur ces seize cas, douze sont guéris ou en voie de guérison, quatre sont morts.

LIII. Parmi ces derniers, un a succombé dix minutes après son entrée dans la salle ; un autre après trois heures ; le troisième après douze ; et le quatrième après vingt-quatre heures de séjour dans la division.

LIV. L'autopsie a fait reconnaître chez tous l'existence de la psorentérie confluente, les plaques de Peyer nombreuses et plus vésiculeuses que dans la fièvre typhoïde (entéro-mésentérique) ordinaire, les ganglions mésentériques altérés à des degrés divers.

LV. Parmi les douze qui ont guéri, plusieurs ont offert des signes de stomatite due aux préparations mercurielles. Chez aucun, la salivation n'a eu lieu ; chez tous, il y a eu modification assez prompte dans la nature des déjections.

LVI. Chez la plupart des malades, la convalescence s'est assez nettement établie. Néanmoins, sur un jeune homme, il y a eu rechute, et j'ai craint une dyssenterie. Sur un adulte, une affection comateuse, qui a duré trois jours, nous a donné les plus vives inquiétudes. Sur un autre, plongé dans un profond chagrin, la convalescence est insidieuse.

LVII. Chez une jeune femme, un hoquet, qui a duré vingt-deux heures, a succédé aux vomissements ; chez une nourrice, dont les seins s'étaient brusquement affaissés, le canal intestinal était plein de liquides après la cessation des accidents cholériques. Chez une troisième, enceinte de cinq mois, l'abdomen a conservé un boursouflement insolite. Enfin, chez plusieurs, les règles ont apparu avec la convalescence.

LVIII. Tels sont les résultats que j'ai obtenus jusqu'à ce jour dans le traitement du choléra.

En les communiquant à l'Académie, je me suis proposé d'établir :

1° Que le choléra actuel est de nature typhoïde, de même que le fut celui de 1832 ;

2° Que son intensité est moins grande, et que cette diminution d'intensité se décèle pathologiquement par l'intercurrence des affections inflammatoires et l'apparition précoce de la fièvre typhoïde cyanique ;

3° Que l'éruption des vésicules psorentériques en constitue le caractère anatomique, et que ces vésicules sont la source de fluides blanchâtres qui caractérisent les déjections cholériques ;

4° Enfin que les préparations mercurielles, qui m'ont réussi dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde, paraissent également efficaces pour le traitement du choléra.

M. Velpeau : La lésion anatomique dont M. Serres parle dans sa note ne me paraît pas avoir l'importance qu'il y attache ; d'abord elle n'est pas aussi constante qu'il le dit. Pour mon compte, je ne l'ai pas toujours rencontrée. Sur 6 cas, cette lésion a manqué 3 fois. D'un autre côté, M. Serres n'ignore sans doute pas que l'on a pu produire à volonté une éruption intestinale artificielle par l'ingestion de diverses substances plus ou moins irritantes. Enfin, il y a une différence très-grande entre la psorentérie cholérique et l'éruption typhoïde avec laquelle M. Serres l'assimile. De sorte que, d'une part, l'éruption dont il s'agit n'est pas constante, d'autre part, elle peut se produire dans d'autres circonstances que dans le choléra. Il me semble au moins peu rigoureux d'en faire le caractère anatomique du choléra.

M. Serres : Avant de répondre à notre honorable collègue M. Velpeau, j'ai une question à lui adresser.

M. Velpeau n'était-il pas chirurgien à la Pitié, lors de l'épidémie du choléra de 1832 ?

M. Velpeau répond affirmativement.

M. Serres : Alors, je ferai remarquer à notre collègue que sa mémoire le sert mal, car ce n'est pas dans ses salles de chirurgie qu'il put observer le choléra de cette époque, mais bien dans ma division de médecine, puisque ma division fut uniquement, et à mon grand regret, destinée au service des cholériques. Les médecins et les chirurgiens de l'hôpital de la Pitié vinrent en partager le service avec moi.

Cette observation a de l'importance pour la question qui nous occupe, car aussitôt que j'eus découvert la psorentérie, je m'empressai de communiquer ce fait à tous mes confrères, fait que M. le professeur Bouillaud, alors médecin à la Pitié, a consigné dans son ouvrage. Nous pouvons donc, si M. Velpeau le juge convenable, discuter la valeur de la psorentérie dans le choléra de 1832, puisque nous observions les malades dans les mêmes salles et dans des conditions semblables.

En second lieu, M. Velpeau observe que, sur 6 malades qui ont succombé cette année dans son service, il en est 3 chez lesquels on n'a pas trouvé l'éruption psorentérique, j'avoue que cette absence de l'éruption m'étonne, et qu'elle indique entre le choléra présent et celui de 1832, une différence que je n'ai pas encore saisie, bien que j'aie observé, sur des cadavres très-âgés, les villosités devenues granuleuses, et remplaçant en quelque sorte les pustules psorentériques.

En troisième lieu, pour réfuter la valeur que j'attache à la psorentérie dans l'étiologie générale du choléra, notre honorable collègue rappelle le travail de M. Scoutteten, qui a développé artificiellement sur les intestins des animaux une éruption analogue.

Mais, ajoute M. Serres, quel rapport y a-t-il entre cette psorentérie artificielle et la psorentérie que j'ai présentée en 1832, comme le caractère anatomique le plus constant du choléra ? Aucun, ou du moins je ne le saisis pas ; car, en médecine, la forme des pustules que nous faisons développer artificiellement, même chez l'homme, diffère si essentiellement, quant à leur nature, des pustules analogues produites par le travail morbide de l'organisme, que jamais la science n'en a rapproché ni les effets ni les résultats ; j'en citerai un seul exemple : notre honorable collègue sait, comme moi, que, par l'application de l'emplâtre de tartre stibié sur la peau, nous faisons développer des pustules qui ressemblent aux pustules de la variole ; or a-t-on jamais assimilé ces pustules stibiées aux pustules varioliques ? Nul médecin, à ma connaissance, n'a fait une pareille déduction. Cette psorentérie artificielle des animaux n'est donc pas plus la psorentérie du choléra de l'homme que les pustules stibiées ne sont les pustules varioliques : un abîme pathologique sépare ces deux ordres d'éruption.

Enfin, je terminerai par une observation générale. En anatomie pathologique, de même qu'en thérapeutique, la méthode des nombres est la plus vicieuse des méthodes, si, préalablement, on ne détermine avec précision les conditions et la valeur des termes que l'on compare.

Au reste, ajoute M. Serres en finissant, je dois dire que j'ai reçu ce matin à la consultation de l'hôpital 3 cholériques si gravement affectés que, d'une part, je crains une recrudescence de la maladie et que, de l'autre, il pourrait bien se faire, à cause même de ce redoublement d'intensité du choléra, que ma méthode de traitement ne conservât pas au même degré l'efficacité dont j'avais conçu l'espoir d'après l'exposé que je viens de présenter à l'Académie.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CANCÉREUSES.

M. Tanchou lit une note sur la guérison de certaines affections de mauvaise nature (vulgairement appelées cancers).

M. Tanchou annonce un fait qui paraît bien constaté, d'où il résulterait qu'une malade qui lui a été adressée par un autre médecin, et qui était affectée d'un cancer du sein reconnu par plusieurs médecins, a été guérie par ses soins et par différents moyens qu'il indique. Cette guérison se maintient depuis bientôt deux ans. M. Tanchou dit que les maladies cancéreuses ne lui paraissent

pas aussi incurables qu'on l'a cru jusqu'ici. Il ne pense pas, quant à présent, indiquer un traitement régulier, attendu que celui-ci doit varier comme tout ce qui se rattache à l'organisation tout entière, suivant l'âge, la constitution des malades, et une foule de circonstances que l'observation et la pratique seules peuvent faire connaître.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Quémont, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dieppe, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Varengeville depuis la mi-février jusqu'à la fin de mai 1848.

CHOLÉRA.

M. Michel Lévy communique une note sur la sueur et sur l'urine des cholériques. (Voir plus haut.)

M. le docteur Gouyon, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), se fondant sur l'analogie qui existe entre le choléra et la période algide d'un accès de fièvre intermittente pernicieuse, conseille, dans la première de ces maladies, à l'exemple de plusieurs médecins, l'emploi du sulfate de quinine sous toutes les formes, et entre autres de cette manière : pratiquer au bras une incision assez profonde et assez grande, et introduire dans la plaie une certaine quantité de sulfate de quinine en poudre ou converti en trochisque à l'aide d'eau gommée. Un moyen qui lui a aussi réussi dans les fièvres intermittentes les plus graves, c'est l'application sous les aisselles de tampons ou éponges trempées dans une forte dissolution de sulfate de quinine.

M. Ravin, correspondant de l'Académie à Saint-Valery-sur-Somme, écrit que le choléra occupe actuellement une assez grande partie de la vallée de la Bresle (communes de Blangis, Gamaches, Mouchaux, Incheville, Beauchamp, Rouvencourt). Il s'approche de la ville d'Eu.

Dans toutes ces localités, le choléra n'a frappé que les familles les plus pauvres.

Il sévit également sur les constitutions malades ou débilitées, et sur les constitutions robustes. A Gamaches, les enfants entrent pour moitié dans le nombre des cholériques.

Beaucoup de cholériques ont des selles sanguinolentes ; quelques-uns rendent par l'anus un sang noir et fétide.

On paraît s'être bien trouvé dans quelques cas, du bain général sinapisé.

M. Legrand adresse une lettre dans laquelle il entretient l'Académie des bons effets qu'il retire de l'emploi de l'extrait aqueux de noix vomique pour arrêter les vomissements. Il administre l'extrait aqueux de noix vomique à la dose de 5 centigrammes dans une potion de 75 à 100 grammes, composée de parties égales d'eau distillée de fleurs de tilleul, de menthe et de sirop de fleurs d'oranger. L'auteur préconise en outre, dans cette même lettre, divers autres moyens destinés à rétablir la circulation, tels que des applications de sangsues sur la région épigastrique, la rubéfaction transcurrente de toute la longueur du rachis, etc.

M. Worms, médecin du Gros-Caillou, envoie une note sur le traitement du choléra. (Voir plus haut et le dernier numéro.)

M. Masselot communique des recherches qu'il a faites à l'hôpital du Val-de-Grâce sur les déjections alvines et stomacales des cholériques dans le service clinique de M. le professeur Lévy. Nous publierons textuellement.

SUETTE MILIAIRE.

M. Bricheteau a la parole pour lire une lettre qu'il a reçue de M. le docteur Alex. Colson (de Noyon), en réponse à une lettre que M. Bricheteau avait lui-même écrite à ce médecin, au nom de l'Académie, à propos d'une épidémie de suette miliaire qui s'est déclarée à Noyon et dans les environs. L'épidémie s'est déclarée il y a à peu près six semaines dans le village de Cus, à deux lieues de Noyon, dont la population est de 1,400 habitants. Plus de cent personnes en furent atteintes, et notamment des femmes ; il y a eu sept ou huit morts. On a remarqué que les morts appartenaient à la catégorie des personnes chez lesquelles on avait eu recours à une médication active, consistant à saigner et à entretenir une chaleur excessive autour des malades.

Voici ce que M. Colson a observé à Noyon même. D'abord en ce qui concerne l'éruption :

1° Elle manque quelquefois complétement, et alors la maladie consiste en sueurs et fièvre ;

2° L'éruption est le plus souvent miliaire et s'étend alors sur tout le corps, les membres aussi bien que le tronc ; la figure seule est exceptée ;

3° D'autrefois l'éruption se rapproche de celle de la varicelle, et elle occupe principalement la figure et les membres ;

4° D'autrefois encore il y a des pétéchies, comme dans les fièvres typhoïdes.

Les accidents qui viennent compliquer la suette sont le délire et des suffocations. M. Colson les attribue aux moyens employés pour chauffer les malades. Il a remédié avec succès, dit-il, à ces accidents en faisant promener des sinapismes pendant des nuits entières sur les membres. Dans les cas de suffocation, il a eu recours avec avantage aux potions éthérées, en même temps qu'aux sinapismes.

Depuis le début de la maladie jusqu'à la période d'affaissement de l'éruption et de la desquamation, il a fait donner à ses malades de l'infusion de fleurs de tilleul, de bourrache, et il a donné de bonne heure des aliments, du bouillon gras, etc.

Dans quelques cas de suette intermittente on a eu recours au sulfate de quinine avec succès. M. Colson a vu aussi la suette débuter par des symptômes qui lui ont fait craindre le choléra, vomissements, diarrhée et énervation extrême ; mais pourtant la suette seule s'est déclarée jusqu'à présent sans choléra.

M. Colson termine sa lettre en disant que plusieurs médecins ont vu des malades par centaines sans en perdre un seul ; ce sont précisément ceux qui n'ont point eu recours à la saignée, ni à aucun moyen perturbateur dans le traitement de la suette.

(L'ordre du jour appelle la suite des communications sur le choléra.)

CHOLÉRA.

M. Baillarger : L'épidémie qui sévit à la Salpêtrière n'a jusqu'à présent que peu diminué. Un moment nous avons espéré qu'elle allait cesser ; mais cet espoir n'a pas été de longue durée. Le 6, il n'y avait eu que 5 cas nouveaux, tandis que la veille ils avaient encore été de 32. Malheureusement le 7 il y a eu une nouvelle aggravation, et aujourd'hui encore le nombre des cas nouveaux a été de 28. Le nombre des malades atteints depuis le début est de 584 ; celui des décès de 420. Un douzième de la population a déjà succombé. Dans mon service en particulier, la mortalité est déjà d'un huitième.

Parmi les employés, il y a eu jusqu'à présent 1 cas sur 13 ; 1 décès sur 25. Un interne a été atteint ; d'autres ont eu des cholérines assez graves, et parmi eux se trouve le fils d'un de nos collègues, M. Falret.

J'avais dans la dernière séance parlé à l'Académie d'une femme chez laquelle le choléra avait été jugé très-rapidement par l'apparition d'une parotide droite. Aucun nouveau symptôme n'était survenu pendant cinq jours, et je croyais cette malade hors de danger, lorsque la parotide a tout à fait disparu ; elle a été immédiatement remplacée par des vomissements, de la diarrhée, et la mort a eu lieu dans la même journée.

Chez une aliénée non épileptique et qui a succombé après plusieurs jours d'un état semi-comateux, la mort a été précédée par de violentes attaques épileptiformes.

Les trois malades chez lesquelles j'ai employé le stachys continuent à aller bien. Le même médicament employé à l'infirmerie de la Salpêtrière par M. Barth a donné des résultats beaucoup moins heureux. Les quatre malades chez lesquelles il a été administré ont succombé.

Je me bornerai à ajouter à ces quelques remarques un fait qui me paraît avoir un certain intérêt. Il semble résulter de ce qui se passe à la Salpêtrière que le choléra éclate bien plus souvent la nuit que le jour. La garde est faite chaque jour par deux internes ; l'un est chargé du service de six heures du matin à six heures du soir ; l'autre, de six heures du soir à six heures du matin. Or les malades envoyés par ce dernier à l'infirmerie sont en général de beaucoup les plus nombreuses.

M. Bouvier : Voici le mouvement général des cholériques dans les hôpitaux et hospices de Paris pour la semaine qui vient de s'écouler. Il y avait eu une légère augmentation dans la semaine dernière sur la semaine précédente ; cette augmentation ne portait pas sur tous les établissements, elle était due uniquement à la Salpêtrière. La dernière semaine de mars a été à peu près stationnaire. Dans la semaine qui vient de s'écouler, il y a eu une légère diminution ; cette diminution ne porte que sur les cas venus du dehors. L'augmentation dans cette semaine n'a été que de 24. Il ne s'est développé dans le cours de cette semaine, dans les hospices, que quelques cas clair-semés. L'augmentation des décès a été de 29. Le chiffre des morts, dans la semaine précédente, était de 274 ; il est actuellement de 303. Voilà pour les hospices : j'arrive aux hôpitaux.

Dans les hôpitaux, le total des cas nouveaux dans la dernière semaine de mars était de 199 ; il n'a été que de 178 : 21 de moins dans la semaine qui vient de s'écouler. La différence entre les deux semaines précédentes avait été de 24 ; de sorte qu'il y a eu une légère diminution, mais une diminution qui n'a pas été progressive, comme on peut le voir. Cette diminution a porté exclusivement sur les malades pris dans les hôpitaux ; la proportion des malades venus du dehors a sensiblement augmenté. Ce fait est important à signaler, car il tendrait à prouver que l'épidémie diminue dans les hôpitaux, c'est-à-dire dans les points qui en ont été les premiers foyers, en même temps qu'elle paraît s'accroître au dehors. En 1832 nous avions déjà remarqué qu'à mesure que l'épidémie diminuait en ville, elle augmentait dans la banlieue. Il paraît en être de même actuellement. A Beaujon, sur 8 entrants, 6 venaient de la banlieue, 2 de la Salpêtrière. A l'Hôtel-Dieu, on a fait la même remarque ; il y a eu aussi diminution des cas nouveaux, on n'en a reçu que 6 dans la dernière semaine.

M. Roux : Si j'en peux juger par ma propre observation, l'épidémie n'aurait sévi que très-faiblement jusqu'ici dans les salles de chirurgie, car dans mon service, qui est le plus considérable des trois services chirurgicaux de l'Hôtel-Dieu, il n'y a eu que deux cas, l'un qui s'est manifesté au début de l'épidémie, l'autre deux mois après. Je dois ajouter que j'ai observé parmi mes malades un grand nombre d'accidents qui m'ont paru se lier à l'épidémie. Je demanderai à M. Bouvier si l'on n'a pas fait la même observation à Beaujon.

M. Bouvier : A Beaujon, le plus grand nombre des cas a été observé dans les services de médecine ; il y en a eu très-peu en chirurgie.

M. Bricheteau : A Necker, il en a été de même. C'est dans les services de

médecine principalement que se sont déclarés les cas de choléra ; il y en a eu quelques-uns cependant en chirurgie.

M. Velpeau : D'après ce que je vois, les choses ne se sont pas passées tout à fait de la même manière dans tous les hôpitaux, car à la Charité nous avons eu un assez grand nombre de cholériques dans les salles de chirurgie. J'en ai eu 6 dans mon service, et il y en a eu de 15 à 20 dans le service de mon collègue, dont 4 ont éclaté le même jour.

M. Ségalas : On a dit que la mortalité diminuait ; cela n'est pas exact, elle a été jusqu'à présent en augmentant. Voici les chiffres officiels du mouvement des hôpitaux, à pareille époque en 1832 et en 1849.

HÔPITAUX ET HOSPICES DE PARIS.

1832.		1849.	
Au 8 avril :	3,221 mal., 1,533 décès. 1 décès sur 2,10.	Au 28 mars :	505 mal., 276 décès. 1 décès sur 1,83.
Au 10 avril :	4,244 mal., 2,072 décès. 1 décès sur 2,04.	Au 30 mars :	618 mal., 354 décès. 1 décès sur 1,74.
Au 12 avril :	5,186 mal., 2,608 décès. 1 décès sur 1,83.	Au 1er avril :	769 mal., 456 décès. 1 décès sur 1,68.
Au 14 avril :	5,907 mal., 3,078 décès. 1 décès sur 1.91.	Au 3 avril :	903 mal., 543 décès. 1 décès sur 1,66.
Au 16 avril :	6,536 mal., 3,444 décès. 1 décès sur 1,89.	Au 5 avril :	1,045 mal., 655 décès. 1 décès sur 1,59.
Au 19 avril :	7,351 mal., 4,888 décès. 1 décès sur 1,50.	Au 8 avril :	1,210 mal., 759 décès. 1 décès sur 1,59.

SALPÊTRIÈRE.

Au 9 avril 1849 : 613 malades, 432 décès.
1 décès sur 1,42.

M. Cornac rend compte des cas qui se sont manifestés à l'hôtel des Invalides; ils sont au nombre de 7. Un cas a eu lieu sans prodrômes; deux ont été apportés morts à l'infirmerie. Sur l'un de ces sujets, l'autopsie avait laissé quelques doutes sur la nature de la maladie ; on a pu croire un instant qu'il avait succombé à un excès de boissons alcooliques, mais, renseignements pris auprès de sa famille, nous sommes restés convaincus que cet homme était réellement mort du choléra.

Telle était la situation des Invalides jusqu'à samedi dernier, 7 avril. Ce même jour il y a eu 3 cas nouveaux développés très-rapidement ; l'un de ces 3 malades est un servant de l'hôtel, qui est actuellement en bon état ; les 2 autres sont morts. Enfin, depuis le 7, il y a eu 5 nouveaux cas.

M. Gibert fournit des renseignements sur l'épidémie de l'hôpital Saint-Louis. Le relevé administratif qui commence au 10 mars, comprend jusqu'aujourd'hui, dans l'espace d'un mois, par conséquent, 60 cas et 36 décès. Après avoir pris naissance dans les salles, l'épidémie a sévi au dehors ; et, maintenant une nouvelle importation, par les cas assez nombreux venus du dehors, semble réveiller le mal dans les salles, car hier et aujourd'hui plusieurs des malades anciens ont été pris d'accidents cholériques.

Dans son propre service, M. Gibert compte 22 cas et 9 décès. Ce matin même un journalier pris dans la rue a été apporté à l'hôpital, en proie à des crampes atroces qui torturaient les membres, et se sont portées ensuite sur le diaphragme et les muscles abdominaux.

Il y a trois jours, un pauvre marchand de coco, pris à minuit, après avoir soupé comme à son ordinaire et s'être couché bien portant, a été apporté à l'hôpital où il a succombé à cinq heures de l'après-midi, sans avoir pu être tiré de la période algide.

A l'occasion de ce fait où aucun prodrome n'a précédé le mal, M. Gibert pense que les opinions exprimées par un honorable collègue sur la constance des prodromes ; et notamment de la diarrhée et sur la certitude du traitement préservatif appliqué à ce prodrome spécial, sont trop absolues. Il s'élève notamment contre cette assertion émise par le même que *la diarrhée, c'est déjà le choléra*. Il oppose à ces opinions le fait déjà cité de choléra foudroyant, et sans prodrome d'aucune sorte ; un autre fait de l'épidémie de 1832 où la diarrhée ayant cédé à un traitement méthodique chez une personne de la ville, le choléra n'en survint pas moins dans la nuit qui suivit le troisième jour de la maladie, et entraîna la mort en 24 heures ; enfin, l'exemple d'un élève auquel était confiée la salle de cholériques dirigée par M. Gibert dans la même épidémie, à l'hôpital Saint-Louis, et qui pendant deux mois ne cessa d'avoir la diarrhée sans que le choléra s'ensuivît. En sorte qu'en résumé, la diarrhée peut manquer comme prodrome du choléra, elle peut exister sans que le choléra s'en suive, même lorsqu'on ne lui oppose aucun traitement; enfin elle peut au contraire être suivie du choléra dans des cas où lui a opposé un traitement méthodique.

M. Gibert a administré à plusieurs malades l'infusion de stachys, en employant la plante que l'Académie lui avait remise, mais la quantité disponible ne lui a pas permis de multiplier beaucoup ses expériences. Sur trois cas graves, l'un a été mortel nonobstant l'emploi du stachys, les deux autres sont aujourd'hui en voie de guérison. Quelques cholérines intenses ont aussi été traitées avec succès par ce remède administré dans les premières heures. Il est assez probable toutefois que les espèces indigènes analogues auraient eu les mêmes résultats.

En général, les remèdes anti-cholériques et les relevés statistiques fournis à l'appui, tant dans cette épidémie que dans celle de 1832, ne peuvent être acceptés qu'avec une sorte de défiance. On a plus d'une fois attribué au traitement une guérison dont la nature avait fait tous les frais, et l'on n'a pas toujours suffisamment séparé les cas graves des cas d'une médiocre intensité.

L'appareil caléfacteur lui-même, adopté par le conseil de salubrité, et présenté à l'Académie par M. H. Gaultier de Claubry, dont il était naturel d'attendre de bons résultats dans la période algide, a déterminé chez plusieurs malades des accidents de suffocation et de syncope qui ont dû y faire renoncer.

On trouve en effet une analogie assez grande entre l'asphyxie algide des cholériques et celle des noyés ; et l'on pourrait à la rigueur comparer un cholérique chauffé par cet appareil à un noyé que l'on mettrait dans un four. Dans les deux cas, sans doute, le mieux est de n'arriver que graduellement à une élévation de température qu'il est préférable de provoquer par les agents propres à développer la chaleur même du corps, plutôt que par la brusque et générale application d'une chaleur artificielle très-élevée.

M. J. Guérin : Dans la communication que notre honorable collègue M. Gibert vient de faire à l'Académie se trouvent quelques remarques à mon adresse, au sujet des aperçus et des faits que j'ai exposés sur la période prodromique du choléra. Je prie l'Académie de me permettre de revenir sur ces opinions et sur ces faits, qui, d'après la manière dont ils viennent d'être présentés par M. Gibert, sembleraient me prêter une exagération qui n'est pas dans ma pensée.

Il convient de distinguer, dans ce que dit M. Gibert, trois choses : une question de fait, une question de doctrine et une question de thérapeutique.

Relativement à la question de fait, j'ai constaté, dès les premiers jours de l'épidémie de 1832, que le choléra confirmé était presque toujours précédé d'une diarrhée prodromique. J'ai publié ce fait avec détails dès le 12 avril 1832, et j'en ai fait l'objet d'un mémoire détaillé, publié séparément en 1837. Dans ces diverses publications, je n'ai pas dit que la diarrhée précédât *toujours* et *nécessairement*, comme on me l'a fait dire, le choléra confirmé : j'ai dit que cette précession constitue un fait très-général; que, dans l'immense majorité des cas, il y avait diarrhée; dans un petit nombre, il y avait simplement des prodromes nerveux, et dans un très-petit nombre de cas exceptionnels, le choléra n'avait été précédé ni de l'une ni de l'autre de ces deux formes prodromiques. Je ne me rappelle pas les chiffres de la proportion ; mais on les trouvera dans les publications que je viens de rappeler. Voilà le fait et le point de départ. Depuis lors un très-grand nombre de médecins français et étrangers l'ont confirmé, et depuis le retour de l'épidémie, son évidence s'est établie de nouveau. Pour nous en tenir à ce qu'a dit et observé lui-même notre honorable collègue, je rappellerai que, dans sa première communication, il a reconnu que, chez tous les cholériques observés par lui, la diarrhée avait précédé le choléra, et il vient de nous répéter que depuis lors, il n'a constaté qu'une seule exception à la règle : il n'a vu qu'un seul cas de choléra sans diarrhée préalable. Cela suffirait pour confirmer la vérité du fait constaté dès 1832. Mais de mon côté, j'ai voulu savoir jusqu'où l'épidémie actuelle serait conforme sur ce point avec la précédente. Sur 130 cas environ, une seule fois le choléra a éclaté évidemment sans aucune espèce de prodromes : ç'a été un véritable cas de choléra foudroyant. Dans deux autres cas, il y a eu doute; mais j'admets que la diarrhée n'a pas existé. Dans cinq ou six autres cas enfin, il y a eu des prodromes nerveux sans diarrhée. Aujourd'hui donc, comme en 1832, le choléra confirmé est précédé, dans l'immense majorité des cas, d'une diarrhée prodromique. Je n'ai pas dit ni imprimé autre chose, et beaucoup de nos confrères ont confirmé cette observation. Voilà pour la question de fait.

La question de doctrine est celle-ci : La diarrhée qui précède le choléra peut-elle être considérée comme de la même nature que le choléra, comme constituant sa période prodromique? Que l'Académie veuille bien le remarquer, je n'ai pas prétendu, comme me l'a fait dire mon honorable collègue, que la cholérine fût nécessairement le choléra : j'ai dit simplement, et j'ai voulu dire que cette cholérine constitue une première manifestation de l'influence épidémique, laquelle peut s'arrêter là, mais, dans un grand nombre de cas, est susceptible de devenir le choléra confirmé. La cholérine est donc, à mes yeux, le choléra à son début, le choléra possible, mais non le choléra nécessaire. Supposons qu'il fût possible d'inoculer la cause toxique du choléra : tous les individus pourront être atteints de la diarrhée prodromique, comme première manifestation de l'intoxication cholérique, mais tous ne seront pas nécessairement atteints du choléra complet, parce que l'influence des causes n'est pas absolue chez tous les individus : les uns l'éprouvent comme un, les autres comme deux, comme trois, comme quatre. Cela tient à des conditions de santé, de tempérament, de forces, etc., que je n'ai pas besoin de rappeler à l'Académie. D'où il résulte que tous ceux qui auraient été inoculés avec le principe cholérique n'auraient pas nécessairement le choléra complet; mais ceux qui auraient eu la cholérine et le choléra, auraient offert l'évolution entière d'une maladie qui, chez un certain nombre, se serait arrêtée à sa première période. N'est-ce pas ce qui se voit dans toutes les épidémies? Le plus grand nombre est impressionné par l'influence épidémique, mais chez un certain nombre seulement la maladie se développe dans toutes ses proportions. Pour moi donc, la cholérine n'est pas encore le choléra confirmé ; mais chez les individus où le choléra succède à la cholérine, l'un est la première période, le premier degré de l'autre, et c'est dans ce sens que j'ai pu dire que la cholérine est déjà le choléra. Je demanderai à mon honorable collègue si les personnes qui sont mortes du choléra sans avoir pris garde à la cholérine dont elles étaient atteintes depuis plusieurs jours, n'auraient pas échappé à la maladie si elles avaient été mieux renseignées sur le rapport étiologique que je signale? Je maintiens donc qu'avec moins d'incurie et d'ignorance, il y aurait moins d'invasions de choléra à déplorer. Il est donc sage et utile de reconnaître que la cholérine, considérée comme première manifestation de l'influence épidémique, n'est pas le choléra nécessaire, mais le choléra possible.

La question de thérapeutique peut être résolue en deux mots. C'est pour moi un article de foi fondé sur l'expérience, sur mon expérience personnelle d'abord, puis sur celle de beaucoup de médecins, que lorsque la diarrhée prodro-

mique ne cède pas aux moyens diététiques : abstinence, repos, boisson, lavements opiacés; elle cède toujours à l'ipécacuanha ou à l'eau de Sedlitz; je n'entends donc pas garantir qu'elle cède infailliblement aux premiers, qui sont quelquefois insuffisants, mais toujours aux seconds, qui me paraissent être le spécifique de la cholérine. Cette pratique est aussi celle de beaucoup de médecins du Nord : ils en ont retiré les mêmes avantages.

M. Rochoux : La vanité des moyens thérapeutiques dont on vous a parlé jusqu'ici ressort assez par elle-même des récits qui vous sont faits pour que je trouve inutile d'insister sur ce sujet, si ce n'est pour rappeler qu'en 1832 l'inutilité des émétiques au début du choléra a été mise hors de toute espèce de doute. Je me bornerai donc à de courtes réflexions sur quelques faits scientifiques, en petit nombre, que la discussion rend de plus en plus évidents. Pour commencer par l'observation de M. Baillarger, qui a vu une malade convalescente du choléra succomber au développement d'une parotide, je dirai que pareil symptôme, chez les vieillards, est des plus fâcheux, quelle que soit la maladie durant laquelle il se développe. C'est à peine si, pendant dix-sept ans, j'ai vu à Bicêtre deux ou trois sujets survivre à la manifestation des parotides. Murat avait fait des observations analogues.

Quant à la diarrhée, qui, suivant M. Guérin, précède presque toujours le choléra, et qu'il suffit d'arrêter pour prévenir le développement de la maladie, comme le soutenait aussi de son côté M. Gendrin, je ferai remarquer que ce symptôme prétendu prodromique du choléra est en ce moment très-fréquent; et pourtant, sur dix ou douze sujets qui l'éprouvent, à peine en est-il un qui plus tard soit atteint du choléra, si bien que l'on gagnerait à assurer contre cette maladie la masse entière de ceux qui éprouvent de la diarrhée. D'un autre côté, il n'est pas rare de voir le choléra attaquer des sujets constipés.

Je termine en rappelant que, cette année, la Salpêtrière, où rien n'a changé depuis 1832, souffre aujourd'hui cruellement du choléra; tandis que l'hospice des Ménages, où rien non plus n'a changé, et qui a peut-être eu plus de morts que la rue de la Mortellerie dans la première épidémie, n'en compte jusqu'à présent que quatre ou cinq. Donc la cause du mal nous échappe; et comme cette vérité est jusqu'à présent la seule bien démontrée, je ne crains pas de la rappeler une fois de plus.

M. Bégin : Les détails dont on nous entretient sur le choléra sont fort intéressants, mais je désirerais qu'on s'occupât surtout du traitement. J'entends dire qu'on meurt beaucoup; je voudrais qu'on m'indiquât les moyens à l'aide desquels on mourrait un peu moins. M. Castel, par exemple, vous a rappelé les bons effets de la méthode de Sydenham : je désirerais que tous les praticiens qui ont été à même de faire des essais, en fissent connaître les résultats. C'est là le côté réellement utile de la question.

M. Moreau : Nous n'avons pas jusqu'ici un seul cas dans la Maternité, bien qu'il y ait eu depuis quelque temps un très-grand nombre de diarrhées; nous avons été assez heureux jusqu'ici pour les arrêter; ceci confirmerait ce que vient de dire M. Rochoux; nous avons traité ces diarrhées par la méthode ordinaire, c'est-à-dire par les opiacés, les toniques diffusibles et le sulfate de quinine.

Je rappellerai, à cette occasion, qu'en 1832 il y a eu quelques cas à la Maternité, mais en très-petit nombre.

M. Bouvier : M. Ségalas nous a fait connaître les chiffres de la mortalité actuelle, mais il n'a pas donné les chiffres correspondants de 1832. Défalcation faite de la Salpêtrière, la mortalité actuelle est sensiblement moindre; elle est de 55 sur 100, tandis qu'en 1832 elle était de 100 sur 150.

M. Ségalas : J'ai donné les chiffres officiels.

M. Velpeau : Dans les statistiques qui ont été produites jusqu'ici, on a omis un élément important; on a parlé des morts, mais on n'a rien dit des malades qui ne sont encore ni morts ni guéris. D'un autre côté, nous ne savons rien de la ville. Je crois que nous devrions demander à l'administration la communication officielle des tables de la mortalité, comme cela se fait à Londres.

M. Desportes : C'est ce que j'avais déjà demandé dans une des précédentes séances.

M. Devergie a la parole pour une communication.

EMPLOI DE LA TRUFFE DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

M. Devergie lit une note sur l'emploi de la truffe dans le traitement de certains symptômes graves du choléra.

C'est principalement contre la diarrhée que M. Devergie a employé la truffe, parce qu'il a observé qu'elle produisait la constipation chez un grand nombre de personnes qui en font usage dans leurs repas.

J'ai eu recours tout d'abord, dit-il, à la décoction de truffes; cette décoction a été préparée en faisant bouillir pendant trois heures dans l'eau des lames très-minces de truffes. 125 grammes de truffes ont donné cinq litres d'une tisane qui, passée à l'étamine, était incolore et très-légèrement opaline; elle n'avait pas d'odeur sensible; sucrée, elle a été trouvée très-agréable par les malades.

Plus tard, j'ai fait préparer cette tisane dans un alambic de manière à recueillir un litre d'eau distillée pour le même poids de truffes, et cinq litres de tisane. L'eau distillée était chargée de tout le parfum de la truffe.

Ayant mis des truffes crues et coupées par tranches minces dans un mortier, on a cherché à les diviser pour les traiter par l'alcool; on a de suite obtenu une pulpe homogène, et l'on a été conduit ainsi à proposer des pilules que l'on peut préparer et conserver en mêlant à la pulpe une partie de sucre en poudre, et en enveloppant le tout d'une couche de gélatine.

On peut donc employer maintenant l'eau distillée, la décoction et la pulpe; on pourrait même obtenir une quatrième préparation, l'opiat, en mélangeant la pulpe à du miel.

M. Devergie donne ensuite quelques détails fort succincts sur neuf maladies traités par ce nouveau moyen thérapeutique. Voici le résumé de ces faits.

Obs. I. — Fille de vingt-deux ans; entrée pour une syphilide papuleuse; prise quatre ou cinq jours après; selles nombreuses pendant la nuit; le matin cyanose intense; dans la journée, crampes des plus violentes, selles et vomissements semblables à l'eau de riz.

Bain d'air chaud répété; glace; eau de Seltz; potion stimulante et tonique; lavements laudanisés; plus tard, pommade de goudron étendue sur l'épigastre jusqu'à la vésication.

Les symptômes s'améliorent pendant les deux premiers jours, mais ensuite ils reparaissent avec une nouvelle intensité; la cyanose est plus forte. C'est alors qu'on fait boire dans la journée de la décoction de truffes sucrée. Après les premiers verres, cessation des vomissements et de la diarrhée. Le lendemain, la même tisane est continuée; la malade en prend au plus un litre et demi. Le mieux se soutient, et la malade mange aujourd'hui deux cinquièmes de portion.

Obs. II. — Fille de vingt-trois ans; symptôme de péritonite avec vomissements de vers lombrics; la péritonite était enrayée lorsque se montrèrent tous les symptômes du choléra.

Première prescription comme ci-dessus; amélioration, mais persistance des vomissements. Alors prescription d'un litre de décoction truffée; le lendemain, amélioration générale marquée; cessation des selles et des vomissements. Convalescence; potages. Réapparition des symptômes de péritonite et de la diarrhée; eau distillée de truffes, 100 grammes; une seule garde-robe dans les vingt-quatre heures; cette nuit, réapparition de la diarrhée.

Obs. III. — Femme de cinquante-cinq ans, entrée le 7 février avec tous les symptômes du choléra. Bain d'air chaud; tisane d'infusion de menthe; potion avec l'eau distillée de truffes.

Le lendemain matin, cessation de la diarrhée et des vomissements; période de réaction; le mieux a persisté jusqu'à aujourd'hui.

Obs. IV. — Homme convalescent du choléra traité par les bains d'air chaud et les excitants Pris vendredi dernier de diarrhée qui résiste aux lavements laudanisés. Dans la journée de samedi, potion avec l'eau distillée de truffes; au lieu de douze à quinze selles, le malade n'en a plus que deux ou trois.

Obs. V. — Homme de quarante ans, entré le 9 avril avec les symptômes du choléra; resté sans traitement jusqu'à cinq heures du soir; il avait eu cinq à six vomissements. Potion truffée; ce matin, il n'y a plus ni selles ni vomissements; la réaction commence.

Obs. VI. — Femme d'environ cinquante ans, entrée le 3 mars pour un choléra intense. On emploie d'abord tous les moyens indiqués précédemment, moins les préparations truffées, les mêmes symptômes persistent. — Décoction de truffes.

Le 5 au matin, il n'y a eu qu'un seul vomissement et pas de gardes-robes; mais la cyanose persiste et le choléra prend la forme typhoïde. — Douze pilules de truffes du poids de 30 centigrammes chacune; un peu d'amélioration; le 6, prescription de seize pilules, amélioration plus considérable. Le 9, le malade mange un cinquième de portion.

Obs. VII. — Homme entré le 3 mars pour un choléra intense. D'abord, 12 grammes de sel marin; bain d'air chaud; 200 grammes de punch. Le lendemain matin, sueur, mais affaissement, face cyanosée; 30 ou 40 selles depuis l'entrée; vomissements continuels. « *Tisane aux truffes.* » Le malade succombe la nuit suivante; il n'avait eu depuis le matin que quatre gardes-robes et un seul vomissement.

Obs. VIII. — Une femme atteinte du choléra depuis la veille prend de la décoction de truffes, qu'elle vomit ainsi que les autres médicaments qu'elle avait pris antérieurement; elle succombe le lendemain de l'emploi de la décoction et le surlendemain de la maladie.

Obs. IX. — Homme d'une soixante d'années, entré dans la soirée du 8 avril avec tous les symptômes cholériques; la diarrhée et les vomissements étaient surtout excessivement fréquents. Pendant la nuit, potion truffée, par cuillerées d'heure en heure. Le lendemain matin (hier), vomissements et diarrhées complétement arrêtés. Mort à deux heures après midi.

De ces faits, M. Devergie conclut que la truffe doit entrer dans la matière médicale; que c'est une substance énergique; qu'elle semble dès l'abord devoir être employée, non-seulement dans le choléra, mais aussi dans les gastralgies et les entéralgies avec digestion difficile, et surtout avec gardes-robes relâchées. Elle pourra peut-être combattre la diarrhée des phthisiques. Il ne sait pas trop si elle ne parviendrait pas à modifier heureusement certaines formes de fièvre typhoïde; elle convient surtout aux intestins *humides*.

Ce qui est surtout remarquable, dit-il, c'est que chez plusieurs de nos malades, la transition de l'état le plus grave à la convalescence a lieu sans qu'il se manifeste de réaction. Il semble qu'il ait suffi d'arrêter les vomissements et les selles pour que la maladie cesse brusquement et que tous les autres phénomènes morbides disparaissent comme s'ils n'en étaient que la conséquence.

Il croit que, de toutes les préparations truffées, l'eau distillée est la plus énergique, puisque 125 grammes de cette eau, administrés d'heure en heure par cuillerées à bouche, ont suffi pour arrêter les vomissements et la diarrhée chez les cholériques dans la période la plus grave. Il n'a pas encore employé l'opiat.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE. — MÉTHODE D'APPRÉCIATION.

L'épidémie augmente-t-elle, diminue-t-elle, ou reste-t-elle stationnaire? Telle est la question qui, depuis le commencement de cette semaine, préoccupe les esprits. On se le rappelle, déjà dans l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, les opinions étaient partagées : les uns voulaient que la mortalité eût diminué, les autres qu'elle eût augmenté ; d'autres, laissant la statistique, concluaient, d'après l'analyse des faits, que si le chiffre des décès tendait à faire admettre une nouvelle aggravation de l'épidémie, la physionomie de la maladie, moins accentuée, moins exclusive, permettait de croire à une amélioration. Les faits, envisagés à l'un et à l'autre point de vue, nous ont paru indiquer un état stationnaire. Depuis huit jours les choses ont-elles changé? S'il faut s'en rapporter aux chiffres présentés dans la dernière séance de l'Académie et aux inductions qu'on en a tirées, l'épidémie serait décidément en voie de diminution. Quelques personnes, peu édifiées sans doute des motifs allégués, ont prétendu que la chose n'était pas très-claire, et elles ont ajouté qu'en fin de compte une telle discussion importait assez peu. Il n'est pas douteux, comme elles l'ont dit, qu'il vaudrait infiniment mieux connaître les moyens de guérir le choléra que de savoir comment il se comporte, et elles en ont conclu qu'il serait plus utile de discuter sur les méthodes de traitement que sur la statistique des décès. Si cela pouvait faire découvrir le véritable moyen de guérir le choléra, il n'y aurait pas à hésiter; mais nous ne sommes pas encore sûrs que les plus savantes discussions de l'Académie conduisent à ce beau résultat. En attendant qu'on y arrive par une voie ou par une autre, ne renonçons pas à nous éclairer sur la marche de l'ennemi que nous ne savons pas encore vaincre.

On croirait, au premier abord, que c'est la chose la plus facile du monde que de dire au juste si l'épidémie augmente ou diminue. Dans certaines proportions, avec des centaines de décès par jour comme en 1832, il n'y a guère moyen de se tromper; mais lorsque la mortalité et le nombre des malades oscille entre des nombres peu élevés, la chose est moins claire et moins facile. Nous n'en voudrions d'autres preuves que les opinions contradictoires qui ont été émises dans les dernières séances de l'Académie. Cette question n'est cependant pas sans intérêt. A part la curiosité bien légitime qu'elle excite, elle comprend des éléments scientifiques dont l'importance dépasse de beaucoup celle qu'on a coutume d'y attacher.

Les appréciations qu'on a faites jusqu'ici de la marche de l'épidémie n'ont eu d'autres bases que le nombre des entrées et le nombre des décès dans les hôpitaux; c'est à peine si exceptionnellement on a fait intervenir l'observation de la maladie et de ses caractères. Nous l'avons dit, cette méthode, bonne tout au plus quand elle porte sur de grands nombres, cesse de l'être quand il s'agit de nombres beaucoup plus faibles. Ni le chiffre des entrées dans les hôpitaux, ni le chiffre des décès considérés isolément comme on l'a fait, ne peuvent conduire à des résultats certains. Montrons-le immédiatement par des exemples.

Supposons d'abord que le nombre des malades restant le même ou à peu près la mortalité proportionnelle ait augmenté, il ne faudra pas en conclure que la gravité de la maladie augmente ; car la mortalité continuant alors que les entrées cessent ne fait que compléter le contingent fatal auquel sont soumis les malades précédemment admis.

Supposons, au contraire, que la mortalité reste réellement la même par rapport au nombre des malades en traitement, mais qu'une nouvelle recrudescence ait grossi tout à coup le nombre des entrées ; le chiffre des nouveaux malades qui n'aura pas eu le temps encore de fournir sa mortalité proportionnelle aura donc pour effet de faire croire à une diminution dans l'intensité de la maladie, puisque le chiffre des décès par rapport au nombre des malades aura diminué. L'erreur inverse peut être commise à l'échéance de la mortalité des nouvelles entrées : ce sera une nouvelle application du premier cas que nous avons supposé.

Mais il y a plus : qu'on suppute encore la mortalité par rapport au chiffre des malades en traitement et par rapport aux nouvelles entrées, on n'en sera pas moins exposé à de graves erreurs. Dans le cours des épidémies, il arrive un moment où le nombre des malades augmente, quoique l'intensité de la maladie reste la même: c'est lorsque l'influence épidémique finit par se généraliser sur presque tout le monde indistinctement. A cette époque, les mauvaises constitutions ont été mises hors de cause. L'épidémie a secoué les branches mortes, et celles qui souffrent de son influence résistent plus longtemps et mieux. Les chiffres ne disent rien de cela ; et sous quelque point de vue qu'on les considère si l'on s'en rapporte exclusivement à ce qu'ils expriment, on ne peut que conclure d'une manière arbitraire. Le nombre des malades augmente, donc l'épidémie s'accroît : erreur. Le chiffre de la mortalité diminue, donc la maladie est moins intense : erreur. Le rapport des décès au nombre des malades est plus faible, donc l'épidémie perd de sa gravité : erreur.

On le voit, la supputation de chiffres auxquels tout le monde se livre, dans l'Académie comme en dehors de l'Académie, n'offre donc aucune base solide, et les conclusions qu'on en tire ne sont donc rien moins que rigoureuses. Nous n'avons fait pour le démontrer qu'envisager quelques-uns des côtés de la question ; beaucoup d'autres que nous avons omis d'examiner conduiraient aux mêmes résultats. Cela étant, quel sera notre mode d'appréciation et quelles seront nos conclusions. Commençons par poser les chiffres.

	Mal. au 13.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 13.	Augment. dans la sem.	Mal. au 20.	Augment. dans la sem.	Morts au 20.	Augment. dans la sem.	Sortis.
La Salpétrière	660	166	475	127	790	130	563	88	»
Hôtel-Dieu	181	58	82	19	251	70	114	32	56
La Charité	146	47	85	25	196	45	114	29	23
La Pitié	148	30	78	18	192	44	98	20	45
A reporter	1135	301	720	189	1429	289	889	169	124

Feuilleton.

MORT ET OBSÈQUES DE M. BLANDIN.

En annonçant, il y a huit jours, le rétablissement de M. Blandin, nous avions été trompé par une amélioration passagère, et tardivement renseigné sur une aggravation de son état. Cruelle méprise ! Au moment même où la GAZETTE MÉDICALE faisait part de ses heureuses espérances à ses lecteurs, la mort était au chevet de notre malheureux confrère. Il a expiré le lundi 16 à midi. Quel coup inattendu, et quelle perte affreuse pour la science, pour les malades, pour tous ceux qui l'ont connu, qui l'ont aimé !

Nous sommes encore trop émus pour rendre à cet éminent confrère, à ce digne ami, la justice qu'il mérite. Nous avons assisté au déroulement de cette belle carrière, anoblie par la science et le travail ; nous voudrions dire ce qu'il y a eu, dans cette vie trop tôt moissonnée, de peines, de soucis, de labeurs incessants, d'efforts inouïs, et surtout d'admirable persévérance ! Nous voudrions faire connaître le secret d'une supériorité qui ne s'est révélée que par ses incontestables résultats. Mais notre esprit est encore trop absorbé par les regrets de notre cœur. S'il ne nous a pas été donné de partager l'intimité de cet homme excellent, nous avons pu du moins, depuis le commencement de notre carrière, jouir, sans interruption ni nuages, de cette amitié scientifique qui part de l'estime et peut aller jusqu'au dévouement. Sa mort nous a appris à nous-mêmes ce qu'il peut y avoir d'affection profonde dans ces liaisons de l'intelligence et du caractère. M. Blandin était de ceux qui, par la réserve des manières et la modération des sentiments, savent éveiller des sympathies vivaces presque à l'insu de ceux qui les éprouvent. Leur cœur est comme leur mérite : ils ne promettent rien d'avance, et ils donnent bien au delà de ce qu'on en attendait.

Nous résumerons bientôt nous même la vie de M. Blandin, si pleine de travaux utiles et de beaux exemples. Mais en attendant le calme de la méditation nécessaire à une étude de cette sorte, nous nous bornons aujourd'hui à reproduire les appréciations qu'on a ébauchées sur sa tombe, appréciations auxquelles nous sommes d'autant plus heureux de nous associer, qu'elles ont été inspirées à la fois par les regrets de l'amitié et par les jugements de la science.

Le jour des obsèques, une foule considérable de confrères, d'élèves et d'amis du défunt se pressait à la maison mortuaire. Un même sentiment de douleur et d'affection était empreint sur toutes les figures. Cette foule n'a pas quitté un instant le convoi ; après l'office religieux, elle s'est rendue avec recueillement au cimetière de l'Est, où trois discours ont été prononcés : le premier, au nom de la Faculté par M. le professeur Laugier ; le second, au nom de l'Académie de médecine, par M. Isid. Bourdon ; le troisième, au nom de la Société médicale du 1er arrondissement, par M. Foissac. Voici ces trois discours :

	Mal. au 15.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 15.	Augment. dans la sem.	Mal. au 20.	Augment. dans la sem.	Morts au 20.	Augment. dans la sem.	Sortis.
Report	1135	301	720	189	1429	289	889	169	124
Bicêtre	23	11	14	5	51	28	33	19	3
Saint-Louis	87	32	41	12	136	49	66	25	9
Beaujon	62	24	40	14	81	19	55	5	9
Hôpital des Enfants	14	1	7	2	16	2	8	1	4
Necker	26	2	14	1	44	18	29	15	7
Sainte-Marguerite	14	7	8	3	28	14	16	8	4
Saint-Antoine	14	4	5	»	25	11	13	8	2
Hôpital des Cliniques	15	3	9	2	17	2	14	5	1
Bon-Secours	8	1	6	»	29	21	19	13	4
Val-de-Grâce	127	53	35	11	171	44	45	»	»
Gros-Caillou	147	80	45	22	188	41	69	24	»
Ménages	7	7	5	5	21	14	11	6	»
Cochin	3	3	1	1	8	5	2	1	1
Maison de santé	2	2	2	2	15	13	11	19	1
Invalides	10	10	8	8	13	3	11	13	»
Hôpital militaire du Roule	31	31	12	12	57	26	20	8	»
Prison de Saint-Lazare	2	2	2	2	6	4	5	3	»
Incurables (femmes)	»	»	»	»	1	1	1	1	»
Lourcine	»	»	»	»	5	5	1	1	»
La Rochefoucauld	»	»	»	»	5	5	1	1	2
Totaux	1727	574	974	231	2346	614	1318	345	171

A ne consulter que ces résultats numériques, on serait porté à admettre que l'épidémie reste stationnaire, et que la mortalité augmente. Il y a, en effet, à peu près le même nombre d'entrées que la semaine dernière, mais le chiffre de la mortalité s'est sensiblement accru. Qu'en résulte-il cependant ? suivant nous, précisément l'inverse de ce que paraissent dire les chiffres, c'est-à-dire que l'épidémie augmente et la mortalité diminue : qu'elle gagne en étendue ce qu'elle perd en intensité. Nous le montrerons aisément.

Nous avons dit, il y a huit jours, que l'influence épidémique s'accusait de plus en plus. Une observation nouvelle n'a fait que confirmer cette remarque ; des renseignements recueillis de toute part établissent qu'aujourd'hui il y a bien plus de cholérines qu'il y a quinze jours ; les colléges, les pensions, les communautés, en un mot toutes les agglomérations d'individus le montrent à n'en pas douter. Cependant il y a quinze jours ou trois semaines ces manifestations de l'influence épidémique étaient presque exclusives aux classes nécessiteuses. L'influence épidémique s'accroît donc en étendue, mais elle se déplace. De ces deux faits rapprochons-en un troisième. Il est constant que le choléra est aujourd'hui moins accusé ; qu'il dure plus longtemps ; que malgré un accroissement notable dans le nombre des épidémisants, les autres maladies commencent à se remontrer : tout cela ne confirme-t-il pas nos deux propositions. Mais voici d'autres faits et d'autres considératons.

Il résulte des documents communiqués dans la dernière séance de l'Académie sur la mortalité en ville, que le chiffre des décès n'avait pas varié depuis une huitaine.

Comment mettre d'accord ce résultat avec le chiffre le plus récent de la mortalité dans les hôpitaux ? Rien de plus facile, suivant nous. A mesure que le nombre des entrées augmente, le nombre des décès croît en double proportion. Il se compose de ceux où il y a eu lutte prolongée et de ceux où il y a eu mort rapide. Or, dans les premiers jours de l'épidémie, le chiffre des décès ne pouvait se composer que des cas de la seconde catégorie, de ceux par mort rapide.

De tout cela n'est-il pas permis de conclure en principe que les chiffres, séparés des considérations propres à en fixer la valeur et la signification, sont des sources d'erreurs qu'il n'est pas toujours facile d'éviter, et qu'en fait, contrairement à ce que sembleraient indiquer au premier abord les relevés des entrées et des décès dans les hôpitaux, l'épidémie augmente en étendue et diminue d'intensité? Cette opinion est la seule qui s'accorde avec la notoriété publique et avec cette circonstance très-significative, à savoir qu'on commence à revoir dans les hôpitaux une foule de maladies qui en avaient disparu pendant quelques jours, et que, malgré cette réapparition, le nombre des admissions cholériques ne diminue pas.

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES SUR LE MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA. (Extrait d'un article sur le choléra apparu à Saint-Pétersbourg en 1848) ; par M. le docteur EUGÈNE PÉLIKAN.

Passant à la question relative au mode de propagation du choléra, il ne se présente pas moins de difficultés que pour la solution du problème sur l'origine de cette maladie. Il ne s'agit ici que d'aborder la question qui divise maintenant les médecins et les savants, c'est-à-dire de savoir si le choléra est contagieux ou non.

Il faut auparavant s'accorder sur ce que l'on comprend sous le nom de *contagion*. Arrive-t-il toujours, pour qu'elle ait lieu, qu'il suffise de la

---

DISCOURS DE M. LAUGIER.

« C'est un bien douloureux devoir qui m'oblige à prononcer sur la tombe de Blandin ces paroles d'adieu au nom des professeurs de l'École de médecine, lui dont la vive et chaleureuse amitié vient, il y a un an à peine, de m'en ouvrir les portes. Cette triste mission m'a été confiée, parce qu'on a pensé sans doute que la reconnaissance me la rendrait plus facile, et on a passé, sans s'y arrêter, sur la faiblesse de ma voix pour louer dignement une vie si remplie et pourtant si courte, marquée par des succès si nombreux et si mérités.

» Blandin (Philippe-Frédéric) est né le 3 décembre 1798, à Aubigny, département du Cher, où son père était contrôleur des contributions directes. Cette place était tout le patrimoine de la famille ; aussi Blandin reçut-il l'instruction élémentaire de sa mère elle-même, qui était une femme fort distinguée. Il fit ses études avec succès au collége de Bourges, dont il fut un des principaux lauréats. Ce fut à l'âge de 17 ans, en 1816, qu'il vint à Paris étudier la médecine ; mais après six mois d'un travail assidu, les privations qu'il s'imposait pour n'être pas trop à charge à sa famille lui firent contracter une maladie grave dont l'air natal seul parvint à le guérir. Il revint bientôt à Paris reprendre la carrière qu'il avait embrassée par vocation.

» Suivez-le de 1819 à 1841, et vous le voyez, dans l'arène des concours, emporter successivement les prix de l'École pratique, les places d'interne, d'aide d'anatomie, de prosecteur à la Faculté, celle de chirurgien des hôpitaux civils, d'agrégé, de chef des travaux anatomiques, et enfin la chaire de médecine opératoire, où il vient s'asseoir après Richerand et Dupuytren.

» De ses débuts dans la carrière à la fin de ses concours, toujours même ardeur au travail, même aptitude, même persévérance dans la lutte, même triomphe après le combat. Ses premiers pas sont si rapides, qu'à 27 ans il est chirurgien du bureau central, à 30 ans chirurgien de l'hôpital Beaujon, à 33 ans il ne manque que d'une voix la chaire de pathologie externe, donnée au concours, et lorsqu'en 1841 il obtient celle de médecine opératoire, il semble n'être arrivé que tardivement, tant l'opinion du public médical est faite à la promptitude de ses succès, et bien qu'il n'ait encore que 42 ans, ses succès précoces, il les doit à sa vive intelligence, à son adresse dans les opérations chirurgicales, à l'instruction étendue, variée et sûre, qu'il montre dans chaque concours.

» Doué d'une physionomie gracieuse et ouverte, d'un caractère heureux qui lui concilient à l'avance la bienveillance de ses juges ; il la justifie, il la captive par ses épreuves, et trouve ainsi toujours en lui-même la raison de ses triomphes.

» Mais ne croyez pas que le concours seul ait fait de Blandin un des chirurgiens les plus distingués de notre époque. Dans ses concours mêmes, ses titres antérieurs ont été vivement appréciés, et ils sont nombreux :

» Enseignement particulier, mémoires d'anatomie, de chirurgie et de médecine opératoire, ouvrages d'anatomie chirurgicale et descriptive, articles nombreux de chirurgie dans nos dictionnaires classiques, Blandin se distingue partout par des connaissances profondes et une habileté exceptionnelle.

présence d'un principe essentiellement palpable, communiqué immédiatement d'un individu à un autre, d'un homme malade à un homme plein de santé; ou bien la contagion, dans une localité donnée (une ville, par exemple), serait-elle l'effet d'une maladie qui s'y serait déclarée avec des circonstances particulières? En d'autres termes, l'épidémie, dans son principe, peut-elle se répandre d'une localité quelconque en d'autres lieux, indépendamment du contact des hommes entre eux; ou bien ces derniers peuvent-ils servir de conducteurs aux miasmes épidémiques? Il me semble que c'est justement sous ce point de vue qu'on doit examiner cette question pour donner la solution du problème qui divise les partisans de la contagion de ceux qui sont contre. Donc, la supposition que le choléra puisse devenir contagieux par le contact, les émanations, l'haleine, supposition qui n'est justifiée par aucun fait, mérite à peine d'être mentionnée.

Les partisans de l'opinion que le choléra est contagieux, ainsi que ceux qui admettent l'opinion contraire, n'ont pas encore pu déterminer avec précision les nuances des expressions dont ils se servent pour marquer les différents modes dont cette maladie se gagne.

Jusqu'ici personne encore n'a pu déterminer l'élasticité relative du principe délétère, lequel, dans certains cas, se communique d'un individu à un autre par le contact, et qui, dans d'autres cas, devenu plus subtil et plus propre à s'étendre, acquiert néanmoins une étendue bornée, et infecte l'atmosphère immédiatement en contact avec l'organisme malade, tandis que quelquefois ce même principe se trouve raréfié, subtilisé au point de répandre au loin son influence mortelle, et pénétrant ainsi dans le corps des hommes, peut être transporté par eux d'un lieu à l'autre. Enfin la maladie peut quelquefois se communiquer visiblement d'un individu à un autre sans le concours d'aucun principe matériel; de sorte qu'il est possible qu'un individu communique la maladie à son semblable par la seule impression qu'il peut produire sur les sens extérieurs de ce dernier.

D'après ces principes, on pourrait diviser les maladies épidémiques de la manière suivante :

1° *Maladies contagieuses* qui se communiquent par le contact des individus entre eux, et qui ont ordinairement pour centre du principe contagieux l'attouchement matériel (*contagium fierum*). De ce nombre sont : la gale, les maladies syphilitiques, certaines blennorrhagies aiguës l'inflammation purulente des yeux, et en partie la peste;

2° Maladies qui se propagent par la contagion des miasmes volatiles répandus dans l'atmosphère (*contagium volatile*), qui se trouve en contact direct avec les individus malades, et par conséquent est imprégnée de leurs sécrétion morbide. Cette espèce de contagion est susceptible d'être transportée à des distances peu considérables par ceux qui en sont infectés, sans que ces derniers éprouvent personnellement les symptômes de la maladie. On peut regarder comme de ce nombre : les typhus épidémiques, la fièvre jaune, quelques ébullitions, telles que, la petite vérole, la rougeole, la scarlatine, etc.;

3° Maladies susceptibles d'être transportées (transmissibles), qui se propagent au moyen d'un principe délétère subtil, occupant une atmosphère assez étendue, et n'exerçant aucune influence sur les personnes saines avant l'entier développement des symptômes maladifs, propres à ce principe, sur les individus affectés auparavant, et que ces mêmes individus ont transportés d'un lieu à l'autre. C'est dans cette catégorie qu'on doit principalement ranger le choléra;

4° Maladies communiquées sans contact matériel, qui se manifestent par l'impression de diverses sensations extérieures produites sur les nerfs. Sont comprises ici, comme des cas rares, différentes espèces d'affections nerveuses, telles que l'épilepsie, la danse de Saint-Guy, l'aliénation mentale, etc. (1). Ainsi donc la question se résoudrait à savoir si le choléra est susceptible d'être transporté d'un lieu à l'autre par le moyen des individus, et si nous parvenons a la résoudre par des faits, passant alors aux cas particuliers, nous pourrons déterminer les moyens par lesquels un individu peut communiquer cette maladie à son semblable.

En examinant les notions sur la première épidémie, recueillies dans l'ouvrage intitulé DESCRIPTION DU CHOLÉRA DES INDES, rédigée par le département du ministère de la guerre, à l'usage des médecins de l'armée, Saint-Pétersbourg, 1830, on peut remarquer que chez nous, dans tous les lieux où le choléra s'est manifesté sous la forme d'épidémie, il a été introduit par les individus.

Pendant la durée de l'épidémie actuelle, on peut aussi citer beaucoup d'exemples qui prouvent que le choléra a été transporté d'un lieu à l'autre par la présence d'individus arrivant d'un endroit qui s'en trouvait infecté. Nous nous abstiendrons de parler ici des provinces du Caucase, où le mouvement indispensable des troupes d'un lieu à l'autre a contribué à propager l'épidémie, ce qui nous présenterait des faits certains à l'appui de cette assertion. C'est ainsi que le choléra a été transporté de Témirkhan-Choura à Kislar et au delà de la ligne du Caucase, en remontant le cours du Terek; de Laxatol à Tiflis; d'Astracan à Doubovsky-Possad et à Kamychine; de Rostov (sur le Don) à Taganrok et à Karkoff; de Saratoff à Kazan, etc., etc., et enfin de Tikvine dans notre capitale.

On a remarqué en général que les premières victimes du choléra ont été ceux qui sont venus d'un lieu où la maladie régnait, ou qu'elle a été apportée par des individus qui ont eu des relations intimes avec d'autres qui en étaient infectés. Parmi les personnes qui ont donné leurs soins aux malades, les médecins, les infirmiers et les domestiques se sont trouvés, dans les mêmes circonstances d'ailleurs, les plus exposés à la maladie.

Dans l'épidémie actuelle, on a été à même de se convaincre que le choléra a sévi avec plus d'intensité dans tous les lieux où le peuple se trouvait rassemblé en masse, et où par conséquent les communications étaient plus actives; il en a été de même sur les grandes routes, sur les bords des rivières navigables. Cependant il s'est trouvé quelques villes, quelques habitations situées sur ces lieux, et où l'on avait pris les précautions nécessaires pour arrêter toute communication avec les endroits ravagés par l'épidémie, qui en ont été préservées. Il serait facile de citer, à l'appui de ce que nous venons de dire, beaucoup d'exemples qui ont eu lieu, tant à l'époque de la première épidémie que pendant celle qui exerce maintenant ses ravages.

Nous citerons encore plusieurs faits plus détaillés.

1° En 1846, peu de temps après l'apparition du choléra à Soliany, deux Cosaques du 33e régiment du Don, qui se trouvaient au poste de Goumyschtin, à 25 verstes de la ville Schémokha, sur la route de Soliany, en furent attaqués. Ces deux individus furent envoyés à l'hôpital militaire de Schémakha, et peu après le choléra se déclara dans la ville, tandis que, dans le même temps, il se manifesta à l'état-major du même régiment, qui se trouvait alors dans le district de Ghéok-Topa. Au mois de janvier et de février,

(1) Une pareille faculté communicative se manifeste aussi dans quelques phénomènes physiologiques, tels que l'action de pleurer, de rire, de bâiller, etc.

» Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans une appréciation détaillée de ses travaux; il faut se borner à dire que son nom restera à côté de ceux de Dance, Maréchal et Velpeau dans l'histoire de la phlébite qui suit les grandes blessures; dans l'histoire de l'angioleucite, sur laquelle il fonde une théorie de l'érysipèle traumatique; ses mémoires sur l'amputation partielle du pied, sur l'extirpation des os métacarpiens et métatarsiens, *sans ablation* des doigts et des orteils correspondants; sur l'autoplastie, dont il est un des plus ardents partisans, et qu'il propage par ses opérations ingénieuses et habiles, le mettent en première ligne parmi les chirurgiens.

» Comme anatomiste, il n'est pas moins remarquable, et il s'est assuré une place dans l'avenir par ses découvertes et ses ouvrages. La structure de la langue, la distribution et les usages du nerf récurrent dans le larynx, les racines des nerfs spinaux, dont le volume relatif suit le rapport de la sensibilité et de la motilité dans les diverses parties du corps, les aponévroses du périnée, les communications des vaisseaux lymphatiques avec le système veineux, sont pour lui autant de sujets de mémoires originaux.

» Mais son zèle pour l'enseignement ne s'arrête pas là; il achève des publications d'une grande importance à la tête desquelles on doit citer ses annotations à une nouvelle édition de l'ANATOMIE GÉNÉRALE de Bichat, un TRAITÉ D'ANATOMIE CHIRURGICALE, un TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE, auquel donnent tant de prix ses connaissances approfondies dans cette branche de la science, et les fonctions de chef des travaux anatomiques de la Faculté décernées à l'unanimité des juges du concours.

» L'Académie de médecine le reçoit au nombre de ses membres le 19 juillet 1836. C'est un nouveau théâtre où son activité et ses connaissances vont se déployer. Est-il une discussion sur l'anatomie et la chirurgie où il ne paraisse avec une ardeur infatigable? Il suffirait de rappeler la discussion sur les propriétés des nerfs rachidiens, les discussions plus récentes touchant les plaies d'armes à feu et les agents anesthésiques pour faire comprendre la perte que viennent de faire l'Académie et la Faculté de médecine.

» Ce qu'on ne saurait trop louer chez Blandin, c'est la constance avec laquelle il retourne à ses travaux, malgré les ébranlements de sa santé. Plusieurs fois des blessures anatomiques l'ont mis à la porte du tombeau; il se relève de son lit de douleur, aussi ferme de volonté, aussi actif d'esprit que si le corps n'avait reçu aucune atteinte. D'autres à sa place auraient peut-être fait un calcul plus exact de leurs forces, ils auraient concilié le devoir avec les exigences de la santé; Blandin n'écoute jamais que celles du devoir; que dis-je, il va toujours au delà. Professeur de médecine opératoire, il fait toute l'année un cours de clinique à l'Hôtel-Dieu, dont il est chirurgien depuis 1836. Une santé robuste suffirait à peine au fardeau qu'il s'impose. Leçons à l'École de médecine et à l'hôpital, discussions académiques, devoirs d'une clientèle nombreuse, mémoires et ouvrages à rédiger, son intelligence, sa volonté constante, répondent et résistent à tout. Mais la volonté humaine ne trouve que trop tôt des bornes insurmontables dans la faiblesse et la fatigue des organes.

» Je n'ai parlé jusqu'ici que de l'homme de science. Les qualités du cœur ne le cédaient pas chez Blandin à celles de l'esprit. Il était bon, affectueux, tendrement attaché à ses amis; la haute position qu'il avait rapidement occupée dans le monde n'avait point fermé son cœur à l'intérêt que n'inspire pas toujours une

la maladie cessa à Schémakha ; mais elle reparut en mars, et au mois d'avril, elle commença à se répandre rapidement dans le nord.

2° Au mois de mars, le choléra se manifesta dans le régiment de Samoursk, dont les malades furent envoyés en partie à l'hôpital de Derbent, et immédiatement après, l'épidémie se déclara dans cette ville.

3° A l'apparition du choléra dans un détachement, dans la province des Hesghiens, le 5e bataillon du régiment des chasseurs de Tiflis, qui en faisait partie, à son retour dans son cantonnement (dans le district de Fzarsky-Kolodtsy), y introduisit la maladie.

4° Vers la fin de mai 1847, un convoi de malades de l'hôpital de Témir-Khan-Schourinsky, où les individus qui en faisaient partie avaient été retenus à cause du choléra, fut expédié aux eaux minérales de Piotigorsk. Pendant la route, le choléra se déclara parmi les soldats, et plusieurs d'entre eux en moururent avant de parvenir au lieu de leur destination. Lorsque ce même convoi se trouva près de Kislar, quatre hommes atteints du choléra furent envoyés à l'hôpital de cette ville, et à dater de cette époque, l'épidémie, qui ne s'y était pas encore manifestée, commença à exercer ses ravages, et il en fut de même dans tous les lieux où ce convoi passa.

5° En 1847, le choléra, qui depuis Astracan s'était répandu dans le nord, avait épargné plusieurs villages situés sur sa route ; mais lorsque l'épidémie se déclara à Saratoff, plusieurs ouvriers quittèrent cette ville et retournèrent dans ces villages, où, à leur arrivée, le choléra se déclara, et plusieurs d'entre eux en furent les premières victimes.

6° Le 30 juillet 1847, un paysan, nommé Litvinoff, qui, avec plusieurs de ses camarades, revenait de Rostoff, où le choléra exerçait alors d'affreux ravages, et se rendait dans le gouvernement de Koursk, éprouva la veille les premières atteintes de la maladie ; on le déposa à l'hôpital de l'hospice de charité de Khernoff, et il y mourut la nuit du 31. Le 2 août suivant, le nommé Golovatscheff, infirmier qui avait soigné le susdit malade, fut attaqué du choléra, et en mourut deux jours après. Le lendemain, la mère de Golovatscheff, qui avait soigné son fils malade, fut elle-même attaquée du choléra et en mourut le 4. Ce même jour, un soldat en retraite, nommé Alexeeff, qui avait aussi soigné Litvinoff, succomba aux attaques de la maladie, dont il avait éprouvé les atteintes la veille. Ces premières victimes moissonnées, le choléra sembla disparaître pour quelque temps de Kharvoff.

7° Dans seize villages de la partie sud-ouest du district de Bouzoulousk (gouvernement d'Orenbourg), ce fut au mois de septembre de l'année dernière que le choléra annonça sa présence. Les quarante-cinq individus qui en furent attaqués étaient arrivés de la foire de Samara, où le choléra était dans toute son intensité ; bientôt après les parents de ces mêmes individus furent eux-mêmes attaqués de la maladie, qui se répandit ensuite dans les autres habitations. Les villages, au contraire, qui n'eurent aucune communication ni avec Samara ni avec les individus arrivés de cette ville, n'éprouvèrent aucun indice de cette maladie.

8° C'est par la même voie que la maladie pénétra dans le district d'Orenbourg. Trois paysans, voituriers de ce district, revenus de Samara, furent atteints du choléra : d'abord l'un ressentit les effets du mal, et ensuite les deux autres. De là la contagion se répandit plus loin.

9° Dans la ville d'Ourolsk, les premiers symptômes du choléra se déclarèrent parmi des paysans venus des districts voisins pour acheter du poisson et transporter des marchandises. Bientôt après la maladie se répandit dans toute la ville, mais principalement dans le quartier qu'avaient habité les susdits individus.

10° A Kranoi-Oumet, ce fut un marchand, arrivé du district de Bouzoulousk, qui fut un des premiers atteint du choléra, et ensuite un paysan qui l'accompagnait.

11° Dans le pays des Cosaques du Don, le choléra se déclara de nouveau en 1848 sur des barques chargées d'esprit-de-vin, parties du gouvernement de Saratoff ; neuf individus y moururent en peu de temps, et après cela l'épidémie commença à se répandre avec la plus grande rapidité dans toute la contrée.

12° A Tobolsk, dans les premiers jours de juillet de la même année, la maladie se déclara aussi sur des barques, également chargées d'esprit-de-vin, arrivées à la suite les unes des autres à Béresoff, et se répandit bientôt parmi les habitants de la ville.

13° L'année dernière, le choléra exerça ses ravages d'une manière remarquable à Témir-Khan-Schoura, et lorsque, d'après les apparences, on crut que la maladie avait entièrement cessé parmi la population indigène, un détachement de troupes fraîches arriva dans cette ville, et peu de temps après l'épidémie redoubla d'intensité, tant parmi les nouveaux venus que parmi les indigènes. Bientôt après elle sembla diminuer d'intensité ; mais ce ne fut pas pour longtemps : l'arrivée d'un nouveau détachement fut le signal d'une nouvelle irruption de la maladie.

14° D'après les derniers rapports de Novgorod, on voit qu'à l'occasion du rassemblement des sous-officiers et soldats en congé illimité, le choléra, qui avait déjà beaucoup perdu de sa force, redoubla d'activité, et presque la moitié des malheureux qui furent transportés à l'hôpital militaire de cette ville y périrent.

Ces circonstances prouvent clairement que le choléra, pour parvenir à un fort degré d'intensité épidémique, exige la présence d'un certain nombre d'individus ; d'un autre côté, que la maladie peut être communiquée à un individu sain, lors même que l'épidémie a entièrement perdu sa force ; qu'il ne s'agit que d'augmenter le nombre d'individus dans un endroit quelconque pour que l'épidémie recommence à sévir, et cela parce que les nouveaux venus se trouvent plus exposés à l'influence des miasmes que les habitants de l'endroit, qui lui ont déjà payé leur tribut ; de sorte que les premiers, en proie au plus haut degré à la fureur du mal, finissent par le communiquer de nouveau aux derniers. Il nous semble qu'on ne peut ici accuser une certaine altération qu'on remarque parmi les végétaux (espèce de moisissure) et les animaux, l'état particulier de l'atmosphère, etc. ; d'être la cause du développement de l'épidémie, puisque ces changements dans le règne végétal et le règne animal, ces variations atmosphériques, etc., doivent visiblement cesser au moment où l'épidémie aura entièrement cessé dans un lieu donné.

Il s'ensuit de ce que nous venons d'exposer que deux circonstances différentes parlent en faveur du transport de la maladie par les individus, savoir : l'importation de la maladie dans un endroit où elle ne s'était pas encore déclarée, et le redoublement d'activité de l'épidémie qui, sévissant pour la seconde fois dans le même endroit, trouvait d'autant plus d'aliments que la masse des individus s'y trouvait considérablement augmentée. Ces circonstances renferment les preuves principales de l'importation du choléra.

Mais de quelle manière doit-on comprendre cette importation de la maladie ? Nous avons dit précédemment que ni la physique ni la chimie n'avaient encore pu jusqu'ici déterminer d'une manière satisfaisante ce que l'on doit comprendre sous le nom de *principe miasmatique ;* il s'ensuit

---

position plus modeste ; l'aisance qu'il avait acquise lui a permis plus d'une fois d'encourager, de soutenir par des bienfaits oubliés par lui aussitôt que répandus, des élèves en médecine peu fortunés, comme il l'avait été lui-même. Qu'il me pardonne en ce jour où la vérité doit luire sur lui, de dévoiler ces actes d'une bienfaisance d'autant plus louable, qu'elle veut rester ignorée, et d'abuser, pour le faire connaître tout entier, d'une confidence qu'il ne m'a point faite, que je ne tiens pas de sa famille, mais dont la source n'en est pas moins certaine.

» Une mort prématurée devait terminer cette existence jusque-là si heureuse. Il venait de finir son COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, qu'il avait fait avec son zèle ordinaire, bien qu'il sentit depuis quelque temps l'influence de l'épidémie régnante, lorsque les symptômes de sa maladie s'aggravèrent et le décidèrent à chercher la santé dans un repos de quelques jours à la campagne : ce fut un vain espoir, et il se hâta de revenir à Paris le 11 avril. Une bronchite capillaire aiguë se compliqua promptement de phénomènes cérébraux. Dans le délire, l'exercice de l'art auquel il doit sa renommée occupait incessamment sa pensée ; il se croyait à l'Hôtel-Dieu, autour de ses élèves, faisant une opération importante, et ce ne fut qu'au moment suprême que les dernières manifestations de son intelligence furent des témoignages muets, mais expressifs, de sa vive affection pour sa famille et quelques amis.

» Ce simple récit de ses derniers moments résume sa vie entière : passion de son art, affection profonde et tendre pour les siens.

» Tels sont les motifs trop légitimes de la douleur amère qu'une fin si prématurée nous inspire. Les regrets de cette perte sont universels. Les malades ont perdu en Frédéric Blandin un chirurgien aussi adroit qu'expérimenté, les élèves un maître habile et dévoué, les professeurs de l'École un collaborateur infatigable, un collègue affectueux et aimé ; je n'essayerai pas de dire la perte faite par sa famille, mais s'il est pour elle dans ces cruels moments une consolation possible, ce doit être ce concert de regrets unanimes et cette pensée que la vie laborieuse de Blandin restera dans le sein de l'École de médecine de Paris, au milieu de ses nombreux élèves, un modèle pour tous, un glorieux exemple à imiter.

DISCOURS DE M. ISIDORE BOURDON.

« Si quelque chose, messieurs, peut tempérer l'amertume de nos regrets, et notre tristesse si profonde et si légitime, en présence des restes mortels d'un de nos collègues les plus éminents et les plus aimés, c'est la justice qu'avec émotion chacun rend à sa personne, à son mérite, à ses travaux qui ne sont pas de ceux qu'on récuse et encore moins de ceux qu'on oublie. Combien de constance et de dévouement ont rempli sa vie ! que d'études et de méditations durant ses nuits ! que de labeurs à chacun de ses jours ! Aussi attentif à la voix de la douleur qu'à celle de la vérité, aussi enthousiaste pour l'art qu'il a su grandir que pour la science qu'il a tant aimée, il trouvait dans sa frêle organisation assez d'énergique ferveur pour ses vouloirs, qui tous, à l'exception d'un seul peut-être, se sont réalisés avec le temps, grâce à une persévérance qui ne s'est jamais relâchée ni démentie. Ce fut elle qui lui mérita cette réputation brillante, à laquelle il n'a manqué que la consécration d'une plus longue existence : je veux dire les res-

de là, que nous ne pouvons nous faire une idée nette d'un certain corps impondérable, que l'homme peut transporter d'un endroit à l'autre, et qui a la faculté de se fixer dans le monde qui nous entoure. Si nous supposons ce principe susceptible de se mêler à la circulation du sang, dont il corrompt la masse, ce qui d'ailleurs est fort probable, ce ne sera toujours qu'une probabilité. Au reste, d'un autre côté, à en juger par analogie, on peut hardiment admettre, dans le monde qui nous entoure, la présence d'un certain agent destructeur, dont la forme, les propriétés physiques et chimiques n'ont pour nous qu'une valeur secondaire.

Développons cette idée par un exemple.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH A HAUTE DOSE, DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES ET DE LA CHOLÉRINE; par M. MONNERET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Bon-Secours.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

MODE D'ADMINISTRATION. — J'ai toujours administré le sous-nitrate de bismuth en poudre, soit mêlé à la première cuillerée de bouillon ou de potage, soit dans une cuillerée de tisane ou dans du pain à chanter. Le premier mode est préférable à tous les autres. Ce médicament est tout à fait insoluble et inodore; il n'inspire aucune répugnance aux malades, surtout quand ils savent l'envelopper entre deux morceaux de pain détrempés dans le bouillon. Les petits enfants l'avalent très-bien avec le lait de leur mère, avec la bouillie ou les tisanes qu'on leur donne. L'administration facile du sous-nitrate n'est pas un de ses moindres avantages dans la médecine des enfants et dans une foule d'autres circonstances. La forme pilulaire ou la suspension du médicament dans une potion sont loin d'offrir les mêmes facilités, et c'est sans doute ce mode vicieux d'administration qui a empêché les médecins d'en tirer tout le parti désirable.

J'ai employé le sous-nitrate sans l'associer à aucun autre médicament, et dès lors j'ai pu en étudier les effets sans m'exposer à des erreurs que fait toujours naître une médication complexe.

DOSES. — Je les ai déjà indiquées; je rappellerai seulement que je n'ai jamais donné moins de 8 à 10 grammes ni plus de 80 grammes; mais je suis bien convaincu qu'on peut aller au delà de cette dernière dose. Je n'ai jamais observé, je ne dirai pas d'effet toxique, mais même le plus léger inconvénient à la suite de l'administration de ces hautes doses. Aussi le médicament doit-il être donné par cuillerées à café ou à potage, sans autre formalité, comme je le fais dans mon service d'hôpital, même pour les petits enfants. Les élèves qui suivent mes visites peuvent dire qu'il n'est jamais survenu le moindre symptôme appréciable qu'on pût rapporter à l'action du médicament.

EFFETS DU MÉDICAMENT.—Il résulte d'abord de tout ce qui précède et des observations nombreuses que je possède aujourd'hui, que les idées généralement accréditées parmi les médecins sur les effets du sous-nitrate de bismuth sont fautives et qu'il importe de les rectifier au plus vite, puisqu'elles les empêchent de tirer tout le parti convenable de ce médicament. Il faut aussi que les médecins fassent connaître aux pharmaciens les véritables effets du sous-nitrate de bismuth; car ce n'est pas sans présenter des observations préalables que ceux-ci se décident à livrer des quantités aussi exorbitantes de l'agent qu'ils regardent comme un poison. C'est en vain qu'ils consultent les formulaires sur les quantités acceptées et acceptables de sous-nitrate de bismuth, ils y lisent invariablement 1, 4 ou 6 grammes. Les études que je viens de faire, et que tout le monde peut facilement répéter, lèveront bientôt tous les scrupules. La thérapeutique se trouvera enrichie d'un médicament qui n'a pas donné tout ce qu'on peut en obtenir lorsqu'on l'emploie dans des proportions convenables.

Que si l'on me demande pourquoi les médecins légistes en ont fait un poison, et de plus un poison irritant, je répondrai que j'ignore entièrement sur quels faits et sur quelles expériences ils se fondent pour soutenir cette singulière opinion. Je n'ai pas à en rechercher les motifs: ce que je puis dire, c'est que je n'ai jamais vu le moindre sign · d'irritation, soit chez les sujets dont l'intestin était sain, soit chez les malades qui avaient le tube digestif en fort mauvais état.

L'examen anatomique de l'intestin m'a prouvé encore tout récemment qu'à part une coloration noire fort curieuse à étudier, il n'existe aucune altération appréciable dans les tuniques gastro-intestinales. On n'y découvre ni ramollissement ni injection vasculaire morbides; la membrane interne est seulement colorée en noir dans plusieurs points. L'estomac, le duodénum, les valvules conniventes et le gros intestin offrent çà et là, par places et dans une étendue qui varie entre un à quatre ou cinq centimètres, des taches noires d'une forme variable et très-irrégulière. Tantôt, c'est un pointillé noir très-rapproché, distinct ou imitant des traînées de poudre; tantôt on voit les taches constituer des îlots à bords sinueux et déchiquetés, et ressembler ailleurs à un granit fin et élégant déposé sur les valvules conniventes. Faute d'une observation attentive, on pourrait prendre pour des taches gangréneuses ou hémorrhagiques) ou bien encore pour des ulcérations de la tunique interne, les colorations anormales qui résultent de la pénétration du médicament dans les membranes. J'ai trouvé injectées en noir et très-visibles, même à un faible grossissement, les glandes de Lieberkühn et les villosités intestinales. La tunique muqueuse, loin d'avoir perdu sa consistance naturelle, est plus dense et plus résistante; les liquides intestinaux sont en moindre quantité.

Un médicament administré par la bouche peut produire des effets locaux, puis des effets généraux lorsqu'il a été porté au loin par le liquide en circulation. Recherchons ces effets chez les malades qui prennent le sous-nitrate de bismuth à haute dose.

ACTION SUR LE TUBE DIGESTIF. — Elle se borne à un très-petit nombre d'effets; s'il y a douleur profonde, obtuse ou vive, dans l'estomac, elle diminue, se calme ou disparaît. Elle peut revenir avec plus ou moins de promptitude, et alors une nouvelle dose dissipe la sensation douloureuse. Presque tous les malades assurent qu'ils ne ressentent aucune pesanteur épigastrique, ainsi qu'on serait porté à le supposer d'après l'action présumée du médicament. La soif n'augmente dans aucun cas, et souvent elle diminue. On ne constate par la pression aucune douleur épigastrique, aucune tension produite, soit par les gaz, soit par la turgescence de l'organe

---

pects qui s'attachent à une vieillesse honorable, riche d'expérience, chargée de souvenirs, fière de ses œuvres, et devenue enfin étrangère à toute rivalité, cette rivalité si provoquante et si féconde pour l'intelligence, mais si funeste à ces fragiles structures en qui règne une âme délicate et susceptible.

» Philippe-Frédéric Blandin est né à Aubigny, petite ville du département du Cher, en l'année 1798. Son père, employé des contributions directes, avec le titre de contrôleur, était un homme d'ordre et de prévoyance, qui savait donner à son fils beaucoup plus que sa légitime, en le dotant par ses épargnes d'une éducation libérale. Au collége de Bourges, où il fit ses études, il remporta des succès, obtint des couronnes qui le préparèrent à en ceindre de plus éclatantes et de plus mémorables. Ses camarades de collége, au rang desquels figura notre ami M. Daiguzon, aujourd'hui magistrat honoré du ressort de Bourges, ont gardé de lui les plus tendres souvenirs, et sa haute position n'a point dépassé leurs présages.

» Se destinant à l'étude de la médecine, si bien assortie aux tendances méditatives et investigatrices de son esprit, M. Blandin vint à Paris en 1816; il choisit avec prédilection pour maîtres trois hommes vers lesquels l'entraînait l'aimable ascendant de leur caractère affectueux, MM. Roux, Béclard et Marjolin, qui tous à la fois lui montrèrent le plus vif attachement, ne fût-ce qu'en éloignant de lui l'injustice; et il a dû trouver une grande satisfaction à rester attaché à des hommes si remarquables, par les liens du cœur qu'on appelle la reconnaissance.

» Vous venez, messieurs, d'entendre le récit attachant des efforts et des concours souvent heureux du savant chirurgien dont nous déplorons la perte si imprévue. Ces concours, au nombre de dix-sept, firent prospérer sa mémoire et son esprit, et accrurent de jour en jour sa renommée, mais non sans préjudice pour sa santé qui ne répondit jamais avec plénitude à son énergie morale. Pour prix envié de tant de tentatives courageuses, M. Blandin obtint dix postes successifs et graduels, depuis le titre d'externe jusqu'à celui de chef des travaux anatomiques, puis de professeur de la Faculté, sans parler des récompenses accessoires n'intéressant que l'émulation. Un grand nombre de ses années se comptèrent par ses victoires, succès progressifs, à la suite desquels vinrent comme d'eux-mêmes des honneurs, des places lucratives et élevées, des titres, l'estime publique, et naturellement aussi le lot ordinaire d'une constance inébranlable: je veux dire la fortune, laquelle est moins capricieuse et moins aveugle que ne se l'imaginent ceux qui s'étant bornés à la désirer, à l'espérer et à l'attendre, n'ont rien fait de grand pour la conquérir.

» Dès 1841, M. Blandin était professeur de médecine opératoire à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Beaujon, puis de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, où ses opinions commençaient à faire autorité, officier de la Légion d'honneur, chirurgien consultant du chef du gouvernement d'alors. Depuis quelques années, il s'était allié à l'un de ces hommes d'une intelligence puissante, qui ne doivent qu'à eux-mêmes la haute position qu'ils occupent; et, s'étant fait des amis de ses élèves, il jouissait, dans ce double entourage de sa famille et de ses disciples, de toute la félicité compatible avec sa situation et son caractère. Jours de satisfaction et de sécurité, purs instants de bonheur, pourquoi si tôt finir! pourquoi si peu durables!

» Il avait eu successivement pour compétiteurs, pour dignes émules, MM. J. Clo-

gastrique. En un mot, il m'a été difficile d'observer autre chose que des phénomènes négatifs, ou bien alors je trouvais diminués ou disparus les symptômes de l'affection gastrique, tels que la douleur et les autres sensations que le malade rapporte au creux épigastrique. Point de nausées ni de vomissements dans aucun cas, et très-souvent s'il existait de ces tiraillements qui sont si pénibles et que les gastralgiques prennent pour de la faim, bientôt ils se dissipaient pour faire place à une faim réelle et à une digestion plus régulière et plus facile des aliments. Ainsi donc, diminution de la sensibilité morbide de l'estomac et de contraction spasmodique des tuniques musculaires, accomplissement plus régulier des fonctions de l'organe, diminution de la sécrétion gazeuse, voilà ce que l'on remarque. Les selles sont noirâtres, ou plutôt offrent une coloration semblable à celle de l'arsenic métallique très-divisé. Il est utile de prévenir les malades de cette circonstance, parce qu'ils pourraient s'en alarmer.

On observe, à peu de chose près, les mêmes effets dans l'autre portion du tube digestif: cessation des coliques soit sèches, soit accompagnées d'évacuations alvines; tension moindre du ventre, qui est peu sensible à la pression ou qui devient tout à fait indolent: tels sont les effets que l'on constate et qui annoncent une sédation bien réelle de la sensibilité. Mais ce qui frappe surtout l'observateur, c'est la suspension plus ou moins complète, ou plutôt la diminution singulière de la sécrétion de la membrane muqueuse. Le gargouillement s'affaiblit, puis cesse; les gaz qui distendaient le ventre sont résorbés, et il ne s'en forme plus; la constipation bientôt succède à la diarrhée; ce qui doit nous porter à admettre que la sécrétion est diminuée ou tarie, et que la locomotion intestinale ou péristaltique, qui porte au dehors les liquides, est elle-même ralentie ou suspendue.

Action sur les autres appareils. — Il m'a été impossible, malgré la plus scrupuleuse attention, d'observer quelque effet appréciable dans les fonctions autres que celles qui sont dévolues à l'intestin. Peut-être l'urine est-elle plus abondante. Le pouls se ralentit, mais il faut attribuer cet effet au changement heureux survenu dans l'affection gastro-intestinale et nullement à l'action du médicament qui aurait été absorbé.

Mode d'action du sous-nitrate de bismuth. — De l'étude impartiale des symptômes absorbés, il résulte de la manière la plus évidente que le bismuth n'exerce aucun effet général, et que toute son action est locale et limitée aux parties avec lesquelles il se trouve en contact. Ce premier fait d'une grande importance me paraît tellement incontestable que je ne m'y arrêterai pas.

Maintenant de quelle nature est l'effet local produit par le médicament? Est-ce une irritation? J'ai déjà répondu à ceux qui ont émis cette opinion. J'ajouterai seulement que les symptômes observés soit dans l'estomac, soit dans l'intestin, sont en opposition formelle avec cette manière de voir, et tendent plutôt à faire penser que le sous-nitrate de bismuth diminue l'activité des phénomènes dont les membranes intestinales sont le siége. En effet que trouvons-nous comme formule générale? diminution de la sécrétion et de l'absorption dans toute la longueur de l'intestin, affaiblissement de la sensibitité morbide et de celle qui a lieu par le contact des substances alimentaires, ralentissement de la locomotion intestinale. Telle est la rigoureuse interprétation que je puis offrir de tous les symptômes dont l'étude clinique m'a rendu témoin. Est-ce à dire pour cela que je fais, avec Giacomini, par exemple, du sous-nitrate de bismuth un hyposthénisant gastro-intestinal? Assurément non. Je ne crois pas que ce médicament, qui est complétement insoluble, puisse exercer la moindre action sur les membranes qui sont en contact immédiat avec lui; cependant il y a des effets incontestables produits: les guérisons que l'on obtient sont là pour attester l'efficacité du remède. Mais j'ai peine à admettre qu'une substance inerte puisse agir activement et directement sur le tube digestif, à la manière d'un médicament soluble, par exemple, qui, après avoir été absorbé, agit localement et va ensuite porter plus loin son action thérapeutique. Comment agit donc ce singulier médicament? Je pourrais me dispenser d'en chercher une explication, car les médecins ont été en général assez mal inspirés lorsqu'ils ont voulu apprécier l'action des médicaments. Cependant je vais risquer une hypothèse peu compromettante en soutenant que le sous-nitrate étant tout à fait insoluble joue peut-être le rôle d'un corps inerte, comme le ferait la poudre de charbon ou du ligneux; qu'en s'appliquant sur les organes de l'absorption et de la sécrétion, ainsi que sur les papilles nerveuses dont la sensibilité est excitée, il les protége contre le contact trop immédiat des liquides, des boissons et surtout des aliments. Il s'étend sur toute la muqueuse et lui constitue une couche protectrice. Il sert en un mot d'enveloppe, de passe-port aux diverses substances qui parcourent l'intestin. Les arguments que l'on peut faire valoir en faveur de cette hypothèse sont tirés des effets salutaires que l'on en obtient dans les diarrhées et dans tous les cas où la sécrétion est exagérée. Le sous-nitrate agit alors mécaniquement en obturant momentanément les vaisseaux, ou du moins en limitant le champ de l'absorption et de l'exhalation par son apposition grossière et toute mécanique sur les organes chargés de cette importante fonction. C'est là ce qui explique son efficacité dans le traitement de la cholérine qui mérite aujourd'hui toute l'attention des médecins, et qu'on ne saurait trop considérer, avec M. J. Guérin, comme un état morbide précurseur du choléra.

Je crois que quelques autres médicaments insolubles, et dont je suis occupé à poursuivre l'étude, agissent de la même manière. Il y a, dans les effets de ces agents, des remarques d'une haute importance à faire, et c'est pour le thérapeutiste tout un champ nouveau et fécond à explorer. Je n'irai donc pas au delà de ce que j'ai dit, me proposant de revenir dans un autre temps sur ce sujet.

On pourrait prétendre que le sous-nitrate de bismuth est astringent; les effets qu'il détermine dans le tube digestif sont, au premier abord, favorables à cette opinion; mais je répéterai qu'on ne peut attribuer une pareille action à un agent aussi réfractaire à toute espèce d'absorption.

Que penser maintenant des prétendues propriétés antispasmodiques du sous-nitrate? Elles n'ont pas eu d'autre base que la singulière logomachie à l'aide de laquelle on a soutenu que le médicament est hyposthénisant gastrique, parce qu'on a vu les accidents gastro-intestinaux et d'excitation soit locale soit générale, diminuer ou disparaître. On n'a pas recherché si c'est par le seul fait de la soustraction, par la négation de tout ce qui peut entretenir l'irritation nerveuse de la surface gastro-intestinale, que le médicament agit. On observe la diminution des accidents nerveux locaux et généraux, et il n'en a pas fallu davantage pour dire que le sous-nitrate de bismuth est un antispasmodique. Et cependant, c'est comme si l'on disait que l'obscurité est un antispasmodique, parce qu'elle permet à la rétine de se reposer et à l'irritation de se calmer dans les maladies de l'œil marquées par la photophobie.

Du reste, il me suffira, pour montrer l'incertitude qui règne au sujet de l'action thérapeutique du sous-nitrate de bismuth, de rappeler que les uns le placent parmi les irritants, les autres, au contraire, parmi les sédatifs et les contro-stimulants (Trousseau et Pidoux, Giacomini); ceux-ci le regar-

---

quet, Velpeau, Breschet, Sanson aîné, Gerdy, Thierry, Aug. Bérard, Denonvilliers, etc., entre lesquels se partagent aujourd'hui notre vive estime et nos regrets, trois de ces savants rivaux l'ayant précédé dans la tombe. Car s'il est vrai que les concours promettent la fortune et dispensent souvent la gloire, il n'est pas moins avéré que c'est une arène presque aussi meurtrière que celle des combats.

» Anatomiste de premier ordre, de l'ordre de Béclard et de l'ordre de Bichat, dont il fut l'élève médiat par M. Roux, M. Blandin publia des commentaires sur l'Anatomie générale, une Anatomie des régions, et enfin une Anatomie descriptive qui renferme un assez grand nombre de recherches délicates et nouvelles, principalement sur des glandes et des nerfs, soit sur le rameau arythénoïdien et constricteur du récurrent, soit sur le ganglion sublingual qui portera inévitablement son nom, soit sur les glandes de Pacchioli, dont il constata l'absence dans les premiers âges de la vie; plusieurs autres particularités concernant le spinal, le lingual et les cervicaux; il était même disposé à attribuer les synergies respiratoires et expressives à l'anastomose mutuelle des nerfs du diaphragme, du larynx et de la langue, intime alliance qu'il reconnaissait toutefois n'être pas également expresse chez tous les individus.

» Quant à l'anatomie topographique, dans laquelle il excella, il est juste de dire, ce qui est atténué par son mérite, qu'il avait été devancé par le plus célèbre de ses rivaux, outre que M. Roux faisait dès 1817, à la Charité, un cours fort suivi, et alors rédigé et répété par nous, sur l'anatomie chirurgicale.

» Nous ne pouvons que citer ses travaux sur le système dentaire, sur l'autoplastie, qui lui a dû de premiers progrès, sur les accidents attachés aux opérations chirurgicales, sur la phlébite et la résorption purulente, ainsi que les excellents articles pleins d'autorité dont il a enrichi le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

» Mais où M. Blandin a le mieux montré ses grandes ressources intellectuelles, la solidité de sa dialectique et de ses études, et le don si précieux et si rare de maîtriser son sujet et lui-même, c'est dans les discussions académiques. Nous citerons surtout, pour en louer sa mémoire, ces discussions sur les causes de certaines difformités congéniales, sur l'introduction de l'air dans les veines, sur l'orthopédie, sur les tumeurs fibreuses d'un caractère équivoque, sur la lithotritie mise en balance avec la taille, sur les accidents terribles attribués au chloroforme; mais nous citerons par-dessus tout la grande discussion sur les nerfs rachidiens, nerfs à double racine, dont il niait avec tant de raison l'identité, que d'autres affirmaient avec éloquence, mais au mépris de la découverte de Charles Bell et d'expériences récentes et décisives, sans parler des analogies et des preuves plus directes dont M. Blandin étaya ce point de doctrine, grâce à lui désormais inébranlable. M. Blandin a eu les honneurs de cette discussion mémorable qui dura des mois entiers, qui eut du retentissement et de l'influence, et qui servit de guide et peut-être d'inspiration à l'un de ses élèves qui débutent en maître et ont la certitude de le devenir.

» Plus on connut M. Blandin, plus on déplore sa fin prématurée; plus on a le secret des obstacles qu'il eut à surmonter, et plus on l'admire. »

dent comme un nervin ou antispasmodique, ceux-là comme un astringent. Je serai heureux, pour ma part, si je parviens à fixer l'attention des praticiens sur un médicament qui me paraît appelé à prendre un rang distingué dans la thérapeutique, si l'on veut bien le manier hardiment.

CLINIQUE MÉDICALE.

REVUE CLINIQUE DU CHOLÉRA.

La marche de l'épidémie dans les hôpitaux a présenté, depuis notre dernière revue, quelques particularités qui méritent d'être signalées. D'abord, un certain nombre d'entre eux semblent toujours favorisés d'une certaine immunité; nous citerons l'hospice des Incurables (hommes), l'hospice des Enfants trouvés, l'hôpital du Midi, la Maternité, qui continuent à être complétement exempts. Il en est quelques autres, tels que Cochin, Saint-Antoine, dans lesquels la maladie semble déroger au mode de propagation si généralement constaté ailleurs. C'est ainsi qu'à Cochin, quoiqu'il y ait eu depuis assez longtemps des malades venus du dehors, on n'a compté jusqu'ici aucun cas développé sur les malades en traitement dans l'intérieur de l'hôpital. Ces différentes circonstances sont propres à contenir les inductions qui pourraient être tirées de ce qui se passe ailleurs, et surtout de ce que l'on a observé à la Salpêtrière.

Quoi qu'il en soit, depuis la mesure adoptée pour ce dernier établissement, le nombre des malades n'y a pas diminué dans un rapport proportionnel à la diminution de la population; on l'avait espéré d'abord, mais les chiffres des nouveaux malades et des décès ont détruit toute illusion. Somme toute, on ne peut donc pas dire encore que l'épidémie soit arrivée à sa période de décroissance dans les hôpitaux. Ce résultat n'est annoncé ni par la diminution du nombre des malades, ni par celle du nombre des décès. Voici, du reste, deux tableaux, dont nous devons communication à l'obligeance de M. Bouvier, et dans lesquels on constatera les différentes oscillations qu'a présentées l'épidémie pendant la semaine qui vient de s'écouler, et le résultat définitif comparé au chiffre de la semaine précédente.

Nouveaux cas.

	Hôpitaux.						
	Venus du dehors.	Pris à l'intérieur.	Total.	Salpêtrière	Autres hospices.	Total.	Total général.
Du 9 avril.	23	6	29	28	4	32	61
10	24	18	42	24	7	31	73
11	31	7	38	28	4	32	70
12	26	8	34	21	3	24	58
13	37	19	56	23	5	28	84
14	38	15	53	15	3	18	71
15	25	13	38	14	2	16	54
Total.	204	86	290	156	25	181	471
Du 2 au 8 avril.	129	49	178	244	19	263	441

Décès.

Hôpitaux.	Salpêtrière.	Autres hospices.	Total.
10	26	2	48
14	23	4	41
21	15	3	39
23	15	1	39
29	14	2	45
26	11	2	39
20	16	2	38
143	120	16	279
100	191	10	303

On voit par la lecture de ces tableaux, qu'il serait difficile et même téméraire de conclure du mouvement de la maladie pendant un jour ou deux; car on constate que des alternatives d'accroissement et de diminution se sont manifestées dans les différents sens depuis le commencement de l'épidémie. Nous devons même ajouter, à l'égard de l'appréciation du nombre des décès, une remarque propre à atténuer un peu l'autorité des relevés statistiques. C'est que le nombre des décès par rapport à celui des malades pourrait avoir diminué sans que la mortalité se fût pour cela améliorée. Dans quelques circonstances, en effet, on a vu une plus grande affluence d'entrées coïncidant avec un même chiffre de mortalité, établir ainsi une proportion du nombre des décès au nombre des malades en apparence plus favorable, tandis qu'en réalité l'accroissement du nombre des malades témoigne plutôt d'un progrès de l'épidémie. Ainsi donc, dans l'appréciation des chiffres, soit du nombre des malades, soit de celui des décès, il faut toujours avoir égard aux derniers chiffres des entrées, qui peuvent singulièrement faire varier la proportion des uns aux autres, quoiqu'ils renferment un résultat tout différent.

Relativement à la physionomie de l'épidémie, quelques médecins ont fait remarquer que l'expression symptomatique est beaucoup moins accusée, que la maladie est plus longue. Cette observation n'est peut-être pas aussi générale qu'on a paru vouloir l'établir; car dans plusieurs hôpitaux il a été reçu ces jours derniers des cas du choléra le mieux caractérisé, et ajoutons le plus rapidement mortel. Cette circonstance, d'ailleurs, d'une moindre accentuation de la maladie avait toujours été notée, eu égard à l'épidémie actuelle comparée à celle de 1832. Cependant il a été remarqué, à cette occasion, que la mortalité n'en était pas moins intense, et nous pouvons jusqu'ici faire la même restriction à l'égard d'une diminution dans l'intensité actuelle par rapport à l'intensité de l'épidémie à son début. C'est qu'en effet aujourd'hui comme il y a quinze jours, la mortalité est restée à peu près la même. Ce qui paraît avoir induit en erreur les médecins qui n'ont été impressionnés que par une observation peu prolongée, c'est que les malades résistant plus longtemps et mieux, on espère plus longtemps une issue favorable.

La seule chose qui soit peut-être aujourd'hui d'une évidence bien établie, c'est que très-peu de malades succombent dans la période algide; presque tous gagnent facilement la période de réaction, et pour plusieurs des chefs de service les plus éclairés, les dangers du choléra semblent avoir passé de la première à la seconde période. Nous avons entendu entre autres un des savants médecins de la Charité dire que les efforts de l'art devaient tendre désormais, moins à provoquer la réaction qu'à en conjurer les dan-

DISCOURS DE M. FOISSAC.

« Au nom de la Société médicale du premier arrondissement, au nom des chirurgiens de la première légion, je viens déposer sur cette tombe qui va se fermer le dernier adieu de l'affection confraternelle. Des voix éloquentes ont parlé avec l'autorité due au talent, de cette suite non interrompue de travaux et de concours brillants commencés en 1819 à l'École pratique, et couronnés en 1841 par l'obtention de la chaire de médecine opératoire, glorieux héritage des Sabatier et des Dupuytren. On vous a fait connaître cette vie qui serait si longue en la mesurant à la science acquise, à la réputation obtenue, cette vie, hélas! si courte, lorsqu'on pense à l'avenir et aux espérances que le monde médical, que l'humanité, attachaient au nom de Blandin.

» Pour nous, ses collègues et les confidents de ses pensées intimes, nous ne venons faire entendre ici que les regrets de l'amitié et de l'éloquence de la douleur. Quelques-uns de ceux qui m'écoutent, placés au premier rang de cette affectueuse intimité, et penchés silencieusement sur cette tombe, ont craint de prendre la parole, de peur que la voix ne manquât à l'expression de regrets trop vivement sentie, tant la perte de l'ami a soulevé d'émotions cruelles et trompé les rêves que leur ambition désintéressée formait pour un camarade dont ils étaient si fiers. La rapidité de cette mort a trouvé nos âmes sans préparation contre ce coup terrible, et pendant le peu de jours qui l'ont précédée, nous n'avions en nous interrogeant que des paroles de consternation.

» Cette amitié, ces regrets, cette douleur, qui était plus digne de les inspirer que Blandin? Praticien et savant du premier ordre, comme Portal, Vauquelin, Esquirol, Pinel, Dupuytren, sa haute position ne fut le prix que du mérite seul. Il dut tout à ces deux éléments féconds des grandes réussites, le travail et la conduite. Entré jeune dans la carrière dévorante des concours et du professorat, ce fut de sa part une longue suite d'études profondes qui attestaient le dévouement à la science, l'amour de l'art et le désir ardent de soulager ses semblables. Mais il est un mérite que vous placez tous au-dessus du talent, la *probité*. Nul ne la posséda plus intacte et plus pure que Blandin. Dans l'élite des savants ses émules et ses rivaux, qui fit moins parade de ses découvertes et sut rendre plus entière justice aux inventions et aux travaux d'autrui? Et remarquez, messieurs, que cette consciencieuse impartialité était peut-être le secret de sa prééminence comme opérateur; car il ne sacrifiait jamais à l'amour-propre, au système préconçu, un intérêt d'humanité. Nous l'avons vu élève respectueux, là où il pouvait être maître; nous l'avons connu maître plein de modestie, là où d'autres auraient montré l'orgueil de la supériorité.

» Et cependant, avec ce fond de modestie et de douceur, Blandin avait une rare fermeté de caractère. Savant intègre, il ne désertait jamais les luttes où il s'agissait de faire consacrer un droit, de repousser une injustice. Contraste heureux: il savait allier dans la pratique chirurgicale, la décision au bon sens, la hardiesse à la prudence, l'exécution rapide au jugement le plus sain.

» Dans cette période de succès, notre amitié soucieuse se sentait quelquefois atteinte d'un trouble involontaire; nous pensions à Dupuytren, à Lisfranc, enlevés dans toute la vigueur de l'âge et l'éclat de la gloire; à Bichat, mort jeune d'ans et

gers. Cette remarque conduit naturellement à cette autre : c'est qu'il faut s'attacher plus que jamais à enrayer la maladie soit dans sa période prodromique, soit dans ses premiers symptômes graves; mais jusqu'ici nous n'avons encore que le but à signaler, et non à révéler les moyens de l'atteindre.

Nous ferons volontiers exception en faveur des essais tentés par un des médecins du Gros-Caillou, M. le docteur Worms, dont la GAZETTE MÉDICALE a déjà fait connaître les intéressantes expérimentations. Cependant nous n'oserions jusqu'ici espérer que le principal danger de la période de réaction eût été complétement découvert et son remède sûrement indiqué. Mais c'est déjà quelque chose que d'avoir compris aussi bien le but, et peut-être d'avoir marqué la route pour y atteindre. Espérons donc quelques secours dans cette direction; il serait à désirer que quelques chefs de service renouvelassent ces tentatives, et qu'on cherchât à leur donner de nouvelles bases scientifiques.

Nos remarques précédentes sur la diversité des formes du choléra, sur ses complications et ses combinaisons avec d'autres maladies, sur sa période prodromique et les différentes variétés qu'elle peut offrir ont trouvé leur confirmation dans les nouveaux cas que nous avons observés; nous nous bornerons à deux points spéciaux, à savoir : l'amoindrissement de l'expression symptomatique d'une part, et de l'autre la diversité des formes prodromiques.

Au sujet de l'amoindrissement des formes, nous avons noté que, depuis quelques jours, on remarque un plus grand nombre de cas mal dessinés, mal déterminés; ce sont comme des ébauches inachevées de la maladie; tantôt c'est la cyanose qui manque, tantôt le refroidissement complet, tantôt les vomissements; ici, la diarrhée; dans un certain nombre de cas, les urines continuent à être sécrétées sans notable diminution; en un mot, c'est, qu'on nous passe l'expression, le choléra *démembré*.

Il serait utile sans doute de pouvoir déterminer les rapports qui existent entre l'absence ou la coïncidence de certains symptômes, comme, par exemple, l'absence de la sécrétion urinaire et la persistance de la sécrétion bilieuse, et *vice versâ*. Nous n'avons pas jusqu'ici de documents assez nombreux ni assez détaillés pour nous permettre de faire plus que de soulever cette question.

Le fait de l'existence de la période prodromique est aujourd'hui hors de toute contestation; mais plus les faits lui donnent de certitude, plus il importe de la dégager des difficultés ou des obscurités qui tendraient à la laisser encore dans le doute. Nous avons déjà signalé la possibilité, dans un certain nombre de cas, de l'existence de prodromes purement nerveux, avec absence de diarrhée. Nous ne saurions trop insister sur cette distinction; car il ne faut pas laisser prêter à l'expression d'une loi un caractère d'arbitraire ou d'absolutisme qu'elle n'a évidemment pas.

Que le nombre des faits dans lesquels la forme diarrhéique de la période prodromique existe soit incontestablement dans une très-grande majorité, cela ne paraît faire l'objet d'aucun doute. Ce qu'il importe aujourd'hui, c'est de rechercher tous les cas dans lesquels une autre forme moins accusée puisse avoir le double inconvénient de ne pas être suffisamment aperçue, et de donner lieu à des motifs apparents de doute contre l'importance du principe. Or nous avons déjà fait connaître une série de cas dans lesquels des maladies antérieures, des excès, avaient brusqué l'invasion du choléra déclaré, et nous avons montré, dans l'amoindrissement ou l'abréviation de la période prodromique, une conséquence toute naturelle des conditions où ils avaient été constatés. Nous avons ensuite rapporté des cas dans lesquels des malaises généraux, des vertiges, de l'affaiblissement, en un mot un trouble général de la santé, avaient donné lieu à des symptômes plus manifestes. Nous avons eu à constater depuis, quelques cas dans lesquels la diarrhée avait été suppléée, soit par des dispositions très-caractérisées aux flatuosités, soit par des coliques. Il est inutile d'insister sur la liaison qui existe entre ces cas moins accusés et ceux où la diarrhée est complétement caractérisée.

Le second point de vue auquel nous avons continué à appliquer notre observation, c'est l'étude des différentes périodes de la maladie dans leurs rapports avec les traitements. Dans nos premiers articles, nous avons rapporté la plupart des essais tentés dans les hôpitaux, sans distinction bien précise entre les différentes époques de l'évolution du choléra et les différents ordres de moyens employés. A mesure que les efforts se sont régularisés et que la maladie est elle-même devenue moins rapide, des essais de thérapeutique analytique ont été tentés. Nous nous attacherons de préférence à ceux-ci, tout en maintenant nos divisions précédemment établies entre les différentes méthodes : générales, spéciales et combinées.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE BLANCHE PRODROMIQUE PENDANT QUATRE JOURS; VOMISSEMENTS BLANCS; TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE EXCITANTE; AMÉLIORATION. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. LÉVY.)

OBS. I. — Patraux, 49 ans, vingt-sept ans de service, compagnie de vétérans du Jardin des Plantes, entré le 6 avril au Val-de-Grâce, salle 25, n° 40.

Il y a quatre jours il fut pris de diarrhée; sept ou huit selles blanches par jour; pas de vomissements. Cet homme est d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, ne fait pas d'excès, à Paris depuis neuf mois.

Le 6 au matin il est pris de céphalalgie; deux vomissements blancs; en même temps, crampes dans les bras, les mains, les jambes et les pieds; pas d'urine depuis minuit.

A trois heures de l'après-midi, il est apporté à l'hôpital.

Etat à l'entrée : Pouls à 72, à peine sensible; langue sèche; soif ardente, céphalalgie persistante; crampes très-fortes dans les membres inférieurs et supérieurs; pas d'urine; cyanose de la peau du tronc, des membres et de la face; visage grippé, anxieux; les yeux profondément excavés, cerclés de bleu foncé, d'un aspect brillant; le nez froid; la langue tiède; voix éteinte; douleur dans le flanc droit depuis une heure ou deux seulement. (Bain d'air chaud; frictions avec le liniment volatil camphré; sinapismes aux jambes et aux bras; cruchons d'eau chaude; potion stimulante avec acétate d'ammoniaque; eau de mélisse; éther sulfurique et dix gouttes de laudanum.)

Le 7 au matin, trois ou quatre vomissements très-abondants cette nuit, composés de matières blanches; deux selles riziformes; les crampes moins fortes; le pouls, un peu relevé, à 96; pas d'urines; cyanose à peu près aussi forte qu'hier. (Frictions avec liniment volatil camphré; bain d'air chaud; potion stimulante; vin de cannelle, 120 gr.; diète.)

Le 8, à la visite du matin, soulagement notable; pouls à 72, plus développé; les yeux toujours caves; cyanose un peu moindre; la température générale est cependant un peu plus élevée. (Potion gommeuse avec teinture de cannelle, 20 gouttes; vin sucré, 120 grammes; cruchons d'eau chaude aux pieds; limonade.)

Le 9, les selles ont diminué de fréquence, un peu jaunâtres; pas de vomissements; pouls à 60, meilleur, quoique petit encore; moiteur générale de la peau. (Potion, teinture de cannelle, 20 gouttes; limonade; vin sucré, 120 grammes.)

Les jours suivants, l'amélioration persiste.

Ce cas nous a paru devoir être rangé dans la médication excitante, mal-

---

vieux de renommée; à A. Bérard, tombé lorsqu'il touchait à peine au but désiré de sa noble ambition, et nous disions de Blandin : Que lui manque-t-il encore? Nous craignions pour cette organisation frêle l'activité de son esprit, ce travail sans délassement, l'air nosocomial et la fiévreuse continuité de la pratique journalière. Nos pressentiments, hélas, n'étaient que trop fondés. La mort qui, à si peu de distance, nous a ravi Dupuytren, Larrey, Lisfranc, Samson, Bérard et Blandin, n'est pas seulement un deuil pour une famille, pour un cercle d'amis, elle est une calamité publique, un malheur pour l'humanité. Reconnaissons, messieurs, que la vie serait une déception amère si l'homme était tout là, dans un peu de cendres déjà refroidies, si l'intelligence ne s'élevait si haut que pour s'ensevelir avec toute sa radieuse majesté dans le néant du cercueil. Chaque fois que la mort frappe ce qui répandait de la splendeur sur le monde, qu'elle s'attaque à tout ce qui est grand et beau, à la gloire, au génie, au talent, à la vertu, le regard perçant de l'âme affligée se détache de la terre, où ne restent que les monuments périssables, un nom vénéré, des larmes, des regrets. Avant de nous quitter, Blandin, échappant aux étreintes d'un mal qui voilait momentanément sa pensée, la retrouva pour dire un adieu touchant à ceux qu'il aimait et leur laisser, comme une espérance certaine d'immortalité, le sourire d'un ami mourant.

» Au nom de tes collègues et camarades,

» Adieu, Blandin! »

— Nous avons appris avec douleur la mort d'un des plus anciens et des plus honorables praticiens de la capitale, M. le docteur Masson, qui a succombé samedi matin d'une manière subite au milieu d'une santé parfaite.

— M. Duplan, chirurgien principal à l'hôpital militaire de Perpignan, est désigné pour celui de Barèges.

M. Lasserre, chirurgien major à l'hôpital militaire de Barèges, est désigné pour celui de Perpignan.

M. de Sainti, chirurgien aide-major à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour la 2ᵉ brigade de Marseille.

M. David, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Marseille, est désigné pour la 1ʳᵉ brigade de Marseille;

M. Morin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles, est désigné pour la 2ᵉ brigade de Marseille;

M. Allaire, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour la 2ᵉ brigade de Marseille;

M. Bintot, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Besançon;

M. Desmorets, chirurgien sous-aide, passe à l'hôpital de perfectionnement à Paris.

— L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte. M. Lebreton, un de ses membres, est mort subitement, à deux heures du matin, venant de terminer un accouchement.

gré l'addition de quelques gouttes de laudanum dans la potion stimulante administrée le premier jour, et qui n'a pas été répétée. A supposer que la préparation opiacée ait pu avoir quelque influence, cette influence a été certainement contre-balancée et plus que compensée le lendemain et les jours suivants par les excitants administrés à forte dose, la teinture de cannelle, les frictions ammoniacales, le vin sucré, etc.

CHOLÉRA ASIATIQUE; PRODROMES DE TRÈS-COURTE DURÉE; CAS GRAVE; TRAITEMENT EXCITANT; RÉACTION; PERSISTANCE EXTRÊME DES VOMISSEMENTS ET DES SELLES; VÉSICATOIRES ET MORPHINE; GUÉRISON. (Hôtel-Dieu. — Service de M. MARTIN-SOLON.)

OBS. II. — Cote (Jacques), 55 ans, tisserand, rue Homerie (12e arrondissement), où il habite avec sa famille une seule chambre étroite, située près des lieux d'aisances, a été pris le 6 avril, à onze heures du matin, après avoir mangé avec répugnance d'un plat de viande qui ne lui plaisait pas, de coliques et de dévoiement. Les selles blanches, riziformes, ont été bientôt suivies de vomissements blanchâtres. Dans la nuit, le malade a eu des crampes. Il entre à l'hôpital le 7, à quatre heures du matin, dans un état de prostration, les yeux enfoncés, les lèvres légèrement cyanosées, la peau froide, la langue froide, et se plaignant de crampes dans les jambes. (Infusion de thé; eau de Seltz; cataplasmes; sinapismes.)

A onze heures, langue humide, soif vive; il y a eu quelques vomissements; pas de coliques, un peu de douleurs dans les reins. Le malade n'a pas uriné depuis minuit; douleurs dans les mollets, mais pas aussi vives que dans la nuit. (Julep avec ammoniaque, 10 grammes; laudanum, 15 gouttes; infusion de tilleul et feuilles d'oranger; quart de lavement laudanisé, 12 gouttes.)

Cinq heures du soir. Garde-robes riziformes peu abondantes; vomissements un peu plus abondants contenant toujours des grumeaux; pouls relevé à 100; langue humide chaude. Le malade ne peut supporter pour boisson que l'eau de Seltz, l'infusion de tilleul détermine des vomissements. Très-peu de crampes; elles disparaissent sous l'influence des sinapismes. Point d'urines; un peu de bourdonnement dans les oreilles; sommeil. (Lavement son et pavot; eau de gomme; eau de Seltz.)

8. Déjections alvines blanches, plus épaisses et un peu odorantes; vomissements blanchâtres persistants; point de sécrétion urinaire; pas de crampes; langue humide; pouls de 96 à 100 pulsations; peau moyennement chaude; pas de céphalalgie; nuit bonne. (Chiendent nitré; lavement de son et pavot, laudanisé; eau de Seltz.)

9. Visage bon; la peau a repris sa tonicité; quelques vomissements et quelques selles blanches encore; le malade a un peu uriné. (Chiendent nitré.)

10. Quelques vomissements bilieux; visage un peu animé; peau chaude; pouls fréquent; quelques selles bilieuses. (Lavement de son; sous-nitrate de bismuth, 0,90.)

11. Persistance des vomissements et des selles bilieuses. (Limonade vineuse; vésicatoire sur l'épigastre; morphine, 0,01.)

12. Plus de vomissements; peau chaude et pouls fort.

13. Même état.

14. Les vomissements bilieux reparaissent; quelques coliques; selles liées, verdâtres. (Gomme; potion émétique de Rivière; sous-nitrate de bismuth, 0,90; bouillon.)

15. Les vomissements persistant sont combattus par de nouvelles applications de vésicatoires pansés avec l'hydrochlorate de morphine.)

16. Le malade a cessé de vomir. Pouls à 72; chaleur de la peau normale; une seule selle verdâtre provoquée par le lavement.

17. Mieux de plus en plus sensible.

18. Convalescence confirmée. (Soupes; commencement d'alimentation.)

20. Le malade est entièrement guéri.

Nous l'avons déjà dit dans de précédentes revues, la médication excitante paraît avoir rendu des services; mais où commence son utilité réelle, et où doit-elle s'arrêter? voilà ce qu'il serait indispensable de préciser. Dans le cas qui précède, on a obtenu une réaction très-prompte, mais aussi de très-longue durée. N'y aurait-il pas lieu d'attribuer la rapidité de la réaction à l'influence de la médication stimulante, et la longueur des suites de cette période n'aurait-elle pas aussi quelques rapports avec la même influence? Il conviendrait de chercher à préciser, d'une part, à quelle phase, dans quelles conditions et à quel degré de la maladie, et plus spécialement de la période algide, il conviendrait de recourir à ces auxiliaires de la réaction. Peut-être aussi faudrait-il chercher, comme beaucoup de médecins l'ont judicieusement pensé, à modérer les effets de cette seconde période par une médication appropriée à leur importance.

C'est ce que l'on avait surtout bien compris lors de l'épidémie de 1832; cette période, qualifiée dans les écrits du temps de période *œstueuse*, était considérée généralement comme de nature très-inflammatoire. Sans retomber dans l'exagération de cette époque, encore trop voisine du règne de la médecine physiologique, il n'est peut-être pas sans utilité de chercher à en faire revivre les précieuses applications. C'est sans doute ce qu'ont pensé les médecins dont nous allons faire connaître la pratique.

CHOLÉRA; COLIQUES PRODROMIQUES; CAS DE MOYENNE INTENSITÉ; VENTOUSES SCARIFIÉES ET OPIUM; GUÉRISON. (Hôpital de la Charité. — Service de M. RAYER.)

OBS. III. — Un homme de 35 à 36 ans environ, d'une assez bonne constitution, entré le 30 mars, dans la journée, à la Charité (salle Saint-Michel, n° 7), avec des coliques très-violentes, mais sans diarrhée, ni vomissements, ni crampes, qui se sont manifestées pour la première fois la veille à sept ou huit heures du soir.

Le 30 au soir, les coliques persistent avec la même violence. Le malade n'a Le malade n'a pas eu de selles; il a vomi aujourd'hui une fois dans la journée, des matières verdâtres; pas de crampes. (Quatre ventouses sur l'abdomen (4 onces de sang); deux pilules opiacées et musquées, avec op., 0,01, musc, 0,08.)

31. Les coliques continuent; pas de selles ni de vomissements. (Un quart de lavement de guimauve; quatre ventouses.)

1er avril. Même état. (Deux pilules op., 0,01.)

2. Le malade a été pris de dévoiement pendant la nuit; selles continuelles. (Lavem. amid. avec laudan., 12 gouttes; sinap.; catapl.)

Bien de notable jusqu'au 6 avril.

Le 6. Depuis minuit, vomissements fréquents; deux selles depuis hier soir six heures, où l'on administra un lavement. (Ventouses; sinapismes; eau de Seltz.)

7. Pas de selles depuis hier matin. (Pot. gomm. avec laudan., 12 gouttes; eau de Seltz par gorgées.)

8. Plus de selles, ni de vomissements.

Du 8 au 10, le malade va de mieux en mieux.

Le 11, convalescence. (Une portion.)

On augmente l'alimentation le 12, et le 13 le malade sort de l'hôpital en parfaite santé.

Dans ce premier cas, l'intensité de la maladie n'a peut-être pas été assez grande pour que l'on puisse rigoureusement faire honneur de la guérison à la méthode employée; cependant la maladie qui paraissait se dérouler avec une certaine rapidité s'est arrêtée néanmoins pour ainsi dire au seuil du choléra grave. Remarquons, en passant, les formes de la période prodromique, qui a consisté d'abord dans des coliques assez intenses, lesquelles n'ont été remplacées par la diarrhée qu'au bout de trois jours, même après un vomissement survenu le deuxième jour.

Le cas suivant, que l'on peut rapprocher de celui qui précède sous le point de vue de son peu d'intensité et de la substitution des symptômes, offre en outre quelques autres particularités dignes d'être notées.

ACCIDENTS CHOLÉRIQUES DÉVELOPPÉS PENDANT LE COURS D'UN ICTÈRE; VENTOUSES SCARIFIÉES ET OPIUM; CESSATION DE CES ACCIDENTS; PERSISTANCE DE L'AFFECTION PRIMITIVE. (Hôpital de la Charité.—Service de M. RAYER.)

OBS. IV. — Benot, 61 ans, entrée à la Charité le 28 mars 1849 (salle Saint-Bazile, n° 2), était malade depuis quelques semaines, quand elle fut prise d'un ictère avec douleurs dans l'hypocondre droit. Le foie conservait sensiblement son volume normal; urines de couleur très-foncée, se colorant en vert sous l'influence de l'acide nitrique. (Ventouses sur la région du foie; eau de Seltz; potion gommée.)

1er avril. La malade a eu quatre selles pendant la nuit avec coliques; agitation, accélération et faiblesse du pouls. (Quart de lavement amidonné, avec laudanum, 12 gouttes; ventouses; sinapismes; diète; riz édulcoré.)

Le soir. Depuis le matin, 3 selles blanchâtres, liquides, sans grumeaux; deux vomissements depuis le matin jusqu'à une heure, où l'on a appliqué les ventouses. A la suite de cette application, les vomissements ont cessé; les douleurs abdominales sont moindres.

2 avril. La diarrhée continue avec les mêmes caractères. (Deux quarts de lavement amidonné, avec laudanum, 12 gouttes; riz édulcoré.) Plusieurs selles blanches dans la journée.

3 avril. Depuis hier soir, quatre selles blanches, douze depuis hier matin; pas de vomissements; soif vive. (Quart de lavement amidonné, avec laudanum, 12 gouttes, répété deux fois dans la journée.)

4. Moins de diarrhée; deux selles seulement dans les vingt-quatre heures; pas de vomissements. (Trois quarts de lavement amidonné, avec laudanum, 12 gouttes.)

5. Frisson hier soir; vomissements; trois ou quatre selles blanchâtres, de consistance de bouillie. (Ventouses à l'épigastre (2 onces de sang); sinapismes; trois quarts de lavement.)

6. Vomissements; pas de selles depuis hier. La malade n'a uriné qu'une fois depuis la veille au matin. Il n'y a point d'urine dans la vessie; oppression depuis deux ou trois jours. (Deux vésicatoires sur la région du foie et de la rate; un quart de lavement; eau de Seltz avec gomme édulcorée.)

7. Deux selles depuis hier; quelques vomissements; urines aussi peu abondante. La malade ne peut supporter l'eau de Seltz. (Deux quarts de lavement avec laudanum; eau gommeuse par gorgées; eau panée.)

8. Pas de selles depuis la veille; quelques vomissements; expectoration abondante sans toux. L'oppression a disparu.

9. Pas de dévoiement; envies de vomir persistant; l'expectoration continue aussi abondante, sans autres phénomènes du côté de la poitrine. La malade urine davantage; les urines sont extrêmement foncées, couleur de café. (Eau

panée par gorgée; potion gomm. avec 12 gouttes de laudanum par cuillerée à bouche.)

10. Les envies de vomir persistent; néanmoins pas de vomissement; langue blanche, amère; pas de diarrhée. (Eau rougie; limonade citrique, un pot; quelques cuillerées de bouillon coupé; cataplasmes.)

11. Pas de vomissement; quelques envies de vomir; pas de diarrhée; la teinte ictérique persiste au même degré. (Bouillon coupé; eau vineuse; lait.)

12. Même état.

13. Nausées; un peu de dévoiement. (Un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum; eau vineuse; bouillon.)

14. Envies de vomir; dégoût général; teinte ictérique persistant, ainsi que les douleurs dans l'hypocondre gauche, qui est sensible au moindre toucher. (Eau pure; bain de siége; cataplasme sur le ventre; bouillon.)

15 et 16. Même état et même prescription.

Les jours suivants, les accidents cholériques sont complétement dissipés; la malade est revenue à l'état où elle était avant leur invasion.

La première particularité qui mérite d'être signalée, c'est la substitution des symptômes cholériques à un ictère caractérisé. On pourrait se demander si cette affection ne pourrait pas être elle-même considérée comme appartenant à l'influence épidémique, du moins dans sa cause éloignée, car nous avons eu déjà occasion de faire remarquer la multiplicité des formes que peut affecter le choléra à son début; mais ici la persistance de l'ictère après la cessation du choléra proprement dit, ne permet aucun doute sur l'indépendance à peu près complète de ces deux maladies. En ce qui concerne le traitement, on a pu voir une amélioration coïncidant avec la première application des ventouses; mais la suite de la maladie n'a pas offert au même degré d'évidence cette influence salutaire du traitement.

Des faits plus accentués étaient nécessaires pour permettre une opinion mieux motivée. C'est ce que paraissent fournir les observations suivantes.

Choléra asiatique; coliques prodromiques, cinq jours; ventouses scarifiées et opium; guérison rapide. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Rayer.)

Obs. V. — Moland, 66 ans, rue Saint-Guillaume, malade depuis cinq jours (a perdu sa femme du choléra).

Entré le 4 avril à la Charité (salle Saint-Michel, 33), pris, il y a cinq jours, de coliques qui ont toujours été en augmentant jusqu'aujourd'hui, où ces accidents ont acquis une très-grande intensité. Depuis hier dix heures du soir jusqu'à ce matin cinq heures, vingt-sept selles de matières jaunes, liquides; crampes depuis hier; pas de vomissements. Le malade a eu du refroidissement; mais il n'est pas très-notable au moment de l'entrée. Mains un peu violacées; pouls assez développé, légèrement fréquent. Le malade a uriné beaucoup moins qu'à l'ordinaire cette nuit. (Quatre ventouses sur l'abdomen (4 onces de sang); trois quarts de lavement amidonné, avec 12 gouttes de laudanum dans chaque; deux pots de riz édulcoré; boules d'eau chaude; alèzes chaudes, etc.)

5 avril. Pas de selles jusqu'à quatre heures hier au soir; deux selles depuis; température bonne; pas de vomissements; pas de douleurs. (Trois quarts de lavem. amid. laudan., 12 gouttes; gomme sucrée.)

6. Pas de selles depuis hier matin; pas de vomissements; pas de douleurs aux membres.

7. Pas de selles ni de vomissements. (Eau gommée; bouillon coupé.)

Le 8, convalescence établie. (Une portion.)

Sort complétement rétabli le 9, après avoir mangé deux portions.

Dans cette observation, la méthode employée paraît avoir arrêté immédiatement le développement de la maladie, et l'amélioration produite ne s'est pas démentie; c'est surtout par la continuité des effets d'une médication que l'on peut le mieux apprécier son influence.

Choléra asiatique très-intense développé chez une femme affectée de vaginite; diarrhée prodromique de vingt-quatre heures; ventouses scarifiées et opium; guérison. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Rayer.)

Obs. VI. — Une jeune fille de 22 ans, d'un tempérament sanguin, très-fortement constituée, entre à la Charité (salle Saint-Basile, n° 8) le 2 avril pour une vaginite aiguë très-intense, avec plaques muqueuses sur les grandes lèvres. (Salsepareille; pilules de Sédillot; bain.)

Du 2 au 8, rien de nouveau.

Le 8, la malade accuse un peu de diarrhée depuis la veille, sans autres accidents. (Un quart de lavement amidonné avec 12 gouttes de laudanum.)

9. Vers dix heures et demie du soir, diarrhée très-intense, suivie de vomissements, de crampes et de refroidissement des extrémités; les selles sont caractéristiques, les vomissements verdâtres.

Le matin, à la visite: Cyanose très-prononcée; mains et pieds bleus, ainsi que les lèvres et tout le visage; pouls insensible sur tous les points où on le cherche, aux radiales, aux carotides, aux faciales et aux temporales; battements du cœur très-faibles, précipités; sueur froide ruisselant sur le front; dyspnée extrême; voix complétement éteinte; soif vive. (On pratique une saignée, mais on obtient à peine une once de sang, qui se coagule immédiatement après sa sortie de la veine. Des ventouses avaient été appliquées sur l'abdomen dès le début des accidents dans la nuit, mais sans qu'on ait pu obtenir du sang. On prescrit de nouveau 12 ventouses sur l'épigastre, sur la région ombilicale et sur les flancs; sinapismes fréquemment renouvelés; quarts de lavement amidonnés avec 12 gout. de laudanum dans chaque; potion gommée avec 12 g. de laudanum; riz édulcoré.)

Le soir, pas la moindre amélioration; délire. (Sept quarts de lavement ont été administrés, la malade ne les gardant que très-peu de temps; 18 gouttes de laudanum ont été prises en potion.) Pas de selles ni de vomissements depuis le matin; quelques crampes après l'application des ventouses. (De nouveaux sinapismes seront appliqués pendant la nuit.)

10. La réaction a commencé à quatre heures et demie du matin; la voix est revenue presque à son état naturel; la face est rosée, la chaleur de la peau modérée, halitueuse; le pouls est à 90, assez développé; la malade a le sentiment d'un bien-être indicible; deux selles foncées depuis la veille; pas de vomissements; soif vive. (Un quart de lavement amidonné avec 12 gouttes de laudanum; potion gommée avec quelques gouttes de laudanum.)

11. Quelques vomissements depuis hier; hoquet; sensibilité sur la mamelle gauche; l'état général continue à être bon. (8 sangsues sur le point douloureux; eau de Seltz par petites gorgées; quelques morceaux de glace; potion gommée laudanisée; sinapismes)

Le soir, pas de vomissement, ni de diarrhée; le hoquet, bien que diminué, paraît encore de temps en temps; pouls fréquent, médiocrement développé; la malade se plaint de ne pas uriner; la vessie ne contient pas d'urine.

12. Etat général le même; pas de vomissements, ni de diarrhée; un peu de lassitude dans les membres; pas d'urines; le hoquet se montre encore à de rares intervalles. (Eau de Seltz; eau gommée.)

13. Plus de hoquet; la sécrétion urinaire est rétablie; pas de selles. (Un quart de lavement amidonné et laudanisé; eau pure et glace.)

14. Apparition des règles; état général très-satisfaisant. (Eau pure; émulsion.)

15. Amélioration croissante. (Eau pure; bouillon.)

Le 16, la malade entre en franche convalescence; on commence à donner des aliments.

Le 18, guérison assurée.

Le cas qui précède offre un exemple de choléra des plus intenses. Jusqu'où la médication a-t-elle concouru à l'heureuse issue de la maladie? C'est ce qu'il est peut-être difficile d'apercevoir tout d'abord. Faisons remarquer cependant que les premières applications des ventouses sont restées stériles parce qu'elles n'ont pu produire amené aucun résultat matériel. Au contraire, dès que les ventouses ont pu produire des résultats manifestes, la période de réaction a paru commencer immédiatement.

Ici, comme dans le cas précédent, l'amélioration obtenue s'est continuée régulièrement et sans interruption.

Ce cas, seul, n'aurait pas la signification que nous sommes portés à lui reconnaître; mais rapproché de ceux qui précèdent, il contribuera sans doute à engager les praticiens à suivre l'exemple du savant médecin de la Charité.

Pour mieux faire comprendre la valeur de sa pratique, disons d'après quelles idées il se dirige.

Pour M. Rayer, l'action des ventouses n'est pas précisément antiphlogistique. Il a plutôt en vue de produire une action subversive opposée à l'état abdominal si caractérisé dans le choléra, qu'à combattre un état inflammatoire qu'il n'admet en aucune façon. Pour lui, il a devant les yeux un fait caractérisé dont la nature ne lui est pas connue, et il emploie une méthode dont l'action n'est pas moins caractérisée au point de vue purement expérimental. En effet, il ne prétend pas plus expliquer le mécanisme du remède qu'il ne s'explique l'état pathologique qu'il veut modifier. C'est donc un résultat pratique qu'il veut produire, et c'est à ce titre que nous le recommandons à nos lecteurs.

Les deux faits qui suivent, recueillis dans un autre service, et que nous devons à l'obligeance de M. Coffin, interne à l'hôpital Cochin, offrent quelque analogie avec ceux qui précèdent, quoique inspirés peut-être par des vues théoriques différentes.

Choléra asiatique; quatre jours de diarrhée prodromique; vomissements bilieux; traitement mixte par les sédatifs et les antiphlogistiques; guérison. (Hôpital Cochin. — Service de M. Nonat.)

Obs. VII. — Michelle Demangeot, domestique, âgée de 35 ans, quai des Augustins, 25, entre à l'hôpital le 6 avril, salle Saint-Philippe, 22.

Cette femme, mal nourrie, couchant dans un petit cabinet obscur, mal aéré, après avoir mangé pendant trois jours de suite des haricots, est prise, le 2 avril, d'une diarrhée qu'elle attribue à sa nourriture.

Elle continue néanmoins à travailler, mais sans manger, le 3 et le 4, bien que la diarrhée soit très-abondante.

Le 4 avril, nausées suivies de trois ou quatre vomissements bilieux.

Dans la nuit du 4 au 5, elle dit avoir eu trente selles et autant de vomissements; cependant elle prit encore ce jour-là un peu de chocolat à l'eau.

Le 5, à dix heures du soir, la peau présente une chaleur à peu près normale, excepté au visage; les lèvres sont cyanosées, les yeux caves; les pieds et les mains, sans être cyaniques, sont plus injectés et plus froids qu'à l'état normal.

Prostration très-grande; pouls à 96, petit. Vomissements et selles très-nombreux. Les vomissements sont un peu bilieux, les selles séreuses, riziformes. Suppression des urines. Crampes dans les orteils. (Potion avec laudanum de Rousseau, 20 gouttes; deux demi-lavements avec laudanum de Sydenham, 10 gouttes; glace en morceaux; sinapismes aux extrémités.

La potion n'est pas supportée; les vomissements continuent.

Le 6, même état; M. Coffin décide la malade à venir à l'hôpital. (Même traitement.)

Pendant la nuit du 6 au 7, les selles augmentent encore; les vomissements sont moins abondants, mais la malade rend ses matières sous elle sans en avoir la conscience.

Le 7 au matin, même état; pouls à 96. (Six ventouses, dont deux scarifiées sur l'épigastre; bain d'air chaud intermittent de une heure et demie; sinapismes aux jambes; glace; limonade glacée; julep avec sirop diacode, 30 grammes.

Les vomissements persistent jusqu'au soir, mais peu fréquents. Vers trois heures, le premier tiers de la potion est supporté. Dans la soirée, la tisane ne détermine plus de vomissements.

Selles encore nombreuses, involontaires et caractéristiques; urines nulles.

Le 8, les vomissements sont arrêtés, les urines ont reparu. Peau de chaleur presque normale; pouls à 76, plein, régulier. L'état général satisfaisant, bien que la diarrhée soit encore considérable. (Même traitement, moins les ventouses et le bain d'air chaud.)

Le 9, les selles sont encore nombreuses, mais colorées en vert.

Le 10, l'amélioration continue.

Le 14, guérison complète.

CHOLÉRA ASIATIQUE; QUATRE JOURS D'ABSTINENCE; ANÉMIE, SELLES ET VOMISSEMENTS; DÉFAILLANCES; TRAITEMENT MIXTE PAR LES OPIACÉS ET SES SAIGNÉES LOCALES; GUÉRISON. (Hôpital Cochin. — Service de M. NONAT.)

OBS. VIII. — Abel Guyard, 49 ans, terrassier, boulevard des Gobelins, 6, entré à l'hôpital le 31 mars, salle Saint-Jean, n° 1.

Cet homme, épuisé par la misère, n'ayant mangé depuis quatre jours qu'un peu de pain et de fromage, est pris, le samedi 31 mars, en travaillant dans les champs, vers neuf heures et demie du matin, de diarrhée incessante et de vomissements. Il tombe sans connaissance, et reste six heures complétement sans secours.

A trois heures de l'après-midi, il est rencontré par des cultivateurs qui l'apportent à l'hôpital Cochin.

Interrogé avec le plus grand soin, il déclare n'avoir pas eu, avant l'accident du matin, la moindre diarrhée, pas de vertiges, de faiblesse, de céphalalgie ni d'étourdissements.

Au moment de son entrée, prostration extrême, stupeur; il se croit perdu.

La face est livide, les traits profondément altérés, les yeux caves, cerclés de violet; le nez, les oreilles, les lèvres, les pieds, les mains, fortement cyanosés; peau froide par tout le corps; vomissements si nombreux que l'on ne peut les compter; douleurs épigastriques et un peu de sensibilité dans les flancs; les selles très-nombreuses. Le malade laisse aller sous lui ses matières sans en avoir conscience.

Les vomissements sont bilieux. Les selles, très-séreuses, contiennent des filaments blanchâtres. Hypertrophie des urines; cris continuels causés par les crampes des membres inférieurs; pas de céphalalgie; pouls 56-60, régulier, très-dépressible; soif très-vive. (On donne une potion contenant 20 gouttes de laudanum de Rousseau; réchauffer le malade.)

A dix heures, le quart de la potion ayant été pris, on la remplace par un julep gommeux avec 12 gouttes de laudanum de Sydenham. (Bain de vapeurs intermittent, prolongé pendant une heure et demie; infusion légère de thé; glace en fragments.)

A huit heures du soir, les crampes ont disparu. Le malade, placé dans un lit, hors du bain de vapeurs depuis plus d'une heure, conserve une chaleur modérée. Pouls à 96; vomissements nuls; persistance des selles.

A minuit, le mieux continue. Quelques vomissements; visage assez bon. Le malade est moins démoralisé.

Le 1er avril, les vomissements et les selles ont continué, mais moins nombreux qu'hier. Les selles ne sont plus involontaires. Persistance de la douleur au creux de l'estomac; réaction modérée; pouls à 104. (Glace en morceaux; julep diacodé; six ventouses, dont deux scarifiées, à l'épigastre.)

Le 2, ni selles ni vomissements; pouls à 96.

Le 3, pouls à 68. Amélioration sensible.

Le 4, bouillon glacé.

Depuis lors le malade s'est bien porté; il est aujourd'hui, 12 avril, parfaitement guéri.

Dans ces deux cas, la médication a été la même en apparence que dans ceux qui précèdent. La différence porte sur ceci: que l'emploi des saignées locales a eu pour but de remédier à la période de réaction et de combattre la congestion à l'aide d'antiphlogistiques. Il n'est pas inutile de faire remarquer la différence du point de vue, car elle implique une différence, non pas seulement dans l'emploi des moyens, mais dans leur distribution. Ainsi, M. Nonat n'a recours à l'application des ventouses qu'à partir de la réaction, et l'honorable médecin de la Charité y a recours au début même du traitement, dans le but de favoriser cette réaction, ou au moins d'en prévenir les fâcheux effets.

Sous un autre rapport, notons, dans la huitième observation, le fait on ne peut plus curieux de l'invasion presque brusque de la maladie chez un sujet soumis depuis quatre jours à une abstinence à peu près complète, et réduit à une alimentation insuffisante. Cette circonstance et la défaillance qui a suivi presque immédiatement l'invasion des premiers symptômes ne sont-elles pas de nature à expliquer la rapidité avec laquelle la période prodromique, très-courte, a fait place au choléra confirmé? Si l'énoncé du fait seul ne dispensait pas de tout commentaire, on ferait remarquer qu'un sujet privé de presque toute alimentation depuis plusieurs jours est bien propre à recevoir l'atteinte profonde de l'intoxication cholérique, et à n'opposer aucune barrière à son action immédiate.

Passons à un autre ordre de moyens.

CHOLÉRA ASIATIQUE; TRAITEMENT STIMULANT ET TONIQUE; EMPLOI DU STACHYS; OPIACÉS; GUÉRISON. (Hôpital Necker. — Service de M. BRICHETEAU.)

OBS. IX. — Le nommé Nicole (François), âgé de 67 ans, journalier, d'une constitution faible, demeurant place Dupleix, n° 5, entre à l'hôpital Necker le 29 mars (salle Saint-Ferdinand, 15).

Cet homme, qui mène une vie régulière, dit-il, est pris le 28 au soir, sans cause appréciable, sans diarrhée antérieure, de refroidissement avec dévoiement, vomissements et crampes légères.

A son entrée, le facies est altéré, les yeux sont caves, la voix affaiblie; refroidissement modéré du nez et des extrémités; crampes modérées; pouls filiforme et fréquent.

Le 29 au soir, le malade a eu plusieurs vomissements caractéristiques depuis son entrée; une seule garde-robe blanchâtre. Du reste, même refroidissement; crampes légères; pas d'urine depuis le matin. (Tisane, eau de menthe glacée; potion, bicarbonate de soude, 8 gr.; frictions; sinapismes.)

A huit heures du soir, le malade est pris d'un refroidissement plus considérable et d'une grande oppression. Les évacuations persistent; pas de pouls. (On donne une potion tonique, un lavement de quinquina.)

La réaction s'établit légère dans la nuit.

Le 30, la peau est chaude, le pouls à 92 pulsat., convenablement développé. Encore des vomissements, mais qui ont changé de caractère: ils sont bilieux. Les selles sont moins fréquentes et bilieuses; la peau est légèrement plissée, la voix toujours altérée; pas d'urine, pas de crampes. (Tisane: *Stachys* infusé, 4 gr. sur 500 gr. eau; un quart lavement quinquina avec laudanum, 8 gouttes, et sulfate de quinine, 0,60.)

Le 31, 89 pulsat. convenablement développées; peau naturelle; quelques vomissements et quelques selles; pas de crampes; pas d'urine. Le facies est moins altéré. Il y a un léger abattement. Le malade dit avoir de l'appétit. (*Stachys* infusé; on renouvelle le lavement du 30; on donne deux petits bouillons coupés.)

1er avril. La peau est bonne, le pouls naturel; pas de vomissements; quelques garde-robes encore liquides. Le malade a uriné; le facies est bon; l'abattement a disparu. Il y a eu un peu de sommeil la nuit. (On continue le *stachys;* on donne du bouillon.)

Le 2, le malade va très-bien; les selles sont naturelles; pas de vomissements; appétit. (On donne du bouillon et du potage; on supprime le *stachys*.)

Le 4, le bien s'étant continué et le malade ayant bon appétit, on lui donne une portion.

Le 11, le malade demande à sortir; il est en pleine guérison.

Exeat.

L'ensemble de la médication employée dans ce cas, qui, ainsi que les trois suivants, nous a été communiqué par M. Labric, interne de service, offre surtout le caractère de la méthode stimulante. A ce titre, on pourrait rapprocher ce fait des deux premiers de cette revue; mais l'adjonction d'un nouveau médicament introduit en France avec beaucoup de bruit permet d'en faire un examen à part. En effet, le *stachys* n'a pas seulement été donné comme stimulant; mais les médecins qui l'emploient croient lui reconnaître quelques propriétés particulières, entre autres une certaine vertu astringente.

Quoi qu'il en soit, dans ce premier cas, son emploi a été assez tardif pour n'avoir pas produit de résultats parfaitement déterminés. D'autres faits seraient nécessaires pour mieux apprécier son action. Nous ne les possédons pas jusqu'ici.

CHOLÉRA DÉVELOPPÉ PENDANT LE COURS D'UNE BRONCHITE; VOISINAGE D'UN CHOLÉRIQUE; EMPLOI DU STACHYS; MORT. (Hôpital Necker. — Service de M. BRICHETEAU.)

OBS. X. — Le nommé Martin (Auguste), âgé de 23 ans, boulanger, d'une bonne constitution, demeurant rue de la Reynie, 21, entre à l'hôpital (salle Saint-Ferdinand, n° 16), le 28 mars, pour y être traité d'un rhume qu'il dit avoir depuis huit jours.

Cet homme, d'une bonne santé habituelle, se plaint d'une douleur dans le côté gauche avec toux fréquente, sans crachement de sang; la langue est chargée; il n'y a pas d'appétit; pas de dévoiement; la peau est moite; le pouls un peu fréquent, mais d'un développement modéré; crachats bronchiques; pas de céphalalgie.

A la percussion, rien en avant, en arrière, moins de sonorité à gauche, mais pas de matité franche.

A l'auscultation, râles sonores dans toute la poitrine; plus d'obscurité à gauche et en arrière; si l'on fait parler le malade, on entend de l'égophonie.

Le 29 mars, on fait mettre quinze ventouses scarifiées sur le côté gauche.

Le 30, la douleur de côté a presque entièrement cessé; la toux est toujours fréquente; le pouls à 84; la respiration plus obscure à gauche; pas de dévoiement; un peu d'appétit. On donne deux bouillons.

Le 31, le malade se trouve beaucoup mieux; la toux a été moins fréquente; la nuit a été assez bonne; le malade a de l'appétit. On continue à l'alimenter.

Ce malade est couché à côté d'un cholérique.

Le 1er avril, entre six et sept heures du matin, ce malade est pris de refroidissement, de diarrhée et de vomissements blanchâtres.

A la visite, le pouls est petit; la peau du nez et des extrémités froide; le facies est fortement altéré; les yeux sont creux; les selles et les vomissements sont blancs. Le malade a uriné dans la nuit; les crampes sont faibles; voix altérée. (Tisane; eau de Seltz glacée; infusion de stachys; lavement laudanisé; frictions; cataplasmes sinapisés.)

Le soir à quatre heures. Le malade ne s'est pas réchauffé de toute la journée; facies beaucoup plus altéré; sueur froide et poisseuse; pas d'urine. (Potion tonique.)

Le 2 avril, mort à une heure du matin dans la période algide.

AUTOPSIE, trente-trois heures après la mort.

Les ganglions mésentériques sont très-développés, blanchâtres, ne contenant aucun produit accidentel dans leur intérieur.

Le péritoine est poisseux; l'intestin, ouvert dans toute sa longueur, présente à sa surface une matière crémeuse blanc rosé, se détachant facilement; les follicules isolés et les plaques de Peyer sont énormément développées, blanchâtres, faisant une forte saillie à la surface de l'intestin.

L'estomac contient le même liquide que l'intestin, est congestionné, surtout au grand cul-de-sac.

Plèvres poisseuses, sans épanchement à gauche.

Bronches contenant un liquide spumeux, blanchâtre, peu abondant; la muqueuse bronchique est rouge, injectée.

Le sang est noir et poisseux.

Le foie, la rate et les reins sont fortement congestionnés.

La vessie ne contient pas d'urine.

La moelle ne présente rien d'anormal; les vaisseaux du rachis sont gorgés de sang.

Nous avons rapporté ce fait, moins au point de vue de l'emploi du *stachys*, qu'au point de vue des circonstances spéciales qu'il a présentées.

Ici, comme dans d'autres cas précédemment rapportés, le choléra vient s'enter sur une maladie préexistante; celle-ci lui sert en quelque façon de période prodromique, ou du moins en abrége considérablement les symptômes.

Dans les cas de cette sorte, on ne peut pas distinguer nettement les symptômes appartenant à la période prodromique proprement dite. La succession des périodes est tellement rapide qu'elles se confondent presque dès le début. Remarquons cependant que, dans le cas qui précède, la diarrhée, les vomissements et le refroidissement n'ont pas été assez brusques pour n'avoir pas affecté un certain mode de succession. Il serait utile de rechercher jusqu'où la première période, période d'incubation proprement dite, peut se prolonger, et à quel moment précis la période de choléra proprement dit peut être réputée commencer. Est-ce à la diarrhée blanche; est-ce aux vomissements, aux crampes, à la cyanose? ou bien faut-il la simultanéité de ces divers états pour constituer le choléra complet? Nous ne le pensons pas.

Pour nous, la période prodromique est surtout caractérisée par l'intégrité apparente des fonctions, moins la diarrhée ou quelques symptômes généraux qui ne forcent pas les malades de s'arrêter.

Une fois les symptômes assez graves pour suspendre l'exercice des fonctions digestives, de la respiration, de la circulation, de la calorification, voilà pour nous le choléra véritable. Néanmoins la rapidité du passage des symptômes de la première période à ceux de la seconde, n'empêche pas la préexistence même momentanée de la période prodromique. Notons en terminant le fait de l'invasion du choléra chez un malade couché au voisinage d'un cholérique.

CHOLÉRA ASIATIQUE; TRAITEMENT MIXTE; GUÉRISON. (Hôpital Necker. — Service M. BRICHETEAU.)

OBS. XI. — Le nommé Verguier (Louis), 33 ans, imprimeur sur étoffes, d'une bonne constitution, demeurant route nationale à Sèvres, est apporté le 25 mars à l'hôpital (salle Saint-Ferdinand, n° 32).

A la suite d'une débauche, le 22 au soir, il est pris de dévoiement avec crampes et vomissements; on ne lui fait rien chez lui.

A son entrée à l'hôpital, refroidissement du nez et des extrémités; yeux caves; voix altérée; pas de pouls radial; peau plissée comme un gant; déjections blanchâtres; crampes modérées; pas d'urines. (Tisane; camomille chaude et eau de Seltz glacée; potion avec bicarbonate de soude, 8 gr.; lavements laudanisés; révulsifs sur la peau; frictions.)

La réaction commence dans la nuit du 25 au 26.

Le 26, le malade continue à vomir; la réaction persiste; une seule garde-robe blanchâtre; pas de crampes. (On continue la prescription du 25, sauf les frictions et les sinapismes.)

Le soir, le pouls est à 80; les vomissements persistent, mais sont bilieux; le malade a uriné. (On met un vésicatoire à l'épigastre.)

Le 27, la réaction est toujours modérée; le malade ne va pas mal, mais les vomissements bilieux persistent toujours. (On lui donne seulement de l'eau de Seltz glacée.)

Le 28, la même réaction se maintient. Un seul vomissement depuis hier. Le malade demande à manger. Il y a eu une seule selle. (On continue l'eau de Seltz glacée; on donne un bouillon.)

Le 29, le malade a été assoupi toute la nuit; les yeux sont vifs; la face injectée. Il y a de la lenteur dans les réponses; le pouls est à 88, moyennement développé; du reste, pas de vomissement, pas de garde-robe; les urines vont bien; un peu de céphalalgie. (Sinapismes aux jambes; 20 sangsues derrière les oreilles.)

Le 30, le pouls est à 80; la face est moins rouge; moins d'assoupissement; pas d'agitation dans la nuit; deux selles liquides; pas de vomissement. (Eau de Seltz glacée; sinapismes aux jambes.)

Le 31, le pouls est à 64; la congestion cérébrale a presque entièrement disparu; il reste encore de la lenteur dans les réponses; deux selles; un vomissement bilieux.

1er avril. Le malade va très-bien; il a eu un léger vomissement qu'il dit tenir à la tisane sucrée; il demande à manger. (Eau froide pour boisson; deux bouillons.)

Le 4, le bien continuant, on lui donne une portion sur sa demande.

Le 5, il commence à se lever; il n'a pas été à la selle depuis quatre jours. (On donne un lavement.)

Le 10, il sort complétement guéri.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE PRODROMIQUE, UN JOUR; TRAITEMENT MIXTE; CAS GRAVE; RÉACTION; RECHUTE; COMA; MORT. (Hôpital Necker. — Service de M. BRICHETEAU.)

OBS. XII. — Le nommé Bernard (Charles), âgé de 43 ans, cordonnier, d'une bonne constitution, cité Valadon, n° 30 (10e arrondissement), entre à l'hôpital le 11 avril; il y vient seul, à pied. (Salle Saint-Ferdinand, n° 44.)

Le 9 au matin, ayant un peu bu la veille, cet homme est pris de dévoiement qui dure jusqu'au 10 au soir, moment où il change de caractère, et est accompagné de refroidissement et de crampes légères.

A son entrée, légère cyanose; yeux caves; refroidissement des extrémités et du nez; pouls radial filiforme; pas de vomissements; bouche mauvaise; langue froide et assez nette; urines rares; crampes modérées; selles caractéristiques; peau grippée. (Ipéca, 1 gr.; camomille avec chlorure de sodium, 8 gr. pour tisane; frictions; sinapismes; sachets de sable chauds.)

Le 12, réaction modérée; garde-robes très-fréquentes, les dernières bilieuses. Les vomissements, à la suite de l'ipéca, ont été blanchâtres; il n'y en pas eu depuis. Urines naturelles. (Camomille pour tisane; deux quarts de lavement quina avec laudanum, 8 gouttes.)

Le 13, la réaction est toujours modérée; les selles ont été moins fréquentes; pas de crampes. (Riz; sirop; deux quarts de lavement laudanisés.)

Le 14 au soir, le malade se trouve pris de refroidissement, sans vomissements et sans diarrhée, avec disparition du pouls. (On lui donne une potion avec éther, 4 gr.; on frictionne; on réchauffe avec des sachets de sable et des alèzes.)

La réaction se rétablit promptement, mais très-forte.

Le 15, somnolence continuelle; face rouge; céphalalgie; pouls développé à 80 pulsat.; respiration fréquente; pas de garde-robes; pas de vomissements. (Saignée de 300 gr.; sinapismes; lavement purgatif.)

Le malade meurt à six heures du soir, dans le coma.

Nous avons rapproché ces deux cas comme offrant, malgré une terminaison funeste, des analogies qui ne sont pas inutiles à signaler.

Et d'abord, le début a été dans les deux cas précédé d'excès de boisson; dans les deux cas, la diarrhée a succédé à cet acte d'intempérance; dans les deux cas, la période de réaction ne s'est pas fait attendre; dans les deux cas, l'amélioration a succédé et à même persisté pendant plusieurs jours à peu près au même degré. Ce n'est qu'à partir d'une espèce de reprise de la maladie que l'aggravation a commencé dans le deuxième cas. A quoi faut-il attribuer cette marche spontanément différente dans des circonstances si semblables? C'est ce que n'expliquent ni la différence des constitutions, ni l'intensité différente du mal, ni même la différence des méthodes. C'est quelque chose d'analogue à ce qui s'observe dans le cours de beaucoup de maladies, dont quelques-unes semblent consister dans une seule attaque, et d'autres, dans une série d'attaques réitérées. Le choléra présente assez souvent de ces aggravations ou retours imprévus. C'est une source de dangers contre lesquels la science n'est pas encore suffisamment prémunie, et auxquels l'art ne connaît jusqu'ici aucun moyen d'obvier.

Terminons notre revue par la relation d'un fait intéressant dans lequel le galvanisme a paru produire un effet prompt et heureux.

CHOLÉRA ASIATIQUE, DEUX JOURS DE PRODROMES; TRAITEMENT EXCITANT ET NARCOTIQUE ORDINAIRE, SUIVI PENDANT DEUX JOURS SANS SUCCÈS; APPLICATION DU GALVANISME; RÉACTION; GUÉRISON. (Charité. — Service de M. ANDRAL.)

OBS. XIII. — Bruyas, tisseur, 40 ans, demeurant rue Grégoire-de-Tours, malade depuis le 26 mars, entre à l'hôpital de la Charité le 28, salle Saint-Louis, nº 4, dans un état de cyanose et d'algidité complètes, sans pouls, en proie à des crampes, à des selles et à des vomissements répétés. Cet homme était le quatrième malade de la même maison atteint du choléra. Deux de ses voisins et sa femme venaient de succomber en quelques jours à la même maladie. C'est sous cette impression, après trois ou quatre jours de veilles, de soins prodigués à sa femme, et alors qu'il était atteint lui-même depuis deux jours de malaise et de diarrhée, qu'il est entré à l'hôpital. On prescrit : infusions chaudes de thé; potion éthérée et laudanisée; lavements laudanisés et amylacés; frictions et sinapismes. Malgré l'emploi de ces moyens pendant deux jours, le 28 et le 29, le malade était encore, le 30, dans l'état suivant :

Face pâle, lèvres un peu violacées; pouls très-faible, à peine sensible, peu fréquent; bruits du cœur sourds, s'entendant à peine; *hoquet continuel* depuis vingt-quatre heures; vomissements moins fréquents et moins abondants que les jours précédents; nausées continuelles; plus de diarrhée, plus de crampes; *pas d'urines* depuis son entrée à l'hôpital; soif vive; chaleur normale; prostration; réponses lentes.

En raison de la persistance de ces symptômes et de la gravité de l'état du malade, M. Duchenne est autorisé à appliquer le galvanisme d'après la méthode qui lui est propre. En conséquence, le 30 mars, l'excitation électro-cutanée est pratiquée pendant quatre à cinq minutes sur la région épigastrique, au moyen de faisceaux métalliques. Elle est ensuite portée sur le trajet du rachis. L'opération dure quinze à vingt minutes.

Sous l'influence de cette excitation de la peau, pratiquée aussi vivement que possible, le hoquet a disparu immédiatement, et le pouls s'est relevé d'une manière très-sensible. La couleur violacée des lèvres fit place à une rougeur assez vive et la face s'injecta. Le malade accusa en même temps une sensation de chaleur générale, surtout à la face.

31 mars. Le malade dit avoir été très-agité. La face est injectée ; cependant la chaleur est normale et le pouls ne donne que 76 à 80 pulsations. Plus de hoquet ni de vomissements.

Depuis la galvanisation de la peau, le pouls a conservé son développement, les claquements valvulaires s'entendent mieux. Le malade *urine pour la première fois* depuis le début de la maladie.

2 avril. Commencement de convalescence. Sauf quelques vomissements qui ont encore eu lieu depuis, le malade a été de mieux en mieux, et il est sorti de l'hôpital, du 10 au 12 avril, parfaitement guéri.

Ce n'est pas seulement par le résultat définitif qu'il faudrait juger la valeur de la méthode employée dans ce cas. Ainsi que nous l'avons dit précédemment, c'est surtout dans l'appréciation de leurs effets immédiats que l'on peut se faire une idée plus juste de l'efficacité des médications.

Ici le galvanisme a évidemment produit des effets certains. La cessation brusque du hoquet, le changement de couleur des lèvres, la rapidité de la réaction, le rétablissement du pouls anéanti, sont des résultats dont l'ensemble, comme chacun d'eux en particulier, concourt à témoigner de la véritable action du galvanisme.

Mais entre ces effets pour ainsi dire momentanés et la terminaison favorable, il y a une immense distance ; c'est pourquoi il serait téméraire de conclure de l'un à l'autre, et les observations que nous avons publiées précédemment viendraient témoigner contre l'arbitraire de ce rapprochement.

Contentons-nous de présenter le galvanisme comme un moyen utile dans le traitement du choléra, mais dont l'application devra être régularisée. C'est par une étude approfondie de son action physiologique et par un examen impartial de ses effets particuliers dans chaque période, et contre chaque symptôme de la maladie, que l'on parviendra à déterminer sa valeur véritable.

Voici, du reste, comment, d'après l'auteur de la méthode, on peut résumer son action thérapeutique et régulariser son emploi.

Disons d'abord que l'appareil dont se sert M. Duchenne est un appareil électro-dynamique à double courant, à l'aide duquel on peut produire à volonté plusieurs modes d'action, agit soit sur la surface cutanée seulement, soit sur les muscles ou sur les nerfs. L'action électro-cutanée est la seule qu'il soit utile de produire dans les cas qui nous occupent. Cette excitation électro-cutanée se pratique au moyen de faisceaux composés de fils métalliques enfermés dans des tubes également en métal. Ces derniers se vissent sur des manches en bois ou en verre et communiquent par des conducteurs avec les électrodes d'un appareil d'induction. L'opérateur tenant un excitateur dans chaque main fouette légèrement la peau en parcourant rapidement toute la surface du corps. C'est ce que M. Duchenne appelle *la fustigation électrique*. Une précaution indispensable pour assurer l'effet de cette application, c'est que la peau soit parfaitement sèche. Si avant l'opération la peau est moite, il faut l'essuyer et en absorber l'humidité à l'aide de la poudre de lycopode, faute de quoi il se produirait des phénomènes électro-musculaires, tout différents de ceux que l'on se propose d'obtenir.

L'intensité du courant doit, bien entendu, être proportionnée aux différents degrés d'excitabilité des diverses régions cutanées. L'appareil de M. Duchenne permettant de varier l'action électrique, depuis le simple chatouillement jusqu'à la brûlure, de l'augmenter ou de la diminuer graduellement, de la porter rapidement sur tous les points du corps, d'en continuer ou d'en renouveler l'application, selon le degré de résistance ou de vitalité du sujet, est très-propre à remplir cette indication.

Nous venons de dire qu'il faut éviter, chez les cholériques, de produire l'excitation électrique des muscles ; l'expérience en a, en effet, démontré les dangers. Ayant voulu, dans un cas, essayer de produire un courant rapide dirigé sur les muscles du mollet, bien que le courant fût très-modéré, le muscle ne fut pas plutôt excité qu'il devint à l'instant le siége d'une crampe très-douloureuse et le point de départ de crampes générales. La galvanisation électro-cutanée les fit bientôt cesser. C'est donc, jusqu'à nouvel ordre, et sauf ce que de nouvelles expériences pourraient apprendre à cet égard, à l'excitation électro-cutanée seule qu'il convient d'avoir recours dans l'application du galvanisme au traitement du choléra.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LES SELLES DES CHOLÉRIQUES TRAITÉS DANS LE SERVICE DE M. MICHEL LÉVY. (Note de M. MASSELOT, chef de clinique.)

Dans la séance du 3 avril, M. Mialhe a lu à l'Académie de médecine un travail dans lequel il établit que les déjections stomacales et intestinales des cholériques ne renferment point d'albumine, mais seulement de l'albuminose, substance qui ne se coagule point sous l'influence de la chaleur et de l'acide nitrique.

Les recherches qui ont été faites à la clinique du Val-de-Grâce sur la nature du liquide sécrété par la muqueuse intestinale dans le choléra, ne permettent point d'accepter le jugement absolu porté par M. Mialhe.

En effet, chargé par M. le professeur Michel Lévy de faire l'analyse des déjections alvines des cholériques et des liquides trouvés dans l'intestin après la mort, nous avons obtenu des résultats bien différents de ceux annoncés par M. Mialhe.

Les expériences qui servent de base à cette note ont été contrôlées avec soin au laboratoire de chimie du Val-de-Grâce.

Nous avons recueilli les matières rendues par 19 malades; nous les avons soumises à la filtration, et nous avons obtenu un liquide transparent, diversement coloré, qui a été traité par l'acide nitrique et par la chaleur.

Dans 12 cas, l'acide nitrique et la chaleur ont déterminé un précipité blanc, grumeleux, caillebotté, plus ou moins abondant.

Dans 3 cas, l'acide a produit un nuage blanc assez épais, soluble dans un excès d'acide, et la chaleur a fait prendre à la liqueur une teinte laiteuse assez prononcée.

Dans 4 cas, le liquide n'a été troublé ni par l'acide nitrique ni par la chaleur.

Dans ces derniers cas, la maladie était au début, et les selles, peu abondantes, étaient formées par un liquide séreux, transparent, avec dépôt de flocons légers, comme pelliculaires.

Deux fois on a fait évaporer à siccité au bain-marie 128 grammes 6 décigrammes de ce liquide filtré, et l'on a obtenu pour résidu une fois un gramme, une fois *un* gramme et *quatre* décigrammes de parties solides, qui se sont présentées sous l'apparence d'une pellicule semi-transparente, un peu jaunâtre. Pendant la durée de l'évaporation, la liqueur ne s'est point troublée.

Si ces déjections alvines contenaient de l'albuminose, c'était donc en très-petite proportion. J'ai toujours vu la quantité du résidu de l'évaporation en rapport avec l'abondance des précipités déterminés par l'acide nitrique et par la chaleur.

Dans *neuf* cas terminés par la mort, le liquide trouvé dans l'intestin a été soumis aux mêmes recherches.

Dans 6 cas, l'acide azotique et la chaleur ont déterminé des précipités blancs, caillebotés, très-abondants.

Dans un cas, le précipité a été peu abondant.

Dans 2 cas, le liquide a donné à peine des traces d'albumine. Mais il faut remarquer que ces deux derniers résultats ont coïncidé avec l'extrême rareté des selles pendant la vie, et il n'est pas moins remarquable que, dans ces mêmes cas à déjections rares, brunes et bilieuses, les lésions intestinales étaient très-peu marquées; il y avait fort peu de psorentérie. Quelques follicules seulement étaient légèrement tuméfiés.

Dans 4 cas, nous avons déterminé la quantité d'albumine contenue dans

les selles pendant la vie, et dans le liquide intestinal après la mort. Voici les résultats des analyses faites sur les liquides qui ont donné les précipités les plus abondants par la chaleur et l'acide nitrique.

Après la mort.			Pendant la vie.
1° 4,241	d'albumine pour 100.		2,211
2° 3,422	—	—	2,001
3° 3,036	—	—	1,456
4° 2,221	—	—	1,113

Dans deux cas très-rapidement mortels, et dans lesquels les déjections alvines, peu abondantes, séreuses, ne contenaient pas d'albumine, le liquide intestinal, soumis à la filtration après la mort, a donné un liquide transparent, précipitant assez abondamment en blanc par la chaleur et par l'acide nitrique.

En général, nous avons trouvé la proportion d'albumine en rapport avec la viscosité et la coloration jaunâtre des évacuations alvines; celles qui, comme dans la dyssenterie, avaient quelque analogie avec la lavure de chair, en donnaient la plus forte proportion.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(SUITE.)

II. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de juillet, août, septembre octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Considérations sur le cancer colloïde;* par M. Hughes Bennett. 2° *Observations d'hystérocèle;* par M. Joseph Bell. 3° *Sur l'anatomie pathologique du rein;* par M. Gairdner. 4° *Sur une nouvelle batterie galvanique;* par M. Wright. 5° *De la pesanteur spécifique du chloroforme, et de sa supériorité comme anesthésique quand il est pur;* par M. Wilson. (L'auteur avoue n'avoir presque jamais eu occasion d'observer les effets physiologiques du chloroforme; de sorte que ses assertions demeurent uniquement basées sur l'étude chiamique et sur l'autorité d'autrui.) 6° *Cas d'abcès hépatique aiyu;* par M. M'Lean. 7° *De la sécrétion mammaire et de ses modifications pathologiques;* par M. Peddie. 8° *Sur l'emploi du* gutta-percha *dans le traitement du pied-bot et des fractures;* par M. Lyon. 9° *Cas d'aliénation mentale simulée;* par M. Robertson. 10° *Le siége de la céphalalgie placé dans les nerfs sympathiques, et quelques règles de traitement;* par M. Seller. 11° *Remarques sur certains déplacements de l'utérus hors de l'état de grossesse;* par M. Bell. 12° *Cas de tumeur fibro-cartilagineuse du fémur;* par M. King. 13° *Remarques sur l'emploi du chloroforme dans la chirurgie dentaire;* par M. Imlach. (Il se borne à vanter les bons effets et l'innocuité de cet agent, qualités constatées pour lui par plus de trois cents exemples personnels.) 14° *Premiers pas et progrès de la tocologie anesthésique;* par M. Simpson. 15° *Sur une particularité de l'humérus et de l'artère humérale;* par M. Struthers. 16° *Observations d'empoisonnement, suivies de remarques;* par M. Maclagan. 17° *Varicocèle traité par la compression;* par M. Thompson. 18° *Sur l'apparition de carbonate de chaux, sous forme de perles, comme produit morbide chez la vache;* par M. Th. Anderson. 19° *Note sur un mélange de camphre et de chloroforme;* par MM. T. et H. Smith. 20° *Observations de rupture de la vessie urinaire, suivies de remarques;* par M. Watson. (Deux cas de mort.) 21° *Note sur la pratique de l'hôpital du choléra;* par M. Robertson.

OBSERVATIONS D'HYSTÉROCÈLE; par M. BELL.

La hernie de l'utérus, quelque rares qu'en soient les exemples bien constatés, peut être divisée en trois espèces. En effet, elle s'opère tantôt par le canal inguinal, tantôt par l'ouverture crurale, tantôt enfin à travers une déchirure de la paroi abdominale. Les deux cas que M. Bell a observés se rapportent à cette dernière catégorie.

OBS. I. — Le 2 juin 1843, M. Bell fut appelé à voir madame P., qui était accouchée, huit jours auparavant, de son cinquième enfant. Il la trouva très-épuisée, le pouls petit et faible. En examinant l'abdomen, où elle accusait des douleurs intenses, il vit l'utérus sortant à travers une rupture de la ligne blanche qui s'étendait depuis le pubis jusqu'au voisinage de l'appendice xyphoïde. Une anse d'intestin était aussi engagée dans la même ouverture; mais on la replaça aisément. La réduction de l'utérus s'accomplit avec plus de peine. On voulut la maintenir au moyen de compresses et d'un bandage; mais il fallut y renoncer, à cause de l'aggravation de douleur que la pression déterminait.

La malade mourut au bout de deux jours. C'était une personne de constitution frêle et relâchée. Il est à peu près certain que la hernie n'existait pas avant sa dernière couche. L'autopsie ne put être faite.

OBS. II. — M. Bell donna des soins, le 5 mai 1846, à madame M. pendant son quatrième accouchement. A cinq heures du matin, après un travail modérément fatigant de seize heures de durée, elle mit au jour une petite fille. Aussitôt le cordon coupé et l'enfant confiée à sa nourrice, il appliqua, selon sa coutume, la main sur l'abdomen, et trouva, à son grand étonnement, la partie antérieure et supérieure de l'utérus sortant à travers une fente qui comprenait toute la longueur de la ligne blanche, du sternum au pubis. L'utérus paraissait si volumineux et si dur, qu'on ne put douter qu'il ne contînt un second fœtus.

Effectivement le toucher vaginal fit découvrir les membranes d'un autre enfant, et après les avoir rompues, on reconnut que celui-ci se présentait les fesses tournées vers l'abdomen de la mère. On réduisit l'utérus dans la cavité abdominale, et on l'assujettit fortement dans cette situation avec les deux mains jusqu'à ce que l'enfant (un garçon) fût né, ce qui arriva une demi-heure environ après l'expulsion du premier. Les placentas réunis suivirent immédiatement; l'utérus se contracta et descendit dans l'hypogastre. On appliqua une compresse de chaque côté de la déchirure longitudinale, puis un bandage pour la réunir.

Il n'y eut qu'une légère attaque de péritonite, que le traitement ordinaire suffit à dompter.

Trois mois après, l'auteur examina attentivement l'abdomen; mais, dit-il, je ne pus découvrir aucune trace de la rupture.

Un cas semblable à ceux-ci est rapporté par J.-L. Petit, et se trouve consigné dans l'ouvrage de Boivin et Dugès.

Chez sa dernière malade, l'auteur fait remarquer que la personne étant de petite taille et l'utérus très-rempli par la présence de deux enfants, il est facile de comprendre que les parois abdominales ont été distendues jusqu'aux dernières limites, et que la ligne blanche, moins extensible en raison de sa texture fibreuse, a dû céder la première. Du reste, la rupture eut lieu sans que rien l'annonçât aux assistants. L'accouchée se plaignit bien, il est vrai, d'une douleur brûlante dans l'abdomen et d'une sensation de défaillance, immédiatement avant la naissance du premier enfant. Mais comme à ce moment-là les parties extérieures étaient comprimées par le passage de la tête, on attribua à cette dernière cause le redoublement de ses plaintes, et l'on n'y fit alors aucune attention.

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES REINS; par le docteur GAIRDNER.

Les recherches de M. Gairdner sur l'anatomie pathologique des reins sont presque exclusivement microscopiques. Il faudrait entrer dans de bien longs détails pour en décrire toutes les minutieuses particularités, et encore serait-il difficile de le faire d'une façon intelligible, ne pouvant reproduire ici les figures dont le texte est accompagné. Nous nous contenterons d'indiquer les résultats généraux et essentiels auxquels l'auteur dit être arrivé.

Le premier, c'est que la plus grande partie des altérations des reins sont le produit, ou sont au moins accompagnées d'une exsudation de granules oléo-albumineux dans l'intérieur des tubes et des cellules épithéliales. Cette exsudation est probablement précédée, dans un grand nombre de cas, de congestion vasculaire. Cette congestion peut être quelquefois constatée directement par l'inspection cadavérique; mais quand la quantité de granules est considérable, c'est au contraire une déplétion plus ou moins complète du système vasculaire qu'on observe.

L'exsudation oléo-albumineuse affecte deux formes principales : l'une consiste dans une infiltration des tubes de tout l'organe, et l'autre dans un certain nombre d'infiltrations partielles. Le reste des tubes demeurant libre ou à peu près, c'est ce dernier mode qui constitue plus spécialement la maladie de Bright.

Du reste, il n'existe aucune différence entre l'exsudation résultant d'un travail morbide chronique et celle qui est produite par l'inflammation.

Un autre résultat indiqué par M. Gairdner, c'est que les vaisseaux capillaires des reins sont sujets à une oblitération spontanée, qui n'est accompagnée, du moins au début, d'aucune altération visible des tubes, et qui donne lieu à une affection particulière, appelée par l'auteur *dégénération cireuse.* Il croit que cette oblitération vasculaire est toujours précédée de congestion sanguine. Dans les cas de ce genre, on observe un épaississement et une dilatation variqueuse des tubes dans toute l'étendue de l'organe.

Enfin, suivant M. Gairdner, les tubes des reins peuvent revenir sur eux-mêmes et s'oblitérer par suite de la desquammation de leur épithélium, et il en résulte l'atrophie et la complète désorganisation du tissu. Cette desquammation se présente dans beaucoup de conditions morbides, et quand elle se continue longtemps ou est très-étendue, le retrait des tubes en est toujours la conséquence, qu'il y ait ou non exsudation albumineuse.

Sur les moyens de constater ces différentes particularités, l'auteur donne les indications suivantes.

Les premiers produits du travail d'exsudation ne peuvent être aperçus qu'à l'aide du microscope. Au contraire, le développement de la dégénération cireuse est plus facilement suivi à l'œil nu. Quant à la desquammation de l'épithélium, le microscope seul permet de la saisir avec certitude, et elle échappera souvent à l'attention, si l'on examine seulement le tissu du rein et non l'urine. En somme, pour juger sainement de l'état anatomique du rein, il faut avoir examiné l'urine pendant la vie, et inspecter le rein tour à tour avec le microscope et à l'œil nu.

ABCÈS AIGU DU FOIE ; OUVERTURE PAR LA LANCETTE ; GUÉRISON ; par le docteur WILLIAM M'LEAN.

L'observation rapportée par M. M'Lean est intéressante sous plus d'un rapport : elle l'est d'abord, et surtout, en ce qu'elle offre un exemple bien formel d'un abcès du foie terminé par guérison. On sait que ces exemples-là ne sont pas fort communs. Si l'on voulait voir, dans les indurations fibreuses qu'on rencontre à la surface du foie, autant de signes d'abcès cicatrisés, cette dernière terminaison ne serait pas rare ; mais quand on songe que de semblables indurations se rencontrent chez des sujets qui n'ont jamais éprouvé de symptômes aigus du côté du foie, et combien il est rare de voir de ses propres yeux un abcès manifeste du foie se terminer par la guérison, il est impossible de se ranger à une telle opinion, soutenue néanmoins par des auteurs recommandables, et la fréquence même de ces indurations dépose contre la signification qu'on a voulu leur attribuer. Ici pas le moindre doute sur ce fait, et il est d'autant plus à noter, que le sujet n'avait pas moins de 80 ans. Cet homme éprouva d'abord des frissons alternant avec de la chaleur et une sueur profuse ; en même temps une douleur obtuse se fit sentir dans l'hypocondre droit, s'irradiant jusque dans l'épaule du même côté. La région hépatique était tuméfiée et douloureuse. Ces symptômes augmentèrent, malgré l'emploi de deux saignées, l'application de vingt sangsues et d'un vésicatoire *loco dolenti*, l'administration de poudres purgatives. Au bout de huit à dix jours de maladie, la tuméfaction était considérable à la région hépatique, et la fluctuation était évidente. Une lancette à abcès fut plongée sur la tumeur ; il en sortit quatre soucoupes de pus bien lié, *coloré par la bile*. Une mèche fut introduite dans la plaie, et l'on pansa avec un cataplasme. La nuit suivante, il sortit encore une grande quantité de matière, et quand, le lendemain matin, on enleva la mèche, la plaie donna encore autant de pus mêlé de bile qu'immédiatement après l'incision. Le pouls était fréquent et déprimé. On prescrivit un peu de quinine, du vin et du bouillon. A partir de ce jour, l'écoulement purulent diminua peu à peu, et les symptômes généraux s'amoindrirent. On entretint les selles par l'emploi de pilules de coloquinte, et au bout de trois semaines, toute suppuration avait cessé. La convalescence ne tarda pas à être complète.

Il n'est pas douteux, d'après ces quelques détails, et en remarquant surtout le peu de temps qu'il a fallu au pus pour se présenter sous la peau, que l'abcès n'ait été, dès le début, superficiel. En outre, on a vu qu'il a suivi une marche tout à fait aiguë. Ces deux circonstances ont sans doute contribué beaucoup à l'heureuse issue d'une si grave maladie, en abrégeant sa durée et en permettant au pus de se frayer une issue à travers quelque organe interne, comme l'estomac ou le poumon. Le caractère aigu et franchement inflammatoire de l'abcès est sans doute la condition à laquelle il faut attribuer l'innocuité d'une mèche dans la plaie. En thèse générale, nous pensons qu'on devrait préférer l'ouverture sous-cutanée. Cette méthode aurait d'ailleurs ici un autre avantage que celui de prévenir l'introduction de l'air dans le foyer. En offrant au pus un conduit de décharge dans une direction déclive, elle l'exposerait moins à tomber dans la cavité du péritoine, au cas où le foyer ne serait pas parfaitement circonscrit par des adhérences. L'observation ne dit pas quelles précautions on a prises pour s'assurer, autant que possible, de l'existence de ces adhérences avant de se décider à une ouverture par l'instrument tranchant.

Nous ferons encore une remarque au sujet de cette observation : c'est qu'il n'y est en aucune façon question d'ictère. L'ictère a manqué, en effet, dans la plupart des cas connus d'abcès hépatiques. Si, comme le pense M. Haspel (MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, t. LV), l'ictère, quand il existe, dépend surtout de la compression des canaux hépatiques par le liquide purulent, ce symptôme doit manquer spécialement dans les cas où l'abcès était situé superficiellement, peut se développer facilement du côté des parois abdominales, comme c'était le cas chez le malade de M. M'Lean.

(La suite et fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 AVRIL.

DOSAGE DU SUCRE DE LAIT PAR LA MÉTHODE DES VOLUMES, ET DÉTERMINATION DE LA RICHESSE DU LAIT.

M. PELOUZE présente, au nom de M. POGGIALE, professeur de chimie au Val-de-Grâce, une note sur ce sujet.

Aucun des procédés connus jusqu'ici, dit l'auteur, ne fournit d'une manière rapide et rigoureuse l'indication de la richesse du lait. Le lactoscope de M. Donné, le pèse-lait, la détermination du volume de la crème dans un vase gradué, l'analyse chimique, etc., sont des moyens infidèles ou rarement employés, en raison du temps considérable qu'ils exigent.

M. Poggiale détermine la richesse du lait en dosant par la méthode des volumes le sucre de lait. D'après ses expériences, 1,000 grammes de lait contiennent 52 grammes 7 décigrammes de sucre, et cette quantité ne présente que de légères variations.

Le procédé que M. Poggiale emploie est l'application de celui de M. Barreswil au dosage du sucre de lait, qui réduit, comme le glucose, les sels de cuivre ; mais la liqueur d'épreuve doit être titrée avec le sucre de lait, et non pas avec le sucre de canne. M. Poggiale s'est assuré, du reste, que les proportions suivantes donnent une liqueur dont 20 centimètres cubes correspondent à 0 grammes 200 milligrammes ou 2 décigrammes de sucre de lait.

Sulfate de cuivre cristallisé.	10 grammes.
Bitartrate de potasse cristallisé. . .	10 —
Potasse caustique.	30 —
Eau distillée	200 —

Pour doser le sucre de lait, on coagule d'abord une quantité déterminée de lait, 50 ou 60 grammes, à l'aide de quelques gouttes d'acide acétique et à la température de 40 ou 50° ; on filtre ensuite. 100 grammes de lait fournissent, d'après les expériences de M. Poggiale, 923 grammes de petit-lait, ce qui donne, pour 1,000 grammes de petit-lait, 57 grammes de sucre environ.

Le petit-lait étant préparé, on prend 20 centimètres cubes de liqueur d'épreuve, que l'on introduit dans un petit ballon ; on y ajoute quelques fragments de potasse caustique, et on élève la température du liquide jusqu'à l'ébullition. D'un autre côté, on remplit une burette graduée de petit-lait, que l'on verse goutte à goutte dans la solution cuivrique. On saisit le moment où la liqueur d'épreuve est complétement décolorée, en regardant le ballon de bas en haut. On lit alors sur la burette la quantité de petit-lait qui a été employée, et au moyen d'une proportion, on détermine le poids du sucre contenu dans 1,000 gr. de petit-lait.

La plupart des fraudes seront facilement dévoilées en dosant le sucre, puisqu'elles ne peuvent avoir lieu qu'en ajoutant de l'eau au lait. On sait, du reste, que la fraude la plus ordinaire consiste à enlever la crème, et à ajouter de l'eau au lait écrémé.

Si l'on enlevait la crème sans faire aucune addition d'eau, ou bien si l'on ajoutait du sucre de lait, M. Poggiale propose de déterminer la quantité de matière grasse, en ajoutant de l'acide acétique au lait bouillant et en l'agitant dans un flacon, après le refroidissement, avec de l'éther qui enlève le beurre. On décante le liquide éthéré, et on le fait évaporer.

CHOLÉRA.

— M. LEFÈVRE ROUSSEAU propose le moyen suivant contre le choléra : Aussitôt les premiers symptômes, placer le malade dans un appartement bien clos pour éviter les courants d'air ; brûler du poivre pour qu'il en respire constamment l'odeur ; le mettre le plus tôt possible dans un bain extrêmement chaud, dans lequel on délayera une quantité assez grande de poivre pour exciter une réaction, sans cependant faire naître des pustules sur la peau ; le frictionner en même temps à l'estomac, aux articulations et aux extrémités ; le laisser dans le bain tout le temps nécessaire pour exciter une transpiration abondante ; entretenir cette transpiration avec le plus grand soin ; retirer le malade du bain et le mettre dans un lit bien chaud. L'auteur pense qu'il serait bon de faire boire au malade, avant et pendant le bain, seulement quelques verres d'eau un peu plus que tiède, mélangée de quelques grains de poivre en poudre.

M. le docteur LETELLIER, médecin à Saint-Leu-Taverny, préconise, comme traitement préservatif du choléra, les fumigations produites par la combustion des bois résineux et l'évaporation du vinaigre versé sur des corps portés à une température élevée.

— M. le docteur JUBRON conseille, dans le début du choléra, l'infusion de café.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un

rapport rédigé par M. Rauzières, médecin à Montenq Lot), sur une épidémie de variole qui vient de régner dans la commune de Bouloé;

2° Une lettre du ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un nouveau modèle de *chaise percée hydraulique*.

— M. Bosio, médecin de l'établissement médical civil de Constantine, adresse une communication sur une méthode de traitement de la chute du rectum, consistant dans l'application sur la partie herniée d'un morceau de laine ou autre corps saupoudré de poudre d'alun, de calomel et d'écorce de grenade; on fait ensuite asseoir le malade sur un corps angulaire saillant, et la chute se réduit toute seule. (Comm. : MM. Velpeau et Jobert.)

CHOLÉRA.

M. Lequoy (de Dunkerque) donne des renseignements sur la marche du choléra dans cette ville. Il résulte de cette lettre que le choléra y a éclaté le 20 octobre 1848. Il sévit pendant environ deux mois, mais cessa ensuite presque complétement, et éprouva une recrudescence dans les premiers jours de mars, laquelle s'est calmée depuis quelques jours. M. Lequoy affirme que les *trois quarts* des cholériques étaient des individus qui avaient soigné d'autres cholériques ou qui avaient eu des rapports avec eux.

M. le docteur Guyétard, médecin à Fécamp, donne des renseignements sur les premiers cas de choléra développés à Sdort, qu'il attribue à trois causes : à la frayeur, à la misère et au froid, tout en constatant que l'équipage du navire où se sont développés les premiers cas avaient été en communication, après avoir éprouvé une violente tempête, avec la ville de Dunkerque, déjà atteinte par l'épidémie.

Sa lettre contient la relation d'un fait fort singulier : c'est celui d'une jeune fille dont le cadavre, après quinze jours présumés de décès, conservait encore la roideur cadavérique. Il se demande si cette circonstance tiendrait à la cause de la mort, qui a sans doute été le choléra.

M. le docteur Depierris propose, comme spécifique de la diarrhée prodromique, la formule suivante :

Prenez : Eau bouillante . . . . 250 grammes
Cachou en poudre . . 10 —
Valériane en poudre. 3 —
Faites une infusion, passez et ajoutez :
Laudan. de Sydenham. 6 gouttes.
Éther sulfurique . . . 4 —

Dès que la diarrhée se manifeste, prendre en une seule fois 125 grammes de cette potion à la température ordinaire, le reste d'heure en heure, par doses de 10, 20 ou 30 grammes; continuer pendant cinq ou six jours, même quand les selles sont supprimées.

M. Vaccher, étranger à la médecine, envoie une communication dans laquelle il expose une théorie sur la nature du choléra. Il attribue cette maladie à un miasme dont l'action sur le sang peut, dit-il, être comparée à celle des acides sur le lait, c'est-à-dire que ce miasme fait *tourner* le sang, et en sépare les éléments en caillot et sérum.

—M. le Président annonce la mort de M. Blandin, et désigne les membres de la députation qui sera chargée de représenter l'Académie aux funérailles.

L'ordre du jour appelle la suite des communications sur le choléra. La parole est à M. Jolly.

M. Jolly : En rendant compte à l'Académie des faits qu'il a observés dans son service à la Salpêtrière, M. Baillarger a signalé une circonstance qui peut avoir quelque intérêt dans l'étude historique de l'épidémie actuelle, et sur laquelle je désire rappeler l'attention de l'Académie. La circonstance dont il s'agit est relative à l'heure la plus fréquente des attaques du choléra.

M. Baillarger vous a dit que sur le nombre de cas qu'il a observés, plus des deux tiers s'étaient déclarés pendant la nuit, c'est-à-dire de six heures du soir à six heures du matin.

Quelle que soit la valeur étiologique de ce fait, l'Académie me permettra de venir l'appuyer du résultat de mon observation personnelle.

En 1832, où il était possible malheureusement de suivre la marche du choléra sur des proportions de chiffres encore plus élevées, nous avons été à même de constater que, sur plus de 4,000 malades enregistrés dans un seul quartier de Paris, plus des trois quarts avaient été frappés à divers degrés pendant la nuit, et le plus souvent même pendant le sommeil.

Sur 554 cas graves arrivés à la période algide, que j'ai été appelé personnellement à soigner du 1er avril au 11 mai, j'ai pu en compter 395 qui s'étaient déclarés après minuit et 159 seulement avant minuit. Or ce fait me semble parfaitement concorder avec la remarque de M. Baillarger, et l'Académie n'oubliera pas que nous étions éloignés l'un de l'autre, M. Baillarger et moi, de toute la distance qui sépare les deux épidémies, c'est-à-dire de dix-sept ans, quand nous observions le même fait.

Ainsi donc, et sans rien préjuger d'ailleurs d'une telle remarque, la prédilection que semble affecter l'invasion du choléra pour certaines heures de la révolution nycthémérale serait déjà un fait suffisamment acquis à l'étiologie générale de cette maladie, prédilection qui, pour le dire en passant, lui serait assez généralement commune avec plusieurs formes d'affections nerveuses bien connues.

Quel que soit le rôle que le temps puisse réserver à un pareil fait dans l'étude de l'étiologie et de la thérapeutique du choléra, j'ai cru devoir le signaler à l'Académie et venir l'enregistrer à côté de celui de M. Baillarger comme une pierre d'attente sur laquelle il est du moins permis d'appeler l'attention des observateurs en vue de l'édification de la science relativement à l'épidémie actuelle.

En attendant, et puisque l'Académie a bien voulu me prêter un instant d'attention, je lui demanderai encore la permission d'ajouter un mot ayant trait à une proposition que je désire lui soumettre.

Depuis plusieurs mois que le choléra a envahi une grande partie de la France, que sa marche, loin de se ralentir, devient de plus en plus un sujet de préoccupation pour la médecine et d'anxiété pour les populations menacées; depuis aussi que l'Académie reçoit de toutes parts des communications plus ou moins importantes relatives à la marche et au traitement de cette maladie, il est malheureusement vrai de dire que tous les praticiens restent encore dans le même vague et la même incertitude sur le choix des traitements; chacun semble attendre de l'Académie elle-même, sinon des règles fixes de conduite pratique, au moins une appréciation quelconque des différentes méthodes de traitement que l'on a cru pouvoir opposer jusqu'à ce jour à la maladie.

L'Académie sait, en effet, qu'aucune maladie n'a été l'objet de médications plus nombreuses, plus variées et souvent plus contraires à elles-mêmes; de telle sorte que, dans cette désespérante anarchie où l'empirisme et le charlatanisme se disputent la place de la science, le praticien le plus expérimenté sent toujours le même besoin de lumières et d'appui, et à plus forte raison celui qui n'a pas encore pour lui la triste expérience de l'épidémie.

L'Académie ne peut ignorer que plus de vingt mille praticiens sont toujours dans l'attente du résultat de ses discussions sur un aussi grave sujet, et elle comprendra sans doute que sa mission ne peut s'arrêter à une *instruction purement populaire* devenue au moins insuffisante, non plus qu'à l'exhibition hebdomadaire et à la supputation de chiffres de mortalité destinés tout au plus à préparer le nécrologe de l'épidémie; elle comprendra, enfin, qu'elle doit à la haute confiance dont elle est investie le tribut de son expérience et de ses lumières.

J'ai donc l'honneur de lui proposer :

1° De saisir immédiatement de la *question pathologique* du choléra la commission instituée à cet effet;

2° De mettre à l'ordre du jour la discussion du rapport de la commission ayant principalement pour objet d'apprécier et déterminer autant que possible, et d'après les faits le plus rigoureusement observés, la valeur comparative des différentes méthodes de traitement qui ont été expérimentées ou proposées jusqu'à ce jour contre l'épidémie du choléra.

M. Gibert : Je commencerai par dire un mot à l'occasion de la proposition de M. Jolly.

Il me paraît fort naturel que, dans cette épidémie comme dans toutes les autres, on se soit d'abord préoccupé du chiffre des malades et de celui des décès. Quant à la thérapeutique, la question, scientifiquement parlant, est peut-être encore aujourd'hui prématurée, si tant est qu'on puisse arriver un jour à poser des axiomes scientifiques sur cette question.

Les grandes épidémies sont des fléaux qui se renouvellent à de certains intervalles, et auxquels les médecins ne peuvent guère opposer que des palliatifs.

En observant la marche de la nature, les médecins hippocratistes cherchent à remplir les indications qui se présentent. Mais la découverte d'un traitement *spécifique* est rare et le plus souvent due au hasard. Aussi nous sommes restés dans le vague, quant à ce traitement, pour la plupart des épidémies comme pour celles du choléra. C'est pour répondre à quelques attaques venues du dehors et à l'espèce de reproche déguisé sous une proposition parlementaire, qui semble s'être fait jour au dedans, que j'ai dit ces quelques mots avant de continuer les renseignements que j'avais à fournir sur l'épidémie de l'hôpital Saint-Louis.

Comme je le craignais, le choléra du dehors a réimporté la maladie dans nos salles. En outre, les cas se sont multipliés depuis cette semaine dans le quartier de l'hôpital Saint-Louis. Le chiffre particulier de mon service s'est élevé de 23 cas à 65; celui des décès de 9 à 27. Il est vrai que, dans ces derniers jours, presque tous les malades du dehors ont été placés dans mon service.

Sur ces 65 cas donc, je compte 27 décès, chiffre proportionnel inférieur à celui de mon premier relevé.

Quatre malades sont sortis guéris, dont deux étaient très-gravement atteints : l'un venu du dehors, l'autre pris dans les salles. Ce dernier avait été traité par l'infusion de stachys.

Nous comptons sur les malades restants une vingtaine environ de convalescents.

Ayant vu échouer les prétendus spécifiques (dans cette épidémie comme dans celle de 1832), tels que le trichlorure de carbone, le haschisch, le stachys, le chlorure de sodium, etc., je suis revenu à peu près à la même méthode que j'avais suivie en 1832, sauf les infusions aromatiques chaudes dans les premières heures de la période algide, destinées à favoriser d'abord les évacuations, et à concourir, avec les révulsifs et les moyens de caléfaction extérieurs, à provoquer le rétablissement du mouvement périphérique. Après quoi la gomme sucrée, coupée d'eau de Seltz, bue à la glace, devient à peu près la seule boisson; les quarts de lavement au laudanum y sont joints.

Je m'abstiens presque constamment des émissions sanguines et des exutoires.

Parmi les malades nouveaux, nous en avons compté quatre atteints de choléra foudroyant et sans prodromes (1). Ce qui ne m'empêche pas d'attacher, comme notre honorable collègue M. J. Guérin, une grande importance au traitement de ces prodromes lorsqu'ils existent, et notamment à celui de la diarrhée, que l'on a plus spécialement désignée sous le nom de cholérine.

M. Bouvier : Suivant l'habitude que j'ai prise depuis le commencement de

(1) Notre honorable collègue, pour être plus rigoureux, aurait dû dire : *sans diarrhée prodromique;* car d'après la déclaration qu'il nous a faite, il n'a pas interrogé les malades dans le but de s'assurer s'il n'y avait pas eu d'autres formes de prodromes.

l'épidémie, je vais avoir l'honneur de communiquer à l'Académie les renseignements statistiques que j'ai rassemblés, et qui plus tard, peut être, pourront devenir de quelque utilité. Les chiffres de la semaine qui vient de s'écouler, comparés à ceux de la semaine précédente, nous donnent plutôt quelques sujets de nous réjouir que de nous alarmer sur les progrès de l'épidémie. Cependant il ne faut pas nous dissimuler qu'ils ont été plus élevés, pris en bloc, que ceux de la semaine précédente. Ainsi,

Du 2 au 8 avril,	441 cas nouveaux.
Du 9 au 15	471.

Le nombre des cholériques a donc augmenté de 80; mais d'autre part, la Salpêtrière, qui avait fourni pour son compte,

Du 2 au 8 avril,	244 malades,
n'en a donné du 9 au 15, que	156.

Il y a donc une différence de 88. On m'objectera peut-être, et cette remarque vient de m'être présentée par M. Moreau, que la population de cet hospice a diminué. Elle n'a pas diminué autant qu'on se l'imagine. Il n'est sorti en tout que 768 femmes, envoyées en congé dans leurs familles. La population de la Salpêtrière, qui était au 20 mars de 5,292 individus, restait, au 16 avril, de 4,011; les entrées avaient continué à se faire comme à l'ordinaire, et 231 nouvelles femmes avaient été admises à l'hôpital pendant ce laps de temps. En réalité le chiffre des cholériques a diminué.

Du 31 mars au 6 avril, il avait été en moyenne de 40 par jour; depuis le 6, il n'a pas atteint 30. Un fait dont il faudra tenir compte, c'est la dissémination dans Paris de ces 768 femmes, dont quelques-unes, comme nous le dirons dans un instant, ont dû être admises dans les hôpitaux ordinaires. Ce fait sera important à constater, car il soulève une haute question d'hygiène publique. S'il est prouvé que la dissémination de ces femmes dans Paris a fait diminuer le nombre des malades, ce sera à la fois un sujet d'éloges pour l'administration et une réponse au scepticisme de M. Rochoux.

La Salpêtrière avait il y a quinze jours 191 décès pour la semaine; la semaine dernière, il n'y en a eu que 120; c'est une diminution bien manifeste.

Dans l'avant-dernière semaine, les hôpitaux généraux avaient reçu 178 cholériques; cette semaine, il y en a 290; il y a augmentation notable; mais en analysant ces chiffres, on voit que la différence n'est pas aussi considérable qu'elle paraît au premier abord. Cette différence tient à quatre causes:

1° Les malades de l'intérieur des hôpitaux ont éprouvé une recrudescence qui n'a pas fait monter le chiffre total plus haut qu'il n'était il y a quinze jours, et ce n'était pas une aggravation, mais tout simplement une suppression de la décroissance; c'est un retour à la semaine précédente, et voilà tout.

2° Les 768 femmes de la Salpêtrière disséminées dans Paris ont fourni quelques malades aux hôpitaux. C'est un reste de l'épidémie de cet hospice qui s'est trouvé transporté ailleurs.

3° Les communes ont envoyé des malades en assez grand nombre dans certains hôpitaux excentriques, à Beaujon, à Saint-Louis, par exemple. Si Beaujon a eu proportionnellement plus de malades, c'est qu'il est à proximité de dix communes formant ensemble une population de 30,000 âmes; mais le nombre des malades du premier arrondissement où il est situé n'a pas été modifié. Et ici, nous ferons remarquer que les cas qui nous viennent des communes avoisinant Paris sont très-graves ordinairement; ce qui tient peut-être souvent à ce qu'il faut faire parcourir aux malades un assez long trajet. Nous avons trouvé chez plusieurs sujets de cette catégorie des altérations aussi graves qu'en 1832.

4° Enfin, il faut mettre en ligne de compte une légère augmentation dans le nombre des cas qui se sont montrés au dehors, dans le voisinage des hôpitaux. A l'Hôtel-Dieu, par exemple, au lieu de 40 cas observés l'avant-dernière semaine, il y en a eu 61 la semaine dernière. De même, le nombre des malades pris à l'hôpital a augmenté un peu; de 6, il y a quinze jours, il est monté à 12 cette semaine.

M. Castel : Si, durant l'épidémie de 1832, on eût demandé aux médecins de Paris: Quels sont vos guides dans le traitement du choléra? quelle aurait été leur réponse? Que répondraient-ils aujourd'hui, si on leur adressait la même question?

La nosographie du professeur Pinel, longtemps et justement en crédit, n'a rien dit de cette cruelle maladie. Cullen, dans sa médecine pratique, dont la traduction était auparavant notre livre classique, a copié Sydenham; les autres médecins anglais, même les auteurs des traités populaires, l'ont copié; les écrivains allemands l'ont copié; Lind, qui avait observé le choléra dans l'Inde, et son traducteur français Thiers de la Chamme, ne l'ont point contredit. D'où vient qu'en France on a procédé par essais? Qui osera contester à nos médecins une grande culture d'esprit? et toutefois ils nous ont placé dans la nécessité d'avouer que lorsqu'il s'est agi du choléra, ils ont cherché des lumières dans les hôpitaux et les amphithéâtres, plus qu'ils n'ont cherché de documents dans les livres.

Ceux que l'observation avait produits, en 1832, amenèrent une trêve dans la recherche des moyens spéciaux et dans la prévention en faveur des astringents. L'épidémie avait à peine cessé, que sur divers points de l'Allemagne, à Berlin, à Varsovie, se répandit le précepte de laisser un libre cours aux déjections. Les médecins de ces contrées ne citaient pas plus Sydenham que je ne l'avais cité. Une triste expérience les avait éclairés. J'en prenais occasion de dire à mes amis : « J'ai dès le commencement donné le même avertissement à l'Académie; » elle l'a dédaigné. » Messieurs, je ne m'étonne ni ne m'afflige de ces sortes de résistances; je les supporte sans découragement et sans anxiété. Jusqu'à présent il y a eu pour moi un lendemain.

Dans les aberrations de la médecine au sujet du choléra, la cause n'est point différente de celle qui donne lieu à beaucoup d'autres désappointements. Chaque fait est envisagé d'une manière abstraite; on individualise les phénomènes. Ainsi, dans le choléra, on ne s'est pas souvenu du soin qu'on apporte à aider l'expectoration dans le catarrhe et dans la pneumonie aiguë.

Les médecins ont méconnu les rapports du choléra avec plusieurs maladies aiguës, notamment avec la plus triviale de toutes, la fièvre. Leurs premières investigations ont eu pour objet de constater ou de mettre en doute l'identité du choléra d'Europe avec le choléra de l'Inde, lorsqu'il suffisait d'admettre une analogie. Le nombre des genres de maladies est fort petit, quand on le compare au nombre des variétés, des modifications. Dans la thérapeutique, les médecins ont attaché trop d'importance à ce qu'ils ont appelé les formes du choléra : même, dans une épidémie, une constante uniformité des symptômes ne se rencontre point chez plusieurs individus. En 1832, trois cents médecins se réunirent dans une salle de Westminster, dans le but de décider si l'épidemie qui régnait à Londres devait être assimilée au choléra asiatique : la question ne fut point résolue. A la fin de l'avant-dernière séance, des confrères, en qui je reconnais une haute capacité, élevaient aussi des doutes sur cette prétendue similitude. Ces doutes, ils les fondaient sur ce que, dans l'Inde, le choléra n'est pas toujours caractérisé par des évacuations. Que faut-il pour cela? Que le spasme prédomine. Les auteurs ont signalé un choléra sec.

Quand on juge la pratique de Sydenham dans le choléra, on doit tenir compte de sa prédilection en faveur de l'opium, et cependant voyez la discrétion avec laquelle il l'a prescrit, excepté dans un cas extrême. Au lieu de quelque chose d'absolu, il laisse voir quelque chose de conditionnel : *Exant lato hoc eluvionis penso, medicamentum aliquod paregoricum curationi coronidam imponit....* Ce texte rapporte au narcotique, non le fond de la cure, mais son complément. J'ai pu considérer comme accessoire un moyen auquel on doit avoir recours seulement après que d'autres moyens ont été mis en usage.

J'ai dû classer comme subalterne un agent auquel Sydenham, dans une des maladies les plus aiguës, a assigné un rôle consécutif, et non un rôle d'initiative, un agent dont la puissance est subordonnée à celle d'un autre, un agent qui achève une guérison en partie obtenue, quand il est mis en œuvre : *Curationi coronidam imponit.* A une traduction légitime, notre honorable collègue M. Bouvier a substitué une interprétation exorbitante, lorsqu'il représente l'opium comme le moyen capital, et qu'il réclame pour cet agent la suprématie, oubliant que

Tel brille au second rang, qui s'éclipse au premier.

Après d'abondantes déjections, soit qu'elles aient été spontanées, soit qu'elles aient été favorisées, l'intervention d'un narcotique a-t-elle toujours été nécessaire? Non.

M. Rochoux : Puisque l'on tient à parler de thérapeutique, il me faut, avant tout, vous rappeler qu'en 1832 soixante-dix traitements ont été essayés dans le choléra avec un égal insuccès. Réussira-t-on mieux cette année? Il est permis d'en douter. En attendant, M. Gibert vous conseille de faire une sorte de médecine symptomatique, qui consiste à combattre certains symptômes alarmants. C'est peut-être ce qu'il y a de plus convenable, quand on ne peut rien contre la cause du mal. Mais en me rangeant, faute de mieux, à ce mode de traitement, je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien il est précaire. Pour montrer toute ma pensée à cet égard, je dirai que chercher à guérir le choléra en s'attaquant à un symptôme grave, le froid, la cyanose, la diarrhée, les crampes, etc., me semble la conduite d'un homme qui croirait pouvoir faire marcher une montre en en poussant l'aiguille avec le doigt sans avoir rétabli le jeu des rouages. Par exemple, on échouerait bien certainement contre une fièvre intermittente si l'on dirigeait un médicament particulier sur chacun de ces symptômes, qui cèdent tous à la seule administration du quinquina.

Faut-il maintenant me défendre du reproche de scepticisme que m'a adressé M. Bouvier? Dans le cas actuel au moins, la chose n'est pas fort nécessaire, car je crois fermement à l'efficacité de l'évacuation des lieux où règne le choléra comme moyen assuré d'échapper à ses coups. A son égard, la prophylaxie des trois adverbes est parfaitement applicable :

Hæc tria tabificam tollunt adverbia pestem;
Mox, longe, tarde, cede, recede, redi.

Mais il faudrait bien se garder de croire que l'abandon des lieux frappés par le choléra agit de la même manière que la diminution des malades dans un typhus né de l'encombrement. Là les sujets portent avec eux le mal; leur accumulation augmente l'énergie morbifère de la contagion. Dans le choléra, où aucun principe contagieux n'existe, on se préserve du mal uniquement parce que l'on quitte le lieu où sa cause s'est produite; et comme elle y est attachée, les émigrants ne l'emportent pas avec eux. Il n'est pas nécessaire de les disperser pour les mettre à l'abri de son atteinte; on les garderait réunis tous ensemble, qu'ils ne seraient pas moins sauvés. Il est bon de savoir distinguer comment la dispersion agit dans chacun de ces cas, afin de ne pas se faire un argument en faveur de la contagion du choléra, d'un fait qui, bien interprété, ne la prouve en aucune façon.

Quant à la statistique, c'est une fort bonne chose, à la condition cependant qu'elle soit bien faite, comme elle l'a été, par exemple, dans le rapport publié par la préfecture sur l'épidémie de 1832. Elle exige pour cela des documents complets; car, essayée par petits morceaux et d'une manière parcellaire, elle a peu de valeur; elle peut aussi tromper. Ainsi les chiffres de M. Ségalas, sur la mortalité comparative du choléra de cette année avec celui de 1832, ne sont peut-être pas inattaquables. Toutefois ces statistiques fragmentées paraissent nous

apprendre que l'épidémie est en décroissance ; il faut les accueillir comme *Évangile* aussi vrai que le premier.

SANGSUES MÉCANIQUES.

M. POISEUILLE lit un rapport sur les sangsues mécaniques de M. Alexandre. Ce rapport contient la relation de plusieurs expériences toutes favorables à cet instrument, et se termine par les conclusions suivantes :

1° L'appareil, appelé par M. Alexandre, son inventeur, *sangsue mécanique*, est un instrument utile. Dans un grand nombre de cas, il peut remplacer les sangsues naturelles ; mais il existe certaines circonstances où son insuffisance oblige de recourir à ces annélides.

2° L'application de la sangsue mécanique, pour des personnes étrangères aux connaissances anatomiques, peut, dans des cas rares à la vérité, présenter des inconvénients graves, et, par conséquent, son emploi exige les conseils d'un médecin.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

— M. MAISONNEUVE présente un corps fibreux de l'utérus qu'il a extrait par un procédé dont la description se trouve dans l'un de nos derniers comptes rendus des séances de la Société de chirurgie.

HYGIÈNE ADMINISTRATIVE.

CIRCULAIRE DE M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE AUX PRÉFETS.

Paris, le 3 avril 1849.

Monsieur le préfet,

Vous trouverez ci-joints :

1° Un exemplaire de l'arrêté rendu le 18 décembre 1848, par le chef du pouvoir exécutif, et portant création de conseils d'hygiène publique et de salubrité dans tous les arrondissements de la république ;

2° Un exemplaire de l'arrêté que j'ai pris, le 15 février dernier, pour déterminer le nombre des membres et le mode de composition de chaque conseil.

J'ai cru devoir joindre à l'arrêté du 18 décembre le rapport qui en explique l'esprit, afin de vous mettre à même de concourir, par vos actes et vos instructions, à la création d'institutions éminemment utiles.

Veuillez, je vous prie, procéder dans le plus bref délai possible à l'organisation de ces conseils, et m'adresser le procès-verbal de leur installation, avec la liste des membres dont ils seront composés.

Aussitôt que les conseils seront en activité, il conviendra de les consulter sur l'opportunité d'instituer les commissions cantonales que l'art. 3 de l'arrêté du 18 decembre vous autorise à créer, et dans les cantons où l'on n'établira pas de commissions, il sera bon que les conseils aient un ou plusieurs correspondants pour les tenir au courant de l'état hygiénique du canton.

Vous ne négligerez pas, monsieur le préfet, d'user de la prérogative que vous réserve l'article 5, de présider le conseil établi au chef-lieu de préfecture. Je désire que MM. les sous-préfets profitent de la même disposition pour s'associer aux travaux des conseils de leur arrondissement.

Vous veillerez à ce que, conformément à l'article 6, les conseils se réunissent au moins une fois tous les trois mois, et je ne doute pas qu'il n'y ait lieu de les réunir plus fréquemment, si l'on a soin de les consulter, toutes les fois que l'occasion s'en présentera, sur les divers objets énumérés dans l'article 9. En ce qui me concerne, je vous recommande expressément de ne pas négliger de le faire, et j'écris à mes collègues pour leur demander de vous adresser des instructions dans le même sens à l'égard des affaires qui ressortissent à leurs départements.

Vous aurez aussi à prescrire les dispositions nécessaires pour que les conseils d'hygiène puissent accomplir la mission que leur confie l'article 10, de réunir et coordonner les documents relatifs à la mortalité et à ses causes, à la topographie et à la statistique, en ce qui touche la salubrité publique. Dès que les conseils seront installés, il conviendra d'appeler leur attention sur cet article, et de provoquer leur avis sur les mesures à prendre pour leur en faciliter l'exécution. Je désire, d'ailleurs, que chaque conseil place au premier rang de ses devoirs le soin de dresser le plus promptement possible un tableau fidèle de la situation hygiénique de sa circonscription, et de rechercher les moyens de combattre et de détruire les différentes causes d'insalubrité dont il aura reconnu l'existence.

Enfin, aux termes de l'article 12, c'est au conseil institué au chef-lieu de préfecture qu'il appartient de centraliser, par votre entremise, les travaux des autres conseils du département, et de les résumer chaque année dans un rapport général destiné à être transmis à mon ministère, et vous aurez à assurer l'accomplissement de cette disposition.

Il me reste à vous entretenir d'un point sur lequel l'arrêté du 18 décembre ne pouvait pas statuer. Je veux parler des dépenses auxquelles ces conseils donneront lieu, et des moyens d'y pourvoir. Une loi seule pourrait leur assigner des ressources particulières. Mais, d'après les informations parvenues à mon ministère, en réponse aux questions posées par la circulaire ministérielle du 4 septembre 1848, j'ai lieu de croire que presque partout les conseils généraux consentiront sans difficulté à subvenir aux frais, d'ailleurs peu considérables, qu'entraînera le service des conseils d'hygiène, qui trouveront, soit dans des préfectures ou les sous-préfectures, soit dans les hôtels-de-ville et les mairies, le local nécessaire à la tenue de leurs séances.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,
Signé L. BUFFET,
Pour expédition, le chef de division,
DELAMBRE.

ARRÊTÉ.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu les articles 1er et 4 de l'arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 18 décembre 1848, sur l'organisation des conseils d'hygiène publique et de salubrité,

Arrête :

Art. 1er. — Le nombre des membres des conseils d'hygiène et de salubrité, tant de département que d'arrondissement, sera fixé conformément au tableau annexé au présent arrêté.

Art. 2. — Le nombre des médecins, pharmaciens ou chimistes et vétérinaires, est fixé, pour chaque conseil, dans la proportion suivante :

Nombre des membres.	MÉDECINS. (Docteurs en médecine, chirurgiens et officiers de santé.)	PHARMACIENS ou CHIMISTES.	VÉTÉRINAIRES.
10	4	2	1
12	5	3	1
15	6	4	2

Les autres membres seront pris, soit parmi les notables agriculteurs, commerçants ou industriels, soit parmi les hommes qui, à raison de leurs fonctions ou de leurs travaux habituels, sont appelés à s'occuper des questions d'hygiène.

Art. 3. — L'ingénieur des mines, l'ingénieur des ponts et chaussées, l'officier du génie chargé du casernement, ou, à son défaut, l'intendant ou le sous-intendant militaire, l'architecte du département, les chefs de division ou de bureau de la préfecture dans les attributions desquels se trouveront la salubrité, la voirie et les hôpitaux, pourront, dans les cas où ils ne feraient pas partie du conseil d'hygiène publique et de salubrité de leur résidence, être appelés à assister aux délibérations de ce conseil avec voix consultative.

Art. 4. — Dans les cantons où il n'aura pas été établi de commissions d'hygiène publique, des correspondants pourront être nommés par le préfet, sur la proposition du conseil d'arrondissement.

Art. 5. — Les préfets des départements sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 15 février 1849.

Signé : L. BUFFET.

Tableau portant fixation du nombre des membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité.

Ain : Belley, 10 ; Bourg, 12 ; Gex, 10 ; Nantua, 10 ; Trévoux, 10.

Aisne : Château-Thierry, 10 ; Laon, 12 ; Saint-Quentin, 12 ; Soissons, 10 ; Vervins, 12.

Allier : Gannat, 10 ; La Palisse, 10 ; Montluçon, 10 ; Moulins, 12.

Alpes (Basses-) : Barcelonnette, 10 ; Castellanne, 10 ; Digne, 12 ; Forcalquier, 10 ; Sisteron, 10.

Alpes (Hautes-) : Briançon, 10 ; Embrun, 10 ; Gap, 12.

Ardèche : L'Argentière, 12 ; Privas, 12 ; Tournon, 12.

Ardennes : Mézières, 12 ; Rethel, 10 ; Rocroy, 10 ; Sedan, 10 ; Vouziers, 10.

Ariége : Foix, 12 ; Saint-Girons, 10 ; Pamiers, 10.

Aube : Arcis-sur-Aube, 10 ; Bar-sur-Aube, 10 ; Bar-sur-Seine, 10 ; Nogent-sur-Seine, 10 ; Troyes, 12.

Aude : Carcassonne, 12 ; Castelnaudary, 10 ; Limoux, 10 ; Narbonne, 10.

Aveyron : Saint-Affrique, 10 ; Espalion, 10 ; Milhau, 10 ; Rhodez, 12 ; Villefranche, 10.

Bouches-du-Rhône : Aix, 12 ; Arles, 10 ; Marseille, 15.

Calvados : Bayeux, 10 ; Caen, 12 ; Falaise, 10 ; Lisieux, 10 ; Pont-l'Évêque, 10 ; Vire, 10.

Cantal : Aurillac, 12 ; Saint-Flour, 10 ; Mauriac, 10 ; Murat, 10.

Charente : Angoulême, 12 ; Barbezieux, 10 ; Cognac, 10 ; Confolens, 10 ; Ruffec, 10.

Charente-Inférieure : Saint-Jean-d'Angely, 10 ; Jonzac, 10 ; Marennes, 10 ; Rochefort, 12 ; La Rochelle, 12 ; Saintes, 12.

Cher : Saint-Amand-Mont-Rond, 12 ; Bourges, 12 ; Sancerre, 10.

Corrèze : Brives, 12 ; Tulle, 12 ; Ussel, 10.

Corse : Ajaccio, 12 ; Bastia, 10 ; Calvi, 10 ; Corte, 10 ; Sartène, 10.

Côte-d'Or : Beaune, 12 ; Châtillon, 10 ; Dijon, 12 ; Semur, 10.

Côtes-du-Nord : Saint-Brieux, 12 ; Dinan, 12 ; Guingamp, 12 ; Lannion, 12 ; Loudéac, 10.

Creuse : Aubusson, 12 ; Bourganeuf, 10 ; Boussac, 10 ; Guéret, 12.

Dordogne : Bergerac, 12 ; Nontron, 10 ; Périgueux, 12 ; Riberac, 10 ; Sarlat, 12.

Doubs : Baume-les-Dames, 10 ; Besançon, 12 ; Montbéliard, 10 ; Pontarlier, 10.

Drôme : Die, 10 ; Montélimart, 10 ; Nyons, 10 ; Valence, 12.
Eure : Les Andelys, 10 ; Bernay, 10 ; Évreux, 12 ; Louviers, 10 ; Pont-Audemer, 10.
Eure-et-Loir : Chartres, 12 ; Châteaudun, 10 ; Dreux, 10 ; Nogent-le-Rotrou, 10.
Finistère : Brest, 12 ; Châteaulin, 10 ; Morlaix, 12 ; Quimper, 12 ; Quimperlé, 10.
Gard : Alais, 10 ; Nîmes, 12 ; Uzès, 10 ; Le Vigan, 10.
Garonne (Haute-) : Saint-Gaudens, 12 ; Muret, 10 ; Toulouse, 15 ; Villefranche, 10.
Gers : Auch, 12 ; Condom, 10 ; Lectoure, 16 ; Lombez, 10 ; Mirande, 10.
Gironde : Bazas, 10 ; Blaye, 10 ; Bordeaux, 15 ; Lesparre, 10 ; Libourne, 12 ; La Réole, 10.
Hérault : Béziers, 12 ; Lodève, 10 ; Montpellier, 15 ; Saint-Pons, 10.
Ille-et-Vilaine : Fougères, 10 ; Saint-Malo, 12 ; Montfort, 10 ; Redon, 10 ; Rennes, 12 ; Vitré, 10.
Indre : Leblanc, 10 ; Châteauroux, 12 ; La Châtre, 10 ; Issoudun, 10.
Indre-et-Loire : Chinon, 10 ; Loches, 10 ; Tours, 12.
Isère : Grenoble, 12 ; Saint-Marcellin, 10 ; La Tour-du-Pin, 10 ; Vienne, 12.
Jura : Saint-Claude, 10 ; Dôle, 10 ; Lons-le-Saulnier, 12 ; Poligny, 10.
Landes : Dax, 12 ; Mont-de-Marsan, 12 ; Saint-Sever, 10.
Loir-et-Cher : Blois, 12 ; Romorantin, 10 ; Vendôme, 10.
Loire : Saint-Étienne, 12 ; Montbrison, 12 ; Roanne, 12.
Loire (Haute-) : Brioude, 10 ; Le Puy, 12 ; Yssengeaux, 10.
Loire-Inférieure : Ancenis, 10 ; Châteaubriand, 10 ; Nantes, 15 ; Paimbœuf, 10, Savenay, 12.
Loiret : Gien, 10 ; Montargis, 10 ; Orléans, 15 ; Pithiviers, 10.
Lot : Cahors, 12 ; Figeac, 10 ; Gourdon, 10.
Lot-et-Garonne : Agen, 12 ; Marmande, 12 ; Nérac, 10 ; Villeneuve-sur-Lot, 10.
Lozère : Florac, 10 ; Marjévols, 10 ; Mende, 12.
Maine-et-Loire : Angers, 12 ; Baugé, 10 ; Beaupréau, 12 ; Saumur, 10 ; Segré, 10.
Manche : Avranches, 12 ; Cherbourg, 12 ; Coutances, 12 ; Saint-Lô, 12 ; Mortain, 10 ; Valognes, 10.
Marne : Châlons, 12 ; Épernay, 10 ; Sainte-Menehould, 10 ; Reims, 12 ; Vitry-le-Français, 10.
Marne (Haute-) : Chaumont, 12 ; Langres, 12 ; Vassy, 10.
Mayenne : Château-Gontier, 10 ; Laval, 12 ; Mayenne, 12.
Meurthe : Château-Salins, 10 ; Lunéville, 10 ; Nancy, 12 ; Sarrebourg, 10 ; Toul, 10.
Meuse : Bar-sur-Ornain, 12 ; Commercy, 10 ; Montmédy, 10 ; Verdun, 10.
Morbihan : Lorient, 12 ; Ploërmel, 10 ; Pontivy, 10 ; Vannes, 12.
Moselle : Briey, 10 ; Metz, 12 ; Sarreguemines, 12 ; Thionville, 10.
Nièvre : Château-Chinon, 10 ; Clamecy, 10 ; Cosne, 10 ; Nevers, 12.
Nord : Avesnes, 12 ; Cambrai, 12 ; Douai, 12 ; Dunkerque, 12 ; Hazebrouck, 12 ; Lille, 15, Valenciennes, 12.
Oise : Beauvais, 12 ; Clermont, 10 ; Compiègne, 10 ; Senlis, 10.
Orne : Alençon, 12 ; Argentan, 12 ; Domfront, 12 ; Mortagne, 12.
Pas-de-Calais : Arras, 12 ; Béthune, 12 ; Boulogne, 12 ; Montreuil, 10 ; Saint-Omer, 12 ; Saint-Pol, 10.
Puy-de-Dôme : Ambert, 10 ; Clermont-Ferrand, 12 ; Issoire, 10 ; Riom, 12 ; Thiers, 10.
Pyrénées : (Basses-) Bayonne, 12 ; Mauléon, 10 ; Oleron, 10 ; Orthez, 10 ; Pau, 12.
Pyrénées (Hautes-) : Argelès, 10 ; Bagnères, 10 ; Tarbes, 12.
Pyrénées orientales : Céret, 10 ; Perpignan, 12 ; Prades, 10.
Rhin (Bas-) : Saverne, 12 ; Schelestadt, 12 ; Strasbourg, 15 ; Wissembourg, 12.
Rhin (Haut) : Altkirch, 12 ; Béfort, 12 ; Colmar, 12.
Rhône, Lyon, 15 ; Villefranche, 12.
Saône (Haute-) : Gray, 10 ; Lure, 12 ; Vesoul, 12.
Saône-et-Loire : Autin, 12 ; Châlons-sur-Saône, 12 ; Charolles, 12 ; Louhans, 10 ; Mâcon, 12.
Sarthe : Saint-Calais, 10 ; La Flèche, 12 ; Mamers, 12 ; Le Mans, 12.
Seine : Saint-Denis, 10 ; Sceaux, 10.
Seine-Inférieure : Dieppe, 12 ; le Havre, 12 ; Neuchâtel, 10 ; Rouen, 15 ; Yvetot, 12.
Seine-et-Marne : Coulommiers, 10 ; Fontainebleau, 10 ; Meaux, 10 ; Melun, 12 ; Provins, 10.
Seine-et-Oise : Corbeil, 10 ; Étampes, 10 ; Mantes, 10 ; Pontoise, 10 ; Rambouillet, 10 ; Versailles, 12.
Sèvres (Deux-) : Bressuire, 10 ; Melle, 10 ; Niort, 12 ; Parthenay, 10.
Somme : Abbeville, 12 ; Amiens, 15 ; Doullens, 10 ; Montdidier, 10 ; Péronne, 12.
Tarn : Alby, 12 ; Castres, 12 ; Gaillac, 10 ; Lavaur, 10.
Tarn-et-Garonne : Castel-Sarrazin, 10 ; Moissac, 10 ; Montauban, 12.
Var : Brignolles, 10 ; Draguignan, 12 ; Grasse, 10 ; Toulon, 12.
Vaucluse : Apt, 10 ; Avignon, 12 ; Carpentras, 10 ; Orange, 10.
Vendée : Napoléon-Vendée, 12 ; Fontenay, 12 ; les Sables-d'Olonne, 12.
Vienne : Châtellerault, 10 ; Civray, 10 ; Loudun, Montmorillon, 10 ; Poitiers, 12.
Vienne (Haute-) : Bellac, 10 ; Limoges, 12 ; Rochechouart, 10 ; Saint-Yrieix, 10.
Vosges : Saint-Dié, 12 ; Epinal, 12 ; Mirecourt, 10 ; Neufchâteau, 10 ; Remiremont, 17.
Yonne : Auxerre, 12 ; Avallon, 10 ; Joigny, 10 ; Sens, 10 ; Tonnerre, 10.

Vu et approuvé : Le ministre de l'agriculture et du commerce,
Signé L. Buffet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE DU CHOLÉRA.

Du choléra épidémique ; leçons professées à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin du bureau central, etc. — 1 vol. in-8°. Paris, 1849, chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Choléra-morbus ; premiers soins a donner aux cholériques, etc. ; par le docteur Foy. — 1 petit vol. in-12. Paris, 1849, chez Germer Baillière.

Mémoire sur le développement, les causes et le traitement du choléra ; par Ch. Dvorjak, médecin de la cour impériale de Russie. — Brochure in-8°. Saint-Pétersbourg, 1848.

Études sur le choléra-morbus observé a Smyrne, sa marche, ses causes et son traitement ; rapport adressé à M. le ministre du commerce, par le docteur E. Burguières, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin sanitaire en Orient. — Brochure in-8°. Paris, 1849, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

De l'efficacité du traitement anti-cholérique d'Alibert, a l'hôpital Saint-Louis, pendant l'épidémie de 1832, suivi de considérations pratiques sur les soins particuliers qu'exige la convalescence des cholériques, et de l'exposé des moyens propres à combattre l'influence épidémique ; par le docteur Duchesne-Duparc. — Brochure in-8°. Paris, 1849, chez Blondeau, imprimeur, 32, rue du Petit-Carreau.

Instructions sanitaires sur les moyens préservatifs du choléra-morbus, rédigées par les membres du conseil de salubrité, le comité consultatif d'hygiène publique, l'Académie nationale de médecine ; précédées d'une notice sur l'assainissement de Paris. — Brochure in-8° de 32 pages. Paris, 1849, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

A la lecture de ces diverses publications, où se trouvent étalées, avec un luxe décevant, les stériles richesses de la thérapeutique du choléra, la première pensée qui surgit à l'esprit est une pensée de découragement. Mais heureusement que, comme compensation, à côté de cette désespérante insuffisance des moyens de traitement, il nous reste cette conviction plus consolante qu'une prophylaxie active et intelligente peut, dans un grand nombre de circonstances, prévenir ce que l'art est impuissant à arrêter. On ignore encore la nature, ou plutôt la cause première du choléra ; on ignorera peut-être longtemps encore le remède spécifique capable d'en neutraliser les effets ; mais à coup sûr, si une chose est bien connue maintenant, c'est la symptomatologie de cette affection, sa marche et l'ordre de succession de ses diverses phases et de ses périodes. Or, parmi les phases de la maladie, il en est une sur laquelle la Gazette médicale n'a cessé, depuis 1832, d'appeler l'attention, et dont personne aujourd'hui ne méconnaît plus l'importance, c'est la période prodromique. La constance de cette période que nous avions reconnue dans les épidémies précédentes, loin d'être démentie, n'a été que mieux confirmée encore par une observation attentive des faits actuels, et son importance au point de vue prophylactique n'en est que mieux démontrée. Une longue expérience nous a convaincus, en effet, que si les médecins étaient appelés à donner des soins aux malades dès l'apparition des premiers symptômes prodromiques, ils préviendraient souvent, le plus souvent peut-être, l'invasion d'une maladie qu'il est si difficile de guérir une fois confirmée. Cette conviction, acquise par une longue expérience, explique assez l'insistance avec laquelle nous ne cessons d'appeler sur ce point l'attention de nos confrères. C'est donc principalement

sous ce point de vue que nous allons examiner les publications dont les titres précèdent.

Le premier livre que nous ouvrons nous donne à cet égard pleine et entière satisfaction. Voici en quels termes s'exprime M. Tardieu sur ce point : « Si l'on est bien pénétré de cette vérité capitale, que la vie d'un grand nombre d'hommes dépendra du soin avec lequel on observera et l'on combattra les phénomènes précurseurs du choléra, on possédera sans contredit le plus sûr spécifique pour diminuer les ravages de cette cruelle maladie. Mais il faut que cette conviction ne reste pas seulement acquise aux gens de l'art; il faut qu'elle se répande dans tous les rangs de la société, afin que tout le monde sache qu'en temps d'épidémie, aucune indisposition, même la plus légère, ne doit passer inaperçue ; qu'un malaise, en apparence insignifiant, que les moyens les plus simples dissiperont facilement, peut être promptement suivi de l'explosion du choléra.... On le voit, ajoute plus loin l'auteur, les indications tirées des prodromes sont nombreuses et variées; elles ont surtout une extrême importance, puisque si elles sont suivies en temps opportun, on peut faire avorter la maladie avant même qu'elle ait éclaté. »

M. Tardieu distingue d'ailleurs très-judicieusement, ainsi que nous l'avons établi nous-mêmes, deux ordres de phénomènes précurseurs ou prodromiques : ceux qui sont caractérisés par des troubles du côté des voies digestives, et notamment par la diarrhée, et ceux qui consistent dans des troubles nerveux variés, tels qu'abattement, lourdeur de tête, vertiges, etc.

Les moyens qu'il propose pour combattre les prodromes varient naturellement suivant leurs caractères. Si les digestions sont pénibles, le ventre douloureux, les intestins embarrassés, la langue surchargée et saburrale, il conseille l'usage d'un purgatif salin, de quelques bains et d'un régime restreint. S'il existe de la diarrhée, des borborygmes, des coliques : le lit, la lit, la diète, des cataplasmes sur l'abdomen, des bains, l'opium et des boissons féculentes; en cas de persistance de la diarrhée, le sous-nitrate de bismuth ou quelques substances astringentes, comme le cachou, le ratanhia. Si les prodromes dominants consistaient en une gastralgie, suite d'atonie des forces digestives, il recommande l'usage des toniques, des bouillons, de la viande, du vin en petite quantité, associé à quelques substances amères et légèrement stimulantes. Enfin, contre les prodromes nerveux : des bains tièdes, des affusions d'eau chaude, suivis de frictions sèches, des boissons diaphorétiques, et la saignée, si le sujet est robuste et pléthorique.

Parmi les nombreux moyens de traitement proposés contre la première période du choléra confirmé, M. Tardieu met en première ligne l'opium, l'ipécacuanha et les excitants diffusibles.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que toutes les autres parties du livre de M. Tardieu sont traitées avec cette sagesse d'opinion et cette judicieuse sagacité dont il a déjà donné les preuves dans ses précédents travaux, et qui lui ont permis de discerner, parmi tant d'opinions diverses et tant de moyens confus qu'il avait à examiner, les opinions et les moyens que peuvent avouer une saine logique et une prudente expérience.

La même importance est attachée aux prodromes par M. Foy, qui distingue les symptômes du choléra en deux groupes, les signes précurseurs et les signes essentiels ou caractéristiques, et qui insiste avec la même conviction sur la nécessité de combattre les premiers phénomènes prodromiques dès leur apparition. C'est même là l'objet principal de son petit livre, qui s'adresse plutôt aux gens du monde qu'aux médecins. Aussi la partie prophylactique et hygiénique y tient-elle la première et la plus large place. Parmi les moyens propres à combattre les prodromes, qui sont les moyens les plus connus et le plus généralement adoptés, il recommande spécialement le bain de vapeurs.

M. Dvorjak n'est pas moins explicite sur ce point que les deux auteurs précédents, et c'est une observation que nous constatons d'autant plus volontiers, qu'elle dénote partout une identité parfaite dans la marche de la maladie et dans le rapport qui lie d'une manière si intime l'ordre de phénomènes qui nous occupe avec les phénomènes cholériques eux-mêmes. M. Dvorjak s'élève contre l'opinion commune qui considère l'invasion du choléra comme ayant lieu d'une manière brusque et soudaine, et c'est à ce préjugé malheureux ou à l'ignorance des caractères précurseurs du choléra, qu'il attribue la mortalité si grande qui a eu lieu en Russie tant en 1848 qu'en 1831. « J'ai la conviction, dit-il, que si l'on appréciait les symptômes au début de la maladie, la mortalité en aurait été beaucoup moins grande; la plupart des personnes négligeant le commencement du choléra, parce qu'elles ne se doutent pas de son existence, ne s'adressant au médecin que lorsque la maladie est avancée, au point que tout secours devient impossible. » C'est principalement dans le but de porter l'attention générale sur les prodromes de la maladie, si insignifiants en apparence, qu'il a publié ce mémoire, qui renferme d'ailleurs une description succincte, mais exacte, des autres périodes de la maladie et des considérations théoriques sur la cause immédiate du choléra, qu'il rapporte à une altération primitive du sang (épaississement, carbonisation en excès), d'où découleraient la dépression du système nerveux, ainsi que tous les autres symptômes. Quant à la cause première, ou au principe morbifique de la maladie, elle lui paraît être répandue dans l'atmosphère, et agir tant par la respiration que par l'absorption cutanée, à la manière des effluves des marais et des souterrains.

Quand aux indications du traitement, il les résume en ces termes : 1° rétablir la circulation dans les vaisseaux capillaires de la peau ; 2° débarrasser l'organisme, par la transpiration, du principe morbifique inhérent au sang; 3° arrêter le dégagement ultérieur des gaz dans l'estomac et les intestins. Enfin une indication capitale, fondée sur l'observation, qu'il y a diminution de la quantité des sels solubles dans le sang cholérique, et que les sels que l'on trouve dans le liquide des évacuations y sont dans la proportion de ceux qui manquent à la crase du sang noir, a conduit l'auteur à prescrire, à l'exemple de M. Stevens, le muriate de soude à l'intérieur et en lotions à la surface du corps ou en bains, sous les conditions favorables à son absorption, c'est-à-dire après être préalablement parvenu à ouvrir les pores par la transpiration. La formule qui lui a paru préférable pour l'administration intérieure est une solution de muriate d'ammoniaque, 2 gros, avec camphre, 12 grains; mucilage de gomme arabique, une once, et eau commune, une livre, donnée par cuillerées fréquemment répétées.

La brochure de M. Burguières a spécialement pour objet l'étude du choléra qu'il a observé à Smyrne. Elle se résume dans les conclusions suivantes : l'épidémie a présenté dans sa marche générale une grande analogie avec la première épidémie; elle s'est montrée plus bénigne, en ce sens que les individus atteints étaient en nombre beaucoup moins considérable; mais la mortalité proportionnelle n'a pas été moindre. C'est ce qui s'observe actuellement à Paris et dans toutes les localités que le choléra a parcourues auparavant. La contagion proprement dite a été étrangère à sa propagation. Cependant dans une circonstance, unique il est vrai, le germe cholérique a semblé être transporté par une agglomération d'individus au delà de la sphère de l'influence épidémique. Les mauvaises conditions hygiéniques ont puissamment favorisé son développement. La forme légère, ou cholérine, s'est montrée moins fréquente. La plupart des malades, dit l'auteur, ont été pris des symptômes du choléra grave; l'intoxication cholérique a paru portée de prime abord à son plus haut degré : d'où une rapidité très-grande dans la succession des périodes de la maladie, et une difficulté dans l'établissement d'une réaction franche. L'énoncé de cette proposition semblerait, au premier abord, impliquer une sorte d'exception à la loi dont jusqu'ici nous avons trouvé une confirmation constante. Malheureusement M. Burguières n'entre à cet égard dans aucun détail circonstancié sur les différents ordres de prodromes, qu'il paraît avoir confondus avec la cholérine proprement dite ou la forme légère du choléra. Cette omission regrettable ne permet pas d'attacher à cette dernière proposition la valeur qu'il semble vouloir lui donner, d'autant plus qu'il y a une contradiction difficile à expliquer entre cette proposition et un passage de son mémoire, où il dit, après avoir examiné les signes de la forme légère du choléra, que presque toute la population de Smyrne a ressenti ces phénomènes morbides à divers degrés. Ce dernier énoncé semblerait indiquer assez que les débuts n'étaient pas aussi subits que le dit l'auteur.

Les autres propositions du mémoire de M. Burguières sont relatives à la nature des liquides des sécrétions qui ont été trouvées alcalines, et à l'influence favorable de la dispersion des populations sur l'extinction de l'épidémie.

Il nous reste à parler d'une dernière brochure, qui a principalement trait à la thérapeutique. M. Duchesne-Duparc, comme pour payer un nouveau tribut à la mémoire de son maître, vient de rappeler dans ce travail la méthode qui était adoptée dans les salles de l'ancien professeur de Saint-Louis. Se fondant sur l'analogie que pouvait offrir le choléra avec les fièvres intermittentes pernicieuses cholériques observées par Torti, M. Alibert adopta l'usage du sulfate de quinine. Il donnait, dans les vingt-quatre heures, 12 pilules de sulfate de quinine, de chacune 0,05, du vin de quinquina et une décoction de cette écorce pour boisson, et de six en six heures, des demi-lavements avec la décoction de quinquina, les vomitifs, dans la période ou la forme saburrale, faisaient la base de la médication, qui était complétée par les opiacés, les vésicants externes, et dans quelques cas rares, les émissions sanguines. A en croire M. Duchesne-Duparc, M. Alibert obtint par ce traitement des résultats plus favorables qu'on en eut généralement par les autres méthodes. Les bons effets que vient d'obtenir récemment M. Serres de l'emploi du sulfate de quinine, associé au sulfure noir de mercure, tendraient à démontrer en effet que, dans quelques-unes au moins des formes qu'affecte le choléra, le sulfate de quinine peut remplir une importante indication.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — DISCUSSION SUR LA CONTAGION.

Nous annoncions il y a huit jours que l'épidémie paraissait croître en étendue et perdre en intensité. Plus de malades et proportionnellement moins de décès, telle a été notre conclusion, conclusion fondée sur l'observation directe bien plus que sur les chiffres, avec lesquels elle pouvait paraître en contradiction. On se rappelle en effet que les chiffres de la mortalité avaient dépassé, la semaine dernière, ceux de la semaine précédente ; mais nous avons montré comment cette contradiction apparente était rendue fort claire par cette remarque : qu'à un moment donné, le chiffre total des décès se composant d'un certain nombre de morts immédiates et d'un certain nombre de morts consécutives, il peut arriver qu'un accroissement apparent de mortalité coïncide avec une diminution d'intensité de l'épidémie. C'est ce que nous croyons avoir établi en fait pour la semaine dernière. Nous reproduisons aujourd'hui cette observation, parce que la suite des événements l'a complétement confirmée.

Depuis huit jours, si on s'en rapportait aux relevés numériques des hôpitaux, l'épidémie aurait d'abord décru ; elle aurait presque aussitôt repris pour décroître de nouveau. C'est ainsi qu'on en a jugé généralement. Notre relevé hebdomadaire ne dit rien de ces oscillations, et nous croyons qu'elles n'ont réellement pas existé. Les chiffres, interprétés dans leur signification la plus générale, tendent à confirmer ce que nous avons dit dans notre dernier numéro.

Voici le tableau :

	Mal. au 20.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 20.	Augment. dans la sem.	Mal. au 27.	Augment. dans la sem.	Morts au 27.	Augment. dans la sem.	Sortis.
La Salpêtrière	790	130	563	88	821	31	583	20	»
Hôtel-Dieu	251	70	114	32	305	54	149	35	82
La Charité	196	45	114	29	226	30	137	23	40
La Pitié	192	44	98	20	230	38	111	13	63
Bicêtre	51	28	33	19	65	14	41	8	»
Saint-Louis	136	49	66	25	164	28	85	19	29
Beaujon	81	19	55	5	105	24	68	13	14
Hôpital des Enfants	16	2	8	1	18	2	10	2	4
Necker	44	18	29	15	46	2	31	2	7
Sainte-Marguerite	28	14	16	8	31	3	16	»	6
Saint-Antoine	25	11	13	8	35	10	21	8	4
Hôpital des Cliniques	17	2	14	5	24	7	20	6	9
Bon-Secours	29	21	19	13	34	5	21	2	6
Val-de-Grâce	171	44	45	»	190	19	50	5	»
Gros-Cailleu	188	41	69	24	228	40	84	15	»
Ménages	21	14	11	6	25	4	17	6	»
Cochin	8	5	2	1	11	3	3	1	3
Maison de santé	15	13	11	19	21	6	16	5	3
Invalides	13	3	11	13	15	2	12	1	»
Hôpital militaire du Roule	57	26	20	8	90	33	37	17	10
Prison de Saint-Lazare	6	4	5	3	6	»	5	»	»
Incurables (femmes)	1	1	1	1	1	»	1	»	»
Lourcine	5	5	1	1	12	7	2	1	1
La Rochefoucauld	5	5	1	1	5	»	3	2	2
Hôpit. milit. Popincourt		»	»	»	40	»	10	»	»
Totaux	2346	614	1318	345	2750	362	743	204	283

Il résulte de ce relevé que le nombre des entrées a diminué, ainsi que celui des décès. On remarque cependant que le chiffre des décès n'a pas diminué dans la même proportion. C'est toujours par la même raison que nous avons donnée : ce chiffre se compose de décès immédiats et de décès fournis par d'anciens malades.

En ville, la maladie n'a pas diminué d'une manière aussi sensible. Nous disions il y a huit jours que l'épidémie paraissait se déplacer, qu'elle passait des classes indigentes aux classes aisées ; nous sommes heureux d'ajouter que si le nombre des malades n'a pas encore notablement diminué, la gravité du mal a évidemment continué à décroître. Le chiffre de la mortalité l'atteste : la moyenne des décès en ville depuis le 19 n'a pas dépassée 30 ; et nos renseignements nous confirment de plus en plus dans cette opinion que l'influence cholérique perd tous les jours de son intensité. Les nouveaux cas de maladie qu'elle produit seront de moins en moins caractérisés ; cependant nous insistons sur ce fait, parce qu'il est parfaitement tranché et parce qu'il a une signification très-importante : c'est que le choléra en ville s'est développé manifestement après l'épidémie des hôpitaux ; et la décroissance de la mortalité de ces établissements date déjà de quelque temps, tandis que le chiffre de la mortalité en ville n'est encore que stationnaire. En résumé donc, la cause épidémique a singulièrement perdu de son activité première. Le nombre des cas graves est infiniment moindre, la mortalité des hôpitaux décroît sensiblement ; mais en ville le nombre des malades est toujours considérable et la mortalité très-faiblement décroissante, sinon à peu près stationnaire. Voilà notre diagnostic ; notre

Feuilleton.

MÉDECINE DES CHINOIS.

(Suite. — Voir le n° 15.)

6. — PE-KAO.

C'était un ministre de *Hoang-ti;* on ne connait pas son nom de famille. Il aida cet empereur dans la composition du Mé-king (du *livre sur le pouls*), dont il approfondit les principes. Ce travail a été ajouté à l'ouvrage intitulé Sou-wen. (Voy. le n° 4.)

7. — KOUEÏ-YU-KIU.

C'était un ministre de *Hoang-ti;* on ignore son nom de famille. Il aida l'empereur à exposer les cinq éléments et à expliquer son traité du pouls (Lun-me-king). Il existait un livre intitulé : Wen-nan-toui-nan-king (le livre des questions et des réponses sur les cas difficiles). *Kouei-yu-kiu* en a complétement approfondi le sens, et a ajouté au texte original, un commentaire dont les médecins anciens et modernes invoquent constamment l'autorité.

8. — YU-FOU.

Yu-fou vivait du temps de l'empereur *Hoang-ti;* il excellait dans l'art de la médecine.

Pour traiter les maladies, il ne faisait pas usage de boissons chaudes, ni de liqueurs fermentées, ni de l'*acupuncture*. A l'aide de lotions chaudes et de cataplasmes, il mettait en évidence les causes des maladies (1); suivant les cavités artérielles qui répondent aux cinq viscères (le cœur, le foie, le poumon, les reins et la rate), il incisait la peau, divisait le derme, ouvrait les veines, *nouait les nerfs (sic)*, arrosait les intestins et l'estomac, nettoyait les cinq viscères, épurait le *semen* et baignait le corps (2). Par là il dissipait toutes les maladies.

9. — CHAO-YN.

Chao-yn vivait du temps de l'empereur *Hoang-ti;* c'était le frère cadet de

(1) Il y a quelque analogie entre ce procédé et celui qui est recommandé dans le traité hippocratique de l'Art : « Quand les signes ne se montrent pas, et que la nature ne les manifeste pas d'elle-même, le médecin a trouvé des moyens de contrainte à l'aide desquels la nature, innocemment violentée, produit ces signes, etc. » (Voy. Œuvres choisies d'Hippocrate, p. 21.)

(2) Il est évident qu'il s'agit ici d'une purgation (κάθαρσις) à l'aide de médicaments administrés à l'intérieur ; quant à l'action de *nouer les nerfs et d'ouvrir les veines*, nous aurons occasion de revenir sur ce point.

pronostic n'est donc pas tout à fait aussi rassurant que celui de nos confrères de la presse et de l'Académie; nous serions fort heureux de nous tromper.

Dans les départements, l'épidémie continue à prendre de l'extension. On se rappelle qu'elle a d'abord mis le pied sur le sol français par le nord; elle s'est avancée assez lentement vers Paris, en laissant de nombreux intervalles. Bien que quelques cas exceptionnels se soient manifestés au centre de la France et dans les contrées les plus éloignées, on ne saurait s'empêcher de reconnaître qu'elle suit une marche assez régulière, et que si on la voit enjamber quelques portions de pays, elle ne tarde pas à relier, par des révélations plus tardives de son passage, les points qu'elle semblait avoir oubliés. C'est ainsi que, dans les diverses localités situées entre les départements du Pas-de-Calais, du Nord, de la Seine-Inférieure et de la Seine, on commence à voir des cholérines en très-grand nombre, ou même des cas de choléra confirmé. Ce serait une étude des plus curieuses à faire; mais il faut le regretter : par un système d'appréhension mal fondé, et mêlé à l'éloignement naturel de tous les gouvernements pour toute publicité, nous manquons de données certaines. Nous ne pouvons y suppléer que par quelques renseignements particuliers nécessairement très-incomplets. Cependant, pour juger sûrement du mode de propagation de l'épidémie, il serait très-indispensable de posséder deux ordres de documents : ceux qui montreraient la marche de l'épidémie par rapport aux divisions du territoire de la France, aux départements, aux localités, et ceux qui montreraient la filiation du choléra par rapport aux habitations de chaque localité et aux habitants de chaque maison, de chaque famille. Sans cela, on ne discutera qu'avec des idées préconçues, avec des passions, et tout au plus avec des faits partiels. Ceci nous mène droit à la dernière séance de l'Académie.

Dans cette séance, en effet, on a soulevé l'importante question de la contagion du choléra. Disons d'abord que nous ne pouvons partager l'opinion de ceux qui voudraient qu'on laissât ou mît la lumière sous le boisseau. Que toute vérité ne soit pas bonne à dire ou ne doive venir qu'en temps opportun, nous sommes absolument de cet avis; mais qu'on la nie ou la condamne à rester toujours dans l'obscurité, voilà ce que nous ne pouvons admettre. L'intérêt de la vérité, c'est l'intérêt le plus général; le plus ou moins de convenance qu'il peut y avoir à la dire ou à la retarder, c'est, à nos yeux, l'intérêt particulier. Nous sommes donc pour l'intérêt général d'abord, sans cesser d'avoir égard, dans les limites convenables, à l'intérêt particulier. Voilà notre profession de foi, et voilà aussi pourquoi nous jugeons à propos d'aborder d'emblée et sans autre restriction l'importante question de la contagion du choléra.

Cette question, soulevée dans la dernière séance par les communications de MM. les docteurs Brochard, médecin des épidémies à Nogent-le-Rotrou, Rigollot, membre correspondant de l'Académie à Amiens, et Alexandre, médecin des épidémies du département de la Somme, a excité une espèce de tumulte. L'Académie est loin d'être unanime à l'endroit de la contagion. Pour bien apprécier le rôle que cette illustre compagnie est appelée à remplir dans cette grave discussion, il n'est pas inutile de faire connaître d'avance l'état des esprits.

Il y a dans l'Académie trois partis bien distincts concernant la contagion du choléra : des contagionistes convaincus, des anticontagionistes quand même, et des esprits neutres et indépendants. Les contagionistes absolus sont les moins nombreux; mais les anticontagionistes quand même nous semblent former la très-grande majorité : c'est dire qu'il ne reste qu'un très-petit nombre de membres pour la troisième catégorie. On comprend qu'avec de tels préliminaires, la question de la contagion du choléra n'ait pas grande chance d'être accueillie à l'Académie. Ceux qui voudraient l'examiner avec impartialité, même réunis aux partisans déclarés de la contagion, ne peuvent constituer qu'une minorité trop faible. Ajoutons que la presse et l'opinion la plus générale ne sont pas mieux disposées en faveur d'un examen calme et raisonné. Le choléra n'est pas contagieux : c'est par là que débutent tous les articles, tous les ouvrages; c'est presque un article de foi de la génération actuelle. On sait toute la difficulté qu'il y a à toucher à un article de foi, et surtout quand cette foi a une teinte de politique. L'anticontagionisme faisait partie de l'ancien libéralisme, dont les préjugés sont loin d'être anéantis. Les hommes qui voudraient examiner la question de la contagion du choléra se trouvent donc en présence d'une Académie, d'une presse et d'une opinion publique anticontagionistes déclarées; opinion, il faut le dire, qui n'est pas plus raisonnable que raisonnée, qui tient à la fois de la passion et du préjugé : nous n'en voudrions d'autres preuves que le résultat de la première tentative faite à la dernière séance de l'Académie. Disons les faits d'abord.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire la communication de M. Brochard, pour nous en tenir exclusivement à celle que nous avons faite nous-même au nom de MM. Rigollot et Alexandre (d'Amiens). Cette dernière, nous l'avons dit et nous le répétons, est de la plus haute gravité : la précision et l'authenticité des faits, le caractère et la réputation de ceux qui les ont observés et rapportés méritent l'attention exceptionnelle que nous avons cru devoir leur donner. Il s'agit d'un militaire atteint de cholérine caractérisée, qui se rend de Paris dans un hameau de la Somme, près Corbie, où il n'existait ni cholérine ni choléra, et dont la présence dans cette localité est suivie immédiatement de 6 cas de choléra grave et de 2 cas de cholérine. Tous ces cas se développent sur les membres de la famille du militaire et sur deux personnes en communication avec cette famille. Après la mort de 4 de ces malades et la guérison des 4 autres, la maladie s'arrête dans ce village et ne se manifeste dans aucune localité environnante. Il n'y avait donc, avant l'arrivée du malade venant de Paris, ni après les 8 cas dont sa présence a été le signal, aucune apparence d'épidémie ni de constitution épidémique. Pour les esprits calmes et impartiaux, nous n'avons pas besoin d'insister pour faire ressortir toute la gravité de ce fait. Il n'y avait d'autre moyen de s'y soustraire qu'en le niant ou en en contestant l'authenticité : or l'un n'est pas plus permis que l'autre. Il a pour garant d'abord les détails circonstanciés avec lesquels il est rapporté, plus l'autorité et la moralité des honorables praticiens qui l'ont communiqué. Nous ne pouvons donc accepter la discussion sur ce terrain, et nous maintenons le fait comme un point de départ inébranlable. Qu'en résulte-t-il? Un premier cas, où, avec la meilleure volonté du monde, avec la circonspection la plus grande, nous ne pouvons nous empêcher de conclure, avec nos savants confrères de la Somme, que, dans ce cas, dans ce cas spécial, entendez-vous, le choléra a été manifestement contagieux, c'est-à-dire que le militaire, pour nous servir de l'énergique expression de M. Alexandre, est venu semer la maladie dans la localité où elle n'existait pas. Comment mettre d'accord ce fait avec la doctrine générale de la non-contagion, c'est-à-dire avec les faits innombrables sur lesquels cette doctrine est assise? Nous voici au fort de la mêlée.

Quelques personnes ont prétendu que ces faits exceptionnels ne prou-

---

Yu-fou. Sa méthode thérapeutique ressemblait beaucoup à celle de son frère aîné.

10. — THONG-KIUN, du titre de CHAO-SSE, ou second précepteur du prince royal.

Suivant la préface du PEN-TSAO (l'herbier médical de *Li-chi-tchin*), il vivait sous le règne de l'empereur *Hoang-ti*. Il est auteur du YO-SING, ou TRAITÉ DE LA NATURE DES SIMPLES, en quatre livres, et du TSAÏ-YO-LOU, MÉMOIRE SUR LA RÉCOLTE DES PLANTES MÉDICINALES. Il note avec soin la forme et la couleur des fleurs et des feuilles, et traite des médicaments principaux et auxiliaires, de ceux qui ont besoin les uns des autres, ou se repoussent réciproquement (1). Il indique aussi les moyens qu'on doit employer, dans chaque localité, pour guérir les maladies qui proviennent du froid et du chaud. Ces divers ouvrages sont arrivés jusqu'à nous.

11. — THAÏ-I-LOUÏ-KONG.

Suivant l'ouvrage intitulé SOU-WEN, *Louï-kong* vivait du temps de l'empereur *Hoang-ti*; son nom de famille était *Louï* (tonnerre), et son nom d'enfance *Hiao*; il excellait dans la médecine.

Un jour que l'empereur avait du loisir, il appela *Louï-kong* et l'interrogea en ces termes : « Vous avez étudié la science et lu beaucoup de livres. Si vous êtes capable d'examiner les diverses écoles, distinguer les choses différentes, comparer les choses de même nature, vous conformer aux vrais principes, et vous appliquer à les éclaircir, vous pourrez arriver à la perfection. Si vous en êtes incapable, vous serez en butte à la haine du monde. »

Il lui dit encore : « Connaissez-vous la science de la médecine? Si vous avez lu et que vous ne puissiez donner des explications; si vous expliquez sans arriver à la clarté; si vous êtes clair sans répandre une lumière éclatante, vous ressemblez à celui qui peut diriger les employés d'un ordre secondaire, et qui ne saurait servir de guide aux princes et aux comtes. »

Louï-kong quitta la natte sur laquelle il était assis, salua deux fois et dit : « Votre sujet est encore jeune, et son esprit borné est souvent exposé à l'erreur. Je n'ai pas entendu dire qu'un disciple fût en état d'instruire immédiatement les autres. Permettez-moi de lire et d'étudier auparavant les deux livres du TRAITÉ DU POULS (*Me-king*). Quant à distinguer les choses différentes et comparer celles qui sont de même nature, je ne saurais y réussir encore complétement. Comment pourrais-je les mettre dans tout leur jour? »

12. — MIAO-FOU (*).

C'était un médecin *divin* de la haute antiquité. Il avait, dit-on, fabriqué une

(1) Voilà une doctrine avancée sur l'action réciproque des médicaments. On remarquera aussi le précepte de traiter les maladies suivant les localités; enfin, si on réunit la notion du *froid* et du *chaud* avec celle du *sec* et de l'*humide*, dont il a été question plus haut, on aura la représentation exacte du système des *qualités élémentaires* chez les Grecs.

(*) Les trois notices qui suivent sont entachées de merveilleux; nous ne les donnons que pour conserver la série complète des médecins célèbres.

vaient rien contre le fait général. D'autres ont dit que s'ils étaient vrais, il faudrait les taire par humanité. Nous ne sommes de l'opinion ni des uns ni des autres. Nous ne voulons pas entrer dès aujourd'hui dans toute la généralité de cette importante et magnifique question, mais nous pouvons néanmoins déblayer le terrain des erreurs et des oppositions qui tendent à en prendre possession.

Les personnes qui opposent les milliers de faits dans lesquels la contagion n'a pas paru exister au petit nombre de ceux où elle a paru exister, pour être logiques, ne seraient autorisées à conclure que comme il suit : dans des milliers de cas, le choléra ne se transmet pas ; dans un petit nombre de cas, il se transmet. Ceci est bien simple, bien clair, et nous osons dire bien conforme au vrai bon sens, et pourtant la majorité, l'immense majorité n'entend pas de cette oreille. N'est-ce pas absolument ce qu'on a vu à l'occasion de la discussion du chloroforme ? De ce que dans des centaines, dans des milliers de cas, le chloroforme n'a pas causé la mort, bien des gens en ont conclu qu'il ne pouvait pas, qu'il n'avait pas pu causer la mort dans un petit nombre de circonstances. Nous avons soutenu la doctrine contraire, et on se rappelle à l'aide de quels arguments. Il ne nous répugne pas plus d'admettre aujourd'hui que dans certaines circonstances, sous l'empire de certaines conditions rares, difficiles à réaliser, si l'on veut, le choléra peut se transmettre par voie de contagion, qu'il ne nous a répugné d'admettre certains cas de mort produite par le chloroforme, malgré l'innombrable quantité de cas où il ne l'a pas produite. Ces deux questions sont identiques ; nos moyens de les résoudre sont les mêmes : il n'est donc pas surprenant que nous rencontrions les mêmes adversaires. Cette fois seulement la difficulté de notre tâche s'augmentera de toute la force des préjugés et de la vivacité des passions que nous aurons à combattre. Mais nous nous croyons sur un terrain si solide, que nous ne craignons ni le nombre ni la qualité des adversaires : nous les y attendons avec la plus vive impatience.

L'Académie s'arrêtera-t-elle définitivement aux motifs qu'on a allégués pour écarter la discussion ? Verra-t-elle, dans l'examen impartial du petit nombre des faits invoqués en faveur de la contagion, une cause capable de troubler la sécurité publique ? Trouvera-t-elle un immense danger à admettre ces faits s'ils sont vrais ? Nous ne le pensons pas ; nous dirons volontiers avec un homme d'esprit : « On n'a pas peur de la réalité, on n'a peur que des fantômes. » Et d'accord en ceci avec un des anticontagionistes de la presse, nous dirons comme notre confrère opposant : « qu'il est à craindre que la retenue de l'Académie ne soit mal interprétée et qu'on ne dise : « L'Académie n'a pas voulu traiter cette question pour ne pas jeter l'effroi dans le public. »

PATHOLOGIE COMPARÉE.

RECHERCHES SUR LA MALADIE DITE VARIOLE DES OISEAUX ; par M. RAYER, membre de l'Institut et président de la Société de biologie.

On sait que l'homme est sujet à plusieurs maladies fébriles, qui, après un ou plusieurs jours de durée, se caractérisent à l'extérieur du corps par des éruptions plus ou moins considérables ; la variole, la rougeole, la scarlatine sont les plus fréquentes de ces maladies, auxquelles il faut ajouter la varicelle, la suette miliaire et le typhus.

Aucun mammifère, à l'état sauvage, à l'état de captivité ou de domesticité, n'est sujet à un aussi grand nombre de fièvres éruptives. Chez les singes, on a observé la variole et la rougeole. La vache offre naturellement, au moins dans certaines contrées et dans certaines constitutions épizootiques, le cow-pox et la fièvre aphtheuse ; plusieurs expérimentateurs lui ont transmis la variole par inoculation. Le mouton est sujet à la clavelée et peut recevoir par inoculation le cow-pox ou la vaccine. Le porc est sujet à la fièvre aphtheuse et à deux autres maladies éruptives qui n'ont pas encore été suffisamment caractérisées. Il peut recevoir le cow-pox et la vaccine par inoculation.

Chez les *oiseaux*, le nombre des fièvres éruptives paraît réduit à une seule. Cette maladie, dont la nature n'est peut-être pas la même dans toutes les espèces, a été généralement désignée sous le nom de *variole*, parce que les élevures qui la caractérisent ont une certaine analogie avec les pustules varioliques, et parce que l'éruption des oiseaux a paru quelquefois être le résultat d'une véritable transmission de la variole de l'homme à certains oiseaux.

Les *pigeons*, à l'état de liberté, sont sujets à une éruption que Petro Crescenzi a mentionné, le premier, dans le treizième siècle, sous le nom de *varioli columbarum*. Suivant Guersant père, cette maladie est si commune en Italie, que, dans une volière de mille pigeons, on en trouve à peine un seul qui n'en soit pas affecté ; mais il en meurt tout au plus le vingtième. Un agronome allemand, M. Rohlwes, assure au contraire que cette maladie est l'affection la plus grave dont les jeunes pigeons puissent être atteints ; elle se développe pendant les chaleurs de l'été, s'annonce par de petits abcès sur tout le corps, qui se dessèchent sous la forme de croûtes, lorsque les oiseaux guérissent.

J'ai pu me procurer, à Paris, de petits pigeonneaux atteints de cette maladie, que les oiseliers désignent aussi sous le nom de *petite vérole ;* mais cela n'a pas été sans peine, soit parce qu'elle est réellement plus rare dans nos environs qu'en Italie et en Allemagne, soit que les éleveurs de pigeons cachent à dessein l'existence de cette maladie. J'ai examiné, avec M. Desir, plusieurs de ces oiseaux atteints de variole, dans l'année 1845, et je mets sous les yeux de la Société deux dessins représentant l'éruption. Sur un de ces jeunes pigeons, on voyait, entre les branches du maxillaire inférieur, un bouton hémisphérique non ombiliqué et non traversé par une plume, ayant à peu près la même couleur que la peau environnante. Sur le bord de la mâchoire inférieure, du côté droit, existait un autre bouton moins gros, et qui avait environ le volume d'un grain de millet. Sur la peau de la partie antérieure du col, on voyait une série de boutons dont l'apparence rappelait assez exactement celle des boutons de la variole de l'homme. La plupart de ces boutons étaient isolés ; d'autres étaient réunis par leurs bords correspondants. Tous ces boutons avaient une teinte jaunâtre, produite par un petit dépôt de pus solide, à la surface du derme. Presque tous ces boutons étaient traversés par une plume, et lorsque le pus avait pénétré dans le goulot du follicule, le bouton avait une apparence ombiliquée. Quelques jours avant la mort, cet oiseau eut de la diarrhée. Il est à regretter que l'examen des viscères n'ait pas été fait.

Chez un autre pigeonneau, l'éruption occupait toute la tête, le cou et une partie des ailes, et plus spécialement le pourtour des yeux.

---

natte avec des roseaux, et un chien avec des herbes. Lorsqu'un malade venait le consulter, il se contentait de se tourner vers le nord et de lancer, contre ce chien, des imprécations. Au dixième mot, le malade était guéri. Ce fut le premier des médecins de l'antiquité qui eut recours aux prières magiques (1).

13. — MA-SSE-HOANG, c'est-à-dire HOANG, le médecin des chevaux.

Ma-sse-hoang était un médecin du temps de l'empereur *Hoang-ti*. Il connaissait parfaitement l'organisation physique des chevaux et les ressorts de leur vie (2). A peine avait-il commencé à leur donner des soins, qu'il leur rendait la santé. Il y avait un jour *un dragon* (un cheval doué de qualités extraordinaires) qui penchait languissamment vers la terre, en laissant pendre ses oreilles et ouvrant la bouche. Hoang dit, en le voyant : « Ce cheval est malade ; je me charge de le guérir. » Alors il lui pratiqua l'acupuncture sur la langue, et lui fit boire une décoction de réglisse. Il fut aussitôt guéri. Il y avait plusieurs chevaux qui laissaient échapper leur (*le mot du texte est illisible*) ; il alla vers eux et les guérit. Un jour un dragon (*sic*) le reçut sur son dos et l'emporta ; on ne sait où il finit ses jours.

(1) On trouve aussi des formules magiques dans la médecine grecque et latine, mais à une époque comparativement récente.

(2) On voit que, chez les Chinois, la médecine vétérinaire doit son origine à un médecin (*).

(*) Il existe un ouvrage intitulé MA-KING, ou traité sur les chevaux.

14. — OU-HIEN.

Il vivait du temps de l'empereur *Yao*. Il dut à sa vaste science de devenir le médecin de l'empereur. Il pouvait, par des prières, appeler le bonheur sur les hommes ; il pouvait aussi guérir leurs maladies. Au moyen d'invocations magiques, il desséchait les arbres, et faisait tomber les oiseaux du haut des airs.

ÉPOQUE DES TROIS DYNASTIES HIA, CHANG ET TCHEOU.

(2205 jusqu'à 256 avant J.-C.)

15. — I-IN (1782 avant J.-C.)

Suivant les annales appelées THONG-KIEN, *I-in* aida *Tching-thang* à combattre l'empereur *Kie*, et il enferma *Thaï-kia* dans le palais *Thong-kong*. Prenant en pitié les maladies et les souffrances du peuple, il composa le THANG-YE-PEN-TS'AO (l'herbier des plantes qui peuvent fournir des potions médicinales) ; il fit connaître leurs qualités rafraîchissantes ou échauffantes, les saveurs acides, amères, piquantes, douces, salées et fades, les médicaments légers ou lourds, clairs ou épais (1), les mouvements ascendants et descendants de la chaleur et de l'humi-

(1) Voilà tout un système de matière médicale qui n'est pas inférieur à ceux qui ont eu si longtemps cours dans la science européenne.

A la même époque, on m'apporta un jeune pigeon de fuie qui offrait une éruption variolique autour du bec, sur la tête, aux aisselles et sur le cou, dernière région où elle était presque confluente. Cette éruption, comme dans les cas précédents, consistait en élevures à différents degrés de développement, les unes isolées, les autres cohérentes. Les moins avancées étaient rouges, et avaient le volume de la tête d'une très-petite épingle; les autres étaient jaunes, et avaient le volume d'un grain de mil. Ces dernières, par leur réunion, formaient de petites masses saillantes autour des yeux et des oreilles, et cachaient en grande partie ces ouvertures. Ces élevures jaunâtres, divisées suivant leur épaisseur et examinées à la loupe, offraient, en procédant de dehors en dedans, d'abord une ligne épidermique et au-dessous d'elle une couche de matière jaune, sorte de fausse membrane déposée à la surface externe du derme. Les papilles, plus développées que dans l'état sain, étaient rouges et très-apparentes. Au-dessous de la peau et dans les viscères, tout parut sain. Cet oiseau, malade depuis quelques jours seulement, n'avait vécu que deux jours dans le laboratoire.

Je regrette de ne pouvoir esquisser d'une manière complète le développement et la marche de cette éruption varioliforme des pigeons. Cette description ne pourra être faite que par une personne placée dans des conditions plus favorables que celles où je me suis trouvé. Les épizooties de variole des pigeons ne peuvent être bien étudiées, en effet, qu'à la campagne.

Cette maladie passe pour contagieuse; toutefois elle ne se transmet pas toujours par cohabitation. J'ai laissé pendant plusieurs jours le corps d'un pigeonneau atteint de cette éruption varioliforme dans une cage avec six pigeons. Or aucun de ces pigeons n'a contracté la maladie. Il en eût peut-être été autrement pour des pigeonneaux dont la peau est moins garnie de plumes. Toutefois j'ai vainement cherché à transmettre, par inoculation, cette éruption à deux autres pigeons, quelque soin que j'aie mis à insérer sous la peau et dans les narines la matière ou le pus jaune solide contenu dans les élevures. La rareté de cette maladie à Paris ne permet pas de supposer que ces pigeons en avaient déjà été affectés. J'ajoute, en finissant ces remarques sur cette éruption des pigeonneaux, que je n'ai pu obtenir de l'oiselier qui me les avait vendus de renseignements précis sur leur provenance. Il m'assura seulement qu'il n'existait point à sa connaissance, dans la localité, soit de petite vérole chez l'homme, soit de clavelée chez les moutons.

Je n'ai pas observé le développement spontané d'une éruption varioliforme sur les *tourterelles*. Plusieurs auteurs ont affirmé que la variole de l'homme avait été transmise à ces oiseaux par des femmes ou par des hommes atteints de cette maladie. Je regrette de n'avoir pas fait d'expériences à cet égard; je les ferai prochainement.

C'est une opinion fort unanime que les *poules* peuvent être atteintes de la petite vérole. Stegmann décrit ainsi une épizootie qui frappe les oiseaux de basse-cour dans toute l'Allemagne: « *Eodem hujus anni mense* (*S. februario*) *gallinæ indicæ et* domesticæ, *columbæ et idem anseres, diversis in locis lue quadam epidemica perierunt, sub quarum nonnullarum axillis pustulas exulceratas...* »

Plus loin il ajoute: « *Nov. decemb. hisce mensibus* variolæ *suis maculis primæ, mediæ et ultimæ ætatis hominis signarunt; sic et bruta a variolis non immunia fuere ex quibus pennata, utpote anseres et gallinæ, tam domesticæ, tam indicæ, hisce infecta perierunt fere omnia.* »

Un vétérinaire allemand, M. Dietrichs, décrit ainsi la variole chez les poules. L'éruption se montre sur les ailes, sur le ventre, et surtout là où les cuisses s'unissent au corps. La variole se communique entre les poules, par contagion, et on en circonscrit les ravages par la séquestration des individus affectés.

Cette maladie doit être rare à Paris et dans les environs de cette ville, car je n'ai pu me procurer de poules qui en fussent atteintes.

Dans l'Inde, on a aussi observé sur les poules une maladie qu'on a rapprochée de la petite vérole. Cette maladie, que les indigènes désignent sous le nom de *maota*, dans les environs de Calcutta, se déclare principalement, suivant M. Tyller, à la suite des pluies. Elle est épidémique et fortement contagieuse. Lorsqu'une poule est affectée de cette maladie, plusieurs autres ne tardent pas à en être atteintes. Le refus des aliments et la fièvre sont les premiers symptômes. Bientôt après des pustules apparaissent autour des yeux et des oreilles et sur les faces inférieures et supérieures de la langue. Plus tard elles se montrent sur différentes parties du corps, principalement sous les ailes. L'oiseau languit quatre à cinq jours et meurt.

Plusieurs médecins assurent avoir observé des éruptions varioliques sur des *dindons* dans des épidémies de petite vérole. Ce fait a été spécialement signalé dans l'épidémie de 1788. M. Dietrichs dit, sans faire mention de cette coïncidence, que la variole attaque les jeunes et les vieux dindons; que les pustules se montrent autour du bec et dans son intérieur; qu'elles s'étendent jusqu'au jabot et sur les parties qui sont dépourvues de plumes, et que cette maladie est contagieuse. Parmentier avait fait la même observation. Il assure que la petite vérole se manifeste, chez les dindons, par des pustules qui surviennent aux environs et dans l'intérieur du bec, et aux parties dénuées de plumes, telles que les faces internes des ailes et des cuisses. Elle est communément meurtrière, et les fermiers sont dans l'usage de tuer tous les dindons lorsqu'ils en sont atteints.

Hamont assure aussi que la petite vérole règne quelquefois sur les dindons, en Égypte.

Paulet décrit une maladie éruptive chez les dindons; mais il ne la compare pas, comme les auteurs précédents, à la variole, mais bien à la clavelée. Elle diffère d'ailleurs des éruptions varioliques par plusieurs caractères, notamment par le volume considérable des élevures ou des tumeurs. Cette éruption, dit-il, se montre principalement à la tête et au cou; elle s'annonce par des tumeurs inflammatoires de forme variée, et quelquefois de la grosseur d'un œuf de pigeon; ces tumeurs s'abcèdent et sont suivies d'une suppuration abondante et d'altération qui entraînent presque toujours la perte de l'animal.

M. Leblanc père a aussi observé sur les dindons une maladie éruptive qui paraît distincte des précédentes. Elle se manifeste par des *bulles* ou de petites vessies jaunâtres, à la face interne des cuisses, des ailes et sur les caroncules de la tête et du cou. Quelques jours avant l'éruption, l'animal est triste et marche derrière le troupeau quand il va aux champs, s'encapuchonne et mange peu et souvent pas du tout. Après le développement de l'éruption, les symptômes généraux se calment. Les bulles mettent ordinairement quinze jours à se développer et à se dessécher. Les croûtes sont jaunâtres et coniques. Cette maladie attaque spécialement les dindons de 8 à 9 mois et vers le commencement de novembre. Elle est très-contagieuse. Dans la Sologne, où elle est très-répandue, on pense qu'elle n'attaque qu'une seule fois le même animal.

Plusieurs personnes ont pensé que le claveau des moutons provenait de

---

dité, et l'usage des douze artères extérieures et intérieures. Aujourd'hui les auteurs et les praticiens qui parlent de la nature des plantes médicinales remontent constamment au THANG-YE-PEN-THSAO (1), composé par le ministre *I-in*. C'est un ouvrage très-répandu.

16.—OU-FONG.

Ou-fong était jadis *Intendant de la médecine* (2) sous la dynastie des *Tcheou*. Il disait habituellement: « Les hommes ont les cinq sortes de grains pour se nourrir, et cinq sortes de médicaments (ou plantes médicinales) pour guérir leurs maladies. Par les cinq intonations de la voix et les cinq teintes de la figure, on aperçoit l'existence des maladies; on peut les observer encore par les changements qui se manifestent dans les neuf ouvertures naturelles (par les urines, les selles, l'état de la bouche, des yeux, etc.), et les mouvements ou affections des cinq organes cachés (le cœur, le foie, les poumons, les reins et la rate.) »

Après avoir étudié l'état d'une personne, il attaquait d'abord sa maladie au moyen de cinq poisons (ou d'un des cinq poisons); puis il la traitait à l'aide de plantes médicinales.

(1) Voy. note 6.

(2) Cette dignité répond peut-être à une partie des fonctions des anciens archiatres.

17-19. — KIAO-CHI, YU-CHI et LOU-CHI.

Ces trois hommes étaient des médecins célèbres de la dynastie des *Tcheou*; l'histoire ne nous a conservé aucun détail de leur biographie.

20. — I-KEOU.

On ne connaît pas son nom de famille. Il vécut à l'époque du *Tchun-thsieou* (722-480 avant J.-C.), et fut un des meilleurs médecins de la dynastie des *Thsin*.

21. — I-HO.

Il vivait à l'époque du *Tchun-thsieou* (722-480 avant J.-C.); on ne connaît pas son nom de famille. *Ping-kong*, roi de *Tsin*, ayant demandé un médecin à l'empereur, celui-ci lui envoya *I-ho* pour le soigner. Il reconnut aussitôt que le prince, qui s'était livré avec excès aux plaisirs des sens, était atteint d'une maladie mortelle. Il mourut en effet dans l'année.

22. — I-HOUAN.

Il vivait à l'époque du *Tchun-thsieou*; son nom de famille était *Kao* et son nom d'enfance *Houan*.

King-kong, roi de *Tsin*, étant tombé malade, demanda un médecin au prince de *Thsin*. Celui-ci lui envoya *I-houan*.

la *variole des dindons*, nom sous lequel on a compris la plupart des éruptions que je viens de rappeler. On a affirmé que des moutons avaient été infectés par des dindons et des poules atteints de la variole. Un célèbre vétérinaire italien, Toggia en particulier, a admis la consanguinité de la clavelée des moutons et de la variole des dindons ; mais rien n'est moins démontré. D'abord le claveau des moutons était connu en Europe avant l'époque où les dindons y ont été importés. J'ajoute que j'ai essayé inutilement de produire, sur les dindons, sur les poules, les oies et les canards, une maladie éruptive, en leur inoculant, sur des parties dépourvues de plumes, la matière du claveau. M. Desir et moi avons fait ces inoculations dans une ferme où un troupeau de moutons était atteint de la clavelée. Antérieurement, Hutrel-d'Arboval avait fait la même expérience qui avait donné le même résultat. Il inocula l'humeur du claveau à six poules d'Inde et à trois dindons; l'insertion du virus fut faite par plusieurs piqûres à la face interne des ailes et des cuisses, et sans déterminer aucune éruption.

On a encore désigné sous le nom de *petite vérole* une maladie éruptive qu'on a observée sur de *jeunes oies sauvages* et sur l'*oie domestique*. Je n'ai pu me procurer d'individus atteints de cette éruption.

Enfin, on a signalé la petite vérole comme une maladie fréquente sur la fauvette d'hiver (*motacilla modularis*).

« J'ai souvent trouvé, dit Bechstein, des pustules de petite vérole sur les parties nues de ces oiseaux, aux pattes et autour du bec, non-seulement quand ils sont encore petits et dans leurs nids, mais plus tard lorsqu'ils ont pris leur vol. Pendant que la petite vérole régnait dans nos environs, dit-il, une jeune fauvette en fut atteinte. »

Je ne sache pas qu'à Paris, aucune observation analogue à celle de Bechstein ait été faite. Je n'ai pas pu même me procurer une seule fauvette d'hiver atteinte d'éruption varioliforme.

Ces remarques, et quelques autres que je m'abstiens de rappeler, peuvent être ainsi résumées :

1° On a observé chez les pigeons, les poules, les dindons, les oies, les fauvettes d'hiver, des éruptions qu'on a désignées sous le nom de *petite vérole*.

2° Une analogie assez grande dans l'apparence des éruptions varioliformes des oiseaux et le développement simultané de ces éruptions sur des espèces différentes, dans plusieurs épizooties, ont conduit à admettre entre elles une sorte de consanguinité.

3° Toutefois, les descriptions des éruptions observées sur plusieurs espèces d'oiseaux, et notamment chez les dindons, offrent entre elles des différences assez notables pour qu'il soit indispensable de recourir à l'inoculation et à de nouvelles observations, afin de reconnaître si ces éruptions sont spéciales à ces espèces ou communes aux autres.

4° La consanguinité des éruptions varioliformes des oiseaux, soit avec la variole de l'homme, soit avec la clavelée du mouton, a été trop facilement admise ; la coïncidence d'éruptions varioliformes chez les oiseaux avec des épidémies de variole ou avec des épizooties de clavelée, a été notée trop rarement et d'une manière trop superficielle pour donner à ces faits toute la valeur qu'on leur a accordée.

5° Enfin, on est d'autant plus fondé à suspendre tout jugement à cet égard, qu'un bien petit nombre d'expériences ont été tentées sur la transmission des éruptions des oiseaux entre les diverses espèces, et que l'inoculation de la variole de l'homme et de la clavelée des moutons aux oiseaux n'a donné jusqu'à ce jour que des résultats négatifs.

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES SUR LE MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA. (Extrait d'un article sur le choléra apparu à Saint-Pétersbourg en 1848) ; par M. le docteur EUGÈNE PÉLIKAN.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Personne ne peut nier l'existence du venin syphilitique, du venin variolique, de celui d'un animal enragé, enfin de celui du scorpion, du serpent, etc. Mais jusqu'ici quelqu'un est-il parvenu à découvrir les caractères physiques et chimiques de ces différentes substances ? Si nous apercevons quelques légères nuances dans certains fluides, tels que la salive, le pus, etc., ces nuances ne sont que la concentration d'un venin, dont les propriétés particulières ne nous restent pas moins inconnues.

Donc, lorsqu'il s'agit d'un venin morbifique, nous ne comprenons que la matière qui le concentre, qui le renferme. En le comparant au principe du choléra, nous trouvons aussi une concentration particulière, mais plus générale, et qui agit sur la masse totale du peuple. Quoique nous puissions citer une multitude de faits tendant à prouver que la présence de ce principe se trouve répandu dans l'air, dans l'eau, etc., nous ne pouvons cependant jusqu'à présent déterminer au juste le changement des propriétés particulières et caractéristiques de ce même centre.

Poursuivons. Dans l'action de tout venin animal, nous remarquons plusieurs particularités que, par analogie, nous pouvons aussi appliquer au choléra. Il est reconnu :

1° Que le venin, par exemple, d'un animal enragé perd avec le temps son activité meurtrière; que le venin syphilitique, meurtrier dans son principe, perd de sa force dans les transformations ultérieures que subit la maladie. De même, dans la marche du choléra, le chiffre des malades et des décès se trouve beaucoup plus élevé au commencement de l'épidémie; les cas de maladie sont aussi plus violents et plus frappants.

2° Le venin animal se communique d'un individu à l'autre, dans le cas seulement où il pénètre par la voie qui lui est propre, et lorsque l'individu qui le reçoit est susceptible d'en être affecté. Par exemple, le venin d'un animal enragé ne donne la mort que lorsqu'il est immédiatement introduit dans le sang ; mais s'il était avalé il ne produirait aucun effet. Tel est l'effet des miasmes introduits dans le corps par une certaine voie, comme les pores, les poumons et le canal intestinal.

3° Ainsi donc, pour que le venin animal manifeste son activité, il est absolument nécessaire qu'il se trouve en contact avec des parties disposées à le recevoir ; un animal enragé, par exemple, peut mordre plusieurs individus sans que les symptômes de l'hydrophobie se manifestent sur tous. Plusieurs personnes peuvent être en même temps soumises à l'influence du venin syphilitique sans que toutes en soient infectées, et parmi celles même qui se trouvent atteintes du virus, la maladie se déclare souvent sous des formes différentes. C'est justement ce qu'on remarque dans l'action des miasmes.

Quoique presque la masse entière des habitants d'un lieu quelconque où le choléra sévit fortement (ceux d'une grande ville, par exemple) soit exposée à la malignité de son influence, que les individus qui la composent portent même sur eux les indices du principe miasmatique, lequel s'an-

---

King-kong l'ayant consulté sur sa maladie, jugea que c'était un habile médecin, et le renvoya après l'avoir comblé de présents.

23. — FAN-LI.

Fan-li vivait à l'époque du *Tchun-thsieou*, dans le royaume de *Youei*, qui était alors gouverné par *Keou-tsien*. Il aida ce prince à renverser le roi de *Ou*; ensuite il se retira pour se promener sur les cinq lacs. Il exerçait la médecine dans l'intérêt des hommes, et sans rechercher pour lui-même le moindre profit (1). En moins de deux ans, il accumula de grandes richesses. Il abandonna tous ses biens et se transporta dans un autre pays ; mais au bout d'un an, il acquit encore une grande fortune. Tout le monde lui donna le surnom de *Thao-tchou-kong*. Lorsqu'on lui demandait quel était le meilleur moyen de s'enrichir, il répondait : « La culture des cinq sortes de grains et l'élève des cinq animaux domestiques. »

24. — TCHIN-I.

Tchin-i était originaire du district de *Ou*; il étudia la science du *Tao* dans le pays de *Chou*. Il excellait dans la médecine et guérissait sur-le-champ les hommes qui réclamaient ses soins. Les services qu'il rendait le firent connaître avec éclat dans tout l'empire. Dans la dixième année du règne de *Nan-wang* de la dynastie des *Tcheou*, *Lao-tseu* lui envoya un messager, muni d'un sceau officiel, pour l'inviter à se rendre auprès de l'empereur. Mais il fut impossible de le trouver.

ÉPOQUE DE LA DYNASTIE DES THSIN.

(255 jusqu'à 207 avant J.-C.)

25. — WEN-TCHI.

Wen-tchi vivait à l'époque des guerres civiles (255-196 av. J.-C.); c'était un célèbre médecin du royaume de *Song*. Il possédait à fond la science de la médecine. *Ming-kong*, roi de *Thsi*, étant tombé malade, invita *Wen-tchi* à venir le visiter. Celui-ci dit au prince royal : « Le roi guérira s'il peut avoir un accès de colère; mais après avoir été guéri, il voudra peut-être me faire mourir. Je ne sais comment faire. — Moi et ma mère, répondit le prince royal, nous répondons de votre vie. »

Alors *Wen-tchi*, sans ôter ses souliers, monta sur le lit du roi. Le roi entra dans une violente colère et fut guéri à l'instant même.

26. — FONG-KANG.

Fong-kang vivait à l'époque appelée *tchen-koue* ou des guerres civiles (255-196 av. J.-C.); il était originaire de *Han-yang*. Ses contemporains, frappés de ses cures merveilleuses, l'avaient surnommé *Chin-sien*, c'est-à-dire doué d'une vertu divine.

(1) Ce médecin a eu malheureusement peu d'imitateurs.

nonce par l'inertie des organes digestifs, par un poids sur l'estomac et un bourdonnement dans l'abdomen, etc., tous cependant ne succombent pas; et même ceux qui sont soumis à la funeste influence de l'épidémie, qui souffrent des refroidissements, qui sont sujets à se surcharger l'estomac, n'en éprouvent pas tous les terribles effets: le mal n'attaque que les individus qui sont le plus disposés à le recevoir. Mais en quoi consiste principalement cette disposition? c'est ce qu'il est encore impossible de définir, quoiqu'on doive dire avec vérité que la solution de cette question présenterait peut-être moins de difficultés que celle, par exemple, qui déterminerait d'une manière précise la disposition individuelle et particulière d'un individu à recevoir le venin d'un animal enragé ou le virus syphilitique.

On peut conclure de ce qui précède qu'il faut aussi admettre, pour que l'épidémie acquière un entier développement dans un endroit quelconque, la nécessité des dispositions propres à la recevoir et la *disposition des lieux*. Par là on peut expliquer pourquoi le choléra n'exerce pas constamment ses ravages, mais seulement à certaines époques et principalement dans certaines saisons de l'année, pourquoi il ne choisit pas toujours la même marche, ne s'arrête pas aux mêmes lieux, et se manifeste partout où il a été porté, particulièrement lorsqu'il rencontre, pour se déployer dans toute sa force, un sol favorable, ordinairement désigné dans l'idiome de la science sous le nom de *constitutio morbosa epidemica*.

4° Le venin animal peut rester quelque temps caché dans le corps d'un individu sans manifester son action meurtrière. C'est ainsi, par exemple, qu'un homme mordu par un animal enragé, n'éprouve quelquefois les symptômes de l'hydrophobie qu'au bout de quelques semaines, de quelques mois, de quelques années même après l'accident. Le virus syphilitique peut également se tenir caché dans le corps pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, sans rien perdre de sa propriété dévastatrice. C'est de cette manière aussi qu'on peut admettre la conservation et le transport du miasme cholérique, qui est recélé dans nos organes, jusqu'à ce qu'il trouve une occasion favorable pour se répandre dans l'individu même et dans le monde extérieur qui l'entoure.

Il s'ensuit donc que la présence d'un principe essentiellement miasmatique propre à occasionner des attaques de choléra peut être admis avec autant de certitude que celle d'un venin animal dans la salive de tout individu enragé, dans le virus syphilitique, etc. Ces facultés, ainsi que les faits que nous avons cités, démontrent d'une manière péremptoire la faculté qu'a le choléra d'être transporté d'un endroit à l'autre par le moyen des hommes, contrairement à l'opininion de beaucoup de médecins anticontagionistes, qui rejettent entièrement et la contagion du choléra et sa faculté d'être transportable.

Mais il serait possible d'accorder ces deux partis contraires, en admettant que le choléra peut se propager au moyen des miasmes que les hommes transportent d'un endroit à l'autre; mais pour que la maladie acquière un caractère complétement épidémique, il faudrait un concours de changements cosmiques ou telluriques particuliers qui nous sont inconnus, qui rendissent un endroit quelconque disposé à recevoir les miasmes, et lui concédassent les conditions nécessaires *pour qu'il pût les transmettre*. Dans ce cas, le premier symptôme de la maladie sur un individu nouvellement arrivé sert pour ainsi dire de point de contact pour le développement total de l'épidémie, de même qu'un morceau d'étoffe apporté d'une lieu ravagé par la peste peut servir de conducteur pour la répandre. D'après ce que nous venons de dire, il me semble qu'il n'est pas besoin de citer d'autres preuves pour démontrer que les réfutations de nos antagonistes ne sont nullement fondées. Il est hors de doute que des observations ultérieures viendront encore confirmer jusqu'à l'évidence l'opinion que nous avons émise sur le transport de la maladie, et même maintenant tous les faits parlent en faveur de cette opinion.

Passant sous silence les objections faites depuis une trentaine d'années par des gens de l'art, nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire mention des attaques fort ingénieuses du docteur Blumenthal qui, dans ces derniers temps, a étudié la marche du choléra à Moscou. Dans un de ses articles intitulé: SUR LA PRÉTENDUE CONTAGION DU CHOLÉRA ET SUR LE MODE DE PROPAGATION DE CETTE MALADIE (JOURN. DE MÉD. DE MOSCOU, t. XI, 1re liv., Moscou 1848), ce respectable auteur réfute entièrement la contagion du choléra, ainsi que l'opinion qu'il peut être transporté. Voici ce qu'il dit à ce sujet, page 25:

« Je dois encore mentionner une circonstance sur laquelle semblent s'appuyer les contagionistes. Il est arrivé quelquefois que des individus venus d'un lieu où le choléra exerçait ses ravages dans un endroit jusqu'alors exempt de l'épidémie, y sont tombés malades et qu'ensuite la contagion a gagné un plus ou moins grand nombre d'habitants. De pareils faits sont, aux yeux des partisans de la contagion, autant de preuves à l'appui de ce qu'ils soutiennent, que le choléra est apporté par les hommes des lieux où il sévit, et que par conséquent il est contagieux.

» De semblables cas pourraient bien servir de preuves s'ils étaient constamment et dans tous les lieux répétés avec les mêmes conditions; mais il n'en est pas ainsi. Des centaines d'individus sont bien souvent revenus des lieux infectés sans être eux-mêmes attaqués de la maladie et sans la répandre. D'autres, quoique attaqués du choléra, ne l'ont pas non plus propagé plus loin. Dans plusieurs endroits, le mal s'est déclaré dans des circonstances telles qu'on n'a jamais pu savoir comment il y avait pu être introduit. Si donc le choléra était susceptible d'être apporté par les hommes, beaucoup de circonstances qu'on remarque dans sa marche cesseraient alors d'être regardées comme des problèmes.

Cette maladie qui, en 1817, s'était déclarée à Essoca, dans le Delta du Gange, ne mit que fort peu de temps pour se montrer à Calcuta; l'année suivante, elle atteignit Bombay et Madras; en 1819, elle était à Ceylan; dans le courant des deux années suivantes, elle exerça ses ravages dans plusieurs villes maritimes du golfe Persique, atteignit Ispahan et les provinces de l'Arménie, se répandit en 1822 sur les bords du Tigre et de l'Euphrate, et en 1825 elle parut sur les frontières de la Russie. Parvenue à ce dernier endroit, elle parut avoir entièrement cessé pendant l'espace de six années, et ce ne fut qu'en 1829 qu'elle ravagea Tiflis. Y a-t-il eu pendant ce laps de temps, c'est-à-dire entre les années 1823 et 1829, absence partielle ou totale de communication entre les habitants de Tiflis et ceux des contrées voisines? Quelles sont les causes qui auraient pu ralentir la marche du choléra dans cette circonstance, lorsque de fréquentes relations commerciales présentaient d'innombrables voies pour le propager? Pourquoi la marche qu'a constamment suivie l'épidémie a-t-elle été partout si régulière du sud-est et de l'est au nord-ouest et à l'ouest? Une maladie apportée doit se répandre dans toutes les directions possibles, et ne peut se contenter de suivre seulement une route connue. Donc ces cas particuliers de la prétendue faculté transportable du choléra au moyen des individus arrivés des lieux soumis à son influence, ne nous donnent pas le droit de considérer cette maladie comme contagieuse. Quant aux maladies contagieuses

---

27. — TCHANG-SANG-KIUN.

Il vivait à l'époque où la Chine était divisée en six États. Il était alors fort peu connu. *Pien-tsio* lui témoignait une grande estime et le traitait avec respect. De son côté, *Tchang-sang-kiun* savait que *Pien-tsio* n'était pas un homme ordinaire; aussi lui communiqua-t-il toutes ses recettes médicales.

28. — PIEN-TSIO.

Son nom de famille était *Thsin*, et son petit nom *Youeï-jin*. Il était originaire de *Po-haï*, dépendant du royaume de *Liu*. Ayant saisi l'esprit de l'ouvrage intitulé SOU-WEN-LING-KIU, il publia le PA-CHI-I-NAN KING (le livre des 81 cas difficiles). *Li-hi*, membre du conseil des médecins (1), le fit assassiner par jalousie.

29. — AN-KHI-SING.

Il était originaire de *Feou-hien*, dépendant de *Lang-ye*. Il vendait ordinairement des herbes médicinales (2) sur les bords de la mer orientale. On l'appelait habituellement *Tsien-soui-hong*, c'est-à-dire *le vieillard de mille ans*.

Lorsque l'empereur *Thsin-chi-hoang-ti* voyageait dans l'orient de la Chine, il demanda à le voir, s'entretint avec lui pendant trois jours et trois nuits, et le combla de riches présents pour lui témoigner sa reconnaissance.

30. — TSOUÏ-WEN-TSEU.

Il habitait le mont *Thaï-chan* et avait un goût décidé pour la doctrine de *Hoang-ti* et celle de *Lao-tseu*. Il disait que pendant 300 ans (*sic*) il avait vendu des herbes médicinales dans le marché de la capitale (1). Il composa une poudre jaune et des pilules rouges. A cette époque, il régnait dans le peuple une maladie épidémique qui enleva près de 10,000 personnes. *Tsouï-wen-tseu* se montrait en public coiffé d'un bonnet rouge et distribuait ses poudres aux malades (2). Ceux qui en avaient bu l'infusion se rétablissaient immédiatement. Quelque temps après, il se rendit dans le pays de *Chou*. Les marchands d'herbes médicinales le regardent comme un dieu.

(1) On retrouve encore ici les traces d'une organisation médicale; en Grèce, à la même époque on ne voit rien de semblable. Voy. n° 16, note 2.

(2) En Grèce, les pharmacopoles (les herboristes) étaient distincts des médecins qui ne s'occupaient guère que de la préparation et de la vente des médicaments composés. On voit par la notice suivante qu'il y avait en Chine, à côté des médecins, d'autres marchands de plantes médicinales; peut-être aussi ne s'agit-il que d'individus chargés de les recueillir dans les champs; du reste, j'aurai l'occasion de revenir sur ce sujet intéressant.

(1) Voir la note précédente.

(2) Ce médecin ne peut guère être comparé qu'à nos charlatans de foire.

(La suite à un prochain numéro.)

pestilentielles, qui se répandent dans toutes les par parties du monde, on ne peut en juger sur des faits particuliers, lesquels du reste donnent encore jusqu'à présent lieu à des explications absolument contradictoires. Le médecin et le naturaliste qui s'attachent à la recherche de la vérité sont obligés d'envisager ces phénomènes dans toute l'étendue et l'enchaînement de leurs rapports entre eux, et ne doivent pas resserrer le cercle de leurs observations à des cas particuliers souvent contradictoires, lesquels, sous la forme de *légères conceptions*, s'élèvent contre la *règle générale*. Si l'on cite pour exemple tel ou tel endroit où quelqu'un ait apporté la maladie, on peut objecter à cela une multitude de cas où des individus, arrivant des lieux ravagés par le choléra ne l'ont cependant point répandu. Si l'on fait mention d'un lieu quelconque tellement entouré de précautions que la maladie n'ait pu s'y manifester, on trouvera à côté beaucoup d'autres endroits où ces mêmes précautions n'ont pas été prises, qui n'ont présenté aucun cas de choléra, quoiqu'ils se soient trouvés sur la route que parcourait l'épidémie. Il s'ensuit donc de là que c'est seulement la règle générale qui peut résoudre ce problème, et nullement l'exception à cette règle. »

Pour ce qui concerne l'objection que des centaines d'individus qui, après avoir parcouru des lieux infectés par le choléra, sont rentrés dans leurs foyers sans être attaqués eux-mêmes de la maladie et sans la répandre, cette objection perd toute sa force, si l'on admet l'opinion citée plus haut sur la vraie signification de ces mots : *propriété d'être transportable*. Un individu peut arriver d'un endroit où le choléra exerce ses ravages, tomber malade dans un endroit sain, sans y répandre l'épidémie ; (on en conçoit facilement la raison, en admettant, une fois pour toutes, la faculté particulière que possèdent les lieux de recevoir le principe de la maladie), mais peut-on compter beaucoup de pareils exemples ? On sait au contraire que partout où l'on a pu se procurer des renseignements officiels, le premier individu arrivant qui s'est trouvé atteint du choléra a été aussi le premier à le répandre, et que c'est de cette époque que date le commencement de l'épidémie. Il serait à désirer que des notions historiques sur la marche du choléra nous fussent communiquées ici d'une manière précise; car ce n'est que par ce moyen qu'on pourrait produire des preuves irrécusables. Le meilleur moyen pour cela est de recourir aux bulletins publiés par l'administration.

Le choléra s'est montré en 1823, non-seulement sur les frontières de la Russie, mais le 13 septembre de la même année, il exerçait ses ravages dans le gouvernement d'Astracan, et il se prolongea jusqu'au 5 octobre suivant (dans cet espace de temps, on compta 370 cas de maladie, 178 de guérison et 192 décès, non compris environ une centaine d'individus qui ne tardèrent pas à éprouver du soulagement et une complète guérison), après quoi il s'arrêta. Mais en 1829, le choléra ne se manifesta point à Tiflis ; ce ne fut que l'année suivante (1830) qu'il y parut; dans l'année 1829, il sévit avec beaucoup d'intensité dans le gouvernement d'Orenbourg, où il avait été importé par une tout autre voie.

Peut-on admettre la supposition que la marche du choléra ait été partout aussi régulière, du sud-est et de l'ouest au nord-ouest et à l'est ? En examinant attentivement la marche historique de l'épidémie, on peut s'assurer du contraire ; car il est démontré d'une manière certaine qu'elle a été sud-ouest, est et nord. Ces différentes directions se trouvent consignées avec le plus grands détails dans l'ouvrage publié par M. Cholovitzay, sur le choléra. Dans l'épidémie actuelle, l'opinion d'une pareille régularité dans sa marche nous présente encore beaucoup d'incertitudes. Rappelons-nous que l'année dernière, le choléra, après avoir entièrement cessé à Moscou, reparut avec la débâcle et prit différentes directions ; rappelons-nous de quelle manière le fléau est venu de nouveau envahir les lieux qu'il avait déjà dévastés ; qu'il s'est répandu comme un torrent de feu sur toutes les parties de l'empire. En effet, peut-on compter beaucoup de gouvernements, de villes même un peu considérables qui se trouvent maintenant à l'abri de ses ravages? Et l'on se demande où l'on remarque cette marche régulière du choléra, cette voie étroite qu'il parcourt, et que l'opinion de quelques savants allemands nous présente avec tant d'assurance? Quant à l'objection suivante : Pourquoi le choléra ne se déploie-t-il pas toujours dans les cas où les communications sont établies d'une manière constante ? Nous y avons répondu, en exprimant notre sentiment sur les maladies susceptibles d'être transportées, et particulièrement sur la faculté de les recevoir ; mais outre cela, le mouvement considérable des grandes masses de peuple, ce qui a lieu de nos jours, doit encore plus contribuer à répandre la maladie que les relations ordinaires entre un nombre d'individus peu considérable. Les objections de M. Blumenthal, fondées sur les proportions des cas de maladie, ne peuvent également détruire l'opinion que nous avons émise sur la faculté transportable du choléra.

1° Ainsi, par exemple, de 471 individus employés dans les neuf hôpitaux temporaires établis à Moscou en 1830, tant pour le service de ces établissements que pour le soin des cholériques, 75 sont tombés malades; c'est-à-dire que le nombre de ceux qui ont été atteints de la maladie, relativement à celui de ceux qui s'en sont trouvés préservés, se trouve dans la proportion de 1 : 6,28. Dans l'épidémie actuelle, sur 310 individus, 20 sont tombés malades, c'est-à-dire 1 : 15 1/2. Cette proportion paraît à peine sensible, en comparaison de celle de la totalité des habitants d'une ville ; et l'on doit en général remarquer que tant que nous n'aurons pas de notions certaines sur la proportion à établir entre le nombre des malades et celui des habitants de la ville *en question*, de pareils chiffres ne peuvent donner aucun résultat positif.

2° A Breslau, en 1831, il n'y eut qu'un seul malade parmi les médecins, les domestiques des hôpitaux et les fossoyeurs, sur 46 10/19 cas en général ; et à Berlin, on en compta 1 sur 37 2/54. Ne sachant sur quoi fonder une pareille proportion, elle ne peut être d'aucune utilité pour fixer l'opinion pour et contre.

Elle manque de justesse en ce que le docteur Casper, en communiquant ses observations, a négligé de mentionner le nombre des médecins et des gens employés dans les deux villes précitées, à donner leurs soins aux cholériques.

3° On peut en dire autant des chiffres communiqués par le professeur Hoppart dans le KOITISCHES REPERTORIUM FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE VON Dr CASPER, 1845. On y trouve qu'à Breslau, sur 747 maisons il n'y en eut que 265 où l'on compta plus d'un malade ; tandis que dans les 482 autres où il n'y en eut qu'un seul, la maladie n'a point été communiquée aux autres habitants de ces mêmes maisons par ceux qui en étaient atteints, comme cela a été prouvé d'une manière positive.

A ce sujet, M. Blumenthal s'exprime ainsi : « Si nous voulions attribuer l'augmentation du nombre des cholériques, dans les 265 maisons citées plus haut, à la contagion de la maladie, le rapport entre le nombre des cas de contagion et de non-contagion serait encore en faveur de la dernière; car ce ne serait que dans 265 maisons que le fléau destructeur aurait exercé ses ravages, tandis que les 482 autres en auraient été entièrement exemptes. » (Voir le journal cité plus haut, p. 21.)

Indépendamment de ce qu'une ville ne peut servir de fondement pour établir une conclusion générale, on doit ici remarquer que les chiffres communiqués par M. le professeur Hoppert sont entièrement en faveur du transport du choléra, parce que, ainsi que toutes les autres maladies contagieuses, la peste, la petite vérole, etc., il ne choisit ordinairement, dans les grandes villes, dans les villages, que quelques quartiers, quelques habitations, où il trouve plus de conditions propices à son développement. Les maladies contagieuses présentent aussi le même chiffre de malades sur un plus grand nombre de quartiers et d'habitations. En effet, si nous considérons la marche historique de chaque maladie contagieuse, nous pouvons remarquer la même inégalité dans le choix des miasmes ; de sorte qu'il ne se trouve qu'un petit nombre d'entre elles qui sont comme le foyer de l'épidémie, et en général on peut prendre pour règle que, plus une maladie épidémique présente de caractères *contagieux*, plus le chiffre des malades est grand sur un petit nombre d'habitations, et qu'au contraire, plus elle présente le caractère d'être *transportable*, plus le nombre des habitations qu'elle atteint est grand, c'est-à-dire qu'elle s'étend sur un plus grand espace. C'est par cette raison qu'une maladie contagieuse exerce ordinairement plus de ravages sur un certain nombre d'individus vivant ensemble, comme dans les fabriques, les régiments, les marchés d'une ville, etc. Dans ce cas, ces endroits forment, chacun dans leur genre, autant de dépôts de la maladie, de même que les grandes villes sont aussi des dépôts pour les maladies transportables.

C'est pourquoi, ce me semble, on comprend que l'application des mesures de police médicale rencontre de si grandes difficultés.

L'institution des quarantaines ordinaires est-elle suffisante pour arrêter cette maladie ? Le choléra se communique, non pas directement d'un individu à l'autre, c'est-à-dire par le contact, mais il se trouve répandu dans l'atmosphère qui l'entoure, et dans ce cas, *est-il possible de trouver quelque moyen pour se soustraire à ses atteintes?* Si, lorsque la petite vérole, la rougeole, la scarlatine et d'autres maladies semblables exercent leurs ravages, les mesures des quarantaines sont tellement insuffisantes que les médecins sont obligés d'avoir recours à différents préservatifs ; appliquées au choléra, elles le deviennent bien plus encore, puisque presque toute la masse du peuple se trouve exposée à la malignité de son influence.

Quoi qu'il en soit, la faculté qu'a cette maladie d'être transportable à différentes distances exige des mesures particulières, pour en restreindre autant que possible le développement. Chaque maladie épidémique demande des mesures particulières. La surveillance des finances publiques, les règlements des quarantaines, l'inoculation de la vaccine, etc., sont des choses d'une utilité incontestable, chacune en son temps. Sous ce rapport, il pourra bien arriver aussi que, pour arrêter la marche du choléra, on découvre des moyens spéciaux ; mais ce sera l'affaire de la police médicale d'en déterminer l'emploi.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DU SIROP ACÉTIQUE ET DE L'ACIDE ACÉTIQUE, COMME MOYEN DE DÉTERMINER LA RÉACTION AU DÉBUT DU CHOLÉRA; par M. LEBATARD.

Presque toutes les méthodes thérapeutiques employées depuis 1832 jusqu'en 1849 ont eu pour but d'arriver à développer chez les malades une réaction d'autant plus profitable, qu'elle se manifestait plus rapidement et le plus près de l'invasion. Je ne citerai pas tous les moyens, la nomenclature en serait trop longue; je me bornerai à parler de cinq faits que j'ai observés dans ma pratique, dans lesquels j'ai obtenu quatre succès bien avérés par une méthode bien simple, que m'ont suggérée, d'une part, la localité dans laquelle j'ai vu le premier malade, au mois de mars 1848, et d'autre part le résultat d'observations prises dans ma pratique depuis l'invasion du choléra de 1849.

OBS. I. — Le 11 mars 1848, je fus appelé chez un boulanger, rue Bergère, pour donner des soins au neveu du patron de la maison. Ce jeune homme, robuste, âgé de 19 ans, avait été pris dans la nuit de vomissements, de diarrhée, de crampes, d'aphonie et de refroidissement. Je le vis, le matin, en proie encore à ces symptômes, qui, unis à la décomposition des traits, au refroidissement de la face, à l'excavation des yeux, ne me laissèrent aucun doute sur une attaque de choléra. Je fis aussitôt vider un sac de farine, en recommandant de ne pas trop le secouer. Je le fis mettre dans le four, et quand il eut obtenu une température à peine supportable, je déshabillai le malade, et l'introduisis dans le sac jusqu'au cou. Pour qu'il conservât sa chaleur, j'entourai le malade de bouteilles remplies d'eau bouillante, et le tout fût recouvert de deux couvertures de laine. Je fis boire au malade, par petites tasses fréquemment répétées, une infusion de fleurs de sureau, sucrée avec le sirop suivant :

Prenez :	Sirop acétique.	45 grammes.
	Sirop diacode.	32 —
	Acétate d'ammoniaque . .	15 —
	Sirop d'écorces d'oranges.	32 —

Je visitai le malade trois heures après l'emploi de ces moyens; je le trouvai en pleine réaction, ruisselant de sueur, et j'appris que peu de temps après, crampes, vomissements, diarrhée, n'existaient plus. La voix était meilleure; le pouls, qui était filiforme, avait repris de l'action, du volume. La transpiration avait été assez abondante pour que le sac en fût imprégné. Je fis changer le malade, et voyant qu'il n'éprouvait plus rien qu'un mal de tête assez violent, j'appliquai des pieds aux cuisses des sinapismes, et recommandai qu'on lui donnât une infusion de camomille légèrement vinaigrée, pour entretenir la chaleur et une douce transpiration. Le lendemain tout avait disparu; il prit du bouillon, et le troisième jour je le quittai. Ce malade reprit ses travaux peu de jours après.

OBS. II. — Le 26 mai 1849, je fus appelé, à sept heures du matin, rue Neuve-Coquenard, pour voir un malade qui, à trois heures du matin, avait été pris de vomissements, de diarrhée, de crampes et d'un refroidissement général. Cet homme, âgé de 28 ans, charpentier, avait une diarrhée dyssentérique depuis trois mois, qu'il avait négligée. Il présentait l'état suivant :

Crampes, vomissements, diarrhée de matières blanches, refroidissement, cyanose des membres supérieurs et de la face, peau non rétractile, absence du pouls radial, langue presque froide, yeux atones, cerclés de noir, aphonie presque complète.

J'envoyai chercher un sac à farine bien chaud, et déshabillé, le malade y fut introduit, entouré de bouteilles d'eau chaude et recouvert de couvertures de laine. Je lui fis boire de l'infusion de sureau sucrée avec le sirop acétique composé. A neuf heures, les crampes, les vomissements, la diarrhée, n'existaient plus, et le front ruisselait de sueur. Le pouls n'était pas revenu. A une heure, le pouls avait reparu, filiforme, dépressible; la température était bonne et le corps couvert de sueur. A cinq heures, le malade avait été changé, et d'après les conseils de mon confrère et ami M. Dufour, qui m'assistait, on avait promené des jambes à l'épigastre des sinapismes. Ceux-ci enlevés, on avait fait des frictions avec le liniment hongrois. Le malade se disait mieux. M. Dufour dut le revoir dans la soirée. J'appris des personnes qui soignaient le malade qu'il s'était endormi, et qu'à onze heures il avait succombé, à leur grande surprise; car elles nous dirent que la voix avait repris de son timbre, que la face était meilleure, que la chaleur était restée bonne, et que le malade leur paraissait très-bien.

Nous voyons dans cette observation ce fait remarquable, que, sous l'influence de ces moyens, la réaction avait été rapide, que les crampes, les vomissements, la diarrhée, n'étaient plus revenus, que la voix avait repris de son timbre, que le pouls, absent à sept heures du matin, avait reparu à une heure sans cesser de battre jusque dans la soirée, que la sueur avait été abondante et générale, et que si les symptômes consécutifs avaient pu, en notre absence, assez éveiller l'attention des surveillants pour qu'ils appelassent un de nous, une saignée ou des sangsues mises aux oreilles auraient peut-être remédié à cette congestion passive.

OBS. III. — Le 5 avril 1849, je fus appelé auprès de M. D..., 165, rue Montmartre, qui, travaillant chez un de ses amis, fut pris brusquement de vomissements, de diarrhée et de crampes d'une violence tellement extrême, qu'il fut obligé de se mettre au lit de son ami. Je le visitai à six heures et demie, une heure après l'invasion.

Il présentait : crampes excitant des cris, vomissements incessants, diarrhée, face décomposée, pouls filiforme, peau du corps à peine chaude, extrémités froides, langue humide, non rétractée, face froide.

Ce malade avait la diarrhée depuis quatre jours.

Trop éloigné d'un boulanger pour recourir au sac chaud, je le déshabillai et le roulai dans deux couvertures de laine bien chaudes, entourées de quelques bouteilles remplies d'eau bouillante, et on lui fit boire une infusion de sureau sucrée avec le sirop composé.

A huit heures, les crampes étaient extrêmement violentes, mais les vomissements et la diarrhée n'étaient plus revenus. A neuf heures et demi, le malade n'éprouvait plus rien. La chaleur était vive, le corps ruisselait de sueur. Le pouls était ample sans dureté, et la face avait repris son aspect naturel.

Le lendemain matin, j'appris que la nuit avait été bonne et qu'aucun symptôme n'avait reparu. Le malade prit un bouillon dans la journée, et le lendemain matin il partit pour Saint-Prix. Je le vis à son retour, le 13 avril, bien portant.

Comme on le voit par cette observation, les vomissements incessants, la diarrhée, étaient complétement disparus du moment que la réaction s'était opérée comme dans les deux cas que j'ai cités plus haut. Les crampes seules étaient plus violentes une heure et demie après l'invasion pour disparaître à neuf heures, alors que la transpiration était très-abondante. Je pense donc que si on est appelé près des malades présentant crampes, vomissements, diarrhée, refroidissement, pouls filiforme, face froide et cholérique, une heure ou deux après l'invasion de ces symptômes, le meilleur moyen d'en arrêter les progrès est de déterminer, à l'aide de cette méthode sûre et des plus faciles, une réaction prompte, durable et suivie de sueurs abondantes.

Mais si on ne visite le malade que quatre, cinq ou six heures après l'invasion, les mêmes moyens déterminent bien une réaction prompte : le pouls absent revient lentement comme dans la deuxième observation; mais la transpiration est moins générale, moins abondante. Le malade semble revenir à la vie, et à cette série de symptômes qui l'agitaient, succède un calme plat qui détermine une congestion passive du cerveau, suivie d'un coma qui l'entraîne au tombeau très-rapidement. Cette congestion est suivie bien rarement de délire; aussi l'attention doit-elle être éveillée constamment dans cette dernière période. L'observation de ce charpentier démontre les différentes phases de la maladie. M. le docteur Worms donne l'explication de ce phénomène dans l'observation de ce malade qui succomba après trois jours de maladie, et chez lequel il trouva à l'autopsie deux cuillerées de sérosité à l'ouverture du crâne, le cerveau turgescent et les veines encéphaliques gonflées.

Je pense que si nous avions pu être appelé auprès de notre malade peu de temps après l'invasion, nous aurions pu déterminer une réaction qui aurait maîtrisé l'action vers le cerveau, et par cela même empêché cet épanchement de sérosité, cette turgescence du cerveau, ce gonflement des veines, par un développement graduel du retour à une circulation régulière et générale.

OBS. IV. — Dans la même soirée du 5 avril, je visitai, rue Rochechouart, 23, une malade qui dans la journée avait été prise de diarrhée, d'éructations, de refroidissement. Le soir, des crampes très-douloureuses survinrent dans les membres inférieurs. Je la vis à neuf et demie et la trouvai dans l'état suivant : Crampes violentes; vomissements de matières bilieuses; peau presque froide; face altérée; yeux caves et cernés, langue humide, peau chaude; pouls très-petit, dépressible.

Je la fis envelopper de deux couvertures de laine, entourer de bouteilles d'eau chaude, et elle but quelques bols d'infusion de fleurs de sureau sucrée avec le sirop composé.

Je recommandai qu'on vînt me prévenir si la malade souffrait autant dans la nuit. Je ne la revis que le lendemain matin, et j'appris que les crampes, les vomissements et les douleurs de ventre n'avaient eu qu'une durée de deux heures, que la malade avait eu une transpiration abondante et que la nuit avait été très-bonne. Cette femme ne se plaignait que de quelques douleurs de ventre non suivies de diarrhée. La face était calme et la voix qui était altérée avait repris de son timbre. Le pouls était accéléré, la peau chaude et humide. Je lui ordonnai des quarts de remède d'eau de pavot, des cataplasmes sur le ventre, et une infusion de tilleul légèrement vinaigrée. Je la quittai dans un état tellement satisfaisant que je ne la revis plus.

OBS. V. — La dame P..., demeurant rue de Buffault, 5, diarrhéique depuis quelques jours, fut prise, dans la nuit du 10 au 11 avril, de vomissements, de diarrhées plus abondantes, de refroidissement et de crampes dans les membres. Je fus appelé à cinq heures du matin le 11, et la trouvai dans l'état suivant : Vomissements incessants; crampes dans les membres excitant des cris; refroidissement général; affaissement tel que la tête était penchée dans la cuvette remplie de matières verdâtres mêlées de matières blanches; face grippée; yeux caves, cerclés de noir; pouls presque insensible; peau froide; membres inférieurs rétractés; voix éteinte.

Elle fut enveloppée de couvertures de laine, entourée de bouteilles remplies d'eau bouillante, soumise à l'usage de l'infusion de sureau sucrée avec le sirop composé. Je la revis à une heure. Les vomissements et la diarrhée n'avaient eu que deux heures de durée, moins abondants, moins fréquents, et les crampes s'étaient prolongées jusqu'à onze heures. Une selle sanguinolente avait eu lieu à dix heures, et depuis elle s'était présentée sur le vase sans résultat, éprouvant des épreintes et des ténesmes. La face avait perdu son aspect cholérique; le pouls était ample et dur; la peau chaude, couverte de sueur. La malade se disait très-bien.

La journée fut bonne, et le soir vers cinq heures je la trouvai plongée dans un sommeil duquel je l'arrachai difficilement; éveillée avec étonnement, elle se plaignait d'un grand mal de tête, accompagné de pesanteur et d'éblouissement. Le pouls était très-développé, dur; la peau brûlante et humide. Je fis appliquer quatre sangsues derrière chaque oreille, en recommandant de les faire saigner une partie de la nuit; on promena des sinapismes des jambes aux cuisses, et elle but une infusion légère de sureau légèrement vinaigrée. La nuit fut très-bonne, et le lendemain la visitant à cinq heures j'appris que ma malade s'était levée deux heures et que tout avait disparu. Je la quittai le 12 pour ne plus la revoir.

Cette observation se rapproche de celle de ce charpentier qui succomba à une congestion du cerveau, en ce que la dame P..., après avoir obtenu la réaction la plus vive à laquelle avait succédé ce bien être, il survint tout à coup une céphalalgie, suivie d'un assoupissement, un commencement de coma. Et je ne doute pas que si on avait abandonné la malade à ce calme apparent, une congestion l'aurait entraînée au tombeau.

Telles sont les observations qui militent en faveur de la réaction provoquée surtout peu de temps après l'invasion des symptômes tranchés qui ne laissent aucun doute sur la présence du choléra.

Le sirop que j'emploie diffère peu des moyens thérapeutiques préconisés, mais sa composition offre cet avantage qu'il détermine toujours et d'une façon continue une réaction, suivie d'une sueur abondante. Nous savons tous que le vinaigre est l'agent véritablement provocateur de l'accélération de la circulation, par cela même de la transpiration. Le sirop acétique entre pour beaucoup dans la composition du sirop que j'emploie; il détermine presque instantanément une chaleur douce, une réaction, suivie de sueurs abondantes qui durent plusieurs heures sans déterminer une sensation pénible.

L'acétate d'ammoniaque est un adjuvant puissant sans contredit, mais son action est de beaucoup augmentée par la présence du vinaigre. Il est à remarquer que le sirop diacode n'est pas atténué par la présence de l'acétate d'ammoniaque et du vinaigre, et que sous l'influence du mélange de ces substances les douleurs cessent, les crampes disparaissent avec les vomissements et la diarrhée. Dans les cinq observations, nous avons toujours observé ces effets plus ou moins promptement. Cela tient, selon nous, à ce que la réaction s'est développée très-rapidement d'une manière continue, suivie d'une transpiration abondante, et que la circulation troublée s'est rétablie sous son influence. Je pense donc que la réaction est le moyen le plus efficace pour conjurer les symptômes si funestes, qui ne tarderaient pas à se développer, si on n'employait les moyens les plus certains de la déterminer peu de temps après l'invasion. Nous admettons en principe cette explication théorique sur un fait qui nous surprend, et que nous admettons parce que nous l'avons vu, et que nous nous en rapportons plus au bien obtenu quatre fois sur cinq par une médication une et invariable qu'à telle ou telle théorie sur une maladie si peu connue, et de laquelle naîtrait une médication disparate qui jusqu'ici n'a point offert plus de résultats qu'en 1832.

Si nous sommes réduits en 1849 comme en 1832 à la médecine des symptômes, ne devons-nous pas chercher à combattre celui qui, primordial ou consécutif, est toujours le précurseur de la mort : je veux parler du refroidissement général, de cette asphyxie capillaire qui, arrêtant toute circulation périphérique, donne à la peau cet aspect mat ou bleuâtre. En général, c'est contre le refroidissement que l'on agit d'abord, et il semble que le toucher nous avertisse de l'empressement que nous devons mettre à le combattre. Aussi voyez-vous en ville ceux qui entourent un malade refroidi, recourir à tous les moyens capables de le réchauffer. L'espoir semble renaître quand la peau reprend de la chaleur, et tous les malades expriment un bien-être.

Que de moyens divers n'a-t-on pas employés pour arriver à ce but! Sable chaud, briques chauffées, couvertures de laine, entourées de bouteilles d'eau bouillante, bains de vapeurs, appareil Duval, draps imbibés d'eau froides, aspersions froides et abondantes pendant dix ou quinze minutes, massage, frictions, boissons chaudes de toute sorte. Cette disparité de moyens tendant au même but indique certainement que le refroidissement est le symptôme le plus funeste contre lequel on doit d'abord agir; aussi avons-nous toujours dirigé nos efforts vers ce but, et nous avons lieu de le regarder comme le plus nécessaire. Que fait l'ouvrier courbaturé, frissonnant, refroidi? Il se met au lit et boit du vin chaud sucré pour ramener la transpiration, et de cette médication instinctive il retire toujours de très-bons effets.

Les frictions que l'on préconise n'ont pas souvent le succès que l'on en espère; elles échauffent bien la peau, comme un corps inerte que l'on frotte avec un autre corps, mais elles ont l'inconvénient de meurtrir les capillaires et de provoquer des ecchymoses, et rarement la transpiration. Elles n'ont que l'avantage de calmer momentanément les crampes. Les liniments excitants répondent mieux à ce but que les frictions sèches, et encore ils agissent très-peu sur la peau des cholériques, qui a perdu en grande partie sa sensibilité et sa rétractilité.

L'opium sous toute forme, le chloroforme, agissent comme stupéfiants, et seuls ils ajoutent leur influence à la cause morbifique, en paralysant pour ainsi dire les moyens actifs, si nécessaires au début. Leur action est dirigée contre les évacuations si abondantes, que l'on regarde comme funestes. Je ne pense pas qu'elles soient la cause prochaine de la mort, car il est bien d'autres maladies dans lesquelles elles sont aussi abondantes sans déterminer la mort, à moins qu'elles ne soient causées et entretenues pendant longtemps par des altérations profondes de l'intestin. La méthode évacuante peut offrir des résultats satisfaisants, comme dans la fièvre typhoïde; mais dans le choléra, les observations de succès sont encore trop peu nombreuses pour qu'elles permettent de s'arrêter exclusivement à cette médication. Le hasard qui fournit à l'île de France le sulfate de soude à petite dose et en lavement comme le moyen le plus efficace contre les ravages de la dyssenterie, pourrait être un nouveau jalon pour la méthode évacuante; mais je pense que les évacuations cholériques, tout en étant dans la plupart des cas le symptôme primordial, ne sont que le résultat de la perturbation générale des fonctions, et surtout de la circulation.

C'est donc à rétablir le plus promptement possible la circulation capillaire que doivent tendre tous nos efforts, et la réaction, suivie de sueurs abondantes, me semble le meilleur moyen.

Concentrons donc nos ressources thérapeutiques; sachons si, développée au début, la réaction atténue ou dissipe les symptômes si rapides du choléra, et rayons de la liste tous ces remèdes disparates qui, n'aboutissant à rien, égarent l'esprit des médecins qui, comme nous, n'ont pu observer le choléra dans une grande ville ou dans les hôpitaux. Sachons tous, par une statistique bien faite et en dehors de tout désir de priorité, ce qui convient le mieux contre une affection si funeste. Le choléra est un, toujours le même, avec son même ensemble de symptômes; opposons-lui, après mûr examen, l'unité d'un moyen, s'il est reconnu le plus efficace; frappons dès le principe ce système primordial ou secondaire, le refroidissement, par une réaction douce, continue, qui ramène l'équilibre dans les fonctions. Ne perdons pas de vue les symptômes consécutifs de la réaction; surveillons nos malades; ne les abandonnons pas à ce calme trompeur qui dénote toujours une congestion active ou passive vers le cerveau; éveillons l'attention des surveillants, et opposons les antiphlogistiques modérés à ce dernier symptôme, le coma, qui compromettrait un succès espéré.

Mais avant d'appliquer en principe cette médication, la réaction, il faudrait, dira-t-on, définir la maladie. Nous ne la connaissons pas encore; nous constatons des lésions de fonctions sans avoir pu jusqu'ici toucher la cause principale, et nous sommes depuis dix-sept ans à la recherche des moyens les plus efficaces.

La principale lésion est l'asphyxie capillaire; la chaleur s'éteint de la périphérie au centre, et la circulation est frappée à mort. Il faut donc recourir aux moyens les mieux connus, les plus simples, pour la rétablir. Je propose donc le sirop composé, l'infusion de sureau vinaigrée, comme les diaphorétiques les plus puissants et le plus à la portée de tout le monde. Je ne puis m'expliquer les quatre résultats si heureux, si surprenants, que j'ai rapportés, que par la diaphorèse douce et continue que j'obtiens toujours très-rapidement par ces seuls moyens. Je n'ai, dans aucun de ces cas, les seuls que j'aie vus, employé d'autre médication, et ces succès m'obligent à ne recourir qu'à elle.

Nous conseillons donc :

1° De mettre le malade, s'il est possible, dans un sac à farine légèrement secoué, et chauffé à une température à peine supportable. Le sac est fait avec une matière aussi mauvaise conductrice de la chaleur que l'est la farine, qui, comme un vernis, bouche les interstices de la trame. La chaleur détermine un ferment qui porte son action secondaire sur le corps.

La première observation prouve l'heureux effet que nous avons obtenu de ce moyen si facile.

2° A défaut de sac, rouler à nu le malade dans deux couvertures de laine bien chaudes, entourées de quelques bouteilles d'eau bouillante;

3° Faire boire au malade, et tous les quarts d'heure, malgré les vomissements, une tasse d'infusion de fleurs de sureau concentrée et sucrée avecce sirop :

Prenez :	Sirop acétique.	45 grammes.
	Sirop diacode	32 —
	Acétate d'ammoniaque. . .	15 —
	Sirop d'écorces d'oranges .	32 —

4° Revenir à une seconde dose, si la première a été rejetée par les vomissements;

5° Laisser le malade pendant plusieurs heures dans le sac ou dans les couvertures; ne le changer que quand ces symptômes n'existent plus, dans la crainte de troubler la réaction;

6° Le remettre dans un lit bien chaud, et continuer à lui faire boire une infusion légère de fleurs de sureau sucrée avec du sirop de vinaigre ou du sucre, et une demi-cuillerée à café de vinaigre par tasse.

7° Si, une fois changé, le malade était plongé dans une somnolence, accusant un mal de tête, ou que le pouls ne présentât plus de volume, il faudrait promener des jambes aux cuisses, et même à l'épigastre, des sinapismes tièdes pendant quinze minutes chaque fois. Si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait appliquer quelques sangsues derrière chaque oreille ou pratiquer une petite saignée, et appliquer un vésicatoire à la nuque.

8° Si la diarrhée reparaît, ce que nous n'avons pas vu dans les cinq observations publiées, il faut l'arrêter à l'aide du lavement suivant :

Prenez :	Décoction concentrée de ratanhia.	200 grammes.
	Gouttes de laudanum de Rousseau.	X.
	Camphre.	3 décigrammes.
	Gomme Kino.	1 gramme.
	Jaunes d'œuf.	N° ij.

Faire boire dans la journée 500 grammes de décoction blanche de Sydenham, avec addition de 20 grammes de sirop diacode.

Cette médication est la seule que j'aie employée; je la soumets, avec les observations qui militent en sa faveur, à l'appréciation de mes confrères. Je n'ai vu que cinq cholériques graves, et quatre fois j'ai réussi en quelques heures à calmer tous les symptômes et à ramener la santé en trois jours. Je dirai que toutes les fois que j'ai été appelé près des malades qui ne présentaient que de légères influences, telles que diarrhée et refroidissement, je n'ai employé que le sirop mitigé, le lavement que j'indique et l'infusion de sureau légèrement vinaigrée, et que toujours j'ai arrêté les progrès de la maladie. Si plus tard je recueille encore quelques observations, je m'empresserai de les publier.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR PLUSIEURS CAS DE TRANSMISSION DU CHOLÉRA; par M. le docteur ALEXANDRE, médecin des épidémies dans le département de la Somme.

Monsieur le rédacteur,

En lisant ces jours derniers, dans votre estimable journal, ce qui s'est dit à l'Académie de médecine touchant la cholérine, soit sur sa nature, sur laquelle, je le vois bien, on ne se prononce pas, soit sur son importance comme prodrome du choléra, ainsi que vous l'avez si bien reconnu dès 1832, je regrettais que vous n'eussiez pas la connaissance de quelques faits que j'ai rencontrés tout récemment, et qui vous paraîtront, sans aucun doute, devoir jeter quelque jour sur ces deux points de doctrine. Voici ces faits :

OBS. I. — Il n'y avait à Hamel, commune rurale à 25 kilomètres d'Amiens, non plus que dans les communes voisines, aucun cas de cholérine ni de choléra, lorsque, le mercredi 4 avril, arrive dans ce village, venant de Paris où il tenait garnison, un soldat nommé Guilbert, du 52e de ligne, je crois, et atteint de diarrhée. La diarrhée, ainsi que ce militaire nous l'a dit, à M. le docteur Rigollot et à moi, à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, où il est venu se faire guérir, datait déjà de quelques jours et avait été accompagnée, dès le début, de malaise général, de perte d'appétit et de maux de cœur. Guilbert est reçu dans la maison paternelle, où il reste alité le jeudi, le vendredi et le samedi. Le dimanche matin, il se rend à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. C'est aussi ce même jour que Guilbert (André), âgé de 32 ans, frère du militaire, éprouve les atteintes d'un choléra foudroyant qui, sans prodromes, sans cholérine, le tue en douze heures avec les symptômes suivants : vomissements abondants de matières séreuses, blanchâtres; selles de même nature, et si abondantes que le malade semblait se vider, comme on l'a dit près de lui; crampes horribles; extinction de la voix; suppression des urines; cyanose, etc. André Guilbert était marié; il n'habitait pas la maison paternelle, mais il s'y était rendu plusieurs fois chaque jour depuis l'arrivée de son frère.

OBS. II. — Guilbert le père, âgé de 54 ans, ayant dix enfants, vivant avec eux dans la misère, chez lequel est descendu et a couché le militaire, éprouva dès le vendredi 6, c'est-à-dire le second jour du séjour de son fils dans sa maison, les symptômes d'une cholérine qui dura le samedi, le dimanche et le lundi, pour être suivie, le mardi 11, du choléra le mieux caractérisé. Alors vomissements de matières séreuses, blanchâtres, abondantes; diarrhée de même nature; crampes; cyanose; voix éteinte; amaigrissement rapide; pouls comme un cheveu; puis réaction assez bonne; retour de la chaleur; transpiration; retour de la voix; pouls meilleur; puis enfin stupeur; somnolence; nouvelle chute du pouls, et la mort ayant lieu le dimanche suivant 15 avril, après quatre jours de cholérine, six jours de choléra : en tout dix jours de maladie.

OBS. III. — L'épouse d'André Guilbert, âgée de 30 ans, d'une constitution frêle, est prise le 11 avril, trois jours après la mort de son mari, d'une cholérine qui dure deux jours, suivie de vomissements et de diarrhée, de matières blanchâtres très-séreuses, abondantes, avec douleurs vives dans la région épigastrique, anxiété, jactitation, crampes, cyanose, voix éteinte, pouls presque nul. Elle meurt le 16, le sixième jour depuis l'invasion de la maladie.

OBS. IV. — Un autre fils de Guilbert père, âgé de 17 ans, demeurant aussi dans la maison paternelle, a eu une simple cholérine dont il est guéri.

OBS. V. — Un enfant âgé de 4 ans, fils d'André Guilbert, a eu la diarrhée séreuse avec vomissements de matières séreuses, crampes, amaigrissement rapide, mais sans cyanose. Il est aujourd'hui convalescent.

OBS. VI. — Valentin Couture, âgé de 63 ans, père de l'épouse d'André Guilbert, après avoir donné ses soins à son gendre et à sa fille, éprouve, dès le 13 avril, de la diarrhée; il a des vomissements et des crampes; son visage est profondément altéré; les paupières sont enfoncées dans les orbites, les urines supprimées; la voix est éteinte; le pouls reste assez bon. Ce sujet est aujourd'hui en voie de guérison.

OBS. VII. — Un enfant de 11 ans, scrofuleux, éprouve, le samedi 14 avril, les symptômes du choléra; il meurt le lendemain, après quinze heures de maladie. Cet enfant allait chez Guilbert père, dont la maison est contiguë à celle où il demeurait. Son père et sa mère ont aussi donné des soins aux époux André Guilbert.

OBS. VIII. — Couture (Jean-Baptiste), âgé de 32 ans, fils de Couture (Valentin), qui a soigné André Guilbert et sa femme, est malade depuis avant-hier d'une diarrhée donnant lieu à des évacuations de matières durables. Cet homme est fort peu malade le 19 avril, jour où nous le visitons.

Je dois vous dire, monsieur le rédacteur, que le militaire qui est venu semer cette maladie dans son village est sorti de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri, après quelques jours de séjour dans cet établissement, et sans que l'on y ait vu naître aucune affection analogue à la sienne.

Ces faits qui, à cause de leur isolement dans une petite localité, ont pu être bien observés, prouvent bien, par leur filiation sur les personnes d'une même famille ou en rapport de voisinage, que le choléra est contagieux dans quelques circonstances que l'on ne saurait encore déterminer. M. le docteur Vétiguié, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville, en a publié en juin 1847 (DOCUMENTS SUR LE CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE) d'autres en plus grand nombre qui avaient mis déjà cette vérité hors de doute. Mais ce que les faits de Hamel tendraient à prouver aussi, c'est la nature identique, dans quelques cas, de la cholérine et du choléra.

LETTRE SUR UN CAS DE CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE OBSERVÉ A PARIS A LA FIN DE L'ANNÉE 1847, ET SUR UN MOYEN DE FAVORISER LA RÉACTION; par M. le docteur CLIET.

Monsieur le rédacteur,

A une époque où il n'était nullement question de choléra, en novembre 1847, je fus appelé pour donner mes soins à un malade dont voici l'observation :

OBS. I. — Le sieur Simon Ravanel, âgé de 25 ans, voiturier de la maison de roulage de MM. Mathieu, et demeurant rue Grenelle-Saint-Honoré, 51, me fit chercher vers minuit. Au moment où j'entrais chez lui, une femme d'un certain âge en sortait avec précipitation. (Je reviendrai sur cette circonstance.)

Voici l'état dans lequel je trouvai le malade, état qui durait depuis deux à trois heures, me dit une jeune femme qui seule l'assistait en ce moment :

Facies cadavéreux; yeux enfoncés dans les orbites; parole brève et voix extrêmement faible; refroidissement glacial de tout le corps; ongles et mi-partie des doigts des mains et des pieds cyanosés; pouls à peine perceptible; crampes atroces aux extrémités inférieures et aux muscles de l'abdomen; vomissements abondants et déjections alvines fréquentes, liquides et contenant des granulations albumineuses; en un mot, tous les symptômes les plus caractéristiques du choléra asiatique.

N'ayant pu me procurer, chez le malade, ni plume ni encre, je fus obligé d'aller chez le concierge pour formuler mon ordonnance.

Là je retrouvai la vieille voisine qui était sortie précipitamment de chez le malade au moment où j'y entrais, et qui me dit aussitôt qu'elle m'aperçut : « Ah

mon Dieu! monsieur le docteur, voici donc encore le choléra à Paris. C'est que je m'y connais, moi, j'en ai malheureusement assez vu, etc., etc. »

Dans la crainte qu'un tel fait ébruité (fait que je devais considérer comme isolé, jusqu'à plus ample informé) ne vînt à jeter de fâcheuses inquiétudes dans le public, je cherchai à persuader à cette femme qu'il existait bien, en effet, dans l'affection du sieur Simon, des symptômes cholériformes, mais que ce n'était point là le véritable choléra *asiatique*, mais tout au plus le choléra *sporadique*. Ces grands mots avaient manqué leur effet; je m'en aperçus à l'effroi qui restait peint sur la figure de cette femme et sur celle de la concierge. Au surplus, pressé de secourir le malade, je laissai là cette conversation pour formuler l'ordonnance suivante :

1° Infusé très-fort et très-chaud, de menthe, p. 250 grammes.
Acétate d'ammoniaque, liq. . . . . 50 —
Laudanum, liq. Sydh. . . . . 3 —
Sirop s. . . . . 60 —
Mêlez.

Faire prendre immédiatement au malade un demi-verre de cette potion; l'administrer ensuite de dix minutes en dix minutes par deux cuillerées à bouche chaque fois.

2° Recouvrir le ventre et la poitrine; envelopper les jambes et les avant-bras avec des serviettes trempées dans une eau bouillante et tenant en dissolution plusieurs poignées de sel de cuisine.

Le lendemain matin, je trouvai en arrivant le sieur Simon assis sur son lit; sa figure, encore très-abattue, avait toutefois repris son expression naturelle; il n'existait plus ni vomissements, ni déjections, ni coliques, ni crampes, etc.

Si j'ai tardé si longtemps à publier cette observation, c'est d'une part, parce que je n'ignore pas combien, en matière d'épidémie surtout, la publicité d'un succès isolé est en général insignifiante pour la science, et d'une autre part, parce que rien, à l'époque où j'ai recueilli cette observation, ne motivait cette publicité.

Mais les circonstances aujourd'hui sont bien différentes; et en outre, voici que, *Roberto experto*, je puis parler de l'effet produit *sur soi-même* par la médication que j'avais employée chez le sieur Simon Ravanel.

Obs. II. — Le 28 mars dernier, à sept heures du soir, étant occupé fort paisiblement à lire, au coin de mon feu, je fus saisi d'un brusque accès de choléra (1) : violentes coliques, déjections répétées et abondantes par le bas; nausées continuelles (pas de vomissements); froid glacial de tout le corps (pas de cyanose); *inquiétudes* dans les mollets (pas de crampes); pouls vermiculaire; altération et lividité de la face; affaissement général; tels furent les symptômes que je pus constater dans les quinze minutes qui suivirent le début de l'accès (2).

Dès les premières atteintes que je ressentis, je fis mettre immédiatement de l'eau sur le feu, pour préparer une abondante infusion de menthe, et j'envoyai chercher en même temps, chez le pharmacien, de l'acétate d'ammoniaque liquide et du laudanum. Je pus donc commencer à boire de ma potion un quart d'heure environ après le commencement de l'accès.

Les symptômes déjà indiqués persistèrent au même degré pendant près d'une heure; mais vers les neuf heures (c'est-à-dire *deux heures après l'invasion*), *tous les symptômes avaient complétement disparu.*

N'allez pas conclure de ma communication, monsieur le rédacteur, que j'aie la prétention d'avoir découvert le *véritable* remède du choléra (j'ose croire que vous me connaissez assez pour ne pas me supposer capable d'une telle absurdité). Il suffit en effet de jeter un coup d'œil sur la composition de ma potion, pour reconnaître que toutes les substances qui en font partie ont toutes été employées plus ou moins contre le choléra. Mais ces substances ont-elles été employées à la même dose, réunies de la même manière et administrées d'après le même mode? Là est toute la question, question que des épreuves malheureusement très-faciles à faire aujourd'hui pourront résoudre en quelques jours.

(1) Je ne fus point surpris de cette terrible visite; j'y étais en quelque sorte préparé, moralement et physiquement, par quatre-vingts jours de douleurs rhumatismales, de diète, d'embarras gastrique, etc., et par cinquante nuits passées sans sommeil. J'ajouterai que je ne suis pas même encore débarrassé de mes douleurs rhumatismales.

(2) Je n'ignore point qu'il manque à ce tableau, quelques symptômes caractéristiques du choléra; mais mon intime conviction est que leur absence ou leur non-apparition est due à la rapidité et à l'énergie de la médication que j'ai employée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(SUITE.)

II. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

SUR UNE PARTICULARITÉ DE L'HUMÉRUS ET DE L'ARTÈRE HUMÉRALE; par M. STRUTHERS.

On ne cite que bien peu d'exemples de sujets chez lesquels l'artère humérale et le nerf médian, au lieu de gagner le devant du pli du bras, continuent à descendre vers le condyle interne, et passent là à travers une ouverture particulière, osseuse ou fibro-osseuse, que leur offre l'humérus. Cette disposition s'est présentée si souvent à l'auteur dans ses dernières dissections, qu'il a été conduit par là à appeler l'attention des médecins sur une anomalie, intéressante soit par elle-même, soit à cause de son analogie avec la structure naturelle de quelques animaux. En effet, on la rencontre chez les quadrumanes, les rongeurs, les édentés, et plus spécialement les carnivores.

Tiedemann en rapporte un exemple dans sa quinzième planche; mais, dans son cas, ce n'était qu'une volumineuse branche interosseuse qui passait par le trou, et non le principal tronc artériel du membre. MM. Knox et Quain ont également constaté cette déviation.

M. Struthers l'a observée sept fois dans l'espace de quatre années sur des cadavres qu'il disséquait lui-même, ou qu'il faisait disséquer par des élèves. Chez tous, le nerf et l'artère, avant sa division, passaient par l'ouverture indiquée, excepté sur le bras droit du dernier sujet, où l'artère suivait son trajet ordinaire, le nerf médian enfilant seul l'ouverture de concert avec une petite branche artérielle musculaire qui représentait, pour l'origine et la grosseur, la collatérale profonde.

Le plus ordinairement l'arcade est ostéo-fibreuse, et la partie osseuse naît à une distance d'un pouce et quart à deux pouces un quart du condyle interne, et plus près du bord antérieur de l'humérus que de l'interne. Cette apophyse n'a jamais excédé trois quarts de pouce de longueur; elle donne attache par son extrémité au ligament qui s'étend dans la même direction, et complète l'ouverture en s'attachant au condyle.

L'auteur pense que lorsque l'anomalie existe d'un côté, on la rencontre aussi de l'autre, sauf quelques différences dans la longueur de l'apophyse. Du reste, il a trouvé cette même différence de dimension entre les deux côtés, en disséquant des animaux où la disposition est générale. Chez eux, on voit aussi quelquefois le nerf seul passer, d'un côté, sous l'arcade, et de l'autre, le nerf et l'artère y être contenus.

Les résultats de ses dissections conduisirent M. Struthers à penser que peut-être cette irrégularité, plus fréquente qu'on ne le croit, a parfois été méconnue; il fit en conséquence des recherches à cet égard dans le musée du collége royal des chirurgiens à Édimbourg, et en trouva là en effet quatre nouveaux exemples, deux desquels existaient d'un seul côté, sur le bras gauche.

Comme la saillie que forme l'apophyse peut facilement être sentie sur le vivant à travers la peau, le chirurgien qui aurait une opération à pratiquer sur cette région ne devra jamais négliger de l'explorer auparavant, dans le but de découvrir si une semblable disposition existe.

SUR LE TRAITEMENT DU VARICOCÈLE PAR LA COMPRESSION; par M. RAMSAY THOMSON.

L'auteur déclare d'abord que ce mode de traitement est à peine connu des chirurgiens : il avoue même qu'au premier coup d'œil il doit passer à leurs yeux pour être plutôt dangereux qu'utile, puisqu'il semble aller directement contre le but qu'on doit se proposer pour la cure des varices. Cependant, après avoir montré les périls (1) auxquels exposent les opérations récemment imaginées pour la cure radicale, il espère pouvoir dissiper les préventions défavorables que l'induction conduit à entretenir contre sa proposition. Nous suivrons, dans cet exposé, la même marche que lui, et nous commencerons par raconter le fait qui lui a ouvert les yeux sur l'efficacité de ce traitement, nous réservant d'analyser ensuite les explications qu'il donne du résultat obtenu.

Obs. — Un homme vint consulter M. Thomson pour un varicocèle du côté droit, datant de vingt-deux ans, qui avait autrefois été pris pour une hernie et

(1) M. Syme, dit l'auteur, a vu succomber un homme aux suites de l'opération; mais il ne spécifie pas par quel procédé elle avait été faite.

traité comme tel. Un plexus de veines dilatées entourait entièrement le corps du testicule et s'étendait jusqu'au canal inguinal. — Outre le tiraillement et la pesanteur des lombes, effet ordinaire de la maladie, cet homme en avait le moral affecté à un degré extraordinaire.

Il avait déjà remarqué que ses douleurs diminuaient quand il prenait la précaution de serrer son pantalon de manière à comprimer les veines non-seulement du scrotum, mais aussi du canal inguinal.

Lorsqu'il vint consulter M. Thomson, celui-ci se rappelant une indication semblable formulée par M. Curling, conseilla au malade de porter un bandage élastique dont la pelote, maintenue par un sous-cuisse, pressait sur toute l'étendue des veines dilatées.

Depuis dix mois qu'il a commencé ce traitement, les veines ne se tuméfient plus, quoiqu'il se livre aux plus violents efforts. Pendant tout ce laps de temps, il est resté parfaitement exempt de toutes les incommodités suite ordinaire de cet état morbide. Il est maintenant libre, en apparence, d'infirmité, et les deux testicules ont leur volume normal.

Si les chirurgiens sont détournés d'employer ce mode de traitement, cela tient peut-être à ce qu'ils s'imaginent que, pour réussir, la pression doit être portée au point d'amener l'oblitération des veines malades. Mais il n'en est point ainsi. Il suffit seulement d'une pression ferme et égale qui n'obstrue pas le calibre des vaisseaux, mais apporte à leurs parois affaiblies un soutien capable d'épargner à la partie du tronc vasculaire qui est inférieure le poids de la colonne sanguine supérieure. L'agent compressif est donc ici destiné à suppléer dans leur office les valvules auxquelles la distension du vaisseau ne permet plus de fonctionner. Et lorsqu'ensuite le tube a recouvré ses dimensions primitives, alors les valvules reprennent leurs attributions, qui sont de résister à la pression hydrostatique.

Pour produire un effet avantageux sans intercepter la circulation dans le testicule, il s'agit donc de rencontrer justement le degré de force convenable à employer, ce qui est le point délicat de ce traitement.

Dans un appendice spécial, M. Thomson montre par des chiffres la fréquence extrême du varicocèle, ainsi que la gravité des incommodités qui en résultent. Ainsi, en consultant le nombre des cas d'exemption du service militaire prononcés parmi les recrues de toute la Grande-Bretagne pour cette cause, on trouve que :

En 1844, sur 17,540 examinés, 424 ont été rejetés comme atteints de varicocèle.

En 1845, sur 13,370 examinés, 264 ont été rejetés pour la même cause.

Dans les inspections passées à Édimbourg, de 1817 à 1822, sur 4469 examinés, 140 varicocèles ont été refusés.

Dans celles passées à Glasgow, de 1817 à 1823, sur 5755, on en dut refuser 98.

Total général : sur 41,184 conscrits, 926 ont été reconnus comme assez fortement affectés de varicocèle pour être dispensés du service.

Dans les deux dernières catégories, on a tenu compte du côté affecté, et l'on a trouvé que,

De 238 sujets (qui en forment le total), 9 portaient le varicocèle à droite, 221 à gauche, et 8 des deux côtés.

— Malgré les encourageantes promesses de l'auteur, nous n'osons qu'à peine joindre nos recommandations à ses conseils. Si l'on veut une pression qui facilite la circulation, il ne suffit pas, comme le croit M. Thomson, de déterminer *le degré* de force à lui donner ; il faut surtout l'exercer sur *toute la longueur* des vaisseaux sur lesquels on se propose d'agir. Or cette condition nous paraît, au scrotum, très-difficile, sinon impossible à remplir, et ce n'est pas du moins un mécanisme analogue aux bandages herniaires qui nous paraîtrait le plus propre à réaliser l'indication.

NOTE SUR UNE MIXTURE DE CAMPHRE ET DE CHLOROFORME ; par MM. T. et H. SMITH, pharmaciens.

MM. T. et H. Smith viennent de découvrir un moyen précieux d'administrer le camphre dans un état parfait de solution, et même de solution concentrée ; il consiste à l'unir au chloroforme, suivant cette formule : camphre solide, 3 *drachmes ;* chloroforme, 1 *drachme.* La solution a lieu très-rapidement et très-complétement. C'est un fait vraiment curieux et qui n'a peut-être pas son analogue en chimie que la petite proportion du liquide dissolvant par rapport à celle du solide dissous. L'addition d'une certaine quantité d'eau émulsionnée avec un jaune d'œuf bien frais ne donne lieu à aucune séparation de particules camphrées ou de chloroforme. Si l'on ajoute de cette émulsion qualité suffisante pour obtenir une mixture de 4 onces, chaque cuiller à thé de la mixture contient environ 5 grains et demi de camphre.

Les auteurs ont mis la nouvelle mixture camphrée en contact avec plusieurs préparations pharmaceutiques pour voir si elles n'y amèneraient pas quelque décomposition. Ils en indiquent déjà un certain nombre en présence desquelles le camphre s'est maintenu à l'état de solution parfaite ; ce sont : une solution saline composée de sel commun et de phosphate de soude ou de carbonate alcalin, une solution de muriate de morphine et de sulfate de zinc, l'alcali volatil, les acides liquides, une faible solution d'acide acétique ou muriatique. En présence de l'eau seule, la mixture laisse au bout de peu de jours déposer du camphre, mais qui se redissout promptement par une légère agitation.

PLAIE DE POITRINE, PÉNÉTRANT DANS LE VENTRICULE DROIT DU CŒUR ; par M. TRAILL.

Les circonstances anatomiques de cette blessure signalent un singulier mécanisme dans l'action du corps vulnérant, qu'il ne sera pas sans intérêt de placer sous les yeux du lecteur, afin de le mettre en garde contre la méprise où il pourrait aisément tomber, en présence d'un cas semblable.

OBS. — Le vendredi 20 septembre 1848, dit l'auteur, je fus appelé auprès d'un jeune homme de 19 ans. Une heure auparavant, après avoir mangé des fruits en abondance et bu du rhum, il avait reçu d'une servante qui se débattait contre lui un coup de ciseaux fraîchement aiguisés, dans la poitrine. La plaie saigna copieusement ; les assistants effrayés l'inondèrent d'eau froide jusqu'à ce que l'hémorrhagie se fût arrêtée.

A mon arrivée, il était couché, pâle ; sa contenance exprimait l'anxiété ; pouls faible, respiration facile, vomissements de matières végétales fermentées. Il disait n'éprouver que peu de douleur. Je trouvai, du côté gauche de la poitrine, une plaie par piqûre, commençant au bord inférieur de la troisième côte, environ à un pouce et demi du sternum, et pénétrant obliquement en bas et en avant, à la profondeur de 2 pouces et demi ; un stylet introduit dans ce trajet touchait la quatrième côte, puis passait sur le sternum, de manière qu'on pouvait le sentir sous les téguments jusqu'à la ligne médiane.

L'examen fut répété avec une sonde mousse ; il donna le même résultat. Ne trouvant d'ailleurs, à la percussion comme à l'auscultation, aucun signe d'épanchement ou d'autre désordre des organes pulmonaires, j'en conclus que la plaie n'avait pas pénétré. Dans le cours du traitement, l'exploration du trajet fut encore faite par M. W. Traill (frère de l'auteur), et par le docteur Bruce. Il leur parut à tous les deux n'être que superficiel.

J'attribuai l'état général du blessé à la perte de sang, à l'indigestion et au froid résultant de l'eau projetée sur sa poitrine. Je lui donnai en conséquence un peu de thé avec quelques doses d'ammoniaque. Au bout de deux heures, il se trouva beaucoup mieux.

La matinée suivante, il dit avoir un peu dormi ; pouls à 110, assez plein, mais compressible et régulier ; moins d'anxiété. Il se plaint d'une douleur au centre de la poitrine, qui est aggravée par une forte inspiration. Je fis une saignée, mais la syncope qui survint m'empêcha de tirer plus de 6 ou 7 onces de sang. Il s'en trouva cependant bien soulagé. Il fut aussi purgé. Ce jour-là, il quitta plusieurs fois le lit et se promena dans la chambre.

Dans la soirée, son état devint plus grave ; je le trouvai délirant, s'agitant continuellement dans le lit et demandant qu'on lui ôtât le poids qu'il disait sentir sur la poitrine prêt à le faire mourir. Oppression, pouls faible, vif, et, pour la première fois, irrégulier. Anxiété, pâleur. J'essayai de nouveau de le saigner ; mais il tomba en défaillance dès qu'il eut perdu 5 onces de sang.

Les symptômes ne firent qu'augmenter pendant la nuit, et il mourut le vendredi soir, cinquante-deux heures après avoir reçu le coup. Pendant les dernières heures, une teinte rouge érythémateuse envahit le pourtour de la plaie, et aussi les piqûres de saignée.

(M. Traill ajoute, après l'observation, que le malade fut saigné cinq fois, et qu'il en éprouva toujours quelque soulagement.)

AUTOPSIE faite quinze heures après la mort.

En introduisant avec force le petit doigt dans la blessure, il touche le cartilage de la quatrième côte qui a été divisé en partie ; puis il passe sans difficulté dans la cavité de la poitrine et se trouve là en contact avec un sac contenant évidemment un fluide.

Par la dissection, nous constatâmes que la plaie avait commencé au bord inférieur de la troisième côte, à un pouce et demi du sternum ; de là se dirigeant obliquement en bas et en dedans, elle était entrée dans la poitrine, vers le bord supérieur de la quatrième côte, près de son extrémité sternale. Elle avait alors passé à travers le médiastin antérieur, sans ouvrir le sac pleural, entré dans le péricarde par sa surface antérieure, et de là directement dans le ventricule droit du cœur.

Le péricarde contenait de 8 à 10 onces de sang noirâtre, coagulé en partie, et constituait ce sac que l'on avait senti en passant le doigt dans la blessure. Point d'épanchement dans les cavités pleurales. Le cœur était vide et semblait d'un petit volume, décoloré, mais sain d'ailleurs. Aucune trace d'altération inflammatoire, ni dans le cœur, ni dans la plèvre, ni dans les poumons. On voyait à la surface interne du ventricule un petit coagulum de fibrine, du volume environ d'un pois et de forme sphérique, adhérent à l'orifice de la plaie de manière à la fermer en apparence.

La plaie du cœur était située vers le tiers moyen ou le milieu du ventricule, tout à fait près de sa jonction avec la paroi du ventricule gauche ; elle avait à l'extérieur moins d'un quart de pouce de longueur, et à l'intérieur un huitième

de pouce. Elle divisait les fibres musculaires dans une direction presque transversale. La plaie du péricarde était aussi d'un quart de pouce.

La plaie des parois thoraciques était beaucoup plus longue que celle de la peau, de sorte que la première admettait aisément le doigt à travers les muscles intercostaux, sans qu'on exerçât aucune dilatation sur cette partie du trajet, où était comprise une division du cartilage costal. Ce cartilage avait subi une solution de continuité très-oblique, évidemment produite par un instrument tranchant; son bord interne était constitué par lune très-mince anguette.

Les ciseaux, agent de la blessure, étaient forts et épais, avec les deux lames égales et épaisses du dos, mais bien pointues.

Nous demeurâmes quelque temps, ajoute l'auteur, sans pouvoir nous rendre compte de la manière dont s'étaient produites ces deux plaies, l'une extérieure, l'autre pénétrant à travers la paroi thoracique. Mais il nous parut enfin que sans doute les ciseaux, s'enfonçant d'abord fermés, avaient pu s'ouvrir au moment où leur pointe rencontra le bord supérieur de la quatrième côte. Alors l'une des branches glissa sous les téguments, y déterminant la solution de continuité qu'on reconnût seule durant la vie; l'autre pénétra dans la poitrine et alla perforer le ventricule.

— Les choses ont sans doute pu se passer ainsi qu'il vient de l'être expliqué. Il nous semble cependant que s'il y avait réellement eu deux plaies, leur existence aurait été mentionnée dans la relation de l'autopsie. Or nulle part dans le texte (que nous avons fidèlement reproduit ci-dessus), il n'est question de la plaie sous-cutanée. Cette sorte de contradiction involontaire entre le récit de l'auteur et ses conclusions doit-elle porter à penser que son ingénieuse version repose sur une erreur de diagnostic, et ne pourrait-on point supposer que le stylet qu'il a cru, sur le vivant, introduire dans une solution de continuité, n'a fait en réalité que glisser entre des parties saines et intactes?.... Nous laissons, bien entendu, la question indécise; car, pour notre propre compte, malgré les doutes que nous avons dû exprimer, nous inclinerions de préférence à admettre l'interprétation, d'ailleurs fort rationnelle, de M. Traill.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 AVRIL.

MORTALITÉ COMPARÉE POUR LA FRANCE.

M. H. Carnot adresse une nouvelle table de mortalité comparée pour la France entière, établie d'après les documents qui lui ont paru mériter le plus de confiance. Voici le résumé et les conclusions des tables :

1° De 1806 à 1840, à égalité de naissances annuelles, la population de la France, en enfants et adolescents au-dessous de l'âge de 20 ans, a augmenté de 28 p. 100. Le nombre des jeunes gens de cet âge s'est accru dans la même proportion.

2° La population au-dessus de l'âge de 20 ans n'a pas cessé d'être proportionnelle aux naissances annuelles. Leur rapport invariable a été 20,21405.

3° La vie moyenne de la France est restée, à très peu près, dans le rapport moyen 1,123 avec la vie moyenne de la ville de Paris.

4° La mortalité *relative* est restée la même : 1° de 12 à 13 ans; 2° au-dessus de 50 ans. Elle a été moindre de 0 à 12 ans, plus grande de 13 à 50 ans.

5° La probabilité pour l'enfant nouveau-né d'atteindre l'âge de 40 ans est restée la même. La probabilité d'atteindre un âge au-dessous de 40 ans a augmenté; celle d'atteindre un âge plus avancé a diminué.

6° Le célibat des filles a été en progression *proportionnelle* constante de 1806 à 1840, et l'âge moyen du mariage s'est élevé de 26 ans, chiffre de 1806 à 26 ans, 14.

7° Les naissances annuelles se sont accrues de 1806 à 1827 à très-peu près de 0,0022 par an. Elles ont commencé à décroître depuis 1827 d'environ 0,0005 annuellement. Cette diminution a porté principalement sur les naissances légitimes; les enfants naturels n'ont pas cessé de s'augmenter. L'accroissement annuel moyen des naissances illégitimes a été 0,0029 de 1806 à 1840, celui des naissances légitimes étant 0,00082, c'est à dire 3 fois 1/2 moins.

INFUSOIRES MICROSCOPIQUES DANS LES DÉJECTIONS ALVINES DES CHOLÉRIQUES.

M. Pouchet annonce à l'Académie qu'ayant eu récemment l'occasion d'examiner les déjections alvines de quatre cholériques, il a pu vérifier qu'il existait dans celles-ci une immense quantité d'infusoires microscopiques. L'animalcule qu'il a observé dans ce cas est extrêmement petit : c'est le *vibrio rugula* de Müller et de Schrank. Il offre de 7 à 8/1000 de millimètre de longueur. Ses mouvements sont parfois brusques, rapides; aussi un œil exercé parvient-il facilement à le distinguer parmi une foule de granules ou de corpuscules allongés animés du mouvement brownien, et au milieu desquels il s'agite.

M. Pouchet n'a trouvé ces animalcules que dans les selles caractéristiques ayant l'apparence de l'eau de riz ou de petit-lait, et lorsqu'elles étaient examinées très-peu de temps après avoir été rendues. Il ne l'a point rencontré dans les vomissements. C'est cette même espèce de vibrion que Leeuwenhoeck découvrit dans les déjections dyssentériques.

ACTION DU CHLOROFORME INJECTÉ DANS LES ARTÈRES.

M. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, envoie une série de recherches sur l'action du chloroforme injecté dans les artères, dans le sens du cours du sang; il résulte de ces recherches que le sang injecté de cette manière produit une contraction tétanique des muscles de la vie organique et animale, au lieu du relâchement qu'on observe dans les inhalations.

DÉVELOPPEMENT DE LA FIBRE MUSCULAIRE DU CŒUR ET DES MUSCLES DU MOUVEMENT VOLONTAIRE DES ANIMAUX VERTÉBRÉS.

M. le docteur Lebert envoie un mémoire sur ce sujet, qui peut se résumer dans les termes suivants :

Quelles que soient les différences de détail pour le développement de la fibre musculaire dans les diverses classes d'animaux vertébrés, il y a des lois fondamentales applicables à toutes. On peut distinguer dans la myogénésie trois périodes : 1° l'état primordial, blastème globulaire, les globules plastiques étant les mêmes pour les muscles que pour les autres tissus et organes dans leur première ébauche; 2° apparition au milieu de cette substance globuleuse d'un certain nombre de corps irréguliers, arrondis, qui sont la première apparition des cylindres musculaires, et que l'auteur appelle corps myogéniques; 3° développement ultérieur de ces corps encore difformes, allongement, régularisation des contours, disparition des globules plastiques renfermées dans l'intérieur des cylindres primitifs des oiseaux, bien plutôt que pour les autres vertébrés. On voit ensuite des stries longitudinales paraître dans l'intérieur de ces corps cylindriques, et un peu plus tard on voit les raies transversales apparaître à la surface et devenir peu à peu tout à fait parallèles et régulières. A mesure que cette évolution progresse, les globules plastiques qui séparaient les cylindres disparaissent, et c'est ainsi que la fibre musculaire prend sa forme définitive.

Le développement du cœur est bien plus précoce dans l'embryon de l'oiseau que dans celui des autres vertébrés par rapport à l'apparition des muscles du mouvement volontaire. L'inverse a lieu pour les batraciens; ces différentes sont bien moins marquées pour l'embryon du mammifère et celui du poisson.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'une formule prophylactique contre le choléra.

2° Une lettre du même ministre, avec envoi d'un remède propre à guérir la teigne.

3° Une troisième lettre du même ministre, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Bérard, de Saint-Jean-d'Angély, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Dampierre.

4° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un échantillon d'une substance dite *poudre alimentaire*, propre à confectionner une *crème nutritive*.

— M. Cazenave (de Bordeaux), communique un cas de taille bilatérale et un deuxième fait de resection d'une exubérance du col utérin chez une jeune fille vierge.

CHOLÉRA.

L'Académie reçoit les communications suivantes relatives au choléra :

M. Brochard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou, adresse une lettre contenant la narration des faits suivants :

Dans la nuit du 30 au 31 mars, arrivée d'une voiture de nourrices de la rue Sainte-Apolline. Dans cette voiture se trouvait une nourrice qui avait déjà la diarrhée en partant de Paris, qui l'eut plus fort encore en route, et qui présenta tous les caractères du choléra dès le samedi. Le lendemain de son arrivée dans la commune de Brunelles, cette femme mourut. Le nourrisson mourut du choléra dans la nuit du dimanche au lundi.

La femme Benoît, nourrice du même convoi, fut prise du choléra à Nogent, le dimanche matin, et mourut le lundi à deux heures. Deux des femmes qui ont soigné la femme Benoît ont été prises du choléra à quelques jours d'intervalle. Une des femmes qui ont soigné la nourrice de Brunelles est également morte du choléra; mais aucun autre cas ne s'est manifesté dans cette commune.

Mais à Nogent-le-Rotrou il y a eu, depuis le 1er avril, plus de trente cas de choléra mortels, et une vingtaine sont encore en traitement.

On n'est pas aussi secondé qu'on le voudrait bien par les personnes qui entourent les cholériques, parce que l'idée de la contagion effraye.

M. Murville, chirurgien de l'hôpital militaire de Lille, adresse une lettre renfermant les détails suivants :

Le premier malade atteint du choléra dans les environs de Lille habitait une

maison malsaine, située à proximité du canal de la Deule. Il est avéré que ce malade n'a eu aucun rapport avec d'autres individus atteints du choléra, et qu'il n'a fait aucun voyage dans des lieux où régnait l'épidémie; mais la maladie sévissait dans le village de Santes, situé à deux lieues de Lille, près de la petite rivière de la Deule.

Les second et troisième malades étaient des membres de la famille du premier, et habitaient sous le même toit.

Le quatrième malade n'a eu aucun rapport avec les précédents, du domicile desquels le sien était éloigné d'une portée de fusil.

Le cinquième malade habitait une maison en face de celle qu'habitait le quatrième.

Le premier cas de l'intérieur de la ville s'est manifesté dans une rue (de la Baignerie) située près du canal qui communique avec la Deule.

Une dame habitant le faubourg de Gand, où régnait avec intensité l'épidémie, vient dans la ville habiter avec sa famille; pendant trois jours elle ne présente aucun symptôme de maladie, puis elle est tout à coup prise d'un choléra intense qui la tue dans la journée. Aucun autre membre de la famille n'est affecté.

— M. Burq, externe-interne à l'hôpital Cochin, propose, pour faire cesser les crampes, d'entourer les membres et au besoin le tronc, de bandes de cuivre, qu'il désigne sous le nom de *bracelets*. Cet appareil a été expérimenté avec succès, suivant l'auteur, à Cochin, à la Salpêtrière et au Val-de-Grâce.

—M. Lemazurier, correspondant de l'Académie, à Versailles, adresse les renseignements suivants sur la marche de l'épidémie dans le département de Seine-et-Oise.

Le choléra s'est montré à la maison centrale de Poissy presque en même temps qu'au dépôt de mendicité de Saint-Denis; 2 cas de choléra y ont été observés; 3 se sont montrés dans la ville. A la même époque, c'est-à-dire dans la première quinzaine de mars, les communes de Meulan, Conflans-Sainte-Honorine, de Saint-Gratien, de Saint-Cloud, de Saint-Germain, d'Argenteuil, de Bazoin, d'Herbley et de Limay ont présenté des cas de choléra, mais dans une proportion très-minime, si l'on compare ce qui se passe maintenant avec ce que l'on observait en 1832; la commune d'Argenteuil a seule présenté une exception. Au 4 avril dernier, il s'y était déjà montré sur une assez grande échelle, et 10 décès avaient été observés; plusieurs avaient eu lieu dans la même maison, le choléra ayant d'abord attaqué un enfant au berceau et ensuite la nourrice.

Quant à Versailles, si favorisé en 1832, il continue, sauf une exception peu importante, à jouir de la même immunité; 5 cas ont été observés tant dans l'hospice civil que dans la ville. En ville, j'en ai observé un sur une femme de 60 ans, garde-malade, fatiguée par de longues veilles, et qui avait négligé une cholérine datant de quatre jours; elle a été emportée en moins de vingt-quatre heures. La période algide était complète, si ce n'est que la langue était restée dans l'état naturel, et la réaction n'a pu être obtenue.

La proportion de la mortalité est la même à peu près qu'à Paris.

M. Plouviez (de Lille), envoie un rapport sur le traitement prophylactique du choléra, dont voici les conclusions :

1° Le choléra asiatique a des symptômes avant-coureurs au moins 95 fois sur 100.

2° Le symptôme précurseur qu'il importe le plus de combattre est la diarrhée, quelle qu'en soit la nature.

3° La diarrhée, les vomissements et même les crampes précèdent d'une ou plusieurs heures, et d'autres fois d'un ou plusieurs jours le froid glacial, la cyanose, la faiblesse ou l'absence du pouls.

4° Quand les évacuations ne discontinuent pas, le choléra ne peut tarder à se développer. Lorsqu'elles se succèdent copieuses, blanches toutes les dix, quinze minutes, le danger est proche. Si elles viennent un peu plus rarement, il peut tarder un ou plusieurs jours; toutefois, il ne faut pas placer trop de confiance dans cette rareté.

5° Le médecin doit interroger minutieusement son malade, afin qu'il se rende compte des pertes plus ou moins abondantes qui ont eu lieu et du temps précis où les évacuations ont commencé. Il jugera souvent ainsi de la curabilité plus ou moins probable du choléra.

6° L'ipécacuanha et le laudanum de Sydenham sont incontestablement les agents les plus précieux que nous ayons pour attaquer efficacement les préludes de cette cruelle épidémie. L'ipécacuanha doit toujours être mis en première ligne, et, s'il n'est pas un spécifique dans toute l'acception du mot, c'est assurément le médicament le plus certain que nous connaissions.

7° Afin que les personnes étrangères à l'art de guérir puissent un jour apprendre à se mettre en mesure contre ce fléau, il faudrait annoncer aux populations son arrivée possible et faire une instruction claire, simple, fondée sur les idées exprimées dans le cours de ce mémoire.

Enfin M. Delaroque écrit qu'il considère comme le meilleur mode de traitement du choléra celui composé ainsi qu'il suit :

Dans la cholérine comme dans le choléra, il commence par administrer deux, trois ou quatre onces de sirop d'ipéca étendu dans un bol d'eau de tilleul très-chaude et donnée de quart d'heure en quart d'heure. Une fois que les vomissements provoqués sont bien établis, on cesse l'emploi du sirop et l'on donne de l'eau de tilleul sucrée en grande abondance. Sous l'influence de cette médication, tous les symptômes ont considérablement diminué ou même disparu en trente-six heures. La sueur se montrant communément au bout de quelques heures, on la favorise avec du sirop de coquelicot, que l'on met dans de l'eau de tilleul, et avec une potion laudanisée et éthérée. Si cette médication ne suffit pas pour modérer les « inquiétudes musculaires, » on fait des frictions avec l'éther, le chloroforme et le baume tranquille. On tient le lit chaud.

Le deuxième jour, on n'emploie aucune autre médication, et quand « la chaleur a cessé, » on administre 48 grammes d'huile de ricin, qui, chez presque tous les malades, déterminent de nombreuses évacuations blanchâtres. L'effet du purgatif terminé, on prescrit un quart de lavement avec laudanum 12 gouttes.

Dans tous les cas de cholérine, la guérison ne s'est pas fait attendre plus de deux jours. Sur quatre cas de choléra traités par l'auteur, il n'a éprouvé aucun insuccès. Chez un cinquième malade, qui était expirant quand l'auteur a été appelé, il n'a pas osé mettre la méthode en usage, et la mort a eu lieu.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de l'un de ses membres, M. Lebreton.

M. J. Guérin demande la parole à l'occasion de la correspondance, pour une communication.

M. le Président invite les membres qui ont employé le stachys contre le choléra, à faire connaître les résultats qu'ils ont obtenus.

La parole est à M. Cruveilhier.

EMPLOI DU STACHYS DANS LE CHOLÉRA.

M. Cruveilhier : Je n'ai employé le stachys que sur deux malades; chez l'un d'eux, le stachys a été obstinément repoussé par les vomissements; il n'a pas été possible de le lui faire garder. L'autre était une femme dans un état algide complet, d'un aspect cadavérique, complétement cyanosée; cette femme a guéri; mais je dois ajouter qu'en même temps j'ai employé chez cette femme la méthode rationnelle, c'est-à-dire les moyens habituellement usités, les stimulants et les opiacés. Pendant les deux premiers jours, elle ne pouvait rien supporter; mais plus tard elle a très-bien supporté le stachys, dont l'influence favorable, dans ce cas, ne paraît pas douteuse. Cette malade a pris en tout 4 litres d'infusion de stachys.

M. Baillarger : Je n'ai pas cru, non plus que M. Cruveilhier, devoir employer le teucrium seul et comme un spécifique. Les trois malades sur lesquels ce médicament a été essayé, et qui tous les trois ont guéri, ont en même temps pris de l'opium en lavement, et on a mis en usage, pour amener la réaction, les moyens ordinaires. Le teucrium se trouvait donc ici purement substitué aux tisanes et aux potions excitantes. Sous ce rapport, et dans cette limite, je crois qu'il peut être utile par le double avantage qu'il semble avoir d'être sudorifique et astringent. Je le crois surtout appelé à rendre des services pour arrêter rapidement la diarrhée qui précède si souvent l'invasion du choléra. Une sous-surveillante de mon service est prise d'une diarrhée séreuse très-forte, qui résiste pendant deux jours à l'opium et aux tisanes astringentes; le troisième jour, il y avait encore eu plus de vingt selles dans les vingt-quatre heures : c'est alors que l'infusion du teucrium fut administrée. Le lendemain, il n'y avait plus eu que deux selles. et le second jour de l'emploi de la nouvelle tisane, cette diarrhée avait complétement cessé.

Chez les trois malades atteints de choléra, qui ont pris l'infusion du teucrium, le phénomène le plus tranché a été l'abondance de la sueur. Chez l'un de ces malades, des vomissements abondants survenus pendant la réaction ramenèrent tout à coup un refroidissement général et une prostration extrême; la tisane fut néanmoins continuée, et la réaction suivie de sueur fut obtenue une seconde fois.

Les vomissements que provoquent d'abord l'infusion du teucrium doivent persister d'autant plus que cette infusion est plus forte, et par conséquent plus amère. A la dose de 10 grammes pour un litre, la tisane édulcorée est plutôt agréable que désagréable au goût, et les malades la supportent facilement.

Des trois cas de choléra dont j'ai parlé, l'un était léger et aurait probablement guéri par toute autre médication. Quant aux deux autres cas, outre que le teucrium n'a pas été employé seul, ils ne sauraient suffire pour servir de base à une opinion, et ne peuvent qu'engager à faire de nouvelles tentatives.

J'ajouterai que M. Barth a essayé quatre fois le même médicament à l'infirmerie de la Salpêtrière, et qu'il a échoué dans les quatre cas.

CHOLÉRA.

M. Gibert rend compte d'abord en quelques mots des résultats qu'il a obtenus du stachys, auquel il n'attribue pas de supériorité sur les espèces aromatiques indigènes; puis il continue en ces termes :

J'annonce avec plaisir qu'hier une seule admission nouvelle a eu lieu à l'hôpital Saint-Louis.

Le chiffre total de l'hôpital depuis le 10 mars est de 152 cas et 79 décès.

Le chiffre de mon service comprend 82 cholériques, sur lesquels nous avons 39 décès et 17 sortis guéris. La plupart de ceux qui restent sont convalescents. Ces proportions sont beaucoup plus avantageuses que celles du chiffre général de l'hôpital, et sembleraient donner raison à la médication rationnelle ou naturelle sur la médication empirique et surtout sur la médication active.

Ainsi, comme je l'ai déjà dit, dans mes salles, je n'ai employé ni spécifique d'aucune sorte (car le stachys administré à quelques malades ne peut être considéré comme spécifique), ni émission sanguine, ni vomitif, ni purgatif, ni bain d'air chaud ou de vapeurs.

Or, dans d'autres services où des remèdes spécifiques ont été tentés, un relevé du bureau de l'hôpital établi seulement du 10 mars au 17 avril donne les proportions suivantes :

Femmes :	Saint-Thomas . . .	18 cas	8 décès
	P. Gabrielle	1	1
Hommes :	Saint-Mathieu . . .	3	2
	Henri IV	13	9
	Saint-Augustin. . .	3	3
	Saint-Louis	11	8

Tandis que dans mes salles, durant le même espace de temps, le bureau a relevé :

Chez les hommes (salle Saint-Charles),	39 cas et	17 décès
Chez les femmes (salle Saint-Jean),	30	12

Assurément on m'accordera bien que ce relevé n'est point à l'avantage des médications empiriques, et que l'on a eu tort, dans la séance précédente, de tant déprécier la méthode naturelle qui, à défaut de spécifique connu et apprécié, doit être assurément regardée comme rationnelle.

Il est curieux de noter que le même résultat avait déjà été obtenu de la grande et cruelle expérience de 1832 où les méthodes empiriques et les médications actives, telles que celle de Broussais, par exemple, avaient donné constamment une proportion de mortalité plus grande que les autres.

M. Mérat : Le stachys n'a jamais été donné comme spécifique; c'est seulement un moyen capable de concourir avec les moyens externes à la guérison du choléra ; il peut aussi le prévenir en combattant avec efficacité la cholérine. Je dois prévenir l'Académie que j'ai écrit dans le Midi pour me procurer cette plante fraîche ; dans quelques jours, j'espère en recevoir, et je la tiendrai à la disposition des pharmaciens.

M. Velpeau : Pourquoi pas de l'Académie?

M. Mérat : Je la tiendrai à la disposition de l'Académie aussi.

M. J. Guérin : Me trouvant, il y a quelques jours, à Amiens, M. le docteur Rigollot, médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville et membre correspondant de l'Académie, me parla d'un malade traité dans son service pour un cas de cholérine caractérisée, lequel, venant de Paris, aurait communiqué le choléra à son frère, dont il avait reçu les soins deux ou trois jours avant son entrée à l'hôpital. Ce fait me parut important. J'engageai notre honorable confrère à s'enquérir des circonstances qui pouvaient lui donner de l'authenticité. Il s'adressa à M. le docteur Alexandre, médecin des épidémies du département, qui s'était rendu sur les lieux et avait recueilli avec le plus grand soin toutes les particularités relatives à ce cas. Mais quelle ne fut pas ma surprise lorsque j'appris de M. le docteur Rigollot qu'au lieu du frère de son malade seulement, huit personnes de la famille du militaire avaient éprouvé le choléra immédiatement après son passage, et que six en étaient mortes en quelques jours. M. Alexandre, dans une lettre très-circonstanciée, me confirma ces faits. Les faits relatés dans cette lettre sont si importants que l'Académie en écoutera sans doute la lecture avec intérêt. (M. J. Guérin donne lecture de cette lettre. — Voir ci-contre à la Correspondance.)

M. Martin-Solon : Dans les communications que l'Académie a entendues, il y a deux points principaux à considérer. Le premier est relatif à la période prodromique du choléra, dont l'existence ne saurait plus être contestée aujourd'hui; 99 fois sur 100 elle existe ; c'est donc une chose bien établie ; il n'est pas moins bien établi qu'il importe beaucoup, comme notre collègue M. J. Guérin a cherché à l'établir, de s'attacher à prévenir le choléra en attaquant la cholérine. Voilà pour le premier point. Voici pour le second. S'il est un fait relatif au choléra sur lequel les médecins soient d'accord, c'est que le choléra n'est pas contagieux. Cependant, depuis quelques jours, je remarque que quelques médecins semblent enclins à accueillir des faits contraires à cette opinion. Je crois qu'il y a dans cette tendance un danger. Je dis cela à l'occasion du fait qu'a exposé M. le secrétaire dans l'analyse de la correspondance. Les faits de ce genre perdraient en grande partie la valeur qu'on leur accorde si on les examinait avec plus de soin. Il ne me paraît pas possible, par exemple, qu'en vingt-quatre heures, la nourrice dont il est question dans la lettre de M. Brochard ait pu communiquer la maladie à toute une population. C'est là évidemment de la coïncidence. Cette population était déjà sous l'influence de l'épidémie, celle-ci n'a commencé à sévir qu'après l'arrivée de cette femme, mais je ne pense pas du tout qu'on doive lui en attribuer l'invasion. Avant de donner de la publicité à des faits de cette nature, il faut être très-sûr de leur exactitude, car ce serait là une opinion très-fatale.

M. J. Guérin : Je demande la parole.

M. Velpeau : Je ne suis pas, pour ma part, de l'avis de M. Martin-Solon. Mon opinion à l'égard de la contagion du choléra est peut-être en dehors de celle de tout le monde ; mais je crois qu'il y aurait de l'imprudence à discuter cette question en ce moment.

M. Rochoux : Le reproche d'avoir cherché à déprécier la méthode dite *rationnelle* ou plutôt de tâtonnement, *a juvantibus et lædentibus*, ne s'adressant qu'à moi, il faut bien montrer qu'il n'est pas fondé. Pour cela, il me suffit de rappeler que, dans la dernière séance, j'ai considéré cette méthode comme étant, vu l'absence de tout traitement méthodique, un assez tolérable pis-aller ; mais je n'ai pas pu m'empêcher de dire que c'était là un traitement vraiment précaire. Dans un petit travail sur l'épidémie de 1832, j'ai parlé comme je fais à présent, et l'expérience actuelle n'est pas, ce me semble, trop défavorable à ma façon de penser.

Un mot maintenant sur la contagion du choléra. Si cette opinion avait la vérité pour elle, il faudrait le déclarer franchement ; car toute vérité non-seulement est bonne à dire, elle est encore ici-bas le vrai bien, et par conséquent toujours désirable. Si donc je m'élève contre la contagion du choléra, c'est parce que, chercher à la défendre, c'est vouloir propager l'erreur. Il ne me sera pas difficile de vous en convaincre.

La contagion d'une maladie se prouve par le danger attaché à l'approche des malades. Or il n'y a pas plus d'inconvénients à soigner des cholériques qu'à panser une fracture de cuisse. Voyez, au contraire, ce qui se passe par rapport au typhus nosocomial : médecins, confesseurs, élèves, infirmiers, infirmières, etc., sont pour la plupart atteints du mal qu'ils s'exposent à contracter. C'est ce qu'a présenté, comme toutes les autres, la dernière épidémie d'Irlande. Mais dans le choléra, rien de pareil ne s'observe ; il n'est donc pas contagieux.

M. Velpeau : Je crois devoir insister sur mon observation de tout à l'heure. Il est très-prudent, en ce moment, de laisser M. Rochoux avoir raison. J'engage donc de nouveau l'Académie à ne point entrer plus avant dans cette discussion.

M. Émery : Ce qui s'est passé récemment au dépôt de Saint-Denis prouve contre l'opinion de la contagion. Le 27 février, 15 individus sont soudainement pris de choléra ; 5 meurent dans les premières vingt-quatre heures. Parmi les détenus qui sont en contact avec les cholériques, aucun ne contracte la maladie, et cependant il n'y a pas de localité plus mal placée sous le rapport des conditions hygiéniques. L'encombrement y existe au plus haut degré ; les lits se touchent et sont tous occupés en ce moment. L'alimentation est suffisante sans doute, mais elle n'est pas ce qu'elle devrait être en temps de choléra. Autre exemple. En 1832, le choléra se déclare dans une caserne de pompiers ; tous les pompiers sont immédiatement dispersés en d'autres lieux, et dans aucun des quartiers où ils ont été évacués, le choléra ne s'est développé. Je crois que l'on peut opposer avec avantage ces faits aux faits incomplets que l'on invoque en faveur de la contagion.

M. J. Guérin : Plusieurs de nos collègues me paraissent s'être mépris sur le sens de la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie. Je lui demande donc la permission de lui dire ce que j'ai entendu faire et ne pas faire. Dans la question de la contagion, il y a une question scientifique, et passez-moi le mot, une question politique. La question scientifique est fort importante. Jusqu'ici les faits propres à l'éclairer dans le sens de la contagion ont eu rarement la précision et l'authenticité désirables. Ceux dont je viens de rendre compte à l'Académie me paraissent, au contraire, réunir toutes les conditions de faits précis et certains. En me chargeant de les transmettre à l'Académie, je n'ai pas eu la prétention de discuter, et encore moins de résoudre la grave question qu'ils peuvent éclairer ; j'ai voulu simplement donner à nos honorables confrères d'Amiens et à la science un témoignage de mon impartialité. Pour ce qui est du côté politique de la question, je pense qu'il est prudent de le réserver pour un moment où la discussion pourra en être plus libre et plus opportune.

M. Collineau : Il y a à Saint-Lazare deux divisions : l'une qui renferme une population jeune et robuste, celle des filles publiques, l'autre composée de femmes âgées pour la plupart et cacochymes. Or c'est dans la division des filles publiques seules qu'il s'est manifesté quatre ou cinq cas de choléra. Il ne s'en est manifesté jusqu'ici aucun cas dans l'autre division, bien qu'on y ait reçu plusieurs individus venant du dépôt de Saint-Denis. Je ne prétends pas par là que le choléra ne puisse pas se communiquer, mais je crois que c'est très-exceptionnellement.

M. Castel : Lorsque j'ai pris la parole, dans la séance de mardi dernier, je n'avais pas encore lu dans le Bulletin la citation de quelques passages des œuvres de Sydenham par notre honorable collègue M. Bouvier; ils se rapportent à des situations ou particulières ou exceptionnelles. Ils ne changent point les éléments de la thérapeutique proposée par Sydenham.

Notre collègue a essayé de placer une exception au-dessus de la règle, et une modification en dehors du fond. « Si (locution toujours conditionnelle) le médecin n'arrive auprès du malade que lorsqu'il est déjà épuisé par les vomissements et les déjections, que lorsque les extrémités sont froides, il faut recourir sur-le-champ au laudanum. » La maladie a parcouru sa première période ; dans quel but s'attacherait-on à provoquer ou à favoriser les évacuations? Elles ont eu lieu par les seuls efforts de la nature ; faut-il appeler, poursuivre un résultat déjà obtenu? Il en est autrement dans le temps de l'invasion ; alors cette évacuation, *curatur partim evacuando, partim diluendo*, reçoit une juste application. Je ne pense point que les difficultés qu'on rencontre souvent soient un motif suffisant de la repousser ou de l'abandonner.

Pour justifier le commentaire auquel il s'est livré, notre collègue prétend que Sydenham n'avait pas vu le choléra de l'Inde. Messieurs, le choléra d'Europe et le choléra de l'Inde ne forment point deux genres séparés ; ils offrent des degrés, des variétés, des modifications, des proportions du plus au moins ; toutefois le genre est un. Tracerez-vous, quant au genre, une ligne de démarcation entre la dyssenterie des climats chauds et la dyssenterie des autres climats?

Dans l'épidémie de choléra de l'année 1676, Sydenham prescrivait de traiter les enfants en bas âge par le laudanum seul. En invoquant ce fait à l'appui de la préférence à accorder aux narcotiques, notre collègue ne s'est assez souvenu ni de la facilité avec laquelle les enfants vomissent ni de la susceptibilité de leurs nerfs. Enfin une dernière objection contre la méthode diluente est celle-ci : « Pas un mot du lavage pour cette année 1676 ; sans doute parce que la » maladie, plus violente, se rapprochait davantage de notre choléra indien (1). » Le texte va répondre à cette assertion :

« Quamlibet autem hic morbus non aliam a recepta medendi rationem sibi » vendicabat, anodyna tamen fortiora, eaque sæpius ingerenda quam alias so-

(1) Voy. le Bulletin de l'Académie, avril 1849.

» lebam, omnino indicabantur. » Or quelle est cette méthode déjà admise? quel est le traitement adopté dans les épidémies qui avaient précédé l'épidémie de 1676? Je cite. Après avoir dépeint les effets pernicieux des cathartiques, Sydenham ajoute : « Et, si ex adverso medicamentis narcoticis aliisque astringentibus in ipso statim limine primum humoris impetum compescerem, dum naturali evacuationi obsisterem, æger inimico visceribus incluso, bello intestino » indubie conficeretur.... »

Après avoir mis à nu les différences qui existent entre l'exposition littérale des préceptes de Sydenham et les déductions établies par un de nos collègues, je m'empresse d'avertir que le rang que les membres de l'Académie occupent dans la science est toujours pour moi une raison de croire à leur sincérité. Un écrivain célèbre a dit : « Parmi les éléments sublimes dont se compose un talent supérieur, le premier de tous, c'est l'amour du vrai. »

M. Bouvier : Les faits d'Amiens et autres semblables n'auront quelque valeur à mes yeux que lorsqu'on aura prouvé qu'il y a eu autre chose qu'une simple coïncidence, et qu'il n'y avait pas en même temps une influence épidémique.

M. J. Guérin : Il y a eu, dans les cas que j'ai rapportés, autre chose qu'une simple coïncidence. D'abord, dans la localité où est venu le militaire, il n'y avait ni cholérine ni choléra ; de plus, les cas développés immédiatement après son arrivée l'ont été sur les membres de sa famille et ses voisins, et sur aucune autre personne; enfin, après l'accomplissement de ces cas, on n'a plus observé dans la localité ni cholérine ni choléra. Il n'y avait donc pas d'influence épidémique, et l'ensemble de ces faits offre bien au plus haut degré d'évidence le caractère d'une cause en rapport avec ses effets.

M. Dubois (d'Amiens) : Je pense, comme M. J. Guérin, que l'Académie ne doit pas en ce moment aborder la discussion de cette question ; ce n'est pas par conséquent sur le fond de la question que je prends la parole, mais pour demander que les faits communiqués par nos confrères d'Amiens soient accueillis et renvoyés à la commission du choléra.

M. Bégin : Je suis d'un avis précisément opposé à celui de M. le secrétaire perpétuel. Je ne comprends pas, lorsqu'on sait les immenses inconvénients qu'il peut y avoir pour les malheureux malades à propager les idées de contagion, comment on ose proclamer publiquement les faits qui peuvent ébranler l'opinion contraire, et que des médecins ne craignent pas de communiquer ces faits. S'ils étaient vrais, il faudrait encore les taire par humanité, à plus forte raison faut-il les garder pour soi quand ils ne prouvent rien. Je propose à l'Académie de passer à l'ordre du jour, en déclarant que les faits tendant à démontrer la contagion du choléra ne sont ni assez nombreux ni assez bien observés pour ébranler en quoi que ce soit l'opinion contraire généralement admise.

M. Dubois (d'Amiens) : Nous avons dit, avec M. Guérin, que la question devait être réservée; nous sommes d'accord à cet égard avec M. Bégin. Mais de ce que les faits ne sont pas assez nombreux pour juger la question, est-ce une raison pour les rejeter, comme le propose M. Bégin? Ce n'est pas mon avis. Je rappellerai d'ailleurs que ces renseignements émanent de correspondants de qui l'Académie les a sollicités.

M. J. Guérin : Je ne puis m'empêcher de protester contre la manière dont on veut étouffer cette discussion, et annihiler les faits que j'ai communiqués. Ces faits sont positifs, et ils prouvent bien tout ce qu'on a eu en vue de prouver. En admettant, comme je l'ai reconnu, qu'il est prudent de retarder la discussion sur la contagion du choléra, je ne saurais partager la manière de voir à l'aide de laquelle on prétend l'écarter tout à fait. L'observation des grandes épidémies que nous avons traversées a démontré, à n'en pas douter, que le choléra, dans l'immense majorité des cas, n'est pas contagieux. Est-ce une raison pour nier ou pour dénaturer les faits qui tendent à démontrer la contagion comme fait exceptionnel? Je crois, pour mon compte, qu'il y a plus de danger à vouloir induire le public en erreur sur ce point qu'à lui dire ce qu'il en est. Je ne comprendrais pas, d'ailleurs, qu'on voulût nous réduire au silence, et qu'on prétendît saper la vérité de cette façon.

M. Bouvier : Je demande la permission à l'Académie de continuer à lui communiquer le mouvement des hôpitaux et de la ville pour la semaine dernière.

Total des nouveaux cas du 16 au 22 avril.	383
Semaine précédente	471
Différence	88
La Salpêtrière seule	78
Semaine précédente	150
Différence	78

Elle est de moitié, et la population d'une semaine à l'autre n'a pas diminué d'un douzième.

Les autres hospices ont le même nombre 25 chaque semaine.

Hier 23 avril, à la Salpêtrière, 1 seul cas ; la veille, 13; le jour d'avant, 5, et auparavant 2. Sauf les oscillations, la décroissance est graduelle et constante depuis le 6.

Comparée à la première invasion de 1832, l'épidémie de la Salpêtrière a présenté une période de croissance de douze jours du 20 mars au 31, jour du maximum, 52 cas ; un état stationnaire de six jours, du 31 mars au 5 avril ; le maximum des décès tombe le 4 avril à 47. En comptant pour les décès, la période de croissance serait de seize jours, allant jusqu'au 4 avril. Enfin, la décroissance compte actuellement dix-huit jours.

Quoique l'épidémie paraisse terminée, on doit agir dans la prévision d'une recrudescence et continuer les congés.

Hôpitaux : total de la semaine.	280 cas.
Semaine précédente	290
Différence	10

La banlieue a envoyé 8 malades de moins que l'autre semaine à Beaujon et à Saint-Louis. Il y a donc pour les malades de Paris égalité de nombre à très-peu de chose près.

Cas déclarés dans l'intérieur	83
Il y en avait eu l'autre semaine	86

Sauf la semaine d'avant, qui n'en avait eu que 49, il y a de ce côté état stationnaire depuis le commencement, les deux premières semaines ayant donné 85 et 90.

Malades de l'extérieur	197
Semaine précédente	204
Différence	7

Différence réduite à 0 pour ce qui a déjà été dit.

Mais la répartition de ces nombres dans les deux semaines semblerait indiquer une tendance à la décroissance. Sur ces quatorze jours, la moyenne des entrées est

Pour les quatre premiers, de	26 par jour.
Pour les six suivants, de	32 —
Et retombe pour les quatre derniers à	26 —

Le chiffre d'hier 23 avril, qui est de 18, est favorable à cette supposition, dont la réalité ne pourra être reconnue que dans le cours de cette semaine.

Les décès suivent des proportions analogues à celles des nouveaux cas.

		Semaine précédente.
Salpêtrière	52 décès.	120 décès.
Autres hospices	13 —	16
Hôpitaux	146 —	143
	211	279

Les décès cholériques à domicile, dont la moyenne était de 18 par jour du 7 au 12 avril, ont été en moyenne, par jour, de 32 du 13 au 20. Un seul jour, le 17, il y en a eu 46.

Le nombre des décès en ville égale à peu près (depuis le 13 jusqu'au 20) celui des décès des hôpitaux et hospices, dont la moyenne et de 32 ou 33 dans ce même intervalle. Le total des décès jusqu'au 20 est de 542 ; c'est moins pour tous les habitants cholériques à domicile que pour la Salpêtrière.

L'Hôtel-Dieu a eu dans la semaine 12 cas dans l'intérieur comme la semaine précédente, et 50 cas de l'extérieur au lieu de 61; les décès sont en même nombre, 28.

A Beaujon, 29 cas (compris le 23 avril), dont 8 de la banlieue et 15 déclarés dans l'hôpital; 8 morts. On a justement dit qu'avec toutes les apparences de salubrité, il y a eu proportionnellement plus de cas à l'intérieur qu'à l'Hôtel-Dieu; seulement il faut établir la proportion par rapport à la population, non aux cas de l'extérieur.

— M. H. Gaultier de Claubry lit une série de rapports officiels sur des demandes de brevets d'invention pour remèdes secrets.

Conclusions négatives adoptées sans discussion.

— M. Hutin présente un cas de cancer de la base du crâne qui a perforé les os de cette base et envahi la dure-mère et le cerveau sans qu'aucune douleur de tête se soit fait sentir.

— M. Bouvier présente l'intestin grêle d'un cholérique, sur lequel on voit des destructions évidentes de la muqueuse produites par des escarres qui se sont détachées de la surface intestinale; ces escarres n'étaient autre chose que ce que l'on a décrit sous le nom de plaques jaunes ou bilieuses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MARS 1849; par M. Follin, secrétaire.

I. — ANATOMIE HUMAINE ET COMPARÉE.

1° GRAND SYMPATHIQUE DES RAIES.

M. Béraud, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, met sous les yeux de la Société une série de pièces relatives au grand sympathique des raies. Chez ces poissons, on trouve sur les côtés de la colonne vertébrale et de l'œsophage, dans un sinus veineux, un certain nombre de ganglions, variable suivant les différentes espèces. Sur la pièce qui fait l'objet de cette communication, il existe une série de ganglions situés dans le sinus veineux qui longe le corps des vertèbres. Ils sont au nombre de trois.

Le *ganglion supérieur* est le plus volumineux; il a 7 ou 8 millimètres de longueur sur 3 ou 4 millimètres de largeur. Sa forme est celle d'une amande. Par

son extrémité supérieure, il n'est en communication avec aucun nerf; par son extrémité inférieure, il fournit : 1° des rameaux qui se portent vers son côté interne; 2° un autre rameau inférieur qui est la continuation de sa propre substance, et qui le fait communiquer avec le *ganglion moyen*. Celui-ci est beaucoup plus petit, de couleur grisâtre comme le premier, n'ayant plus que 3 ou 4 millimètres de longueur et 1 ou 2 de largeur; il est séparé des deux autres par une distance de 5 ou 6 millim. environ. Par son côté interne, il fournit des filets sur lesquels M. Béraud se propose de revenir. Par son extrémité inférieure il se continue avec le *ganglion inférieur*. Celui-ci a la même forme, le même volume que le précédent. Du côté externe du ganglion inférieur, part un petit filet nerveux qui perce bientôt la paroi du sinus et vient se jeter sur le corps de l'épididyme où il laisse quelques filets très-ténus pour aller se terminer dans la substance testiculaire. Ce rameau, en raison de sa destination, pourrait être appelé *rameau testiculaire*. Par son extrémité inférieure, le ganglion fournit un seul filet, qui suit la paroi postérieure du sinus et vient le percer à son côté interne, un peu plus bas que le point d'émergence de l'artère mésentérique. Au moment où il sort du sinus, ce filet nerveux décrit une anse à concavité supérieure, en se portant vers l'aorte pour suivre l'artère mésentérique, qui va se distribuer au commencement de l'intestin. Ce filet ne tarde pas à rencontrer un autre filet nerveux qui suit la même artère et dont nous devons faire connaître l'origine.

Le ganglion supérieur et le ganglion moyen du grand sympathique fournissent aussi des rameaux par leur côté interne. En effet, de l'extrémité inférieure du premier et du côté interne du second naissent plusieurs filets très-ténus qui s'entremêlent bientôt pour former un nouveau ganglion très-volumineux, situé au côté interne du ganglion moyen, et semblent se confondre avec lui. Du côté interne de ce ganglion latéral, toujours situé dans le sinus veineux, partent quatre filets qui percent les parois de ce conduit pour se distribuer de la manière suivante.

Le premier rameau, ou le plus supérieur et le plus petit, se porte toujours vers la ligne médiane, et se distribue à l'œsophage sans communiquer avec les rameaux très-nombreux du pneumogastrique qui existent sur cet organe. Les trois autres rameaux, d'un volume égal, ayant une direction un peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans, après être sortis du sinus, s'anastomosent de nouveau pour se distribuer définitivement, soit à l'estomac, soit à l'intestin.

Les deux rameaux supérieurs passent sur le côté de l'aorte, et gagnent l'artère qui représente le tronc cœliaque. Sur cette artère, dont ils suivent le trajet, ils forment deux nerfs qui s'anastomosent entre eux pour n'en former bientôt plus qu'un seul, lequel s'anastomose avec le nerf du côté opposé. En disséquant ces parties sous l'eau, on a pu suivre ce nerf jusque dans les parois de l'estomac.

Le rameau inférieur descend plus obliquement le long de l'artère aorte pour se porter vers l'artère mésentérique, qu'il suit dans tout son trajet en s'anastomosant de temps en temps avec le filet nerveux, que nous avons vu être la terminaison du ganglion moyen du grand sympathique. Ces deux filets réunis se terminent dans les parois de l'intestin.

Après avoir décrit avec un soin minutieux la disposition du grand sympathique chez la raie, M. Béraud, comparant les rapports de ce système nerveux avec le système nerveux central, établit que sur dix à quinze poissons il n'a pu trouver de communication entre les deux systèmes. Ainsi l'on pourrait dire avec Bichat que les ganglions nerveux sont de véritables cerveaux isolés et indépendants. (Séance du 3 mars.)

2° RECHERCHES SUR LE GUBERNACULUM TESTIS.

M. Robin communique à la Société des recherches sur la nature musculaire du *gubernaculum testis* et sur la situation du testicule dans l'abdomen. Nous publierons *in extenso*, dans le recueil de nos mémoires, cet important travail de M. Robin.

3° DISPOSITION DES FIBRES MUSCULAIRES DANS LA VEINE CAVE INFÉRIEURE DU CHEVAL.

M. Claude Bernard communiqua, dans la séance du 10 février, de curieuses expériences sur un mode particulier d'élimination de certaines substances qui traversaient seulement une partie du cercle respiratoire. Du prussiate de potasse, introduit dans l'estomac, absorbé par les radicules de la veine porte et amené jusque dans le foie, au lieu de sortir de cet organe pour se diriger vers le cœur, descendrait vers les reins par une sorte de reflux sanguin dans la veine cave inférieure. Cette observation physiologique est aujourd'hui corroborée par une observation anatomique faite sur la veine cave inférieure du cheval. Ce vaisseau présente, à partir des veines sus-hépatiques jusqu'aux veines rénales, un anneau de fibres musculaires très-apparentes à l'œil nu, constitué par des faisceaux longitudinaux qui cessent brusquement au-dessus des veines sus-hépatiques et au-dessous des veines rénales. Ces fibres musculaires ne sont pas striées en travers; elles appartiennent au système des fibres de la vie organique. Ainsi les fibres contractiles n'existent ici que dans le point où se développent les contractions nécessaires au reflux du sang de la veine cave inférieure. (Séance du 31 mars.)

4° SUR LA STRUCTURE DES ARTÈRES ET LEUR ALTÉRATION SÉNILE.

M. Robin expose à la Société de nouvelles recherches sur la structures des artères.

Les artères ne sont pas formées, selon lui, de six membranes, ainsi que le veut Henle; toutes celles qui ne sont pas capillaires montrent de dedans en dehors :

1° L'*épithélium*, qui ne forme pas une véritable tunique, car on ne trouve que rarement des lambeaux formés de cellules pavimenteuses imbriquées ou accolées, mais bien des cellules libres isolées; plus ou moins abondantes. Très-souvent même on en trouve dans un point et pas dans d'autres, soit dans l'aorte, soit dans les branches plus petites; quelquefois on en trouve dans l'aorte, les carotides, les sous-clavières, les iliaques, et nulle part ailleurs, surtout chez les adultes.

2° Au-dessous de l'épithélium se trouve *la tunique commune du système à sang rouge de Bichat*; elle est très-mince, se déchire facilement en long, difficilement en travers; elle est formée d'une substance homogène ou finement granuleuse, transparente, striée ou fibroïde dans le sens de la longueur des artères, et se déchirant en lanières plus ou moins larges, aplaties, rubanées, tordues et flexueuses ou rigides. L'acide acétique est sans action sur elle. Vers le cœur, elle se continue avec la membrane interne de ce viscère, désignée par Henle sous le nom de *couche à fibres confuses*; elle devient si mince dans les artères du volume des intercostales et même dans l'humérale et les artères du même volume, qu'on ne peut plus l'y trouver si réellement elle y existe. Cette membrane est très-transparente et ne peut s'enlever qu'en petits lambeaux; mais chez les vieillards elle devient très-épaisse et rigide; elle se détache alors, comme tuyau interne emboîté par les membranes plus extérieures. Son épaisseur peut atteindre un demi-millimètre même dans l'humérale, la poplitée, etc., sans être chargée de dépôts athéromateux ou calcaires. Alors elle a perdu beaucoup de sa transparence; elle est devenue jaunâtre. Sa structure fibroïde est encore manifeste, mais elle est masquée en partie par des amas de gouttelettes ou de granulations sphériques de $0^{mm},002$ à $0^{mm},005$ de diamètre, jaunes et brillantes au centre, foncées à la circonférence, disposées en chapelet d'une manière très-régulière et remarquable, ou bien en plaques et amas de forme triangulaire, carrée, souvent très-bizarre. Il y en a ainsi plusieurs couches superposées, avec des portions plus ou moins étendues qui en manquent. Les dépôts athéromateux, qui sont bien placés à la face interne de cette tunique, comme le dit Bichat, sont formés des mêmes granulations agglomérées et d'une substance amorphe granuleuse, interposée à ces amas plus ou moins irréguliers. Une tunique analogue à celle-ci se trouve comme elle à la face interne de l'artère pulmonaire et des veines; elle en diffère par plus de minceur encore, plus de transparence, et en ce qu'elle est plus finement, plus rarement striée et non fibroïde.

3° La seconde membrane (car l'épithélium ne peut pas être considéré comme formant une tunique), c'est la *tunique jaune élastique* ou *fragile*, ne se déchirant facilement que dans le sens transversal. On peut en faire autant de couches qu'on veut; on peut même faire décrire des spirales aux lambeaux qu'on enlève; mais ces fibres n'ont pas une direction spirale : elles sont circulaires. Cette tunique est formée de plusieurs éléments; ce sont : *a*. des *fibres de tissu jaune élastique*, d'autant plus larges et régulières qu'on les prend plus à la face externe de la tunique, d'autant plus étroites, plus fréquemment anastomosées et réticulées qu'on avance vers le canal vasculaire. *b*. Des fibres musculaires lisses et rubanées de la vie organique, solubles dans l'acide acétique, disposées circulairement à la face interne de cette tunique, mélangées de fibres jaunes élastiques. Contrairement à ce que dit Henle, elles ne peuvent pas former une tunique distincte, car elles ne sont pas séparables des fibres de tissu jaune élastique; de plus, elles ne forment pas, comme il le dit, la plus grande partie de l'épaisseur de l'aorte; mais, au contraire, on en trouve à peine dans ce tronc vasculaire et ses plus grosses branches; elles deviennent brusquement très-abondantes dans les intercostales et les artères plus grosses ou plus petites. *c*. On trouve, dans toute l'épaisseur de cette tunique, une substance déchirable en minces lamelles, homogène, striée, très-fragile, présentant sous le microscope des bords rompus nets semblables à la cassure du verre, et çà et là des orifices caractéristiques qui lui ont fait donner le nom de *substance fenêtrée*. Elle empâte en quelque sorte les autres éléments de la tunique élastique et fait quelquefois saillie, surtout dans les artères de moyen volume et les petites à la face interne de la couche qu'ils représentent; elle les dépasse quelquefois de ce côté. Mais on ne peut pas dire qu'elle forme une tunique spéciale, comme le veut Henle, car elle se trouve dans toute l'épaisseur de la tunique avec les caractères qu'il lui a très-exactement attribués; et surtout cette substance ne vient pas de suite au-dessous de l'épithélium; il faut d'abord enlever la membrane précédente avant d'arriver à elle.

Chez les vieillards, l'altération de cette tunique est la même dans toute son épaisseur et ne vient pas justifier par des lésions multiples la multiplicité des couches en laquelle on a voulu la diviser. Elle perd de son élasticité; elle devient d'un jaune blanc mat, moins transparent que chez l'adulte, ce qui est dû à un dépôt à peu près uniforme dans toute son épaisseur, surtout dans la substance qui empâte les fibres élastiques et musculaires de granulations jaunâtres; mais plus petites, moins régulières et non disposées en chapelet ou plaques et amas réguliers comme celles de la tunique précédente; elles sont, au contraire, distribuées çà et là.

Ces deux membranes sont tout à fait dépourvues de vaisseaux.

La tunique élastique ou moyenne des artères et de la veine ombilicale est à peu près exclusivement formée de fibres musculaires de la vie organique.

4° La troisième et dernière tunique est la *tunique adventice* ou *celluleuse* des auteurs, formée de fibres de tissu cellulaire et de fibres de noyau ou dartoïques, très-bien décrite par Henle. (Séance du 10 mars.)

5° SUR LA STRUCTURE DES OS DU COEUR DU BOEUF ET DU VEAU.

M. Robin communique la note suivante, que nous reproduisons :

Il y a, comme on sait, dans le cœur du bœuf deux os qui reçoivent les insertions de l'aorte et celle des faisceaux musculaires du cœur, par attache directe d'une partie des fibres, qui sont toujours mêlées de petits faisceaux tendineux appartenant à d'autres fibres qui ne s'insèrent pas directement, mais qu'on ne peut séparer des précédentes. L'un est plus petit; il est placé à droite, entre l'aorte et l'artère pulmonaire; l'autre est à gauche et en arrière, entre l'oreillette gauche et

l'aorte. Il est du double plus long que le précédent. On sait que ces os se retrouvent dans beaucoup de ruminants de grande taille et dans plusieurs pachydermes, éléphant, cochon, cheval. Il peut manquer dans des espèces très-voisines de celles qui l'ont; mais les auteurs qui disent qu'il peut manquer dans des individus de même espèce ont pris pour absence ce qui n'est qu'une ossification tardive. Ainsi elle n'a lieu qu'entre la troisième et quatrième année chez le bœuf. Les os ou l'os, chez les espèces qui n'en ont qu'un, est plus petit chez la femelle que chez le mâle. On peut constater que chez le bœuf on trouve les deux os formés de tissu osseux proprement dit, caractérisé par des corpuscules calcaires spéciaux, pourvus de canalicules calcaires ramifiés. La substance fondamentale granuleuse présente cette particularité d'être striée dans le sens de la longueur de l'os, ce qui lui donne moins d'homogénéité qu'à celle des autres os du corps; ils sont parcourus par des canalicules vasculaires autour desquels les corpuscules sont rangés comme à l'ordinaire. Chez le veau, les os sont à l'état de fibro-cartilage et sont très-petits; en sorte que chez les jeunes animaux, ou même chez les vieux, s'il en est où ils ne s'ossifient pas, il est probable qu'ils n'ont pas été vus. Mais le microscope fait toujours découvrir du fibro-cartilage très-nettement caractérisé par des corpuscules nombreux, renfermant de une à trois cellules et la substance fondamentale parcourue par des fibres très-serrées, fines, régulières et onduleuses. Ainsi on voit que les fibro-cartilages ne peuvent pas être séparés des cartilages, car ils s'ossifient comme eux. Du reste, on sait déjà que l'épiglotte est purement cartilagineuse dans sa moitié ou ses trois quarts supérieurs et fibro-cartilagineuse dans le quart inférieur et quelquefois dans toute son étendue. (Séance du 24 mars.)

6° GROSSISSEMENT RÉEL DES MICROSCOPES.

Dans les nombreuses recherches anatomiques qu'il a entreprises, M. ROBIN a eu occasion de constater une cause d'erreur dans la mesure des grossissements. Il indique cette cause dans la note suivante, qu'il a communiquée à la Société :

« Je vais montrer quelle est la cause qui fait que le grossissement des microscopes, tel qu'il est pris actuellement, donne, avec chaque objectif, un chiffre » qui dépasse de beaucoup ce que l'image de l'objet, telle qu'on la voit, semble » indiquer. C'est cette même cause qui fait que les images dessinées à la chambre » claire sont également bien plus grandes qu'on ne les voit dans le microscope. » Comme, quelle que soit la grandeur de la figure, elle ne renferme jamais que » les détails qu'on voit avec tel objectif employé, ce n'est pas combien de fois le » dessin dépasse le volume de l'objet qu'il faut indiquer, mais à quel grossissement réel il a été dessiné. Pour cela, j'ai imaginé un oculaire micromètre dont » le verre supérieur, calculé pour grossir exactement dix fois, rend égale à 1 millimètre chaque division égalant un dixième de millimètre placée à son foyer; » l'image du micromètre objectif grossi venant se former au même lieu, on peut » voir combien il faut de millimètres pour couvrir chaque centième de millimètre grossi, et calculer combien de fois cent ils sont amplifiés. Un calcul » très-simple permet de tenir compte des fractions. Ces procédés, un peu longs » à décrire, devant être publiés dans un ouvrage spécial pendant le mois d'avril, il » est inutile de les exposer plus en détail ici. Par cette méthode on peut constater » qu'avec un oculaire de 3 centimètres, le plus court qui puisse, avec les grossissements moyens, être encore employé utilement, et les objectifs n° 8 de Nachet, les plus puissants qui aient encore été faits, on obtient un grossissement » de 800 diamètres réels, c'est-à-dire qui rendent chaque centième de millimètre » égal à 8 millimètres. On voit qu'il y a loin de là aux prétendus grossissements » de 1,500 à 2,000 fois dont parlent quelques observateurs. C'est qu'en effet les » grossissements indiqués d'après les produits actuels sont de 50 à 600 fois trop » forts, suivant les objectifs et les oculaires. » (Séance du 24 mars.)

7° NOTE SUR LE PNEUMOGASTRIQUE DE LA PASTINAGUE (TRYGON PASTINACA.)

Voulant connaître quels sont les rapports du grand sympathique avec le pneumogastrique chez les poissons, M. BÉRAUD a disséqué ce dernier nerf chez la pastinague.

Immédiatement au sortir de la cavité encéphalique, le nerf pneumogastrique suit le trajet de la colonne vertébrale, sur les côtés de laquelle il se porte en se distribuant de la manière suivante. Il fournit quatre nerfs branchiaux, un nerf gastrique ou plutôt œsophagien, et en troisième lieu un nerf latéral.

Les quatre nerfs branchiaux naissent sur le côté externe du nerf, puis se dirigent en dehors, suivant une ligne d'autant plus oblique qu'ils sont plus inférieurs et vont se distribuer aux branchies. Après deux centimètres de son trajet le long de la colonne vertébrale, au moment où il rencontre le premier nerf intercostal, le pneumogastrique fournit un rameau assez volumineux qui s'accole au bord supérieur du premier nerf intercostal, puis se porte en avant pour se jeter sur le commencement de l'œsophage, où il se divise immédiatement en un nombre plus ou moins considérable de rameaux, qui, en s'anastomosant, forment des réseaux très-fins situés entre la membrane musculaire et la membrane séreuse. Quelques filaments très-ténus ont paru aller se distribuer jusque sur la portion de l'estomac qui fait suite à l'œsophage. M. Béraud a cherché avec beaucoup d'attention si le pneumogastrique contractait avec le grand sympathique des rapports quelconques, soit dans son trajet, soit dans sa terminaison; il lui a été impossible d'en trouver nulle part.

Après avoir fourni ce rameau œsophagien, le pneumogastrique se continue pour former le nerf latéral qui suit la colonne vertébrale dans un interstice musculeux, immédiatement en arrière des nerfs rachidiens intercostaux et lombaires, avec lesquels il est accolé, sans contracter d'autres rapports plus intimes. Il arrive ainsi jusqu'au niveau de la queue, dans l'intérieur de laquelle il va se distribuer. (Séance du 17 mars.)

II. — PHYSIOLOGIE.

1° HYBERNATION DES TENRECS.

Parmi les mammifères qui s'engourdissent plus ou moins profondément pendant une partie de l'année, il en est un, le tenrec, que l'on suppose différent de tous les autres, en ce que son état de torpeur n'aurait pas lieu sous l'influence du froid, mais sous celle de la chaleur et de la sécheresse. Cuvier dit des tenrecs : « Ce sont des animaux nocturnes qui passent trois mois de l'année en léthargie, quoique habitants de la zone torride. Bruguière assure même que c'est pendant les plus grandes chaleurs qu'ils dorment. » La plupart des biologistes ont accepté comme vraie l'assertion de Bruguière, et il est résulté de là que les meilleures théories de l'hybernation, celles qui considèrent l'existence d'une basse température comme essentielle à la production de cet état, ont été sapées par la base, et l'hybernation est devenue plus mystérieuse que jamais.

Suivant M. Brown-Séquart, la torpeur des tenrecs a lieu de la même manière que celle des hérissons, des loirs et autres mammifères hybernants. Son opinion est fondée sur les faits suivants :

1° Les tenrecs terrent et dorment, ainsi que l'ont constaté MM. J. Desjardins et Telfair, du mois de juin au mois de novembre, c'est-à-dire pendant la saison froide des îles Maurice et Madagascar, où vivent ces animaux.

2° Des animaux hybernants de plusieurs espèces, observés par Pallas, Mangili, Marshall Hall, Berthold et Barkow, se sont engourdis à une température de + 16 à + 19° C. M. Brown-Séquart a trouvé que les loirs, même à la température de + 20 à + 22° C., peuvent tomber dans la torpeur hybernale, et il en a vu dormir pendant une semaine entière à une température variant de + 15 à + 20° C.

3° Les tenrecs sont soumis, pendant le temps de leur hybernation à une température qui varie entre + 15 et + 22 ou 23° C., rarement plus pour Maurice, et souvent moins pour Madagascar. Ces animaux sont donc exposés à une température suffisamment basse, pour pouvoir les engourdir, puisqu'elle peut engourdir les animaux hybernants d'Europe. Il y a donc lieu d'admettre que l'hybernation a les mêmes causes pour les tenrecs que pour les autres mammifères hybernants. (Séance du 10 mars.)

2° RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA VOIX.

M. SEGOND, par un fait décisif dont il a rendu témoins les membres de la Société, a définitivement établi le rôle essentiel des replis supérieurs de la glotte chez le chat domestique; la conformation particulière du larynx chez cet animal, lui a permis de tenter une expérience que l'on pourra désormais répéter avec une grande facilité, et qui fournit une démonstration positive et directe. En effet, lorsqu'après une éthérisation préalable, on s'est rendu maître de l'animal, on fait violemment ouvrir sa gueule au moyen de fortes ficelles fixées autour des dents canines; quand le chat, vaincu par la continuité de la distension, a cessé de faire des efforts pour resserrer ses mâchoires, on fait des tractions sur la langue avec une pince érigne. Il suffit alors de saisir l'épiglotte avec un crochet pour amener le larynx à l'isthme du gosier, et comme, chez le chat, les replis supérieurs de la glotte forment l'ouverture supérieure du larynx, on peut, avec la plus grande facilité, voir, à chaque cri produit par l'animal, les cartilages arythénoïdes se rapprocher à la partie postérieure et les replis supérieurs entrer en vibration.

M. Segond a pratiqué, devant la Société, la section de ces replis, et à l'instant même la voix a disparu. A l'occasion de cette expérience, M. Segond fait remarquer que la prédominance des replis supérieurs de la glotte chez le chat est en rapport avec l'extrême développement du registre de sons qui représente chez cet animal la voix de fausset; au contraire, ses replis inférieurs, plus courts, moins déliés, moins distincts, sont en rapport avec un registre de poitrine qui a un très-médiocre développement. (Séance du 17 mars.)

3° RECHERCHES SUR LA RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE ET LA PUTRÉFACTION.

M. BROWN-SÉQUART communique aussi des recherches sur une des causes qui font varier l'époque d'apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction.

M. Dumas a émis l'opinion que la rapidité de la putréfaction dans la chair des bœufs surmenés pourrait bien dépendre de l'activité considérable et prolongée de la respiration, pendant une longue marche. Un autre fait tendrait encore, suivant l'illustre chimiste, à prouver que l'époque à laquelle survient la putréfaction des muscles varie en raison de la quantité de carbone brûlé pendant les derniers temps de la vie. Ce fait qui, du reste, a besoin d'être étudié quant aux circonstances qui l'accompagnent, consiste en ce que la chair des animaux tués la nuit se conserve mieux que la chair des animaux tués le jour; or la respiration est moins active la nuit que le jour.

M. Brown-Séquart, sans nier que l'activité de la respiration puisse jouer en partie le rôle que lui attribue M. Dumas, croit qu'il existe une autre cause bien plus puissante de la rapidité de la putréfaction après la mort, dans les cas qui précèdent et dans beaucoup d'autres. Cette cause est l'action énergique et fréquente des muscles; en effet, un grand nombre de faits tendent à prouver que les muscles qui ont été mis vivement en action quelque temps avant ou aussitôt après la mort sont atteints plus promptement par la rigidité cadavérique, et se putréfient plutôt que les muscles laissés en repos.

M. Brown-Séquart cite d'abord des expériences d'Autenrieth et de J. Hunter; il rapporte ensuite avoir fréquemment répété l'expérience suivante, qui lui a toujours donné les mêmes résultats : il faisait passer un courant galvanique à travers un des membres postérieurs d'un lapin, d'un cochon d'Inde ou d'une gre-

nouille. Après une ou deux heures d'excitations galvaniques répétées, il tuait l'animal et il voyait que le membre postérieur galvanisé devançait de beaucoup l'autre membre postérieur, quant aux particularités suivantes : cessation de l'irritabilité musculaire, apparition et terminaison de la rigidité cadavérique, début de la putréfaction. En substituant à l'excitation galvanique des excitations mécaniques, on produit des effets semblables, mais moins saillants.

Si, au lieu de comparer deux membres, on compare deux animaux entiers, on obtient les mêmes résultats. Pour cette comparaison, M. Brown-Séquard excise le cœur de deux jeunes lapins, et tout aussitôt il soumet l'un d'eux à l'action d'un appareil électro-magnétique énergique.

Si des changements ont lieu dans la composition chimique des muscles pendant leur contraction, ainsi qu'Helmholtz dit l'avoir constaté par des analyses comparatives, on est admis à penser que ces changements chimiques sont de même nature que ceux qui se font spontanément dans les muscles, après la mort, et par suite desquels surviennent successivement la rigidité et la putréfaction.

En finissant, M. Brown-Séquard rappelle un fait bien connu, c'est que les animaux forcés à la chasse, et particulièrement le cerf, acquièrent très-promptement, après leur mort, une rigidité qui dure peu.

En résumé, dit M. Brown-Séquard, il y a sans doute quelques faits qui paraissent prouver qu'un lien de causalité existe entre l'augmentation de la respiration et la prompte apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction; mais comme, dans ces cas, il y a aussi augmentation dans l'énergie et la fréquence des contractions musculaires, et comme, en outre, il existe d'autres cas où, sans que la respiration ait pu intervenir, il y a eu, en même temps qu'accroissement de l'action musculaire, prompte apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction, on est fondé à croire que l'action musculaire a une influence notable sur l'époque où surviennent ces phénomènes, tandis que l'influence de l'activité de la respiration, qui est possible, est encore à démontrer. (Séance du 10 mars.)

4° MOUVEMENTS DES VALVULES SIGMOÏDES.

M. CLAUDE BERNARD communique quelques remarques sur le jeu des valvules sygmoïdes dans la circulation cardiaque. On croit généralement que, dans le passage du sang à travers les orifices artériels du cœur, les valvules sygmoïdes sont fortement écartées et viennent s'appliquer aux parois du vaisseau. M. Bernard s'est assuré que ces valvules n'étaient que légèrement écartées. Dans le cas contraire l'embouchure des artères cardiaques serait fermée par les valvules et le pouls de ces artères serait différent de celui des autres parties du système artériel. Chassé par les contractions ventriculaires, le sang ne pénètre pas dans un tube vide, mais il rencontre une colonne sanguine qui remplit déjà le vaisseau et fait obstacle à un écartement exagéré des valvules. (Séance du 31 mars.)

5° ACTION DE LA CHALEUR ET DU FROID SUR L'IRIS.

M. BROWN-SÉQUARD communique les recherches suivantes sur l'action de la chaleur et du froid sur l'iris.

Haller rapporte avoir été bien surpris un jour où, ayant chauffé l'œil d'un chat mort depuis longtemps, il vit la pupille se resserrer considérablement. L'illustre physiologiste se contenta de signaler ce fait, et il ne paraît pas avoir songé à l'étudier. Toutefois cette simple observation pouvait conduire à des recherches très-intéressantes et à la solution de plusieurs questions importantes.

M. Brown-Sequard a repris l'étude de ce phénomène, et il communique à la Société les résultats de ses recherches qu'il résume dans les conclusions suivantes :

« 1° Tous les animaux que nous avons examinés, dit-il, savoir : le lapin, le chien, le chat, le cochon d'Inde, la pintade et le pigeon, ont l'iris capable de se contracter sous l'influence d'un changement de température considérable et prompt, soit que les yeux appartiennent à des animaux morts depuis peu de temps, soit qu'ils aient été extraits de l'orbite pendant la vie.

» 2° C'est chez le lapin que les changements de température agissent avec le plus d'énergie sur l'iris; c'est chez le cochon d'Inde que l'action est à son minimum de puissance.

» 3° L'iris du lapin peut rester contractile, en hiver, pendant plus de deux jours après la mort de l'animal; il arrive souvent même que la rigidité cadavérique des membres cesse avant que l'iris ait perdu sa contractilité.

» 4° La durée de la contractilité de l'iris, après la mort, varie beaucoup, suivant la température du milieu où se trouve l'œil. Elle est d'autant plus courte que la température est plus élevée.

» 5° Pour qu'un changement de température agisse notablement sur l'iris, il faut qu'il soit au moins de 20 à 25 degrés centigr., soit en *plus*, soit en *moins*.

» 6° Le *froid* ou, plus exactement, un abaissement de température, et la *chaleur*, ou mieux une élévation de température, peuvent produire, suivant les circonstances, un resserrement ou une dilatation de la pupille.

» 7° Si l'on enlève les deux yeux d'un lapin, mort depuis environ une demi-heure, et dont la température s'est abaissée jusqu'à 20 à 25 degrés centigr., et qu'on expose ces yeux, l'un à l'action d'une chaleur de 45 à 48 degrés, et l'autre à la température de la glace fondante, on voit les deux pupilles se resserrer. Un même effet est donc produit alors par deux causes différentes physiquement : élévation de la température dans le premier cas, abaissement dans le second; mais à un autre point de vue on peut et on doit considérer ces deux causes comme une seule, c'est-à-dire un changement de température considérable et rapide.

» 8° Si le froid et la chaleur peuvent produire le même effet, il n'en est pas moins vrai qu'ils peuvent aussi produire des effets contraires; ainsi prenons un œil de lapin qui a reçu l'action du froid et dont la pupille s'est resserrée considérablement, et exposons-le à l'action d'une température de 40 à 45 degrés centig.; la pupille alors se dilatera sous l'influence de cette chaleur.

» 9° Ce qui précède peut se résumer ainsi : dans tous les cas où la pupille est excessivement resserrée, elle se dilate quand on change rapidement et de beaucoup la température de l'iris, soit en plus soit en moins; au contraire, dans tous les cas où la pupille est dilatée ou peu resserrée, elle se resserre sous l'influence des changements de température en plus ou en moins.

» 10° Le resserrement ou la dilatation de la pupille, sous l'influence du froid ou de la chaleur, diffèrent complétement des mouvements de l'iris qui ont lieu dans les yeux des animaux vivants, en ce qu'ils sont très-lents à se produire; la durée du resserrement varie entre deux et dix minutes, celle de la dilatation entre trois et quinze minutes, rarement moins.

» 11° L'action d'un changement de température est d'autant plus grande et plus prompte, toutes choses égales d'ailleurs, que le changement est plus considérable; ainsi un œil étant à 40 degrés centigr. éprouvera d'autant plus d'effet qu'on l'exposera à une température plus voisine de zéro.

» 12° Quand on expose un œil alternativement au froid et à la chaleur, la pupille après s'être resserrée ne se dilate que très-rarement autant qu'elle s'était resserrée, et, en outre, chaque resserrement qui suit une dilatation est plus considérable que le resserrement précédent. Si l'on continue à faire ainsi resserrer et dilater une pupille, on arrive, après 60, 80, 100 resserrements et dilatations alternatifs, à un état de resserrement considérable, et l'iris cesse d'être contractile.

» 13° M. Bouchut a décrit récemment avec une grande précision des phénomènes déjà constatés par Haller et R. Whytt; il a vu que la pupille se resserrait dans l'agonie et se dilatait notablement au moment de la mort. Nous ajouterons à ces faits que la pupille dilatée, après la mort, commence dès alors à se modifier de nouveau spontanément; elle se resserre peu à peu, et, dans l'espace de deux à cinq jours, elle arrive au degré de resserrement le plus considérable. Ce resserrement lent et spontané de la pupille nous paraît être, dans l'iris, un phénomène comparable à la rigidité cadavérique dans les autres muscles de l'économie. »

Dans une prochaine communication, nous donnerons l'explication des divers phénomènes exposés ci-dessus, et leurs conséquences pour la physiologie et la médecine légale. (Séance du 31 mars.)

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° ALTÉRATIONS DU FOIE CHEZ DES INDIVIDUS ATTEINTS DE SYPHILIS.

M. GUBLER met sous les yeux des membres de la Société deux foies ayant appartenu à des sujets affectés de syphilis constitutionnelle.

Le premier est celui d'un homme de 31 ans, mort à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, après avoir présenté une série d'accidents syphilitiques secondaires et tertiaires. L'accident primitif fut contracté à la fin de l'année 1847; des symptômes secondaires se développèrent pendant l'année 1848, et c'est à la fin de cette année qu'apparurent les accidents tertiaires. En même temps les fonctions digestives se dérangèrent; un ictère intense ne tarda pas à survenir, et persista jusqu'à la mort. Il s'accompagna de vomissements réitérés, puis d'ascite et d'œdème des membres inférieurs; il s'y ajouta aussi des accidents thoraciques. Le malade tomba dans le marasme et succomba le 27 février dernier, deux mois environ après l'apparition des premiers symptômes d'une maladie du foie.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions des poumons, l'ascite et une altération particulière du foie, que M. Gubler rapporte à la cirrhose. Le foie est un peu ratatiné et considérablement diminué de volume; il ne pèse que 768 grammes. Sa couleur résulte d'un mélange de jaune et de verdâtre; le jaune appartient spécialement à des granulations grosses comme une tête d'épingle, comme un grain de chènevis ou même un gros pois, lesquelles sont identiques, pour les caractères de forme et de structure intime, aux granulations de la cirrhose proprement dite. Elles s'énucléent facilement de la cavité que leur forme la trame cellulo-fibreuse hypertrophiée; elles sont sphéroïdales ou irrégulièrement polyédriques, et constituées par une capsule d'enveloppe plus résistante et par une trame celluleuse intérieure, molle, infiltrée d'une énorme proportion de cellules propres du foie plus ou moins entières, et chargées de graisse et de matière colorante.

M. Gubler pense que cette cirrhose est un effet du virus syphilitique. Il possède une autre observation du même genre, et rappelle que M. Rayer signale, dans son TRAITÉ DES MALADIES DES REINS, des altérations du foie coïncidant avec la syphilis et la néphrite albumineuse. Les anciens croyaient à l'existence de ces affections syphilitiques du foie; M. Rayer est disposé à les admettre; M. Ricord a vu des cas analogues qu'il interprète dans ce sens. Enfin aujourd'hui M. Trousseau ne doute pas de la relation de cause à effet qui existe entre la syphilis et une altération particulière du foie que M. Gubler a découverte chez les enfants à la mamelle en 1846.

Le second foie est un exemple de ce genre d'altération; il a une teinte généralement jaunâtre ou pâle, tandis que les foies d'enfant sont d'ordinaire très-foncés en couleur. Sa substance jouit d'une demi-transparence plus marquée en certains endroits, particulièrement au voisinage du bord tranchant; elle est parsemée d'une multitude de petits points blancs opaques semblables à des grains de semoule très-fins. Sa coupe est uniformément jaunâtre ou marbrée de rougeâtre. Cette substance est beaucoup plus dure que celle d'un foie sain, et examinée au microscope, elle se montre infiltrée d'éléments fibro-plastiques, noyaux et corps fusiformes fort abondants. Ce foie a été pris sur un enfant âgé de quelques mois seulement, et qui est mort à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Cullerier, avec des ulcérations dans les fosses nasales, des plaques muqueuses et de l'ecthyma profond. Il faut signaler aussi l'existence d'une certaine quantité de pus bien lié dans la cavité péritonéale.

M. Gubler a le plus souvent trouvé des signes non équivoques de péritonite chez les enfants qui succombaient dans ces conditions. (Séance du 3 mars.)

2° CHOLÉRA; RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

M. BOUCHUT fait connaître les résultats de ses recherches cadavériques sur un assez grand nombre de sujets morts du choléra.

Il fait remarquer que la multiplicité des lésions matérielles, dans le cerveau et ses membranes, dans les poumons, dans le foie, dans les reins, dans l'intestin et à la surface de la muqueuse, ne permet pas de localiser cette maladie.

La lésion des follicules intestinaux, qu'on a considérée comme caractéristique du choléra, n'est même pas spéciale à cette affection; car il y a des sujets qui sont morts au début ou dans le cours de la maladie, et qui n'ont point offert de follicules intestinaux hypertrophiés.

De plus, cette hypertrophie des follicules s'observe ailleurs que dans le choléra: dans quelques cas d'entérite chez l'adulte et dans les entérites chroniques des jeunes enfants.

Le fait important dans ces autopsies, après l'entière absence de lésions matérielles spéciales du choléra, c'est la modification que présente, dans cette maladie, de la composition chimique de quelques-uns des organes sécréteurs, et en particulier du foie et des reins.

Sur un grand nombre de sujets, le sucre normal du foie avait disparu, ce qu'il était facile d'apprécier, en traitant la décoction d'un fragment de cet organe par le tartrate de potasse cuivrique sans obtenir la réduction de l'oxyde de cuivre.

Ce fait a coïncidé avec l'existence de vomissements bilieux remplis de matière sucrée, qui opéraient la réduction de l'oxyde de cuivre lorsqu'on traitait ce mélange par la chaleur.

M. Bouchut rapporte ensuite qu'ayant examiné les urines de vingt-trois cholériques, au début et dans la durée de l'affection, il a trouvé ces urines fortement albumineuses, fait déjà indiqué par Simon dans sa CHIMIE PATHOLOGIQUE, et l'on a vu ces urines cesser de renfermer de l'albumine, au moment de la convalescence, chez sept malades qui ont guéri.

Une légère altération de texture des reins paraît coïncider avec ce phénomène. M. Bouchut présente à la Société plusieurs de ces organes; l'on y trouve une décoloration très-marquée de la substance corticale, avec ramollissement faible, et adhérence à la membrane fibreuse d'enveloppe.

3° ANATOMIE PATHOLOGIQUE D'UN CHANCRE INDURÉ.

Bennett et notre collègue M. Robin ont examiné et décrit les différents éléments qui constituent l'induration du chancre. Ils y ont constaté la présence d'un grand nombre de corps fusiformes. M. Gubler montre à la Société un chancre récemment cicatrisé dont la base offrait l'induration spécifique. Il y a retrouvé des éléments fibro-plastiques à tous les degrés de développement. Ce chancre, situé sur le prépuce, avait dû être enlevé avec une portion de ce repli dans l'opération du phymosis. (Séance du 3 mars.)

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

LUXATION DES OS DU MÉTACARPE DANS LEUR ARTICULATION CARPO-MÉTACARPIENNE; par M. JULES ROUX (de Toulon). — In-8° de 11 pages. — Paris, 1848.

Ce travail est consacré à faire connaître le premier exemple observé d'une lésion que plusieurs auteurs de chirurgie avaient jugée impossible, et dont on ne connaissait, du moins jusqu'ici, aucun cas authentique. Il ne s'agit cependant point (ainsi que le titre et la première phrase du mémoire pourraient le faire supposer) de la luxation *des os* du métacarpe, mais seulement de celle d'*un os* du métacarpe dans son articulation avec le carpe. Comme ce fait est de nature à modifier l'opinion ayant généralement cours sur ces altérations, comme surtout il pourra, en fixant le diagnostic d'une affection qui ne nécessite point l'amputation, préserver à l'avenir quelques malades contre cette cruelle et dernière ressource de l'art, nous allons en reproduire la relation avec quelques développements.

A la suite de l'explosion d'une mine, un jeune homme reçut des blessures à la cuisse et à la tête. La main droite, aussi frappée, présenta une fracture directe du deuxième métacarpien, compliquée d'une petite plaie, et de plus une luxation *en arrière* du troisième métacarpien dans son articulation avec le carpe. Une tumeur dure, circonscrite et sous-cutanée se voyait et se sentait à la région dorsale et moyenne du carpe, continue au troisième métacarpien, et se mouvant un peu quand on tirait sur cet os; elle persistait dans tous les mouvements imprimés à la main, et l'on aurait pu la prendre pour un os du carpe, luxé, si elle n'eût été aussi éloignée de la ligne articulaire du poignet. Enfin, raccourcissement du médius, et inclinaison de l'os luxé, lequel n'était plus sur le même plan que les autres métacarpiens.

Ces signes, devenus encore plus évidents le lendemain, grâce à la diminution du gonflement, annonçaient un déplacement évident. Pour le réduire, M. Roux essaya d'abord inutilement de presser avec les deux pouces sur l'extrémité carpienne de l'os, les autres doigts étant croisés dans la paume de la main; mais il réussit promptement dès qu'il eut combiné cet effort avec une traction directe opérée sur le médius par un aide. La saillie disparut avec le bruit caractéristique, et la forme de la partie se rétablit aussitôt.

M. Roux pensa alors qu'il convenait, pour maintenir la réduction, de placer la main et le doigt malades dans l'extension; mais cette manœuvre fut immédiatement suivie de la réapparition de la luxation. Il réduisit de nouveau, et porta alors les doigts dans une flexion modérée.

Le sujet ayant succombé, au bout de dix jours, aux suites de la plaie de tête, on put examiner l'état du doigt, et cela d'autant plus aisément qu'il suffit de porter sur le cadavre le doigt dans l'extension pour reproduire la luxation avec tous ses caractères.

La peau est ecchymosée, offre des traces de meurtrissures sur les phalanges et notamment sur la face dorsale de l'indicateur, ainsi que sur celle du carpe et du métacarpe. L'extrémité carpienne du troisième os du métacarpe est entièrement sortie de sa mortaise et repose sur la face dorsale du grand os; tous les ligaments de l'extrémité luxée sont rompus, à l'exception d'un lambeau fibreux qui la retient encore très-lâchement au deuxième métacarpien. Le ligament glénoïdien qui unit les extrémités phalangiennes des quatre métacarpiens est brisé; le tendon du deuxième radial externe est dans le relâchement. Le métacarpien luxé n'est le siége d'aucune fracture; le corps du deuxième métacarpien est, au contraire, obliquement fracturé, et présente un léger déplacement des fragments. Les ligaments de l'extrémité carpienne du quatrième os du métacarpe sont presque entièrement rompus, de telle sorte que la luxation était imminente. Les métacarpiens du pouce, du petit doigt, et les os du carpe ne sont le siége d'aucune lésion.

Nous avons rapporté intégralement cette observation, parce qu'elle est du petit nombre de celles qui méritent de conserver une place dans les archives de la science. La lésion dont elle constitue le premier exemple y est si exactement représentée qu'aucun doute ne pourra désormais subsister sur sa réalité. Il est vrai que ce serait là une luxation probablement par cause directe, et, comme telle, ne démontrant qu'à moitié cette pensée de la plupart des auteurs classiques, que, pour la produire, il faut une violence très-considérable et bien capable de déterminer de préférence une fracture; mais il n'en reste pourtant pas moins constant qu'ici c'est le déplacement seul qui a eu lieu.

L'espèce de description générale que M. J. Roux a voulu esquisser d'après ce cas ne reproduit guère que les traits contenus dans le texte qui précède; aussi la passerons-nous sous silence. Mais il n'en est pas de même des expériences cadavériques auxquelles il s'est livré pour mieux éclairer le mécanisme de cette lésion. Il a employé tantôt une violence directe, tel qu'un énorme levier ou un volumineux marteau, tantôt une puissance indirecte s'exerçant sur l'extrémité phalangienne des métacarpiens. Or, dans la première série, il a produit: 1° la fracture des os du métacarpe, presque toujours; 2° la fracture des os de l'avant-bras, rarement; 3° la séparation des extrémités carpiennes des métacarpiens, sans luxation, moins rarement; 4° la luxation d'un ou plusieurs de ces os dans leur articulation carpo-métacarpienne, plusieurs fois. Dans la seconde série d'expériences, il a observé: 1° le plus souvent, la fracture des deux os de l'avant-bras; 2° fréquemment, la fracture isolée des os du métacarpe; 3° une fois, la luxation du poignet, sans fracture aucune; 4° quelquefois la séparation des extrémités carpiennes des métacarpiens, sans luxation; 5° assez rarement, la luxation des métacarpiens, soit en avant, soit en arrière, sans trop de désordre des parties molles.

Ces résultats instructifs nous semblent en effet très-propres à justifier les conclusions suivantes qu'en tire M. J. Roux: « 1° La résistance des articulations qui composent le massif du carpe ou qui y sont annexées, l'emporte sur celle des os de l'avant-bras et du carpe; 2° les causes directes, telles que contusions fortes, éclats d'armes à feu, passage d'une roue de voiture, etc., fracturent ordinairement les os du métacarpe, tandis que les causes indirectes, les chutes, les fortes pressions sur la main, etc., sont suivies le plus souvent de la fracture des os de l'avant-bras; 3° enfin, sous l'influence de ces deux genres d'agression, la luxation des métacarpiens est extrêmement rare. »

Malgré cette rareté, cependant, M. J. Roux émet l'avis (et nous le partageons entièrement) que de pareilles luxations ont dû avoir lieu quelquefois, mais qu'elles ont été dissimulées par le gonflement des parties molles, ou confondues avec une fracture du carpe ou des métacarpiens eux-mêmes.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — OSCILLATIONS ET RECRUDESCENCE. — CONTAGION.

Nous disions il y a huit jours : « Notre pronostic n'est pas tout à fait aussi rassurant que celui de nos confrères de la presse et de l'Académie : nous serions fort heureux de nous tromper. » Nous ne nous sommes malheureusement pas trompés. Au moment où nous écrivions ces lignes, une augmentation notable dans le chiffre des invasions et des décès ne confirmait que trop nos appréhensions; et ceux-là même à qui une apparence trompeuse avait fait croire que l'épidémie était entrée dans sa période décroissante, qu'elle touchait à sa fin, ont été bientôt désillusionnés. Cette erreur de leur part leur en a fait commettre une autre. De ce que le chiffre des entrées et des décès a été reporté brusquement au taux le plus élevé de l'épidémie, ils en ont conclu non-seulement que l'épidémie n'était point encore entrée dans sa période de décroissance, mais qu'elle avait éprouvé une recrudescence. Pour eux, un changement numérique en plus ou en moins, c'est une décroissance ou une recrudescence de l'épidémie. Nous nous sommes élevés à plusieurs reprises contre cette interprétation arbitraire, qui ne tend à rien moins qu'à réduire une question étiologique des plus ardues et des plus compliquées à une pure question de chiffres. En 1832 déjà, nous avons eu occasion de poser les véritables termes de la discussion. A cette époque, nous faisions remarquer que des changements numériques plus ou moins importants et plus ou moins brusques traversaient et obscurcissaient parfois les grandes périodes épidémiques, d'*invasion*, de *croissance*, d'*état* et de *décroissance*, et nous avions appliqué à ces révolutions partielles et accidentelles la dénomination d'*oscillation* de l'épidémie, pour ne pas les confondre avec les véritables mouvements périodiques de *croissance*, d'*état* ou de *décroissance*. Il en est encore de même aujourd'hui. Mais pourquoi, dira-t-on, préférer le mot d'oscillation à celui de recrudescence, et quelle différence existe-t-il au fond entre l'une et l'autre ? Répondre à cette question, c'est, suivant nous, rendre désormais toute confusion impossible.

Une épidémie, c'est l'incarnation et l'évolution d'une cause morbide spéciale. Envisagée abstraitement, c'est-à-dire en l'absence des circonstances et conditions matérielles où elle fonctionne, cette évolution, on le sait, serait soumise à des lois fixes et invariables; cependant il n'en est pas ainsi dans la réalité. La cause épidémique, douée d'une activité propre et spontanée, est susceptible de recevoir de bien des circonstances extérieures des impressions ou influences capables de modifier, d'irrégulariser sa marche. En première ligne, nous citerons les influences météorologiques, les variations atmosphériques. Comme circonstances accidentelles et secondaires, nous avions noté en 1832 que presque toujours les entrées et la mortalité augmentaient les lundis et les mardis, et nous avions rattaché ces oscillations à l'influence possible des excès de table et de cabaret, que la classe ouvrière commet de préférence les deux premiers jours de la semaine. Si nous sommes fondés dans ce raisonnement, nous en conclurons donc que la marche générale de l'épidémie dépend de son impulsion naturelle, de sa propre cause, et que ses oscillations témoignent du concours de causes intercurrentes et de l'influence plus ou moins active, plus ou moins durable de ces causes. En appliquant cette théorie aux faits dont nous avons été témoins, ne peut-on pas expliquer les variations numériques observées depuis huit jours par les changements atmosphériques remarquables qui ont coïncidé avec ces variations ? Nous en conclurons donc que l'épidémie n'est pas encore entrée dans sa période de déclin, mais qu'elle oscille alternativement dans un sens et dans un autre, au gré des influences secondaires, jusqu'à ce que sa cause propre diminue progressivement et finisse par disparaître tout à fait. Notre relevé hebdomadaire nous paraît en parfait accord avec ce qui précède.

	Mal. au 27 avril.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 27 avril.	Augment. dans la sem.	Mal. au 4 mai.	Augment. dans la sem.	Morts au 4 mai.	Augment. dans la sem.	Sortis.
La Salpêtrière	821	31	583	20	840	19	602	19	144
Hôtel-Dieu	305	54	149	35	415	110	210	61	118
La Charité	226	30	137	23	274	48	154	17	57
La Pitié	230	38	111	13	272	42	131	20	87
Bicêtre	65	14	41	8	76	11	54	13	»
Saint-Louis	164	28	85	19	237	73	113	28	46
Beaujon	105	24	68	13	133	28	83	15	19
Hôpital des Enfants	18	2	10	2	21	3	12	2	8
Necker	46	2	31	2	59	13	35	4	40
Sainte-Marguerite	31	3	16	»	44	13	21	5	10
Saint-Antoine	35	10	21	8	55	20	27	6	11
Hôpital des Cliniques	24	7	20	6	25	1	20	»	10
Bon-Secours	34	5	21	2	53	19	29	8	6
Val-de-Grâce	190	19	50	5	227	37	57	7	»
Gros-Caillou	228	40	84	15	270	42	90	6	87
Ménages	25	4	17	6	31	6	20	3	2
Cochin	11	3	3	1	13	2	5	2	3
Maison de santé	21	6	16	5	30	9	19	3	4
Invalides	15	2	12	1	18	3	14	2	2
Hôpital militaire du Roule	90	33	37	17	122	32	47	10	29
Prison de Saint-Lazare	6	»	5	»	6	»	5	»	»
Incurables (femmes)	1	»	1	»	1	»	1	»	»
Lourcine	12	7	2	1	14	2	2	»	3
La Rochefoucauld	5	»	3	2	5	»	3	»	»
Hôpit. milit. Popincourt	40	»	10	»	48	8	13	3	»
Incurables (hommes)	»	»	»	»	2	2	2	2	»
Totaux	2750	362	1533	204	3292	483	1769	236	686

Feuilleton.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE.

DES CONDITIONS D'ADMISSION AUX ÉTUDES MÉDICALES.

A la fièvre de réorganisation qui naguère agitait le monde médical, a succédé une période de prostration et de découragement profond. Après avoir accumulé projet sur projet, rapport sur rapport, l'administration a fermé ses cartons; puis, après une velléité d'action, elle en est restée à l'immobilisme chinois qui la caractérise. Aujourd'hui la venue d'une nouvelle république, plus ou moins sociale, paraît plus probable que la plus simple, la plus urgente des réformes médicales. Aussi le scepticisme a-t-il remplacé les illusions ; car toute amélioration paraît indéfiniment ajournée, là où le terrain est occupé par l'esprit de routine, d'un côté, par l'esprit de destruction révolutionnaire, de l'autre.

Toute discussion qui, de près ou de loin, touche à l'organisation de la médecine serait donc parfaitement inopportune, s'il n'existait pas de par le monde quelques esprits qui se complaisent dans le domaine fantastique de l'idéal. C'est à ces esprits sympathiques que je m'adresse pour examiner la question des conditions d'admission aux études médicales, pour critiquer ce qui est, pour indiquer ce qui devrait être.

La solution rationnelle de cette question aurait plus de portée qu'on ne le pense : elle exercerait sur la profession, sur la science et sur l'enseignement une influence également heureuse. Ce serait une réforme qui, pour être partielle et facilement réalisable, n'en serait pas moins féconde.

En principe, personne ne contestera qu'une certaine aptitude naturelle, qu'une intelligence déjà préparée par des études littéraires scientifiques suffisantes, ne représentent d'une manière générale les conditions individuelles absolument nécessaires pour entreprendre avec fruit l'étude de la médecine.

On ne saurait pas davantage contester que l'existence de ces conditions devrait être *officiellement* constatée *avant* l'admission aux études; et cela dans l'intérêt des élèves et de leur famille, aussi bien que dans l'intérêt plus élevé de l'enseignement et de son but social.

Le bon sens parle tellement haut, ce qu'il commande dans l'intérêt de tous est tellement évident, que l'on a peine à comprendre la longévité d'un système de règlements aussi déplorable que celui qui régit aujourd'hui cette matière.

Que voyons-nous en effet ?

Dans les écoles, dites préparatoires, ni diplôme de bachelier ès lettres, ni diplôme de bachelier ès sciences; rien, absolument rien, n'est officiellement exigé en vue de constater l'aptitude de la carrière médicale. L'élève peut quitter prématurément les bancs du collége; il peut laisser son éducation littéraire inachevée, n'avoir aucune notion scientifique acquise. Il peut être parfaitement incapable, et commencer nonobstant *ses études médicales*.

Ce n'est qu'au bout de deux, même de trois années d'inscriptions, que les règlements placent l'étudiant en face des épreuves qui doivent donner, à lui et à ses parents, la mesure de son aptitude, à la société la première garantie de capacité.

— L'Académie persiste à ne pas se commettre dans des controverses scientifiques sur le choléra. Ni l'ancienne proposition de M. Joly, renouvelée mardi par son auteur, de s'occuper de la question *pathologique*, ni la proposition nouvelle faite par M. Gérardin de *régulariser la discussion*, n'ont pu décider la prudente assemblée à sortir de l'inventaire du mouvement des cholériques dans les hôpitaux. Elle a même paru, ou, pour parler plus rigoureusement, le conseil a paru singulièrement surpris de la demande de M. Joly et a déclaré, par l'organe de son secrétaire perpétuel, ne pas bien savoir ce qu'on pouvait entendre par la *question pathologique*. C'est pourtant assez simple. La question pathologique, c'est à peu près tout ce qui, dans l'histoire du choléra, est en dehors des questions jusqu'ici traitées à l'Académie ; c'est la question des causes, du mode de propagation, des symptômes, de la marche et surtout de la thérapeutique rationnelle ; c'est celle de la contagion, celle des symptômes prodromiques et de l'identité de la cholérine et du choléra, celle encore des caractères spéciaux infligés par l'épidémie aux autres maladies de la saison, etc., etc. Il ne faut qu'avoir des yeux pour voir cela et des oreilles pour l'entendre. On répond, il est vrai, qu'il y a une commission du choléra, à laquelle seront renvoyés tous les documents, et qui ne manquera pas de s'expliquer sur tous ces points ; mais alors nous ne voyons pas trop pourquoi l'Académie s'est livrée à tant d'exclamations quand l'honorable M. Moreau a proposé de surseoir à toute discussion jusqu'à la disparition complète du fléau ; c'est à ce résultat qu'on sera conduit, de nécessité, s'il faut attendre, pour entamer une discussion quelconque, le dépôt du rapport, surtout si le rapport ne doit rien dire, rien tenter, rien élucider, qu'à l'aide des documents déposés sur la tribune. Bien plus, s'il en est ainsi, le renvoi de la discussion à la fin de l'épidémie doit être accueilli non plus comme une nécessité, mais comme une sage mesure, car il est clair que l'histoire de l'épidémie actuelle sera mieux ou plus exactement faite avec la totalité des documents qui seront parvenus à l'Académie, qu'elle ne le serait avec ceux seulement qu'elle a reçus jusqu'ici. Mais on ne peut s'empêcher de remarquer que ce n'est peut-être pas le rôle qui convient au premier corps médical de France. De nombreuses lettres de nos confrères des départements témoignent de la perplexité où se trouvent beaucoup d'entre eux, ceux surtout qui n'ont pas vu l'épidémie de 1832, au moment où leurs localités sont envahies par le fléau, et expriment tristement le regret de ne pas rencontrer dans l'Académie un guide, sinon capable de les tirer de peine entièrement, du moins assez expérimenté pour les aider à s'orienter sur ce nouveau terrain pathologique. Il est certain que, en se déchargeant de tout soin sur une commission et en renvoyant aux calendes tout travail sérieux, l'Académie s'expose à être accusée de ne voir dans l'épidémie actuelle qu'un sujet de curiosité scientifique, qu'elle est libre de goûter à ses heures, et qui aura d'autant plus de saveur qu'elle l'aura laissé mûrir plus longtemps. Or, dans un danger public, le devoir de chacun n'est pas d'en étudier après coup la théorie, mais bien d'y courir au plus vite ; en temps d'épidémie, la science est requise aussi promptement que la pratique, et l'Académie qui représente la science est tenue à intervenir dans sa sphère autant que le praticien à courir où la souffrance l'appelle.

— Parmi les questions que soulèverait une étude approfondie du choléra, l'une des plus graves est sans doute celle de la contagion. On sait par quels motifs l'Académie s'était décidée à ne pas élever, sur ce sujet scabreux, un débat qui lui semblait pouvoir retentir d'une manière fâcheuse au dehors. Si peu de personnes avaient paru de l'avis de cet honorable membre qui voulait militairement supprimer les faits favorables à l'idée de la contagion, la majorité avait été d'avis de ne pas les soumettre, quant à présent, à une discussion publique, et de se borner à les renvoyer à la commission. Les partisans de l'opinion contagioniste, et parmi eux ceux même qui ne partageaient pas de telles appréhensions, avaient respecté, en n'insistant pas, les scrupules de leurs collègues. Cela étant, il semblait que la question dût être provisoirement enterrée. Mais l'intempérance de M. Rochoux n'y eût pas trouvé son compte. L'honorable membre a profité habilement de la disposition des contagionistes à ne pas se défendre pour les attaquer de plus belle. Il a été facile à M. le président de montrer le danger et le côté peu généreux de cette sorte de provocation ; il a engagé les partisans de la contagion à ne pas y répondre, et a donné lui-même l'exemple de la modération ; car l'honorable président est, lui aussi, contagioniste. A la bonne heure, et nous ne trouvons pas mauvais que l'Académie persiste dans une ligne de conduite qu'elle a déclarée la meilleure il y a huit jours. Mais nous qui restons libres dans le domaine de notre journal, et qui ne sommes pas, d'ailleurs, aussi convaincus que l'Académie de l'excellence de ses motifs, nous n'avons aucune raison de ne pas relever le gant jeté à notre opinion, et nous le ferons en quelques mots. On voudra bien d'ailleurs remarquer que notre intention, pour le moment, est moins de soutenir l'opinion de la contagion, que de montrer l'inanité des arguments invoqués contre elle. Mais avant d'examiner la question à son point de vue général, nous devons deux mots de réponse à un de nos confrères de la presse. Pour expliquer la possibilité de la contagion dans quelques cas exceptionnels en opposition aux cas presque innombrables où elle n'a pas existé, nous avions cité l'exemple du chloroforme ; de même, avons-nous dit, que le chloroforme, très-ordinairement exempt de danger, peut dans certaines circonstances et sous l'empire de certaines conditions, occasionner la mort, de même le choléra, sous l'empire de conditions rares, difficiles à réaliser si on veut, peut se transmettre par voie de contagion. Notre savant contradicteur répond à cette proposition bien simple comme il suit : « Dire que le choléra est contagieux à Amiens et non » contagieux à Paris, ce n'est point dire que le chloroforme peut tuer » tel individu et épargner tel autre ; c'est dire au contraire que le » chloroforme peut tuer à Amiens, mais non à Paris, etc. (1). » Nous en demandons bien pardon à notre confrère, mais une telle énormité n'a pas plus existé sous notre plume que dans notre esprit. De ce que les cas de transmission du choléra ont été observés à Amiens ou ailleurs, nous n'en avons nullement conclu que le choléra y fût contagieux dans ce pays et ne le fût pas à Paris. La circonstance de la localité ne nous a nullement préoccupé, et nous nous sommes abstenu de dire pourquoi, comment, en vertu de quelle influence le choléra s'était montré contagieux dans quelques cas observés aux environs d'Amiens, n'importe où, par la raison toute simple que nous ne le savons pas. Quand nous avons rapporté des cas de mort arrivés à Londres à la suite de l'emploi du chloroforme, n'aurait-on pas pu nous prêter aussi légèrement l'idée de prétendre que le chloroforme tue à Londres et qu'il est innocent à Paris ? Nous sommes d'autant plus étonné de cette méprise qu'elle part d'un esprit que nous avions été heureux de compter au nombre des plus puissants soutiens de la bonne logique médicale dans la question du chloroforme : nous faisons

(1) GAZ. DES HÔP., 3 mai 1849.

La première conséquence de ce système, c'est d'engager dans la carrière médicale un certain nombre de jeunes gens à jamais incapables d'aborder les études sérieuses qui conduisent au doctorat. Systématiquement, les règlements actuels tendent à perpétuer dans notre profession une classe de praticiens qui porte au front le cachet de son infériorité scientifique et pratique ; systématiquement ces règlements compromettent la santé publique en ouvrant la porte des écoles de médecine aux incapacités rejetées du sein des autres carrières scientifiques.

L'élève, intellectuellement capable au contraire, ou celui qui croit l'être, amorcé par une facilité qui cache un piége, devra partager son temps, le consacrer en partie à des études médicales, et revenir plus tard péniblement et sans fruit à des études de collége, à des études littéraires et scientifiques avortées. Ce que seront les unes et les autres est facile à prévoir. L'impuissance, la faiblesse, l'infériorité la plus déplorable sont les conséquences de ce système. Étudier les sciences médicales, et se préparer en même temps aux examens du double baccalauréat, est un tour qui, s'il réussit, tronque également et l'instruction littéraire, l'instruction scientifique et l'instruction professionnelle. Mais ce tour de force ne réussit pas toujours, et c'est là qu'est le piége. Comment sous prétexte de faciliter l'accès des études médicales, on permet de prendre dans une école de médecine des inscriptions régulières, et cela pendant plusieurs années, sans s'assurer de l'aptitude des jeunes gens, sans éclairer leur inexpérience, sans avertir l'amour-propre des parents ? Mais si les épreuves sont sérieuses, si elles éliminent les capacités, pourquoi compromettre ainsi gratuitement l'avenir de ceux qui, trop confiants dans leurs forces, se sont aventurés dans une carrière qu'ils doivent abandonner sans retour après avoir perdu plusieurs années. N'est-ce pas là une spoliation gratuite du bien le plus précieux de la vie, du temps, que l'État ne doit pas permettre de gaspiller, alors qu'il est si facile d'avertir en temps opportun ?

Dans les Facultés de médecine, nous nous retrouvons en face d'un abus du même genre.

L'unique garantie d'aptitude exigée pour prendre des inscriptions, c'est le diplôme de bachelier ès lettres. L'examen de bachelier ès sciences est remis jusqu'à la fin de la première année d'étude. Or l'élève le plus médiocre des colléges, pour peu qu'il ait fait son devoir, obtient sans peine le premier grade universitaire. Est-ce à dire pour cela qu'il possède une aptitude réelle aux études scientifiques, à l'étude d'une science aussi difficile que la médecine ? Est-ce à dire surtout qu'il y soit suffisamment préparé ?

Dans les écoles secondaires, point de préparation scientifique et pas de garanties d'aptitude ; dans les facultés, préparation incomplète et garanties insuffisantes, tel est le système qui préside aujourd'hui à l'admission des jeunes gens dans les écoles de médecine.

En négligeant de constater en temps opportun l'aptitude naturelle, il compromet également l'intérêt individuel, la dignité professionnelle et l'intérêt social. Mais ce n'est pas tout : en admettant dans des écoles spéciales, dans des *écoles de médecine*, des élèves dont la préparation est nulle ou insuffisante, ce système crée l'anarchie dans le haut enseignement scientifique : il vicie, dans son esprit même, l'enseignement médical ; il en abaisse forcément le niveau, et devient une cause permanente d'arrêt de développement de la science, des élèves et des écoles.

des vœux pour qu'un examen plus approfondi de la question lui fasse voir la parfaite exactitude des analogies contre lesquelles il s'est élevé, et le ramène dans les rangs que son excellent esprit ne lui permet pas de quitter. Les explications qui vont suivre auront, nous y comptons bien, cet utile résultat.

Qu'a-t-on dit jusqu'ici pour infirmer la contagion? On a dit :

Que l'immunité générale attachée à la fréquentation des cholériques suffisait à décider la question contre les contagionistes;

Que, dans le petit nombre de cas où le développement du choléra dans une localité avait été précédé de l'arrivée d'une ou plusieurs personnes atteintes de la maladie, il pouvait y avoir eu simple coïncidence;

Que quelques-uns des individus cités comme ayant apporté la semence du mal étaient atteints seulement de *cholérine*, et que la cholérine ne pouvait engendrer le *choléra*;

Enfin, que la prétendue transmission s'était faite quelquefois avec une rapidité peu en rapport avec la durée ordinaire de l'incubation dans toutes les maladies contagieuses.

La première objection frappe juste à côté de l'opinion qu'elle veut combattre. Nous disons que, dans *certaines conditions spéciales* non encore déterminées, le choléra peut être contagieux, et on nous répond que, dans la grande généralité des cas, le choléra n'est pas contagieux. Vraiment, nous en tombons d'accord. Mais si nous trouvons fort naturel qu'on soit anticontagioniste avec les faits de non-contagion, il faut qu'on nous permette d'être contagioniste avec les faits de contagion positive. La question n'est donc pas là où on la place; elle est uniquement de savoir si ces derniers faits, quelque peu nombreux, quelque exceptionnels qu'ils soient, sont revêtus du caractère propre à établir la transmission contagieuse. Nous l'avons dit dans notre dernier numéro, quelques-uns de ceux qui ont été cités récemment, notamment par M. Alexandre (d'Amiens), ont ce caractère au plus haut degré; l'épidémie de 1832 en avait fourni des exemples aussi authentiques, rapportés dans des brochures ou des traités dont les anticontagionistes absolus ne paraissent pas se souvenir. Maintenant, que ces cas rares de transmission n'aient pas fait monter le chiffre proportionnel des cholériques parmi les personnes vouées au service des hôpitaux, rien de moins surprenant; il serait même fort possible que ce chiffre fût resté inférieur à celui de telle autre classe de la société : il suffirait pour cela que l'influence défavorable du contact journalier des malades, influence que les contagionistes les plus déterminés regardent comme exceptionnelle, ait été moins puissante que celle de certaines autres conditions agissant en sens inverse, telles qu'un meilleur régime, une meilleure habitation, une meilleure santé habituelle, un meilleur moral, que savons-nous? mille et une circonstances prévues ou imprévues. Rien donc de plus controversable que cet argument de l'innocuité générale du contact, qui est la grosse artillerie des anticontagionistes.

Mais comment reconnaissez-vous que l'invasion de l'épidémie dans une localité après l'arrivée d'un cholérique ne tient pas à une simple coïncidence? Comment? en suivant pas à pas, de maison en maison, d'individu à individu, la progression du mal, et, dans quelques cas, comme dans ceux de M. Alexandre, en la suivant jusqu'à la libération complète de la localité. Si l'on venait dire simplement qu'une ville a été envahie par le choléra après l'arrivée d'un cholérique dans ses murs, on aurait raison de contester la signification contagioniste d'un bruit aussi vague. Mais les faits observés à Hamel, et même ceux qui concernent les nourrices de Nogent-le-Rotrou sont bien autrement précis. A Hamel, ceux-là sont atteints, ceux-là seuls, qui ont eu contact avec des cholériques; le germe de ce développement épidémique est connu; il réside dans un individu arrivé malade dans une commune où n'existait encore aucune trace ni de cholérine ni de choléra, et l'on peut suivre, sans le perdre un instant, le fil de la transmission individuelle depuis le premier malade venu d'une localité infectée (Paris) jusqu'au dernier observé dans la commune. Dans l'histoire des nourrices de Nogent, on voit bien se développer rapidement, après leur arrivée, une trentaine de cas dont la filiation n'a pu être établie, et c'est le point sur lequel M. Martin-Solon s'est appuyé pour leur refuser tout caractère de contagion; mais on oublie que, cette femme partie malade de Paris étant morte en chemin, à Brunelles, une des femmes qui lui avaient donné des soins dans cette commune jusque-là exempte de cholérine et de choléra, prit la maladie à son tour et en mourut; on oublie encore, chose caractéristique et qui exclut toute supposition de coïncidence épidémique, qu'aucun autre cas ne s'est manifesté depuis à Brunelles; on oublie enfin qu'une autre nourrice du même convoi ayant été prise du choléra à son arrivée à Nogent, deux des femmes qui l'avaient soignée moururent quelques jours après de la même affection. Nous disons, nous, que, dans de tels faits, la contagion est écrite en caractère aussi tranchés, aussi palpables, qu'ils le sont jamais dans les maladies le plus incontestablement transmissibles.

On s'étonne que la cholérine puisse transmettre le choléra. Ici notre embarras est grand. Nous soutenons depuis longtemps que cholérine et choléra sont essentiellement une seule et même maladie, parce que l'une et l'autre procèdent de la même influence, de la même cause épidémique. On comprend de suite qu'on aurait la démonstration péremptoire, mathématique, de cette opinion, si l'on prouvait que la cholérine peut amener, par voie de contagion, le choléra; car on ne peut donner que ce qu'on a; il y a même un proverbe là-dessus. Or cette preuve, voilà qu'elle nous arrive, et alors que fait-on? On retourne la question en disant : La cholérine n'est pas la même maladie que le choléra, donc l'une n'a pas pu donner l'autre. En bonne logique, il y a là une pétition de principes manifeste. Que faudrait-il, encore une fois, pour mettre hors de doute l'identité fondamentale de ces deux formes morbides? Que la première engendrât la seconde, ou la seconde la première. Donc c'est sur ce point que porte tout le poids de la question, et au lieu d'affirmer ce qui est à résoudre, il faut absolument, chose un peu moins facile, montrer que les faits invoqués n'ont ni l'authenticité désirable ni la portée qu'on leur attribue.

Enfin, et c'est un des arguments de M. Rochoux, « de ce qu'une maladie se développe vingt-quatre ou quarante-huit heures seulement après un rapport suspect, on en peut conclure qu'elle n'est pas contagieuse, toutes les maladies manifestement contagieuses ayant une durée d'incubation beaucoup plus longue. Il faut d'abord remarquer que, dans aucun des cas rapportés par M. Alexandre, la durée de l'incubation n'a été de vingt-quatre heures : il était donc inutile d'introduire de toutes pièces cette difficulté dans le débat; ensuite, des sept cas de choléra émanés du premier malade, *un seul* s'est manifesté après quarante-huit heures de communication, tous les autres après une période de quatre jours et au-dessus. On voit déjà combien se réduit la portée de l'objection. Mais même à l'égard du seul cas auquel elle soit applicable, elle n'a aucune valeur. Des faits de ce genre ont été cités précisément pour les deux affections invoquées par M. Rochoux, pour la variole et pour la rougeole. J. Frank prétend même

---

La médecine est une *science d'application*. *Une école de médecine* ne doit pas être une seconde édition des Facultés de sciences, pas plus que l'École d'application d'artillerie ne doit être une seconde édition de l'École polytechnique.

Or c'est précisément la conséquence inévitable des principes qui régissent l'admission des élèves dans les écoles de médecine. Une fraction de ces écoles descend, par la force des choses, au rang de *succursale* des Facultés de sciences. Si vous admettiez dans une école d'artillerie, dans une école des mines, les jeunes gens tels qu'ils sortent du collége, n'est-il pas évident que chacune de ces écoles serait obligée d'adapter son enseignement au développement scientifique des élèves; elle serait obligée de modifier l'esprit de cet enseignement. Au lieu d'insister sur l'*application* des sciences apprises à l'École polytechnique, elle serait tenue d'enseigner ces sciences elles-mêmes; et si le temps des études était limité et insuffisant, elle serait nécessairement obligée encore de tronquer l'instruction spéciale au profit de l'instruction préparatoire indispensable.

Eh bien! c'est exactement là la position faite aux écoles de médecine par l'admission d'élèves incomplétement préparés.

La connaissance des sciences naturelles, physiques et chimiques, est indispensable à l'étude de la médecine, comme la connaissance des sciences mathématiques et physico-chimiques est nécessaire aux études spéciales de l'artilleur et de l'ingénieur. Il existe des écoles spéciales destinées à l'enseignement des sciences pures : ce sont les *Facultés* des *sciences*. Elles représentent de véritables écoles *préparatoires*; elles sont à la médecine ce qu'est l'École polytechnique aux écoles spéciales d'application.

A ces écoles, organisées pour l'enseignement des sciences pures, on ne donne pas d'élèves spéciaux. Ce sont les *étudiants en médecine* qui doivent en même temps fréquenter les cours de deux écoles.

Aussi qu'arrive-t-il? Ce qui arrive, le voici. Dans les écoles de médecine, les cours de chimie, de physique, de botanique, n'ont de *médical* que le nom; en réalité, et inévitablement, l'enseignement plus ou moins élémentaire de ces sciences concourt à la préparation du baccalauréat ès sciences.

Il y a deux écoles juxtaposées pour *fabriquer des bacheliers*. Dans les écoles de médecine, l'enseignement est profondément vicié; la science pure ne laisse pas de place à la science appliquée. C'est une déplorable confusion, une monstrueuse superfétation.

Si vous comptez bien, vous pourrez trouver dans une même ville universitaire jusqu'à quatre chaires, toutes plus ou moins consacrées à l'enseignement *élémentaire* de la chimie. Vous en trouverez une à la Faculté des sciences, une autre à l'École de médecine, une troisième à l'École de pharmacie, une quatrième à l'hôpital militaire d'instruction. Quant à un cours où les applications de la chimie à la médecine soient systématiquement exposées, vous le cherchez en vain; car il est certain qu'avec le beau système qui réglemente les études, un tel cours n'aurait pas d'élèves; il ne serait pas compris par les étudiants qui commencent, et les autres n'ont plus le temps.

Certes un cours de chimie est indispensable dans une école de médecine aussi bien que dans une école de pharmacie; mais c'est la chimie *appliquée* qui devrait être enseignée, et qui ne peut pas l'être tant que les étudiants en médecine viennent s'asseoir aux cours de première année sans aucune idée scientifique acquise.

que la variole, prise par contagion, peut, *dans certains cas*, se développer presque instantanément, et quant à la rougeole, c'est bien autre chose : vingt-quatre heures d'incubation suffisent quelquefois à son développement; cela non-seulement a été soutenu, mais est même accepté par les auteurs classiques; en sorte que, dans le fait d'Amiens, l'incubation a été moins rapide, au lieu de l'être plus qu'elle ne l'est parfois dans d'autres maladies contagieuses.

Nous nous arrêtons à ces considérations. Nous l'avons dit, nous n'avons pas à cœur de provoquer le débat, mais nous l'accepterons volontiers, sans parti pris, sans esprit de système, uniquement préoccupés des intérêts de la science, qui sont aussi, à tout prendre, ceux de l'humanité.

CHOLÉRA-MORBUS.

INFLUENCE DES CONDITIONS GÉOLOGIQUES ET HYDROLOGIQUES SUR LA MARCHE DU CHOLÉRA EN FRANCE; par le docteur FOURCAULT.

Si la cause de cette affection existait exclusivement dans l'atmosphère, on la verrait se propager d'une manière uniforme, progressive; elle ne surgirait point spontanément dans quelques contrées, en épargnant d'abord une foule de localités intermédiaires. La résistance qu'éprouve cette cause dans son action progressive semble indiquer l'influence d'un milieu hétérogène, le milieu géologique. Continuons d'exposer, de coordonner les faits, afin de démontrer la réalité de cette influence.

Il importe de le dire, nous ne connaissons que la partie la plus superficielle de l'écorce du globe. Les couches géologiques profondes ont été peu explorées; on n'a pu encore obtenir, dans un grand nombre de contrées, des notions précises sur leur puissance, leur nombre et les limites où elles s'arrêtent. Des villes, des habitations assises sur le même sol, peuvent donc éprouver des effets différents de cette force centrale, qui agit sur tous les êtres animés comme sur l'atmosphère. Cette dissemblance entre la structure, les dispositions géologiques profondes et celles de la surface, ne nous permet donc pas de donner à ces recherches le degré de certitude qu'elles pourront acquérir ultérieurement, lorsque l'anatomie de la terre sera mieux connue, lorsqu'elle sera étudiée dans chaque canton et dans chaque commune.

Cette science nouvelle peut déjà nous offrir des notions précieuses, malgré les nombreuses lacunes qu'elle nous présente, non-seulement sur la marche du choléra, mais sur le développement des autres fléaux épidémiques. Dans les temps d'ignorance, dans les siècles où la raison humaine était obscurcie par les préjugés et la superstition, on les attribuait à l'influence occulte des astres; aujourd'hui tout semble nous indiquer le concours des milieux géologiques, géographiques et atmosphériques sur leur production et leur propagation. Les faits vont montrer si nous nous sommes égaré dans le champ de l'observation, avec tous ceux qui nous ont précédé dans la carrière.

L'épidémie de 1832, dans les diverses régions où elle a exercé ses ravages, a été bien plus funeste à l'humanité que celle dont nous subissons aujourd'hui l'influence. Cette différence a été attribuée par quelques auteurs aux mesures sanitaires prises dans quelques grandes villes pour prévenir les attaques de ce fléau. On s'étonne qu'une erreur aussi grave ait pu germer dans l'esprit de plusieurs médecins distingués. Pour en reconnaître l'évidence, il suffit de suivre la progression des deux épidémies dans les villes où ces mesures ont été prises et dans les campagnes, où elles ont généralement été considérées comme inutiles; il suffit d'ailleurs de se rappeler qu'en 1832 l'épidémie a épargné une foule de communes qui avaient été considérées comme des foyers d'infection. C'est donc à la nature, à l'affaiblissement de la cause perturbatrice, et non aux travaux, aux efforts insuffisants de l'homme, qu'il faut attribuer cet heureux changement.

Le choléra s'est développé, à deux époques différentes, dans les trois grands bassins tertiaires de la France : en 1832, dans ceux de Paris et de la Gironde; en 1834 et 1835, dans le delta du Rhône, après avoir suivi le littoral de la Méditerranée. A la première époque, progressant du nord au midi, il a régné en Bretagne; à la dernière, allant en sens opposé, il a sévi deux fois dans la ville de Marseille, cet antique berceau de la peste. En suivant ces deux directions, il s'est arrêté au pied des montagnes de l'Auvergne et du Cantal; il n'a point franchi le plateau central, formé, comme on sait, de roches primitives. Au nord-est, il s'est aussi arrêté au pied des Vosges, formées également de terrains anciens, et on dirait qu'elles ont préservé le bassin tertiaire de l'Alsace de ces atteintes. Telle paraît avoir été l'influence des terrains de transition des Ardennes, de la Bourgogne et de la Normandie. Les formations tertiaires et carbonifères, encaissées dans des roches primitives, comme celles du plateau central, par exemple, ont été préservées jusqu'à ce jour des ravages du choléra; il a sévi, au contraire, avec la plus grande intensité sur les formations carbonifères du nord de la France, de la Belgique et de l'Angleterre, qui ne sont point protégées, isolées par de semblables roches. Ces différences remarquables ont vivement excité mon attention, et pendant longtemps elles m'ont engagé à suspendre mes recherches, ne pouvant trouver la raison de ces anomalies apparentes. Elles nous indiquent l'insuffisance des observations géologiques superficielles dans l'étude des épidémies, des endémies, et la nécessité de connaître les connexions du sol, du sous-sol avec les couches terrestres profondes, avec les roches primitives qui forment les parties centrales du globe, les grandes chaînes des montagnes, limites naturelles des provinces et des empires.

En France, comme en Russie, en Pologne, en Allemagne, en Angleterre, etc., l'épidémie de 1832 a suivi, avec une constance remarquable, le littoral de la mer, des fleuves, des rivières navigables ou non navigables; elle a sévi au pourtour des lacs, des étangs, près des ruisseaux dont l'eau est claire et limpide, comme sur les bords vaseux de quelques cours d'eau; presque jamais elle ne s'est montrée à la source des fleuves; leurs embouchures ont été le théâtre où elle a exercé le plus souvent des ravages; elle a paru s'arrêter dans les régions où ils coulent sur des roches primitives, là où l'on trouve peu de terre d'alluvion.

Le choléra n'a point attaqué les populations qui vivent dans les montagnes où l'on trouve la source du Rhin, de la Loire, de la Garonne et de la Seine. En suivant le cours de l'épidémie dans les départements que ce dernier fleuve arrose, et même dans Paris, on reconnaît d'une manière évidente l'action des causes locales sur son développement. Les villages situés au milieu des anses qu'il forme dans ses longs circuits ont été plus particulièrement maltraités; ceux qui s'éloignent de ses bords et s'élèvent sur les coteaux environnants, ont été beaucoup moins exposés à l'action de la cause perturbatrice. Les villes, les villages disposés en amphithéâtre où la

---

La science médicale, la science d'application subit nécessairement l'influence funeste qui frappe de déviation l'enseignement des écoles. Quand les hommes les plus éminents de la spécialité sont parqués, par la force des choses, dans l'enseignement élémentaire de la branche qu'ils cultivent, comment leurs travaux prendraient-ils de préférence une autre direction? comment chercheraient-ils à étendre le domaine des *applications* des sciences physico-chimiques à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique? Les chimistes officiels des écoles de médecine ne trouvent aucun stimulant à ce genre d'étude, ils restent étrangers aux travaux des amphithéâtres et des hôpitaux, car le programme des études leur impose les stériles fonctions de *répétiteurs* pour le grade de bachelier ès sciences. Dans les écoles de médecine, les sciences qui devraient s'éclairer par des applications incessantes et fructueuses ne sont que juxta-posées, et c'est généralement en dehors de la sphère officielle que de rares travailleurs étendent le domaine des applications, qui devrait être plus particulièrement exploité en vue de l'enseignement médical.

Quant aux élèves, comment se faire illusion sur l'influence déplorable que le système actuel exerce sur leur instruction tout entière? Qu'ils n'apprennent que d'une manière sommaire et parfaitement insuffisante les applications des sciences naturelles à la médecine, cela est évident, puisque les chaires spécialement consacrées à ce but sont tenues de fonctionner en vue du baccalauréat ès sciences. Mais ce n'est encore là que l'inconvénient le plus minime du système. Si vous descendez un instant dans le domaine de l'actualité, si, le programme officiel à la main, vous suivez l'élève dans ses différentes années de scolarité, ses études apparaissent comme une véritable course au clocher, où tous les objets passent devant l'intelligence avec une rapidité qui ne permet aucune impression durable.

Absorbée par les sciences élémentaires naturelles et physico-chimiques, la première année est perdue pour les études fondamentales de la médecine. Impossible de songer à des études sérieuses d'anatomie et de physiologie quand il faut apprendre la physique, la chimie, l'histoire naturelle, et répéter ses mathématiques; impossible de songer aux dissections, car avant tout il faut se mettre en mesure de subir l'épreuve du baccalauréat ès sciences. Dès la seconde année, il s'agit de *regagner le temps perdu* pour les études médicales : il faut se hâter de quitter sans retour possible les sciences dites *accessoires* (1) pour entamer l'étude de l'anatomie et de la physiologie. Mais déjà le temps presse; car dès la troisième année il faut être en mesure de suivre avec quelque avantage les cliniques; il est donc indispensable de prendre sur les études anatomiques et physiologiques le temps nécessaire à l'acquisition des notions élémentaires de pathologie, de matière médicale, de thérapeutique, etc. Impossible au début et pendant la première année consacrée au baccalauréat, l'étude des sciences anatomiques et physiologiques se trouve ainsi forcément négligée pendant l'année même que le programme officiel y consacre plus spécialement. Dès la troisième année il n'est plus question, pour la plupart des étudiants, de travaux anatomiques sérieux. L'externat dans les hôpitaux,

(1) Le mot *accessoire* désigne parfaitement le rôle réservé, dans l'état actuel des choses, à des sciences dont les applications restent en dehors du cadre de l'enseignement. La chimie, la physique ne sont plus aujourd'hui *accessoires*; elles sont essentielles à la compréhension des phénomènes de la vie et leurs *applications* sont assez nombreuses pour mériter un enseignement spécial.

population est soumise au même régime et aux mêmes conditions sociales, ont offert, en général, trois zones distinctes : la zone inférieure, la plus humide, a été le foyer principal de l'épidémie ; dans la zone moyenne, il perdait une partie de son activité ; dans la zone supérieure, il s'éteignait entièrement ou presque entièrement, suivant l'élévation, la direction de la montagne, la nature du sol, la composition minéralogique des couches profondes. Dans cette circonstance, il est impossible de méconnaître l'influence des conditions topographiques sur la production du choléra. A nos propres recherches, ajoutons celles de M. le docteur Dussaux, consignées dans son rapport adressé au préfet de Seine-et-Oise.

Dans cinquante-sept communes de l'arrondissement de Mantes, où ce médecin a observé l'épidémie de 1832, il a reconnu l'immense influence des causes locales sur son développement, et parmi ces causes, l'humidité du sol occupe le premier rang ; malgré l'inégalité de sa marche, elle paraissait choisir les communes riveraines de la Seine, celles qui sont arrosées par de petites rivières, par des ruisseaux plus ou moins considérables ; ces cours d'eau, suivant la remarque de M. Dussaux, donnaient toujours une extrême humidité, en raison de leur surface, de la quantité du liquide qui imbibait le sol et qui séjournait au sein de ces communes. Pourquoi, ajoute cet observateur, le choléra ne s'est-il propagé qu'à une faible distance de la Seine? Pourquoi a-t-il acquis plus de développement, était-il plus meurtrier dans les localités avoisinant le fleuve ? Les rivières ont-elles donc une influence particulière sur ce terrible fléau ? Ces questions capitales doivent fixer toute l'attention des physiciens et des médecins, et ces derniers ne peuvent plus s'égarer dans des spéculations hypothétiques qui se trouvent en dehors des voies de l'observation. Je regrette que mon cadre ne puisse me permettre de donner la description de l'épidémie dans l'arrondissement de Mantes, où je l'ai moi-même combattue; l'examen des conditions topographiques viendrait justifier au besoin l'exactitude des remarques de M. Dussaux; il a vu des enfants à la mamelle téter leur mère pendant la période de l'invasion du choléra sans le contracter; dans certaines localités, il frappait les deux seuls individus qui se trouvaient dans une même maison, tandis que dans d'autres habitations il n'atteignait qu'un membre d'une famille nombreuse. Le contact médiat ou immédiat d'individus sains ou cholériques hors du théâtre de l'épidémie ne pouvait la reproduire. Dans l'arrondissement de Mantes, les médecins, malgré les communications incessantes qu'ils avaient avec les malades n'en ont point éprouvé les atteintes. Ces faits viennent confirmer les résultats généraux de la statistique. Dans plus de huit cents communes populeuses, le choléra a enlevé un, deux ou trois habitants, dans chacune d'elles, sans s'y propager par voie de contagion ou d'infection ! Cette expérience offerte par la nature est décisive ! Elle renverse le fragile échafaudage de ceux qui, mettant *en relief* des cas particuliers dus à l'influence générale, essaient encore de réhabiliter un système en opposition flagrante avec ces résultats.

Suivant les observations de M. le docteur Hellis, à Rouen, l'épidémie a plus particulièrement exercé ses ravages dans le quartier humide de Martainville, et notamment sur la rive gauche de la Seine où la population est logée dans des maisons basses, étroites, dépourvues de caves, exposées aux envahissements du fleuve, à l'époque où il sort de son lit. Chose digne de remarque, dit M. Hellis, toujours les fièvres miliaires, les rougeoles, y font de fréquents ravages. Dans d'autres quartiers habités par une population mal logée et non moins pauvre, ces maladies et le choléra n'ont présenté ni la même fréquence ni la même gravité. Assurément la mauvaise construction des habitations, l'encombrement, les privations de la misère exercent la plus déplorable influence sur la production de cette dernière affection et des autres fléaux épidémiques ; mais cette influence ne saurait nous faire perdre de vue celle des causes locales : l'une est secondaire et l'autre primitive, s'observe dans les communes rurales, dont la population est homogène, comme dans les grandes cités où se trouve le conflit d'une foule de causes différentes. Les médecins exerçant dans ces cités sont donc placés dans les conditions les plus défavorables pour étudier l'influence respective de toutes les causes qui y rendent si terribles les fléaux épidémiques. J'ai eu occasion de faire la même observation relativement à l'étiologie des maladies chroniques ; aux conditions locales viennent s'ajouter l'influence de la misère, des passions, des excès et de ces dernières affections : dans ce conflit, comment reconnaître ce qui est réellement l'effet de chacune de ces causes? Néanmoins, au moyen de l'analyse, on peut encore apprécier l'influence des premières conditions.

C'est à Paris que l'épidémie de 1832 a exercé ses plus déplorables fureurs, après avoir franchi en quelques jours l'intervalle qui le sépare de Londres, après avoir manifesté sa présence à Calais ; celle que nous observons a suivi la même voie; et nous ne pouvons méconnaître ici les effets d'une action générale atmosphérique ou tellurique. Des terrains d'alluvion, du calcaire marin et à cérites, des marnes gypseuses, des calcaires d'eau douce, du silex roulé dans du sable argileux et ferrugineux, tels sont les principaux éléments géologiques et minéralogiques du vaste bassin où s'élève Paris. La Seine, en se divisant, vient arroser son sol, où se sont accumulés depuis un grand nombre de siècles, le détritus des matières végétales et animales, où se sont infiltrés des sels de diverse nature. Ces conditions chimiques viennent nécessairement ajouter leur influence à celle des conditions géologiques et hydrologiques que nous venons de mentionner ; elles augmentent nécessairement l'humidité et la conductibilité du sol. Indiquons ces faits, ces rapports, sans en tirer d'induction, et bornons-nous à rapporter les résultats généraux de la statistique.

Les quartiers situés sur la rive droite de la Seine qui ont été les plus maltraités sont ceux de l'Hôtel-de-Ville, de Saint-Louis, du marché Saint-Jean, du Marais, des Quinze-Vingts, de l'Arsenal où l'on trouve le canal St-Martin; ils offrent le rapport de 53, 42, 29, 31, 31, 41 décès sur 1000 habitants; sur la rive gauche et dans cette île où fut jadis l'antique Lutèce, l'île Saint-Louis, les quartiers du Jardin des plantes, Saint-Jacques, Saint-Thomas-d'Acquin, des Invalides, on constate 52, 31, 38, 36, 38 et 34 décès sur le même nombre d'individus.

Sur cette rive le choléra a perdu de sa fréquence en s'éloignant du cours de la Seine ; déjà dans les quartiers Saint-Marcel, de l'Observatoire à Montrouge, on trouve sur le chiffre indiqué de la population, 19, 16 et 14 décès; sur la rive droite, seulement dans la direction de Montmartre, et du sud-ouest au nord-est, on remarque un rapport inverse. Les quartiers abrités par cette montagne ont été généralement préservés ; ceux de la place Vendôme, des Tuileries, de la Chaussée-d'Antin, de Feydeau, du Palais-National, du Mail, de Montmartre, ne comptent que 8, 9, 8, 9, 10, 10, 8 décès sur 1,000 habitants. Nous indiquerons la cause probable de cette exception fort remarquable.

Sur les hauteurs de Batignolles, de Clichy, de Montmartre, de la Villette, de Belleville, de Romainville, de Montreuil, de Charonne, le rapport a été de 9, 11, 15, 19, 17, 11, 9, 17 décès sur 1,000 habitants. Malgré les conditions antihygiéniques de Clichy et de la Villette, on remarque que le chiffre

---

les cliniques entraînent la masse des élèves aux études pratiques de la profession ; ils les achèvent comme il les ont commencées, sans préparation suffisante, et regrettent en vain plus tard cette base solide et large que donne une étude approfondie des sciences anatomiques et physiologiques.

On se plaint de l'abandon des salles de dissection, des amphithéâtres, et de la vogue que les planches et les préparations en carton ont conquise ; mais si l'étudiant laisse là son scalpel, c'est que vos règlements l'y obligent ! Un point de départ faux conduit toujours à des conséquences funestes. C'est en vain que, dans ce système, on remanie toujours et sans cesse l'*époque* des examens de médecine. Si vous les échelonnez pendant les années d'études, l'élève oublie successivement ce qu'il a incomplétement appris ; car il n'étudie pas les sciences pour *savoir*, il étudie pour passer son *premier*, son *second*, son *troisième* examen, etc. ; il s'assimile tant bien que mal les notions qui lui permettent de répondre aux questions qu'on lui adresse, et dès que l'examen est passé, le but est atteint, et la préparation à une nouvelle épreuve commence.

Si, frappé de cet inconvénient, vous placez tous les examens à la fin de la scolarité, comme le veut la réglementation nouvelle dont on vient de gratifier les écoles, vous ne remédiez en rien au vice essentiel ; car ce vice est inhérent au programme tout entier des études, et sa cause première est dans l'année perdue pour les études médicales au profit de l'acquisition des notions scientifiques élémentaires qui devraient précéder la première inscription.

Sans doute le nouveau règlement avertit l'élève qu'il ne doit pas tout à fait oublier ses sciences physico-chimiques, ne pas perdre de vue son anatomie et sa physiologie ; mais cet avertissement aura-t-il la puissance créatrice du temps? Répare-t-il un point de départ vicieux? Avec cette nouvelle réglementation, la première année sera-t-elle moins perdue pour les études médicales, et pendant les trois années qui restent, l'étudiant pourra-t-il faire *simultanément* ce qu'il ne pouvait pas bien faire *successivement?* Évidemment, de deux choses l'une : ou il le tentera, et vous aurez un candidat d'une faiblesse égale dans toutes les branches, ou il en cultivera quelques-unes de préférence, le plus souvent les branches pratiques et professionnelles, et négligera les autres comme il les a négligées jusqu'à présent.

Il est vrai qu'à la fin des études, l'élève sera tenu de *préparer* ses examens ; il y consacrera probablement une année. Ce ne sera certes pas une année d'étude très fructueuse ; car elle sera donnée tout entière, non à des études sérieuses, mais à un travail le plus souvent assisté d'un répétiteur et de tous les moyens mécaniques qui peuvent bourrer l'esprit des notions exigées. La réglementation nouvelle aboutit donc à faire perdre une année de plus ; elle n'exerce aucune influence sur le programme des études ; elle ne fera pas que les professeurs des sciences dites accessoires cesseront d'être les répétiteurs du baccalauréat ès sciences ; elle ne fera pas que l'étudiant, dépourvu des notions scientifiques exigées pour le baccalauréat, pourra consacrer plus de temps aux études anatomiques et physiologiques. La première année restera perdue pour les études médicales, et par compensation une cinquième année deviendra nécessaire, non pour compléter ce qui a été négligé, mais pour *passer* coup sur coup des *examens*.

CH. SCHUTZENBERGER,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

de la mortalité n'a pas augmenté dans ces localités; mais on ne peut admettre, d'après ces chiffres, l'opinion de ceux qui ont attribué une vertu préservative au gaz ammoniacal dégagé dans cette dernière localité des matières animales en putréfaction; on le voit, leur hypothèse tombe devant les chiffres inflexibles de la statistique.

On a attribué à l'étroitesse, à la saleté des rues, à la misère, à l'encombrement, une influence réelle, assurément, mais qui ne joue cependant qu'un rôle secondaire dans la hiérarchie des causes du choléra; tous les faits prouvent que les conditions hydrologiques, géologiques et météorologiques occupent le premier rang. Ainsi la rue de la Mortellerie, aujourd'hui de l'Hôtel-de-Ville, a offert un rapport de 64 décès sur 1,000, dans sa partie la plus déclive, la plus sale, là où une eau infecte s'infiltre dans ses pavés mal joints, là où les caves se remplissent d'eau pendant les débordements de la Seine; tandis que sur le quai de la Grève parallèle à cette rue, sur la place de l'Hôtel-de-Ville (numéros pairs), où les deux bras de la Seine offrent un confluent, le rapport de la mortalité a été de 244, de 136 sur 1,000 habitants, d'après le rapport de la commission. L'effrayante mortalité observée dans les rues les plus spacieuses des quartiers Saint-Germain et des Invalides, dans celles de Grenelle, de Sèvres, de l'Université, dans les avenues de Boufflers, de Suffren, de Tourville, exposées au vent du nord-est, viennent confirmer ces vues. Toutefois, dans sa marche au sein des grandes cités et même dans les petites localités, le choléra offre parfois des anomalies dont les causes spéciales se dérobent à nos recherches. Nous devons donc, en signalant ces exceptions, nous borner à rapporter les résultats généraux de l'observation.

Sur des plateaux élevés et d'une grande fertilité, le sol n'offrant point d'humidité, nous avons cependant vu apparaître, en 1832, la maladie épidémique avec beaucoup de violence, et rien ne pouvait expliquer son apparition dans ces lieux.

A cette époque, au mois de juillet, le choléra se manifesta aux Alluets, village où je suis né, et il y enleva 30 personnes sur une population de 541 habitants; ce village est souvent le théâtre de fièvres typhoïdes, malgré l'élévation, la fertilité extraordinaire de son sol et le voisinage d'une belle forêt qui porte le même nom. Ce sol, formé d'argiles meulières supérieures, n'offrait aucune flaque d'eau au moment où s'est développée l'épidémie; ainsi point d'humidité à sa surface, point de foyer propre à engendrer les miasmes, les insectes, les *semina*. Procédant par voie d'exclusion, je cherchai quelles pouvaient être les conditions géologiques de ce vaste plateau, et je reconnus qu'il est formé de huit couches superposées y compris la première et la dernière, constituée par de la craie. La multiplicité des éléments géologiques serait-elle donc une condition favorable à la végétation, à la production des fièvres graves et du choléra? La dégradation de la pile géologique serait-elle au contraire une des conditions qui s'opposeraient à leur développement; bornons-nous encore ici à exposer des faits et à indiquer des rapports, en attendant les résultats ultérieurs de l'observation. Toutefois, il nous sera permis de faire remarquer la relation de cette disposition matérielle avec les phénomènes électriques. Suivant les observations de Peltier, dont nous avons connu la sagacité et le dévouement pour la science, les rayonnements électriques sont plus fréquents et plus faciles sur les continents fertiles que sur les plaines arides. Tout le monde connaît d'ailleurs les effets des orages sur l'activité de la végétation. Les anomalies des influences électriques, déterminées par une cause perturbatrice générale, produiraient-elles sur l'organisme des effets analogues aux vicissitudes de la température? Dans l'état actuel de la science, cette question ne pouvant être résolue, nous devons nous borner à enregistrer des faits et à indiquer des rapports. Dans les marais, dans les polders, dans le deltas, dans les terrains où l'eau de la mer se mêle à l'eau douce, on retrouve ces deux phénomènes : activité extraordinaire de la végétation, développement des maladies aiguës et des affections chroniques les plus graves.

Les observations de M. le docteur Bourgeois, guidé d'ailleurs par les recherches géologiques de M. Graves, prouvent avec la plus grande évidence que les fièvres typhoïdes endémiques et épidémiques des plaines argileuses et des hauts pays de la Picardie sont déterminées par l'humidité du sol, sur lequel les eaux restent trop longtemps, des habitations, et par conséquent par l'état hygrométrique de l'atmosphère. Aux faits authentiques recueillis par ce médecin, on ne peut opposer que des assertions sans valeur et des hypothèses frivoles. Ces faits, comme ceux qui forment la base de ce travail, doivent engager les médecins à abandonner ces hypothèses pour se livrer à l'étude de la géologie, de la géographie et de l'hydrologie.

Parmi les éléments minéralogiques qui favorisent les progrès du choléra, on peut placer au premier rang les terrains d'alluvion, le calcaire grossier, les argiles, le terrain carbonifère, et cet autre élément désigné par les Anglais sous le nom de *magnesian limestone*, très-abondant à Sunderland, atteint primitivement par les épidémies de 1831 et de 1848. Au contraire, le choléra se développe plus rarement sur les groupes épais de sables moyens et supérieurs, sur les conglomérats de silex et sur le sable de même nature, sur la craie, sur les terrains de transition, et enfin sur les roches primitives. Cependant, lorsque l'eau pénètre ou environne ces diverses formations, elle leur enlève en partie leur propriété isolante, et par conséquent leur vertu préservatrice. Après avoir constaté ce fait d'une haute importance, nous chercherons à l'éclairer du flambeau de la physique.

(*La fin au prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE.

REVUE CLINIQUE DU CHOLÉRA.

L'espoir de voir bientôt l'épidémie entrer franchement dans sa période de décroissance nous avait fait suspendre nos *Revues cliniques* habituelles pour les remplacer par un tableau général des médications employées dans les différents services des hôpitaux. Nous avions recueilli beaucoup de notes dans ce but, et nous nous proposions de mettre en regard des méthodes employées les différents chiffres de mortalité; mais la persistance de l'épidémie, sinon une nouvelle recrudescence, nous force à retarder de nouveau ce résumé comparatif. En attendant que le moment de le tracer et de le publier soit plus opportun, nous allons continuer aujourd'hui la revue des principaux faits que nous avons observés dans les hôpitaux.

Cette septième *Revue clinique* continuera à être consacrée à mettre en lumière les cas les plus importants sous le double point de vue de la pathologie et de la thérapeutique; car, quelle que soit la monotonie du choléra, il ne laisse pas que de présenter de temps à autre des variétés de formes ou d'associations qu'il n'est pas inutile de recueillir au passage, de même que, malgré la stérilité des médications généralement employées, il n'est pas sans intérêt de fixer l'attention sur celles qui paraissent faire quelque exception à cet égard. C'est à ce double point de vue que nous allons rapporter quelques faits récemment observés dans les différents hôpitaux.

CHOLÉRA ASIATIQUE DÉVELOPPÉ PENDANT LE COURS D'UNE VARIOLE; DEUX JOURS DE DIARRHÉE PRODROMIQUE; MARCHE INDÉPENDANTE DES DEUX MALADIES; TRAITEMENT PAR LES VENTOUSES SCARIFIÉES ET L'OPIUM; GUÉRISON (Hôpital de la Charité. — Service de M. RAYER.)

OBS. I. — Schaubé, 22 ans, rue du Dragon, garçon marchand de vin, entré à l'hôpital de la Charité le 2 avril 1849 (salle Saint-Michel, n° 40). Deux jours avant son entrée, il a été pris tout à coup de mal de tête et de douleurs dans le dos et dans la région lombaire.

Le 1er avril au matin, vertiges et sueurs subites; il se couche et prend du thé et du bouillon; pas de coliques ni de diarrhée; respiration normale; sommeil naturel.

Le 2 avril à la visite soir, il n'accuse que des douleurs lombaires; la langue est peu chargée, le pouls un peu fréquent; rien d'anormal du côté de la poitrine; sécheresse de la gorge, chaleur vive et démangeaisons à la peau.

Le 3 au matin, on remarque quelques boutons sur les jambes et sur les mains; pas d'appétit; rougeur assez vive des téguments.

Le soir, plaques rouges beaucoup plus abondantes que le matin; sommeil troublé; agitation.

Le 4, les boutons augmentent; pas de céphalalgie; cauchemars continuels dès que le malade ferme les yeux; les douleurs lombaires ont cessé dès que l'éruption a paru.

5. Eruption plus saillante; quelques vésicules; douleurs vagues dans le dos et dans les membres. Le malade est pris de dévoiement dans la journée; deux selles jaunes, liquides.

6. Quelques pustules opaques; selles de même nature que la veille.

7. L'éruption, très-discrète, est en plein développement sur le visage; la diarrhée a beaucoup augmenté dans la nuit: cinq ou six selles. Vers sept heures du matin, elle sont pour la première fois aqueuses et blanchâtres; vomissements fréquents, pendant la nuit, de matières verdâtres; altération notable de la face; pouls faible; absence d'urine. (Ventouses sur l'abdomen (4 onces de sang); trois quarts de lavement amidonné avec 12 gouttes de laudanum dans chaque; sinapismes sur les points de la peau où il y a le moins de boutons; riz édulcoré.)

8. Le dévoiement a continué pendant toute la journée: une douzaine de selles au moins caractéristiques; vomissements continuels; le pouls s'est un peu relevé; quelques-unes des pustules de la face commencent à se dessécher. (Trois quarts de lavement amidonnés et laudanisés; potion gommée avec 12 gouttes de laudanum; riz édulcoré.)

9. Persistance des vomissements, moins fréquents toutefois; plus de diarrhée; la dessiccation des pustules continue à se faire sur la face et sur la poitrine; assoupissement presque continuel, surtout vers le soir; pouls assez développé, à 80. (Potion gommée avec 12 gouttes de laudanum; un quart de lavement amidonné et laudanisé.)

10. Quelques selles diarrhéiques depuis la veille au matin; pas de vomissement. Le malade n'avait pas uriné depuis trois ou quatre jours. On retire de la vessie environ trois quarts de litre d'urine, dans laquelle on constate par la cha-

teur la présence de l'albumine. La dessiccation des pustules continue à s'opérer naturellement. (Un quart de lavement laudanisé; potion gommée avec 12 gouttes de laudanum.)

11. Pas de diarrhée; retour des vomissements pendant la nuit. (Ventouses à l'épigastre (3 onces de sang; potion gommée laudanisée.)

12. Pas de vomissements ni de diarrhée; un peu de délire pendant la nuit; sécrétion urinaire normale, pouls développé, à 80; assoupissement continuel; injection des conjonctives; dessiccation presque complète du visage. (Potion gommée sans laudanum; lavements émollients.)

13. Quelques vomissements encore; pas de diarrhée; assoupissement; injection des yeux persistante; plus de délire; urines normales. (Potion gommée laudanisée.)

14. Quelques vomissements; pas de dévoiement; pouls normal; langue sèche. La dessiccation est complète sur toutes les parties du corps. (Potion gommée simple; bouillon coupé.)

15. Plus de vomissements; état général bon. (Bouillon.)

16 et 17. Idem; état de plus en plus satisfaisant. (Bouillon; soupe.)

18. Convalescence confirmée.

19 et 20. Guérison complète.

Ce premier cas est remarquable sous plusieurs rapports. C'est d'abord un exemple on ne peut mieux tranché de combinaison du choléra avec une maladie caractérisée, spécifique, marchant parallèlement avec lui, et épuisant toutes ses périodes pendant que le choléra lui-même épuise les siennes. Cette combinaison de deux maladies de nature si différente n'a pas empêché la manifestation des symptômes propres à chacune d'elles. On a vu, en effet, qu'après les prodromes et l'invasion de la variole, des prodromes parfaitement caractérisés de choléra se sont montrés, et ont persisté pendant plus de deux jours. La diarrhée blanche ne laisse pas le moindre doute sur la nature propre de ce symptôme préliminaire.

Malgré la complication de variété, le savant médecin de la Charité n'en a pas moins persisté dans la méthode à laquelle il doit des succès incontestables. On pourrait croire néanmoins que les ventouses scarifiées eussent pu exercer une influence sur le développement de la variole. Mais il n'en a rien été; on remarquera d'ailleurs qu'avec certaine mesure, les évacuations sanguines ont quelquefois été utiles dans le traitement de cette maladie.

L'observation suivante offre un second exemple des combinaisons du choléra avec une autre maladie non moins caractérisée.

FIÈVRE TYPHOÏDE RÉMITTENTE PRÉCÉDÉE DE QUINZE JOURS DE PRODROMES; CHOLÉRA DÉCLARÉ AU HUITIÈME JOUR DE LA MALADIE; MORT. (Hôpital de la Charité. — Service de M. PIDOUX.)

OBS. II. — Pousiard (Annisset), 36 ans, cocher, né en Belgique, entré à l'hôpital le 12 avril 1849. Ce malade, d'une belle et forte constitution, est à Paris depuis trois mois seulement; il est cocher dans une maison bourgeoise. Il est d'une très-bonne santé habituelle.

Il y a quinze jours, étant en train de conduire sa voiture, il s'est senti pris de froid et de malaise; il a eu quelques légers frissons et quelques dérangements du côté des voies digestives.

A la diarrhée a succédé de la constipation, et bientôt la diarrhée est revenue. Il a eu quelques maux de tête; il n'a pas saigné du nez.

A son entrée à l'hôpital, il présente une assez vive congestion de la face, une céphalalgie susorbitaire intense et continue, éprouve quelques bourdonnements dans les oreilles et quelques vertiges qui l'ont forcé de venir à l'hôpital en voiture. Il présente à la lèvre supérieure un commencement d'éruption d'herpès.

Perte complète de l'appétit; langue humide, large, blanche d'une façon uniforme, sans pointillé rouge; aucune rougeur à la pointe; sur les gencives, une très-légère couche blanchâtre; pas de maux d'estomac ni de vomissements; actuellement diarrhée bilieuse; gargouillement fin et très-prononcé dans la fosse iliaque droite; aucune tache sur le ventre; pas de toux; aucun bruit anormal dans la poitrine.

Peau chaude et moite. Le pouls est assez fort et comme redoublé, 96 pulsations.

13. Eau de groseilles; diète.

14. La fièvre est presque complétement tombée; l'éruption herpétique se développe; anorexie; céphalalgie; gargouillements; pas de tache. (Groseilles; diète.)

15. Hier soir le malade a eu une forte fièvre, et ensuite une grande chaleur et des sueurs abondantes. Actuellement la fièvre a cessé. Il paraîtrait que déjà il aurait eu deux accès de fièvre bien dessinés; mais la période d'apyrexie n'est pas franche. Il ne recouvre pas l'appétit, et la céphalalgie persiste. Le gargouillement existe toujours; diarrhée; deux taches sur le ventre.

16. Le malade va beaucoup mieux; il n'a pas de fièvre, demande à manger. Le gargouillement existe toujours; une selle liquide; pas de nouvelles taches. (Sulfate de quinine; deux bouillons.)

17. Le malade a eu hier un troisième accès. Actuellement l'apyrexie est complète; la céphalalgie a diminué; appétit; langue un peu sèche; une selle liquide; épistaxis peu abondante. (Sulfate de quinine et deux potages.)

18. Depuis hier soir les selles sont devenues très-abondantes, et ont pris le caractère épidémique. Les yeux sont légèrement enfoncés dans les orbites et cernés. Le malade se plaint d'une grande faiblesse et de mal à l'estomac; pas de vomissements; pas de crampes. Le pouls est très-petit: pas de cyanose. (Mélisse, 3 pots; 8 gr. diacode, 4 doses; lavement laudanisé avec 10 gouttes, *bis;* cataplasmes laudanisés.)

19. Depuis hier il a vomi trois fois. Les selles ont toujours été très-fréquentes et ont conservé le même caractère. Perte presque complète de la voix. La peau n'est pas froide; peu de cyanose; grande soif; langue blanche; suppression de l'urine; pupilles un peu contractées; pouls très-petit. (2 lavements laudanisés; potion:

Diacode.	8	grammes.
Sirop d'éther.	30	—
Sirop quinique.	30	—
Eau de menthe.	120	—

20. Aggravation de tous les symptômes; commencement de cyanose; perte de la voix; selles continuelles et vomissements aqueux abondants; pouls imperceptible; respiration lente; langue un peu collante. (Infusion de café froid; vin de Bordeaux, 200 grammes; vésicatoires sur le ventre; potion:

Thériaque	4	grammes.
Extrait m. de quinquina.	2	—
Sirop de cachou	20	—
Eau de menthe.	120	—

Mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — Roideur cadavérique très-prononcée.

L'intérieur de l'intestin contient une matière blanchâtre analogue à celle des selles.

Tout le gros intestin présente une éruption de follicules isolés très-confluente.

La valvule iléo-cœcale ne présente pas d'ulcérations ni de plaques de Peyer mais une éruption très-nombreuse de follicules isolés.

La dernière portion de l'intestin grêle présente, 3 pieds au-dessus de la valvule, des plaques typhoïdes très-prononcées et non encore ulcérées. Ces plaques, au nombre de sept ou huit, occupent toute la deuxième partie de l'intestin grêle, et une seule présente une petite ulcération de la longueur d'une pièce de 10 sous.

Les ganglions mésentériques sont gros et congestionnés; ils ne sont pas sensiblement ramollis.

La rate est très-volumineuse, et se laisse facilement déchirer par la pression des doigts.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

La vessie ne contient pas une seule goutte d'urine.

Dans ce second cas, la fièvre typhoïde semblait avoir épuisé la plus grande partie de son influence lorsque le choléra s'est déclaré. En effet, le malade paraissait entrer en convalescence. Cependant la mort, arrivée au vingt-troisième jour de la maladie (y compris les prodromes) et au troisième jour du choléra, a laissé voir les altérations caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Une difficulté soulevée dans cette observation est celle de savoir si la diarrhée prodromique, qui a coïncidé avec l'invasion de la fièvre typhoïde, appartenait à la fièvre typhoïde ou au choléra lui-même. Dans la supposition qu'elle appartînt à l'influence cholérique, les deux maladies auraient pour ainsi dire commencé ensemble, et se seraient terminées de même. La solution de cette question ne serait possible que par la comparaison d'un grand nombre de faits. Ajoutons néanmoins qu'au sixième jour de la fièvre typhoïde déclarée, la diarrhée, jusque-là bilieuse, a pris tout à coup le caractère épidémique. On pourrait donc croire que la première période de la diarrhée a appartenu à la fièvre typhoïde et la deuxième au choléra; mais il n'est pas rare de voir, dans les cas de choléra les mieux caractérisés, la succession de ces deux formes de diarrhée.

Quant aux altérations cadavériques, elles ont été franchement celles de la fièvre typhoïde, sans apparence, notée du moins, des lésions psorentériques si habituelles dans le choléra. Il serait utile de rechercher jusqu'à quel point l'une de ces deux maladies est exclusive de l'autre.

Dans le cas suivant, le choléra paraît avoir absorbé la maladie sur laquelle il est venu s'enter, sans toutefois en avoir définitivement neutralisé l'influence.

RHUMATISME ARTICULAIRE; INVASION PROGRESSIVE DU CHOLÉRA; RÉSOLUTION DES GONFLEMENTS ARTICULAIRES ET PERSISTANCE DES DOULEURS; VENTOUSES SCARIFIÉES ET OPIUM; MORT. (Hôpital de la Charité. — Service de M. RAYER.)

OBS. III. — C..., âgé de 23 ans, teinturier, rue du Chantre, malade depuis le 26 mars, entré à la Charité le 2 avril (salle Saint-Michel, n° 3). Ce malade, d'un tempérament lymphatique, maigre, d'une constitution faible, est entré pour un rhumatisme articulaire aigu, maladie dont il est atteint pour la première fois. L'épaule gauche, le coude, le poignet, le genou du même côté sont légèrement tuméfiés sans rougeur. Du côté droit, douleurs dans les articulations sans gonflement; bruits du cœur un peu sourds, le premier un peu prolongé;

pouls à 80 médiocrement développé. Transpiration cutanée abondante. Trois saignées ont été faites avant l'entrée du malade. (Une saignée de 400 grammes (sang couenneux); opium, boissons délayantes.)

7 avril. Dans la nuit du 6 au 7 avril, diarrhée sans coliques; cinq ou six selles blanchâtres, vomissements tout à fait aqueux, amaigrissement considérable de la face, faiblesse du pouls, pas de crampes. (Ventouses sur l'abdomen, (4 onces de sang), 3/4 de lavements, sinapismes, riz édulcoré, cataplasmes.)

Le 8, diarrhée continuelle; vomissements fréquents; extinction presque complète de la voix; suppression absolue des urines. (*Illico*, une potion gomm. avec 12 gouttes de laudanum, 3/4 de lavements, 4 ventouses, sinapismes, eau de Seltz par gorgées.)

Le 9, pas de diarrhée depuis hier soir à six heures. Les vomissements continuent; la voix est un peu plus forte; soif vive, sécheresse de la bouche. Le gonflement des articulations a disparu complétement; elles restent encore douloureuses, surtout du côté gauche. Le pouls s'est sensiblement relevé. (3 ventouses sur l'hypochondre gauche, vésicatoire à l'hypochondre droit. (Potion gomm. laud. Eau gommée par gorgées; glace; sinapismes. 1/4 de lavement si le dévoiement reparait.)

Le soir, envies de vomir fréquentes; moins de vomissements; quelques selles dont on ne peut apprécier le nombre, le malade les rendant dans son lit. La voix a repris de sa force, sans cependant être encore revenue à son état naturel; pouls à 70, assez développé; hoquet depuis le matin.

Le 10, le hoquet a continué; selles abondantes; le malade a été changé cinq ou six fois depuis les vingt-quatre heures; vomissements assez fréquents, douleurs dans tous les membres. (20 sangsues à l'épigast., sinapismes aux mollets, potion gommeuse avec 12 gouttes de laudanum.)

Le soir, le hoquet est dissipé; le malade est assoupi, somnolence fréquemment interrompue par des plaintes; les douleurs dans les membres continuent; le malade accuse une fatigue générale; réponses nettes, mais lentes; visage assez fortement coloré; peau chaude; pouls assez développé, à 80; pas de vomissements; pas de diarrhée.

Le 11, pas de vomissements, pas de selles; assoupissement. Injection de la conjonctive; suspension complète de la sécrétion urinaire, pouls médiocrement développé, à 80. (Un bain a été donné le matin avant la visite, une saignée de 6 onces est prescrite *illico*, on ne peut obtenir du sang. Ventouses sous les oreilles (3 onces). Eau gommée.)

Le 12, pas de selles, pas de vomissements; agitation continuelle. Les gencives de plus en plus injectées. Le malade répond difficilement; il laisse toujours échapper des cris plaintifs; soif vive; pas d'urines; injection de la face. (Saignée de 6 onces. Eau gommée.)

Le 13, subdelirium; agitation; sécheresse extrême de la langue; extinction complète de la voix; pas de selles ni de vomissements; pouls d'une fréquence et d'un développement médiocres; pas d'urines. (Ventouses sur la région lombaire.)

Mort le 14.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans l'observation qui précède, c'est la disparition du gonflement articulaire sous l'influence de l'invasion du choléra, bien que les douleurs articulaires aient persisté. Cette résolution du gonflement articulaire tiendrait-elle à la résorption des fluides épanchés ou à leur défaut de sécrétion, sous l'influence de l'hypersécrétion abdominale? Dans cette dernière hypothèse, qui nous paraît assez probable, on pourrait considérer les sécrétions pathologiques qui constituent principalement le gonflement articulaire comme soumises à la loi des sécrétions normales, qui sont généralement suspendues au fort du choléra.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE PRODROMIQUE DATANT DE QUATRE JOURS; TRAITEMENT PAR LES STIMULANTS, LES ASTRINGENTS ET LES OPIACÉS; RETOUR D'UNE AFFECTION BRONCHOPNEUMONIQUE SUBAIGUE SUSPENDUE PENDANT LE CHOLÉRA. (Hôtel-Dieu.— Service de M. MARTIN SOLON).

OBS. IV. — Au n. 31 de la salle Saint-Lazare, est couché le nommé François Berger, 48 ans, loueur de voitures, demeurant rue Coquenard.

Cet homme a fait il y a deux mois, un séjour peu prolongé à l'hôpital pour une affection bronchique sur laquelle il ne donne que des renseignements fort incomplets, et dont il est resté incomplétement guéri.

Le 25 mars, il rentre à l'hôpital avec un dévoiement dont il est affecté depuis plusieurs jours, caractérisé par des selles jaunâtres, liquides, que l'on a combattu chez lui par des lavements laudanisés. Pendant les deux premiers jours il n'avoue pas sa diarrhée, dans la crainte qu'on ne le mette à la diète. Il ne l'avoue que le 27 au soir, les selles devenant beaucoup plus nombreuses et abondantes.

Le 28 dans la journée, il se plaint de refroidissement des extrémités.

A huit heures du soir, vomissements, dont il a été impossible de connaître la nature, les matières n'ayant pas été conservées. Les vomissements continuent toute la nuit. (Thé léger; potion de Rivière; cataplasmes.)

29 mars, un vomissement ce matin, formé de mucus, sans caractère cholérique, très-acide. Depuis l'administration de la potion de Rivière, les vomissements ont diminué. Selles abondantes, caractéristiques, blanches et alcalines.

Céphalalgie. Il n'y a point eu de sommeil cette nuit. Le visage injecté, un peu bleuâtre. Les yeux un peu excavés. Langue blanche, d'une température au-dessous de la normale. La voix cassée. Le creux de l'estomac, douloureux hier, ne l'est pas ce matin. Les selles sont accompagnées de coliques.

La peau est assez chaude, un peu moins élastique qu'à l'état normal. Pas de crampes. Douleurs dans les parois du ventre. Soif très-vive. Pouls 84. Suppression des urines.

Thé additionné de rhum, sucré. Ventouses sèches sur le ventre. Six prises composées comme suit :

Extrait de ratanhia.	0,60.
Magistère de bismuth	0,30.

Une toutes les trois heures.

Lavements avec l'eau de son et 10 gouttes de laudanum, un toutes les trois heures.

Le 30 mars, pendant la nuit, vomissements de matières riziformes, très-ténues, tenant en suspension des grumeaux blancs.

Ce matin, la chaleur n'est pas très-abaissée. Les vomissements ont diminué de fréquence et d'abondance. Les selles, un peu jaunes, ont une odeur qui rappelle l'odeur fécale. Le malade a uriné une fois, en petite quantité; l'urine est acide, *ne contient pas d'albumine*, d'une couleur très-foncée. Température presque normale de la langue. Le visage moins abattu. La douleur épigastrique a complétement cessé.

Les yeux toujours caves. Le pouls est à 72, assez développé, sans dureté. Pas de crampes. Un peu de hoquet cette nuit et ce matin. Les selles sont encore rendues en fusées et involontairement.

Cataplasmes sinapisés sur l'épigastre. Eau de Seltz. Lavement ce matin avec la décoction de ratanhia, répété ce soir. Continuer les prises de ratanhia et de sous-nitrate de bismuth.

31 mars, les vomissements sont redevenus plus abondants. Les selles liquides comme la veille. Persistance du hoquet.

Oppression assez considérable. Gêne de la respiration. Pas de céphalalgie. Soif vive. Pas de crampes. Légères douleurs à l'épigastre. La peau n'a pas encore repris sa tonicité normale. Le pouls à 72, normal.

Potion antiémétique de Rivière, additionnée de sirop diacode, 30 grammes. Glace en fragments. Sinapisme entre les deux épaules et sur la région précordiale. Eau de Seltz. Lavements avec décoction de ratanhia.

Le lendemain et les jours suivants, les phénomènes cholériques diminuent de plus en plus, et finissent par disparaître complétement. Ni nausées, ni vomissements, ni selles, un peu d'affaissement.

Du côté de la poitrine, râles sibilants et sous-crépitants. Gêne de la respiration. Pouls à 76, large, fort, assez consistant. Crachats verdâtres, peut-être un peu diffluents. Expectoration difficile.

Emplâtre stibié entre les deux épaules. Julep béchique avec kermès 0,10. Lavement. Tisane pectorale.

Sous l'influence de ce traitement, continué plusieurs jours, l'affection broncho-pneumonique s'amende notablement, et le 15 avril le malade est en convalescence.

Ici l'influence cholérique a pu suspendre et même arrêter le cours d'une bronchopneumonie pendant plusieurs jours; mais celle-ci a reparu après l'évolution complète du choléra; quelle peut-être la loi en vertu de laquelle, dans certains cas, le choléra absorbe complétement ou atténue simplement, ou respecte tout à fait la maladie sur laquelle il vient s'enter? Les faits seuls peuvent résoudre cette question.

Dans toutes ces combinaisons, cependant, ne peut-on pas admettre que la prédominance d'action du choléra par rapport à une autre maladie est en raison directe, d'une part, de la somme d'intoxication épidémique, et de l'autre, en raison de la faiblesse de la maladie en présence de laquelle elle se trouve. C'est une influence de causalité réciproque dont les effets sont proportionnés à la somme d'action des causes.

Terminons cette série de choléras combinés avec d'autres maladies par l'observation suivante de choléra développé chez un phthisique.

CHOLÉRA ASIATIQUE SURVENU CHEZ UN PHTHISIQUE ATTEINT DE DIARRHÉE DEPUIS PLUSIEURS SEMAINES; MORT; AUTOPSIE. (Hôtel-Dieu. — Service de M. MARTIN-SOLON.)

OBS. V. — Au nº 29 de la salle Saint-Lazare est couché un homme d'une quarantaine d'années, demeurant rue Saintonge au Marais, dans une chambre spacieuse au troisième étage ; sa profession consiste à broyer de la terre de pipe dans un atelier froid et humide. Depuis un mois il garde la chambre pour un point de côté. Il est d'une mauvaise constitution ; pâle ; amaigri.

Il est entré le 10 mars pour se faire traiter d'une affection tuberculeuse pulmonaire. Depuis plusieurs semaines, il est atteint de diarrhée.

Dans la journée du 13 mars, cet homme est pris d'un redoublement de diarrhée ; tiraillements et crampes d'estomac.

Dans la nuit du 13 au 14, un vomissement et une nouvelle selle liquide. Le pouls a diminué rapidement de force et est devenu presque imperceptible. (Eau de Seltz glacée pour boisson ; bain d'air chaud.)

14 mars. Ce matin on constate que les matières des évacuations de la veille consistent en des matières blanches floconneuses, analogues à des grains de riz crevés, nageant en assez grande abondance dans un liquide semblable à du petit lait mal clarifié et de nature alcaline.

Quant au malade, on constate l'état suivant : Il paraît très-affaibli, une sueur légèrement moite couvre abondamment le visage ; la langue est humide et un

peu tiède; le ventre est douloureux à la pression, mais n'est pas rétracté; les yeux sont caves et bordés de noir. Le malade ne répond que par signes ou à voix sourde; son intelligence est conservée; il fait entendre, en indiquant la région épigastrique, qu'il y éprouve de l'embarras et qu'il ressent de fréquentes envies de vomir.

Le pouls s'est relevé un peu ce matin, mais il est encore bien faible, 96 pulsations.

La chaleur des extrémités suprieures a beaucoup diminué, mais n'a pas totalement disparu.

On prescrit pour être donné de suite 1°,50 d'ipécacuanha; en outre une potion éthérée, et toujours eau de Seltz à la glace.

Deux heures et demie. A cette heure de la journée, les vomissements persistent; les grains riziformes et la teinte blanchâtre sont des plus prononcés et des plus abondants. Il en est de même des garde-robes; des crampes se développent aux mollets dans la journée; on les combat par des sinapismes. On donne le nitrate de potasse dans le but d'empêcher l'épaississement du sang.

Six heures. M. Martin-Solon revoit le malade à six heures; il trouve ses yeux plus enfoncés; une cyanose générale, mais peu intense; la peau qui n'a jamais été très-refroidie n'est plus moite, elle est chaude et pâteuse.

96 pulsations à peine sensibles; anxiété précordiale très-prononcée; besoin de dormir qui ne peut s'effectuer; langue blanche, froide; ventre rétracté. On cesse de donner le nitrate de potasse; on prescrit: ammoniaque, 30 grammes; eau de menthe, 120 grammes; fleur d'oranger, 120 grammes; sirop, 30 grammes; lavement et ratanhia, 3 grammes; laudanum, 15 gouttes; eau de Seltz avec glace. La potion stimulante est donnée par cuillerée de quart en quart d'heure.

Les vomissements continuent pendant l'usage de la potion sans changer de caractères.

Les garde-robes continuent aussi jusqu'à huit heures du soir; les douleurs dans les mollets reviennent. (Nouveaux sinapismes.) Les parties inférieures du corps conservent leur chaleur; les supérieures seules refroidissent.

Le malade succombe le 15 mars, à trois heures du matin.

Autopsie trente heures après la mort.

Estomac. Les tissus ne présentent point d'altération, si ce n'est peut-être un peu d'épaississement de la muqueuse.

Cet organe contient une grande quantité de la matière des vomissements.

Intestins. Ils présentent dans toute leur longueur une injection plus forte à l'intérieur qu'à l'extérieur. L'intestin grêle, surtout sa dernière partie, présente cette coloration à un degré plus intense que partout ailleurs. Il y a des points couleur hortensia, d'autres où la rougeur est beaucoup plus foncée.

On aperçoit sur la face interne de l'intestin, surtout de l'intestin grêle, et vers la fin de l'iléon et sur la valvule iléo-cœcale, les glandes de Brunner légèrement hypertrophiées; les plaques de Peyer sont également hypertrophiées, et quelques-unes sont ulcérées. L'intestin est rempli d'une bouillie épaisse et blanchâtre, qui est la matière vomie ou rendue par les garde-robes, mais plus épaisse et contenant moins de sérosité.

Les ganglions mésentériques sont engorgés.

Cœur. Il paraît un peu aplati, un peu moins consistant, gorgé d'un sang noir, épais, poisseux, visqueux. Il renferme des caillots fibrineux, décolorés, assez mous, situés principalement dans l'aorte et le ventricule gauche.

Les veines sont gorgées d'un sang noir, épais, visqueux.

Les poumons sont un peu engorgés; on trouve des tubercules crus au sommet.

Le foie est congestionné.

La rate un peu diminuée de volume et aussi un peu congestionnée.

Reins. Rien.

Cerveau un peu piqueté.

Vessie vide.

Séreuses. Elles sont sèches et poisseuses.

Muscles. On voit, à la coupe, qu'ils sont gorgés de sang; ils sont aussi très-poisseux.

Dans les observations qui précèdent, nous nous sommes bornés à constater la coïncidence et l'indépendance en quelque façon du choléra par rapport aux maladies avec lesquelles il se combine. Mais jusqu'à quel point la gravité du choléra est-elle accrue par les maladies auxquelles il s'associe, et réciproquement, jusqu'où ces dernières reçoivent-elles un surcroît de développement du choléra? Tel est un ordre de considérations qu'il serait utile d'aborder. Le fait que nous venons de rapporter peut être envisagé utilement à ce point de vue.

On ne saurait méconnaître en effet que l'état fâcheux des voies respiratoires chez un phthisique ne soit une disposition favorable au développement de l'asphyxie cholérique. Réciproquement, on ne pourrait contester que l'influence cholérique ne vienne aggraver les conséquences des lésions pulmonaires.

C'est ce que nous avons constaté dans beaucoup d'autres cas où des altérations du poumon ont été le point de départ des accidents mortels causés par le choléra.

Passons maintenant à des cas de choléra considérés surtout au point de vue thérapeutique.

Choléra asiatique; indigestion; excès de table; diarrhée; invasion dans la nuit; méthode excitante; guérison. (Hôpital Necker. — Service de M. Bricheteau.)

Obs. VI. — La nommée Marie (Brigitte), âgée de 76 ans, assez bien conservée, demeurant rue des Acacias, n. 8, entre à l'hôpital le 28 mars (salle Sainte-Eulalie, 7).

Cette femme, à la suite d'un repas copieux, fut prise, le 27 au soir, de dévoiement. Dans la nuit, refroidissement, crampes et vomissements.

A son entrée, le 28, peau froide, pouls radial, filiforme, yeux caves, peu de cyanose, voix altérée, pas d'urines, nez froid, crampes modérées, déjections blanchâtres. (Potion tonique avec laudanum, 2 gr.; eau de Seltz glacée; frictions, sinapismes, etc.)

Le 29, réaction modérée, vomissements persistants, pas de diarrhée, pas d'urines. (Eau de Seltz glacée; potion avec 8 gr. de carbonate de soude.)

Le 30, la réaction se maintient, pas de vomissements; quelques selles liquides, mais non caractéristiques. La malade a uriné, pas de crampes, la voix est moins altérée, ainsi que le facies. (Eau de Seltz glacée; lavement quina et laudanum, 8 gouttes.)

Le 31, même état que la veille; à dix heures du soir, un peu de refroidissement avec vomissements, pas de crampes, les urines vont toujours. On donne une potion tonique et la réaction reparaît bientôt.

Le 2 avril, la réaction se maintient, quelques vomissements bilieux peu abondants, pas de selles, la malade demande à manger. (2 bouillons.)

Le 3, la malade a eu six gardes-robes dans la nuit, pas de vomissements, réaction modérée. On supprime les bouillons et on donne 2/4 de lavement laudanisé.

Le 4, le dévoiement a cessé. La malade va assez bien.

Le 6, la malade a eu des vomissements qui paraissent tenir à une hernie que porte la malade, et qui était sortie, mais qui cèdent après la réduction de la hernie.

Le 8, la malade n'a ni la diarrhée ni vomissements. Elle demande à manger. La réaction est toujours modérée. On donne du bouillon.

Le 14, on donne une portion d'aliments à la malade, qui est en bonne voie de guérison.

Choléra asiatique; émotion morale vive; diarrhée subite; invasion du choléra pendant la nuit; méthode mixte, excitante et opiacée; guérison. (Hôpital Necker. — Service de M. Bricheteau.)

Obs. VII. — Le nommé Serenné (Joseph), 25 ans, peintre, demeurant rue Saint-Maure, n. 11, entre à l'hôpital Necker le 3 avril (salle Saint-Ferdinand), 39.

Ce garçon, d'une constitution moyenne, à la suite d'une impression morale vive, a été pris en rentrant chez lui, le 2 avril au soir, de diarrhée abondante blanchâtre avec vomissements.

Toute la nuit, la diarrhée et les vomissements ont continué avec des crampes assez légères et du refroidissement.

A son entrée à l'hôpital: refroidissement modéré des extrémités, crampes légères, facies médiocrement altéré, nez froid, vomissements blanchâtres très-répétés, diarrhée idem; le pouls n'a pas cessé de battre, le malade urine un peu; moral très-affecté. (Tisane, infusion de thé; potion avec éther, 8 gr.; 1/4 lavement laudanisé; frictions, sachets de sables chauds, etc.)

La réaction s'effectue modérée dans la nuit; mais les vomissements persistant, on met un vésicatoire à l'épigastre, après avoir donné d'abord une potion avec 2 grammes de laudanum, qui n'a absolument rien fait.

Le 4 au matin, la réaction s'est maintenue, mais les vomissements continuent; la diarrhée diminue.

On donne eau de Seltz glacée; potion de Rivière.

Jusqu'au 9 rien de particulier. Quelques selles liquides, mais bilieuses; quelques envies de vomir, mais pas de vomissements; moral très-affecté; la réaction s'est toujours maintenue modérée.

Le 9, il se plaint d'une douleur plus vive de l'abdomen, et on trouve la vessie considérablement distendue par l'urine; on cathétérise.

Le 10, le malade a uriné seul, pas de vomissements, pas de garde-robe; le malade demande à manger. (2 bouillons.)

Le 14, le malade est en très-bonne voie. On lui donne une portion; il commence à se lever. Il mange deux portions.

Dans les deux faits que nous venons de rapporter, l'influence favorable de la médication ne serait pas contestable si les cas contre lesquels elle a été employée avaient offert une gravité plus décidée. Mais, ainsi que déjà nous l'avons fait remarquer, on peut toujours, même dans les cas de cet ordre, apercevoir un certain rapport de causalité entre l'action des remèdes et les effets dont elle est suivie. Or, dans les deux cas que l'on vient de lire, ce rapport nous paraît avoir existé. Toute la médication se résume par l'usage d'agents d'un caractère excitant. A la suite de l'emploi des moyens qui les caractérisent, on a vu cesser les vomissements, et les matières des selles, de blanches devenir bilieuses.

La circonstance du peu de gravité de ces cas n'est pas un obstacle à l'appréciation de l'utilité et de l'efficacité des médications employées. On peut

même dire que cette appréciation est d'autant plus facile, que l'influence des médicaments est plus possible: car, dans les cas où le choléra est porté à son plus haut degré de gravité, les meilleures médications ont cessé d'agir : tels sont les trois cas que nous allons rapporter.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE PRODROMIQUE DE TROIS JOURS; MÉDICATION EXCITANTE; MORT; AUTOPSIE. (Hôpital Necker. — Service de M. BRICHETEAU.)

OBS. VIII. — Le nommé Virten (François), 51 ans, peintre, demeurant rue Traverse, n. 19 (10e arrond.), entré à l'hôpital le 7 avril au matin.

Cet homme est d'une bonne constitution, ayant la diarrhée depuis trois jours; il est pris, le 6 au soir, de refroidissements avec vomissement et crampes.

A son entrée à l'hôpital, il présente une cyanose modérée; le refroidissement est considérable, le pouls radical est à peine perceptible, altération profonde des traits, yeux creux, altération de la voix, la peau est plissée comme un gant, pas d'urines depuis le soir, douleurs de ventre vives, crampes, respiration fréquente, selles blanchâtres, vomissements idem.

Camomille avec chlorure de sodium. . . . . 15 gr.
Lavements laudanisés. . . . . 8 gouttes.
Révulsifs cutanés, frictions.

Le 7 au soir, le malade n'ayant pas présenté de réaction dans la journée, le refroidissement étant plus considérable, le pouls radial n'étant pas perceptible du reste, les autres symptômes ayant persisté, on donne potion avec

Eau, cannelle et menthe. . de chaque 60 grammes.
Bicarbonate de soude. . . . . 8 —
Éther . . . . 6 —

Le malade meurt à onze heures du soir sans avoir eu de réaction.

AUTOPSIE. — Le péritoine est graisseux.

Les ganglions mésentériques ne sont pas tuméfiés. L'intestin ouvert présente de la congestion, surtout au tiers inférieur de l'intestin grêle et dans le cœcum.

Follicules isolés médiocrement dévoloppés.

Les plaques de Peyer ne présentent aucun développement anormal.

Matière crémeuse sur toute la surface de la muqueuse intestinale.

Sang poisseux noirâtre.

Congestion des poumons, du foie et des reins.

CHOLÉRA ASIATIQUE; DIARRHÉE PRODROMIQUE DEPUIS HUIT JOURS; INVASION SOUDAINE LE NEUVIÈME JOUR; MÉDICATION EXCITANTE; MORT VINGT-QUATRE HEURES APRÈS L'ENTRÉE. (Hôpital Necker. — Service de M. BRICHETEAU.)

OBS. IX.—La nommée Rotmeister, âgée de 48 ans, blanchisseuse, demeurant carrefour de l'Industrie, à Grenelle; d'une constitution moyenne, entre à l'hôpital Necker, le 26 mars, à dix heures du matin.

Indisposée depuis huit jours, ayant une diarrhée modérée dont elle ne s'occupait pas. Elle est prise, le 25 au soir, de refroidissement avec crampes et vomissements blanchâtres; les selles sont également blanchâtres. —A son entrée à l'hôpital, cette malade présente une cyanose générale très-marquée; yeux creux, ternes; abattement considérable; refroidissement du nez, de la langue et des extrémités; voix altérée; pas de pouls radial; crampes modérées; pas d'urine; les vomissements et les selles qui sont abondants, sont blanchâtres comme de l'eau. Pour tisane, eau de Seltz glacée.

Potion avec 8 grammes de bicarbonate de soude, et 30 inf. de menthe.
Potion avec 2 grammes de chloroforme, et 4 grammes d'éther.
Révulsifs cutanés.

Le 26 mars au soir. Les extrémités sont un peu moins froides. Du reste, pas de pouls radial; respiration assez anxieuse, et persistance des symptômes observés le matin.

Le 27. Le refroidissement est complet; pas de voix; persistance, du reste, des mêmes symptômes. Mort à dix heures et demie.

AUTOPSIE. — On ne fait qu'examiner la moelle; on trouve une congestion très-forte des vaisseaux du rachis. —Pas de ramollissement; pas d'injection de la substance de la moelle.

CHOLÉRA ASIATIQUE; PAS DE PRODROMES; CYANOSE; CRAMPES; DÉJECTIONS BLANCHES; MÉDICATION EXCITANTE; RÉACTION PASSAGÈRE A DEUX REPRISES; MORT. (Hôpital Necker. — Service de M. BRICHETEAU.)

OBS. X. La nommée Rubie, âgée de 25 ans, coutière, demeurant rue Malar, n° 4 (10e arrondissement), d'une bonne constitution, est prise le 24 mars au matin, entre cinq et six heures, de refroidissement avec diarrhée et crampes.

Elle se portait parfaitement bien auparavant, assure-t-elle, menait une vie régulière.

Elle entre à l'hôpital le 24 mars et présente les symptômes suivants : cyanose générale, yeux creux, nez et langue froids, altération de la voix, refroidissement des extrémités, crampes assez fortes dans les membres inférieurs, abattement considérable; la peau se laisse plisser comme un gant; simples envies de vomir; pas de vomissements; garde-robes assez abondantes et blanchâtres; pas d'urines, pas de pouls (Tisane, eau de Vichy; potion avec 8 gr. bicarbonate de soude; frictions avec liniment ammoniacal camphré; sinapismes; sachets de sable chaud.

Le 24 au soir. la malade n'ayant aucune réaction, et quelques vomissements blanchâtres s'étant montrés, on ajoute à la première prescription de la glace et une potion tonique. Dans la nuit la réaction apparait un instant pour disparaître presque aussitôt.

Le 25, la peau est moins froide et moins cyanosée que la veille; le pouls radial est légèrement sensible; la malade est moins abattue, n'a pas ressenti de crampes, peu de vomissements et huit garde-robes toujours caractéristiques; pas d'urines. (On continue la première prescription.)

Le 26, il a eu à minuit une réaction assez forte qui a bientôt disparu. La peau est assez chaude; sueur abondante et visqueuse; le pouls radial est sensible, mais filiforme; un seul vomissement depuis la veille; plusieurs selles, quelques crampes légères; un peu d'urine. (On donne 0,45 de hachisch et on continue du reste la même prescription.)

Le 26, à huit heures du soir, la malade est prise de refroidissement, de crampes violentes, de vomissements et diarrhée abondants, et meurt à huit heures et demie.

AUTOPSIE. L'estomac est rempli de matière blanchâtre; il présente de l'injection au grand cul-de-sac; l'intestin est rempli de la matière des déjections; plaques de Peyer et follicules isolés très-développés et blanchâtres.

Vessie revenue sur elle-même sans urine; congestion du foie et de la rate.

Congestion pulmonaire assez forte.

Sang noirâtre gluant.

Les séreuses sont poisseuses.

Les vaisseaux du rachis sont gorgés de sang.

La moelle présente une diminution de consistance très-légère à la région dorsale, mais ne paraît pas altérée dans sa texture. Un filet d'eau projetée sur la substance de la moelle, sectionnée dans toute sa longueur, ne dénote pas de point ramolli.

La terminaison fâcheuse observée dans ces trois cas est loin de témoigner contre l'emploi des moyens auxquels on a eu recours; car si cette terminaison prouve surtout le degré d'action de la cause morbide, on peut y discerner une certaine somme d'efficacité des remèdes par les améliorations, même temporaires, dont leur emploi a été suivi. C'est ce que l'on a pu voir dans le troisième cas, où, à plusieurs reprises, les symptômes ont paru s'amender presque immédiatement après l'emploi des médicaments. Nous ne saurions dire cependant auquel de ces médicaments ces améliorations passagères doivent être rapportées; leur ensemble se résume sans doute dans la méthode excitante; il convient cependant de chercher à préciser auquel des éléments de cette méthode il faut attribuer l'amélioration obtenue.

La série des cas qui vont suivre est peut-être propre à éclairer ces différentes questions.

DIARRHÉE DEPUIS DEUX MOIS A DIVERSES REPRISES, AYANT AUGMENTÉ DEPUIS TROIS JOURS; CHOLÉRA ALGIDE GRAVE; TRAITEMENT EXCITANT COMPOSÉ; GUÉRISON. (Hôpital du Gros Caillou.—Service de M. WORMS.)

OBS. XI. — Tanaff, 5e régiment de lanciers, venant de l'École-Militaire, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution et habituellement sobre, est apporté le 4 avril à huit heures du matin, dans l'état suivant :

Tout le corps est cyanosé; mais la cyanose est plus prononcée à la face, autour des yeux, au nez et aux oreilles, ainsi qu'aux extrémités supérieures et inférieures. Les yeux sont profondément excavés, les pommettes saillantes; la langue est plate et froide; la voix éteinte; la peau est glacée sur presque toute sa surface; le pouls insensible; des crampes violentes se font sentir dans tous les membres. Les selles caractéristiques se succèdent avec rapidité et abondance et alternent avec les vomissements.

Le malade déclare avoir été atteint depuis deux mois de diarrhée à diverses reprises. Elle a augmenté depuis trois jours et depuis six heures du matin il est en proie à des crampes très-douloureuses; il n'y a pas eu de vomissements avant l'entrée. (2 grammes d'ipécacuanha en poudre; tisane de tilleul et de menthe après qu'il aura vomi une fois; appliquer sur l'épigastre un emplâtre composé de thériaque et de baume du Pérou, 15 grammes de chaque, avec addition de 8 grammes d'huile essentielle de menthe; on superpose une brique chaude; toutes les heures une cuillerée de la potion suivante (n° 2) : éther sulfurique, 15 grammes; ammoniaque liquide, 3 grammes; teinture de capsicum, 1 gramme, et thériaque, 15 grammes pour 120 grammes d'infusion de menthe, avec camphre, 2 décig.; des boules chaudes aux pieds; on promène toutes les heures sur les membres une éponge trempée dans la solution suivante : (acétique camphrée) camphre, 1 gramme 50 centig.; faites dissoudre : alcool rectifié, 120 grammes; ajoutez acide acétique, 300 grammes. On accorde les trois quarts de la ration de vin et une bouteille d'eau de Seltz.)

A la visite du soir, l'état du malade a peu changé, si ce n'est que le froid est moins glacial, et qu'avec beaucoup d'attention on perçoit de très-faibles pulsations de la radiale.

Dans la prévision d'une réaction qui pourra être dangereuse à raison de la stase veineuse indiquée par la teinte bleu foncé du nez, des joues et des oreilles, on fait raser la tête et appliquer une flanelle imbibée de la fomentation suivante : alcool camphré, 150 grammes; ammoniaque liquide, 25 grammes; chlorhydrate d'ammoniaque, 45 grammes dissous préalablement dans : infusion d'arnica, 190 grammes. Ces fomentations sont placées chaudes et souvent renouvelées.

Le 5 au matin, la réaction est prononcée; le pouls est développé et fort; la peau est réchauffée. Cependant la cyanose existe encore aux mains; mais il y a eu des vomissements pendant toute la nuit. La voix est encore éteinte et les yeux sont très-excavés; il n'y a eu que quatre selles. (On substitue à la potion n° 2 deux potions avec alcoolat de mélisse, 4 grammes, et camphre, 2 décig.; les fomentations sont entretenues.)

Le 6, la réaction s'est encore développée; le pouls est très-fort, grand et fréquent; la face est très-colorée, mais les yeux ne présentent pas de trace d'injection; il y a deux vomissements et cinq selles pendant la nuit; la peau est chaude; l'intelligence obtuse; il y a un peu d'oppression; le malade est couché sur le dos; le moindre mouvement semble lui coûter de l'épuisement. Les genoux, les coudes et les fesses sont le siége d'une éruption érythémateuse très-vive qui dure à peu près trente heures.

Le 7, la nuit a été bonne; mais l'intelligence est encore voilée. Le malade ne répond que lentement; il y a un peu de stupeur; le pouls est toujours fort et vibrant; la peau est chaude et la face est très-rouge. Il n'y a pas eu de selles; les urines ont reparu. (Aux potions avec l'alcoolat de mélisse, on substitue deux potions avec nitrate de potasse, 4 grammes, et camphre, 2 décigrammes; lavement laxatif du formulaire; un peu de bouillon.)

L'état ne change guère jusqu'au 12, où il survient une abondante épistaxis.

Le 12, l'amélioration s'est complétée; le malade mange la soupe; un œuf, et demande à changer de salle.

Il passe dans le service des fiévreux, d'où il sort guéri le 22 avril.

FIÈVRE INTERMITTENTE DEPUIS VINGT JOURS; DIARRHÉE DEPUIS QUARANTE-HUIT HEURES; CHOLÉRA INTENSE; MÊME TRAITEMENT; GUÉRISON. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. WORMS.)

OBS. XII. — Hetzaudier, fusilier au 10e bataillon de chasseurs à pied, École militaire, âgé de 24 ans, d'une bonne constitution et d'habitudes régulières, est apporté, le 20 avril, à une heure et demie du matin.

Cet homme, atteint de fièvre intermittente depuis une vingtaine de jours, a la diarrhée depuis quarante-huit heures; les vomissements sont survenus le 19, à deux heures du soir; d'après le rapport du chirurgien de garde, à son entrée la face était cyanosée, les yeux profondément rentrés dans les orbites; la langue était sèche et la soif très-vive; les vomissements et les selles s'étaient succédé avec abondance et rapidité; on ne sentait pas le pouls; la voix était brisée et l'abattement extrême.

A la visite du matin la peau est froide partout, la cyanose prononcée à la face et aux extrémités; la langue est fraîche, mais non tout à fait froide; on ne peut trouver le pouls; il y a eu, depuis l'entrée, deux selles et deux vomissements. (Infusion de menthe et de tilleul pour boisson; emplâtre de thériaque composé à l'épigastre; boules chaudes aux pieds. La tête est rasée et recouverte de fomentations résolutives; d'heure en heure on promène sur le tronc et les membres une éponge imbibée de la solution acétique camphrée. Trois quarts de vin; eau de Seltz, et quelques morceaux de glace à mettre dans la bouche.

Dans la journée, on commence à percevoir le pouls radial, et on substitue à la potion n° 2 les potions de alcoolat de mélisse camphrées.

Le 22 le pouls est sensible; cependant la cyanose persiste encore aux mains; il y a peu d'anxiété précordiale; l'infirmier de garde a compté douze vomissements et quatre selles pendant la nuit; l'abattement est encore très-grand. (Potion avec alcoolat de mélisse camphré; eau de Seltz et vin; on renouvelle l'emplâtre de thériaque à l'épigastre.

Le 23 la peau est chaude; le pouls est encore très-concentré; la langue est enduite d'une matière visqueuse brunâtre; il y a eu la nuit deux vomissements et trois selles, et une éruption pointillée se montre sur les membres (surtout autour des genoux et aux fesses).

Le 24. Le pouls se développe un peu plus; il n'y a eu que deux selles la nuit et pas de vomissements; la soif est encore vive; on supprime les fomentations, et on donne deux potions avec alcoolat de mélisse camphrées.

Le 25. Quoique le pouls ait pris plus de force et de développement, il y a encore de la prostration; mais les vomissements et les selles ont entièrement cessé. (Bouillon; vin; eau de Seltz; potions avec carbonate d'ammoniaque.)

Le 26. Le malade demande à changer de salle et à manger. (Vermicelle, vin, eau de Seltz.)

Le 27. Il est au quart de portion, avec une côtelette et un œuf.

Le 28, à la demi, et le 1er mai il sort de l'hôpital.

DIARRHÉE DEPUIS DEUX JOURS; CHOLÉRA CONFIRMÉ LE TROISIÈME JOUR; VOMITIFS ET EXCITANTS; AMÉLIORATION; RECHUTE; SULFATE DE QUININE ET OPIUM; GUÉRISON. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. WORMS.)

OBS. XIII. — Grandhomme, fusilier au 57e de ligne, caserne de Babylone, d'une constitution assez bonne, un peu sèche, d'une conduite régulière, est apporté le 19 avril, à onze heures et demie du matin, dans l'état suivant: la diarrhée qui durait depuis deux jours avait considérablement augmenté; les selles étaient très-abondantes, claires et grumelées; il n'y avait pas de vomissements; le pouls était très-petit et fréquent, la peau froide, mais non glaciale. Les yeux étaient enfoncés dans l'orbite; il avait des crampes dans les membres inférieurs; du reste, la sécrétion urinaire n'était pas supprimée. A partir du moment de l'entrée, les crampes ont augmenté de fréquence et d'intensité. (On fait prendre 2 grammes d'ipécacuanha. Placer des boules chaudes aux extrémités; une emplâtre de thériaque à l'épigastre. Boissons ordinaires et eau de Seltz. Après le vomitif, on donne la potion n° 2.)

Le 20 au matin, la réaction se montre bien franche; le pouls a pris du développement et perdu de la fréquence; la peau est chaude et halitueuse; il n'y a eu que quatre selles la nuit. L'état est des plus satisfaisants. (La potion n° 2 est remplacée par deux potions avec carbonate d'ammoniaque camphrées; vin et eau de Seltz.)

Le 21, à la visite du matin, je trouve Grandhomme dans un état d'agitation extrême; la face est profondément altérée; le pouls a disparu; une cyanose de nuance claire occupe toute la peau, qui est froide et visqueuse; des crampes violentes et continuelles tourmentent le malade, qui se plaint de ne pouvoir respirer et d'éprouver une douleur très-vive à la région précordiale. — L'infirmier de garde déclare que depuis onze heures du soir les vomissements, les selles et les crampes n'ont pas fait trêve un instant. (Fomentations résolutives sur la tête; emplâtre de thériaque à l'épigastre; lotions avec la solution acétique camphrée chaude; potion n° 2.)

A la visite du soir, l'état s'est légèrement amélioré: la peau s'est un peu réchauffée, le pouls a reparu; les crampes et les évacuations sont moins fortes et moins fréquentes; la suffocation est moindre; le facies est toujours grippé. (Deux potions avec alcoolat de mélisse camphrées.)

Le 22. Le pouls est plus sensible, la peau plus chaude, la face a repris une apparence plus calme; la soif est toujours vive, mais l'oppression a cessé; il y eu huit vomissements et à peu près autant de selles la nuit; les crampes n'ont paru qu'à de rares intervalles.

Le 23 au matin, la scène a changé de nouveau. A partir de onze heures du soir il y a eu quinze vomissements et dix selles; les crampes ont reparu avec violence; le pouls est déprimé et presque insensible; la peau est refroidie et visqueuse; la voix s'est de nouveau brisée et la face présente une altération très-grande. (On continue les fomentations sur la tête; portion de vin; eau de Seltz; 50 centigrammes de quinine *illico* avec 5 centigrammes d'extrait d'opium. Même dose de quinine et d'opium à trois heures.)

Le 24. Amélioration sensible; il n'y a que deux selles la nuit et quelques crampes peu violentes; la face est meilleure; le pouls a pris du développement; la peau s'est réchauffée; le malade n'accuse ni anxiété ni douleurs; il a uriné cinq fois. (Bouillon, portion de vin; deux potions avec carbonate d'ammoniaque camphrées; 40 centigrammes de sulfate de quinine *illico*, et autant à trois heures du soir.)

Le 25. La nuit a été calme; ni selles ni vomissements, pas de crampes. Le malade se sent bien et demande à manger. (Bouillon; portion de vin; eau de Seltz; 50 centigrammes sulfate de quinine à midi; un lavement émollient.)

A partir du 26, la convalescence est franchement déclarée. Le 29, il est mis dans une des salles de fiévreux, et aujourd'hui il mange les trois quarts et ne tardera pas à sortir.

CHOLÉRA ASIATIQUE (ABSENCE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES ANTÉCÉDENTS); MÊME TRAITEMENT; GUÉRISON. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Worms.

OBS. XIV. — Masson, soldat au 57e régiment de ligne, âgé de 23 ans, venant de la caserne de l'Ecole militaire, d'une bonne constitution et d'une conduite régulière, est apporté à la salle n° 2 le 17 avril, à dix heures du matin. Pas de renseignements sur les circonstances antérieures au moment de l'entrée. Langue blanche et tiède; vomissements incolores avec grumeaux de riz; douleur épigastrique; selles liquides abondantes et très-fréquentes; pouls encore sensible, mais déprimé; crampes aux membres inférieurs; température normale de la peau; voix faible; yeux cernés; cyanose peu marquée; persistance des urines. (2 grammes d'ipécacuanha; emplâtre de thériaque à l'épigastre; infusion de menthe et de tilleul.)

Le soir, cyanose de teinte claire répandue sur toute la surface du corps. Stupeur empreinte sur la face; pouls insensible; les vomissements se succèdent presque sans interruption; abattement extrême; le malade se plaint d'une très-violente oppression et de points douloureux dans les deux hypocondres (Potion n° 2, et passer toutes les heures sur les membres une éponge trempée dans la solution acétique camphrée. La tête est rasée et recouverte de fomentations résolutives; de la glace et de l'eau de Seltz.)

Le 18 au matin, soif encore très-vive; abattement considérable; voix faible; on sent le pouls, mais il est très-petit; l'oppression et la douleur épigastrique n'ont pas cédé; le malade se plaint d'une douleur très-vive dans le scrotum, qui est contracté et très-fortement cyanosé (1); encore beaucoup de vomissements et de selles pendant la nuit. (Deux potions avec le carbonate d'ammoniaque, 4 grammes, camphrées à 20 centigrammes.)

Le 19. Pouls plus sensible que la veille, mais cependant peu développé; peau assez chaude; deux vomissements et deux selles dans la nuit précédente; faiblesse générale très-grande; la langue a de la tendance à se sécher; la soif toujours très-grande.

Le 20. Pouls développé; chaleur normale; deux selles et deux vomissements de matières porracées dans la nuit; un peu de rougeur de la face; yeux injectés; lenteur dans les réponses. (Potions de la veille, et on fait replacer les fomentations dont l'usage avait été suspendu depuis vingt-quatre heures.)

Le 21. La rougeur de la face a beaucoup augmenté; le malade se plaint des gencives; on les trouve très-gonflées, saignantes, et les jambes présentent des taches scorbutiques.

(1) Du reste, la cyanose du scrotum est un des phénomènes observés le plus fréquemment par M. Worms.

Le 22. Le pouls est grand, mais moins fréquent; le malade reste couché sur le côté, la tête enfoncée dans l'oreiller; la langue est sèche: on a de la peine à l'éveiller, et il témoigne beaucoup d'humeur de ce qu'on le dérange; la face est très-colorée; les yeux expriment l'abattement; on le décide à boire, et il ne peut prendre que peu de boisson à la fois; le passage des liquides semble difficile.

Le 23. L'état est le même, sauf que Masson répond de travers aux questions qu'on lui fait; il demande son billet de sortie; deux fois, pendant la nuit, il a tenté de s'échapper de son lit; il y a eu une agitation très-forte, et le pouls a un mouvement fébrile assez prononcé. Une éruption pointillée se manifeste sur les bras et les jambes, ainsi que sur le siége; la langue est sèche. (On fait renouveler souvent les fomentations; prendre par cuillerée, d'heure en heure, deux potions avec 4 grammes de nitrate de potasse et une solution de 50 centigrammes de sulfate de quinine à neuf heures du matin, qui est répétée à trois heures du soir.

Le 24. L'apparence est meilleure; la face est moins rouge; la langue a pris de l'humidité; le pouls est moins fréquent; néanmoins il y a eu de l'agitation sans tentative d'évasion, et le délire qui persiste n'est pas empreint de tristesse et est moins prononcé. (On ne fait prendre avec les potions nitrées et camphrées le sulfate de quinine qu'à la dose de 80 centigrammes en deux fois.

Le 25. L'amélioration continue; la nuit a été meilleure; le malade n'a point crié; la face est ouverte et reposée; la langue plate et bien humectée; il n'y a pas de selles ni de vomissements. (On fait prendre à Masson la même dose de sulfate de quinine que la veille, ainsi que deux potions nitrées et camphrées; comme les jours précédents, il a pour boisson du vin et de l'eau de Seltz.)

Le 26. La nuit a été tout à fait calme; il y a eu un sommeil naturel après une selle abondante déterminée par le lavement donné le soir.

Le 27. Presque toute la peau est couverte de bulles plates très-rouges, avec la coloration de la scarlatine et la forme de l'urticaire; on remarque les élevures surtout aux poignets, où elles sont fort rapprochées, et aux genoux, où il y a des plaques de la largeur de la main.

La figure est riante et reposée; le malade désire manger, et, à partir de ce moment, on fait enlever les fomentations, cesser les potions et le sulfate de quinine, et il est mis dans une autre salle. La convalescence fait des progrès rapides. Aujourd'hui il mange les trois quarts de la portion, et d'ici à quelques jours il pourra rejoindre son régiment.

Ces quatre observations offrent des analogies suffisantes pour qu'on les rapporte à une seule et même catégorie, et les médications employées présentent une uniformité de moyens et de but qui mérite d'être signalée à part. L'habile praticien se propose deux choses principalement : d'amener rapidement la réaction, et une fois obtenue, de la tempérer en l'aidant.

La Gazette médicale a déjà insisté sur cette particularité, mise en évidence par l'auteur lui-même, qu'un des dangers les plus grands de la maladie réside dans la stupeur causée par la congestion passive du cerveau.

Avec des indications aussi précises, on comprend aisément l'uniformité d'action des médications employées. Dans la première période, en effet, ce sont les excitants des différents ordres; dans la seconde, ce sont les tempérants généraux, avec quelques excitants locaux. On ne saurait méconnaître, dans les cas que nous venons de rapporter, une harmonie très-rationnelle entre les agents et le but, sinon une relation évidente entre les médications et leurs effets.

Passons à un autre de méthodes, qui ne se recommandent pas moins à l'attention de nos lecteurs.

Choléra asiatique; deux jours de diarrhée prodromique; cas grave de longue durée; traitement par les éméto-cathartiques; guérison. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. XV. — Petitjean (Nicolas), 48e de ligne, caserné à l'École-Militaire, 30 ans, d'une constitution qui paraît avoir été vigoureuse, mais actuellement affaiblie, atteint d'une urétrite depuis vingt jours et de diarrhée depuis deux jours, entre à l'hôpital le 3 avril, venant d'être pris, à midi, de vomissements; facies altéré, yeux caves, langue violacée et froide; vomissements de matières liquides jaune-clair, selles blanchâtres; ventre indolore, pouls à peine sensible, mains froides et cyanosées; pas de crampes; urines rares; abattement profond et découragement. (Infusion d'oranger, potion éméto-cathartique avec ipécacuanha, 2 grammes, sulfate de magnésie, 20 grammes; cruchons d'eau chaude autour du corps.)

Le 4 avril. Lèvres cyanosées, conjonctives un peu rouges; douleur gravative à l'épigastre, vomissements modérés, selles assez fréquentes; crampes depuis la veille au soir; pouls petit; abattement. (Infusion d'oranger, 3 pots; potion éméto-cathartique; eau de Sedlitz, 2 litres; lavements purgatifs *ter*.)

Le soir, le malade se trouve un peu mieux; un peu moins d'abattement. (Potion éméto-cathartique.)

5 avril. Facies meilleur; douleur vague sur le côté droit de la poitrine; ventre indolore, vomissements fréquents, selles fréquentes, encore blanches; extrémités à peine froides, légèrement cyanosées, pouls normal, pas de crampes. (Infusion d'oranger avec acétate d'ammoniaque, 4 grammes; eau de Sedlitz, 2 litres; lavements purgatifs, *ter*; sinapisme sur le côté droit du thorax.)

Le soir. La douleur du thorax est calmée; le reste *ut supra* (Eau de Sedlitz, 2 litres.)

Le 6. Peu de sommeil, légère oppression, peu de vomissements, selles bilieuses. (Infusion d'oranger avec acétate d'ammoniaque, 4 grammes; eau de Sedlitz, 2 litres; lavements purgatifs *ter*.)

Le soir, même état.

Le 7. Quelques vertiges et bourdonnement dans les oreilles, moins d'abattement; facies meilleur. Le malade demande à manger. (Bouillon maigre; pruneaux matin et soir; orge miellée; lavements purgatifs *bis*; potion avec manne, 60 grammes, et sulfate de magnésie 20 grammes, à prendre au milieu du jour.)

Le soir, épistaxis assez abondante.

Le 8. Vertiges et bourdonnements diminués; pas de vomissements; borborygmes; selles assez fréquentes; faiblesse. (Bouillon maigre; orge miellée; eau de Sedlitz, 2 litres; lavements purgatifs *ter*.)

Le soir, ni vertiges ni bourdonnements; un peu de somnolence.

Le 9. Moins de somnolence; douleur légère à l'épigastre. (Orge miellée, 2 pots; lavement avec sulfate de quinine, 2 grammes, le matin; deux lavements purgatifs le soir; sinapisme sur l'épigastre.)

Le soir, la douleur n'a pas disparu. (Cinq ventouses sèches sur l'épigastre.)

Le 10. Douleur diminuée; inappétence, faiblesse, yeux plus vifs que la veille; pas de vomissements; deux selles dans la nuit; pouls normal. (Bouillon; limonade citrique, 3 pots; lavement avec sulfate de quinine, 2 grammes, le matin; deux lavement purgatifs le soir.)

Le soir, pas de douleur; moins d'abattement.

Le 11. Le malade est mieux; facies assez animé. (Pruneaux, limonade citrique; lavement avec sulfate de quinine, 1 gr. 50, le matin; lavement purgatif le soir.)

Le soir, le mieux se soutient.

Le 12. Quelques selles après le lavement purgatif; pas de vomissement; retour de la douleur épigastrique; les conjonctives sont toujours injectées. (Bouillon maigre et pruneaux soir et matin; orge miellée; lavement purgatif *ter*; sinapisme sur l'épigastre; potion avec manne, 60 grammes; sulfate de magnésie, 20 gr., au milieu du jour.)

Le soir, même douleur à l'épigastre; épistaxis. (Cinq ventouses sèches sur l'épigastre.)

Le 13. Plus de douleur. (Lait et pruneaux; orge miellée; lavement purgatif *ter*.)

Le 14. Amélioration générale déclarée. (Crème de riz, pruneaux, eau de gomme vineuse; potion avec la décoction de quinquina; lavement purgatif *bis*.)

Le soir, épistaxis.

Le 15. Douleur vague au côté gauche de la poitrine. (Bouillon maigre et pruneaux; infusion de tilleul *bis*; potion avec la décoction de quinquina.)

Le 16. Douleur calmée. (Même prescription.)

Le soir, sentiment de pesanteur à l'épigastre. (Lavement purgatif.)

Le 17. Le malade est bien. (Vermicelle au lait, pruneaux, tilleul *bis*; potion avec décoction de quinquina; lavement émollient.)

Le 18 et jours suivants. La convalescence est bien établie; l'alimentation est graduellement augmentée; potions toniques continuées.

Diarrhée depuis deux mois; vomissements depuis quatre jours; choléra asiatique; traitement par les éméto-cathartiques et les toniques; guérison. (Hôpital de Gros-Caillou.—Service de M. Durand.)

Obs. XVI. — Matière (22 ans), soldat au 18e léger, caserné au quartier de la Nouvelle-France, constitution faible, a la diarrhée depuis deux mois, des vomissements depuis quatre jours; entre le 16 au matin à l'hôpital du Gros-Caillou. Céphalalgie; facies altéré; langue humide, tiède, saburrale; soif vive; épigastre douloureux, vomissements assez fréquents; selles abondantes, caractéristiques; urines rares, un peu rouges; pouls petit, fréquent; extrémités cyanosées; abattement. (Infusion d'oranger; potion éméto-cathartique.)

Le soir, même état, sauf absence de vomissements, même après l'administration de la potion. (Potion éméto-cathartique; eau de Sedlitz 2 litres.)

Le 17. Langue tiède, rouge; vomissements; douleur gravative à l'épigastre; pouls normal; mains cyanosées; abattement considérable. (Sedlitz, 2 litres; lavements purgatifs *ter*; orge miellée.)

Le soir, même sentiment de pesanteur à l'épigastre; moins de cyanose; abattement. (Sedlitz; vin de cannelle composé à prendre par cuillerées.)

Le 18. Le malade se trouve mieux; il a dormi; pas de vomissements; plusieurs selles; ventre rétracté; lassitude. (Bouillon maigre; eau gommée avec décoction de quinquina, 8 grammes; Sedlitz, 2 litres; lavem. purgat. *ter*.)

Le soir, douleur à l'épigastre; vomissements fréquents; ventre rétracté. (Cataplasmes sinapisés sur le ventre.)

Le 19. Facies moins abattu; la douleur épigastrique a disparu; moins de vomissements; selles encore fréquentes; pouls normal; mains chaudes et encore légèrement cyanosées. (Bouillon maigre; Sedlitz, 2 litres; lavement purgatif *ter*; eau gommeuse avec le quinquina.)

Le 20. Le malade se trouve bien; pas de vomissements; peu de selles; plus de cyanose; plus de douleur; faiblesse. (Panade; orge miellée; potion avec la décoction de quinquina.)

Le 21. Le mieux se soutient. (Panade; pruneaux; eau gommée vineuse; potion avec la décoction de quinquina.)

Le 22 et jours suivants. Amélioration soutenue et convalescence déclarée. (Augmentation de l'alimentation; traitement tonique.)

Choléra asiatique; invasion brusque; traitement par les éméto-cathartiques; guérison. (Hôpital du Gros-Caillou.—Service de M. Durand.)

Obs. XVII. Lhommeau (Louis), âgé de 23 ans, 26e de ligne, caserné à l'es-

planade des Invalides, assez bien constitné et sobre, est malade depuis le 9 au soir, où il fut pris brusquement de diarrhée, de crampes et de vomissements. Il entre à l'hôpital le 10 au matin. Facies caractéristique, médiocrement abattu; langue humide, tiède, peu suburrale; vomissements fréquents de matières liquides blanches; ventre indolore; selles abondantes blanchâtres; urines rares; pouls fréquent, filiforme; un peu de cyanose aux mains; crampes très-violentes. (Infusion de tilleul, 2 pots; potion éméto-cathartique.)

Le soir, un peu de céphalalgie; langue peu chaude; vomissements abondants; selles fréquentes; pouls peu sensible; extrémités froides; crampes aux jambes et aux cuisses (Elixir cordial, 15 grammes; potion excitante composée; sinapismes aux mollets; deux heures après, potion éméto-cathartique; Sedlitz 2 litres; deux lavements purgatifs.)

Le 11. Langue un peu froide; hoquet; vomissements de matières verdâtres abondantes; peu de selles; ventre indolore; extrémités un peu froides; pouls plus sensible que la veille; crampes un peu calmées. (Potion éméto cathartique; Sedlitz; lavement purgatif *ter*; orge miellée.)

Le soir la chaleur revient; les crampes disparaissent. (Potion avec manne, 60 grammes; sulfate de magnésie, 20 grammes.)

Le 12. Hoquet fatigant; épigastre douloureux; vomissements et selles fréquents; pouls naturel; chaleur normale. (Orge miellée; potion gommée avec laudanum, 12 gouttes pour le matin; pour le milieu du jour et le soir, deux potions avec manne et sulfate de magnésie; lavement purgatif *ter*; sinapismes sur l'épigastre.)

Le soir, moins de hoquet; pas de douleur à l'épigastre; pouls à 75.

Le 13. Hoquet; pas de vomissements; pas de selles depuis la veille; facies assez bon; inappétence. (Orge miellée; potion calmante; Sedlitz; deux lavements purgatifs *ter.*)

Le soir, hoquet; quelques selles et quelques vomissements; un peu d'appétit. (Pruneaux; eau de Seltz, 1 litre; potion avec laudanum.)

Le 14. Le hoquet est calmé; pas de vomissements; quelques selles; pouls normal; température naturelle. (Bouillon maigre; orge miellée, 2; eau de Seltz; trois lavements purgatifs.)

Le soir, bien; calme général.

Le 15. Le mieux continue. (Bouillon maigre; pruneaux; orge miellée; eau de Seltz; lavement purgatif *ter.*)

Le soir, selles fréquentes. (Potion avec manne, 60 gram. et sulfate de magnésie, 20 gram.)

Le 16. Peu de selles dans la nuit; mieux soutenu. (Bouillon maigre; pruneaux; lavement purgatif *ter*; potion avec décoction de quinquina.)

Le 17. État très-satisfaisant. (Soupe au lait; orge miellée; lavement purgatif, 2; potion avec quinquina.)

Le 18 et jours suivants, le malade va de mieux en mieux; on augmente graduellement l'alimentation.

DIARRHÉE ET POINT DE CÔTÉ DEPUIS VINGT-QUATRE HEURES; CHOLÉRA ASIATIQUE; MÊME TRAITEMENT; GUÉRISON. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. XVIII. — Balembois, soldat, bonne constitution, entre le 8 avril au soir à l'hôpital pour une diarrhée durant depuis vingt-quatre heures et pour un point de côté. Il est pris de crampes et de vomissements dans la nuit du 8 au 9. Porté dans la salle des cholériques, il offre les symptômes suivants: un peu de céphalalgie; langue saburrale, tiède; soif vive; facies abattu; yeux un peu cernés; douleur au côté droit du thorax; épigastre sensible à la pression; vomissements; selles liquides, claires, jaunâtres; pouls petit; extrémités froides, légèrement cyanosées. (Potion éméto-cathartique; eau de Sedlitz, 2 litres; lavement purgatif *ter*; orge miellée).

Le soir, pas de céphalalgie; langue plus nette; facies moins abattu, un peu coloré; douleur légère à l'épigastre; vomissements de matières verdâtres; selles fréquentes; peu de crampes; pouls un peu relevé; extrémités moins froides; légère réaction. (Deux potions avec manne, 60 grammes et sulfate de magnésie.)

Le 10, un peu de douleur à l'épigastre; pas de crampes; pas de vomissements; quelques selles; pouls normal; température naturelle. Le malade se trouve mieux. (Limonade citrique, 2 pots; eau de Sedlitz, 2 litres; lavement purgatif *ter.*)

Le soir, pas de douleur à l'épigastre; deux vomissements; quatre selles bilieuses dans la journée.

Le 11, pas de vomissement; quelques selles; réaction bien établie. (Limonade citrique, 2 pots; eau de Sedlitz, 2 litres; lavement purgatif *ter.*)

Le soir, même état. (Potion avec manne, 60 grammes et sulfate de magnésie, 20 grammes.)

Le 12, conjonctives oculaires un peu injectées; yeux humides, larmoyants; langue saburrhale; *herpès labialis;* éruption pustuleuse au palais; pas de vomissements; quelques selles après les lavements; pouls normal; température normale; pas d'abattement. (Bouillon maigre; limonade citrique, 2 pots; potion avec manne, 60 grammes, et sulfate de magnésie, 20 grammes; lavement purgatif *ter.*)

Le soir, même état.

Le 13, conjonctives moins injectées; yeux moins larmoyants; ni selles ni vomissements dans la nuit. (Bouillon maigre et pruneaux; tilleul, 3 pots; lavement purgatif, 3.)

Le 14, amélioration soutenue. (Crème de riz; tilleul, 2 pots; lavement purgatif, 3.)

Le 16, le malade est bien et quitte la salle des cholériques. (Soupe de pain; vermicelle au lait; pruneaux; eau gommée vineuse; potion avec décoction de quinquina.)

Le 17 et jours suivants, amélioration continue; augmentation de l'alimentation; traitement tonique au vin et au quinquina.

DIARRHÉE DEPUIS QUATRE JOURS, DÉBUT PAR DES VOMISSEMENTS LE CINQUIÈME JOUR; CHOLÉRA CONFIRMÉ; MÊME TRAITEMENT. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. DURAND.)

OBS. XIX. — Lamure (Louis), 5e lanciers, 22 ans, bonne constitution (caserné à l'École militaire, avait la diarrhée depuis quatre jours, lorsqu'il fut pris de vomissements dans la nuit du 13 au 14 avril.

Entré à l'hôpital le 14, à dix heures du matin, il présente les symptômes suivants: langue froide; soif vive; nausées; vomissements rares; épigastre douloureux; selles fréquentes, bilieuses; urines rares; pouls filiforme; algidité et cyanose générales, prononcées surtout à la face, aux mains, aux pieds, aux jambes et aux avant-bras; pas de crampes. (Pot. éméto-cathart.; eau de Sedlitz, 2 litres; lavem. purg., 3; orge miellée, 2.)

A trois heures du soir, la cyanose s'efface; le pouls et la chaleur sont revenus; le malade se trouve mieux.

A cinq heures, la cyanose reparaît à la face et aux extrémités; la peau se refroidit un peu.

A huit heures, le mieux revient. Facies assez bon, sauf la cyanose autour des yeux, aux lèvres et aux joues.

Le 15, langue tiède; quelques vomissements et trois selles dans la nuit; pouls un peu petit; extrémités encore un peu froides; pas de crampes. (Infus. d oranger, 2 pots avec acétate d'ammoniaque, 8 grammes; Sedlitz, 2 litres; lavem. purgat. *ter.*)

Le soir, même état. (Pot. avec manne, 60 grammes, et sulfate de magnésie, 20 grammes.)

Le 16, le malade se trouve mieux. Réaction complète et modérée. (Inf. d'oranger: 2 pot. avec manne, 60 grammes, et sulf. de magnésie, 20 grammes; lavem. purgat. *ter.*)

Le 17, réaction soutenue; pas de fièvre. (Bouillon maigre; Sedlitz, 2 litres; lavem. purgat. *ter.*)

Le 18, l'amélioration continue. (Panade maigre; orge miellée; lavem. purgat.; pot. avec décoct. de 8 gr. de quinq.)

Le 19, le pouls est fréquent (80 pulsat.) et fort. La peau est un peu chaude; pourtant le malade se trouve bien. (Orge miellée, 2; Sedlitz, 2, lavem. purgat. *ter.*)

Le 20, le pouls et la peau sont à l'état normal. (Bouillon maigre et pruneaux; orge miellée; lavem. purgat.; pot. avec la décoct. de quinq.)

Le 21, le mieux se soutient. (Panade et pruneaux; eau gommée vineuse, 2 pot. avec le quinq.)

Le 22 et les jours suivants, la convalescence est parfaitement déclarée; le régime est augmenté; le traitement tonique est continué.

Ces cinq observations forment un groupe parfaitement distinct, comme celles des groupes précédents, par un but précis et des moyens non moins précis. Déjà nous avons fait remarquer précédemment les effets obtenus par la méthode franchement évacuante employée par ce médecin. Les résultats que nous venons de signaler, obtenus dans des cas caractérisés, sont bien propres à encourager les praticiens à essayer de la méthode évacuante, qu'on pourrait appeler coup sur coup.

Si l'on rapproche de ces cas, d'une gravité bien tranchée, les cas beaucoup plus nombreux de cholérines ou de choléras mitigés où l'emploi des évacuants a une incontestable efficacité, on ne saurait s'empêcher de conclure que c'est jusqu'ici la seule méthode qui offre des résultats nombreux, évidents, et qui ne se sont pas démentis.

Une question secondaire se présente à résoudre à l'occasion de la méthode même des éméto-cathartiques.

Est-il indifférent d'employer ensemble ou séparément les vomitifs et les purgatifs?

En second lieu, est-il indifférent d'employer la purgation par l'estomac ou par les voies inférieures?

C'est ce que l'expérience n'a pas suffisamment résolu.

Pour nous, nous inclinons à donner la préférence à l'action vomitive séparée de l'action purgative, sauf à les relier par un court intervalle; et quant à la méthode purgative, nous donnons la préférence à la médication par la voie supérieure à celle par la voie rectale. Notre principal motif de cette dernière préférence repose sur cette considération, que le siége des évacuations cholériques n'est pas circonscrit à la partie inférieure du gros intestin, mais à toute l'étendue de celui-ci, et à une portion considérable de l'intestin grêle.

C'est, du reste, à l'expérience à résoudre plus complétement cette difficulté.

Dans notre prochaine *Revue*, nous présenterons d'une manière plus régulière et plus complète l'ensemble des médications employées dans les différents hôpitaux, et nous nous efforcerons de faire prévaloir celles dont les résultats numériques pourront être parfaitement établis.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DU FRUIT DU SAPINDUS RUBIGINOSUS OU TAMPAYANG DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES ET DE LA CHOLÉRINE; par M. L. PIÉPLU, médecin de la Faculté de Paris.

Depuis 1843, je me suis livré à des recherches minutieuses sur l'action thérapeutique que peuvent avoir les fruits du *sapindus rubiginosus*, fruits dont j'ai déjà fait l'historique dans la GAZETTE MÉDICALE (n° 19). Je puis donc établir que ce fruit, administré à haute dose, est appelé à rendre de grands services dans le traitement de la maladie épidémique qui règne à Paris depuis six semaines. Depuis 1843, je l'administre sous toutes les formes, toutes les fois qu'un flux immodéré est difficile à réprimer; par conséquent j'ai pu me convaincre de son efficacité. Je me bornerai dans cette lettre à faire connaître les succès que j'en ai obtenus dans les affections qui se rencontrent dans les prodromes du choléra, quelle que soit leur nature.

Parmi les nombreuses observations de diarrhées que j'ai recueillies dans ma pratique, la plus grande partie a cédé à l'emploi du péricarpe pulvérisé de ce fruit, pris à la dose de 2 à 4 grammes toutes les heures, délayé dans un demi-verre d'eau sucrée ou de tout autre véhicule approprié. J'ai obtenu les mêmes avantages de l'infusion de six à huit fruits par bouteille d'eau chaude et de la gelée du péricarpe à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les heures.

Comme la généralité des médecins s'accordent à reconnaître que le choléra est toujours précédé de troubles de l'appareil digestif (que nous baptisons du nom de cholérine), quel que soit le diagnostic que l'on porte à ce sujet, il est très-urgent de réprimer au plus tôt toute espèce de dérangement gastro-intestinal, annoncé soit par diarrhée, dyssenterie, envies de vomir et par des vomissements même. Ce fruit, dans ces affections si multipliées, m'a rendu les plus grands services; aussi l'ai-je préféré à une foule de médications systématiques proposées. J'ai pourtant obtenu des succès de l'emploi du sous-azotate de bismuth donné à grandes doses (de 30, 40, 45, 50 à 60 grammes dans la journée); mais l'infidélité dans la préparation de ce sel, que j'ai été à même de juger par l'analyse, m'en a fait suspecter l'emploi. A cette occasion, plusieurs pharmaciens ont renvoyé leur sous-azotate chez le chimiste qui le leur avait fourni. Je lui avais reconnu une saveur analogue à celle du sulfate d'alumine du commerce, et l'eau dans laquelle je l'ai délayé rougissait d'une manière frappante le papier de tournesol. Préparé fidèlement, il peut rendre de très-grands services, ce qui me fait appuyer en bonne conscience l'emploi qu'en a fait l'estimable investigateur M. le docteur Monneret.

Ce qui m'a le mieux réussi dans le choléra asiatique, ce sont les bains entiers additionnés du mélange suivant :

Prenez :	Sulfate acide de fer.	500,0
	Camphre pulvérisé.	60,0
	Farine de moutarde.	500,0
	Mêlez.	

Je fais prendre jusqu'à deux bains par jour.

Immédiatement après la sortie du bain, je fais frictionner l'abdomen avec la pommade phosporée.

Prenez :	Axonge.	30,00
	Phosphore.	0,40
	Mêlez.	

On peut rendre le camphre miscible à l'eau au moyen de la magnésie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 AVRIL.

PROCÉDÉ POUR RECONNAITRE L'IODE ET LE BROME.

M. ALVARO REYNOSO communique un nouveau procédé pour reconnaître l'iode et le brome. L'ancienne méthode en usage n'étant pas applicable, suivant l'auteur, à la recherche de petites quantités d'iodure ou de bromure, surtout quand ces corps se trouvaient mêlés avec des substances capables de s'emparer du chlore, il a cherché un procédé à l'aide duquel on pût isoler l'iode ou le brome au moyen d'un corps incapable d'agir sur eux quel que fût leur excès. L'eau oxygénée lui a paru remplir tout à fait ces conditions. Elle décompose l'acide iodhydrique ou bromhydrique sans avoir aucune action sur l'iode ou le brome mis en liberté.

Voici comment on procède pour l'iode :

On prend un petit tube fermé par un bout, et on y met un morceau de bioxyde de barium. On y ajoute de l'eau distillée et de l'acide chlorhydrique pur et de l'empois d'amidon. On attend que l'on voie venir des bulles à la surface pour y ajouter l'iodure. Si la quantité d'iode est très-minime, on voit à l'instant une coloration rose, bleue si elle est un peu considérable, et bleue bien foncée, au point qu'elle paraît noire, si la quantité d'iode est notable.

Il est plus convenable d'opérer dans ces conditions tant sous le rapport des manipulations qui deviennent très-faciles que sous celui de la réussite de l'expérience; de cette manière, on est sûr d'employer un excès d'eau oxygénée nécessaire quand il existe des hyposulfites, sulfites ou sulfures, et d'ailleurs l'acide chlorhydrique employé dans la préparation de l'eau oxygénée joue aussi un rôle important, car il sert à mettre en liberté l'acide iodhydrique.

Quand les iodures se trouvent mêlés avec des chlorures, sulfures, sulfites ou hyposulfites, le procédé est tout aussi exact.

Les hyposulfites et sulfites, en passant à l'état de sulfates, produisent dans la liqueur un précipité de sulfate de baryte; ce qui pourrait arrêter l'action, si on n'agitait pas pour détacher le sulfate de baryte de la surface du byoxyde. Du reste, c'est une précaution qu'on doit prendre toujours pour augmenter la production d'eau oxygénée. Par ce procédé, on décèle très-bien dans l'urine d'un malade prenant 0,10 centigr. d'iodure de mercure, matin et soir, la présence de l'iode. Au moyen du chlore ces mêmes urines n'ont rien produit.

En résumé, ce procédé indique très-commodément moins de 1/100,000 d'iodure de potassium.

Pour le brome, le procédé est le même; seulement, au lieu de mettre l'amidon, on met de l'éther. On agite, le brome se dissout dans l'éther et se colore en jaune plus ou moins foncé, suivant la quantité.

FONTAINE AÉRIFÈRE.

M. CASTELNAU lit une note sur une fontaine dite *fontaine aérifère*, dont le but est de rendre à l'eau l'air dont elle se dépouille en passant à travers la pierre à filtre. L'eau filtrée dans cette fontaine est, suivant l'auteur, beaucoup plus salubre, beaucoup plus favorable aux digestions que l'eau filtrée par les fontaines ordinaires.

INFLUENCE DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE SUR L'AIGUILLE AIMANTÉE.

M. DE HUMBOLDT, dans une lettre écrite à M. Arago, communique des observations de M. Reymond, desquelles il résulte qu'à l'aide du courant électrique qui se développe pendant une contraction musculaire, on peut faire dévier à de grandes distances une aiguille astatique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi de deux rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Alban (Loire), par M. Gay, médecin inspecteur, et de Sail-les-Château-Morand (même département), par M. Merle-Désisles, médecin inspecteur adjoint;

2° Une lettre du même ministre, avec envoi d'un rapport sur le service médical des eaux de Luxeuil (Haute-Saône), par M. Chapelain, médecin inspecteur;

3° Une lettre du même ministre, avec envoi d'un rapport sur une épidémie qui a régné en 1848 dans les communes de Vaillin, Leschères et Septmonces (Jura), rédigé par M. le docteur Cuichard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Claude;

4° Une lettre du même ministre, avec envoi d'un échantillon d'eau inodore propre à servir d'engrais, à désinfecter les plaies et ulcères gangréneux, et à préserver du choléra.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

M. le docteur Bayard (de Cirey-sur-Blaise), adresse une lettre relative à l'influence de la vaccine sur la mortalité. Suivant l'auteur, la mortalité n'aurait pas diminué depuis l'introduction de la vaccine : elle serait la même; seulement elle est déplacée, c'est-à-dire que tandis qu'on meurt moins de la variole, on meurt davantage d'autres maladies.

— M. le docteur GOUYON de Clermont-Ferrand), adresse une lettre dans laquelle il propose de piquer avec de grosses aiguilles les pustules varioliques pour diminuer la gravité de la maladie.

EMPLOI DE LA GLACE AU DÉBUT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. WANNER adresse la lettre suivante :

Depuis que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie une notice sur l'emploi

de la glace, sans aucune autre médication ni aucune boisson, au début de la fièvre typhoïde, j'ai eu à enregistrer de nombreux cas, tant de moi que d'autres confrères, de M. le docteur Lachaize, avant son départ pour la Sologne, et de M. le docteur Vignol, qui, d'après ce que j'avais déjà publié, ont bien voulu l'employer.

L'action avantageuse de la glace est si prompte dans cette maladie, malgré la gravité des symptômes, que, d'après l'expression du docteur Vignol, on avait à peine le temps d'en prendre l'observation.

En effet, et il faut l'avoir expérimenté pour y croire, depuis plus de deux ans que j'administre cette médication, sur 150 malades environ qui présentaient au début tous les caractères de la fièvre typhoïde, tous, sans exception, ont été guéris au bout de vingt-quatre, trente-six heures; ceux qui ont été le plus longtemps malades n'ont pas dépassé cinq jours.

L'emploi de la glace est très-facile : le malade en avale nuit et jour, toutes les cinq minutes, un morceau de la grosseur d'une noix jusqu'à complète guérison. Aussitôt que la fièvre a cessé, il éprouve un dégoût très-marqué; malgré cela, je lui en fais continuer l'usage encore pendant vingt-quatre heures, et il est guéri. J'emploie aussi sur le front des compresses continuelles d'eau à la température de la glace fondue.

La promptitude de la réussite de ce moyen, qui, d'après ce que j'ai pu expérimenter, est, à mon avis, le seul qui puisse juguler à leur début non-seulement les fièvres typhoïdes, mais encore toutes les affections aiguës des voies digestives, m'engage de nouveau à en faire part à l'Académie non-seulement dans un but de science, mais encore d'humanité, afin que les médecins des hôpitaux, s'ils le jugent convenable, puissent en faire l'application et acquérir la certitude de ce que j'avance.

CHOLÉRA.

MM. Levrat, Pointe, Gensoul et Brachet (de Lyon), donnent des détails sur un cas mortel de choléra qui s'est développé à Lyon chez un conducteur des messageries venant de Paris, et qui n'a eu aucun mauvais résultat ni pour les personnes qui ont soigné le malade ni pour le reste de la ville.

M. Brachet ajoute que si Lyon a été préservée de l'épidémie en 1832, et si elle doit l'être encore en 1849, c'est que l'épidémie a une période d'augmentation, d'état et de déclin, et qu'elle a eu ces trois périodes en 1832 avant d'arriver à Lyon, et qu'elle les aura de même en 1849, puisque déjà l'épidémie se meurt à Paris.

Ces quatre correspondants, du reste, sont conduits à repousser, par tous les faits venus à leur connaissance, toute idée de contagion.

M. Frestel (de Saint-Lô) propose le mercure comme agent de préservation et de traitement dans le choléra; il se fonde sur la propriété antiplastique si connue du mercure. Vu la difficulté de faire pénétrer un composé mercuriel dans l'économie, il propose, comme préservatif, de faire usage d'un petit tube rempli de mercure que l'on tiendrait entre les dents à la manière des cigarettes, et de pilules à base de mercure tous les quatre jours. Dans le cas de choléra confirmé, on placera sur la bouche du malade de temps en temps l'extrémité libre de l'appareil à éther, dans le récipient duquel on aura mis une certaine quantité de mercure dont on activera la volatilisation à l'aide d'un bain de sable.

M. le docteur Wageninge envoie une lettre renfermant le modèle en papier d'un emplâtre de résine de sapin, qu'il suffit d'appliquer sur sa poitrine pour se préserver du choléra. Cet emplâtre a préservé le roi de Prusse, dit l'auteur, ainsi que tous ceux qui l'ont porté.

M. le docteur Delaporte, correspondant de l'Académie, à Vimoutiers (Orne), écrit que le choléra ne règne point aux environs d'Alençon, comme on l'a dit par erreur dans le public.

M. le docteur Stiévenard (de Valenciennes) rend compte à l'Académie des informations qu'il a pu recueillir sur la marche du choléra dans cette ville, et particulièrement sur la contagion. Le premier cas de choléra qui s'est manifesté dans l'arrondissement de Valenciennes a eu lieu chez une femme qui n'avait pas quitté le pays, et qui par conséquent n'avait eu aucun rapport avec des cholériques. Les personnes qui lui ont donné des soins ont été entièrement exemptes de la maladie.

Parmi d'autres exemples d'immunité pour les personnes qui ont soigné des cholériques, M. Stiévenard rapporte le fait suivant :

Un enfant de 5 ans environ est atteint par le choléra. Arrivé à la période algide, ses parents font tout pour le réchauffer : leurs soins furent inutiles. Sur le conseil d'un médecin qui ne croit pas à la contagion; ils placent entre eux le petit patient. La chaleur ne tarde pas à revenir, la réaction se prononce et la convalescence se dessine franchement. Malgré le contact immédiat, le père, la mère et un autre enfant au sein, qui a passé la nuit dans le même lit, sont exempts de toute atteinte cholérique.

L'auteur termine sa lettre en disant que, comme beaucoup de ses confrères qui ont vu de près bon nombre de cholériques, il est profondément convaincu que le choléra n'est pas contagieux.

M. Lepetit (de Poitiers) adresse un mémoire intitulé : Recherches sur la nature du choléra.

Le choléra, suivant l'auteur, est une maladie nerveuse produite par une diminution de l'électricité dans l'atmosphère. Il propose comme préservatif, à défaut de l'électrisation journalière par la pile, qui ne lui paraît pas exécutable, l'usage du phosphore en inhalations pulmonaires.

M. Bonnafous, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, fait savoir que, contrairement à ce qui s'est passé à l'hôpital du Midi, dont les habitants ont joui jusqu'ici d'une sorte d'immunité contre le choléra, les premiers cas de choléra qui ont paru à l'hôpital militaire d'Arras se sont déclarés dans les salles des vénériens. Sur 19 cas de choléra qu'il a eu à traiter, les 5 premiers ont atteint 5 hommes affectés d'ulcères syphilitiques qui étaient en traitement par le biiodure de mercure. Tous les 5 ont succombé en peu de temps. Sur les 14 autres, 7 se sont déclarés dans les salles des fiévreux et 7 dans les casernes. Il y a eu 2 décès seulement.

M. Ravin (de Saint-Valery-sur-Somme) rend compte à l'Académie de la marche du choléra dans l'arrondissement qu'il occupe. Avant d'apparaître sous une forme plus grave, dit l'auteur, le mal avait existé sous celle-ci : les évacuations alvines étaient accompagnées de cardialgie avec nausées, vertige et malaise général. On a vu le mal passer de famille en famille par les individus malades. D'autres fois, sa transmission a paru inexplicable; c'est probablement, ajoute-t-il, parce qu'on a négligé de tenir compte des cholérines.

M. Junod adresse la lettre suivante, relative au traitement du choléra :

L'épidémie cholérique qui règne actuellement étant de nature à faire ressortir les avantages des révulsifs les plus puissants, lorsque la maladie est arrivée à sa période de réaction, avec congestion cérébrale, je crois devoir rappeler à l'Académie les bons effets de mon procédé de puissante dérivation, que j'ai constatés tant en 1832 que dans l'épidémie actuelle. Ce moyen convient surtout toutes les fois qu'il se manifeste de la céphalalgie ou de la dyspnée, ce qui a presque toujours lieu quand il y a réaction, d'autant plus qu'il est maintenant démontré que les saignées n'ont pas tout le succès qu'on en attend.

— L'ordre du jour appelle la suite des communications sur le choléra.

M. Gibert : L'épidémie a eu une nouvelle recrudescence depuis peu de jours à l'hôpital Saint-Louis. Hier, dans l'après-midi, ont été reçus 10 malades nouveaux, dont 3 avaient déjà succombé ce matin avant la visite.

Le relevé du bureau de l'hôpital, arrêté hier soir, donne un chiffre total de 194 cas, sur lesquels 99 décès et 50 sorties.

Sur ce chiffre, ma part pour mes deux salles (hommes et femmes) est 93 cas 33 guérisons sorties et 41 décès;

Tandis que la réunion des autres services donne 101 cas, sur lesquels 58 décès et seulement 17 sorties.

Vous voyez que dans cette statistique, dressée par le bureau d'administration et soustraite à toute préoccupation médicale, tout l'avantage continue à être pour la médication *naturelle* ou hippocratique; ce qui ne nous empêche pas assurément d'applaudir aux efforts et au zèle persévérant de ceux de nos confrères qui cherchent dans une autre voie des ressources plus assurées.

M. Bouvier communique les documents suivants :

La diminution a porté cette semaine sur tous les totaux partiels, et non sur le total général et sur quelques nombres seulement, comme la semaine d'avant.

D'abord :

Total des cas.	292	des décès :	169
Au lieu de.	382		211
Différence en moins.	71		42

Sur ces totaux :

Salpêtrière :	Nouveaux cas.	23	18	décès.
	Au lieu de . .	78	52	—

C'est le tiers. La semaine d'avant, ce n'était que moitié moins que la précédente.

Autres hospices. . .	16 cas	12	décès.
Au lieu de	25 —	13	—
Enfin, hôpitaux . .	253 —	139	—
Au lieu de	280 —	146	—
Différence . .	27 cas	7	décès.

Les nombres journaliers des hôpitaux comparés aux précédentes journées ont présenté des vicissitudes singulières. On se rappelle l'incertitude où nous avait laissés la semaine précédente. La décroissance qui commençait allait-elle continuer ou s'arrêter?

Cette décroissance a continué, mais les trois premiers jours seulement. Elle était tellement prononcée que le troisième jour, 25 avril, la marche rétrograde de l'épidémie l'avait reportée à vingt jours en arrière; le 25, il n'y a eu que 20 cas; il faut remonter au 5 avril pour trouver un chiffre aussi bas.

Mais le quatrième jour, 26 avril, les cas ont doublé : au lieu de 20 il y en a 40. Même chiffre le 27; puis 52, 55 les 28 et 29 avril.

Ce dernier nombre, 55, est, à une unité près, le maximum atteint jusque-là, qui tombait le 13 avril où le nombre des cas avait été (cette seule fois) de 56; celui des décès de 29. Le 29 avril a 31 décès. Après douze jours de décroissance progressive, les nouveaux cas et décès sont remontés en quatre jours au maximum dont ils étaient déjà bien éloignés.

Malheureusement ce maximum a encore été dépassé hier 30 pour les nouveaux cas; il y en a 69. Il est vrai qu'il n'y a que 26 morts, et ce dernier chiffre est le plus positif, parce que diverses circonstances font varier la proportion journalière des cas légers, déclarés comme choléra.

Les cas de l'intérieur des hôpitaux sont

Au nombre de. . . .	74	
Au lieu de.	83	la semaine précédente.
Différence . . .	9	
Ceux de l'extérieur de	179	
Au lieu de	197	
Différence . .	18	

Les uns et les autres offrent, dans les nombres journaliers, des variations assez exactement proportionnelles à celles de leur total. Ils ont également doublé le 26 avril. Cependant ce sont surtout les cas de l'extérieur qui ont augmenté les jours suivants.

L'Hôtel-Dieu a eu dans la semaine :

	68 cas de l'extér.	18 cas intér.	Total : 86	et 38 décès.
Au lieu de	50 —	12 —	62	28 —

Ici il y a eu augmentation dans toutes les colonnes, d'une semaine à l'autre. La marche ascendante n'a été bien prononcée qu'à dater du 27 avril.

Beaujon a eu beaucoup moins de cas à l'intérieur que la semaine précédente, et à peu près autant de l'extérieur. La majorité est toujours fournie par la banlieue.

J'ajouterai maintenant quelques mots sur un médicament que je suis en train d'expérimenter. Les révulsifs à l'intérieur sont, comme on le sait, à peu près généralement employés avec toutes les méthodes. En 1832, on s'est servi des orties; comme il n'est pas possible de s'en procurer en ce moment, je me suis servi d'une légumineuse, le *dolichos urens*, qui produit une urtication beaucoup plus énergique; je l'ai essayé chez trois femmes, et les effets jusqu'ici m'ont paru assez favorables.

M. Lagneau : Ce moyen a été employé en 1832, par M. Baudrimont, avec avantage.

M. Gérardin : Je concevrais l'intérêt de ces communications si le choléra était une maladie nouvelle, si nous n'avions pas la vaste expérience de 1832. Tous ces détails sur l'augmentation et la décroissance de l'épidémie ne nous apprennent rien. Quant aux différentes questions soulevées à l'occasion de ces communications, on a eu tort de se préoccuper de l'influence qu'elles pourraient avoir sur l'opinion publique et de les retirer de l'ordre du jour. La question de la contagion est jugée depuis 1832; la preuve, c'est qu'on a renoncé partout en Europe aux mesures sanitaires que l'on avait cru devoir mettre en usage en 1831. Quant à l'emploi des orties dont vient de nous entretenir M. Bouvier, il n'y a non plus là rien de nouveau; j'ai vu employer ce moyen partout, en Allemagne, en Russie; on y a renoncé depuis comme à tant d'autres moyens. Au total, nous voyons que nous ne sommes pas plus avancés aujourd'hui qu'en 1832, et qu'on doit s'estimer très-heureux quand on guérit 1 malade sur 2. C'est tout ce qui m'a paru ressortir jusqu'à présent de nos discussions.

M. Rochoux : On observe mieux dans les petites localités la marche des maladies contagieuses. Quand ceux qui reproduisent à chaque instant cette assertion se seront donné la peine de faire connaître les raisons sur lesquelles ils peuvent l'appuyer, je ne manquerai pas de les combattre, si, comme je le pense, elles n'ont aucune valeur. En attendant, je répondrai à une affirmation par une autre en sens opposé, me contentant de dire : on observe mieux dans les grandes villes, et surtout à Paris, que dans les petites localités; en outre, on y conclut plus logiquement, comme je vais le prouver.

Parmi les faits de contagion découverts dans une petite localité, M. Guérin vous a cité celui d'un père frappé du choléra quarante-huit heures après avoir reçu chez lui son fils atteint de cette même maladie. Eh bien ! il y a évidemment là absence de contagion. En effet, toutes les maladies vraiment contagieuses, telles que la syphilis, la variole, le vaccin, la rage, la morve, etc., ont un temps d'incubation plus ou moins prolongé, dont le minimum dépasse quatre jours. J'en conclus hardiment, à l'opposé de notre collègue, que le choléra, dans le cas dont il s'agit, n'a pas été transmis d'un sujet à l'autre.

Faut-il maintenant vous parler de l'urtication et de l'emploi du *dolichos urens*, connus comme moyens curatifs du choléra ? Si la chose pouvait en valoir la peine, je vous rappellerais qu'en 1832 l'inutilité de l'urtication a été parfaitement démontrée. Quant au dolichos, sa gousse est recouverte d'un poil court et fin avec lequel les négrillons, dans les Antilles, s'amusent à se faire de ces niches qu'un médecin se respectant un peu ne se permettra jamais avec ses malades.

M. Velpeau : Je demande en grâce que la question de la contagion ne se produise pas. Ce serait faire aux partisans de la contagion une provocation peu généreuse; moi, par exemple, qui suis contagioniste, je déclare que je ne répondrai pas. D'autres membres se trouveraient dans la même position.

M. Gérardin : Qu'est-ce qui empêche qu'on mette la question de la contagion à l'ordre du jour?

M. Velpeau : Le danger. Quand même l'Académie exprimerait à l'unanimité moins une voix une opinion contraire à la contagion, je dis qu'il y aurait danger à discuter cette question; car celui qui aurait une opinion différente de celle de la majorité aurait sans doute à faire valoir des arguments dont l'opinion publique ne manquerait pas de se préoccuper.

M. Collineau demande la parole sur cette question; il est interrompu par M. le président, qui déclare qu'il n'accordera la parole à personne sur ce sujet, à moins que l'Académie en décide autrement.

M. Velpeau : L'Académie entend-elle discuter sur cette question? (Oui, oui.)

M. Gérardin : Il y a eu jusqu'à présent un tel désordre dans la discussion que je voudrais voir reprendre les uns après les autres tous les points qui se rattachent à l'histoire du choléra.

M. Velpeau : Faites-vous une proposition?

M. Gérardin : Je demande qu'on régularise la discussion.

Plusieurs voix : Ce n'est pas une proposition.

M. Moreau : Je fais une proposition : c'est qu'on se borne à recueillir actuellement des observations, et qu'on ne discute qu'après la disparition du fléau.

Une voix : Il sera bien temps !

M. Gibert : J'avoue que je ne comprends pas qu'on propose le renvoi de la discussion après la cessation de l'épidémie; c'est on ne peut plus illogique. Quand une discussion peut-elle avoir plus d'opportunité, si ce n'est au moment même où sévit l'épidémie?

M. Velpeau : Je crois que, pour concilier toutes les opinions, il conviendrait de renvoyer à la commission toutes les communications relatives à la contagion, et d'ouvrir la discussion sur les autres points.

M. Bouvier : L'Académie, à l'unanimité, a prié M. le secrétaire de demander à l'administration communication des chiffres officiels des cas de choléra et de la mortalité; j'ai dû conclure de là que ces chiffres intéresseraient l'Académie; or l'administration n'ayant pas répondu, j'ai cru bien faire de communiquer les documents que j'ai pu me procurer. Si je me suis trompé, je cesserai ces communications.

En attendant, voici les chiffres des décès de la ville. (On rit.)

Les décès à domicile du 21 au 25 présentent une moyenne par jour de 20.

Ils paraissent avoir un peu augmenté le 27; mais je ne possède pas de renseignements précis au delà du 25.

M. Dubois (d'Amiens) : Je dois à l'Académie des explications sur la démarche que j'ai faite en son nom auprès de l'administration. La demande de l'Académie a été parfaitement accueillie; j'ai fait voir les tableaux hebdomadaires des naissances et des décès publiés par les soins de l'administration de la ville de Londres, comme modèle à suivre ; il m'a été répondu qu'on n'avait pas un personnel suffisant pour publier un pareil tableau tous les jours, mais on m'a promis qu'on nous communiquerait un travail très-étendu et très-exact tous les mois.

Un mot maintenant sur la motion d'ordre de M. Gérardin. L'Académie a agi très-régulièrement en accueillant toutes les communications qui lui sont faites tant par ses correspondants que par ses membres. Maintenant, on demandera peut-être ce que fait la commission. D'abord la commission a été longtemps privée de tout document. Grâce aux soins de votre bureau, des documents très-nombreux et très-importants sont maintenant en sa possession. Il sera possible, à l'aide de ces documents, de faire un rapport préalable sur l'épidémie des départements du Nord. C'est ce que la commission fera prochainement par l'organe de notre honorable collègue M. Guéneau de Mussy.

M. Joly demande à donner quelques explications sur la proposition qu'il a faite dans l'une des précédentes séances. En proposant d'emparer une commission de la partie pathologique du choléra, il a entendu que cette commission eût à s'occuper de tout ce qui concerne cette épidémie : étiologie, marche, traitement, etc. Il ne comprend pas les difficultés que l'on a opposées à sa proposition et demande si le conseil d'administration l'accepte oui ou non.

M. Velpeau : Une commission existe. On ne peut pas en instituer une nouvelle.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

M. Michel Lévy lit un mémoire sur la méningite cérébro-spinale qui a régné au Val-de-Grâce en 1848 et 1849.

Ce travail est divisé en deux parties; dans la première, l'auteur trace l'histoire de l'épidémie et décrit avec détails tout ce qui est relatif à l'invasion, à la marche, aux symptômes et au traitement de la maladie. Dans la seconde partie, il examine et discute la question de nosologie qui a été récemment soulevée, savoir, s'il y a ou non identité entre l'affection actuellement désignée sous le nom de méningite cérébro-spinale et le typhus de 1814.

L'auteur déduit de la discussion à laquelle il se livre sur ce sujet, une conclusion contraire à l'opinion de l'identité.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MARS 1849; par M. Follin, secrétaire.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

4° PIÈCES PROVENANT D'UNE OPÉRATION DE TAILLE.

M. Lebret présente à la Société les organes génito-urinaires d'un enfant de 3 ans et demi qui a succombé vingt-quatre heures après une opération de taille pratiquée par M. Guersant fils. La lithotomie a été faite suivant la méthode bilatérale. Le bulbe urétral, la prostate et les conduits éjaculateurs sont intacts. On a retiré deux calculs volumineux, un autre plus petit et quelques débris (3 mars.)

5° TUMEUR ÉPITHÉLIALE DE L'AMNIOS.

M. Blot rend compte à la Société de l'examen microscopique qu'il a fait de petites tumeurs blanchâtres et ombiliquées situées à la face interne de l'amnios

d'une vache. Elles lui ont paru entièrement formées par des lamelles épithéliales plus ou moins régulières.

A propos de cette communication, M. Rayer rappelle que, selon M. Lecoq, ces productions seraient particulières aux ruminants.

M. Giraldès n'a rien constaté d'analogue sur l'amnios humain. (3 mars.)

6° Tubercules observés dans un jabiru (mycteria americana).

On a recueilli un très-grand nombre de remarques sur des tubercules observés dans plusieurs mammifères, mais beaucoup plus fréquemment chez des singes que chez d'autres animaux. Les oiseaux ont fourni aussi quelques exemples semblables qui, toutefois, sont beaucoup plus rares.

M. Eug. Desmarest communique un cas remarquable de tuberculisation dans un *jabiru* mâle (*mycteria americana*). Il fait passer la trachée, les poumons et le cœur sous les yeux de la Société, et l'on peut y voir des tubercules assez nombreux. Des indurations se remarquent sur la trachée, quelques tubercules se trouvent sur la grosse bronche au point où elle abandonne une partie de son cartilage pour pénétrer dans les poumons; ces derniers organes surtout offrent de très-abondants tubercules; enfin, sur le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux pulmonaires et aortiques, ainsi que sur la membrane qui avoisine le rein gauche, on voit quelques indurations tuberculeuses.

Ces altérations sont assez semblables à celles que l'on étudie souvent chez d'autres animaux : ce sont des tubercules crus avec des points d'indurations jaunes. C'est principalement le poumon qui est le siége de l'affection pathologique.

Ce jabiru provenait de la Guyane; il en avait été rapporté par M. de Castelnau, en juin 1847, et il avait vécu à la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle jusqu'au mois d'avril 1848. (3 mars.)

7° Altération des glandes de Cooper.

M. Gubler montre à la Société une altération des glandes de Cooper, qu'il appelle glandes de Méry. Le conduit excréteur de la glande gauche est oblitéré et présente une dilatation ampullaire derrière l'obstacle dans la partie de son trajet où il est sous-muqueux. La moitié de la longueur de ce conduit la plus voisine de la glande offre une dilatation cylindrique. L'ampoule distendue par le produit de la sécrétion glandulaire a le volume d'un gros grain d'orge et rétrécit considérablement le calibre de l'urètre. M. Gubler fait remarquer qu'une lésion semblable a été observée par Terraneus sur un adulte. En conséquence, ajoute-t-il, il faut admettre une nouvelle espèce de rétrécissement urétral causé par l'oblitération du conduit excréteur des glandes de Cooper ou de Méry. (Séance du 10 mars.)

8° Helminthes trouvés chez des lapins.

M. Brown-Séquart communique les résultats de quelques recherches sur des helminthes trouvés chez les lapins.

1° Chez tous les lapins qu'il a examinés depuis quelques mois, il a trouvé des cysticerques dans la cavité abdominale et dans le foie. Il n'y a pas eu une seule exception sur plus de 50 lapins. L'existence de ces vers vésiculaires paraît donc être constante, au lieu d'être seulement extrêmement fréquente, comme on le croit.

2° Il y a en outre, dans le foie des lapins, de petites agglomérations blanches, jaunâtres, que MM. Lebert et Robin croient être des œufs d'helminthe.

3° Chez des lapins nouveau-nés, M. Brown-Séquart a trouvé dans le foie de petits amas jaunâtres, paraissant semblables à ceux qu'on trouve chez les individus plus âgés. Le foie des lapins paraît donc contenir des œufs d'helminthe avant la naissance.

4° Dans une note publiée dans les Archives d'anatomie et de physiologie, en 1846, M. Rayer a signalé, dans les voies biliaires, l'existence d'œufs qui, à certains égards, lui ont paru ressembler à des œufs de distome; mais il n'a pas trouvé de distome. M. Brown-Séquart a examiné, avec M. Lebert, des œufs rencontrés dans les voies urinaires d'un lapin, et ils les ont trouvés tout à fait semblables à ceux dont M. Rayer a donné la figure. Il n'y avait pas de distome. (17 mars.)

9° Tubercules vermineux des poumons et de la trachée chez le renard (canis vulpes).

Redi est le premier auteur qui ait fait mention de ces tubercules.

« J'ai vu, dit-il, un poumon de renard dont la face externe était parsemée de petits tubercules blancs dont les uns ressemblaient par la forme et le volume à un pois, les autres à des grains de millet; les plus gros renfermaient un petit ver blanc plus fin qu'un cheveu; les plus petits, seulement un peu d'eau, mais dans cette eau on voyait une espèce d'atome blanc, semblable à un très-petit œuf et presque invisible. » (Redi, Opuscula, Leyd., 1729, t. XI, *Obser. circa animalia viventia quæ in animalibus viventibus reperiuntur*, p. 33.)

Dans ces derniers temps, M. Creplin a fait de nouvelles observations sur le même sujet; le savant naturaliste italien avait indiqué le petit helminthe contenu dans les élevures ou tubercules, mais il ne l'avait point caractérisé. M. Creplin en donna exactement la caractéristique sous le nom de *trichossoma aenophilum*, dans l'Encyclopédie de Ersch et Gruber.

M. Creplin avait rencontré ce ver à la surface interne de la trachée d'un renard, dans le mois de février et d'octobre, à Greifswald.

Tout récemment, M. Dujardin l'a trouvé trois fois dans les renards de la forêt de Rennes, en mars et en avril, et il en a donné une description plus détaillée, d'après ses propres observations. Frappé de la singulière structure de l'appareil génital mâle, et de l'absence du spicule, qu'il n'a pu apercevoir d'aucune manière, et prenant en considération la disposition du pénis qui est représenté par un long tube épineux, rétractile et protractile, comme la trompe des échinorinques, il en a fait le type d'un genre particulier, qu'il désigne sous le nom d'*eucoleüs*, et cette espèce est indiquée sous le nom d'*eucoleüs aenophilum*.

M. Dujardin ne dit pas s'il a trouvé ces helminthes, toujours à la surface de la trachée, ou dans des tubercules, comme cela était arrivé à Redi.

Après avoir rappelé ce que la science possédait sur cet intéressant sujet, M. Chaussat raconte le résultat de la dissection d'un renard faite par lui dans le laboratoire de M. Rayer.

Nous trouvâmes, dit-il, des trichosomes dans la vessie; mais, en outre, il y avait dans la trachée et dans les bronches plusieurs *eucoleüs aenophilum*, étendus sous la membrane muqueuse. On remarquait, en outre, à l'entrée des grosses bronches, cinq petits tubercules ou cinq petites élevures, à peu près du volume d'une lentille, et qui contenaient chacune un helminthe beaucoup plus petit que ceux qui étaient à la surface de la membrane muqueuse, mais qu'il était facile de reconnaître, à l'inspection microscopique, pour de véritables *eucoleüs aenophilum*. Il n'y avait pas de tubercules vermineux dans le tissu propre des poumons, qui étaient sains, comme tous les autres organes. Deux autres renards, dont un mâle et l'autre femelle disséqués en avril de la même année, ne nous offrirent pas de ces tubercules, ni d'helminthes dans la trachée et les poumons.

Les caractères que M. Dujardin a donnés de l'*eucoleüs aenophilum* sont si exacts et si précis qu'il n'y a rien à ajouter à sa description. Mais j'ai pensé qu'on ne verrait pas sans intérêt une représentation exacte des petits tubercules des bronches et des figures représentant ces vers singuliers, qui n'ont pas encore été figurés, savoir :

Le pénis du mâle, dont la disposition a conduit M. Dujardin à séparer ce ver des trichosomes; les œufs qui, par leur forme et leurs boutons terminaux, sont si semblables à ceux des trichosomes; les fœtus, ou embryons sortis des œufs ou de leur enveloppe.

Enfin ces tubercules qu'on trouve chez le renard, qu'on trouve aussi dans la trachée et les poumons d'autres animaux, tels que la fouine et le putois, sont une preuve de plus à ajouter à beaucoup d'autres de l'indispensable nécessité pour l'observateur de recourir à l'inspection microscopique dans la détermination de la nature de certaines tumeurs et surtout de la structure des helminthes. (Séance du 31 mars.)

10° Examen microscopique du sang et des matières vomies ou rendues par les selles chez les cholériques.

L'étude chimique du choléra a été faite avec un certain soin à l'époque où l'épidémie de 1832 vint envahir la France; mais en parcourant ces recherches, on est étonné de ne rencontrer aucune observation positive qui ait trait à l'analyse microscopique de ces produits. Plus tard seulement, MM. Andral et Gluge entreprirent l'examen des matières vomies ou rendues par les selles. Tous deux trouvèrent dans le liquide sécrété par la membrane muqueuse « un grand nombre de globules contenant, comme ceux du pus, des nucléoles et des noyaux dont le nombre variait d'un à quatre noyaux, rendus plus évidents par l'addition de l'acide acétique. Quelques cristaux, des lamelles épithéliales, venaient s'ajouter accidentellement à ces globules, » mais ils ne s'accordèrent pas sur la nature des globules. Gluge y voyait des noyaux de cellules épithéliales, M. Andral, quelque chose qu'il rapprochait des globules de pus.

M. Follin a examiné avec soin et un très-grand nombre de fois les matières blanches rendues par les garde-robes; il a constaté que, dans la majorité des cas, ces amas blancs et le liquide au milieu duquel ils nageaient étaient formés : 1° par des globules très-nombreux, granuleux à leur surface, irrégulièrement arrondis, du volume de 00mm,0010 environ, et réunis entre eux par une masse amorphe. Ces globules étaient insolubles dans l'acide acétique, qui a paru, au contraire, dissoudre la matière amorphe interposée entre eux. Ils ne contenaient point à leur intérieur de noyaux distincts; on y constatait seulement un ou deux points plus brillants que le reste. Ces globules qu'on rencontre en si grand nombre, et réunis en amas immenses, ont paru à M. Follin être des globules de pus récemment formés et n'étant pas développés d'une manière complète. On rencontre des globules analogues, pour l'aspect général et le volume, dans toutes les membranes muqueuses qui commencent à subir le plus léger degré d'irritation. Je les ai observés, dit M. Follin, dans le mucus utérin le plus transparent, dans les larmes après une très-faible irritation de l'œil, etc. Le développement du choléra se fait d'une manière si brusque, les produits morbides sont exhalés si promptement, que leurs éléments ne peuvent acquérir leur plein et entier développement jusqu'à leur expulsion au dehors de l'économie. Toutefois les choses ne se passent pas toujours de la même manière. Chez une cholérique qui a succombé à la Charité dans le service de M. Briquet, les matières rendues par les selles ne l'étaient pas aussi promptement que d'habitude, et elles avaient revêtu l'aspect d'un pus jaunâtre, épais et assez bien lié pour qu'on ne pût pas d'abord songer à la matière des cholériques. L'examen de cette substance me montra, au milieu de globules en tout comparables à ceux que j'ai déjà décrits, un grand nombre de globules de pus à plusieurs noyaux bien distincts, et de globules pyoïdes reconnaissables à leur volume et à leur aspect, bien différent des précédents. Ainsi j'ai pu suivre sur différentes matières rendues par des cholériques la transition des globules purulents imparfaits aux globules de pus à noyaux bien caractérisés.

2° Un autre élément également très-abondant dans les selles des cholériques, mais qu'on remarque surtout au début des évacuations ou dans la période qui précède la mort, c'est l'épithélium cylindrique du canal intestinal. Souvent des cellules épithéliales ou des plaques de cellules épithéliales sont intimement mêlées aux globules que j'ai précédemment indiqués. Ces cellules épithéliales ont

conservé leur forme cylindrique; souvent elles sont accolées les unes aux autres sur la même ligne.

3° J'ai aussi constaté dans un cas, au milieu de ces matières blanches, une assez grande quantité de cristaux de cholestérine.

On rencontre aussi ces deux premiers éléments dans ces petites saillies blanches sous-muqueuses, qui m'ont paru n'être que des follicules remplis de la matière cholérique. Dans l'intestin grêle, les globules recouvrent les villosités, unis qu'ils sont entre eux par une matière amorphe visqueuse et soluble dans l'acide acétique.

J'ai traité dans plusieurs cas par l'éther les matières rendues par les selles; ce puissant dissolvant des principes gras ne m'a révélé le plus souvent aucune matière nettement définie.

De cette première partie de mes recherches, je crois pouvoir conclure: 1° que la matière cholérique n'a rien de particulier; 2° que les éléments trouvés dans les produits exhalés sont ceux qu'on voit dans les membranes muqueuses irritées: 1° globules de pus incomplétement développés; 2° globules du pus complets à noyaux; 3° globules pyoïdes; 4° lamelles épithéliales.

J'ai aussi examiné le sang des cholériques, et dans deux cas immédiatement après la sortie de la veine. Les altérations si promptes des globules sanguins exigent que l'examen se fasse seulement dans ces conditions. J'ai pris du sang chez une cholérique qui était dans la période algide. La lancette, enfoncée vers la partie moyenne du bras, à 1 centimètre et demi de profondeur, n'a laissé couler aucune goutte de sang. En la faisant pénétrer plus profondément, il a été possible d'obtenir une goutte de ce liquide. Mise aussitôt sous le microscope, cette gouttelette sanguine m'a offert un grand nombre de globules dépourvus de leur forme et de leur aspect général; ils étaient allongés, irréguliers, quelques-uns crénelés à leurs bords. Un petit nombre seulement avait conservé sa forme normale. La plupart de ces globules, en s'aplatissant, laissaient transsuder au delà de leurs parois la matière colorante qu'on voyait dans la masse liquide environnante. Dans un autre cas, j'ai pu faire les mêmes observations. Des deux malades, l'une était couchée dans le service de M. Briquet, l'autre dans celui de M. Andral; mais de ces observations je me garderai bien de conclure que le choléra produit une altération des globules sanguins. J'ai depuis longtemps appris que ces altérations des globules ont surtout été vues chez des individus débilités par des maladies, ou dont le sang est appauvri par une nourriture insuffisante et malsaine. Partant de là, il est curieux de voir l'épidémie sévir d'abord chez ceux dont le sang se trouve dans de si mauvaises conditions. (Séance du 17 mars.)

11° CARIE DES VERTÈBRES LOMBAIRES, DU SACRUM, DE L'OS DES ILES, DU FÉMUR; TUMEUR BLANCHE DU GENOU.

M. LEBERT met sous les yeux de la Société des pièces de lésions du système osseux. Ce sont de nouveaux exemples qui prouvent combien est fréquente la nature non tuberculeuse des altérations des os pendant le jeune âge.

1° CARIE DE LA DERNIÈRE VERTÈBRE LOMBAIRE, DE TOUTE LA SURFACE DU SACRUM JUSQU'A L'EXTRÉMITÉ COCCYGIENNE, AINSI QUE D'UNE PARTIE DE L'OS DES ILES DU CÔTÉ DROIT; CARIE SUPERFICIELLE DU FÉMUR DROIT.

Les vertèbres lombaires, examinées extérieurement et sciées par le milieu, montrent une parfaite intégrité dans les trois premières. La quatrième, sans être malade dans sa partie supérieure, offre dans toute sa moitié inférieure la teinte gris noirâtre que l'on rencontre si souvent dans la carie vertébrale. Le disque intervertébral entre la quatrième et la cinquième vertèbre a totalement disparu, ainsi que la cinquième vertèbre elle-même, dont il n'existe plus que quelques fragments adhérents à la surface supérieure du sacrum, ainsi que deux séquestres baignés de pus et situés dans une grande cavité qui occupe tout cet espace, et qui a presque 2 centimètres de hauteur. On ne reconnait sur ses parois que des rugosités osseuses baignées de pus et des grumeaux pseudomembraneux. Cette vaste cavité est fermée latéralement par le périoste notablement épaissi, transformé en un tissu lardacé d'un gris noirâtre dont l'épaisseur varie entre 5 et 8 millimètres. Les séquestres n'offrent rien de particulier quant à leur structure; leur tissu surtout n'est que peu raréfié. L'un a près de 2 centimètres de longueur, sur un de largeur et 8 millimètres d'épaisseur. L'autre séquestre a des dimensions un peu moins considérables et une forme irrégulière.

Il n'existe point dans cette vaste cavité de membrane pyogénique organisée, excepté dans quelques endroits où il y en a des vestiges entourés de petits séquestres.

Toute la partie antérieure du sacrum est superficiellement carrie. Le périoste y manque dans la plus grande étendue et ce n'est qu'au niveau des deux dernières vertèbres coccygiennes qu'il persiste et forme une couche lardacée épaisse qui recouvre une portion d'os plus profondément cariée et renfermant quelques petits séquestres décolorés.

En haut et à droite, la carie du sacrum se continue sur la partie voisine de l'os des iles, et occupe un espace de 3 centimètres de long sur 2 de large. Toute la lamelle compacte y est détruite; en sorte que, du côté de la partie saine de l'os, la séparation est marquée par un rebord de 3 millimètres d'épaisseur.

L'examen microscopique ne démontre pas dans le liquide qui infiltre les alvéoles osseuses des éléments du tubercule; on n'y reconnait que des globules de pus altéré, et si du tubercule y a existé antérieurement, il n'en est pas resté de traces évidentes. On y voit de plus de nombreux cristaux prismatiques, probablement d'un sel calcaire. La moelle épinière est notablement ramollie et rouge au niveau de la dernière vertèbre lombaire, et la queue de cheval offre également une mollesse anormale; cependant elle reprend sa consistance au niveau des trous sacrés antérieurs et postérieurs. Le fémur droit offrait au-dessous du petit trochanter une carie superficielle de 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large.

L'os scié dans son milieu montre que cette carie superficielle n'atteint la surface de l'os que vers un tiers de son épaisseur. Du reste, l'os est dans un état normal. (Séance du 24 mars.)

12° TUMEUR BLANCHE DU GENOU.

Le genou avait considérablement augmenté de volume, et on sentait déjà à travers les téguments que ce gonflement était dû à la fois aux os et aux parties molles. Plusieurs fistules existaient autour du genou et correspondaient surtout à la région articulaire inférieure, à la tête du tibia. Le bord des fistules était entouré d'un tissu fongueux qui formait tout autour de petits ulcères. Le tissu lardacé, qui occupait une couche de 1 ou 2 centimètres d'épaisseur tout autour de la membrane synoviale, était d'un jaune rosé, d'une consistance élastique, montrant à la loupe de nombreuses arborisations fines de vaisseaux. Au microscope, on y reconnait un tissu qui renferme de nombreux éléments fibreux et fibro-plastiques dans une espèce de gangue intermédiaire homogène et demi-transparente.

La membrane synoviale est épaissie, généralement injectée, d'un rouge vif, d'un aspect velouté; elle renferme dans sa cavité une petite quantité de synovie purulente. Nous verrons, du reste, tout à l'heure qu'une partie du pus contenu dans l'articulation y avait été versée par une érosion du cartilage articulaire du tibia, érosion qui communiquait avec une caverne osseuse.

Le fémur n'offrait qu'une hypérémie assez prononcée sans qu'il y ait eu d'altération marquée dans sa substance. Les lésions les plus remarquables dans cette tumeur blanche se trouvaient dans la portion supérieure du tibia. On observe d'abord dans tout son tiers supérieur des dépôts de tissu osseux de nouvelle formation qui ont plus d'un centimètre d'épaisseur et dont une partie est déposée entre le périoste et l'os, y formant une couche spongieuse à mailles longitudinales et une couche corticale nouvelle. Plusieurs des mailles longitudinales passent sans démarcation de l'une à l'autre de ces couches. Une autre partie du tissu osseux nouveau est déposée en dedans de la couche corticale ancienne, et se distingue du tissu spongieux ancien par une teinte légèrement violacée, indice d'une forte vascularité, et par des réseaux de tissu osseux à mailles beaucoup plus étroites et à canaux beaucoup plus épais, offrant plutôt de la largeur que de l'épaisseur, ce qui, lorsqu'on les examine à la loupe, leur donne un aspect comme feuilleté.

Une altération bien plus remarquable encore existe à la partie supérieure de la diaphyse et dans tout l'intérieur de l'épiphyse.

Déjà intérieurement on arrive avec le stylet dans une cavité allongée, logée dans le sens trasversal de l'os, d'une forme irrégulière, en tout peut-être capable de contenir la valeur d'une cuillerée à café de liquide, avec perte de substance due en moyenne partie à la disposition de la zone cartilagineuse qui sépare l'épiphyse de la diaphyse. En sciant l'os par le mileu, on a sous les yeux au premier aspect des altérations qui ont assez de rapport avec une tuberculisation de cette extrémité osseuse; en effet, on voit plusieurs masses d'un jaune compacte et revêtues d'une membrane pyogénique, qui, en partie, paraît recouverte d'un pus concrété ou liquide. Mais en examinant de plus près, on peut se convaincre que les parties jaunes solides ne sont que le résultat d'une ostéite condensante avec commencement de nécrose, et que le contenu de la petite cavité n'est formé que par du pus liquide et des pseudo-membranes. Ces faits sont mis hors de contestation par l'examen microscopique fait sur la pièce fraiche. La macération fait très-bien ressortir la structure osseuse de la masse jaune compacte.

La portion logée à la face supérieure de la diaphyse occupe un espace de 15 millim. de largeur, de 2 centim. d'épaisseur et de 8 à 11 millim. de hauteur. Une ligne de démarcation faiblement tracée entoure de tous côtés cette masse, dont la décoloration est due à l'absence de vaisseaux, mais non à une infiltration purulente qui n'a réellement lieu que vers la partie qui baigne dans le pus de la cavité osseuse. Le tissu osseux de cette portion décolorée est beaucoup plus compacte que celui qui se trouve au delà de la ligne de démarcation. Les aréoles sont arrondies et les canaux sont beaucoup plus larges, les mailles plus étroites que ceux au delà de la ligne de démarcation. Cette portion n'est, du reste, pas mobile. Ce tissu devient de plus en plus compacte à mesure qu'on se rapproche de la périphérie de l'os. L'épiphyse renferme un morceau d'os en tout semblable au premier, mais commençant à être mobile sur une partie de la circonférence. C'est dans tout cet espace qu'il est baigné de pus qui trouve une issue dans l'articulation même par l'ouverture susmentionnée, qui forme un trou arrondi fait comme par un emporte-pièce, et qui a entre 2 et 3 milim. de largeur. La membrane pyogénique qui revêt la cavité renferme, outre les vaisseaux, un tissu fibroïde finement grenu au milieu duquel on reconnait de nombreux globules de pus plus ou moins altérés. Ceux-ci sont très-reconnaissables dans le pus liquide, ainsi que dans les fausses membranes organisées. La membrane pyogénique dont l'épaisseur varie entre 2 ou 3 millim. n'est elle-même qu'une fausse membrane organisée et vasculaire.

Ces deux pièces proviennent de l'hôpital des Enfants, et ont été communiquées à M. le docteur Lebert, l'une par M. Roccas, l'autre par M. Lebret, internes de cet hôpital. (Séance du 24 mars.)

PATHOLOGIE HUMAINE ET COMPARÉE.

1° CANCER DE L'ÉPIPLOON.

M. MIGNOT, interne des hôpitaux, fait part à la Société d'une observation de cancer de l'épiploon dont les signes, nettement tranchés pendant la vie, avaient permis de poser un diagnostic assuré. La malade, âgée de 58 ans, portait empreintes sur son visage les traces d'une maladie organique, quand elle entra dans le service de M. Briquet à la Charité (12 janvier 1849); elle souffrait seulement depuis quatre mois d'un peu de gêne dans les digestions, de besoins plus

fréquents d'uriner et de quelques tranchées. Le ventre est, à cette époque, uniformément développé; en aucun de ses points on ne constate de tumeur isolée; partout on sent une dureté considérable, égale, immédiatement placée sous la main. Depuis les fausses côtes jusqu'au pubis, la percussion donne une matité superficielle, très-manifeste, et lorsqu'elle est pratiquée avec force, une grande sonorité.

A ces signes, M. Briquet reconnut un cancer de l'épiploon.

La mort, arrivée peu de temps après, permit de constater que le grand épiploon était atteint par la dégénérescence cancéreuse dans toute son étendue. Ce cancer formait une vaste plaque de 3 à 4 centimètres d'épaisseur, qui doublait la paroi abdominale antérieure. Jetée comme une tente inflexible d'un bord à l'autre de l'abdomen, cette masse tenait les parois du ventre, naturellement souples et molles, constamment tendues. Du cancer à la surface de la rate, quelques grains cancéreux dans le foie, tout le tissu utérin et les ovaires transformés en cancer, voilà les lésions principales que présentait encore cette malade. (Séance du 3 mars.)

3° FONGUS CANCÉREUX DE LA VESSIE.

M. DUPLAY, médecin des Incurables, communique à la Société l'observation d'un homme âgé de 79 ans, qui succomba à l'infirmerie de cet hospice sans s'être jamais plaint du côté des voies urinaires. L'autopsie a montré, outre des tubercules dans les poumons, une production fongueuse au bas-fond de la vessie, production formée par l'agglomération d'une foule de filaments très-longs, très-ténus et ramifiés. Ces filaments ont leur siége dans la membrane muqueuse; ils renferment dans leur sein des cellules cancéreuses terminées par des prolongements caudiformes. Les autres parties des voies urinaires étaient à l'état normal. M. Duplay, cherchant à comparer ce fait avec ceux que la science possède déjà, en a trouvé deux autres, l'un inséré au tome II du TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, par M. Civiale, l'autre dont il doit la connaissance à M. Leroy-d'Étiolles. (Séance du 17 mars.)

4° EXPULSION D'HYDATIDES ET DE LA POCHE HYDATIQUE PAR UNE OUVERTURE FAITE AU NIVEAU DE LA RÉGION HÉPATIQUE.

M. LEBRET, interne à l'hôpital des Enfants, nous communique la note suivante relative à cette observation :

L'enfant qui fait le sujet de ma présentation est encore couché dans le service de M. Paul Guersant, à l'hôpital des Enfants malades : c'est un exemple permanent d'affection hydatique du foie.

Agé de 9 ans, ce garçon n'a point eu de maladies graves dans sa première enfance; comme antécédents, il raconte qu'il y a deux ans, il a été renversé et piétiné sur le côté droit par des ânesses, accident qui le tint peu de jours au lit et qu'on traita par des émollients simples.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il faisait une chute sur le trottoir, et comme le côté droit a porté, il rapporte à cette époque la tuméfaction notable de l'hypocondre correspondant; on lui fit alors en ville une application de 15 sangsues sur ce point.

Admis le 18 octobre 1848 dans le service de chirurgie, il présentait une tumeur peu développée au niveau du foie, mais où le frémissement particulier à la présence d'hydatides dans cet organe se percevait manifestement par la percussion légère; d'ailleurs, un état général satisfaisant, un peu de maigreur, mais habituelle.

A partir du 20 octobre, on a appliqué successivement le caustique de Vienne et la potasse caustique sur le point le plus saillant de la tumeur; un hiatus assez profond a été ainsi formé très-lentement, de manière à favoriser l'adhérence du péritoine aux parois et aux parties voisines.

En janvier, le frémissement était encore facile à percevoir; la tuméfaction parut s'accroître; elle gagnait vers la région sus-ombilicale et donnait une grande tension aux parois abdominales, sans que l'état général en parût sensiblement affecté.

Ce n'est que vers les premiers jours du mois de mars que le ventre devint plus flasque; le frémissement n'était plus appréciable en aucun point : l'excavation fistuleuse étant suffisamment profonde, on ponctionne alors avec un trocart explorateur, et il sort environ 200 grammes de sérosité citrine, sans trace de débris hydatiques, de nature albumineuse; le microscope n'y fit découvrir que quelques conferves très-évidentes, mais formées peut-être après l'issue du liquide. On agrandit l'ouverture pratiquée, au moyen d'éponge; pendant trois jours, il fallut combattre les signes d'une péritonite circonscrite, tendant à se généraliser.

Le 12 mars, l'état général se relevant, on voyait des hydatides, de médiocre volume, se présenter à l'orifice interne de la fistule; nous en enlevâmes quatre le matin et autant le soir.

Les jours suivants, même sortie d'hydatides, au milieu d'un liquide trouble, jaunâtre et très-fétide; les forces de cet enfant faiblissaient sensiblement, sous l'influence d'un état fébrile rémittent qu'on put vaincre avec la quinine.

A partir du 20 courant, la plaie fut maintenue ouverte avec de l'éponge, puis par une mèche cératée; des hydatides, de grosseur variable, ont été retirées journellement, mais, depuis ce moment, fortement colorées de matière bilieuse, la plupart en lambeaux, tant leur consistance est molle et facile à diviser. Malgré une déperdition de bile assez notable, puisque les pièces du pansement, la charpie, en étaient tout à fait imprégnées chaque jour, les forces se sont soutenues; peu d'appétit, mais digestions faciles; pas de vomissements ni de diarrhées; visage gai; pouls régulier, quoique faible. Depuis quelques jours, le foyer paraissait tari; à peine sortait-il du liquide fétide en question.

Le 28, l'élève chargé du pansement voit saillir un lambeau plus résistant que d'habitude, le saisit et amène les débris considérables d'une poche d'apparence fibreuse, résistante, lisse sur une surface et chagrinée sur l'autre, laquelle, dans son étendue presque complète, nous paraît la paroi même du kyste : cette extraction fut suivie de frissons, avec vomissements, accidents promptement enrayés par l'administration d'opium à dose élevée.

Le surlendemain, 30 courant, en ôtant la mèche de la fistule, nous voyons jaillir un véritable flot de liquide trouble, jaunâtre, extrêmement fétide, dont on a recueilli près d'un litre et demi; en même temps, de volumineuses hydatides s'échappaient, sous forme de poches translucides renfermant une sorte de gelée jaunâtre; on peut en évaluer le nombre à six ou sept.

Depuis ce moment, aucun accident n'est survenu; l'état général se soutient. Ce matin, il n'est sorti que très-peu de liquide d'apparence séreuse.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société :

1° La poche membraneuse extraite il y a deux jours;

2° Le liquide et les débris d'hydatides recueillis hier. (Séance du 31 mars.)

5° VARIOLE DES OISEAUX.

M. RAYER communique le résultat de ses recherches et de ses observations sur la maladie désignée sous le nom de *variole* chez les oiseaux. Ce travail sera publié en entier dans nos mémoires.

V. — CHIMIE PATHOLOGIQUE.

1° EXAMEN CHIMIQUE D'UN CALCUL TROUVÉ DANS LE REIN D'UN CHEVAL.

M. CH. LECONTE présente à la Société un calcul d'une couleur jaune verdâtre, offrant extérieurement un aspect mamelonné qui eût pu le faire confondre avec les calculs muraux; ce calcul offre une forte odeur d'urine de cheval; ses couches concentriques n'étaient pas parfaitement tranchées.

Une portion de ce calcul fut réduite en poudre et traitée par de l'acide azotique étendu d'eau; il se dégagea à froid une très-grande quantité d'acide carbonique, et la solution fut complète. La recherche des acides démontra que les bases n'étaient unies qu'à de l'acide carbonique.

Pour rechercher les bases, M. Ch. Leconte satura par l'ammoniaque la solution qui était fortement acide, de manière à former une notable quantité de sel ammoniacal qui s'oppose toujours à la précipitation de la magnésie par l'oxalate d'ammoniaque, tandis que toute la chaux est précipitée; la liqueur filtrée fut traitée par de l'ammoniaque et du phosphate de soude; il se forma un abondant précipité de phosphate ammoniaco-magnésien.

En résumé, ce calcul est formé de carbonate de chaux et de magnésie. (31 mars.)

2° EXAMEN CHIMIQUE D'UNE SUBSTANCE CRISTALLINE EXTRAITE D'UNE PLAIE DE LA CONJONCTIVE.

M. LECONTE présente à la Société un fragment d'une substance saline qui lui a été remise par M. Sichel, et qui se produisit dans les circonstances suivantes :

Une femme se présenta à la clinique de M. Sichel avec une ulcération à la face interne de la paupière inférieure. Cette ulcération profonde avait été produite par la projection d'une parcelle de phosphore enflammé provenant d'une allumette chimique.

L'ulcération était complétement remplie par une mucosité au milieu de laquelle se trouvait la substance saline qui lui a été remise.

Cette substance, qui se reproduit après avoir été enlevée, est solide et incolore; elle montre au microscope une forme cubique très-nette; sa saveur est salée; elle se dissout facilement dans l'eau distillée; cette solution, traitée par l'azotate d'argent, donne un précipité blanc, insoluble dans l'acide azotique et soluble dans l'ammoniaque; la solution d'antimoniate de potasse basique y forme un précipité d'antimoniate de soude.

En résumé, cette substance n'est autre que du chlorure de sodium parfaitement pur. Du reste, ce sel n'a pu être introduit directement dans l'œil, car une semblable expérience détermine la sécrétion d'une telle abondance de larmes qu'il eût été entièrement dissous. (31 mars.)

NÉCROLOGIE.

La mort vient d'enlever à notre Société un de ses membres les plus assidus, M. le docteur Désir, qui a succombé le 3 de ce mois après une courte maladie. M. le docteur Lebert a prononcé sur sa tombe quelques paroles, et la Société, désirant perpétuer le souvenir de ce savant et honorable médecin, a décidé qu'elle imprimerait dans ses comptes rendus le discours de M. Lebert comme expression de ses regrets.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. LEBERT SUR LA TOMBE DE M. DÉSIR.

Messieurs,

Je viens au nom de la Société de biologie remplir un pieux devoir : je viens déposer sur la tombe d'un savant modeste, d'un confrère aimé et estimé de tous, le tribut d'une douleur profonde, si vivement partagée par tous ceux qui m'entourent.

Puissé-je en quelques mots rappeler les travaux de M. Désir, les rares qualités de son esprit et de son cœur, tout ce qu'il y avait en lui de noble, de bon et de généreux. Le montrer tel qu'il a été dans les hôpitaux, au milieu de nous, dans l'exercice de notre profession, est le moyen le plus sûr d'honorer sa mémoire. C'est aussi le seul hommage que sa rare modestie et son austère probité nous eussent permis.

Aimé Désir, né à Valenciennes en 1804, avait fait avec distinction ses premières études au lycée de Douai. Son père, médecin et professeur de botanique, lui avait appris de bonne heure, et montré par son exemple, que l'amour et le culte de la science peuvent s'allier avec les devoirs si pénibles de notre profession.

Désir vint à Paris en 1829. Il eut pour premier maître dans les hôpitaux Boyer, dont il ne parlait jamais qu'avec une grande et respectueuse admiration. En 1833, nommé interne des hôpitaux, il fut attaché pendant deux ans au service chirurgical du docteur Sanson dont la droiture et la profonde science devaient le captiver. Deux ans plus tard, M. Rayer qui avait remarqué le zèle que Désir mettait à remplir ses devoirs et son ardent amour pour l'étude, le choisit pour interne.

C'est pendant cette année 1835 que Désir rassembla les matériaux d'une des thèses les plus remarquables qui aient été soutenues à l'école de Paris. Pour caractériser l'importance de ce travail, il nous suffira de rappeler qu'à cette époque beaucoup de médecins croyaient que l'albuminurie était un phénomène propre à la néphrite albumineuse chronique ou maladie de Bright, et on ignorait assez généralement que ce phénomène était commun à des maladies très-différentes par leur siége, leur nature et leur gravité. L'esprit d'analyse et d'observation sévère dans lequel ce travail remarquable a été conçu et exécuté, montre, indépendamment des résultats auxquels l'auteur est arrivé, toute la portée de son esprit et la solidité de son jugement.

Lorsque son internat dans les hôpitaux fut terminé, Désir, que la fortune n'avait pas favorisé de ses dons, chercha dans l'exercice de la médecine une existence modeste, mais respectée et honorable. Nul plus que lui n'avait compris tous les devoirs, tous les sacrifices que cette profession nous impose. Nous pouvons le proclamer ici, les pauvres trouvèrent toujours en lui un secours empressé, un ami bienfaisant, et les riches rencontraient en lui un homme dévoué, plein de réserve et de dignité.

Elève de Sanson et de M. Rayer, il était devenu leur ami. A la mort de Sanson, Désir reporta toute son affection sur son second maître, qui l'associa à ses travaux : douce et heureuse intimité qu'une mort cruelle et inattendue est venue briser avant le temps.

Désir joignait à un grand savoir une modestie plus grande encore ; il étudiait *pour apprendre* et non pour enseigner. Depuis plusieurs années, il s'était livré avec passion à l'étude des sciences naturelles et à l'étude de prédilection de son maître, à celle de la pathologie de l'homme, de l'anatomie et de la pathologie comparées. Aimant la science pour elle-même, espérant toujours compléter ses études par de nouvelles recherches, il différait toujours la publication de ses travaux, dont un petit nombre seulement ont été insérés dans les ARCHIVES DE MÉDECINE COMPARÉE.

Une nouvelle époque allait commencer pour sa carrière scientifique ; il s'était décidé à présenter à la Société de Biologie, dont il était un des membres les plus éclairés et les plus assidus, le résumé d'un grand nombre d'observations qu'il avait faites depuis plusieurs années, lorsque la mort est venue le frapper et détruire ses espérances.

Depuis plusieurs années, Désir était médecin du collége François I[er]. Sa bonté, la noblesse de son caractère, la religieuse observance de ses devoirs, lui avaient conquis l'affection des élèves, des maîtres, des parents et l'estime de tous. En février 1848, Désir avait accueilli avec joie l'espérance d'une réforme, surtout dans l'intérêt des classes pauvres. Les déplorables malheurs de juin vinrent jeter dans son âme une tristesse profonde, après avoir été pour lui l'occasion de montrer tout ce qu'il y avait en lui de courage dans le danger et de dévouement après la lutte.

Désir réunit tous les blessés qui furent atteints près de lui en une ambulance, et leur prodigua les soins et les leçons que son âme généreuse sut multiplier dans ces tristes journées.

Ainsi, messieurs, que ce soit là du moins la consolation de ses parents, de ses amis ; rien n'a manqué à cette noble et modeste existence trop tôt tranchée, ni l'utilité qui la rend honorable, ni le dévouement, ni le patriotisme, qui en perpétuent le souvenir.

BIBLIOGRAPHIE.

DES PLAIES D'ARMES A FEU ; communications faites à l'Académie nationale de médecine par MM. BAUDE[N]S, ROUX, etc. — 1 vol. in-8° de 248 pages. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17. — 1849.

On se souvient encore de la discussion académique qui suivit les sanglantes journées de juin. Chaque chirurgien des hôpitaux vint apporter le bulletin de sa pratique, et comparer ses opinions et ses résultats avec ceux des autres chefs de service. De ces tributs empressés (que la GAZETTE MÉDICALE eut soin, dans le temps, d'enregistrer avec toute l'exactitude possible), les éditeurs ont eu l'heureuse idée de former un volume à part, où les discours sont reproduits *in extenso*, dans l'ordre où ils furent prononcés, sans notes ni commentaires.

Cet opuscule intéressera surtout le lecteur, comme représentant l'esprit de la chirurgie française contemporaine sur cette importante question. Nous disons *surtout*, parce que la publication nous paraît loin d'avoir la même valeur quant au côté expérimental, ou, si l'on aime mieux, quant à la statistique. Évidemment la discussion, soulevée un mois environ après les événements qui en avaient fourni le sujet, venait prématurément. Aussi les colonnes des guérisons, assez riches encore à cette époque, eussent-elles sans doute perdu plus d'un chiffre si l'on avait attendu jusqu'à ce que le sort de tous ceux qui figuraient au tableau eût été définitivement fixé.

Cette précipitation, regrettable sous le rapport de la précision et de la vérité, n'a pas été moins fâcheuse pour la science. Plus d'une opinion, assez vraisemblable au premier moment, eût risqué de se trouver ensuite réfutée par son propre auteur, s'il s'était moins hâté de venir l'exprimer. C'est même peut-être à la certitude où ils étaient de n'avoir alors à redouter aucun démenti de ce genre, que quelques-uns de nos plus brillants confrères ont dû leurs plus beaux triomphes oratoires, et telle hypothèse accueillie à l'universel applaudissement vers la fin de juillet, eût singulièrement perdu à se produire quelques mois plus tard. C'est ainsi, c'est en ne sachant jamais attendre, qu'on encombre les voies de la science, qu'on ouvre la porte aux malentendus, aux récriminations, aux querelles de mots, et l'Académie, il faut bien le dire, ne s'est point assez précautionnée cette fois contre le reproche d'avoir partagé, du moins par son silence, un pareil tort.

Parmi les points nombreux qui se rattachent à l'étude des plaies par armes à feu, quelques-uns cependant étaient de nature à pouvoir être discutés de suite sans inconvénient. Tels sont d'abord la forme et la dimension différente des plaies d'entrée et de sortie, puis l'opportunité du débridement, l'extraction des esquilles et des projectiles, enfin le mécanisme et le traitement des hémorrhagies consécutives à cette espèce de lésions. Aussi trouvera-t-on dans ce volume de précieux enseignements sur ces diverses questions dont plusieurs ont un rapport très-direct avec la pratique.

Mais quant à ce qui, de près ou de loin, touche au chapitre des indications, l'écueil que nous signalions ci-dessus, habilement louvoyé par quelques orateurs, n'a jamais pu être entièrement évité. De ceci même, c'est-à-dire de ce défaut absolu de contrôle expérimental, une confusion extrême est nécessairement résultée. Sûr que l'observation ne pourrait déposer encore contre lui, chacun s'en est donné d'avancer comme amplement vérifiées par les faits, de simples inductions théoriques. Le régime précocement nutritif, les réfrigérants, la glace même, la prééminence des resections, l'inutilité des amputations, questions immenses, litigieuses encore pour tant de praticiens consommés, se sont vu trancher en deux mots, par de jeunes adeptes à peine initiés aux premières difficultés de la pratique, au nom de une ou deux centaines de cas, pour la moitié seulement arrivés à terminaison.

Sans doute on nous reprochera, et peut-être non sans quelque fondement, d'exagérer nos critiques. La majorité des opinants a su éviter cette faute ; et l'Académie d'ailleurs renferme assez de lumières pour que le danger des sophismes qu'elle a pu entendre ne fermentât pas dans son sein sans contre-poison. Mais nos regrets n'en sont pas moins justifiés ; car nous les avons exprimés moins en vue du mal commis que du bien qui eût pu être atteint par une autre marche. En astreignant les chefs de service à ne parler de leur statistique qu'achevée, en désignant ensuite l'un de ses membres, resté étranger au débat, pour confronter les avis contraires, et extraire de la discussion ce qu'elle aurait pu fournir d'utile, c'est-à-dire de prouvé, l'Académie aurait pris l'initiative qui convenait au premier corps savant de France. En même temps qu'une sage leçon aux trop pressés, elle eût donné un exemple à suivre pour l'avenir dans les discussions de ce genre. Elle eût enfin tiré le seul parti dont l'humanité pût s'applaudir, d'événements qui, espérons-le, resteront désormais uniques dans l'histoire de nos dissensions politiques.

Ces réserves faites, nous ne saurions trop recommander instamment à l'attention de nos lecteurs cet opuscule, disparate mais instructif assemblage des doctrines les plus diverses, et dont la méditation ne peut manquer de les éclairer d'un seul coup, pour peu qu'il soit vrai de dire avec le proverbe, que *du choc des opinions jaillit la lumière !*

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — EXTENSION ET ACCROISSEMENT DE L'ÉPIDÉMIE. — CONTAGION.

La marche du choléra n'a que trop confirmé nos craintes. Nous n'avions jamais cru à la décevante opinion que l'épidémie fût entrée dans sa période décroissante, même alors que les chiffres, pris trop à la lettre, semblaient le faire espérer. Aujourd'hui qu'une augmentation réelle et très-notable, dans le nombre des entrées et des décès porte la généralité des esprits à admettre une véritable recrudescence de l'épidémie, nous avons à choisir entre ces trois opinions :

Ou une recrudescence;

Ou une oscillation en plus dans la période d'état;

Ou un véritable accroissement de l'épidémie.

Voyons les faits d'abord.

	Mal. au 4 mai.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 4 mai.	Augment. dans la sem.	Mal. au 11 mai.	Augment. dans la sem.	Morts au 11 mai.	Augment. dans la s. m.	Sortis.
La Salpêtrière	840	19	602	19	915	75	638	36	180
Hôtel-Dieu	415	110	210	61	647	232	298	88	191
La Charité	274	48	154	17	344	130	191	37	93
La Pitié	272	42	131	20	378	106	166	35	119
Bicêtre	76	11	54	13	114	38	72	18	16
Saint-Louis	237	73	113	28	332	95	148	35	74
Beaujon	133	28	83	15	209	76	92	9	41
Hôpital des Enfants	21	3	12	2	35	14	17	5	14
Necker	59	13	35	4	88	27	43	8	48
Sainte-Marguerite	44	13	21	5	69	25	31	10	24
Saint-Antoine	55	20	27	6	84	29	42	15	19
Hôpital des Cliniques	25	1	20	»	26	1	20	»	6
Bon-Secours	53	19	29	8	73	20	38	9	18
Val-de-Grâce	227	37	57	7	275	48	63	6	113
Gros-Caillou	270	42	90	6	374	104	121	31	67
Ménages	31	6	20	3	35	4	25	5	8
Cochin	13	2	5	2	30	17	13	8	12
Maison de santé	30	9	19	3	42	12	23	4	16
Invalides	18	3	14	2	26	8	21	7	2
Hôpital militaire du Roule	122	32	47	10	203	81	82	35	30
Prison de Saint-Lazare	6	»	5	»	38	32	16	11	5
Incurables (femmes)	1	»	1	»	1	»	1	»	»
Lourcine	14	2	2	»	18	4	2	»	3
La Rochefoucauld	5	»	3	»	5	»	3	»	»
Hôpit. milit. Popincourt	48	8	13	3	56	8	14	1	»
Incurables (hommes)	2	2	2	2	4	2	3	1	1
Totaux	3292	483	1769	236	4390	1288	2173	404	1144

Il résulte de ce tableau :

1° Que le nombre des entrées a augmenté d'un tiers environ;

2° Que le nombre desdécès s'est accru dans une proportion d'un quart à peu près;

3° Que le nombre des sorties a diminué d'un quart environ.

Voilà le résultat le plus général; mais en examinant les choses de plus près, on constate :

1° Un développement brusque de l'épidémie dans les hôpitaux et hospices qui avaient été le plus épargnés, comme Saint-Antoine, Popincourt, Saint-Lazare;

2° Un accroissement notable dans les hôpitaux militaires : Val-de-Grâce, Gros-Caillou;

3° Un retour marqué de l'épidémie dans plusieurs de ceux dont le mouvement s'était manifestement ralenti : Saint-Louis, Salpêtrière;

4° Une augmentation réelle dans les hôpitaux dont le mouvement avait été le plus uniforme : la Charité, la Pitié et l'Hôtel-Dieu;

5° Enfin une diminution des sorties à peu près en rapport avec l'augmentation du nombre des entrées et des décès.

En ville, le chiffre de la mortalité s'est accru, mais suivant une proportion moindre.

On a constaté que les malades des hôpitaux arrivent dans un état plus grave, plus avancé; que les symptômes caractéristiques sont plus accusés; diarrhée blanche, vomissements, crampes, cyanose et surtout algidité. Il est devenu plus difficile de produire la réaction. La mort est plus rapide, et la proportion de la mortalité aux entrées et surtout aux guérisons est plus grande.

En ville, on observe un plus grand nombre de cholérines et de cholérines graves; l'influence épidémique se manifeste d'une manière bien plus générale. Les personnes qui jusque-là avaient le mieux résisté, les constitutions les plus robustes et les plus jeunes en ont ressenti les atteintes. On peut dire même que le nombre des personnes parfaitement bien portantes en ce moment est très-petit.

Feuilleton.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE.

DES CONDITIONS D'ADMISSION AUX ÉTUDES MÉDICALES.

(Suite et fin.)

En vain je cherche dans quel intérêt le système actuel a été créé, au nom de quel intérêt il est maintenu; je ne puis croire que toute garantie d'aptitude ait été abandonnée pour l'admission dans les écoles dites préparatoires, dans le but d'attirer les élèves, de les détourner des Facultés plus exigeantes et d'assurer aux écoles de second degré une population qui ferait défaut sans la prime offerte aux retardataires ou aux incapables. Je ne puis pas croire davantage que l'exigence du baccalauréat ès sciences n'est retardée dans les Facultés de médecine qu'en vue d'assurer aux cours des sciences accessoires un auditoire plus nombreux. Les cours d'histoire naturelle, de physique et de chimie cessant d'être élémentaires, en s'occupant davantage des applications de ces sciences à la médecine, perdraient sans doute les élèves de première année, mais seraient incontestablement suivis avec intérêt et avec fruit par tous les étudiants. Non; il a fallu un motif plus sérieux, un intérêt plus légitime. Peut-être a-t-on craint que trop d'exigences, au début de la carrière, ne fussent un obstacle au recrutement d'un personnel médical suffisamment nombreux. Le motif a quelque chose de spécieux, et mérite d'être discuté.

En principe, un système qui prétend sauvegarder les intérêts de la santé publique, en sacrifiant la *qualité* à la *quantité* des praticiens, paraît entaché d'un vice radical. Un tel système ne peut trouver d'excuse que dans la *nécessité*. Cette nécessité a peut-être existé autrefois; mais existe-t-elle encore aujourd'hui à une époque où la profession médicale est encombrée, comme le sont toutes les carrières savantes? Toutes les statistiques ne prouvent-elles pas que le nombre des médecins dépasse, et de beaucoup, les besoins de la population? Sans doute ce personnel est mal réparti; il pullule dans les villes, dans les cités riches, dans les campagnes aisées, et fait défaut parmi la population des contrées pauvres. Mais doublez, triplez encore le nombre des praticiens, abaissez de plus en plus leur niveau intellectuel, enlevez toutes les barrières, laissez le champ libre à toutes les incapacités, arriverez-vous à un résultat meilleur, à une *répartition* plus satisfaisante? Évidemment non. Le médecin incapable, aussi bien que le médecin instruit et habile, a des besoins, et ces besoins ne sont pas, tant s'en faut, en raison directe de sa valeur intellectuelle. Tous, avant tout, ont besoin de vivre, et ne peuvent vivre aujourd'hui que de la clientèle. Or, quelque effrénée, quelque déloyale, quelque terrible que soit la concurrence dans les villes, dans

Les faits ainsi ramenés à leur plus simple expression portent avec eux leur conclusion. Il y a sous tous les rapports accroissement en *nombre*, en *étendue* et en *intensité* de l'épidémie.

En nombre, il y a évidemment plus de malades, plus d'épidémisants et plus de véritables cholériques ;

En étendue, l'épidémie, qui paraissait confinée dans quelques quartiers de la capitale, les a envahis tous à peu près indistinctement.

En intensité, il y a plus de malades dans ceux des hôpitaux qui n'avaient cessé de se tenir à un certain niveau ; il y en a plus dans les quartiers qui ont été les premiers foyers de l'épidémie ; enfin, les formes de la maladie sont plus accusées et la mortalité plus rapide et plus considérable.

Abordons maintenant la solution des trois questions posées au commencement de cet article.

Y a-t-il recrudescence, oscillation ou véritable augmentation ?

Pour nous, la réponse n'est pas douteuse. Qu'on se reporte à nos précédents articles : nous n'avons nullement cru à la diminution apparente, induite des chiffres seulement. Les formes de la maladie étaient restées ce qu'elles avaient été, et la proportion des décès aux entrées n'avait guère changé. Aujourd'hui la maladie est plus grave, plus caractérisée qu'elle n'a jamais été : une recrudescence est un retour amoindri, après diminution, à un état antérieur plus grave. Or le retour serait évidemment plus grave que l'état primitif ne l'a jamais été. C'est donc un nouvel état.

Pouvons-nous conclure à de simples oscillations ? Pas davantage. Nous avons cru l'épidémie arrivée à sa période d'état : elle n'avait fait que s'arrêter temporairement ; c'était un stade dans sa période d'augment ; après ce stade un autre, puis un autre, de manière que nous ne saurions dire encore où nous en sommes : d'un nouveau stade de la période d'*augment*, ou de la véritable et définitive période d'*état*. Notre circonspection dans le passé nous commande la même réserve pour le présent et l'avenir. Il n'y a d'ailleurs aucune raison jusqu'ici d'admettre que l'épidémie soit arrivée à son maximum de développement. Génie épidémique et contagion sont deux inconnues dont la portée ne saurait être déterminée autrement que par les résultats, et encore.

— L'Académie a pris, dans la dernière séance, un grand parti. Non pas qu'elle ait donné précisément satisfaction à M. Bégin, qui a demandé itérativement qu'on supprimât en séance toute la partie de la correspondance relative à la contagion du choléra et qu'on se bornât à renvoyer les pièces à une commission : mais elle a adopté une proposition un peu moins prohibitive de M. Moreau. Dorénavant, M. le secrétaire perpétuel se bornera à énoncer le but et à préciser brièvement le sens des communications adressées sur ce sujet à l'Académie. Nous ne connaissons rien, quant à nous, de moins heureux, et en même temps de plus illusoire que ces demi-mesures. Qu'on frappe d'un bon interdit, sous prétexte d'intérêt public, les communications qu'on a demandées avec tant d'insistance aux correspondants, voilà qui se comprend. Que le motif soit bon, ou qu'il soit détestable, du moins il se produit clairement ; et, si l'appréhension est fondée, le remède est énergique et sûr. Mais n'admettre dans la salle des séances qu'un tronçon d'une correspondance purement scientifique, entrebâiller la porte et la refermer malicieusement, c'est ce que nous ne saurions concevoir, et si l'Académie ne s'effrayait pas trop d'un proverbe, nous lui dirions qu'*il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée.* Veut-on savoir le résultat certain d'une pareille mesure ? Ce sera l'aggravation du mal qu'elle est destinée à prévenir. Quand les communications étaient lues *in extenso*, s'il s'en trouvait de favorables à la contagion, il restait encore aux esprits circonspects de l'Académie une chance de prévenir la panique, c'était l'examen des faits allégués, et la courte discussion engagée à l'occasion des faits d'Amiens et de Nogent prouve assez toutes les ressources de contradiction qu'on peut trouver dans une conviction anticontagioniste. On pouvait alors dire au public : Oui, il est vrai, on cite quelques cas en faveur de la contagion, mais la grande majorité de l'Académie, qui a examiné ces cas avec grande attention, ne leur accorde aucune valeur. C'eût été assez rassurant pour la population. Maintenant, que va-t-on dire ? Eh mon Dieu ! on va dire que des exemples de contagion sont produits à chaque séance, des exemples qui, demeurés désormais sans contestation, prendront toute la valeur et toute la portée que la peur (puisque peur y a) voudra leur donner.

Mais l'Académie n'a pas fait seulement un mauvais calcul ; elle a pris une mesure absolument illusoire. M. Moreau a oublié de demander une chose : c'est que la correspondance relative à la contagion n'entre pas au secrétariat où tous les journaux de médecine et par leur intermédiaire, tous les journaux politiques peuvent la copier. A quoi sert de faire le discret à l'égard des cinquante ou soixante personnes qui garnissent le pourtour de la salle, pour tout dire ensuite à la presse et à la population tout entière ? Voilà un petit coup d'État à faire. C'est de notre part une suggestion magnanime...... Mais non, nous savons bien qu'on n'ira pas jusque-là, et notre but est seulement de montrer ce qu'il y a de contradictoire et d'impraticable dans la mesure adoptée par l'Académie.

Nous profitons immédiatement de la liberté qui nous est laissée quant à présent de prendre connaissance des communications adressées au bureau, pour appeler toute l'attention des esprits non prévenus, sur la lettre de M. le docteur Chambay, médecin des épidémies à Alençon (voir le compte rendu de l'Académie). Ici la contagion est, pour ainsi parler, criante. Une femme quitte, bien portante, le village de Pierre-Plate (près d'Alençon), où ne régnait ni cholérine, ni choléra, pour venir chercher un nourrisson à Paris. Dans cette ville, au bout de quinze jours, elle est prise de coliques et de diarrhée. Repartie le 3 avril pour son pays, dans cet état de maladie, elle arrive le 7 à Lonray, près de Pierre-Plate, offrant un appareil de symptômes caractérisé par un médecin d'Alençon : *Choléra intense, présentant la plupart des symptômes du choléra asiatique.* La commune continuait alors à être exempte de toute affection cholériforme. Cette femme succombe le 9 au soir. Deux jours après, sa fille présente les mêmes symptômes qu'elle et succombe en cinq jours. Le jour de l'enterrement de cette enfant, la grand'mère est frappée à son tour et meurt le lendemain. Ce n'est pas tout ; on vient de voir une personne infectée apporter la maladie dans une localité saine ; on va voir des personnes venues d'une autre localité également venir chercher le mal épidémique pris sur la première malade ; ce sont la mère et la sœur de celle-ci, qui, étant venues de 8 kilomètres pour lui donner des soins, sont atteintes toutes deux d'un choléra mortel.

Il n'y a qu'à raconter de semblables faits pour en montrer les conséquences relativement à la doctrine de la contagion.

Nous continuons à nous en tenir à l'exposé et à l'interprétation des faits particuliers, réservant toute discussion générale sur la doctrine même de la contagion jusqu'au moment où l'Académie sera bien forcée de s'y engager sur les pas de la commission du choléra. Nous nous en tiendrions donc à ce qui précède, si une lettre que M. Rochoux nous a fait l'honneur de nous adresser sur ce sujet ne demandait de notre part quelques explications. (Voir

---

les contrées riches et aisées, tous les médecins, quels que soient leurs titres et leur degré de capacité, préféreront la chance hasardeuse de cette concurrence à la certitude de mourir de faim, ou de végéter, dénués de tous, dans les campagnes pauvres.

On craint de diminuer le nombre des médecins. Croit-on sérieusement que la perspective d'une existence honorable, et parfois brillante, ne serait pas suffisante pour assurer le personnel médical des villes et des contrées aisées ? Quant aux campagnes pauvres, l'État, les départements, l'association des communes, peuvent *seuls* en assurer le service sanitaire par un système de mesures sagement combiné. Au lieu d'abaisser les barrières à l'*incapacité* pour n'aboutir qu'à l'encombrement, à la *dégradation* de la profession, qui compromettent la santé publique partout, tout en laissant des contrées entières dépourvues de médecins, ce sont les *capacités* qu'il faudrait attirer, fixer, répartir. A la *capacité pauvre* et dûment constatée, facilitez la conquête d'une profession honorable. Quand vous l'aurez fait, vous serez en droit de lui demander des services utiles en échange d'une position temporairement modeste, mais assurée. La création d'élèves boursiers dans les écoles et l'organisation de la médecine cantonale feraient pour la médecine des pauvres plus de bien en dix ans que le système actuel n'a fait de mal depuis qu'il fonctionne : c'est dire beaucoup. Si notre critique a été un peu vive, c'est que notre conviction est profonde.

Les diplômes du double baccalauréat, comme condition d'admission dans les écoles de médecine, serait-ce donc là une exigence déplacée, quand il s'agit d'une profession qui dispose de la santé et de la vie des citoyens ?

Rien de plus juste, rien de plus simple, rien de plus facile à réaliser que cette mesure ; ses inconvénients sont chimériques, ses avantages incontestables.

En éliminant les incapacités, elle n'éloignerait aucune vocation sérieuse.

En diminuant la quantité des praticiens, elle en améliorerait la qualité.

Elle relèverait la dignité professionnelle, et diminuerait l'encombrement de la carrière médicale sans compromettre le service sanitaire.

Elle rendrait les études plus fortes, l'instruction médicale plus solide.

Elle mettrait fin à une confusion déplorable dans le haut enseignement. En laissant aux Facultés des sciences le soin de former des bacheliers, elle rendrait à leur véritable esprit plusieurs des principales branches de l'enseignement dans les écoles de médecine, et par cela même ne serait pas sans influence sur le progrès de la science.

Sans doute l'exigence du double baccalauréat, *avant* l'admission dans les écoles de médecine, ne réaliserait qu'une faible partie des réformes que l'enseignement médical devra subir ; mais ce serait au moins un premier pas dans une direction opposée à celle qui a été suivie jusqu'à présent.

Le système du passé a tout sacrifié à la quantité du personnel médical. Ne serait-il pas temps de songer un peu plus à la qualité ?

Nous ne pouvons pas abandonner la question des conditions d'admission aux études médicales sans jeter un coup d'œil plus approfondi sur la nature même de ces conditions et les moyens employés à leur création. Si nous indiquons les diplômes du double baccalauréat, c'est que ces diplômes résument le titre officiel de l'instruction littéraire et scientifique donnée au nom de l'État.

Mais il peut être utile de se demander si l'instruction littéraire et scientifique, garantie par les diplômes, comprend précisément les notions les plus utiles à l'é-

à la fin du compte rendu de l'Académie.) M. Rochoux est convaincu *qu'il nous a fallu*, dans notre dernier article, *présenter sa manière de voir d'une manière inexacte pour pouvoir l'attaquer.* Notre inexactitude consisterait premièrement en ce que nous avions fait dire à M. Rochoux que la durée de l'incubation prétendue, chez les cholériques d'Hamel, avait été *de vingt-quatre ou quarante-huit heures*, terme d'une brièveté inconnue à toutes les maladies contagieuses, tandis qu'il aurait parlé de quarante-huit heures seulement; deuxièmement, en ce que nous aurions compris à tort la rougeole parmi les maladies citées par M. Rochoux à l'appui de son dire, la contagion de la rougeole étant, à ses yeux, *vraiment incertaine*.

Notre réponse sur ces deux points est on ne peut plus facile.

Et d'abord, la phrase relative à la durée de l'incubation n'est pas seulement dans nos souvenirs : elle est tout au long dans des comptes rendus de la séance autres que ceux de la GAZETTE, par exemple dans ceux de L'UNION MÉDICALE. C'en est assez, pensons-nous, pour montrer que c'est en toute bonne foi que nous l'avons attribuée à M. Rochoux. Nous avons eu tort, soit; mais il faut toujours accepter le terme de quarante-huit heures comme minimum de la durée de l'incubation chez les malades de Hamel. Or y a-t-il d'autres maladies contagieuses dont l'incubation, dans certains cas, ne dure pas davantage ou dure moins? Voilà toute la question. Nous avons cité la rougeole; M. Rochoux affirme qu'il n'en a pas parlé Nous l'en croyons encore; mais qu'est-ce que cela fait au fond de la question? Avec ou sans la mention de M. Rochoux, la rougeole déposera contre son argument, tiré de la courte durée de l'incubation, si elle offre elle-même parfois une incubation aussi courte ou même plus courte. Or cela est indubitable, cela est attesté par tous les pathologistes, par tous les praticiens. Sur quoi se fonde donc notre honorable contradicteur pour avancer que l'incubation de la rougeole est *vraiment incertaine?* Sur l'insuccès des inoculations. D'abord il n'est pas bien certain que la rougeole ne puisse se transmettre par inoculation. Home, Speranza, affirment avoir vu des rougeoles régulières se développer chez des individus auxquels ils avaient inoculé du sang pris dans les plaques rubéoliques, et il n'y a pas longtemps que la GAZETTE MÉDICALE a publié des expériences de Michael tendant à prouver que non-seulement le sang des plaques, mais d'autres humeurs, comme l'humeur lacrymale, inoculées sous la peau, pouvaient transmettre la rougeole; ensuite, est-ce que l'inoculation est le seul *criterium* du caractère contagieux d'une maladie? Est-ce que l'infection et l'inoculation sont deux caractères indissolublement unis, nécessairement solidaires, et ne peuvent exister l'une sans l'autre? Est-ce que l'expérience journalière, nous dirions presque l'expérience la plus vulgaire, celle des matrones, ne donne pas le démenti le plus formel à une pareille doctrine?

Mais cette doctrine, accordons-la un instant, par pure obligeance, à M. Rochoux. Croit-il qu'il en aura plus rai on pour cala dans sa guerre contre les faits de contagion venus d'Amiens? Il se tromperait étrangement. Si M. Rochoux ne croit pas à la contagion de la rougeole, il croit à celle de la syphilis; s'il regarde comme très difficile de mesurer exactement la durée de l'incubation dans une maladie simplement infectieuse, il admet avec raison que cela est très-facile dans le cas d'inoculation. Eh bien, pour nous en tenir à cette maladie si éminemment contagieuse par cette voie, à la syphilis, que M. Rochoux veuille bien ouvrir Hunter, à la page 413 du tome II (édit. Richelot, 1839), il y lira ce qui suit : « J'ai vu des cas où des *chancres* se sont manifestés VINGT-QUATRE HEURES après l'application du virus. » Et à la page 193 du même tome, il y verra exprimée cette opinion que le développement de la *gonorrhée* est parfois plus rapide encore et peut avoir lieu en quelques heures.

Au surplus, nous le répétons, les arguments tirés de la durée de l'incubation ne s'appliquent jusqu'ici qu'à un seul des faits invoqués à l'appui de la contagionibilité du choléra, et il est bon de rappeler que ces faits sont déjà au nombre d'une douzaine au moins. C'est déjà quelque chose.

CHOLÉRA-MORBUS.

INFLUENCE DES CONDITIONS GÉOLOGIQUES ET HYDROLOGIQUES SUR LA MARCHE DU CHOLÉRA EN FRANCE; par le docteur FOURCAULT.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Lorsque l'on cherche à apprécier l'action respective de la terre, de l'eau et de l'atmosphère dans la production et la propagation du choléra, on doit tracer son itinéraire au moyen de petites lignes coloriées sur des cartes géologiques et hydrographiques départementales, indiquant le lieu et l'époque de son invasion; de cette manière toute incertitude cesse, et on peut vérifier l'exactitude des faits que je viens d'énoncer. Mais si l'on se borne à disserter, au lieu de se livrer à l'observation, on s'expose à conserver de vieilles erreurs. En admettant la méthode et le procédé indiqués, les comités d'hygiène institués dans chaque département concourront efficacement aux progrès de la science, et l'Académie de médecine pourra diriger, coordonner et féconder leurs travaux. En suivant sur une de ces cartes le cours de la Marne, depuis Vitry-le-Français jusque dans les environs d'Épernay, on trouve un grand nombre de ces lignes coloriées sur les deux rives de cette rivière, indiquant les ravages de l'épidémie de 1832. De chaque côté de ces rives, dans de vastes plaines dont le sol est formé par la craie, l'absence ou la rareté de ces lignes indique la propriété préservatrice de cet élément géologique. Dans un village assis sur un terrain humide, entre la Marne et le canal de l'Ourcq, la maladie a enlevé la quinzième partie de la population, et n'a point sévi sur les villages circonvoisins, situés sur des lieux secs et élevés.

En parcourant ces cartes et en s'éclairant des données de la statistique comparée, on peut se convaincre que cette affection a plus particulièrement exercé ses ravages au milieu des courbes décrites par les fleuves, au confluent des rivières, le long des canaux laissant transsuder une abondante humidité. L'expérience prouve que les égouts, en favorisant cette transsudation, n'ont pas toujours été sans influence sur les ravages extraordinaires de l'épidémie. Sans avoir la prétention de dévoiler la cause de l'effrayante mortalité dont la Salpêtrière vient de nous offrir l'affligeant spectacle, nous devons dire cependant qu'elle se trouve assise dans un triangle tracé par la jonction de la Bièvre et de la Seine, et par conséquent dans la condition hydrographique précédemment indiquée. Les mêmes observations ont été faites sur les bords du Mississipi, de la Moskowa, de la Tamise, de la Seine, à la Nouvelle-Orléans, à Moscou, à Londres, à Paris, etc. A Londres, par exemple, le choléra a attaqué, en 1831 et 1848, les deux bords de la Tamise; mais à cette dernière époque, la rive du sud a été presque exclusivement le théâtre de ce fléau. Vainement, en explorant dans ces der-

---

tude de la science médicale, si l'enseignement qui conduit à la conquête de ces diplômes, l'enseignement secondaire des collèges, l'enseignement des Facultés des sciences, donne ce qu'il pourrait, ce qu'il devrait donner en vue de fournir à la carrière médicale des intelligences suffisamment préparées à un enseignement scientifique élevé.

Nous touchons ici à une question grave et délicate; elle divise encore les meilleurs esprits. Nous ne voulons pas la trancher; mais qu'il nous soit permis du moins d'exprimer des doutes.

L'enseignement secondaire a nécessairement un double but : il doit développer l'intelligence et tous ses nobles attributs; mais il doit aussi la doter des notions les plus utiles dans la généralité des carrières. Le système suivi remplit d'une manière assez satisfaisante la première de ces conditions. Comme gymnastique intellectuelle, il y aurait injustice à méconnaître ses services : ils sont réels, ils sont incontestables; mais donne-t-il en même temps la plus grande somme possible de connaissances réellement utiles? Atteint-il au même degré le second but qu'il doit se proposer? C'est ici que se placent nos doutes.

Le bachelier ès lettres résume les résultats positifs de l'enseignement secondaire. Suffisamment développées, ses facultés sont aptes aux travaux de l'intelligence; mais quelles sont les connaissances qu'il rapporte du collège? Il sait le latin, il sait moins bien le grec et peu ou pas du tout de langues vivantes. Il a des notions assez étendues d'histoire, une ébauche de littérature et de philosophie; mais sa science géographique est éphémère; négligées dans les classes élevées, ces notions datent de l'enfance et de la préparation plus récente de quelques-unes des principales questions exigées à l'examen. S'il a des notions suffisantes en mathématiques élémentaires, ses connaissances dans les sciences naturelles sont le plus souvent fragmentaires, et toujours sans étendue, sans portée.

Eh bien! dans ce résumé, nous voyons que le bachelier possède précisément le mieux les connaissances dont il aura le moins besoin dans la carrière médicale, et qu'il ne possède qu'imparfaitement ou pas du tout celles qui lui seraient surtout utiles.

Nous ne sommes plus à l'époque où la science médicale, jetant ses premières lueurs de renaissance, s'appuyait sur l'interprétation des textes d'Hippocrate et de Galien. Le temps de la renaissance est passé depuis longtemps, le moyen âge et la scolastique sont loin de nous. La plupart des sciences fondamentales de la médecine sont d'origine récente; elles sont écrites dans les langues modernes, et c'est dans les mêmes langues que s'expriment les savants qui, d'année en année, défrichent une fraction plus étendue de notre domaine.

Certes, la connaissance des langues anciennes n'est pas sans utilité; mais c'est une utilité historique plutôt qu'actuelle. Sacrifier tout à leur étude, c'est méconnaître les exigences de notre temps. Ce que devient la langue grecque, qui a tant absorbé de temps et de forces, demandez-le aux élèves en médecine arrivés à leur troisième année d'étude; ce que devient leur latinité se révèle assez clairement par les solécismes et par les barbarismes de la composition latine du cinquième examen. Il est bien peu d'étudiants qui lisent sérieusement un livre latin ou grec, pendant toute la scolarité; et quand la scolarité est terminée, les langues mortes sont oubliées. Il en est beaucoup qui regrettent amèrement de ne savoir ni l'allemand, ni l'anglais, ni l'italien, et pendant comme

niers temps les deux parties de cette belle et immense cité, j'ai cherché la cause de cette différence remarquable, et je ne l'ai trouvée ni dans la déclivité du sol ni dans les conditions sociales des classes pauvres ; cependant, dans les quartiers du sud, plusieurs rues ne sont point pavées sur l'appareil littoral et les eaux peuvent s'infiltrer dans le sol, condition d'insalubrité pendant le règne du choléra, et d'un grand nombre de maladies. Dans ces quartiers, le sol n'est pas aussi souvent séparé des maisons par des cuisines souterraines très-vastes, que dans les magnifiques et somptueuses habitations de l'ouest et du nord ; enfin les égouts n'offrent point aux eaux un écoulement aussi facile dans la partie la plus pauvre de Londres.

Dans un autre mémoire, j'aurai sans doute occasion de jeter un coup d'œil sur l'itinéraire du choléra dans les îles britanniques, et de confirmer les précédentes observations. Sur une vaste échelle, on peut trouver la loi des faits ; mais si l'on entre dans le monde des détails, on s'égare dans un conflit de causes spéciales, et on reste dans une profonde incertitude. Il est évident que les phénomènes géologiques doivent nous offrir les nombreuses anomalies dont la météorologie nous présente à chaque instant le mobile tableau. Qui ne connaît l'irrégularité, la bizarrerie des courants électriques ? Qui pourrait tracer la voie que doit suivre un orage dans le milieu atmosphérique ? Il est évident que les deux ordres de courants qui s'établissent dans ce milieu et au sein de la terre se correspondent, et varient suivant les conditions géographiques, géologiques et hydrographiques ; les travaux de M. de Humboldt et de quelques autres observateurs illustres ne laissent aucun doute à ce sujet. La physique médicale doit donc se borner, comme la physique des corps bruts, à enregistrer, à coordonner les faits généraux, et il faut cesser de s'égarer dans le dédale des causes spéciales, où l'on ne trouve qu'obscurité et confusion. Telle est, au moins dans l'état actuel de nos connaissances, la voie la plus sûre pour mettre un terme à des discussions stériles, qui s'élèvent chaque jour à ce sujet dans les Académies et les autres sociétés médicales.

On a remarqué l'activité singulière de la cause essentielle du choléra, suivant le cours des rivières, sur des formations secondaires, tertiaires, et surtout sur les terrains d'alluvion. A la même époque, au mois d'avril, il a régné avec plus ou moins d'intensité à Valenciennes, à Cambrai, à Arras, à Douai, à Beauvais, à Reims, à Laon, à Auxerre, à Amiens, à Abbeville, à Rouen, au Havre, à Mortagne, à Laigle, à Orléans, à Tours, à Nantes, à Paimbœuf, etc. Au lieu de suivre la ligne droite pour passer du bassin de la Seine dans celui de la Gironde, en traversant le haut Poitou, le plateau central, le choléra a parcouru le cours de la Loire, le littoral de la Vendée et celui de la Charente-Inférieure, et il a évité des obstacles géologiques insurmontables. Dans la presqu'île granitique de la Bretagne, où les obstacles se multiplient, la marche a été très-lente, et c'est sur l'appareil littoral qu'il a offert le caractère épidémique. Dans l'intérieur de la Bretagne, là où l'on ne trouve que des terrains primitifs, de transition, il a épargné une nombreuse population, et il était à l'état sporadique dans quelques localités. Ainsi, Rennes, ville ayant environ 30,000 habitants, assise dans un riche bassin tertiaire, n'a offert que 130 décès ; à Mortagne le rapport de la mortalité à la population a été de 11 décès sur 5,152 ; à Laigle, de 78 sur 5,412 ; à Mayenne, de 91 sur 9,797 ; à Coutances, de 1 sur 9,000 ; à Saint-Lô, de 2 sur 8,000 ; à Granville, de 15 sur 7,330 ; à Napoléon-Vendée, de 1 sur 3,904 habitants. Avranches, ville située dans une belle position, au sommet d'une roche ancienne, n'a point été atteinte par l'épidémie. Il est donc évident que son intensité varie suivant les conditions géographiques et hydrographiques.

A ces observations, à ces faits et à ces chiffres, j'ajouterai les résultats généraux de la statistique, pour tous les départements qui ont éprouvé, en 1832, 1834 et 1835, les ravages du choléra, et on reconnaîtra, je l'espère, que je n'ai point altéré la vérité dans les vues de fonder un système ou d'établir une doctrine.

TABLEAU INDIQUANT LE RAPPORT DES DÉCÈS A LA POPULATION DANS LES DÉPARTEMENTS DU NORD, DE L'OUEST ET DU MIDI DE LA FRANCE, PENDANT LES ÉPIDÉMIES DE 1832, 1834 ET 1835.

BASSIN DE PARIS, CHAMPAGNE, LORRAINE. — 1832.

	Population.	Décès choleriques.
Aisne	513,000	6,786
Aube	246 361	2,208
Ardennes	289,622	559
Calvados	494,702	308
Côte-d'Or	375,877	225
Eure	424,248	856
Eure-et-Loir	278,820	865
Indre	245,289	178
Indre-et-Loire	297,016	332
Loiret	305,206	1,801
Loir-et-Cher	235,759	703
Maine-et-Loire	467,871	564
Marne	337,076	6.868
Haute-Marne	249,827	1,922
Meurthe	415.568	1.476
Meuse	314,588	4,581
Moselle	417,003	2,187
Nièvre	282,521	724
Nord	989.938	6,040
Oise	297,725	3,419
Pas-de-Calais	655,215	5,104
Saône (Haute-)	338 910	102
Seine	947,074	22,308
Seine-et-Marne	323,893	7,385
Seine-et-Oise	448 180	6,067
Seine-Inférieure	697.683	2,804
Somme	543.987	8,606
Vosges	397,987	694
Yonne	352,437	3,384
Totaux	12,283,374	94,110

CHOLÉRA A L'ÉTAT SPORADIQUE, CATASTATIQUE. — 1832.

	Population.	Décès choleriques.
Allier	298,[illegible]57	7
Ardèche	340,734	52
Cher	256,059	16
Drôme	299,556	2
Isère	550,[illegible]58	11
Bouches-du-Rhône : Arles.	20,236	256
Deux-Sèvres	294.850	130
Charente	362,531	14
Gard	357,383	7
Lot et Garonne	346,883	2
Décès appartenant à divers départements non indiqués.	»	1,192
Totaux	3,126,747	1,689

après les études médicales, le temps d'apprendre fait défaut (1).

Les sciences naturelles ont aujourd'hui remplacé l'interprétation des textes des anciens ; elles représentent la base des études médicales modernes ; plus cette base est large et solide, et plus aussi elle favorise le développement des études spéciales. Tant que les fondements de cette base ne seront pas posés par l'enseignement secondaire lui-même, elle restera faible, tronquée, chancelante. En acceptant même la réforme d'une année entière consacrée aux sciences naturelles en dehors des études spéciales, on ne peut obtenir que des résultats tout à fait élémentaires. Il en serait autrement si les deux dernières années de l'enseignement secondaire embrassaient l'étude élémentaire, largement comprise, des sciences aujourd'hui si généralement utiles dans toutes les carrières. Dès lors l'enseignement des facultés des sciences pourrait devenir réellement supérieur, et l'enseignement des écoles de médecine trouverait un terrain déjà complètement préparé à la compréhension des *applications spéciales*.

(1) Il est vrai que nous avons des nomenclatures dérivées plus ou moins du grec ; mais il est fort douteux que les huit années d'études suffiraient pour comprendre d'emblée les mots techniques, si la traduction française ne se trouvait placée face à face du mot grec. D'ailleurs la science ne perdrait pas infiniment si l'hypersplénotrophie était remplacée par l'augmentation du volume de la rate et l'élytromochlion par une dénomination un peu plus intelligible et moins prétentieuse.

Sans doute l'enseignement secondaire n'est pas destiné à préparer la jeunesse plus spécialement à l'étude de la médecine qu'à toute autre carrière. Nous acceptons volontiers la discussion sur ce terrain, et nous demanderons aux défenseurs du programme traditionnel que les sont donc les carrières qui peuvent se passer sans inconvénient des langues vivantes, à une époque où il n'existe plus de langue savante universelle, à une époque où les nationalités, tout en conservant leur propre idiome, sont unies entre elles par un vaste réseau de communications rapides, par des intérêts communs, des relations constantes ? quelles sont donc les carrières pour lesquelles des notions de géographie et de sciences plus étendues que celles que donne le collége ne seraient pas nécessaires ? quelles sont donc les carrières qui ne peuvent pas se passer, sans des inconvénients beaucoup moindres, de la langue que parlaient les anciens peuples de la Grèce, et qui ont absolument besoin de connaître à fond le mécanisme de la prosodie latine ? Sont-ce nos ingénieurs, nos officiers de terre et de mer, nos employés de l'administration, nos négociants, nos industriels, nos agronomes, nos architectes, nos artistes ?

Que les jurisconsultes sachent le latin, cela peut-être nécessaire ; que les médecins le comprennent et le lisent, cela est incontestablement utile ; que tous apprennent une langue mère éminemment logique et belle, cela ne saurait qu'être avantageux ; que le futur philologue ait appris les éléments du grec au collége, cela ne saurait être blâmé ; mais que l'enseignement d'une ou de deux langues mortes absorbe toutes les forces vives des jeunes intelligences, ce n'est plus ni de notre temps ni de notre pays.

Si l'Université tentait une réforme dans le programme du baccalauréat et de

BASSIN DE LA GIRONDE. — 1832.

	Population.	Décès cholériques.
Charente-Inférieure	445,249	855
Gironde	554,225	428
Totaux	999,474	1,283

BRETAGNE. — 1832.

Côtes-du-Nord	598,870	1,722
Finistère	524,396	2,986
Ille-et-Vilaine	547,052	249
Loire-Inférieure	470,093	1,005
Manche	591,284	842
Mayenne	352,586	96
Morbihan	433,522	342
Orne	441,881	99
Vendée	330,350	377
Totaux	4,290,034	6,218

BASSIN DU RHÔNE. — 1834 et 1835.

Bouches-du-Rhône	319,614	4,582
Var	305,096	3,941
Gard	334,164	944
L'Hérault	324,200	1,207
Vaucluse	224,431	443
Aude	263,000	299
Totaux	1,770,505	11,416

En consultant ce tableau, on voit que pendant le règne des deux épidémies qui ont étendu leurs ravages en 1832, 1834 et 1835 dans le nord et dans le midi de la France, le choléra indien a enlevé 114,716 individus. On trouve 94,110 décès dans le bassin de Paris ou l'antique Neustrie, en y comprenant la Champagne et la Lorraine; 11,416 dans le bassin du Rhône; 1,283 dans celui de la Gironde; 6,218 en Bretagne et 1,689 dans divers départements où cette affection a paru à l'état sporadique ou catastatique (petite épidémie). On peut même porter ce chiffre à 116,000, si l'on ajoute les décès qui ont été produits par son extension dans quelques départements du midi, non mentionnés dans les documents officiels, et ceux qui sont le résultat de sa réapparition momentanée et soudaine, en 1836 et 1837, à Toulon et à Brest.

Cette invasion spontanée dans deux villes maritimes et dans les Bouches-du-Rhône, à Arles, en 1832, à une époque où cette partie du midi était dans les conditions sanitaires les plus favorables, annonce la puissance des causes locales sur le développement des épidémies; mais ce qu'il y a de plus remarquable, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le faire observer, le choléra n'a pas franchi les murs d'Arles; l'activité de la cause perturbatrice s'est concentrée et épuisée dans son enceinte, malgré les communications incessantes de ses habitants avec ceux des villages circonvoisins. Dans ce nouveau cratère viennent s'engloutir les hypothèses chimériques des contagionistes, de ceux qui admettent des semences, des insectes et une prétendue *constitution épidémique générale*, se transmettant par la voie atmosphérique! Ces documents sont officiels, et ils nous ont été communiqués par ordre du ministre du commerce et de l'agriculture et par M. Ségur-Duperron.

Maintenant, si l'on cherche à connaître les rapports des décès à la population, en tenant compte des milieux qui ont exercé la plus grande influence sur la propagation du fléau épidémique, on trouve ces résultats remarquables :

Pour le département de la Seine seulement.	23,55 décès	sur 1,000	habitants.
Pour le bassin de Paris	7,65	—	—
Pour le bassin de la Gironde	1,28	—	—
Pour la Bretagne	1,45	—	—
Pour le bassin du Rhône	6,44	—	—

Quant au choléra à l'état sporadique ou catastatique, le rapport des décès au chiffre de la population soumise à l'influence générale est d'un sur 2,000 habitants environ.

En examinant le rapport numérique des décès avec le chiffre de la population dans le département de la Seine comparé aux départements compris dans la seconde section, on trouve des différences fort remarquables qui appellent l'attention des géologues et des médecins; cependant, dans cette section, on a compris les décès peu nombreux des départements des Ardennes, du Calvados, de la Côte-d'Or et des Vosges. La constitution anatomique de ces départements vient encore confirmer les autres faits attestant l'action éminemment préservatrice des terrains anciens. Le résultat général de la statistique confirme les observations particulières exposées précédemment relativement à la Bretagne. Le choléra, malgré l'étendue du littoral et de la surface d'eau évaporable, a enlevé près de cinq fois moins d'individus dans cette presqu'île granitique que dans le bassin tertiaire de Paris. Cependant les faits que nous avons rapportés montrent que la cause perturbatrice n'avait rien perdu de son activité en parcourant le bassin de la Loire jusqu'à son embouchure.

Dans ce tableau, on ne voit point figurer les départements formés sur ce vaste trapèze qui embrasse les montagnes anciennes de l'Auvergne, du Limousin, du Cantal, du Forez, de la Lozère, des Cévennes et de l'Aveyron, du Poitou, du Morvan et de la Bourgogne; cependant ce trapèze granitique était au milieu des quatre foyers épidémiques que nous venons d'indiquer, et deux fois le choléra allant d'abord du nord au midi, et ensuite du midi au nord, s'est arrêté au pied de ces montagnes, comme dans les Ardennes et dans les Vosges. *Dans cette invasion*, ces roches primitives, ces terrains de transition paraissent même avoir protégé les terrains tertiaires de l'Alsace, de la Limagne, de la Bresse et les bassins houillers qui se trouvent encaissés au milieu de ces roches. Nous l'avons déjà énoncé, les habitants du bassin houiller du nord de la France et de la Belgique qui n'est point isolé, protégé de la même manière, étant formé de longues bandes continues déposées sur les rivages d'une vaste mer, n'ont point joui de cette immunité.

Cette exposition, que je chercherai à compléter dans un quatrième mémoire, achèvera de montrer l'influence des couches terrestres sur le développement du choléra asiatique et des autres maladies propres pour ainsi dire à l'hémisphère boréal; mais ces rapports purement matériels, empiriques entre ces couches et les perturbations organiques qui caractérisent le choléra indien ne sauraient suffire aux physiciens ni aux médecins qui cherchent à découvrir les causes, la subordination et l'enchaînement des phénomènes; il est évident qu'en admettant l'influence de ces formations, il importe de connaître leur mode d'action sur l'économie animale. On le voit maintenant, aux détails de la géologie descriptive doivent nécessairement se

l'enseignement secondaire, ce ne sont pas les écoles de médecine qui protesteraient au nom d'Hippocrate et de Galien.

Si les éléments des sciences étaient plus sérieusement enseignés au collége, si les facultés des sciences élevaient le niveau de leur enseignement, si surtout elles le rendaient plus pratique, en associant les élèves aux travaux des laboratoires, en les initiant aux procédés d'investigation, elles réaliseraient un progrès dont l'influence bienfaisante se ferait sentir dans toutes les écoles spéciales, dans toutes les carrières industrielles et savantes.

CH. SCHUTZENBERGER,

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

— L'Académie de médecine a fait deux nouvelles pertes. M. Jourda (François-Marie-Corentin), chirurgien-major en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine, est décédé dans sa 76e année. M. Loiseleur-Deslongschamps, membre de l'Académie de médecine, des Sociétés centrales d'agriculture et d'horticulture, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé à l'âge de 75 ans.

— Le docteur Antoine, chevalier de la Légion d'honneur, directeur honoraire de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, membre de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, l'un des doyens du corps médical de France, vient de mourir à l'âge de 96 ans et 5 mois.

Reçu docteur à l'ancienne Faculté de médecine de Besançon, en 1781, sa longue carrière a été dignement remplie soit par les soins constants qu'il prodiguait à l'humanité, soit par le professorat à l'École secondaire de Dijon.

C'était un homme de bien, savant, modeste et peu ambitieux; il a été regretté de tous ceux qui l'ont connu. C'était un digne et noble caractère.

— CAUSES DE LA DISPARITION DES INDIENS. — M. Stratton pense que c'est à tort qu'on a attribué la disparition des tribus indiennes à la présence des Européens et à l'introduction des boissons spiritueuses. La véritable cause se trouve, suivant lui, dans le commerce des fourrures, qui a conduit les Indiens à devenir presque exclusivement chasseurs, et qui les a forcés à s'éloigner à mesure qu'il tarissait la source de leur alimentation; en effet, les tribus qui se livrent à la culture de la terre, au lieu de diminuer, ont légèrement augmenté, tandis que celles qui se livrent exclusivement à la pêche ou à la chasse sont en grande voie de disparition. Mais, en somme, les races indiennes du nord de l'Amérique diminuent tous les jours. Stratton rend justice aux qualités aimables et pacifiques de ces peuples; il en a vu, dit-il, deux mille réunis dans l'île de Manitoulin, et ces Indiens se conduisirent pendant leur séjour dans l'île cent fois mieux que des Européens.

joindre les recherches de la géologie dynamique : l'une nous indique la cause passive et l'autre la cause active des phénomènes de l'ordre physiologique attribués exclusivement à l'action de l'atmosphère.

Déjà deux savants célèbres, MM. Dufrénoy et Élie de Beaumont, paraissent avoir senti la nécessité d'étudier cette dernière partie de la géologie : nous allons confirmer cette assertion en rapportant un passage remarquable de l'ouvrage monumental où ils donnent la description anatomique de la France.

« Les deux parties principales du sol de la France, disent ces savants, le » dôme de l'Auvergne (le plateau central) et le bassin de Paris (la Neustrie), quoique circulaires l'une et l'autre, présentent, comme on vient de » le voir, des structures diamétralement contraires. Dans chacune d'elles, » les parties sont coordonnées à un centre, mais ce centre joue, dans l'une » et dans l'autre, un rôle complétement différent.

» Ces deux pôles de notre globe, s'ils ne sont pas situés aux deux extrémités d'un même diamètre, exercent en revanche autour d'eux des influences exactement contraires : l'un est creux et *attractif*, l'autre en » relief est *répulsif*.

» Le pôle en creux, vers lequel tout converge, c'est Paris, centre de population, de civilisation ; le Cantal, placé vers le centre de la partie méridionale, représente assez bien le pôle saillant et répulsif. Tout semble » fuir en divergeant de ce centre élevé, ne recevant du ciel qui le surmonte » que la neige dont il est recouvert pendant plusieurs mois de l'année. Il » domine tout ce qui l'entoure, et ses vallées divergentes versent les eaux » dans toutes les directions. Ses routes s'en échappent en rayonnant, comme » les rivières qui y prennent leur source ; il repousse jusqu'à ses habitants » qui, pendant une partie de l'année, émigrent vers des climats moins sévères.

» L'un des deux pôles est devenu la capitale de la France et du monde » civilisé, l'autre est resté un pays pauvre et presque désert. Comme » Athènes et Sparte, dans la Grèce, l'un réunit autour de lui les richesses » de la nature, de l'industrie et de la pensée ; l'autre, fier et sauvage au » milieu de son âpre cortége, est resté le centre des vertus simples et antiques, et fécond malgré sa pauvreté, il renouvelle sans cesse la population des plaines par des essaims vigoureux et fortement empreints de » notre ancien caractère national. »

Il est impossible de considérer cette belle exposition comme un jeu de l'imagination et une brillante métaphore ; la pile inventée par Volta semble être une ingénieuse reproduction de celle formée par l'auteur de la nature. La terre n'est point une masse inerte ; elle nous offre des centres d'action dont la puissance sur l'atmosphère, sur les végétaux et les animaux, ne saurait être aujourd'hui méconnue ; cette puissance ne peut s'exercer qu'au moyen des agents physiques qui pénètrent toutes les molécules de la matière. On sait d'ailleurs que les influences électriques s'accroissent en raison directe de l'élévation des montagnes, qu'elles s'affaiblissent au contraire sur le littoral de la mer, dans les lieux bas et humides ; or, nous l'avons démontré par un grand nombre de faits, le choléra augmente ou diminue de fréquence et d'intensité dans le même rapport ; il apparaît et se propage dans les vallées ou dans les pôles en creux, pour me servir des expressions pittoresques des deux illustres géologues que je viens de nommer, là où la conductibilité des couches inférieures de l'atmosphère est augmentée par un excès d'humidité ; il perd graduellement de sa fréquence et finit par disparaître au sommet des plus hautes montagnes, surtout sur les roches primitives, isolantes, où la tension et les phénomènes électriques acquièrent leur maximum d'intensité, d'après les recherches de Saussure et des physiciens modernes les plus habiles. Le rapport que je viens de signaler n'est point une simple coïncidence, et il sera établi que la même loi s'observe dans les saisons, les contrées et la période du mouvement diurne, remarquables, soit par l'accroissement, soit par la diminution des forces électriques.

Si maintenant nous admettons l'existence d'une cause pertubatrice générale, par suite des changements séculaires survenus dans la constitution de notre hémisphère, son action spoliatrice, absorbante, s'exercera avec beaucoup plus d'intensité dans les pôles en creux, attractifs, que sur les pôles saillants et répulsifs ; j'espère pouvoir démontrer ultérieurement que l'homme, les animaux et les végétaux subissent cette douce influence. Si l'action de la cause initiale devient moins intense, ses effets diminuent graduellement sur les hautes montagnes, et ne s'observent plus que dans les vallées humides, sur l'appareil littoral des fleuves et de la mer où l'électricité des couches inférieures de l'atmosphère est à son minimum ; mais si, au contraire, la violence de cette cause vient à s'accroître, les effets augmentent dans le même rapport, le mouvement d'ascension de l'épidémie dépasse les limites connues, et une foule de bassins et de montagnes cessent d'être inaccessibles à ses ravages. Dans ce dernier cas, on attribue assez généralement ces ravages à l'imperfection de l'hygiène ; dans le premier, on se félicite d'avoir nettoyé quelques ruisseaux, débarrassé certaines rues de leurs immondices. Si l'ingénieux auteur de Gulliver existait, il parviendrait sans doute à nous donner une juste idée des effets miraculeux des travaux entrepris dans cette direction.

Néanmoins, les conditions de propagation du choléra sont complexes et ne sauraient se trouver toutes dans celles que je viens de signaler ; l'étiologie du choléra ne peut se résumer dans une question de force ou de faiblesse de la cause initiale ; ces vues seront donc modifiées par les progrès ultérieurs de la physique médicale, lorsque nous aurons acquis quelques notions touchant le véritable mode d'action de l'Océan éthéré qui nous environne, sur notre système sensible et sur celui des animaux.

En résumé, s'il reste des doutes, de l'incertitude sur la nature, l'essence de la cause active et générale du choléra épidémique, la même incertitude ne règne plus maintenant sur les conditions matérielles observables qui président à son développement. D'autres faits non moins importants viendront confirmer ces premières données et élargir les bases de la science des épidémies. Toutefois, nous ne pouvons avoir la prétention de porter la lumière dans toutes les parties obscures de cette science, de remplir toutes les lacunes qui la séparent de la géologie descriptive et de la physique générale, d'offrir la solution des plus grands problèmes de la médecine. Des recherches ultérieures, de nombreuses expériences, d'immenses travaux doivent avant tout combler ces lacunes. Notre but, nous devons le répéter, est seulement de poser quelques jalons sur une voie à suivre au milieu du labyrinthe où le génie de l'homme s'égare depuis plus de vingt siècles. Après avoir étudié les causes physiques du choléra, les causes physiologiques, organiques de cette affection fixeront spécialement notre attention ; alors il sera établi, au moyen de la méthode expérimentale et de l'observation, qu'elle est déterminée par une lésion profonde de l'innervation, par la suspension de deux importantes fonctions, et non par l'action d'un agent délétère répandu dans l'atmosphère ; enfin, il sera démontré qu'elle est le résultat d'une *asphyxie* et non celui d'une véritable intoxication ou d'un empoisonnement miasmatique. Les éléments de cette théorie se trouvent dans notre TRAITÉ DES CAUSES GÉNÉRALES DES MALADIES CHRONIQUES (1).

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES DOUCHES FROIDES, LOCALES ET GÉNÉRALES, INTERNES ET EXTERNES, APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ENGORGEMENTS ET DES DÉPLACEMNTS DE LA MATRICE, AINSI QUE DES ACCIDENTS GÉNÉRAUX QUI ACCOMPAGNENT SOUVENT CES AFFECTIONS ; présenté à l'Académie des sciences le 12 mars 1849, par M. le docteur L. FLEURY, agrégé à la Faculté de médecine, etc.

Avant d'exposer les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus dans le traitement de certaines affections de la matrice, résultats qu'il me paraît utile de faire connaître, il est nécessaire de bien s'entendre sur le sens pathologique des mots *engorgement utérin*. On sait, en effet, que quelques auteurs les effacent à peu près complétement des cadres nosographiques, tandis que d'autres en font une dénomination collective sous laquelle ils comprennent la simple congestion, l'hypertrophie, une induration de tissu, squirrheuse pour les uns, distincte du squirrhe pour les autres, l'encéphaloïde, les tubercules et jusqu'aux corps fibreux.

Sans entrer dans toutes les discussions que ces questions comportent, et que M. Monneret et moi avons abordées ailleurs avec détails (2), je dirai seulement, ici, que, pour moi, l'engorgement est *l'augmentation permanente du volume du corps ou du col de l'utérus, produite par l'épaississement partiel ou général de ses parois, en l'absence de toute autre modification physiologique ou pathologique de l'organe gestateur, de tout développement d'un tissu hétérologue.*

Cette définition sépare nettement l'engorgement utérin des différentes affections avec lesquelles il a été confondu, et établit une individualité morbide parfaitement caractérisée par l'anatomie pathologique et par la symptomatologie (3).

Il faut se rappeler, en outre, que la consistance du tissu engorgé peut être conservée, augmentée ou diminuée ; d'où trois espèces d'engorgement uté-

(1) Cet ouvrage (1 vol. in-8°) contient le précis des expériences physiologiques de l'auteur, sur les fonctions de la peau, honorées d'un prix Montyon décerné par l'Institut, dans sa séance publique de 1840. — Chez Reymond, 52, avenue des Ternes, et chez Germer Baillière, libraire à Paris.

(2) COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE. Paris, 1848, t. VIII, p. 368-370.

(3) Voy. le COMPENDIUM, *loc. cit.*

rin : l'engorgement hypertrophique, l'engorgement avec induration et l'engorgement avec ramollissement.

Je dois dire aussi qu'il ne sera question, dans ce travail, que des *déplacements utérins proprement dits*, dans lesquels l'utérus a subi un déplacement absolu sans que la direction de ses différents axes soit changée (*élévation, abaissement*), et des *inclinaisons*, dans lesquelles l'utérus se déplace en masse, de façon que son grand axe ne correspond plus à celui du grand bassin (*antéversion, rétroversion, obliquités latérales*). Aucun cas d'*inflexion utérine* ne s'est présenté à mon observation, et la *chute* ou *prolapsus* de l'*utérus* est également hors de cause.

Malgré les travaux récents qui ont imprimé une si heureuse impulsion à la thérapeutique des affections utérines, l'engorgement est encore un écueil contre lequel viennent chaque jour se heurter les praticiens. Le fer rouge, qui a fourni à M. Jobert de si beaux résultats, peut à juste titre être considéré comme le remède héroïque de l'engorgement avec ramollissement du col (*état fongueux*); mais son action n'est plus ni aussi sûre ni aussi puissante lorsqu'il s'agit de l'hypertrophie ou de l'engorgement avec induration. Ajoutons cependant, pour être juste, que de tous les moyens employés jusqu'à présent, c'est celui qui compte le plus grand nombre de succès. « Nous avons vu M. Jobert obtenir, et nous avons obtenu nous-mêmes, à l'aide de la cautérisation avec le fer rouge, la guérison complète d'engorgements indurés volumineux, qui pendant plusieurs années avaient résisté aux traitements les plus variés et les plus énergiques (1). »

En dehors du fer rouge, on ne trouve guère dans les auteurs que contradictions et incertitudes. Le repos absolu de la malade, encore conseillé par quelques médecins, favorise la congestion utérine, et augmente par conséquent l'engorgement.

Les sangsues appliquées sur l'hypogastre, les lombes, les reins, les cuisses, à l'anus ou sur le col utérin lui-même, sont pour M. Duparcque le traitement curatif essentiel de quelques engorgements utérins, et le traitement préparatoire indispensable de la plupart des autres ; mais Boivin et Dugès, Lisfranc, M. Chomel, sont bien loin de partager cette opinion. Quant à nous, notre expérience personnelle nous porte à rejeter les saignées locales d'une manière à peu près absolue.

Les saignées générales spoliatives (250 à 300 grammes), préconisées par M. Duparcque, reposent sur une théorie erronée qui rattache l'engorgement utérin à l'état phlegmasique ; elles ont presque constamment un résultat fâcheux. Plus on tire de sang, plus celui qui reste semble avoir de tendance à se précipiter vers l'utérus congestionné.

Les saignées générales dérivatives ou révulsives (15 à 180 grammes), tant prônées par Lisfranc et par quelques-uns de ses élèves, sont tombées dans un juste discrédit ; elles sont aujourd'hui à peu près complétement abandonnées.

La ciguë, vantée par M. Récamier, l'iodure de potassium, prescrit par Lisfranc, les alcalins, les ferrugineux, les mercuriaux, n'ont qu'une efficacité douteuse, et, dans tous les cas, très-exceptionnelle.

Les vésicatoires placés aux environs des organes sexuels, les exutoires établis au bas des reins, au-dessus des ligaments de Fallope, sur les cuisses ou sur les jambes, le séton posé autour de la cavité pelvienne ou sur l'hypogastre, sont des moyens auxquels peu de malades veulent se soumettre, et dont l'efficacité n'est point suffisamment démontrée pour en compenser les graves inconvénients.

Parlerai-je de l'abstinence prolongée (*cura famis*), qui, de l'aveu de M. Duparcque lui-même, ne réussit qu'en produisant l'amaigrissement, le dépérissement, le marasme et l'atrophie (2)?

Si maintenant l'on se demande de quels moyens le médecin dispose pour combattre efficacement les déplacements utérins, on arrive à un résultat plus regrettable encore ; car on est réduit à des moyens mécaniques, c'est-à-dire à des palliatifs dont les inconvénients sont souvent plus fâcheux que la maladie elle-même.

« On entrevoit difficilement, dit M. Velpeau, la possibilité de guérir les déviations de l'utérus, et comme il s'agit d'un phénomène matériel, il est certain que les médications et les ressources pharmaceutiques ne peuvent absolument rien contre ces maladies ; c'est donc à des procédés mécaniques seuls que l'on doit songer pour entrevoir quelques chances de succès, et encore s'aperçoit-on, en y réfléchissant quelque peu, que ces procédés doivent être d'une exécution fort difficile (3). »

Les différentes ceintures mécaniques occasionnent toujours plus ou moins de gêne et de douleur ; elle sont pour la femme une suggestion fatigante et désagréable ; enfin elles n'amènent souvent qu'un soulagement peu marqué. Quant aux pessaires, tampons, éponges, etc.; on en connaît assez les

(1) COMPENDIUM, *loc. cit.*, p. 378.
(2) Duparque, TRAITÉ THÉOR. ET PRAT. DES ALTÉRATIONS ORGANIQUES SIMPLES ET CANCÉREUSES DE LA MATRICE. Paris, 1831, p. 280 et suiv.
(3) Velpeau, GAZ. DES HÔPIT., 1845, p. 370.

désagréments et les dangers pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point.

Priesnitz ne paraît pas avoir appliqué l'hydrothérapie au traitement des affections utérines, que, probablement d'ailleurs, il ne sait point reconnaître. MM. Scoutetten, Schedel et Engel ne les mentionnent point dans leurs ouvrages (1).

M. Baldou assure qu'il a eu souvent occasion d'admirer les beaux résultats obtenus par lui dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires de la femme (2), mais il ne produit aucun fait de déplacement utérin, et quant à l'*engorgement* on ne trouve dans son ouvrage qu'une seule observation fort incomplète, dont voici le résumé :

OBS. — Une dame éprouvait depuis trois ans *des douleurs utérines* très-vives et elle était arrivée à un tel point d'amaigrissement et de dépérissement *qu'elle effrayait toutes les personnes qui la voyaient*. Cette malade, que *tous les médecins* avaient regardée jusque-là comme atteinte d'une *affection organique de l'utérus*, avait fait des injections de diverses natures et *avait été cautérisée un grand nombre de fois;* elle était affligée, en outre de sa maladie utérine, d'un catarrhe chronique et d'hémorrhoïdes.

Un examen attentif fit reconnaître à M. Baldou « que le col de la matrice était dur et résistant, *un peu plus volumineux que l'état normal, mais il avait conservé sa forme ordinaire*. La matrice *paraissait être dans un état analogue*. La muqueuse qui recouvre le col de la matrice et celle qui tapisse la partie supérieure du vagin présentaient une demi-douzaine de points rouges, avec ulcérations superficielles très-douloureuses au toucher. »

Cette malade fut soumise au traitement hydrothérapique : enveloppement dans des couvertures de laine avec linges mouillés sur la poitrine et le bas-ventre; affusions avec frictions pendant une minute; injections, bains de siége de vingt minutes, bains entiers, douches, etc.

Les résultats de ce traitement furent les suivants :

Le cinquième jour les douleurs utérines cessent. Le dixième, le *toucher* ne fait plus reconnaître les *ulcérations du vagin* (et celles du col utérin?). Le trente-deuxième, la malade gagne à vue d'œil de l'embonpoint et des couleurs. Le traitement est continué jusqu'à la fin du mois de mars (malheureusement nous ne savons point quand il a été commencé), et M. Baldou déclare qu'à cette époque le succès est complet (3).

Nous voulons le croire sur parole ; cependant nous aurions été désireux de savoir si la vue concordait avec le toucher quant aux ulcérations, si le col avait cessé d'*être un peu plus volumineux que l'état normal*, et si la matrice ne *paraissait plus être dans un état analogue*.

Telle est cette observation que l'auteur place dans le chapitre consacré aux maladies des organes génito-urinaires, et que, quelques lignes plus bas, il présente comme un exemple de catarrhe chronique guéri par l'hydrothérapie; le lecteur en appréciera la valeur.

M. Lubansky a eu souvent occasion d'appliquer l'hydrothérapie au traitement des affections utérines, mais il avoue qu'il s'est préoccupé surtout de l'état général des malades et que les troubles locaux ne lui ont fourni que des indications secondaires (4) ; de là, probablement, des résultats qui nous paraissent ne pas avoir été complétement satisfaisants.

En effet, M. Lubanski nous apprend, avec une louable franchise, que le traitement a échoué sur trois malades dont l'une présentait une antéversion de l'utérus, l'autre un engorgement du col accompagné de douleurs névralgiques; la maladie de la troisième n'est pas indiquée (5). A côté de ces insuccès se place, néanmoins, un fait qui mérite d'être signalé.

OBS. — Une femme atteinte d'un engorgement, d'un abaissement et d'une antéversion de l'utérus, ayant été traitée pendant plusieurs mois par Lisfranc, ayant subi l'introduction d'un pessaire par les mains de M. Hervez de Chégoin, présentant depuis plusieurs années des symptômes locaux et généraux fort graves, a été notablement soulagée par un traitement de quatre mois et demi ; l'antéversion subsistait toujours, mais l'engorgement et l'abaissement avaient disparu (6).

Ayant traité, depuis plusieurs années, un grand nombre d'affections utérines, j'ai dû rechercher si quelques indications, locales et générales, n'avaient pas été jusqu'alors trop négligées ou méconnues, et voici ce que M. Monneret et moi écrivions dans le COMPENDIUM :

« Les bains froids ont pour effet primitif de congestionner l'utérus, et pour effet consécutif, ou réactionnel, de ramener le sang du centre vers la circonférence, et par conséquent d'activer la circulation capillaire périphérique. M. Lisfranc ne tenant compte que de l'effet primitif rejette l'emploi

(1) Scoutetten, DE L'HYDROTHÉRAPIE. Paris, 1843. — Schedel, EXAMEN CLINIQUE DE L'HYDROTHÉRAPIE. Paris, 1845.—Engel, DE L'HYDROTHÉRAPIE. Paris, 1840.
(2) Baldou, INSTRUCTION PRATIQUE SUR L'HYDROTHÉRAPIE. Paris, 1846, p. 283.
(3) Baldou, *loc. cit.*, p. 294, 298.
(4) Lubansky, ÉTUDES PRATIQUES SUR L'HYDROTHÉRAPIE. Paris, 1847, p. 323, 326.
(5) Lubansky, *loc. cit.*, p. 324, 326.
(6) Lubansky, *loc. cit.*, p. 300, 307.

de ce moyen dans le traitement de l'engorgement utérin, parce que, selon lui, il ne peut qu'augmenter la congestion dont la matrice est le siége. Les craintes de M. Lisfranc ont été souvent justifiées par l'usage des bains de rivière, des bains en cuve, des bains de siége, mais elles ne seront jamais réalisées si l'on a soin de ne point prolonger outre mesure l'effet primitif de l'eau froide, et de provoquer une réaction suffisamment énergique. Les procédés dans lesquels l'eau froide frappe toute l'enveloppe cutanée avec une certaine force de projection remplissent parfaitement ces deux conditions. Les bains de pluie, les douches, sont extrêmement utiles contre les indurations résultant de congestions antérieures; ils modifient rapidement et fort heureusement l'état général et l'affection locale.

» C'est en considérant les déplacements utérins comme étant presque toujours *essentiels*, c'est en proclamant, *àpriori*, l'inefficacité des moyens hygiéniques et pharmaceutiques que l'on a fourni à des charlatans l'occasion de guérir des déplacements qui, pendant plusieurs années, avaient résisté aux chirurgiens les plus habiles.... La plupart des praticiens considèrent les déviations de l'utérus comme au-dessus des ressources de la médecine, et ils ne leur opposent qu'un traitement chirurgical, c'est-à-dire un traitement palliatif dont les inconvénients surpassent quelquefois ceux du déplacement lui-même.... Nous professons une doctrine entièrement opposée; nous croyons que les déplacements utérins sont en grande partie symptomatiques, nous croyons qu'une médication hygiénique et pharmaceutique dirigée contre la cause des déplacements est souvent suivie de succès.... Pour remédier au relâchement des ligaments, on prescrit les bains de siége froids, les applications froides sur l'hypogastre, les douches, les injections, les lavements froids....; si la malade a maigri, il est urgent de modifier l'état général par l'exercice, l'alimentation, le séjour à la campagne, etc. (1). »

Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai vu les douches froides exercer une action remarquable sur la digestion, la nutrition et l'innervation; je les ai vues amener en peu de temps la résolution de congestions spléniques considérables, d'hypertrophies anciennes de la rate et du foie (2); je les ai vues modifier la vitalité des parties fibreuses qui unissent les os entre eux, et faire disparaître des engorgements articulaires de la nature la plus grave (3), et je me suis demandé alors si les douches froides ne seraient pas appelées à jouer un rôle important dans le traitement des affections utérines; je me suis demandé si, par l'activité qu'elles impriment à la circulation capillaire périphérique, elles ne combattraient point la congestion de l'utérus aussi efficacement que celle de la rate, du foie, du poumon, etc.; si par l'énergie qu'elles impriment à l'absorption interstitielle, elles ne résoudraient point des engorgements utérins, hypertrophiques ou indurés, aussi bien que des hypertrophies spléniques, hépatiques, que des engorgements articulaires; si elles n'exerceraient pas une action heureuse sur les ligaments de l'utérus comme sur ceux de l'épaule ou du genou; si en ramenant l'appétit, l'embonpoint, si en régularisant l'innervation, elles ne combattraient pas efficacement les symptômes généraux et sympathiques, quelquefois si graves, qui accompagnent les maladies de l'utérus; je me suis demandé enfin si, rationnellement administrées, les douches froides ne répondraient pas aux indications, locales et générales, qui occupent la première place dans le traitement des engorgements et des déviations de l'utérus.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

DES DIVERSES MÉDICATIONS EMPLOYÉES DANS LES HÔPITAUX, ET DES RAPPORTS NUMÉRIQUES DES GUÉRISONS ET DE LA MORTALITÉ AVEC CES MÉDICATIONS.

Comme nous l'avons promis dans notre dernier numéro, nous consacrerons cette *Revue clinique* au résumé des méthodes thérapeutiques et à l'examen des différentes particularités de traitement propres à chaque hôpital et à chaque médecin des divers établissements hospitaliers de Paris. Nous mettrons en regard les résultats numériques de la mortalité et des guérisons. Notre but, en établissant et en présentant ce tableau comparatif, est moins de juger aujourd'hui les vues et les efforts des honorables praticiens des hôpitaux, que de poser les premières bases d'une appréciation qui ne pourrait d'aucune façon être complète aujourd'hui. C'est donc plutôt un appel à l'attention de nos lecteurs et une espèce d'inventaire propre à les diriger qu'un jugement définitif, et encore moins une conclusion.

Pour ne pas être entraînés à des répétitions fastidieuses et inutiles, voici la marche générale que nous nous proposons de suivre. D'abord quelques observations sur les conditions spéciales d'exposition, de salubrité, d'aération, d'encombrement de chaque hôpital, sur les avantages et les inconvénients de ces conditions, sur les classes de malades qui y sont traités, et pour les hospices, sur les circonstances particulières d'âge et de sexe des sujets qui y sont admis, etc.; en un mot, sur toutes les circonstances étiologiques secondaires qui peuvent avoir concouru aux résultats obtenus, et fait varier d'une manière quelconque les chiffres de la mortalité et de la guérison, quels que soient d'ailleurs les moyens thérapeutiques employés.

Bien que, dans chaque hôpital, il y ait un certain nombre de services différents, et par conséquent des méthodes de traitement également différentes et souvent même diamétralement opposées, nous ne pouvons jusqu'ici que présenter un résumé général du mouvement de chaque hôpital, en regard des méthodes et des procédés mis en usage. Nous ne décomposerons pas le chiffre général de chaque établissement pour établir celui de chaque service en particulier; toutefois, lorsqu'il y aura des oppositions capables, à notre sens, de faire varier d'une manière notable les résultats, nous chercherons à les apprécier, et à faire en quelque façon le décompte et la part de chacun.

Notre point de départ sera le mouvement des hôpitaux arrêté à la fin de la semaine dernière. Si, comme il est à craindre, l'épidémie est loin encore de toucher à sa fin, et si surtout de nouvelles phases de la maladie et de nouveaux moyens de traitement sont mis en lumière, nous nous ferons un devoir de revenir avec détail sur tous les faits propres à compléter nos précédentes *Revues*, de manière à ne laisser dans l'ombre aucun point d'une importance réelle. Pour aujourd'hui, nous nous en tiendrons à notre résumé thérapeutique général. Nous passerons en revue les hôpitaux suivant leur ordre d'importance.

Hôtel-Dieu.

L'Hôtel-Dieu reçoit des malades de tout âge, des deux sexes, et généralement des sujets appartenant à un quartier pauvre et malheureux, où les excès sont habituels. L'établissement passe en général pour être un des moins salubres de la capitale. Sa situation sur la Seine, le nombre des services agglomérés dans un petit espace, la situation de quelques salles mal aérées, et par-dessus tout l'encombrement, telles sont les conditions sanitaires de l'Hôtel-Dieu.

En ce qui concerne les médecins, l'Hôtel-Dieu réunit en premier lieu les chefs et les sommités de l'École de Paris proprement dite. Rappeler que MM. Chomel, Louis, Rostan, y enseignent et y pratiquent, c'est laisser prévoir que les vues pathologiques y seront inspirées par l'organicisme éclairé de toutes les lumières d'une analyse anatomique et physiologique approfondie, et la thérapeutique réglée par une sage appréciation des effets des médications en rapport avec les principaux groupes de symptômes qu'elles sont destinées à combattre. C'est donc une médecine en quelque façon anatomo-physiologique, prenant pour guides les groupes d'appareils et les groupes de symptômes, et pour moyens les médications dont l'École de Paris a cherché à déterminer la théorie physiologique.

Ces honorables chefs de service, et les autres praticiens de l'hôpital qui procèdent de la même École, offrent donc une pratique à peu près uniforme, dont les moyens répondent à peu près aux principaux groupes de symptômes de la maladie.

Ainsi, contre la diarrhée, la plupart emploient l'opium et ses préparations, les astringents, et tous rejettent les éméto-cathartiques.

Contre les vomissements, la glace, l'eau de Seltz glacée, la potion antiémétique de Rivière.

Contre la faiblesse, les excitants variés internes et externes.

Contre les douleurs, une médication calmante, et dans certains cas une médication révulsive.

Contre le refroidissement, tous ont recours à des moyens caléfiants divers, chacun avec des variations plus ou moins notables dans les procédés, qui au bain de vapeur, qui au bain d'air chaud, celui-ci au bain entier d'eau simple à la température de 40° à 42° centigr.

Contre une chaleur trop vive et l'apparence de congestion interne, quelques saignées locales, l'eau froide, la glace même.

On le voit donc, et nous n'avons pas besoin d'y insister plus longuement, il n'y a chez les principaux médecins de l'Hôtel-Dieu ni méthodes spécifiques, ni méthodes profondément perturbatrices, ni méthodes purement empiriques. C'est, en quelques mots, le rationalisme physiologique pour la théorie comme pour la pratique. Il faut toutefois excepter de cette caracté-

(1) COMPENDIUM, *loc. cit.*, p. 368-376.

(2) L. Fleury. DES DOUCHES FROIDES APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE. — *In* ARCH. GÉN. DE MÉD., 1848, t. XVI, p. 289.

(3) L. Fleury. DE L'ACTION ISOLÉE ET COMBINÉE DES DOUCHES FROIDES, ET DES MOUVEMENTS GRADUELLEMENT FORCÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE INCOMPLÈTE. — *In* ARCH. GÉN. DE MÉD., 1848, t. XVII, p. 317.

ristique générale deux jeunes praticiens, dont l'un recourt avec une assez grande confiance à la médication salée et l'autre à la méthode vomitive.

Voici, du reste, l'indication sommaire des méthodes de traitement propres à chacun d'eux.

M. CHOMEL.

M. Chomel admet plusieurs méthodes de traitement, comme il admet plusieurs formes de choléra. Les formes principales qu'il reconnaît sont la forme nerveuse, la forme algide, la forme gastro-intestinale et la forme inflammatoire : la première caractérisée par la prédominance des douleurs, par les crampes, les douleurs et les tiraillements d'entrailles ; la seconde caractérisée par la diminution de la chaleur et les troubles de la circulation et de la respiration ; la troisième par l'abondance des évacuations ; la quatrième enfin, de toutes la plus rare, caractérisée par des symptômes qui ont quelque ressemblance avec la gastrite aiguë et la dyssenterie.

Contre la forme nerveuse, M. Chomel emploie l'opium par la bouche ou en lavement, suivant qu'il est plus facile de l'administrer par l'une ou l'autre de ces voies, ou par ces deux voies à la fois, si cela est possible. Dans le cas où les malades rejetteraient également la potion et les lavements, il a recours à la méthode endermique.

Parmi les moyens calorifiques employés dans la période algide, M. Chomel place en première ligne, comme l'un des plus efficaces et des plus faciles à mettre à exécution, les douches de vapeurs sèches ; il les préfère aux douches de vapeurs humides, qui ont l'inconvénient de favoriser le séjour sur la peau de cette sueur visqueuse froide qui s'oppose à la réaction, et concourt, avec la diarrhée et les vomissements, à produire la colliquation. On se sert, pour administrer ces douches de vapeurs sèches, d'un appareil très-simple dont nous avons fait connaître les principales dispositions dans le compte rendu des séances de l'Académie de médecine. A défaut de cet appareil, M. Chomel se sert de sachets de sable chaud qui sont d'un emploi très-commode, et qui ont l'avantage, sur les boules d'eau chaude généralement usitées, de se prêter à toutes les formes, de manière à pouvoir être appliqués indistinctement sur toutes les parties du corps.

Pour les mêmes motifs, les frictions auxquelles M. Chomel donne la préférence sont les frictions sèches avec des fumées aromatiques, de benjoin, d'encens ou de baies de genièvre. Il a quelquefois recours aux frictions avec la glace pilée, mais dans les cas seulement où le froid dure depuis peu de temps, et chez des sujets jeunes et d'une constitution énergique ; il exclut absolument ce moyen chez les malades débiles, doués de peu de force de réaction, et dans tous les cas où la période de froid dure depuis longtemps.

A l'intérieur, M. Chomel emploie les moyens propres à rappeler et exciter les forces, les infusions chaudes de thé, le punch, les boissons alcooliques, le café, etc. Ces moyens toutefois ne lui paraissent pas convenables lorsqu'au froid extérieur se joint le sentiment d'une vive chaleur intérieure. Dans ce cas il prescrit la glace, associée à quelques substances excitantes.

Dans la forme dite inflammatoire ou phlegmasique, c'est-à-dire lorsque les symptômes cholériques sont accompagnés de chaleur halitueuse à la peau, avec pouls plein et résistant, le professeur de l'Hôtel-Dieu prescrit les évacuations sanguines, les saignées générales ou locales, suivant que les phénomènes phlegmasiques sont généraux ou locaux, cataplasmes sur l'abdomen, bains, boissons émollientes, adoucissantes, additionnées d'opium. Toutefois ce traitement antiphlogistique doit être employé avec la modération commandée par la faiblesse et la prostration qui suivent toujours l'accès.

Telle est à peu près la base des méthodes de traitement adoptées dans les salles de clinique de l'Hôtel-Dieu, méthode dont le choix est déterminé par la forme et le caractère spécial de l'accès cholérique. L'ensemble de ces moyens est modifié ou complété, suivant l'occurrence, par les indications que fournissent certains symptômes plus ou moins prédominants. Si ce sont les vomissements qui fatiguent le plus les malades par leur fréquence et l'abondance des déjections, M. Chomel fait prendre la glace par petits fragments ou plutôt pilée en neige, de minute en minute et par très-petite quantité à la fois, afin qu'elle soit mise en contact avec l'estomac d'une manière en quelque sorte continue. L'eau de Seltz, frappée de glace, la potion anti-émétique de Rivière, le sous-nitrate de bismuth, le Colombo, l'opium, remplissent alternativement le même but. Lorsque les vomissements résistent avec opiniâtreté à l'emploi de ces divers moyens, il fait appliquer un vésicatoire sur la région épigastrique, plus rarement et seulement lorsqu'il y a des signes de phlegmasie de l'estomac, des ventouses scarifiées ou des sangsues.

La diarrhée est combattue par des moyens analogues : peu de boissons, lavements opiacés ou astringents, avec alun, ratanhia, monesia, etc., et dans les cas de diarrhée incessante et réfractaire à tous ces moyens, large vésicatoire sur l'abdomen.

Contre les crampes : frictions avec liniments opiacés, opium à l'intérieur.

La dyspnée est un des symptômes dont M. Chomel se préoccupe le plus vivement. Si elle s'accompagne de réaction fébrile, il fait pratiquer une saignée générale ; mais c'est le cas le plus rare. Le plus souvent, au contraire, la dyspnée est sans fièvre, et dans ce cas, il la combat par les excitants diffusibles, l'éther, le sous-nitrate d'ammoniaque. Lorsqu'il se manifeste dès le début, ce qui a lieu dans quelques cas, des accidents cérébraux, les opiacés sont exclus du traitement et remplacés par des révulsifs : vésicatoires sur les membres, purgatifs laxatifs, s'il n'y a plus de diarrhée. Enfin, quand c'est la faiblesse qui est le symptôme dominant, les toniques constituent à peu près à eux seuls tout le traitement.

M. LOUIS.

La méthode de M. Louis ne diffère pas sensiblement de celle de M. Chomel. Sauf les indications spéciales que peuvent commander certains symptômes prédominants, elle se résume en général dans trois ordres de moyens qui marchent concurremment et se prêtent un mutuel appui ; ce sont les moyens caléfacteurs, les excitants aromatiques et les opiacés : les premiers, dans le but de rappeler la chaleur et d'exciter la circulation ; les derniers, pour combattre les évacuations et les douleurs. Les bains d'air chaud sec et les infusions de menthe chaude remplissent la première indication ; la seconde est remplie par l'administration du laudanum en lavement, à la dose de 10 à 12 gouttes, plusieurs fois dans la journée.

Après que la chaleur est rétablie, l'eau de Seltz est substituée aux boissons aromatiques.

M. ROSTAN.

Au début de la maladie, dans la période algide, M. Rostan préfère, pour rappeler la chaleur, aux bains d'air ou aux bains de vapeurs humides, les bains chauds à 40° ou 42° C., dont il dit s'être très-bien trouvé pendant l'épidémie de 1832.

Au sortir du bain, il fait administrer des infusions de menthe ou de camomille chaudes, ou de mélisse, et fait pratiquer des frictions avec un liniment ammoniacal sur les membres.

Si ces premiers moyens ne suffisent pas pour provoquer la réaction, il prescrit une potion éthérée alcoolisée et laudanisée.

En même temps, et dans le but de combattre l'un des éléments essentiels de la maladie qui se révèle par l'acidité de toutes les sécrétions, il fait prendre des potions alcalines, soit avec 20 gouttes d'ammoniaque, ou avec de l'eau de chaux à la dose de 8 grammes pour 120 grammes de véhicule.

Il combat les vomissements et les évacuations alvines par les opiacés, soit : extrait d'opium, 0,20 centigr. en huit pilules, à prendre dans la journée, et lavements amylacés avec 6 gouttes de laudanum dans chaque.

Dans la réaction, il a quelquefois recours à la saignée, mais rarement et avec modération, et dans les cas seulement où il se manifeste des phénomènes congestifs vers la tête ou vers d'autres viscères.

Enfin, si les vomissements persistent après la réaction, malgré l'emploi des opiacés, il applique un large vésicatoire sur l'épigastre.

M. HUSSON.

M. Husson emploie assez uniformément la même méthode dont il ne paraît pas s'être départi depuis le début de l'épidémie.

Cette méthode, qui diffère peu des précédentes, et qui repose sur le même ordre d'indications, consiste à administrer, dès le début, des bains d'air chaud et des frictions sèches et une potion excitante dont voici la formule :

Prenez :	Infusion de tilleul et de menthe . .	120	grammes.
	Acétate d'ammoniaque.	de 2 à 4	—
	Vin de Bagnols.	60	—
	Teinture de cannelle	4	—

La diarrhée est combattue par les lavements laudanisés. (10 gouttes par lavement.)

Si les vomissements persistent après la réaction, il fait prendre de la glace.

Dans la convalescence, il soutient les forces des malades avec une potion à l'extrait de quinquina.

M. MARTIN-SOLON.

La méthode de M. Martin-Solon se compose de plusieurs ordres de moyens : les uns destinés à remplir les diverses indications symptomatiques telles que le réchauffement des malades, l'excitation de la circulation et des diverses fonctions sécrétoires anéanties, les moyens propres à combattre les évacuations, les douleurs, etc. ; les autres, que l'on pourrait appeler rationnels, destinés à agir d'une manière spéciale sur l'économie et à modifier l'état du sang.

Le premier ordre de moyens se compose de : bains d'air sec chaud administrés dès l'entrée des malades dans les salles, s'ils sont dans la période algide, et de l'une des potions suivantes :

Prenez : Laudanum de Sydenham. . .	25	gouttes.
Liqueur d'Hoffmann	15	—
Infusion de menthe	60	grammes.
Ammoniaque.	20	gouttes.
Sirop	30	grammes.

ou potion avec : eau distillée de menthe, ammoniaque, poudre de Colombo et magistère de bismuth.

Ces potions sont ordinairement alternées avec du punch.

Des lavements laudanisés et albumineux sont administrés pour combattre la diarrhée ; des sinapismes sont appliqués immédiatement après le bain d'air chaud sur l'abdomen, sur la poitrine et la colonne vertébrale, pour maintenir la chaleur ou concourir à l'exciter si les bains d'air n'y ont pas suffi.

Pour remplir le second ordre d'indications, M. Martin-Solon a recours à des agents auxquels on a attribué une action chimique dissolvante ou liquéfiante sur le sang ; il a essayé d'abord le chlorure de sodium ; mais ce moyen ne lui ayant pas paru produire les résultats qu'il en attendait, il a eu recours depuis au carbonate d'ammoniaque qu'il administre de la manière suivante :

Prenez : Sesqui-carbonate d'ammoniaque. . . . 1,80

en six paquets, de 30 centigrammes chacun, à prendre dans la journée.

Il prescrit encore dans le même but un julep contenant 10 grammes d'ammoniaque et 15 gouttes de laudanum.

Contre les vomissements persistants, M. Martin-Solon applique soit des ventouses scarifiées sur l'épigastre, soit un vésicatoire, que l'on panse ensuite avec 1 centigr. de chlorhydrate de morphine.

La diarrhée persistante est combattue par des lavements avec 0,90 de sous-nitrate de bismuth.

Enfin, lorsque la sécrétion urinaire n'est pas pleinement rétablie, après la réaction, les malades sont mis à l'usage de la tisane de chiendent nitrée.

Pendant la convalescence, on donne aux malades du vin de Bagnols coupé d'eau de Seltz.

M. GUÉRARD.

M. Guérard fait une part très-distincte, dans le traitement, des trois périodes principales de la maladie, auxquelles il oppose des moyens différents, sinon par leur mode d'action proprement dit, au moins par leur degré d'énergie.

Au début, soit que le malade n'ait encore que de la diarrhée et des vomissements, sans refroidissement du corps, sans cyanose ni crampes, soit qu'il n'ait que la cholérine seulement, mais que par cela seul il lui paraisse être sous le coup de l'imminence du choléra, il combat ces symptômes par les narcotiques, les lavements astringents et l'eau de riz. Si les prodromes résistent à l'emploi de ces premiers moyens, il administre le diascordium et les boissons vineuses.

Lorsque le choléra est déclaré, il prescrit : bains d'air chaud répétés de quart d'heure en quart d'heure ; boissons aromatiques pour réchauffer les malades ; glace et eau de Seltz pour combattre les vomissements ; limonade vineuse, si elle est supportée, et après que les vomissements ont cessé. Pour combattre les accidents nerveux, les crampes, les points névralgiques divers, il administre des potions éthérées et chloroformées, avec de 5 à 10 gouttes de chloroforme par potion. Ce dernier lui a paru très-propre à remplir cette indication spéciale.

Quand la réaction est opérée, si elle est modérée, il se borne à faire de la médecine expectante ; si elle est trop énergique, et qu'il se manifeste des symptômes congestifs, il a recours aux évacuations sanguines plutôt locales que générales, et aux sinapismes comme révulsifs.

Enfin, si la diarrhée persiste après la réaction, il la combat au moyen du nitrate d'argent, qu'il donne soit en potion, à la dose de 5 centigr. pour 125 grammes d'eau distillée, soit en lavement, à la dose de 15 à 25 centigrammes.

M. HONORÉ ET M. LÉGER.

M. Honoré, qui a eu à traiter au début de l'épidémie l'un des premiers cas qui aient été observés à l'Hôtel-Dieu, avait mis en usage la méthode qui comptait le plus d'adhérents en 1832, et qui est actuellement encore la plus usitée, à quelques modifications près : bains de vapeurs ; boissons aromatiques chaudes avec sirop d'éther ; eau de Seltz à la suite ; frictions sèches ; demi-lavements avec extrait de ratanhia et laudanum ; vin de Bagnols, additionné de laudanum, par cuillerées ; quelques morceaux de glace ; saignée, eau de Seltz et limonade citrique dans la réaction.

M. Léger, qui a succédé à M. Honoré, a cru devoir changer complétement de méthode. Il a adopté la méthode saline, préconisée en Angleterre par M. Stevens, et qu'un de ses jeunes collègues, M. le docteur Oulmont, a le premier mise en honneur dans le service de M. Fouquier, à la Charité. Cette méthode consiste à administrer, dès le début de la maladie et pendant toute sa durée, le sel commun par la voie gastrique et par la voie rectale. La dose pour la potion est de 15 à 25 grammes de sel pour 125 grammes d'eau, à prendre dans la journée ; la même dose en lavement. Le sel est ainsi administré jusqu'à cessation des selles et des vomissements. M. Léger a remarqué qu'en général, sous l'influence de la potion saline, les vomissements augmentaient d'abord, mais qu'ensuite ils diminuaient, et finissaient par cesser d'une manière complète, ordinairement dans les douze premières heures. Quant aux selles, la modification est plus sensible encore ; dès les premiers lavements, elles perdent ordinairement leur couleur et leur aspect caractéristiques, et deviennent bilieuses.

Le seul moyen que M. Léger ait employé concurremment avec le sel, dans la première période du choléra, c'est le réchauffement des malades au moyen d'alèses chaudes.

M. TARDIEU.

D'après la réputation dont a joui un instant l'eau salée, M. Tardieu a cru devoir essayer l'eau salée naturelle, l'eau de mer, comme pouvant remplir peut-être d'une manière plus complète l'indication que l'on avait en vue en prescrivant l'eau salée. Il a administré l'eau de mer successivement aux cinq premiers malades qui ont été reçus dans son service ; elle était donnée pure, par cuillerée à bouche, toutes les heures, aussi longtemps que les malades pouvaient la supporter, et en lavements. En général elle a inspiré aux malades un assez grand dégoût, et quelques-uns n'ont même pas pu la supporter et l'ont rejetée par les vomissements. Chez l'un d'entre eux cependant, qui a bu l'eau de mer avec une grande résignation et une opiniâtre persévérance, l'effet en a été heureux ; ce malade a guéri. Mais c'est le seul cas dans lequel la solution heureuse de la maladie peut rationnellement être attribuée à ce moyen. Trois des quatre autres malades qui ont été soumis au même traitement sont morts.

Les effets immédiats de la médication les plus appréciables ont été, à peu près constamment, la transformation bilieuse des évacuations, comme à la suite de l'emploi du sel commun et des purgatifs salins.

M. Tardieu, en présence de ce résultat, a renoncé à l'usage de l'eau de mer, pour revenir à l'emploi de la méthode la plus généralement usitée, c'est-à-dire aux stimulants, précédés toutefois de l'administration de l'ipécacuanha à dose vomitive, aux bains d'air chaud, aux infusions aromatiques alcoolisées, l'eau de Seltz, etc. Il n'use des opiacés qu'avec une extrême réserve, crainte des accidents cérébraux, et n'y recourt seulement que dans les cas où les crampes et autres symptômes nerveux douloureux sont très-intenses.

L'ensemble de ces méthodes offre une uniformité assez caractérisée pour que l'on sente moins, dans ce qui a trait à cet hôpital en particulier, l'importance de scinder chacune des pratiques, et de l'isoler pour la mettre en regard des résultats obtenus dans chaque service. A part le soin et la précision propres à chaque médecin dont on ne saurait méconnaître l'influence sur les résultats pratiques, ceux-ci peuvent néanmoins être considérés à un même point de vue général, comme propres à déterminer la valeur d'ensemble des méthodes symptomatiques ou celles de l'école de Paris ; car l'exception que nous avons établie à l'égard de MM. Léger et Tardieu ne saurait modifier d'une manière notable les résultats de toutes les autres médications réunies.

Voici ces résultats établis, comme nous l'avons dit, d'après les relevés statistiques arrêtés à la fin de la semaine dernière :

Malades au 4 mai	415
Morts	210
Sortis guéris.	118
En traitement	87
Mortalité.	0,52
Guérisons	0,29
Proportion des guérisons par rapport aux décès	0,53

Hôpital de la Charité.

L'hôpital de la Charité est, à très-peu de chose près, dans des conditions sanitaires identiques à celles de l'Hôtel-Dieu. Cependant, situé dans un quartier plus aéré, bâti sur le sol et hors des émanations souvent dangereuses de la Seine, construit d'une manière plus régulière, sur un espace de terrain plus étendu, il offre en outre l'avantage de recruter le plus grand nombre de ses malades parmi des populations un peu moins malheureuses, et peut-être aussi moins habituées aux excès.

Quant au personnel médical, quoique représenté par les sommités de la

science et de la pratique parisienne, on y trouve moins d'uniformité qu'à l'Hôtel-Dieu. Les noms de MM. Fouquier, Rayer, Cruveilhier, Bouillaud, Briquet, Pidoux, témoignent d'une réunion d'autorités aussi respectables par leur position que différentes par leurs doctrines et leur pratique.

S'il nous était permis d'essayer de caractériser chacun de ces chefs de service en quelques mots, ne pourrions-nous pas dire que

M. le professeur Fouquier, c'est la médecine pratique dégagée de toute vue spéculative caractérisant l'école de Paris et se renseignant uniquement par l'observation et l'expérience;

M. Rayer, c'est la circonspection du doute, se renfermant dans les données les plus probables de la science et de l'art de tous les temps;

M. Cruveilhier, c'est un mélange de l'école de Paris et d'une thérapeutique expérimentale;

M. Bouillaud, c'est l'expression très-adoucie de la doctrine physiologique dont il a été l'élève, et dont il s'était jusqu'à présent constitué le champion le plus fidèle et le plus exclusif;

M. Briquet, c'est un mélange de thérapeutique rationnelle et expérimentale;

M. Pidoux enfin, c'est l'investigateur consciencieux et éclairé que l'empirisme ne saurait satisfaire et qui ne s'est encore arrêté à aucune méthode, parce qu'aucune méthode ne lui a donné de résultats satisfaisants.

Voici le résumé des méthodes mises en usage par chacun de ces honorables praticiens.

M. FOUQUIER ET M. OULMONT.

M. Fouquier n'ayant repris que depuis peu de jours son service, confié jusque-là à M. Oulmont, en qualité de chef de clinique, nous ferons connaître d'abord la méthode suivie par ce jeune praticien. C'est M. Oulmont qui, d'après les indications de M. Stevens, a le premier introduit dans les hôpitaux de Paris l'usage de la médication saline. Afin de s'assurer des effets de cette médication, et encouragé d'ailleurs par les premiers résultats, qui lui parurent favorables, M. Oulmont l'a employée pendant toute la durée de son service dans toute sa pureté et à l'exclusion de tout autre moyen, sauf les simples moyens externes de calorification. Il a uniformément soumis tous ses malades à la médication suivante :

Prenez :	Sel marin.	15 grammes.
	Demi-potion gommeuse . .	120 —

A prendre de quart d'heure en quart d'heure par cuillerée ;
Et deux ou trois lavements par jour avec 15 grammes de sel pour quantité suffisante d'eau.

La somme des résultats obtenus par ce traitement ne paraît en définitive avoir été ni en deçà ni au delà de la mortalité moyenne des autres services ; elle n'a pas entièrement répondu, de l'aveu de M. Oulmont lui-même, aux espérances que lui avaient fait concevoir ses premiers essais.

Quant à M. Fouquier, il ne paraît avoir adopté jusqu'ici aucune méthode fixe. Il prescrit en général un ipécacuanha à dose vomitive au début (2 grammes), quelques excitants diffusibles et des opiacés en lavement ; en un mot la méthode *à juvantibus et lædentibus*.

M. RAYER.

M. Rayer s'est sévèrement abstenu de toute expérimentation, et s'en est tenu jusqu'ici aux moyens que l'expérience de l'épidémie de 1832 lui a démontrés comme les mieux appropriés aux indications principales, sinon comme les plus efficaces. Pour lui, les organes digestifs sont le siége et le théâtre des principaux et des plus graves phénomènes morbides, et c'est à combattre directement ces phénomènes par des modificateurs ou des moyens perturbateurs énergiques qu'il attache toute son attention. A cet effet, il a institué la médication que nous avons fait connaître dans une de nos précédentes *Revues*, et qui consiste à prescrire à peu près uniformément, dans tous les cas, les préparations opiacées, soit : 10 centigrammes d'opium en pilules par jour, ou potion avec de 6 à 12 gouttes de laudanum, et 3 à 4 quarts de lavements avec chacun 12 gouttes de laudanum; et des ventouses scarifiées sur l'épigastre ou autour de la région ombilicale, répétées pendant plusieurs jours de suite, ou même plusieurs fois dans la même journée ; saignée du bras, quand elle est possible ; eau de Seltz glacée pour boisson habituelle.

Dans quelques cas graves, accompagnés de délire, M. Rayer a fait pratiquer, mais sans succès, l'ouverture de l'artère temporale.

M. CRUVEILHIER.

M. Cruveilhier met en usage, nous ne dirons pas une méthode, mais une médication très-active et très-variée, qui paraît avoir plutôt pour but de produire une perturbation profonde que de combattre des symptômes ou des états pathologiques bien déterminés.

Le plus ordinairement il fait prendre dès le début des infusions aromatiques chaudes éthérées, puis une potion dans laquelle il associe les excitants aux astringents et aux narcotiques, la potion suivante, par exemple :

Prenez :	Eau de menthe poivrée . . .	120 grammes.
	Extrait de cachou.	1 —
	Laudanum	20 gouttes.

A ces premiers moyens il joint, pour combattre la diarrhée, des lavements fortement laudanisés (de 15 à 20 gouttes de laudanum).

S'il se manifeste des points douloureux sur quelque partie de l'abdomen ou du thorax, il les combat par des émissions sanguines locales répétées, jusqu'à cessation de la douleur.

Enfin des sinapismes promenés sur les membres et des frictions avec un liniment excitant complètent l'ensemble du traitement de la période algide.

Dans quelques-uns des cas graves, presque foudroyants, qui se sont dernièrement présentés dans son service, nous l'avons vu prescrire les moyens suivants, dont il ne nous a pas encore été possible d'apprécier le résultat :

Faire prendre toutes les demi-heures une cuillerée du mélange suivant :

Prenez :	Laudanum.	3 grammes.
	Ammoniaque.	5 —
	Éther.	15 —

Dans l'intervalle, faire boire de l'eau bouillante édulcorée avec du sirop de gomme ; entourer les membres de sinapismes ; appliquer un large sinapisme sur l'abdomen, et un vésicatoire sur la poitrine ou sur la colonne vertébrale.

Nous devons ajouter que M. Cruveilhier a essayé au début le stachys, mais sans aucun effet sensible. L'association qu'il en avait faite, d'ailleurs, avec les opiacés et d'autres moyens usuels, n'eût pas permis d'en apprécier parfaitement les résultats.

M. BOUILLAUD.

M. Bouillaud a adopté la méthode saline qu'il emploie, non pas exclusivement dans tous les cas, mais d'une manière assez constante.

Il donne 15 grammes de sel en potion et deux lavements par jour avec chacun 15 grammes de sel. Les seuls moyens qu'il prescrit comme adjuvants sont la glace et l'eau de Seltz pour boisson, et extérieurement les sinapismes comme moyen de calorification. Il a rarement recours au bain d'air chaud et dans les cas seulement d'algidité persistante.

M. Bouillaud pense que le sel agit comme un excitant spécial et un modificateur puissant des fonctions digestives.

Plus rarement, et dans quelques cas seulement dont il ne nous a pas été possible de saisir bien nettement les indications, le professeur de la Charité s'en tient à l'usage des opiacés (lavements laudanisés), de la glace et de l'eau de Seltz, des sinapismes et des liniments excitants. Il proscrit d'une manière absolue les évacuations sanguines tant locales que générales, même dans la période de réaction.

M. BRIQUET.

Tous les efforts de M. Briquet tendent principalement à combattre l'algidité et à provoquer la réaction par les moyens les plus énergiques, pendant qu'il combat les évacuations et les douleurs par les opiacés.

Pour remplir la première indication, il prescrivait au début : bain d'air chaud, infusions de menthe ou punch (il a renoncé depuis au punch pour les infusions aromatiques), frictions excitantes ammoniacales et sinapismes sur les membres.

Ces moyens lui ayant paru insuffisants, il a adopté depuis une méthode plus active qui consiste à administrer alternativement de la glace et des boissons chaudes aromatiques et stimulantes, et à faire pratiquer de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, des frictions alternées de glace pilée et de liniments alcooliques et ammoniacaux.

Les autres indications sont remplies par l'administration de pilules d'extrait thébaïque, de potions ou juleps gommeux avec addition d'acétate de morphine à la dose de 5 à 6 centigrammes et de lavements amylacés et laudanisés (de 6 à 12 gouttes de laudanum), eau de Seltz, etc.

Depuis peu, M. Briquet a adopté l'ipécacuanha à dose vomitive, de 1 à 2 grammes.

Nous ne connaissons pas encore les résultats comparatifs de cette nouvelle méthode avec ceux de la méthode qui précède.

M. PIDOUX.

M. Pidoux s'est livré jusqu'ici à des tentatives nombreuses et variées sur

le compte desquelles il n'est pas encore assez fixé lui-même pour qu'il nous soit possible d'en apprécier les effets et de juger avec quelque précision de la valeur des indications qu'il s'est proposé de remplir. Nous nous bornerons donc, autant que cela nous sera possible, à énumérer les divers moyens principaux qu'il a simultanément ou successivement mis en usage.

Au début de l'épidémie, nous lui avons vu prescrire, dans la période algide, les excitants diffusibles associés aux narcotiques, du thé, des infusions chaudes de tilleul ou de menthe avec addition de sirop d'éther et d'opium, et les excitants cutanés, sinapismes promenés sur les membres, etc.; puis, la réaction produite, glace et eau de Seltz.

Plus tard, il a employé l'opium à haute dose en potion et en lavements; mais il n'a pas tardé à y renoncer en présence de quelques accidents comateux graves qui lui ont paru devoir être attribués en partie au moins à l'emploi de cette médication.

Les lavements salins ont été également essayés et bientôt abandonnés.

C'est dans le service de M. Pidoux qu'ont eu lieu les tentatives heureuses d'applications électro-galvaniques que nous avons fait connaître, mais dont les résultats se sont en général bornés à la disparition de quelques-uns des phénomènes nerveux les plus douloureux et les plus pénibles, tels que crampes, hoquet, vomissements, etc. Ces essais n'ont pas été renouvelés depuis le dernier fait qui a été publié dans nos colonnes.

D'après quelques données récemment publiées par M. Koreff sur la pratique de quelques médecins allemands et sur les bons effets qu'ils assurent avoir obtenus de l'emploi du sesqui-chlorure de carbone contre l'un des symptômes les plus graves du choléra, l'asphyxie, M. Pidoux a essayé ce remède, mais sans effet notable jusqu'ici. Nous reviendrons sur ce médicament, qui a été également essayé dans d'autres services.

Enfin, M. Pidoux expérimente en ce moment le sous-nitrate de bismuth contre la diarrhée.

L'ensemble de ces méthodes peut d'autant mieux être mis en regard de l'ensemble des résultats obtenus, qu'elles résument en quelque façon les ressemblances et les oppositions qui peuvent se combiner et se neutraliser.

Voici, pour cet hôpital, le résultat statistique :

Malades au 4 mai	274
Morts	154
Sortis guéris	57
En traitement	63
Mortalité	0,58
Guérisons	0,20
Proportion des guérisons par rapport aux décès	0,43

Hôpital du Val-de-Grâce.

Le Val-de-Grâce se distingue des autres hôpitaux par plusieurs circonstances importantes. Comme hôpital militaire, on n'y reçoit que des hommes, des sujets dans toute la force de l'âge, de constitutions généralement bonnes, sauf quelques exceptions, et nullement appauvries par les privations et les excès. Les malades y sont apportés plus tôt ordinairement que dans les hôpitaux civils. Cependant nous devons tenir compte, pour les circonstances actuelles, d'une condition qui n'est peut-être pas sans importance, et que pour cette raison même nous ne devons pas passer sous silence; c'est celle des logements peu salubres pour un grand nombre des régiments qui forment aujourd'hui la garnison de Paris et des forts qui l'entourent, régiments dont une grande quantité sont établis dans des baraques provisoires et dans des casemates qui sont loin d'offrir les conditions de salubrité des casernes ordinaires. Ces baraques ont été élevées sans que l'on ait pris pour leur construction les avis des officiers de santé, et sont loin d'offrir les conditions les plus satisfaisantes d'aération, de sécheresse et de ventilation.

Relativement à l'hôpital, c'est incontestablement l'un des mieux situés: les dispositions hygiéniques y sont parfaites, le quartier est salubre, il n'y a pas d'encombrement. Ajoutons que, sur la demande expresse du médecin en chef, tous les cholériques ont été réunis dans une même et vaste salle, et que les convalescents ont été placés à part. A ces conditions favorables, il faut encore joindre celle-ci, que le service médical y est généralement plus régulier, que les soins matériels y sont plus incessants, organisés sur une plus large échelle. On ne saurait donc méconnaître dans cet ensemble de circonstances des conditions pour que, toutes choses égales d'ailleurs, le traitement du Val-de-Grâce produise de meilleurs résultats que celui des hôpitaux civils.

Cependant on ne saurait méconnaître non plus, dans la méthode parfaitement analytique suivie par l'honorable médecin en chef, et dans la sagesse des vues également éloignées d'un systématisme exagéré et d'un empirisme complétement irréfléchi, un précieux auxiliaire des bons résultats obtenus dans cet hôpital. C'est ainsi que M. Lévy distingue avec soin les périodes, les degrés des périodes, les symptômes, les degrés des symptômes, les complications avec d'autres états morbides, et cherche à adapter à toutes ces diversités de faits une diversité de moyens réglés seulement par une rigoureuse expérience. La pratique de M. Lévy n'a donc pas d'autres caractère que d'être aussi rationnelle que le permet la connaissance actuelle de la maladie.

La seule observation critique que nous pourrions nous permettre serait celle-ci : qu'on n'y découvre pas une tendance bien marquée vers tel ou tel ordre de moyens, et par conséquent le symptôme d'une foi bien ferme dans leur emploi.

M. LÉVY.

Suivant M. Lévy, on peut distinguer, dans la marche du choléra, trois périodes dont deux prêtent à l'intervention d'une thérapeutique rationnelle, et dont une ne comporte jusqu'à présent que les efforts d'un empirisme plus ou moins heureux.

La période prodromique et la période réactionnelle appartiennent à la médecine régulière; la période cyanique ou asphyxique aux tentatives, aux expériments, aux routines.

I. Prodromes. — Cette période s'étend pour M. Lévy depuis les premiers troubles de la santé jusqu'à l'apparition des selles blanches, riziformes, floconneuses, ou des symptômes spasmodiques, tels que crampes, constriction thoracique, etc.

Trois formes prodromiques, trois médications diverses : 1° *Forme prodromique nerveuse :* Céphalalgie, vertiges, courbature, faiblesse des membres inférieurs, spasmes passagers vers l'épigastre, gêne passagère de la respiration, etc. — Repos, infusions théiformes, sudation; et si l'on ne peut résoudre cet état par les sueurs, l'ipécacuanha, à dose vomitive. 2° *Forme saburrale :* Malaise, pesanteur épigastrique, bouche mauvaise, anorexie, lassitude, douleurs lombaires et céphalalgie; la médication vomitive réussit encore ici, même alors qu'à ces phénomènes s'ajoutent déjà les crampes et quelques selles plus ou moins typiques du choléra; s'il y a en même temps du gargouillement, de l'intumescence ventrale, chaleur et pouls d'ailleurs conservés, M. Lévy a recours aux laxatifs précédés ou non d'un vomitif; il a visiblement enrayé par ces moyens le développement de la maladie dans quelques cas qui s'annonçaient avec gravité, malgré l'accession de phénomènes graves à ceux de la période initiale. 3° *Forme diarrhéique ou cholérine :* Opiacés, surtout les quarts de lavements laudanisés répétés trois et quatre fois par jour, et quand ils échouent, l'ipécacuanha.

II. Choléra caractérisé. — Cette période a deux traits fondamentaux : tendance au refroidissement et à l'extinction du pouls; mais il s'y ajoute divers groupes de symptômes qui lui font autant de formes différentes et d'indications distinctes; ainsi les symptômes digestifs, selles, vomissements, gargouillements, douleurs abdominales, peuvent être très-intenses ou manquer totalement; ainsi les phénomènes thoraciques, dyspnée, anhélation, anxiété, constriction thoracique, oppression, peuvent prédominer ou se révéler à peine; ainsi les phénomènes nerveux, crampes, spasme épigastrique, douleurs lombaires, céphalalgie, agitation, délire, se développent quelquefois rapidement dans cette période, ou font défaut, et l'on voit alors le malade ou s'agiter convulsivement, se tourner, se retourner, se découvrir, projeter les membres, se dresser, crier, délirer, quoique froid, bleu et sans pouls, ou s'affaisser silencieusement et passer à une agonie presque inaperçue, inerte et cadavérisé avant la mort. Aussi, quoique ce soit ici la période de l'empirisme, il y a encore pour le médecin éclairé des conduites différentes à tenir, un choix de moyens appropriés à faire.

Pour expliquer sa manière de procéder, M. Lévy admet encore ici trois formes :

1° *Forme cyanique et algide, avec pouls filiforme ou nul, ou forme adynamique.* Bien des malades, surtout quand l'invasion a été brusque, sont apportés dans cet état; ils ont eu ou n'ont pas eu des selles et des vomissements; les évacuations s'arrêtent spontanément, et ils ne présentent plus que la cyanose ordinairement très-rapide, l'état algide général ou borné à la face, à la langue et aux extrémités; la peau pâteuse, inerte, prompte à s'humecter d'une sueur froide et poisseuse; une prostration profonde, le grippement des traits de la face, l'excavation orbitaire, etc. Peu ou point de crampes, point de souffrance; les malades ne se plaignent plus; ils tombent dans une sorte d'assoupissement qui conduit à la mort. C'est ici que M. Lévy emploie avec énergie les moyens caléfacteurs (bain Duval); il dirige deux et trois conducteurs d'air à 42° et plus sur divers points du corps, en même temps que les boissons théiformes sont données chaudes à l'intérieur avec des potions stimulantes dont l'acétate d'ammoniaque, de 10 à 30 grammes, est le principal ingrédient; il rapproche les doses de ce médicament; dans l'intervalle, il fait prendre aux malades, sui-

vant leur appétence, ou du café chaud, ou du vin de cannelle. La tisane qu'il préfère pour eux est l'infusion de mélisse édulcorée avec 20 à 30 gouttes de teinture de cannelle par litre.

2° *Forme cyanique et algide avec prédominance des symptômes digestifs (vomissements et selles).* Mêmes moyens de réchauffement externe; mais les stimulants sont rarement supportés ; ils augmentent le plus souvent les vomissements, ou du moins sont rejetés avant d'avoir agi ; il en est de même des boissons chaudes. En même temps que l'on accumule le calorique sur la surface extérieure de ces malades, on leur donne, à l'intérieur, la glace par fragments, la limonade gazeuse ; le seul excitant interne qui ait paru leur réussir, c'est le café qu'ils prennent volontiers. Presque toujours il y a chez les malades fatigués outre mesure par les vomissements, de vives douleurs dans la zone épigastrique et de la sensibilité dans tout le ventre ; le hoquet survient chez eux et persiste avec ténacité. Les sinapismes répétés à l'épigastre, les ventouses sèches et scarifiées, suivies de l'application de cataplasmes laudanisés, secondent l'action de la glace et des boissons gazeuses ; si ces moyens échouent, M. Lévy a recours à un petit vésicatoire ammoniacal placé à l'épigastre et qui reçoit, après enlèvement de l'épiderme, des doses croissantes de morphine ; les vésicatoires, soit dit en passant, sèchent avec rapidité et laissent à leur place une teinte brunâtre avec épaissement du derme, dus à l'infiltration sanguine de cette partie. Dans quelques cas où tous ces moyens avaient échoué, il a prescrit contre les vomissements, le sous-nitrate de bismuth à la dose d'un gramme d'heure en heure jusqu'à concurrence de 10 à 12 grammes ; quand ce médicament n'a pas été rejeté, il a paru éloigner d'abord, puis supprimer les vomissements ; 4 à 6 grammes suffisaient à ce résultat, et quand il ne s'obtenait point, les doses ultérieures ne développaient point son efficacité ; l'usage de ce médicament a paru sans inconvénient ; son action a été nulle chez trois malades qui ont eu d'opiniâtres vomissements pendant trois ou quatre jours et plus longtemps.

Quelques remarques d'un grand intérêt trouvent ici leur place : les évacuations par haut et bas ont été généralement peu opiniâtres dans les cas traités au Val-de-Grâce ; le plus souvent elles se ralentissaient, et cessaient même spontanément. La diarrhée surtout a presque toujours été facile à réprimer, et faisait place ensuite à la constipation ; puis l'observation a conduit M. Lévy à prononcer un pronostic plus favorable sur les cas accompagnés d'évacuations même nombreuses que sur ceux où elles manquaient, et qui présentaient d'ailleurs la cyanose et l'état algide. Il importe aussi de noter que les médications coercitives des évacuations ne servent à rien tant que le ventre est fluctuant, gargouillant, crépitant ; la sécrétion cholérique, qui se trahit par la palpation et la percussion, dérive de causes que n'atteignent point ces agents médicinaux. Il lui a paru qu'elle s'épuisait avec l'action de ces causes, comme s'épuise l'albumine des urines et de quelques autres sécrétions, y compris celle de l'intestin. Prétendre arrêter les selles riziformes, ce serait prétendre corriger l'albuminurie cholérique. Aux yeux du savant médecin en chef, tous ces effets sont identiques, de même origine et de *processus* parallèle.

3° *Forme cyanique et algide, avec prédominance des phénomène nerveux et spasmodiques.* Il importe essentiellement de la distinguer ; l'expérience a révélé ses répulsions médicinales et ses difficultés de traitement, qui sont jusqu'à présent insurmontables. Ces malades, froids, glacés, bleus ou bistres seulement, sans pouls, torturés par les crampes, essoufflés et anxieux à cause de la constriction du thorax, qui paraît due elle-même, comme le grippement de leur face et l'enfoncement de leurs yeux, à un effet de rétraction musculaire, ces malades, en proie à une jactitation cruelle avec angoisses et vives souffrances, sont ceux qui fournissent le plus grand nombre de victimes.

Glacés, ils repoussent les couvertures ; ils se plaignent de chaleur insupportable ; le bain d'air chaud leur devient promptement un supplice ; il augmente leur oppression, leur anxiété ; ils ne s'y soumettent que par force et en criant. Aussi M. Lévy a-t-il renoncé pour eux à ce moyen de calorification, et il le remplace par les cruchons d'eau chaude, par les frictions longtemps continuées, qui apaisent en même temps leurs crampes, par les sinapismes à la main, promenés incessamment sur leurs extrémités, et par l'usage interne de boissons chaudes. C'est là sans contredit, avec la forme adynamique initiale, la plus funeste variété de l'épidémie, et c'est ici qu'il a tenté, mais sans succès, quelques moyens nouveaux : électricité (par l'appareil Dujardin), ipécacuanha, de 2 à 4 grammes, haschich, extrait de noix vomique et strychnine ; il a employé chacun de ces agents dans quatre cas, et nul résultat ne l'a encouragé à y revenir. Il s'est donc trouvé ramené à la médication qu'il avait employée dès le début de l'épidémie, moins les bains d'air chaud, qu'il n'applique plus à ces cas qu'avec une extrême réserve. A l'extérieur, les moyens précités, et en donnant aux frictions pour matière l'essence de térébenthine laudanisée, l'huile camphrée et laudanisée, le baume tranquille avec addition de chloroforme, etc. A l'intérieur, il insiste plus sur l'éther et le laudanum que sur l'acétate d'ammoniaque.

III. Réaction. — Ici, dit le professeur, la médecine rationnelle reprend sa place et son rôle ; le traitement des phases réactionnelles ne prête aux tentatives empiriques qu'auprès de ceux qui n'en saisissent point les conditions anatomiques et physiologiques. Les réactions cholériques n'ont rien de capricieux, d'irrégulier, d'imprévu, de décousu, et ne sollicitent pas la fortune des expérimentations. Ses observations cliniques et ses recherches sur les cadavres lui en ont fourni la clef. La réaction met en œuvre les matériaux morbides que la période cyanique et algide laisse dans les organes ; en d'autres termes, la période de choléra caractérisé a pour effet de produire dans les organes profonds et même à la périphérie des congestions, des extravasions sanguines, des ecchymoses, des hypostases, etc. Et quand survient la réaction, les organes sièges de ces lésions, diversement préparés, subissent consécutivement diverses nuances d'hypérethénie, d'excitation, de phlogose ; il arrive même que l'inflammation devient l'une des conditions de la guérison, et entre forcément dans le mécanisme de la terminaison naturelle. Ainsi s'expliquent, soit dit en passant, les pneumonies réactionnelles qui surviennent chez les cholériques avec crachats de sang purs et rouillés, pneumonies développées autour des noyaux ou de foyers apoplectiques souvent observés au Val-de-Grâce. Les formes et les accidents de la réaction se lient étroitement aux conditions anatomiques de la période asphyxique ; l'étude attentive des particularités de celle-ci permet presque de prévoir et de calculer les allures et les tendances localisatrices de celle-là. L'évolution de la maladie est continue à travers ses périodes, et rien de plus logique, si l'on peut ainsi dire, rien de plus exactement subordonné que les séries de phénomènes, en apparence si diverses et si bizarres, qui s'établissent et se déroulent à la suite de la période de concentration.

Quand la réaction s'opère au milieu d'organes également et médiocrement congestionnés, quand elle est graduelle et continue, elle s'annonce par une légère élévation du pouls avec sueur générale et urine trouble ou augmentée : l'expectation suffit. Parfois ce mouvement centrifuge s'effectue avec une certaine violence, mais passagère et sans retentissement spécial sur tel ou tel viscère : de là une sorte de fièvre inflammatoire éphémère qui n'exige encore que de l'hygiène et de la surveillance. Mais chez un grand nombre de malades, la concentration du stade asphyxique a prédominé vers l'encéphale ; chez d'autres, les poumons ont été congestionnés, ecchymosés, parsemés de petits noyaux sanguins, ou même détruits, dans l'étendue de quelques lobules, par des foyers hémorrhagiques parfaitement limités à la coupe, ou bien encore des hypérémies partielles du tube digestif reçoivent de la réaction organique générale un caractère subphlegmasique, en même temps que les plexus de Peyer, déjà prononcés, se développent et se ramollissent ou s'érodent par endroits : de là trois aspects de la réaction, trois groupes d'accidents parfois entremêlés, mais le plus souvent assez tranchés. Dans les premiers, se classent les congestions secondaires vers l'encéphale, les céphalalgies tenaces avec ou sans fièvre, l'état torpide, accompagné le plus souvent de vomissements, comme dans l'hydrencéphalie qui succède à la méningite cérébro-spinale ; l'assoupissement, l'état comateux, qui succèdent à cette torpeur par le progrès du mal ; le délire frénétique des uns, le subdélire des autres avec alternatives de somnolence ; en un mot, suivant le degré d'injection des méninges, d'infiltration sous-arachnoïdienne et de sérosité ventriculaire. Suivant le degré de compression du cerveau par la distension des vaisseaux à sa périphérie, suivant le degré d'excitation que lui imprime la fièvre, on observe les formes symptomatiques qui appartiennent, dans la pathologie ordinaire, à la méningite, à la fièvre typhoïde, à la méningo-céphalite, et de toutes ces formes, la plus fréquente c'est l'état torpide, presque toujours avec vomissements et constipation. M. Lévy lui oppose, suivant les cas, la station semi-assise du malade dans le lit, les déplétions sanguines à la base du crâne, les dérivatifs sur le tube digestif (eau de Sedlitz, sulfate de soude, lavements purgatifs) et les révulsifs aux extrémités (sinapismes, vésicatoires), quelquefois le vésicatoire à la nuque, et il compte nombre de succès.

Six pneumonies réactionnelles ont guéri par l'emploi combiné de petites saignées (250 grammes), de l'émétique opiacé (3 décigr. d'émétique et 5 centigr. d'opium) et des vésicatoires.

Les nuances variées de phlogose secondaire du tube digestif cèdent très-facilement à l'application des ventouses scarifiées sur l'abdomen, des cataplasmes laudanisés, au régime et aux autres moyens hygiéniques. Chez quelques malades qui ont accusé une douleur vive et persistante à l'épigastre, le professeur prescrit avec avantage une application de 10 à 12 sangsues. Deux se sont bien trouvés, après cette émission sanguine, de l'usage répété de bains gélatineux à 34° C. La constipation est plus souvent que la diarrhée l'accompagnement de ces irritations du ventre, et il faut la combattre à l'aide des lavements et du régime ; pourtant la diarrhée est le symptôme ordinaire des rechutes, et l'on ne saurait trop s'enquérir de son retour, souvent dissimulé par les malades.

Telle est d'une manière sommaire et très-générale, nous dit en terminant M. Lévy, notre conduite auprès des cholériques ; nous omettons beau-

coup de détails relatifs à la direction des soins, à la variation intelligente des moyens suivant les brusques vicissitudes de la maladie, aux indications qui dérivent de quelques symptômes particuliers ou de quelques épiphénomènes. Nous n'avions d'autre but que d'esquisser les bases de notre thérapeutique qui repousse les médications absolues, et tire parti de tous les moyens sanctionnés par l'expérience suivant l'opportunité et l'urgence des situations. Notons seulement que le hoquet n'est point, dans le choléra, un symptôme grave comme dans la péritonite, etc.; que les hémorrhagies bronchiques pulmonaires et intestinales, observées par nous chez quelques malades, n'ont pas eu de gravité par elles-mêmes ni par les altérations cyaniques dont elles étaient la conséquence; que toutes les éruptions, excepté les pétéchies, ont coïncidé avec l'amélioration de la maladie, et que la solution a paru franchement critique dans beaucoup de cas où nous avons observé soit la polyurie (4 à 6 litres d'urine par jour), soit les sueurs profuses et prolongées. Ajoutons en terminant que l'albuminurie cholérique signalée par nous est non-seulement un indice précieux pour le diagnostic et le pronostic, mais encore un régulateur pour le traitement et l'alimentation; celle-ci ne doit pas être prescrite avec sécurité, tant que l'acide azotique détermine une teinte opaline dans la zone inférieure du verre à pied où l'on traite l'urine de ces malades.

Voici les résultats statistiques de l'hôpital du Val-de-Grâce:

Malades au 4 mai	227
Morts	57
Sortis guéris	98
En traitement	72
Mortalité	0,25
Guérisons	0,43
Proportion des guérisons par rapport aux décès	1,72

TABLEAU COMPARATIF DES QUATRE HÔPITAUX PRÉCÉDENTS.

	Malades au 5 mai.	Morts.	Sortis guéris.	En traitement.	Mortalité.	Guérisons.	Prop. des guéris. par rapp. aux décès.
Hôtel-Dieu.	415	210	118	87	0,52	0,29	0,53
Charité	274	154	57	63	0,58	0,20	0,43
Val-de-Grâce.	227	57	98	72	0,25	0,43	1,72

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1848 contiennent les articles originaux suivants: 1° *Essai clinique sur le croup chez les enfants; histoire de deux épidémies observées à l'hôpital des Enfants malades de Paris pendant les années 1846 et 1847. Du traitement du croup*; par M. Vauthier. 2° *Recherches sur les syphilides, d'après des observations recueillies à l'hôpital du Midi dans le service de M. Ricord*; par M. Leudet. 3° *Recherches sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, considérées comme cause de mort subite*; par M. Aran. 4° *Du suc pancréatique, et de son rôle dans les phénomènes de la digestion*; par M. C. Bernard. 5° *Notice étiologique sur l'affection typhoïde*; par M. Marc-d'Espine. 6° *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel*; par M. Bernutz. 7° *Études sur le rachitisme des enfants du premier âge*; par MM. Trousseau et Lasègue. 8° *Observation de tumeurs multiples* (molluscum fungoïdes *ou syphilide tuberculeuse*) *recueillie dans le service de M. Huguier, avec quelques réflexions sur cette maladie*; par M. Lucien Corvisart. (L'analyse de ce cas a déjà été donnée dans la GAZ. MÉD., 1848, p. 252.)

ESSAI CLINIQUE SUR LE CROUP DES ENFANTS; DU TRAITEMENT DE CETTE MALADIE; par M. le docteur VAUTHIER.

Ce travail forme le complément du mémoire déjà publié par le même auteur sur l'histoire de deux épidémies de croup observées en 1846 et 1847 à l'hôpital des Enfants malades, et consiste en une revue des différents moyens thérapeutiques employés pendant le règne de cette épidémie; c'est assez dire que, sur beaucoup de points, une pareille revue ne peut reproduire que des notions ou des faits déjà entrés dans le domaine de la science. Elle renferme pourtant plusieurs particularités sur lesquelles nous nous arrêterons un instant.

De ce que la manifestation croupale commence fréquemment par l'arrière-gorge, on en a conclu tout naturellement qu'il fallait se hâter de cautériser cette région. Cette pratique n'est pas seulement rationnelle; elle serait encore efficace plus souvent qu'on ne le voit généralement si, au moment où le praticien est averti du développement du mal, le travail morbide n'était déjà, presque toujours, commencé dans une partie plus profonde de la muqueuse aérienne. Il faut peu compter, quoi qu'on en ait dit, sur une cautérisation de la surface interne du larynx par les quelques gouttes de liquide caustique qui paraissent franchir l'ouverture de la glotte. Outre que l'action caustique ne peut modifier la vitalité de la membrane qu'à la condition d'être énergique, elle a encore besoin pour être efficace, d'être renouvelée un certain nombre de fois. Et d'ailleurs, c'est dans une région encore plus profonde que le larynx, c'est dans la trachée et même les bronches que le travail morbide s'établit fréquemment dès le début. Il peut bien se faire que la sécrétion plastique ait lieu dans ces dernières parties plus tardivement que dans l'arrière-gorge; mais cela n'empêche pas qu'au moment où des membranes se montrent sur la paroi postérieure du pharynx, le même travail ou, pour parler comme les Anglais, le même *procès* pathologique dont elles sont le produit ne soit déjà en voie de développement dans l'arbre bronchique et ne puisse plus être affecté par la cautérisation pharyngienne. C'est ce qui nous semble avoir lieu dans la grande majorité des cas. Aussi penchons-nous vers l'avis de l'auteur, qui n'attribue à la cautérisation d'autre avantage manifeste que de nettoyer l'arrière-gorge, de déblayer le passage de l'air et de provoquer des efforts de vomissements. A l'hôpital des Enfants malades, on se sert surtout de la solution du nitrate d'argent, à la dose considérable de 5, 6 ou 10 grammes de sel pour 30 grammes d'eau.

Si la cautérisation est utile surtout en provoquant des nausées, on comprend tout le parti qu'on doit tirer des vomitifs. M. Vauthier les regarde comme *un des meilleurs moyens de traitement du croup*. Cela est incontestable; mais c'est à la condition, et M. Vauthier y insiste lui-même, de les employer avec une grande énergie. C'est du reste de cette façon qu'on les manie à l'hôpital des Enfants, et le mémoire contient plusieurs observations de guérison véritablement inespérée par l'emploi des vomitifs et de la cautérisation. L'observation première, notamment, est très-remarquable sous ce rapport. Le sujet n'était âgé que de 4 ans: la maladie datait de six jours au moment de l'entrée à l'hôpital; la voix était tout à fait éteinte, la dyspnée extrême, la respiration sifflante. L'aisselle droite portait une ulcération assez profonde, couverte d'un enduit blanc jaunâtre, de même aspect que les fausses membranes croupales. M. Blache prescrivit, outre des frictions sur le cou avec l'onguent napolitain, des instillations de solution concentrée de nitrate d'argent et une potion contenant 8 centigrammes de tartre stibié et 15 grammes de sirop d'ipécacuanha. Dans la journée, un vomissement eut lieu qui amena deux fausses membranes cannelées. Le soir, trois cautérisations nouvelles et un vomitif. Le lendemain matin, le pouls était à 134 et la respiration à 40; un accès de suffocation se montrait par intervalles, on prescrivit de nouveau la potion vomitive. Après la visite, l'enfant rendit, au milieu d'une expectoration sanguinolente, une fausse membrane longue de 4 centimètres du calibre d'une grosse division bronchique. Il y eut ensuite du calme et du sommeil; la nuit fut bonne. Néanmoins, nouveau vomitif, nouvelles instillations le lendemain matin. A partir de ce moment, l'amélioration alla en augmentant. La plaie de l'aisselle mit un mois à se cicatriser.

MM. Guersant et Blache rejettent l'emploi des antiphlogistiques et des révulsifs cutanés (évacuations sanguines et vésicatoires) dans le traitement du croup. C'est aussi l'avis de M. Vauthier. Nous craignons que cette proscription ne soit un peu trop absolue, et nous voyons dans une observation citée par l'auteur, que, chez un enfant de 14 ans, M. Blache lui-même, trouvant le pouls fort et résistant, ordonna une saignée de deux palettes. Il ne paraît pas que cette saignée ait eu de fâcheuses conséquences. Règle générale, nous regardons les évacuations sanguines dans le croup comme contre-indiquées, principalement la saignée générale; mais il est des cas où une application de sangsues sur les côtés du larynx, faite au début de la maladie, abat l'éréthisme local sans diminuer sensiblement les forces générales. Ce n'est pas un bon moyen curatif, mais c'est parfois un excellent préliminaire à un traitement plus spécial. On sait d'ailleurs que certains auteurs, dignes de confiance, ont publié des cas de croup dans lesquels l'emploi des antiphlogistiques a paru avoir tous les honneurs de la guérison.

19 cas de trachéotomie ont été recueillis par l'auteur pendant son séjour dans les hôpitaux; sur ce nombre, 15 avaient trait au croup, 2 au faux-croup et 4 à des corps étrangers du larynx ou à l'œdème de la glotte. Or, des quinze opérations pratiquées pour le croup, pas une ne s'est terminée heureusement. Est-ce une raison pour rejeter absolument cette opération? L'auteur ne va pas jusque-là. Des cas authentiques de succès, et aussi l'espoir de prolonger du moins la vie des malades, doivent suffire pour engager à la tenter. A cet égard, une dissidence grave sépare les praticiens. Les uns veulent qu'on pratique la trachéotomie aussitôt que le croup est positive-

ment reconnu : c'est l'avis de Caron et de M. Trousseau ; d'autres ne voient dans la trachéotomie qu'un remède *in extremis.* L'innocuité de la trachéotomie, dans les cas de corps étranger, plaide certainement avec autorité en faveur des premiers ; si c'est le croup et toutes ses conséquences qui font le principal danger de l'opération, ou, pour mieux dire, qui s'oppose à sa réussite, il paraît naturel d'ajouter de bonne heure ce moyen de salut à ceux que les moyens pharmaceutiques offrent de leur côté. Mais en y réfléchissant plus profondément, on s'aperçoit bien vite de ce qu'il y a d'un peu illusoire dans cette pratique. Comme l'auteur le dit très-bien, on se propose, en pratiquant la trachéotomie, un double but, qui est d'empêcher l'asphyxie en permettant l'entrée de l'air, et de pouvoir agir topiquement sur le mal à travers l'ouverture artificielle. Or, sur le premier point, il est clair que tant que l'air passe dans les bronches en suffisante quantité pour alimenter l'hématose, comme cela a lieu au début du croup, une ouverture artificielle est absolument inutile. Par elle-même, elle n'influe en aucune façon sur la marche de la sécrétion pseudomembraneuse, et si elle n'est pas moins innocente qu'elle ne le serait à une période plus avancée de la maladie, on ne peut assurer qu'elle le soit davantage. Ajoutez que cette pratique tranche par avance une difficulté qui pèse d'ordinaire beaucoup dans les considérations qui décident de l'opportunité ou de l'inopportunité de l'opération. Une ouverture de la trachée ne pouvant absolument rien contre l'asphyxie quand les fausses membranes s'étendent jusque dans les bronches, on a coutume de s'en abstenir toutes les fois qu'on est averti d'une telle extension par les bruits stéthoscopiques, et l'on évite ainsi au malade la douleur, et aux parents l'angoisse d'une opération. Mais si l'on commence le traitement par là, et que la maladie se généralise comme nous venons de le dire, on en sera réduit au regret d'avoir pour ainsi dire bravé à l'avance une contre-indication d'une nature fort grave. On dit, il est vrai, et c'est le second but que se propose la trachéotomie, qu'on pourra prévenir ou modérer l'extension du mal dans les bronches au moyen de la cautérisation à travers l'ouverture artificielle. C'est là, nous le disons avec M. Vauthier, une illusion. De fait, la cautérisation, dans ces circonstances, n'a réalisé aucune des espérances qu'elle avait fait concevoir.

La question pratique se réduit donc pour nous à déterminer le moment où les ressources de la médecine paraissent impuissantes ; il ne serait plus possible de surseoir plus longtemps à l'opération sans exposer le malade à un état asphyxique et à une faiblesse assez considérable pour diminuer notablement les chances de succès. C'est l'affaire du tact médical et de l'expérience.

Nous nous bornons à ces quelques points du mémoire de M. Vauthier, mais en rendant justice à la manière judicieuse dont il a su apprécier les autres particularités relatives à la thérapeutique du croup.

RECHERCHES SUR LES SYPHILIDES, D'APRÈS LES OBSERVATIONS RECUEILLIES A L'HÔPITAL DU MIDI ; par M. LEUDET.

Ce travail a été conçu et rédigé dans des vues entièrement conformes aux idées de M. Ricord, que nos lecteurs ont déjà eu si souvent l'occasion d'apprécier. Nous passerons donc sous silence ceux des résultats de M. Leudet qui ne sont que confirmatifs des doctrines de l'hôpital du Midi ; car une preuve de plus, pas davantage qu'une autorité nouvelle, ne peuvent être aujourd'hui jugées nécessaires pour la sanction de principes aussi généralement admis que ceux-ci. Il sera seulement intéressant de connaître certaines données auxquelles la statistique a conduit l'auteur.

Un premier point s'offrait à fixer. Combien de temps après le chancre primitif paraissent les syphilides ? D'après un relevé portant sur 95 cas, M. Leudet établit que la moyenne de ce temps d'incubation, ou, si l'on aime mieux, d'état latent de la maladie, a été de soixante-sept jours.

La durée maximum a été de cinq mois, la durée minimum de quinze jours. (Notons que l'observation relative à la durée de cinq mois appartient à un ecthyma profond.)

Ce fait ajoute un nouveau poids à l'opinion d'après laquelle les symptômes secondaires se manifestent ordinairement avant, et n'apparaissent qu'exceptionnellement après les six mois révolus à partir de l'accident primitif. On sait, en effet, que les syphilides sont le symptôme secondaire le plus hâtif dans son évolution, et aussi celui par lequel commence en général la grande scène de la vérole constitutionnelle. Par conséquent il est assez légitime de conclure de ce qui lui est propre à ce qui concerne les autres lésions syphilitiques consécutives.

Dans cette supputation cependant, il est légitime, il est indispensable de prendre en considération l'influence du traitement. Dans le tableau ci-dessus, les moyennes proviennent de l'analyse d'observations de malades non soumis à un traitement bien constaté. Mais les mercuriaux peuvent retarder, sinon empêcher une manifestation cutanée. Cela est si vrai que, en analysant les cas dans lesquels un traitement mercuriel a été employé pendant un certain temps, M. Leudet a trouvé comme période minimum entre le chancre et l'apparition de la syphilide, quatre mois, puis neuf mois, un an, plusieurs années, enfin un temps illimité.

Un même malade peut être atteint plusieurs fois de syphilide. Or la première éruption, quand il n'y a pas eu de traitement mercuriel, est le plus souvent exanthématique.

A mesure que les éruptions se multiplient ensuite chez le même sujet, on remarque qu'elles affectent en général de plus en plus profondément l'élément cutané. Ainsi, après la syphilide papuleuse guérie, survient l'ecthyma ; à la roséole succède une éruption tuberculo-crustacée ou pustulo-squammeuse. Chez un quatrième malade, c'est le psoriasis qui est le dernier symptôme en date.

Ce cas de succession de plusieurs éruptions différentes est tout à fait distinct de celui où c'est la même qui reparaît à divers intervalles. Les exemples en sont beaucoup plus rares : M. Leudet en cite un intéressant sous ce rapport, où la roséole se reproduisit au bout de deux mois, avec le même aspect que la première fois.

La moyenne de la durée des éruptions, après l'entrée des malades à l'hôpital, a été de cinquante-huit jours ; la durée maximum de quatre-vingt-deux jours ; la durée minimum de dix jours. Le tableau suivant montre la durée proportionnelle de chaque variété.

	Moyenne.	Maximum.	Minimum.
Syphilide varioliforme. . .	54 jours.	66 jours.	42 jours.
Acné.	36 —	39 —	34 —
Papules	36 —	80 —	18 —
Rupia ; ecthyma.	3,82 —	45 —	17 —
Roséole	32,2 —	62 —	10 —

Pour les lecteurs qui seraient étonnés de la disparition rapide de quelques-unes de ces lésions, il est bon de rappeler que l'influence d'un traitement actif, dirigé par M. Ricord, n'a pas peu contribué, dans ces cas, à dissiper les effets apparents de la diathèse syphilitique.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 MAI.

INFLUENCES DES AIMANTS SUR LA CONTRACTION MUSCULAIRE.

M. DUVERNOY, à l'occasion de la communication de M. de Humboldt relative aux expériences de M. Raymond, fait part à l'Académie d'expériences qu'il a faites lui-même en sens contraire. Il est parvenu, en présentant un aimant aux muscles fléchisseurs et extenseurs des membres d'une personne qui avait une attaque de nerfs, à déterminer l'extension ou la flexion de ces membres. Il a obtenu à peu près les mêmes résultats en contractant vivement ses propres muscles et en les rapprochant de ceux de la même personne, toujours en attaque de nerfs et privée pour le moment de ses facultés intellectuelles.

M. ARAGO fait remarquer que ces expériences n'ont aucun rapport avec celles de M. Raymond, et que des milliers de tentatives analogues à celles de M. Duvernoy ont été faites toujours inutilement.

M. MAGENDIE : Dans tous les cas plus ou moins analogues à celui que vient de rapporter M. Duvernoy, et dans lesquels des expérimentateurs sérieux ont voulu examiner de près et avec attention ce qui se passait, on a trouvé que des faits qui pouvaient tout d'abord paraître merveilleux tenaient à des lois physiques parfaitement simples.

DOSAGE DU SUCRE DE LAIT AU MOYEN DU SACCHARIMÈTRE DE M. SOLEIL, ET DÉTERMINATION DE LA RICHESSE DU LAIT.

M. POGGIALE, professeur de chimie au Val-de-Grâce, a déjà fait connaître un procédé propre à déterminer la richesse du lait par la méthode des volumes. Il a exécuté depuis, avec le saccharimètre de M. Soleil, des recherches qui l'ont conduit à des résultats d'une admirable précision.

Le nouveau moyen indiqué par M. Poggiale est basé sur les propriétés optiques du sérum du lait bien clarifié. Il se sert pour cela de l'ingénieux appareil de polarisation de M. Soleil.

Pour faire cette expérience, on coagule d'abord le lait au moyen de l'acide acétique et à la température de 40 ou 50° ; on filtre ensuite, et l'on ajoute au liquide filtré quelques gouttes d'acétate de plomb, qui déterminent un précipité assez abondant. On obtient par une nouvelle filtration une liqueur parfaitement transparente et très-propre à ce genre de recherches.

Le sérum étant ainsi préparé, on l'introduit dans un tube d'observation de 22 centimètres de longueur, et après l'avoir fermé, on le place sur l'instrument pour obtenir le nombre de degrés indiquant la déviation que la lumière polarisée éprouve en traversant le liquide sucré. Si l'on a trouvé, je suppose, 28°, il suffira de consulter la table que M. Poggiale a dressée à cet effet, pour avoir le poids du sucre contenu dans 1 litre de petit-lait. On arrivera au même résultat à l'aide de la proportion suivante :

$$100 : 201,90 :: 28\ x.\ x = 56,53$$

C'est-à-dire que, dans cette supposition, 1,000 grammes de petit-lait contiennent 56 grammes 53 centigrammes de sucre. 201,90 est la quantité de sucre de lait qui, dissoute dans l'eau distillée et portée au volume de 1,000 centimètres cubes produit une déviation de 100°.

M. Poggiale a fait une table indiquant depuis 1° jusqu'à 100 la quantité de sucre contenue dans 1 litre de petit-lait; mais il s'est borné à faire connaître les chiffres réellement utiles. La première colonne comprend les degrés trouvés, et la deuxième le poids du sucre.

Degrés trouvés.	Quantité de sucre dans 1 litre de petit-lait.	Degrés trouvés.	Quantité de sucre dans 1 litre de petit-lait.	Degrés trouvés.	Quantité de sucre dans un litre de petit-lait.
18	36,34	23	46,43	28	56,53
19	38,36	24	48,45	29	58,55
20	40,38	25	50,47	30	60,57
21	42,39	26	52,49	31	62,58
22	44,41	27	54,51	32	64,60

Il est bon de rappeler que, d'après les expériences de M. Poggiale, 1,000 grammes de petit-lait renferment 57 grammes environ de sucre. Cette proportion correspond, d'après la table, à peu près à 28°; mais il est nécessaire d'accorder une tolérance de 2 ou 3°. Le lait vendu dans le commerce ne marque que de 19 à 23°.

DÉCROISSANCE DE LA POPULATION FÉMININE EN FRANCE.

M. H. Carnot adresse un complément aux précédents mémoires qu'il a communiqués à l'Académie sur la décroissance de la population en France. Il se propose, dans cette note, de démontrer que la population féminine tend à décroître dans une plus grande proportion que la population masculine. Il existe, dit M. Carnot, une relation directe providentielle entre la population féminine, le nombre des mariages, les naissances et les décès féminins. Il a calculé en conséquence d'année en année, depuis 1817 jusqu'en 1845 et par période décennale, les éléments de la population féminine. Il résulte de ces calculs que dans le cours moyen de dix années, représentant la période moyenne de 1826 à 1836, les naissances féminines ont diminué de 0,00023 par an; les décès féminins ont augmenté de 0,00484 par an; l'accroissement de population féminine a diminué de 0,02970 par an, et que cependant le nombre total des mariages a augmenté de 0,00968 : d'où l'on voit qu'à *un* accroissement dans les décès féminins correspondent *deux* accroissements dans les mariages.

Il résulte encore de ces calculs, qui établissent une augmentation des mariages, tandis que les naissances diminuent, que la mortalité décroît entre la naissance et l'âge nubile, et que l'accroissement réel de la mortalité porte sur les femmes dans l'âge de la fécondité.

L'accroissement annuel de la population fémine diminuant, ainsi qu'il ressort de ces calculs, si cette diminution continue d'une manière progressive, M. Carnot pense que l'égalité des naissances et des décès féminins arrivera dans l'année moyenne 1860, c'est-à-dire dans la période décennale de 1855 à 1864. Après cette époque, la population féminine décroîtra.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LE MERCURE.

M. Robert, ancien médecin des lazarets de Marseille, adresse une note à l'appui des bons effets que M. Serres a retirés de l'emploi des frictions mercurielles et du sulfure noir de mercure dans le traitement du choléra. Il rappelle qu'il a obtenu durant l'épidémie de 1835, à Marseille, dix-sept guérisons de cholériques par l'emploi des frictions mercurielles à haute dose et du muriate suroxygéné de mercure. Il envoie à l'appui un exemplaire du mémoire qu'il a publié à cette époque dans la Gazette Médicale. (Voy. Gaz. Méd., année 1835.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend :

Neuf lettres officielles, émanées du ministère de l'agriculture et du commerce, dont sept sont relatives à des remèdes ou moyens prophylactiques contre le choléra. Parmi les notes qui accompagnent ces lettres, nous avons remarqué :

1° L'envoi d'une série de formules anticholériques employées par M. le docteur Gaudriant;

2° Une note de M. Tailhade, officier de santé en retraite, à Gignai (Lot), dans laquelle ce médecin vante la compression pour arrêter les crampes cholériques;

3° Une lettre de M. Champenois, officier de santé à Launoin (Ardennes), qui conseille l'abstinence complète des liquides comme traitement du choléra;

4° Une note de M. le docteur Fiévet, qui préconise, comme traitement prophylactique du choléra, les infusions de camomille, de petite centaurée et de quinquina;

5° Une lettre de M. Royer, aide-major au dépôt de la garde mobile, qui propose comme spécifique contre le choléra un mélange de sel de cuisine et d'eau-de-vie de bonne qualité, dans la proportion d'un quart de sel pour trois quarts d'eau-de-vie.

Le même ministre envoie un échantillon d'eau minérale dont la source a été découverte dans la commune de Saint-Didier, au Mont-d'Or.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes, toutes relatives au choléra :

CHOLÉRA.

M. Chambay, médecin de l'hospice et des prisons d'Alençon et médecin des épidémies, adresse la lettre suivante :

« Vers le 16 mars dernier, la femme Duguet, âgée de 40 ans, demeurant à Pierre-Plate, commune de Lonray, était partie bien portante pour aller à Paris chercher un nourrisson. Cette femme, pendant les quinze jours qu'elle passa au bureau des nourrices, faubourg St-Germain, vécut avec la plus grande parcimonie, éprouva des coliques et de la diarrhée, partit le 3 avril pour revenir à Alençon, fit le voyage à petites journées dans une voiture mal close, et arriva le samedi 7 avril à Lonray. Elle avait eu pendant le voyage de nombreuses évacuations alvines. Le lendemain, un médecin d'Alençon constata les symptômes suivants : le visage était cyanosé; la peau froide et visqueuse; le pouls nul à la radiale; les battements du cœur extrêmement faibles; les urines presque complétement supprimées; vomissements et évacuations alvines de matières séreuses semblables à une décoction de riz; voix éteinte, crampes. Ce médecin diagnostique une *cholérine intense présentant la plupart des symptômes du choléra asiatique.* Un traitement approprié fut ordonné; la malade fut revue le 9 par le même médecin, qui constata les mêmes symptômes qu'à sa première visite, moins les vomissements, et la malade succomba dans la nuit. Deux jours après, le mari de la femme Duguet venait consulter son médecin pour sa fille âgée de six ans, qui, disait-il, était prise des mêmes symptômes que sa mère, et cette enfant succombait cinq jours après. Le jour de l'enterrement de cet enfant, sa grand'mère, d'après le récit de Duguet, fut atteinte des mêmes accidents que les deux autres, et elle succomba le lendemain. Ces trois personnes habitaient la même maison.

» La femme Goulay, âgé de 66 ans, mère de la femme Duguet, ainsi que la fille Goulay, âgée de 27 ans, sœur de cette dernière, étaient venues de La Roche, lieu de leur domicile, qui est distant de Pierre-Plate d'environ huit kilomètres, pour donner des soins à la femme Duguet. Elles ne tardèrent pas à être prises de diarrhée, et lorsqu'après la mort de leur parente ces femmes retournèrent à la Roche, elles furent prises pendant la route de crampes tellement fortes, qu'elles se roulaient sur le sol. D'après les renseignements que j'ai pu recueillir, la femme et la fille Goulay ont éprouvé les mêmes symptômes que la famille Duguet. La première de ces femmes a succombé le troisième jour et la fille le quatrième.

» Il n'y avait dans la commune de Lonray ni dans la commune de La Roche, rien qui annonçât que l'influence épidémique pesait sur ces contrées; on n'y connaissait aucun cas de cholérine ni de choléra. L'état sanitaire était excellent, lorsque le 7 avril, arrive dans le village de Pierre-Plate, commune de Lonray, une nourrice venant de Paris, qui, le lendemain de son arrivée, est prise des symptômes du choléra, et qui succombe trois jours après. Sa fille éprouve deux jours après les mêmes accidents, et meurt le cinquième jour. Enfin, le jour de l'enterrement de cette enfant, la grand'mère est atteinte d'accidents semblables, et expire le lendemain. Deux femmes, la mère et la sœur de la femme Duguet, étant venues de La Roche pour donner des soins à leur parente, quittent la maison mortuaire, sont prises, en arrivant à leur domicile, de symptômes cholériques, et succombent tous les deux dans l'espace de quatre jours.

» Cette observation est de nature à jeter du doute dans les esprits non prévenus. Pour nous, elle corrobore une conviction qui, depuis 1832, est fortement enracinée dans notre esprit; car ce fait n'est pas pour nous un fait isolé. Médecin des épidémies dans un arrondissement d'où partent journellement des nourrices qui vont à Paris chercher des nourrissons, nous avons été à même de constater en 1832, aux environs de Carrouges, une quinzaine de cas qui présentent une parfaite analogie avec celui qui fait l'objet de cette observation.

» Plus tard, lorsque le fléau asiatique aura quitté nos contrées, et que ce sera pour chaque médecin un devoir de fournir quelques matériaux à l'édifice de l'histoire du choléra en France, nous aussi nous payerons à la science notre faible tribut. Nous examinerons spécialement la question de la contagion qui, selon nous, est rejetée par l'Académie de médecine avec trop de légèreté; et ce n'est pas sans surprise que nous avons vu un honorable académicien traiter du haut de la tribune avec un superbe dédain les médecins de province dont les opinions, en matière de contagion, ne sont pas celles qui sont généralement adoptées. On devrait se rappeler que pendant vingt ans l'Académie a nié la contagion de la fièvre typhoïde, et que ce sont les nombreux faits fournis par les médecins de province qui ont puissamment contribué à la solution de cette question. Il en sera de même pour le choléra : c'est des départements que viendra la lumière qui devra élucider l'importante question de la contagion.

» Agréez, etc. »

M. Bégin (interrompant M. le secrétaire) : Je demande la parole.

M. le Secrétaire : Mais permettez, M. Bégin...

M. Bégin vivement : Je ne permets pas. (On rit.) J'ai déjà proposé de renvoyer à la commission les documents relatifs à la question de contagion; il me paraît utile de renouveler cette proposition. Voilà des faits controversés sur les lieux mêmes où ils ont été observés; que voulez-vous qu'on en conclue? En les analysant longuement on perd son temps, on n'arrive à rien, et l'on peut inquiéter la population. C'est pourquoi je reviens et j'insiste plus que jamais sur ma proposition.

M. le Secrétaire perpétuel : La proposition que M. Bégin a faite dans la dernière séance n'a pas été mise aux voix; il a été décidé seulement qu'on ajournerait la discussion sur la contagion. D'après l'invitation de l'Académie, j'ai écrit à tous les correspondants des localités où règne le choléra pour avoir des renseignements spécialement sur le mode de propagation de l'épidémie. Vent-

ou maintenant, après avoir provoqué ces communications, que nous les passions sous silence? Je déclare, pour ma part, que je me conformerai à ce que décidera l'Académie; mais il me semblerait peu convenable de ne pas mentionner des documents que les correspondants se sont empressés, avec un zèle louable, de vous adresser conformément aux vœux de l'Académie.

M. Rochoux : Je ne puis qu'approuver la proposition de M. Bégin. Les documents que nous recevons sont fort intéressants sans doute; mais il faudrait être étranger à toute espèce de connaissances médicales pour croire que ces documents peuvent être ainsi appréciés à une première audition, et qu'ils peuvent par conséquent éclairer l'Académie. Ce n'est que lorsqu'ils auront été étudiés sérieusement par une commission qu'on pourra en tirer des inductions fondées; c'est donc à la commission qu'il faut les renvoyer.

M. Gaultier de Claubry : Si l'on agissait comme on vous le propose, il n'y aurait plus de travaux possibles dans l'Académie. Si nous adoptions aujourd'hui cette proposition, il n'y a pas de raison pour qu'un autre jour on ne propose de renvoyer à une commission telle autre partie de la correspondance, et alors la correspondance sera comme non avenue. Tous les usages académiques s'opposent à une pareille manière d'agir.

M. Louis : Il ne faut pas faire de confusion entre la correspondance ordinaire et les documents qui nous arrivent en ce moment sur la contagion du choléra. Ces documents forment les éléments d'une discussion sérieuse qui ne peut pas être improvisée; je crois qu'il convient de renvoyer ces documents à une commission, en se bornant à les mentionner.

M. Bouvier demande le renvoi de la question au conseil d'administration.

M. Gibert : Je crois qu'on pourrait mettre toutes les opinions d'accord; il ne s'agit pas de supprimer de la correspondance toutes les communications sur le choléra, mais celles seulement qui sont relatives à la question de la contagion.

M. Desportes : Je m'oppose, pour ma part, à cette suppression. Il faut que l'Académie connaisse les faits à mesure qu'ils se produisent.

M. Velpeau : Il est de la dignité de l'Académie de ne rien faire qui puisse blesser l'amour-propre de ses correspondants; ils seraient blessés, à coup sûr, s'ils apprenaient qu'on a décidé de ne pas faire mention de leurs communications. Il convient donc de continuer à les mentionner; il n'y a aucun inconvénient à cela : la politesse est réservée, et personne n'y perd.

M. Moreau : Je fais la proposition formelle de renvoyer à la commission les documents en question, après toutefois que M. le secrétaire perpétuel les aura fait connaître succinctement à l'Académie. (Appuyé.)

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

— M. le Secrétaire perpétuel continue ensuite le dépouillement de la correspondance.

M. de Fermon, correspondant de l'Académie, adresse sur les faits précédents un rapport, duquel il conclut qu'il est impossible de trouver dans ces faits la moindre preuve en faveur de la contagion; que ces faits, d'ailleurs, ont été très-incomplétement observés, et que rigoureusement on n'en saurait tirer aucune conséquence.

M. Renault, chirurgien de l'asile des aliénés de la même ville, donne quelques renseignements sur les mêmes faits. Ces renseignements tendent à confirmer le contenu de la lettre de M. Chambay.

M. Demarbaix, de Mons (Belgique), annonce que le choléra a reparu dans cette contrée, et que plusieurs villes de la Belgique, Anvers, Mons, Liége, Gand, ont été successivement visitées par le fléau. Il préconise le chlorure de sodium, qu'il a employé, dit-il, dans cinq cas, et quatre fois avec succès.

M. Belloc, médecin militaire, rappelle, à l'occasion de la communication de M. Bouvier, qu'il a employé l'urtication avec succès en 1832 à l'hôpital militaire de Valenciennes. Il adresse un mémoire intitulé : Quelques considérations générales sur le choléra-morbus épidémique, et de l'urtication comme moyen thérapeutique à employer contre cette maladie.

MM. Girardin et Mérielle adressent quelques renseignements sur l'épidémie de choléra de Rouen, et en particulier sur les faits observés dans l'asile des aliénés de cette ville. M. Mérielle, à la suite du rapport, énonce les motifs qui lui font repousser l'opinion de la contagion du choléra.

M. Legadre adresse une note sur la trasmissibilité du choléra. Les faits dont il a été témoin s'expliquent, suivant lui, par l'imprégnation miasmatique de l'air dans des localités basses, humides, obscures, où l'atmosphère ne se renouvelle pas ou se renouvelle fort difficilement, où il y a agglomération de personnes, où les soins de propreté sont loin d'être observés et maintenus.

M. Demeunynck (de Bourbourg) adresse quelques considérations sur la dernière épidémie de choléra-morbus, particulièrement au point de vue du mode de propagation de cette maladie, suivies de réflexions sur les moyens prophylactiques et le traitement curatif de cette affection.

M. Blatin met sous les yeux de l'Académie un appareil de réchauffement qui lui a rendu de bons services. Cet appareil consiste en une lampe à esprit de vin enfermée dans un cylindre en toile métallique et surmontée d'un grillage en osier.

M. Robert (de Marseille) adresse une communication sur l'emploi des mercuriaux dans le choléra. (Voir ci-dessus, au compte rendu de l'Académie des sciences.)

M. Angelot écrit, au nom de M. Toulmouche empêché par une maladie, que deux cas de choléra ont éclaté à Rennes dans la journée du 27 avril.

M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, soumet au jugement de l'Académie des observations tendant à démontrer l'efficacité du sous-acétate de plomb dans le traitement des diarrhées et des dyssenteries. Ce médecin a été conduit à employer sans aucun inconvénient ce médicament à la dose de 20 à 25 *grammes* dans la journée (c'est-à-dire en douze heures), en quatre doses dissoutes dans 500 grammes d'eau distillée chacune.

— M. le Président annonce la mort de M. Jourda, membre de l'Académie dans la section de pathologie chirurgicale.

— La parole est à M. Malgaigne pour un rapport officiel.

— M. Malgaigne, au nom de la section de médecine opératoire, propose de fixer à six le nombre des candidats à inscrire sur la liste de présentation à la place vacante dans cette section.

Cette proposition est adoptée.

— M. Bouvier communique le mouvement de la semaine.

Le total des décès de la semaine, dit M. Bouvier, du 30 avril au 6 mai, a été de 275.

Il était, la semaine précédente, de 169.

Augmentation, 106, près des deux tiers en sus.

Il y a eu précédemment 303 décès (du 2 au 8 avril), mais la Salpêtrière y entrait pour les deux tiers.

Les nouveaux cas sont au nombre de 554.

Semaine précédente, 292. C'est près du double.

Le plus fort nombre précédemment était de 471 (du 9 au 15 avril).

Les nouveaux cas sont donc beaucoup plus nombreux qu'ils ne l'ont encore été, tandis que les décès n'atteignent pas le maximum déjà observé.

Ce n'est pas que la mortalité ait beaucoup diminué dans les hôpitaux, mais c'est parce qu'elle a toujours été plus forte à la Salpêtrière, en raison de l'âge des sujets, et comme précédemment cet hospice fournissait la majorité des cas, moins de malades donnaient plus de décès.

La Salpêtrière, aujourd'hui, n'a que 22 cas, 1 de moins que l'autre semaine. La décroissance n'y continue pas dans la proportion rapide qu'elle suivait jusque-là. Il y a un temps d'arrêt.

Les autres hospices ont eu 27 cas, au lieu de 16.

L'augmentation porte essentiellement sur les hôpitaux, le total des cas est juste le double de celui de la semaine précédente, 505 au lieu de 253; différence, 252.

Les cas de l'intérieur ne sont toutefois pour rien ou presque rien dans cette augmentation, il y en a 77 au lieu de 74.

Ce sont les cas du dehors, ceux de la ville, qui produisent toute l'augmentation; aussi sont-ils près de deux fois et demi aussi nombreux que ceux de l'autre semaine; il y en a 428 au lieu de 179.

La semaine la plus chargée (du 9 au 15 avril) n'en avait que 204, pas la moitié autant.

Ce mouvement ascensionnel, qui avait commencé à la fin de la semaine précédente, a été progressif pendant la semaine dernière. La moyenne des trois premiers jours n'est encore que de 53; celle des quatre derniers est de 67. Hier lundi, tous les chiffres précédents ont été dépassés; il y a eu 98 entrées dans les hôpitaux seulement, non compris les cas déclarés dans les salles, lesquels sont au nombre de 20.

A l'Hôtel-Dieu, même proportion à peu près, 126 malades du dehors au lieu de 68. Pas d'augmentation pour les malades de l'intérieur, 16; il y en avait eu l'autre semaine, 18; 64 décès au lieu de 38.

A Beaujon, encore des proportions analogues. Les malades de la banlieue, toujours en même nombre, ne forment plus la majorité des cas. Il y en a 9; il y en avait eu 8 la semaine d'avant. Le quartier a envoyé au contraire plus du double des cas de la semaine précédente, 19 au lieu de 8.

Enfin, les décès à domicile ont participé à l'augmentation générale des chiffres. Le 27 avril, ils montaient à 35; le 30 à 47; et du 1er mai au 4, à l'exception d'un jour, ils ont passé 50.

Malgré cet accroissement du nombre des malades et des décès, l'épidémie est jusqu'ici beaucoup plus bénigne que la moindre des deux épidémies de 1832, que celle de juin, qu'on appelle la recrudescence, avec laquelle elle a d'ailleurs beaucoup de rapport. A part ses ravages à la Salpêtrière et dans les hôpitaux, elle a fait en deux mois moitié moins de victimes dans la ville que la première en six à sept semaines, et le maximum des décès qu'elle cause chaque jour a atteint à peine la moitié du chiffre de 226, qui fut le maximum de l'épidémie de juin. La différence est même plus grande encore, si l'on considère que la population de 1832 était d'un tiers inférieure à celle de 1849, et que pour être semblables, les nombres correspondants devraient offrir le même rapport.

M. Louis : Il semblerait, d'après ce que vient de dire M. Bouvier, que le choléra sévit dans une plus forte proportion sur la classe pauvre que sur la classe aisée; mais pour savoir si cette proposition est exacte, il faudrait connaître la proportion des individus pauvres et des individus riches dans Paris.

M. Bouvier : Je renverrai M. Louis au rapport officiel sur l'épidémie de 1832; il trouvera là la désignation de tous les individus atteints de choléra.

— M. Gaultier de Claubry a la parole pour lire un rapport sur un remède secret contre le choléra.

Les conclusions, défavorables, sont adoptées.

— M. Capuron lit un rapport sur un céphalotribe proposé par M. le docteur Gavaudan (de Naples).

Le rapporteur conclut au dépôt de l'instrument dans les archives de l'Académie et à des remercîments à adresser à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées.

Le même rapporteur lit un deuxième rapport sur une communication de M. le docteur Guizard relatif à trois opérations de céphalotomie et à plusieurs opérations césariennes pratiquées avec succès par cet honorable praticien.

Ce rapport très-favorable est terminé par les conclusions suivantes : Dépôt du

mémoire aux archives et inscription de l'auteur au nombre des candidats pour les places vacantes de correspondants. (Adopté.)

— M. MAISONNEUVE présente une partie des os maxillaires supérieurs d'une jeune fille, à laquelle il a pratiqué la resection partielle des deux os maxillaires, pour une nécrose produite par l'action de la pâte phosphorique employée à la fabrication des allumettes chimiques. La bouche, parfaitement reconstruite, est seulement privée de ses dents supérieures, et la partie antérieure de la face est aplatie. Les deux os maxillaires n'ont pas été enlevés dans leur totalité: le plancher des deux orbites, qui n'était point malade, a été conservé, ainsi que les os palatins.

POST-SCRIPTUM. — AU RÉDACTEUR.

Paris, 6 mai 1849.

Monsieur et très-honoré confrère,

Toute polémique dans laquelle l'opinion adverse n'est pas scrupuleusement reproduite demeure sans résultat, vous le savez parfaitement. L'intention d'arriver à mieux m'engage à revenir sur ma manière de voir, qu'il a fallu présenter inexactement pour pouvoir l'attaquer.

D'abord, au sujet de l'incubation des maladies contagieuses, j'ai parlé de quarante-huit heures et non de vingt-quatre, comme on me le fait dire dans la GAZETTE MÉDICALE d'hier.

D'un autre côté, je n'ai pas, comme on l'assure en outre, compris la rougeole parmi les maladies contagieuses à incubation connue, par une raison bien simple, savoir que la contagion de cette maladie est vraiment incertaine, à en juger du moins par l'insuccès des inoculations. Pour quiconque répugne autant que moi à vouloir éclairer *obscurum per obscurius*, c'était un exemple à mettre de côté. A la vérité, j'ai rangé la variole au nombre des affections dont l'incubation dure au moins quatre jours; et, l'avouerai-je? les observations sur lesquelles on s'appuie pour soutenir une opinion différente perdent, à mon sens, toute valeur, quand on les compare aux expériences décisives des milliers d'inoculations faites de manière à rendre toute erreur impossible. Cela étant, je me crois toujours fondé à soutenir que le choléra dont un père a été atteint, quarante-huit heures après avoir reçu chez lui son fils arrivant avec cette maladie, n'a pas suivi la marche des affections contagieuses, et par conséquent n'était pas contagieux. Ce fait mis à néant, les sept autres ne sauraient tenir un instant contre cet argument toujours valable, quoique un peu vieux :

. . . . *ab uno*
Disce omnes.

Agréez, etc., ROCHOUX.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE CHIRURGIE PLASTIQUE, accompagné d'un atlas in-folio de 18 planches gravées et coloriées; par M. JOBERT (de Lamballe). — 2 vol. in-8°. — Paris, 1849, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Depuis longtemps déjà les importantes recherches, les utiles créations que M. Jobert a accomplies dans le domaine récemment défriché de l'autoplastie avaient attaché à son nom le double lustre de l'inventeur heureux et du praticien habile. Il vient aujourd'hui justifier devant le monde médical tout entier ses droits à cette réputation honorable, en mettant au jour sur le sujet qui a si souvent provoqué ses ingénieuses conceptions un traité inévitablement destiné à devenir bientôt classique. Nous avons accueilli avec une satisfaction sans partage l'annonce de cette publication. Personne mieux que l'auteur ne pouvait écrire l'histoire d'une spécialité qu'il a enrichie de conquêtes du premier ordre; car, aujourd'hui surtout, on ne déplace guère les limites de la science qu'après avoir laborieusement étudié ce qu'elles enferment; et le fait seul d'avoir opéré une découverte est une irrécusable garantie du soin qu'on a mis à se familiariser avec les découvertes de ses prédécesseurs.

Puis, quant aux inventions elles-mêmes, nulle place ne nous paraît plus convenable à leur exposé que les pages d'un ouvrage didactique. Trop souvent, dans la communication où il en révèle le premier jet, l'auteur impatient, pour agrandir sa part, fait la part des autres trop petite, brise sans façon avec le passé, et ne voit plus la science que dans son œuvre. Ici, au contraire, forcé de comparer, il donne aux lecteurs un moyen de le critiquer peut être, mais au moins de le louer, s'il y a lieu, de la seule manière qu'un esprit sérieux puisse agréer; car l'éloge ne vaut que par la comparaison. En voyant les efforts de ceux qui l'ont devancé, on apprécie mieux la valeur des siens. En effet, là où il n'y a pas seulement différence dans le but, mais différence dans les voies proposées pour le réaliser, on juge plus aisément et plus sûrement entre les prétentions rivales quand toutes sont sous les yeux de celui qui est appelé à faire un choix.

Sous ces divers rapports, les intérêts de M. Jobert n'avaient point à redouter qu'il traçât lui-même et aussi fidèlement que possible les découvertes de ses devanciers à côté de ses découvertes personnelles. Ses titres n'ont pas plus à craindre du voisinage de ceux de ses rivaux que d'être livrés à la publicité dans tous leurs détails. Esprit aussi probe qu'indépendant, il a eu pendant le cours entier de sa vie scientifique la rare fortune de voir la critique, même la plus hostile pour d'autres, s'arrêter devant sa parole si loyale et accepter sans hésitation son témoignage toujours empreint de franchise et de désintéressement. Aussi les succès qu'il a dus au perfectionnement de certains procédés autoplastiques, à la création de quelques autres, sont aujourd'hui acquis à la science, et il ne peut plus être question que d'en fixer la valeur et d'en déterminer les cas d'application. Ce travail deviendra bien facile si chacun des émules de M. Jobert veut apporter le même zèle que lui à reproduire les relations détaillées de ses nombreux essais chirurgicaux et la même bonne foi à en conter les divers résultats heureux ou malheureux.

La division de l'ouvrage est des plus simples. Elle était pour ainsi dire commandée par les travaux multipliés dont cette branche est devenue l'objet. L'auteur trace d'abord un historique sommaire, mais méthodique et substantiel, de la chirurgie plastique. Il énonce, en second lieu, les notions générales qui s'y rattachent, ses indications, les préparations qu'elle nécessite, ses suites normales et anormales, les changements physiologiques dont elle s'accompagne dans la région opérée, ses diverses méthodes. Enfin une troisième partie est consacrée à montrer avec tous les détails convenables comment l'autoplastie doit être employée pour la réparation des différentes parties du corps.

Ce plan paraît éminemment rationnel; mais s'il comprend toutes les matières à traiter, peut être n'est-il pas absolument exempt de l'inconvénient d'exposer l'auteur à des redites involontaires. La première partie, toute de généralités, a necessairement été rédigée en vue de la seconde, dont elle devait recevoir son explication et son commentaire. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner si on la trouve parfois beaucoup trop succinte, et même si les propositions dont elle se compose ne sont, du moins pour quelques-unes, que des têtes de chapitre que la suite de l'ouvrage développera plus amplement.

Nous pourrions immédiatement fournir un exemple du sens de ces critiques, et surtout des limites dans lesquelles le lecteur devra les accepter. La première section, destinée à énoncer les cas auxquels la chirurgie plastique convient, les formule sous les quatre chefs suivants : « 1° Lorsqu'il s'agit de rendre à un organe la liberté de ses mouvements et l'intégrité de son action; 2° de réparer une perte de substance; 3° de prévenir le retour d'une affection grave telle que le cancer; 4° de s'opposer à l'écoulement de liquides dont la perte entraîne des suites plus ou moins fâcheuses. » Évidemment, toutes justes qu'elles sont en elles-mêmes, ces indications laconiques ne suffisent point à donner une idée des ressources et de l'utilité de l'autoplastie. La chéiloplastie, la blépharoplastie, remplissent simultanément plusieurs de ces objets; d'autre part, loin de se borner à prévenir l'écoulement d'un liquide, la prothèse organique est quelquefois invoquée, comme dans la grenouillette, pour assurer au contraire ce même écoulement. Enfin, la vertu prophylactique de l'autoplastie contre le cancer n'est, malheureusement, pas encore un fait assez bien démontré pour qu'on soit autorisé à la placer dans une division méthodique, sur le même plan que ses autres attributs. Eh bien! tous ces points litigieux, dont nous n'indiquons qu'une faible partie, devant forcément revenir plus tard sous la plume de l'auteur, n'eût-il pas été plus convenable, ne fût-ce que pour le besoin de la brièveté, de n'en pas scinder l'exposé, de n'en pas renvoyer la discussion jusqu'à une époque où le lecteur a déjà pu en perdre de vue l'énoncé ?

On remarquera cependant, au milieu de ces généralités, plusieurs chapitres d'une haute importance à l'occasion du pouvoir anticancéreux de l'autoplastie. M. Jobert a fait nombre d'expériences, surtout pour des carcinomes de la face; et la récidive est néanmoins survenue, tantôt dans le voisinage de l'opération, tantôt dans un endroit plus éloigné. Mais il a aussi constaté ce fait capital, savoir, que le cancer a, dans ces cas, semblé fuir la cicatrice et s'éloigner du lambeau qui occupait la place de la lésion. Il s'en rend compte en observant que l'autoplastie modifiant la circulation et par suite la nutrition, peut agir d'une manière avantageuse pour s'opposer au retour local de la maladie : explication qui rentre, comme on le voit, dans celle que M. Blandin émit en 1836. (Voy. thèse de concours, p. 263.)

M. Jobert a multiplié ses recherches et réalisé de précieuses connaissances sur la structure du lambeau, sa vitalité, ses changements consécutifs et les transformations qui s'opèrent dans ses propriétés physiologiques. Relativement aux choix des tissus qui doivent le composer, il recommande de ne jamais y faire entrer de tissu cellulaire, parce que ne recevant pas de vaisseaux propres, il est le plus souvent frappé de gangrène. Et en effet, il lui est arrivé de voir se mortifier des lambeaux de tissu cellulaire avec lesquels il avait voulu fermer les trous des fentes des fistules.

L'un des points sur lesquels l'opinion de M. Jobert mérite le plus d'être

consultée, est celui qui a rapport à la section du pédicule du lambeau. Plusieurs chirurgiens, M. Blandin entre autres, craignent qu'en le coupant, même longtemps après l'opération, on ne prive ainsi le lambeau de ses éléments de nutrition, et que par suite la gangrène ne s'en empare. Selon M. Jobert, au contraire, la diminution de vitalité qui s'observe après cette section n'est que temporaire, et l'on voit bientôt les parties greffées reprendre leur sensibilité et leur coloration. Il est positif, effectivement, que presque toujours les choses se passent ainsi; et nous reconnaissons également que, en incisant le pédicule, on débarrasse le malade de la difformité par fois choquante que causait sa saillie. Cependant le danger de la mortification n'est pas aussi chimérique qu'on pourrait le croire. Elle est arrivée, malgré les soins les mieux entendus, entre les mains les plus exercées, et nous n'en citerons d'autres preuves que l'accident de ce genre dont M. Jobert parle dans sa quatre-vingt-huitième observation (Voy. tome II, p. 424.)

Il ressort des travaux de M. Jobert une autre notion, très-intéressante au point de vue physiologique, et dont des dissections attentives lui ont permis non-seulement de préciser les circonstances, mais encore de tirer des conséquences applicables à l'étude générale des propriétés du système nerveux. Il a vu que la sensibilité, un moment suspendue dans le lambeau autoplastique, s'y reproduit ensuite, et même très-développée. Et cependant ce lambeau (une fois le pédicule coupé) est isolé du reste de l'organisme par une couche de tissu cicatriciel; et jamais M. Jobert n'a pu y trouver de filet nerveux se rendant des organes ambiants dans le lambeau. Ce fait, rigoureusement constaté, l'a conduit à établir « que la continuité nerveuse peut se produire dans une partie séparée des centres nerveux. » Il pense, par conséquent, que les lambeaux autoplastiques empruntent directement les éléments de leur sensibilité aux globules sanguins qui fournissent les matériaux de leur nutrition; et, en second lieu, que les sensations excitées dans le lambeau sont transmises aux centres nerveux par les extrémités des nerfs qui environnent la cicatrice, et par l'intermédiaire du tissu cicatriciel, bien qu'il soit lui-même dépourvu de nerfs. — Nous recommandons spécialement ces conclusions au lecteur, tant à cause de leur importance intrinsèque que du nombre et du choix des preuves sur lesquelles leur démonstration repose.

Le lambeau, dit M. Jobert, prend quelquefois consécutivement un énorme développement; il s'hypertrophie et devient si difforme que l'on est forcé de débarrasser ces malades de la saillie excessive qu'il constitue à la surface du corps. L'opération nécessaire pour corriger cette difformité est très-simple; elle a reçu de l'auteur le nom d'*ébarbement*. En effet, il s'agit alors d'emporter avec un bistouri toute la partie exubérante, en ayant soin de *raser* avec l'instrument les téguments voisins sans les intéresser. — Quoi qu'il ne soit pas parfaitement évident pour nous que le lambeau s'hypertrophie réellement, quoique cette prétendue augmentation de volume ne soit peut-être, du moins assez souvent, que l'effet de l'*enroulement* ou *recroquevillement* (que nous avons ailleurs indiqué le moyen d'empêcher par un procédé particulier de suture), il est bien positif que la saillie signalée par M. Jobert se produit quelquefois, et que son *ébarbement* est le meilleur procédé à employer pour la détruire, lorsqu'on n'a pas pu la prévenir.

Au sujet des diverses méthodes, indienne, italienne, française, l'application comparative que M. Jobert donne de leurs indications et de leurs avantages, montre toutes les qualités qui le distinguent comme excellent critique et comme praticien exercé. Nous n'avons pas un seul mot à y ajouter; mais nous nous réservons, en revanche, le droit d'insister plus longuement sur deux méthodes propres à l'auteur, et de développer, anticipant un peu en cela sur la seconde partie de l'ouvrage, les données relatives à l'application spéciale de chacune d'elles.

La méthode *par glissement* est caractérisée par une sorte de locomotion de l'organe qui a été préalablement détaché dans une partie d'une de ses insertions ou dans l'épaisseur de son trajet. L'incision, en effet, n'est pas plutôt pratiquée qu'on voit l'organe cheminer, s'avancer vers le point fixe et réparer par un véritable glissement la perte de substance. Les lèvres des fistules les plus larges se trouvent bientôt ainsi en contact et la perte de substance est réparée sans difficulté. L'opération consiste donc à raviver la partie difforme ou les bords de l'ouverture accidentelle et à détacher en grande partie ou en totalité l'extrémité opposée de l'organe par une incision profonde demi-circulaire ou complétement droite. L'organe prête ainsi pendant le temps nécessaire à l'adhésion des lèvres de l'ouverture accidentelle, et l'incision disparaît d'elle-même par la déposition de la lymphe plastique et sans qu'on soit obligé d'y appliquer des points de suture ou même des points de compression.

Comme exemple heureux de la convenance de cette méthode, on peut citer les succès qu'elle a valus à M. Jobert dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Aucun autre sujet ne fera mieux ressortir la puissance de ce mode opératoire. Il faut d'abord rappeler (ainsi que l'auteur a pris soin de le constater anatomiquement) que, au niveau de l'insertion du vagin la vessie n'est unie à ce conduit, ainsi qu'au col de l'utérus, que par un tissu cellulaire extrêmement lâche : aussi voit-on cette partie de l'organe se déplacer avec une facilité extrême aussitôt que le vagin a été détaché de son insertion au col de l'utérus.

En examinant attentivement les rapports du péritoine dans cette région, on constate encore que si l'on attaque le vagin dans son insertion au pourtour du col par une incision semi-circulaire à convexité postérieure, on arrive dans un espace de 3 centimètres environ, dans lequel le péritoine peut être très-facilement respecté. En effet, quand la vessie est distendue, il est écarté fortement en haut et en arrière, et il forme au contraire des plis mous et extensibles quand la vessie ne contient pas d'urine. — La cavité du tissu cellulaire sous-muqueux permet donc de faire exécuter aux organes qui lui sont superposés des mouvements plus ou moins étendus.

Une fois l'incision pratiquée, on comprend qu'une douce traction suffit pour faire descendre les parties qui sont placées au-devant d'elle, et l'on obtient un alongement immédiat notable qui facilite d'autant le rapprochement des lèvres de la fistule. Il ne reste, dans ce cas, au fond et en haut du vagin, qu'une petite plaie dont la surface est formée par le tissu cellulaire sous-jacent à la face inférieure et tout à fait reculée du bas-fond de la vessie. — On ravive et on suture ensuite les bords de la fistule.

Telle est, en principe, cette ingénieuse opération pendant laquelle il ne se présente à l'instrument tranchant que des rameaux vasculaires très-déliés. Nous ne pouvons ici qu'en donner une idée bien imparfaite; et nous renvoyons à l'ouvrage même pour consulter non-seulement les règles d'exécution qui y sont détaillées, mais aussi les remarques que M. Jobert a rassemblées sur les suites de l'opération; car c'est une véritable monographie qu'il a écrite sur les fistules vésico-vaginales, basée sur l'étude anatomique et la démonstration clinique. Et il a d'autant plus le droit de professer en cette matière qu'il est parvenu le premier, grâce à son nouveau procédé, à guérir cette dégoûtante infirmité dont la cure radicale était à juste titre considérée comme tout à fait exceptionnelle.

La méthode par *renversement* n'est pas une création moins utile que la précédente. Pour en mieux faire comprendre l'usage ainsi que l'exécution, nous supposerions l'un des cas auxquels elle convient plus spécialement, le rétrécissement de l'ouverture buccale. Le procédé de Dieffenbach, qui consiste à décoller la muqueuse et à la maintenir appliquée sur les parties dénudées, expose à la voir se frapper de gangrène. Pour éviter cet inconvénient, tout en réalisant le même but, M. Jobert commence par fendre la cicatrice; puis il taille obliquement les lèvres de la plaie en biseau aux dépens de leur face cutanée; cette coupe oblique permet de renverser facilement la membrane muqueuse en dehors, pour venir se mettre en contact avec le bord cutané de la plaie. Alors il place, pour assujettir la muqueuse dans cette situation, quatre épingles de la manière suivante : Chacune traverse d'abord la muqueuse seulement et d'arrière en avant; puis, après qu'on lui a imprimé un mouvement de bascule qui change la direction de sa pointe, celle-ci est enfoncée d'avant en arrière, à travers la lèvre, de la face cutanée vers sa face muqueuse, pour aller sortir en dedans de la bouche. Ce mouvement de bascule a pour effet de favoriser le renversement de la muqueuse en dehors et d'amener le bord muqueux de la solution de continuité en contact immédiat avec son bord cutané.

Cette opération, que l'auteur a étendue avec un résultat tout aussi heureux à l'occlusion partielle ou complète des diverses ouvertures naturelles, est caractérisée par ce fait capital que l'on oppose tout d'abord dans l'espace produit par le débridement deux surfaces qui n'ont pas de tendance à se réunir. C'est la muqueuse qui remplace la peau, mais plus tard, cette muqueuse soustraite aux conditions habituelles de sa vitalité perd peu à peu ses propriétés primitives et devient un véritable tégument cutané. Ainsi se trouve atteint sûrement, sans tiraillement, et d'une manière définitive, le but de l'opération, but bien difficile, si l'on en juge par le nombre et l'ingéniosité des autres procédés imaginés jusqu'ici pour le remplir.

Revenons sur nos pas, afin de mieux suivre dans cette analyse le plan même du livre. La troisième partie est destinée à la description très-détaillée des procédés autoplastiques qui conviennent pour réparer les difformités des régions. Ainsi l'otoplastie, la rhinoplastie, l'entéroplastie, l'urétroplastie sont successivement exposées avec l'appréciation la plus propre à donner une idée et de la méthode qui, d'une manière absolue, doit être préférée, et aussi des cas où les méthodes moins parfaites trouvent néanmoins exceptionnellement une application rationnelle et avantageuse. Personne, en effet, ne sait mieux que M. Jobert se départir à propos des règles, même les plus justes, et reconnaître que l'art, à l'exemple des maux qu'il veut combattre, ne saurait sans inconséquence et sans danger prétendre à une unité fixe et invariable. Des procédés, même bizarres, même excentriques au premier coup d'œil, sont parfois destinés à rendre de précieux services; et c'est là ce qui, pour le praticien plus encore que pour le savant, justifie surabondamment l'érudition bien entendue, dont le Traité de M. Jobert présente à chaque section les traces. Des observations très-nombreuses, empruntées pour la plupart à sa pratique, complètent et élucident les descriptions générales et en confirment d'une manière irrécusable les conclusions dogmatiques.

Nous ne pourrions, sans faire ici un véritable cours de chirurgie plastique, analyser *in extenso* la totalité des sujets qui se trouvent approfondis dans ces deux volumes. Il nous suffira donc, pour en faire connaître la valeur, de mentionner les divers points de vue où la personnalité de l'auteur apparaît plus distincte, soit comme inventeur, soit comme critique.

La méthode italienne ou de Tagliacozzi pour la restauration des nez, a été jusqu'ici assez mal appréciée parmi nous. On y a presque généralement renoncé, sans daigner l'expérimenter, et le préjugé contre elle est tellement fort qu'on traite presque de fables les succès que quelques chirurgiens prétendent en avoir obtenus. Sans vouloir la réhabiliter, ni réclamer pour elle de préférence exclusive, M. Jobert fait remarquer que si l'opération a souvent échoué, ça été ordinairement parce qu'on omettait de prendre toutes les précautions préparatoires recommandées par l'auteur de la méthode. Ainsi Tagliacozzi commençait par augmenter la vitalité du lambeau cutané du bras en renouvelant tous les jours, au-dessous de lui, une mèche de charpie, et ce n'est qu'après l'avoir disposé à ces nouvelles fonctions, en entretenant à sa face profonde une suppuration prolongée, qu'il coupait une de ses extrémités, puis la fixait contre la surface ravivée du moignon nasal. Faute de s'assujettir à ces soins préalables, on a eu des revers presque constants, et l'on a fini par abandonner une méthode qui, appliquée selon les véritables règles, pourrait devenir d'un utile secours dans maintes circonstances.

Les autoplasties de la cavité et des parois buccales ont ici reçu un développement en rapport avec leur importance, et d'autant plus aisé d'ailleurs à comprendre qu'elles offrent une occasion fréquente d'employer l'une des méthodes créées par M. Jobert, la méthode *par inversion*. Nous aurions seulement désiré, parmi les moyens indiqués pour fermer les ouvertures du palais osseux, trouver l'ingénieux mode que Sanson appliqua avec succès dans un cas de bec-de-lièvre compliqué de fissure palatine. Après avoir ravivé l'un des côtés de la division labiale, il s'abstint de détacher par en haut la languette résultant de ce ravivement, la rafraichit sur son bord libre, et l'interposa dans la solution de continuité préalablement rendue saignante. Ce moyen nous semble d'autant plus digne d'être rappelé que la fréquente coïncidence de la scissure congénitale à la lèvre et au palais offrira au chirurgien de nombreuses occasions de le mettre à profit. C'est une addition que nous recommandons à M. Jobert pour la prochaine édition de son traité.

Nous ne pouvons abandonner cette région sans y signaler encore l'une des productions les plus originales et les plus précieuses dues au talent de l'auteur. Il s'agit du traitement de la grenouillette. Cette étude, comme celle des fistules vésico-vaginales, comprend non-seulement la thérapeutique, mais aussi l'étiologie de la lésion. Fondé sur l'anatomie pathologique, il distingue soigneusement, d'après leur nature, les diverses espèces de grenouillettes qui, bien que formant presque des maladies différentes, avaient été réunies sous une dénomination générique, de manière à faire supposer entre elles une identité on ne peut plus trompeuse. M. Jobert prouve sans peine que le nom de grenouillette doit être réservé à la seule tumeur formée par un amas de salive, suite de l'engorgement du canal de Warthon

Grâce à cet éclaircissement, il devient ensuite évident pour le lecteur que les succès célébrés comme résultant des méthodes opératives de Boyer, Dupuytren, Physick, etc., ne méritent réellement point d'entrer en ligne de compte, puisque les affections que l'on a ainsi guéries n'étaient réellement pas de véritables grenouillettes. Contre la tumeur salivaire le procédé de M. Jobert offre seul un secours certain; c'est encore là, du reste, une application de sa méthode *par renversement*, seulement elle comporte ici dans son exécution des précautions spéciales et des soins minutieux qui nécessitent de notre part quelques détails supplémentaires.

L'opération comprend trois temps successifs : dans le premier, on dissèque la muqueuse buccale dans une certaine étendue sur la face antérieure de la tumeur, mais sans ouvrir celle-ci. La faible adhérence des deux membranes rend très facile leur séparation. On excise ensuite la portion de muqueuse qui a été disséquée.

Le second temps consiste à inciser la tumeur. L'incision donne de chaque côté un lambeau constitué seulement par la membrane propre de la grenouillette.

Il s'agit enfin (et c'est le but principal de l'opération) de renverser cette membrane flottante et de la fixer adossée aux surfaces saignantes, de manière à maintenir la perméabilité de l'ouverture qu'on a faite. On obtient ce résultat par le procédé de suture dont nous avons déjà parlé dans la description générale de la méthode par renversement. Et l'on doit comprendre que l'ouverture d'évacuation ainsi créée ne peut jamais se fermer, ni même se rétrécir, puisque c'est un tégument qui la borde et en forme le contour de toutes parts. — De nombreux succès dont la relation accompagnent ce chapitre confirment l'opinion avantageuse que l'induction eût jusqu'à un certain point, suffi pour faire porter sur ce mode de traitement éminemment rationnel. — D'ailleurs, quoiqu'il convienne aux véritables tumeurs salivaires, à plus forte raison devra-t-il être recommandé pour les autres espèces de grenouillettes, telles que les kystes accidentels, ou ceux développés aux dépens d'un follicule muqueux normal.

Nous devons aussi signaler (quoique ici les recherches de l'auteur n'aient pas encore abouti à un mode opératoire immédiatement applicable) les judicieuses considérations qu'il développe sur la possibilité de faire de l'épiploon un lambeau autoplastique pour boucher les plaies intestinales. C'est là une vue que l'anatomie pathologique justifie tous les jours par des exemples aussi variés que probants; et nous avons souvent nous-même observé à la Salpêtrière, des perforations cancéreuses de l'estomac tenues fermées par une portion du foie ou de l'épiploon; autoplastie naturelle que l'art ne pouvait manquer de chercher à imiter. M. Jobert fait remarquer qu'après une oblitération de ce genre de la plaie intestinale, on n'aurait pas à craindre la formation d'une valvule saillante à l'intérieur du tube digestif, ce qui arrive toujours à la suite des guérisons par suture, lorsque la solution de continuité de l'intestin était transversale. — Des animaux sur lesquels ce procédé d'occlusion a été employé se sont rétablis sans accidents et de la manière la plus complète; de sorte qu'il ne manque plus, on peut le dire, qu'une occasion favorable pour que le bienfait de cette découverte déjà établie, grâce à d'encourageantes analogies, devienne profitable à l'homme.

L'autopsie a fait faire à la science un progrès plus décidé dans une autre question non moins intéressante, je veux parler des fistules urinaires urétrales. Là, comme partout, M. Jobert commence par donner une idee des méthodes thérapeutiques employées jusqu'à présent. On sait que M. Alliot a réussi à obtenir la guérison en exécutant l'urétroplastie par déplacement; et son ingénieux procédé aurait encore plus de chances de succès si on en secondait l'effet en ouvrant d'abord aux urines une voie de dérivation, en arrière de la fistule, comme l'ont fait avec avantage MM. Ségalas et Ricord. M. Jobert suit de tous autres errements : il repousse d'abord l'idée de la boutonnière; à ses yeux c'est une complication inutile, et elle n'est pas même sans danger, puisqu'on a quelquefois assez de peine à l'oblitérer ensuite définitivement. Il se passe de ce secours indirect à l'aide de la méthode indienne. Le scrotum, partie que distingue l'élasticité et l'épaisseur de ses couches tégumentaires et sous-cutanées, lui paraît la région la plus convenable pour fournir le lambeau obturateur. Après l'avoir taillé de dimensions suffisantes, il le porte dans la fistule préalablement ravivée à l'extérieur et à l'intérieur et l'y maintient, soit par la suture entrecoupée, soit en exerçant sur les parties une douce impression au moyen de l'agaric ou de bandelettes agglutinatives; une sonde de gomme élastique, introduite dans la vessie, sert à la fois de conducteur aux urines et de point d'appui aux tissus réunis pour amener l'occlusion fistulaire. — Malgré la superiorité de ce procédé, M. Jobert ne dédaigne pas les ressources auxiliaires qu'on est quelquefois heureux de trouver dans les autres procédés rivaux. C'est ainsi qu'il a dû, chez un malade, non-seulement se servir du scrotum à gauche et à droite, mais encore décoller, dans la même direction, une partie de la peaude l'aine, de la cuisse, des pubis et de la verge. Grâce à la combinaison de ces emprunts cutanés, grâce à cette habile association de plusieurs méthodes differentes, il parvint à rétablir la continuité du canal chez un sujet où la perte de substance éprouvée par la paroi urétrale avait plus de trois pouces d'étendue. L'observation consignée à la suite de cette section de l'ouvrage, sera certainement consultée avec intérêt par tous ceux qui connaissent pratiquement les immenses difficultés d'un traitement de cette espèce.

Nous ne nous flattons assurément point d'avoir donné un aperçu même approximatif des qualités sérieuses qui recommandent cet ouvrage à l'attention du public médical. L'esprit consciencieux qui en domine toute la rédaction, la sévérité d'argumentation dont chaque page porte la trace, s'apprécient à la lecture, mais ne peuvent être jugées ni par des extraits ni par une analyse. Nous avons seulement cherché à indiquer la part immense qui revient à M. Jobert dans le mouvement contemporain qui a élevé à un degré si voisin de la perfection la chirurgie plastique. Cette part, on doit le dire à la louange de l'auteur, consiste moins en explications spéculatives qu'en inventions aboutissant toutes à un procédé curatif. Ce qu'il a réalisé pour les fistules vésico-vaginales peut être cité comme un frappant exemple de l'utile direction qu'il a su imprimer à tous ses travaux dans cette branche spéciale de l'art; et certainement un avenir peu éloigné montrera les germes féconds de perfectionnement que recèlent en outre les deux nouvelles méthodes dont il a enrichi la médecine opératoire.

Un magnifique atlas de planches coloriées accompagne le texte de l'ouvrage. Rompant avec des precédents trop familiers aux autoplastes, M. Jobert n'a consacré qu'une minime partie des figures à representer l'état d'individus gueris par lui. Le plus souvent il a utilisé le secours du burin pour faire mieux comprendre les divers temps d'une opération délicate, l'anatomie speciale des régions sur lesquelles elle porte, les instruments destinés à l'exécuter. Ainsi l'autoplastie par glissement appliquée aux fistules vésico-vaginales est rendue si saisissable, grâce aux planches qui en présentent les diverses manœuvres, que tout chirurgien, après les avoir examinées avec attention, se sentira, nous n'en doutons pas, capable de la pratiquer sur le vivant. La gravure restreinte à ces indications n'est plus un vain luxe réclamé par l'editeur seul dans un but de spéculation; elle devient le guide le plus précieux des jeunes medecins, l'auxiliaire commode du lecteur et de l'auteur, le complément de l'explication descriptive, absolument indispensable en ces matières où une méprise, un seul malentendu entre le professeur et l'élève peut compromettre le succès ou causer la mort.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

L'ADMINISTRATION ET LE CHOLÉRA. — MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE.

Plusieurs de nos confrères de la presse se sont associés aux réclamations de la GAZETTE MÉDICALE relatives au refus obstiné de l'administration de faire connaître l'état exact de la mortalité causée par le choléra. Il est à regretter que ces réclamations tardives et disséminées n'aient pas été appuyées des motifs que nous avons fait valoir, et d'autres motifs peut-être encore plus puissants que l'expérience a révélés. Le caractère d'unanimité qu'il eût été si facile de leur donner les eût fait mieux remarquer par ceux de nos confrères qui sont placés aux abords de l'administration. Il existe, comme on sait, un comité d'hygiène auprès du ministre du commerce, lequel renferme plusieurs médecins honorablement connus dans la science. S'ils avaient seuls le privilége d'inspirer les résolutions de l'autorité, nul doute qu'ils auraient fait cesser depuis longtemps son mutisme à l'endroit du choléra. Mais là comme ailleurs leurs conseils ne prévalent que difficilement, entravés qu'ils sont par les influences d'administration pure. Il eût donc été utile de leur fournir des armes pour les aider à faire lever l'interdiction obstinée qui pèse sur les documents statistiques du choléra. Quelque bonnes raisons que nous ayons à faire valoir, nous n'avons pas la prétention de suppléer à l'autorité du nombre qui, en cela comme en toute chose, prévaut aujourd'hui. Nous engageons donc nos confrères de la presse à revenir à la charge, en insistant sur les justes motifs de nos réclamations. A ceux que nous avons déjà donnés, on peut ajouter les suivants.

Le choléra a d'abord débuté par les hôpitaux. Des hôpitaux, il a passé dans la classe ouvrière. Après la classe ouvrière, il a atteint les classes aisées. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'il s'est complétement généralisé. En l'absence de documents précis sur la mortalité dans les différents quartiers, sur les âges, les professions, les sexes, dans l'ignorance surtout du mode de développement et de propagation dans les lieux non occupés jusque-là par le choléra, par rapport à ceux qu'il occupait, comment peut-on se faire la moindre idée sur les voies et moyens de l'extension de l'épidémie? Comment apprécier sa marche, l'état véritable où elle est, et surtout tirer des inductions diverses profitables à l'avenir? A ces raisons sérieuses, l'administration n'a jamais qu'une réponse : il ne faut pas effrayer la population. Nous prétendons, nous, qu'on l'effraye davantage par le silence que par une révélation franche et complète de la vérité. Il n'y a que des préjugés bureaucratiques qui puissent nier cette évidence, laquelle n'a certainement pas besoin d'être démontrée pour nos lecteurs.

Mais il y a un autre point de vue qu'on pourrait appeler le point de vue de droit. A une époque et sous une forme de gouvernement où la population intervient partout dans ses propres affaires, pourquoi n'aurait-elle pas le droit de savoir ce qui l'intéresse? A quel titre quelques hommes qui n'ont jamais fait qu'effleurer le côté politique et superficiel des institutions veulent-ils nous dissimuler le danger qui nous menace, et nous empêcher de prendre le parti le plus conforme à nos intérêts? Il est évident, par exemple, qu'en laissant ignorer le véritable état des choses, l'administration commet un arbitraire qui expose à des conséquences très-fâcheuses sous quelque point de vue qu'on l'envisage. Ainsi il doit être loisible à chacun, en temps d'épidémie, de fuir ou d'affronter les localités qu'elle occupe; et sans avoir à juger de l'opportunité de tel ou tel parti, on ne saurait disconvenir qu'il ne doit être indifférent pour personne de connaître les motifs certains de ses résolutions. Cependant quels renseignements la population possède-t-elle pour se résoudre? Ceux qui croiraient devoir s'éloigner ne savent pas jusqu'à quel point ils seront en sûreté, puisqu'ils n'ont aucun renseignement précis sur le siége véritable de l'épidémie. Tels arrondissements, tels quartiers sont-ils occupés? Ceux qui ont à se rendre de la province à Paris ou de Paris dans la province, n'ont pas moins d'intérêt à être renseignés. Or l'absence de documents n'est propre qu'à encourager des appréhensions générales, et par conséquent à produire d'une manière absolue les inconvénients qui n'existeraient dans l'autre système que d'une manière relative.

Mais à un point de vue plus grave encore, l'administration est-elle sûre de ne pas assumer une responsabilité bien forte, en n'éclairant pas les habitants qui occupent les foyers épidémiques, et les étrangers qui s'y rendent? On aura beau alléguer que les renseignements auraient pour effet de produire des appréhensions exagérées, d'engendrer la panique. Dans l'état actuel de l'opinion, il n'y aurait aucune crainte de cette sorte à concevoir; et il y aurait des avantages moins conjecturaux à recueillir. Nous n'en voulons signaler qu'un pour le moment, au profit de la liberté et du droit de tous, c'est de mettre chacun à même de prendre le parti que bon lui semble. La santé publique ne doit pas plus être mise en tutelle absolue que tout autre intérêt de la nation. Et en fait de mesures utiles à sa conservation, il y aurait peut-être lieu de préférer les instincts de la population aux résolutions de quelques bureaucrates. Nous reviendrons sur ce sujet. Occupons-nous de l'état actuel de l'épidémie.

	Mal. au 11 mai.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 11 mai.	Augment. dans la sem.	Mal. au 18 mai.	Augment. dans la sem.	Morts au 18 mai.	Augment. dans la sem.	Sortis.
La Salpêtrière	915	75	638	36	1031	116	747	109	187
Hôtel-Dieu	647	232	298	88	840	176	392	94	268
La Charité	344	130	191	37	403	59	230	39	113
La Pitié	378	106	166	35	470	92	224	58	154
Bicêtre	114	38	72	18	147	33	94	22	18
Saint-Louis	332	95	148	35	433	101	197	49	114
Beaujon	209	76	92	9	278	69	138	46	63
Hôpital des Enfants	35	14	17	5	50	15	19	2	22
A reporter	2974	766	1622	263	3652	661	2041	419	939

Feuilleton.

SOUVENIRS. — CHOLÉRA-MORBUS.

En l'an de colère et de choléra de 1832, je me souviens que quand la maladie éclata dans Paris, un indicible sentiment de frayeur glaça tous les esprits. Les imaginations étaient universellement tendues vers ce terrible objet, effroi bien justifié du reste par les innombrables victimes que fit le fléau en peu de temps. Ce qui ajoute encore à la frayeur publique, c'est que le peuple soit spontanément, soit poussé à dessein par des malveillants, crut qu'on cherchait à l'empoisonner; de là des collisions, des émeutes, des assassinats. Malheur à qui ressemblait à un médecin ou à un pharmacien, au moment même où tous se dévouaient pour alléger les maux qui accablaient la population. J'ai vu des médecin se déguiser en hommes du peuple, afin de pouvoir en *toute sûreté* porter des soulagements et des remèdes à ceux qui invoquaient leurs secours. Jamais peut être le corps médical parisien n'a été plus grand, plus noble, plus élevé, plus dévoné que dans cette terrible circonstance. Que demandait-il pour récompense? Non une chétive médaille de bronze, mais la garantie de ses droits, mais une organisation médicale en rapport avec les lumières de l'époque; eh bien! non, ces *pia desiderata* lui furent et lui sont encore refusés. *Tout arrive en France*, les médecins peuvent donner un démenti à cette célèbre maxime de Talleyrand.

— Je me souviens qu'un peu avant l'explosion du choléra, on était dans une espèce de sécurité; l'épidémie fit tout à coup irruption le 26 mars; le choléra-morbus arriva en même temps que le printemps; jamais le ciel ne fut plus pur, plus serein, et cette température dura plusieurs jours. Il ne tomba de pluie que le dimanche 1er avril, puis la beauté du ciel reparut, et avec elle le fléau sembla redoubler de fureur, car le mois d'avril fut entre tous le mois néfaste. Ce fut alors que la mort fit une ample moisson, que les cercueils ramassés, amoncelés, gerbés, remplissaient les caissons militaires, les tapissières jusqu'au comble, les corbillards ne pouvant plus y suffire.

—Je me souviens qu'à la terreur se joignaient pour les médecins, l'embarras, l'étonnement, la stupéfaction à l'aspect d'une maladie si rapidement fatale où il faut compter par heures et non par jours, où tout se trouvait en dehors des mesures ordinaires de nos cadres nosologiques. Sa cause, sa marche, son mode de propagation, tout nous était et tout nous est encore inconnu :

Agent mystérieux, accablant phénomène,
Il détruit tout calcul de la science humaine;
En vain veut-on trouver le monstre aérien,
L'œil se perd dans la nue, il n'y rencontre rien.

	Mal. au 11 mai.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 11 mai.	Augment. dans la sem.	Mal. au 18 mai.	Augment. dans la sem.	Morts au 18 mai.	Augment. dans la sem.	Sortis.
Report	2974	766	1622	263	3652	661	2041	419	939
Necker	88	27	43	8	122	34	58	15	52
Sainte-Marguerite	69	25	31	10	91	22	44	13	30
Saint-Antoine	84	29	42	15	107	23	55	13	34
Hôpital des Cliniques	26	1	20	«	26	»	20	»	6
Bon-Secours	73	20	38	9	98	25	51	13	26
Val-de-Grâce	275	48	63	6	311	36	76	13	151
Gros-Caillou	374	104	121	31	444	70	142	21	152
Ménages	35	4	25	5	41	6	30	5	8
Cochin	30	17	13	8	45	15	18	5	20
Maison de santé	42	12	23	4	60	28	28	5	13
Invalides	26	8	21	7	28	2	23	2	2
Hôpital militaire du Roule	203	81	82	35	264	61	122	40	48
Prison de Saint-Lazare	38	32	16	11	41	3	18	2	9
Incurables (femmes)	1	»	1	»	05	4	2	1	»
Lourcine	18	4	2	»	22	4	6	4	4
La Rochefoucauld	5	»	3	»	5	»	3	»	»
Hôpit. milit. Popincourt	56	8	14	1	100	44	46	32	»
Incurables (hommes)	4	2	3	1	6	2	4	1	1
Sainte-Périne	»	»	»	»	1	1	1	1	»
Totaux	4421	1188	2183	414	5469	1041	2788	505	1495

Les remarques qui précèdent expliqueront la réserve que nous sommes obligés de garder à l'endroit de la marche précise de l'épidémie et de la situation exacte où elle se trouve; nous n'avons en effet pour nous guider que le mouvement des hôpitaux. Il est certain, nous devons le rappeler, que l'épidémie n'a atteint la population civile qu'après la population hospitalière. Par une induction qui ne manquerait pas de quelque sévérité, on serait autorisé à conclure *à fortiori* de l'état présent du choléra dans les hôpitaux à son état dans la ville. Or la comparaison des chiffres nosocomiaux de cette semaine avec ceux de la semaine dernière montre bien que l'épidémie se maintient au point où nous l'avons laissée il y a huit jours. Quelques unités en plus dans le nombre des décès, et en moins dans le nombre des entrées, ne changent rien à ce résultat : qu'à la fin de la semaine dernière on ne constatait pas seulement une augmentation d'un quart en plus sur la semaine précédente, comme on nous l'a fait dire par erreur, mais une augmentation des trois quarts. La proportion n'a pas changé d'une manière notable. Qu'en faudrait-il conclure pour la ville, sinon que le choléra y exercerait de plus en plus ses ravages; qu'il menacerait de prendre des proportions effrayantes; que, loin de continuer à rassurer nos lecteurs avec le contraste banal de l'épidémie de 1832, nous devrions leur montrer en perspective la reproduction de cette époque de désastreuse mémoire. La science possède heureusement un tempérant à cette induction légitimée par l'absence de documents officiels. Le caractère pathologique de la maladie est là pour maintenir l'équilibre. Il résulte en effet d'une étude attentive des formes actuelles de la maladie, que ces formes tendent à s'amoindrir. La mortalité reste la même; son chiffre le plus récent dépasse même les chiffres antérieurs; mais la mortalité, comme nous l'avons dit déjà, est l'échéance d'une dette antérieurement contractée, et les traites tirées aujourd'hui par la maladie produiront très-probablement un encaisse moins effrayant. Nos motifs, nous le répétons, sont que les caractères du choléra commencent à être moins accusés. Dans beaucoup de cas, des symptômes manquent : il y a des choléras presque sans cyanose et sans algidité. Dans beaucoup d'autres, la matière des vomissements et des selles est moins blanche, moins riziforme. D'après des renseignements dignes de foi, le nombre des malades qui résistent au véritable choléra augmenterait sensiblement. Ne nous livrons pourtant point à des espérances exagérées Déjà, si on s'en souvient, cette apparence d'atténuation de l'épidémie s'est montrée immédiatement avant le mouvement d'ascension qui existe. Alors, comme aujourd'hui, nous avions constaté un certain nombre de cas de choléra *démembrés*. Mais les circonstances ambiantes ne sont plus les mêmes; espérons donc que le résultat changera comme elles. Ce qui tendrait à le prouver, c'est qu'il règne en ce moment, concurremment avec l'épidémie cholérique, une véritable épidémie de fièvre éruptive qui tient à la fois de la rougeole, de la scarlatine et de la fièvre miliaire; et le caractère épidémique de la maladie est tellement accusé, qu'on l'a observé plusieurs fois, à notre connaissance, à un degré très-intense chez les adultes.

ANATOMIE.

RECHERCHES SUR LA NATURE MUSCULAIRE DU GUBERNACULUM TESTIS ET SUR LA SITUATION DU TESTICULE DANS L'ABDOMEN; extrait d'un mémoire lu à la Société de biologie, par M. Ch. Robin.

Situation des testicules dans l'abdomen. — Je ferai remarquer en premier lieu, avec Hunter, que tous les viscères sont placés beaucoup plus haut dans l'abdomen du fœtus que chez l'adulte. Mais ce n'est pas immédiatement au-dessous des reins que se trouvent les testicules; c'est à 7 ou 8 millim. chez les fœtus longs de 10 centimètres et 15 millimètres chez ceux de 5 mois. Ils sont bien placés au devant du psoas, de chaque côté du rectum, mais à 6 millimètres chez les plus jeunes et à 7 à 9 chez les plus âgés, dont il est question ici. Le bord qui reçoit les vaisseaux est tourné tout à fait en arrière chez les plus petits, comme le dit Hunter; mais à dater du

Le mal est sous son vol une horrible merveille;
Il dément aujourd'hui ce qu'il a dit la veille;
Ce qu'il fera demain, l'homme ne le sait pas.
Tantôt en ligne droite, il marche pas à pas;
Puis changeant tout à coup sa tactique de guerre,
Comme un cheval d'échec, il bondit en équerre;
Il aime à déjouer les systèmes de l'art;
Si l'on dit : Ce fléau respecte le vieillard,
Sur l'heure, au même jour, le choléra s'avance,
Etouffe le vieillard et respecte l'enfance;
Prouvez-vous que le Nord arrête ses progrès?
Il s'installe à Dantzick sous cinquante degrés;
Sous des cieux opposés, le monstre s'acclimate.
Né sur le sol heureux qu'embaume l'aromate,
Il s'abat volontiers, dans ses horribles jeux,
Au bord des lacs infects et des marais fangeux, etc.

(Barthélemy, Némésis.)

— Je me souviens que quand les premiers effets de la terreur furent passés, au bout de quelques mois, le choléra ne joua qu'un rôle très-secondaire dans la société. L'esprit français reprit le dessus, on se moqua, on se railla même du monstre indien. Il y eut un vaudeville où on le représentait comme une espèce de Croquemitaine chargé de fournir des malades aux médecins. On vendait une caricature représentant un pauvre mari qui veut entrer dans l'appartement de sa femme qu'on disait cholérique, mais une soubrette égrillarde s'y oppose en lui disant : *Monsieur*, on n'entre pas, *on frotte madame.*

— Je me souviens que quand l'épidémie éclata, tous les médecins se demandèrent quelle serait l'opinion de Broussais sur le choléra, dont les symptômes étaient tout à fait insolites; on attendait avec une sorte d'impatience la voix du grand agitateur. Mais Broussais, en vrai fanatique de ses principes, ayant appliqué le verre de sa lunette systématique au choléra-morbus, franchit le Rubicon et déclara que cette maladie n'était pas autre chose qu'une *gastro-entérite*, que les sangsues et l'eau de gomme nous en rendraient raison, simplification absurde et exagérée d'une maladie dont le traitement est nécessairement compliqué. On pense bien que l'expérience et le bon sens médical firent prompte justice d'une aussi étrange opinion, d'autant plus qu'il fut démontré que dans la statistique du Val-de-Grâce, les pertes avaient été plus grandes que dans les statistiques des autres hôpitaux; mais qui ne s'étonnerait de l'intrépidité du sophisme dans une pareille circonstance?

— Je me souviens qu'alors et sur les promesses des anatomo-pathologistes, on espérait trouver la cause principale des maladies dans les lésions organiques. Dans cette intention, on ouvrit donc force cadavres de cholériques : qu'y trouva-t-on? Rien ou à peu près, et l'on fut obligé de répéter avec Baillou : *Cum morte evolavit causa.* On remarqua même que plus le choléra avait été rapide, foudroyant, moins il y avait de lésions dans le canal intestinal. Voici ce que je trouve à cet égard dans mon journal manuscrit de cette époque : « Ribes, mé-

quatrième mois, il regarde un peu en dedans. L'épididyme est situé en haut du bord postérieur du testicule, dont il dépasse un peu l'extrémité supérieure sur l'un des fœtus, et se trouve au même niveau qu'elle chez les autres. Sa partie supérieure est volumineuse, arrondie; il se termine en pointe inférieurement, et se continue par le canal déférent qui longe le côté externe du bord postérieur du testicule. Ce conduit, arrivé à l'extrémité inférieure de la glande, la contourne d'arrière en avant et de dehors en dedans, en passant par-dessus l'insertion du *gubernaculum testis;* il continue son trajet vers la ligne médiane et passe sur l'artère ombilicale, puis sur l'uretère correspondant, qu'il croise à angle droit, et plonge ensuite dans le bassin pour gagner la ligne médiane au-dessous de la vessie. L'artère précédente soulève le péritoine sur les côtés du bassin et en même temps le canal déférent. Ce dernier ne présente pas de flexuosités onduleuses jusqu'au troisième mois; mais à partir de cette époque, il devient très-flexueux, toutefois d'autant moins qu'il approche davantage de la vessie, ce qu'a remarqué Hunter, sans signaler l'époque où commencent à apparaître les ondulations.

Les vaisseaux se comportent, chez ces fœtus, de la manière indiquée en général par l'anatomiste anglais. L'artère et les veines testiculaires proprement dites, arrivées vers le testicule, contournent en dedans l'extrémité supérieure de l'épididyme pour se porter ensuite assez brusquement en dehors et pénétrer dans le testicule. Leur ensemble forme un faisceau plus ou moins élargi; tous sont faciles à voir, à cause des veines pleines de sang.

Le testicule et l'épididyme sont contenus dans un repli du péritoine assez large, véritable *mesotestis* ou *mesorchide*, ainsi que l'appelle Seiler. Ce mésotestis est un feuillet aplati plus ou moins large, mais non un pédicule étroit, comme le veut Hunter. La position de l'épididyme fait qu'il se trouve plus rapproché du psoas que le testicule. A mesure que le fœtus avance en âge et que le testicule approche du canal inguinal, le mésorchide devient plus court et les adhérences plus larges et plus serrées, ce que Hunter a déjà signalé.

Les testicules ont 4 millimètres de long sur 2 de large chez les plus petits fœtus étudiés ici; 6 1/2 de long sur 3 de large chez celui de 4 mois environ, et seulement 7 chez celui de 5 mois.

Les reins ne sont pas situés à la même hauteur; mais, contrairement à ce qu'ont dit quelques auteurs et à ce qui existera plus tard, l'extrémité inférieure du rein gauche est à 2 ou 4 millimètres plus bas que celle du rein droit chez le fœtus au-dessous de 5 mois. Chez celui qui a cet âge, ils sont au même niveau; le rein droit est même placé un peu au-dessous de l'autre, mais la différence est encore peu sensible. Le bord inférieur du foie dépasse à peine ou ne dépasse pas l'extrémité inférieure du testicule. Nous avons déjà vu que les deux testicules sont placés exactement au même niveau, et sont loin d'être en contact avec les reins. C'est donc faire une hypothèse en contradiction avec les faits anatomiques, que de dire « que le testicule droit étant placé plus bas que le gauche, à cause des différences de hauteur des reins (dues à la pression du lobe droit du foie sur la glande urinaire correspondante), le canal déférent droit doit être plus court que le gauche, et par suite le testicule correspondant, placé plus haut que l'autre dans le scrotum. » Ainsi on ne peut rien déduire de la situation des reins dans l'abdomen pour la hauteur des testicules dans les bourses. Chez un embryon femelle, long de 11 centimètres, les ovaires étaient placés comme chez les embryons mâles de même longueur; seulement ces organes ayant une longueur plus que double de celle des testicules de fœtus de même âge, leur extrémité supérieure est à peu près en contact avec le rein correspondant.

Le rectum remonte assez haut au devant de la colonne lombaire. Ce n'est qu'à partir du troisième mois qu'il commence à devenir plus large que le colon, ce qui fait croire que Hunter n'a pas eu en vue, dans sa description, de fœtus au-dessous de cet âge, puisqu'il l'indique comme toujours plus large que le reste de l'intestin. Il se recourbe ensuite directement en dehors, à gauche et un peu en bas, pour passer dans l'intervalle qui sépare le testicule et le rein gauches. Cette partie forme une ou deux flexuosités au niveau du rein, suivant les sujets et représente l'S iliaque du colon; mais elle est placée bien au-dessus de la fosse iliaque correspondante.

A droite, le cœcum se trouve encore bien plus haut, il est à 3 ou 4 mill. au-dessus de l'extrémité inférieure du rein correspondant et pourvu d'un mésocœcum assez lâche. Il n'est pas plus large que le reste du colon qui lui-même est à peine plus large que l'intestin grêle. Le cœcum a 2 à 3 mill. de long; de son extrémité libre part l'appendice cœcal qui s'en distingue par une largeur un peu moindre, quoique peu marquée; il est très-long (12 à 14 millim.) et recourbé en dedans, de manière à s'appliquer contre l'iléum; son extrémité terminale est recourbée en crochet sur le reste du tube. A partir du quatrième mois, le cœcum se trouve un peu descendu; il est alors au niveau de l'extrémité inférieure du rein, et vers le cinquième mois il est même un peu plus bas; en même temps son mésocœcum disparaît.

Gubernaculum testis. — Contrairement à l'opinion de Bischoff, le *gubernaculum testis* ou crémaster, ou *musculus testis* de Hunter, est bien un muscle, c'est-à-dire un cordon formé de fibres musculaires, et je me suis assuré sur un fœtus de 4 mois que ce sont des fibres musculaires striées en travers, semblables dans ce muscle à celles que l'on trouve à cet âge dans tous les muscles, le crural antérieur, par exemple. Chez tous les animaux qui ont le testicule dans l'abdomen et peuvent le faire sortir à volonté en tout temps ou seulement à l'époque du rut, le crémaster est un muscle qui conserve toute la vie la disposition que nous allons décrire chez le fœtus de l'homme et les autres animaux qui ont les testicules extérieurs. C'est chez eux un véritable *musculus testis*, étendu du pli de l'aine à l'extrémité inférieure du testicule placé dans l'abdomen et passant au travers du canal inguinal; il est celluleux au centre et se retourne sur lui-même, se déverse dès que le testicule est arrivé à l'entrée du canal inguinal pour tomber dans le scrotum. (Beaucoup de rongeurs, la plupart des insectivores.) Après le rut, en se contractant, il remonte jusque dans le canal inguinal le testicule qui a diminué de volume. Ce muscle manque chez les animaux dont les testicules restent toute la vie dans l'abdomen, comme l'éléphant, le daman, les cétacés, le phoque, etc. Chez l'homme et les autres animaux dont le testicule est extérieur pendant toute la vie extra-utérine, le crémaster est disposé comme il l'est temporairement chez les rongeurs insectivores, c'est-à-dire de haut en bas, du pli de l'aine au testicule, au lieu de se diriger de bas en haut entre les deux mêmes points, mais en passant à travers le canal inguinal pour pénétrer dans la cavité abdominale. Hunter a déjà signalé que c'est au crémaster qu'est due la possibilité, surtout chez les jeunes gens, d'élever plus ou moins le testicule quand on tousse ou quand, pour une cause quelconque, on fait entrer les muscles abdominaux en action. D'après M. Marshall, cette contraction est volontaire et bornée au crémaster chez quelques individus; M. Malgaigne

---

decin des Invalides, m'assure aujourd'hui (séance de l'Académie de médecine, 17 avril 1832) que chez tous les cholériques qu'il a ouverts, aucune lésion organique n'a été trouvée en rapport avec les symptômes et la marche de la maladie; puis, ajoutait cet excellent observateur, *c'est calomnier les organes que de les accuser d'être la cause du choléra-morbus.*

— Je me souviens que chacun dissertait à perte de vue sur cette étrange et fatale maladie, et ce qui a été écrit à ce sujet formerait à coup sûr une vaste bibliothèque. On ne saurait croire le nombre de systèmes, de doctrines, d'opinions, d'explications, de vues, d'hypothèses, publiés sur le choléra-morbus, et dont on répète quelques-unes à l'occasion de la nouvelle épidémie. En vérité, nous ressemblions et nous ressemblons encore à des aveugles-nés, qui n'hésiteraient pas un instant à parler, à discuter sur la nature et les effets de la lumière, assurant qu'ils n'en parlent que d'après l'expérience, d'après les observations qu'ils ont faites. En y regardant de près, avec la plus simple, la plus naïve impartialité, il est facile de voir que, dans l'état actuel de la science, aucune opinion ne peut être admise sur la nature du choléra et son mode de propagation, tout est pour nous mystère et obscurité. Je trouve encore, dans le journal manuscrit dont j'ai parlé, un recueil de faits, en contradiction pour ainsi dire avec toutes les assertions émises, ce que j'appelais une *échelle d'opposition.* Ainsi on disait que le choléra-morbus sévissait dans les endroits malsains; je mettais en regard une foule d'endroits insalubres où le choléra s'était à peine montré, et des localités réputées très-saines où il avait fait ses ravages. On citait des professions, comme les tanneurs, les ouvriers de la fabrique de tabac, etc., qui paraissaient alors exempts de la maladie J'avais mis à côté le nombre des victimes faites dans ces mêmes professions par la maladie. Je ne sais quel médecin soutint que le chlore était un moyen préservatif infaillible; j'allai aux informations, et j'appris que beaucoup d'ouvriers de cette substance avaient été atteints, et qu'il y avait eu grand nombre de victimes dans les maisons infectées de chlore. Selon l'opinion de quelques-uns, pas un ivrogne n'échappait à la maladie, et je fis voir qu'il y en avait au contraire une énorme quantité qui la bravaient impunément. Il en a été de même pour les âges; si l'on citait des épidémies de choléra où les enfants étaient épargnés, il n'était pas difficile d'en trouver où les enfants avaient été les plus nombreuses victimes. On a dit que les terrains d'alluvion surtout humides étaient les plus exposés au choléra-morbus; eh bien! on l'a vu régner avec fureur dans certaines contrées très-arides de la Perse et de l'Arabie. En Hollande, pays entièrement formé de terrains d'alluvion, la maladie n'a pas fait plus de ravages qu'en Norwége, pays montagneux et souvent granitique. On ne finirait pas si l'on voulait rapporter tout ce qui étonne, tout ce qui déconcerte, tout ce qui nous ôte le droit d'avoir une opinion probable quelconque sur le choléra asiatique.

— Je me souviens qu'en 1832, à l'affreuse maladie qui consternait les populations, s'ajouta, comme de raison, la plaie du charlatanisme, un de ces fléaux que Moïse a oubliés parmi ceux dont il frappa la terre d'Égypte. De toutes parts surgissaient des médicastres annonçant des remèdes certains, infaillibles, *souverains*, contre le choléra-morbus, et le public, toujours dupe, toujours victime, poussé par la *crainte et l'espérance*, ces deux fortes anses du cœur humain, ne

a aussi observé ce soulèvement dans les circonstances signalées par Hunter.

Le *gubernaculum* ou *musculus testis* présente à étudier deux portions distinctes par leur situation, quoique continues : l'une est placée dans l'abdomen, étendue du testicule à l'orifice supérieur du canal inguinal; l'autre la continue à partir de ce point, traverse le canal inguinal qu'elle remplit, pour se terminer en trois faisceaux; l'un, externe, va en dehors à l'arcade crurale; le deuxième, ou interne, va au-devant du pubis; le troisième, ou médian, plus gros, plus large que les autres, continue la direction du muscle, et se perd en bas dans le tissu cellulaire du scrotum, en s'amincissant peu à peu; c'est le seul décrit par Hunter.

La portion intra-abdominale du *gubernaculum* représente un petit cordon arrondi, inséré à l'extrémité inférieure du testicule, et quelques fibres se prolongent en arrière jusqu'à l'extrémité inférieure de l'épididyme. De là il se dirige en bas et en dedans, au-devant du psoas auquel il adhère lâchement en arrière, tandis que dans tout le reste de sa circonférence, il est enveloppé par le péritoine et recouvert par l'intestin grêle; nous avons déjà vu qu'en haut il est croisé par le canal déférent. En bas, au niveau de l'orifice supérieur du canal inguinal, il semble un peu renflé, comme trop large pour le conduit qu'il doit traverser. Il a 3 millimètres de long sur 1 1/2 de large chez les fœtus de 2 mois; 6 millimètres de long sur 3 de large chez celui de 4 mois. A cinq mois, cette portion intra-abdominale a diminué de longueur environ de moitié, ce qui tient à ce que le muscle s'est contracté et en se retirant il a entraîné avec lui le péritoine dans le canal. Aussi le péritoine, au lieu de se réfléchir directement du *gubernaculum* sur les parois abdominales, forme une dépression circulaire de 2 millimètres de profondeur dans le canal inguinal, ce qui dessine nettement son orifice supérieur péritonéal.

La portion qui traverse le canal le remplit exactement et semble trop grosse pour lui, car elle soulève un peu le péritoine en haut et sur les fœtus frais; elle s'élargit un peu dès qu'on a ouvert le trajet dans toute sa longueur. On peut alors voir un faisceau qui se porte immédiatement en dehors et s'insère sur l'arcade crurale; un autre plus large qui, au sortir du canal, se porte en dedans et se perd au devant de la partie externe du pubis; enfin la partie moyenne s'épanouit en s'amincissant dans le tissu cellulaire du scrotum; elle est très-vasculaire; ses vaisseaux semblent marcher de bas en haut, et on peut en suivre jusque dans la portion intra-abdominale. Cette seconde portion du *gubernaculum* a la même disposition chez tous les fœtus étudiés ici, sauf les différences de volume. Ce muscle est organisé de la manière suivante; au centre, il est formé de fibres de tissu cellulaire lâche et très-vasculaire; ce faisceau est entouré d'une épaisse couche de fibres musculaires de la vie animale ou striées, très-caractérisées, que j'ai étudiées et figurées d'après un fœtus de 4 mois; je les ai montrées à plusieurs anatomistes entre autres à M. Follin. Elles disparaissent en grande partie au-dessous des deux faisceaux d'insertion externe et interne. C'est à tort que Bischoff en nie l'existence, et que Rathke dit le *gubernaculum* purement cellulaire.

Ainsi le *cremaster* ou *gubernaculum testis* est un véritable muscle du testicule, chargé d'attirer chez le fœtus humain et chez le fœtus d'autres mammifères, cette glande de l'abdomen dans le canal inguinal. Arrivé là, l'organe achève de descendre dans le scrotum, soit par pression des viscères, soit par son propre poids, et le muscle se déverse comme une poche musculaire, qu'il représente réellement, surtout chez les rongeurs et insectivores, mais dont le centre est rempli de tissu cellulaire lâche. Cette action, qui n'a lieu qu'une fois chez l'homme et autres mammifères, se renouvelle à chaque période du rut chez les animaux précités sur lesquels on peut étudier l'organisation précédente en grand et suivre très-facilement toutes les phases du phénomène.

La description précédente complète sous plusieurs rapports celle de Hunter, qui est encore de beaucoup ce qu'il y a eu de mieux fait sur ce sujet. Ainsi cet anatomiste éminent, par le soin qu'il avait d'élucider toujours chaque question d'anatomie humaine par des observations faites sur les animaux, avait complétement raison quand il soupçonnait qu'il avait en petit sous les yeux, chez le fœtus humain, ce qu'il voyait en grand sur le hérisson, etc. Au lieu de l'appeler ligament du testicule, il aurait dû continuer à l'appeler muscle du testicule, *musculus testis*, comme il le fait en commençant. Par là se trouve démontrée l'opinion de R. Owen, à savoir, que le *gubernaculum testis* est un muscle propre du testicule. Ainsi, on ne doit plus tenir compte de l'hypothèse de Carus, qui veut que le cremaster soit formé par les fibres inférieures du transverse de l'abdomen entraînées par le testicule au moment de sa descente; comme si par la pression seule des viscères abdominaux, le testicule pouvait traverser obliquement les parois abdominales, sans une action qui le sollicite précisément dans cette direction.

Chez les embryons femelles du deuxième mois, et déjà bien avant, on reconnaît que le ligament rond est l'analogue du *gubernaculum testis*, il est seulement plus mince et plus long, mais ses insertions inférieures sont les mêmes, et comme lui, il traverse le canal inguinal, bien plus étroit chez la femme que chez l'homme.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES DOUCHES FROIDES, LOCALES ET GÉNÉRALES, INTERNES ET EXTERNES, APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ENGORGEMENTS ET DES DÉPLACEMENTS DE LA MATRICE, AINSI QUE DES ACCIDENTS GÉNÉRAUX QUI ACCOMPAGNENT SOUVENT CES AFFECTIONS; présenté à l'Académie des sciences le 12 mars 1849, par M. le docteur L. FLEURY, agrégé à la Faculté de médecine, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Plusieurs malades, parmi lesquelles quelques-unes m'ont été adressées par MM. les professeurs Paul Dubois et Marjolin, s'étant présentées à l'établissement hydrothérapique de Bellevue, je les ai soumises à un traitement dont je me propose de faire connaître ici les résultats.

J'ai eu recours exclusivement à des douches froides, générales et partielles, internes et externes, c'est-à-dire à des douches en pluie ou en nappe, à des douches ascendantes rectales et vaginales, à des bains de siége à eau courante ou dormante, et je n'ai point cru devoir suivre les errements des hydropathes qui accordent la préférence aux boissons à hautes doses, aux sudations forcées, aux compresses excitantes, etc. J'ai montré ailleurs, en effet, que ces modificateurs répondent à des indications spéciales qui ne

---

manquait pas d'accourir avec sa crédulité ordinaire. Comme les médecins sont sans union, sans force, sans *esprit de vie professionnelle*, les empiriques, rusés, audacieux, firent une large moisson, tandis que les vrais médecins n'eurent pour récompense que le sentiment d'avoir fait leur devoir, sentiment très-pur, très-louable, mais avec lequel, comme le disait naïvement un charlatan, on reste sous le poids et l'opprobre de la pauvreté.

— Je me souviens que les niaiseries, les puérilités homœopathiques, firent aussi entendre leurs prétentions. Le cuprum, la pulsatile et autres drogues, données à doses infinitésimales et insignifiantes, furent annoncées comme des remèdes infaillibles. On l'imagine facilement, toutes ces promesses restèrent dans le pays des chimères et des visions. Maintenant l'homœopathie essaye encore, quoique d'une voix timide, à nous assurer qu'elle possède le vrai trésor anticholérique; mais cet éblouissant mirage d'illusions qu'elle eut un instant a complétement disparu.

Quant aux magnétiseurs, la *clairvoyance instinctive* dont ils sont doués devait nécessairement leur indiquer un spécifique infaillible contre le choléra-morbus; ils ne manquèrent pas de l'annoncer. « Je le vois, disait une somnambule en 1832, je le comprends, je vais le saisir, le voilà : c'est de l'eau gazeuse avec un peu de sel de nitre. » Et il y eut des gens qui crurent à la voix de cet pareil oracle. *O pectora cæca!*

—Je me souviens encore qu'aux remèdes souverains vantés de tous côtés contre le choléra morbus, se joignirent les préservatifs infaillibles; or Dieu sait le nombre qu'on en publiait. Ce fut alors le triomphe du camphre, et je sais des personnes qui en mirent dans leurs aliments; puis vint le chlore, mais son règne ne fut pas long, car il infectait, et rien n'a démontré sa faculté préservative. Quant aux moyens hygiéniques, toujours les meilleurs, sans avoir une certitude positive, on les préconisa avec raison et avec succès. Au moins avaient-ils deux avantages marqués : de maintenir l'économie dans une bonne disposition, de rassurer l'esprit en lui donnant de la confiance et de la force. Comme de raison, on voulut des principes présentés avec cette précision, cette brièveté qui les implante et les fixe dans l'imagination. Chacun présenta sa méthode ou sa formule; je hasardai la mienne, qui fut acceptée avec bienveillance. Elle a au moins le mérite d'être courte; je recommandai donc :

Quarante doses de chaleur; *cinq* doses de propreté; *une* dose de sobriété; *une* dose d'activité, *une* dose de bon sommeil; *une* dose de nourriture saine, *une* dose d'air pur et *cinquante* doses de tranquillité d'esprit. Ces cent parties réunies forment le grand tout anticholérique par excellence (1).

— Aujourd'hui le choléra morbus a éclaté de nouveau dans la capitale. Oh! c'est bien la même maladie, avec son cortége de symptômes violents et rapidement mortels; on peut encore vérifier le proverbe caractéristique et sinistre de

(1) Je n'ai pas hésité à reproduire cette formule préservative, dans mes CONSEILS HYGIÉNIQUES SUR LE CHOLÉRA-MORBUS, insérés dans le MONITEUR UNIVERSEL, 12 et 16 avril de cette année 1849.

sont nullement liées aux affections utérines dont il est question dans ce travail (1).

ENGORGEMENT INDURÉ ANCIEN ET CONSIDÉRABLE DU COL ; ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS ; VASTE ULCÉRATION SUPERFICIELLE ; DYSMÉNORRHÉE ; NÉVRALGIE UTÉRINE ET MAMMAIRE.

OBS. I. — Madame D..., demeurant à Paris, rue d'Isly, n° 9, est âgée de 34 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin très-prononcé ; la menstruation s'est établie à l'âge de 13 ans et demi, mais fort difficilement : pendant un an elle fut irrégulière, douloureuse et donna lieu à des métrorrhagies très-abondantes plutôt qu'à un flux menstruel physiologique. Au bout de cet espace de temps survinrent des symptômes de chlorose qui ne firent que s'aggraver pendant trois années et qui, après avoir graduellement diminué l'abondance des règles, finirent par amener une aménorrhée complète. Les menstrues furent supprimées pendant sept mois. La malade fut envoyée aux eaux de Plombières et n'y trouva aucun soulagement ; à son retour elle reçut les soins de M. Trousseau, qui prescrivit le fer à hautes doses. Sous l'influence de ce médicament les symptômes chlorotiques s'amendèrent et le flux menstruel se rétablit ; mais depuis cette époque il a toujours été accompagné de douleurs très-vives se faisant sentir pendant les trois premiers jours de l'écoulement.

A l'âge de 21 ans, la malade se maria et devint grosse immédiatement ; la grossesse fut très-pénible ; pendant les trois premiers mois, il y eut une incontinence d'urine qui résista à tous les moyens employés pour la combattre, et pendant toute la durée de la gestation madame D... éprouva des douleurs vives et presque continuelles dans la région hypogastrique.

L'accouchement eut lieu le 18 septembre 1835 par les mains de M. Lebreton ; il fut long et pénible, le travail ayant duré soixante-treize heures ; il ne fut suivi cependant d'aucun accident, et madame D... se leva le dixième jour pour reprendre sa vie habituelle. Pendant l'hiver elle alla beaucoup dans le monde et au bal.

Peu de temps après l'accouchement se manifestèrent des accidents qui, d'abord légers, allèrent en augmentant pendant l'espace de douze années sans avoir été combattus par aucun traitement ; ils finirent par amener un état morbide grave, caractérisé par les phénomènes suivants : douleurs hypogastriques fréquentes ; tiraillement dans les aines et dans les cuisses ; pendant la marche et surtout en s'asseyant, sensation, au périnée, d'un corps étranger volumineux et pesant ; la marche est difficile, pénible ; elle provoque des douleurs très-vives et une lassitude insupportable qui se fait particulièrement sentir dans les jambes ; impossibilité presque complète de supporter le cahot de la voiture la mieux suspendue ; la menstruation est irrégulière, trop abondante et très-douloureuse ; madame D. est obligée de garder le lit pendant les trois ou quatre premiers jours de l'écoulement cataménial, qu'elle craint sans cesse de voir se transformer en perte utérine. Les fonctions digestives n'ont éprouvé aucun dérangement ; mais la respiration et la circulation présentent au contraire des troubles nerveux qui ont fait croire à une altération organique du cœur. La malade a souvent des accès de dyspnée, des quintes de toux très-fatigantes, des palpitations, des migraines, des lassitudes spontanées, etc. En 1837, les règles se sont brusquement supprimées et n'ont reparu qu'au bout de huit mois.

M. le professeur Cruveilhier fut consulté en 1847 ; il constata un engorgement et une ulcération du col utérin ; il prescrivit un repos absolu, et il pratiqua, à différents intervalles, neuf cautérisations avec le nitrate d'argent ; ce traitement ne fut suivi d'aucun soulagement.

En janvier 1848, je fus appelé à donner des soins à madame D.

(1) L. Fleury. RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES EFFETS ET L'OPPORTUNITÉ DES DIVERS MODIFICATEURS DITS HYDROTHÉRAPIQUES. — *In* ARCH. GÉN. DE MÉD., 1848, t. XVII, p. 257.

ÉTAT ACTUEL : Depuis six mois, la malade n'a guère quitté le lit, et toutes les fois qu'elle l'a abandonné pour quelques heures, elle a éprouvé à un haut degré les accidents ci-dessus mentionnés. Aux approches et pendant la durée des règles, des douleurs intermittentes, lancinantes, extrêmement vives, se font sentir dans l'utérus et dans les seins ; en dehors de l'époque menstruelle, elles sont parfois provoquées par la fatigue, une émotion morale vive, les variations atmosphériques, et présentent tous les caractères des douleurs névralgiques ; elles sont devenues, en raison de leur fréquence, de leur acuité, l'une des principales préoccupations de la malade. Les règles sont toujours trop abondantes et accompagnées de douleurs très-vives. A chaque époque menstruelle, madame D. est fortement émotionnée par la crainte d'une perte utérine. Les accès de dyspnée, de toux nerveuse, de palpitations, se montrent à des intervalles assez rapprochés ; le sang se porte souvent avec violence vers la tête, et ces congestions sont accompagnées d'une céphalalgie intense. L'examen de la poitrine, l'auscultation des vaisseaux du cou ne fournirent que des signes négatifs. L'embonpoint est assez considérable ; mais les digestions ont subi néanmoins depuis quelques mois un dérangement notable ; madame D. ne digère la viande que difficilement, et son régime est à peu près exclusivement lacté et végétal. Les digestions sont laborieuses ; le ventre est dur, très-météorisé ; la langue est naturelle, l'épigastre non douloureux. Il existe une constipation habituelle et opiniâtre.

Le toucher, pratiqué la malade étant debout, fournit les signes suivants : l'utérus est légèrement abaissé, sans avoir subi aucun autre déplacement ; le col est très-volumineux, très-dur, mais lisse et sans bosselures ; le corps de l'utérus ne présente aucune altération appréciable ; l'orifice utérin, largement étendu transversalement, est assez béant pour permettre d'y introduire l'extrémité du doigt indicateur.

La vue confirme ces données. Le spéculum à quatre valves, ouvert à son maximum, ne peut embrasser le col dans toute son étendue ; l'engorgement est général, uniforme, et porte également sur les deux lèvres. Mesuré avec soin, le col utérin présente en tous sens 8 centimètres de diamètre ; toute sa surface est couverte par une ulcération superficielle, non granulée, saignant légèrement au contact du plumasseau de charpie.

En présence d'un pareil état de choses, je pensai : 1° qu'il était inutile de diriger actuellement aucun traitement contre l'ulcération considérée en elle-même, et par conséquent de continuer les cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent ; 2° que le repos absolu ne pouvait exercer d'autre action que celle de congestionner l'utérus et d'augmenter encore l'engorgement ; 3° que la bonne thérapeutique, comme le dit avec raison M. Bastien (1), serait ici celle qui attaquerait l'ulcération et l'engorgement sans négliger l'un ou l'autre.

Mais à quelle médication avoir recours ? « Tout le monde connaît, ai-je dit ailleurs, les difficultés que présente le traitement des ulcérations accompagnées d'un engorgement primitif. En effet, l'ulcération entretient l'engorgement, et le rend rebelle aux médications que l'on dirige contre lui ; d'un autre côté, l'engorgement s'oppose à la cicatrisation de l'ulcère et contre-indique la cautérisation superficielle. Or le fer rouge permet de sortir de ce cercle vicieux ; car il guérit en même temps et l'engorgement et l'ulcération (2). » Espérant obtenir de la cautérisation actuelle, pour madame D..., les bons effets que je lui avais vu produire dans des cas analogues, je me décidai pour cette médication, qui fut acceptée sans hésitation par la malade.

Le 21 janvier 1848, je pratiquai sur l'une et l'autre lèvre du col une escarre profonde, arrondie, ayant 15 millimètres de diamètre. Aucune douleur ne fut ressentie ; les choses se passèrent comme de coutume, et le quatrième jour je conseillai à madame D... de se lever, de sortir, de vaquer à ses occupations, en un mot de rentrer dans les usages habituels de sa vie, en évitant toutefois la

(1) Bastien, DES MALADIES DU COL DE L'UTÉRUS, thèse de Paris, 1845, n° 46.
(2) COMPENDIUM, *loc. cit.*, p. 391-392.

la côte de Coromandel : *Vomir et mourir*. On reconnaît ce *facies cholerica* si effrayant, et qu'on n'oublie jamais quand on l'a vu une fois. Cependant le monstre indien n'a plus les mêmes proportions dans sa propagation ; nous comptons maintenant les victimes par centaines, et dans le même espace de temps, nous les comptions autrefois par mille. A quoi tient cette énorme différence ? L'agent inconnu n'a-t-il plus la même intensité virtuelle ? ou bien trouve-t-il de la résistance dans l'hygiène publique améliorée ? C'est une grande question, mais qui paraît insoluble. Au reste, tout est question sur cette bizarre et fatale maladie. Les observations abondent, et le *fait générateur* nous manque. Il est impossible d'établir la notion corrélative de la cause aux effets ; aussi en sommes-nous réduits à combattre les symptômes, et nous éprouvons de fréquents revers. Peut-être le temps nous révélera-t-il ce que nous cherchons avec *tant de peine et d'affliction d'esprit*. L'essentiel est de ne pas se hâter, de vouloir construire une doctrine sur de simples opinions ; il faut tâcher de tout voir, de bien voir et de ne rien supposer. Nous défier de nos lumières, est souvent le premier pas vers la vérité.

R. P.

— Il règne en ce moment dans plusieurs quartiers de Paris une épidémie de fièvre éruptive mal caractérisée, mais qui semble tenir à la fois de la rougeole, de la scarlatine et de la miliaire. Bon nombre d'adultes en ont été atteints.

— Plusieurs cas de choléra asiatique ont été observés dans le midi de la France, notamment à Châlons-sur-Saône et à Marseille ; en même temps il s'en rencontre dans plusieurs localités du Nord, d'où il semblait avoir disparu. On en a compté aussi quelques cas ces jours derniers à Bruxelles.

— Dans le Nord on dit avoir observé récemment le choléra sur les chevaux. Ce fait mérite confirmation. En 1832 on n'a constaté aucun exemple de choléra sur l'espèce chevaline, tandis qu'on l'observa sur plusieurs autres espèces d'animaux domestiques et sur les lièvres.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris, qui compte déjà plus de cinquante adhérents, est définitivement constituée.

Le bureau est ainsi composé :

MM. Andral, président ;
Legroux, vice-président ;
Requin, secrétaire général ;
Tardieu et Béhier, secrétaires ;
Hortelonp, trésorier archiviste.

Membres du conseil d'administration : MM. Martin-Solon, Gillette, Nonat, Bouvier et Gendrin.

Membres du comité de publication : MM. Requin, Tardieu, Béhier, Hortelonp et Valleix.

Nous rappelons que les séances sont publiques, et qu'elles ont lieu les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, dans le local des Sociétés savantes, rue Taranne, n° 12, à trois heures et demie.

fatigue, la station debout ou assise longtemps prolongée, les longues courses en voiture, etc.

18 février. Pendant le mois qui vient de s'écouler, madame D... a souffert moins qu'elle ne s'y attendait, et elle s'est convaincue que le séjour au lit ne lui était ni indispensable ni même utile. Les escarres se sont détachées le cinquième jour; l'état local ne s'est point modifié. Une nouvelle cautérisation est pratiquée avec le fer rouge.

17 mars. Une amélioration notable s'est manifestée dans l'état général de la malade; l'appétit est plus vif, les digestions sont meilleures, et madame D... a pu reprendre, sans en souffrir, un régime plus substantiel et plus animalisé. Les accès de toux, de dyspnée, de palpitations, sont moins fréquents, plus courts et moins intenses. L'époque menstruelle a été beaucoup moins pénible que de coutume; les douleurs névralgiques de l'utérus et des seins ont diminué. Le volume du col utérin n'a pas changé, et l'ulcération présente toujours le même aspect et la même étendue. Troisième cautérisation avec le fer rouge, qui est promené sur toute la surface du col. Une escarre plus profonde est établie sur chacune des lèvres du col.

1er avril. La santé de madame D... est beaucoup plus satisfaisante; les accidents généraux se sont encore amendés, mais il existe toujours, surtout après la marche, l'usage de la voiture, etc., de la pesanteur, des douleurs dans les lombes, l'hypogastre, les aines, les cuisses; la constipation persiste, et tous ces accidents s'expliquent par l'engorgement du col utérin, dont le volume n'a pas diminué d'une manière sensible. L'ulcération n'a également subi aucune modification. L'écoulement menstruel présente toujours les mêmes caractères.

Trois mois d'un traitement énergique n'avaient donc point modifié l'état du col utérin; l'engorgement induré, si considérable et si ancien, de cet organe avait résisté à trois cautérisations avec le fer rouge. L'ulcération, liée à un engorgement primitif, était restée stationnaire en raison de la persistance de celle-ci, résultat conforme à ce que l'observation nous a montré un grand nombre de fois, et à ce qui a été établi par M. Gusselin (1). Quelle conduite fallait-il tenir dans cette circonstance? Recourir encore au fer rouge? Mais son action, impuissante jusqu'à présent, serait-elle plus efficace?

Modifier, activer les phénomènes d'absorption interstitielle de manière à ramener le col utérin à son volume et à sa consistance physiologiques, telle était l'indication, et pour la remplir, je me décidai à essayer les douches froides, me fondant sur les considérations et les précédents que j'ai rappelés plus haut. Madame D... vint s'établir à Bellevue, et commença, le 15 avril, un nouveau traitement, dont il me reste à faire connaître les effets.

15 avril. Madame D... reçoit deux fois par jour, pendant cinq minutes environ, une douche en pluie générale et une douche en jet de 3 centimètres de diamètre, qu'on dirige successivement sur les lombes et l'hypogastre. La réaction est prompte, énergique; la peau est fortement rougie à la suite de chaque opération.

30 avril. Les douches sont prises avec plaisir et suivies d'une sensation de bien-être, de légèreté, qui donne de l'espoir à la malade, découragée par l'inefficacité des traitements qu'elle a déjà subis. Il n'existe pas encore d'amélioration marquée et durable; mais lorsque madame D... éprouve un surcroît de pesanteur et de tiraillement dans les aines, ou bien des douleurs névralgiques, les accidents sont immédiatement calmés par la douche, que la malade réclame alors avec instances. Quelques douches ascendantes vaginales ont été prises; mais elles ont provoqué des douleurs utérines et vaginales assez vives, et nous avons renoncé à ce moyen.

25 mai. Des douleurs assez intenses se sont manifestées aux approches et pendant la durée de l'époque menstruelle; elles ont été calmées par la douche. Les règles ont coulé avec abondance pendant huit jours.

30 juin. La malade éprouve une amélioration très-sensible; elle peut, sans ressentir de douleur, marcher, aller en voiture, monter et descendre des escaliers. La constipation a disparu, et le météorisme habituel avec elle. Le ventre est moins gros et la taille plus mince, à tel point que madame D... est obligée de faire refaire ses robes. La malade n'accuse plus qu'une sensation de pesanteur et quelques douleurs légères se faisant sentir par intervalles. L'ulcération ne s'est point modifiée, mais le volume du col a notablement diminué; car il ne présente plus que 3 centimètres et demi de diamètre. Les règles ont été moins abondantes, et non accompagnées de douleurs. Madame D... n'a point été obligée de garder le lit.

30 juillet. L'amélioration a fait de nouveaux progrès. Madame D... marche, court, fait de longues promenades à pied ou en voiture, sans éprouver la plus légère douleur, la moindre pesanteur, la moindre gêne. L'appétit est vif, les digestions sont bonnes, la dyspnée, les quintes de toux, les palpitations, ont disparu. La malade n'a éprouvé pendant son époque menstruelle que quelques douleurs névralgiques mammaires, qui ont été immédiatement enlevées par une douche en pluie dirigée sur les seins. Les règles ne coulent plus avec cette abondance qui inspirait de si vives inquiétudes à madame D... L'ulcération utérine n'a subi aucun changement; mais la consistance, la dureté du col a beaucoup diminué, et le diamètre de cet organe n'est plus que de 3 centimètres.

30 septembre. Madame D... se considère comme parfaitement guérie; car elle n'éprouve plus aucune incommodité, si ce n'est de temps à autre quelques douleurs névralgiques. Le volume du col utérin a encore diminué de quelques millimètres, et dans la pensée que l'on peut maintenant obtenir la cicatrisation de l'ulcération, je pratique une cautérisation avec l'acide azotique.

25 octobre. Madame D... a fait un voyage de quinze jours, pendant lequel elle a fait beaucoup d'exercice et a éprouvé de la fatigue, sans ressentir ni douleurs ni pesanteur. Le diamètre du col n'est plus que de 2 centimètres et demi; l'ulcération est complétement cicatrisée dans les sept huitièmes de son étendue.

25 novembre. Le rétablissement est complet; le col ne présente plus que quelques points disséminés non encore cicatrisés. Je les touche avec de l'acide azotique étendu d'eau.

10 décembre. La cicatrisation est parfaite. La santé de madame D... ne laisse plus rien à désirer.

On reconnaîtra, je pense, que cette observation est intéressante à plus d'un titre et qu'elle fournit plus d'un enseignement utile. Elle nous montre un engorgement induré considérable, remontant à douze années, ayant donné lieu à des accidents locaux et sympathiques graves, ayant résisté à un traitement de six mois dirigé par M. Cruveilhier et à trois applications de fer rouge pratiquées dans l'espace de trois mois. Que restait-il à tenter? à quelle médication avoir recours? La maladie ne pouvait-elle pas, à bon droit, être considérée comme étant au-dessus des ressources fournies par la thérapeutique? Eh bien! sous l'influence des modifications imprimées par les douches froides à l'absorption interstitielle, cet engorgement se résout peu à peu, et au bout de sept mois le col utérin, qui a perdu plus de la moitié de son volume, est revenu à ses dimensions normales. Nous voyons encore, tant que l'engorgement persiste, une vaste ulcération résister à neuf cautérisations avec le nitrate d'argent et à trois applications du cautère actuel, mais aussitôt que l'engorgement a cédé deux cautérisations avec l'acide azotique suffisent pour amener une cicatrisation parfaite. Dès ce moment, la guérison est complète; tous les accidents disparaissent; les douleurs névralgiques utérines et mammaires ne se font plus sentir; toutes les fonctions s'accomplissent de la manière la plus satisfaisante, et madame D. retrouve un état de santé qu'elle croyait avoir à jamais perdu. Notons enfin l'influence si remarquable exercée par les douches froides sur la menstruation qui, irrégulière, douloureuse, trop abondante depuis son établissement, finit par se régulariser et par présenter tous les caractères de l'état physiologique.

L'observation qu'on vient de lire est un véritable type d'engorgement induré du col de l'utérus; les deux faits qui vont suivre présenteront des exemples non moins caractérisés de déplacement utérin.

ANTÉVERSION CONSIDÉRABLE, SANS ENGORGEMENT NI ULCÉRATION; ACCIDENTS LOCAUX GRAVES.

Obs. II. — Madame H., demeurant à Paris, rue Saint-Florentin, n° 7, est âgée de 25 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique très-prononcé. Les règles ont paru à quinze ans; elles sont régulières, peu abondantes, durent de trois à cinq jours et ne sont accompagnées d'aucune douleur.

Madame H. s'est mariée à l'âge de 19 ans, au mois de juin 1842, et a eu un premier enfant au mois de juillet 1843. La grossesse a été pénible; à sept mois on pratiqua une saignée et l'on appliqua des sangsues derrière les oreilles; ces pertes de sang furent suivies d'une grande faiblesse, d'un état anémique très-prononcé. L'accouchement fut heureux, mais trois mois après des douleurs, plus incommodes que vives, se firent sentir dans la région hypogastrique, dans les lombes, les aines et les cuisses; la marche devint pénible. En avril 1844, M. le docteur Hoffmann fut consulté; il reconnut un déplacement et une ulcération de l'utérus et pratiqua neuf cautérisations qui n'amenèrent aucun soulagement. Au mois d'octobre de la même année, madame H. s'adressa à madame Charrier, sage-femme en chef de la Maternité, qui ne trouva aucune ulcération, mais une antéversion très-prononcée, et qui conseilla l'usage d'une ceinture hypogastrique. Celle-ci fut immédiatement appliquée, et la malade se trouva notablement soulagée.

Madame H. devint enceinte pour la seconde fois au mois d'août 1845. La grossesse fut heureuse et l'accouchement eut lieu le 15 mai 1846. Madame H. quitta le lit le dix-huitième jour et reprit ses occupations qui sont assez fatigantes et exigent tantôt des courses à pied ou en voiture plus ou moins considérables, plus ou moins multipliées, tantôt une station assise ou debout plus ou moins longue. Bientôt se montrèrent de nouveaux accidents qui, cette fois, ne tardèrent pas à acquérir une grande intensité. Des douleurs vives, presque continues, se firent sentir dans le bas-ventre, les lombes et les aines; elles étaient tellement exaspérées par la marche ou la voiture que la malade fut obligée de se condamner à un repos presque absolu; l'usage des voitures à deux roues était pénible à ce point, que plusieurs fois madame H. fut contrainte de descendre de cabriolet au milieu de la rue. Une constipation opiniâtre, des envies très-fréquentes d'uriner vinrent s'ajouter à ces phénomènes morbides. La ceinture hypogastrique apportait quelque soulagement à cet état si fâcheux, mais il était bien loin de faire cesser tous les accidents; cependant, malgré la gêne et quelquefois la douleur causées par cet appareil, madame H. se condamna à la porter constamment, l'expérience lui ayant appris que toutes ses souffrances s'exaspéraient aussitôt que l'utérus cessait d'être maintenu.

Vers le commencement de 1847, les digestions commencèrent à devenir mauvaises. Au bout de quelques mois, l'ingestion des aliments était suivie de douleurs si vives, que madame H... fut obligé d'observer un régime très-sévère. Bientôt se manifesta un amaigrissement dont les progrès furent rapides. En septembre 1847, M. le professeur Cruveilhier fut consulté: il proposa une alimentation

(1) Gosselin, De la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin, *in* Arch. génér. de méd., t. II, p. 128, 1843.

composée de laitage, de viandes blanches et l'abstention complète de vin; mais ce régime, loin d'améliorer l'état de la malade, ne fit que l'aggraver. Le 15 juin 1848, madame H... vint réclamer mes soins.

ÉTAT ACTUEL. Le teint est d'un gris sale; l'amaigrissement est notable. Malgré la sévérité du régime, les digestions sont pénibles, douloureuses; la constipation est permanente, rebelle, et réclame l'emploi quotidien d'un ou de plusieurs lavements. Des douleurs se font quelquefois sentir dans le rectum. La malade éprouve souvent de la céphalalgie, une migraine très-incommode, des lassitudes spontanées, de la courbature; elle se plaint d'un malaise général presque continuel. La langue est naturelle, plutôt pâle; l'épigastre et l'abdomen sont souples et non douloureux à la pression.

Depuis deux ans madame H... n'a point quitté un seul jour sa ceinture hypogastrique; mais malgré cet appareil, elle ressent souvent dans le bas-ventre, les lombes et les aines des douleurs ou une sensation de gêne, de tiraillement, qu'exaspèrent à un haut degré la marche et la voiture. Les envies d'uriner sont fréquentes et impérieuses, quelquefois accompagnées de dysurie.

Le toucher, pratiqué la malade étant debout, fournit les signes suivants: le col utérin est petit, allongé, de consistance normale; il est rejeté en arrière et appuie sur la partie inférieure du sacrum. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent à travers la paroi antérieure de l'intestin la saillie formée par le col utérin. Vers la partie supérieure du vagin, le doigt rencontre le corps de l'utérus, qui est fortement incliné en avant.

La palpation, le toucher rectal et vaginal, pratiqués dans différentes positions, montrent d'une manière positive que le corps de la matrice a conservé son volume normal.

Le spéculum, introduit dans la direction de l'axe du bassin, ne rencontre point le col, mais bien le corps de l'utérus. Pour embrasser le museau de tanche, il faut faire basculer l'instrument de haut en bas et d'avant en arrière, en appuyant fortement sur le corps de la matrice. Il n'existe ni engorgement ni ulcération.

Pour remédier à ce déplacement utérin, je conseillai à madame H... d'aller passer l'été à Bellevue, et d'avoir recours aux douches froides. Cet avis fut suivi, et le traitement commencé le 22 juin.

Deux fois par jour madame H... reçoit une douche ascendante vaginale de dix minutes, et pendant cinq autres minutes une douche en pluie générale et une douche locale dirigée sur l'hypogastre, les aines et les lombes.

15 juillet. L'état général est déjà beaucoup meilleur; le malaise, la courbature ont disparu; l'appétit est plus vif, les digestions sont plus faciles. La malade commence à manger des viandes noires et à boire du vin; la constipation est moins opiniâtre; plusieurs évacuations spontanées ont eu lieu. A différentes reprises, madame H... a ôté sa ceinture pendant plusieurs heures et a pu marcher, sans que les accidents locaux se soient aggravés. Les douleurs, le tiraillement ont diminué; les envies d'uriner sont moins fréquentes; la miction est facile, non douloureuse.

1er août. Les fonctions digestives sont dans le meilleur état; l'appétit est très-vif; la constipation n'existe plus; le teint est bon; la malade engraisse manifestement. La ceinture a été supprimée impunément pendant des journées entières. Madame H... a fait de longues promenades sans souffrir. Les douleurs, les tiraillements, les accidents vésicaux ne se montrent plus que rarement et à un faible degré. On constate par le toucher que la matrice est en grande partie redressée. Le doigt arrive presque directement sur le museau de tanche.

1er septembre. La ceinture n'a pas été replacée depuis un mois; tous les phénomènes morbides, locaux et généraux, ont entièrement disparu. Un embonpoint remarquable a remplacé la maigreur. Le teint est excellent; les forces ne laissent rien à désirer. Madame H... a été plusieurs fois à Paris; elle y a fait de longues courses en voitures publiques, en cabriolet, à pied, et elle n'a pas éprouvé la moindre souffrance, la moindre gêne. Le toucher et le spéculum montrent que l'utérus est parfaitement redressé. La guérison est complète; mais je conseille à madame H... de la consolider, en continuant encore son traitement pendant quelque temps.

22 octobre. La guérison ne s'est pas démentie un instant, et madame H... quitte Bellevue dans un état de santé qu'elle assure ne jamais avoir connu.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE.

DES DIVERSES MÉDICATIONS EMPLOYÉES DANS LES HÔPITAUX, ET DES RAPPORTS NUMÉRIQUES DES GUÉRISONS ET DE LA MORTALITÉ AVEC CES MÉDICATIONS.

Bien que l'épidémie ait suivi depuis quelques jours une nouvelle marche ascendante, nous continuons cependant aujourd'hui notre revue générale des traitements mis en usage dans les divers hôpitaux. Notre résumé portant principalement sur la première période de l'épidémie, nous n'y ferons pas intervenir les nouveaux essais ni les nouveaux résultats. Lorsque ce premier travail sera terminé, nous compléterons nos précédentes revues par l'analyse des principaux cas observés dans cette seconde manifestation épidémique. Nous pourrons plus tard revenir, s'il y a lieu, sur les nouveaux essais thérapeutiques mis en regard de la période d'aggravation actuelle.

Notre appréciation continuera donc à avoir son point de départ au 4 mai, en prenant en considération toutes les circonstances antérieures à cette époque. Les hôpitaux dont nous voulons parler aujourd'hui sont la Pitié, Saint-Louis, Beaujon et le Gros-Caillou.

Hôpital de la Pitié.

L'hôpital de la Pitié est situé favorablement; ses constructions sont normales et bien aérées. Mais la population qu'on y reçoit est encore dans des conditions plus mauvaises que celle de l'Hôtel-Dieu. Elle se compose presque exclusivement des habitants du faubourg Saint-Marceau, c'est-à-dire d'une population décimée par la misère, mal logée, mal nourrie, et ruinée par des excès de tous genres.

Les méthodes de traitement employées à la Pitié, sans être complétement opposées, offrent de grandes différences.

On connaît déjà la méthode de M. Serres et les considérations élevées sur lesquelles cet illustre médecin la fonde. Les résultats obtenus, surtout au début de l'épidémie, paraissaient confirmer la justesse des inductions thérapeutiques. Les observations que nous avons publiées en font foi. Depuis cette époque, soit que la maladie ait augmenté de gravité, soit que les cas traités dans ce service aient été exceptionnellement dans des conditions plus fâcheuses, la proportion des succès n'est pas restée aussi favorable. A ce point de vue, on peut donc confondre les résultats du service parmi tous ceux des autres services de l'hôpital.

La méthode de M. Piorry est aussi simple que l'idée que le savant professeur se forme de la maladie; pour lui, c'est un empoisonnement qui s'aggrave des circonstances de l'infection par encombrement. La méthode de M. Piorry, que nous faisons connaître plus bas avec détails, se résume en trois points principaux: 1° neutraliser l'action toxique; 2° combattre ses effets sur l'organisme; 3° dissiper toutes les causes propres à entretenir ou augmenter l'action miasmatique.

Outre ces indications générales, on verra plus bas quelques indications particulières inspirées par l'appréciation des symptômes particuliers.

La médication dont fait usage M. Gendrin se distingue surtout par une analyse approfondie de la maladie, et par une distribution très-méthodique et très-rationnelle des moyens appropriés à chacun de ses éléments. Ce sont les méthodes analytique, symptomatique et expérimentale combinées dans ce qu'elles ont paru offrir de moins incertain.

MM. Clément et Piédagnel pratiquent la méthode la plus généralement usitée qui consiste à opposer aux symptômes prédominants des médications appropriées, sans se préoccuper ni des idées théoriques qui dirigent beaucoup d'autres praticiens, ni des innovations dont l'expérience n'a pas encore suffisamment justifié l'emploi.

M. SERRES.

Conformément aux principes exposés dans une communication à l'Académie des sciences, que l'on trouvera reproduite tout au long dans nos comptes rendus (voir la séance du 9 avril, n° 15), note dans laquelle M. Serres considère le choléra comme une affection typhoïde pernicieuse, la méthode de ce médecin se compose de deux ordres de moyens, à l'aide desquels il se propose de décomposer en quelque sorte la maladie dans ses deux éléments principaux, de maîtriser dès le début les phénomènes pernicieux, afin de n'avoir plus à combattre ensuite que la fièvre typhoïde dépouillée de la complication qui en constitue la plus grande gravité.

De ces deux ordres de moyens, en effet, les uns sont destinés à combattre les premiers accidents cholériques, les vomissements, les évacuations alvines et les symptômes pernicieux de la première période de la maladie; les autres constituent la méthode spécifique proprement dite, et ont pour but de s'attaquer aux altérations caractéristiques de la seconde période de la maladie, la période typhoïde.

Les premiers moyens se composent de la potion antiémétique de Rivière, de l'eau de Seltz et de la limonade citrique; et de quarts de lavements au nombre de deux ou trois dans la journée, composés comme suit:

Pour un quart de lavement avec amidon:

Prenez:	Camphre	0,20
	Sulfate de quinine	0,20
	Laudanum	8 gouttes.

La médication spécifique se compose d'onctions mercurielles sur le ventre, pratiquées tous les jours, et suivant les cas plusieurs fois par jour, à la dose de 8 à 10 grammes d'onguent mercuriel; et de l'administration du sulfure noir de mercure et éthiops minéral, sous forme pilulaire, d'après la formule suivante:

Prenez : Ethiops minéral. . . . . 1 gramme.
Poudre de gomme adragante. 0,50
Sirop simple. . . . . Q. s.
Pour quatre pilules à prendre dans la journée.

Telle est la base de la méthode de M. Serres. Comme moyens accessoires, il prescrit au début les moyens ordinaires de calorification, boules et alèses chaudes, du thé ou des boissons aromatiques chaudes. Les opiacés ne sont administrés qu'avec modération, dans les lavements seulement ; et dans quelques cas, mais très-rarement et lorsque les crampes sont très-douloureuses, il associe une petite quantité d'opium avec le sulfure noir de mercure. Les potions éthérées ne sont données également qu'avec une très-grande réserve. Les phénomènes comateux de la réaction sont combattus par des sinapismes et dans quelques cas rares où ils acquièrent une assez grande intensité, par des applications de sangsues derrière les oreilles et quelques laxatifs.

M. PIORRY.

Pour M. Piorry, la cause du choléra est un poison *sui generis* qui produit des effets différents suivant qu'il agit seul ou que son action se complique de l'influence des agents septiques de l'encombrement.

On ne peut rien contre la cause du choléra proprement dite, mais on peut beaucoup contre les conditions de septicité qui impriment à la maladie son caractère le plus grave.

La première indication pour M. Piorry est donc de chercher à prévenir ou à neutraliser ces conditions d'aggravation ; c'est à la prophylaxie, en un mot, qu'il attache le plus d'importance. Cette prophylaxie consiste surtout à éviter l'encombrement, à soustraire les individus qui sont déjà sous l'influence de la cause épidémique ou qui en éprouvent les prodromes, à l'action délétère des habitations étroites et mal aérées.

La maladie est-elle déclarée, elle exerce son action, d'abord sur le sang, puis sur le tube digestif. C'est contre ces deux temps principaux de la maladie que M. Piorry dirige ses moyens de traitement.

Boissons adoucissantes, exposition à un air pur, lavements à grande eau, voilà pour le premier temps.

Les phénomènes gastro-intestinaux sont combattus par des boissons abondantes, l'infusion de thé de préférence, continuées tant que durent les vomissements, et par des boissons albumineuses (blancs d'œuf battus dans l'eau), dans le but de remplacer les pertes incessantes d'albumine que fait l'économie. M. Piorry n'emploie pas les évacuants dans cette période, bien qu'ils lui paraissent indiqués, par la crainte qu'ils ne contribuent à augmenter la faiblesse des malades et à les précipiter plus vite dans la troisième période.

Les évacuations gastro-intestinales continuent-elles malgré l'emploi des moyens ci-dessus, M. Piorry fait appliquer la glace sur le ventre, au moyen de vessies qui recouvrent toute l'étendue de l'abdomen, pendant qu'il fait maintenir des linges chauds sur la poitrine ; en même temps il prescrit des lavements d'eau glacée.

Enfin, dans la période algide, il fait administrer un ou plusieurs bains de vapeur, jusqu'à ce que le malade soit réchauffé, il fait continuer le thé additionné d'alcool et les lavements à grande eau.

L'indication principale aux yeux de M. Piorry, dans cette période comme dans la précédente, est de faire pénétrer le plus d'eau possible dans le sang, à mesure que le sang perd de plus en plus ses éléments séreux.

Quant au traitement des phénomènes de la réaction, il n'a rien de fixe. M. Piorry se conforme alors aux indications fournies par les états organo-pathologiques, au fur et à mesure qu'ils se manifestent.

M. GENDRIN.

La maladie, suivant M. Gendrin, consiste dans cinq ordres principaux de phénomènes, qui se déroulent successivement, savoir : les phénomènes prodromiques, qui, pour M. Gendrin, sont constants ; les phénomènes phlegmorrhagiques ou hypersécrétoires du début du choléra confirmé ; l'épaississement du sang par suite de la déperdition de ses éléments liquides ; la suppression de toutes les sécrétions ; puis enfin la réaction, caractérisée par toutes les formes diverses de la fièvre angioténique. Les indications fondées sur ces cinq ordres de phénomènes se puisent donc :

1° Dans le caractère des prodromes, le plus ordinairement diarrhéiques, quelquefois, mais beaucoup plus rarement, nerveux ou vertigineux ;

2° Dans l'état d'hypersécrétion gastro-intestinale, qu'il faut arrêter ;

3° Dans les changements que cette sécrétion fait subir au sang, qu'il faut modifier, de façon à maintenir ou rétablir une circulation normale ;

4° Dans les accidents fébriles réactionnels, qu'il faut modérer ;

5° Dans les accidents congestionnels consécutifs, qu'il faut éviter.

Contre la forme diarrhéique ou saburrale des prodromes, M. Gendrin prescrit les éméto-cathartiques, l'administration d'un ipécacuanha, suivi d'un purgatif salin (eau de Sedlitz ou sulfate de soude), dans le but de modifier l'hypersécrétion intestinale.

Si les prodromes consistent dans des vertiges, de la céphalalgie, une courbature générale, sans état saburral, il prescrit une saignée, la suspension de toute alimentation ou une alimentation légère, quelques adoucissants et une faible dose d'opium. Dans les deux cas, le repos au lit pour favoriser l'action de la peau et entretenir une douce chaleur autour du corps.

Dans le choléra confirmé, voici de quelle manière M. Gendrin remplit successivement les indications que nous venons de formuler :

La première indication, suivant M. Gendrin, est de modérer l'état de turgescence sécrétoire des cryptes mucipares de la muqueuse intestinale ; il satisfait à cette indication par les émissions sanguines pratiquées au début.

Si la maladie a quelque intensité, il ne s'en tient pas à ce moyen : il prescrit, dans le but de diminuer la sécrétion intestinale, des préparations opiacées à dose élevée ; il donne l'opium en solution ou en teinture (de 10 à 30 centigr. d'extrait thébaïque, ou 15 à 20 gouttes de laudanum dans une potion).

Si les déperditions sont assez abondantes pour ralentir la circulation et affaiblir notablement le malade, pour produire, en un mot, les accidents cyaniques, il a recours aux frictions stimulantes avec le baume Fioraventi ou tout autre liniment stimulant, dans le double but de soutenir la circulation et de réveiller la sensibilité et les fonctions exhalantes de la surface cutanée.

Si, malgré l'emploi de ces moyens, la maladie tend à arriver à la période algide, M. Gendrin obéit à l'indication de réchauffer les malades par l'usage des bains de vapeurs ou des courants d'air chaud ; mais il n'emploie ces moyens qu'avec une extrême réserve, et dans les cas seulement où la circulation est encore possible à un certain degré, et où la peau peut encore réagir et la sueur avoir lieu.

Dans la période algide et cyanique prononcée, M. Gendrin continue encore les opiacés si les excrétions alvines persistent ; mais l'indication importante pour lui, dans cet état, est l'emploi des stimulants. Il emploie, suivant les circonstances, les stimulants toniques ou les stimulants simples, soit la camomille, le tilleul, la menthe poivrée, le thé, mais sans alcool. C'est à cette période surtout qu'il insiste sur les stimulants externes, les frictions excitantes, les sinapismes et les vésicatoires. Enfin, dans le but de donner du jeu à la circulation, il prescrit quelques saignées ; mais comme, dans cette période, les veines ne laissent échapper que peu ou même pas de sang, il laisse la veine ouverte, et fait pratiquer à plusieurs reprises des frictions sur les membres dans le sens du cours du sang veineux. Cette manœuvre est répétée jusqu'à ce qu'on obtienne quelques cuillerées de sang.

En résumé, émissions sanguines assez larges au début (de 100 à 200 grammes), émissions sanguines, mais petites et réitérées, pendant la cyanose ; pendant toute cette période, narcotiques, stimulants à l'intérieur et à l'extérieur, telle est la médication générale qu'emploie M. Gendrin dans les premières phases de la maladie.

Dans la réaction, la médication de M. Gendrin diffère suivant que cette réaction est plus ou moins complète et plus ou moins énergique. Si elle est incomplète, si le malade est très-débilité, si les sécrétions, et en particulier la sécrétion urinaire, ne sont pas encore rétablies, il continue les stimulants internes et externes, et y ajoute les applications de sinapismes ; si, au contraire, la réaction est énergique, s'il y a imminence de coma, une petite saignée doit être pratiquée ; si la réaction, enfin, est bien établie et modérée, il s'en tient à la méthode expectante. S'il y a un état saburral prononcé, il donne un émétique, suivi de l'administration d'un purgatif salin (sulfate de soude à la dose de 80 à 100 grammes dans 200 à 250 grammes d'eau, par cuillerée, dans de la tisane, tous les quarts d'heure ou toutes les vingt minutes). Les vomissements persistants, la soif vive et le hoquet, si fréquents pendant cette période, sont combattus par la glace.

M. CLÉMENT ET M. PIEDAGNEL.

MM. Clément et Piedagnel n'ont aucune méthode exclusive ni spéciale ; ils s'en tiennent l'un et l'autre à la méthode dite symptomatique, celle que nous avons vue le plus communément mise en usage dans les principaux services de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, sauf quelques modifications qu'ils y ont introduites aux deux périodes extrêmes de la maladie, au début et dans la réaction.

Ainsi, au début de la maladie, M. Clément joint aux astringents et aux opiacés, destinés à modérer les premières évacuations, une ou plusieurs applications de sangsues au fondement, dans le but de combattre en même temps l'état hypersécrétoire du tube digestif. Les stimulants sont ensuite mis en usage dans la période algide, mais avec modération, dans la crainte d'exciter une réaction trop vive.

Dans la diarrhée prodromique ou la cholérine, M. Clément ne répugnerait pas à employer l'ipécacuanha; mais il n'a eu qu'une seule fois l'occasion de l'administrer à cette période, les malades étant toujours arrivés, dans son service, dans un état plus ou moins avancé du choléra confirmé.

La méthode de M. Piedagnel ne diffère pas sensiblement de celle de M. Clément, si ce n'est qu'au début il emploie de préférence aux sangsues à l'anus une petite saignée, dans le but d'ailleurs de remplir la même indication. Ce qui caractérise plus particulièrement la manière de faire de ce médecin, c'est l'emploi qu'il fait de larges et copieuses saignées dès que se manifeste la réaction, afin de combattre ou de prévenir les symptômes congestifs du cerveau.

Voici le chiffre du mouvement des malades et de la mortalité au 4 mai :

Malades au 4 mai.	272
Morts.	137
Sortis guéris.	87
En traitement.	64
Mortalité.	0,52
Guérisons	0,31
Proportion des guérisons par rapport aux décès	0,57

Hôpital Saint-Louis.

La situation de l'hôpital Saint-Louis est dans des conditions sanitaires mixtes. Placé au sein d'un quartier populeux, non loin des bords du canal Saint-Martin, il est construit d'une manière suffisamment hygiénique; la population qu'on y reçoit est en grande partie fournie par les faubourgs, et par conséquent composé d'individus dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques, et pour une bonne quantité d'ouvriers industriels. Ainsi l'épidémie s'y est montrée dans des proportions considérables et sous ses formes les plus intenses.

Cet hôpital est un de ceux dont le service médical représente les opinions les plus variées, même les plus opposées. Déjà on a eu l'occasion de voir dans certains comptes rendus la diversité des moyens et aussi une non moins grande diversité de résultats. Les médications employées se composent, pour nous servir des expressions mêmes d'un des habiles praticiens de l'établissement, de la méthode naturelle, de méthodes spécifiques et de méthodes empiriques.

Pour M. Gibert, qui représente surtout la méthode naturelle, puisque c'est ainsi qu'il la dénomme, le traitement du choléra offre des indications fournies surtout par les groupes symptomatiques, par la constitution de l'individu et par les périodes de la maladie, par sa marche, par la succession de ses symptômes, en un mot par tous les éléments que formule la méthode analytique. A chacun de ces éléments, M. Gibert oppose des moyens appropriés. Nous en donnerons plus bas l'indication.

M. Devergie avait d'abord conçu l'espoir de rencontrer dans les préparations dont la truffe fait la base un précieux antidote contre la diarrhée cholérique, sinon contre le choléra lui-même. Les premiers essais, dont la Gazette Médicale a rendu compte, paraissaient tous favorables, et l'habile médecin pensait avoir fait une découverte importante; mais l'expérience ultérieure n'ayant pas suffisamment répondu à son attente, il paraît avoir abandonné complétement cette médication pour en revenir à une méthode mixte que nous exposerons plus loin.

Le caractère de la pratique de M. Moissenet est plutôt spécifique qu'autre chose. Il donne une grande préférence à la médication salée, sans toutefois renoncer aux avantages qu'il pourrait espérer de l'emploi d'autres moyens. Nous ferons connaître du reste avec détails le résumé de ses idées et de sa pratique.

M. GIBERT.

M. Gibert a employé à peu près exclusivement la méthode dite rationnelle ou *naturelle* qui consiste à remplir les indications à mesure qu'elles se présentent et à suivre la marche que trace la nature elle-même lorsqu'elle opère la cure par ses seules forces. Ainsi, durant la période diarrhéique prodromique, combattre la susceptibilité intestinale et modérer les évacuations par le repos, la diète, les boissons douces, le pavot et le laudanum en lavement. Dans la période algide ou choléra confirmé, les boissons chaudes et aromatiques dans les premières heures, bientôt suivies de l'eau de gomme coupée d'eau de Seltz et prise à la glace, de cataplasmes laudanisés, de quarts de lavements narcotiques, en même temps que les sinapismes, les draps chauds, les frictions laudanisées sur les régions tourmentées par les crampes, de manière à provoquer le mouvement périphérique et arrêter les évacuations.

Enfin, dans la période de réaction, les ventouses mouchetées sur la poitrine et l'épigastre, pour peu qu'il reste de dyspnée et de tendances asphyxique ou comateuse.

Voilà de quoi se compose en somme la méthode de M. Gibert. Ce praticien n'emploie, dans le traitement du choléra, ni les émissions sanguines, ni les vomitifs, ni les purgatifs, ni les spécifiques d'aucune sorte. Il s'abstient même des bains d'air chaud ou des bains de vapeurs, qui lui paraissent aussi contre-indiqués en pareil cas qu'ils le seraient, dit-il, dans l'asphyxie des noyés.

Les cholérines, reçues en assez grand nombre dans le service de M. Gibert, ont été traitées par les mêmes moyens, et aucune, d'après ce qu'assure M. Gibert, ne s'est transformée en choléra confirmé; toutes se sont promptement et heureusement terminées.

M. DEVERGIE.

La médication de M. Devergie est assez complexe, et ne consiste pas, comme quelques personnes l'ont cru, dans l'emploi exclusif de la truffe et de ses préparations.

D'après les observations que nous avons recueillies dans son service au commencement de l'épidémie, nous croyons qu'il combat tous les symptômes qui se présentent par des moyens appropriés : le refroidissement, par exemple, par le bain d'air chaud, qu'il préfère de beaucoup au bain d'eau ou au bain de vapeurs; par les stimulants à l'intérieur, les toniques, le punch, etc.

Aux vomissements, il opposait la glace, l'eau de Seltz; aux évacuations alvines, les lavements laudanisés. Il a essayé dans quelques cas la vésication épigastrique par une application de pommade de goudron longtemps prolongée.

Dans un des deux cas, il a associé à tous ces moyens le chlorure de sodium comme agent spécifique.

Peu après l'apparition des premiers cas de choléra dans Paris, M. Devergie observant que la plupart des cas étaient précédés de diarrhée, et ayant remarqué d'autre part, que les personnes qui font usage de truffes comme aliments sont souvent constipées, eut l'idée de combattre la diarrhée par les préparations de truffes; et voici sous quelles formes et dans quels cas il les emploie.

Il a employé d'abord la décoction simple de truffes en tisane. Cette décoction se prépare en faisant bouillir pendant trois heures dans l'eau des lames très-minces de truffes; 125 grammes suffisent pour donner 5 litres d'une tisane qui, passé à l'étamine, est incolore et très-légèrement opaline. Elle n'a pas d'odeur nuisible; sucrée, les malades la trouvent agréable. Un peu plus tard, M. Devergie a fait préparer cette tisane dans un alambic, de manière à recueillir 1 litre d'eau distillée pour le même poids de truffes, et 5 litres de tisane. Cette eau distillée est chargée de tout le parfum de la truffe.

Ayant mis des truffes crues et coupées par tranches minces dans un mortier, on a cherché à les diviser pour les traiter par l'alcool; on a de suite obtenu une pulpe homogène, et l'on a été conduit ainsi à proposer des pilules que l'on peut préparer et conserver en mêlant à la pulpe une partie de sucre en poudre et en enveloppant le tout d'une couche de gélatine.

Soit dans la cholérine, soit dans le choléra confirmé, et alors qu'il y avait cyanose, crampes, M. Devergie opposait les préparations truffées aux vomissements et à la diarrhée. Il a essayé tour à tour la tisane de truffes, des potions avec l'eau distillée, les pilules. Dans les cas de choléra, il croyait avoir observé que chez plusieurs sujets, la transition de l'état le plus grave à la convalescence a eu lieu sans qu'il se manifestât de réaction. Il semblait, disait l'honorable médecin, qu'il eût suffi d'arrêter les vomissements et les selles pour que la maladie cessât brusquement et que tous les autres phénomènes morbides disparussent, comme s'ils n'en étaient que la conséquence. Enfin, de toutes les préparations truffées, l'eau distillée lui a paru la plus énergique, puisque 135 grammes de cette eau, administrée d'heure en heure par cuillerées à bouche ont suffi pour arrêter les vomissements et la diarrhée chez les cholériques dans la période la plus grave.

Comme nous l'avons dit plus haut, M. Devergie a complétement abandonné cette médication, qui a cessé de répondre à ses espérances.

M. MOISSENET.

Nous ne dirons que peu de chose de la médication employée par M. Moissenet. C'est la médication par le chlorure de sodium, de laquelle nous avons déjà suffisamment parlé en traçant les méthodes employées à l'hôtel Dieu et à la Charité.

Dans les cas où il y avait cyanose, froid, évacuations alvines nombreuses, liquides et blanchâtres, crampes et vomissements, nous lui avons vu prescrire la potion suivante :

Chlorure de sodium. . .	12	grammes.
Eau de menthe.	125	—
Sirop diacode.	40	—

A prendre par cuillerées chaque demi-heure.

Lavements avec 12 grammes de chlorure de sodium et 1 gramme de laudanum.

Il associe à cette médication la tisane avec bicarbonate de soude, 4 grammes par litre.

L'emploi de ce spécifique est la seule chose qui nous ait paru mériter, dans le traitement de M. Moissenet, une mention particulière.

Il résulte de cette appréciation générale que, bien que très-diverses, dans le principe, les méthodes employées à l'hôpital Saint-Louis peuvent être considérées dans leur action la plus générale comme à peu près uniformes; car, pour avoir produit pendant quelques jours des résultats très-différents, cette différence a disparu par le grand nombre des malades, et par les applications réitérées des méthodes qui dominent les résultats obtenus.

Malades au 4 mai	237
Morts	113
Sortis guéris	46
En traitement	78
Mortalité	0,47
Guérisons	0,19
Proportion des guérisons par rapport aux décès	0,40

Hôpital Beaujon.

L'hôpital Beaujon passe à bon droit pour l'un des établissements les plus salubres de Paris. Construit sur une hauteur, une grande partie de ses bâtiments datent de quelques années et ont été élevés au milieu de vastes jardins, suivant les règles les plus rigoureuses d'une hygiène bien entendue. Les salles en sont vastes, bien aérées; il n'y point d'encombrement. La population de cet hôpital se compose, pour une grande partie, des habitants des petits villages répandus, en dehors de Paris, sur les hauteurs de Chaillot, à Neuilly, aux Thermes; c'est assez dire que les bonnes conditions hygiéniques où ces individus sont placés sont plus que compensées par une assez grande misère et par une alimentation souvent insuffisante.

Les caractères des médications mises en usage par les médecins de cet hôpital n'offrent pas de notables particularités. Presque toutes s'adressent aux symptômes au fur et à mesure de leur apparition. On n'y voit figurer non plus ni les innovations dont on a fait grand bruit autre part, ni les médications spécifiques. Voici, du reste, un résumé de ces médications :

M. BOUVIER.

Voici, d'après une note succincte que nous a remise M. Bouvier, les principales indications qu'il se propose de remplir, et les moyens qu'il emploie pour combattre les symptômes de la maladie.

1° Modérer les évacuations par des moyens proportionnés à leur intensité et à l'épuisement qu'elles paraissent causer : ainsi, par la bouche, le sirop de coings dans l'eau de riz, au début; par le rectum, les quarts de lavements de décoction de guimauve, de pavot, d'amidon, avec quelques gouttes de laudanum; contre les vomissements, l'eau de Seltz, la potion de Rivière, l'opium à petites doses répétées, la glace, les sinapismes sur l'épigastre et une petite quantité de boissons, en ne donnant que celles qui plaisent au malade, parce qu' elles sont mieux conservées; des tranches d'orange, de citron appliquées aux lèvres, à la langue, pour tromper la soif, si toutes les boissons sont rejetées, et même la glace; l'eau froide en petite quantité, si les malades la préfèrent.

2° Soutenir les forces et déplacer le mouvement fluxionnaire de l'intestin en le transportant à la peau : ainsi, boissons légèrement toniques, excitants plus ou moins actifs, suivant la gravité, révulsifs extérieurs, irritants cutanés; infusion de thé avec avec quelques cuillerées de rhum, de café, vin de Bagnols étendu de plus ou moins d'eau, punch; sinapismes, chaleur extérieure, friction avec liniment volatil cantharidé. Des excitants trop actifs, alcooliques ou autres, ont l'inconvénient d'épuiser le reste des forces par trop d'irritation cérébrale; ils produiraient de l'agitation au pouls de plus en plus petit et accéléré, de la sueur, un peu de délire, comme le premier degré de l'ivresse; il faut donc être réservé sur ce point.

3° Prévenir et combattre la congestion cérébrale dans la réaction. C'est surtout par des révulsifs cutanés, sinapismes, vésicatoires à la nuque, aux cuisses, et toujours en soutenant les forces, plutôt que par des émissions sanguines que M. Bouvier combat la somnolence, le coma. Il ajoute les antispasmodiques, l'opium s'il y a délire, excitation du cerveau; rarement des sangsues, à moins d'indications spéciales.

M. LEGROUX.

Les indications que M. Legroux cherche à remplir dans le traitement du choléra sont les suivantes :

1° Réchauffer, ranimer le malade. Il emploie pour cela des linges chauds, éloignant les bouteilles remplies d'eau chaude qui lui ont paru plus nuisibles qu'utiles. C'est par l'application d'une douce chaleur qu'il cherche à atteindre ce but. C'est une des parties les plus difficiles à obtenir d'ailleurs dans les hôpitaux.

Il emploie simultanément les boissons chaudes, thé animé avec un peu de rhum, etc.

Souvent aussi il ajoute au thé une cuillerée à bouche de sirop d'ipécacuanha répétée trois ou quatre fois.

Ces moyens provoquent généralement une réaction prompte, à moins que le malade ne soit sidéré.

M. Legroux a eu recours, dans quelques cas des plus graves, à l'enveloppement avec un drap mouillé sans beaucoup de succès; il pense que ce sont des expériences à répéter.

2° Sitôt la réaction établie, il prescrit des boissons froides, glacées, que les malades prennent avec ardeur.

3° En même temps, une potion légèrement opiacée (5 à 10 cent. d'extr.) à prendre par cuillerées, et souvent aussi simultanément des pilules de tannin, ayant pour but de calmer les phénomènes nerveux et de diminuer les sécrétions intestinales; en même temps encore des quarts de lavements laudanisés et additionnés de tannin, répétés plusieurs fois le jour.

4° Quand le malade conserve encore une certaine force du pouls, qu'il n'est pas trop refroidi, il lui est souvent arrivé de débuter par une saignée, qu'il n'hésite pas à pratiquer ou à récidiver quand il s'établit une fièvre de réaction, et surtout quand le coma s'établit. Le sang diffluent est souvent couenneux; des saignées locales, sangsues ou ventouses sont souvent employées pour combattre les accidents cérébraux, auxquels il oppose en même temps les vésicatoires aux membres inférieurs.

5° Dans quelques cas, où la matité du ventre accusait une réplétion complète des intestins par des matières cholériques, M. Legroux a employé avec avantage l'huile de ricin seule ou associée au calomel.

6° Ayant remarqué dans plusieurs cas une sorte de rémission avec exacerbation des accidents cholériques, une sorte de subintrance, il ajoute presque toujours du sulfate de quinine aux lavements opiacés.

7° Aux vomissements persistants, il oppose souvent le vésicatoire au creux de l'estomac.

8° A la diarrhée tenace, des lavements avec une solution de nitrate d'argent.

9° Quant à la plupart des médicaments dont on a dit merveille, il les a presque tous abandonnés, persuadé que ce n'est point à l'aide d'*un moyen unique*, quel qu'il soit, que l'on peut atteindre les modifications profondes introduites dans l'économie par le choléra.

Malades au 4 mai	133
Morts	83
Sortis guéris	19
En traitement	31
Mortalité	0,62
Guérisons	0,14
Proportion des guérisons par rapport aux décès	0,22

Hôpital du Gros-Caillou.

Il est inutile de répéter à propos du Gros-Caillou ce que nous avons dit dans le numéro précédent des circonstances favorables dans lesquelles se trouve le Val-de-Grâce, avec lequel il offre de grandes analogies. Elles sont, en ce qui concerne l'établissement, les malades, la discipline, à peu de chose près les mêmes dans l'un que dans l'autre. Cependant il est, sous le rapport de la situation, quelques particularités qui tendent à différencier quelque peu les conditions sanitaires de ces deux établissements, et qu'il importe de signaler.

Situé sur un terrain bas, au niveau et en aval de la Seine, dont il reçoit les émanations dans les temps brumeux, le Gros-Caillou est déjà, sous ce rapport, dans des conditions un peu moins favorables que le Val-de-Grâce; ses salles sont en outre plus basses, plus petites et moins aérées, notamment celles des cholériques, situées au-dessus de la buanderie. D'un autre côté, les malades reçus au Gros-Caillou viennent pour la plupart des baraques encombrées et mal aérées des Invalides, de l'École militaire et des bâtiments neufs de l'assemblée nationale, où ils sont entassés dans des salles humides. Enfin cet hôpital, qui a reçu en tout un moins grand nombre de malades que le Val-de-Grâce, a reçu une proportion beaucoup plus considérable de cholériques. Nous noterons enfin que, dans l'hôpital dont nous parlons maintenant, tous les cholériques n'ont pas été réunis, comme au Val-de-Grâce, dans la même salle; ils se sont trouvés répartis dans deux services.

Pour ce qui est des tendances et de la pratique des honorables praticiens qui les dirigent, elles offrent de notables différences avec celles du médecin

en chef de l'hôpital d'instruction et de perfectionnement. MM. Durand et Worms sont les seuls des trois médecins du Gros-Caillou qui aient reçu des cholériques dans leurs services.

Le premier a des idées et une méthode de traitement tout à fait caractérisées; nous n'entrerons pas dans l'énoncé des vues théoriques de M. Durand. L'exposition seule de sa méthode suffit pour lui donner une place à part dans la thérapeutique la plus active du choléra.

Pour ce qui est de M. Worms, la méthode générale est surtout caractérisée par une grande variété des moyens pharmaceutiques. On voit que ce praticien a manié depuis longtemps les médications les plus actives et les plus compliquées. Ce caractère de sa pratique offre donc naturellement les avantages et les inconvénients de sa richesse. Notons cependant que M. Worms ne néglige en aucune façon l'analyse thérapeutique propre à diriger l'emploi de ses nombreuses ressources pharmacologiques. Indépendamment de son caractère général, la pratique de M. Worms se fait remarquer par quelques vues spéciales sur l'importance de la réaction et sur le mécanisme de la période comateuse. Il déduit de ses vues certaines indications qui paraissent jusqu'ici n'avoir pas été sans profit pour la science et ses malades.

M. DURAND.

M. Durand procède absolument comme s'il connaissait la cause du choléra, et par conséquent il uniformise tous ses moyens avec une persévérance et une confiance qui ne se démentent jamais. C'est à peine si, dans quelques cas exceptionnels, il voit autre chose à faire qu'à provoquer une supersécrétion de la muqueuse gastro-intestinale. Dans quelques cas que nous avons rapportés précédemment, on a vu très-exceptionnellement l'honorable praticien recourir à quelques applications de sangsues. Cette adjonction était moins inspirée par des vues déterminées que par la présence de quelques symptômes auxquels il désirait adresser un remède que l'expérience lui avait montré plus ou moins utile. Mais ajoutons qu'il a complétement renoncé à cette dernière médication qu'il a remplacée par des cataplasmes sinapisés ou des ventouses.

Voici, du reste, la série des moyens qui composent la méthode de M. Durand. Faisons remarquer que leur uniformité n'empêche pas ce médecin de suivre les inspirations que lui suggèrent les circonstances dans lesquelles il agit. M. Durand se conforme dans leur application à l'aphorisme *à juvantibus et lædentibus*, et approprie les doses au degré du mal et à la force des malades. Toutefois M. Durand n'est arrivé à la méthode si bien caractérisée qu'il emploie en ce moment qu'après des tâtonnements et une série de modifications qu'il n'est pas inutile de faire connaître.

Au commencement de l'épidémie, M. Durand employait d'abord, dès le début, les bains d'air chaud, les infusions aromatiques stimulantes avec addition d'acétate d'ammoniaque, d'éther sulfurique et de laudanum, les frictions ammoniacales, alcoolisées et camphrées, les sinapismes etc.; puis dès que se manifestait la réaction, l'ipécacuanha à dose fractionnée uni à l'opium, et une fois la réaction établie, les purgatifs en potion et en lavements, l'eau d'orge miellée pour favoriser l'action laxative, et dans quelques cas où les phénomènes congestifs de la réaction étaient très-intenses, quelques évacuations sanguines. Mais s'étant bientôt aperçu que les cas les plus graves étaient ceux où les malades ne vomissaient pas, et que le temps employé à donner des excitants, éloignait de plus en plus les chances de provoquer des vomissements, par suite de l'inertie croissante de l'estomac; ayant reconnu, d'autre part, que des laxatifs donnés trop près de la période algide, ainsi que les boissons froides qu'il donnait pour en faciliter l'action, tendaient à maintenir cet état d'algidité, M. Durand a modifié ainsi qu'il suit la partie de son traitement qui s'applique spécialement à l'état algide.

Le malade à son entrée est revêtu d'une chemise de molleton et de bas de laine; on lui donne un bain d'air chaud et sec, et l'on administre aussitôt 2 grammes d'ipécacuanha en deux fois. Après cela, pour favoriser les vomissements et provoquer la diaphorèse, il donne une potion avec infusion d'ipécacuanha (de 4 à 6 grammes), dans une tasse de thé alcoolisé à 25 grammes par litre, et qu'il fait prendre excessivement chaude, en quatre fois. Il est rare que la diaphorèse ne s'établisse pas peu de temps après l'emploi de ces moyens.

M. Durand ne craint pas de revenir à l'infusion d'ipécacuanha, si le malade éprouve encore un sentiment de plénitude à l'estomac. Pour lui il y a avantage à provoquer les vomissements tant que le besoin s'en fait sentir, c'est-à-dire tant que les malades ont des nausées. Dans le principe, M. Durand faisait suivre immédiatement l'ipécacuanha de l'administration des purgatifs. Maintenant et par les motifs exposés ci-dessus, il n'y arrive que par une sorte de transition. Si la réaction ne survient pas après les vomitifs, si elle est difficile et dans les cas où la période algide est très-prononcée et réclame une médication stimulante, il prescrit préalablement en une seule fois 15 grammes de l'élixir suivant:

Prenez: Genièvre de Hollande . . . 1 litre.

Faites-y macérer pendant trois jours:

Racine de gentiane.		de chaque 45 grammes.
— d'aunée.		
— d'angélique		
— d'acore vraie.		

Il soutient ensuite l'excitation avec une ou deux potions ainsi formulées:

Prenez:		
	Eau distillée de menthe. .	100 grammes.
	Ether sulfurique	4 —
	Acétate d'ammoniaque. .	4 —
	On y ajoute, s'il y a de fortes crampes et de l'agitation du laudanum. . .	1 —

A prendre par cuillerées à bouche tous les quarts d'heure.

Cette potion est alternée avec des tasses de thé alcoolisé très-chaudes.

Pour tisane: infusion d'oranger avec addition d'acétate d'ammoniaque. On revient à l'administration de l'élixir et de la potion excitante au bout d'une heure ou deux, si la réaction ne se déclare pas.

Lorsque la réaction est établie, si elle est modérée, M. Durand supprime la potion excitante et continue encore pendant quelque temps l'usage du thé, sans alcool. Mais aussitôt qu'il voit la réaction devenir un peu vive, il s'empresse d'administrer les purgatifs; soit: eau de Sedlitz à 50 grammes, 2 à 3 et même jusqu'à 4 litres dans les vingt-quatre heures, ou bien deux, trois ou quatre potions composées de

Manne	60 grammes.
Sulfate de magnésie	20 —

Et dont l'administration est suivie de décoction d'orge miellée en abondance, ou 45 grammes de sulfate de magnésie, dans trois tasses de thé chaud.

Depuis quelque temps, il a substitué à l'eau de Sedlitz 1 ou 2 litres de limonade au citrate de magnésie. Il fait prendre en même temps, dans la journée, trois lavements purgatifs avec séné et sulfate de soude.

Si malgré l'action prophylactique de cette médication, il se manifeste des phénomènes comateux, M. Durand insiste sur les laxatifs répétés et les lavements purgatifs; et il fait appliquer en même temps sur la tête des fomentations avec l'eau sédative.

Prenez:		
	Eau.	300 grammes
	Alcool camphré. . . .	15 —
	Sel marin.	50 —

Il applique, en outre, des sangsues aux temps, et prescrit le sel marin à la dose de 10 grammes dans une tisane d'orge miellée; il a presque toujours vu, sous l'influence du sel marin, la langue, de poisseuse ou sèche qu'elle était dans cette période, devenir franchement humide.

La persistance exagérée des vomissements est combattue par l'eau de Seltz et quelquefois au moyen d'une potion additionnée de 8 décigr. d'alun calciné, donnée par cuillerée.

La persistance exagérée des selles a été arrêtée, dans quelques cas, par l'administration de demi-lavements avec acétate de plomb 5 grammes, d'après la méthode de M. Barthez.

Enfin, dans les cas où les phénomènes comateux se manifestent par des paroxysmes, il prescrit 1 gramme à 1 gramme 50 centigr. de sulfate de quinine en potion ou bi en 2 ou 3 grammes dans un quart de lavement.

M. WORMS.

M. Worms a déjà fait connaître lui-même dans nos colonnes une partie de sa méthode de traitement du choléra, celle qui s'applique aux phénomènes morbides de la réaction, ainsi que les motifs qui déterminent le choix de ses moyens.

La première partie de son traitement, celle de la période algide, a été résumée dans notre dernière *Revue*. Nous n'aurons donc qu'à reproduire ici, dans leur ordre logique, la série de ces divers moyens, en les mettant en regard de chacune des périodes de la maladie.

Dans la première période, période algide, bien que les moyens mis en usage par M. Worms soient très nombreux et très-variés, ils se résument tous en définitive dans une action fortement excitante. Ces moyens sont:

1° Une potion avec:

Éther sulfurique	15	grammes.
Ammoniaque liquide.	3	—
Teinture de capsicum.	1	—
Thériaque.	15	—
Camphre.	2	décigrammes.
Infusion de menthe.	120	grammes.

Une cuillerée toutes les heures.

2° Fomentations sur les membres avec une solution composée comme suit :

Prenez : Camphre.	1 gramme 50	
F. dissoudre dans : Alcool rectifié	120 —	»
Ajoutez : Acide acétique.	300 —	»

3° Application sur l'épigastre d'un emplâtre composé de :

Prenez : Thériaque.	15	grammes.
Baume du Pérou	15	—
Huile essentielle de menthe	8	—

Et superposé d'une brique chaude.

4° Infusion de tilleul et de menthe pour boisson ; boules chaudes aux pieds, etc.

Cette médication est précédée, dans le plus grand nombre des cas, de l'administration d'un vomitif au début (2 grammes d'ipécacuanha).

Lorsque la réaction est imminente, et dans la prévision des accidents congestifs cérébraux qu'elle pourrait déterminer, M. Worms fait raser la tête, et appliquer une flanelle imbibée de la fomentation suivante :

Prenez : Alcool camphré.	150	grammes.
Ammoniaque liquide.	25	—
Chlorhydrate d'ammoniaque	45	—

Dissous promptement dans :

Infusion d'arnica. . . . . 190 grammes.

Quand la réaction est prononcée, on substitue à la potion excitante ci-dessus une potion avec :

Alcoolat de mélisse.	4 grammes.
Et camphre.	2 décigr.

Et plus tard celle-ci :

Prenez : Nitrate de potasse.	4 grammes.
Camphre.	2 décigr.
Pour véhicule.	120 grammes.

Ou bien une potion avec le carbonate d'ammoniaque camphré (4 grammes de carbonate d'ammoniaque et 20 centigrammes de camphre).

Plus les lavements laxatifs, suivant l'intensité des phénomènes congestifs.

Les deux médecins de l'hôpital militaire du Gros-Caillou manient donc des méthodes assez différentes, mais non opposées ; on peut dire même que celle de M. Worms, qui est plutôt stimulante qu'autre chose, et celle de M. Durand, qui est franchement évacuante, les stimulants n'y entrant que d'une manière accessoire, appartiennent toutes les deux à un ordre d'idées qui ne sont pas sans quelques analogies et quelques sympathies.

On est d'autant plus fondé à faire ce rapprochement, que M. Durand avait procédé lui-même, au commencement de l'épidémie, par l'emploi de la méthode stimulante et narcotique. M. Durand n'a renoncé à cette méthode qu'à raison des accidents comateux, qu'il a cru devoir attribuer à l'influence des opiacés. Nous sommes assez heureux pour croire que les réflexions de la GAZETTE MÉDICALE n'ont peut-être pas été étrangères à la préférence qu'il a cru devoir donner à la méthode qu'il suit actuellement.

Reconnaissons, d'ailleurs, que M. Durand n'a pas complétement banni de la période algide l'usage des stimulants, quand il les croit utiles.

Voici les chiffres comparatifs de l'hôpital du Gros-Caillou :

Malades au 4 mai	270
Morts.	90
Sortis guéris	87
En traitement	93
Mortalité	0,33
Guérisons.	0,32
Proportion des guérisons par rapport aux décès	0,97

TABLEAU COMPARATIF DES QUATRE HÔPITAUX PRÉCÉDENTS.

	Malades au 3 mai.	Morts.	Sortis guéris.	En traitement.	Mortalité.	Guérisons.	Prop. des guéris par rapp. aux décès.
Pitié	272	137	87	64	0,52	0,31	0,57
Saint-Louis	237	113	46	78	0,47	0,19	0,40
Beaujon	133	83	19	31	0,62	0,14	1,22
Gros-Caillou	270	90	87	93	0,33	0,32	0,97

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE.)

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

DU SUC PANCRÉATIQUE, ET DE SON RÔLE DANS LES PHÉNOMÈNES DE LA DIGESTION ; par M. BERNARD.

Selon M. Bernard, la comparaison que tous les anciens physiologistes ont faite entre le pancréas et une glande salivaire est fausse, aussi bien pour l'analogie de structure que pour la nature et les usages des deux produits de sécrétion. D'après lui, le fluide pancréatique est destiné, à l'exclusion de tous les autres liquides intestinaux, à modifier d'une manière spéciale, ou, en d'autres termes, à digérer les matières grasses neutres contenues dans les aliments, et à permettre de cette manière leur absorption ultérieure par les vaisseaux chylifères.

M. Bernard a constaté que, pour obtenir le plus de fluide pancréatique possible, il faut opérer sur des animaux qui sont au début de la digestion. En ouvrant à ce moment le canal excréteur sur un gros chien, il en a pu recueillir 2 grammes par heure. Ce liquide est fortement alcalin, limpide, incolore, visqueux et filant. Il faut bien distinguer ce produit de celui qui continue à sortir une fois que l'inflammation consécutive à l'opération s'est emparée de la glande. Quoiqu'il demeure toujours alcalin, il devient à cette seconde période fluide comme de l'eau ; il a perdu sa viscosité, est légèrement opalescent, et laisse déposer un petit nuage tomenteux au fond du verre.

Mais la plus grande différence entre ces deux liquides porte sur leurs propriétés physiologiques. Le fluide normal est salé, jamais ni neutre ni acide. Chauffé, il se coagule en une masse blanche, ce qui a aussi lieu par les acides minéraux concentrés, mais non par les acides acétique, lactique ou chlorhydrique. Les alcalis ne précipitent pas, et redissolvent la matière organique précédemment coagulée.

Malgré ces caractères, qui sont chimiquement ceux de l'albumine (1), l'auteur pense que *physiologiquement* la matière du suc pancréatique n'est pas de l'albumine. En effet, ses propriétés sont toutes différentes. Pour prouver la réalité du rôle qu'il lui attribue dans la digestion, M. Bernard a placé dans un tube fermé par un bout quelques grammes de fluide pancréatique normal, puis il y ajoute la moitié en poids tantôt d'huile, tantôt de beurre frais, tantôt de graisse de mouton ou de porc, liquéfiée au bain-marie ; toujours il en est résulté un liquide épais, onctueux, blanc comme du chyle. Le temps n'amena aucune séparation entre les deux corps. Et ce qui prouve surtout que la graisse avait été, non pas simplement divisée et émulsionnée, mais modifiée chimiquement, c'est que le mélange, d'abord alcalin, acquit, au bout de cinq à six heures, une réaction très-nettement acide. On constata que la matière grasse avait été dédoublée en glycérine et en acide gras.

Les expériences comparatives ont démontré à l'auteur que ni la bile, ni la salive, ni le suc gastrique, ni le sérum du sang, ni le liquide céphalo-rachidien, n'ont le pouvoir d'exercer sur les matières grasses une pareille action.

Il n'est pas plus difficile d'établir sur l'animal vivant même que les choses se passent ainsi. Quand M. Bernard a sacrifié des chiens en pleine digestion de matières graisseuses, il a constaté que, dans l'estomac, la graisse n'est que fluidifiée par la chaleur de ce viscère. Dans l'intestin, au contraire, au-dessous de l'ouverture des conduits pancréatiques, la graisse ne

(1) Encore l'identité chimique n'est-elle pas complète ; car lorsque la matière du suc pancréatique a été coagulée par l'alcool, puis desséchée, elle se redissout en totalité, tandis que l'albumine, traitée de la même manière, ne se redissout plus dans l'eau d'une façon appréciable.

peut plus être distinguée à ses caractères; elle forme une matière crémeuse, pultacée, émulsive, colorée en jaune par la bile. Lorsqu'il a lié sur des chiens les deux canaux pancréatiques il a vu que la graisse passe alors sans altération dans l'intestin grêle, et que les vaisseaux chylifères ne contiennent plus qu'un chyle limpide, exempt de la matière grasse qui n'a pas pu être absorbée, à cause de la soustraction du suc pancréatique.

La différence apparaît encore beaucoup plus évidente chez le lapin, où, par une exception bien favorable à l'expérimentation, le canal pancréatique, qui est unique, s'ouvre très-bas dans l'intestin, à 35 centimètres au-dessous du canal cholédoque. On observe alors sans aucune mutilation, quand l'animal a mangé de la viande ou des matières grasses, que la graisse reste inaltérée dans l'estomac, et ne commence à être modifiée qu'après l'ouverture du conduit pancréatique. On remarque aussi que les vaisseaux chilifères ne commencent qu'au-dessous de ce niveau à contenir du chyle blanc, laiteux, tandis que plus haut, ils ne renferment qu'un chyle transparent.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Discussion clinique sur plusieurs observations de hernie étranglée*; par M. L. Boyer. 2° *Histoire raisonnée d'un cas isolé de fièvre nerveuse (méningite cérébro-spinale épidémique)*; par M. Claude. 3° *De l'usage du fruit du marronnier d'Inde pour l'alimentation de l'homme et des animaux*; par M. Bourdin. 4° *Considérations hygiéniques sur le mode de culture le plus en harmonie avec la salubrité et la prospérité de l'Algérie*; par M. Clavel. 5° *Considérations sur les inconvénients et les dangers des saignées trop répétées et sur un moyen certain d'obtenir les avantages des émissions sanguines sans épuiser les forces*; par M. Junod. 6° *Épidémie de variole arrêtée en quinze jours par une vaccination en masse*; par M. Verger. 7° *Deux observations de chéiloplastie ou restauration des lèvres*; par M. Payan. (Exemples heureux de l'emploi de la méthode par déplacement.) 8° *Consultation sur un cas d'hypocondrie, avec diathèse rhumatismale*; par M. Cayol.

DE L'USAGE DU FRUIT DE MARRONNIER D'INDE POUR L'ALIMENTATION DE L'HOMME ET DES ANIMAUX; par le docteur BOURDIN.

On sait que tout récemment on s'est occupé de nouveau des moyens de purifier le marron d'Inde, de manière à le rendre propre à l'alimentation. De nouveaux procédés ont été ajoutés à ceux qu'on avait déjà employés avec succès depuis plus de cent cinquante ans, et dont on trouvera l'exposé dans un travail de M. Chevallier inséré dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ D'ENCOURAGEMENT (1848). M. Bourdin praticien à Thiais, près Paris, communique à la REVUE MÉDICALE une note sur des tentatives de ce genre faites vers la fin de l'empire, dans cette commune, par une dame qui était sans doute fort ignorante des procédés anciennement employés. Cette dame dirigeait une petite ferme à Thiais; elle faisait ramasser avec soin les marrons d'Inde, les décortiquait et les jetait dans un cuvier sur lequel on étendait un drap couvert de cendres de bois. Sur cette cendre on versait de l'eau bouillante qui traversait la couche de marrons dans toute son épaisseur, et était reçue ensuite dans un vase particulier. Cette eau était reportée sur le feu et jetée de nouveau sur le cuvier, et ainsi de suite à plusieurs reprises. C'était, comme on voit, une véritable lessive.

Cette opération donnait lieu à des produits :

1° A une eau de lessive fortement chargée de potasse, provenant à la fois des cendres et des marrons eux-mêmes, eau de lessive qui servait au lavage du linge de la ferme;

2° A une pulpe de marrons dépouillée de son principe amer et qui servait à la nourriture des bestiaux.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INCONVÉNIENTS ET LES DANGERS DES SAIGNÉES GÉNÉRALES ET LOCALES TROP RÉPÉTÉES, ET SUR UN CERTAIN MOYEN D'OBTENIR, DANS LA PLUPART DES CAS, TOUS LES AVANTAGES DES ÉMISSIONS SANGUINES SANS ÉPUISER LES FORCES; par le docteur JUNOD.

La saignée, soit générale, soit locale, est sans contredit un puissant modificateur de l'économie, un moyen très-efficace contre certains états pathologiques; mais un grand nombre d'inconvénients sont attachés à son emploi. Si même on fait abstraction des cas de pléthore simple où la soustraction d'une certaine quantité de sang anuihile directement, non pas le principe de la maladie, mais son effet appréciable, le *trop-plein* des vaisseaux, on peut dire qu'une évacuation sanguine n'est jamais exempte d'inconvénients. Elle peut faciliter le dégorgement des poumons ou du foie; mais en même temps qu'elle soustrait du sang à des organes qui en avaient trop, elle en enlève à d'autres organes qui n'en avaient qu'une dose normale ou même insuffisante; elle prive l'économie tout entière d'une certaine quantité de fibrine et de globules qui, le plus souvent, n'étaient pas hors de proportion avec les besoins de l'organisme et avec le jeu régulier des fonctions. Combien de fois n'achète-t-on pas quelques instants de soulagement, la disparition d'un accès d'oppression, la résolution d'un épanchement, la sensation d'une céphalalgie, par un état d'anémie ou d'hydrémie qui viennent bientôt révéler l'oedème des extrémités et une foule de troubles de l'innervation! Combien de sujets porteurs de maladies contre lesquelles la saignée est indiquée dans les livres classiques, et qui par leur âge ou trop tendre ou trop avancé, leur constitution trop débile, leur tempéramment trop mou, leur prédominance du système nerveux ou tout autre cause, ne se prêtent en aucune façon aux évacuations sanguines!

En présence de ces difficultés de la pratique, et elles sont grandes, on comprend de quelle utilité peut être un moyen qui permet de déplacer loin de l'organe malade, pendant un temps fixé à volonté, depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures, telle quantité de sang qu'on juge nécessaire, depuis quelques onces jusqu'à quatre kilogrammes mesurés avec précision. Or tel est le résultat obtenu avec les grandes ventouses de M. Junod. Voici comment il résume lui-même les principaux avantages de son appareil :

1° Révulsion et congestion sanguines artificielles sur une partie éloignée de l'organe malade, ordinairement sur l'une des extrémités inférieures; 2° révulsion toujours mesurée, graduée, selon les effets qu'on veut produire; 3° développement de chaleur et d'action nerveuse ajoutée à la congestion révulsive. L'auteur fait en outre remarquer que le mouvement de révulsion est d'autant plus efficace qu'il se fait toujours du centre à la périphérie, circonstance ordinairement favorable à l'heureuse terminaison des maladies.

Nous croyons, pour l'avoir éprouvé plus d'une fois, qu'on pourrait tirer de ce puissant moyen un plus grand parti qu'on ne semble le faire. Il est à remarquer que tout le monde reconnaît ses avantages et que peu de personnes l'emploient. Comme le dit l'auteur, on le loue et on le délaisse : *laudatur et alget*.

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE ARRÊTÉE EN QUINZE JOURS PAR UNE VACCINATION EN MASSE; par le docteur VERGER.

C'est en suivant le précepte donné par l'Académie de médecine de vacciner en masse, de bras à bras, toute la population de la localité infectée, que M. Verger est parvenu à arrêter d'une manière vraiment remarquable une épidémie de variole. Voici les détails qu'il raconte à ce sujet.

Depuis 1833, il ne se passait pas d'année qu'il n'y eût quelques petites épidémies de variole dans la commune de Châteaubriant. Les communes de Ruffigne et de Jaigné surtout furent gravement atteintes. En 1846, l'épidémie se répandit de Jaigné à Saint-Julien, au Petit-Auverné et au Grand-Auverné, marchant du nord au sud. En 1847, pendant l'été, elle fit irruption sur tout le sud de l'arrondissement, *respectant les communes où la vaccine prospère depuis longues années, et sévissant sur celles où elle est négligée*, entre autres sur la commune de Louisfert, séparée de son vaccinateur par une forêt. Sur 700 habitants qu'on compte à Louisfert, 200 à 250 furent atteints, dont 90 à 100 fort gravement. Sur ce nombre, 3 adultes seulement et 3 enfants à la mamelle sont morts.

Le 21 novembre, M. Verger pratiqua la vaccination en masse; elle dura trois heures et demie. 200 personnes reçurent le vaccin de bras à bras. Sur ce nombre, 170 à peu près n'avaient jamais été vaccinées et plus de 100 avaient atteint l'âge adulte. Huit jours après, l'auteur put s'assurer que le vaccin avait pris sur 66 à peu près.

Sur ces 66, 6 ont eu la varioloïde, ou une variole modifiée, dans la semaine qui suivit l'opération. Passé cette semaine, aucun des nouveaux vaccinés n'a été atteint, tandis que d'anciens vaccinés l'ont été. L'auteur rapporte sept observations propres à montrer l'influence de la vaccine sur la variole, surtout quand celle-ci ne se développe que quelques jours après l'inoculation vaccinale. Voici, par exemple, des observations intéressantes sous ce rapport.

Une femme qui a quatre enfants fut obligée, le jour de la vaccination en masse, de laisser à la maison une de ses filles offrant déjà les symptômes de la variole : céphalalgie, vomissements, fièvre, etc. Les trois autres furent vaccinés. L'aîné fut pris des symptômes précurseurs dès le lendemain; le vaccin parut au cinquième jour, mais fut étouffé bientôt par la variole. Cet enfant fut quatre mois malade, et porte quelques cicatrices; mais les deux autres enfants, qui n'offrirent les symptômes précurseurs qu'à une époque où le vaccin commençait à se former, n'eurent qu'une varioloïde très-légère et très-discrète qui fut guérie longtemps avant la variole de leur frère, et plus longtemps encore avant celle de leur sœur qui n'avait pas été vaccinée.

Dans une autre famille, composée de 10 personnes habitant toutes la même chambre, 7 ont eu la varioloïde. Elles avaient toutes été vaccinées : 4 depuis dix à vingt-cinq ans, et 3 depuis huit jours. Ces trois derniers sujets furent pris des symptômes précurseurs avant que le virus-vaccin fût formé dans les boutons. Ils eurent la variole confluente, plus confluente même

que celle de voisins qui n'avaient pas été vaccinés; mais tout le monde, même les personnes étrangères à l'art, furent frappées d'une chose : c'est que, la période de suppuration une fois arrivée, les nouveaux vaccinés guérirent subitement, tandis que les autres eurent une suppuration interminable avec les symptômes les plus graves.

Les observations ne sont pas nombreuses, ni longuement racontées dans le mémoire de M. Verger. Néanmoins, telles qu'elles sont, elles s'accordent parfaitement avec celles qu'on doit déjà à MM. Rayer, Willan, Legendre, Clérant, Herpin, Tardieu et d'autres. C'est aujourd'hui une opinion très-répandue que la vaccine modifie, atténue la variole, principalement quand il se passe un certain temps, comme trois ou quatre jours, entre l'inoculation et l'apparition des symptômes précurseurs; que la variole développée dans ces deux conditions est, toutes choses égales, d'une moindre durée; que la période de suppuration notamment est presque nulle; qu'il n'y a presque jamais de graves complications; enfin que la mortalité est moindre. Nous ne pouvons cependant omettre de dire qu'un des médecins les plus compétents sur la matière, un de ceux dont l'opinion fait autorité, M. Bousquet, conteste cette influence de la vaccine sur la variole, comme il conteste celle de la variole sur la vaccine. Les motifs qu'a fait valoir cet honorable confrère n'ont pas encore influencé sensiblement la croyance générale sur ce point de doctrine, qui est en même temps un point de pratique des plus importants, et plus d'un travail a été encore publié en faveur de l'influence réciproque de ses éruptions, depuis qu'elle a été si habilement combattue par M. Bousquet.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES KYSTES SÉREUX PROFONDS OU INTERSTITIELS DE LA MAMELLE; par M. ROBERT.

Le pronostic et le traitement des kystes mammaires est tellement différent de celui des cancers de cette région, qu'on doit soigneusement enregistrer toutes les remarques qui tendent à faciliter ce diagnostic, si ardu d'ailleurs. C'est sous ce rapport que nous croyons utile de reproduire le précepte suivant, dont une expérience spéciale assez étendue de ces sortes de maladies a prouvé à M. Robert la justesse.

Dans tous les cas de ce genre qui ont été soumis à son observation, il existait à la partie la plus saillante ou centrale de la tumeur un petit point où la résistance était élastique, et bien différente de celle que présentent les parties circonférencielles de la même surface. Cette particularité est extrêmement importante pour déterminer la nature de la maladie. Certaines masses cancéreuses en voie de ramollissement peuvent, il est vrai, offrir des points élastiques et mous, ressemblant sous quelques rapports à ceux des kystes; mais la rougeur et l'adhérence de la peau accompagnent presque toujours ce travail morbide, tandis que les kystes n'en sont que rarement compliqués. Ajoutons que la pression exercée sur ce point élastique des kystes le fait disparaître momentanément en refoulant la tumeur dans l'épaisseur de la glande mammaire, où elle s'est primitivement développée, tandis qu'on n'observe rien de pareil sur le cancer ramolli.

Enfin un dernier moyen de rendre le diagnostic du kyste évident est d'y provoquer la fluctuation. Pour parvenir sûrement à ce but, il faut d'une main embrasser et comprimer brusquement la tumeur sur deux points opposés de sa base, tandis que l'indicateur de l'autre main est appuyé sur la partie élastique et molle, et *vice versâ*. M. Robert, en s'y prenant ainsi, a toujours pu obtenir l'ondulation liquide, connue des chirurgiens sous le nom de fluctuation. On évite par là toute erreur, et la dangereuse et plus que chanceuse opération de l'extirpation se trouve remplacée par une ponction, suivie du maintien à demeure momentanément d'une mèche destinée à provoquer l'inflammation par l'oblitération de la poche.

NOTE SUR LA LUXATION SPONTANÉE DE L'ÉPAULE; SES CAUSES ET SON TRAITEMENT.

Le fait suivant, qui est rapporté par M. Yvonneau, donne une juste idée des circonstances dans lesquelles ce déplacement peut se produire. Les détails de l'observation nous paraissent trop précis pour permettre des doutes bien sérieux sur la réalité de cette luxation consécutive; aussi les relatons-nous dans leur totalité.

OBS. — Un jeune homme, terrassier, fut apporté à l'Hôpital de Blois. Renversé la veille et comme enseveli dans un éboulement, il se présenta à l'examen avec une entorse du cou-de-pied gauche, une plaie du poignet droit, et une tuméfaction notable du moignon de l'épaule droite avec ecchymose sur toute sa face externe et un peu sur sa face postérieure.

Il ne pouvait mouvoir le bras volontairement. Les mouvements imprimés étaient douloureux; le membre était rapproché de la tête sans difficulté. Abandonné à son poids, il restait dans une direction normale. Point de crépitation; pas de saillie anormale au moignon de l'épaule. Aucune dépression sous-acromiale ni de tumeur arrondie et dure dans l'aisselle. Creux sous-claviculaire conservé.

Toute idée de luxation étant ainsi écartée, on se contenta d'applications résolutives, le bras étant soutenu par un coussin. Le lendemain soir, il se plaignait d'une douleur vive à l'épaule; symptômes de réaction générale. (Saignée.)

Le troisième jour, il y a une amélioration sensible; mais la douleur de l'épaule n'a pas entièrement disparu. Le malade garde le lit à cause de son entorse.

Le cinquième jour, le malade se plaignit d'une douleur plus vive de l'épaule, qui avait commencé dans la nuit. Une déformation du moignon de l'épaule était visible; l'acromion faisait saillie. Au-dessous de cette apophyse, les parties molles se laissaient déprimer; on sentait une tumeur dure en avant de l'aisselle; le coude n'était pas sensiblement éloigné du tronc. Malgré l'existence évidente d'une luxation tout récemment effectuée, le malade déclarait qu'il ne s'était pas levé, qu'il n'était pas tombé du lit, qu'il n'avait fait aucun mouvement qui pût en rendre compte.

Pour obtenir la réduction, le bras porté en haut, en dehors et un peu en arrière, fut ensuite ramené, en décrivant un arc de cercle, en avant et en bas, puis fixé le long du corps dans la demi-flexion. La réduction fut aussi prompte que facile. On appliqua des compresses résolutives, et l'individu sortit au bout de vingt-deux jours, complétement guéri de sa luxation.

Deux autres faits de cette espèce ont été observés par M. Tonnelé : l'un est relatif à une jeune fille de 14 à 15 ans qui était tombée dans un appartement, l'épaule sur un meuble, et chez laquelle, après avoir constaté au moment de l'accident l'absence de luxation, le chirurgien fut appelé le sixième jour pour la reconnaître et la réduire. L'autre cas est celui d'un vieillard qui, ayant glissé sur un parquet, était tombé sur le moignon de l'épaule. Plusieurs visites successives avaient permis de constater l'absence de déplacement de l'os jusqu'au huitième jour après la chute, où elle fut reconnue et réduite.

Il est probable, ajoute le rédacteur, que, dans ces cas, la luxation n'est pas complète dans le véritable sens du mot, c'est-à-dire qu'il n'y a pas déchirure de la capsule fibreuse, et que les surfaces articulaires ne s'abandonnent jamais entièrement.

Quant aux causes du déplacement consécutif, M. Yvonneau en compte trois, dont une contusion directe justifie en effet parfaitement l'existence : ce sont l'hydarthrose, qui allonge la capsule et qui prépare la luxation; la paralysie temporaire du deltoïde amenée par la contusion; enfin, comme cause déterminante, la contraction du pectoral, déterminée par un mouvement volontaire ou involontaire du malade dans son lit, ou par un accès spasmodique.

— Quoique rien ne paraisse plus rationnel, plus vraisemblable, que cette étiologie ainsi comprise, il est cependant quelques points sur lesquels nous aurions désiré plus de renseignements, afin que les présomptions pussent se convertir en vérités d'observations, et que la possibilité de ce déplacement fût désormais acquise à la science comme fait expérimental rigoureusement établi. Ainsi on suppose que la luxation n'est pas alors complète; mais d'après quels signes le juge-t-on? A quelle différence séméiologique a-t-on reconnu que l'abandon réciproque des surfaces articulaires n'était que partiel? Le texte est muet sur cet article important.

Or il eût été d'autant plus intéressant de l'éclaircir par des détails exacts, qu'on eût en même temps dissipé un doute qui ne manquera pas de germer dans l'esprit de plus d'un lecteur. N'est-il pas possible, en effet, que, parmi ces luxations données comme secondaires, il y en ait eu un certain nombre qui n'étaient autre chose que des luxations ordinaires, primitives, mais que le gonflement inflammatoire a bien pu ne pas faire reconnaître sur le premier moment? Pour vider cette difficulté, l'observateur eût, ce semble, dû, en faisant le tableau de l'état constaté immédiatement après l'accident, s'attacher moins aux signes locaux qu'aux autres indices éloignés de la luxation; car les premiers sont si aisément masqués par la tuméfaction traumatique, qu'il est peut-être imprudent de leur accorder une confiance exclusive, et de prononcer, d'après leur seule absence, que le déplacement n'a pas lieu. L'allongement du bras est au premier rang parmi les phénomènes du second ordre ou signes indirects; et justement aucune des observations n'en tient compte, soit pour l'indiquer, soit pour noter qu'il manquait.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 MAI.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La salle ayant été occupée pour les élections, la séance n'a pas eu lieu mardi; elle a été renvoyée au samedi suivant 19.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à dix heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est approuvé.

M. SOVET, membre correspondant, transmet, accompagné d'une note explicative, l'estomac d'un homme mort pendant l'acte de la digestion.

Cette note, avec la pièce anatomique, a été envoyée par le bureau à l'examen de M. Gluge.

M. Sovet communique à l'Académie un travail intitulé: DE L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ DANS LE CANTON DE BEAURAING EN 1846-1847. (Renvoyé à l'examen de la commission des épidémies.)

M. PHILLIPS, membre adjoint, fait hommage de la seconde livraison de son Atlas sur les opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires, qu'il a publié dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

RAPPORT SUR UNE PIÈCE D'ANATOMIE PATHOLOLOGIQUE PROVENANT DU CADAVRE D'UN HOMME MORT SUBITEMENT PENDANT L'ACTE DE LA DIGESTION.

(M. GLUGE, rapporteur.)

« Messieurs,

» M. Sovet, membre correspondant de l'Académie, vous a adressé, au mois de novembre dernier, un estomac accompagné d'une note que le bureau a renvoyée à mon examen avec prière d'en faire l'objet d'un rapport. Il s'agit d'un individu qui a succombé subitement le 5 novembre, une heure après avoir mangé. M. Sovet en fit l'autopsie le lendemain, et trouva, outre une dilatation avec dégénérescence graisseuse du ventricule droit du cœur, un état de congestion dans les deux poumons et un ramollissement de la muqueuse de l'estomac. Ce ramollissement occupe le grand cul-de-sac de l'estomac, et présente dans quelques endroits une coloration rose; dans d'autres endroits, elle est fauve, brune ou grisâtre.

» L'auteur ne tire aucune conclusion de ce fait; mais il désire seulement que l'Académie le constate pour étayer ses observations sur l'existence simultanée de la rougeur et du ramollissement de la muqueuse de l'estomac, à laquelle il attache une grande importance, et dont il se propose de faire prochainement l'objet d'un mémoire complet. »

M. le rapporteur propose de voter des remerciments à M. Sovet, de l'engager à faire parvenir à la compagnie le mémoire qu'il promet, et de déposer sa note dans les archives.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

RAPPORT DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LE MÉMOIRE DE M. LEFEBVRE, RELATIF A L'ASSAINISSEMENT DES POLDERS.

(M. BROECKX, rapporteur.)

La commission, après avoir fait connaître les vues de l'auteur, propose de déposer le mémoire dans les archives de la compagnie.

Ces conclusions sont adoptées.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE ÉRUPTIVE OBSERVÉE EN 1847, A L'HÔPITAL MILITAIRE ET DANS LES PRISONS DE BRUXELLES. — Continuation de la discussion du rapport de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. WARLOMONT, relatif à ce sujet.

(M. FOSSION, rapporteur.)

M. DE MERSSEMAN : Messieurs, dans la précédente séance, j'ai dit que le nombre des victimes du typhus, pendant le cours de la dernière épidémie, ne s'élevait pas, dans la Flandre occidentale, au delà de huit cents, et que même on n'arrivait à ce nombre qu'en exagérant les éléments dont il se compose.

L'orateur qui a pris la parole après moi, M. le docteur Mareska, a déduit des recherches statistiques qu'il a faites, pour la Flandre orientale, que le chiffre des victimes du typhus avait atteint, dans cette province, des proportions bien plus élevées. La différence existant entre les deux résultats auxquels nous sommes parvenus est si considérable, qu'il a fallu s'occuper d'en chercher la cause.

La raison m'en a paru fort simple : elle provient de ce que je n'ai compris dans mon calcul que les individus qui avaient réellement succombé au typhus, et non ceux qui sont tombés victimes de la misère, ou, pour mieux dire, de la maladie occasionnée par la famine; ces derniers ont été mis en dehors de mes calculs.

Ceci prouve assez qu'il y a une distinction à faire entre ces deux agents de destruction, la fièvre de famine et la fièvre typhoïde. Cette distinction, je tiens à l'établir dès à présent, parce que quand j'aurai démontré qu'elle existe, quand j'aurai fait voir qu'un grand nombre d'indigents sont morts à la suite d'une série d'affections qui n'avaient pas de rapport avec le typhus, quand j'aurai tracé d'une manière positive la ligne de démarcation qui sépare les deux entités pathologiques, la discussion qui doit s'établir sur ce que j'appellerai le typhus des Flandres sera moins difficile, moins embarrassée, et, je l'espère, plus utile.

(L'honorable membre, après avoir exposé l'histoire de la fièvre de famine, que nous avons déjà publiée textuellement (voir GAZ. MÉD., du 17 février dernier), continue en ces termes :

L'affection dont je viens de vous entretenir avec tous les détails qu'elle mérite n'a pas régné dans quelques localités seulement, mais dans toute la province de la Flandre occidentale, à divers degrés il est vrai, mais sans exception. Elle constitue la principale cause du mouvement rétrograde de la population, et l'on peut hardiment affirmer qu'elle est au moins pour les trois cinquièmes dans ce mouvement.

J'ai maintenant caractérisé, avec toute la précision dont je suis capable, la maladie occasionnée par l'inanition. Il me reste à faire l'histoire du typhus des Flandres.

En 1846, pendant les mois de mai, juin, juillet et août, nous vîmes régner à Bruges, presque de maison en maison, une affection présentant beaucoup d'analogie avec la fièvre muqueuse ordinaire, mais qui en différait cependant sous plusieurs points.

Les personnes qui en étaient atteintes se plaignaient, dans le principe, d'une sensation de brisement des membres, d'abattement des forces, d'une lassitude extrême, d'une céphalalgie sourde, à intermittences, accompagnée d'une profonde mélancolie, d'insomnie et d'agitation nocturne. Les voies digestives étaient dérangées et ce dérangement se manifestait par une langue pâteuse, parfois saburrale, rouge sur ses bords et à sa pointe, par de l'anorexie, une digestion laborieuse, du dévoiement, et quelquefois de la constipation; par une fièvre très-peu intense pendant le jour, mais à paroxysmes nocturnes signalés par un peu de délire et se terminant par une transpiration abondante.

Cette affection était, en général, d'un caractère très-peu grave; mais, quel que fût le traitement qu'on instituât, sa durée se prolongeait au delà de trois et quelquefois de quatre semaines; la convalescence était longue, pénible et caractérisée par un tel état d'affaiblissement qu'il devenait nécessaire de recourir à l'emploi des toniques, parmi lesquels l'écorce du Pérou était le plus efficace : les rechutes étaient aussi fort fréquentes. Dans deux ou trois circonstances, l'épidémie prit un caractère funeste; alors, malgré un ensemble de symptômes qui, en apparence, n'offraient rien de grave, les malades succombaient contre l'attente des médecins et sans qu'aucun symptôme visible expliquât une issue aussi promptement fatale.

Pendant que cette épidémie régnait avec le plus d'intensité, je fus appelé, le 24 août, dans un établissement religieux, situé dans une partie très-basse de la ville, près des remparts.

La première malade qui entra dans l'infirmerie fut D. R....., âgée de 24 ans, d'une constitution pléthorique, parfaitement réglée et n'ayant jamais été atteinte de maladie. Elle était née dans une ville du Brabant septentrional, et séjournait au couvent depuis dix-huit mois environ. Sa santé, qui ne s'était jusque-là jamais démentie, s'altéra brusquement vers la fin d'août 1846. Elle fut prise d'un grand mal de tête, accompagné de vertiges, au point qu'elle tombait roide; des frissons la tourmentaient pendant tout le jour, les nuits étaient agitées et sans sommeil.

Cet état continua et augmenta en gravité pendant quelques jours, et lors de ma première visite, j'observai les symptômes suivants :

D... était couchée sur le dos, la face injectée, les yeux rouges, animés, le regard inquiet; elle éprouvait une anxiété extrême, une grande difficulté à mouvoir ses membres; elle se plaignait d'un mal de tête intolérable, surtout aux tempes et à l'occiput, mal qui augmentait par le moindre mouvement, et dont les pulsations lui brisaient le crâne, disait-elle. Ses réponses étaient saccadées, promptes, et la fatiguaient néanmoins beaucoup. La peau était sèche, brûlante, injectée. L'exploration de la poitrine, faite avec beaucoup de soin, n'offrait l'indice d'aucune altération dans l'organe de la respiration, laquelle était pourtant fréquente et peu profonde. Le pouls était plein, dur, large, et battait 120 fois par minute. La langue était recouverte d'un enduit blanchâtre, assez épais; elle était rouge sur les bords et à la pointe. L'épigastre n'était pas douloureux à la pression, et tout l'abdomen n'offrait aucun indice pathologique bien déterminé, si ce n'est peut-être une légère distension, surtout dans sa région droite; l'urine était peu abondante, rouge et sédimenteuse; les selles étaient supprimées depuis deux jours. J'appris que pendant les deux nuits précédentes, il y avait eu assez de transpiration; la peau, du reste, n'offrait ni boutons, ni taches, ni pétéchies. Je fis ce que tout médecin aurait fait, si je ne me trompe, eu égard à la personne et aux symptômes; je fis faire une saignée générale de 12 à 14 onces, et je prescrivis des boissons rafraîchissantes et acidulées.

Je revis la malade le soir; elle était dans le même état que le matin, mais un peu plus calme cependant; la nuit semblait devoir être meilleure que les précédentes. Le sang tiré offrait une large couenne inflammatoire.

Le jour suivant, on m'annonça que la nuit avait été affreuse; le délire était survenu dès dix heures du soir et avait été d'une violence extrême jusqu'à six heures du matin, moment où la tranquillité s'était un peu rétablie à la suite d'une légère sueur qui était survenue au plus fort de la crise. L'examen de la malade constata la permanence du délire, duquel il était cependant encore possible de la tirer momentanément en la secouant et en lui adressant la parole d'une voix forte. La face, beaucoup moins animée, offrait surtout aux pommettes des taches vineuses; les yeux brillaient dans leurs orbites et paraissaient poursuivre des objets invisibles pour nous. Le pouls était encore plus fréquent que la veille, mais beaucoup moins résistant et plus mou. La langue, poussée avec difficulté, était sèche, rouge et recouverte d'une couche brunâtre; les dents étaient fuligineuses ; la peau était sèche, brûlante; la rejection des urines avait été involontaire, les selles nulles. Il n'y avait donc plus à en douter, c'était là

une fièvre typhoïde bien et dûment caractérisée. Je crus pouvoir temporiser ce jour-là, et mes indications se bornèrent à ordonner un lavement simple et une limonade minérale composée de quelques gouttes d'acide hydrochlorique dans une pinte d'eau édulcorée par du sirop de mûres. Cette potion, prise par verre à liqueur, m'a été d'une grande utilité dans les affections typhoïdes graves, et il m'est arrivé même de n'avoir pas dû recourir à une autre médication pendant tout le cours de l'affection.

Pendant vingt-quatre heures, la maladie n'offrit pas de changement dans les symptômes, si ce n'est que le pouls toujours fréquent (de 120 à 130 pulsations) était moins développé.

Le quatrième jour, malgré une selle liquide abondante provoquée par le lavement, le ventre était beaucoup plus distendu, surtout à droite, et la pression y était douloureuse, car, malgré le délire, la malade indiquait sa souffrance par des contorsions; au surplus, la percussion y était sonore, et le bruit des borborygmes fort évident. Je n'hésitai pas à faire appliquer sur la partie douloureuse 20 sangsues et ensuite des cataplasmes émollients; j'ordonnai de plus un lavement simple, et je fis continuer la limonade minérale chlorurée.

A ma visite du lendemain, je trouvai ma malade dans l'état le plus alarmant et pour ainsi dire à toute extrémité. Les sangsues avaient saigné convenablement, et vers minuit, le délire, de turbulent qu'il était auparavant, était devenu tranquille; mais dès lors aussi, les symptômes les plus sinistres s'étaient montrés. Le visage m'effraya par sa couleur livide et pour ainsi dire cyanosée; les yeux fermés, le nez pincé, la bouche ouverte et noire, cherchant à articuler des paroles à travers une respiration fréquente et entrecoupée, tout enfin dans la physionomie semblait présager la mort, laquelle du reste était encore annoncée par un pouls à peine perceptible, fuyant sous le doigt et d'une fréquence telle qu'on pouvait difficilement en compter les pulsations, par les soubresauts des tendons, et par l'écoulement involontaire et presque continuel de selles aqueuses d'une grande fétidité.

Je ne désespérai pourtant pas; je fis envelopper les extrémités inférieures de cataplasmes faits de farine de graine de lin et de vinaigre aromatique; j'ordonnai de faire, avec de la flanelle chaude, des frictions sur les bras et sur tout le tronc, d'humecter les lèvres avec du vin, et d'entretenir dans l'infirmerie une chaleur modérée en y faisant pénétrer les rayons du soleil.

Je retournai quatre heures plus tard; la patiente était à peu près dans le même état. En humectant moi-même ses lèvres, je m'aperçus qu'elle dégustait le mélange d'eau et de vin que je lui offrais. J'encourageai les infirmières à continuer les indications prescrites.

Le souvenir d'un cas analogue, que j'avais vu quelques jours auparavant, et dans lequel j'avais remarqué une distension énorme de la rate, me fit examiner immédiatement cet organe; mais quelle que fût la précision que je misse à cet examen, je ne pus découvrir ni distension ni développement de l'organe. Néanmoins je remarquai que, sous l'influence des moyens employés pour ranimer la vie, une légère réaction s'opérait; la peau était moins bleuâtre, le visage moins livide. Vers le soir, une tendance à la moiteur se déclara. Je me décidai à prescrire le sulfate de quinine, timidement d'abord, à la dose de 10 grains, sur un véhicule de 6 onces, à donner par cuillerée d'heure en heure. Je me décidai à donner ce remède pour plusieurs motifs que je dois indiquer ici : d'abord l'espèce de réaction qui s'opérait après une aussi puissante concentration me semblait pouvoir être envisagée comme le stade de chaleur succédant à la période algide d'une fièvre périodique; en second lieu, les fièvres périodiques dominaient en ce moment; enfin il y avait déjà eu, à plusieurs reprises, des sueurs assez abondantes.

La potion était prise tout entière douze heures après la prescription, et la malade l'avait supportée sans inconvénient, comme sans avantage marquant. Il y avait toujours beaucoup de faiblesse; mais si les symptômes alarmants étaient restés stationnaires, la mort semblait être moins prochaine que la veille. Je doublai la dose de sulfate de quinine, en maintenant du reste les autres prescriptions.

Le changement qui s'opéra sous l'influence du remède, en moins de vingt-quatre heures, fut vraiment étonnant. Le visage avait perdu sa lividité; les yeux s'ouvraient de temps en temps et jetaient des regards qui annonçaient le retour de l'intelligence; la langue n'était plus fuligineuse, quoique encore sèche et brunâtre; les selles, moins fréquentes et moins abondantes, avaient aussi moins de fétidité; le pouls gardait toujours son extrême faiblesse et sa fréquence; les soubresauts des tendons avaient disparu, et la peau, reprenant sa température ordinaire, se couvrait de temps en temps d'une moiteur assez prononcée.

Dès ce moment, le traitement fut fixé. Le sel de quinquina fut continué, et en moins de trois jours, le délire avait cessé. La langue devint large, humide, rosée; l'abattement était toujours extrême; la diarrhée continuait, et fut combattue par des injections émollientes et par l'association de l'opium au sulfate de quinine, remèdes qui la firent graduellement disparaître. Pendant que cette amélioration se produisait, de vastes escarres se montrèrent au sacrum et aux deux trochanters. Les profonds ulcères qui en résultèrent retardèrent la guérison, en prolongeant au delà de trois mois la convalescence, qui fut traversée par divers accidents secondaires, facilement combattus, et pendant laquelle la dépression et la fréquence du pouls furent les seuls symptômes qui se maintinrent, alors même que la malade était parfaitement guérie et se livrait à ses occupations ordinaires.

Aujourd'hui la personne qui fait le sujet de cette observation se porte à merveille, et a récupéré la fraîcheur, la force et le tempérament sanguin qui la caractérisaient avant sa maladie.

Je dois vous rendre compte du résultat de mon traitement dans ce que j'appelle sa seconde phase, et je vous demande pardon d'entrer encore dans des détails minutieux; le sujet que je traite l'exige, et son importance me servira d'excuse.

Une quinzaine de jours environ s'était passée sans qu'il se présentât de nouveaux cas de maladie, lorsque je trouvai à l'infirmerie une quatrième sœur que l'épidémie avait frappée.

C'était Caroline B..., née à Louvain, âgée de 24 ans, qui vivait au couvent depuis quatre ans; elle était fortement constituée, pléthorique et musculeuse. Indisposée depuis quelques jours, elle avait dû abandonner ses occupations habituelles et entrer dans la salle des malades, où je la vis le lendemain de son entrée.

Elle était dans un délire très-agité, et cherchait à échapper des mains des infirmières qui la tenaient dans son lit. Je la fis éloigner de mes autres malades, et ce ne fut pas sans peine que je parvins à l'examiner et à constater l'état suivant :

Le visage et la tête étaient brûlants, rouges; les yeux, brillants et mobiles, avaient une expression extrême d'angoisse; les paroles, violentes, rapides, saccadées, étaient incohérentes et mêlées de cris perçants. Le pouls donnait 120 à 130 pulsations, fortes, résistantes, larges et pleines. La langue était rouge, sèche, rugueuse, déjà en partie couverte de points fuligineux. L'épigastre n'offrait ni enflure, ni chaleur, ni douleur au toucher. Les intestins ne présentaient dans leur trajet aucun signe anormal, sauf l'existence de borborygmes dans la région iliaque droite; mais il y avait une diarrhée muqueuse et fréquente (six selles involontaires en vingt-quatre heures). La rate était évidemment augmentée de volume, et dépassait d'un pouce au moins le rebord des fausses côtes. La peau, animée, brûlante, offrait sur le ventre quelques taches lenticulaires. On me dit que, pendant les deux ou trois nuits qui avaient précédé son entrée à l'infirmerie, la malade avait eu des transpirations assez abondantes.

En présence de ces symptômes, je voulus temporiser encore pendant quelques heures avant de prescrire un traitement. Je revis la malade six heures après ma première visite. Le changement qui s'était opéré en elle était effrayant, incroyable : les lèvres, les gencives, la langue, étaient complétement noires, la stupeur extrême. Un mutisme absolu avait remplacé la violente loquacité; le pouls était toujours fréquent, fort et large; un sommeil avec ronflement avait succédé à l'agitation; la peau offrait, surtout à la poitrine, de nombreuses pétéchies. Je prescrivis 20 grains de sulfate de quinine et 6 grains de camphre.

Le soir, je pus m'assurer que la malade prenait sa potion régulièrement, et qu'elle la supportait sans inconvénient; je remarquai à la peau une tendance à la moiteur.

Le lendemain il y avait une amélioration, mais peu sensible encore, dans les symptômes. Je prescrivis une décoction d'une once de quinquina, chargée de 20 grains de sulfate de quinine et de 6 grains de camphre. Cette potion fut prise en vingt-quatre heures. L'amendement qu'elle produisit fut frappant : la langue était à peine fuligineuse; le délire laissait quelques instants de lucidité; les selles étaient réduites à la moitié, et du moins volontaires.

J'ordonne de continuer le remède, et en trois jours le progrès est tel, que l'on peut espérer une prompte convalescence. La langue est devenue humide, large, rosée et n'a plus d'enduit; le délire a complétement cessé; les déjections alvines sont normales; la peau, devenue moite, est chaude sans âcreté; les pétéchies s'effacent; la rate reste toujours volumineuse. Le traitement est continué; sous son influence, la convalescence est franchement établie au commencement du troisième septénaire, et six semaines après l'entrée de la malade dans l'infirmerie, la santé est parfaite.

Cette observation offre pour moi un des exemples les plus curieux et les plus incontestables de l'existence d'une fièvre typhoïde produite par l'empoisonnement des miasmes des marais et de la puissance curative du quinquina. Ce médicament a agi, dans ce cas, comme un antidote dont je suivais avec bonheur l'influence sur l'organisme mortellement attaqué.

Au surplus, je l'ai employé avec le même succès pendant tout le temps que dura l'épidémie dans l'établissement.

Huit autres sœurs et deux converses du couvent payèrent également leur tribut à l'épidémie, et à l'aide du même traitement, échappèrent au fléau, sans accidents ni infirmités.

Ainsi se termina, du moins dans l'établissement primitivement infecté, une épidémie qui, d'après la description fidèle que je viens d'en donner, peut être considérée comme étant d'une nature extrêmement grave et dangereuse. Sur une population de trente personnes, douze furent frappées; aucune ne succomba.

A cette époque, je vis se déclarer plusieurs cas de la même maladie chez les sœurs de charité qui dirigent l'hôpital des femmes incurables. Quatre sœurs des plus actives et des plus robustes, successivement atteintes, furent soumises au traitement par le quinquina, dans lequel j'avais d'autant plus de confiance que, dans ces cas spéciaux, j'avais constaté chez deux malades un grand engorgement de la rate, et chez toutes des sueurs nocturnes et périodiques. Toutes traversèrent heureusement et assez rapidement l'épreuve de la maladie; chez une seule la convalescence se prolongea par suite d'un ulcère qui avait assez profondément entamé la région du sacrum.

L'affection ne se borna pas à paraître dans les deux établissements indiqués ci-dessus; elle se montra aussi dans la ville, car j'en rencontrai cinq cas parmi les habitants, et j'acquis de plus la conviction qu'elle existait dans la campagne. Le traitement par le quinquina les guérit promptement.

Le succès qui m'étonna le plus fut celui que j'obtins chez l'aïeule de mon confrère V. S., madame la veuve C..., qui séjournait momentanément à Beerhem. Mourante par suite d'une infection typhoïde, elle se ranima sous l'action du remède, et malgré ses 84 ans, elle se rétablit avec une étonnante rapidité. La splen-

hypertrophie était bien manifeste chez elle. Sur les vingt-huit cas qui se présentèrent dans ma pratique pendant l'année 1847, je n'en perdis qu'un seul. Il avait d'ailleurs une maladie chronique qui, en m'imposant une certaine réserve dans les moyens thérapeutiques, devait atténuer l'énergie du traitement.

J'ajouterai enfin qu'il m'est arrivé plusieurs fois, dans mes excursions comme délégué de la commission médicale provinciale, de constater et de faire remarquer aux praticiens l'existence d'un engorgement de la rate chez les malheureux atteints du typhus, et plusieurs eurent à s'applaudir des effets produits dans ces cas par le sulfate de quinine.

De cette longue et consciencieuse étude, il résulte pour moi la conviction que le principe dominant dans la constitution médicale, pendant les deux années qui viennent de s'écouler, était le miasme des marais, l'empoisonnement paludeux. On le remarque déjà dans la maladie qui semblait préluder à l'épidémie; car parmi une foule d'exemples de guérisons heureuses et facilement obtenues par le régime, le repos, la diète, il en était quelques-uns où l'affection revêtait un caractère pernicieux, et où les malades, trompant l'attente et l'espoir de tous, succombaient d'une manière inattendue. On le remarque, surtout pendant le cours de l'épidémie, par des symptômes qui ne sont propres qu'à lui, tels que l'engorgement de la rate, les sueurs périodiques se manifestant dès le principe, et ne coïncidant par conséquent pas avec les époques critiques de la maladie.

Je livre mon travail à la discussion et j'attendrai, pour poser des conclusions, que celle-ci m'ait éclairé.

M. Guislain : Je ne puis m'empêcher d'exprimer l'embarras que j'éprouve en ce moment, car je dois à la vérité de dire que je n'ai pas trouvé, dans la description que vient de nous donner notre honorable collègue, le typhus des Flandres, le typhus que j'ai observé à Gand. Evidemment ce n'est pas la même maladie que nous avons vue, M. de Mersseman et moi.

Il résulte donc des observations dont on vient de vous donner lecture que le typhus de Bruges se présente avec des caractères autres que ceux que nous avons observés à Gand, et c'est ce qui prouve l'influence que peuvent exercer les localités sur le développement des maladies épidémiques. Nous avons peut-être remarqué certaines nuances de la maladie que vient de décrire l'honorable M. de Mersseman, mais nous n'avons pas trouvé cette marche qui est propre aux fièvres de nature pernicieuse qu'il a observées. De plus, à Gand, nous n'avons pas remarqué ce pouls si extraordinairement développé, cette couenne inflammatoire, cette langue rouge sur les bords dont parle M. de Mersseman; nous avons observé le plus souvent une langue pâle, large, couverte d'un enduit jaunâtre, souvent brunâtre, noirâtre à la base de cet organe; nous n'avons point rencontré non plus les symptômes d'une gastrite, d'une entérite. Nous avons observé des congestions cérébrales, mais comme des cas très-exceptionnels. Dix fois nous n'avons pas rencontré une seule congestion encéphalique; sur dix cas, nous n'avons pas constaté une seule fois l'inflammation des intestins, l'entérite folliculeuse des intestins grêles. Nous avons rencontré des embarras pulmonaires, des oppressions de poitrine analogues aux symptômes dont l'honorable membre a parlé, mais avec un pouls excessivement, remarquablement fréquent et faible.

Ainsi cette différence dans l'observation et l'appréciation des faits qui paraît exister entre M. de Mersseman et moi profitera, j'espère, à la science; elle montrera l'influence réelle que peuvent exercer les lieux, les terrains, les émanations du sol sur le développement des épidémies.

Non-seulement cette influence des lieux sur le caractère des épidémies est une vérité, mais nous la retrouvons encore dans les phases que le typhus a parcourues dans sa marche ascendante, stationnaire et descendante. Ainsi l'épidémie typhoïde de 1846 n'est pas l'épidémie de 1847, et celle de 1847 n'est pas l'épidémie de 1848; nous avons eu à chaque période des caractères différents. L'épidémie de 1846 était particulièrement accompagnée de symptômes gastriques. En 1847, nous avons constaté beaucoup plus de gravité, beaucoup plus de formes ataxiques et adynamiques; c'est alors que la maladie a fait le plus de ravages et qu'elle s'est propagée par voie de contagion. En 1848, nous avons insensiblement retrouvé les états congestionnaires, les formes et les stades inflammatoires qui avaient été observés dans les épidémies antérieures.

Évidemment l'honorable M. de Mersseman ne nous a fait connaître qu'une des nuances du typhus; mais parmi ces nuances si nombreuses et si variées, nous avons constamment observé un caractère dominant qui se retrouvait dans tous les cas sans distinction. Chez tous les malades, nous avons constaté la prostration, l'atonie musculaire.

Cet état de la fibre musculaire se retrouvait jusque dans les moindres nuances de la maladie, et je désire fixer un moment votre attention sur ce point, parce que l'on a peut-être confondu le typhus avec cette fièvre ou maladie de la famine que l'honorable M. de Mersseman a décrite. Nous avons constaté cette énervation musculaire dans les différentes nuances des deux maladies.

Mais il y avait un critérium auquel on pouvait reconnaître l'inanition fébrile et l'abattement musculaire du typhus. Dans la maladie de la famine, l'atonie musculaire était presque un état chronique; elle durait des mois, tandis que, dans la nuance typhoïde, elle parcourait son cours en quinze jours, trois semaines, et mettait précisément autant de temps que dure la maladie typhoïde; elle s'annonçait par des exacerbations fébriles qui se faisaient remarquer vers le septième jour, vers le quatorzième jour et quelquefois vers le troisième septénaire, et c'est ainsi que nous avions pour ainsi dire le typhus en miniature, car il n'existait de cette maladie que la prostration musculaire et un état fébrile spécial. Les malades étaient tous couchés sur le dos; ils avaient naturellement un aspect cachectique.

Eh bien! cet état particulier du système musculaire, que je considère comme le symptôme radical du typhus, mérite toute notre attention; il nous explique bien des phénomènes qui sont restés jusqu'ici à l'état de problème. D'abord nous ne pouvons pas perdre de vue que la prostration que nous observions dans les muscles locomoteurs se retrouvait aussi dans les muscles respiratoires, dans le diaphragme, dans les intercostaux, les scalènes et d'autres; que toutes les puissances musculaires de la poitrine se trouvaient enrayées, frappées d'incapacité, dans un état de débilitation extraordinaire. Il y a eu, chez le plus grand nombre des typhisés, un affaissement pectoral. Les contractions du diaphragme étaient ou très-laborieuses, ou presque nulles, ou nulles; elles étaient, terme moyen, comme un est à neuf comparativement à l'état naturel. Bien des malades éprouvaient des anxiétés précordiales, des angoisses, qui les portaient machinalement à jeter leurs couvertures, à dégager leurs bras; leur figure exprimait un malaise dont le point de départ était dans la poitrine. Quelques-uns faisaient des efforts continuels, mais infructueux, pour se lever et échapper à cet état, comme pour respirer, pour attirer l'air dans leurs poumons. J'ai vu des malades chez lesquels il n'y avait réellement plus de respiration.

Vous apprécierez, messieurs, toute l'influence que cet état de la poitrine doit exercer sur les poumons, sur la circulation, la circulation veineuse surtout, sur la composition du sang, sur la viciation de ce fluide. Vous apprécierez surtout l'influence mécanique que cet état doit avoir sur ce qu'on nomme la petite circulation; vous apprécierez l'influence chimique qui doit en résulter par le peu d'air qui entre dans les bronches pendant les quinze jours, pendant les trois semaines que les malades sont étendus dans leur lit comme des masses inertes; vous tiendrez compte de cette circonstance, que le sang n'est presque pas renouvelé, et vous ne perdrez pas de vue que ce fluide était déjà vicié chez le plus grand nombre des malades, par la mauvaise nourriture à laquelle ils avaient été soumis, ou par son absence presque complète.

Ainsi s'expliquent peut-être cette déformation, cette transformation anguleuse que l'on a constatée dans les globules du sang, cette diminution de la fibrine, le manque de coagulabilité de ce fluide que nous avons également observé. Ainsi s'expliquent cet état de cachexie, que je nommerai active, que nous avons constatée chez tous nos malades typhisés, cette décoloration, ce teint jaunâtre, ce teint bleuâtre dans les cas graves, si pathognomonique, si caractéristique. Et l'absence seule de l'air atmosphérique qui n'était plus renouvelé dans les bronches, l'absence seule de la quantité d'oxygène nécessaire à l'accomplissement de l'hématose nous explique en grande partie le phénomène de la viciation du sang; je dis en grande partie, car il existe probablement d'autres causes plus primitives qui tendent à altérer ce fluide.

Il y a un autre point qui mérite notre attention : c'est l'état des organes de la circulation, indépendamment de cet affaissement pectoral dont je viens de parler. Chez les constitutions pléthoriques, on a généralement trouvé des congestions à la tête, dans les poumons, dans les organes abdominaux, sur lesquels, à juste titre, M. de Mersseman a appelé votre attention, dans les veines sus-hépatiques, dans le système de la veine porte, dans les épiploons et le mésentère, dans la muqueuse du gros intestin. Or, dans quelques cas, l'état de l'intestin colon surtout a été remarquable; il a présenté un engorgement sanguin considérable, un engorgement sous forme d'ecchymose, d'infiltration, sous forme d'hémorrhagie présentant sur plusieurs points de l'étendue de la membrane muqueuse gonflée, boursouflée, une exhalation sanguine fort remarquable.

Et la cause de ces congestions, où faut-il la chercher? On la trouve, comme dans l'asphyxie, dans le sang qui se réfugie dans les diverticules. C'est que le sang est refoulé, pendant la suspension respiratoire, dans le système veineux; c'est qu'il se réfugie dans les tissus riches en vaisseaux veineux, dans les tissus abdominaux, la veine porte, la muqueuse gastrique, surtout dans les tissus flasques, dans les tissus spongieux, dans les organes dilatables, les poumons, la pie-mère, les plexus choroïdes, la rate, les intestins.

Or ces congestions n'étaient pas actives dans les cas observés par nous. Elles n'étaient pas dues primitivement à un état franchement inflammatoire, mais avaient leur source dans un affaissement pectoral joint à une cause beaucoup plus importante encore, l'affaiblissement du cœur.

Le cœur s'est trouvé dans les mêmes conditions que les muscles de la respiration : de là ce pouls invariablement faible, toujours fréquent, que nous avons observé chez nos typhisés. Je n'ai pas rencontré, pendant toute l'épidémie, de pouls fort.

Eh bien! l'atonie du cœur a été indubitablement la cause de cette faiblesse si remarquable, si générale que nous avons rencontrée dans le pouls. De plus, c'est à la faiblesse du cœur qu'il faut probablement rattacher la cause des sueurs que nous avons constatées presque généralement dans tous les cas graves, dès les premiers moments du développement de la maladie. Et c'est encore en cela que notre typhus a différé de tout ce que, pour ma part, j'ai vu dans ce genre, à d'autres époques et dans d'autres épidémies.

Ces deux causes, la faiblesse dans les puissances mécaniques de la poitrine, et la faiblesse dans le cœur, ont occasionné ces dérangements de la circulation que l'on a trouvés, surtout chaque fois que l'individu était doué d'une constitution tant soit peu pléthorique, et était par là disposé aux congestions sanguines. Mais ces congestions étaient loin de présenter, comme j'ai déjà eu l'honneur de le dire, le caractère inflammatoire.

A l'autopsie, nous avons quelquefois constaté des engorgements sanguins que des symptômes spéciaux avaient fait soupçonner pendant la vie des malades. Ainsi, nous avons rencontré des engorgements des méninges et de la substance du cerveau. Mais ces phénomènes ont pu nous apparaître aussi bien comme l'expression d'une simple congestion que d'un état inflammatoire; du reste, ils ne se sont montrés que dans des cas exceptionnels; sur vingt fois on ne les a pas observé une seule, de manière qu'on n'a pu les considérer comme fondamentaux.

Eh bien! il en est de même des organes abdominaux. Je viens d'avoir l'honneur de vous dire qu'on a rencontré, dans quelques cas, des espèces d'infiltrations sanguines dans le gros intestin; j'ai rattaché ce phénomène à un état congestionnaire. J'ajouterai ici qu'on a également observé l'état morbide de l'intestin

grêle, cet état qui, dans ces dernières années, a si fortement attiré l'attention des pathologistes.

Nous avons constaté la rougeur et l'ulcération glandulaire de cet intestin, cette quasi-éruption intestinale, sur laquelle M. Fallot nous a présenté dans le temps de si belles considérations, en nous indiquant les rapports qu'elle présente avec l'état de la peau, l'analogie qu'elle offre avec certaines éruptions, la petite vérole ; mais encore une fois, ce phénomène, nous l'avons constaté comme un fait exceptionnel.

Ce n'est donc point par les phénomènes de l'irritation et de l'inflammation que l'on peut expliquer la nature du typhus. Ce ne sont point les traces qu'il a laissées dans les cadavres qui peuvent nous éclairer sur les phénomènes intimes de la maladie.

Est-ce une atonie, une asthénie qui est au fond de tous les phénomènes de cette maladie ? J'y ai vu une atonie profonde du système musculaire, que j'ai considérée comme le phénomène fondamental le plus saisissable de la maladie. Mais il y a dans cette affection quelque chose de plus que l'atonie; il y a là une modification plus spéciale, modification qui, dans la manifestation de ses phénomènes léthifères, a reçu de la part des anciens le nom de *malignité*.

Voilà, messieurs, ce que nous avons trouvé au fond de nos typhus, voilà ce qui s'est présenté d'une manière on ne peut plus évidente dans ces typhus, dans lesquels on a vu les malades succomber au bout de quarante-huit heures, au bout de trois ou quatre jours. Peut-on admettre, dans des cas pareils, l'état inflammatoire, la désorganisation des tissus enflammés, la résorption purulente comme cause de la mort? Mais les malades tombent anéantis, comme frappés de la foudre; et à l'ouverture de leur corps, au lieu de l'inflammation, vous trouvez un état anémique, une absence d'inflammation.

Il en est de cette situation comme de bien d'autres états morbides, comme de l'angine maligne, comme de la scarlatine maligne, comme de la petite vérole maligne, comme de la pustule maligne, comme de l'anthrax malin, maladies dans lesquelles le caractère inflammatoire n'explique pas la nature intime de la maladie. Il y a au fond de ce typhus quelque chose d'inconnu, admis par tous les praticiens qui ont vu la maladie dans les différentes communes des Flandres. Nommez cette chose intoxication, principe délétère, agent léthifère, toujours est-il que dans votre pensée vous arriverez à quelque chose de plus que l'asthénie, que l'atonie, à quelque chose qui épuise la vie dans sa source même, qui empêche les réactions conservatrices de se produire, qui rompt les liens de la résistance vitale, à quelque chose que vous ne trouvez pas dans ces situations, où il s'agit d'une débilité considérée dans toute la simplicité de son expression.

Cet ordre de considérations dans lequel je suis entré doit avoir son utilité pratique, et je tâcherai de vous dire en deux mots quelle a été ma manière d'agir en me basant sur ces idées-là, quel est le traitement que j'ai adopté dans l'épidémie actuelle.

Mon guide, dans tous les cas, était le pouls. La faiblesse du pouls a constamment fixé mon attention. Un autre point sur lequel j'ai également dirigé mon attention, c'est l'état congestionnaire. Ainsi la faiblesse du pouls était pour moi l'indice d'un grand affaiblissement des forces. J'ai dû rattacher, dans bien des cas, l'état cérébral à l'état du pouls, car à mesure que celui-ci baissait, on voyait diminuer l'énergie des fonctions intellectuelles, on voyait arriver la rêvasserie, la typhomanie, le délire, et alors certains stimulants dirigés sur le cœur, en réveillant son action, faisaient disparaître le délire et les symptômes alarmants qui se présentaient au cerveau.

Ces agents ont produit sous mes yeux d'excellents résultats. Je parle surtout du camphre. Mais pour l'emploi de ce moyen, il faut certains indices : au début du mal, on n'obtient guère de résultat avantageux; le plus souvent il faut attendre le deuxième septénaire, il faut attendre une certaine irrégularité, une certaine oscillation dans le pouls avant de pouvoir administrer ce remède. Mais alors qu'on avait bien choisi le moment opportun pour son emploi, quelques grains de camphre donnés pendant deux fois vingt-quatre heures, de deux en deux heures, ont opéré quelquefois un effet extraordinaire, dans l'état cérébral surtout. Mais au delà de ce terme les effets de ce médicament étaient presque généralement nuls; alors on devait le remplacer par des toniques, tels qu'une infusion ou une décoction de quinquina, une infusion de valériane, de serpentaire de Virginie, d'arnica. Toutefois, messieurs, ceci ne concerne que des cas graves et exceptionnels, et j'éprouve un grand bonheur de pouvoir donner ici ce témoignage; en général, sur dix cas, l'art n'a dû agir qu'une seule fois; dans les autres, les forces de la nature et un régime convenable, alors qu'il était possible, ont suffi pour appeler une convalescence heureuse. Dans d'autres cas, il a fallu faire usage de déplétions, il a fallu débarrasser le cerveau par l'application d'un certain nombre de sangsues. Quelques praticiens ont institué la saignée du bras, surtout pour les constitutions vigoureuses et bien nourries, et alors que le typhus se propageait parmi la classe aisée. Mais, pour ma part, je n'ai pas fait usage des saignées générales; j'ai vu employer ce moyen par des confrères, et si, dans quelques cas, il n'a apporté aucune modification à la marche de la maladie, j'ai constaté dans d'autres cas des malheurs réels. Des hommes sont morts victimes de la témérité qu'on avait mise dans l'emploi de cet agent.

Après une déplétion locale, une application de 10 sangsues, par exemple, on a constaté des hémorrhagies considérables, et ces hémorrhagies ont été surtout violentes lorsque cette application avait été faite sur la région abdominale.

Quant au sang tiré de la veine, il a été trouvé invariablement d'une couleur livide, au rapport de tous ceux qui ont saigné leurs malades; il ne se coagulait pas, et en cela mon observation diffère certainement des cas qui viennent de nous être communiqués par l'honorable M. de Mersseman, qui a constaté, chez les malades saignés par lui, une couenne inflammatoire bien caractérisée.

M. de Mersseman. Je remercie notre honorable collègue d'avoir porté la question sur ce terrain, parce que cela me fournira l'occasion de démontrer, et encore une fois par des chiffres, combien la maladie pouvait être différente et dans la Flandre occidentale et dans la Flandre orientale. Quand j'aurai fait cette preuve par des chiffres, c'est-à-dire par les approvisionnements de sulfate de quinine, et par d'autres faits montrant la marche de l'affection paludeuse, j'arriverai à confirmer ma manière de voir sans en rien infirmer.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet de l'art des accouchements; par **M. P.-A. Dubois. — 2 forts volumes in-8° de plus de 700 pages chacun, ornés d'un grand nombre de figures intercalées dans le texte. — Première livraison. — Paris, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 17. — 1849.**

Nous avons accueilli avec une satisfaction profonde l'annonce de cette publication, si impatiemment attendue, et, nous pouvons le dire en toute assurance après avoir jeté un regard autour de nous, ce sentiment a été aussi général que vivement exprimé. Les divers organes de la presse médicale, les médecins comme les élèves, tout ce qui porte au cœur le véritable amour de la science, étranger et supérieur à l'esprit de coterie ou de rivalité d'école, a tressailli en apprenant que la France allait enfin posséder un monument de ses traditions et de ses conquêtes en obstétrique, monument dont le nom de l'architecte suffit à garantir la solidité et l'éclat. Depuis bien longtemps déjà les avides désirs du public médical étaient surexcités; car ils ne remontent pas seulement à l'époque où les confidences de l'auteur vinrent en quelque sorte les légitimer officiellement. Dès le début de sa carrière clinique et professorale, M. P. Dubois s'était engagé pour ainsi dire en se révélant; et sans qu'il eût rien promis, tous comptaient instinctivement sur lui, et dans l'orateur éloquent applaudissaient le futur écrivain.

Aucun de ses pas, aucun de ses travaux, ne cessa depuis lors de préoccuper la génération qui avait salué ses premiers succès. Semblable à ces semences précieuses qu'on ne confie à la terre qu'après en avoir soigneusement marqué le gisement, dont on attend avec sollicitude l'éclosion, dont les moindres signes de germination sont épiés inquiètement, l'œuvre se mûrissait lentement, mais sûrement, protégée par la réputation du maître et la sympathie des initiés. De nombreux articles originaux trahissaient cependant les caractères et la profondeur de cette élaboration. La thèse de concours sur l'angustie pelvienne, les mémoires sur le mécanisme de l'accouchement naturel, sur les métrorrhagies puerpérales, l'avortement, les monographies insérées dans le Dictionnaire en 30 volumes, etc., montraient un esprit toujours livré aux études spéciales, nécessaires pour la rédaction d'un traité classique, et augmentaient en même temps le désir de voir paraître dans son ensemble l'ouvrage dont ils semblaient être autant de morceaux détachés.

La France, avons-nous dit, n'avait pas moins besoin que la science tocologique elle-même d'un cadre où fussent convenablement représentés ses progrès pratiques dans cette branche de la médecine, ainsi que la philosophie dont elle peut se féliciter d'être maintenant en possession pour en perfectionner les principes. Longtemps asservie, sous le joug glorieux de Baudelocque, à emprunter ses arguments à la mécanique, l'obstétricie nationale avait fait ses premiers essais de rationalisme avec toute la maladresse de l'inexpérience. Stationnaire, pour ne pas dire plus, avec Gardien, Maygrier, etc., on pourrait presque penser qu'elle prit le vertige, lorsqu'elle voulut enfin s'enquérir des travaux accomplis dans les écoles étrangères. Il serait en effet impossible d'imaginer un plus indigeste chaos que l'ouvrage où se trouva pour la première fois manifestée la louable intention de mettre nos accoucheurs au courant des richesses acquises par leurs voisins. Là l'esprit abdique au profit de la mémoire; tout est sacrifié à l'érudition, mais à une érudition si exubérante et d'un tel aloi, que pendant plusieurs années cet exemple donna parmi nous à la qualification d'érudit la valeur d'une injure. On voit que, rendant justice à son aptitude spéciale, l'auteur s'est moins piqué de choisir que de faire choisir le lecteur; mais encore eût-il dû ne pas laisser sous ses pas la route aussi obscure, et puisqu'il renonçait avec tant d'abnégation à lui servir de guide, en indiquer au moins un sur lequel on pût compter.

Cette lacune flagrante a suscité plus d'un effort pour la remplir. Dans les dernières années, trois jeunes médecins ont mis au jour des traités spéciaux d'accouchements; mais nul encore ne paraît avoir entièrement satisfait l'attente publique. L'un ne brille guère que par l'extrême clarté et le

ton essentiellement élémentaire de la rédaction. Le plus récent passe moins pour un traité complet que pour une collection, fort intéressante d'ailleurs, de mémoires originaux, qui, malgré leur nombre et leur étendue, ne pouvaient comprendre la totalité de l'enseignement tocologique. Quant au troisième, le plus généralement apprécié, la faveur qui l'a accueilli s'adressait ailleurs, plus haut qu'à lui; car il est la reproduction presque constante des idées et des doctrines de M. P. Dubois.

Mais cette circonstance (également commune, bien qu'à un moindre degré, aux deux livres) devait-elle dispenser M. P. Dubois du soin de payer directement lui-même à la science le tribut de ses lumières spéciales? Il l'eût pu, il l'eût fait sans doute, s'il eût consulté plus ses propres intérêts que ceux de l'art médical; car si méritée, si éclatante que soit une réputation, elle gagne encore à rester enveloppée d'un nuage. Le peuple, qui devient si vite familier avec les supériorités palpables et tangibles, se prosternera toujours devant un Dieu caché, et M. P. Dubois aurait pu trouver dans sa propre famille l'encourageant exemple du prestige que cette réserve peut toujours ajouter même aux talents le plus incontestablement reconnus. Mais le généreux dévouement dont toute sa vie scientifique est la preuve ne lui permettait pas une semblable tactique, quelque aisée que la lui eût rendue l'illustration déjà consacrée de son nom. Comparant ce qu'est l'obstétrique parmi nous à ce qu'elle devrait être, il a voulu la rétablir au rang naturel de son utilité et de son importance. Jusqu'ici on l'avait considérée tantôt comme un problème de mécanique, tantôt comme un domaine dévolu à l'instinct, hostile à l'induction, tantôt comme n'exigeant que patience ou adresse; quelques-uns, oubliant qu'il n'y a là le plus souvent qu'une fonction naturelle, dépassaient le champ, par d'autres trop restreint, des applications de la médecine. Presque tous enfin méconnaissaient ou négligeaient l'influence réciproque que le moindre acte de la *vie de l'utérus* exerce sur la vie de la femme; ne faisaient, par exemple, dater l'empire et l'utilité de la tocologie que du moment de la conception.

M. P. Dubois a compris tout différemment ce que devait être à notre époque un livre classique d'accouchements. Il suffit de lire les premières pages de son traité pour s'en convaincre. Indépendamment de ses idées personnelles, qu'il ne se fera point scrupule de reprendre à ceux qui n'avaient presque jamais pu se les approprier sans en altérer le sens ou en diminuer la portée, l'ouvrage qu'il commence aujourd'hui se fera surtout remarquer par cette méthode large et féconde qui puise à toutes les sources de progrès, profite de toutes les voies de démonstration, ouvre carrière à toutes les applications cliniques, hygiéniques et sociales. Cette méthode est celle des esprits supérieurs, parce qu'eux seuls la peuvent manier sans danger. Or le danger ici est évident; car aucune des connaissances humaines n'est mieux faite que la tocologie pour en montrer les insidieuses et presque inévitables pentes. Par l'objet même de son étude, elle est ainsi constituée que pour la cultiver avec fruit, à plus forte raison pour l'enseigner et la perfectionner, il faut toujours associer, et cela dans des proportions nécessairement variables à chaque instant, les sciences mathématique et médicale, le coup d'œil de l'artiste et l'habileté manuelle. Pour qui oublie l'un de ces éléments, pour qui tient d'un seul d'entre eux trop ou trop peu de compte, selon telle ou telle circonstance elle-même souvent bien difficile à fixer, la science retire ses garanties et le livre aux chances de l'imprévu, dont deux êtres auront à souffrir, deux êtres que la famille, que la société a mis sous sa responsabilité!

C'est dans ces ténèbres, plus épaisses encore aujourd'hui qu'on ne le pense, que M. P. Dubois a courageusement entrepris de porter la lumière. S'il est légitime d'augurer de l'avenir par un passé illustre, et par ce qu'il y a déjà de réalisé du présent, nos espérances ne seront point trompées, si haut que notre confiance les eût laissées se porter. Le sujet sera traité avec cette notion profonde des difficultés, qui, tout en les multipliant pour l'écrivain, en épargne même l'idée aux lecteurs ordinaires. Plus l'auteur a fait de recherches, plus il s'aperçoit que leur résultat pratique peut être condensé en quelques lignes, et c'est le parti qu'il prend, à moins de vouloir plutôt passer pour érudit que de faire de l'érudition qui serve. C'est ainsi qu'il pourra consacrer exclusivement à la science *applicable* le vaste cadre qu'il s'est tracé, et nous posséderons enfin un véritable TRAITÉ COMPLET sous tous les rapports.

La division du livre en deux volumes partage naturellement en deux classes les phénomènes de la grossesse, selon qu'ils s'accomplissent régulièrement, sans le secours de l'art, ou qu'ils requièrent l'intervention active du médecin. A coup sûr, la limite n'est jamais aussi tranchée que nous la supposons ici. Le rôle du praticien ne se borne que bien rarement à une expectation tout à fait passive; à plus forte raison, dans ces cas mixtes où quelques conseils suffisent, mais où ils sont nécessaires. M. P. Dubois l'a parfaitement vu; aussi rapproche-t-il dans une même description et les parturitions absolument normales, et celles que l'accoucheur doit surveiller et diriger, sans cependant se substituer à la nature, ainsi qu'il est parfois obligé de le faire, en cas de véritable dystocie.

L'art des accouchements a été défini par M. P. Dubois « cette branche des sciences médicales qui traite de la reproduction de l'espèce humaine, envisagée surtout dans la part importante qu'y prend la femme. » Ainsi envisagée, la matière prêtait sujet à tant d'aperçus variés, qu'on ne peut s'étonner de n'en trouver dans la première livraison, la seule qui ait paru, qu'une bien faible idée.

La génération considérée dans son état normal ou physiologique : tel est l'objet du premier volume, qui sera subdivisé en trois parties : l'anatomie, la physiologie et l'hygiène.

Dans la section anatomique, deux organismes distincts doivent être étudiés, celui du fœtus et celui de la mère. C'est de celui-ci seulement que traite la livraison parue. L'auteur passe successivement en revue le bassin, l'utérus et ses annexes, les parties génitales externes, enfin les mamelles. Malgré l'aridité inhérente à une étude exclusivement fixée sur l'état matériel des organes, plusieurs questions importantes se présentaient et ont dû être approfondies, soit en raison de leur propre intérêt, soit à cause des conséquences qui pouvaient ressortir du sens donné à leur solution.

A propos du mécanisme par lequel le bassin résiste aux causes qui tendent à disjoindre ses différentes pièces, M. P. Dubois remarque que chaque symphyse est pourvue de ligaments distribués dans un sens tel que, quel que soit l'effort qui agisse, il s'en trouve toujours de tout prêts à s'opposer au déplacement du sacrum de haut en bas et au déplacement de bas en haut des os coxaux. Les ligaments sacro-sciatiques, vu leur gracilité et leur longueur, avaient été, par quelques anatomistes, jugés étrangers à la solidité de l'union osseuse; l'auteur fait justement prévaloir l'opinion contraire. Ils agissent en effet énergiquement pour empêcher la diduction du sacrum et des os iliaques; et leur action était d'autant plus nécessaire que le levier que représente la portion de l'os coxal comprise entre le bord supérieur de la grande échancrure sciatique et la partie inférieure de la tubérosité de l'ischion est très-long, et soumis par son extrémité inférieure à des causes de propulsion en dehors extrêmement puissantes au moment de l'accouchement.

Parmi les avantages que présente la disposition des articulations du bassin, il en est un, à peine entrevu jusqu'à ces dernières années, et sur lequel l'auteur appelle l'attention : c'est que cet arrangement, tel qu'il existe, a pour effet de favoriser l'évolution régulière de la cavité pelvienne. On voit, par le fait, quand une des symphyses sacro-iliaques est atteinte d'ankylose, l'os coxal correspondant à cette altération s'aplatir du côté de la cavité pelvienne. Telle est l'origine du bassin oblique, dont les recherches de Nægelé ont fait connaître le mode d'évolution. M. P. Dubois montre dans une autre partie du squelette le même phénomène suivi d'une lésion identique; car l'ankylose des articulations, si peu mobiles cependant, des os du crâne et en particulier de celle de l'une des sutures écailleuses, est accompagnée d'un aplatissement marqué de la voûte crânienne dans le point correspondant à la soudure; analogie précieuse pour la confirmation des idées précédentes, émises d'abord par le célèbre professeur d'Heidelberg. Mais nous retrouverons ces notions alors que la publication de l'ouvrage ramènera l'histoire des vices de conformation du bassin; et ce sera alors le lieu d'en examiner les preuves.

Peu de sujets ont été plus controversés et plus obscurcis par la controverse que l'appréciation des plans et des axes du bassin, et la détermination de l'axe courbe propre à l'excavation pelvienne. Il n'est personne qui n'ait proposé son procédé d'évolution particulier; et il y a vraiment de quoi confondre l'esprit que de voir, dans une chose susceptible d'être fixée par des chiffres et qui ne peut l'être que par des chiffres, chaque auteur rester avec son angle d'inclinaison, le seul bon à ses yeux et dont nul ne veut entendre parler à deux pas de là, dans l'école voisine. M. P. Dubois a su singulièrement simplifier la question. Loin de la donner comme ardue, et, comme tant d'autres, d'effrayer le lecteur par l'exposé chronologique de ses vicissitudes sous prétexte *de déblayer le terrain*, il l'aborde armé du simple bon sens et vide en quelques pages une difficulté sur laquelle les habiles du métier écrivent et disputent encore.

Il faut bien distinguer, dans cette étude, l'axe courbe du petit bassin d'avec l'axe qui, du haut de l'abdomen descend dans l'excavation. Le premier est invariable dans quelque attitude que la femme se place, parce que les rapports de la grande cavité pelvienne avec la petite sont fixes et indépendants des mouvements du corps. Mais on comprend que l'inclinaison du tronc en avant ou en arrière modifie le point que rencontrera l'axe du détroit supérieur prolongé par en haut. C'est dans ce sens seulement que doivent être prises les assertions de ceux qui ont avancé qu'en changeant de position, la femme en travail peut diminuer ou augmenter l'angle que les axes des deux détroits forment entre eux.

Après un chapitre exclusivement graphique, après tant de lignes, de mesures, de chiffres et de degrés, l'esprit naturellement est porté à s'enquérir du profit qu'il en peut espérer. M. P. Dubois l'a judicieusement senti; et il a placé là, comme une oasis au milieu de ce désert, l'indication des consé-

quences pratiques qui découlent des précédentes données. Ainsi le bassin osseux étant, par ses diamètres, la rigoureuse expression de la plus grande ampliation que peut subir le conduit génital, le fœtus ne pourra sortir que s'il présente des dimensions en rapport avec la capacité de cette ceinture osseuse.

Seconde conséquence, il ne sera expulsé spontanément que s'il s'engage par l'une de ses extrémités, c'est-à-dire la tête ou l'extrémité opposée du tronc.

Si la tête pénètre dans le détroit supérieur avec des dimensions équivalentes aux diamètres de ce détroit, elle ne pourra franchir l'inférieur que si son volume se réduit ou si elle change de direction.

Toutes les parties d'un corps qui traversent le bassin n'ont pas un chemin également long à parcourir pour arriver à son ouverture inférieure. Vu la brièveté de la symphyse du pubis, la partie du sphéroïde fœtal qui est dirigée en arrière se trouvera encore appliquée sur la paroi postérieure alors que celle qui était en avant sera déjà libre de toute paroi solide.

Le fœtus ne pourra s'engager dans le bassin et le franchir qu'en suivant successivement la direction de l'axe du détroit supérieur, de celui du petit bassin, enfin de celui du détroit inférieur. Il faudra donc que, dans ce trajet, il subisse une inflexion qui permette à ses diverses parties de se placer chacune, au fur et à mesure des mouvements dont l'ensemble constitue cette progression, dans la direction de ces axes.

Ces principes sont bien simples ; ils s'offrent d'autre part comme la conséquence rigoureuse des notions géométriques sur la conformation du bassin. Mais ne vous frappent-ils pas par leur lucidité ? Ne renferment-ils pas, pour ainsi dire, la théorie tout entière de l'accouchement naturel ? N'éclairent-ils pas l'esprit de l'élève tout en le reposant des abstractions ardues qu'il avait dû précédemment méditer ? Voilà, selon nous, le grand mérite, la qualité saillante qui a rendu l'enseignement de M. P. Dubois si populaire ; et nous tenons à constater, par un exemple choisi entre vingt autres, que cet art se retrouve tout entier dans son livre comme dans ses leçons.

L'auteur, du reste, est le premier à tenir compte de la présence des parties molles. La modification qu'elle apporte à ces règles est parfaitement spécifiée et rendue tout à fait intelligible par les explications détaillées qui sont le corollaire indispensable de la description ostéologique.

Nous passerions sous silence une théorie germanique, et bien digne de cette origine dans sa singularité, si elle n'avait pas été pour M. P. Dubois l'occasion d'une de ces réfutations substantielles et péremptoires, comme il sait si parfaitement les élaborer, qui sans aigreur comme sans inutile phraséologie vont droit au but, et jugent d'un mot la doctrine en respectant l'auteur. Non, la tête n'est pas l'analogue du bassin ; non, il faut renoncer à deviner le diamètre bi-sciatique par le diamètre bi-zygomatique ; l'expérience dément ces présomptions ; la zoologie les cherche en vain dans toute la série animale ; l'anatomie philosophique la plus complaisante en matière d'analogies achève la démonstration en faisant voir combien celle-ci serait monstrueuse parmi toutes celles qu'on a admises ou proposées.

Les organes autres que le bassin offraient un aliment moins favorable aux considérations originales. Leur exposé n'est cependant ni tronqué ni sacrifié. Nous citerons d'abord une excellente description des aponévroses du bassin, qu'ont éclairée les travaux spéciaux de M. Jarjavey. — On distinguera aussi la manière pleine d'intérêt dont l'auteur a étudié les propriétés et la structure de la muqueuse utérine. Comme il le dit fort bien, cette membrane n'est pas, à l'instar de celles du même ordre, destinée seulement à protéger soit par sa présence, soit par les produits de sa sécrétion, les parties qu'elle revêt. Un autre office lui est dévolu, plus important et plus délicat ; elle constitue une sorte de gangue vivante dans laquelle l'œuf fécondé doit s'introduire, s'implanter et se développer ; or sa composition, telle qu'elle se trouve expliquée dans l'ouvrage, rend tout naturellement compte du mécanisme selon lequel elle joue ce rôle lié aux premiers et aux principaux phénomènes de la conception.

Le tissu propre de la matrice se reconnaît aisément pour un tissu fibreux ; de là à affirmer sa nature musculaire, il y aurait peut-être un pas plus grand que ne saurait le franchir un homme qui veut rester dans la limite de l'observation. La grossesse vient heureusement achever la démonstration en faisant voir que les éléments, rudimentaires à l'état de vacuité, revêtent alors, par une évolution accidentelle bien que physiologique, les caractères les plus évidents de la véritable texture musculaire.

Par ces extraits, pris à peu près au hasard, nous n'avons voulu que donner une idée de la variété d'aperçus instructifs que l'auteur a su répandre dans la partie sans doute la plus ingrate de sa tâche. Il lui sera d'autant plus méritoire d'avoir réussi à captiver l'attention que, sévèrement attaché à son plan de distribution, il a volontairement renvoyé à une autre section des sujets qui, placés à la suite de quelques-uns de ces chapitres, eussent ajouté puissamment à l'intérêt sans rompre l'ordre : tels sont les vices de conformation du bassin et la pelvimétrie. — Mais ce dont l'analyse la plus fidèle doit s'avouer impuissante à faire sentir le charme, c'est la clarté d'expression, qualité bien secondaire assurément dans une œuvre de science, mais que, vu sa rareté, nous estimons très-fort en médecine, surtout en tocologie. La manière de M. P. Dubois mériterait moins nos éloges si elle ne révélait qu'un art de rhéteur dans les tours de phrase et dans la construction des périodes. On vante beaucoup la clarté, mais chacun l'entend à sa façon. Tel écrivain, renommé pour ce mérite, ne réussit souvent qu'à me faire bien nettement comprendre qu'il n'a pas compris son sujet. Ici, la clarté est saisissante ; elle ne s'arrête pas à l'oreille parce qu'elle ne dépend point de l'arrangement des mots. Effet et preuve de la perception complète de l'idée dans l'esprit de l'auteur, elle porte d'un trait la même image dans celui du lecteur, et ne l'y abandonne qu'après l'avoir revêtue de tous les attributs, de tous les compléments d'exposition et de démonstration que lui avait donnés la conception créatrice. Telle est la lucidité particulière à la diction de M. P. Dubois ; ce n'est, comme on le voit, que l'art de faire partager dans sa plénitude la notion qu'on a d'un rapport. Mais cet heureux don, qui tourne au profit des élèves, est surtout prisé comme le seul cachet authentique d'une supériorité incontestable ; car le vers de Boileau reste vrai dans quelque sens qu'on le prenne, et

Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement.

Quelque lumineuse entre toutes que fût la parole de M. P. Dubois, il est en obstétrique une foule d'occasions où les yeux doivent venir en aide à l'intelligence. D'innombrables figures intercalées dans le texte dissipent à chaque instant l'obscurité, avant même qu'on ne l'ait pu soupçonner. Rappelons notamment, à titre d'exemple, ce qui est relatif aux axes et aux plans du bassin, et à la question de leur invariabilité dans les diverses attitudes. La place qu'a usurpée le crayon n'est pas perdue, tant s'en faut ; car ce secours dispense souvent de descriptions qui eussent fatigué l'attention sans grande chance d'y laisser des traces durables.

En résumé, ce premier pas a été accueilli moins pour ce qu'il réalise que pour ce qu'il promet. C'est une magnifique page, mais c'est la première ; et M. P. Dubois sait mieux que nous combien de pareilles œuvres gagnent à ce que l'unité préside à leur enfantement. L'avenir scientifique de la génération médicale, l'honneur de la France si longtemps abaissée devant les écoles obstétricales étrangères, dépendent aujourd'hui de son zèle. Et nous mêmes, s'il faut le dire, qui eussions désiré trouver une plus abondante matière à nos éloges, nous n'attendons pas sans impatience l'occasion qui, en les justiant de plus en plus, nous permettra de les compléter. Que M. P. Dubois ne l'oublie pas, car l'Europe entière le lui dit en ce moment avec nous : ce sera les mériter doublement que de les mériter vite.

VARIÉTÉS.

— M. Bertier, interne à la Salpêtrière, est mort des suites du choléra. Ses obsèques ont été l'objet d'une manifestation empressée de la part de l'administration, du corps médical des hôpitaux. Le corps tout entier des internes et un grand nombre d'externes ont suivi le convoi. Les élèves du Val-de-Grâce y ont envoyé une députation.

— Concours. — Deux concours sont ouverts en ce moment à Montpellier : l'un pour cinq places d'agrégés près la Faculté de médecine. Les candidats pour la section de médecine sont MM. Lassalvy, Anglades, Combes et Bordes-Pagès. La question écrite a été la suivante : « De la moelle épinière au point de vue anatomique, physiologique et pathologique. »

Le second concours est relatif à une place de chef de clinique médicale. Candidats : MM. Gonzalès, Girbal et Vidal.

— Concours a l'hôtel-dieu de Lyon. — Ce concours pour deux places de médecins-suppléants, annoncé pour le 23 juillet, a été renvoyé au 20 août.

— M. Bernard, suppléant de M. Magendie, fera le cours au collége de France à dater de mercredi prochain 23 mai, à midi, et le continuera les vendredi et mercredi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera des phénomènes de l'absorption et de certains points des circulations spéciales.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — DÉCROISSANCE DE L'ÉPIDÉMIE. — CONTAGION.

Nous avons soutenu jusqu'ici cette opinion que le choléra, malgré des oscillations assez considérables, a suivi une marche constamment ascendante. C'est ce qui résulte, suivant nous, de deux faits principaux, à savoir : 1° que le temps d'arrêt qu'on a pris il y a un mois pour le commencement de la période décroissante n'a jamais été marqué par une diminution des véritables caractères de l'épidémie, à part le nombre des malades et des décès; 2° que le chiffre des invasions et de la mortalité a été, dans la seconde période, considérée par quelques personnes pour une recrudescence, infiniment supérieur à ce qu'il avait été précédemment. Il résulte suivant nous, de ce mode d'appréciation, que pour que l'épidémie puisse être considérée avec fondement comme dans sa période de décroissance, il faut non-seulement que le chiffre des invasions et des décès ait diminué avec une certaine continuité et d'une quantité assez notable, mais encore, et surtout, que la physionomie de la maladie exprime elle-même, par une atténuation marquée de ses traits, un affaiblissement définitif de l'influence épidémique Or c'est ce que nous sommes heureux de pouvoir annoncer à nos lecteurs. Voici les chiffres d'abord.

	Mal. au 18 mai.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 18 mai.	Augment. dans la sem.	Mal. au 25 mai.	Augment. dans la sem.	Morts au 25 mai.	Augment. dans la sem.	Sortis.
La Salpêtrière	1031	116	747	109	1090	59	793	46	197
Hôtel-Dieu	840	176	392	94	973	133	461	69	368
La Charité	403	59	230	39	451	48	257	27	132
La Pitié	470	92	224	58	524	54	252	28	138
Bicêtre	147	33	94	22	167	20	113	19	20
Saint-Louis	433	101	197	49	523	90	243	46	154
Beaujon	278	69	138	46	322	44	159	21	83
Hôpital des Enfants	50	15	19	2	60	10	23	4	26
Necker	122	34	58	15	152	30	65	7	69
Sainte-Marguerite	91	22	44	13	111	20	51	7	38
Saint-Antoine	107	23	55	13	123	16	65	10	42
Hôpital des Cliniques	26	»	20	»	27	1	21	1	7
Bon-Secours	98	25	51	13	113	15	65	14	33
Val-de-Grâce	311	36	76	13	381	70	97	28	180
Gros-Caillou	444	70	142	21	573	129	191	49	225
Ménages	41	6	30	5	44	3	33	3	10
Cochin	45	15	18	5	56	11	23	5	32
Maison de santé	60	28	28	5	64	4	35	7	22
Invalides	28	2	23	2	39	11	27	4	5
Hôpital militaire du Roule	264	61	122	40	306	42	140	18	62
Prison de Saint-Lazare	41	3	18	2	43	2	21	3	14
Incurables (femmes)	05	4	2	1	11	6	7	5	»
Lourcine	22	4	6	4	24	2	8	2	6
La Rochefoucauld	5	»	3	»	5	»	3	»	»
Hôpit. milit. Popincourt	100	4	46	32	142	42	77	31	»
Incurables (hommes)	6	2	4	1	11	5	7	3	1
Sainte-Périne	1	1	1	1	2	1	2	1	»
Maison d'accouchement	«	«	«	«	2	2	1	1	»
Totaux	5469	1041	2788	505	6339	870	3240	452	1914

La différence qui existe entre le mouvement de la semaine dernière et celui de cette semaine est surtout sensible eu égard aux chiffres des deux semaines précédentes. On se rappelle qu'il y avait eu, en effet, une augmentation de plus des trois quarts, puis un état à peu près stationnaire. La diminution numérique que nous constatons aujourd'hui emprunte donc une double signification de l'accroissement et de l'état stationnaire constatés les deux semaines précédentes.

Nous avons dit en outre que le choléra avait surtout perdu de sa gravité primitive. Sans entrer dans une analyse bien approfondie, qu'il nous suffise de dire que, il y a trois semaines, la mort était la règle, et qu'aujourd'hui elle est l'exception. C'est ce que nous avions déjà fait présumer il y a huit jours. Espérons que nous n'aurons pas à nous contredire.

— Nous avions, nous, très-bien compris, et sans grand effort, la pensée de l'honorable M. Jolly, quand il avait demandé, dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, qu'on s'occupât enfin de la *question pathologique du choléra.* La chose nous avait même paru si claire que, malgré la grande obscurité dont le conseil d'administration la disait enveloppée, nous nous étions permis de la définir et d'en donner l'explication. M. Jolly a voulu que sa proposition devînt intelligible pour tout le monde; il a voulu montrer que la *question pathologique* n'était pas, comme M. le secrétaire perpétuel avait eu l'air de le dire, dans la supputation du nombre des malades et de celui des décès, mais bien, ainsi que nous l'avions dit nous-mêmes, dans l'étude de l'étiologie, de la symptômatologie, de la thérapeutique, et il a promis à l'Académie une série de lectures sur ces

Feuilleton.

MÉDECINE DES CHINOIS.

(Suite. — Voir les nos 15 et 17.)

31. — LI-I.

Li-i était médecin de l'empereur des *Thsin*, et contemporain de *Pien-tsio*. Comme il était confus de ne pas égaler *Pien-tsio* par ses connaissances médicales, il envoya secrètement un sicaire pour le tuer. *Pien-tsio* était regardé alors comme un médecin extraordinaire. *Li-i* l'ayant fait périr par jalousie, sans recevoir le châtiment qu'il méritait, on peut juger par là de la décadence dans laquelle étaient tombées les lois des Thsin.

32. — TSEU-YANG.

C'était un des frères cadets de *Pien-tsio*. Le prince royal de *Koue* (?) étant mort, *Pien-tsio* ordonna à *Tseu-yang* de lui pratiquer l'acupuncture. En peu d'instants, il revint à la vie (*sic*).

33. — TSEU-PAO.

C'était un des frères cadets de *Pien-tsio*. Le prince royal de *Koue* étant mort de maladie, *Pien-tsio* ordonna à *Tseu-pao* de faire bouillir ensemble deux sortes de drogues et d'en former un liniment dont il lui frotta le bas des côtes. Bientôt le défunt put se lever et s'asseoir (*sic*).

Les sept notices ci-dessus sont toutes tirées des mémoires de *Sse-ma-thsien*.

34. — OU-KONG (c'est-à-dire le prince du vase).

On ne connaît pas l'origine de *Ou-kong*. Il vendait des herbes médicinales dans le marché de *Jou-nun*. Il suspendait un vase (*Ou*) dans sa boutique (1), y entrait aussitôt la clôture du marché, et demeurait invisible au public. Un jour cependant, il fut aperçu de *Tchang-fang*, qui était monté au haut d'un pavillon. Celui-ci prit alors un vase de vin et alla saluer *Ou-kong*, qui le fit entrer dans son vase. Quand il eut fini de boire avec lui du vin délicieux et de manger des mets exquis, il sortit du vase avec son compagnon et lui dit : Je suis un immortel. Vous sentez-vous capable de me suivre? *Tchang-fang* l'accompagna

(1) C'est sans doute l'analogue de l'officine (ἰατρεῖον des Grecs); en tout cas, les fonctions d'herboristes sont, je le répète, beaucoup moins distinctes qu'en Grèce de celles de médecin.

différents points. C'est, comme on voit, plus et mieux qu'un commentaire de sa proposition : c'est la démonstration *ipso facto* de l'utilité qu'il y avait à la faire et des avantages que la science en peut tirer. Pour joindre l'effet aux paroles, M. Jolly a ouvert immédiatement la série de ses lectures.

A en juger par l'effet qu'avaient jusqu'ici produit sur l'Académie les plus modestes communications relatives à la transmissibilité du choléra, celles même qui se bornaient à raconter des faits, on ne pouvait guère s'attendre à ce que la première question abordée par l'honorable membre, sous prétexte d'étiologie, fût précisément la question de la contagion ; et si par hasard on eût cru M. Jolly capable de cette témérité, on eût bien parié qu'une véritable tempête allait s'élever contre lui. Point. L'Académie s'est laissé doucement conduire ; pas la plus petite réclamation, pas le moindre *mouvement* à enregistrer. La réflexion avait-elle un peu atténué les anciennes appréhensions de la docte compagnie? ou bien a-t-elle cédé au plaisir d'entendre une disquisition anticontagioniste? ou plutôt s'est-elle laissé convaincre par les excellentes remarques de l'honorable membre sur le devoir imposé aux sociétés savantes de rechercher et de proclamer la vérité, même en matière de contagion; sur le danger de la taire, quelle qu'elle puisse être; sur les intérêts complexes qui s'y rattachent, et qui demandent à être éclairés? Quoi qu'il en soit, voilà la porte ouverte à la discussion, et ouverte toute grande, comme nous l'avions demandé; car la tolérance ne peut pas être moindre pour l'opinion contagioniste que pour l'opinion contraire, et un membre qui tient de près à la GAZETTE MÉDICALE a déjà averti l'Académie qu'il profiterait prochainement de la permission.

M. Jolly pose ainsi la question :

« Existe-t-il, à l'égard de l'épidémie actuelle, des faits de nature à attester d'une manière positive la préexistence d'un principe morbide ou pathogénique émanant directement de l'individu malade et pouvant se communiquer à un individu sain à des distances et à des conditions données? En d'autres termes, peut-on faire un choléra de toutes pièces avec un malade atteint de cette maladie, et *placé en dehors de la sphère d'activité de l'épidémie cholérique?* »

Cette formule un peu trop savante peut-être, et à laquelle nous en aurions préféré une autre demandant simplement si un individu atteint de choléra peut quelquefois transmettre la même maladie à un individu sain, cette formule, disons-nous, est néanmoins fort acceptable comme base de discussion. Non-seulement nous l'acceptons pour notre compte, mais nous demandons à y insister, parce que c'est faute d'avoir ainsi compris la question que plusieurs anticontagionistes se sont égarés hors du vrai terrain de la discussion, parce que c'est faute d'être resté fidèle à sa propre formule que M. Jolly lui-même n'a pas porté le plus faible coup à l'opinion qu'il voulait combattre.

Existe-t-il des faits de nature à attester d'une manière positive la transmissibilité du choléra? Voilà qui est clair. C'est une question de faits. La théorie peut être pour le moment négligée. Le nombre des faits importe peu ; n'en pût-on fournir qu'un seul bien avéré (c'est M. Jolly qui le dit lui-même en un autre endroit de son travail), c'en serait assez pour affirmer la contagion. S'il en est ainsi, comment faut-il s'y prendre pour arriver à une solution? Le moyen est forcé : il faut examiner la valeur des faits. En voilà dix, douze, nous ne savons plus le nombre, qu'on produit à l'appui de la contagion ; il faut les prendre un à un, discuter leur authenticité, leur pertinence, leur portée scientifique. Voilà sans doute ce que va entreprendre M. Jolly? Point du tout. Se conformant au procédé suivi avant lui, M. Jolly raisonne comme s'il avait à répondre à des adversaires qui attribueraient au choléra une contagionibilité constante, presque inévitable, égale pour le moins à celle de la syphilis ou de la gale; et il ne leur oppose qu'un seul argument, le vieil argument, déjà bien usé, de l'immunité attachée à la fréquentation habituelle des cholériques. Bien plus, comme si ses adversaires n'admettaient d'autre moyen de propagation du choléra que la contagion, et ne faisaient pas, comme tout le monde, la part de l'influence épidémique, il prend soin de montrer que le mal frappe des individus qui n'ont jamais approché de cholériques. En conscience, au point où en était déjà arrivée la discussion, nous attendions autre chose. A quoi sert de rappeler, chiffres en main, que, dans les précédentes épidémies et dans celle-ci, à Paris comme à Londres, en Asie comme en Europe, les médecins, les infirmiers, les sœurs hospitalières, n'ont pas été plus fréquemment atteints de la maladie épidémique, et n'ont pas fourni plus de morts que toute autre classe de la société, à quoi sert de rappeler cela à des adversaires tout prêts à accorder que les faits de contagion sont jusqu'ici tellement rares qu'ils ne peuvent enfler sensiblement soit le chiffre des malades, soit celui des décès? A quoi sert de leur citer l'exemple de mères ayant longtemps essayé de réchauffer dans leur sein leurs enfants en proie au choléra, sans être frappées elles-mêmes, à eux pour qui la contagion du choléra est chose exceptionnelle et soumise à des conditions encore indéterminées? A quoi sert enfin de leur rappeler que l'influence épidémique commune a pu engendrer le choléra chez des individus récemment exposés aux émanations de sujets infectés, et donner lieu ainsi à une fausse apparence de transmission, puisqu'ils s'empressent de reconnaître, dans la présence de l'influence épidémique au lieu et au moment du rapport suspect, une cause suffisante d'infirmation à l'égard des faits présumés de contagion, et que tous les faits allégués par eux se sont précisément accomplis en dehors de cette condition?

Il faut qu'on se pénètre bien de ceci : Les exemples récemment cités, s'ils sont exacts, échappent à toutes les objections tirées des conditions générales qui ont été jusqu'à présent invoquées, en dehors de l'action contagieuse, pour expliquer le développement de la maladie chez l'individu ou les individus en communication avec un sujet infecté; en sorte que le *contagium* étant écarté de la formule étiologique, il ne reste plus, pour se rendre compte de la filiation des cas, que la *coïncidence*, c'est-à-dire le hasard. Un individu quitte malade un foyer épidémique; il arrive dans une localité saine; la personne qui le soigne est frappée elle-même deux ou trois jours après le premier contact, — hasard! Cette personne est à son tour visitée par un parent venu également d'un lieu non encore envahi par l'épidémie, et ce parent prend aussi le choléra, — hasard! Et le fait se reproduit trois fois, quatre fois, huit fois; ce sont autant de hasards! Véritablement il y a des hasards infiniment plus difficiles à accepter que les opinions le plus contraires à la croyance générale.

Nous ne nous lasserons pas de le dire : la question est quant à présent une question de fait. Les anticontagionistes absolus n'ont absolument qu'un moyen de ruiner la doctrine de leurs adversaires; c'est de prouver que tous les exemples de contagion allégués reposent sur des données inexactes; de montrer que, contrairement à l'assertion des narrateurs, les localités où les faits se sont passés étaient déjà envahies par l'épidémie au moment où le prétendu importateur du fléau y est arrivé; que l'affection dont ce dernier était atteint n'avait rien de commun avec le choléra, etc., etc. Nous n'affir-

---

sur une montagne pour y chercher la science du *Tao*. Il le fit habiter au milieu d'une troupe de tigres sans qu'il montrât la moindre crainte; il lui ordonna ensuite de se coucher dans une maison inhabitée, et suspendit au-dessus de son cœur une pierre du poids de 10,000 livres, avec une corde pourrie, mais il ne bougea pas. *On-kong* lui dit : Je vois que vous êtes digne de recevoir mes instructions. Il lui ordonna alors de manger des ordures, mais il en éprouva un profond dégoût. *On-kong* lui dit : Vous étiez sur le point de parvenir au *Tao*; ce seul scrupule met obstacle à votre succès. A ces mots il lui donna un bâton de bambou et lui dit : Montez à cheval sur ce bâton, et vous irez où vous voudrez. Une fois arrivé, vous pourrez jeter votre bâton. *Tchang-fang* suivit ce conseil, et quand il eut jeté ce bâton, il reconnut que c'était un dragon. Aussitôt il se trouva en état de chasser tous les démons.

ÉPOQUE DE LA DYNASTIE DES HAN.

(De 206 avant J.-C. à 196 après J.-C.)

35. — TSANG-KONG-CHUN-YU-I.

Son nom de famille était *Chun-yu*, et son nom d'enfance, *I*. Il était originaire de *Lin-tse*, dans le royaume de *Thsi*. Dès son enfance, il montra du goût pour la médecine et pénétra les profondeurs de cette science. Ayant eu pour maître un médecin du même district que lui, nommé *Youen-li-kong*, il fit, sous sa direction, les progrès les plus remarquables. A la première vue d'un malade, il reconnaissait sur-le-champ s'il devait vivre (guérir) ou mourir. La femme du roi de *Thsi* étant tombée malade, l'appela près d'elle pour lui tâter le pouls : une maladie causée par le vent s'est logée, dit-il, dans la vessie et rend difficile les deux fonctions naturelles (les selles et les urines).

Après qu'elle eut pris une première potion, les urines reprirent leur cours; après une seconde potion, la maladie (l'échauffement ou constipation) cessa entièrement. Voici comment il avait reconnu la maladie de la reine. L'état du pouls lui avait indiqué la rigidité (?) du col du grand organe caché (vagin); cela provenait de l'influence du vent. Ses veines étaient grosses et sèches; cela était dû à l'influence de la vessie; or la sécheresse des veines annonce un échauffement intérieur.

36. — LICOU-NGAN, OU HOAÏ-NAN-TSEU.

Le ciel s'était plu à lui donner les plus heureuses dispositions; il avait approfondi les secrets de la nature et lu une immense quantité de livres. Il excellait dans la médecine et la connaissance des simples. Suivant lui, l'empereur *Chin-nong* avait goûté cent plantes médicinales et rencontré en un seul jour soixante-dix plantes vénéneuses (1).

37. — SOU-TAN.

Il était originaire de *Kouei-yang*; il acquit la connaissance du *Tao*, sous le règne de l'empereur *Wen-ti*, de la dynastie des *Han*. On l'avait surnommé

(1) Voy. note 7.

mons pas que cela soit impossible; nous raisonnons sur les données de tout le monde, telles qu'elles nous sont fournies par d'honnêtes et habiles confrères, et nous n'en tirons que les déductions imposées par la logique elle-même. En cela, nous sommes plus conséquents, ce nous semble, que M. Jolly. L'honorable académicien, après s'en être remis de la solution du problème aux faits, ainsi qu'on l'a vu tout à l'heure, se refuse à les examiner sous prétexte qu'ils sont sous le scellé provisoire de l'Académie. Mais d'abord si l'examen des faits ne devait pas intervenir dans le débat, il ne fallait pas conclure; tout au plus fallait-il se tenir sur la réserve. Et puis, les observations dont il s'agit ne se trouvent pas seulement dans les cartons de l'Académie, toute la presse médicale les a publiées, et, du moment où l'on avait la prétention de résoudre la question, il paraissait assez naturel d'en connaître et d'en étudier les éléments matériels. Et puis enfin, celles qui ont été récemment publiées ne sont pas les seules que la science ait en sa possession; il en est d'autres qui ne sont sous le scellé de personne, qui sont au contraire accessibles à tous dans des livres publiés depuis longues années. Les deux faits qui nous sont rappelés, l'un par M. Alexandre (d'Amiens) et l'autre par M. Bertulus, dans deux lettres qu'on trouvera plus loin, sont de ce nombre. Nous engageons tout lecteur impartial à les méditer.

Nous n'en dirons pas plus long aujourd'hui. Notre but a été surtout de rappeler la discussion sur le terrain trop négligé des faits. Nous n'ignorons pas que la question a des horizons plus élevés où il est à penser qu'on la portera quelque jour. Le cas échéant, nous ne manquerons pas de l'y suivre. Jusque-là, nous attendons.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE ET OBSERVATIONS SUR LE DIABÈTE SUCRÉ; par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Si les travaux modernes de chimie pathologique ont jeté de grandes lumières sur la nature de l'affection glucosurique; si, grâce à ses efforts, le médecin, mis en présence de cette bizarre maladie, s'approche, autant peut-être qu'il est humainement possible de le faire, du point de départ des mystérieuses créations de la pathogénie, il n'en est pas moins vrai que, sous le rapport de l'étiologie et du traitement, le diabète offre au praticien un caractère de nouveauté. Une des particularités les plus intéressantes de cette maladie, et qui de nos jours commence à être comprise, c'est celle qui se rattache à l'obscurité de ses prodromes. Cette circonstance n'avait point échappé à l'observation de quelques médecins de l'antiquité : *Diuturna est hujus morbi creatio et longo tempore parturitur*, a dit Aretée (1). L'augmentation des urines et l'intensité de la soif ne donnant souvent l'éveil, pour la recherche du principe sucré, que plusieurs mois, une ou plusieurs années peut-être après l'époque à laquelle l'analyse chimique eût déjà fait reconnaître la présence du glucose, il en résulte que les prodromes ont été fréquemment méconnus, ou rattachés à une autre affection. Nous citerons plus loin une observation de ce dernier genre.

Il est juste aussi de reconnaître qu'une trop grande sécurité de la part des glucosuriques les porte à laisser ignorer aux médecins les premiers indices de leur redoutable affection. En effet, comme dans la plupart des maladies lentes où le patient n'est point averti par la douleur, il ne s'aperçoit de son infirmité ou ne s'en inquiète qu'après qu'elle a fait en lui un long séjour ou modifié profondément ses organes. Il ne s'adresse au médecin que lorsque ses forces l'abandonnent, ou qu'il a éprouvé des dérangements devenus depuis longtemps habituels. On ne saurait donc trop insister sur les débuts insidieux du diabète, et sur l'indispensable nécessité pour le médecin mis en présence d'un malade atteint d'une de ces formes d'affections consomptives, qu'on ne peut rattacher à une lésion organique particulière, d'explorer attentivement les urines. C'est dans la constitution de ces dernières qu'il aura souvent le bonheur de trouver le secret du fameux *principiis obsta*. M. Biot, à l'occasion de la perte faite par l'Institut d'un de ses plus illustres membres, M. Letronne, mort d'une affection diabétique devenue irrémédiable par défaut de soins hygiéniques et médicaux, a proposé l'emploi journalier et clinique, à l'égal du stéthoscope, de son appareil optique; il pense que ce mode d'exploration peut seul fournir aux médecins toutes les données expérimentales pour saisir la maladie dès ses premières traces et en mesurer toutes les nuances. En admettant la justesse de ces observations en ce qui concerne l'utilité d'avoir à sa disposition un procédé certain pour constater les premières atteintes du diabète, on ne saurait cependant croire, avec l'ingénieux inventeur, que son appareil seul, dont le prix est fort élevé du reste, offre le *nec plus ultra* d'un bon élément d'observation. Comme le lui ont fait observer de savants confrères, les procédés chimiques habituellement usités et dont l'exécution est facile sont d'une efficacité suffisante. Une fiole à médecine et un peu de potasse caustique vous révéleront facilement les premières traces de la glucosurie.

Ce sera donc à une investigation plus minutieuse, et surtout plus rapprochée du début de l'affection diabétique, que l'on devra de se fixer davantage sur les chances de sa curabilité. Sous ce dernier rapport, la pratique médicale a immensément gagné de nos jours. A la fin du siècle dernier, l'affection glucosurique était réputée incurable. Voici comment s'exprimait à cet égard un grand médecin :

« Aucun des malades que j'ai vus ni de ceux dont j'ai eu connaissance en Écosse n'a été guéri; cependant j'en ai vu un assez grand nombre, et chez la plupart, on a employé avec le plus grand succès les remèdes recommandés par les auteurs (1). »

DIABÈTE MÉCONNU PENDANT LA VIE; MARASME ATTRIBUÉ A UNE PHTHISIE PULMONAIRE.

OBS. I. — Une femme âgée de 47 ans était couchée dans le service des femmes fiévreuses, à l'Hôtel-Dieu, lorsque nous primes ce service au mois de juillet 1843, en remplacement de M. Dupasquier. Voici ce que nous constatons pendant la vie : amaigrissement considérable; teint terreux et cachectique; peau sèche. L'auscultation révèle du souffle bronchique dans les deux tiers supérieurs des deux poumons; l'expectoration est peu abondante, mais nummulaire; état fébrile constant. Nous ne constatons rien de particulier du côté des voies digestives. Le traitement entier est dirigé contre l'affection pulmonaire, et consiste en

(1) DE DIUTUR. MORB., etc., lib. II, cap. 11.

(1) Cullen, ÉLÉM. DE MÉD. PRAT., t. II, p. 250.

Sou-sien-kong, c'est-à-dire *Sou*, l'immortel. Ayant perdu sa mère en bas âge, il se distingua dans son village par son humanité et sa piété filiale. Sa maison était située au nord-est de la ville principale de l'arrondissement, à environ 100 *lis* (10 lieues) du chef-lieu du district de *Koueï-yang* (aujourd'hui *Koueï-yang-tcheou*). Un jour, il dit à sa mère : L'an prochain, l'empire sera ravagé par la peste. Dans ma cour, il y a un puits et un oranger. Si l'on donne à une personne atteinte par ce fléau une mesure de cette eau et une feuille de l'oranger, à peine en aura-t-elle bu qu'elle sera guérie sur-le-champ. Cette prédiction se réalisa. On vint de 1000 *lis* (100 lieues) pour chercher de cette eau et des feuilles de l'oranger, et les malades étaient guéris en un clin d'œil. (Extrait de l'histoire des *Sien* (hommes devenus immortels).

38. — YANG-K'ING, surnommé YOUEN-LI-KONG.

Il était originaire de la province de *Chan-tong*. S'étant procuré les ouvrages de *Hoang-ti* et de *Pien-tsio* sur le pouls, il basait ses observations sur leur doctrine, et reconnaissait sur-le-champ si un malade confié à ses soins devait vivre (guérir) ou mourir.

39. — KONG-SUN-KOUANG.

Il était originaire de *Thang-li*, pays dépendant de *Tse-tchouen*. Il aimait la médecine et se concilia l'estime de ses contemporains. Dans le commencement, il eut pour disciple *Chun-yn-i*, et lui enseigna ses recettes les plus importantes (1). Sans vous, lui dit-il, je ne saurais comment les communiquer aux hommes. — Je n'ose, reprit *Chun-yn-i*, accepter une telle mission. — Dans la suite, lui répliqua *Sun-kouang*, vous deviendrez certainement *comte de l'empire*. Quant à moi ma carrière est achevée. *Yang-khing* de *Chan-tong* possède des recettes admirables; si vous allez étudier sous sa direction, il ne manquera pas de vous les communiquer.

A ces mots, *Chun-yn-i* prit congé de *Sun-kouang*, et alla prendre les leçons de *Yang-khing*.

40. — LEON-HOU.

Son nom honorifique était *Kiun-khing*; son père était *intendant de la médecine* (2). Dans son enfance, il étudia l'ouvrage intitulé KING-FANG-PEN-TSAO, c'est-à-dire les recettes du PEN-THSAO (HERBIER MÉDICAL) confirmées par l'expérience. Il était d'une sagacité extraordinaire qui lui avait mérité l'estime des hommes les plus expérimentés. Avec de tels talents, lui dit l'un d'eux, que n'étudiez-vous pour entrer dans les emplois?

(1) Voilà les traces d'un enseignement médical, au moins particulier; il n'y avait pas d'école proprement dite, mais seulement il y a et des maîtres et des disciples libres et isolés, d'où résulte une sorte de transmission dogmatique de la science générale et des procédés spéciaux. Sous ce rapport, dès le temps d'Hippocrate, l'enseignement paraissait avoir de plus solides fondements en Grèce.

(2) Voy. note 19.

loochs et en tisanes béchiques. L'amaigrissement et la fièvre hectique redoublent d'intensité jusqu'au 13 septembre, époque de la mort de cette malade.

AUTOPSIE. Les deux poumons sont farcis de tubercules, les uns à l'état cru et les autres à l'état de suppuration. Adhérences costales. Les voies digestives sont en parfait état. Le rein droit, qui nous paraît plus volumineux qu'à l'ordinaire, nous porte à examiner la vessie. Cet organe est rempli d'un fluide de consistance sirupeuse, qui excite vivement notre attention. Son aspect est semblable à du sirop de gomme récemment préparé; il caramélise fortement lorsqu'on le verse sur une pelle rougie.

Il était impossible de douter que cette malade n'eût une affection de nature glucosurique, marquée pendant la vie par la prédominance de symptômes graves du côté de la poitrine. Ce fait rentre dans la classe des *diabetes decipiens* admis par les anciens auteurs, et dans lesquels ni la soif excessive ni la profusion des urines ne mettent sur la voie de l'indication fondamentale. Quoique pendant la vie notre attention n'ait été provoquée par aucun soupçon touchant la véritable nature de l'affection, nous pouvons néanmoins affirmer qu'aucune de ces lésions fonctionnelles n'existait, à l'état grave du moins; on peut voir encore dans cette observation un exemple de l'association de la phthisie pulmonaire au diabète, association si fréquente que Bardsley et Copland paraissent tenter de la placer au nombre des symptômes de cette dernière affection, à laquelle, en considération de ce fait, ils proposèrent de donner exclusivement la dénomination de *phthisurie sucrée*. Nous nous sommes demandé depuis lors si, dans le cas qui nous occupe, la phthisie pulmonaire jouait, par rapport au diabète, le rôle d'effet ou de simple complication. Les éléments nécessaires nous manquaient pour résoudre une semblable question, et nous avons dû demeurer dans le doute. L'année dernière, un nouveau fait s'est offert à nous, dans lequel nous avons pu reconnaître avec évidence qu'une affection pulmonaire grave s'était singulièrement amendée par l'effet seul de la cessation de tout symptôme glucosurique. Nous en parlerons dans un instant.

GLUCOSURIE EXISTANT DEPUIS UNE ANNÉE ET DEMIE; GUÉRISON COÏNCIDANT AVEC L'EXPULSION D'UN TÉNIA.

OBS. II. — La femme He., de V. (Rhône), repasseuse, vint nous consulter le 17 juillet 1848. Cette femme, qui a eu plusieurs enfans bien portants, a cessé d'être réglée depuis deux ans. Lors de notre premier interrogatoire, elle n'accuse que des symptômes gastralgiques. Ce n'est qu'après avoir reçu nos prescriptions, dirigées dans le sens de cette dernière affection, qu'elle nous entretient d'une soif très-vive qui la tourmente, et qu'elle est obligée de satisfaire presque à chaque instant par des torrents de boisson. Elle urine en proportion, et nous dit se trouver souvent dans la nécessité de vider son pot de chambre huit à neuf fois dans la nuit. Ces dernières circonstances, que la malade nous indique d'une manière tout à fait accessoire, deviennent capitales pour nous. Notre examen est plus minutieux. Nous constatons de la sécheresse à la peau, un amaigrissement assez notable; il y a de l'essoufflement; le teint du visage est légèrement couperosé; les digestions sont pénibles; l'appétit est bizarre et en quelque sorte dépravé. La malade a une grande répugnance pour la viande, et ne fait usage que d'oignons, de farineux et de laitage. Constipation opiniâtre; insomnie. Les forces se perdent de plus en plus.

EXAMEN DES URINES. Les premières urines que nous avons examinées, conjointement avec M. Guillermont fils, qui, dans cette circonstance, a bien voulu nous prêter encore l'appui de son zèle et de ses lumières, étaient blanches et légèrement opaques; elles étaient alcalines et n'avaient aucune odeur urineuse. Évaporées au bain-marie et à une très-douce chaleur, elles ont été converties en cristaux du jour au lendemain, et n'ont fourni que du sucre de glucose presque tout à fait blanc; la proportion est de 12 p. 100.

Malgré toute l'instance que nous avons mise pour obliger cette femme à suivre strictement la diète animale, elle n'a pu la supporter que quelques jours. Nous lui permettons alors l'usage de quelques végétaux frais et des œufs; s'abstenir de tout aliment féculent, excepté du pain, dont elle ne peut supporter la privation; tisane de petite centaurée, dans laquelle on fait dissoudre 10 à 12 grammes de bicarbonate de soude; une cuillerée de vin de gentiane avant chaque repas.

Au bout de dix jours de ce traitement, les urines contiennent à peu près la même quantité de glucose; mais elles sont devenues moins abondantes. (Continuation du même régime; y joindre quelques pastilles de lactate de fer, cinq à six par jour.

Le 22 août, elle rend une portion de ténia cucurbitaire. Depuis ce jour la proportion des urines diminue au moins de moitié. La malade est mise à l'usage de l'écorce de racine de grenadier qu'elle prend deux fois dans la même semaine. Elle rend après la seconde dose une portion de ténia longue d'un mètre 5 cent. il nous est impossible de reconnaître la tête.

Les urines examinées à cette époque ont présenté à peu près la même quantité de sucre; mais cette substance est beaucoup plus colorée; sa teinte est couleur café au lait foncé; à l'odeur fortement urineuse, on reconnaît que les urines s'animalisent de plus en plus. La maladie est arrivée, d'après les caractères physiques et chimiques de la glucose, au début de la période de guérison.

Le même régime est maintenu jusqu'au 18 octobre, époque à laquelle nous cessons de voir la malade. Mais nous avions acquis la certitude, dès le 6 octobre, que les urines ne contenaient plus de glucose. Ayant depuis lors perdu complétement de vue cette malade, nous n'avons pu savoir si la guérison s'était maintenue (1).

Nous n'avons pas besoin d'insister sur toutes les circonstances dignes d'intérêt que présente cette observation; nous dirons seulement que les produits de sucre de glucose, recueillis à diverses reprises chez cette malade, présentent tous les caractères de transformation qui s'opèrent dans les urines sous l'influence d'un heureux traitement. Les échantillons que nous possédons et que nous avons mis sous les yeux des membres de la Société de médecine ne laissent aucun doute à cet égard. Dupuytren avait constaté aussi ces caractères. Le traitement animal, dit-il, conseillé par Rollo, a la même efficacité dans le diabète que le quinquina dans les fièvres intermittentes; sous son influence, l'urine commence par contenir de l'albumine; celle-ci disparaît au bout de quelque temps peu à peu pour faire place à l'urée, aux acides uriques et acéteux, et alors la sécrétion devient bientôt normale.

DIABÈTE SUCRÉ COMPLIQUÉ DE PNEUMONIE CHRONIQUE; ALIMENTATION EXCLUSIVEMENT ANIMALE; GUÉRISON PROMPTE ET SOUTENUE.

OBS. III. — M. Tr., instituteur à Roanne, âgé de 51 ans, a eu une sœur morte glucosurique. Il est lui-même atteint de cette affection depuis trois ans, et il a

(1) En médecine, un des premiers devoirs est de ne rien omettre des circonstances graves des faits observés, surtout lorsque les choses sont de nature à modifier les conclusions qu'on pourrait tirer. Des renseignements que nous venons de prendre nous ont appris que cette malade était morte il y a peu de jours. Voici dans quelles circonstances: depuis plusieurs mois, elle ne suivait aucun régime; des femmes de la campagne la voyant toujours languissante lui conseillèrent de boire de l'absinthe; elle en but un litre environ en plusieurs jours, et a succombé à une inflammation gastro-intestinale. On n'a pu nous apprendre si, dans les derniers temps de sa vie, elle urinait beaucoup.

Il prit alors congé de son père et se mit à étudier les *kings* (les livres canoniques); il devint par la suite gouverneur de la capitale et acquit une grande réputation (1).

41. — THSIN-SIN.

On ignore le nom de son pays natal. Dès son enfance, il se montra doué de pénétration et de capacité. Il aimait à étudier le KING-FANG-PEN-THSAO, c'est-à-dire le RECUEIL DES RECETTES DU PEN-THSAO (HERBIER MÉDICAL) confirmées par l'expérience. Dès qu'il eut étudié à fond les ouvrages de *Hoang-ti* et de *Pien-tsio*, il devint l'un des médecins les plus renommés de son temps.

42. — WANG-SOUÏ.

On ignore le nom de son pays natal. Il étudia le RECUEIL DES RECETTES CONFIRMÉES PAR L'EXPÉRIENCE, et rendit de grands services aux malades qui avaient recours à lui. Il avait acquis par l'étude une profonde connaissance de son art. Il devint l'un des médecins ordinaires du roi de Thsi.

43. — SONG-I.

Il était originaire de *Lin-tse*. Il était rempli d'humanité et d'affection pour les hommes, et avait la plus grande inclination pour l'art de guérir. Il alla trouver, dans le royaume de *Thsi*, *Chun-yn-i*, surnommé *Thaï-thsang-kong*, et étudia, sous sa direction, les CINQ MÉTHODES DU POULS et le ME LUN ou DISSERTATION SUR LES VEINES. Il devint l'un des meilleurs médecins de son temps.

44. — KONG-SIN.

Son pays natal était *Lin-tse*; il était intendant du grenier public du roi de Thsi (1). Il était né avec un goût prononcé pour la médecine (litt. les prescriptions médicinales), et il excellait dans l'application de la doctrine du pouls pour le traitement des maladies. Le roi de *Lin-tse*, jugeant que ces connaissances n'étaient pas encore assez profondes, lui ordonna d'aller étudier sous la direction de *Chun-yn-i*; il ne tarda pas à acquérir une grande réputation (2).

45. — KAO-KHI.

Il fut attaché au prince de *Tsi-pe* en qualité de médecin. Le roi, pensant qu'il n'avait pas encore assez approfondi les principes de son art, lui ordonna d'aller se placer sous la direction de *Chun-yn-i* (3). Il étudia le système des veines

(1) On ne voit pas que dans l'antiquité classique les médecins soient arrivés à de pareils honneurs.

(1) Voy. note 30.
(2) Voy. note 28.
(3) Voy. note 28.

subi à diverses reprises, mais sans persévérance aucune, plusieurs traitements. Examiné par nous le 20 septembre 1848, il offre l'état suivant :

Emaciation de squelette; la peau du visage, d'une teinte gris de plomb, adhère immédiatement aux surfaces osseuses; toux opiniâtre, quinteuse; obscurité du bruit vésiculaire au sommet du poumon gauche; retentissement de la voix. Il y a eu plusieurs hémoptysies; essoufflement. Rien à noter du côté des voies digestives. sinon l'acidité de la salive qui rougit le papier de tournesol. La quantité des urines n'excède guère la quantité normale. Ce n'est que vers le matin que M. Tr. est réveillé par le besoin de la mixtion. L'urine est peu colorée et alcaline; évaporée, elle a cristallisé, mais assez difficilement; répandue sur des charbons ardents, elle avait une odeur caramélisée. M. Tr. est soumis à un traitement exclusivement animal qu'il ne peut supporter sans dégoût; il se prive complétement de pain. (Viandes rôties, grillées; eau de Vichy pour boisson.)

Les urines, examinées quatre jours après, offrent à peu près la même quantité de sucre; mais cette fois il ne cristalise pas. La toux et les autres symptômes du côté de la poitrine se sont singulièrement amendés. Le malade repose la nuit. (Prescription : Même régime, suivi avec la plus scrupuleuse exactitude; gelée et tisane de lichen.)

Le 29, les urines sont observées de nouveau. Cette fois elles sont beaucoup plus colorées et d'une odeur fortement urineuse; elles ne se caramélisent plus sur les charbons ardents. Une certaine quantité mise en contact avec son poids d'acide nitrique, se concrétait aussitôt et paraissait fournir beaucoup d'urée; abandonnée pendant quelque temps, elle laissait déposer une poudre rougeâtre d'acide urique. Les urines avaient acquis les caractères d'une urine normale.

Le 13 octobre, le malade quitta Lyon dans un état de grande satisfaction, lorsque nous lui avons annoncé que ses urines ne contenaient plus de sucre. Il se promet de suivre encore longtemps le régime animal qui ne lui inspire encore aucune répugnance.

Depuis lors M. Tr. a suivi pendant plusieurs mois le régime indiqué; durant un mois de plus il a été soumis à l'usage du lait d'ânesse. Nous avons eu récemment l'occasion de nous assurer de l'absence complète de glucose dans les urines. Le 10 mars 1849, il nous mande qu'il a repris un peu d'embonpoint. C'est à dater de cette époque que nous lui prescrivons de reprendre le régime mixte; depuis un mois seulement il s'était remis à l'usage du pain.

DIABÈTE SUCRÉ ALTERNANT AVEC UN DIABÈTE NON SUCRÉ, SANS AMAIGRISSEMENT NI TROUBLE FONCTIONNEL NOTABLE. (Observation recueillie par M. R. CHOPPET, interne des hôpitaux.)

OBS. IV. — Marie Effantin, dévideuse, âgée de 51 ans, non mariée, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 octobre 1848 et est couchée au n° 53 des femmes du petit dôme.

Elle présente les caractères du tempérament lymphatique sanguin, avec un embonpoint assez considérable. Une toux avec oppression qui la tourmente depuis environ quinze ans est revenue depuis une semaine avec une grande intensité. Râle sibilant et ronflant dans toute l'étendue des poumons; expectoration abondante. La langue est blanche, rouge à la pointe; l'appétit nul; le pouls petit et fréquent s'accélère encore la nuit; la soif est très-vive, et cependant, au dire de la malade, l'état fébrile a diminué sa soif habituelle. Elle raconte qu'en 1823, elle se vit atteinte, sans cause connue, d'un tel besoin de boissons, qu'elle absorba bientôt 18 litres de liquide par jour. La quantité des urines rendues était beaucoup plus considérable que celle des boissons ne pouvait le faire supposer. La malade entra alors à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. de la Prades. La présence du sucre fut constatée dans les urines, dont la quantité s'élevait jusqu'à 44 litres par jour, celle des boissons restant au chiffre de 18 à 20 litres. Après un an de traitement infructueux, cette femme sortit de l'hôpital, et la persistance du diabète pendant de longues années n'altéra en rien la santé générale. Les règles, habituellement très-abondantes, ayant pris, en 1837, les caractères de métrorrhagies graves, la malade subit un traitement assez long au dispensaire, et là on constata encore la présence du sucre dans les urines. En 1841, la suppression définitive du flux menstruel exerça une grande influence sur la santé de la malade, qui prit dès ce moment un embonpoint très-notable. A dater de cette époque, une sorte d'équilibration s'établit entre les boissons et les urines, le chiffre des unes et des autres s'élevant à 24 litres par jour. Mais alors, comme par le passé, le diabète n'était pour elle qu'une incommodité.

Pendant son dernier séjour à l'hôpital qui a duré environ trois mois, la soif et les urines ont diminué. L'exploration de ces dernières, opérée à différentes reprises, n'a point fait constater la présence du glucose. A la fin de son séjour, la malade, qui buvait environ 24 litres par jour, n'a plus besoin que de 10 à 12 litres pour satisfaire sa soif, et la quantité des urines a subi une réduction proportionnelle.

Cette observation prouve que l'on peut guérir de la glucosurie et conserver le diabète simple. Ce phénomène s'explique sans doute par l'hypertrophie rénale devenue une lésion persistante. Ce fait, en second lieu, rentre dans l'ordre des cas rares où l'on a vu des diabètes se prolonger pendant de longues années sans avancer sensiblement le terme naturel de l'existence.

Quoique ce travail, comme on peut le voir, n'ait qu'un but purement clinique, l'auteur ne peut cependant s'abstenir tout à fait de jeter un coup d'œil sur la théorie physiologique de la glucosurie; cette donnée n'étant point sans importance pour le traitement. Cet examen devient, à l'heure présente surtout, d'un puissant intérêt, puisque les expériences si curieuses de notre savant ami et compatriote Bernard, professeur au collège de France, tendraient, si elles étaient confirmées universellement, à changer en entier les idées actuellement reçues touchant la nature du diabète. Il résulte en effet des expériences de ce physiologiste, qu'on modifie presque instantanément la constitution des urines, et qu'on y fait apparaître le sucre, en blessant avec un instrument piquant, avec la pointe d'une aiguille, une certaine partie du plancher du quatrième ventricule du cerveau. Grâce à la faveur, ou disons mieux, à l'engouement qui s'attache à toute découverte nouvelle et surprenante, on s'est hâté de tirer de ces faits des conclusions prématurées, on a voulu faire remonter à une lésion du cerveau l'origine de la glucosurie. Dans le catalogue des personnes atteintes de cette affection, on n'a retrouvé que des savants épuisés par des études trop prolongées, et des hommes d'une organisation forte, mais délicate, surexcités par une activité exagérée ou par des contrariétés excessives (voir dans la PRESSE du 16 avril le compte rendu de l'Académie des sciences). Ceci n'est que de l'exagération; et si l'auteur de cette statistique n'était point aussi complétement étranger à la clinique médicale, il n'aurait point oublié d'énumérer au nombre des victimes de cette maladie les artisans et les gens de la campagne.

Sans vouloir nier la part que peut avoir dans la production du diabète, maladie de nature asthénique, un épuisement du système nerveux, on ne peut s'empêcher d'admettre que le rôle capital dans la production de cette maladie ne soit joué par les organes digestifs. La méthode de traitement jusqu'à ce jour la plus efficace en est une preuve péremptoire. La théorie physiologique qui satisfait alors le plus l'esprit, en se fondant sur une masse imposante de faits, est celle de la *catalyse*. Ce mode d'action dont nous ne pouvons nous rendre raison dans ses détails, et qui se trouve placé, comme le dit Burdach, sur l'extrême limite de notre chimie, n'a lieu presque exclusivement que par rapport aux produits organiques, par exemple dans la conversion de l'amidon en gomme et en sucre par les acides

---

et des artères, les points où il faut appliquer l'aiguille médicale, ainsi que l'art d'employer la pierre aiguë pour la puncture et le moxa. Au bout d'environ un an, ces différentes branches de la médecine lui devinrent familières, et par là il s'acquit une grande réputation.

46. — WANG-YN.

Il était le principal médecin du prince de *Tsi-pe*. Le roi, trouvant aussi qu'il ne s'était pas assez perfectionné dans son art, lui ordonna d'aller étudier sous *Chun-yn-i* (1). Au bout de quelques années, il acquit une connaissance complète de la médecine, et devint bientôt l'un des praticiens les plus renommés de son temps.

47. — THANG'-AN.

Il était originaire de *Lin-tse*. Ses paroles et sa figure respiraient la modestie et la gravité, et ses manières étaient empreintes de douceur et de distinction. Son goût pour la médecine le porta à aller étudier sous *Chun-yn-i*; il devint l'un des médecins ordinaires du roi de Thsi.

(1) Voy. note 28. Par cette notice, il semble qu'il y avait quelques maîtres *officiels*, et par conséquent quelque enseignement public; mais on doit admettre qu'il n'y avait rien de fixe à cet égard, et que le caprice des élèves, ou si l'on aime mieux la renommée de certains médecins, étaient les seules causes de la fréquentation d'un maître plutôt que d'un autre. Voyez la notice suivante.

48. — THON-SIN.

On ignore le lieu de sa naissance. Il était doux, modeste et passionné pour l'étude. Il étudia la médecine et se mit sous la direction du médecin *Chun-yn-i* qui lui enseigna les cinq méthodes de la doctrine du pouls, exposée dans le ME-KING (*venarum liber*) (1). Il se rendit célèbre sous la dynastie des *Han*.

49. — HIOUEN-SON.

Il était originaire de *Ho-kien*. Il vendait dans le marché de la ville des pilules dont la base était le *pa-teon* (croton tiglium) (2).

Le roi de *Ho-kien*, qui était atteint d'obstructions, ayant pris la médecine de *Hiouen-son*, rendit plusieurs dizaines de serpents (*sic*) (3), et se trouva guéri sur-le-champ.

Le roi voyant que *Hiouen-son*, lorsqu'il marchait exposé aux rayons du soleil, ne projetait aucune ombre (*sic*), lui donna sa fille en mariage. Mais son gendre s'enfuit pendant la nuit, et alla se cacher sur le mont *Tchang-chan*.

(1) Voy. la partie bibliographique.

(2) Cette manière d'agir n'était pas faite pour relever beaucoup la dignité médicale, et cependant on voit qu'en Chine les médecins étaient très-honorés; il ne s'agit pas seulement ici de *simples*, mais bien de médicaments composés; ainsi pas plus qu'en Grèce on n'avait de *pharmaciens* proprement dits.

(3) Sans doute des vers.

affaiblis, dans la fermentation qui convertit le sucre en alcool et en acide carbonique à l'aide de la levure de bière, dans la germination pendant laquelle la diastase produite transforme l'amidon en dextrine et en sucre, et fait preuve d'une action tellement énergique qu'il n'en faut qu'une seule partie pour décomposer ainsi mille parties d'amidon. Il existe entre cette dernière substance et le sucre une corrélation bien déterminée: un grand nombre d'actions chimiques, n'ayant d'autre effet que de modifier la direction des attractions élémentaires de l'amidon, transforment ce corps en sucre de raisin (1). Cette théorie, comme nous l'avons remarqué, trouve dans la thérapeutique du diabète une puissante confirmation. Les estimables travaux de M. Bouchardat ont fait ressortir avec la dernière évidence tous les avantages qu'on retirait en supprimant chez les diabétiques les boissons et les aliments sucrés ou féculants qu'ils prenaient auparavant. Toute la thérapeutique de la glucosurie ne réside point sans doute dans cette indication, mais on ne peut nier que ce ne soit une des plus journellement applicables.

Si, comme nous l'avons dit précédemment, il faut dans la cure du diabète donner une large part au côté chimique de la vie, l'expérience ne tarde pas à démontrer aussi que toutes les indications fondamentales ne résident point de ce côté. Comme nous l'avons pu voir, on arrive à la glucosurie sous l'influence de causes différentes. Une alimentation composée de matériaux de mauvaise qualité, l'abus des féculents, et, d'une autre part, les excès de table, un régime fortement azoté provoquant à la boisson, peuvent amener le diabète. Nous avons vu récemment un exemple de ce dernier cas. Ceci établi, on devra instituer pour chaque malade une diététique différente; à l'un vous prescrirez le régime animal seul; vous lui recommanderez de faire choix plus particulièrement d'aliments contenant de l'azote et des sels phosphoriques. Vous insisterez auprès des seconds malades sur l'importance qu'il y a pour eux de substituer à leur régime excitant des aliments d'une nature plus simple composant la diète végétale et douce. Nous ne pensons même pas que dans ce dernier cas l'ingestion de quelques aliments féculents soit beaucoup à redouter. Ce qui est fondamentalement nuisible c'est la persévérance dans le même régime, les mêmes habitudes alimentaires. On a vu des malades diabétiques, et Pinel en cite des exemples, parvenus au dernier degré, après avoir épuisé toutes les ressources de l'art, recouvrer la santé en séjournant à la campagne, en se livrant à un exercice régulier et en insistant autant sur le régime végétal que sur toute autre substance. Contrairement aux préceptes posés par certains auteurs, la pratique nous démontre qu'il est très-difficile de fixer longuement les malades au régime purement animal. En ceci la clinique est conforme aux données que nous fournit surabondamment la physiologie touchant la nécessité du régime mixte pour la santé de l'homme. Un de nos malades a pu, pendant plusieurs mois, ne manger que de la viande, s'abstenir même de pain, mais c'est une exception. Avant tout il faut ménager et utiliser les forces de l'estomac et ne lui donner que des aliments qu'il puisse aisément supporter. Comme l'observe judicieusement M. Rochoux, quelque pressante que soit l'indication d'introduire une grande quantité d'azote dans l'économie, elle ne peut passer avant celle de procurer ces bonnes digestions sans lesquelles le malade est privé du premier des médicaments, un chyle réparateur.

(1) Voy. Burdach, t. IX, p. 557, et Liebig, CHIMIE ORGANIQUE, etc., p. 80.

Les médicaments, combinés au régime, remplissent quelquefois des indications qui échappent à ce dernier. Ainsi les amers, le quinquina, les martiaux, sont d'une utilité incontestable lorsqu'il y a un grand affaiblissement de tout le système et des phénomènes dyspepsiques. Les astringents, et particulièrement le petit-lait fortement aluminé, conviennent dans les cas où la profusion des urines est effrayante, où tous les tissus du corps humain disparaissent dans la colliquation. Dans un petit nombre de cas, et c'est surtout ce qu'il est important de faire ressortir, la cure du diabète est subordonnée à l'accomplissement de quelques indications particulières tout à fait indépendantes du régime, et sur lesquelles une médication générale n'aurait aucune prise. Ainsi l'expulsion d'un ténia fut pour une de nos malades la condition de sa guérison. Il existait certainement dans ce fait un rapport de causalité entre l'existence de l'helminthe et la glucosurie. Le ténia aurait-il déterminé la production dans l'estomac de la diastase? C'est une question qu'on se pose sans pouvoir la résoudre.

Dans les circonstances où la cause déterminante du diabète se trouve dans une répercussion, dans l'impression du froid, le corps étant en sueur, les bains et les douches de vapeur constitueront la majeure méthode de traitement. C'est dans ce cas aussi que les exutoires et les vésicants pourront rendre quelques services.

Dans un très-grand nombre de circonstances, les boissons alcalines, et entre autres l'eau de Vichy, auront une remarquable efficacité, lorsque les digestions seront pénibles, accompagnées de renvois acides, qu'il y aura, en un mot, un cortége de symptômes dyspepsiques. Elles seront un adjuvant salutaire dans les circonstances où le médecin sera appelé à prescrire le traitement animal strict, l'usage exclusif des viandes conduisant à la longue à une plus grande proportion d'acides dans l'économie.

Nous terminerons par un dernier conseil, qui peut de prime abord paraître futile, mais qui en somme, comme l'expérience nous l'a démontré, peut avoir une influence réelle pour la cure du diabète. Il rentre d'ailleurs dans les applications si préconisées de la médecine morale dans les maladies de long cours. Chez la plupart des diabétiques, il existe du découragement, une profonde tristesse. L'esprit semble se mettre à l'unisson de l'affaiblissement progressif de l'organisme. Or, lorsque le médecin se livre à l'étude des urines glucosuriques, qu'il sait journellement les proportions de matière sucrée qu'elles renferment, s'il arrive, pendant le cours du traitement, à constater une diminution notable de celle-ci, il doit en prévenir le malade et le mettre à même de s'en rendre compte comparativement, en plaçant sous ses yeux ce que nous pourrions appeler les *pièces de conviction*. En suivant cette conduite dans l'occasion que nous avons mentionnée, on peut arriver non-seulement à relever un moral abattu, mais aussi à encourager le malade à persévérer longuement dans l'observance du régime si important, mais d'une autre part si pénible à suivre. Le diabétique puise dans cette pratique des gages d'espoir; il peut se convaincre que ses longues privations ne seront point infructueuses.

---

50. — TCHANG-PE-TSOU.

Il était originaire de *Nan-yang*. Il était doué d'un caractère grave et modeste; il avait un goût prononcé pour les recettes médicales. Il excellait surtout à reconnaître les symptômes qui résultent de l'état du pouls, et guérissait avec facilité toute sorte de maladies. Il obtint l'estime des hommes de son temps.

Tchang-tchong-king suivit ses leçons et l'adopta pour maître.

51. — TCHANG-KI.

Son titre honorifique était *Tchong-king;* il était natif de *Nan-yang*, et avait eu pour maître *Tchang-pe-tsou*. Il effaça par son savoir tous les médecins de son temps.

Ayant obtenu le grade de docteur ès lettres, il devint gouverneur de *Tchang-cha*.

Dans la période *Kien-gan*, on vit éclater des fièvres qui enlevaient les sept dixièmes des malades (1). *Tchang-ki* les traita d'après la méthode exposée dans l'ouvrage intitulé NEI-KING (de l'empereur *Hoang-ti*), et en sauva un nombre immense. Il publia un traité en vingt chapitres, contenant 397 procédés médicaux et 113 recettes.

(1) Voilà la seconde mention d'une épidémie; mais on ne saurait déterminer, du moins actuellement, de quelle nature elles étaient.

Cet ouvrage est le premier où l'on ait publié des prescriptions médicinales. Il guérissait, avec une habileté qui tenait du prodige, les malades qu'on lui amenait. Les docteurs des siècles suivants s'appuient constamment sur ses ouvrages, et l'appellent encore *I-ching*, c'est-à-dire le coryphée des médecins. Il existe en outre un ouvrage intitulé KIN-KOUEI-FANG (litt. les recettes du tiroir d'or) qui offre la tradition de ses principes.

52. — FEOU-ONG.

Il était originaire de *Kouang-han*. Comme il pêchait habituellement sur les bords de la rivière *Feou*, il avait reçu le surnom de *Feou-hong*, c'est-à-dire le vieillard de la rivière *Feou*. Il excellait dans l'acupuncture, et guérissait par ce moyen un grand nombre de malades. Il a publié deux ouvrages qui sont parvenus jusqu'à nous, savoir le TCHING-KING, ou traité de l'acupuncture, et le ME-FA, ou système du pouls. Un de ses disciples, nommé *Tching-kao*, n'obtint qu'après de longues années la communication de sa méthode particulière. Celui-ci, à son tour, la tint secrète, et ce ne fut point par lui qu'elle fut révélée au public.

53. — KOUO-YU.

Sous le règne de l'empereur *Ho-ti*, des *Han*, il était président du conseil des médecins.

Un jour, l'empereur, afin de le mettre à l'épreuve, ordonna à deux de ses con-

CLINIQUE MÉDICALE.

DES DIVERSES MÉDICATIONS EMPLOYÉES DANS LES HÔPITAUX, ET DES RAPPORTS NUMÉRIQUES DES GUÉRISONS ET DE LA MORTALITÉ AVEC CES MÉDICATIONS.

Hospice de la Salpêtrière.

L'extrême gravité de l'épidémie à l'hospice de la Salpêtrière, jointe à d'autres considérations d'une haute valeur, telles que le caractère spécial de l'établissement et des maladies qui y sont traitées, donnent une importance nouvelle à la thérapeutique suivie dans cet hospice. En effet, la Salpêtrière est l'établissement nosocomial le plus considérable de la capitale; la population est une population à part, composée de vieillards, de sujets infirmes ou atteints d'affections chroniques, d'épilepsie, enfin d'aliénées; en un mot d'organisations dans les conditions de santé les plus fâcheuses.

Le nombre même des habitants de l'hospice, qui dépasse cinq mille, s'ajoute, comme nouvel élément de prédisposition, à tous ceux qui ont dû, tout inconnus qu'ils nous sont restés, favoriser le développement de la maladie. Et cependant la distribution des salles, très-sainement et commodément disposées, principalement dans les bâtiments neufs, où l'épidémie n'a pas fait moins de ravages que dans les anciennes salles, l'administration parfaite des services, et la composition du personnel médical, formé de praticiens connus depuis longtemps, et jouissant d'une considération justement méritée : toutes ces circonstances sont des neutralisants puissants qui auraient pu balancer jusqu'à un certain point les accidents déterminés par les conditions défavorables précédemment indiquées.

Ajoutons néanmoins que par sa position excentrique, en parfaite aération, l'étendue considérable des terrains qu'il occupe, l'hospice de la Salpêtrière ne saurait être considéré comme portant en lui-même les causes de l'épidémie grave dont il a été le théâtre. L'encombrement seul, et le très-grand nombre des malades joint à la classe spéciale des organisations détériorées des sujets, sont à nos yeux les conditions que l'on peut considérer, sans aucune contestation, comme ayant favorisé au moins le développement vraiment effrayant de l'épidémie.

Quoi qu'il en soit, le service médical est représenté, comme nous l'avons déjà dit, par des médecins d'un vrai mérite et au courant des acquisitions les plus modernes de la science. Les doctrines qui les dirigent et les méthodes qu'ils ont employées, à quelques exceptions près que nous ferons connaître, n'offrent rien qui les caractérise comme systèmes ni comme méthodes spéciales. Ils offrent dans leur ensemble une même réunion de lumières, un même désir d'arriver à la connaissance de la vérité. Les médications mises en usage par ces praticiens, et qui se résument principalement, pour la plupart, dans l'emploi des excitants, des astringents et des narcotiques, offrent tout au plus des nuances personnelles qui ressortiront de l'analyse à laquelle nous allons nous livrer.

Le caractère le plus général de leurs idées est de considérer le choléra au point de vue de l'observation comme une maladie *sui generis*, offrant des causes, des indications, des altérations spéciales et réclamant aussi un traitement spécial. Chacun d'eux a cherché à profiter des moindres résultats, pourvu qu'ils fussent établis par la science et l'expérience.

Les services de la Salpêtrière sont au nombre de huit. Nous passerons d'abord en revue les deux services de l'infirmerie où ont été traitées le plus grand nombre de cholériques, puis les services spéciaux, et enfin le service de chirurgie, où il s'est manifesté aussi un assez grand nombre de cas.

Voici en quelques mots le résumé des diverses médications employées par les médecins qui les dirigent.

M. NATALIS GUILLOT.

Au commencement de l'épidémie, M. Natalis Guillot a employé, comme presque tous ses collègues de la Salpêtrière, les réchauffants et les excitants : bains d'air chaud, thé, punch, infusions aromatiques, etc. Il a bientôt renoncé à cette méthode, non qu'elle ne lui ait pas paru bonne et rationnelle au fond, mais dans l'espoir de trouver mieux si c'était possible. Nous reproduirons dans leur ordre chronologique les diverses médications qu'a successivement essayées M. Guillot, en faisant connaître au fur et à mesure les effets qu'il croit pouvoir leur attribuer.

PREMIÈRE MÉDICATION.—Riz laudanisé, cataplasmes sur le ventre, lavements avec le diascordium ou le ratanhia, et préalablement bains d'air chaud, dans les cas algides : telle est la méthode que M. Natalis Guillot a mise le plus souvent en usage. Elle lui a paru toujours suffire dans les cas ordinaires ou de moyenne intensité. Quelquefois même il s'en est tenu à une médication plus simple encore, aux cataplasmes sur le ventre et aux lavements d'eau de guimauve.

Mais pour les cas graves il a senti la nécessité de recourir à des moyens plus actifs; ce sont ceux qui constituent la seconde médication.

SECONDE MÉDICATION. — Bains d'air chaud; potion excitante composée comme il suit :

Julep.	125 grammes.
Sulfite ammoniacal. .	2 —

A prendre une cuillerée toutes les dix minutes.

Un quart de lavement d'eau de guimauve avec 1 gramme de sulfite ammoniacal toutes les demi-heures, ou bien toutes les heures un grand lavement poussé avec force dans l'intestin et contenant 4 grammes de sulfite ammoniacal.

Toujours les cataplasmes sur le ventre.

M. Guillot dit s'être très-bien trouvé de l'usage du sulfite ammoniacal, qui lui a paru avoir le double avantage d'arrêter très-promptement la diarrhée et d'agir comme un puissant diaphorétique à la manière du sous-acétate d'ammoniaque. Voici sur quoi il s'est fondé pour adopter l'usage de ce médicament. S'il est vrai, comme quelques médecins inclinent à le croire, que le choléra soit le produit d'une sorte de fermentation, la première idée qui dut venir à l'esprit, était de recourir à l'emploi d'une substance capable d'arrêter cette fermentation. Or le sulfite ammoniacal jouit précisément, à un très-haut degré, de cette propriété; il suffit de le mêler à des doses extrêmement minimes, à un 10/000, par exemple, avec des substances fermentescibles, pour arrêter immédiatement la fermentation. Cette idée de l'emploi du sulfite ammoniacal lui a été communiquée par M. Pelouze qui a mis lui-même à sa disposition du sulfite préparé dans son laboratoire.

TROISIÈME MÉDICATION. — Pour satisfaire à la même idée, M. Guillot a

---

cubines (qui étaient enceintes et dont les mains étaient fort belles), de se mêler au milieu d'une multitude de femmes.

Kouo-yu tâta le pouls à une des mains de ces deux femmes, et comme l'empereur lui demandait quelle était leur maladie, il répondit : Chez l'une le principe *in* (femelle) domine à gauche; chez l'autre le principe *yang* (mâle) domine à droite : d'où je conclus que l'une est enceinte d'une fille et l'autre d'un garçon (1). Cela est aussi évident pour moi que si je voyais deux enfants de sexe différent.

L'empereur fut rempli d'admiration, et le combla d'éloges.

54. — TCHIN-KIEN.

Il était originaire de *Tang-yang*. Son père avait la charge de *tchang-sse*. Comme il aimait à se livrer aux pratiques des *Tao-sse*, il refusa d'entrer en charge. Il étudia leur manière de *respirer* (*litt.* conduire le souffle de la respiration) et de vivre pour prolonger sa vie. Il opérait des cures merveilleuses. Il finit par renoncer à l'usage des grains et des aliments cuits.

Il semblait voler en marchant; tantôt il venait, tantôt il s'en allait. Il vécut ainsi pendant deux cents ans (?), puis enfin il disparut entièrement, sans qu'on pût deviner où il était passé. (Extrait de l'HISTOIRE DES IMMORTELS.)

(1) Il y a là un nouveau rapprochement avec la médecine grecque, plus net encore que celui signalé dans la note 7. Cette identité de doctrine pourrait à la rigueur s'expliquer par cette considération, que le côté gauche est partout considéré comme le côté faible, et qu'il l'est en réalité.

55. — THON-TON.

On ignore de quel pays il était. Il avait étudié sous *Tchong-king*, et possédait de vastes connaissances. Il avait un air grave et modeste, et se montrait indifférent aux éloges des hommes. Il aimait à secourir ses semblables. Ayant obtenu la communication des recettes secrètes de son maître *Tchong-king*, il acquit parmi les savants de son temps une brillante réputation.

56. — WEI-TCHIN.

C'était aussi un disciple de *Tchong-king*. Il est auteur de plusieurs ouvrages, qui lui ont procuré de son temps une grande réputation, savoir : 1° SSE-HI-SAN-POU-KIONE-KING; 2° FOX-JIN-TAI-KANG, c'est-à-dire sur la grossesse; 3° SIAO-ENL-LOU-SIN-KING, c'est-à-dire sur l'état du crâne dans l'enfant avant sa naissance (1).

STANISLAS JULIEN (de l'Institut).

(La suite prochainement.)

(1) Voilà la première mention de l'embryogénie. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point dans la partie dogmatique.

essayé aussi, dès le début de l'épidémie, les préparations mercurielles. Il a prescrit le calomel de la manière suivante :

Toutes les dix minutes il faisait prendre à chaque malade un paquet composé de

Calomel.	0,50	centigrammes.
Sucre.	2	grammes.

Deux heures ordinairement après l'administration successive de ces doses élevées de calomel, les gencives étaient bordées d'un liséré rouge; on cessait l'emploi du médicament sitôt que ce signe apparaissait. Les malades pouvaient prendre ainsi quelquefois jusqu'à 4 grammes de calomel en quelques heures. Les boissons d'eau de gomme ou de riz complétaient la médication. Son effet le plus constant a été d'arrêter avec une extrême promptitude, presque immédiatement, la diarrhée, sans même qu'il ait été nécessaire de recourir à l'emploi des lavements. M. Guillot en a retiré de très-bons résultats dans des cas très graves, considérés comme désespérés. Toutefois, cette médication ne lui a paru avoir quelques chances de succès que chez les personnes jeunes; elle n'a eu aucun effet chez les vieillards. La salivation n'a été intense que chez des personnes âgées de plus de 40 ans.

Ces doses de mercure ayant paru considérables, M. Guillot les a diminuées et remplacées par des doses de 1 décigr. L'effet a été plus lent, mais l'action du calomel, quoique plus faible, a encore été utile.

Cette médication, du reste, comme tout le monde le sait, n'est pas nouvelle; elle est empruntée aux médecins anglais, et notamment à Annesley, qui en a fait un grand usage en 1831.

M. Guillot a eu recours aussi, dans quelques cas, aux lavements mercuriels, composés avec de l'onguent mercuriel à la dose de 1 gramme émulsionné avec de l'eau de guimauve. Ces lavements ont produit d'excellents effets contre la diarrhée.

Les émissions sanguines, soit générales, soit locales, à l'anus ou à l'épigastre, les ventouses scarifiées sur le ventre et derrière les oreilles, ont été quelquefois employées, mais seulement à titre d'adjuvants, chez les personnes pléthoriques, robustes, et dans les cas de congestions cérébrales, qui ont été observées d'ailleurs assez fréquemment.

Les bains ont également paru des moyens adjuvants très-utiles, moins dans la période algide qu'au commencement de la période de réaction. On a employé les bains sinapisés, sans trop de résultats, dans la période algide. Au commencement de la période de réaction, c'étaient les bains savonneux qui étaient le plus souvent employés.

En résumé, il n'a pas paru à M. Guillot que l'on pût proposer une médication d'une manière générale dans le choléra; il pense que les indications générales peuvent rendre utiles certains ordres de moyens qui, bien que différents en apparence, produisent en définitive le même résultat. Ainsi toutes les médications qui ont été employées dans son service, quelque variées qu'elles aient été, ont toujours tendu au même but, réchauffer les malades, provoquer la réaction, arrêter la diarrhée et les vomissements. Ce qui est le plus important à ses yeux, c'est la continuité des soins; la présence constante des médecins auprès des malades, si elle était possible, leur permettrait de saisir certains indices à l'aide desquels toute médication pourrait être très-heureusement modifiée à l'avantage des malades. Ainsi certaines saignées faites précisément au moment de la réapparition du pouls, soit à l'anus, soit à la veine, lui ont paru produire des effets excellents dans des cas où quelques instants auparavant on n'eût pas même songé à les prescrire. Telles diarrhées, par exemple, qui avaient opiniâtrément résisté aux lavements de ratanhia, ont cédé presque instantanément aux lavements d'onguent mercuriel, et *vice versa*. Telles malades auxquelles on avait prescrit la tisane de riz laudanisée se trouvaient beaucoup mieux lorsqu'on la remplaçait par de l'eau de Seltz avec du sirop de groseille; telles autres qui n'avaient retiré aucun effet des médicaments, ont éprouvé une amélioration subite du moment où on les a plongées dans un bain.

En somme, l'efficacité du traitement du choléra, sauf la gravité extrême des cas, lui a paru dépendre surtout de la perspicacité du médecin et des inspirations qu'il a pu recueillir au lit du malade.

En général, les succès sont beaucoup plus nombreux actuellement qu'au commencement de l'épidémie; la marche de la maladie est plus lente ainsi que celle de la convalescence.

Nous ne terminerons pas cet aperçu du service de M. Natalis Guillot sans mentionner une tentative qui n'a pas été sans quelque retentissement; nous voulons parler de l'essai de l'homœopathie.

Au commencement de l'épidémie, alors que les cas étaient d'une extrême gravité et presque tous mortels, l'administration des hôpitaux, sur une demande faite au ministre de l'intérieur, avait consulté une commission de médecins sur l'opportunité qu'il pourrait y avoir à faire quelques essais des traitements homœopathiques. La commission ayant répondu que l'homœopathie ne constituait pas un art spécial, qu'il n'y avait par conséquent ni à défendre ni à prescrire l'emploi des médicaments à telle ou telle dose, et qu'il était parfaitement licite aux chefs de service d'employer, sous leur responsabilité, telle méthode de traitement, tels médicaments, et à telles doses qu'il leur paraîtrait convenable, M. Guillot crut devoir, vu la gravité des circonstances, faire appel à l'homœopathie. Il pria un de ses confrères de venir administrer lui-même les médicaments homœopathiques préconisés contre le choléra; il soumit, sous sa responsabilité, à l'emploi de ces remèdes sept malades jugés par lui désespérés, et qui, suivant toutes les apparences, n'auraient retiré aucun résultat avantageux de l'emploi des médications ordinaires.

On administra successivement à ces malades, le même jour, l'arsenic, la noix vomique, le charbon et la brione, à la vingtième dilution. Le lendemain ces sept malades avaient péri. Les expériences ne furent pas poussées plus loin; elles parurent suffire pour prouver, d'une part l'inefficacité du traitement, d'autre part la bonne volonté avec laquelle il eût été accueilli s'il s'était montré supérieur aux autres traitements. M. Natalis Guillot se plaît d'ailleurs à rendre hommage au zèle et au dévouement avec lequel son confrère s'est prêté à ces expériences.

Enfin, pour terminer la série des moyens mis en usage par ce médecin, nous mentionnerons seulement le haschisch et le chloroforme, dont les essais lui ont paru trop peu satisfaisants pour qu'il y ait insisté.

M. BARTH.

Trois ordres de moyens principaux ont été mis en usage dans le service de M. Barth, soit isolément, soit simultanément, suivant que les phénomènes auxquels chacun de ces moyens s'adresse, prédominaient à l'exclusion des autres, ou qu'ils se manifestaient en même temps et s'élevaient au même degré d'intensité. Ces moyens sont :

1° Contre les vomissements et la diarrhée, les astringents et les opiacés d'abord, si ces symptômes ont peu d'intensité (lavements laudanisés et la tisane de riz avec sirop de coing et laudanum). M. Barth employait à peu près exclusivement ce moyen au début de l'épidémie, soit contre la diarrhée prodromique simple, soit contre les évacuations qui se manifestent au début de la maladie. Mais n'ayant pas tardé à reconnaître l'insuffisance des opiacés, il a adopté depuis l'emploi du nitrate d'argent en potion contre les vomissements, et en lavements contre les évacuations alvines.

Le nitrate d'argent est prescrit, dans le premier cas, en potion, à la dose de 0,5 centigrammes dans 125 grammes d'eau distillée. Dans le second cas, il prescrit des lavements d'eau distillée contenant de 15 à 20 centigr. de nitrate d'argent.

M. Barth a remarqué qu'en général la potion au nitrate d'argent était assez bien supportée, sauf quelques cas cependant où les malades l'ont rejetée immédiatement chaque fois qu'on a essayé de la leur administrer. Dans les cas les plus ordinaires, où la potion était supportée, elle a généralement arrêté les vomissements avec assez de promptitude.

Quant aux lavements, ils ne lui ont jamais paru avoir aucun inconvénient, et ils ont presque constamment réussi à arrêter la diarrhée, sinon le premier, tout au moins le second jour. Il a rarement été obligé de les continuer plus de deux jours.

Depuis qu'il a constaté l'efficacité de ce moyen, il a à peu près complétement renoncé aux lavements laudanisés, et il emploie à peu près constamment les lavements au nitrate d'argent, soit dès le début de la maladie, soit même contre la cholérine ou les simples diarrhées qui lui paraissent être sous l'influence de l'épidémie.

Bien que nous ayons constaté l'efficacité et la rapidité avec lesquelles les lavements au nitrate d'argent arrêtent la diarrhée dans la plupart des cas, nous devons ajouter toutefois qu'ils ne mettent pas toujours les malades à l'abri des récidives. Nous avons vu, entre autres malades chez qui la diarrhée s'est reproduite après qu'elles avaient quitté les salles de l'infirmerie comme convalescentes, une femme qui, traitée déjà deux fois par cette médication, est rentrée une troisième fois avec une diarrhée abondante, qu'il a fallu de nouveau combattre par le même moyen.

2° Dans la période algide, M. Barth a successivement eu recours à deux ordres de moyens qui lui ont paru devoir agir d'une manière spéciale sur l'état du sang. Ces moyens sont le haschisch et les préparations salines.

Il a administré le haschisch à l'état d'extrait alcoolique, à la dose de 15 centigr., suspendu à l'aide d'un jaune d'œuf dans une potion.

Quant au sel, voici comment il l'a employé :

Il l'a donné en potion et en lavement.

La potion est composée comme suit :

Prenez :	Sel marin.	15	grammes.
	Sirop diacode.	30	—
	Eau de menthe.	30	—

Les lavements sont composés de 15 grammes de sel dans de l'eau ordinaire.

Enfin, comme moyen d'exciter la réaction et d'agir sur les fonctions perspiratoires de la peau, M. Barth prescrit la potion diaphorétique suivante :

Prenez : Eau de menthe . . . . . . 30 grammes.
Alcoolé de mélisse. . . . . 30 —
S.-acét. d'ammoniaque, de 10 à 15 gr.
Sirop d'écorce d'oranges. 15 grammes.
Éther . . . . quelques gouttes.

Dans la réaction, M. Barth fait pratiquer, suivant l'indication, une ou plusieurs saignées et applique quelques révulsifs cutanés.

M. FALRET.

M. Falret, après avoir essayé, dans la première période de l'épidémie, toutes les médications préconisées qui lui paraissaient susceptibles de quelques chances de succès, telles que le punch, la glace, les bains sinapisés, etc., sans en avoir obtenu de résultats satisfaisants, s'est arrêté à la méthode suivante dont il avait déjà constaté les avantages lors de l'épidémie de 1832, tant à la Salpêtrière qu'au Grenier-d'Abondance, dont il partageait, à cette époque, le service avec M. Rostan.

Dans la *cholérine* ainsi que dans la *période prodromique* du choléra, lorsque les symptômes sont légers, M. Falret se borne à l'emploi de l'eau de riz ou des infusions aromatiques laudanisées et des lavements amidonnés. A un degré plus prononcé, il prescrit les lavements laudanisés.

Si ces premiers moyens ne suffisent pas pour arrêter la diarrhée, il conseille les lavements au ratanhia; et, enfin, si elle résiste encore, les lavements au nitrate d'argent, à la dose de 15 centigrammes, auxquels il est rare qu'elle résiste. Dans quelques cas même où la diarrhée se montre dès le début avec une très-grande intensité, il a recours d'emblée à ce dernier moyen.

Lorsque à la diarrhée se joignent des envies de vomir, il ajoute aux moyens qui précèdent l'usage de la potion de Rivière.

Si la maladie s'annonce avec une certaine intensité, que l'invasion du choléra paraissant imminente, il juge nécessaire d'agir par un moyen perturbateur, il prescrit un vomitif, l'ipécacuanha, d'après la même indication qui fait recourir à l'emploi de ce moyen dans la dyssenterie. Il cherche enfin à réchauffer les malades, s'ils commencent à se refroidir, et pratique quelques évacuations sanguines s'il se manifeste des symptômes de congestion locale.

M. Falret a employé quelquefois, dans les mêmes circonstances, le calomel à la dose de 7 à 8 grammes (35 à 40 centigr.) et les cataplasmes émollients sur le bas-ventre. Ce dernier moyen, dont les bons effets ont été constatés par beaucoup de praticiens et par M. Falret lui-même, lorsque le ventre est le siége de douleurs plus ou moins vives, a été remplacé avec avantage, dans quelques cas, par l'application d'une sorte de bassinoire en cuivre, qui fait partie des appareils à fumigation employés dans les hôpitaux, remplie d'eau chaude. Cette bassinoire, promenée sur le ventre et portée alternativement sur tous les points douloureux, a été d'une grande efficacité pour faire cesser ces douleurs et ce sentiment si pénible de barre ou de constriction épigastrique que ressentent les malades. M. Falret nous a dit avoir eu beaucoup à se louer de l'emploi de ce moyen chez son fils qui en a éprouvé, chaque fois qu'on l'a mis en usage, un très-grand soulagement.

Dans le *choléra* confirmé, M. Falret emploie les mêmes moyens, ou du moins des moyens analogues, mais d'une manière plus active et plus persévérante, en raison de la plus grande intensité des symptômes. Ces moyens sont : les sinapismes promenés sur toutes les parties du corps; les bains sinapisés; quelquefois les boules d'eau chaude tout autour du corps et jusqu'autour du cou, immédiatement au-dessous de la tête, afin d'agir le plus près possible des centres nerveux; les frictions sèches ou avec des liniments alcooliques aromatisés; et enfin les potions éthérées ou des potions excitantes avec addition de sous-acétate d'ammoniaque, de 15 à 20 grammes, et de 20 à 25 gouttes de laudanum.

Tel est l'ensemble des moyens généraux qu'emploie M. Falret. Il emploie quelquefois, en outre, suivant les circonstances des moyens particuliers propres à remplir certaines indications spéciales.

Par exemple, il pratique parfois, dans la période cyanique, de petites saignées rapprochées de 1 à 2 onces, deux ou même trois fois dans la journée, pour donner en quelque sorte un coup de fouet à la circulation.

Pour combattre les vomissements, lorsque la potion de Rivière s'est montrée insuffisante, M. Falret a eu recours à une solution aqueuse de 5 centigr. de nitrate d'argent. Dans les vomissements persistants, les vésicatoires à l'ammoniaque ont mieux réussi que les potions en question.

La diarrhée a été combattue, comme la cholérine ou la diarrhée prodromique, par les lavements au ratanhia et par les lavements au nitrate d'argent, dans les cas les plus opiniâtres.

Les crampes ont été traitées par les frictions sèches, par les sinapismes, par les applications de compresses trempées dans le chloroforme et laissées en place pendant vingt minutes. Ce dernier moyen a réussi quelquefois à faire promptement cesser les crampes.

M. Falret a essayé deux fois le sesqui-chlorure de carbone au début de la période algide; ce moyen lui a paru réussir très-bien dans un cas, c'était chez une personne jeune et aliénée; la réaction sous l'influence de ce médicament a eu lieu avec une grande rapidité.

Dans la réaction, les saignées générales et locales, à l'anus ou aux environs de la tête, ont été mises en usage avec quelque avantage. On a donné des toniques, le vin de quinquina, pendant la convalescence; on a été très-sobre d'alimentation.

Parmi les phénomènes critiques ou pouvant être considérés comme tels, M. Falret nous a signalé comme le plus commun des sueurs copieuses; il a remarqué qu'en général l'abondance de ces sueurs était en rapport avec la dose de préparations opiacées qui avaient été prises par les malades; elles étaient très-abondantes, surtout à la suite de l'administration du laudanum.

Enfin, en ce qui concerne les boissons, M. Falret insiste beaucoup pour que les boissons soient données très-chaudes au début; mais sitôt que la soif devient vive et les vomissements répétés, il fait aussitôt cesser les boissons chaudes, que l'on remplace par la glace et l'eau de Seltz.

M. Falret nous a signalé comme une circonstance qui pourrait avoir quelque valeur si elle avait été également remarquée dans les autres services d'aliénées, que dans sa division les malades qui ont été atteintes dans la plus grande proportion, sont les aliénées mélancoliques avec dépression, les malades qui refusaient habituellement, avec plus ou moins d'obstination, les aliments, et enfin celles qui étaient depuis le plus long temps dans l'établissement.

M. MITIVIÉ.

La période prodromique a, aux yeux de M. Mitivié comme aux yeux de tous ses collègues de la Salpêtrière d'ailleurs, une extrême importance. Aussi place-t-il en première ligne des moyens de traitement dans lesquels il a quelque confiance, ceux qui ont pour objet de combattre les phénomènes morbides qui précèdent ordinairement l'invasion du choléra, tels que la diarrhée, avec état saburral, céphalalgie, étourdissements, courbature, etc. Les moyens qu'il prescrit le plus volontiers, dans ce cas, sont les vomitifs ou même les éméto-catarthiques; il donne un ipécacuanha, suivi de l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz, ou même, si l'état saburral est très-prononcé, un éméto-cathartique proprement dit, c'est-à-dire le tartre stibié et le sulfate de soude. Dans quelques cas, il s'est bien trouvé de faire suivre l'éméto-cathartique d'une saignée. Cette pratique lui a quelquefois réussi à arrêter court des accidens très-sérieux qui, suivant toutes les apparences, n'eussent pas tardé à dégénérer en choléra grave.

Quant au traitement du choléra confirmé, voici, suivant l'ordre des principaux phénomènes, de quoi il se compose dans la division de M. Mitivié.

Lorsque les malades sont froids, on les réchauffe par les moyens caléfacteurs ordinaires, bains d'air chaud, boules d'eau chaude, sachets de sable chaud, etc.; frictions sèches ou frictions avec de la térébenthine, de l'eau-de-vie camphrée, un liniment ammoniacal, ou des vapeurs sèches ou aromatiques. Des cataplasmes sinapisés sont appliqués aux extrémités, autant comme moyen d'exciter la chaleur que comme dérivatif; ils remplissent en même temps l'indication de calmer les crampes. Celles-ci sont combattues en outre par des fomentations émollientes et laudanisées. Le chloroforme en topique a très-bien réussi dans deux cas à les faire cesser. Dans l'un de ces cas, le pied de la malade avait été enveloppé avec des linges trempés dans de l'eau additionnée de chloroforme; les crampes cessèrent aussitôt; mais la malade conserva dans le pied un sentiment glacial, avec engourdissement et pesanteur. Le lendemain, le pied était tuméfié, rouge et douloureux. Ces phénomènes ont disparu à la suite de quelques applications de topiques émollients; mais le pied est resté depuis un peu insensible.

La diarrhée a été combattue par des quarts de lavement avec amidon et laudanum, et la décoction de ratanhia, les boissons d'eau de riz, potions avec ratanhia, opium en pilules ou extrait gommeux dans un julep.

Contre les vomissements, M. Mitivié a employé habituellement l'eau de Seltz, les boissons aromatiques étant le plus souvent repoussées par les malades. Trois ou quatre fois il a essayé l'infusion de stachys, mais les malades n'ont pas pu la garder, ils l'ont rejetée aussitôt; il n'a pas insisté. Il s'en rapporte volontiers, à l'égard des boissons, à l'appétence des malades, qui préfèrent en général aux boissons chaudes l'eau pure ou les boissons froides. Aussi leur donne-t-il l'eau de Seltz, l'eau de Vichy, l'eau acidulée ou même la glace. Quelques individus ont un désir particulier de boissons fortement acidulées. Une malade de la division de M. Mitivié a guéri sans avoir rien fait autre chose que sucer du citron. Depuis ce moment il en donne à toutes les malades qui en désirent.

L'anxiété épigastrique est combattue par les sinapismes et par l'application d'un emplâtre de thériaque.

M. Mitivié a essayé l'eau salée, mais il n'a pas tardé à y renoncer, autant à cause du peu d'efficacité que ce moyen lui a paru avoir, que de la difficulté que l'on éprouve à l'administrer. Elle inspire un tel dégoût et une telle répugnance aux malades, que ceux-ci non-seulement la repoussent

mais qu'ils repoussent même toute autre boisson qu'on vient à leur offrir après. Il a également renoncé, par le même motif, à la plupart des potions ammoniacales ou laudanisées, qu'il remplace maintenant, dans la plupart des cas, par l'eau de Seltz, l'eau de Vichy, l'eau additionnée de jus de citron.

Dans la période de réaction, M. Mitivié a quelquefois usé des applications de sangsues et de la saignée générale, notamment lorsque les symptômes de réaction étaient intenses, et qu'il y avait imminence de congestion cérébrale. Elles lui ont paru utiles dans cette circonstance. Mais lorsque ces symptômes étaient portés au point de produire le coma, le délire et l'injection des conjonctives, les évacuations sanguines ne lui ont pas paru toujours également heureuses, et il a été conduit par l'expérience à en être sobre en pareil cas. Il a quelquefois donné les éméto-cathartiques dans cette circonstance; mais ils ne lui ont pas paru produire en général d'aussi bons résultats que dans la période prodromique ou de début.

M. LÉLUT.

La médication mise en usage dans le service de M. Lélut se résume dans deux ordres de moyens principaux qui sont les excitants diffusibles et les astringents; les premiers dans le but de provoquer la réaction; les seconds pour combattre les évacuations alvines.

Après l'administration préalable d'un bain d'air chaud ou d'un bain d'eau à la température de 35 à 40° R., si les malades sont froids, M. Lélut prescrit du thé ou des infusions aromatiques chaudes avec addition de sous-acétate d'ammoniaque, et lorsque la réaction commence à se manifester, il la soutient par quelques tasses de café ou par du vin de Champagne.

L'opium n'est administré qu'avec réserve et à doses peu élevées, par la crainte des accidents cérébraux qu'il pourrait déterminer, et dans les cas seulement où il est indiqué par des crampes et des douleurs très-vives.

Pour combattre la diarrhée, M. Lélut a d'abord eu recours au ratanhia qu'il administrait en lavement à la dose de 15 grammes. Mais ce moyen ne lui ayant pas paru fidèle, il a adopté depuis les lavements au nitrate d'argent. Ces lavements qu'il ne prescrivait, dans le principe, qu'à la seconde période du choléra, pour combattre la diarrhée persistante, lui ayant paru donner de bons résultats, il en a adopté depuis l'usage au début même de la maladie, et il assure s'en être très-bien trouvé. Sous l'influence de cette médication, la diarrhée s'arrête en général assez promptement.

Lorsque le malade est sous l'imminence de l'asphyxie, M. Lélut pratique de petites saignées. Dans la même période, il a eu recours, à titre d'essai, à la potion salée et aux lavements d'eau salée, sans indication spéciale bien déterminée d'ailleurs; il lui a été difficile d'apprécier bien nettement leur influence sur la marche de la maladie.

Dans la réaction, il emploie la saignée assez largement et répétée aussi souvent que l'indiquent les symptômes congestifs ou les phénomènes comateux qui caractérisent cette période.

M. Lélut a eu quelquefois recours, au début de la maladie, à un émétique (ipécacuanha, 1 gramme, et tartre stibié, 5 centigr.). Ce moyen lui paraît indiqué surtout lorsque les malades, déjà en proie au refroidissement, sont tourmentés par des nausées et des efforts de vomissements non suivis d'évacuation. Quant aux purgatifs, ils ne lui paraissent indiqués dans aucune période de la maladie, et il en exclut l'emploi.

M. TRÉLAT.

M. Trélat a d'abord employé les moyens de caléfaction externes et les excitants généraux de toute sorte joints aux narcotiques, ainsi que cela a été fait dès le principe dans tous les services. Vu l'insuffisance de ces premiers moyens, en présence de l'extrême gravité de l'épidémie, M. Trélat a cru devoir tenter quelques-unes des méthodes qui se recommandaient par quelque autorité. Il a successivement essayé, entre autres, la méthode évacuante vomitive et la méthode mercurielle. Cette dernière a été appliquée d'après les formules de M. Serres : sulfure noir de mercure, 1 gramme en 4 pilules, friction avec l'onguent napolitain, lavements avec amidon, camphre et sulfate de quinine.

M. Trélat n'ayant retiré ni de l'une ni de l'autre de ces méthodes les avantages qu'il en avait espérés, est revenu à la méthode excitante qui lui paraît définitivement la mieux appropriée aux principaux phénomènes de la maladie, et dont il est décidé désormais à ne plus se départir. Parmi les excitants qu'il emploie le plus communément, il dit s'être bien trouvé des vins blancs mousseux, le vin de Champagne en particulier, qu'il prescrit généralement à toutes ses malades, soit concurremment, soit après l'administration préalable des boissons chaudes excitantes et diffusibles.

M. BAILLARGER.

Au début de l'épidémie, M. Baillarger a employé, avec tous les médecins de l'établissement, le punch au thé; une potion faite avec l'acétate d'ammoniaque, l'eau de menthe, l'alcool, l'éther; les quarts de lavements laudanisés; à l'extérieur, les sinapismes, les frictions sur la colonne vertébrale avec l'eau-de-vie camphrée.

Presque toutes les malades traitées ainsi au début de l'épidémie ont succombé; elles étaient d'ailleurs atteintes de la manière la plus grave. Beaucoup mouraient après huit ou dix heures.

M. Baillarger a bien vite renoncé aux potions et aux tisanes excitantes, après un essai fait avec la potion saline, essai qui a amené un résultat tout à fait inespéré chez une mélancolique de 45 ans. Il a du reste modifié la médication qui a été formulée dans les journaux, en supprimant le lavement avec le sel et se bornant à la potion avec 12 grammes de chlorure de sodium, 125 grammes d'eau de menthe et 40 grammes de sirop diacode. Il continuait avec cette potion les lavements fortement laudanisés, les frictions sur la colonne vertébrale, les sinapismes.

Cette méthode lui a réussi dans plusieurs cas graves; elle lui a semblé avoir l'avantage d'amener une réaction très-modérée. Chez une fille de 26 ans, très-forte, il a vu, entre autres, un état nerveux grave, une agitation extrême, des douleurs abdominales très-vives, céder très-rapidement après des vomissements assez abondants provoqués par les premières cuillerées de potion. Ces vomissements, produits d'abord par la dissolution saline, ne lui paraissent pas sans influence sur les bons résultats qu'on obtient de cette médication.

La potion n'a, dans aucun cas, été continuée plus d'une journée, et le plus souvent on l'a fait suspendre quand la réaction était bien établie. On donnait ensuite de l'eau de Seltz, de la glace en petite quantité, etc.

Dans plusieurs cas, les vésicatoires à l'épigastre se sont montrés très-utiles pour combattre l'oppression, qui forme si souvent un des symptômes les plus inquiétants de la maladie.

Lorsqu'il survient des symptômes comateux, symptômes qui se sont établis d'ailleurs le plus souvent avec une lenteur et une sorte de graduation qui semblent donner tout le temps de les combattre, M. Baillarger a préféré faire plusieurs applications successives de sangsues plutôt que d'en mettre dès le début un grand nombre. Il prescrivait en même temps des vésicatoires à la partie interne des cuisses.

M. Baillarger est d'avis que les larges sinapismes sur la région précordiale, à l'épigastre, sur les membres, ne doivent être employés qu'avec beaucoup de précaution, chez les sujets jeunes, et surtout chez les sujets nerveux. Une fois leur action produite, outre que la réaction est souvent très-forte, ils amènent ou paraissent amener et entretenir une agitation extrême.

Chez une jeune fille de 18 ans, il ne restait plus aucun symptôme inquiétant; mais les vomissements persistèrent pendant trois jours, malgré l'emploi de la glace, de l'eau de Seltz, des potions de Rivière, de l'opium, et enfin d'un vésicatoire à l'épigastre. Ils cédèrent comme par enchantement au sous-nitrate de bismuth, donné à la dose d'un demi-gramme, de demi-heure en demi-heure (M. Monneret).

Suivant M. Baillarger, il faut faire, dans les bons résultats obtenus chez six ou sept malades, une part aux frictions sur la colonne vertébrale, frictions qui, à son avis, n'ont pas été assez généralement employées.

On se rappelle que M. Baillarger a été l'un des premiers médecins des hôpitaux qui aient soumis à une expérimentation suivie le *stachys* ou *teucrium*; nous devons ajouter qu'il est aujourd'hui du petit nombre de ceux qui persistent à attribuer une action réelle au teucrium, action supérieure à celle des excitants indigènes, supérieure et différente, en ce que le teucrium a paru à M. Baillarger réunir le double avantage des propriétés astringentes et des propriétés excitantes et diaphorétiques. Il lui a parfaitement réussi pour arrêter rapidement la diarrhée qui précède si souvent l'invasion du choléra. Des diarrhées qui avaient résisté pendant plusieurs jours à l'opium et aux tisanes astringentes ont cédé promptement à quelques tasses d'infusion de teucrium.

Le phénomène le plus tranché que M. Baillarger ait observé, à la suite de l'administration du teucrium, est l'abondance de la sueur. Cette facilité à produire la diaphorèse, jointe à l'action astringente du teucrium, constitue, à ses yeux, un des avantages réels de cette substance.

Ayant observé qu'à une dose concentrée le teucrium avait une amertume prononcée qui répugnait aux malades et entretenait quelquefois les vomissements, M. Baillarger est arrivé par des tâtonnements à déterminer la dose la plus convenable, c'est-à-dire celle qui peut être le plus aisément supportée par les malades, sans rien faire perdre de son action au médicament. Cette dose est de 10 grammes de teucrium pour 1 litre de tisane édulcorée.

M. MANEC.

Comme tous ses collègues, M. Manec a d'abord employé les excitants généraux internes et externes, à l'exception toutefois des bains et des douches de vapeurs, qui ne lui ont pas paru convenables. Parmi les excitants diffusibles, le sous-acétate d'ammoniaque à haute dose est celui qui lui a paru

avoir les meilleurs résultats; il en a obtenu, dans quelques cas, une réaction prompte. Toutefois M. Manec n'a pas cru devoir s'en tenir à la méthode générale. D'après des vues spéculatives sur la nature du choléra, qu'il considère comme engendré par une influence électrique, il a adopté depuis une méthode tout à fait spéciale, qui consiste dans les préparations soufrées administrées par toutes les voies et sous toutes les formes possibles. Il administre le soufre en potions, en lavements, en frictions et en suppositoires. Pour boisson, il donne les fleurs de soufre à la dose de 60 à 80 grammes, en suspension dans 500 grammes d'une potion gommeuse ou de tout autre véhicule. Les lavements sont composés avec de l'hyposulfite de soude; les frictions sont faites avec de la pommade soufrée, et des suppositoires faits de soufre en poudre amalgamée avec une substance demi-consistante sont placés dans le rectum.

Conformément aux mêmes vues théoriques, M. Manec emploie, comme moyen prophylactique, les isolants. Il fait placer des plaques de verre sous les pieds des lits de tous ses malades. Depuis le 7 avril qu'il a commencé cette expérience, il ne s'est développé spontanément dans son service qu'un seul cas de choléra. Quant aux malades apportées cholérisées dans sa division, leur état jusqu'à présent n'a paru être nullement modifié par ce système d'isolement.

Enfin M. Manec a essayé, dans un cas de cyanose intense, l'application de l'électricité à l'aide de l'appareil de Clark, mais il n'en a retiré aucun résultat.

Malades au 4 mai	840
Morts	602
Sortis guéris	144
En traitement	94
Mortalité	0,71
Guérisons	0,17
Proportion des guérisons par rapport aux décès	0,23

APPENDICE.

Monsieur le rédacteur,

Puisque vous avez mentionné dans votre REVUE CLINIQUE les diverses médications employées à l'hôpital Saint-Louis, je regarde comme de la plus haute importance de rectifier l'assertion *arithmétiquement* inexacte qui termine l'appréciation générale des résultats thérapeutiques obtenus dans cet hôpital.

Votre collaborateur s'exprime ainsi (GAZ. MÉD. du 19 mai, p. 384) :

« Il résulte de cette appréciation générale que, bien que très-diverses » dans le principe, les méthodes employées à l'hôpital Saint-Louis peuvent » être considérées dans leur action la plus générale comme à peu près uni- » formes; car, *pour avoir produit pendant quelques jours des résultats* » *très-différents*, cette différence *a disparu* par le grand nombre des » malades, et par les applications réitérées des méthodes, etc. »

J'oppose à cette appréciation la statistique du bureau de l'hôpital, statistique entièrement à l'abri de toute influence médicale, et qui, malgré des conditions assez défavorables pour mon service dans ces derniers temps, a constamment donné des résultats *très-différents* dans l'emploi des différentes méthodes, comme le prouvent les chiffres suivants, résultat de documents officiels que je tiens à votre disposition.

Le relevé établi dans le premier mois de l'épidémie, c'est-à-dire du 15 mars au 17 avril, donnait une mortalité de plus de moitié et quelquefois des deux tiers dans les services où les méthodes empiriques, spécifiques, perturbatrices, étaient appliquées, tandis que dans mes salles, la mortalité était restée constamment au-dessous de la moitié, en même temps que le nombre des sorties ou guérisons était plus considérable que celui des autres services.

Au 1er mai, le chiffre total relevé par le bureau d'administration était de 194 admissions, 99 décès et 50 sorties.

Sur ce nombre, les divers services que j'ai signalés comptaient 66 cas, 41 décès, et seulement 9 sorties pour les hommes : 35 cas, 17 décès et 8 sorties pour les femmes.

Total des services à médications spécifiques et empiriques : 101 cas, sur lesquels 58 décès et seulement 17 guérisons.

Tandis que, dans le service où était appliquée seulement la méthode naturelle ou hippocratique; on comptait chez les hommes 45 cas, 20 décès, 16 guérisons; chez les femmes, 48 cas, 21 décès, 17 guérisons.

En somme, 93 cas, 41 décès, 33 guérisons..... ou, comme je le disais tout à l'heure, mortalité bien au-dessous de moitié et nombre de guérisons double des autres services réunis, lesquels offraient une mortalité de plus de moitié.

Au 14 mai, bien que dans l'un des services on se soit presque réuni à la méthode naturelle, la même différence (moins notable, il est vrai, pour des raisons que je pourrais exposer, si je n'étais forcé d'abréger cette lettre) s'est soutenue contrairement à l'assertion que j'ai signalée plus haut, puisque mon service offre, sur 198 cas, 88 décès, et 60 guérisons.

Les autres réunis, 200 cas, 95 décès, 38 guérisons.

Donc, encore dans ce dernier relevé, sur un chiffre presque semblable, proportion des décès moindre et nombre de guérisons beaucoup plus élevé dans le service où la méthode naturelle a été seule appliquée.

Loin de moi l'idée de me prévaloir de ces résultats pourtant si remarquables, mais je tiens à montrer que jusqu'ici, dans le choléra comme dans tant d'autres maladies, à défaut de médication spécifique connue, c'est la méthode naturelle ou hippocratique, celle qui observe patiemment la marche de la nature, et qui suit les indications symptomatiques, qui offre encore les meilleurs résultats.

On pourrait résumer en quelques mots cette thérapeutique appliquée au choléra :

1° *Période prodromique* diarrhéique : repos, diète, lavements narcotiques.

2° *Période algide :* chaleur modérée et révulsifs à l'extérieur, quelque peu de boisson chaude et aromatique d'abord, et bientôt, si les vomissements sont opiniâtres, point ou presque point de boisson, et seulement glace à l'intérieur.

Mais les grandes difficultés commencent aux formes *typhoïde* et *ataxique* que revêt souvent la période de réaction et à la prolongation de l'état *asphyxique* qui déjà peut devenir mortel dans la période algide. Ici la saignée peut être indiquée, quoique je l'emploie fort rarement, les antispasmodiques, les ventouses, les révulsifs sont mis en usage..... J'ajoute que les convalescences et les guérisons sont toujours plus rapides chez les malades traités par la méthode naturelle que chez ceux traités par les méthodes actives et perturbatrices.

Du reste, comme je l'ai dit ailleurs, je comprends et j'approuve les efforts et les tentatives faits dans d'autres voies thérapeutiques, car nos résultats sont encore bien loin d'être satisfaisants.

Agréez, etc. GIBERT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PLUSIEURS LETTRES SUR LA QUESTION DE LA CONTAGION DU CHOLÉRA.

I. — LETTRE DE M. LE DOCTEUR BERTULUS; professeur à l'École préparatoire de Marseille.

Marseille, 11 mai.

Monsieur le rédacteur,

On m'écrit de Paris qu'une réaction manifeste s'opère en ce moment en faveur des théories contagionistes; que des hommes distingués ne les repoussent plus et croient la contagion possible même dans le choléra épidémique; enfin que cette opinion a prévalu dans une réunion de quarante médecins, qui a eu lieu en mars dernier à propos de l'épidémie régnante.

A vous qui connaissez mon passé, les luttes acharnées que j'ai soutenues contre l'esprit de système et dans lesquelles j'ai pu être injurié, maltraité, mais jamais vaincu par les fauteurs de la non-contagion; à vous! dis-je, je ne crois pas nécessaire d'exprimer ici les diverses sensations qu'a fait naître dans mon esprit la nouvelle d'un revirement si subit. Je regrette profondément que Chervin et mon illustre ami Pariset ne soient plus de ce monde, qu'ils ne vivent plus, l'un pour assister à la ruine prochaine de l'édifice chancelant dont l'érection lui a coûté la vie, l'autre pour recevoir le prix de son courage et de son énergique persévérance dans les voies de la vérité. Pauvre Pariset! il s'est dérobé dans un monde meilleur aux tristes émotions que la mauvaise foi de quelques hommes suscitait chaque jour à sa glorieuse vieillesse; je fus le confident de ses peines, de ses dernières déceptions. Plus de soixante lettres dont il m'honora, et que je me plais à relire, nourrissent en moi son souvenir et le mépris de ses détracteurs. Personne ne le surpassera jamais en bonhomie et en probité scientifique. Ne trouvez donc pas mauvais que je jette en passant cette fleur sur sa tombe; je n'ignore pas d'ailleurs que vous l'aimiez aussi et que vous respectiez, comme moi, les vérités dont il était le défenseur sincère et dévoué.

Je viens de qualifier la réaction contagioniste que l'on m'annonce, de subite, d'imprévue, et pourtant elle n'a rien qui puisse me surprendre. N'ai-je pas écrit il y a six ans, dans mon travail sur les maladies transmissibles, p. 48 : « J'ai la conviction intime que le temps fera justice de toutes les erreurs des non-contagionistes, avant même qu'elles aient porté leurs fruits et qu'une triste expérience ait éclairé sur leur valeur définitive; re-

poussées par tous les médecins, elles tomberont dans un éternel oubli. » Avouez, monsieur le rédacteur, qu'il y avait quelque chose de prophétique dans cette assertion. En effet, le rapport sur la peste qui, à son apparition, a excité les murmures de tous les corps savants d'Europe, est déjà oublié complétement, et il ne serait pas impossible que M. Prus, qui depuis plus de deux ans court après cette maladie sans pouvoir l'observer, fût destiné par la Providence à se réfuter lui-même un jour, c'est-à-dire à reconnaître et à signaler au monde médical le vide et le danger de ses propres théories. Je ne suis pas précisement aussi âgé que Pariset, et comme j'habite le dernier relai de France en Égypte, peut-être serai-je le premier à me réjouir d'une conversion qui restituera à la science d'utiles vérités, et qui fera sensation parmi les médecins.

Quoi qu'il en soit de l'avenir des théories médicales contagionistes, c'est-à-dire de l'avenir de la vérité, j'ai pris la plume aujourd'hui, monsieur le rédacteur, pour rappeler aux illustres réactionnaires, Rostan, Chomel, etc., par l'intermédiaire de votre estimable feuille, le fait suivant sur lequel on a sauté à pieds joints comme sur tous ceux qui contrariaient l'opinion non contagioniste. Il est la preuve frappante, irréfragable, de la possibilité de la transmission du choléra épidémique, et je l'extrais textuellement d'un mémoire du docteur Levicaire (de Toulon), intitulé : UN MOT SUR LE CHOLÉRA. J'adjure les esprits forts non contagionistes, de vouloir bien m'en donner une explication rationnelle dans le sens de leur doctrine.

« La frégate *la Melpomène*, ayant 450 hommes d'équipage, et commandée par M. Moulac, capitaine de vaisseau, contracte le choléra en 1834 devant Lisbonne où ce fléau sévissait. Pensant trouver son salut dans la fuite, elle quitte le Tage pour se rendre à Toulon, après avoir laissé à terre tous ses cholériques au nombre de 50 environ.

» Les partisans des gaz délétères qui voyagent nous expliqueront-ils d'où vient que *la Melpomène*, après avoir fait une cinquantaine de lieues au sud pour se rendre au détroit de Gibraltar, puis plus de 200 lieues à l'est dans la Méditerranée, puis encore quelques dizaines de lieues au nord pour arriver enfin à Toulon, a eu de nouveaux cholériques non-seulement pendant la route, mais encore dans la rade de cette ville? *Nous expliqueront-ils comment un garde sanitaire, envoyé de Toulon, où le choléra n'avait jamais paru, a été frappé de cette maladie à son arrivée sur* la Melpomène? *Nous diront-ils pourquoi des forçats et leurs gardes, envoyés de Toulon à l'ambulance du lazaret, où l'on avait reçu les malades de* la Melpomène, *ont été victimes du choléra sans avoir jamais mis le pied sur ce bâtiment dont ils étaient éloignés de plus d'une lieue, et qu'on avait laissé sans équipage? Nous découvriront-ils enfin par quelle raison les employés du lazaret, qui ne touchaient ni les malades ni ceux qui les soignaient, bien qu'ils les approchassent d'assez près, n'ont pas même été indisposés?*

» Ce fait, dit en terminant M. Levicaire, bien observé, incontestable, combat victorieusement tout ce qu'on a dit jusqu'à ce jour sur la non-contagion du choléra, démontre l'utilité des lazarets, et prouve que l'isolement des cholériques empêche la propagation du fléau qui indubitablement eût envahi Toulon, si l'on avait donné la libre pratique à l'équipage de *la Melpomène*, ainsi que le voulaient d'imprudents conseillers. »

Je n'ajouterai rien, monsieur le rédacteur, aux judicieuses réflexions du docteur Levicaire; le fait qu'il raconte est d'ailleurs essentiellement brutal, et les sectateurs de la non-transmission des maladies ne pouvant pas l'expliquer dans leur intérêt, à leur satisfaction, prendront le parti de le nier; car c'est toujours ainsi qu'ils procèdent. En 1840, feu Chervin et ses disciples n'osèrent-ils pas soutenir, en face de l'Académie, qu'ils étaient meilleurs juges que moi de ce qui s'était passé à bord de la corvette *la Caravane*, pendant que la fièvre jaune la ravageait au milieu de l'Océan? Voici en quels termes s'exprime à ce sujet M. le docteur Laure dans sa thèse inaugurale (DU TYPHUS AMÉRICAIN), soutenue à Montpellier le 9 février 1849 :

« La fièvre jaune est étrangère à l'Europe, cependant elle a paru bien des fois en Espagne, en France, en Italie et jusqu'à Brest, vers le 48e de latitude nord. Toutes ces épidémies, dont on peut suivre l'histoire dans le traité de Caillot, et celle rapportée par le chirurgien de *la Caravane*, ont été nécessairement importées et transmises. Examinons cette dernière qu'il sera plus facile de contrôler. M. Bertulus, en 1839, fait un long séjour sur la rade de *Vera-Cruz :* tous les jours il voit la fièvre jaune dans le fort (M. Laure en était le chirurgien-major); plus tard il en fait l'expérience sur lui-même. Cette épreuve, si précieuse pour la médecine, lui donne qualité pour reconnaître la fièvre. Arrivé à la Martinique où la maladie sévissait, il reçoit à bord des convalescents qu'il doit porter en France; l'épidémie éclate parmi les passagers et gagne l'équipage. Jusqu'ici rien ne lui manque, les douleurs névralgiques, l'injection de la conjonctive, l'ictère, les vomissements noirs, la marche prompte et funeste qui n'appartient pas à un autre typhus. De nouveaux cas se présentent pendant la traversée, toujours avec les mêmes symptômes; les derniers se déclarent dans la rade de Brest. Le chirurgien se croyant à l'abri de toute erreur, annonce que la fièvre jaune est à bord de *la Caravane. Elle fut niée à Paris* (par Chervin); *c'était donc une affaire de diagnostic : qui la décidera? Le médecin navigateur qui l'a étudiée sur les lieux, qui a vécu au milieu de l'épidémie, qui l'a éprouvée? Non, ceux-là même qui avaient imposé des limites à la fièvre jaune et qui avaient aboli la transmission. Cependant elle existe à la Martinique, elle existait au départ; qu'on nous dise à quelle hauteur elle avait abandonné la route de* la Caravane. »

Tel est, monsieur le rédacteur, le jugement que porte sur la conduite que l'on tint envers moi, en 1839 et 1840 à l'Académie de médecine, un chirurgien-major de la marine dont presque toute la carrière s'est écoulée aux Antilles, au milieu de la fièvre jaune, et dont le témoignage vaut bien, à mon avis, celui de quelques zoïles qui étaient à Paris pendant que je luttais au milieu de l'Océan contre le fléau, et qui ne craignent pas, cependant, de s'associer à Chervin pour faire suspecter ma véracité; qu'ont-ils gagné à tout cela? Un jugement sévère de la part même des médecins qui, à l'époque dont il s'agit, applaudissaient à leurs attaques. La vérité commence à se faire jour après neuf ans d'attente, et malgré tous les efforts de l'esprit de système, le fait de *la Caravane* reste debout comme celui de *la Melpomène;* le médecin distingué qui vient de le rappeler au monde médical dans sa thèse inaugurale avec une impartialité qui l'honore, trouvera de nombreux imitateurs.

En septembre 1839, le conseil de santé de Brest, après avoir pris connaissance des faits qui avaient eu lieu sur *la Caravane*, adressa à M. le vice-amiral Grivel un rapport dans lequel on remarquait le passage suivant : « M. Bertulus a fait tête sur son bâtiment à une terrible épidémie. Atteint lui-même, soumis à un traitement dont l'indispensable violence avait épuisé ses forces, à peine eut-il recouvré l'exercice de ses facultés qu'il rentra en fonctions et remplit ses devoirs de service; il n'a tenu aucun compte de ses propres périls, malgré des symptômes formidables qui ont forcé à lui tirer des veines près de 100 onces de sang. Indifférent pour ce qui concernait sa personne, avant que sa convalescence fût déclarée, il se traînait à l'hôpital pour se dévouer aux malades. Des sentiments si généreux sont dignes de l'attention et des récompenses du gouvernement; nous avons l'honneur de vous les signaler, amiral, et de vous prier de vouloir bien solliciter avec nous, en faveur de M. Bertulus, la croix de la Légion d'honneur, juste prix du courage employé, au milieu des circonstances les plus critiques, à la conservation des marins de la flotte. »

Ce rapport, qui a toujours eu plus de prix à mes yeux que la décoration qui en a été la conséquence, et sur lequel figure la signature du docteur Quoy, membre de l'Institut, actuellement inspecteur général du service de santé de la marine; ce rapport, dis-je, monsieur le rédacteur, me paraît prouver avant tout qu'il a fallu à mes antagonistes de Paris une fameuse dose d'audace pour concevoir seulement l'idée de me faire passer pour un menteur aux yeux de l'Académie. C'est pourtant ce qu'ils n'ont pas hésité à entreprendre, et cette circonstance achève de démontrer à quels égarements peut pousser l'esprit de système. Ne pouvant me réfuter et me réduire au silence, ils ont cherché à me perdre dans l'opinion publique; mais ils en ont été pour leurs frais. Depuis cette époque, au contraire, je n'ai fait que progresser, que gagner en considération. Les principales compagnies médicales de France et de l'étranger m'ont admis dans leur sein et m'ont donné des preuves particulières d'estime; j'atteins à peine ma quarantième année, et j'ai l'espérance d'assister un jour au triomphe complet de la vérité pour laquelle j'ai été honni et persécuté. Cette espérance est pour moi une grande consolation.

Adieu, monsieur le rédacteur et cher confrère. Pardonnez-moi de vous avoir entretenu si longtemps de mon passé; et comprenez tout ce que la calomnie a de cuisant, de profondément amer. Après dix années de souffrance, il est bien permis de se plaindre et de protester contre une injustice. Puisse l'Académie ne plus permettre à l'avenir que l'on injurie en sa présence de pauvres absents dont le seul tort est de déplaire à certains chefs de doctrine! Rien n'altérera plus sa gloire et le respect qu'elle mérite, lorsqu'elle rappellera à l'ordre ceux de ses membres qui sortent des limites de la politesse ou qui oublient les égards que l'on doit aux médecins en général, quels que soient, d'ailleurs, la nature de leurs opinions et leur mérite personnel. J'ai la pensée que le premier corps médical de France entrera désormais dans cette voie.

Agréez, etc.

II. — DEUXIÈME LETTRE SUR LES CAS DE CHOLÉRA OBSERVÉS A HAMEL; par M. L. D. ALEXANDRE.

Amiens, 17 mai.

Monsieur et honoré confrère,

Comme vous l'aviez fort bien prévu, les faits de choléra observés à Hamel avaient quelque valeur en se rattachant à la question de contagion. Leur importance me paraît s'augmenter des efforts que l'on fait pour leur donner une autre interprétation que celle que nous leur avons donnée. Ainsi, dans la lettre qui vous est adressée par M. Rochoux, et qui se trouve dans le numéro du 12 mai de la GAZETTE MÉDICALE, ce médecin revenant sur l'incubation de la variole, qui, comme il le reconnaît, peut n'être que de quatre jours, mais jamais moins de quatre jours, dit que cela étant, *il se croit toujours fondé à soutenir que le choléra dont un père a été atteint, quarante-huit heures après avoir reçu son fils chez lui arrivant avec cette*

maladie, n'a pas suivi la marche des affections contagieuses et par conséquent n'était pas contagieux. Ce raisonnement, monsieur le rédacteur, ne vous paraît-il pas, comme à nous, peu logique? Comment! de ce que l'incubation du choléra n'offre pas la même durée que l'incubation d'autres maladies reconnues contagieuses, on en conclut que le choléra ne peut pas être contagieux! N'y a-t-il donc pas de courtes et de longues incubations? Est-ce que les virus, est-ce que les venins, certains poisons végétaux, les miasmes, ne diffèrent pas par leur temps d'incubation? « Ce fait mis au néant, dit en terminant M. Rochoux, les sept autres ne sauraient tenir contre cet argument, toujours valable quoique un peu vieux : *ab uno disce omnes.* » Ainsi voilà qui est fini, voilà les faits de Hamel morts et enterrés, et leur tombe fermée, comme d'usage, par quelques mots latins. Mais ce n'est pas la première fois que l'on observe cette courte durée d'incubation dans des cas de choléra. On en trouve d'autres exemples dans l'excellent mémoire de M. Vésignié, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville (DOCUMENTS SUR LE CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE, juin 1847), en même temps que l'on y voit des cas bien évidents de contagion. Je vais en citer quelques-uns. Louis-François Maillard (p. 28), colporteur, arrive chez lui à Étalminy, arrondissement d'Abbeville, où il n'y a pas de choléra, le 10 mai 1832, en état de souffrance. Le 11, il est attaqué du choléra-morbus; il succombe le 13. Sa belle-mère vivant chez lui est atteinte le 13 mai et meurt le 14; sa femme est atteinte aussi le 13. Voilà bien deux cas d'incubation de deux jours seulement. P.-F. Deneux (d'Hocquincourt) (p. 30), 42 ans, avait enseveli plusieurs cadavres de cholériques à Étalminy (il n'y a pas de choléra à Hocquincourt, qui est à un kilomètre d'Étalminy). Il tombe malade le 17 mai et il meurt le 19. Ses deux fils, 7 et 5 ans, sont attaqués le 19 et meurent quelques jours après. C'est encore une incubation de deux jours. La femme Robbard (p. 33) ressent, le 24 juin 1832, les premiers symptômes du choléra-morbus; elle succombe le 26. Sa sœur, venue à son secours, commence à souffrir le 25 à onze heures du soir, et c'est bientôt le choléra le mieux caractérisé. Dans ce dernier cas, il ne peut y avoir eu plus de quarante heures d'incubation. Non, monsieur le rédacteur, non, des faits bien observés, bien fidèlement, bien honnêtement rapportés, ne sont pas si facilement mis à néant par un adversaire quelque habile qu'il soit, quelle que soit son importance comme savant, comme écrivain, comme académicien, et s'appelât-il M. Rochoux! Ainsi donc les faits de Hamel sont toujours là pour prouver : 1° que le choléra peut être contagieux; 2° que le choléra et la cholérine sont quelquefois la même maladie; 3° enfin que l'incubation ordinairement fort courte de cette affection peut n'avoir que deux jours de durée.

Je dois vous dire encore, monsieur le rédacteur, pour compléter les observations de Hamel, qu'un neuvième cas s'est montré quelques jours après ceux dont il a été question dans ma première lettre. Une femme âgée qui avait fréquenté la maison de Guilbert fils, près de laquelle elle demeurait, a succombé après trente heures de maladie. Depuis ce moment le choléra n'a pas reparu dans ce village, et aucun cas n'a été observé dans les communes voisines.

Agréez, etc.

III. — DEUXIÈME LETTRE SUR LA CONTAGION DU CHOLÉRA; par M. ROCHOUX.

Monsieur le rédacteur,

Si un seul des douze cas de contagion invoqués par la GAZETTE MÉDICALE d'hier était réel, le choléra serait incontestablement contagieux, et il ne s'agirait plus que de savoir s'il se communique une fois sur dix, sur cent ou sur mille; mais ils sont tous illusoires, comme je m'engage à le prouver devant l'Académie, si la discussion s'ouvre sur eux. En attendant, permettez-moi de continuer à défendre ma manière de voir sur la durée de l'incubation des maladies contagieuses.

La rougeole mise de côté, non par pure obligeance pour moi, mais par manque de faits satisfaisants, reste la maladie syphilitique, qui, suivant Hunter, peut se montrer en moins de vingt-quatre heures. Disons d'abord, avant de discuter cette opinion, que je n'aurais pu, sans répudier tout mon passé scientifique, présenter l'inoculation comme preuve à peu près unique de la contagion; aussi me suis-je bien gardé d'une faute qu'on ne serait pas fâché de pouvoir m'attribuer. Cependant l'inoculation n'en reste pas moins le meilleur et peut-être le seul moyen de déterminer avec exactitude la durée de l'incubation virulente. Eh bien! les inoculations faites avec le pus du chancre confirment l'opinion généralement admise de trois ou quatre jours pour la durée de l'inoculation syphilitique. Mais cela, redirez-vous, n'empêche pas la blennorrhagie de se montrer beaucoup plus tôt. A mon tour je répondrai, sans croire me rendre solidaire des idées de M. Ricord, que presque toujours la blennorrhagie est différente de la syphilis. Quant aux chancres, il y a comme pour elle, dans la manière dont on peut les gagner, des circonstances très-propres à donner le change sur la durée de l'incubation. Par exemple, une écorchure faite pendant le coït, et ne se cicatrisant pas par suite de l'incubation effectuée en même temps, peut en imposer sur la véritable durée de l'inoculation. Ainsi il reste bien établi que cette période morbide se prolonge au moins quatre jours; de sorte que si le choléra est contagieux, il présente sous ce rapport une véritable exception. C'est, pour le moment, tout ce que je tiens à établir.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE.)

V. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 renferment les articles originaux suivants : 1° *Recherches cliniques sur quelques maladies du foie;* par M. Monneret. 2° *De l'emploi des lavements astringents et opiacés dans l'inflammation et le gonflement chroniques de la prostate;* par M. Miquel. (La formule la plus ordinairement employée est celle-ci : décoction de 4 grammes de ratanhia dans 120 grammes d'eau; ajoutez 10 gouttes d'opium de Rousseau.) 3° *Sur une nouvelle espèce de luxation de l'épaule observée sur le vivant;* par M. Malgaigne. 4° *De l'emploi du charbon végétal contre les affections nerveuses gastro-intestinales;* par M. Belloc. (Extrait du JOURN. DE MÉD. DE BORDEAUX.) 5° *Note sur le sesqui-chlorure de carbone et sur son emploi contre le choléra;* par M. Koreff. 6° *Remarques et observations sur les fractures du fémur, avec la description d'un nouvel appareil;* par M. Jules Roux. 7° *Mémoire sur un moyen nouveau pour comprimer et dilater l'orifice vésical de l'urètre, dans les cas de tumeurs de la prostate;* par M. Miquel. 8° *Des altérations syphilitiques primitives du col de la matrice;* par M. Grivot-Grantcourt. 9° *Recherches cliniques sur l'emploi thérapeutique du kermès minéral;* par M. Helin. (Extr. du JOURN. DE MÉD. DE BRUXELLES.) 10° *Nouvelles observations pour servir à l'histoire des luxations dites incomplètes de l'extrémité supérieure du radius chez les enfants, suivies d'une nouvelle théorie de ces luxations;* par M. Perrin. 11° *Observations pour servir à l'histoire du tétanos puerpéral, suivies de considérations pratiques;* par M. Pitre-Aubinais. (Extrait du journal de la Société de médecine de la Loire-Inférieure.)

RECHERCHES CLINIQUES SUR QUELQUES MALADIES DU FOIE; par le docteur MONNERET.

Malgré les publications assez nombreuses dont les maladies du foie ont été l'objet, il est pourtant un état pathologique que couvre encore une grande obscurité : c'est la congestion active du foie, celle qui, n'étant pas le résultat d'une stase mécanique du sang, et se produisant, au contraire, sous l'influence d'un émotion morale ou d'une affection des voies digestives, constitue le premier degré de l'hépatite aiguë. La distinction pourrait paraître subtile, au point de vue pratique, s'il s'agissait d'un de ces organes dans lesquels l'afflux sanguin est presque immédiatement suivi de tous les autres signes de phlegmasie aiguë; mais elle est fort utile, appliquée au foie, dont le parenchyme, comme nous allons le voir, peut être fort longtemps le siége d'un simple engorgement sanguin, soit continu, soit intermittent, avant que n'éclate une inflammation confirmée, avec pyrexie, douleur, etc.

C'est M. Andral, croyons-nous, qui a émis le premier, en France du moins, cette opinion que la congestion sanguine simple du foie pouvait durer pendant un temps très-long, et entraîner de graves désordres dans la santé générale. L'auteur du présent mémoire a lui-même rapporté autrefois, dans le COMPENDIUM DE MÉDECINE, un exemple de ce genre. Parmi les sept nouveaux cas d'hypérémie qu'il publie aujourd'hui, il en est un (obs. III) qui tend à établir le même fait, et que nous rapporterons, à cause de cela, avec quelques détails.

OBS. — Une couturière âgée de 25 ans, accouchée depuis quinze mois, entre à l'hôpital de Bon-Secours le 8 juin 1848.

Sa santé est troublée *depuis un an*. Les digestions sont lentes, accompagnées souvent de sécrétion de gaz dont l'expulsion est suivie de soulagement. *A plusieurs reprises elle éprouve des douleurs sourdes dans la région épigastrique et l'hypocondre droit.* Ces symptômes s'accroissent pendant le mois qui précède l'entrée à l'hôpital. Deux fois elle est contrainte de garder le lit. Les selles sont dures, l'appétit irrégulier, les digestions difficiles; elle vomit parfois ses matières alimentaires. Jamais d'ictère; l'urine claire, transparente; suppression des menstrues pendant neuf mois : elles reparaissent un mois avant son entrée à l'hôpital. Elle contracte aisément des rhumes qui ont une longue durée et s'accompagnent de fièvre; jamais d'hémoptysie. (Traitement antérieur : saignée; purgatifs répétés.)

Pendant les cinq premiers jours l'état précédent ne change pas. A partir du 10

juin, tous les symptômes d'une hépatite légère se manifestent. Céphalalgie frontale légère, courbature, sentiment de faiblesse, sueurs nocturnes, ictère marqué sur les sclérotiques et la partie antérieure du cou; langue nette; soif vive; anorexie; nausées; sensibilité très-vive à l'épigastre et dans tout l'hypocondre, augmentant par la pression; tension de l'estomac provoquée par la présence de gaz; dyspepsie. Le foie atteint sa limite supérieure ordinaire, et descend à 10 centimètres au-dessous du rebord costal et jusqu'au milieu de l'épigastre; météorisme médiocre; expulsion de gaz par les voies supérieure et inférieure; constipation. Respiration à 28; signes physiques de l'existence de tubercules crus au sommet du poumon droit; pouls à 100; peau chaude; sueur pendant le sommeil. (Application de 30 sangsues sur l'hypocondre droit; cataplasmes; laxatifs.)

Du 10 au 15 juin l'ictère fait des progrès; toute la peau devient verte; l'urine se charge aussi d'une grande proportion de matière colorante; le volume du foie ne diminue pas, non plus que la sensibilité du ventre; la constipation est toujours opiniâtre malgré l'emploi des laxatifs. (Pilules mercurielles et huile de ricin à petites doses.)

Vers le 20, la maladie devient apyrétique.

Le 2 juillet, le foie est revenu à ses dimensions normales et les fonctions digestives sont rétablies.

Les jours suivants, l'ictère continue à s'effacer et la convalescence est complète au bout de quinze jours. Les parois du ventre sont souples, indolentes partout; la région du foie peut être pressée fortement sans produire de la douleur. On ne sent aucune tumeur à l'épigastre. Les selles sont toujours rares.

Dans les autres observations recueillies par l'auteur, la période de congestion n'a pas été aussi longue que dans la précédente. Quelques-unes sont des exemples tranchés d'hépatite confirmée, succédant à des congestions plus ou moins continues de trois à cinq mois de date (observations I et II); les observations IV, V, VI et VII sont relatives à des congestions encore plus récentes, de nature évidemment active, pouvant même passer pour de vraies hépatites, mais d'une intensité et d'un degré moins prononcés que dans les trois premiers cas.

De l'ensemble de ces différentes observations, l'auteur a formé un tableau où sont rassemblés les principaux traits de la congestion inflammatoire du foie telle qu'il l'a observée; et voici les particularités que nous croyons devoir en extraire.

La nature active, ou phlegmasique de la maladie ressort manifestement dans tous les cas, et de l'étiologie, et de la symptomatologie, et de la thérapeutique. L'engorgement du foie était consécutif soit à des émotions morales vives, soit à des troubles digestifs, soit encore à la suppression subite des menstrues; il s'annonçait par l'appareil symptomatologique ordinaire aux phlegmasies des parenchymes; il guérissait par les antiphlogistiques.

Au point de vue spécial de la symptomatologie, l'auteur passe en revue successivement la douleur, l'ictère, la fièvre, etc. « Dans les observations que j'ai rapportées, dit-il, la douleur occupait le plus souvent l'hypocondre au-dessous du rebord costal, l'épigastre, plus rarement les parties postérieures de l'hypocondre; *jamais elle ne s'est montrée dans l'épaule.* » Il y a ici une inadvertance visible; car dans la première observation, il est écrit en toutes lettres: « *Le 2 janvier, il se manifeste une douleur dans l'épaule droite,* » et il s'agit d'un des cas les plus tranchés d'hépatite. Sans doute on a un peu exagéré autrefois la fréquence de la douleur de l'épaule dans les maladies du foie; mais le fait n'en a pas moins existé dans un certain nombre de cas, et nous en avons encore rencontré un exemple tout récemment. M. Monneret a reconnu aussi la justesse de ces paroles d'Hippocrate appliquées aux sujets atteints de phlegmasie hépatique: *et suffocatio fortis tenet.* La douleur, en effet, dans les cas qu'il a observés, occasionnait une grave gêne de la respiration, une oppression épigastrique pénible. On a dit que, dans ces cas, la maladie occupait principalement la portion supérieure du foie ou s'étendait au péritoine adjacent; il est probable que cette dernière circonstance est réellement de nature à augmenter l'oppression; mais la congestion simple et uniforme du foie, accompagnée de douleur, suffit bien pour gêner considérablement la respiration.

M. Monneret a rencontré l'ictère dans tous les cas où les autres signes de l'hépatite (douleur, augmentation de volume, fièvre) étaient prononcés. Il n'est pas rare, on le sait, de voir des phlegmasies partielles, des abcès même, se faire sans ictère; nous en rapportions même un cas dans une de nos dernières Revues; mais il n'en est pas de même quand la totalité du foie est envahie par une congestion phlegmasique. Nous ne prétendons pas que l'ictère soit alors constant, il y a des exemples positifs du contraire, mais il manque fort rarement.

Nous noterions enfin, au sujet de la fièvre, un résultat des observations de M. Monneret, résultat tout à fait d'accord avec le dire d'Hippocrate: c'est que la fièvre, quoique liée presque toujours à l'hépatite, est rarement très-prononcée. Le pouls est dur, mais médiocrement fréquent. Les symptômes de cette fièvre ont été, au début, le frisson (qui n'a pas existé dans tous les cas), puis la chaleur de la peau, la sueur (souvent partielle) et l'accélération du pouls. Ajoutons que la fièvre a affecté la *forme paroxystique* dans la plupart des cas, et pendant plusieurs jours consécutivement. Le paroxysme était caractérisé par un frisson, bientôt suivi de chaleur et de moiteur. Il se montrait d'ordinaire le soir ou dans le milieu de la nuit, et au moment de la visite du matin, le pouls était encore accéléré, la peau chaude et moite. Le malaise, la courbature, la céphalalgie et la soif accompagnaient souvent le paroxysme, et deux fois les douleurs hépatiques s'exaspérèrent. Les accès ne sont pas toujours quotidiens; M. Monneret a vu la fièvre affecter le type double tierce dans un cas d'hépatite non rapporté dans son mémoire et compliqué d'ulcérations du colon. Dans deux autres cas non encore publiés, la fièvre, après avoir été rémittente quotidienne, est devenue véritablement *intermittente quotidienne*, c'est-à-dire que le malade n'a plus éprouvé qu'un seul accès pendant la nuit. Jamais il n'avait eu de fièvres intermittentes, et ne s'était trouvé dans les conditions propres à la produire.

Cette forme paroxystique de la fièvre concomitante de l'hépatite n'a pas été assez soigneusement étudiée par les auteurs classiques.

MÉMOIRE SUR UN MOYEN NOUVEAU POUR COMPRIMER ET DILATER L'ORIFICE VÉSICAL DE L'URÈTRE, DANS LES CAS DE TUMEUR DE LA PROSTATE; par M. MIQUEL.

L'expérience a depuis longtemps jugé comme insignifiants ou insuffisants les divers mécanismes imaginés dans le but de déprimer, d'effacer les saillies de la prostate hypertrophiée. Celui que M. Miquel propose se distingue de ceux-ci, d'abord par sa simplicité, puis par l'action *excentrique* qu'il donne à la compression. Grâce à ce double avantage, peut-être lui sera-t-il réservé de résoudre l'important problème de pratique que tant d'autres avaient déjà abordé sans fruit.

L'occasion de le concevoir et de l'appliquer lui a été offerte par un malade affecté d'une végétation de la prostate qui venait faire bouchon et s'opposait à la sortie spontanée de l'urine, bien que la sonde pût être librement introduite. M. Miquel confectionna d'abord lui-même sept petits cônes en plomb, d'un volume tel que chacun d'eux pût être contenu dans une algalie; puis il fixa dans chaque cône, par sa petite extrémité, un morceau de fil de fer n° 2, non recuit; l'autre bout de ce fil de fer fut tordu et converti en un petit anneau capable de recevoir une forte épingle et de pouvoir passer dans le canal de l'algalie sans difficulté.

Cela fait, il coupa une algalie courbe un peu au-dessus de ses yeux, et rendit son orifice vésical un peu évasé, moins cependant que le pavillon.

Enfin, il fit passer l'un des morceaux du fil de fer dans la sonde, en le présentant par son anneau et le faisant entrer par le bout inférieur de la sonde; puis en tirant un peu fortement sur lui, le petit cône de plomb vint s'engager dans ce bout de la sonde et former un tout facile à manœuvrer. Il suffisait de pousser un peu l'extrémité du fil de fer pour que le cône quittât l'algalie.

Voici maintenant comment M. Miquel procéda à l'application. Une fois l'algalie introduite, ainsi préparée, dans la vessie, il poussa très-aisément le fil et par conséquent le cône, puis retira l'instrument. Il répéta cinq fois cette petite opération, et introduisit donc ainsi cinq cônes dans la vessie.

Il passa alors une épingle dans les cinq petits anneaux des fils de fer, et les tira tous ensemble comme pour les faire sortir de la vessie. Le volume total qu'ils constituaient par leur réunion fit qu'ils ne purent passer; ils s'engagèrent donc en partie dans l'ouverture vésicale, en agrandissant forcément son diamètre et en pressant sur ses bords. Ils furent fixés par le moyen d'un bandage de corps garni d'une pelote qui perpétua l'action de traction exercée ainsi.

Le malade souffrit peu. Cependant, comme il n'ignorait point qu'il s'agissait d'un essai, il manifesta quelque inquiétude. Aussi, au bout de six heures environ, on prit le parti de retirer l'appareil.

Pour y parvenir, M. Miquel repoussa d'abord en masse les plombs dans la vessie, en poussant sur tous les fils réunis; il éprouva quelque résistance; toutefois il réussit sans douleur; après quoi il tira sur chaque fil l'un après l'autre, en fixant même de la main ceux qui devaient rester pendant qu'il tirait l'un d'eux.

Ce temps de l'opération fut un peu difficile, parce que M. Miquel n'ayant pas eu soin de mettre au fur et à mesure dans l'épingle chaque anneau de l'extrémité du fil porte-plomb, ils se tenaient un peu tressés entre eux. — Pour éviter ce petit accident, il faudrait, dit-il, ranger chaque anneau de fil de fer sur l'épingle à mesure qu'on aurait introduit le plomb qui lui correspond.

Les suites de cette manœuvre furent peu graves. Le lendemain et les jours suivants, le malade accusa quelques douleurs au col de la vessie, mais sans fièvre et sans être obligé de garder la chambre. Seulement l'urine devint trouble, fétide; et du dixième au douzième jour, il urina du sang en assez grande quantité.

Quant au résultat thérapeutique définitif, il fut des plus satisfaisants;

l'urine commença peu à peu à sortir spontanément, et aujourd'hui la vessie se vide en entier, lentement il est vrai, et avec des efforts.

— Ce procédé si simplement ingénieux nous paraît effectivement ouvrir une nouvelle voie aux essais tentés pour obtenir l'ampliation de l'orifice prostatique, alors surtout que le zèle des inventeurs de seconde main aura rendu la construction du petit appareil plus à la portée de tout le monde.

Jaloux de concourir pour notre part au perfectionnement d'une méthode dont l'avenir nous paraît aussi vaste que certain, nous indiquerons ici un moyen de rendre plus prompte et moins pénible l'introduction des cônes dilateurs. M. Miquel dit que, après avoir placé le premier, il retira la sonde une seconde, puis une troisième, quatrième et cinquième fois, laissant à chaque reprise un nouveau cône avec son fil dans le canal. Mais (à moins que nous n'ayons pas bien compris cette partie de la description) outre les lenteurs de ces introductions réitérées, il nous semble bien embarrassant de faire glisser la sonde à travers l'urètre déjà occupé par trois ou quatre fils de fer. Ne vaudrait-il pas mieux que l'opérateur plaçât d'avance dans la sonde, l'un au-dessus de l'autre, tous les cônes qu'il compte employer, absolument comme on met plusieurs balles dans le canon d'un fusil? La sonde étant ainsi chargée, on l'introduirait; puis on commencerait par pousser le cône le plus profond, dont on reconnaîtrait aisément le fil-tige en remarquant qu'il paraît à l'extérieur le plus court de tous (leur longueur étant supposée égale). — Le reste de l'opération s'effectuerait comme il a été dit précédemment.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 MAI.

ACTION MAGNÉTIQUE DES MUSCLES.

M. DE HUMBOLDT communique l'extrait d'une lettre qui lui a été adressée par M. du Bois-Reymond, dans laquelle se trouvent des détails sur les expériences magnétiques exécutées par ce dernier savant.

Il résulterait de ces recherches que lorsqu'on plonge les doigts des deux mains dans deux vases d'eau salée qui communiquent avec les deux bouts d'un galvanomètre très-sensible, il se fait presque toujours une déviation plus ou moins prononcée de l'aiguille; que lorsqu'on appuie les doigts contre les parois des vases et qu'on produit des contractions musculaires, la déviation est plus grande et dirigée du côté où la déviation est la plus forte.

M. DESPRETZ fait part à l'Académie, à cette occasion, de quelques recherches qu'il a faites pour éclairer la question de l'influence des contractions, en tenant dans ses mains les deux armatures d'un galvanomètre (qu'il a dorées pour empêcher le dégagement d'électricité par le fait de l'oxydation du cuivre par la sueur), il a fait dévier l'aiguille; mais un résultat analogue a été obtenu en plongeant les armatures dans de l'eau simple.

COMPOSITION DE L'AIR EXPIRÉ PAR LES CHOLÉRIQUES.

M. DOYÈRE communique une indication des moyens qu'il emploie pour étudier la composition de l'air expiré par les cholériques.

Pour obtenir l'air expiré pur de tout mélange avec l'air atmosphérique, M. Doyère a imaginé de le diriger à l'aide d'un appareil à soupapes dans des ballons en verre d'un litre environ, pleins d'hydrogène sec, tenus renversés pendant l'opération, et fermés ensuite à l'aide d'un bouchon à l'émeri enduit d'une matière grasse. L'appareil à soupape dont il s'agit est analogue à celui que M. Charrière plaçait sur les flacons à éthérisation.

L'analyse est faite à l'aide des appareils que M. Doyère a présentés l'an dernier à l'Académie et suivant les méthodes eudiométriques le plus généralement admises. Comme exemple de la composition de l'air expiré dans les diverses périodes du choléra, M. Doyère rapporte une série d'analyses relatives à un même sujet, et desquelles il résulte que l'acide carbonique est dans des proportions très-inférieures à celles de l'état normal et que cette proportion diminue à mesure que la maladie s'aggrave.

PROPORTION DU SANG DANS LES DIVERSES ESPÈCES ANIMALES.

M. WANNER communique une note sur des expériences qu'il a faites pour déterminer les proportions du sang dans plusieurs espèces d'animaux, bœuf, mouton et lapin. D'après ces expériences, la proportion du sang serait, en poids, environ comme 5 est à 100. Cette connaissance peut être d'un grand secours, suivant l'auteur, pour prévoir le danger d'une hémorrhagie d'après la quantité de sang écoulé, et pour guider le médecin lorsqu'il pratique des saignées. Ainsi, dit M. Wanner, chez un sujet qui pèse 50 kilogr., une saignée de 2 livres ôte à l'individu la moitié de son sang.

ACTION DÉSINFECTANTE DE L'ÉTHER SULFURIQUE.

M. BAUDELOCQUE soumet à l'Académie des expériences qu'il a faites relativement à l'éther sulfurique, et qui ont rapport à l'hygiène et à la pratique de l'art de guérir.

L'éther sulfurique a pour effet de détruire instantanément le gaz hydrogène sulfuré; ainsi, quand on verse dans une garde-robe quelques gouttes d'éther sulfurique, on ne sent nullement, après la défécation, l'odeur des matières fécales. D'autre part, ajoute M. Baudelocque, on arrive au même résultat quand un appartement est infecté par l'odeur des matières fécales; lors, par exemple, qu'on vide une fosse d'aisances, si l'on répand quelques gouttes d'éther dans les diverses pièces de l'appartement, l'odeur du gaz hydrogène cesse également aussitôt.

L'auteur pense, en outre, qu'on pourrait tirer utilement parti de l'emploi de l'éther dans quelques cas de chirurgie, particulièrement pour la réduction des hernies, en injectant cette substance par le rectum.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Sept lettres ministérielles avec envoi de notes et communications relatives au choléra, savoir :

Un second mémoire du docteur ROBERT (de Marseille) sur le choléra de 1834 à 1835, et en particulier sur l'emploi des frictions mercurielles à hautes doses dans le traitement de cette épidémie;

Une lettre contenant l'exposé d'un traitement à employer contre le choléra, par M. AUBRÉE (de Montpellier);

La recette d'une poudre thériacale que le docteur FERNAGU emploie, dit-il, avec succès contre le choléra;

La recette d'un spécifique que son inventeur, le sieur BOURRASSET, dit être spécialement propre à la guérison des crampes;

Un remède préservatif du choléra, par le sieur ACHERT (du Havre);

La recette d'une eau anticholérique, dite eau de la Roquette, qui a joui en 1832 d'une grande popularité;

Un flacon contenant une liqueur de l'invention du sieur MASSESIAU, pour la guérison du choléra. (Toutes ces pièces sont renvoyées à la commission du choléra.)

Le ministre de l'agriculture et du commerce envoie en outre :

Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Prades, au sujet d'une épidémie variolique dont la commune de Rigarda vient d'être affectée;

Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Semur (Côte-d'Or), au sujet d'une rougeole dont la commune de Corsaint a été épidémiquement affligée depuis janvier 1849 jusqu'en mars de la même année;

Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Niort, sur une suette miliaire épidémique qui vient de régner dans plusieurs communes de cet arrondissement (Commission des épidémies);

Un échantillon d'une formule pour la guérison de brûlures, par le sieur BULOT.

Le même ministre, enfin, adresse trois communications de madame COQUILLARD, sage-femme à Belleville : 1° une note relative à l'emploi du seigle ergoté; 2° un mémoire sur les causes déterminantes des douleurs de l'enfantement; 3° un instrument propre à faciliter les accouchements : c'est une sorte de levier destiné à opérer les mouvements de révolution et de bascule de la tête du fœtus. (Ces trois communications sont renvoyées à l'examen de M. Capuron.)

La correspondance manuscrite comprend les pièces suivantes :

CHOLÉRA.

M. BÉDOR, médecin de l'hôpital civil de Troyes, adresse une lettre contenant des détails sur le choléra de cette ville et de ses environs. Il résulte de cette lettre que, sur une population de 30,000 âmes, il y a eu, du 5 avril au 5 mai, dix cas de choléra. Le premier cas s'est déclaré dans la banlieue; le deuxième et le troisième dans une des rues de Troyes les mieux aérées : ces trois cas eurent lieu presque simultanément. Le quatrième se développa dans un quartier insalubre de la ville, à dix jours d'intervalle. Le cinquième et le sixième cas ont été observés sur un enfant de 3 ans et sur sa mère. Le septième s'est déclaré dans l'hôpital. Enfin il est encore à sa connaissance qu'un homme de 58 ans, une petite fille de 3 ans et un militaire de la garnison viennent d'être pris du choléra.

M. Bédor ajoute, en *post-scriptum*, qu'il vient d'apprendre à l'instant qu'un accroissement sensible vient de se manifester dans la marche de l'épidémie.

M. DE SMYTTÈRE, médecin en chef de l'asile des aliénés de Rouen, fait part à l'Académie d'un fait qui lui paraît, dans les circonstances présentes, de quelque intérêt : il s'agit du début du choléra asiatique dans l'asile public des aliénés de Rouen. Ce fléau a sévi d'abord exclusivement sur les individus présentant des symptômes plus ou moins avancés de paralysie générale, bien avant d'atteindre les autres aliénés, même ceux qui étaient placés dans des conditions maladives beaucoup plus graves.

Il s'est d'abord déclaré dans le quartier des hommes, le moins encombré de l'établissement; il ne s'est montré que douze jours plus tard dans le quartier des femmes, qui est beaucoup plus encombré, et qui est contigu au premier. La

manière dont la maladie s'est propagée dans cet établissement le porte à croire que le choléra est contagieux.

M. de Smyttère termine sa lettre en déclarant que les premiers individus atteints de choléra n'avaient présenté avant l'invasion ni selles, ni vomissements, ni crampes, et qu'ils ont été foudroyés et asphyxiés comme par défaut de circulation et d'innervation.

M. Sylvain Eymard (de Grenoble), qui a déjà envoyé une communication sur le même sujet, croit devoir réitérer, d'après de nouvelles observations, l'assertion qu'il a émise, que le choléra ne dépassera pas le nord de la France, et qu'il ne franchira pas une ligne qui s'étend du Finistère au département du Doubs.

M. le Secrétaire fait observer, à cette occasion, que l'assertion de M. Sylvain Eymard est déjà démentie par les faits, s'il est vrai, ainsi que cela a déjà été annoncé à l'Académie, que le choléra a éclaté à Nantes.

MM. Gobré et Rouxel (de Boulogne-sur-Mer) communiquent une relation succincte de quelques cas de choléra qu'ils ont observés à l'hospice civil de Boulogne. Bien que l'arrondissement de Boulogne ait été moissonné par le choléra depuis les derniers jours de décembre, la ville de Boulogne, dont la population est de 30,000 habitants, ne compte encore aujourd'hui que six malades. Ces six individus, ajoutent les auteurs de la communication, se trouvaient placés dans des conditions d'habitation et de régime qui constituaient une disposition à la maladie régnante; ils habitaient tous des logements insalubres. Deux d'entre eux étaient affaiblis par la misère et les privations, et logés dans des caves obscures et humides; plusieurs faisaient des abus habituels de liqueurs alcooliques, et aucun d'eux n'avait eu d'ailleurs de communication avec des cholériques. La diarrhée prodromique n'a fait défaut dans aucun de ces cas, et elle a été chez tous également négligée.

M. Gravis, médecin de l'hôpital civil de Calais, adresse un rapport sur les premiers cas de choléra qui ont éclaté dans les villes contiguës de Calais et de Saint-Pierre-les-Calais. Le premier cas de choléra qui éclata à Calais, lors de la réapparition de la maladie en France, dit M. Gravis, eut lieu le 1er novembre 1848. Le sujet de cette première observation ne s'était pas absenté depuis bon nombre d'années de Calais; il n'avait été en rapport avec aucune personne, soit des localités voisines, soit des nations étrangères. Dans ce cas on ne peut supposer qu'il y ait eu contagion ou même infection. Mais il pourrait n'en être pas de même des cas suivants.

Le 4 du même mois, c'est-à-dire quatre jours après l'apparition du premier cas, M. Gravis fut appelé à bord d'un bateau où une femme et son enfant avaient été atteints du choléra. Le lendemain deux autres enfants de cette femme étaient également atteints du fléau; enfin, le 9 du même mois, neuf jours après la première apparition et six jours après la seconde, les deux plus jeunes enfants de la même famille tombaient frappés du choléra. Ainsi six personnes de la même famille furent atteintes dans l'espace de six jours, sur lesquelles trois succombèrent. Aucun des membres de cette famille n'avait eu de rapports, soit directs, soit indirects, avec le premier malade. Ils habitaient à plus d'un kilomètre de distance de ce dernier. Le vent, pendant ce jour-là, soufflait dans une direction opposée. Il n'y avait donc de ce côté aucune connexité ou filiation possible entre le premier cas observé et les six autres. Quant à ceux-ci, d'après les circonstances que rappelle l'auteur de la lettre, leur développement pourrait être attribué aux rapports récents que la famille en question avait eus avec des habitants de Dunkerque, d'où elle venait, et où régnait alors l'épidémie.

M. le docteur Ravin, correspondant de l'Académie à Saint-Valery-sur-Somme, donne les détails suivants sur l'épidémie de choléra de la bourgade de Cayeux et de ses environs, dont la population totale est de 2,900 habitants.

Le choléra régnait à Dieppe en février; un mareyeur de Cayeux s'y rendait trois fois par semaine, et a visité des cholériques.

Le 20 février, il fut pris lui-même à Dieppe, et y demeura plusieurs jours. On le ramena convalescent à Cayeux le 24 février.

Le 26, un enfant de 3 ans, son neveu, qu'il caressait souvent, fut atteint et succomba en huit heures.

Le 2 mars, un vieillard de 60 ans, oncle des deux précédents, fut pris et mourut le 6 mars.

Le 6 mars, la femme qui soignait ce vieillard fut prise de cholérine, et plus tard de choléra.

La cholérine se répandit dans six quartiers.

Dans le quartier du centre de la bourgade, un raccommodeur de faïence qui revenait d'Eu et de Gamaches, où l'épidémie sévissait, et qui avait déjà la cholérine, fut pris du choléra, auquel il succomba en vingt-quatre heures. *Onze* personnes sur *douze* qui le soignèrent ont eu la cholérine.

Le choléra fut apporté ensuite dans le quartier de l'église (situé en amont des deux quartiers précédents) par un cultivateur qui avait visité le raccommodeur de faïence. La fille de celui-ci en fut atteinte trois jours plus tard, puis un neveu, puis la garde-malade, puis le fils de cette dernière, puis trois camarades de ce fils; enfin la cholérine se propagea de maison en maison dans le quartier du centre et dans celui des mareyeurs (quartier habité par le premier malade.)

Il y a eu en tout, jusqu'au 25 avril, seize cas de vrai choléra, dont dix morts.

M. John Richard Farre adresse une lettre sur le choléra, dans laquelle il donne des détails sur le choléra de l'Inde, et sur la marche et les caractères de la dernière épidémie de Londres. Il signale une circonstance digne de remarque sur une localité de l'Inde, où l'influence cholérique est telle que, lors des mouvements des troupes anglaises, on est obligé de leur faire franchir cette localité sans y stationner, sous peine de les voir décimées par la maladie.

Quant à Londres, le choléra actuel, suivant l'auteur, n'y serait pas encore devenu épidémique; il est resté sporadique, excepté dans quelques cas où l'intensité de la cause prédisposante, soit de miasme, soit de *malaria*, lui a donné un caractère circonscrit d'épidémie, comme cela est arrivé dans l'asile des enfants pauvres. L'auteur pense que, quoique le choléra ne soit pas précisément contagieux, il peut le devenir à une époque de sa durée et par suite de l'agglomération des malades. En ce qui concerne le traitement, M. Richard Farre dit s'être bien trouvé du mercure doux et de l'opium suivi de l'usage du carbonate de magnésie. De grandes doses de poudre de Dower, données nuit et jour, lui ont paru avoir amené des cures complètes dans les cas de diarrhée invétérée. (Commiss. du choléra.)

NOUVEAU COWPOX OU CHAMELINE.

M. Agnielli, directeur du comité de vaccine d'Alger, fait part à l'Académie d'une découverte intéressante qu'il a faite dans ses communications avec les Arabes. Il a appris de ceux-ci que la chamelle présente accidentellement une éruption tout à fait semblable au cow-pox des vaches, et dont le produit, inoculé aux hommes, les garantit de la petite vérole. Il se propose de faire des expériences avec ce nouveau virus, qu'il désigne sous le nom de *chameline*, et d'en faire connaître les résultats à l'Académie. (Comité de vaccine.)

— M. Leblanc, vétérinaire, adresse une note relative à une espèce particulière de tumeur vermineuse sous-cutanée, non encore décrite, et qui est formée par une agglomération de strongles géants. (Commiss.: MM. Rayer, Bouley jeune et Ségalas.)

— M. le Président fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire d'un de ses membres, M. Loiseleur des Longchamps.

M. Mérat est invité à lire le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Loiseleur des Longchamps.

La parole est à M. Bouvier sur le choléra.

CHOLÉRA.

M. Bouvier communique de nouveaux détails sur la marche décroissante du choléra tant en ville que dans les hôpitaux. (Voir plus bas, à la séance du 22.)

M. Gérardin : Les communications de M. Bouvier offrent certainement de l'intérêt, et l'Académie doit lui savoir gré des efforts qu'il fait pour recueillir tous ces documents. Cependant M. Bouvier doit être convaincu maintenant que toutes ses prévisions ont été trompées. C'est une erreur de vouloir comparer l'épidémie actuelle à l'épidémie de 1832; c'est avec les épidémies qui viennent de parcourir tout récemment différentes contrées du nord de l'Europe qu'il fallait la comparer. Si notre collègue eût agi ainsi, il aurait vu que l'épidémie a procédé partout de la même manière; que pendant quatre, cinq, six semaines elle n'a fait d'abord que tâtonner en quelque sorte le terrain, et que ce n'est qu'après ces tâtonnements plus ou moins prolongés qu'elle a enfin éclaté avec une certaine intensité. La diminution n'arrive qu'après quelques fluctuations qui marquent son summum, et cette décroissance elle-même est encore loin d'être la fin de l'épidémie.

Après la connaissance de ce fait, il me semble inutile de venir porter chaque semaine des pronostics sur la cessation prochaine de l'épidémie; les fluctuations quotidiennes ou hebdomadaires ne peuvent nous apprendre absolument rien pour l'avenir, et M. Bouvier peut juger par les pronostics qu'il avait portés dans les premières séances et par les événements qui sont survenus, de la valeur de toutes les prévisions qu'on veut établir d'après les faits de chaque jour. Il n'y a que les faits qui se sont passés dans les autres pays qui puissent nous permettre de faire quelques conjectures, et encore ces conjectures devraient-elles porter plutôt sur la durée de la maladie que sur le nombre de malades. Ainsi, en Russie, l'épidémie a fait beaucoup plus de victimes qu'en 1832; à Breslau, sur une population de 90,000 âmes environ, il y a eu 6 à 7,000 cholériques; à Berlin, sur une population de 300 et quelques mille, il y en a eu 14 ou 15,000; tandis qu'à Londres il y a eu une proportion infiniment moindre.

Il y a une chose qui m'étonne encore chez M. Bouvier, c'est de l'entendre parler de la seconde épidémie de 1832; il n'y a pas eu deux épidémies en 1832, il n'y en a eu qu'une; ce que M. Bouvier appelle une seconde invasion n'est autre chose qu'une recrudescence.

Enfin, je ferai remarquer que la marche du choléra a été toute différente dans le Midi de ce qu'elle a été dans le Nord. En Égypte, par exemple, sa durée a été très-courte, elle est arrivée promptement à son maximum et a cessé en quelques semaines.

Je crois, en somme, qu'à Paris l'épidémie a atteint son maximum, et qu'elle décroîtra à l'avenir, mais je pense que l'on ne saurait être trop réservé dans de pareilles prévisions.

M. Bouvier : Je n'ai qu'à me féliciter d'avoir fourni à M. Gérardin l'occasion de communiquer à l'Académie les faits qu'il vient de nous faire connaître et que pour mon compte je ne connaissais pas; mais je ne crois pas que ceux que j'ai rapportés soient pour cela tout à fait inutiles; quand à l'exactitude des prévisions que j'ai pu exprimer, l'Académie pourra s'éclairer sur ce point en consultant ses Bulletins.

M. Rochoux présente quelques réflexions sur l'inutilité et les inconvénients des statistiques ainsi morcelées, et rectifie des expressions impropres de M. Bouvier, qui a appliqué la dénomination de progression géométrique à des valeurs numériques qui n'étaient réellement point dans cette progression.

— M. Guéneau de Mussy lit un rapport officiel demandé par le ministre de l'instruction publique sur un sirop préservatif et curatif du choléra, pour lequel

l'auteur sollicite une indemnité et l'autorisation de venir en faire l'essai à Paris aux frais de l'État.

Les conclusions défavorables du rapporteur sont adoptées sans discussion.

— M. Gaultier de Claubry lit quatre rapports sur des remèdes secrets, également relatifs au choléra.

Conclusions défavorables adoptées.

CONSERVATION DE L'EAU POTABLE.

M. Chevallier fait un rapport sur un procédé imaginé par M. Lemaire, fabricant de produits chimiques, pour conserver indéfiniment l'eau potable, et qui consiste à mettre cette eau en contact avec de la terre de pipe calcinée, dans la proportion de 10 grammes par litre d'eau. Les expériences faites par la commission ont démontré que le procédé de M. Lemaire n'atteignait nullement le but que se proposait l'auteur, et que surtout il était bien inférieur au procédé depuis longtemps employé avec succès, celui qui consiste à mettre l'eau en contact avec la poudre de charbon.

— M. H. Larrey obtient un tour de faveur et commence la lecture d'un mémoire sur l'adénite cervicale des soldats.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 22 MAI.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule lettre ministérielle, avec envoi d'une note contenant l'indication d'un remède contre le choléra.

La correspondance manuscrite comprend les pièces suivantes :

M. Éguisier appelle l'attention de la commission du choléra sur un mode de traitement qui consisterait à porter directement les médicaments dans les veines, au moyen d'un appareil de son invention, qui rendrait, dit-il, cette opération très-facile et aussi innocente qu'une piqûre d'épingle. Parmi les médicaments susceptibles d'être injectés dans les veines, celui auquel il donne la préférence est la morphine.

M. Loiset, médecin-vétérinaire et membre de l'assemblée nationale, adresse un rapport fait au nom d'une commission officielle, sur les moyens d'obvier aux accidents qui se produisent dans les ateliers mus par la vapeur. (Commissaires : MM. Villermé, Chevallier, Poiseuille, Adelon et H. Gaultier de Claubry.)

M. Raimbert (de Châteaudun) adresse un mémoire intitulé : De la dyspepsie ascescente considérée comme cause prédisposante des affections cholériques. Nous publierons ce travail textuellement.

ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE ET DE CHOLÉRA A NEW-YORK.

M. Bodinier, médecin à New-York, adresse deux communications : l'une relative à une épidémie de fièvre jaune qui a régné dans la baie de New-York en septembre 1848 ; la seconde relative à une épidémie de choléra qui a sévi, à quatre mois de distance, dans la même localité.

Au commencement du mois de septembre 1848, dit M. Bodinier, deux navires arrivèrent dans la baie de New-York presque en même temps, l'un venant de la Nouvelle-Orléans, l'autre de la Vera-Cruz, villes où la fièvre jaune existait au départ des navires. Tous deux avaient à leur bord des fiévreux. Ils furent débarqués à l'hôpital et couchés parmi d'autres malades. La fièvre jaune ne se répandit pas dans l'hôpital. Les navires restèrent à l'ancre en face du village, à une portée de fusil du rivage, libres d'avoir des communications avec les canotiers et autres personnes. On remarqua dans ce moment que le vent vint à souffler pendant dix jours environ dans la même direction (ce qui est très-rare à New-York), et de manière à passer sur les navires à l'ancre, avant d'arriver sur les habitations de la côte. Ce fut alors que commencèrent à être attaqués de la fièvre jaune les canotiers et tous les individus qui se tenaient habituellement sur le bord du rivage. Les bâtiments qui avaient apporté la maladie furent envoyés au large ; mais la maladie n'en continua pas moins à s'accroître et à avancer de proche en proche, de manière à pénétrer à quelques centaines de pas dans l'intérieur. La fièvre ne s'étendit qu'à une certaine distance du bord de l'eau, ne frappant pas les personnes qui avaient donné leurs soins aux premiers malades attaqués, mais bien celles qui, par leurs occupations, étaient appelées sur le bord du rivage ou y venaient habituellement.

Voici les détails que donne M. Bodinier sur l'épidémie de choléra :

Le navire le *New-York* quitta le Havre le 9 novembre 1848, le choléra ne régnant alors ni dans cette ville ni dans les environs. En route le navire ne toucha aucun port. Au départ il y avait à bord 385 personnes, toutes bien portantes. Pendant les seize premiers jours, la santé de ces personnes se conserva parfaite.

Le samedi 25 novembre 1848, un Allemand, passager de l'entre-pont, âgé de 29 ans, fut pris du choléra et succomba en trois jours.

Le lendemain, 26, un second cas se montra sur un vieillard, qui mourut le lendemain.

Le 27, une petite fille de 5 ans fut atteinte et mourut en deux heures.

Le 28, un petit garçon du même âge succomba en quatre heures.

Le cinquième cas se déclara sur un homme âgé de 40 ans, qui mourut en quelques heures.

Enfin deux autres enfants de 5 ans furent également atteints et moururent en six et huit heures.

Après ces sept cas, le navire arriva dans le lazaret de New-York, situé à l'entrée et au sud de la baie, dans l'île de Stater, à environ trois lieues de la ville qui occupe le nord de cette baie.

Le lazaret se compose de trois bâtiments isolés et éloignés les uns des autres de quelques centaines de mètres. Celui où furent débarqués les malades est à 500 ou 600 mètres des deux autres.

Le navire mit à l'ancre le vendredi soir, 1er décembre. Depuis ce jour jusqu'au 3, à midi, heure à laquelle les passagers furent débarqués, il y eut 12 nouveaux cas à bord.

Du 3 au 7 inclusivement, il se déclara à l'hôpital du lazaret, où furent transportés les malades, 15 cas, dont 6 moururent, et dont 4 appartenaient à des malades qui étaient déjà dans l'hôpital avant l'arrivée du navire. Ils avaient été en contact avec les passagers et leurs effets.

Les passagers du navire furent alors isolés des autres malades de l'hôpital.

Le 8 décembre, 2 nouveaux cas parmi les passagers et deux morts.

Le 9, 1 nouveau cas et 3 morts.

Les 10 et 11, pas de nouveaux malades, 1 mort.

En ville. — Le 4 au soir, un convalescent qui avait été à l'hôpital avec des passagers du *New-York* pendant 24 heures fut atteint du choléra et fut reporté à l'hôpital, où il mourut le 6.

Dans la même maison, un autre Allemand, qui n'avait eu aucune communication avec les passagers du *New-York*, fut atteint le 11 et mourut le 12.

Le 20 du même mois, un Allemand encore, qui venait de l'intérieur, qui n'avait eu aucune communication avec les malades de la ville ou de l'hôpital, fut affecté dans une rue voisine, et mourut dans la soirée.

Le 12, 4 nouveaux cas, pas de mort.

Le 13, 4 nouveaux cas. 2 de ces nouveaux cas se sont développés sur des convalescents de fièvre typhoïde, qui n'avaient eu aucun rapport avec les passagers. Pas de mort.

Le 14, 7 nouveaux cas, tous sur les passagers du *New-York*.

Le 15, 6 nouveaux cas, 3 morts ; tous sur les passagers du *New-York*.

Le 16, 3 nouveaux cas, 3 morts.

Le 17, 4 nouveaux cas, 1 mort.

Le 18, 5 nouveaux cas, 2 morts.

Le 19, 2 nouveaux cas, 2 morts, parmi les Allemands passagers du *New-York*.

Le 20, 4 nouveaux cas, 1 mort. 3 de ces malades étaient à l'hôpital avant l'arrivée du navire infesté. C'est la troisième fois que la maladie semble se répandre et se propager sur d'autres personnes que les passagers du *New-York*.

Le 21, 3 nouveaux cas, 1 mort sur des personnes qui n'ont eu aucun rapport avec les passagers du *New-York*, et qui n'avaient pas été dans l'hôpital du même bâtiment.

Le 24, 1 nouveau cas, 1 mort sur les habitants de l'hôpital.

Le 26, 5 nouveaux cas, 1 mort ; aucun parmi les passagers.

Du 28 au 30, 10 nouveaux cas, 9 morts ; aucun sur les passagers.

Il tombe une grande quantité de neige et le froid devient très-vif. La maladie disparaît complétement et ne se montre de nouveau que le 20 janvier 1849.

L'auteur rapporte enfin que la maladie s'est développée le 20 décembre à la Nouvelle-Orléans, sans atteindre les villes intermédiaires qui la séparent de New-York ; qu'elle a ensuite remonté le cours du Mississipi ; qu'elle s'est dirigée vers le Texas, etc.

L'auteur fait remarquer en terminant :

1° Que le navire est sorti d'un port sain, et n'avait pas de malades à bord ;

2° Que la maladie s'est développée au milieu de l'Océan, sans que le navire ait eu de communication avec un port infesté ;

3° Que le navire qui est venu à quai, après douze jours de quarantaine, avec ses passagers de cabine et son équipage, n'a pas communiqué la maladie dans le voisinage ;

4° Que, au contraire, vingt-quatre heures après le débarquement des passagers d'entre-pont, des personnes avec qui ils avaient été en contact ont commencé à être atteintes du choléra ;

5° Que la maladie, après s'être communiquée de proche en proche à des personnes qui avaient été en contact avec les cholériques, s'est ensuite étendue dans d'autres bâtiments où les cholériques n'avaient pas pénétré, sans cependant acquérir les caractères d'une épidémie générale, puisqu'elle ne s'est pas répandue dans le village qui entoure la quarantaine, non plus que dans la ville de New-York.

L'auteur conclut du rapprochement de ces deux épidémies qui ont régné à quatre mois de distance l'une de l'autre, et qui toutes deux ont été apportées par des bâtiments venant de ports éloignés, que ces deux épidémies ont été produites par la contagion, mais d'une manière différente dans les deux cas. Il y a, suivant lui, contagion d'individu à individu dans le cas de choléra, et contagion ou propagation de la fièvre jaune par les émanations qui venaient des navires ou des personnes qui avaient été malades à leur bord, dans les cas de fièvre jaune.

M. Villermé demande la parole à l'occasion de la correspondance.

M. Villermé : J'ai lu le rapport officiel qui concerne l'apparition du choléra dans le lazaret de New-York, et les notes qui ont été publiées à ce sujet. Il y a une circonstance importante qui me paraît avoir été omise par l'auteur de la communication que vient d'analyser M. le secrétaire perpétuel : c'est qu'il n'y a eu que trois cas de choléra dans la ville de New-York, et qu'il n'y en a pas eu depuis.

M. le Secrétaire perpétuel : Je n'ai pas signalé cette circonstance, mais elle est mentionnée dans la lettre.

M. Villermé : Relativement à ce qui concerne la fièvre jaune, l'auteur paraît

croire que les deux maladies ont été en présence l'une de l'autre, c'est-à-dire qu'elles ont sévi en même temps.

M. le Secrétaire : Ce n'est pas ce que dit l'auteur.

M. Villermé : Alors je ferai remarquer qu'en supposant la fièvre jaune contagieuse, il est bien difficile de croire que le vent ait pu la transporter à une aussi grande distance. Les recherches si multipliées de Chervin sur ce sujet sont loin de favoriser cette opinion.

M. Rochoux : Ces communications ne prouvent rien. Le choléra est contagieux comme l'était la peste. Or vous savez ce que sont devenus les faits de contagion de la peste depuis les savants rapports de MM. Coutanceau et Prus. Je renouvelle la proposition de M. Bégin, et je demande formellement que M. le secrétaire se borne à mentionner le titre des lettres relatives à ce sujet.

M. le Président annonce la mort de M. Baron.

L'ordre du jour appelle la nomination de la commission pour l'examen des mémoires destinés au prix Itard.

La parole est à M. Bouvier pour la suite de ses communications sur le choléra.

CHOLÉRA.

M. Bouvier : (Les renseignements suivants sur la marche de l'épidémie résultent des communications des 19 et 22 mai.)

La reprise de la période de croissance a continué jusqu'au 12 mai, jour du maximum des décès. Il y en a eu 82 dans les hôpitaux et hospices. Le total de la semaine (du 7 au 13 mai), 484, dépasse le plus fort total des semaines antérieures, qui était 303. C'est une augmentation des 3/4 du chiffre de la semaine précédente. De même que l'autre semaine, l'augmentation est plus grande encore pour les nouveaux cas. Ils montent à 1,012; ils étaient la semaine précédente au nombre de 554; différence 458. C'est plus des 0,8 en sus. En analysant les éléments qui composent ces totaux, on remarque les faits qui suivent.

La Salpêtrière, où la décroissance avait subi, la semaine précédente, un temps d'arrêt, a éprouvé cette semaine une véritable recrudescence. Elle a offert 125 nouveaux cas et 73 décès. Le nombre des premiers a plus que quintuplé, les seconds ont plus que triplé d'une semaine à l'autre. Ces chiffres rappellent assez exactement ceux de la première semaine d'invasion dans cet hospice (du 19 au 26 mars), 127 cas et 64 décès, mais la population était plus nombreuse.

Dans les autres hospices, augmentation de moindre importance : 52 cas au lieu de 27, 31 décès au lieu de 26.

Les hôpitaux ont eu un chiffre plus élevé des 2/3 que celui de la semaine précédente, tant en nouveaux cas qu'en décès; les premiers sont au nombre de 835 au lieu de 505; différence 330; les seconds de 380 au lieu de 227; différence 153.

L'augmentation a eu lieu dans une proportion différente pour les cas de l'extérieur et de l'intérieur.

Pour la première fois, ceux-ci se sont accrus au delà du chiffre de toutes les autres semaines. Ils ont plus que doublé, il y en a 158 au lieu de 76 la semaine précédente.

Les cas du dehors, au contraire, ont augmenté dans une proportion moindre qu'ils ne l'avaient fait la semaine d'avant. Il y en a seulement un peu plus de moitié en sus du chiffre de la semaine précédente, 677 au lieu de 429.

L'Hôtel-Dieu présente des proportions analogues à celles des chiffres généraux, avec de légères différences. Ainsi les cas de l'extérieur y ont augmenté des 4/5, il y en a eu 228 au lieu de 126. Les cas de l'intérieur sont plus du double de ceux de la semaine précédente, 38 au lieu de 16 ; 112 décès au lieu de 64, même proportion que le total général.

A Beaujon, 97 nouveaux cas au lieu de 40. Sur ce nombre, 72 de l'extérieur, 25 de l'intérieur, au lieu de 28 et de 12. Parmi les cas du dehors, 32 ont été fournis par la banlieue. Le total des décès est de 50 au lieu de 20 que présentait la semaine précédente.

Les chiffres de chaque jour comparés entre eux montrent une augmentation croissante jusqu'au 12 mai, puis le 13 un abaissement subit, beaucoup plus marqué toutefois pour les nouveaux cas que pour les décès. Cette réduction s'est maintenue pendant la semaine suivante, qui offre une diminution presque générale de totaux, comparativement à la semaine dont il vient d'être question.

Du 14 au 20 mai, il y a eu, en effet, 407 décès au lieu de 484, différence 51, et 704 nouveaux cas au lieu de 1,012, différence 308.

A la Salpêtrière, la diminution est encore peu marquée, et elle ne porte que sur les derniers jours. Les décès y ont même été plus nombreux. Il y en a 95 au lieu de 73. Il y a eu 100 nouveaux cas au lieu de 125.

Dans les autres hospices, les décès sont à peu près en même nombre, 33 au lieu de 31, et 43 nouveaux cas au lieu de 52.

C'est surtout dans les hôpitaux que la décroissance est le plus prononcée. Ils présentent 305 décès au lieu de 380, différence 75 ; 561 nouveaux cas au lieu de 835, diminution 274. Les cas de l'intérieur sont revenus aux chiffres des précédentes semaines; il y en a 94 au lieu de 158. Les cas de dehors se rapprochent beaucoup du total de la première semaine de la reprise ; il y en a eu 467 au lieu de 677, différence 210.

Les derniers jours de la semaine comparés aux premiers indiquent une tendance vers un abaissement progressif, quoique lent encore et incertain. Les chiffres des décès, qui s'approchaient de 80 à la fin de la semaine précédente, sont descendus : les premiers jours de celle-ci à 70 et au-dessous, puis à 60, et le dernier jour à 49, nombre qui est répété hier 21.

Les nouveaux cas, qui dépassaient d'abord le nombre 100, ne l'ont atteint qu'une fois à la fin de la semaine. Il n'y en a eu que 73 le dernier jour, et hier 80.

La mortalité en ville a augmenté, comme celle des hôpitaux et hospices, jusqu'au 12 mai, où elle a été de 124 décès. Elle s'est maintenue ensuite à une moyenne de plus de 100 décès par jour, et n'a commencé à décroître, comme celle de la Salpêtrière, que les derniers jours de la deuxième semaine où elle est restée au-dessous de 100.

En réunissant les décès de la ville et ceux des hôpitaux et hospices, on voit que leur chiffre le plus élevé, 206, augmenté des décès qui ont eu lieu dans les hôpitaux militaires et dans les prisons, n'est pas très-différent du maximum de la seconde époque de l'épidéme de 1832, qui fut de 226, et après lequel l'épidémie commença aussitôt à décroître.

M. Jolly a la parole pour une lecture sur le même sujet.

M. Jolly : Messieurs, en présence du fléau épidémique qui depuis plusieurs mois répand de si vives alarmes dans le pays, il m'eût été impossible, je l'avoue, de rester spectateur de ses coups et de ses ravages sans venir invoquer dans cette enceinte toutes les lumières de la science pour le conjurer ; et quelle que soit l'interprétation donnée à ma démarche dans cette grave et solennelle circonstance, j'ai dû espérer qu'à défaut d'accueil plus favorable, elle trouverait du moins une légitime excuse dans le sentiment qui l'a inspirée.

Quoi qu'il en soit, c'est avec le même sentiment, avec le même désir de voir l'Académie répondre enfin à la juste impatience du corps médical, que je viens lui apporter la faible part du tribut commun d'expérience imposé à chacun de ses membres dans la discussion du sujet.

Comme j'ai eu le malheur de ne pas être compris de tous dans une précédente proposition tendant à ce but, je demanderai aujourd'hui à l'Académie la permission de traduire ma pensée dans un langage qui ne puisse plus laisser de doute à personne, en imitant ce philosophe de l'antiquité qui, pour expliquer le mouvement, prit le parti de marcher, et je marcherai droit au but, droit à la *question pathologique du choléra;* et comme il doit paraître assez logique d'étudier les causes avant les effets, et de ne déduire les règles générales d'une thérapeutique rationnelle que de l'appréciation de ces principaux éléments de la maladie, mon premier pas sera d'entrer dans l'étude générale des causes de l'épidémie, en prenant pour premier sujet de discussion celui qui a été jeté si souvent dans cette enceinte comme une sorte de défi : je veux parler de la *contagion.*

M. Jolly, après avoir examiné et résolu affirmativement la question préjudicielle de l'opportunité d'une semblable discussion, continue en ces termes :

Un mot d'abord sur le mot *contagion* lui-même ; car, pour apprécier la valeur scientifique des faits, il faut nécessairement s'entendre sur le sens logique des termes qui les expriment.

S'il est un mot malheureux en médecine, c'est sans contredit le mot *contagion*, et le premier qui l'introduisit dans la science ne se doutait probablement pas des mille et incessantes difficultés qu'il léguait aux générations médicales et aux Académies, mot pour ainsi dire magique qui depuis des siècles reparaît sans cesse dans nos discussions comme pour y jeter à plaisir le doute et l'obscurité ; sorte de Protée qui prend toutes les formes, toutes les proportions que les circonstances exigent pour se prêter docilement à toutes les nuances et à toutes les diversités d'opinion ; mot, dis-je, qu'il faudrait enfin rayer du vocabulaire de la science comme source de vaines et éternelles controverses.

Et cependant, comme ce mot se retrouve encore partout dans les livres, dans les Académies, dans les écoles, dans le langage vulgaire, et comme il survivra peut-être longtemps encore à toutes les attaques dont il a été si souvent et si justement l'objet, il nous faut bien l'accepter pour tout ce qu'il vaut dans la question.

Considéré dans sa valeur purement étiologique, la seule que nous ayons à apprécier ici, le mot *contagion* nous semble devoir exprimer tout acte de transmission d'un état morbide procédant d'individu actuellement malade à individu sain par suite de rapports quelconques entre ces deux individus.

Ainsi réduite à sa plus simple et à sa plus juste expression, la contagion morbide suppose, comme condition première, nécessaire, indispensable, la préexistence d'un agent ou principe pathogénique actuellement inhérent à l'organisme ; principe sans lequel l'acte de contagion ne peut s'effectuer, pas plus qu'il ne peut exister d'effet sans cause, pas plus qu'il n'est permis de transmettre à autrui ce que l'on ne possède pas soi-même.

Or existe-t-il, à l'égard de l'épidémie actuelle, des faits de nature à attester d'une manière positive cette préexistence d'un principe morbide ou pathogénique émanant directement de l'individu malade, et pouvant se communiquer à un individu sain, à des distances même et à des conditions données? Nous ne le pensons pas, et nous ne craignons pas de dire, tout en abordant la question, que le *choléra n'est pas contagieux*, pas plus qu'aucune sorte d'intoxication n'est et ne peut être contagieuse. Que s'il faut maintenant justifier cette proposition par l'observation et l'expérience, la tâche ne sera pas si difficile, car les faits se pressent en masse et de toutes parts pour militer en sa faveur, et je n'en sais aucun, je l'avoue, qui puisse lui être victorieusement opposé.

Un premier fait bien digne de remarque, que l'expérience a constaté partout depuis l'invasion du choléra en Europe, c'est que, dans tous les centres de population où il a éclaté avec le plus de violence, où il a exercé le plus de ravages, nulle part il n'a choisi ses victimes parmi les personnes le plus immédiatement en rapport avec les malades ; nulle part les médecins, les gardes malades, les personnes appelées par état, par devoir, par affection, à donner des soins directs, incessants, aux malades, par conséquent à les toucher de toutes manières, à respirer leur haleine, à absorber toutes les émanations de leur corps, à se saturer, pour ainsi dire, de tous les produits de leurs excrétions ; nulle part, dis-je, ces personnes n'ont été atteintes de la maladie dans une proportion plus élevée que les autres classes ou autres professions de la société.

Et, chose bien remarquable aussi, qui ne souffre pas plus d'exception nulle part, quand l'épidémie sévit dans une localité, elle n'a nullement besoin de la présence de malades pour se propager et atteindre ses victimes; elle frappe également les personnes qu'elle trouve séparées et éloignées des malades, celles qui habitent des appartements isolés ou superposés et des maisons voisines. Il suffit qu'elles vivent dans les mêmes conditions sanitaires ou hygiéniques, dans la même sphère d'activité épidémique; de telle sorte que, non-seulement la présence des malades ne paraît nullement nécessaire à la propagation de la maladie, mais elle semblerait ne rien ajouter à sa puissance étiologique.

Ainsi sur 2,035 personnes que comptait en 1832 le service de santé de tous les hôpitaux et hospices de Paris, 45, dont 2 médecins, ont succombé pendant le cours de l'épidémie, c'est-à-dire 1 décès sur 45, ou 22 11/00 sur 1,000. Proportion moins défavorable que la moyenne générale des décès rapportée à la population entière de Paris, qui est 1 décès sur 42 habitants.

Dans le chiffre de 18,402 décès attribués au choléra de 1832, on a compté 23 médecins sur près de 1,700 composant alors le personnel des médecins et officiers de santé de Paris. Proportion également inférieure à la moyenne des décès ordinaires de Paris.

Dans le quartier Saint-Martin-des-Champs, qui a compté à lui seul 4,936 malades sur une population de 26,169 habitants, 1 seul médecin et 2 gardes-malades ont succombé.

Des proportions non moins favorables ont été signalées dans d'autres contrées où le choléra a sévi avec la même fureur qu'à Paris.

A Calcutta, sur 250 médecins appelés à soigner les cholériques, un seul a succombé.

A Pétersbourg, sur 58 officiers de santé attachés à l'hôpital temporaire, un seul a été victime.

A Moscou, sur 123 personnes chargées du service de santé du grand hôpital de cette ville, 2 succombèrent.

A l'hôpital de la marine de Cronstadt, sur 253 personnes attachées au service des cholériques, 4 furent atteintes.

Et voyez ce qui se passe aujourd'hui sous nos yeux. J'en appelle à l'expérience de tous; car il n'est aucun de nos confrères qui, depuis trois mois, n'ait été en rapport direct, immédiat, avec un certain nombre de cholériques, et si le résultat de mes recherches est exact, je ne connais pour la ville que deux victimes de l'épidémie sur plus de 4,000 décès qu'il est déjà permis de compter. Et en vérité, n'était le cas si malheureux qui vient de frapper un élève interne de la Salpêtrière, on dirait qu'il y a une grâce d'immunité pour nos zélés confrères des hôpitaux qui vivent pour ainsi dire depuis trois mois au milieu de tous les éléments les plus actifs de cette prétendue contagion, sans en ressentir un effet funeste.

Que faut-il donc pour subir l'effet de cette contagion? S'il ne suffit pas de vivre dans des rapports intimes avec des milliers de cholériques, de rester avec eux en contact direct de tous les instants et dans toutes les périodes de la maladie, de les explorer dans leur organisation la plus intime avant et après la mort? Veut-on une autre série d'épreuves? L'expérience est encore là pour répondre. On a cité dans une précédente séance le cas d'un enfant inopinément frappé du choléra, et que le père et la mère avaient placé entre eux dans le lit pour le réchauffer, le pressant de toute leur tendresse, recevant le contact de toutes ses excrétions morbides, et ne pouvant se séparer de leur enfant qu'après l'avoir vu mourir entre eux, sans qu'ils eussent éprouvé aucun dérangement dans leur santé. De pareils faits ne sont pas sans exemple.

J'ai vu moi-même, en 1832, une pauvre mère essayer également de réchauffer par ce moyen son enfant tout glacé par le choléra, le serrer étroitement sur son cœur pendant plus de 15 heures que dura la maladie, pour ne s'en séparer qu'avec la douleur de le voir à l'état de cadavre, et sans avoir souffert le moindre trouble dans sa santé physique.

Aujourd'hui même, un praticien distingué de Paris, M. le docteur Goupil, me racontait qu'une dame venant de perdre son mari n'avait quitté son lit funèbre que pour aller, au milieu de son désespoir, se réfugier dans le lit de sa femme de chambre, pendant que celle-ci était atteinte elle-même du choléra, auquel elle succomba en quelques heures, et ce ne fut qu'après être restée près d'elle dans son lit d'agonie et de mort, tout fangeux, tout dégoûtant d'excrétions cholériques, qu'il fut possible de l'en arracher, et toutefois jusqu'à présent sa santé générale n'a souffert aucune atteinte.

Que faut-il donc, encore une fois, pour transmettre la maladie par contagion, si tous ces moyens de contact direct et de rapports intimes, reproduits sans cesse, variés de mille manières, ne suffisent pas pour l'opérer? Je le demande à tous les contagionistes du monde, je le demande pour mon instruction personnelle, je le demande pour l'édification de la science.

Ce qu'il faut, disent autour de moi des esprits sérieux, c'est l'aptitude actuelle de l'organisme à subir l'effet de la contagion, aptitude rare, il est vrai, et qui correspond à la rareté des cas de contagion. Mais quelque rares, quelque exceptionnels qu'ils soient, s'ils sont positivement démontrés, s'ils sont irréfragablement établis, ils doivent suffire pour répondre victorieusement aux mille faits négatifs que vous invoquez contre la loi de contagion.

Nous sommes entièrement d'accord sur ce point avec nos adversaires, et nous n'avons plus qu'à leur demander des faits de la valeur et de la nature de ceux qu'ils déterminent eux-mêmes. Or, jusqu'à ce jour, il ne nous a pas été possible d'en observer un seul autour de nous; pour en trouver, il nous faut aller les chercher à Chartres, à Nogent-le-Rotrou, à Saint-Denis, où, nous dit-on, la maladie a été apportée par des personnes et des objets contaminés.

Malheureusement ces faits sont, comme on le sait, sous le scellé provisoire, et il ne nous est pas permis de les discuter en ce moment. Mais, en attendant, nous les admettons comme parfaitement exacts, parfaitement observés; car, pour nous, les yeux de province sont tout aussi clairvoyants et observent tout aussi bien que les yeux de Paris. Mais ce que nous n'admettons pas encore, c'est l'interprétation qu'on leur a donnée, c'est la conclusion que l'on a voulu en tirer; car, avant de consacrer cette conclusion, il faudra au moins qu'on nous prouve que le milieu où s'accomplissait cette prétendue contagion était exempt et hors de la limite de l'influence épidémique; il faudra qu'on nous donne la mesure, l'étendue et le degré d'activité de la sphère épidémique; il faudra qu'on nous dise pourquoi la maladie se transmet par voie de contagion à Saint-Denis, à Nogent-le-Rotrou, à Chartres, quand elle ne peut s'étendre au delà malgré le mouvement continuel des populations voisines, quand des voyageurs et des conducteurs de diligences qui l'emportent de Paris ne peuvent la transmettre ni à Lyon ni à Bordeaux. Jusque-là nous maintiendrons notre proposition comme conclusion, à savoir: que le *choléra n'est pas contagieux.*

M. Bousquet demande que M. Jolly soit adjoint à la commission du choléra.

M. Dubois (d'Amiens) propose d'adjoindre aussi à cette commission M. J. Guérin.

L'adjonction de MM. Jolly et J. Guérin est mise aux voix et adoptée.

M. le Président fait connaître le résultat du scrutin pour la commission du prix Itard.

Les membres qui, ayant réuni la majorité des suffrages, composeront cette commission, sont MM. Louis, Martin-Solon, Gaultier de Claubry et J. Guérin.

ADÉNITE CERVICALE.

M. H. Larrey lit la suite de son mémoire sur l'adénite cervicale observée dans les hôpitaux militaires et sur l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou.

L'auteur résume son mémoire par les propositions suivantes:

L'adénite cervicale est l'une des maladies les plus fréquentes de l'armée, et l'une des mieux connues des chirurgiens militaires.

Elle a été envisagée par la plupart des auteurs anciens et modernes au point de vue trop exclusif des scrofules.

Elle se lie souvent en effet à cette condition morbide, mais très-souvent aussi elle s'en isole complétement, et se rattache alors à d'autres causes générales, telles que certaines influences de l'atmosphère, des localités, du régime, des habitudes, et particulièrement des conditions inhérentes à la vie du soldat.

Elle est fréquemment déterminée par des causes locales, soit par diverses lésions des tissus ou des parties en rapport avec les ganglions cervicaux, telles que des affections du cuir chevelu, des oreilles et de plusieurs organes de la face, de la bouche, etc., ou enfin par la compression mécanique du cou.

Elle siége dans les régions parotidienne, sous-maxillaire, mastoïdienne, sous-hyoïdienne, carotidienne et susclaviculaire.

Elle se manifeste à l'état aigu et à l'état chronique, et présente des caractères locaux variables, sans déterminer nécessairement des symptômes généraux.

Elle se prête facilement au diagnostic, sauf quelques cas exceptionnels ou compliqués.

Elle suit une marche parfois rapide, mais plus souvent assez lente, se développe selon différents modes, et dure en général assez longtemps, plus longtemps même que la cause d'où elle provient.

Elle se termine soit par résolution, soit par suppuration et ulcération, ou bien par induration et enfin par dégénérescence.

Elle offre conséquemment des caractères anatomiques très-variables.

Elle constitue, pour le pronostic, une maladie fâcheuse et assez grave à plusieurs égards, et nécessite souvent la réforme du service militaire.

Elle réclame, selon ses causes, ses formes et ses terminaisons, divers moyens de traitement, soit préventifs, soit curatifs, empruntés à l'hygiène, à la médecine et à la chirurgie.

Elle nécessite enfin quelquefois l'extirpation, par suite d'une hypertrophie considérable, d'une induration chronique ou d'un état de dégénérescence; et l'opération faite dans les conditions indiquées, quoique délicate et difficile parfois, est suivie généralement des plus heureux résultats.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE; par M. J. Roux. — In-8° de 29 pages. — Paris, 1848.

Cet écrit, substantiel et lucide résumé de tous les travaux faits sur la question, apporte en outre de nouvelles considérations dogmatiques et cliniques en faveur de l'amputation tibio-tarsienne. Si l'on n'y peut méconnaître parfois quelques exagérations, familières à l'apologiste qui écrit avec un parti pris, ce défaut est du moins assez rare pour qu'il soit aisément reconnaissable et partant sans danger. Au contraire, les saines appréciations, les critiques judicieuses abondent; de sorte que le lecteur, tout en laissant de côté certaines assertions peu ou mal fondées, trouvera amplement à profiter dans ce plaidoyer où règne toujours le ton de la bonne foi et d'une conviction appuyée sur l'expérience.

Jadis repoussée presque unanimement, l'amputation du cou-de-pied a, depuis sept à huit ans, rallié tant et de si imposants suffrages, que bientôt, sans doute, ses partisans ne se compteront pas plus que ses succès. L'anatomie de la région dut la première, sans doute, engager les chirurgiens à essayer une section du membre à ce niveau. En effet, les malléoles étant reséquées, l'extrémité inférieure du squelette de la jambe offre une base de sustentation si large et si avantageusement conformée qu'elle l'emporte même, dans le sens transversal, sur celle que présente le calcanéum. Après la désarticulation, et quand on applique pour lambeau la peau du talon, on peut donc justement, dire avec M. J. Roux, que « les mêmes parties destinées à supporter le poids du corps se disposent encore alors dans le même but, mais que seulement l'art les a rapprochées en enlevant l'astragale et le calcanéum qui les tenaient à distance. »

La largeur de la surface osseuse comme base de la sustentation, et la conformation avantageuse de la couche cellulo-tégumentaire du talon, sont deux conditions distinctes. En cherchant à remplir l'une ou l'autre isolément, les procédés opératoires commettaient une faute qui est parfaitement mise en relief par M. J. Roux. Pour obtenir le meilleur résultat possible, il faut donc :

1° Conserver au plan osseux sa plus grande étendue en reséquant les malléoles (que quelques chirurgiens ont proposé de laisser en place);

2° Emprunter le lambeau au talon, et non au dos du pied, à moins que le siége de la lésion, traumatique ou spontanée, n'impose ce dernier parti qui ne doit garder qu'une valeur tout à fait exceptionnelle;

3° Tailler la peau du talon de manière qu'elle ne constitue pas une poche à cul-de-sac inférieur où le pus s'accumule, mais assurer, au contraire, à ce liquide une issue facile dans l'attitude qu'on donne au membre après l'amputation.

Le procédé de l'auteur permet de résoudre la difficulté qui résulte du besoin de satisfaire simultanément à cette indication multiple. On va en juger par la description de son incision. Du bord externe du tendon d'Achille part une incision qui passe au-dessous de la malléole externe, à un centimètre au devant de l'articulation tibio-tarsienne, et aboutit à quelques millimètres au devant de la malléole interne. De ce point elle descend transversalement au-dessous du pied, parvient à la face externe du calcanéum, et remonte obliquement jusqu'au point de départ. Cette incision ovalaire, ou *en raquette*, doit partout diviser les parties molles jusqu'aux os. On finit en luxant le pied, l'enlevant, puis coupant les malléoles au niveau de la portion horizontale de la face articulaire du tibia. Enfin, le lambeau latéral est ramené du bord interne au bord externe de l'articulation; on couche le membre sur son côté externe.

Après avoir ainsi tracé sommairement les règles opératoires, M. J. Roux discute avec plus de détails quelques-unes des circonstances du manuel. Il examine d'abord s'il convient de trancher avec les malléoles une portion de la surface articulaire inférieure du tibia; si l'on doit, au contraire, laisser les malléoles intactes; si, enfin, on ne pourrait pas se contenter de couper seulement l'extrémité de la malléole externe pour rendre sa longueur égale à celle de l'interne.

Au sujet du tendon d'Achille, l'anatomie nous apprend qu'il se divise à sa partie inférieure en deux faisceaux, l'un qui s'insère au calcanéum; l'autre, rubané, dégénère bientôt en une toile fibreuse qui s'étale sur les parties molles et va se perdre vers le milieu du pied; couche fibreuse bien distincte de l'aponévrose plantaire. — On comprend facilement la conséquence importante qui découle de cette notion. En prenant le lambeau sur le dos du pied, on coupe le tendon d'Achille avant sa bifurcation, et en totalité. Au contraire, dans les procédés qui utilisent la peau du talon, on ne divise du tendon d'Achille que le faisceau calcanéen, et l'on conserve par là au lambeau un moyen de suspension puissant et une action musculaire énergique, dont il est privé par la section de ce tendon au-dessus de sa division.

Les procédés de MM. Syme et Sédillot exposent à couper le tendon trop haut. Ils détruisent donc cette condition si favorable en vertu de laquelle la puissance motrice, représentée par les gastro-cnémiens, va s'insérer à l'extrémité même du moignon qui représente le levier à mouvoir. Aussi ont-ils sous ce rapport comme sous les autres une infériorité marquée sur les procédés dits *plantaires*.

Une autre donnée converge au même but et concourt encore à assurer cette préférence. La partie postérieure du lambeau plantaire reçoit ses principaux moyens de nutrition de la calcanéenne externe, des rameaux fournis par le tronc de la tibiale postérieure, des branches des malléolaires, principalement de l'interne, de sorte que cette partie du lambeau conserve tous ses éléments de vie alors même que la tibiale postérieure a été liée au-dessus de sa bifurcation. Mais comme la partie antérieure du lambeau, et surtout sa portion musculaire, est nourrie par les plantaires externe, interne et leurs divisions, on conçoit que la lésion de la tibiale postérieure au-dessus de sa bifurcation expose à la gangrène des parties antérieures et profondes du lambeau; et cela d'autant plus qu'on aura conservé à ce lambeau de plus grandes dimensions.

Enfin le procédé de M. J. Roux place ensuite la cicatrice en avant, en haut et sur le côté externe du pied. Elle se trouve donc assez éloignée du point sur lequel porte le poids du corps pour être à l'abri des pressions et des frottements qui pourraient l'excorier ou la rompre.

Le meilleur procédé étant maintenant déterminé, il restait à fixer le rang que doit occuper l'opération elle-même, comparée aux autres amputations par lesquelles on pourrait la remplacer. D'abord, quant à l'amputation sus-malléolaire, elle a l'inconvénient d'abolir en partie les fonctions naturelles du membre, puisque le poids du corps est alors principalement reçu et transmis au sol par l'appareil de prothèse. Au contraire, après la désarticulation tibio-tarsienne, le membre garde à la fois la faculté de recevoir et de transmettre au sol le poids du corps, et celle d'assurer la translation, puisque, pouvant, porter sur le talon comme sur un pied à l'état de vestige, il conserve avec sa forme, sa souplesse et sa gracilité, l'intégrité de son action musculaire. — Ce raisonnement peut être fort juste; mais l'expérience semble donner un démenti aux conclusions qu'on en voudrait tirer contre la section sus-malléolaire; car quelque différence qu'il y ait théoriquement entre le mécanisme de transmission du poids du corps après cette dernière et après l'amputation tibio-tarsienne, il ne nous paraît pas croyable que le malade puisse désirer et le chirurgien obtenir plus de force et de liberté dans les diverses fonctions du membre inférieur que nous en avons constatés chez plusieurs amputés au-dessus des malléoles, et notamment chez la jeune opérée que Blandin présenta en 1836 à l'Académie de médecine.

Si, à ce point de vue, les prétentions de l'auteur en faveur de l'amputation tibio-tarsienne paraissent exagérées, nous reconnaissons cependant que, selon toute apparence, celle-ci compromet moins la vie que la sus-malléolaire, et doit par conséquent l'emporter lorsque le choix est possible entre elles. Mais il est une autre concession que M. J. Roux réclame pour sa protégée, et sur laquelle nous serions infiniment moins disposé à transiger. « L'amputation de Chopart, dit-il, entreprise pour des lésions organiques, est si souvent accompagnée d'un état douloureux du moignon, du renversement du pied; elle est suivie de si mauvais résultats pour la marche que depuis quelques années j'ai été conduit à professer que l'amputation tibio-tarsienne a sur elle d'incontestables avantages. » Chose bien singulière : l'amputation de Chopart, que Blandin avait jugée capable d'être substituée avec utilité à la désarticulation tarso-métatarsienne, se voit aujourd'hui, en vertu du même raisonnement, exposée à être détrônée par une rivale avec laquelle on n'eût jamais pensé, vu l'éloignement de leurs domaines, qu'elle dût avoir quelque chose à démêler! Heureusement le paradoxe de M. J. Roux ne nous semble pas plus que celui du très-regrettable chirurgien de l'Hôtel-Dieu, appelé à l'honneur de faire loi en médecine opératoire. Le témoignage direct de l'observation et les règles universellement admises militent en effet à l'envi contre de pareilles conclusions. L'expérience; car s'il est vrai que M. J. Roux ait *vainement cherché dans les villes et dans les grands hôpitaux de France des opérés selon la méthode Chopart qui puissent se servir du reste de leur pied*, il ne manque pas de chirurgiens dont les recherches ont été plus heureuses; et nous nous rappelons nous-même un homme, entre autres, qui nous fut montré en 1829 par M. Gensoul à Lyon. C'était un opéré de Delpech qui, depuis sa sortie de l'hôpital de Montpellier, avait habituellement fait plusieurs lieues par jour, sans le secours même d'une canne. — Et quant aux préceptes de l'art, nous n'avons pas besoin pour juger sous ce rapport la proportion de M. J. Roux, de recourir à une autre autorité que la sienne; car l'on a quelque droit de s'étonner de le voir soutenir la prééminence d'une opération qui sacrifie en pure perte un segment aussi étendu du membre inférieur, lorsqu'on lit dans ce même travail (page 28) que « le principe d'amputer toujours le plus loin possible du tronc doit recevoir désormais une application efficace, *sans jamais comporter une seule exception*. » Y a-t-il là quelque malentendu de notre part? Nous le devons supposer; car nous ne concevrions pas autrement pourquoi l'auteur oublie, quand il s'agit de condamner l'opération de Chopart, cette règle qu'il invoque comme décisive dès qu'il est question de comparer la désarticulation tibio-tarsienne à l'amputation sus-malléolaire.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — DISCUSSION SUR LA CONTAGION.

Les derniers mots de notre bulletin de la semaine passée contenaient une réserve que les faits n'ont que trop justifiée. La diminution notable que nous avions constatée dans le chiffre des entrées et des décès, coïncidant avec une diminution d'intensité de la maladie, nous avait fait conclure à une véritable décroissance de l'épidémie. Les chiffres de cette semaine, et surtout ceux de ces deux derniers jours, ne sont pas absolument propres à favoriser notre croyance. Il y a eu pendant ces derniers jours, après une diminution momentanée, une nouvelle augmentation. Nous n'insisterions pas trop sur cette variation numérique, si elle n'empruntait une signification marquée des caractères mêmes de la maladie. En effet, depuis quatre à cinq jours surtout, des cas de choléra grave ont reparu. Faut-il attribuer cette aggravation momentanée de l'épidémie aux chaleurs extraordinaires qui viennent d'éclater ? Nous sommes très-disposés à l'admettre. Ce qui ajoute encore à notre croyance, c'est que la même cause a produit ailleurs les mêmes effets. Dans plusieurs départements, dans la Somme par exemple, et dans quelques parties du département du Nord, le choléra a acquis une intensité nouvelle qui a coïncidé avec l'élévation de la température. Il n'y a rien à faire contre de tels éléments, sinon de redoubler de zèle et de vigilance pour prévenir une maladie qu'on ne peut guérir. On ne saurait donc trop recommander aux populations de donner la plus grande attention aux premières manifestations de la maladie. L'existence de la période prodromique du choléra est un fait désormais incontestable pour la science : il ne lui manque plus pour porter ses fruits que de passer dans la croyance populaire. Les médecins seuls peuvent produire ce salutaire résultat : c'est à eux d'y concourir de toutes leurs forces.

Voici le tableau du mouvement des hôpitaux pendant la semaine.

	Mal. au 25 mai.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 25 mai.	Augment. dans la sem.	Mal. au 1er juin.	Augment. dans la sem.	Morts au 1er juin.	Augment. dans la sem.	Sortis.
La Salpêtrière	1090	59	793	46	1158	68	845	52	233
Hôtel-Dieu	973	133	461	69	1081	108	508	47	444
La Charité	451	48	257	27	475	24	278	21	157
La Pitié	524	54	252	28	555	31	274	22	228
Bicêtre	167	20	113	19	194	27	124	11	24
Saint-Louis	523	90	243	46	577	54	274	31	214
Beaujon	322	44	159	21	374	52	188	29	110
Hôpital des Enfants	60	10	23	4	76	16	29	6	34
Necker	152	30	65	7	179	27	81	16	85
Sainte-Marguerite	111	20	51	7	120	9	60	9	47
Saint-Antoine	123	16	65	10	138	15	73	8	51
Hôpital des Cliniques	27	1	21	1	30	3	23	2	8
Bon-Secours	113	15	65	14	134	21	73	8	38
Val-de-Grâce	381	70	97	28	448	67	109	12	232
Gros-Caillou	573	129	191	49	627	54	215	24	225
Ménages	44	3	33	3	54	10	39	6	10
Cochin	56	11	23	5	66	10	27	4	38
Maison de santé	64	4	35	7	76	12	42	7	24
Invalides	39	11	27	4	57	18	33	6	19
Hôpital militaire du Roule	306	42	140	18	343	37	165	25	75
Prison de Saint-Lazare	43	2	21	3	43	»	21	»	14
Incurables (femmes)	11	6	7	5	13	2	10	3	»
Lourcine	24	2	8	2	24	»	8	»	3
La Rochefoucauld	5	»	3	»	5	»	3	»	»
Hôpit. milit. Popincourt	142	42	77	31	142	»	77	»	»
Incurables (hommes)	11	5	7	3	11	»	9	2	2
Sainte-Périne	2	1	2	1	2	»	2	»	»
Maison d'accouchement	2	2	1	1	2	»	1	»	»
Totaux	6339	870	3240	452	7004	665	3601	361	2315

— Peu de choses à dire de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur la contagion du choléra. Cette grande question n'a encore été embrassée par personne dans toute son ampleur ; on a échangé quelques remarques, raconté quelques histoires, et puis l'Académie, qui avait d'abord par un vote exprès interdit la publicité des séances à l'exposé pur et simple des faits relatifs à la contagion, qui ensuite avait écouté avec le plus grand calme une dissertation en règle sur la matière, est revenue tout à coup à sa première idée et a coupé court à la discussion. Il est convenu, pour le quart d'heure, qu'on enterrera cette malencontreuse question jusqu'à ce qu'il plaise à la commission du choléra de la remettre au jour, à moins pourtant que l'Académie ne se ravise encore une fois. C'est justice d'ajouter que la commission a été invitée à faire, dans le plus bref délai possible, un rapport spécial sur la question de la contagion. Le plus tôt sera le meilleur. Comme l'a dit avec raison M. Mélier, si c'est un mal d'avoir soulevé

Feuilleton.

DE L'ALGÉRIE AU POINT DE VUE SCIENTIFIQUE ET HYGIÉNIQUE (1).

Il est un principe largement mis en pratique par les anciens et que l'on commence à bien comprendre de nos jours, c'est que pour conserver une conquête éloignée, pour contrebalancer par des avantages positifs ce qu'elle a coûté à la métropole, il faut la coloniser. Mais si l'énoncé de ce principe est facile, l'exécution présente un nombre infini d'obstacles qu'on ne peut bien apprécier qu'en commençant cette œuvre difficile et l'on peut dire décisive. La condition la plus importante à la solution de ce problème est certainement de connaître à fond le pays qu'on veut coloniser, et de le connaître dans le présent et dans l'avenir, de savoir en un mot ce qu'il est et ce qu'il peut être. Pour obtenir ce résultat, une commission fut nommée il y a quelques années, afin d'explorer l'Algérie dans toute son étendue, et l'étudier sous une infinité de rapports. Un médecin militaire très-distingué, M. Périer, fit partie de cette commission, et, comme cela devait être, il fut chargé de la partie de *l'hygiène*, peut être la plus importante de toutes : et bien que ses travaux n'aient pour but que la conservation de l'armée, ils peuvent s'appliquer avec le plus grand succès aux colons que la mère-patrie vient d'envoyer en Algérie, avec une munificence digne de notre pays.

Quand on a lu avec l'attention qu'il mérite l'ouvrage dont nous parlons, on est frappé de l'étendue de son cadre, de l'immense intérêt des objets qui y sont traités, des difficultés qu'il a fallu vaincre dans une foule de circonstances, du nombre des recherches à faire, des observations à recueillir, sans compter les voyages, les fatigues, les privations, et peut être les mécomptes, les déboires, les obsessions tracassières que l'ignorance, l'incapacité, le mauvais vouloir font surgir à chaque instant pour entraver la marche de ceux qui ne veulent que le progrès et le perfectionnement. M. Périer n'est resté en rien au-dessous de sa tâche, et il a pleinement justifié le choix qu'avait fait de lui le gouvernement. Après des vues d'ensemble souvent fort élevées, l'auteur entre en plein dans son sujet, c'est-à dire dans les plus petits détails qui tous ont leur valeur, leur nécessité, leur importance. Sans négliger les principes généraux, il s'attache notamment à des applications positives destinées à éclaircir, à guider, à faciliter,

(1) EXPLORATION SCIENTIFIQUE DE L'ALGÉRIE PENDANT LES ANNÉES 1840, 1841 ET 1842, publiée par ordre du gouvernement, avec le concours d'une commission académique.

DE L'HYGIÈNE EN ALGÉRIE ; par J.-N.-A. PÉRIER, membre de la commission scientifique. (Imprimerie nationale.) — 2 vol. grand in-8°. — Chez Langlois, Leclerq et V. Masson.

la question, le mal est fait, et il ne pourrait que s'aggraver par le silence.

Dans ce qui s'est dit à la séance dernière, nous séparons avec soin ce qui a trait aux inconvénients de la propagation des idées contagionistes de ce qui touche directement la science. Le triste épisode raconté par M. Mélier, si l'honorable membre n'a pas recueilli un récit infidèle ou exagéré, témoigne d'un bien coupable égoïsme chez les habitants de la localité qu'il n'a pas voulu désigner. Il est honteux sans doute qu'il puisse se trouver en France une commune où les malades meurent sans secours, où les morts restent sans sépulture ; mais c'est un de ces malheurs qu'il faut dénoncer à l'administration et non à la science. La science a pour mission spéciale et prépondérante de rechercher la vérité et de la proclamer ; nous ne croyons pas, pour notre compte, devoir y manquer en cette circonstance.

Nous avons toujours dit que si la question de la contagion du choléra était une bonne fois regardée en face et scrutée avec indépendance, les anticontagionistes absolus seraient bientôt étonnés du terrain qu'ils perdraient chaque jour. Mardi dernier, sept ou huit orateurs se sont prononcés dans un sens ou dans l'autre, et nous en comptons quatre qui, plus ou moins explicitement, dans une mesure plus ou moins étendue, ont admis la réalité de la contagion. Ainsi M. Collineau « ne veut pas contester que, *dans quelques circonstances*, le choléra ne puisse pas se montrer contagieux. » Suivant M. Villermé, « *il est des cas* où la contagion du choléra ne paraît pas douteuse. » M. Guérin insiste plus que jamais sur la *contagionibilité exceptionnelle* de la maladie. Vient ensuite M. Velpeau, qui est à coup sûr le contagioniste le plus déterminé de l'assemblée. L'honorable président va même si loin, que nous, qui avons les premiers scandalisé l'opinion générale, nous ne pouvons en conscience le suivre, et nous sommes obligés de tirer sur son opinion. A ses yeux, le choléra est *très-contagieux*, et il pourrait à lui seul en citer *une foule* d'exemples. Nous ne sommes pas en droit de le contester ; mais il est fâcheux que, parmi de si nombreux exemples, M. Velpeau n'en ait choisi que de très-contestables. Nous le disions encore dans notre dernier numéro, pour que la contagion soit manifestement contenue dans le fait du développement du choléra, après communication avec un sujet malade, il faut que ce fait se soit passé hors du cercle de l'influence épidémique. Il y a d'autant plus d'avantage à ne produire que des cas de ce genre, qu'on ruine ainsi l'un des principaux arguments des anticontagionistes. Or le malheur veut que, dans tous les exemples cités par M. Velpeau, il s'agisse d'individus ayant communiqué, il est vrai, avec des cholériques, mais se trouvant eux-mêmes au milieu du foyer épidémique au moment où ils ont été frappés à leur tour. Nous ne voulons pas prétendre, comme on l'a dit, que ces exemples soient intrinsèquement dépourvus de toute valeur ; la marche de l'épidémie dans l'enceinte des salles où observait M. Velpeau est remarquable. Dans deux des observations qu'il a citées, la maladie a passé du premier lit occupé par un cholérique au lit voisin, avant de se répandre dans le reste de la salle. Cette circonstance n'est assurément pas sans signification ; seulement elle laisse debout l'objection de l'influence épidémique, et par cela même ne met plus au service de l'opinion contagioniste qu'une *probabilité*, au lieu de lui fournir une *preuve*. L'objection tombe au contraire devant les cas de choléra développés dans des localités exemptes jusque-là du fléau, chez des individus ayant eu des rapports plus ou moins directs avec des cholériques. MM. Martin-Solon et Rochoux affirment, il est vrai, que, de cas semblables, il n'en existe nulle part, et demandent avec instance qu'on leur en montre ; mais une affirmation, de quelque source qu'elle émane, n'est pas une démonstration, et nous sommes toujours surpris, depuis le commencement du débat, de voir les adversaires obstinés de la contagion faire un appel incessant aux faits, sans jamais se donner la peine de dire en quoi pèchent ceux qu'on s'empresse de produire à leur intention.

En fin de compte, nous ne sommes pas contagionistes à la manière de M. Velpeau ; mais nous croyons fermement, jusqu'à preuve contraire, à la contagion exceptionnelle. Ce mot, nous le savons bien, blesse certaines susceptibilités philosophiques. M. Rochoux en particulier se récrie contre la doctrine des exceptions. Il n'y a pas, dit-il, d'exception dans la nature ; ce que nous prenons pour tel n'est que le résultat d'une observation insuffisante ou inexacte. Bien raisonné ; dans ces termes nous nous entendrions volontiers avec M. Rochoux ; mais il faut compléter la pensée et dire que les mêmes résultats doivent avoir lieu en présence des mêmes conditions ou, en d'autres termes, que les effets sont identiques quand les causes le sont. Or si l'absolue identité de conditions, dans deux cas distincts, peut être affirmée en physique ou en chimie, là où les conditions sont simples, parfaitement connues, et créées même à volonté pour le besoin des expériences, elle ne peut l'être en pathologie, où la cause morbide est le plus souvent inconnue dans son essence, ne peut être rigoureusement mesurée dans son intensité, et se trouve en présence de l'infinie diversité des organismes. Voilà pourquoi, en dehors des lois générales de la pathologie, il faut bien admettre, non au point de vue de la philosophie et de l'abstraction, mais en fait, de nombreuses exceptions. Voilà pourquoi, comme l'a très-bien dit M. Velpeau, tout le monde n'est pas apte à contracter la variole, la syphilis ou la gale (1).

CHIRURGIE.

LETTRES SUR LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, adressées à l'Académie de médecine de Belgique ; par M. le docteur PHILLIPS, membre adjoint (2).

(Première lettre.)

Les véritables événements scientifiques sont assez rares en tout temps pour qu'on les remarque et s'y arrête. Aujourd'hui surtout, au milieu des

(1) Nous engageons le lecteur à prendre connaissance de l'analyse que nous donnons, à l'article REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS, d'un mémoire sur la contagion du *typhus fever* et du *choléra*.

(2) BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, n° de décembre 1848. — Nous n'insérerons pas le travail qu'on va lire sans appeler l'attention de nos lecteurs sur l'importance et la rareté du fait qu'il consacre. Nos lecteurs peuvent se rappeler que l'auteur a longtemps compté parmi les adversaires les plus éclairés des idées du rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE. Des volumes entiers en font foi. Ce chirurgien, l'élève favori de Diffenbach, a fait comme son illustre maître. Au moment où des oppositions systématiques tendaient à perpétuer des erreurs trop longtemps accréditées, M. Phillips est venu voir, entendre et toucher. Après un examen aussi impartial qu'approfondi, il n'a pas hésité à produire son puissant témoignage en faveur des vérités qu'il avait longtemps contribué à proscrire. Honneur à son caractère autant qu'à son esprit.

---

et toujours avec des motifs puisés dans la nature du climat et des lieux, autrement dit dans l'expérience elle-même, le *substratum* inattaquable, la règle fondamentale en pareille matière. Certes avec de pareils principes, appliqués avec sagesse, avec méthode et surtout avec persévérance, il est possible d'épargner à notre armée des pertes considérables et qui ne se renouvellent que trop souvent. Qu'on se persuade bien, en effet, qu'on peut appliquer à l'Algérie ce que l'auteur de cet article avait autrefois remarqué en Espagne ; c'est que le fer de l'ennemi est infiniment moins meurtrier pour nos soldats que les privations, le dénûment, les maladies auxquelles ils sont parfois si exposés ; le véritable tombeau de l'armée n'est que trop souvent dans les hôpitaux.

L'auteur a parfaitement compris toute l'importance de l'ouvrage dont nous parlons, et l'on peut en avoir la preuve dès le commencement même de son livre. « L'Algérie, dit-il, est une autre France, et là si notre armée rend des services qui sont hautement appréciés, elle est soumise à de glorieuses souffrances, dont les effets réagissent sur la mère-patrie ; car l'armée, c'est la force vive, c'est le sang d'une nation : appauvri dans sa course, il ne revient au cœur que pour affaiblir le corps entier. Aussi l'hygiène, comme sauve-garde de la santé de l'homme, a-t-elle toujours eu sa place marquée au premier rang des études sur ce pays. » Certes il y a dans ce début quelque chose de simple et de vrai qui fait présumer que sur chacun des objets contenus dans ce travail, on arrivera toujours à des conclusions que la science avoue et que l'expérience légitime.

Après avoir exposé pour ainsi dire l'esprit dans lequel il a conçu son ouvrage, l'auteur en trace l'économie, les dispositions générales. « Le plan, dit-il, dont nous avons fait choix embrasse, dans un cadre simple et peu vaste, la série des principales divisions de l'hygiène, dans lesquelles viennent se distribuer et se classer les divers sujets dont nous avons à nous occuper. Nous jetons d'abord un coup d'œil sur le *climat*, puis nous examinons le difficile problème de l'*acclimatement*. Nous recherchons le mode à suivre dans le *recrutement*. Nous considérons le régime des *aliments* et des *boissons*, le *casernement* et le *campement* ; l'étude du *vêtement* vient ensuite, et nous terminons par celle des *mouvements*. Dans un appendice, nous passons en revue les phénomènes spéciaux qui résultent de l'infection *palustre* en Algérie. » On voit que ce cadre d'exploration est très-méthodiquement compris, car rien d'important n'y a été oublié. L'hygiène du soldat dans un pays comme l'Algérie exige non-seulement des vues d'ensemble, mais encore des détails multipliés, précis, positifs, qui ne donnent que le moins possible à l'incertitude et au hasard des circonstances ; car il ne faut pas perdre de vue que les inconvénients de l'habitation dans un climat pareil à celui de l'Algérie doublent, triplent d'intensité, de dangers, pour le soldat, par les fatigues, les privations, les souffrances auxquelles il est continuellement exposé.

M. Périer a grandement raison de dire : « Le difficile problème de l'*acclimatement*. » L'expression n'est que juste. C'est là, en effet, la grande, l'importante question. Sans elle toute armée fond et disparaît en peu de temps, toute colonisation est impossible. Qu'est-ce donc que s'acclimater ? C'est mettre son organisation en parfait rapport avec les influences atmosphériques et telluriques d'un pays ; mais les conditions en sont souvent aussi longues que pénibles à acquérir. Un célèbre naturaliste, Linné, dit formellement : *Clima mi-*

commotions politiques qui préoccupent tous les esprits, il est heureux de rencontrer une occasion de rendre à la science son culte un instant oublié. Cette occasion vient de nous être offerte, en France, par la publication d'un document d'une très-haute importance sur la branche la plus nouvelle, mais aussi la plus controversée de l'art chirurgical. Je veux parler du rapport que la commission des hôpitaux de Paris vient de faire sur les travaux et la pratique d'un des membres de l'Académie, de M. J. Guérin. Cette publication, on peut l'affirmer sans crainte d'être taxé d'exagération par des esprits calmes et sérieux, est, sans contredit, le fait le plus considérable de notre ère chirurgicale. Qu'on l'envisage, en effet, comme la vérification d'une science et d'un art qui, après avoir joui de la plus grande vogue pendant quelques années, était tombé dans un discrédit presque général, ou bien qu'on l'envisage comme le triomphe d'un système d'idées qui avait eu le rare privilége de soulever des oppositions passionnées presque sur tous les points de l'Europe, cette publication, disons-nous, est un véritable événement qui aura sa place dans l'histoire médicale de notre temps. A ce titre il mérite qu'on l'étudie et qu'on en tire les conséquences qu'il renferme pour l'histoire de la science et de l'art. L'Académie de médecine de Belgique ne peut y rester indifférente. Attentive à suivre et à encourager les moindres progrès scientifiques, même les plus étrangers à la gloire de ses membres, combien ne doit-elle pas, dans la circonstance actuelle, montrer d'empressement et d'intérêt à connaître, sous son véritable jour et dans ses moindres détails, un fait sans précédents dans les annales de la sience et qui restera probablement sans imitateurs! L'Académie a entendu naguère un de ses membres les plus aimés lui faire l'histoire des progrès de la ténotomie, histoire aussi impartiale que lumineuse, et qui semblait présager le nouveau chapitre ou plutôt le couronnement qui vient d'y être ajouté. Eh bien! c'est ce chapitre que nous venons commenter, discuter et résumer devant elle. S'il ne s'agissait que d'un nom, quelque sympathie qu'il excitât, nous nous sentirions très-peu entraîné à lui servir de cortége; mais il s'agit d'un art qui vient de conquérir sa place puissante et élevée dans le domaine de la chirurgie, au moment même où on le croyait renversé pour longtemps, sinon pour toujours.

L'Académie ne l'a peut-être pas oublié : livré nous-même pendant un certain nombre d'années à des travaux d'orthopédie chirurgicale, nous avons étudié les différentes sources, les origines de cette chirurgie restauratrice; nous avons apporté notre modeste pierre à l'édifice; et, protégé par un nom qui ne figurera pas sans gloire sur cette page de l'art contemporain, disciple et ami de Dieffenbach, nous avons ainsi assisté aux différentes phases d'une évolution qui vient de se compléter. A ces divers titres, ne sommes-nous pas suffisamment autorisé à tracer quelques linéaments de cette intéressante histoire? Si l'Académie en juge ainsi, nous lui demanderons la permission de renouer avec elle nos anciennes relations un instant suspendues, en lui adressant une série de lettres historiques sur la chirurgie orthopédique. Dans ces lettres, nous nous efforcerons de marquer d'abord l'origine, les phases, les vicissitudes et la constitution de la ténotomie et de la méthode sous-cutanée. Nous étudierons ensuite l'application de ces méthodes au traitement du *strabisme*, du *torticolis*, des *déviations de l'épine*, des *difformités des membres supérieurs et inférieurs*; et, en dernier lieu, nous aborderons les *différentes lésions* et *affections chirurgicales* qui ont été rattachées au domaine de l'orthopédie. Cette série de communications, dans laquelle nous chercherons à dégager le produit net et incontestable des efforts de chacun, ne paraîtra peut-être pas sans intérêt ni utilité à l'Académie, surtout au moment où, sur d'autres théâtres, de nouvelles discussions menacent de se raviver avec l'inévitable et regrettable conséquence de replonger dans les ténèbres, ce qui paraissait en avoir été dégagé pour toujours.

Cette première lettre ne traitera d'aucun sujet spécial. Avant d'aborder les applications, il convient de poser et de rappeler les principes. En effet, nous avons réfléchi qu'il était indispensable de commencer par esquisser à grands traits l'histoire générale de l'orthopédie chirurgicale : c'est le moyen d'éviter les redites et de poser quelques vues générales sans lesquelles toute appréciation reste partielle, c'est-à-dire sans liaison logique avec le passé, et sans lumière pour l'avenir. Je me bornerai donc aujourd'hui à jeter un coup d'œil d'ensemble sur les différentes phases de la chirurgie orthopédique.

On ne saurait mieux apprécier le point de départ de l'orthopédie chirurgicale que par son point d'arrivée. La *théorie de la rétraction musculaire*, la *ténotomie généralisée* et la *méthode sous-cutanée*, constituent, suivant l'heureuse expression de MM. Serres et Rayer, le trépied de l'orthopédie (1). C'est en cela qu'elle se résume : c'est son dernier mot théorique et pratique, et nous le reconnaissons volontiers aujourd'hui, nous qui l'avons contesté pendant longtemps, cette triple généralisation, en marquant la phase ultime de la science et de l'art, exprime par là même la séparation tranchée de deux époques de la science. Il y a six années, lorsque M. J. Guérin jeta, un peu brusquement, il faut le dire, cette distinction dans l'arène académique, lors de la première et mémorable discussion sur la ténotomie, nous n'y avons vu, avec beaucoup d'autres personnes, qu'une de ces distinctions systématiques plus propres à soutenir des prétentions personnelles qu'à exprimer deux points de vue réels et opposés de la philosophie de l'art. Cependant, à mesure que nous avons réexaminé les faits à la lumière de cette vérité ou de cette méthode, nous avons été frappé de sa justesse et de sa fécondité. N'y eût-il, pour la faire admettre avec la portée d'un véritable principe d'histoire philosophique, que la différence numérique et matérielle des faits qu'elle partage en deux groupes, cette différence suffirait déjà. Ainsi que M. J. Guérin l'a fait remarquer, il y a déjà fort longtemps, quel contraste entre l'époque où l'on ne coupait que le tendon du sterno-mastoïdien pour tous les torticolis, et le tendon d'Achille pour tous les pieds-bots sans distinction originelle, ni induction rationnelle, et l'époque où cette distinction a été réellement établie, soigneusement étudiée et a servi de base à des applications aussi nombreuses que variées de la ténotomie! Or c'est, suivant nous, cette lumineuse distinction entre l'époque empirique et l'époque rationnelle de la ténotomie qui marque la différence des deux grandes phases de la chirurgie orthopédique, et assigne à chacun la part qui lui revient dans l'établissement définitif de cette branche de l'art. Il ne suffit pas d'énoncer cette vue pour la faire admettre; il convient, au contraire de la développer, de la matérialiser en quelque façon,

(1) COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, octobre 1848.

---

tius facit plantas mitiores, uti durius easdem duriores reddit. (PHILOSOPHIA BOTANICA.) Mais si l'action du climat est si grande sur les végétaux, que doit-ce donc être sur les animaux et notamment sur l'homme? Car remarquons que le climat n'est pas resserré dans les circonstances particulières des latitudes ou du chaud et du froid; c'est un être collectif qui se compose de la température, de la lumière, de l'électricité, de l'humidité, des dispositions de l'air, de la nature des lieux, des productions du sol, de la situation du terrain, de la culture à laquelle on le soumet. Voyez combien d'objets embrasse ce mot *climat*, combien il importe d'en apprécier avec justesse les influences nuisibles ou favorables sur notre économie d'ailleurs si faible, si mobile et pourtant si souple, si apte à se modifier, à supporter toutes les intempéries. C'est ainsi que l'avait compris Hippocrate dans son célèbre TRAITÉ DES EAUX, DES AIRS ET DES LIEUX, dont Montesquieu a tiré si bon parti. On trouvera sur ces objets, dans l'ouvrage de M Périer, les renseignements les plus positifs, les conseils les plus salutaires pour que l'acclimatement se fasse en Algérie, pour nos troupes et nos colons, avec toutes les conditions possibles de succès. L'auteur ne dissimule aucune des difficultés, mais il ne les exagère pas non plus; entre ce qui se peut et l'impossible, il trace une ligne assez nette, assez saillante pour ne tromper personne. Il est essentiel, en effet, de ne pas se laisser séduire par le premier aspect; mais il s'agit de consulter les faits, d'en chercher la raison, la liaison, les résultats, d'étudier les populations dans leur manière d'être et de vivre, de ne pas même dédaigner les préjugés, d'examiner souvent, en un mot de marcher pour ainsi dire *l'éprouvette en main*, afin de s'assurer qu'on a bien vu et revu, qu'on n'a pas pris le vraisemblable pour le vrai, l'apparence pour la réalité.

Ce que nous venons de dire de l'*acclimatement*, relativement à l'hygiène de l'Algérie, peut s'appliquer aux autres parties, comme l'alimentation, les boissons, le vêtement, et surtout les habitations. L'auteur dit que l'Arabe, « ce roi de la tente dans ce pays, éprouve aussi les inconvénients du climat, bien que ses tentes de peau le garantissent mieux que nos tentes de toile. » Aussi M. Périer saisit-il cette occasion pour remarquer combien la méthode de faire bivouaquer le soldat, méthode adoptée dans nos grandes guerres de la révolution et de l'empire, a été fatale à nos armées. Il s'appuie à cet égard d'une grande autorité militaire, celle du général Rogniat; d'après ce dernier, « c'est une des principales causes de cette affreuse consommation d'hommes qui s'est faite dans le cours des dernières guerres, où l'on peut calculer, terme moyen, que les fantassins ne duraient pas plus de deux campagnes. » (CONSIDÉRATIONS SUR L'ART DE LA GUERRE, 1820, p. 264). Mais si le bivouac est dangereux dans nos climats, il le devient infiniment plus dans les pays méridionaux par le contraste de l'extrême chaleur de la journée et du froid glacial de la nuit. Malheureusement il n'est pas de courage possible contre un pareil ennemi,

Car le laurier qui couvre un vétéran d'Afrique
Ne défend pas sa peau.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les amples détails qu'il donne sur les vêtements, sur les mouvements du corps, sur la pernicieuse influence des effluves marécageux, etc., etc., mais l'espace et le temps nous pressent. Quelque courte et imparfaite que soit l'analyse du travail de M. Périer, elle suffira, nous l'es-

afin de ne pas laisser à sa forme abstraite l'apparence d'une pure distinction nominale; car, nous n'éprouvons aucune peine à le confesser, faute d'avoir approfondi assez tôt le caractère véritable de la distinction que nous venons de rappeler, nous avons travaillé longtemps nous-même à perpétuer la confusion que nous voudrions faire cesser aujourd'hui. Puisse l'aveu loyal de notre erreur servir à ceux qui se seraient égarés sur nos pas!

Lorsqu'une vérité est parfaitement établie, il est très-difficile de comprendre comment on a fait pour la méconnaître aussi longtemps. Cela explique la facilité avec laquelle on attribue aux premiers occupants les progrès réalisés par les derniers. L'histoire de la ténotomie en est une nouvelle preuve. Isaacius Minius, chirurgien hollandais, coupa d'abord le sterno-mastoïdien pour faciliter le redressement d'un torticolis. Cette innovation quoique des plus hardies, si l'on considère les idées et les principes du temps sur le danger des plaies des tendons, resta néanmoins très-longtemps sans application aucune. On coupa bien plusieurs fois le même tendon, mais il fallut plus de deux siècles pour que l'opération fût appliquée seulement au tendon d'Achille. Appliquée n'est peut-être pas le mot, car il était aussi facile d'imaginer de toute pièce la seconde opération que la première. Dans l'un et l'autre cas, on ne voulait pas, on ne croyait pas atteindre la cause de la difformité, mais se débarrasser d'un obstacle à son redressement. La section du tendon d'Achille, dans ce système d'idées, a dû être autant inspirée par le besoin de vaincre une résistance que de transporter au pied, par analogie, une opération qu'on avait imaginée pour le cou. Lorentz, du reste, dont Thilénius rapporte le premier cas de section du tendon d'Achille, ne s'explique en aucune façon sur la cause qui lui avait inspiré cette opération. Quoi qu'il en soit, on divisait ces deux tendons, parce que, dit M. J. Guérin, ils faisaient obstacle au redressement du col et du pied, et parce qu'ils se montraient extérieurement comme tels sous l'apparence de cordes saillantes et tendues entre les parties qu'on s'efforçait d'écarter (1). Le caractère purement mécanique et empirique de cette première phase de la ténotomie se manifeste aussi bien dans ses effets que dans ses causes. Pendant près de deux cents ans on ne fit que ces deux sections, et, dans les dernières années de cette période, on les répéta des milliers de fois sans aller au delà. Ainsi que notre honorable collègue, M. Lutens, l'a reconnu dans son excellent DISCOURS SUR LA TÉNOTOMIE, c'est à dater du jour où il fut établi que le raccourcissement des muscles est la cause et non l'effet de la difformité, que le cercle de la méthode s'agrandit avec ses indications étiologiques (2). On ne peut se dispenser de rappeler les trois propositions vraiment remarquables à l'aide desquelles M. J. Guérin, auteur de ce progrès, résume sa théorie des difformités par rétraction musculaire, et exprime, pour la première fois, la généralisation de la ténotomie qui en est la conséquence. Il avait commencé par établir que la tension du sterno-mastoïdien dans le torticolis et celle du tendon d'Achille dans le pied-bot congénital, sont l'expression d'un spasme musculaire ancien, d'une rétraction antérieure à la naissance; puis, tirant de ce fait les conséquences qu'il renferme, il ajoutait :

(1) J. Guérin, MÉTHODE SUR LA MYOTOMIE RACHIDIENNE, 1re partie.
(2) Lutens, DISCOURS SUR LA THÉNOTOMIE.

1° « Tous les muscles du corps humain, faisant partie d'un même système, et étant placés, comme le sterno-mastoïdien et les muscles du mollet, sous la dépendance d'un même système nerveux, peuvent, au même titre que ces derniers, être atteints successivement ou simultanément à différents degrés de rétraction, et produire comme eux des difformités des diverses parties du squelette.

2° « La rétraction pouvant occuper successivement, ou simultanément à différents degrés, tous les muscles d'une même partie du squelette, doit engendrer autant d'éléments de forme et de direction différents, dans chaque variété du même siége, qu'il y a de muscles rétractés.

3° « Il convient d'appliquer à tous les muscles rétractés, c'est-à-dire à toutes les variétés de l'espèce, et à tous les éléments de diversité de chaque variété, éléments de siége, de forme et de direction, l'opération qu'on n'avait appliquée qu'empiriquement jusque-là, à deux seuls tendons, c'est-à-dire à deux éléments non déterminés de deux variétés de difformités (1). »

La théorie et la méthode énoncée par ces trois propositions sont si simples et aujourd'hui d'une évidence si grande, qu'il faut se hâter d'ajouter qu'elles datent déjà de 1836. Mais, si on se le rappelle, avant cette époque, tous les chirurgiens de l'Europe, depuis Stromeyer et Dieffenbach jusqu'à leurs nombreux imitateurs d'Allemagne, d'Angleterre, de France et d'Italie, s'étaient renfermés dans l'application empirique, perfectionnée sans doute au point de vue opératoire, mais exclusive de la ténotomie du sterno-mastoïdien et du tendon d'Achille. Cela suffit pour faire comprendre la ligne de démarcation posée par M. J. Guérin entre les deux époques de la ténotomie. Je puis, mieux que personne, donner une preuve irréfragable de ce fait. Dans l'ouvrage que j'ai publié, en 1840, sur la chirurgie sous-cutanée de Dieffenbach, j'ai fait connaître les premières tentatives de mon maître en dehors du cercle où il s'était renfermé jusque-là. Il savait qu'on préconisait ailleurs d'autres sections que celle tendon d'Achille, peut-être même éprouvait-il le besoin instinctif d'agrandir son champ d'action en présence des cas qu'il trouvait réfractaires à l. méthode. Toujours est-il que ses tentatives n'étaient nullement inspirées par la théorie dont elles provenaient; et s'il coupait d'autres tendons que le tendon d'Achille, il ne les coupait que comme ce dernier, c'est-à-dire dans l'espoir d'obtenir de nouvelles facilités de redresser le pied. Aussi lui est-il arrivé de faire les sections les moins utiles et les plus contradictoires dans certaines formes de pieds-bots dont nous avons rapporté les observations. Cette déclaration, que je dois à la vérité, n'a rien qui puisse diminuer le mérite d'un chirurgien si justement célèbre à tant d'égards; car, ainsi que nous aurons occasion de le voir par la suite, il a reconnu lui-même la stérilité de la voie dans laquelle il avait marché longtemps, et alors que presque tous les chirurgiens contemporains jetaient la pierre à l'auteur de la réforme, il venait le chercher dans sa modeste retraite, et lui déclarer, à lui-même, qu'il avait créé la véritable science orthopédique. Ceux qui, comme moi, ont connu Dieffenbach, ne trouveront rien d'étonnant dans cette déclaration, qui fait autant honneur à son esprit qu'à son caractère.

(1) 8e MÉMOIRE SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX. — MYOTOMIE RACHIDIENNE.

pérons, pour prouver qu'il a parfaitement atteint son but, la juste et complète appréciation de tout ce qui concerne l'hygiène, dans l'Algérie. Écrit d'un style simple, mais ferme et sobre, cet ouvrage annonce dans l'auteur beaucoup de savoir, d'érudition, et, ce qui vaut mieux encore, ce bon sens pratique, cette rectitude d'esprit qui font saisir le vrai, et cette force de jugement qui sait l'appliquer à propos. A notre avis, il n'est pas, pour l'Algérie, de militaire instruit, d'administrateur éclairé, de médecin jaloux de bien connaître ce pays, enfin d'habitant et de colon qui ne doive consulter cet ouvrage. Tous y trouveront des avertissements, des indications, des conseils d'une grande importance, surtout de ces conseils d'une utilité constante et journalière. Ne craignons pas de le dire, entreprendre et achever de pareils ouvrages, c'est bien mériter de la science, c'est se présenter en digne officier de santé militaire, c'est honorer sa profession, en la plaçant dans la haute sphère de l'intérêt public. Si par les soins des chefs d'administration, on passe, en effet, de l'exposition de ces excellents préceptes à leur application, on peut être certain du bien-être et de la santé de nos soldats, chose d'autant plus désirable que, pour quiconque a vu et réfléchi, l'armée est aujourd'hui un instrument d'ordre et de civilisation, au profit du véritable progrès social et de l'humanité.

R. P.

— La Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles s'est réunie dernièrement pour examiner le projet de loi sur l'enseignement supérieur. Voici sommairement ce qu'elle a cru devoir proposer :

Maintien du jury central actuel, et nomination d'après le système Roussel;

Maintien de la pharmacologie au premier examen du doctorat en médecine;

Suppression des doctorats en chirurgie et en accouchements, et institution d'un seul doctorat en médecine, pour lequel il y aurait trois examens séparés :

Premier examen écrit et oral, comme par le passé, comprenant : 1° la pathologie générale; 2° la pathologie interne; 3° la pharmacologie, et 4° l'hygiène;

Deuxième examen, également écrit et oral, comprenant : 1° la pathologie externe; 2° la théorie des accouchements; 3° la médecine légale, et 4° l'anatomie pathologique;

Troisième et dernier examen, exclusivement pratique, de deux à quatre heures de durée, et comprenant : 1° épreuve de clinique interne; 2° id. de clinique externe; 3° opérations sur le cadavre; 4° manœuvres des accouchements.

Ces trois examens étant subis avec succès, le récipiendaire serait définitivement proclamé docteur et aurait le droit de pratiquer les trois branches.

La faculté a aussi émis le vœu que les études pharmaceutiques fussent mises en rapport avec les études médicales, reconnaissant toute l'insuffisance du projet de loi, en ce qui concerne la pharmacie, cette autre branche de l'art de guérir.

Il y a donc deux époques bien tranchées dans la ténotomie, celle qui commence à Isaacius Minius et finit à MM. Stromeyer et Dieffenbach, et celle qui commence à M. J. Guérin, et nous devons ajouter : qui se termine avec lui. Ce chirurgien a eu, dans les nombreuses persécutions dont il a été l'objet, cette compensation imprévue, à savoir que tous ses adversaires lui ont donné un véritable brevet d'invention et de perfectionnement par l'opposition qu'ils ont faite à ses idées, à sa méthode, à ses procédés. Le rapport de la commission des hôpitaux, qui consacre d'une manière si éclatante sa doctrine et ses principes, ne permet plus aucun doute à cet égard : et si ce magnique monument de la persévérance de l'un et du dévouement scientifique des autres ne rendait tout autre témoignage superflu, j'ajouterais que moi aussi, moi qui ai cru longtemps à l'illusion de l'observateur et à l'impossibilité d'une partie de ses succès, j'ai vu successivement mes convictions se transformer en présence des faits mêmes qui ont formé celle de la commission. Mais revenons à la suite de nos remarques sur l'établissement général de la chirurgie orthopédique.

La base de la ténotomie rationnelle, c'est donc la doctrine de la rétraction musculaire. Avec cette doctrine, la méthode chirurgicale est non-seulement constituée pour le présent, mais pour l'avenir. Ainsi que l'a dit avec infiniment de justesse un journal qui a commencé ma conversion, LA PRESSE MÉDICALE, la myotomie rationnelle enseigne ce qu'il faut faire, et la méthode sous-cutanée montre comment il faut faire. C'est qu'en effet, la méthode sous-cutanée est le complément indispensable de la chirurgie orthopédique. Mais qu'est-ce que la méthode sous-cutanée? J'ai cru longtemps et j'ai écrit que cette méthode consiste a couper sous la peau ce que naguère on coupait à ciel ouvert. Je ne crains pas de le dire, j'ai commis, avec beaucoup de personnes, la même méprise que pour la ténotomie. Le caractère de la méthode n'est pas dans son apparence extérieure, dit M. J. Guérin, mais dans son principe, dans son but et surtout dans ses résultats. Il faut bien le reconnaître, ce que M. J. Guérin a fait pour la ténotomie, il l'a fait pour la méthode sous-cutanée. Avant lui, on avait opéré sous la peau, comme avant lui on avait divisé des tendons; mais de même qu'il a constitué et généralisé la ténotomie rationnelle, de même il a constitué et généralisé la méthode sous-cutanée. Ici le résultat est peut être encore plus sensible : car, outre que la méthode sous-cutanée, appliquée à la ténotomie, s'est d'abord constituée dans cette sphère speciale de son action, assurant à ses résultats un caractère de certitude et de perfection inhérent à son principe, elle a encore justifié son caractère de haute induction et de généralisation en atteignant d'un seul bond les cimes les plus élevées de la chirurgie. Il est inutile de rappeler ici les nombreuses applications chirurgicales de la méthode sous-cutanée. Bornons-nous à constater d'abord, comme nous l'avons fait pour la ténotomie généralisée, que, du moment où la méthode sous-cutanée, en tant que méthode, a été constituée, on a vu immédiatement surgir une foule d'applications auxquelles personne n'avait songé jusque-là, et qui attestent au moins la valeur de sa transformation. Mais en quoi consiste cette transformation? Elle consiste à avoir posé ce principe : « Que les plaies pratiquées sous la peau en l'absence du contact de l'air, ne s'enflamment ni ne suppurent et donnent lieu à un travail d'organisation immédiate (1). » Pour assurer le succès des applications de ce principe, il a fallu instituer des procédés à l'aide desquels les ouvertures sous-cutanées restassent invariablement inaccessibles au contact de l'air. De là le pli cutané fait de manière à intercepter toute communication de l'extérieur à l'intérieur. Ce n'est pas le lieu d'insister sur les détails pratiques de la méthode, ils trouveront leur place dans une autre lettre. Bornons-nous à reconnaître, pour le moment, que la méthode sous-cutanée a eu, comme la ténotomie, sa période empirique et sa période rationnelle, et que le caractère de l'une était d'ignorer son principe et d'abandonner au hasard son résultat, tandis que l'autre n'existe qu'à la condition de ne marcher jamais qu'à la lumière de son principe et d'arriver à coup sûr à son résultat, c'est-à-dire à supprimer *sûrement* et *toujours* l'inflammation suppurative.

Ces deux mots, *sûrement* et *toujours*, n'avaient jamais eu de sens jusque-là en médecine et en chirurgie. Ils ont été même, il faut le dire, une des causes de la guerre acharnée qu'on a faite à celui qui a osé les proclamer et les soutenir. Tous les auteurs qui avaient travaillé au perfectionnement de la méthode étaient si loin de cette assurance, qu'ils en ignoraient jusqu'aux motifs. Stromeyer, auquel on ne saurait contester les perfectionnements opératoires du procédé sous-cutané, parle d'une petite inflammation ou d'accidents inflammatoires très-rares, et Dieffenbach raconte, en une foule d'endroits, sous ma plume ou sous la sienne indistinctement, les inflammations suppuratives, les abcès dont ses sections sous-cutanées ont été l'occasion. En France, il n'y avait aucun chirurgien qui fût de l'avis de M. J. Guérin; et bon nombre, à l'exemple de Dieffenbach, rapportaient, hier encore, leurs insuccès comme des preuves contraires aux assertions du réformateur. Il existait donc encore des doutes très-invétérés à l'égard du caractère véritable de l'innocuité absolue de la méthode sous-cutanée, et ces doutes étaient entretenus à l'état de système par les autorités les plus respectables. Mais l'expérience est plus puissante que les noms. Or la commission des hôpitaux l'a déclaré, et moi je pourrais le déclarer aussi, car j'ai vu assez de faits pour être de son avis, dans aucune des opérations pratiquées par M. J. Guérin il n'y a eu de symptômes d'inflammation suppurative (1).

Voilà donc un troisième progrès accompli, réalisé et aussi incontestable aujourd'hui qu'il a été systématiquement contesté jusqu'ici.

Si l'on cherche maintenant à faire ressortir les conséquences scientifiques et pratiques renfermées dans ces trois principes : théorie de la rétraction, ténotomie généralisée et méthode sous-cutanée, on est conduit à des applications aussi nombreuses qu'imprévues. Je dois déclarer d'abord que, pour ce qui va suivre, je raconte autant ce que j'ai entendu professer par M. J. Guérin lui-même que ce que j'ai induit de ses doctrines.

Le fait de la rétraction, tel qu'il est posé désormais dans la sicence, est une mine féconde pour l'histoire des difformités, pour la chirurgie générale et même pour la pathologie médicale. C'est une chose digne de remarque, et que nous ne saurions trop faire ressortir à l'honneur de M. J. Guerin, qu'aucun des faits qu'il a signalés dans l'ordre orthopédique n'est resté renfermé dans le cercle de la spécialité. C'est là, pour ainsi dire, le caractère propre de son esprit et de ses recherches. Dès 1839, à l'ouverture de son enseignement à l'hôpital des Enfants, il proclamait cet axiome aussi original dans l'expression que rigoureusement exact dans la pensée : « Il n'y a pas de science spéciale, il n'y a que des hommes spéciaux (2). » Eh bien ! il suffit d'étudier le fait de la rétraction à ce point de vue, pour comprendre toute sa portée.

Au point de vue orthomorphique, le fait de la rétraction peut être considéré tout à la fois comme théorie et comme méthode. Comme théorie, il explique les nombreuses variétés des difformités qui sont évidemment produites par le raccourcissement actif des muscles, depuis le strabisme jusqu'au pied-bot; comme méthode, il les catégorise, il introduit la lumière et l'ordre là où il n'y avait qu'obscurité et confusion. Je ne parle pas seulement des difformités qui avaient jusqu'ici été considérées comme tout à fait étrangères à la rétraction musculaire, comme les luxations congénitales du fémur, les genoux cagneux et le pied plat, si heureusement et si clairement ramenés à la doctrine; je parle des difformités les plus connues, du pied-bot, par exemple. L'histoire anatomique de cette difformité ne comprenait, et elle ne comprend encore, même pour les auteurs les plus récents, que quatre variétés : *l'equin*, le *varus*, le *valgus*, le *talus*. Croirait-on qu'au lieu de quatre variétés, il y en a peut-être plus de cent, et toutes aussi légitimes que ces quatre coupes de l'empirisme classique? Pour ma part, j'en ai vu des quantités innombrables rassemblées dans le cabinet de M. J. Guérin, et leur diversité est telle, qu'on dirait que la nature s'est plu à les multiplier, depuis que l'observation est parvenue à en découvrir l'origine. Mais en même temps que la théorie de la rétraction les a, pour ainsi dire, prévus, en les déterminant d'avance, elle les a classés par groupes, elle leur assigné une place dans le cadre méthodique qu'elle leur a tracé. C'est à ce point de vue que le fait de la rétraction est une méthode. Ce qui existe pour le pied-bot existe pour toutes les difformités; et en traitant de chacune d'elles, nous aurons occasion de montrer de quelle richesse de faits, de quelle finesse d'observation, de quelle délicatesse d'analyse cette doctrine a été l'occasion. Pour l'extérieur, les moindres accidents de forme, de direction, de dimension y sont prévus; pour l'intérieur, les moindres altérations anatomiques viennent s'offrir d'elles-mêmes à l'observation.

Au point de vue de la chirurgie générale, le fait de rétraction acquiert une nouvelle importance. Je l'ai dit et répété à l'ouverture d'un cours sur les maladies de l'urètre, dans une de mes leçons, imprimée dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES du mois d'octobre, c'est un élément dont l'introduction dans l'étude de la pathologie chirurgicale commande la révision de presque toutes les questions. Deux mots suffiront pour s'en convaincre. Pour me borner à l'exemple que j'ai choisi, l'appa-

(1) J. Guérin, ESSAI SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

(1) RAPPORT DE LA COMMISSION DES HÔPITAUX.

(2) VUES GÉNÉRALES SUR L'ÉTUDE SCIENTIFIQUE ET PRATIQUE DES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

reil génito-urinaire ne se compose-t-il pas en grande partie d'éléments musculaires et fibreux? Chacun de ces éléments ne peut-il pas et n'est-il pas quelquefois atteint de rétraction? On peut en dire autant de l'œil, de l'oreille, de la langue, de l'appareil vocal, etc.

Il en est de même pour la médecine proprement dite. Il y a des muscles et du tissu fibreux partout, et si le spasme musculaire momentané fait depuis longtemps partie de l'étude d'un grand nombre de maladies, il n'en est pas de même de la rétraction véritable dont l'existence dans le cœur, dans ses ouvertures, dans les vaisseaux, dans l'utérus et ses annexes, dans les intestins, peut être légitimement induite du fait seul de la présence des systèmes musculaire et fibreux dans ces appareils. Ces éléments musculaires, dit M. J. Guérin, réalisent aussi sûrement pour le dedans un ordre entier de lésions permanentes que pour le dehors une classe entière de difformités. M. J. Guérin porte encore plus loin cette généralisation, car nous lui avons entendu dire, un jour, que l'hypothèse du *strictum* et du *laxum* du méthodiste Themison, pourrait bien, grâce au fait de la rétraction, devenir une réalité dans la plupart des maladies. L'auteur de cet aperçu n'est pas homme à reculer devant sa démonstration.

Je n'insiste pas pour montrer la fécondité du point de vue général de la ténotomie. Si l'on en excepte les maladies du ressort de la médecine proprement dite, le champ de ses applications s'étend comme celui du fait qui lui sert de base. Dans l'ordre des difformités, on l'a vu, c'est le corollaire pratique de la théorie : les moindres éléments de forme, de direction, appellent son intervention au même titre que le raccourcissement musculaire ou ligamenteux dont ils émanent. Dans l'ordre chirurgical proprement dit, ce sera au génie du chirurgien à réaliser les ressources que la théorie inspire et commande. Nous espérons avoir à en signaler nous-même quelques-uns à l'attention de l'Academie.

La méthode sous-cutanée, considérée à son point de vue général, n'est pas moins riche en aperçus scientifiques nouveaux qu'en applications pratiques. Nous nous bornerons à indiquer les plus manifestes.

Ce qui distingue essentiellement l'esprit et les travaux de M. J. Guérin, c'est leur caractère véritablement scientifique. Là où ses prédécesseurs avaient agi sous l'inspiration d'un fait accidentel, il médite et trouve des principes généraux. Quoi de plus manifeste, à cet égard, que sa théorie des plaies sous-cutanées, et l'institution de la méthode qu'il en a déduite? C'est faute d'avoir compris cette différence capitale, que ses adversaires l'ont accusé quelquefois de s'être approprié les decouvertes de ses devanciers, en les généralisant, et lui ont, en vertu d'une espèce de talion, fait payer ses emprunts avec usure. Mais quand on aura bien compris en quoi consistent les vrais principes de la méthode sous-cutanée et quand, à force d'applications nouvelles, on aura mieux reconnu, comme le dit habituellement M. J. Guérin, la cause par les effets, on cessera de disputer sur la véritable origine de cette méthode, comme on a cessé de discuter sur la véritable origine de la réunion immédiate depuis qu'on connaît mieux les idées de Hunter.

Parmi les applications nouvelles de la méthode sous-cutanée, il ne faut pas seulement rappeler celles qui sont indiquées dans le rapport de la commission des hôpitaux : toutes les sections musculaires et ligamenteuses, et la si ingénieuse section sous-cutanée des os rachitiques; la provocation des cavités articulaires artificielles par la perforation sous-cutanée des capsules fibreuses; les ponctions d'abcès froids et par congestion; il faut encore noter la section sous-cutanée du sphincter anal, que M. J. Guérin a le premier indiquée et appliquée, mais que M. le professeur Blandin exécute journellement avec une habileté, et surtout par des procédés qui en ont fait sa propre opération, les ponctions d'hydarthroses et d'empyèmes, etc.

Si l'Académie me permet de résumer cette lettre, peut être déjà trop longue, elle comprendra tout l'intérêt qui s'attache aux questions mises à l'ordre du jour par le rapport de la commission des hôpitaux de Paris. Théorie de la rétraction musculaire, ténotomie généralisée, et méthode sous-cutanée avec leurs nombreuses applications : voilà ce que j'ai voulu indiquer d'une manière générale dans cette première lettre. Dans les suivantes, si l'Académie le trouve convenable, j'aborderai successivement les différentes classes de difformités, et les différentes lésions morbides auxquelles s'appliquent les trois ordres de faits et de méthode rappelés dans cette lettre, et je m'occuperai spécialement de faire ressortir les résultats positifs, inattaquables, définitifs, auxquels la science et l'art sont arrivés sur chacun de ces points.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE ANGIOLEUCITE PROFONDE; AMPUTATION COXO-FÉMORALE; par M. le docteur JULES ROUX, chirurgien en chef de la marine à Cherbourg, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc.

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques a, dans ces derniers temps, été l'objet de travaux qui ont fait avancer son histoire. En 1841, j'ai moi-même publié, dans la GAZETTE MÉDICALE (p. 20), un mémoire sur l'angioleucite superficielle. J'ai cherché dans ce travail, accompagné d'observations détaillées, à déterminer les causes, le développement, la marche, les symptômes, le diagnostic différentiel, les terminaisons et le traitement de la phlegmasie des vaisseaux blancs immédiatement placés sous la peau. Deux ans après, un de mes élèves, M. Turrel, alors chirurgien de 2e classe de la marine, a soutenu sur la lymphite sa dissertation inaugurale (voir THÈSES DE PARIS, 1843.)

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'entendre sur le même sujet les savantes leçons de M. Velpeau, dans lesquelles ce professeur élucidait, avec le talent qui le distingue, tous les points encore obscurs de l'angioleucite, qu'il différenciait, par des signes positifs, de l'érysipèle simple ou phlegmoneux, du phlegmon, de l'érythème et de toutes les affections de la peau avec lesquelles l'angioleucite a quelques traits de ressemblance.

Mais si, en ce qui concerne l'angioleucite des vaisseaux superficiels, la science semble avoir peu à faire encore, il n'en est pas de même pour ce qui a trait à l'histoire de l'inflammation des lymphatiques profonds. En effet, bien que le plus souvent cette dernière forme de lymphite soit liée à la première qui l'a précédée, il n'en est pas moins certain qu'elle offre dans ses diverses phases des formes différentes et des caractères encore peu connus.

Ici la cause, les symptômes, le diagnostic et le traitement sont souvent remplis d'incertitudes et enveloppés de ténèbres. Je ne sache pas que personne ait encore envisagé cette affection dans ses rapports avec l'amputation des membres. Quelques chirurgiens ne manqueront peut-être pas de faire tout d'abord leurs réserves sur la nécessité de la désarticulation coxo-fémorale que j'ai été dans le cas de pratiquer pour une affection de cette nature. J'ose espérer qu'ils partageront mon sentiment lorsque, après la lecture de ce mémoire, ils connaîtront les motifs qui m'ont déterminé.

L'angioleucite profonde a été peu étudiée, surtout au tronc, à la surface et dans l'intimité des viscères; cependant les deux branches de l'art de guérir, la médecine et la chirurgie pouvant revendiquer, dans leur domaine, l'affection qui nous occupe, on peut se demander pourquoi cette maladie dont les médecins et les chirurgiens doivent écrire l'histoire est encore si peu connue? Dans de remarquables mémoires, insérés dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, années 1845 et 1846, M. Velpeau seul, je crois, parmi tous les auteurs, a tracé les premiers traits de la lymphite profonde. MM. Andral, Amussat, Gendrin, Cruveilhier, etc., et avant eux Sœmmering, Mascagni, Bichat, A. Cooper, etc., ont donné quelques aperçus, qui pourront servir à l'étude de l'angioleucite des viscères, étude déjà avancée pour l'utérus par les travaux de MM. Tonnellé, Nonat, Duplay, Botrel, etc.

Dans ce mémoire, je traiterai principalement de cette inflammation affectant les lymphatiques profonds des membres.

La lymphite profonde succède fréquemment à la superficielle, dont elle n'est alors qu'une extension. Dans ce cas, on peut suivre la succession des phénomènes depuis la formation de la lésion extérieure souvent très-légère, qui est le principe du mal, l'apparition des stries rouges, des courants rubanés, des plaques rosées, les abcès superficiels, etc., jusqu'aux suppurations étendues, dans la profondeur des tissus, sur le trajet des artères principales, et aux altérations consécutives des os et des articulations.

Quelquefois elle se développe d'emblée à la suite d'une blessure qui atteint les lymphatiques profonds.

Mais, dans une autre forme de la maladie, l'angioleucite apparaît spontanément, sans cause connue et nous verrons bientôt qu'elle est alors plus redoutable.

Le tempérament lymphatique y paraît plus exposé que les autres.

Ordinairement l'angioleucite est précédée des phénomènes généraux d'une vive réaction. Pendant quelque temps ces symptômes existent seuls, sans qu'on puisse les rattacher à l'inflammation des lymphatiques profonds d'une partie du corps. Mais bientôt une douleur obscure se fait sentir à la face interne des membres, par exemple, dont la température est augmentée et qui deviennent le siége d'un empâtement et d'une tuméfaction con-

sidérables; la rougeur n'y apparaît que très-tardivement, et même on ne l'observe pas du tout, quand l'angioleucite profonde est primitive. Les symptômes que je viens d'indiquer prennent ordinairement plus d'intensité; des douleurs pulsatives se font sentir, des frissons apparaissent, et l'on commence à soupçonner la formation du pus.

L'angioleucite profonde paraît, plus souvent que la superficielle, se terminer par suppuration. Le pus situé loin de la peau, sous les aponévroses, entre les couches des muscles, le long des vaisseaux principaux des membres, se soustrait longtemps aux moyens d'exploration. Il est même difficile d'en soupçonner l'existence lorsque l'affection existe au membre inférieur, que l'angioleucite profonde ne succède pas à l'angioleucite superficielle, et que sa cause productrice n'a pu être appréciée. Pendant cette période, le gonflement, l'empâtement des parties, la douleur obscure sont les seuls signes rationnels qui trahissent la présence du foyer, que le bistouri est encore inhabile à découvrir d'une manière certaine.

Cependant la suppuration continue, l'abcès s'agrandit, le pus fuse le long des vaisseaux, dans l'interstice des muscles qu'il dissèque, stagne dans le voisinage des articulations, des os, qu'il finit par baigner et altérer à leur surface, en se frayant un passage à travers les tissus cellulaire et fibreux qui les entourent, et qu'il détruit ou condense autour de lui, tandis que, d'un autre côté, il tend à se rapprocher de la peau.

Cette scène commencée à la jambe, par exemple, peut se produire aussi au genou, sur un ou plusieurs points de la cuisse, de telle sorte que, par ces foyers confondus ou séparés, tout le membre est bientôt en suppuration.

En même temps se continue et s'aggrave la série des phénomènes généraux inséparables des grandes inflammations.

Quand le chirurgien a pu découvrir la présence d'un abcès, et qu'il a pratiqué des incisions nombreuses et étendues, le pus reste longtemps phlegmoneux; il s'échappe avec difficulté, parce qu'il provient de parties sinueuses et profondes. La peau se décolle, sans beaucoup rougir; les muscles restent isolés dans leur gaine; le membre est comme imbibé du produit de la suppuration; la digestion s'altère; le malade maigrit, et l'organisme reste sans cesse exposé au danger imminent de la résorption purulente.

Douloureux et engorgés, les ganglions situés sur le trajet des lymphatiques profonds semblent pendant un temps arrêter la marche ascendante de l'inflammation, qui reste ainsi limitée aux membres, dont ils entourent la racine. Mais lorsque l'art n'intervient pas avec efficacité, et que le malade a résisté jusque-là à la suppuration qui l'épuise, l'inflammation franchit cette barrière et pénètre dans les cavités splanchniques, où la suppuration s'établit encore sur le trajet et autour des gros vaisseaux.

Le moment où les articulations et les os baignés par le pus sont secondairement affectés, celui où l'angioleucite, suivant les courants des lymphatiques, franchit les ganglions pour se propager au delà, doivent être variables chez les divers sujets, et ne paraissent pas susceptibles d'être déterminés d'une manière rigoureuse dans l'état actuel de la science, malgré toute l'utilité pratique qu'il y aurait à préciser l'époque de cette phase de la maladie.

Les choses se passent d'une manière un peu différente lorsque la phlegmasie des lymphatiques profonds arrive spontanément, et ne succède pas à des plaies et à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques superficiels. Dans cette seconde forme de la maladie, où la cause est le plus souvent inconnue, le chirurgien n'est pas mis sur la voie du diagnostic par les traînées rouges et rubanées de l'angioleucite superficielle. Le membre, vaguement douloureux dans toute son étendue ou sur un seul point, est bientôt le siége d'une infiltration et d'un empâtement peu prononcés, qui n'appellent pas encore l'attention du malade, et qui échappent d'autant plus facilement au médecin, qu'ils sont effacés par la violence des phénomènes généraux. Alors le pouls est très-fréquent, la peau très-chaude, la soif vive, la céphalalgie intense; il y a rapidement du délire, des frissons, une agitation extrême, à laquelle succède un abattement profond. Les saignées, la diète, les purgatifs, les affusions froides, etc., etc., calment peu le trouble général de l'organisme. Cependant la suppuration s'étend dans les membres affectés, et se développe à la fois en plusieurs points du trajet des lymphatiques profonds. Les chapelets ganglionnaires ne sont point ici des barrières qui arrêtent les progrès du mal, qui se développe en même temps au-dessus et au-dessous d'eux. Les foyers purulents finissent par être reconnus au milieu du gonflement considérable qui s'est développé dans les parties. Les incisions, convenablement pratiquées, donnent issue à une grande quantité de pus, souvent fétide; mais l'art ne parvient que rarement à empêcher une terminaison funeste, et à l'autopsie on trouve du pus sur le trajet des vaisseaux lymphatiques profonds des membres, et jusque dans les cavités splanchniques.

Sur un malade qui avait succombé à une affection qu'il n'avait pas été possible de bien caractériser, et sur les membres inférieurs duquel on n'avait jamais perçu de fluctuation, l'observation nécroscopique révéla à M. le docteur Villers, chirurgien-major de la marine, l'existence du pus sur tout le trajet des vaisseaux profonds de la jambe, de la cuisse, foyers qui se prolongeaient le long des vaisseaux iliaques et sur le courant des vaisseaux lymphatiques pré-vertébraux.

Pour bien faire connaître la forme d'angioleucite profonde naissant spontanément sous l'influence de causes encore ignorées, je vais rapporter l'observation suivante, recueillie à Toulon dans un service de fiévreux dont j'étais alors chargé, par M. Arland, chirurgien de la marine.

Obs I. — Le nommé Prat (André), âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, fusilier au 3e régiment d'infanterie de marine, entra à l'hôpital le 1er avril 1844, n'offrant aucune trace de plaie, d'inflammation ou de lésions quelconques aux membres. Pendant les deux premiers jours, on n'observa que les phénomènes suivants: céphalalgie intense; rêvasseries; peau brûlante et sèche; soif vive; anorexie; trois selles diarrhéiques; un peu de toux.

L'examen le plus attentif ne permet pas de porter sur la maladie un diagnostic certain. (Saignée de 300 grammes; 24 sangsues aux apophyses mastoïdes; 15 sangsues aux malléoles; diète; limonade; compresses froides sur la tête.)

Les battements du cœur paraissant s'effectuer d'une manière anormale, quant à la violence. (On prescrit la digitale, 6 sangsues à la région précordiale.)

Le 12, une douleur profonde se fait sentir à la cuisse droite, sur le trajet des vaisseaux cruraux. Les ganglions lymphatiques ne roulent pas sous la peau; ils sont tuméfiés. La pression et le mouvement du membre exaltent la douleur.

A cette époque, la toux augmente, la respiration devient moins facile, l'expectoration amène des crachats rouillés, la fièvre s'accroît; et, dans l'idée d'une inflammation pulmonaire, on revient aux sangsues, et l'on prescrit deux potions stibiées à 0,40. Cette médication amène du mieux.

Le 20, la région du pli du bras droit est chaude, douloureuse; un gonflement considérable envahit le coude, le bras, et s'étend vers l'aisselle. L'inflammation marche avec assez de rapidité pour que, le 30, la fluctuation soit manifeste. Une incision est pratiquée, et donne issue à une grande quantité de pus bien lié.

Pendant ce temps l'inflammation de la cuisse et de la région inguinale fit des progrès; un empâtement étendu se montra dans ces régions; des frissons apparurent; la région inguinale se tuméfia; l'arcade crurale parut soulevée; la fluctuation devint évidente, et le 20 mai, une incision fut pratiquée au-dessous des ligaments de Fallope, sur le trajet des vaisseaux cruraux.

Les jours suivants, des incisions furent faites à la cuisse et au bras, sur le trajet des artères principales; il en sortit chaque fois une quantité énorme de pus fétide et mal lié. (Bouillon; tisane vineuse; décoction de quinquina; pansements fréquents.)

Cependant le malade maigrissait à vue d'œil; ses forces diminuèrent; l'insomnie fut constante; la fièvre, avec paroxysmes le soir, devint continue; des plaies de position se formèrent; enfin des sueurs abondantes et une diarrhée colliquative marquèrent les derniers jours de l'existence du malade, qui succomba le 14 juin, deux mois et demi après son entrée à l'hôpital.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Émaciation extrême; adhérences anciennes entre les feuillets des plèvres; quelques tubercules dans les poumons. Les viscères abdominaux sont sains; le cœcum et le colon ascendant sont refoulés à gauche par une traînée de pus qui existe dans la fosse iliaque.

Du quart inférieur de la cuisse jusqu'au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, les vaisseaux sont entourés de pus; des traînées purulentes existent sur le trajet des divers courants lymphatiques, qui pénètrent dans le bassin. C'est ainsi que les vaisseaux obturateurs, honteux internes, ischiatiques, sont entourés de ce liquide. Le pus existe en quantité d'autant plus grande, que les courants lymphatiques eux-mêmes sont plus volumineux, comme on le voit aux régions iliaque et lombaire. Le muscle psoas est refoulé; il n'en est pas de même de l'articulation coxo-fémorale. Les fibres de sa capsule sont écaillées. La séreuse est rouge; sa cavité contient du pus. Les cartilages articulaires sont détruits sur quelques points peu étendus, et le tissu osseux est rouge et rugueux; les muscles circonvoisins sont en partie disséqués.

Au membre supérieur, on trouve du pus sur le trajet des vaisseaux profonds depuis la partie supérieure de l'avant-bras jusque dans l'aisselle. Les muscles sont disséqués au pli du bras; l'articulation huméro-cubitale est ouverte; les cartilages d'incrustation y sont détruits sur quelques points; elle contient peu de pus.

Aux membres affectés, la peau est adhérente aux aponévroses. Les veines et les artères n'offrent pas de traces d'inflammation; autour d'eux on cherche vainement des vestiges des vaisseaux lymphatiques.

D'après ce que j'ai dit jusqu'ici, on voit que si le diagnostic de l'angioleucite profonde est facile lorsque cette affection succède à l'angioleucite superficielle, dont les signes sont toujours évidents, il n'en est pas de même quand elle se développe spontanément, sans lésions extérieures, sous l'influence de causes encore inconnues, et que, dans le langage de la pathologie, on désigne sous les noms d'*internes*. C'est à peine si un cortége alarmant de phénomènes généraux, sans expression locale, pourra être considéré comme une induction susceptible de conduire le médecin à porter son attention sur les voies de la circulation lymphatique. Ces phénomènes généraux se développent souvent dès le début avec une grande intensité, au

point de masquer les phénomènes propres à la lymphite, et de faire croire bien souvent à une phlegmasie du cerveau ou d'un autre viscère important.

Il est ordinairement facile de distinguer l'angioleucite superficielle de la profonde. Les stries rouges, les courants rubanés, les plaques rosées, les noyaux phlegmoneux signalés par M. Velpeau, qui existent dans la première, manquent dans la seconde. Quand celle-ci succède à celle-là, la marche de la maladie et le siége profond des phénomènes consécutivement observés, servent à établir le diagnostic différentiel.

Cependant aux membres supérieurs, où le courant des lymphatiques superficiels n'est séparé que par une aponévrose mince du courant lymphatique profond, il peut être de prime abord assez difficile de déterminer à laquelle des variétés d'angioleucite on a affaire, surtout quand la profonde succède à la superficielle. Lorsque les lymphatiques profonds sont primitivement enflammés, la face antérieure de l'avant-bras, par exemple, n'est pas parcourue sur tous ses points indistinctement par des stries et des plaques rouges qui appartiennent à l'angioleucite superficielle. C'est à peine si l'on aperçoit des stries semblables parallèlement aux vaisseaux radiaux et cubitaux seulement; mais le diagnostic n'offre plus d'obscurité lorsque la suppuration s'est établie et que les abcès se forment régulièrement en grains de chapelet, les uns au-dessus des autres, et uniquement sur le trajet des vaisseaux profonds. Je me rappelle avoir fait de nombreuses incisions au membre inférieur d'un homme affecté d'angioleucite profonde, et ces incisions sur deux lignes à l'avant-bras, sur une ligne unique au bras, traçaient dans leur ensemble la marche des vaisseaux profonds du membre supérieur.

Quand la suppuration arrive dans l'angioleucite en général, les abcès se forment partout sur le trajet des vaisseaux lymphatiques; or, ceux-ci étant irrégulièrement disséminés dans le plan superficiel et régulièrement placés le long des vaisseaux dans le plan profond, il s'ensuit naturellement que les foyers purulents sont irrégulièrement disposés dans le premier cas, et très-régulièrement dans le second.

Au membre inférieur, le diagnostic est déterminé par la profondeur du lieu où résident les phénomènes morbides, et qui est en rapport avec la profondeur bien différente des deux plans de vaisseaux.

L'érysipèle phlegmoneux a avec l'angioleucite des liens de parenté sous le rapport des *lieux* où sévit le mal, mais en diffère notablement par le *siége* précis. Dans la première affection, le tissu cellulaire est le théâtre de la phlegmasie, qui, dans la seconde, réside dans les vaisseaux lymphatiques. Or, comme partout où il y a des vaisseaux blancs, on rencontre aussi du tissu cellulaire, et que, sur tous les points du corps où ce dernier tissu existe, on trouve le plus souvent des lymphatiques, il en résulte que le diagnostic différentiel s'appuie ici moins sur les localités que le mal atteint, que sur le siége, les symptômes et la marche de la maladie.

L'érysipèle phlegmoneux ne saurait être confondu avec la lymphite superficielle; car on y chercherait vainement les stries rouges, les courants rubanés, les plaques rosées, qui caractérisent l'angioleucite.

La distinction n'est pas aussi facile pour la lymphite profonde; cependant si l'on réfléchit que, dans cette dernière affection:

1° Le mal n'envahit le plus souvent, longtemps au moins, qu'un seul côté du membre, celui qui correspond aux courants principaux des vaisseaux profonds;

2° Que le pus suit invariablement les grands courants lymphatiques;

3° Que le tissu cellulaire ne se détache pas en lambeaux sphacelés;

4° Que les muscles ne sont qu'imparfaitement disséqués;

5° Que la peau rarement enflammée a bien moins de tendance à s'ulcérer, à s'isoler de l'aponévrose, à se gangrener,

Le praticien distinguera aisément l'angioleucite de l'érysipèle phlegmoneux, qui offre des phénomènes contraires en tous points, puisque dans cette affection :

1° Tous les côtés du membre sont bientôt pris indistinctement;

2° Que le pus est irrégulièrement disséminé sur tous les points du membre;

3° Que le tissu cellulaire se détache en vastes lambeaux mortifiés;

4° Que les muscles sont complétement disséqués par la destruction de ce tissu;

5° Que la peau ordinairement enflammée se détache des aponévroses, s'ulcère, se gangrène aisément.

Comme trait caractéristique des deux affections, je signalerai aussi la rapidité plus grande de l'inflammation, dans la lymphite, que dans l'érysipèle phlegmoneux. Tout le monde sait qu'en peu d'instants tout un membre est souvent pris d'angioleucite, et qu'il n'en est jamais ainsi de l'érysipèle phlegmoneux, quelle que soit d'ailleurs la rapidité de sa marche.

Enfin, la progression des deux affections est essentiellement différente : l'érysipèle phlegmoneux suit une marche régulièrement ascendante, tandis que l'angioleucite, qui procède au fond de la même manière, s'en distingue en déterminant sur des points éloignés d'un membre des phénomènes morbides graves, des foyers purulents par exemple, séparés par de grands intervalles de parties presque saines.

La phlébite a, dans quelques circonstances, été confondue avec l'angioleucite, au membre supérieur surtout. M. Velpeau différencie la phlébite de la lymphite superficielle de la manière suivante : « Dans la phlébite il existe des rayons rouges inégaux, mais il reposent sur un cordon volumineux et dur; dans l'angioleucite, cette dureté n'existe pas, parce que les vaisseaux sont petits et ne s'indurent pas; c'est ce qui m'a fait poser cette sorte d'aphorisme : *l'angioleucite se voit et ne se sent pas; la phlébite se sent plutôt qu'elle ne se voit*. De telle façon qu'en fermant les yeux on peut distinguer ces deux affections. » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 1847, page 532).

Indépendamment de ces signes locaux que j'accepte sans les contrôler sur la foi du célèbre professeur de la Charité, ces deux affections sont également bien différenciées aussi par d'autres phénomènes locaux et généraux, surtout quand il y a angioleucite profonde.

Dans la phlébite, à moins qu'elle ne soit adhésive, le pus ne s'amasse pas en foyers; à peine formé, il est entraîné par le sang, qu'il infecte, et de là les phénomènes spéciaux et graves de l'infection purulente. Dans l'angioleucite, le pus s'amasse en foyers, ne circule pas avec la lymphe, à cause des entraves qu'apportent à son libre cours l'adhésion fréquente des petits vaisseaux, les ganglions qu'ils traversent, et de là un ordre différent de symptômes généraux. Dans la première de ces deux affections, les phénomènes morbides de l'ensemble de l'organisme l'emportent donc sur les symptômes locaux, tandis que dans la seconde, les symptômes locaux l'emportent sur les phénomènes de l'ensemble de l'organisme. Dans la phlébite, le mal d'abord local est suivi de troubles généraux; dans la lymphite, ces derniers précèdent la localisation du mal.

Maintes fois cependant, après l'opération de la phlébotomie, quand la plaie s'est enflammée, que le bras et les ganglions axillaires se sont énormément tuméfiés, que des abcès ont été ouverts sur la face interne du membre et dans l'aisselle, qu'une apparence fébrile considérable n'a cessé d'exister, on a cru avoir affaire à une phlébite, tandis qu'il n'existait en réalité qu'une angioleucite. En preuve de cette assertion, je vais rapporter l'observation suivante, recueillie dans mon service par M. Gueit, chirurgien de la marine.

OBS. II. — Bouquinet (François), âgé de 25 ans, matelot de troisième classe à bord du vaisseau *le Souverain*, entré à l'hôpital de Toulon le 21 janvier 1843, avait été placé dans une salle de fiévreux, à cause de l'ensemble des phénomènes qu'il présentait et de l'éruption encore indéterminée qu'on observait sur sa peau. (Diète; saignée du bras droit; sangsues aux mastoïdes, etc.)

Le 27, la plaie de la phlébotomie s'enflamma, et de vives douleurs se firent sentir dans le bras correspondant. Bientôt le gonflement devint considérable, accompagné de chaleur et de rougeur; la plus légère pression était intolérable.

Le 29, les phénomènes inflammatoires, jusque-là bornés à l'aisselle, franchirent cette région.

Le 30, un abcès sous-aponévrotique est ouvert à la partie inférieure et interne du bras. Le 2 février, deux autres abcès, situés l'un au-dessus de l'autre, sont encore ouverts sur le trajet de l'artère humérale. Ces incisions n'ayant amené qu'un soulagement momentané, le malade fut évacué dans un service de blessés, comme atteint de *phlébite*.

Le 8, Bouquinet était dans l'état suivant : gonflement du bras, de l'aisselle, remontant jusqu'à la clavicule droite; rougeur diffuse de ces parties; stries et plaques rouges; courants rubanés à la région antibrachiale; trois incisions en chapelet sur le trajet de l'artère brachiale; suppuration abondante; décollement sous-aponévrotique; fièvre; délire par intervalles; selles liquides.

On pratique trois nouvelles incisions en dehors du biceps, dans le creux de l'aisselle et sous la clavicule, qui donnent issue à un pus sanieux, de mauvaise nature. (Bouillon; tisane de riz; décoction de quinquina; lavement.)

Les jours suivants, le gonflement et la rougeur des parties disparaissent.

Le 17, le pus change de nature; les plaies de la face interne du bras sont réunies en une seule par l'incision des ponts cutanés qui les séparent. Leur surface, partout grisâtre jusqu'alors, commence à rougir. La fièvre diminue; les rêvasseries disparaissent; les selles reprennent leurs qualités normales. On continue les injections d'eau chlorurée dans les plaies. Quelques stries rouges et des plaques isolées sont observées sur le dos de la main et la face interne de l'avant-bras. L'affection, après s'être développée d'une manière ascendante et dans la direction du cours de la lymphe, ce qui est l'ordinaire, s'est donc ensuite propagée à la main, en sens inverse de la direction de la circulation lymphatique, marche qui toutefois n'est pas absolument rare.

A partir de cette époque, chaque jour amena une amélioration notable; les phénomènes de réaction s'amoindrirent et cessèrent; les plaies, devenues vermeilles, donnèrent toujours moins de pus, mais le gonflement demeura longtemps stationnaire; enfin les plaies se cicatrisèrent, et il ne resta plus au malade

qui sortit de l'hôpital le 24 avril, qu'une certaine roideur dans le membre et un peu d'œdème à la main.

L'observation qu'on vient de lire démontre jusqu'à l'évidence l'erreur du diagnostic porté en premier lieu. La saignée n'a pas provoqué ici une phlébite, mais bien une angioleucite superficielle, qui s'est étendue bientôt aux lymphatiques profonds.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE EN RÉPONSE A UN ARTICLE DE M. MONNERET, INTITULÉ : QUELQUES MOTS SUR L'ÉTAT DE LA MÉDECINE A CONSTANTINOPLE; par M. CHARLES DE HUBSCH, médecin de l'hôpital de Gulharie.

Monsieur le rédacteur,

Il a paru, il y a déjà plusieurs mois, une note de M. le docteur Monneret sur le choléra, ayant pour titre : DU CHOLÉRA OBSERVÉ EN ORIENT EN 1847 ET 1848, et tout récemment encore une lettre publiée dans la GAZETTE MÉDICALE sur le même sujet et par le même auteur. Ces travaux ont fixé mon attention ; j'y ai remarqué des inexactitudes que, dans l'intérêt de la science, je me plais à relever; veuillez, monsieur le rédacteur, avoir la bonté de donner une place dans un de vos plus prochains numéros aux réflexions que les écrits de mon confrère m'ont suggérées.

M. le docteur Monneret, chargé par le gouvernement français d'aller étudier le choléra à Constantinople, arriva dans cette capitale le 4 décembre 1847, et y séjourna jusqu'au 8 janvier 1848. La saison était très-mauvaise; la neige et les pluies continuelles, dans une ville où les communications sont si difficiles, ont presque constamment retenu chez lui notre savant collègue. A peine a-t-il eu le temps de visiter une seule fois chacun de nos hôpitaux, et ses écrits sont pleins d'observations et de remarques qu'il dit y avoir faites. Je me bornerai à discuter succinctement, article par article, les différentes parties de ce travail.

La division de la maladie en choléra de complication, cholérine et choléra asiatique est tout à fait arbitraire et ne repose sur aucune base ; j'insiste sur la valeur des mots et je préfère celui de *combinaison* à celui de *complication;* le choléra est une maladie très-aiguë, à marche très-rapide, et peut seulement attaquer un individu atteint d'une autre maladie sans que leurs symptômes se confondent ; le choléra de complication, tel que l'entend l'auteur, n'a jamais existé. (Voir la note.) Passant en revue les différents symptômes de la maladie, M. Monneret consacre à peine quelques lignes à chacun d'eux, il assure avoir vu chez plusieurs malades atteints de pneumonie « la cyanose s'arrêter *rapidement* par l'effet du traitement an» tiphlogistique lorsque la pneumonie marchait vers la résolution. » Cette observation est tout à fait gratuite, et il suffit de dire que l'auteur est jusqu'à présent le seul qui l'ait faite ; les accidents tétaniques dont il parle ont échappé à nos investigations, et il a tort d'affirmer d'une manière générale que les crampes, chez la plus grande partie des malades, n'existaient pas, et que les mouvements des membres étaient dus aux douleurs du ventre. Nous avons eu souvent occasion d'observer les crampes dans la suite de l'épidémie; peut-être n'étaient-elles pas aussi fréquentes à son début, et à l'époque où M. Monneret était à Constantinople. Je ne sais comment m'expliquer ces lignes de l'auteur : « Cependant il est permis de croire que les » accidents cholériformes dont je viens de parler (voir la note) étaient in» suffisants pour produire la mort. » Et comment ! les vomissements, la diarrhée, les crampes, la cyanose, l'algidité réunis ne suffisent-ils pour produire la mort? Que lui faut-il donc encore ? L'auteur était sans doute dans une grande préoccupation d'esprit quand il écrivait sur la cholérine, la seconde des formes admises par lui. Ses phrases sont incompréhensibles : « A mesure, dit-il, que l'épidémie a agi sur un plus grand nombre d'indi» vidus, les effets ont paru s'affaiblir dans la même proportion, et alors les » attaques de choléra algide sont devenus plus communes. »

L'observation thermométrique ne nous a pas fourni les mêmes résultats qu'à l'auteur; dans les cas de choléra algide, le thermomètre ne monta jamais à 36 ou 37° dans la région axillaire, la température se maintenait presque toujours à 33 ou 34°. Il n'est pas exact de dire non plus que sous l'influence des agents thérapeutiques capables de ramener la chaleur, le refroidissement cessât AISÉMENT. J'ai employé dans l'état algide du choléra tous les médicaments réputés sudorifiques et excitants du système nerveux et cutané, sans omettre les bains de toutes sortes, les frictions, etc., et il a été très-rare que je sois parvenu à ramener la chaleur; arrivés à ce degré, les malades succombaient dans la proportion de 95 pour 100.

Le nombre des évacuations alvines, que M. Monneret dit être peu considérable (huit ou dix selles dans les vingt-quatre heures), s'est élevé quelquefois jusqu'à quinze, vingt et même plus; j'ai vu des malades qui ne pouvaient plus retenir leurs selles, qui se répétaient à des intervalles trop rapprochés.

Je passerai sous silence l'article ADYNAMIE CONSÉCUTIVE (voir la note). Il serait trop long de réfuter chaque ligne. Il exagère peut-être un peu trop lorsqu'il dit qu'on peut porter à la moitié le nombre des soldats qui ont succombé dans les hôpitaux de l'armée de terre, et à un peu moins du tiers la mortalité chez ceux de la marine. D'après nos relevés statistiques, le nombre des morts, dans les hôpitaux militaires, a été durant toute l'épidémie d'un mort sur deux cinquièmes d'atteints, en y comptant les dévoiements cholériques.

L'auteur cherche sans doute à rassurer les esprits, lorsqu'il se dit porté à croire que si le choléra allait jusqu'en France, il s'y montrerait sous une forme bénigne. Pourquoi donc, tandis que le choléra affectait une forme bénigne à Constantinople, exerçait-il, à la même époque, de si affreux ravages à Smyrne, à Damas, et dans les environs mêmes de la capitale? Pourquoi la France serait-elle privilégiée et protégée? Il ajoute, en parlant des causes, que si l'on parvenait à les éloigner par le secours d'une sage hygiène, on mettrait les peuples à l'abri de ses atteintes. Cet espoir ne s'est malheureusement pas réalisé jusqu'à présent, malgré toutes les mesures prises par tous les gouvernements d'Europe.

Venant ensuite aux différentes causes qui ont contribué à produire le choléra et à l'alimenter, M. Monneret parle de la situation de Constantinople comme favorable au développement du mal ; il accuse le voisinage de la mer, l'humidité de l'air, la malpropreté des rues, l'encombrement, les vêtements trop légers des soldats, leur mauvaise nourriture et la nostalgie.

Constantinople est admirablement situé ; c'est une ville parfaitement aérée. Il y règne durant cinq mois de l'année (de mai à septembre) un vent de nord frais qui souffle régulièrement depuis huit heures du matin jusqu'à trois heures de l'après-midi. Ce vent purifie l'air, en éloignant toutes les exhalaisons nuisibles; il maintient une douce et agréable température. L'humidité, dont parle l'auteur, n'existe pas dans cette saison, à moins que nous ne voulions faire mention de la rosée du soir, dont les effets sont loin d'être ceux qu'on a coutume de lui attribuer. L'hiver est long, froid et humide; il commence vers les premiers jours de décembre et dure jusqu'à la moitié d'avril. Il pleut et neige beaucoup; les rues sont boueuses par suite du mauvais état des pavés; mais comme généralement elles vont en pente, les eaux s'écoulent rapidement, et il suffit d'ordinaire de quelques rayons de soleil pour les faire sécher. Aux journées froides et humides succèdent durant l'hiver des journées très-chaudes; c'est cette continuelle alternative qui engendre des maladies : maladies qui attaquent le plus ordinairement les organes respiratoires. Les pneumonies, les pleurésies, les bronchites, abondent à cette époque, tandis que les entérites et dyssenteries sont plus fréquentes durant la saison chaude et en automne. Nous sommes cette année, sous ce rapport, dans les mêmes conditions que l'année dernière, et grâce au ciel, aucun cas de choléra ne s'est manifesté depuis assez longtemps. Le voisinage de la mer est un des grands bienfaits dont jouit Constantinople ; ses courants rapides entraînent au loin toutes les immondices de la ville. La mer, qui baigne les rives du Bosphore, est très-belle ; ses eaux sont claires et limpides.

Quant à l'encombrement, il en existe ici moins que partout ailleurs; si nous en exceptons les quartiers juifs et quelques quartiers grecs, les autres sont peuplés modérément, et chaque famille occupe une maison séparée. Pour ce qui a rapport au soldat, ce serait une injustice à faire au gouvernement turc que de l'accuser de le mal traiter. Dans quel pays M. Monneret a-t-il vu des casernes aussi belles qu'à Constantinople, aussi bien situées, aussi bien aérées, aussi spacieuses? Chaque salle contient un nombre suffisant de soldats, ni trop ni trop peu. Quant à son costume, en quoi est-il défectueux? Il est calqué sur celui du soldat français, sauf de très-petites modifications.

J'ai fait un long séjour en France, et j'ose affirmer que le soldat turc est tout aussi chaudement vêtu que le soldat français ; ici le soldat a une capote de laine très-chaude, la sentinelle est vêtue d'une grande pelisse en peau de loup ou de mouton, surmontée d'un capuchon ; la sentinelle française n'a point de pelisse, et pourtant quelle différence de climat ! La nourriture du soldat est insuffisante et défectueuse d'après l'auteur, et moi j'affirme le contraire; le Turc est très-sobre; il n'est friand que du café et du tabac ; le manque de vin n'est pas une privation pour lui, puisqu'il n'est pas accoutumé à en boire. Deux pains, un plat de légumes et un plat de viande composent le dîner du soldat. Le matin, on lui donne une soupe au riz ; deux fois par semaine le *pilaff* (riz au beurre), plat national.

Je n'ai fait jusqu'ici que répondre à la note de M. Monneret sur le choléra observé en Orient en 1847 et 1848. Il me reste à dire succinctement quelques mots sur la lettre que l'auteur vient de publier tout récemment

dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS; je dis *quelques mots*, car cette lettre est en grande partie une copie de l'ouvrage du docteur Verrollot, médecin français, établi à Constantinople, et ne contient que peu d'articles originaux qui sont pour la plupart la répétition de ceux qui se trouvent dans la note; je ne discuterai pas le travail de M. Verrollot, travail plein d'inexactitudes et de calculs dont il me serait aisé de prouver le peu de valeur; je ne le discuterai pas pour ne pas sortir des limites que je me suis tracées, et ne pas entrer dans une foule de détails trop minutieux qui me mèneraient trop loin. M. Monneret affirme qu'avant la première invasion du choléra, il n'existait à Constantinople aucune de ces affections que l'on considère à tort ou à raison, comme des signes précurseurs du choléra; je me trouvais à Paris à cette époque et M. Monneret aussi; nous ne sommes donc pas en état de juger cette question par nous-mêmes. Les renseignements les plus exacts que je me suis procuré auprès de mes collègues m'autorisent cependant à croire que cette assertion est dénuée de fondement. On avait remarqué durant les mois d'août, septembre et octobre, tant dans la pratique civile que dans les hôpitaux militaires, un affaissement extraordinaire soit dans les forces physiques, soit dans les facultés intellectuelles des malades, des dyssenteries, des diarrhées et des dérangements gastriques de toute espèce; les médecins les plus recommandables de la capitale sont unanimes sur ce point.

Passant au traitement, l'auteur propose et préconise : contre la diarrhée, l'ipécacuanha, le calomélas, les purgatifs salins, tels que le sulfate de soude ou de magnésie et le chlorure de soude, l'opium en pilules, le laudanum, les gouttes noires anglaises, etc., etc. Praticien, choisissez! Contre les phénomènes de la période algide, les bains chauds et les bains froids. Choisissez encore! Il préfère les bains chauds, et moi aussi, car ils sont plus agréables; mais je les ai administrés souvent dans la période algide, et presque toujours avec aggravation du mal. Nous n'avons point employé les bains froids. Quant au traitement préservatif, il ne nous offre rien de nouveau. D'après l'auteur, il faut être bien logé, bien chauffé, bien vêtu, bien nourri, sans aucun soucis, et dans un état de béatitude que ni lui ni moi ne pourrons jamais nous procurer.

Nous avons été profondément affligé de l'espèce de mépris que l'auteur professe pour nous, et du dédain avec lequel il nous traite. En publiant tant d'erreurs à la fois, il semblait ne pas redouter un démenti. Mais si la Turquie manque d'institutions scientifiques capables de former de bons médecins, elle a du moins le bon esprit d'envoyer sa jeunesse dans les meilleures Universités d'Europe pour qu'elle y puise des notions suffisantes pour soulager l'humanité souffrante, pour être utile à la science et sauver son honneur. L'Europe civilisée envoie de son côté, en Orient, des sujets dignes de la représenter et capables de répondre aux attaques et aux inventions dirigées contre leurs opinions et leurs idées.

Agréez, etc.

Constantinople, le 15 février 1850.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Procédé pour découvrir plus sûrement de petites quantités d'arsenic*; par M. Geoghegan. 2° *Sur la pesanteur spécifique de l'urine*; par M. Kesteven. 3° *Sur les poisons narcotiques, l'opium en particulier, et sur leurs antidotes*; par M. Fr. Sibson. 4° *Sur le narcotisme par l'inhalation de vapeurs*; par M. Snow. 5° *Des cas de courbure ancienne de l'épine*; par M. S. Hare. 6° *Sur l'exsudation de corpuscules avec quelques observations préliminaires sur l'exsudation et les formes élémentaires des produits morbides*; par M. Andrew Clark. 7° *Cas mortel de choléra algide*; par M. Haden. 8° *Du traitement rationnel du choléra algide*; par M. Shearman. 9° *De la contagion, quant à la fièvre typhoïde et au choléra*; par M. French. 10° *Observations de pneumonies diversement traitées, suivies de courtes remarques*; par M. Hughes. 11° *Sur la configuration de la poitrine et l'aspect général dans l'emphysème vésiculaire*; par M. Fr. Sibson. 12° *Considérations sur les analogies fonctionnelles et anatomiques qui existent entre l'œil et l'oreille*; par M. Macdonald. 13° *Emploi des émétiques dans le choléra*; par M. Milrsy. 14° *Usage du chloroforme dans la chirurgie dentaire*; par M. Imlach. 15° *Sur les vaisseaux sanguins des nerfs du cœur*; par M. Swan. 16° *Cas remarquable de menstruation et de grossesse précoces*; par M. J. Smith. 17° *Observations et inductions relativement au choléra-asphyxie*; par M. Ch. Bell. 18° *Deux cas de purpura avec analyse du sang veineux*; par M. Parkes. 19° *Quelques remarques sur la membrane muqueuse intestinale*; par M. Handfield Jones. 20° *Sur la couleur des poils*; par M. Griffith. 21° *Empoisonnement par les cantharides; guérison*; par M. Jamieson. 22° *Quelques remarques sur le traitement de la phthisie pulmonaire, et spécialement sur l'emploi de l'huile de foie de morue dans cette maladie*; par sir Ch. Scudamore. 23° *Observations de chirurgie*; par M. H. Smith. 24° *Quelques remarques sur la nature et les causes probables de la propagation du choléra malin*; par M. H. James. 25° *Nouveau mode d'ablation des nœvus*; par M. Christophers. (L'auteur rapporte plusieurs cas de de succès dus à ce procédé dont nous avons ailleurs donné déjà la description.) 26° *Du froid intense ou de la congélation comme remède aux maladies*; par M. J. Arnott. 27° *Cystorrhée; évacuation de calculs phosphatiques; guérison par injection*; par M. Th. Balman. 28° *Cas de suffocation due à l'occlusion de la glotte par un morceau de viande*; par M. Pagne Cotton. (Cet accident, causé par une trop grande précipitation en avalant, amena la mort immédiatement.) 29° *Sur les maladies de la moelle épinière et de ses membranes*; par M. Stafford. 30° *Cas de déchirure du foie*; par M. K. Owen. (La blessure fut la suite d'une chute de cheval. Le patient survécut onze jours. La déchirure, siégeant sur le lobe droit, fut trouvée partiellement réunie au moyen d'un dépôt de lymphe plastique entre ses lèvres; d'autres adhérences récentes unissaient son pourtour au point correspondant de la face inférieure du diaphragme.) 31° *Cas remarquable de maladie, suivie d'un déplacement de l'estomac*; par M. Albert Owen. 32° *Remarques sur la dyssenterie épidémique qui a régné dernièrement à Penzame*; par M. Richard Moyle.

DE LA PESANTEUR SPÉCIFIQUE DE L'URINE; par le docteur KESTEVEN.

Les auteurs, on le sait, varient beaucoup sur le chiffre représentatif de la pesanteur spécifique des urines dans l'état de santé. Pour les uns, il oscille entre 1,005 et 1,030; pour d'autres, entre 1,015 et 1,020. La détermination d'une moyenne aussi exacte que possible serait chose fort utile, puisqu'elle doit servir de terme de comparaison pour l'appréciation de la densité de l'urine dans l'état pathologique. L'auteur pense que les déterminations proposées jusqu'ici sont en général trop élevées; que, dans les inflammations même où les solides excrétés par l'urine augmentent beaucoup de quantité, le chiffre de la densité varie ordinairement de 1,020 à 1,035; que dans certains dérangements intestinaux amenant une abondante excrétion de sels ammoniacaux, ce chiffre ne dépasse pas communément 1,020 à 1,030. Lui-même s'est livré, dit-il, à de nombreuses expériences, et il est arrivé à ce résultat que la densité moyenne de l'urine, à l'état de santé, peut être exactement exprimée par le chiffre de 1,016, chiffre assez peu différent, du reste, de celui qui a été déjà donné par quelques auteurs, notamment par le docteur Golding Bird et par M. Becquerel. Cela équivaut, ajoute M. Kesteven, à une perte de 9 à 10 grains de matière solide par chaque once d'urine.

On peut regretter que l'auteur se soit borné, dans son travail, aux simples énonciations que nous venons de rappeler, et qu'il ne soit entré dans aucun détail ni sur son mode d'expérimentation ni sur les conditions au milieu desquelles ont été faites les expériences particulières. Il dit bien quelque part que la densité de l'urine peut être modifiée par certaines conditions de régime, de température, etc.; mais on ne peut savoir, en l'absence de toute explication, de quelle manière et à quel degré il a été tenu compte de ces circonstances et de beaucoup d'autres dans les expériences. C'est une lacune regrettable.

DE LA CONTAGION RELATIVEMENT AU TYPHUS FEVER ET AU CHOLÉRA; par le docteur JOHN GEORGE FRENCH.

L'auteur demandant un jour à un éminent praticien, attaché à un hôpital de Londres, ce qu'il pensait de la contagionabilité du *typhus fever*, celui-ci lui répondit : « Avant 1836 j'aurais dit : *non*; depuis 1836 je dis hardiment : *oui*. » C'est que plusieurs épidémies avaient permis à ce praticien (qui n'est pas désigné dans le mémoire) d'étudier ce sujet de près et avec grande attention, et que des faits positifs de contagion étaient venus ébranler une incrédulité qu'on pouvait appeler d'*éducation*.

M. George French croit aussi à la contagion du typhus fever, et il en cite un exemple remarquable. C'était en 1831; un individu atteint du typhus entra à la maison de travail de Saint-James. Aucun cas, ni de cette affection, ni même d'aucune des maladies répandues dans la paroisse, n'existait dans cette maison. Cet homme mourut deux jours après son entrée. Trois jours après, le gardien qui l'avait soigné fut emporté par la même maladie. Dans la même semaine, deux individus qui avaient aidé

le gardien dans les soins donnés au premier malade, prirent le typhus à leur tour et en moururent également. A partir de ce moment, la maladie se répandit dans la maison et atteignit 22 personnes.

L'auteur rapporte encore un autre exemple de contagion assez frappant, mais moins concluant que le premier en ce qu'il n'est pas dit clairement que la localité ni même la maison qui reçut le malade infecté fût exempte en ce moment de toute influence épidémique. Le fait capital mérite d'être noté, en ce que toute une famille qui avait approché le malade (il s'agit d'un Irlandais récemment arrivé à Londres) fut ravagée par le typhus.

Relativement au choléra, voici les faits invoqués par l'auteur à l'appui de la contagion.

En 1832, à l'*hôpital du choléra* de Saint-James, confié alors à la direction de M. French, le premier cas admis était celui d'une femme de 30 ans qui avait soigné sa mère atteinte du choléra et morte la veille. Ce fait, considéré isolément, n'a pas une grande significatian contagioniste, parce qu'il est passible de l'éternelle objection de l'influence épidémique. Rien n'assure, en effet, que la malade de l'hôpital, au lieu d'avoir pris la maladie de sa mère, ne l'ait pas puisée à la même source, c'est-à-dire à la source commune de l'épidémie régnante. Mais voici un autre fait plus concluant.

Deux jours plus tard, *aucun cas de choléra ne s'étant développé encore dans l'hôpital*, l'influence épidémique par conséquent étant jusque-là absente, une petite fille de 9 ans, cholérique, est admise à une heure; elle est visitée et frictionnée par une femme de service, âgée de 40 ans, d'une vigoureuse constitution et connue pour ses habitudes tempérées. Vers cinq heures, cette femme est prise de choléra, et emportée en treize heures. On pourra se prévaloir, il est vrai, de la courte durée de l'incubation pour nier la transmission contagieuse; mais nous ne croyons pas très-fondée, en bonne philosophie médicale, cette prétention de déterminer à l'avance, et par voie analogique, la durée d'incubation de toutes les maladies contagieuses. On n'a connu la durée moyenne de l'incubation de la variole ou de la syphilis qu'en s'assurant du même coup que ces maladies étaient contagieuses; car c'est le même fait d'observation qui établit à la fois ces deux points de doctrine. Qu'on veuille donc bien rechercher d'abord expérimentalement si le choléra peut se transmettre; et s'il le peut en effet, il faudra bien accorder à l'incubation telle durée que l'expérience aura démontrée possible, fût-elle même de quelques heures seulement.

Quant au troisième cas rapporté par l'auteur, il est analogue à celui qui tout à l'heure concernait le typhus fever et que nous disions être passible de l'objection tirée de l'influence épidémique. Un homme est pris de choléra, ainsi que plusieurs de ses camarades, pendant qu'il travaillait à Paddington. On le ramène à son domicile. Deux jours après, sa femme, qui l'avait soigné, est prise à son tour, et successivement trois autres personnes occupant l'étage au-dessus de celui qu'il habitait. Ce fait est analogue à ceux que citait M. Velpeau dans la dernière séance de l'Académie de médecine; on ne peut le donner comme un argument sans réplique en faveur de la contagion; néanmoins il est impossible de ne tenir aucun compte, ne fût-ce que pour s'exciter à cette sage réserve scientifique qui dispose à accepter la vérité d'où qu'elle vienne et quelle qu'elle soit, de cette remarquable coïncidence de l'arrivée d'un cholérique dans une maison et du développement presque immédiat du fléau dans cette même maison, à commencer par la personne qui avait donné des soins au malade.

EFFET DU CHLOROFORME SUR UN IDIOT; par M. IMLACH.

Cette observation manque de beaucoup des détails nécessaires; elle est racontée par un dentiste, qui avoue tout le premier que de pareils faits sortent de son département; enfin l'influence qu'elle tendrait à faire attribuer au chloroforme est démentie par le résultat contraire d'une foule d'autres essais sur les aliénés. Toutefois nous croyons devoir la reproduire telle que l'auteur la rapporte, sous toutes les réserves que suggèrent naturellement les réflexions précédentes.

Un curieux effet, dit M. Imlach, s'est manifesté devant moi pendant que j'administrais le chloroforme à un patient dont l'intelligence était très-affaiblie par quelque affection de la tête, qui l'avait laissé comme imbécile. Tandis qu'il était sous l'influence de cet agent, ses yeux s'ouvrirent, sa contenance perdit l'expression vague qui lui était habituelle, et il me regarda en face avec un air si calme et si raisonnable que j'en fus tout à fait étonné. Tandis que je l'observais, les effets du chloroforme se dissipèrent, et il se réveilla avec le même rire insignifiant et le même regard que d'ordinaire.

CAS REMARQUABLE DE MENSTRUATION ET DE GROSSESSE PRÉCOCES; par M. J. SMITH.

Les exemples de grossesse prématurée ne sont point rares; mais il s'en faut cependant que tous ceux dont les livres classiques fourmillent aient été aussi authentiquement constatés dans leurs circonstances importantes que celui dont M. J. Smith a été témoin.

Il s'agit d'une enfant nommée Julia-Amélia Sprayson, dont l'oncle fut condamné aux dernières assises de Coventry pour avoir commis sur elle un attentat, dont elle portait à cette époque les conséquences. Cette fille, de 5 pieds de stature (pied anglais), d'un caractère assez bien formé pour son âge, est née le 13 février 1836. Elle fut menstruée à 10 ans et demi, et les règles coulèrent périodiquement depuis lors. Après avoir été séduite, elle ne tarda pas à devenir enceinte, et accoucha à terme d'un enfant vivant le 16 septembre 1848. La conception eut donc lieu à l'âge de 11 ans et 10 mois.

Le travail fut assez court; la sécrétion laiteuse s'établit régulièrement et continua au point que cette fille songeait à utiliser sa situation pour se placer comme nourrice.

L'enfant, au moment de la naissance, était long, mince et émacié, au-dessous du volume ordinaire. Cette circonstance, que l'auteur incline à attribuer à l'alimentation insuffisante de la mère pendant sa grossesse, peut bien effectivement tenir à une pareille cause; mais il est positif, d'autre part, qu'elle n'a pas peu contribué à rendre l'accouchement facile et sans accident. Il paraît du reste que le bassin sembla à l'auteur avoir les dimensions ordinaires.

DU FROID INTENSE, OU DE LA CONGÉLATION COMME REMÈDE AUX MALADIES; par M. J. ARNOTT.

On s'est trop accoutumé, en médecine, à ne voir dans le froid qu'un agent morbifique susceptible de produire la gangrène; et l'histoire de ce puissant modificateur, considéré sous le rapport thérapeutique, est encore presque toute entière à faire. M. J. Arnott commence par insister sur ce point de vue; il fait sentir quelle différence existe, quant à leur action physiologique, entre l'application prolongée du froid à toute une partie du corps ou à tout le corps, et la réfrigération momentanée d'une seule région au milieu d'autres tissus où la circulation persiste et favorise son rétablissement dans l'organe un instant stupéfié par la soustraction de calorique.

Conséquent à ces principes, l'auteur a déjà employé plus de cent fois la congélation temporaire au soulagement ou à la cure de certaines maladies. Un membre soumis à cet abaissement de température reste insensible sous le couteau qui le sillonne; et il est digne de remarque, selon M. Arnott, que les plaies faites dans ces conditions prennent ensuite un excellent aspect et se cicatrisent plus aisément.

Mais les affections où cet auxiliaire rend les meilleurs services sont celles dans lesquelles il y a simultanément lésion du système vasculaire sanguin et des nerfs. Les maladies cutanées se placent ici au premier rang. Celles que l'auteur a traitées ainsi ont offert si promptement un changement favorable, que ce phénomène lui suggéra une autre explication sur le mode d'action du froid. Il pensa que, dans le prurigo de même que dans la gale, ce sont des parasites dont la présence entretient l'irritation; et le refroidissement n'opère la guérison qu'en les privant de vie. — Un *prurigo pudendi* des plus incommodes fut dissipé par deux congélations, chacune de trente secondes de durée, après l'emploi essayé préalablement sans succès des moyens vulgaires de traitement préconisés par la routine.

La congélation au degré qui vient d'être spécifié peut être produite par le mélange frigorifique ordinaire de glace et de sel. Cependant on aura parfois besoin, pour des cas particuliers, d'en préparer d'un pouvoir plus grand.

Le moyen le plus commode d'employer cet agent est de plonger un morceau de glace dans du sel, et de l'appliquer ensuite en contact intime avec la partie. La congélation s'opère alors en une demi-minute.

Mais quand la surface à refroidir est irrégulière, il faut placer un peu de glace et de sel pilés sur un linge ou sur un morceau d'éponge. Ou bien encore on peut maintenir le mélange appliqué sur la partie au moyen d'un anneau, d'un cercle profond, d'un vase sans fond en gutta percha; ces instruments doivent seulement être pourvus d'un tube pour donner issue au liquide qui se forme à mesure que la glace fond.

L'application sur la peau de glace ou d'eau très-froide est d'abord douloureuse; mais le mélange frigorifique suspend immédiatement la sensibilité.

L'auteur a employé ce remède pour la carie dentaire et dans un cas de ptyalisme mercuriel: le tout sans occasionner de souffrance. Seulement quand la congélation commence il se développe durant quelques secondes une sensation pénible de contraction, proportionnée au degré de refroidissement produit. — Dans le cas de ptyalisme, les douleurs du malade (qui depuis deux nuits n'avait pas fermé l'œil) furent apaisées par une seule application.

— Il n'est pas douteux que ces intéressantes notions pratiques ne contribuent à répandre l'usage d'un moyen thérapeutique dont la médecine

s'est trop privée jusqu'ici. Déjà nos chirurgiens militaires avaient récemment cherché à réhabiliter les applications de glace dans les grands traumatismes par armes à feu. Mais il faut remarquer qu'ils la maintiennent constamment, avec continuité; et c'est là une différence fondamentale d'avec la pratique de M. Arnott. Cette diversité, du reste, paraît s'expliquer par le but particulier que se proposent les uns et les autres; car le médecin anglais ne paraît guère attendre ni réclamer de sa congélation momentanée autre chose que la sédation des douleurs nerveuses et l'adoucissement palliatif de celles dont la cause réside dans une altération plus profonde des tissus.

SÉCRÉTION DES CALCULS PHOSPHATIQUES GUÉRIE A L'AIDE D'INJECTIONS; par M. BALMAN.

Les urologistes connaissent bien, et ont signalé dans tous leurs ouvrages, une disposition de la vessie qui complique la lithotritie et rend ses suites beaucoup moins simples. Souvent la muqueuse de l'appareil urinaire est frappée d'une inflammation spéciale qui lui fait sécréter d'abondants produits de phosphate de chaux. Le succès obtenu par l'auteur dans le cas suivant apporte un secours très-précieux contre cet état dont le traitement était encore bien imparfait.

M. Balman ayant affaire à un malade chez qui cette sécrétion anormale existait très-prononcée, et dont l'urine était rendue comme demi-fluide par le mélange de la matière phosphatique, lui prescrivit d'abord une décoction de pareira avec de l'acide nitrique dilué.

Au bout de dix jours, l'urine demeurant alcaline et la matière calcaire sortant toujours en même quantité, on remplaça l'acide nitrique qui augmentait l'irritabilité de la vessie par l'acétique, et plus tard par le phosphorique donné de la même manière.

Ce dernier agent réussit surtout à rétablir le ton de l'estomac et à diminuer la quantité de mucus mêlé aux urines. Mais pour corriger la sécrétion prosphatique, M. Balman imagina d'injecter dans la vessie un mélange de dix gouttes d'acide chlorhydrique sur 125 grammes d'eau distillée. Il n'en résulta pas de souffrance; mais une rétention d'urine en fut la conséquence, par suite de la coagulation que l'acide produisit dans la partie albumineuse du mucus morbide. Cette masse coagulée se présentant dans l'urètre empêcha en effet l'urine de sortir : il fallut employer la sonde, qui favorisa l'expulsion de grumeaux volumineux de cette nature.

Averti par cet accident, l'auteur recommença ensuite les injections, mais avec une dose d'acide beaucoup plus faible. Depuis lors, une grande amélioration eut lieu; les injections furent continuées sans aucun accident. A partir du jour où l'on pratiqua la première, il ne sortit plus ni gravier ni substance calculeuse; l'irritation vésicale s'atténua considérablement, l'appétit et les forces revinrent; enfin l'urine reprit sa réaction acide normale.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 MAI.

SUR LA PRODUCTION D'UN COURANT ÉLECTRIQUE, DANS L'ACTE DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE.

M. BECQUEREL lit un mémoire ayant pour titre : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA THÉORIE ÉLECTRO-CHIMIQUE. M. Becquerel dit avoir répété sans succès l'expérience de M. Dubois-Reymond relative à la production d'un courant électrique dans l'acte de la contraction musculaire, en se conformant au dispositif indiqué par lui dans une lettre à M. Arago par M. de Humboldt, en date du 17 mai, en écartant toutefois, à l'exception de celle dont l'action est signalée, les causes qui peuvent donner lieu à des courants électriques. Il n'a pu constacter les effets signalés par M. Dubois Reymond.—M. Becquerel en conclut qu'il n'y a aucun motif pour modifier les lois qui régissent les effets électriques produits dans les actions chimiques, et qui servent de bases à la théorie électro-chimique qu'il a exposée dans son TRAITÉ EXPÉRIMENTAL DE L'ÉLECTRICITÉ ET DU MAGNÉTISME.

—M. DESPRETZ rend compte d'expériences qu'il a faites dans le même but, celui de vérifier les expériences de M. Dubois Reymond sur la déviation de l'aiguille par les courants électriques provenant d'une action musculaire. M. Despretz s'est servi d'un galvanomètre d'une très-grande sensibilité d'un dixième de décimètre de diamètre, faisant 1800 tours sur le châssis de l'appareil. M. Despretz, après avoir d'abord opéré, comme il l'avait indiqué dans la dernière séance, en tenant deux conducteurs cylindriques dans les mains, et observant la déviation de l'aiguille, au moment où il contractait alternativement avec énergie les muscles du bras, a suivi fidèlement, dans ses nouvelles expériences, le procédé indiqué par M. Dubois Reymond. Dans ces expériences, la contraction alternative de chaque bras a donné tantôt des déviations dans le même sens, tantôt des déviations dans un sens contraire. M. Despretz les a variées ensuite de diverses manières, et il a obtenu des résultats très-variables, tantôt favorables, tantôt contraires à l'assertion de M. Dubois Reymond. Pour réduire les expériences à un plus grand état de simplicité, M. Despretz a remplacé le galvanomètre par une grenouille. Plusieurs personnes isolées ou non isolées ayant fortement contracté l'un des deux bras, ont cherché vainement à exciter des convulsions en réunissant les deux bras par les parties de l'animal. Les résultats ont donc été encore négatifs.

En résumé, M. Despretz conclut de l'ensemble de ses essais que la contraction d'un bras ne donne pas lieu à un courant électrique. Il peut y avoir, dit-il, dans ce phénomène, comme dans mille autres, de l'électricité décomposée, mais elle se recompose immédiatement, puisqu'on est impuissant à la rendre manifeste. Il ne serait pas impossible, ajoute le savant académicien, qu'un grand nombre d'expériences sur les courants animaux et végétaux ne fussent que des illusions, et que ce qu'on attribue à des courants animaux ou végétaux ne fût que le résultat de l'action des liquides sur les lames métalliques des électroscopes ou d'autres liquides différents.

DES AVANTAGES DE LA MÉTHODE HÉMOSPASIQUE (GRANDE VENTOUSE) SUBSTITUÉE, DANS CERTAINS CAS, A L'EMPLOI DE MÉDICAMENTS ÉNERGIQUES.

M. le docteur JUNOD lit, sous ce titre, un nouveau mémoire faisant suite à ses précédentes communications sur le même sujet.

Pour bien comprendre l'emploi substitué de la méthode hémospasique à celui de certains médicaments, dit l'auteur, il est essentiel de bien saisir l'action même et les effets de l'appareil : quand on pense qu'on fait le vide sur une grande surface du corps, vide qu'on peut étendre indéfiniment; qu'il y a un même déplacement dans partie de la masse du sang; que la circulation est pour ainsi dire déviée de sa marche ordinaire; que le cœur se ressent de ce mouvement irrégulier imprimé à une partie du système circulatoire; qu'il y a une révulsion qui peut s'élever du plus bas degré à la dixième ou quinzième puissance; que la vie est pour ainsi dire en excès sur la surface enveloppée par l'appareil, tandis qu'elle est en moins dans d'autres parties du corps; que la sensibilité générale est troublée, quoiqu'à des degrés divers, on concevra facilement qu'il doit s'opérer alors dans l'économie un état de perturbation, de mouvements insolites, non-seulement par le déplacement du sang, mais encore par la calorification plus ou moins modifiée, par des écarts de sensibilité, par des troubles fonctionnels, variés d'après la constitution individuelle, ou plutôt selon le degré d'aspiration et de vide opéré par l'appareil. Aussi voit-on, quand l'application agit avec une certaine force, se produire des phénomènes particuliers, surtout chez les personnes d'une constitution faible et irritable. Ces phénomènes sont, en général, la pâleur de la face, un sentiment d'horripilation, quelquefois du tremblement, d'autres fois des vomissements, des nausées et très-souvent un flux diarrhéique. Mais le phénomène le plus frappant est la *lipothymie* ou défaillance, ce qui s'explique facilement par la dimension du volume du sang dans le cœur, et les principaux centres nerveux, en raison de l'application de l'appareil aux extrémités inférieures.

Le mouvement de perturbation est tellement prononcé, quoiqu'à des degrés différents, qu'il est rare que le même individu puisse supporter simultanément un appareil aux deux jambes, et il n'en est aucun que je sache capable de tolérer une aussi forte application en restant debout, car alors la défaillance ne se ferait pas attendre si l'on voulait la provoquer.

On ne saurait bien se rendre compte des effets que nous venons d'indiquer, ni apprécier la puissance de ce moyen, sans savoir que l'on peut ainsi, à volonté, retirer instantanément de la circulation générale jusqu'à six et même huit livres de sang, et maintenir cet énorme déplacement pendant plusieurs jours ou aussi longtemps que le cas l'exige.

Pour bien nous rendre compte de la quantité de sang attiré dans la jambe, nous sommes parvenu, par un espèce de jaugeage, c'est-à-dire en évaluant la quantité d'eau que déplace la jambe placée dans un réservoir, après l'application, et la comparant à celle qui était déplacée par la première immersion, à constater sur nous-même que la circonférence du mollet étant augmentée de deux pouces, cela indique qu'un déplacement de 1,500 grammes de sang a eu lieu. Souvent il nous est arrivé de porter jusqu'à deux litres cet énorme déplacement sur la même jambe, ce qui cependant ne met aucun obstacle à la marche; on conçoit que cet effet est double si on agit sur les deux extrémités simultanément.

Les considérations qui précèdent prouvent que cette méthode a une action beaucoup plus profonde, plus énergique, plus étendue que ne le pensent ceux qui ne la connaissent pas ou ne la connaissent que superficiellement. Il ne s'agit pas, en effet, de l'application de simples ventouses, de faire le plein et le vide, comme on le croit, mais d'imprimer à l'économie un trouble général et salutaire. La révulsion, *cette constante* de la bonne thérapeutique, trouvant ici un large développement, satisfait à une multitude d'indications, elle devient un moyen curatif d'autant plus puissant que la cause, toujours sous la direction du praticien, peut être soumise à des gradations infinies. C'est ce qui fait que non-seulement elle peut être l'énergique auxiliaire de beaucoup de substances médicamenteuses, mais les remplace avec ce précieux avantage de n'entraîner dans son emploi aucun inconvénient ni prochain ni éloigné; l'expérience l'a démontré ainsi depuis plus de vingt ans que je fais usage de l'appareil hémospasique.

Comparant ensuite les effets curatifs produits par cette méthode avec ceux que détermine l'emploi de certains médicaments, l'auteur examine un certain nombre de médicaments qui passent pour les plus énergiques, tels que les

purgatifs, les vomitifs, les narcotiques, le quinquina, le fer et ses préparations, la digitale pourprée, etc., et il termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Que le vide opéré sur une grande surface du corps produit non-seulement une révulsion énergique, mais encore une perturbation plus ou moins intense dans toute l'économie;

2° Que ce mouvement de perturbation, loin d'être nuisible, peut être utile dans une multitude d'affections morbides;

3° Qu'on peut substituer, dans une foule de cas, la méthode hémospasique ou à forte révulsion à l'emploi des médicaments énergiques, dont les effets avantageux ne sont que trop souvent contre-balancés par de graves inconvénients.

4° Enfin que, dans les cas même où il y a indication spéciale, positive, d'un médicament particulier, l'appareil hémospasique peut et doit être regardé comme un puissant auxiliaire de ce même médicament.

RECHERCHES SUR LES ANÉVRISMES.

M. CHASSAIGNAC adresse un mémoire sur les anévrismes, à l'occasion d'un anévrisme poplité traité avec succès par la ligature de la crurale. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de faire des recherches sur la valeur diagnostique des bruits qui se produisent dans les anévrismes des membres; sur la douleur que détermine la constricition de l'artère par la ligature; sur les hémorrhagies qui peuvent survenir après les ligatures d'artères; sur l'inégale distribution de l'épaisseur du caillot dans le sac anévrismal; sur le mécanisme de la non oblitération des artères collatérales qui naissent des parois mêmes de l'anévrisme; sur la nécessité de lier, sans aucune exception toute artériole ouverte pendant une opération d'anévrisme; sur les principes qui doivent guider l'opérateur dans la ligature de la crurale au tiers supérieur de la cuisse.

Du fait que l'auteur rapporte dans tous ses détails et des recherches contenues dans ce travail, il déduit les conclusions suivantes :

1° L'existence antérieure d'un foyer apoplectique dans le cerveau n'est pas une circonstance qui, dans le cas d'anévrisme des membres, soit de nature à contre-indiquer la ligature d'une grosse artère.

2° La ligature d'une artère volumineuse a pour effet de disposer les branches collatérales qui naissent de cette artère au-dessous de la ligature, à des hémorrhagies plus fortes que ne semble le comporter le volume de ces branches.

3° Il importe, dans les incisions, pour une ligature d'artère, d'éviter avec un grand soin la blessure des branches artérielles, même les plus petites, non-seulement parce que le manuel opératoire est troublé par la présence du sang dans la plaie, mais encore parce que les artères, même les moins volumineuses, peuvent, dans ce genre d'opération, devenir la cause d'hémorrhagies plus ou moins fortes.

4° Lorsque des artères, même très-petites, ont été ouvertes dans le cours d'une opération de ligature, il est plus important qu'en toute autre opération de se mettre en garde contre les suites possibles de leur blessure, et d'en pratiquer la ligature immédiate.

5° Le moment de l'élimination complète d'une ligature n'est pas toujours l'indice précis du moment où l'artère est coupée par le fil. Quelquefois, quoique cette dernière soit déjà complétement divisée, la ligature tient pendant plusieurs jours encore dans la plaie.

6° Quand le caillot renfermé dans une poche anévrismale est traversé par un canal accidentel, il ne faut point à ce canal une enveloppe uniformément épaisse.

7° Ce qui prévient l'oblitération des artères collatérales qui naissent des parois d'un sac anévrismal, c'est la conservation d'un disque de la tunique interne. Là où ce disque n'est pas conservé, l'artère collatérale s'oblitère.

8° Le bruit de souffle ou de râpe qui existe dans les anévrismes ne peut être confondu un seul instant avec le bruit artérioso-veineux propre à l'anévrisme variqueux.

9° Le bruit artérioso-veineux se propage à de grandes distances dans la direction des veines qui se continuent avec celle dans laquelle s'ouvre l'artère anévrismale.

10° Le moment de la constriction d'une artère par la ligature est toujours signalé par une douleur vive. Dans le cas où un cordon nerveux se trouve compris avec l'artère, dans l'anse du fil, la douleur est rapportée par le malade aux parties dans lesquelles se distribuent les divisions terminales de ce cordon nerveux. Si l'artère seule est comprise dans la ligature, la douleur, n'est rapportée à aucun point particulier. Elle n'est pas localisée, ou si elle l'est, c'est dans la plaie même de l'opération.

11° Dans le cas d'hémorrhagie, à la suite d'une opération de ligature d'artère, il ne faut pas toujours recourir d'emblée à la réouverture de la plaie d'opération, l'hémorrhagie, quand elle provient d'une petite artère, pouvant s'arrêter spontanément.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

M. CHENEAU adresse un mémoire sur l'épilepsie.

L'auteur s'est proposé, en publiant ce travail, de démontrer la curabilité de l'épilepsie. Il établit comme conséquences de ses recherches :

1° Qu'il y a progrès dans le traitement de l'épilepsie;

2° Que la guérison de l'épilepsie, quand elle a lieu, n'est pas exclusive aux premiers âges de la vie; qu'on peut aussi l'obtenir à un âge assez avancé;

3° Que cette différence d'âge ne modifie pas d'une manière notable les chances de succès ni la difficulté du traitement;

4° Que les complications d'idiotisme, de paralysies plus ou moins étendues, etc., ne sont pas des obstacles insurmontables à la guérison;

5° Que le traitement peut être de courte durée, mais qu'il est impossible, par avance, de rien préciser à cet égard;

6° Que la digitale mérite de fixer l'attention des praticiens dans le traitement de l'épilepsie;

7° Que l'opinion émise par des médecins, que plusieurs accès ne peuvent se montrer dans une même journée, n'est pas suffisamment motivée;

8° Que l'on a commis une erreur en donnant comme symptôme caractéristique de l'épilepsie : une pâleur extrême, succédant vers la fin de l'accès à la rougeur de la face qui existait pendant celui-ci;

9° Qu'il existe chez l'homme une forme de l'épilepsie à laquelle on peut conserver le nom de tournis qui déjà lui a été donné;

10° Que le tournis n'est pas toujours dû à une lésion du cerveau ou des pédoncules du cervelet;

11° Enfin, que le tournis peut guérir.

ADDITION A LA SÉANCE DU 21 MAI.

ÉLECTRISATION LOCALISÉE.

Mr. DUCHENNE (de Boulogne) adresse un nouveau mémoire sur l'électrisation localisée, dont il déduit les propositions suivantes :

1° ÉLECTRISATION PAR LA MACHINE ÉLECTRIQUE. La machine électrique, quel que soit le mode d'électrisation employé, ne produit le plus souvent que des phénomènes électro-cutanés peut-être utiles dans certaines affections légères, mais impuissants dans les paralysies du mouvement et insuffisants dans les cas où il est nécessaire d'agir vivement sur la sensibilité de la peau comme dans les anesthésies rebelles, les sciatiques, le choléra, etc.

La bouteille de Leyde, c'est-à-dire l'électricité à forte tension, développe, il est vrai, des contractions musculaires, mais la sensation douloureuse et la commotion générale qu'elle produit rendent l'opération pénible, sinon dangereuse. Par ce procédé, il est impossible de limiter l'action électrique dans les organes. L'influence physiologique et thérapeutique du bain électrique n'est pas appréciable.

2° ÉLECTRO-PUNCTURE. Par l'électro-puncture, on ne peut isoler l'action musculaire de l'action électro-cutanée.

La sensation produite par l'électro-puncture est elle-même complexe. Elle se compose, en effet, de l'excitation de la sensibilité de la peau qui développe une sensation de brûlure et de l'excitation de la sensibilité musculaire qui donne lieu à la sensation spéciale de la contraction musculaire. Cette dernière sensation est masquée par la première

L'excitation électro-cutanée étant circonscrite dans le point traversé par l'aiguille, l'électro-puncture est presque toujours impuissante dans les cas où il faut agir sur une grande étendue de la peau.

Les contractions produites par l'électro-puncture sont presque toujours irrégulières et imprévues.

Pour que l'excitation arrivât directement dans toutes les fibres d'un muscle, il faudrait enfoncer dans son tissu un très-grand nombre d'aiguilles. Les malades voudront-ils se soumettre à une telle opération?

La méthode qui consiste à traverser les troncs nerveux avec les aiguilles est presque toujours impraticable.

Dans des paralysies rebelles à l'électro-puncture longtemps et énergiquement pratiquée, la galvanisation localisée, méthode nouvelle qui sera exposée dans un prochain mémoire, a souvent triomphé.

Cependant l'électro-puncture venant en aide à la galvanisation localisée, est appelée à rendre encore de grands services à la médecine et à la chirurgie.

Il résulte des nombreuses expériences de l'auteur, faites sur l'homme, relativement à la limitation de l'action électrique dans les organes, que suivant l'état de sécheresse ou d'humidité de la peau, les recompositions électriques obtenues à l'aide de ses appareils sont superficielles ou profondes, et produisent des phénomènes électro-physiologiques en rapport avec les fonctions des organes où ces recomposition s'opèrent. Ainsi, dans la peau, les recompositions électriques développent des phénomènes de sensibilité cutanée; dans un muscle ou dans un faisceau musculaire, des phénomènes de contractilité limités au muscle ou à une portion de ce muscle; dans un nerf, des mouvements d'ensemble qui s'étendent aux muscles qui sont sous la dépendance de ce nerf, sur les surfaces osseuses, la sensation d'une douleur contuse semblable à celle que produit le choc d'un corps dur contre un os. On arrive aussi aux organes contenus dans les cavités soit directement, soit à l'aide de leurs nerfs, etc., etc.

Ces résultats se trouvent confirmés par les expériences suivantes faites sur des animaux.

EXP. I.—Chez un lapin récemment tué, dont les nerfs étaient encore excitables et dont le poil avait été enlevé afin de mieux observer le jeu des muscles, M. Duchenne a mis à nu le nerf facial d'un seul côté et l'a isolé des tissus voisins. Les excitateurs ont ensuite été placés alternativement sur le nerf dénudé et sur celui du côté opposé était encore recouvert par la peau qu'on avait eu le soin d'humecter préalablement. Des deux côtés les muscles qui sont animés par le nerf facial sont entrés en contraction, des deux côtés l'excitabilité existait au même degré.

EXP. II.—L'expérience précédente, répétée sur un animal vivant, a donné des

résultats identiques, avec cette différence remarquable cependant que le nerf facial dénudé était beaucoup plus excitable.

Ces expériences tendent à prouver : 1° que par certains procédés on peut limiter l'action électrique dans un nerf aussi sûrement à travers la peau qui le recouvre que s'il était dénudé ; 2° qu'un nerf dénudé et galvanisé chez l'animal vivant est beaucoup plus excitable par le fait de l'opération et de son contact avec l'air, et en conséquence que dans les recherches électro-physiologiques il vaut mieux, quand cela est possible, expérimenter à travers la peau intacte et avant que la vitalité du nerf ait été modifiée par une sorte de mutilation.

— M. Despretz présente, au nom du même médecin, un nouvel appareil magnéto-électrique, qui possède des propriétés nouvelles dues : 1° à la double induction ; 2° à la graduation sur une échelle de 95 degrés ; 3° à l'action continue et graduée de l'armature ; 4° enfin à la division des intermittences rapides ou rares selon les indications.

Le mémoire et l'appareil de M. Duchenne sont renvoyés à la commission des prix Monthyon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mai. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture transmettant des explications de M. le docteur Guibert relatives à une méthode de traitement ou de préservation du choléra.

2° Une lettre du même ministre transmettant un mémoire de M. Decol (de Poitiers), ayant pour but d'éclairer la question d'origine et de propagation du choléra.

MM. le docteur Caron et Letellier, pharmacien, écrivent à l'Académie pour lui exposer une nouvelle médication anticholérique, consistant principalement dans l'administration de vin chaud sucré contenant un tiers de vin de colombo composé. (Renvoyé à la commission du choléra.)

M. Hunault (d'Angers) adresse un travail intitulé : Propositions aphoristiques sur l'étiologie et le traitement du choléra-morbus. Suivant ce médecin, le choléra a pour première et principale cause l'existence d'un virus toxique. Ce virus toxique appartient à la classe des virus exanthématiques ; il y aurait par conséquent une analogie entre ces deux ordres d'affections. L'auteur propose enfin pour le traitement la solution de nitrate d'argent et l'ammoniaque.

M. le docteur Trettenbacher, médecin de l'hôpital ophthalmique de Moscou, adresse une note sur la marche de l'épidémie de choléra en Russie en 1847 et 1848 (voy. Gaz. Méd., p. 23).

— M. Poggioli, aide-major au 22e léger à Saint-Etienne, communique les deux faits suivants qui lui paraissent venir à l'appui de l'opinion de la communicabilité de la méningite cérébro-spinale épidémique, récemment émise devant l'Académie par M. Boudin. Voici ces faits.

Deux hommes du 22e léger, camarades de lit, sont atteints au mois d'octobre dernier, à deux jours d'intervalle et meurent ; lorsque M. Poggioli a été appelé pour le premier, son camarade ne présentait aucun des prodromes de cette maladie.

A la caserne J, un homme est transporté à l'hôpital pour un cas foudroyant ; un soldat qui descend la garde couche dans son lit et il est frappé lui aussi mortellement vingt-quatre heure après.

— M. Cl.-M. Germain, médecin des épidémies et de la garnison de la ville de Salins (Jura), adresse un supplément au mémoire sur la contagion de la fièvre typhoïde dans le Jura, qu'il a envoyé dans le temps à l'Académie. (Commissaires : MM. Bouillaud et Gaultier de Claubry.)

Le même médecin adresse un supplément à la topographie médicale du Jura oriental. (Commission de topographie et de statistique médicale.)

— M. Lélut, représentant de la Haute-Loire, fait part à l'Académie que la ville de Lure se propose d'élever un monument à la mémoire de Desault. Il appelle, au nom de la commission instituée à cet effet par le conseil municipal de cette ville, le concours de l'Académie de médecine.

Contagion du choléra.

M. le Président : L'Académie a vu que, malgré les efforts du bureau pour que la discussion sur la contagion du choléra ne s'engageât pas, cette discussion s'est engagée. Il n'est plus possible maintenant de l'arrêter. Je demande donc la permission à l'Académie de lui présenter quelques réflexions sur ce sujet. Ma position est délicate ; je ne suis pas médecin, mais en fait de choléra, médecins ou chirurgiens, nous avons tous été obligés de nous en occuper, par conséquent cette distinction disparaît. Dès les premières observations que je pus faire en 1832, je conçus quelques doutes que j'exprimai dans une réunion de chirurgiens. Cependant, en présence des raisons d'utilité publique qui furent invoquées à cette époque, je dus faire abstraction de mon opinion personnelle et je signai le manifeste qui fut publié alors par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux réunis. Pourtant mon opinion n'a pas changé ; je soutiens aujourd'hui comme en 1832 que le choléra est contagieux. Les raisons que l'on oppose à cette opinion se réduisent à deux, savoir : on dit que les personnes qui sont habituellement en contact avec les malades, les médecins, les infirmiers qui les soignent, ne contractent pas la maladie. L'autre objection, c'est celle de M. J. Bourdon, consiste à dire que le choléra ne procède pas, dans sa marche, d'une manière régulière. Ces objections ne me paraissent pas avoir une grande valeur, parce qu'il n'y a pas de maladie qui se communique toujours ; les maladies les plus contagieuses, la variole elle-même, la syphilis, la gale, ne se communiquent pas toujours ; j'ai soigné des galeux pendant plusieurs mois sans jamais gagner la gale.

De ce qu'un grand nombre d'individus en contact habituel avec les cholériques n'ont pas contracté le choléra, ce n'est donc pas une raison pour que le choléra ne soit pas contagieux. Voilà pour les faits négatifs que l'on oppose à la contagion. J'arrive maintenant aux faits directs, et ils sont très-nombreux.

J'ai eu dans mon service, en 1832, une infirmière qui venait des salles de cholériques, elle communiqua le choléra dont elle venait d'être prise elle-même, à la première malade avec laquelle elle s'était trouvée en rapport ; celle-ci à son tour le communiqua à une autre voisine, cette dernière à une troisième, et ainsi de suite ; on put suivre ainsi, en quelque sorte, jour par jour, la propagation de la maladie dans la salle. Cette année-ci j'ai vu se reproduire le même fait. Une femme entre dans le service pour s'y faire opérer d'une hernie étranglée ; elle va très-bien à la suite de l'opération, pendant trois jours ; le quatrième jour, elle est prise de selles continues et de vomissements, il n'y a point de ballonnement du ventre, elle devient bleue et meurt le lendemain. A l'autopsie, nous ne trouvons aucune lésion en rapport avec la hernie, mais nous constatons les lésions caractéristiques du choléra. Les jours suivants, deux autres femmes voisines de cette malade sont prises du choléra. Autre fait : un homme vient de Meudon, où il n'y avait point de choléra, pour se faire opérer d'une hydrocèle ; malgré mes conseils, il persiste à vouloir se faire opérer ; je l'opère ; le troisième jour il est pris de choléra et meurt. Une femme vient pour se faire opérer d'une cataracte, je l'opère ; le surlendemain elle éprouve les premiers symptômes du choléra et meurt dans la journée.

Je ne dis que ce que j'ai vu ; si, à ces faits j'ajoutais tous ceux qui m'ont été rapportés, j'en grossirais considérablement la liste. Ce sont là, à mes yeux, des faits concluants. Maintenant, comment cela se fait-il ? Je n'en sais rien. Il y a des maladies dans lesquelles on voit le virus contagieux, d'autres où on ne le voit pas ; les unes sont plus contagieuses, les autres le sont moins. Il ne m'appartient de chercher à résoudre ces diverses questions. Je tenais seulement à établir ceci, que le choléra est contagieux, comme l'est la fièvre typhoïde, comme le croup, etc. Telle est mon opinion. Je ne demanderais pas mieux qu'on me démontrât qu'elle n'est pas fondée.

M. J. Guérin demande la parole.

La parole est à M. Bouvier, qui l'a demandée à l'occasion du procès-verbal.

M. Bouvier communique les chiffres de la semaine qui vient de s'écouler. Ces chiffres constatent une diminution croissante, plus prononcée encore que dans la semaine précédente. Cependant, ajoute-t-il, la progression décroissante est plus lente que n'a été l'accroissement. Voici ces chiffres :

Pour les hôpitaux. Le nombre des nouveaux cas, du 21 au 28 mai, a été,

De l'extérieur	340	
De l'intérieur	69	
Total	409	
Diminution, pour l'extérieur	127	(plus d'un quart.)
pour l'intérieur	25	(plus d'un quart.)
Total	152	(plus d'un quart.)

Pour la Salpêtrière :	Cas nouveaux	62	
	Diminution	38	(plus d'un tiers.)
Autres hospices :	Cas nouveaux	42	
	Diminution	1	
Total général pour tous les hôpitaux et hospices :	Cas nouveaux	513	
	Diminution	191	

Décès.	Pour les hôpitaux : total de la semaine	218	
	Diminution sur la semaine précédente	87	(plus d'un quart.)
	Salpêtrière : total de la semaine	25	
	Diminution	46	(près de la moitié.)
	Autres hospices : total de la semaine	25	
	Diminution	8	(près d'un quart.)
	Décès : total général	292	
	Diminution	141	

En ville (du 21 mai au 24 mai seulement), les chiffres des décès sont ainsi répartis :

21 mai	63	Moyenne : 69,5
22 mai	66	
23 mai	81	
24 mai	68	
Total	278	

La moyenne des quatre jours précédents était de . . . 88
Diminution 18,0

M. Collineau : Je ne crois pas qu'on puisse dire absolument que le choléra est contagieux. Cette communication est tellement rare que je n'en ai pas vu un seul exemple dans le grand établissement auquel je suis attaché ; je ne la nie pas cependant ; je suis même disposé à l'admettre en principe ; mais je crois

qu'elle doit être très-exceptionnelle. En tous cas, elle est tellement rare qu'il n'y a pas lieu, à mon avis, de s'en préoccuper.

M. J. Guérin : Je ne croyais pas que la discussion dût s'engager aujourd'hui, je n'ai pu par conséquent me mettre en mesure de traiter la question dans sa généralité. Cependant la communication que vient de faire M. le président, et que j'ai entendue avec un grand intérêt, m'oblige à dire quelques mots. Sans avoir eu l'occasion encore de réunir tous les faits qui peuvent militer en faveur de son opinion, j'incline à croire que le choléra peut être contagieux; mais je pense avec l'honorable M. Collineau que ce n'est qu'exceptionnellement. Je ne partage donc pas complétement l'opinion de M. le président qui déclare le choléra *très*-contagieux. Quoique j'adhère jusqu'à un certain point aux principes qu'il a émis je regrette de ne pouvoir admettre les faits qu'il a cités comme preuves irrécusables de contagion. Lorsqu'un individu quitte une localité saine pour venir dans une localité infectée par l'épidémie, il y a à tenir compte de deux conditions étiologiques : l'influence épidémique et la contagion. La réunion de ces deux conditions rend très-difficile l'appréciation de faits qui se produisent dans leur sphère d'action. Il n'y a de faits démonstratifs que ceux qui sont relatifs à des individus quittant une localité infectée, pour aller dans une localité exempte de l'influence épidémique. Ces faits eux-mêmes exigent, avant qu'on les admette, une grande rigueur dans l'examen et une grande réserve dans les conclusions. Je crois donc, tout en conservant mon opinion à cet égard, qu'il convient de surseoir à l'examen de cette question jusqu'à ce que la commission soit en mesure de communiquer des faits précis et des conclusions motivées à l'Académie.

M. Villermé : Dans la conduite habituelle, il ne faut pas admettre la contagion, parce qu'en l'admettant il faut en admettre aussi toutes les conséquences, c'est-à-dire l'isolement des malades, la quarantaine et toutes les mesures sanitaires qui en découlent. Or si la contagion existe, elle est si faible, il y a si peu de chances pour qu'elle ait lieu, qu'on ne peut vraiment pas sérieusement s'en préoccuper, et qu'il y aurait beaucoup plus de danger que d'avantage à le faire.

M. Velpeau : Je n'ai pas entendu dire, en soutenant la contagion, qu'il y eût lieu d'admettre les mesures dont parle M. Villermé.

M. Villermé : Soit; mais d'autres tireront cette conclusion.

M. Martin-Solon : M. le président a trouvé facile d'écarter, de détruire l'objection tirée de ce fait que les médecins et les personnes qui soignent les cholériques ne sont pas pris de choléra en plus grand nombre que les autres classes d'individus. Eh bien! nous avons autant de raison de ne pas tenir compte des faits qu'on nous oppose. Une infirmière, nous dit-on, entre dans une salle où elle est prise de choléra, et le lendemain le choléra se déclare sur d'autres malades; mais n'y avait-il pas là l'épidémie pour rendre compte de ces invasions? Un malade vient de Meudon, un autre d'une autre localité, pour se faire opérer, ils contractent le choléra; pourquoi? parce qu'ils sont soumis à l'influence épidémique et qu'ils y sont d'autant plus disposés qu'ils se trouvent déjà affaiblis par une opération. On a parlé aussi il y a quelque temps d'un courrier qui partant de Paris a été pris de choléra à Lyon; mais heureusement il ne s'est pas déclaré de nouveau cas de choléra à Lyon. Si la maladie s'y était montrée, on n'eût pas manqué de dire qu'elle y avait été importée par ce courrier, tandis qu'il n'y aurait eu en réalité qu'une simple coïncidence. Il faut bien faire une distinction entre l'infection et la contagion. On n'est pas plus apte à transporter le choléra d'un lieu infecté à un lieu qui ne l'est pas, qu'on ne peut transporter la fièvre intermittente dans une localité où il n'y a pas de marais.

M. Rochoux : Les questions d'étiologie sont les plus difficiles à résoudre et les plus embrouillées; je ne m'y embarquerai donc pas. Quelques remarques seulement. M. Velpeau a très-mal choisi ses exemples : il invoque des exceptions; mais tout homme qui étudie de plus en plus sévèrement les faits ne tarde pas à se convaincre qu'il n'y a pas d'exceptions. Ainsi M. Velpeau dit que la variole ne se communique pas toujours, mais c'est peut être une fois sur mille qu'elle ne se communique pas. Qu'il me dise combien il y a d'individus qui résistent à la vaccine. Il est un autre fait encore que je relèverai. M. Velpeau a dit : le choléra est très-contagieux, et il ne craint pas de dire qu'un jour viendra où tout le monde le reconnaîtra avec lui. Je rappellerai à M. Velpeau, puisqu'il veut faire des prédictions, ce qu'est devenue sa prédiction sur la lithotritie. (Rire général.)

M. Velpeau reproduit de souvenir ses conclusions sur la lithotritie auxquelles M. Rochoux fait allusion, et s'efforce d'établir qu'elles ne sont nullement en contradiction avec ce que l'événement et l'expérience ont établi.

M. Gaultier de Claubry a la parole pour une motion d'ordre. Il est d'habitude, dans les assemblées délibérantes, qu'un président se fasse remplacer quand il veut discuter; et depuis le début de la séance, M. le président s'est plusieurs fois accordé la parole à lui-même. Cela ne me paraît conforme ni aux habitudes généralement admises ni à la régularité de la discussion.

M. le Président : Mon intention n'était pas de discuter à fond la question, mais seulement d'en dire quelques mots pour motiver mon opinion. C'est pour cela que je n'ai pas jugé à propos de quitter le fauteuil. Je tenais absolument à avoir raison; j'aurais beaucoup de choses à répondre à M. Martin-Solon.

M. J. Guérin : La question de la contagion est, à mon avis, une des plus graves et des plus difficiles que l'Académie ait à traiter; elle exige par conséquent une discussion sérieuse qui ne pourrait être ainsi improvisée. Il conviendra donc de la retarder jusqu'à ce que la commission puisse présenter un travail sérieux sur cette question. En attendant je crois devoir protester contre certains principes que vient d'émettre M. Rochoux, et je désire en outre rectifier une assertion de M. Martin-Solon. M. Martin-Solon a dit qu'il ne connaissait pas de fait d'importation de choléra d'un lieu infecté dans un lieu sain. Je croyais avoir rapporté, il y a trois semaines, un fait qui réunit toutes les conditions énoncées par notre honorable collègue : je veux parler du fait observé par M. Alexandre (d'Amiens). Je désire que ce fait soit maintenu au débat J'y reviendrai en temps opportun.

M. Louis demande quelques explications à M. Velpeau sur l'une des malades dont il a parlé, qui aurait été prise de choléra sitôt son arrivée à Paris, premier fait qu'il a rapporté.

M. Velpeau donne des explications desquelles il résulte qu'on n'avait pu recueillir de renseignements précis sur ce fait, qui avait eu lieu au début de l'épidémie; cependant il croit se rappeler que cette femme venait d'une ville du nord où régnait alors le choléra.

M. Gibert : J'ai été un des premiers à demander que la discussion s'ouvrît sur le choléra, sur son invasion, sur son traitement; mais j'ai été aussi des premiers à demander qu'on réservât tout ce qui est relatif à la contagion et à toutes les questions d'étiologie. Je réitère plus vivement que jamais ma proposition.

M. Mélier : Je regrette que la discussion se soit engagée sur la contagion, mais enfin, puisque le mal est fait, puisque la discussion est engagée, il faut la vider, il ne faut pas que l'opinion reste plus longtemps sous le coup du doute et des opinions contradictoires qui ont été émises. Je rappellerai à cette occasion que, dans une ville voisine, il y a eu une vive émotion produite par l'idée que des prisonniers venant de Paris y avaient importé le choléra. Cette opinion, accréditée par un médecin contagioniste, y a produit les plus fâcheux effets. Les malades meurent sans secours, les morts restent sans sépulture. (De toutes parts : Le lieu? le nom?) Je ne dirai pas les noms, mais je m'engage à mettre la relation exacte de ces faits entre les mains de la commission.

M. Jolly : Je me réserve de répondre ultérieurement à tous les faits que l'on a cru pouvoir apporter en faveur d'une prétendue contagion du choléra, et notamment à ceux que nous a exposés M. Velpeau; mais je tiens dès maintenant à leur opposer, entre mille autres faits également contraires à la propriété contagieuse du choléra, le fait suivant qui s'est pour ainsi dire passé sous nos yeux.

En 1832, le choléra ne s'est pas développé dans la ville de Pontoise, quand tous les villages environnants en étaient infectés. L'hôpital de la ville reçut 28 malades cholériques, dont 13 moururent. Tous ces malades étaient étrangers à la ville; tous ont été confondus dans les salles communes avec d'autres malades, et pendant tout le temps de l'épidémie, aucun cas de choléra ne s'est manifesté dans l'hôpital, pas plus que dans l'intérieur de la ville; ce qui voudrait presque dire que 28 cas de choléra bien caractérisés n'ont pu, ainsi réunis, produire ce que le seul cas spontané ou sans origine authentique, cité par M. Velpeau, a pu produire dans l'hôpital de la Charité, c'est-à-dire une épidémie tout entière.

Il me semble qu'un tel fait est assez significatif pour n'avoir besoin d'aucun commentaire, et je le livre purement et simplement à l'Académie.

M. Bégin : On n'a pas assez réfléchi, ainsi que l'a dit M. J. Guérin, sur les principes ni sur les faits, pour que la discussion puisse être continuée avec profit. Je crois que ce serait s'engager dans une mauvaise voie; je demande donc qu'on en réfère, pour l'examen de toutes ces questions, à la commission qui a été nommée, et je prierai en même temps cette commission de se mettre le plus tôt possible en mesure de faire son rapport, soit dans huit jours ou dans quinze jours.

M. Renault : La question de la mise à l'ordre du jour de cette question me paraît reposer sur une erreur. Je ne vois pas qu'il y ait urgence, comme on semble le croire. Si je suis bien informé de l'opinion la plus générale qui règne dans le public, c'est qu'à l'exception de M. le président peut-être, toute l'Académie pense que le choléra n'est pas contagieux; par conséquent, je le répète, il ne me paraît pas y avoir urgence.

M. J. Guérin demande qu'un ordre du jour soit fixé, et les membres de la commission prévenus à court terme.

M. Dubois (d'Amiens) : C'est ce qui a déjà été fait.

M. J. Guérin : Il y a deux questions, celle de la contagion et celle du choléra en général. Je désire que l'Académie se prononce sur la question de savoir si elle veut que la commission s'occupe d'abord de la contagion. (Aux voix!)

La proposition de M. Guérin est mise aux voix et adoptée.

M. Bousquet lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lachaise touchant l'état sanitaire des ouvriers employés aux travaux de canalisation en Sologne.

L'auteur, qui a étudié d'une manière spéciale le rôle que peut jouer le gonflement de la rate dans les fièvres intermittentes, trouve que ce rôle est à peu près nul au début et secondaire plus tard. Dans quelques cas seulement, la percussion de la rate peut mettre sur la voie du diagnostic et aussi de la thérapeutique quand les autres symptômes sont mal caractérisés. M. le rapporteur, après avoir approuvé l'interprétation que l'auteur donne à ses faits, propose de lui adresser des remercîments et de l'engager à communiquer la suite de ses observations à l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1849;

par M. FOLLIN, secrétaire.

I. — ANATOMIE.

M. ROBIN présente un travail duquel il résulte que la mamelle suit dans le développement de ses éléments anatomiques pendant et hors l'état de grossesse des phases analogues à celles que suivent les fibres musculaires de l'utérus. Celles-ci sont étroites, minces, atrophiées, à peine reconnaissables pendant l'état de vacuité de l'utérus, larges, rubanées et faciles à reconnaître pendant la grossesse. De même il est impossible de voir les culs-de-sacs glandulaires de la mamelle pendant l'intervalle des grossesses. Ils sont atrophiés et on ne peut en constater l'existence par aucun moyen. A cette époque, le tissu mammaire est dense, homogène, résistant, élastique, blanchâtre. Dès que survient vers le huitième mois le gonflement de la mamelle, son tissu devient moins dense, et quand la sécrétion lactée a commencé, on voit çà et là de petits points jaunes à peine du volume d'une tête d'épingle, qui se dessinent sur le reste du tissu qui est plus blanc. Enlevés et placés sous le microscope, on reconnaît que ce sont des *acini*, et ils présentent les culs-de-sacs caractéristiques des glandes en grappes. Seulement, pendant que la sécrétion est active, on ne voit pas d'épithélium tapissant ces culs-de-sacs qui sont remplis de globules de lait. Si la mamelle est hypertrophiée pathologiquement de manière à former une *tumeur hypertrophique*, ou seulement si un kyste ou toute autre cause a déterminé une congestion locale, les parties dans lesquelles la circulation est activée présentent les culs-de-sacs tapissés d'épithélium. Les *acini* ne se dessinent pas dans le tissu comme à l'état normal, et au delà des parties où a lieu le travail organique morbide, on ne voit plus de culs-de-sacs. On n'a, sous le microscope, que des faisceaux de tissu cellulaire très-serrés, mais ni l'emploi de l'acide acétique, ni celui des autres réactifs, ne font voir les culs-de-sacs, qu'on aperçoit ailleurs et pendant la période de sécrétion, très-facilement, sans réactifs et qu'on étudie plus facilement encore avec leur aide.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° CHIENS RENDUS DIABÉTIQUES.

M. CLAUDE BERNARD a déjà montré à la Société qu'en piquant un certain point du quatrième ventricule chez les lapins, on les rendait diabétiques. Cette expérience remarquable n'avait pas encore été tentée par lui sur d'autres animaux. Il annonce aujourd'hui à la Société qu'il l'a répétée sur un chien et qu'elle a complétement réussi. Les urines examinées avant l'expérience étaient sans sucre; vingt minutes après la piqûre, elles en contenaient d'une manière notable. Du reste, il n'y a pas de changement dans les autres éléments de l'urine, ni dans l'urée, ni dans les phosphates.

2° L'ACTION DE TÉTER INDÉPENDANTE DU CERVEAU.

M. BROWN-SÉQUART a cherché à démontrer devant la Société que les jeunes animaux peuvent téter même quand ils n'ont plus de cerveau ou de cervelet. Déjà M. Grainger avait démontré ce fait pour le cerveau seulement, et d'ailleurs on avait vu des anencéphales qui pouvaient très-bien téter. M. Brown-Séquart enleva, sur des lapins qui venaient de naître, la calotte crânienne, les lobes cérébraux et le cervelet. En approchant du sein de leur mère, la bouche de ces jeunes animaux mutilés, on put constater qu'ils exerçaient encore un mouvement de succion; mais cet acte faiblit vite et cessa presque aussitôt.

3° CRANE DES NÈGRES.

M. LEBRET lit la note suivante sur le crâne d'un nègre :

« Notre honorable président a fait mettre sous les yeux de la Société, dans la dernière séance, le crâne d'un nègre adulte, né à Cayenne, âgé de 36 ans, mort du choléra à l'hôpital de la Charité. Après avoir entièrement dépouillé ce crâne de ses enveloppes et des parties molles, j'ai été frappé des détails qu'il présente, les uns répondant à la description consignée au crâne des nègres de Guinée, les autres méritant peut-être une mention particulière.

» En effet, c'est bien le front fuyant, quoique ici peu incliné en arrière; la dépression latérale et uniforme au niveau des fosses temporales et en quelque sorte sous la pression des muscles crotaphytes, la proéminence du vertex, des bosses pariétales qui dominent les parties antérieures et le léger aplatissement de l'occipital postérieurement; enfin le rétrécissement de la cavité intérieure, surtout dans les fosses frontales; autant de caractères qu'on ne saurait refuser au nègre d'une manière générale. De plus, nous devons remarquer de suite une singulière apparence, à savoir la soudure intime de toutes les sutures telle qu'on n'en reconnaît aucune trace, sinon la juxtaposition de l'écaille du temporal sur l'os pariétal correspondant. Je ne sache point qu'une semblable particularité ait été signalée encore dans l'examen des distinctions de race; à coup sûr, il suffit du parallèle de quelques crânes européens pour démontrer qu'une telle coaptatation se rencontre à peine dans un âge avancé chez l'homme de notre race. Jusqu'à plus ample information, nous attribuerons ce fait à la notable épaisseur que les deux tables osseuses, l'externe et l'interne, comportent chez ce nègre et sur laquelle nous nous proposons d'insister.

» La section de cette calotte crânienne a été pratiquée aussi inférieurement que possible, de la bosse nasale à la protubérance occipitale externe, et suivant une ligne circulaire qui passerait, de chaque côté, par le tiers supérieur de la portion écailleuse des temporaux. Le ruban métrique appliqué d'avant en arrière, sur le vertex, mesure une courbe de 28 cent.; $0^m,27$, transversalement environ au niveau de chaque trou auditif et en avant des bosses pariétales; $0^m,50$ et demi pour la circonférence totale, la fosse temporale étant prise comme point médian, et cette circonférence se décomposant en courbe postérieure ($0^m,28$) et en courbe antérieure ($0^m,22$). J'ai comparé ces mensurations avec d'autres prises de même sur des coupes de crânes européens dans un âge approximatif; à quelques millimètres près, la courbe antéro-postérieure, la courbe latérale, étaient semblables; la circonférence seule m'a paru infiniment plus grande sur les échantillons de notre race; il y a toujours de 4 à 6 centim. de différence à leur avantage sur le crâne du nègre en question; mais comme les coupes ont pu être diversement pratiquées sur les crânes que j'ai mis en parallèle, je n'opposerais point ces évaluations isolées à celles de Sœmmering. Cet anatomiste, au moyen de mesures très-exactes prises sur des crânes de nègre et d'Européen, a nettement établi pour les crânes appartenant à la race éthiopienne une infériorité de volume exprimée par des dimensions plus petites à la fois dans la longueur, dans la largeur et surtout dans les circonférences horizontale et verticale.

» Le poids (de 468 grammes) est déjà appréciable par la simple pesée à la main.

» L'épaisseur constatée en arrière, sur la coupe, n'est pas moins d'un centimètre à un centimètre et demi au niveau de la protubérance occipitale; moins prononcée latéralement, elle reparait dans toute l'étendue du frontal; mais c'est à la texture extrêmement compacte des deux tables, particulièrement de la table externe dans les deux tiers postérieurs du crâne qu'on doit la rapporter; à peine si le tissu spongieux s'étend dans l'intervalle de la substance solide, comme le confirme encore l'interposition de cette calotte crânienne entre l'œil et la lumière.

» Enfin, il reste à noter, d'une part, à l'intérieur, la profonde empreinte des circonvolutions cérébrales sur la table interne, au niveau des fosses frontales et des excavations occipitales, digitations que rien ne traduit au dehors, et de l'autre un défaut de symétrie évident entre les diverses parties de ce crâne dont la portion droite l'emporte en développement sur celle qui est à gauche de la ligne médiane. C'est ici, en dernier lieu, un de ces caractères si diversifiés au milieu des peuples qui passent pour conserver les signes du type de race le plus exact, et dont on ne discute point la valeur. Existe-t-il, au contraire, dans la notable épaisseur des os que nous avons déterminée, une signification importante au point de vue de l'analyse ethnologique? L'attention des observateurs fut très-anciennement appelée sur ce caractère. Que de fois n'a-t-on pas cité ce passage célèbre d'Hérodote où il compare entre eux les crânes des Égyptiens et des Perses, en donnant l'avantage de l'épaisseur et de la dureté à ceux-là qui, dit-il, s'abstiennent de coiffure dès l'enfance, tandis que les seconds, élevés dans des habitudes efféminées, auraient eu les os de la tête très-faciles à entamer. Sœmmering résume les examens de momies égyptiennes pratiquées avant lui, et ne constate aucune différence, quant à l'épaisseur, avec les crânes des Européens; il possédait plusieurs fragments de crânes rapportées des sépultures d'Egypte; aucun n'offrait cette singularité; il raille même l'opinion de Paaw, qui assurait qu'un coup de glaive fendait le crâne d'un Ethiopien. Toutefois il se rencontre dans plusieurs musées des têtes de momies, remarquables par leur densité et leur pesanteur. Le docteur Prichard ne voit rien là de spécial à la race africaine. Déjà Albinus, décrivant deux crânes dans la collection anatomique de Leyde, l'un de nègre, l'autre de négresse, qualifiait ce dernier de tête *merveilleusement épaisse, compacte, pesante, différente en tous points des apparences ordinaires*. Sœmmering s'attacha également à comparer les crânes des nègres avec ceux des Européens sous ce rapport; il insiste sur la consistance compacte des premières : « *Caldarias nigritiarum duriores esse, certum et exploratum*, » et il se demande, comme plusieurs modernes l'ont fait, si l'habitude d'exposer la tête aux intempéries n'explique pas cette circonstance. Lawrence, dans ses commentaires des décades de Blumembach, semble tenir peu de compte de l'épaisseur des crânes considérée comme signe distinctif de race; et toutefois Blumembach lui-même notait sur sa collection plusieurs différences à cet égard, tels que le poids et la consistance des os de la tête chez un cosaque du Don, chez quelques nègres, et en parallèle la légèreté remarquable de crânes provenant de l'Amérique septentrionale. Suivant M. Lesson, quelques-uns des crânes de la Nouvelle-Zélande offriraient une épaisseur, une densité, un volume extraordinaires. Au musée de la Faculté de Montpellier, M. le professeur Dubreuil a noté, comme Blumembach l'avait aussi observé, la grande pesanteur des os sur la tête des *Botocudes*, peuplade anthropophage qui habite le nord du Brésil. Prichard, enfin, revient à plusieurs reprises, dans son histoire étendue de l'espèce humaine, sur la texture compacte de la boite crânienne chez beaucoup d'Africains; et cependant après avoir détaillé cette particularité en assimulant ces crânes à l'ivoire, en faisant remarquer que cette disposition s'accompagne d'une condition correspondante du squelette qui, chez plusieurs nègres, est beaucoup plus pesant que celui des hommes d'autre race, Prichard, dis-je, nie que ce soit un caractère constant; il dresse un tableau du poids de plusieurs crânes appartenant à la même race pour la plupart et comparés avec d'autres types, et il démontre qu'il n'existe point entre eux de différence exacte. En dernière analyse, de ce que la plus grande variété de pesanteur existe entre les crânes des Européens sous les influences les plus diverses et les moins appréciables, ce savant ethnologue conclut à regarder ce fait comme tout individuel dans les diverses races et à le négliger pour la détermination des caractères.

» Si la question est indécise de la sorte dans les autorités scientifiques que nous avons pu consulter, elle n'est point résolue davantage par le rapport des voyageurs : nous avons entendu nous-même au sein de la Société ethnologique, M. Delegorgue, arrivant de l'Afrique australe, témoigner de l'épaisseur des os du crâne plus considérable chez les Cafres que chez les blancs ; M. le docteur Jacquinot, chirurgien de *l'Astrolabe*, confirmait cette assertion pour les crânes des nègres ; à l'appui, on observait que dans les colonies, non moins que dans l'intérieur de l'Afrique, les nègres ont toujours la tête nue, comme les Egyptiens d'Hérodote. Sans chercher des exemples analogues en France même, par exemple dans les services d'aliénés où, comme on l'a dit, on trouverait en une année plus de crânes épais que dans toute une peuplade de nègres, sans contester qu'il puisse y avoir du vrai dans ces observations générales ; néanmoins elles ne présentent jusqu'ici ni la certitude ni les éléments d'un caractère vraiment antropologique. Rien de plus difficile en ethnologie que de discerner les signes du type d'avec les formes imprimées chez chaque sujet, à quelque race ou à quelque variété qu'il appartienne, par les influences fortuites ou par les agents extérieurs.

» On a démontré avec succès que les ethnologues qui avaient basé leurs classifications sur la couleur de la peau s'étaient gravement trompés, puisque sous une même latitude, les conditions de ce tégument sont si variables. Il paraît constant de même, dans l'état présent des connaissances, que, comme l'a dit le docteur Jacquinot dans un très-estimable travail, pour une même race, pour une même espèce, indépendamment d'une certaine forme typique, les formes du crâne varient à l'infini, comme les traits du visage ; la densité, la texture des os de la tête, participent sans doute, à plus forte raison, à cette inégalité individuelle. »

4° DU SUCRE DANS L'ŒUF.

M. CL. BERNARD communique à la Société la note suivante :

Dernièrement on a signalé dans l'œuf la présence du sucre de la deuxième espèce (glucose). (UNION MÉDICALE.)

Sans vouloir ici agiter une question de priorité, je dois à la vérité de dire que depuis plus de dix-huit mois ce fait a été constaté dans le laboratoire de M. Pelouze. De plus, avec M. Barreswil, nous avons fait et nous continuons encore des expériences qui, quoique non achevées, nous ont déjà fourni des résultats importants dont je vais retracer les principaux.

1° Le sucre de la deuxième espèce (glucose) qui existe dans l'œuf ne se rencontre que dans le blanc. Il n'y en a pas de trace dans le jaune dans l'état normal ; toutefois un chimiste allemand (COMPTE RENDU DE BERZÉLIUS, 1847) a trouvé dans un jaune d'œuf qui paraissait altéré du sucre et du lait.

2° Ce sucre qui existe dans les œufs très-frais disparaît au bout de très-peu de jours. La rapidité de la destruction de ce sucre qui est favorisé par une température chaude ne paraît pas liée nécessairement à l'état physiologique de l'œuf. Elle a lieu, en effet, dans l'œuf fécondé ou non fécondé, dans l'œuf soumis ou non à l'incubation.

3° Nous n'avons pas pu encore nous assurer si le sucre de l'œuf ne proviendrait pas de l'alimentation. Il aurait fallu pour cela examiner le blanc d'œuf chez des oiseaux carnivores, et cela ne nous a pas encore été possible.

4° Quelle que soit l'origine de ce sucre, il reste toujours à expliquer pourquoi le blanc en contient, tandis que le jaune n'en renferme pas. C'est une question que nous cherchons à élucider par l'étude des phases de formation des diverses parties de l'œuf.

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° AMPUTATION CONGÉNIALE.

L'histoire des amputations congéniales est encore trop obscure pour qu'on passe sous silence un fait curieux qui y est relatif. Un homme privé de son membre inférieur gauche jusqu'à la région moyenne de la jambe succomba dans les salles de M. Rayer à une attaque de choléra. Il assurait être né de la sorte et portait aux autres membres quelques difformités qui consistaient en un pied-bot varus, en palmatures digitales, en soudures et en raccourcissement de phalanges. Ces difformités créaient chez cet individu un ensemble de lésions complexes et intéressantes à étudier. Un examen attentif de ce fait, dont les détails feront le sujet d'un travail plus développé, a permis à M. Follin de constater que la disposition des nerfs et des artères dans le moignon était celle que l'anatomie démontre normalement en ce point du membre.

2° INDURATION DU PANCRÉAS ; COMPRESSION DU CANAL CHOLÉDOQUE PAR LA TÊTE DE CET ORGANE.

M. DUMÉNIL, interne provisoire des hôpitaux, met sous les yeux des membres de la Société un pancréas atteint d'induration, et dont la tête comprimait le canal cholédoque de manière à l'oblitérer presque complétement.

L'individu chez lequel on observe cette altération était un vieillard âgé de 70 ans, ancien militaire, entré à la Charité, salle Saint-Michel, le 8 avril. Cet homme, d'une maigreur extrême, avait un ictère des plus prononcés ; son intelligence, très-affaiblie, ne permettait pas d'obtenir de lui quelques réponses ; les renseignements manquèrent complétement sur les antécédents de sa maladie ; on apprit seulement que son ictère datait de deux mois. Cet homme mourut du choléra, dix ou douze jours après son entrée, et l'autopsie révéla les particularités suivantes :

Tous les tissus étaient fortement colorés en jaune ; la membrane interne des artères présentait à un haut degré cette coloration qu'on retrouvait jusque dans le mucus bronchique. Le foie, de volume moyen, était d'un vert olive foncé, et sur ses bords, principalement à l'extrémité du lobe gauche, on remarquait quelques divisions des canaux biliaires dilatées de manière à atteindre les dimensions d'une plume de corbeau. Le canal hépatique égalait au moins le volume du petit doigt, et la vésicule, énormément distendue, était aussi grosse que le poing d'un adulte. Le canal cholédoque, resserré à son entrée dans les parois du duodénum, ne laissait passer qu'un stylet très-fin, et permettait encore l'écoulement d'une légère quantité de bile, surtout quand on comprimait la vésicule ou les conduits biliaires. Le doigt porté sur ce point rétréci sentait en arrière une tumeur très-dure qui n'était autre chose que la tête du pancréas.

Cet organe, quoique petit, restait cependant, quant aux dimensions, dans les limites de l'état normal. Sa forme prismatique était bien conservée ; sa couleur, comme celle de tous les organes, était d'un jaune intense ; mais ce qu'il présentait de plus remarquable était d'une dureté considérable et égale partout. Une incision du canal pancréatique laissa écouler une assez grande quantité de liquide. Ce canal avait ses dimensions normales, ainsi que toutes ses branches, et il s'ouvrait librement dans le duodénum. En examinant attentivement une coupe du pancréas, on voyait que ses lobules étaient bien distincts ; mais le tissu cellulaire qui les sépare n'étant plus apparent, on ne pouvait les isoler les uns des autres dans la profondeur de l'organe.

Il existait évidemment, chez cet homme, une induration simple du pancréas, altération dont on trouve des exemples dans les auteurs, et dont M. Mondière rapporte aussi une observation dans son mémoire sur les maladies du pancréas. On l'a considérée comme le commencement de la dégénérescence squirrheuse ; mais M. Mondière fait remarquer que rarement l'état squirrheux existe en même temps, et que plus rarement encore il occupe à la fois tout l'organe, tandis que l'induration s'observe dans toutes les granulations dont la réunion constitue le pancréas.

3° SPERMATOZOAIRES DANS LA LIQUEUR SÉMINALE D'UN VIEILLARD.

M. RAYER met sous les yeux de la Société, de la part de M. Duplay, médecin de l'hospice des Incurables, une préparation microscopique qui permet de constater de nombreux spermatozoaires dans la liqueur séminale d'un homme âgé de 82 ans.

4° TUMEUR HYPERTROPHIQUE DE LA MAMELLE.

M. MOREL-LAVALLÉE, chirurgien du bureau central, présente à la Société une tumeur mammaire enlevée par lui sur une femme de 19 ans. Cette tumeur, développée depuis trois mois environ, était surtout remarquable par une dureté et un volume plus considérables au moment des règles.

A la suite de cette présentation, une discussion s'élève entre plusieurs membres de la Société sur la texture intime de ces tumeurs déjà décrites par Astley Cooper et M. Velpeau.

MM. Lebert, Robin et Follin établissent, par l'examen aidé du microscope, que cette tumeur appartient véritablement à la classe des tumeurs hypertrophiques de la mamelle, et non à celle des cancers. Quelques préparations microscopiques montrent des lobules glandulaires très-distincts.

M. Giraldès a pu, à l'aide de la macération, isoler les lobules glandulaires d'une tumeur hypertrophique de la mamelle, et depuis longtemps déjà il a constaté que ces sortes de tumeurs sont le plus souvent multiples.

M. Verneuil a observé deux cas de tumeur hypertrophique de la mamelle. Il assure que, dans ces deux cas, la pression en faisait sortir un suc particulier que M. Lebert trouve bien différent du suc cancéreux, en ce sens qu'il est gluant et incolore.

5° ANKYLOSE COMPLÈTE DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE.

M. BLOT présente un exemple remarquable d'*ankylose complète* de l'articulation coxo-fémorale droite.

La soudure existe dans toute l'étendue des surfaces articulaires. Le bourrelet fibreux qui entoure la cavité cotyloïde est entièrement transformé en tissu osseux dans lequel on reconnaît encore la direction des fibres du tissu fibreux qui a préexisté.

Une coupe pratiquée sur le milieu du fémur, dans le sens de sa longueur, et prolongée sur l'os coxal, permet de constater de la manière la plus nette une continuité parfaite entre le tissu compact du fémur et celui de l'os coxal ; on observe la même continuité dans le tissu spongieux de ces deux os. On ne retrouve plus la moindre trace des surfaces articulaires ; le tissu compacte qui les limitait a complétement disparu. Si, par deux incisions pratiquées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du point où le fémur et l'os iliaque sont soudés, on limitait une certaine portion de tissu osseux, il serait impossible, sur la coupe, de dire si ce morceau d'os est formé de deux os réunis ; on croirait n'avoir sous les yeux qu'un seul et même os.

M. Blot regrette de ne pouvoir donner des détails sur l'état du sujet qui portait cette pièce anatomique curieuse ; mais il l'a recueillie sur un cadavre servant aux exercices de médecine opératoire, à l'amphithéâtre des hôpitaux. Tout ce qu'il peut dire, c'est que ce cadavre était celui d'une femme qui semblait âgée de 35 à 40 ans.

6° MÔLE HYDATIQUE.

M. FOLLIN montre à la Société une masse constituée par des vésicules réunies les unes aux autres et qui était sortie de l'utérus d'une femme enceinte de trois mois et demi. L'expulsion de cette môle a été précédée de quelques coliques tout à fait comparables à celles que la femme éprouve avant l'accouchement ; elle a eu lieu à plusieurs reprises et a toujours été accompagnée d'écoulement sanguin.

La diminution du globe utérin n'a pas suivi immédiatement cette sortie de la masse vésiculeuse et l'utérus s'élève à peu près au niveau de l'ombilic. Cette élévation exagérée de l'utérus si l'on réfléchit à l'époque de la grossesse peut s'expliquer par l'accumulation de ces productions vésiculaires. Un examen attentif de toutes ces petites poches a montré à M. Follin qu'elles étaient liées entre elles par de très-minces filaments faciles à rompre. Le volume de ces vésicules variait entre le volume d'un grain de sable et celui d'une petite noix. Elles contenaient à leur intérieur un liquide transparent dont la chaleur laissait précipiter une petite quantité de matière albumineuse. Leurs parois étaient formées par un tissu celluloso-fibreux très-dense. La femme qui rendit ces masses vésiculeuses a continué à en rendre pendant deux jours encore; puis cette expulsion a cessé; l'état fébrile qui existait a disparu, et l'utérus revenu à des dimensions moindres s'élevait à peine au-dessus du détroit supérieur.

7° CROUP CHEZ UN ADULTE.

M. Gustave Dufour, aide préparateur au Val-de-Grâce, met sous les yeux de la Société la trachée et le larynx d'un individu qui a succombé à un croup intense.

Ce malade entra à l'hôpital le 17 avril 1849. Il se plaignait d'un mal de gorge. L'inspection de l'isthme du gosier montra en effet des amygdales ulcérées, le voile du palais et la luette couverts d'un enduit grisâtre, d'aspect pseudomembraneux; pendant quatre jours il n'offrit aucun symptôme alarmant; des cautérisations au nitrate d'argent ne modifièrent pas l'aspect des parties; la luette et les amygdales étaient profondément altérées. Le malade fut évacué dans le service des blessés; il succomba dans un accès de suffocation avant que le chirurgien pût l'examiner le 26 avril à six heures du matin.

L'autopsie fut faite le 28 avril, vingt-quatre heures après la mort.

L'isthme du gosier est obstrué d'un enduit noirâtre qui recouvre surtout les piliers et la luette; celle-ci est réduite à un très-petit tubercule d'un brun rougeâtre; le pilier droit antérieur étant enlevé, l'amygdale paraît profondément altérée; à son côté interne, elle offre une cavité ulcéreuse, remplie d'un détritus grisâtre; tout le reste du tissu de l'amygdale forme des noyaux indurés qui offrent à la coupe des plaques marbrées. La matière putrilagineuse infiltre la portion voisine de la paroi latérale droite du pharynx dans une longueur d'un pouce.

L'amygdale gauche offre à peu près les mêmes lésions; la paroi pharyngienne correspondante est saine.

L'épiglotte est déformée, très-épaissie, d'une couleur rouge vineuse. La muqueuse de la face antérieure de l'épiglotte est ramollie et soulevée aisément par le râclement. La face postérieure est creusée en rigole.

Les replis aryténo-épiglottiques sont notablement épaissis; celui du côté droit est converti en une masse grisâtre, dure, présentant à la coupe l'aspect d'une véritable production plastique.

Au-dessous de la base de l'épiglotte, le scalpel promené doucement, enlève de véritables pseudomembranes molles, tomenteuses. Au-dessous de cette couche pseudomembraneuse, la muqueuse laryngienne paraît rouge par injection pointillée; la muqueuse n'est pas épaissie, et l'injection siége surtout dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les ventricules du larynx sont obstrués de petites fausses membranes.

La pseudomembrane se continue sur la surface interne de la trachée et des bronches; elle y forme de véritables étuis que l'on isole facilement de la muqueuse; l'orifice de l'une des grosses bronches droites est obturé par un amas de fausses membranes. On a pu suivre celles-ci jusque dans les bronches capillaires.

Les poumons sont légèrement engoués et aucun autre organe n'est malade.

8° AUTOPSIE D'UN ENFANT QUI A RENDU UNE POCHE HYDATIQUE MÈRE PAR UNE FISTULE SITUÉE AU NIVEAU DU FOIE.

M. Le Bret a présenté à la Société les pièces anatomiques d'un enfant qui a déjà fait le sujet d'une note dans le précédent compte rendu, comme offrant l'exemple d'une poche hydatique du foie entièrement attirée au dehors, contenu et contenant, à travers une fistule artificielle. La santé générale se soutenait parfaitement depuis lors; du pus fétide sortait par l'orifice extérieur de la petite plaie, mais sans que le malade manifestât la moindre souffrance, et tout pouvait porter à croire qu'un travail réparateur s'effectuait à l'intérieur de la poche. Une injection destinée à en nettoyer les parois et à exciter l'inflammation a amené la rupture du kyste sur un point peut-être aminci préalablement; et une péritonite aiguë, survenant immédiatement, s'est terminée en quarante-huit heures par la mort de l'enfant.

A l'autopsie, les anses intestinales étaient reliées ensemble par de fausses membranes baignées de pus; d'ailleurs on ne pouvait plus retrouver de trace du liquide épanché, le foie avait subi une augmentation remarquable de volume, surtout dans sa portion gauche. A la coupe, le tissu n'était que décoloré, sans autre altération, et surtout sans apparence d'autre kyste hydatique; à droite, on rencontrait une cavité parfaitement en rapport avec la fistule pratiquée, et limitée en haut et en avant par la portion droite du diaphragme dans laquelle elle faisait saillie en dehors par la paroi abdominale, y compris les cartilages et les huitième, neuvième et dixième côtes, en bas et en dedans par le parenchyme même du foie, au milieu duquel le kyste semblait s'être en partie creusé. La capacité de cette poche était environ égale au volume des deux poings du sujet, enfant de 9 ans: un liquide purulent et surtout coloré de matière bilieuse s'en est écoulé abondamment; une membrane facile à détacher le tapissait, et au-dessous d'elle on voyait nettement un réseau vasculaire sur toute la surface interne. Inférieurement et en avant, presque au-dessous de la fistule, a eu lieu la rupture, là où l'on aperçoit une solution de continuité, à bords mousses, de 2 à 3 centimètres de diamètre, là aussi où la paroi est fort mince et facile à déchirer. La vésicule biliense était remplie d'un liquide tout à fait jaune, grumeleux, où l'on semblait voir suspendus de petits graviers; l'état des autres organes était absolument sain.

9°. EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'AFFECTION CONNUE SOUS LE NOM D'EAUX AUX JAMBES CHEZ LES ANIMAUX.

M. Leblanc présente à la Société une portion de peau provenant d'un cheval de trait atteint de la maladie connue sous le nom d'eaux aux jambes. Sur ce sujet elle était arrivé au troisième degré, c'est-à-dire qu'il y avait complète transformation de la peau, et sécrétion d'une matière blanche caséeuse. Des grappes se sont formées et accolées les unes aux autres; il y en a qui sont séparées par des ulcérations, soit circulaires, soit longitudinales; celles-ci se remarquent surtout au pli du paturon. Cette affection, qui attaque principalement les animaux de gros trait, ne se déclare qu'aux extrémités des membres: elle a trois degrés; c'est le troisième qui se présente sous cet aspect.

On est encore partagé sur la nature de cette affection; elle a été tour à tour considérée, soit comme une hypertrophie, soit comme une affection pustuleuse ou érysipélateuse, soit comme un herpès.

L'auteur pense que la première opinion est la bonne. MM. Leblanc et Follin ont fait de cette production morbide un examen microscopique approfondi.

Une coupe à un faible grossissement montre une hypertrophie des bulbes pileux; les glandes sébacées qui s'ouvrent de chaque côté des poils sont dilatées et engorgées d'une matière brunâtre très-épaisse.

La matière blanche qui est sécrétée dans les intervalles contient: 1° un grand nombre de cellules épithéliales à noyaux; 2° des corps fusiformes et des fibres accolées qui donnent à cette matière un aspect fibroïde.

IV. — PATHOLOGIE.

1° BRUITS DU COEUR DANS LE CHOLÉRA.

M. le docteur Bouchut lit un travail sur les bruits du cœur dans le choléra. Nous le publierons prochainement.

V. — BOTANIQUE.

1° STACHYS ANATOLICA.

M. Gubler présente à la Société la plante anticholérique préconisée depuis quelques jours à Paris, sous le nom de *stachys anatolica* ou *aromatica*, et dont il doit quelques fragments à l'obligeance de M. Quevenne, pharmacien de la Charité.

Suivant M. Gubler, cette plante n'appartient pas au genre *stachys*, mais bien au genre *teucrium*, dont elle a tout à fait le port. Sa taille ne dépasse pas 20 à 25 centimètres; ses tiges cylindriques, sous-frutescentes, rameuses, un peu couchées à la base, sont blanches et laineuses aussi bien que les rameaux et les feuilles qui sont d'ailleurs opposés. Les feuilles, d'un blanc de neige sur leur face inférieure, sont sessiles, lancéolées ou linéaires, obtuses au sommet et crénelées dans la moitié ou les trois quarts antérieurs de leurs bords qui sont roulés en dessous.

Or ces caractères conviennent parfaitement au *teucrium polium*, et particulièrement à une de ses variétés dont on fait une espèce à part sous le nom de *teucrium capitatum*.

Cependant les caractères génériques qui se tirent des organes reproducteurs font ici défaut, puisque la plante anticholérique n'est pas en fleurs. M. Gubler croit qu'on peut s'en passer; il met en regard des échantillons de cette plante des individus complets du *teucrium polium* provenant de la province de Constantine, et les membres de la Société peuvent ainsi s'assurer de leur parfaite identité. Dans les unes comme dans les autres, la saveur est amère-aromatique.

Si l'expérience démontre ultérieurement l'efficacité de cette labiée pour amener la réaction dans la période algide du choléra, nous pourrons en faire d'amples provisions, non pas seulement en Algérie, mais encore dans le midi de la France, où le *teucrium polium* n'est pas rare. (Séance du 7 avril 1849.)

2° CHAMPIGNONS PARASITES.

M. Montagne rend compte à la Société des causes de la maladie de plusieurs bulbes de tulipe qui lui avaient été remis par M. Rayer. Il a constaté que leur dépérissement était dû à la présence de deux champignons parasites. Chez les uns, en effet, on pouvait remarquer entre les écailles du bulbe un grand nombre de corps globuleux, d'un noir luisant à l'état frais et de la grosseur d'un grain de chenevis. Ce parasite avait déjà été observé en Angleterre sur les oignons (*allium cœpa*), dont il détruit des plants entiers. Il a reçu de M. Berkeley le nom de *sclerotium cæpivorum*.

D'autres bulbes présentaient, comme cause du mal, un parasite tout différent. Les racines et la base des écailles étaient déformées par des paquets de filaments blanchâtres. Examinés au microscope, ces filaments ont été reconnus appartenir au *sporotrichum polysporum* Link.

M. Montagne annonce en outre que son genre *artotrogus*, qui fut d'abord trouvé dans les méats intercellulaires d'une pomme de terre *mère*, vient d'être observé sur le navet, en Angleterre et dans les mêmes circonstances.

VI. — CHIMIE PHYSIOLOGIQUE.

DE LA COMPOSITION DES SELS DU SANG ET DE LEURS RAPPORTS AVEC LA FORMATION DES CALCULS VÉSICAUX.

M. VERDEIL lit sur ce sujet intéressant de physiologie la note suivante :

« Un point de la physiologie qui n'avait pas encore été abordé, était de savoir quelle influence pouvait avoir la nourriture sur la composition des sels du sang, quelle était la différence entre le sang des herbivores et des carnivores et la composition du sang de l'homme suivant les régimes auxquels il était soumis. Il était évident que cette question, une fois éclaircie, aiderait à expliquer certains phénomènes, particulièrement sur l'état de l'urine et sur la formation des calculs vésicaux. Je soumis donc à l'analyse du sang de bœuf, de mouton pour les herbivores, du sang de cochon soumis à une nourriture mélangée, du sang de veau, du sang de chien nourri de viande, puis du sang de chien nourri de pommes de terre et de pain, enfin du sang d'homme.

Le résultat de mes analyses a été que par la nourriture, le régime, on pouvait changer la nature du sang, que les animaux nourris exclusivement de viande avaient, au bout de peu de temps, un sang dont les cendres contenaient une très-grande quantité d'acide phosphorique combiné à des alkalis, et que les carbonates disparaissaient; tandis que les animaux nourris de végétaux avaient un sang contenant une grande quantité de carbonates alcalins et peu de phosphates.

Ceci me semble une question d'une haute importance; en effet, si l'on admet que dans une machine si parfaite que l'organisme animal, chaque partie doit avoir sa signification, il faut bien admettre aussi que des différences si énormes, si palpables dans la composition du sang, doivent avoir une grande importance dans les fonctions de la vie.

Voyons d'abord ce qui se passe dans les deux espèces de régime, le régime animal et le régime végétal.

Si l'on brûle un morceau de viande, si on le réduit en cendres, on trouvera que ce résidu contient une masse d'acide phosphorique combiné à des alcalis, et qu'il n'y a pas trace de carbonates alcalins. Les analyses que j'ai faites des cendres du sang d'un chien nourri pendant dix-huit jours uniquement de viande, m'ont démontré que la quantité d'acide phosphorique combinée à des alcalis s'élevait au chiffre considérable de 12, 75 p. 100. Le même chien, nourri pendant quinze jours avec du pain et des pommes de terre, avait un sang qui ne contenait plus que 9 p. 100 de phosphates alcalins. Si j'avais pu nourrir le même animal uniquement de végétaux, son sang n'aurait plus contenu qu'une très-petite quantité de phosphates alcalins, 2 ou 3 pour 100 comme le sang de bœuf et de mouton.

Chez les herbivores, c'est le contraire : la proportion des carbonates alcalins est très-forte, et il n'y a que très-peu de phosphates.

Il faut donc admettre qu'avec la nourriture seule on peut faire éprouver des changements notables au sang. Ceci est d'autant plus important que ces changements ne peuvent avoir lieu que par la nourriture, et que les sels, les carbonates, par exemple, ne rempliront pas le même rôle. En effet, si on continue à manger de la viande, la quantité de phosphate ne variera pas, et il ne sera nullement neutralisé par les sels qu'on pourrait faire prendre au malade ; ensuite l'acide carbonique qu'on voudrait introduire sous la forme de bicarbonate ne remplira pas du tout le même rôle que l'acide carbonique qui se forme dans le sang par les végétaux et les acides végétaux. En effet, les bicarbonates seront bientôt décomposés par les acides qui se trouvent dans l'estomac. L'acide carbonique, qui ne ressort pas immédiatement, se dissout dans les liquides ambiants, arrive dans le sang et en ressort par la respiration ; aussi est-ce une erreur de croire qu'on forme des carbonates dans le sang lorsqu'on en fait prendre sous forme des sels inorganiques. Cet acide carbonique ne joue aucun rôle dans le sang ; c'est déjà une excrétion ; il reste dissous jusqu'à ce qu'il sorte par la respiration. Il n'en est pas de même de l'acide carbonique, qui se forme des végétaux ou des acides végétaux ; ceux-ci subissent dans le sang une vraie combustion, et qui produit de l'acide carbonique combiné avec des alcalis ; cet acide carbonique est organisé pour ainsi dire, il ne quitte plus l'alcali avec lequel il est combiné, et c'est sous cette forme seulement qu'il peut avoir de l'influence sur la composition du sang.

Mais c'est surtout sur la formation des calculs vésicaux que la nourriture aura une immense influence. En effet, de quoi sont composés les calculs chez l'homme? le plus souvent d'acide urique, d'urates et de phospates. Voyons comment ils se forment : l'acide urique est très-peu soluble dans l'eau, et encore moins dans l'urine acide ; sitôt qu'il s'en secrète une plus grande quantité, il devient insoluble ; c'est ce qu'on remarque chez les personnes qui ont pris beaucoup de mouvement, qui ont beaucoup marché ou beaucoup dansé : le lendemain leur urine laisse un dépôt qui n'est autre chose que de l'acide urique qui était en excès. Imaginez une origine de pierre, avec quelle facilité n'augmentera-t-elle pas, entourée d'un liquide sursaturé d'acide urique. L'acide urique est plus soluble dans l'urine un peu alcaline, jamais ces dépôts d'acide urique ne peuvent se former dans une urine alcaline. La cause de l'acidité de l'urine n'est autre que l'acide phosphorique, qui provient de la nourriture animale, ou du pain ou des pois, des lentilles, etc. Aussi un sujet qui aura une disposition calculeuse devrait-il être immédiatement mis au régime végétal, manger très-peu de pain, ou du pain contenant peu de gluten, point de pois, de lentilles, de fèves qui contiennent beaucoup de phosphate. En un mot, il faudra faire disparaître l'acidité de son urine et la rendre alcaline. L'acide urique pourra rester dissous, et si il y a déjà un calcul de formé, ses progrès s'arrêteront. Ce régime sera bon pour tous les calculs, car il n'en existe pas chez l'homme qui ne contiennent des urates, et beaucoup sont formés en grande partie de phosphates. Il est connu que rien n'est plus facile que de rendre l'urine alcaline, en se nourrissant de légumes, de fruits, de pommes de terre, de substances amidonnées, d'un peu de riz. L'urine, chez l'homme, n'est pas plus normale lorsqu'elle est acide que lorsqu'elle est neutre ou alcaline ; tout dépend de la nourriture, et elle est normale dans tous les cas.

Je crois que c'est une question qui mérite d'occuper les praticiens, et qui peut arriver à une solution en combinant les observations chimiques avec les observations pathologiques.

VII. — ZOOLOGIE.

1° NOUVEAU GENRE DE CRUSTACÉS DÉCAPODES MACROURES.

M. E. DESMAREST donne lecture d'une notice sur un nouveau genre de crustacés, de la section des décapodes macroures, famille des salicoques. Ce genre, auquel l'auteur applique le nom de *leander*, doit être placé dans la série carcinologique entre les *hippolytus* et les *palemon*, avec lesquels il a beaucoup de rapports.

Les principaux caractères des *leander* sont : carapace garnie d'un rostre formant une crête médiane, fortement dentée en dessus et au contraire sans dents en dessous ; antennes internes présentant trois filets, et les externes uniques, s'attachant un peu au-dessous des précédentes et ayant deux fois et demie la longueur du corps ; pattes en général assez minces, celles de la première paire grêles, terminées par une main didactyle assez grande ; les pattes de la seconde paire, les plus longues de toutes et les plus fortes, se terminant également par une main didactyle bien formée, ayant un carpe entier, non articulé. Rien de remarquable pour les dernières paires de pattes ; abdomen fortement arqué supérieurement et comme bossu, etc.

L'espèce type et unique de ce genre est le *leander erraticus* E. Desm. D'une couleur générale d'un jaune clair, diaphane et comme brillante ; queue offrant une coloration brillante, tachetée de brun et de rouge. Longueur totale : femelle, 25 millimètres ; mâle, 18 millimètres. Largeur : femelle, 6 millimètres ; mâle, 4 millimètres.

Cette jolie espèce a été trouvée en grand nombre dans l'Océan atlantique, en haute mer, à 100 ou 150 lieues des côtes de la Guadeloupe, par M. Ch. Coquerel, chirurgien de la marine nationale, auquel la science est déjà redevable d'intéressantes observations sur plusieurs animaux propres à l'île de Madagascar.

2° CHRYSIS IGNITA.

M. LABOULBÈNE annonce à la Société que le *chrysis ignita*, insecte très-brillant de l'ordre des hyménoptères pupivores vit en parasite dans les nids du *ptosima novem maculata*, coléoptère de la famille des bupsretides.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE NATURELLE DES DROGUES SIMPLES, OU COURS D'HISTOIRE NATURELLE PROFESSÉE A L'ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS, par M. M.-J.-B.-G. GUIBOURT, professeur titulaire à l'École de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc. — 4e édit. — 3 vol. In-8°. — 1er et 2e vol. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, — 1849.

L'ouvrage dont M. Guibourt publie aujourd'hui la 4e édition est une amplification d'un traité qui a depuis longtemps pris le premier rang parmi les ouvrages classiques dont se compose la bibliothèque des médecins et des pharmaciens. D'abord réduit aux proportions d'une simple description des drogues que la pharmacie emprunte aux trois règnes de la nature, il s'est progressivement enrichi, dans les éditions successives, de l'exposé des méthodes naturelles de classification propres à chacun de ces trois ordres de corps et de considérations scientifiques empruntées à chacune des sciences naturelles qui ont ces corps pour objet. Si bien que l'édition actuelle forme, dans son ensemble, un véritable traité complet d'histoire naturelle, pharmaceutique, qui, bien que conçu dans un but d'utilité spéciale et d'après une méthode technique, offre en réalité tout l'intérêt et tous les éléments variés d'instruction qu'on peut se proposer de trouver dans l'étude de l'histoire naturelle générale.

Des trois volumes que doit avoir cet ouvrage, deux seulement ont paru. Le premier volume, consacré tout entier à l'histoire des substances inorganiques, constitue un traité succinct de minéralogie. Le second volume comprend une partie seulement de la botanique ; la suite de l'histoire des végétaux et l'histoire des substances empruntées au règne animal formeront le sujet du troisième volume.

Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, l'étude des corps inorganiques était à peu près bornée aux substances minérales plus particulièrement usitées en pharmacie, et celles-ci étaient classées, d'après une méthode fort simple, en métaux, oxydes, sulfures, acides, sels, etc. En donnant, dans

cette nouvelle édition, un cadre beaucoup plus étendu à l'étude des minéraux, M. Guibourt a obéi à la fois aux exigences de l'enseignement officiel dont il est chargé à l'École de pharmacie et à l'impulsion que son prédécesseur, M. Pelletier, avait donnée, dans ce même établissement, à cette partie de l'histoire naturelle médicale. Il en résultait naturellement la nécessité d'adopter un mode tout différent d'exposition, plus en harmonie avec ce nouveau cadre. Deux systèmes de classification se présentaient, entre lesquels le choix pouvait offrir quelques difficultés : l'un, dont les bases ont été posées par Ampère, consiste à rapprocher les corps les uns des autres par le plus grand nombre de leurs propriétés communes, et à les partager ensuite en genres disposés de manière que l'on passe insensiblement de l'un à l'autre, et qu'un corps qui se trouve sur une limite peut, sans blesser de trop grandes analogies, passer à la limite voisine du genre le plus rapproché. C'est en quelque sorte un cercle qui ne commence et ne finit nulle part, mais que l'on peut couper à volonté en un point quelconque de sa circonférence, lorsque l'on veut passer à l'étude particulière des corps. Le second système est celui de Berzélius : celui-ci consiste à ranger tous les corps simples sur une seule ligne linéaire, au commencement de laquelle figurent l'oxygène et les corps les plus électro-négatifs, et à la fin le potassium et les corps les plus électro-positifs. M. Guibourt, en adoptant le principe de la méthode de Berzélius, comme le plus en harmonie avec le système électro-chimique, le plus généralement adopté aujourd'hui, a cherché néanmoins à combiner jusqu'à un certain point les deux systèmes en suivant le mode d'exposition d'Ampère, c'est-à-dire en établissant dans la série des corps simples, des divisions dans lesquelles ces corps sont groupés d'après l'analogie de leurs propriétés générales, de manière à faciliter ainsi leur étude et en mieux faire saisir les caractères. D'un autre côté, le système électro-chimique était lui-même susceptible de deux interprétations différentes : dans l'une, on forme les séries de corps simples d'après les éléments les plus électro-négatifs, comme en chimie, et l'on comprend dans chaque famille les composés d'un même corps négatif; dans l'autre, on procède d'une manière tout opposée. De ces deux manières M. Guibourt a préféré la première : c'est celle qui a été publiée en 1819 par Berzélius, et suivie depuis par MM. Girardin et Lecoq dans leurs ÉLÉMENTS DE MINÉRALOGIE, publiés en 1826, et qui consiste à étudier d'abord les corps les plus électro-négatifs ou les métalloïdes, tels que le soufre, le carbone, le bore et le silicium ; puis viennent les métaux électro-négatifs, comme l'arsenic, l'antimoine, l'or, le platine, etc.; et à la fin se trouvent les métaux les plus électro-positifs, le fer, le manganèse, l'aluminium, le magnesium, le calcium, le potassium, etc.

Chacun de ces corps est le type ou le fondement d'une famille qui est composée, outre le corps lui-même, de ses composés naturels avec les corps plus électro-négatifs que lui : ainsi la famille du soufre, par exemple, est formée du *soufre natif*, de l'*acide sulfureux*, de l'*acide sulfurique*. Le bore n'existant pas à l'état natif et ne se trouvant qu'à l'état d'acide borique, la famille du bore ne comprend qu'une seule espèce. Quant au *borate de soude*, dans lequel l'acide borique est négatif par rapport à la soude, ou le bore par rapport au sodium, c'est dans la famille du sodium que l'auteur comprend ce sel. La famille de l'arsenic comprend quatre espèces : arsenic natif, arsenic sulfuré rouge ou réalgar, arsenic sulfuré jaune ou orpiment, arsenic oxydé ou acide arsénieux, tandis que l'arséniate de cobaldt fait partie des composés colbaldtiques. Ainsi des autres.

Au tableau des corps simples et des principaux acides et bases qui constituent le plus ordinairement les minéraux, M. Guibourt a joint un *multiplicateur moléculaire*, dont l'usage est de faciliter la conversion de l'analyse quantitative d'un minéral en sa formule chimique.

Chaque espèce minérale est étudiée ensuite au double point de vue de ses formes cristallines et de ses caractères physiques et chimiques, surtout de ceux qui sont tirés de l'action des caloriques et de certains réactifs.

Le deuxième volume comprend les éléments généraux de la botanique, suivis de l'exposition des divers systèmes et méthodes de classification botanique, et la plus grande partie de l'histoire des végétaux. La classification que M. Guibourt a adoptée est celle de de Candolle ; seulement il l'a prise à rebours; tandis que le savant botaniste de Genève commence sa classification par les végétaux les plus complets, composés du plus grand nombre de parties ou d'organes distincts, à l'exemple de Jussieu et du plus grand nombre des botanistes modernes, il lui a paru plus naturel de commencer par les végétaux les plus simples, ou qui n'ont ni feuilles ni organes distincts; puis par ceux qui offrent des feuilles, sans fleurs ni fruits, etc. Il a fait subir en outre à la classification de de Candolle une modification qui, sans changer la série des végétaux, fait mieux cadrer la méthode avec celle de Jussieu et d'autres plus modernes. Cette modification consiste à retirer des monocotylédons, les cryptogames de l'ordre le plus élevé, que de Candolle y avait compris, et à les réunir avec tous les végétaux dépourvus d'organe cotylédonaire, dans une seule division sous la dénomination d'*acotylédonés*. D'après ces principes, il divise tous les végétaux en huit classes répondant à trois grandes divisions, savoir : les végétaux cellulaires ou acotylédonés, comprenant les amphigènes et les acrogènes, et les rizanthés ; les monocotylédonés : cryptogames et phanérogames; les dicotylédonés, comprenant les monochlamidés, les corolliflores, les caliciflores et les thalamiflores. Les espèces végétales dont il est traité dans ce volume sont celles qui appartiennent aux acotylédonés, aux monocotylédonés et aux deux premières classes des dicotylédonés.

Nous n'avons fait connaître jusqu'à présent que le canevas du livre de M. Guibourt. On conçoit assez, d'ailleurs, l'impossibilité de pénétrer plus avant dans l'analyse d'une œuvre de cette nature, toute de détails techniques, et où ce qu'il y a de généralités et de principes se trouve à peu près condensé dans l'exposition des méthodes de classification. Mais ce qu'il importe surtout, et ce que nous ne pouvons omettre ici, c'est de bien déterminer le but précis de l'œuvre, ce qui lui imprime en quelque sorte son caractère particulier. Ce but, parfaitement indiqué par le titre, c'est l'étude de l'histoire naturelle dans tout ce qu'elle a d'utile et d'applicable à la science pharmaceutique. Ce but impliquait dans l'exposition des faits de détail un ordre et une méthode différents de ceux qu'on aurait dû suivre dans un traité ordinaire d'histoire naturelle générale. Tandis que celle-ci embrasse la description de tous les êtres, tels qu'on les trouve dans la nature, l'histoire naturelle pharmaceutique étudie spécialement ceux de ces êtres qui sont applicables à la guérison des maladies; elle comprend en outre la description de leurs parties ou produits utiles, qui sont fournis par le commerce ; de sorte que, bien qu'elle emprunte ses principales connaissances de l'histoire naturelle proprement dite, elle emprunte aussi des indications très-utiles et très-nombreuses à la science du commerçant et du droguiste.

De cette étude mixte ressortent des notions spéciales qui viennent se surajouter aux notions communes de l'histoire naturelle. C'est ainsi qu'à l'occasion de chaque corps, de chaque être ou de chacun des produits qui sont passés en revue, l'auteur, après en avoir fait connaître l'origine, les caractères naturels, les propriétés physiques et chimiques, en signale l'utilité médicale, les propriétés toxiques ou médicatrices le plus généralement reconnues, les conditions de conservation ou d'altérabilité, les contrefaçons ou les substitutions dont ils peuvent être l'objet dans le commerce, en un mot tous les usages et toutes les applications dont ils sont susceptibles dans l'art du pharmacien. Mais tout en ne perdant pas un seul instant de vue ce caractère spécial d'utilité pratique que devait avoir son livre, M. Guibourt n'a pas oublié non plus un autre genre d'utilité que doit se proposer aussi tout professeur chargé d'enseigner dans un grand établissement, celui d'inspirer aux auditeurs et aux lecteurs auxquels il s'adresse, le goût des études sérieuses et de chercher à développer chez ceux qui en sont plus particulièrement susceptibles, l'aptitude à la culture des sciences. La nature même de l'enseignement de M. Guibourt se prêtait plus qu'aucun autre peut-être à ce genre d'utilité; c'est ce qu'il a parfaitement senti lorsqu'il a donné à son œuvre primitive les développements et l'extension qu'elle présente aujourd'hui. Indépendamment, en effet, des notions scientifiques dont chacune des matières de son livre est l'objet, de l'exposé des méthodes et des systèmes de classification qui en encadrent chacune des grandes divisions, et qui lui donnent, ainsi que nous le faisions remarquer au commencement de cet article, ce reflet d'intérêt général qu'offrent toutes les sciences qui ont la nature pour sujet, on trouvera au premier volume, en tête de la partie minéralogique, une introduction dans laquelle l'auteur a esquissé à grands traits et avec un remarquable talent d'exposition, quelques notions générales pleines d'intérêt sur la constitution du globe ; introduction qui ne déparerait pas à coup sûr un traité complet d'histoire naturelle générale.

Ces quelques indications suffiront pour faire comprendre que l'ouvrage de M. Guibourt, bien que spécialement rédigé dans l'intérêt d'une classe particulière de lecteurs, peut et doit trouver aussi des appréciateurs, non-seulement parmi les médecins, mais parmi les savants de tous les rangs, ainsi que toutes les personnes pour qui l'histoire naturelle peut avoir de l'intérêt dans ce qu'elle a à la fois d'utile et d'attrayant.

— **LETTRE DU DOCTEUR GAUDICHON A SES CLIENTS SUR LE CHOLÉRA-MORBUS**, revue, annotée et publiée en 1849, par le docteur THIBAULT, médecin chirurgien du château et de la conservation de Versailles, etc. — Brochure in-8° de 40 pages. Versailles, 1849.

Cette petite brochure est destinée à indiquer aux gens du monde les règles hygiéniques à observer et les précautions dont ils doivent s'entourer en temps d'épidémie, soit pour se préserver du choléra, soit pour en arrêter la marche dès les premiers instants de son invasion. Les conseils contenus dans cette lettre sont tous empreints d'une sage expérience.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — ACCROISSEMENT GÉNÉRAL. — INTENSITÉ PARTICULIÈRE DE L'ÉPIDÉMIE DANS LA BANLIEUE. — ÉTUDE DES CAUSES AUXILIAIRES.

Depuis huit jours le choléra n'a pas cessé de progresser dans la capitale; le nombre des entrées et des décès a triplé, sinon quadruplé en moyenne. Tous les quartiers, tous les âges, tous les rangs ont eu à peu près une égale part à cette augmentation. S'il y a eu quelque différence, ce n'a point été en faveur de la classe aisée. Nous ne pouvons donner le chiffre officiel de la mortalité à domicile, mais ce chiffre n'est que trop appréciable dans les rues de Paris et d'après le mouvement des hôpitaux. Le chiffre total des décès, dans la journée d'hier, serait de six cents.

	Mal. au 1er juin.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 1er juin.	Augment. dans la sem.	Mal. au 8 juin.	Augment. dans la sem.	Morts au 8 juin.	Augment. dans la sem.	Sortis.
La Salpêtrière	1158	68	845	52	1352	194	970	125	240
Hôtel-Dieu	1081	108	508	47	1449	368	661	153	552
La Charité	475	24	278	21	572	97	330	52	181
La Pitié	555	31	274	22	677	122	337	63	252
Bicêtre	194	27	124	11	259	65	145	21	24
Saint-Louis	577	54	274	31	822	245	385	111	256
Beaujon	374	52	188	29	485	111	250	62	141
Hôpital des Enfants	76	16	29	6	97	21	42	13	45
Necker	179	27	81	16	254	75	112	31	100
Sainte-Marguerite	120	9	60	9	166	46	84	24	52
Saint-Antoine	138	45	73	8	185	47	90	17	54
Hôpital des Cliniques	30	3	23	2	36	6	27	4	8
Bon-Secours	134	21	73	8	183	49	97	24	48
Val-de-Grâce	448	67	109	12	633	185	182	73	281
Gros-Cailleu	627	54	215	24	724	97	252	37	352
Ménages	54	10	39	6	83	29	50	11	11
Cochin	66	10	27	4	113	47	44	17	52
Maison de santé	76	12	42	7	123	47	57	15	27
Invalides	57	18	33	6	88	31	55	22	16
Hôpital militaire du Roule	343	37	165	25	402	59	197	32	99
Prison de Saint-Lazare	43	»	21	»	43	»	21	»	14
Incurables (femmes)	13	2	10	3	18	5	15	5	1
Lourcine	24	»	8	»	31	7	13	5	10
La Rochefoucauld	5	»	3	»	5	»	3	»	»
Hôpit. milit. Popincourt	142	»	77	»	142	»	77	»	»
Incurables (hommes)	11	»	9	2	29	18	29	20	»
Sainte-Périne	2	»	2	»	7	5	5	3	»
Maison d'accouchement	2	»	1	»	3	1	1	»	»
Hôpital du Midi	»	»	»	»	2	2	1	1	»
Totaux	7004	665	3601	361	8983	1979	4532	941	2825

Il y a malheureusement quelque chose de plus significatif encore que le chiffre, c'est l'intensité exceptionnelle de la maladie. Tout le monde l'a remarqué, la maladie se montre avec des caractères effrayants et marche avec une rapidité sans exemple. Il y a huit jours on constatait une exacerbation de tous les symptômes et la mort n'arrivait qu'après une lutte quelconque. Aujourd'hui l'explosion des symptômes est instantanée, et la maladie se termine avant qu'ils aient pu se manifester complétement. Ce n'est plus une lutte de l'organisme, mais une sidération de la vie. Dans la première période de l'épidémie, on avait compté quelques exceptions très-rares de choléra foudroyant; aujourd'hui ces exceptions sont beaucoup plus communes; c'est peut-être le symptôme le plus caractéristique et le plus effrayant de l'empoisonnement; ce qui le prouve en dernier lieu, c'est que ceux qui succombent presque sans avertissement succombent sans douleur. Contre la foudre qui vous frappe, il n'y a point de remède. Mais de ce que les cas de cette sorte se sont multipliés et ont ainsi augmenté le nombre des exceptions à la règle, il ne s'ensuit pas qu'il faille perdre de vue les avantages de l'une au profit des dangers de l'autre. C'est un motif, au contraire, de surveiller plus que jamais les premières manifestations de l'influence épidémique, car il y a bien plus aujourd'hui de chances pour les sujets atteints de cholérine d'aller jusqu'au choléra qu'au début de l'épidémie : tous les degrés d'action de la cause épidémique ont augmenté en proportion. Il est une remarque que nous avions faite précédemment sur la chance de conversion de la diarrhée prodromique en choléra déclaré, qui acquiert aujourd'hui une nouvelle importance. Nous avions déjà dit qu'il ne suffisait pas d'arrêter la diarrhée pour enrayer l'évolution du choléra : la suppression du symptôme n'est pas l'expulsion de la maladie. Les circonstances actuelles ne l'ont que trop prouvé. Nous avons vu en effet, et on nous a rapporté maints cas de diarrhée prodromique arrêtée pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures par la diète et les lavements laudanisés, donner lieu ensuite, sans autre avertissement, au choléra le plus grave. Ce n'est pas le cas de nous livrer à des discussions théoriques, pour établir que, dans ces circonstances, la suppression du symptôme n'a pas

Feuilleton.

L'INFIRMIER MILITAIRE.

L'infirmier militaire ne déploie pas toujours le zèle et l'empressement si nécessaires pour seconder les efforts des médecins; il manque trop souvent de ces soins affectueux, de ces douces prévenances qui rasserènent l'esprit inquiet, et pacifient l'économie troublée du soldat couché dans un lit d'hôpital.

Ces faits sont incontestables; ce sont des maux réels auxquels il importe d'opposer des remèdes efficaces.

Énonçons-le franchement : la cause de cette tiédeur dans l'accomplissement de leurs devoirs réside bien moins dans l'infirmier que dans l'armée et dans l'administration : dans l'armée, parce que, loin de faire aimer et estimer sa profession à l'infirmier militaire, elle tend à inspirer à celui-ci du dégoût pour des fonctions auxquelles elle n'épargne ni épithètes dédaigneuses ni petits mépris; dans l'administration, car en refusant au médecin le pouvoir disciplinaire direct, elle lui a enlevé tout le prestige de l'autorité. Or, dépouillé de l'ascendant qu'il pourrait faire si utilement fructifier, le médecin ne saurait inculquer à l'infirmier le sentiment de sa dignité, l'amour de son devoir, et ses efforts sont vains pour lui persuader que sa mission est aussi honorable que méritoire.

Nous n'essayerons pas de caractériser la ligne de conduite que les militaires suivent envers les infirmiers, ni de spécifier un à un les gestes, les paroles, les demi-provocations dont on est si libéral à leur égard; ces conséquences d'un funeste préjugé consistent souvent en manœuvres qui se révèlent plutôt par ce qu'elles laissent deviner que par ce qu'elles expriment. Ceux qui ont vécu avec l'armée ont pu saisir toutes les nuances délicates et difficiles à reproduire du tableau que nous pourrions tracer ici.

Ces humiliations incessantes retentissent vivement chez ceux auxquels elles s'adressent, parce que leur susceptibilité, toujours sous la menace de provocations nouvelles, est plongée dans un perpétuel éréthisme. Si l'infirmier militaire est un peu querelleur et irascible, s'il est d'un caractère quelquefois difficile, c'est parce qu'on lui a fait ce caractère.

Le soldat, qui ne consent guère à considérer l'infirmier militaire comme un camarade en tout semblable à lui, comme son égal en dignité et en importance, ce soldat aura peut-être besoin demain de ces soins affectueux que des règles ne peuvent formuler, que la discipline ne peut ordonner, mais qui sont commandés par le cœur et dictés par le sentiment. Or l'homme a des faiblesses dont l'éducation ne le débarrasse jamais entièrement, parce qu'elles sont inhérentes à sa nature même : une humiliation laisse presque toujours un ressentiment vague, instinctif, qui se manifeste de soi-même, sans qu'un blâmable calcul y prenne part, sans que la raison puisse être accusée d'être venue méchamment y joindre la préméditation.

enrayé l'évolution du mal. Nous préférons nous en tenir à l'énoncé d'un fait et d'un fait puissant suivant nous. Ce fait le voici : Dans plusieurs centaines de cas où les moyens de supprimer la diarrhée prodromique ont été accompagnés ou suivis de l'emploi d'un évacuant salin (eau de Sedlitz), il n'est survenu aucun cas de choléra consécutif ; n'est-ce pas que par cette médication on ne suspend pas seulement une des manifestations du choléra, mais on en détruit et expulse le germe.

Un fait remarquable, au milieu de l'accroissement général de l'épidémie de Paris, c'est son intensité particulière dans la banlieue. Ainsi qu'on l'a fait remarquer à la dernière séance de l'Académie, cette intensité est des plus remarquables dans la plupart des communes situées à deux ou trois lieues de la capitale, dans tout le bassin de la Seine, et surtout aux environs de Saint-Denis et de Grenelle. Nous citerons particulièrement les communes de Clichy, de Saint-Ouen, d'Argenteuil, de Genevilliers, de Courbevoie, du Gros-Caillou, de Grenelle enfin, où l'on comptait, ces jours derniers, plus de soixante décès par jour. Dans ces localités, la gravité particulière du mal semble avoir suivi la progression du nombre. Il est telle de ces communes où on ne compte encore aucun cas de guérison. En présence de ce double fait d'une aggravation générale de l'épidémie et de son accroissement exceptionnel dans des localités qui paraissaient dans des conditions plus favorables, on est conduit tout naturellement à rechercher la cause de cette différence. Les communes rurales des environs de Paris paraîtraient devoir offrir les avantages de la campagne, d'une bonne ventilation, d'un défaut d'encombrement, etc., et par conséquent devoir se soustraire plus facilement aux influences de l'épidémie. Mais les choses sont loin d'être ce qu'on les supposait au premier abord. Avant de nous occuper de ce point, disons deux mots de l'origine de l'exaspération subite de l'épidémie.

On a constaté généralement que le choléra avait redoublé d'intensité avec l'accroissement de la température. Cette coïncidence n'a pas été constatée seulement pour Paris et ses environs, mais pour toutes les parties de la France où régnait déjà l'épidémie. Nous en avons conclu, avec beaucoup de personnes, à une relation de cause à effets. Cette opinion a rencontré immédiatement un certain nombre d'adversaires. L'argument qu'ils opposent est que le choléra se développe sous toutes les températures, et que plusieurs phases de sa plus violente intensité ont coïncidé dans le Nord avec le froid le plus rigoureux. D'autres personnes, justement imbues de l'idée que le poison cholérique est une cause toute spécifique, répugnent à admettre l'intervention des causes générales ; enfin, l'épidémie de 1832 n'a pas eu besoin du secours de la chaleur pour produire ses désastres, supérieurs jusqu'à présent à ceux de l'épidémie actuelle. Ces arguments ne sont que spécieux ; il suffit de les examiner un peu de près pour qu'ils perdent toute apparence de valeur.

Il faut distinguer, dans l'action des causes épidémiques, la dose ou quantité de ces causes et les conditions où elles fonctionnent. Une quantité de poison comme 100 agira dans toutes les conditions, sous toutes les influences, malgré ou avec toutes les températures, autrement qu'une quantité comme 10. Le choléra de 1832 a fait explosion comme une épidémie des mieux fournies à son début ; il a donc pu se jouer de toutes les conditions et influences auxiliaires Mais arrivé à son déclin, à l'épuisement de sa force toxique initiale, n'a-t-il pas offert lui-même un résultat analogue à ce que nous voyons aujourd'hui ? L'épidémie de 1832, qui avait commencé à la fin de mars, semblait toucher à son terme vers la fin de juin ; ne l'a-t-on pas vue reprendre tout à coup, sous l'influence des chaleurs brûlantes de l'été, presque son intensité première. Cette recrudescence, que d'autres ont considérée comme une seconde épidémie, ne montre-t-elle pas comme une espèce de réveil, comme une espèce de révivification des germes assoupis du choléra ? N'est-ce pas exactement ce que nous voyons aujourd'hui ? Le choléra de 1849 avait débuté d'une manière modérée ; il avait commencé comme le choléra de 1832 avait terminé sa première phase ; dans les deux cas, c'est sous l'influence d'une température élevée qu'il a semblé multiplier ses germes. Mais, en fin de compte, n'est-ce pas ce qui s'observe dans la plupart des épidémies des pays chauds ? Ne voit-on pas les maladies les plus graves s'assoupir pendant les saisons froides ou tempérées, pour renaître presque à peu près avec le retour des chaleurs ? Ce qui arrive pour ainsi dire normalement dans un cas n'explique-t-il pas ce qui arrive exceptionnellement dans l'autre ?

Ce qui précède rend tout naturellement compte des faits qui ont été signalés à l'Académie pour expliquer le surcroît d'intensité de l'épidémie dans la banlieue de Paris. On a fait remarquer l'influence des amas d'eaux stagnantes provenant des blanchisseries, combinées avec les dépôts d'immondices, boues de Paris, gadoue. Ces deux éléments, accumulés autour des habitations, subissent par la chaleur une fermentation putride ; ils répandent au loin une infection horrible. Cette influence, en temps ordinaire, développe des maladies. Suivant M. Dupuy, bon nombre d'épizooties n'auraient pas eu d'autres causes. On comprend donc que de telles conditions d'insalubrité soient favorables à l'action spécifique de l'intoxication cholérique. On ne veut donc pas dire par là que l'infection produite par les masses d'eaux stagnantes des blanchisseries et les gadoues soient susceptibles d'engendrer le choléra : ce ne sont que des auxiliaires de son action, et on ne les donne que pour cela. Cette manière de voir nous aurait paru incontestable tant en fait qu'en principe, s'il ne s'était trouvé quelques esprits sceptiques pour la révoquer en doute. M. Rochoux, que l'on trouve toujours sur la voie de la vérité, mais non pour lui venir en aide, a allégué que les relevés de 1832 n'avaient fourni aucun résultat favorable à cette opinion. La mortalité, a-t-il dit, des localités où il y avait, à cette époque comme aujourd'hui, des masses d'eaux stagnantes et des dépôts de boues de Paris, n'a pas dépassé la moyenne des autres localités. M. Rochoux aurait pu remarquer que l'épidémie de 1832 a débuté partout avec une violence qui s'est passée de toutes les causes auxiliaires, et qu'au fort de l'épidémie, l'extrême chaleur n'avait pas mis en action la fermentation des éléments putrides auxquels on croit pouvoir attribuer aujourd'hui une influence. C'est que les causes sont modifiés par les circonstances, et il n'y a que des esprits obstinés pour ne pas apprécier leurs conditions de variation. M. Rochoux pourrait s'en convaincre par une simple promenade dans la banlieue de Paris, en été et en hiver ; il verrait que les mêmes éléments impressionnent l'odorat d'une manière fort différente dans les deux saisons.

Au moment où nous terminons ces lignes, un orage suivi d'une pluie torrentielle vient de rafraîchir la température. Espérons qu'avec le changement subit de l'atmosphère, l'épidémie perdra de son intensité.

Voyez ce patient plongé dans la stupeur de la fièvre typhoïde : à demi isolé du monde qui l'entoure, étendu immobile comme une masse inerte, sans voix pour appeler, sans expression dans le regard pour implorer, il souffre pourtant ; sa langue est sèche comme un parchemin, et une soif ardente le dévore. L'infirmier s'est approché ; il lui soulève la tête et lui offre à boire avec précaution, peu à la fois, afin que la liqueur bienfaisante ne soit pas rejetée, mais parvienne à l'estomac, qui l'attend et l'absorbe avec avidité. Pendant qu'il remplit consciencieusement sa tâche, l'hospitalier reconnaît, sous le voile de la maladie, l'homme qui lui lançait en passant l'épithète de croque-mort, en lui jetant un sourire moqueur. Sans doute il ne laissera pas retomber durement la tête sur l'oreiller, mais, comme malgré lui, il la posera avec un peu moins de douceur ; sans doute sa physionomie ne prendra pas un air menaçant, mais elle perdra cette expression de sollicitude et de bonté qui rassure le malade et lui rend la confiance ; sans doute il n'abandonnera pas sans secours le malheureux que la soif consume, mais il oubliera de passer aussi souvent près de lui, dans ses longues nuits de douleur. Or quel est le règlement qui prescrit combien de fois il faut donner à boire, pendant la journée, dans telle maladie arrivée à telle période ? quel article détaille et précise les précautions à prendre, et formule la délicatesse des mouvements, leur ensemble et leur succession ? Tous ces soins émanent du cœur et de la fraternité ; or vous avez blessé le cœur de l'hospitalier, et jamais vous ne lui avez prouvé votre fraternité par les effusions et les épanchements de la camaraderie.

Si l'infirmier ne peut rien trouver, par votre faute, dans ses sentiments affectifs, lui sera-t-il possible au moins de s'inspirer de l'amour de son devoir, de l'estime de sa mission ? Pas davantage. Il est à craindre que vous ne lui ayez fait prendre en dégoût la profession qui lui attire vos dédains. Il s'en acquittera donc comme d'un métier, sans dévouement ; il achèvera sa tâche pour qu'il soit dit qu'il a matériellement terminé ; il ne déploiera ni zèle, ni prévenances, ni attentions, parce que tout cela, nous le répétons, serait du dévouement, et qu'on ne se dévoue que pour accomplir un devoir qui laisse un sentiment de satisfaction, qui honore l'homme et le relève dans sa propre estime. Si jamais le soldat venait à croire que la gloire est un vain mot, la victoire un massacre, le courage un sentiment factice et de convention, il faudrait le mener au combat à coups de fouet.

L'infirmier militaire, tel qu'il est aujourd'hui, nous paraît plus dévoué qu'on ne pourrait rationnellement l'espérer d'après la position qu'on lui a faite. L'armée a bien plus à réparer à son égard, qu'il ne lui reste de dettes envers elle ; elle est en retard, et il est en avance.

Il est regrettable que les préjugés de la foule soient souvent partagés par des hommes haut placés, que leur éducation aurait dû pourtant mettre en garde. A cette proposition : « confier les malades à des soldats détachés de leurs régiments, pour que les premiers reçoivent des soins plus empressés, » nous avons entendu des chefs de corps répondre qu'ils ne souffriraient jamais que leurs hommes descendissent à ce métier. Cette parole est bien dure ou bien irréfléchie. C'est dans ce dernier sens que nous l'avons interprétée.

Vous ne voulez pas concéder à l'infirmier militaire autant d'honneur et de dignité qu'au soldat ; l'histoire prouve cependant qu'il a, depuis une haute antiquité, acquis et mérité sa place à ses côtés.

Notre excursion sera rapide dans les temps anciens. Chacun sait qu'à l'époque

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LES BRUITS DU CŒUR DANS LE CHOLÉRA; lue à la Société de biologie, par M. le docteur BOUCHUT.

J'ai déjà eu l'occasion d'entretenir la Société de quelques faits relatifs à la composition particulière des liquides excrémentitiels dans le choléra, et l'observation ultérieure a confirmé ces premiers résultats, qui sont désormais acquis à la science.

Aujourd'hui je viens vous parler des mouvements et des bruits du cœur dans le cours de cette maladie.

Il m'importait beaucoup de savoir si, dans le choléra, au moment où la vie, prête à s'éteindre, est refoulée à l'intérieur, dominée par une force inconnue mais terrible, le cœur conservait la régularité de ses mouvements, ou si, au contraire, ainsi que plusieurs personnes l'avaient avancé en 1832, les fonctions de cet organe pouvaient être perverties au point de ne pas trahir leur accomplissement.

J'ai suivi quelques cholériques dans leur agonie jusqu'au dernier moment de leur existence, et c'est par la disparition des bruits du cœur que j'ai pu constater l'instant de la mort. Ces bruits peuvent être modifiés dans leur nombre, dans leur rhythme ou par des bruits anormaux, mais ils existent, et c'est là le fait constant que je tenais à établir. La seule chose qui mérite d'être mentionnée, c'est que pendant les deux dernières heures de l'existence, un simple bruit remplace le double tac qui existe dans l'état naturel.

Dans ces recherches, messieurs, j'ai pu constater d'autres faits aussi intéressants que nouveaux, et qui sont relatifs à l'état du cœur dans les diverses périodes de la maladie.

Au début, dans le cours de la cyanose et même encore au commencement de la période de réaction, quelques-uns de nos malades ont paru éprouver de la gêne à la région précordiale et des bruits anormaux trahirent chez eux le trouble de l'organe central de la circulation. Ces phénomènes n'eurent rien de grave, et ils se dissipèrent en quelques jours, bien avant l'entière guérison des malades.

Une fois ce fut un bruit de souffle au second temps, au-dessous et en dehors du mamelon gauche. Il disparut au bout de deux jours et avait été bien constaté par un grand nombre de personnes, et en particulier par MM. Rostan et Louis.

Quatre autres sujets nous offrirent à étudier dans la région précordiale, tantôt à la base, tantôt à la pointe, des bruits de frottements plus ou moins marqués qui rentraient évidemment dans la catégorie des bruits de cuir neuf. Ce fut, dans ces divers cas, un craquement particulier plus ou moins fort, une fois très-désagréable et analogue à un véritable bruit de gargouillement très-fin. On eût dit le résultat de l'introduction de l'air dans le cœur, mais c'est là une hypothèse inadmissible, car il n'y avait pas d'augmentation de résonnance à la région précordiale, et le malade a guéri.

Chez aucun de ces malades, il n'y eut de matité ni de voussure thoracique; ils éprouvaient seulement un léger sentiment de compression dans la poitrine au niveau du cœur, mais cela ne fut pas très-marqué, et d'ailleurs cela dura peu, car tous ces malades ne présentèrent ces phénomènes que d'une manière très-fugitive du deuxième au cinquième jour de leur maladie environ. Tous ont été visités par la plupart des médecins et des internes de l'Hôtel-Dieu, et l'on s'est généralement accordé pour considérer ces faits comme des cas de péricardite légère.

Ainsi, dans la première période du choléra, il peut y avoir une modification passagère de la texture du cœur, soit une congestion de l'endocarde avec épaississement des valvules, comme je l'ai vu sur quelques cadavres, soit un état phlegmasique du péricarde analogue à ce qui a été observé dans d'autres membranes séreuses, la plèvre ou le péritoine, selon qu'il résulte des observations de M. Contour.

D'autres bruits que ceux dont nous venons de parler se manifestent à une période plus avancée du choléra, dans la période de convalescence; mais, hâtons-nous de le dire, ces bruits tiennent certainement moins à l'état matériel du cœur qu'à la composition du sang qui s'y trouve versé. Ce sont des bruits de souffle placés au premier temps du cœur, à sa base, et se propageant dans l'aorte et les carotides.

J'ai examiné quinze convalescents du choléra, et treize d'entre eux m'ont présenté ce bruit de souffle à divers degrés d'intensité, je dirai même d'intermittence. C'était chez des hommes; car je n'ai pas voulu tenir compte de la même observation chez des femmes, afin d'éviter toute erreur avec les bruits de la chlorose.

Chez quelques sujets le bruit était constant : c'était un souffle doux, moelleux, facile à constater à la base du cœur, dans l'aorte et dans les carotides.

Chez d'autres, il était constant; mais il n'existait pas au cœur, et n'était appréciable que dans l'aorte et les vaisseaux du cou.

Sur quatre malades enfin, ce bruit était intermittent, tantôt facile à saisir, tantôt impossible à retrouver, à moins d'une extrême complaisance; mais il suffisait d'attendre quelques minutes pour l'apprécier de nouveau.

Quelle est la cause de ce bruit de souffle? Déjà, messieurs, vous l'avez deviné. Sa nature moelleuse, son siége dans les vaisseaux, l'époque de son apparition dans la convalescence du choléra, et après d'abondantes évacuations séreuses, sa présence chez des sujets masculins, tout indique qu'il est le résultat de l'anémie. En effet, je crois que c'est à une modification de composition du sang, à l'appauvrissement de ce liquide, qu'il faut le rapporter.

Je n'insisterai pas davantage. Je désirais signaler ce phénomène à votre attention; mais tout rationnel qu'il peut vous paraître, je crois qu'il ne faut l'admettre encore qu'avec une sorte de réserve, en attendant qu'il soit confirmé par de nouvelles observations. Je ne doute pas qu'il le soit, et alors, l'état des malades dans la convalescence du choléra étant bien déterminé, on pourra mieux qu'autrefois indiquer la nature des remèdes à employer contre les divers accidents nerveux ou névralgiques qui accompagnent encore cette période de la maladie. C'est, je crois, une indication formelle de l'usage des substances amères et des toniques ferrugineux à l'intérieur.

---

héroïque de la Grèce, la chirurgie était pratiquée par les rois et par les demi-dieux. Certes, le soldat qui secondait son souverain dans l'exercice de cet art si noble que des mains royales ne le dédaignaient pas, certes ce soldat ne pouvait pas être considéré comme se livrant à des occupations viles. Il est probable en outre que les médecins primitifs donnaient quelquefois à leurs malades tous les soins, depuis les plus relevés jusqu'aux plus humbles, de même que les premiers chefs militaires combattaient comme le dernier de leurs soldats.

Si l'on ne trouve chez les Grecs aucune trace d'un corps spécial d'infirmiers militaires, il n'en est pas ainsi chez les Romains. Les *optati* ou *optiones castorum*, soldats destinés à remplacer au besoin les combattants tués dans la mêlée, avaient mission de soigner les blessés, sous la direction des médecins, tant que leurs bras n'étaient pas réclamés pour la bataille. D'autres hommes, qui n'étaient probablement pas militaires, se trouvaient également chargés de veiller près des malades; on les nommait *accensi* ou *accensiti*. Mais nous pensons que ce sont les *optiones valetudinarii* qui se rapprochent le plus de nos infirmiers militaires. Le soldat trouvait encore d'autres secours : souvent les guerriers de la même tente, *contubernales*, allaient tour à tour garder leurs camarades couchés à l'infirmerie. *Flavius Vopiscus* nous a conservé l'édit de l'empereur Aurélien qui ordonne *ut milites sibi mutuo, quasi servi, obsequerentur, ut à medicis facilius curarentur*. Cette réciprocité de services hospitaliers, dont la proposition récente de remise en vigueur a excité des répulsions, est encore en usage aujourd'hui chez plusieurs peuples de l'Europe. Grâce à ce système et aux préposés spéciaux, le soldat romain trouvait des soins assurés, et l'exécution des ordonnances du médecin était garantie dans les *valetudinaria* établis au centre des camps, véritables infirmeries ou ambulances sur lesquelles, au dire de Polybe, les généraux, les consuls, les empereurs veillaient avec une sollicitude toute particulière (1).

N'ayant trouvé dans les anciens auteurs aucun passage indiquant le rang que les *optiones valetudinarii* occupaient sur l'échelle de la hiérarchie sociale, nous aurons recours aux preuves indirectes dont nous avons déjà usé en parlant des Grecs. On ne pouvait considérer comme livrés à un profession infime les hommes qui coopéraient au succès du traitement formulé par le médecin, à Rome où l'art médical était réputé plus utile que celui de la guerre (2), où les archiâtres palatins portaient le titre de *dux, perfectissimus vir*, comptaient les empereurs parmi leurs amis (3), et marchaient de pair avec les premiers officiers du palais.

Les dames romaines du plus haut rang ne croyaient pas déroger en prodiguant leurs soins aux malades, témoin Fabiola, cette illustre et miséricordieuse dame,

(1) On cite surtout Trajan, Alexandre Sévère, Germanicus, Bélisaire, Aurélien, Auguste, etc. Xénophon nous apprend que Cyrus partageait cette sollicitude.

(2) V. *passim* dans les Codes de Justinien et de Théodose, et dans les LETTRES de Libanius, p. 353, 636. Amsterdam, 1738. In-folio.

(3) Par exemple, le médecin Cæsarius, ami des empereurs Valens et Valentinien. (Gregor, nazianz. orat., X)

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES COMATEUSES QUI ONT RÉGNÉ, EN 1847, DANS LA SUBDIVISION DE TLEMCEN, NOTAMMENT A SEBDOU; par MM. E. SONRIER, chirurgien en chef de l'hôpital de Sebdou, lauréat de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, et FÉLIX JACQUOT (de Saint-Dié), médecin des hôpitaux militaires.

(Suite. — Voir les numéros 4 et 10.)

III. — DIAGNOSTIC.

N'ayant pas la prétention de faire une monographie complète, et notre unique but étant seulement de chercher à éclairer quelques points de l'histoire des fièvres carotiques, nous ne sommes pas tenus de présenter les caractères qui distinguent nos fièvres paludéennes des maladies qui peuvent offrir quelque similitude symptomatologique; mais il est indispensable, avant d'arriver au traitement, d'établir quelques divisions dans les fièvres carotiques mêmes, par la raison que ces catégories dictent des indications thérapeutiques différentes. Or la fièvre carotique peut être simple : nous venons d'en tracer en détail la symptomatologie; elle aussi peut être apoplectique ou bien syncopale.

FORME SYNCOPALE. — Les extrémités et même toute la périphérie du corps sont froides; la sueur est visqueuse, la face pâle; le pouls est insensible, et les battements du cœur sont à peine perceptibles; la respiration est presque éteinte; les contractures permanentes sont bien rarement observées: le collapsus est général. L'observation suivante mettra en relief la plupart de ces symptômes.

FIÈVRE CAROTIQUE SYNCOPALE; TEINTE ICTÉRIQUE; ONZE JOURS DE COMA; GUÉRISON.

OBS. V. — Pointu, du 5e de ligne, 25 ans, tempérament bilioso-sanguin, constitution chétive et amaigrissement, est apporté à l'hôpital le 19 septembre, atteint d'un accès pernicieux. Nous avons appris plus tard qu'il avait éprouvé trois jours de céphalalgie rémittente. Il est en Afrique depuis dix-neuf mois. Il a séjourné en mai et juin, pendant cinquante-huit jours, à l'hôpital de Tlemcen pour une affection hépatique, accompagnée d'ictère. Un mois après sa sortie, il a souffert d'une diarrhée qui a duré trente jours.

19 septembre. Décubitus dorsal; résolution complète des membres; sensibilité et motilité abolies. L'expression de la face est cadavéreuse; coloration ictérique générale très-prononcée, d'un jaune citron. Les yeux sont clos, les pupilles dilatées; mais il n'y a pas de strabisme. Les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure sont les seuls de tout le corps qui soient contracturés. En abaissant, à l'aide d'une certaine force, la mâchoire inférieure, on aperçoit la bouche aride et la langue sèche et noirâtre. Les mains sont portées aux parties génitales. La déglution se fait avec bruit, comme si le liquide tombait dans un tube inerte. Constipation. La respiration est tellement faible, que nous doutons un instant si elle a véritablement lieu. Le pouls et les battements du cœur sont à peine sensibles. La peau est sèche, crasseuse et froide. Le sujet exhale une odeur repoussante, et les mouches se précipitent en foule sur lui, comme sur un cadavre; mais une dernière lueur de vitalité nous est révélée par une légère grimace que lui arrache la pression que nous exerçons sur l'hypocondre droit. (Prescrip. : Lim. gomm.; sulf. quin., 1 gramme; vin de quinquina; frictions sur tout le corps et quelques stimulants; sinapismes.)

20. Le malade est dans le même état. (Même prescription.)

21. Le carus persiste; mais le corps est moins glacial, et le sujet manifeste de la douleur quand on palpe l'épigastre. (Lim. gomm.; 3 ventouses scar. à l'épigastre; sulf. quin., 1 gramme, et vin de quinquina.)

22. Même état. Il n'y a pas eu de selles depuis le 18. (Même prescription; un purgatif; des sinapismes.

23, 24, 25. Le carus n'a pas cessé; mais un peu de chaleur a reparu, et les fonctions respiratoire et circulatoire s'exercent un peu moins mal. La constipation persiste. (Même prescription; vin de cannelle; potion ferrugineuse.)

26. Le malade paraît sortir un peu de sa torpeur; sa face n'est plus cadavéreuse; le ventre s'assouplit après l'évacuation de deux selles; la langue est moins sèche; le pouls s'est relevé; la peau est moite. Les deux selles sont noires, infectes, et semblent provenir d'une hémorrhagie intestinale. Le malade est anémique. (Limonade fortement acidulée; vin de quinquina; vin de cannelle; potion ferrugineuse.)

Dans la soirée, le pouls est fréquent et développé, et la peau se couvre de sueur. Nous croyons reconnaître un accès.

27. L'amélioration est à peine sensible; le malade est toujours dans le coma. (Lim. gomm.; sulf. quin., 1 gramme; vin de cannelle.)

La fièvre a probablement reparu à trois heures; la sueur est considérable. On donne une potion éthérée, sans compter retrouver le sujet vivant le lendemain.

28. Légère amélioration La langue s'humecte; la déglutition est facile; le ventre est souple; il y a une selle grisâtre; le pouls est assez développé; la respiration, qui toujours est restée languissante, commence à devenir normale. Les mains, pour la première fois, ne sont plus portées aux parties génitales. (Lim. gomm.; sulfate de quin., 1 gramme et demi; vin de quinquina; potion ferrugineuse; potion éthérée.)

Léger accès à trois heures.

29. Le mieux continue. Très-léger accès à trois heures. (Même prescription.

30. Le malade est resté jusqu'aujourd'hui isolé de tout ce qui l'entoure; son coma dure depuis le 19. Il se réveille comme d'un profond sommeil, dont il ne se rappelle pas le début. Il dit n'avoir nullement souffert. Il est tellement affaibli qu'il ne peut soulever le bras; sa voix est éteinte; la moindre conversation le fatigue; il ne peut fixer longtemps son attention sur un objet. (Même prescription.)

A partir des premiers jours d'octobre, nous avons commencé à nourrir le malade, tout en continuant les toniques. Les forces lui sont revenues assez rapidement pour qu'il pût sortir le 19 octobre.

FORME APOPLECTIQUE. — Quand le raptus sanguin se porte avec force vers la tête, les symptômes sont différents, selon que les lésions physiques et les désordres dynamiques sont assez graves pour menacer la vie d'une extinction immédiate, ou que l'accès n'a pas cette intensité. Dans le premier cas, toutes les fonctions, prêtes à cesser, offrent des phénomènes assez semblables à ceux que nous avons notés dans la forme syncopale; dans le second, ils présentent des différences notables. La face est stupéfiée, mais vultueuse, violacée. La respiration est large, lente, sonore, à moins que la convulsion des muscles respirateurs ne l'enraye, ou ne lui donne quelque chose de saccadé et d'irrégulier. La peau est chaude, moite ou couverte de sueur. Enfin, tandis que, dans la forme syncopale, toutes les contractures semblent se résoudre dans le collapsus général, elles sont ici très-énergiques et persistantes : ce sont l'opisthotonos, le trismus, le spasme tonique des muscles de la déglutition. Nous ajouterons que, même dans la forme apoplectique la plus grave, qui offre certains caractères symptomatologiques

---

pour me servir de l'expression de saint Jérôme, qui fonda, au commencement du quatrième siècle, un hôpital dont elle demeura jusqu'à sa mort la première infirmière.

D'autres hôpitaux furent encore établis à Rome, notamment par Bélisaire, sur les voies Appienne et Flaminienne; mais c'est dans l'empire d'Orient, notamment à Byzance, qu'ils se multiplièrent surtout.

Léon le stratégiste (Léon VI dit le Sage) nous apprend que, parmi ces hôpitaux, il existait de véritables hôpitaux militaires, desservis par des moines infirmiers appelés *parabolains*. Les soldats blessés dans le combat ne restaient pas non plus sans secours : les *despotats* les ramassaient sous les traits de l'ennemi, et les portaient loin de la mêlée, près des chirurgiens qui devaient les panser. Les *despotats* sont tout à fait nos infirmiers militaires, avec cette différence qu'ils étaient pris dans les légions dont ils conservaient le costume.

Chez les Gaulois et les Celtes, les guerriers étaient suivis au combat par leurs femmes et leurs filles, qui suçaient et pansaient leurs plaies (1), puis les ramenaient sous le toit paternel, où elles continuaient à leur prodiguer des soins.

Plus tard, chaque manoir féodal eût son infirmerie, où l'on recevait les preux blessés dans leurs courses aventureuses. Souvent les nobles *damoiselles* pansaient leurs plaies, et le châtelain donnait à son hôte, contre les *horions, entasmures et navreures*, de miraculeux *breuvages dont ses ayeux lui avaient transmis la recette.*

A peu près à l'époque où les musulmans ouvraient à Dschondisabour un hôpital et une école de médecine, les marchands d'Amalfi fondaient à Jérusalem l'hôpital de Saint-Jean l'Aumônier. C'était au septième siècle. Le mot hôpital, employé par les auteurs modernes pour désigner cet établissement, en donne une idée inexacte, puisqu'on y admettait les pèlerins malades et ceux dont la santé n'avait éprouvé aucune atteinte, mais qui manquaient d'asile et réclamaient protection. Les johannites, qui desservaient cet établissement, changèrent bientôt leur titre de frères pour celui de chevaliers hospitaliers de Saint-Jean de Jérusalem, et jouèrent un grand rôle sous le nom de chevaliers de Rhodes et de Malte. Raymond du Puy, deuxième grand maître de l'ordre, s'intitule encore *custos* ou *magister hospitalis, servus pauperum*. C'est lui qui militarisa le premier des religieux, pour les mettre en état de défendre ceux envers lesquels ils exerçaient l'hospitalité.

Les teutoniques et les chevaliers de Saint-Lazare ont commencé comme les hospitaliers de Saint-Jean de Jérusalem. L'ordre de Saint-Lazare, qui resta fidèle à sa destination, se consacrait exclusivement à la curation de la lèpre, et les statuts portent même que le grand maître doit être choisi parmi les hommes affectés de cette maladie.

Les infirmiers militaires peuvent donc revendiquer pour leurs fastes les premières pages historiques des plus illustres et des plus nobles milices du moyen âge, puisque ces chevaliers se restreignirent d'abord à l'hébergement des pèlerins valides et au soulagement des malades. Nous ajouterons qu'ils s'acquittaient de

(1) Nec illæ numerare aut exsugere plagas pavent. (Tacite, DE MOR. ANTIQ. GERMAN.)

communs avec la forme syncopale, les contractures existent presque toujours.

Nous donnons ici deux observations de fièvres comateuses apoplectiques du caractère le plus grave.

FIÈVRE CAROTIDE APOPLECTIQUE; DEUX ACCÈS; MORT LE TROISIÈME JOUR; AUTOPSIE; FOYER APOPLECTIQUE.

Obs. VI. — Toissier, brigadier au 2e chasseurs d'Afrique, 22 ans, en Afrique depuis longtemps, constitution robuste, tempérament sanguin. Après trois jours de céphalalgie rémittente, il est pris d'un accès pernicieux, et nous est rapporté dans l'état suivant, vers midi.

24 septembre. Supination, immobilité, intelligence abolie, colapsus des membres, sensibilité presque éteinte; paupières demi-closes, pas de strabisme ni de dilatation des pupilles; muscles des mâchoires contracturés et de la déglutition; respiration haute et fréquente; pouls à peine sensible; peau froide; la peau est stupéfiée, mais vultueuse. (Prescription : limonade gommée; lavement avec 2 grammes de sulfate de quinine; 2 ventouses scarifiées à la nuque; saignée de 500 grammes; sinapismes aux mollets.) Les ventouses donnent à peine du sang, et deux piqûres de la veine ne nous fournissent que 150 grammes de liquide. Une ventouse à la région précordiale.

Vers six heures, il sort du coma et accuse de la douleur à la région occipitale. Intelligence lucide, mais somnolence; langue saburrale et bouche pâteuse; pas de selles. Nous faisons donner un lavement purgatif à quatre heures, et dans la soirée un autre lavement avec un gramme de sulfate de quinine.

25. Un peu d'amélioration; il reste de la somnolence; langue très-chargée, nausées, douleur à l'épigastre. (Prescription : limonade gommée; 2 ventouses scarifiées à la nuque; potion vomitive à prendre de suite et 3 grammes de sulfate de quinine plus tard.)

Le soir, pas d'accès; une selle.

26. Il se trouve encore mieux; la langue se nettoie et devient humide. (Sulfate de quinine, 2 grammes.)

A deux heures, le coma reparaît, la respiration s'embarrasse, le pouls fuit sous le doigt, la peau se refroidit, les globes de l'œil disparaissent sous l'arcade sourcilière, et le malade meurt à huit heures du soir.

Autopsie. — Elle est faite le lendemain à huit heures du matin, par une température de 40°. Rigidité cadavérique.

Tête. Bosse sanguine sous le cuir chevelu, au centre de la région occipitale; elle a 7 ou 8 centimètres de diamètre et nous paraît ne pouvoir être expliquée que par une chute faite par le sujet pendant l'accès. Les méninges sont injectées, couleur lie de vin, surtout du côté gauche. Le tissu sous-arachnoïdien contient une assez grande quantité de sang noir, coagulé en quelques endroits en forme de fausses membranes tapissant la pie-mère épaissie, mais n'ayant pas contracté d'adhérences avec elle. Peu de sérosité dans les ventricules. La cavité arachnoïdienne contient une assez grande quantité de sérosité sanguinolente amassée autour de la moelle allongée. La pulpe cérébrale est un peu injectée. Un foyer hémorrhagique existe à la partie antérieure, inférieure et externe du lobe moyen, tout près de la scissure de Sylvius. Il a à peu près 3 centim. de diamètre; il est creusé dans la pulpe cérébrale ramollie au pourtour et anfractueuse; il contient 60 grammes d'un sang noirâtre coagulé. Cette hémorrhagie a paru à l'un de nous (E. Sonrier) provenir de l'artère méningée moyenne déchirée à sa sortie du trou sphéno-épineux. La chute a-t-elle déterminé cette rupture? On nous apprend que la veille de son entrée à l'hôpital, ce militaire, voulant fermer une fenêtre, était grimpé dans l'embrasure et avait fait une chute dans laquelle il tomba à la renverse. La déchirure n'a pas pu se produire alors, car la permanence et la gravité de la lésion n'eussent pas permis la semi-apyrexie que nous avons notée. Cependant la coagulation du sang en forme de fausse membrane s'oppose à ce que l'on ne rapporte l'apoplexie qu'à l'accès du 26. On se tirerait de cette difficulté en considérant la fausse membrane comme un véritable produit inflammatoire; l'épidémie de méningites cérébro-rachidiennes qui a sévi, en 1840, 1841 et 1842, dans les hôpitaux militaires, a prouvé avec quelle rapidité ces fausses membranes peuvent se produire. Enfin il est possible que le molimen sanguin se soit frayé deux fois un passage, la première par transsudation, la seconde par rupture. Ce serait du premier raptus que dépendrait la coagulation en fausse membrane. C'est à cette supposition que nous nous arrêtons.

On n'ouvre ni l'abdomen, ni la poitrine.

FIÈVRE CAROTIQUE APOPLECTIQUE; DEUX ACCÈS; MORT LE QUATRIÈME JOUR; AUTOPSIE.

Obs. VII. — Etaré, caporal au 5e de ligne, 32 ans, est en Afrique depuis vingt-deux mois; constitution robuste, embonpoint modéré, tempérament sanguin; a souffert quelques jours de céphalalgie rémittente; est apporté à l'hôpital le 28 septembre, atteint d'un accès pernicieux.

28 septembre. Décubitus dorsal; inflexion tétanique de toute la colonne vertébrale (opisthotonos); résolution à peu près complète des membres; l'intelligence ne paraît pas totalement abolie, car le malade exerce quelques mouvements de la bouche quand on lui dit de tirer la langue; face stupéfiée; paupières fermées, globes oculaires portés en haut et en dehors; la mâchoire inférieure est tenue écartée de l'autre par la contraction des muscles abaisseurs, les liquides ne peuvent parvenir dans l'estomac, ils sont rejetés avec force. La sensibilité générale n'est qu'obtuse. Respiration accélérée et bruyante. Pouls fréquent et assez développé; peau chaude et sudorale; quelques légers soubresauts de tendons. (Prescript. : Limonade gommeuse; trois ventouses scarifiées à la nuque deux fois répétées; lavement avec sulfate de quinine, 3 grammes, et éther; sinapismes aux mollets; lavement purgatif le soir pour provoquer une selle.)

A six heures du soir, le malade n'est pas encore sorti du coma.

29. Le sujet est beaucoup mieux : il répond nettement aux questions qu'on lui adresse; il tire la langue avec hésitation, mais directement; elle est sèche et brunâtre; la céphalalgie est obtuse; deux selles molles. (Prescript. : Limonade gommeuse; potion avec sulfate de quinine, 3 grammes, à prendre de suite.)

A trois heures, l'accès revient avec une intensité effrayante; le jeu de toutes les grandes fonctions est entravé. On sent une bosse sanguine à la région occipitale; elle est peut-être due à une chute faite pendant l'accès précédent. (Prescrip. : 2 applications de 2 ventouses scarifiées à la nuque; lavement avec sulfate de quinine, 2 grammes, et éther.) L'asphyxie commence.

30. Même état; l'écume sanguinolente qui obstrue les bronches accélère l'asphyxie.

La mort arrive le 1er octobre au matin.

Autopsie. — *Tête.* La tumeur sanguine de l'occiput, a 10 à 12 centimètres de diamètre, et renferme du sang coagulé et infiltré dans le tissu cellulaire. On trouve sous l'arachnoïde une couche de sang d'une épaisseur de 1 à 2 millimètres, correspondant à la tumeur extra-crânienne. Sérosité limpide abondante autour de la moelle allongée; peu de sérosité dans les ventricules.

Thorax. Écume bronchique sanguinolente remplissant les bronches. Engouement hypostatique des poumons.

Rien à noter dans l'abdomen.

IV. — TYPE; APYREXIE; HEURES ET DURÉE DES ACCÈS.

Le type a été tantôt à peu près franchement intermittent, tantôt rémittent. Dans ce dernier cas, le carus était remplacé par la stupeur, l'abolition de l'intelligence par sa paresse, l'insensibilité des organes des sens par le peu de netteté de leurs perceptions, le collapsus complet des membres par leur débilité extrême, enfin le malade accusait de la céphalalgie et restait couché en supination. Il serait possible que les sujets qui ont passé

---

leurs simples fonctions d'hospitaliers comme d'un véritable sacerdoce, pour l'amour du ciel et le soulagement des misères humaines.

Mais l'analogie cesse quand on a passé ces premières pages; en effet, leur état primitif ne tarda pas à paraître trop humble aux hospitaliers; ils prirent des gens de service pour donner les soins vulgaires aux malades, et laissant de côté les breuvages qu'ils administraient eux-mêmes empiriquement dans l'origine (1), ils eurent de véritables médecins dans leur établissement. Les historiens que nous avons feuilletés ne nous ont pas appris si ces médecins étaient étrangers à l'ordre ou s'ils en faisaient partie.

Quand les chevaliers eurent entièrement oublié leur destination primitive, éblouis par le brillant éclat de la gloire militaire, Gustave III voulut tenter de les rappeler à des fonctions offrant quelque analogie avec celles qu'ils avaient déjà remplies, en leur conférant la surveillance et la direction des hôpitaux; mais ce monarque trouva une résistance obstinée. Les chevaliers avaient compris qu'ils ne pouvaient accepter une position simplement lucrative, après les splendeurs de la guerre, et après le dévouement saint et méritoire de l'hospitalier.

Félix Jacquot.

(La suite prochainement.)

(1) Les philtres barbares et les pratiques superstitieuses avec lesquels ils prétendaient quelquefois guérir n'ont jamais suffi pour les faire considérer comme médecins. Pour les historiens qui ont retracé l'histoire de ces temps, ils restent de nobles infirmiers. Les moines de Salerne et de Monte-Cassino étaient au contraire des médecins dignes de porter ce nom.

— Influence des révolutions sur la population. — Les recherches statistiques les plus récentes montrent que la population de Berlin, qui avait été constamment en augmentant, de 11,000 à 17,000 âmes chaque année, depuis 1813 jusqu'en 1847, a diminué en 1848 de 3,000 âmes. En 1847, les nouveaux habitants avaient excédé l'émigration de 11,000 en 1848, la différence est de 5,154 en faveur de cette dernière. Le nombre des naissances a obéi au même mouvement. Dans les années précédentes, il excédait le nombre des morts de 2,500 à 3,000 annuellement; en 1848, l'excédant des naissances sur les décès a été seulement de 1,935.

— Collections scientifiques. — La ville de Prague possède un muséum zoologique et minéralogique, qui ne le cède en rien aux plus beaux musées de l'Europe; elle a aussi un jardin botanique, qui ne renferme pas moins de 1,500 espèces. Ces établissements sont sous la direction du professeur Prest, du docteur Nickerl, du professeur Kosteletzky.

plusieurs jours de suite dans le coma eussent subi, pendant cette période, quelques accès passés inaperçus; dans ces cas, la continuité des symptômes graves aurait été complète. Dans notre obs. V, on trouvera un remarquable exemple d'accès fébriles, très-probablement simples, survenant pendant le coma et caractérisés seulement par des modifications dans la température et la sécrétion cutanée, motifs pour lesquels nous compterons ce sujet parmi ceux qui n'ont eu qu'un seul accès carotique. Par opposition à ce long coma et à cette continuité complète dans les accidents, chez deux de nos malades l'apyrexie a été franche entre deux accès : l'un, en s'éveillant de son sommeil carotique, s'écria *qu'on lui avait enlevé son mal de tête comme avec la main;* il parlait de sa céphalalgie prodromique et n'avait pas la moindre idée de tout ce qui s'était passé pendant son coma; l'autre put vaquer à ses occupations entre deux accès, dont le second fut mortel. Voici l'observation.

SUJET SUCCESSIVEMENT TRAITÉ POUR UNE DIARRHÉE ET POUR UNE FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE; IL ENTRE EN CONVALESCENCE; UN ACCÈS SOMNOLENT; LE LENDEMAIN, PREMIER ACCÈS CAROTIQUE; APYREXIE COMPLÈTE; DEUXIÈME ACCÈS; MORT; AUTOPSIE.

OBS. VIII. — Broc, du 5e de ligne, 24 ans, constitution frêle, tempérament nervoso-sanguin; est en Afrique depuis vingt-deux mois. Il entre à l'hôpital le 29 août, atteint de diarrhé aiguë : vingt-cinq ou trente selles involontaires par jour. Il maigrit, sa débilité est extrême, sa langue parcheminée. Après quelques jours, nous arrêtons le flux intestinal à l'aide de quelques sangsues à l'anus, de potions avec ipéca et calomel, et de lavements de ratanhia. L'alimentation est rapidement augmentée.

Le 13 septembre, le malade a recouvré une partie de son embonpoint et de ses forces; il mange les trois-quarts et demande à sortir; mais il est pris, vers trois heures du soir, d'une fièvre intermittente dont le frisson initial dure une heure, et auquel succède une violente céphalalgie. Nous donnons 1 gramme de sulfate de quinine, et la fièvre ne reparait pas; la même médication est continuée pour prévenir une récidive.

Notre malade est repris de diarrhée le 17; elle cesse bientôt sous l'influence des lavements de ratanhia et de l'administration de la potion avec ipéca et calomel.

Le 4 octobre, il est aux trois-quarts de la portion.

7 octobre. Il a eu un accès fébrile hier soir, 6; cet accès s'est terminé la nuit par des sueurs très-abondantes, et a laissé de la céphalalgie occipitale. La diarrhée a reparu; la langue est sèche, le ventre ballonné et un peu douloureux. Somnolence; face pâle; nez effilé; peau sèche; chairs flasques et molles. (Eau gomm.; sulf. quin., 3 grammes; pot. avec ipéca et calom.; deux vent. scar. à la nuque; sinapismes.)

A trois heures, accès comateux caractérisé par les symptômes ordinaires. Nous remarquons une énorme dilatation des pupilles et du strabisme. La déglutition est gênée; la respiration est haute et stertoreuse, le pouls filiforme et très-fréquent, la peau sudorale; trismus; roideur du cou. La sensibilité, la motilité et l'intelligence ne sont pas complétement abolies. L'accès cesse vers huit heures et demie du soir, et laisse le malade dans un affaissement complet, mais jouissant de son intelligence.

8 octobre. Nuit tranquille; aucune douleur. Le malade est nostalgique; aussi le désigne-t-on pour être évacué sur Tlemcen, en litière. (D. eau gomm.; sulf. quin., 2 grammes; potion calom. opiacée; lavem; ratanhia.)

9 octobre. L'amélioration est tellement grande, que nous pensons que l'accès ne reparaitra pas. La diarrhée est arrêtée; le malade marche, vaque à ses affaires et surveille la réception des effets qu'il doit emporter avec lui. (Soupe de pain et pruneaux; eau gomm.; pot. calom. op.; lavem. ratanhia; vin de quinquina.)

A trois heures, l'accès reparaît; le sujet tombe dans le carus le plus complet, et expire le lendemain, à dix heures du matin.

AUTOPSIE faite dix heures après la mort, par une température assez élevée. Amaigrissement considérable.

TÊTE. Aucune coloration anormale dans les méninges ni dans la pulpe cérébrale. La cavité arachnoïdienne est distendue par une énorme quantité de sérosité très-limpide; mais nous n'en trouvons pas dans les ventricules. L'encéphale est mou.

POITRINE. Sérosité dans la plèvre et le péricarde; rien dans les poumons.

ABDOMEN. Sérosité dans le péritoine; rien dans la rate. Infiltration presque générale du tissu cellulaire.

Le type a été quotidien ou tierce. Un assez petit nombre d'observations, du reste, se prêtent à l'examen nécessaire pour déterminer ce type, l'énergie de notre médication ayant le plus souvent coupé brusquement ou retardé les accès.

Si l'on compte la durée des accès d'après celle du coma, ils se sont prolongés de six heures à onze jours; mais, rationnellement parlant, on ne doit pas faire figurer dans l'accès le coma produit par les reliquats que cet accès a laissés après lui dans les méninges et dans le cerveau.

Le tableau suivant indique les heures auxquelles ont eu lieu les accès de toutes les fièvres, tant pernicieuses que rémittentes quotidiennes et tierces intermittentes, que nous avons traitées à Sebdeu en août, septembre et octobre 1847.

MOIS.	DÉSIGNATION DES FIÈVRES.	MATIN. 1 heure.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Midi.	SOIR. 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Minuit.	TOTAUX.	
Août.	Fièvres pernicieuses									1	2	1	1	1		1										7	106
	Idem rémittentes quotidiennes		1	1	1	1	2	4	4	4	6	8	14	12	9	6	4	3	5		1	1				87	
	Idem tierces	1						1	1	1	3	2	1				1						1			12	
Sept.	Idem pernicieuses									1	1	2	3	2	3	2		2		1				1		18	104
	Idem rémittentes quotidiennes			2		1	5	1	4	7	13	11	9	4	5	6	4	2	2	1						77	
	Idem tierces								1	1	3		1	1	2											9	
Octob.	Idem pernicieuses							1	1	2	2	3	2	2	1	3	2	1	1	2						23	87
	Idem rémittentes quotidiennes					1	2	1	3	3	3	7	13	8	5	4	5	2	1			1	1		2	62	
	Idem tierces							1		1																2	
		1	1	3	1	3	9	9	14	21	33	34	44	30	25	22	16	10	9	4	1	2	2	1	2		279

On voit, d'après ce tableau, que les accès se multiplient en approchant du milieu de la journée; de sorte que leur maximum de fréquence est à midi, et qu'ils vont en diminuant de nombre de midi à minuit, soit qu'on remonte les heures de la matinée, soit qu'on suive les heures de la soirée. Il serait curieux de rapprocher nos observations des tableaux et des résultats de MM. Raymond Faure (1), Maillot (2), Durand (de Lunel) (3) et Finot (1); mais cela nous entraînerait trop loin. Nous nous contenterons de dire que tous ces observateurs ont trouvé, en Grèce comme en Algérie, que les accès se pressent vers le centre de la journée. Nous ne sommes pas de ceux qui cherchent à expliquer la cause intime de l'intermittence; mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer cette coïncidence de l'apogée de la température avec le maximum du nombre des accès, et nous sommes frappés de l'analogie qui existe entre les périodes d'un accès régulier et les mouvements organiques tour à tour centripètes et centifruges qui

(1) R. Faure, DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET CONTINUES, 1833-1837.

(2) Maillot, TRAITÉ DES FIÈVRES OU IRRITATIONS CÉRÉBRO-SPINALES INTERMITTENTES.

(3) Durand (de Lunel), NOUVELLE THÉORIE DE L'ACTION NERVEUSE, in-8°, 1842, et divers mémoires *in* GAZ. MÉD.

(1) Finot, COMPTE RENDU DU SERVICE MÉDICAL DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE BLIDAH, *in* RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉD. CHIR. ET PHARM. MILITAIRES, t. LVI.

s'opèrent dans notre économie sous l'influence des alternatives du froid nocturne et de la chaleur du jour, dans chaque nycthémère.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DEUXIÈME NOTE SUR L'EMPLOI DU SIROP ACÉTIQUE ET DE L'ACIDE ACÉTIQUE COMME MOYEN DE DÉTERMINER LA RÉACTION AU DÉBUT DU CHOLÉRA; par M. le docteur LEBATARD.

(Voir le n° 17.)

Depuis la publication de ma première note, j'ai pu réunir encore cinq observations qui militent en faveur de cette méthode ; elles offrent d'autant plus d'intérêt, selon moi, qu'elle a pu être appliquée contre l'affection à l'état pour ainsi dire rudimentaire et dans son plus haut degré. Aucun autre moyen n'a été employé, pas plus que dans les cinq premières observations, et dans celles-ci, surtout chez les deux enfants que je cite, le sirop acétique prédomine dans la composition du sirop que je préconise. Je suis donc d'autant plus porté à croire que le vinaigre est l'agent provocateur de la réaction, si rapidement obtenue dans tous les cas. Si ce moyen simple et exclusivement employé ne m'avait réussi dix fois sur onze, j'aurais peut-être osé employer le vinaigre pur ou le sirop de vinaigre pour éviter toutes les objections qui m'ont été faites; mais le mieux, dit-on, est ennemi du bien, et comme, dans mes observations, le vinaigre a été employé en proportion beaucoup plus considérable que les autres agents qui composent le sirop, et auxquels je suis loin de refuser de l'efficacité, j'ai cru et je crois prudent de ne pas m'éloigner d'une méthode qui, après tout, est plus simple que complexe, et qui, rentrant dans les vues admises généralement par les praticiens, a cela d'avantageux, de nécessaire, qu'elle remplit les premières indications, en détruisant pour ainsi dire les causes toxiques. Les observations qui suivent, bien examinées, présentent pour la plupart des symptômes graves et bien tranchés, appartenant aux trois périodes et à deux formes de la maladie, *active* et *adynamique*. Dans toutes, l'amélioration a été en raison directe du développement de la réaction, de l'abondance des transpirations.

Nul doute que, dans tout empoisonnement auquel on n'apporte remède que quelques heures après son ingestion ou son absorption, il faille plus de temps pour en détruire les effets. Or le symptôme le plus grave est le refroidissement, qui n'est que le prodrome plus ou moins rapide de la cyanose. L'asphyxie capillaire devient générale, concentrique, si, par un moyen rapide de calorification interne et périphérique, on ne détermine un rétablissement de la circulation si subitement ralentie, arrêtée aux extrémités d'abord, mais qui ne tarde pas à gagner la face, la poitrine et les viscères. Cette asphyxie périphérique peut se dissiper si, dès le début, on a le bonheur de déterminer rapidement la réaction, c'est-à-dire le retour à une circulation plus régulière. L'anatomie pathologique ne démontre-t-elle pas que les viscères présentent des noyaux hypostatiques par suite de cette asphyxie, qui de périphérique est devenue concentrique, et que leur présence dans le cerveau, par exemple, précédée d'un délire vague, est suivie d'un coma, alors que les méninges prennent part à cette congestion passive par le trouble de leur circulation.

J'ai observé ces faits chez trois malades, et j'ai vu que lorsque j'avais entretenu par le vinaigre cette douce réaction, suivie de moiteur générale, je combattais facilement ces dispositions, et que ce n'est que lorsque le délire vague ou la somnolence commençaient que j'avais recours aux antiphlogistiques modérés. Je dis modérés, car il se passerait certainement, chez les cholériques comateux, ce qui arrive chez les enfants, si, à la base du crâne, on appliquait un grand nombre de sangsues. La déplétion brusque et abondante amènerait sans contredit une compression du cerveau plus grande et plus rapide. Je me suis toujours bien trouvé des antiphlogistiques modérés, et je suis heureux de voir que M. Lévy les conseille dans son excellent mémoire. La preuve encore que la réaction doit être maintenue dans presque toutes les périodes de l'affection, c'est qu'elle est d'autant plus nécessaire et plus indiquée dans la période adynamique, dans celle où l'intoxication s'est emparée de tous les organes, et qui, n'étant pas déviée de sa marche essentiellement progressive par une réaction continue, ne laissent par aucun autre moyen l'espérance de sauver les malades. Je citerai encore M. Lévy, qui ne trouve avec raison rien de si nécessaire, dans cette forme de la maladie, que la réaction déterminée par tous les moyens de calorification.

Dans la période adynamique, on n'obtient pas toujours la réaction avec sueurs. La nature des malades prostrés n'offre pas assez de ressources; mais la chaleur, entretenue par ces moyens actifs, les surexcite, et peu à peu on les voit revenir à un meilleur état. L'enfant dont je parle a présenté ces phases différentes, et j'ai vu que la chaleur du corps tendait à s'éteindre quand on cessait pour quelque temps l'emploi de l'infusion de sureau vinaigrée. Il est bien important de la suspendre quand à cette prostration effacée succèdent des rêvasseries, de l'agitation, un peu de subdelirium. C'est alors que les révulsifs aux extrémités d'abord, puis quelques sangsues aux oreilles ou à la base du crâne, sont nécessaires; et lorsque ces symptômes ont disparu sous leur influence, il faut remonter les forces des malades à l'aide de limonade vineuse ou d'eau et de vin sucrés en petite quantité.

A l'appui de ces réflexions, j'apporte des observations, les seules que j'aie recueillies depuis la publication de ma première note. Le nombre n'en est pas bien grand; mais, dans sa proportion, il mérite, je crois, d'être mentionné, car on ne saurait trop étudier une affection qui se présente avec des formes si différentes, et qu'un ensemble de mêmes moyens peut combattre en les soumettant pendant leur effet au creuset de la plus scrupuleuse observation.

OBS. I. — M. J..., 90, rue Rochechouart, travaillant, le 8 mai, fut, vers deux heures, pris de refroidissement, de douleurs abdominales et de diarrhée. Obligé de quitter son travail, et pensant que ce qu'il éprouvait pouvait tenir à ce que, s'étant levé ce même jour en état de malaise et n'ayant pas déjeuné, il rentra chez lui, mangea du pain et but deux verres de vin. Le refroidissement augmenta avec les garde-robes. Il se coucha, et je le vis pour la première fois à sept heures et demie du soir.

Il présentait : peau peu chaude, se plissant assez facilement; face altérée par la douleur, plutôt pâle; yeux cernés; langue humide, peu chaude; pas de soif; pouls un peu dépressible; pandiculations suivies de quelques douleurs dans les doigts et les orteils; pas de crampes, mais sensation de contractions dans les mollets; coliques atroces, excitant des cris se suspendant quelques minutes pour reprendre avec plus de violence, comme le feraient les crampes les plus vives, sans déjection, sans vomissement, mais suivies de nausées, d'éructations.

D'après ces symptômes, nous pensons que quelques heures se seraient à peine écoulées, que ce malade aurait présenté les symptômes réunis du choléra; car on ne peut rapporter ceux qu'il présente à une simple indigestion, puisque les garde-robes, le refroidissement, avaient précédé l'ingestion des aliments; que ces douleurs abdominales n'avaient provoqué ni vomissements ni garde-robes, et que depuis celles-ci n'ont pas reparu. Ce malade avait été mouillé la veille, avait eu froid, et quoique la nuit eût été bonne, il s'était le matin éveillé dans un état de malaise.

Pensant bien que ces causes avaient pu développer ces prédispositions, et qu'il présenterait plus tard les symptômes réels dont il annonçait les précurseurs, je le soumis aussitôt à l'usage du sirop composé, et je le fis rouler dans deux couvertures. Une transpiration des plus abondantes s'effectua très-rapidement, et j'appris le lendemain que peu de temps après les douleurs abdominales s'étaient dissipées peu à peu, que les pandiculations et les frémissements musculaires des membres inférieurs n'avaient pas reparu. Peau chaude, humide; pouls beaucoup moins dépressible; face presque naturelle; borborygmes sans garde-robes, depuis la veille; pas de nausées; plus d'éructation. (Diète absolue; infusion légère de sureau, légèrement vinaigrée; cataplasmes sur le ventre.)

Le 10, bien-être; appétence. (Infusion de tilleul et camomille; bouillon.)

OBS. II. — Eugénie, 10 ans. Diarrhée le 5, le 6 et le 7, abondante, suivie de faiblesses. Les parents n'y portent aucune attention. Dans la nuit du 7 au 8, diarrhée très-abondante; vomissements incessants de matière blanches *comme du lait caillé*.

Appelé auprès de cette enfant dans la matinée, je la trouvai dans l'état suivant : face grippée, froide, sigillée; yeux caves, atones, cerclés de noir; peau peu chaude, sigillée sur la poitrine, non cyanosée aux extrémités; langue froide; pouls très-petit, dépressible; voix éteinte; diarrhée de matières citrines; vomissements de matières blanches; absence d'urine; douleurs dans les membres inférieurs et surtout aux poignets; crampes mal déterminées.

L'enfant fut aussitôt enveloppée de couvertures de laine, entourées de bouteilles d'eau chaude, et elle but une infusion de fleurs de sureau sucrées avec le sirop mitigé :

Prenez :	Sirop acétique.	40	grammes.
	Sirop diacode. . . .	15	—
	Acétate d'ammoniaque. .	6	—
	Sirop d'écorces d'oranges.	32	—

A cinq heures, j'appris que la sueur avait été très-abondante, que la diarrhée n'avait pas reparu, qu'il n'y avait eu que deux vomissements de l'infusion. Le pouls était relevé, la peau chaude, très-humide; face altérée; pommettes très-colorées; yeux plus caves; les sigillations n'existaient plus sur la poitrine. L'enfant était depuis deux heures très-endormie, et je l'arrachai difficilement à son sommeil. (*Elle n'avait bu que les deux tiers du sirop.*) Pas de douleurs dans les membres; résolution complète. Ne doutant pas que ce ne fût le commencement de la période comateuse, je fis appliquer à chaque oreille deux sangsues, et des sinapismes aux jambes et aux cuisses. J'ordonnai l'infusion de sureau légèrement vinaigrée et fis suspendre la potion, prévoyant que le sirop diacode pourrait ajouter son influence aux symptômes du coma.

Le 9, l'enfant était beaucoup mieux; elle avait dormi pendant la nuit, et sa

e l'avait fait boire plusieurs fois à sa demande. La coloration des pommettes vait laissé qu'une légère injection; les yeux avaient repris leur expression; de garde-robes, pas de vomissements; peau chaude; pouls plus actif, mais ressible. (Infusion de camomille; diète.)

Le 10, l'enfant est bien; elle sourit quand j'accède à ce qu'elle prenne trois tasses de bouillon. Pas de garde-robes, pas de nausées; peau bonne; la face ne porte aucune trace de l'altération des premiers jours; la voix qui était presque éteinte, a repris son timbre, quoique faible encore. Je la quittai le 11, après l'avoir trouvée très-bien; j'ordonnai trois bouillons et un potage.

Obs. III. — Paul Z., demeurant rue du faubourg Montmartre, 38, assez sujet à la diarrhée, est pris brusquement, le 10 mai à six heures du matin, à la pension de Neuilly, de diarrhées fréquentes, précédées de coliques violentes; à neuf heures, vomissements, selles très fréquentes. On le fit coucher, et on lui donna du thé. Vers trois heures, le médecin de la pension trouve la maladie très-grave, et on fait transporter l'enfant dans une autre partie du bâtiment. On lui administre un lavement laudanisé, puis une potion dans laquelle il entrait six gouttes de chloroforme; il était recommandé en même temps de donner à boire le moins possible, et de tâcher de ramener *la chaleur presque complétement disparue* non-seulement aux extrémités, mais encore à la face, à la langue. Le médecin ordonne également la glace contre les vomissements, mais on ne put en donner qu'à huit heures et demie du soir. Son état était très-alarmant, quoiqu'il répondît qu'il ne souffrait que de la gorge et d'une soif dévorante. Le froid continua, les yeux étaient caves, cerclés de noir, le pouls imperceptible et très-précipité.

Pour rappeler la chaleur, on avait entouré le malade de bouteilles d'eau chaude et de fers à repasser; mais il ne pouvait en supporter le contact, il s'en éloignait constamment disant qu'*il brûlait déjà assez*, et les mouvements continuels qu'il faisait empêchaient de le réchauffer. C'est alors que sa mère se coucha dans le lit de son fils, et le tint contre elle pendant deux heures. Au bout de ce temps, la chaleur revint un peu, sinon à la face, au moins aux extrémités, et malgré la soif et les vomissements, il y eut un mieux qui permit de ramener l'enfant à Paris, dans une voiture douce et bien close, où l'on avait fait un lit bien chaud. Le trajet se fit sans le moindre accident. C'est alors que je vis l'enfant, à neuf heures, aussitôt après son arrivée.

Le 11, à neuf heures, je trouvai le petit malade dans l'état suivant :

Face amaigrie; langue très froide, sèche (on avait défendu de lui donner à boire); voix éteinte; respiration faible; pouls très-dépressible; pas de crampes; pas de douleurs de ventre; pas de garde-robes depuis la veille; pas de vomissements; absence d'urine; peau peu chaude et presque froide aux extrémités.

L'enfant fut aussitôt enveloppé de couvertures, et on lui donna l'infusion de sureau sucrée avec le sirop suivant :

Sirop acétique	40	grammes.
Sirop diacode.	10	—
Acétate d'ammoniaque. . .	6	—
Sirop d'écorces d'oranges.	32	—

La première tasse fut rejetée par un vomissement, auquel se trouvaient mêlées des matières blanchâtres. Une garde-robe blanche abondante, précédée de coliques, avait eu lieu à midi, sans urines. La face, peu de temps après ma première visite, avait été plus grippée et la teinte cyanosée des yeux s'était étendue; la voix en même temps était devenue plus faible; pas de crampes, pas de vomissements. A une heure, le pouls était un peu plus actif, plus plein; la peau chaude, sèche; la face et la langue moins froide. En continuant l'infusion vinaigrée abondante et bien chaude, l'enfant fut maintenu dans les couvertures; il n'y eut de sueur qu'aux extrémités inférieures. Les urines reparaissent.

Le soir, à neuf heures, l'enfant était beaucoup mieux, la face avait repris en grande partie son état naturel, car son père me dit *que maintenant il le reconnaissait*. La peau généralement chaude, sans sécheresse, le pouls actif bat à 96; un peu d'agitation; rêvasserie. L'enfant se dit très-bien; il a dormi une heure, a uriné abondamment. Le sirop est épuisé, on le remplace par une infusion de fleurs de tilleul et de camomille sans vinaigre; car celui-ci, poussé trop loin, détermine une réaction trop vive vers le cerveau; il faut avoir grand soin de le suspendre aussitôt qu'une agitation se manifeste.

Le 13, l'enfant est très-bien, doit prendre trois bouillons et se lever pendant deux heures.

Ces deux observations, prises sur deux enfants du même âge, présentent des différences par la forme de l'affection. La première indique la marche croissante et le parcours des trois périodes dont la dernière avait fait les progrès les plus rapides. Chez celle-ci la réaction a été très-vive, la sueur abondante, les symptômes actifs se sont dissipés, mais le cerveau a été pris à ce point que cette petite fille était plongée dans un commencement de coma dont la prolongation lui eût été funeste, mais qui heureusement a été combattue par les antiphlogistiques modérés et les révulsifs aux extrémités. La seconde offre les débuts de l'invasion avec tous ses caractères, et l'affection suit cette marche jusqu'au moment où, changeant de face, elle prend la forme adynamique tellement prononcée que cet enfant ne se plaint plus que d'une seule chose, *de ne pouvoir se retourner*. Sous l'influence du sirop composé où prédomine le sirop de vinaigre, la chaleur revient peu à peu sans sueur, si ce n'est aux extrémités inférieures, la face perd de son aspect bleuâtre, et la langue, que la mère *comparait à un morceau de porcelaine*, devient plus humide et plus chaude. Doit-on penser que le lavement laudanisé, que la potion avec le chloroforme aient déterminé cet état adynamique? Quoique l'on soit, *à priori*, porté à le croire, il est assez d'observations de choléra sous forme adynamique pour s'en rapporter seulement aux effets des moyens. M. Lévy décrit cette forme, qu'il a rencontrée plusieurs fois, et comme lui, je pense que c'est dans cette occasion qu'il faut le plus développer la chaleur. Aussi ai-je vu avec satisfaction que le sirop composé et le sureau vinaigré en développant une réaction vive, sans transpiration cependant, détruisaient peu à peu les symptômes si alarmants de l'adynamie. En effet, dans cette forme du choléra, le froid de la face, de la langue, la cyanose des yeux, l'amaigrissement de la face, la saillie des ailes du nez qui *semblent découpées*, l'atonie des yeux, le refroidissement progressif du corps, l'indifférence, la prostration du malade, forment un ensemble de symptômes pathognomoniques que l'on ne retrouve que dans elle, et qui donne la mesure de l'intoxication cholérique. La respiration est si obscure et si faible, que c'est à peine si le malade peut avoir la force de parler; la voix est beaucoup plus éteinte que dans la forme dynamique. Ce petit malade présentait tous ces symptômes, et j'avais à craindre que le soir cette rêvasserie n'augmentât sous l'influence de la réaction développée; aussi, malgré la faiblesse du malade, je n'aurais pas hésité à appliquer quelques sangsues derrière les oreilles si les révulsifs ne l'avaient dissipée.

Obs. IV. — Madame L..., demeurant rue Rochechouart, 35 *bis*, fut, le 5 mai, prise dans la nuit, de diarrhée abondante, de crampes dans les membres et de vomissements de matières blanches. Je la visitai dans la matinée, et je la trouvai dans l'état suivant :

Yeux caves, cerclés de noir; face grippée, froide; langue humide; peau chaude; crampes douloureuses dans les membres inférieurs, et surtout dans le ventre; diarrhée et vomissements de matières blanchâtres; pouls petit, dépressible; peau du corps à peine chaude, sans cyanose.

Enveloppée de couvertures et entourée de bouteilles d'eau chaude, la malade fut soumise à l'infusion de sureau sucrée avec le sirop composé. La réaction fut très-prompte, la sueur extrêmement abondante, et les symptômes décrits ci-dessus se dissipèrent assez promptement pour que la malade se trouvât beaucoup mieux dans la soirée. La nuit fut bonne; la malade eut deux garde-robes bilieuses, et les urines qui n'existaient plus depuis l'invasion avaient reparu en petite quantité et brûlantes. La peau reprit sa chaleur et la face son aspect presque naturel; le pouls n'était plus dépressible, et la malade entra en convalescence dès le lendemain.

Du 6 au 8, la malade avait assez de force pour reprendre son travail; elle mangeait un peu; et la visitant le 8 je la trouvai très-bien. Mais le 10, à deux heures et demie, son mari vint, les larmes aux yeux, me chercher, en disant *que sa femme était reprise par le choléra*. En effet, cette femme avait eu, pendant la nuit du 9, plusieurs garde-robes et quelques vomissements, dont le retour avait été plus marqué vers deux heures. A ces symptômes s'étaient jointes des crampes dans le ventre, extrêmement douloureuses; ses membres se retiraient à tel point qu'*elle entendait des craquements;* un trismus des plus violents l'empêchait de boire; les garde-robes et les vomissements étaient composés de matières blanches.

Elle fut enveloppée à nu de couvertures et entourée de cruchons d'eau bouillante, soumise à l'infusion de sureau sucrée avec le sirop composé. Je la revis à cinq heures, les membres n'étaient plus douloureux, mais les coliques extrêmement violentes, excitaient des cris semblables à ceux des douleurs de l'enfantement. On administra un lavement, dans lequel furent incorporées vingt gouttes de laudanum de Sydenham, et elle fut soumise à l'infusion de sureau vinaigrée. La peau était très-chaude, très-humide; la face colorée. Dans la soirée, l'amélioration avait fait des progrès rapides, et pendant la nuit, pas de crampes, pas de diarrhées, pas de vomissements, quelques coliques. (Cataplasmes sur le ventre.)

Le 11, rougeur des pommettes, somnolence, un peu de délire. (12 sangsues aux oreilles; sinapismes aux extrémités inférieures; suspension de l'infusion vinaigrée.)

Dans la journée, délire vague, rare, qui cède facilement aux révulsifs aux extrémités. Le soir, intelligence. Pendant la nuit, un peu de rêvasserie; agitation; céphalalgie.

Le 12, un peu de délire, duquel on tire la malade très-facilement; coloration vive de la face; pouls plein, dur; peau chaude; sueur abondante. (10 sangsues aux oreilles; sinapismes aux cuisses.) Pas de garde-robes, pas de vomissements, quelques nausées. A cinq heures, intelligence parfaite, pouls bon, peau naturelle, urines naturelles et abondantes.

Cette malade offre la période comateuse, à son début, de la manière la plus tranchée. La réaction avait été des plus puissantes, et les cris que la malade avait poussés pendant ses accès de douleurs dans le ventre n'étaient pas, je crois, étrangers à cette congestion active qui, certainement, aurait déterminé le coma si on n'y avait remédié par les antiphlogistiques, à deux reprises, et par les révulsifs puissants. (J'ai remarqué que ce délire, qui a eu deux périodes d'accès, aux mêmes heures, avait un peu la forme d'accès de fièvre pernicieuse.)

Le 13, à neuf heures, elle avait un délire qui portait principalement sur la non-reconnaissance des personnes, mais qui lui laissait la faculté de suivre une idée et de répondre très-lucidement et sans hésitation aux questions adressées par la même personne qu'elle ne reconnaissait pas. Ainsi elle se plaignait à moi-même de ne pas m'avoir encore vu d'aujourd'hui. Me reportant aux accès antérieurs, et ayant appris qu'elle avait eu dans la journée quelques heures de

raison parfaite, et qu'elle avait *dit sentir la fièvre lui venir*, je n'hésitai plus à ordonner le sulfate de quinine à la dose de 12 grains dans la soirée et de 12 autres grains le lendemain, le plus matin possible, l'accès de la veille ayant eu lieu à sept heures et demie du matin.

Le 15, délire pendant une heure et demie seulement, de six heures à sept heures et demie. A neuf heures et demie, la malade est bien, sans fièvre, se plaignant seulement de mal de tête léger, sans somnolence, sans rêvasserie. Les pilules ont été prises aux mêmes heures, le soir et le lendemain matin. Diète absolue.

Le 16, guérison.

L'observation suivante a cela de remarquable qu'elle a été prise par une personne étrangère à la médecine, et à laquelle j'avais la veille laissé par écrit les moyens que j'avais jusqu'ici employés avec succès. N'ayant appris ce fait et visité la malade que le second jour de l'invasion, je transcris cette observation fidèlement, que je dois à l'obligeance de l'observateur.

Obs. V. — « La domestique d'un de mes amis fut violemment atteinte hier » du choléra. Une diarrhée abondante et continue pendant plusieurs jours avait » été, chez elle, le symptôme précurseur et négligé de l'épidémie. A sept » heures du matin, les crampes, les vomissements se déclarèrent. Cette fille » resta presque sans secours jusqu'à neuf heures. Au moment où j'arrivai, le » 30 avril, la malade était dans *un état épouvantable; la face était profondément altérée, le pouls était perdu, la peau noirâtre*, sèche et froide. Je fis » envelopper de suite cette fille dans une couverture de laine, on l'entoura de » cruchons d'eau chaude, et je lui fis boire la potion dont j'avais l'ordonnance » par écrit. Deux heures après, les crampes avaient disparu, les vomissements » étaient devenus moins fréquents, les yeux étaient moins caves, la peau était » meilleure. Cependant les crampes reparurent moins intenses toutefois. Vers » les trois heures de l'après-midi, je fis prendre à la malade une seconde potion, » et tous les quarts d'heure je lui fis administrer une tasse d'infusion de fleurs » de sureau, avec une cuillerée à café de vinaigre. La réaction commença. » A onze heures du soir, je trouvai la malade dans une transpiration étonnamment abondante, qui se continua jusqu'au matin.

» Aujourd'hui, 1er mai, tous les symptômes actifs du choléra ont disparu, » mais l'abattement est profond et inquiétant. »

Prévenu à cinq heures par une lettre, dont je n'ai fait que transcrire le passage relatif à l'affection, je me rends auprès de la malade, rue Saint-Honoré, 323. Je la trouvai profondément abattue, somnolente, et la face conservait les traces de la cyanose la plus prononcée; les pommettes étaient injectées, la peau généralement chaude, humide ; il n'y avait plus de vomissements, plus de diarrhée; *absence d'urines;* mais la malade craignait les crampes, ressentant des frémissements aux extrémités. Elle retombait dans son abattement aussitôt que je cessais de l'interroger. Le pouls était plein, fréquent et un peu dur; la langue bonne, humide. Je fis appliquer cinq sangsues derrière chaque oreille, et des sinapismes aux extrémités, que l'on devait renouveler dans la soirée; les sangsues saignèrent une partie de la nuit; la malade dormit quelques heures.

Le 2 mai, elle se disait beaucoup mieux, mais se plaignait de douleurs de tête; elle n'avait pas eu de délire. La peau des bras, du cou, de la poitrine, présentait une éruption de petits boutons rouges dont le sommet semblait hémorrhagique, et dont le développement doit, je crois, être attribué à la réaction sollicitée par l'usage du vinaigre administré en trop grande quantité dans l'infusion de sureau. La somnolence, quoique beaucoup moindre, existait encore. Je fis de nouveau appliquer quatre sangsues derrière chaque oreille, et promener des sinapismes aux extrémités.

Le 3 mai, la malade se dit très-bien ; le pouls est bon, à 30 pulsations, pleines, sans dureté; les douleurs de tête n'existent plus et la somnolence a disparu. La face perd de sa couleur noirâtre ; les yeux ont une bonne expression, mais leur excavation diminue lentement. (Bouillon froid, trois tasses; infusion de tilleul et camomille.)

Le 4 mai, la malade ne se plaint que de faiblesse et demande à manger; on lui donne du bouillon et deux potages; et après avoir recommandé que l'alimentation ne soit augmentée que progressivement, je la quitte. Depuis, j'ai appris qu'elle s'était levée et qu'elle mangeait d'un très-bon appétit.

Cette observation est sans contredit une des plus intéressantes de celles que je publie, et les trois périodes ont été bien tranchées. La réaction, qui s'est établie lentement, prouve jusqu'à quel degré l'intoxication cholérique avait frappé la malade; mais aussi elle démontre jusqu'à l'évidence que, sous son influence, les vomissements, les garde-robes, les crampes ont disparu, alors que la transpiration a été des plus abondantes.

Aucune autre médication n'a été employée. Cette observation, rédigée par une personne étrangère à la médecine, prouve de quelle importance elle pourra être lorsque des faits plus nombreux seront venus concourir à en démontrer l'efficacité.

Du 15 au 20 mai, j'ai eu l'occasion de visiter, avec mon ami et confrère M. le docteur Mancel, trois malades âgés de 26 ans, de 72 ans et de 2 ans et demi. Chez tous, la médication que je préconise a été exclusivement employée, et le succès a été complet.

La première observation est celle d'une jeune femme dont le mari a succombé en trente-six heures à un choléra asiatique, et qui fut prise des symptômes les plus tranchés de l'affection pendant qu'elle lui donnait ses ... Recueillie chez une de ses amies, elle y fut soignée par M. Mancel ... présenta, après les symptômes dynamiques, la forme adynamique, qu... l'influence du sirop acétique composé et de l'infusion de sureau vin... offrit une amélioration assez rapide pour qu'elle ait été entièrement ... le cinquième jour de l'invasion.

La seconde observation est celle d'une dame âgée de 72 ans, qu... senta tous les symptômes actifs du choléra, avec cyanose des extrémi... 19 mai. Par l'usage du sirop acétique, l'amélioration marcha assez r... ment pour que, le 20 au soir, cette dame se trouvât très-bien à la visi... je lui fis avec M. le docteur Mancel.

La troisième est prise sur un enfant de 2 ans et demi. Vomissem... diarrhée, douleurs dans les membres, refroidissement, cyanose et exc... tion des yeux, tels sont les symptômes que présentait cet enfant. Il ... abondamment de l'infusion de sureau sucrée avec le sirop acétique co... posé, dont les premières tasses furent rejetées par les vomissements. ... continua son usage, et l'enfant n'ayant plus eu de vomissements, entra ... réaction. Une sueur abondante et une coloration des pommettes annonc... rent l'amélioration, qui fit des progrès rapides. L'enfant était bien à not... visite du soir le 21 mai; il avait eu les premiers symptômes le 20 au matin.

Les détails dans lesquels nous aurions pu entrer pour ces trois observa... tions sont les mêmes que tous ceux des autres malades. L'important est d... savoir que la même médication exclusive a été employée pour tous, et qu... le succès a été aussi rapide que dans toutes celles que j'ai publiées dans la première note.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Monsieur le rédacteur,

La fièvre typhoïde est-elle contagieuse? Telle est la question grosse, nonobstant le laconisme de sa forme, d'interprétations diverses et de difficultés sérieuses que l'Académie de médecine offre cette année à l'émulation des chercheurs de problèmes. Cette question touche, en effet, à l'étiologie même de cette maladie, c'est-à-dire à ce qu'il y a de plus obscur peut-être dans la pathologie. — Car enfin, je ne suppose pas qu'il s'agisse uniquement, pour se conformer aux intentions de l'illustre compagnie, de constater purement et simplement le fait de la transmission de la maladie d'un individu à un autre..... Qu'est-ce qu'un témoignage de plus pourrait ajouter au témoignage de maints observateurs qui ont démontré, — ou la chose ne le sera jamais, — que la fièvre typhoïde peut, *dans quelques circonstances*, se communiquer comme la rougeole, la variole, etc. Que si l'on ne trouve pas à ces nombreux témoignages une autorité suffisante, quelque respectables qu'ils soient, est-ce d'une dissertation académique qu'on peut attendre une solution définitive de la question, une décision sans appel? Que ne provoquait-on plutôt une enquête à laquelle le plus modeste praticien de province eût apporté son contingent de preuves? Plus de possibilité, dès lors, de récriminer contre les lumières et la sincérité des observateurs, et la doctrine de la contagion consacrée par le témoignage de l'immense majorité des praticiens entrait de vive force dans le domaine des vérités acquises. Mais c'est qu'en vérité là n'est pas le vif de la question. A l'exception de quelques non-contagistes obstinés qui ne paraissent plus avoir d'autre motif pour soutenir leur opinion que celui de l'avoir antérieurement professée, tout le monde avoue aujourd'hui que la fièvre typhoïde peut, *dans certaines conditions*, être contagieuse. Ce que l'Académie a eu certainement en vue, c'est de pousser les travailleurs vers la recherche de ces circonstances : c'est d'arriver à la connaissance de LA LOI en vertu de laquelle cette pyrexie non contagieuse de sa nature le devient pourtant dans tels cas donnés. Or, ceci est d'une tout autre portée; mais aussi que de difficultés attachées à la solution de tels problèmes! Combien s'en découvre-t-il dans un siècle? Que de faits partiels érigés en lois parce que l'on n'avait envisagé qu'un des mille côtés de la question! Voyez, par exemple, ce qui est advenu de la plupart des lois trouvées par la doctrine physiologique! Ainsi, loin d'avoir trouvé la loi pathogénique qui préside au développement de la fièvre typhoïde, on n'est pas même d'accord sur les circonstances qui précèdent son apparition. Ainsi, *l'acclimatement* est regardé comme une des conditions les plus favorables à son développement par les praticiens qui habitent les grands centres de population, Paris notamment, tandis que les médecins de province tiennent peu compte de cette

circonstance ou la nient même parce que dans les petits foyers de population où ils se trouvent pour la plupart, ils ne sont pas à même d'observer comme les premiers, ces immigrations sur une grande échelle, et que d'ailleurs la transition de la vie des campagnes à celle des villes peu peuplées est beaucoup moins forte. D'un autre côté, les médecins de campagne habitués à vivre en quelque sorte *à ciel ouvert*, cherchent l'application des faits qui se passent sous leurs yeux dans la direction des vents, l'inclinaison du sol, dans les cours d'eau, les amas d'eaux croupissantes ou laissant à découvert une vase corrompue, etc.; toutes choses qui préoccupent moins le praticien citadin, à tort peut-être, car enfin l'influence des eaux, de l'air et des lieux ne se fait-elle pas sentir partout? Est-ce qu'il n'y a pas, par exemple, dans beaucoup de villes, des égouts ou des cours d'eau abandonnant pendant une partie de l'année leur lit désséché ou vaseux? Pourquoi donc, pour en revenir au sujet qui nous occupe, la fièvre typhoïde n'est-elle pas, sur les quais qui les bordent, épidémique ou contagieuse, comme on la dit être dans les villages exposés aux mêmes influences? Pourquoi n'en est-il pas de même dans les casernes bâties dans la plupart des villes fortes au-dessus de fossés croupissants? Je crois donc qu'on a été beaucoup trop loin dans l'espèce d'antagonisme qu'on a voulu établir dans l'étiologie de la fièvre typhoïde des grandes villes et celle des petites localités. Ainsi, je connais plus d'un exemple de contagion dans des villes d'une forte population, et je l'ai observée assez fréquemment dans celle où j'exerce (16,000 habitants, y compris la garnison); et si dans le service nosocomial très-nombreux dont je suis chargé, je n'ai pas vu bien évidemment la fièvre typhoïde se transmettre, j'y ai vu fréquemment des maladies de divers ordres y prendre un caractère typheux, de légères indispositions se transformer en pyrexies graves. D'ailleurs des individus déjà atteints d'une maladie, sont-ils, en général, dans des conditions favorables à la contagion de cette pyrexie spéciale. Nous nous sommes trouvé souvent aussi dans le cas de conserver au milieu de nos autres malades des individus atteints de scarlatine, de rougeole, de variole, etc., et nous n'avons pas vu d'ordinaire ces affections se propager dans nos salles. C'est que la contagion n'est pas un fait absolu, mais conditionnel et subordonné à un grand nombre de circonstances qui ne se trouvent pas toujours réunies. N'est-il pas probable que, dans bien des cas, l'existence d'un état pathologique est exclusive d'affections d'un autre ordre? N'en est-il pas ainsi dans l'ordre physiologique de l'immunité que l'habitude assure aux personnes qui vivent dans l'atmosphère des hôpitaux? immunité qui n'est pas telle d'ailleurs qu'on ne la voie succomber parfois aux maladies régnant épidémiquement dans certains établissements. Ainsi, un ordre religieux qui dessert les établissements hospitaliers de l'Est, a fait, dans ces dernières années, des pertes sensibles à la suite des fièvres typhoïdes qui y ont régné. Ajoutons enfin que la plupart des personnes auxquelles il est fait allusion ici (médecins, sœurs, infirmiers) ont passé l'âge où l'on contracte le plus facilement la fièvre typhoïde. En somme, je crois que l'argument tiré de la non-contagion de cette fièvre dans les hôpitaux n'a pas autant de valeur qu'on lui en a attribué. — Un seul fait pour finir, et que j'emprunte, entre beaucoup d'autres du même genre, aux notes de ma pratique.

Obs. — Un jeune ouvrier, en pension à Nancy, y contracte, en donnant des soins à *sa bourgeoise*, une fièvre typhoïde grave, dont cette dernière était atteinte. Transporté, au bout d'une quinzaine de jours, malade encore, dans son village natal, il y communiqua cette maladie à une de ses sœurs qui le soignait. Je constatai chez cette jeune fille les symptômes d'une fièvre typhoïde adynamique, qui acquit en peu de temps une très-grande gravité et se communiqua quelques jours après à une seconde sœur plus jeune, et qui n'avait pas quitté la malade. Enfin, un autre frère, habitant une ferme *isolée* à 10 kilomètres de là, vint voir ces jeunes filles, passa vingt-quatre heures dans la maison paternelle et retourné chez lui, tomba malade à quelques jours de distance, de la même maladie. Le père et la mère eux-mêmes ne furent pas épargnés; mais grâce, sans doute, au privilége de l'âge, ils ne furent alités que quelques jours et n'offrirent d'autres symptômes qu'une grande faiblesse avec diarrhée.

Peut-on imaginer quelque chose de plus concluant en faveur de la contagion? Qu'en pense M. Rochoux? Quant à moi, je dis qu'un seul fait de ce genre, décrit dans toutes ses circonstances, suffirait pour établir la contagionabilité de cette pyrexie. Or, ces faits, nous ne les comptons plus, et si quelque chose a le droit de nous étonner, nous autres médecins de province, c'est que l'Académie de médecine mette un point d'interrogation à la suite de cette phrase : La fièvre typhoïde est-elle contagieuse?

Agréez, etc. S.

Réflexions sur la véritable cause du bruit de souffle chez les femmes enceintes; par M. Malichecq, interne des hôpitaux de Lyon.

Obs. — A l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul (service de M. Bouchacourt), est entrée, le 22 décembre 1848, une femme âgée de 32 ans, habitant la campagne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une assez forte constitution, d'une bonne santé.

Elle n'est pas mariée. Il y a six ans, elle a eu une première grossesse parvenue à terme. Aujourd'hui elle est enceinte pour la seconde fois; sa grossesse remonte à huit mois environ.

Cette femme est en même temps affectée de syphilis secondaire avec un écoulement vaginal; les accidents syphilitiques consistent en un grand nombre de plaques muqueuses, ayant leur siége aux deux faces externe et interne des grandes lèvres et à la marge de l'anus. D'après ce qu'elle dit, il y a quatre à cinq mois qu'elle serait atteinte de cette affection.

Le ventre est ballonné; le fond de la matrice s'élève bien au-dessus de l'ombilic. La malade déclare que, depuis quinze jours à peu près, elle ne sent plus les mouvements de l'enfant. L'auscultation est pratiquée avec soin, et les bruits du cœur du fœtus ne sont pas entendus.

Le 23, on ausculte de nouveau; on n'entend nulle part les battements du cœur du fœtus. Mais en appliquant le stéthoscope tout à fait sur le bas-ventre, suivant le trajet des vaisseaux iliaques et du côté droit, on entend bien distinctement un bruit de souffle, isochrone aux battements du pouls de la malade; on ne le perçoit sur aucune autre partie du ventre. L'absence des bruits du cœur, bien constatée pour la seconde fois, ne laisse plus de doute sur la mort du fœtus.

Le 30, vers quatre heures du soir, le toucher vaginal fut pratiqué : ramollissement du col utérin, introduction de la première phalange du doigt indicateur dans son intérieur; inégalités de son orifice externe; absence du ballottement. Les seins ont leur volume ordinaire.

Dans la soirée, vers sept heures, la malade, qui jusque-là n'avait rien senti, éprouve les premières douleurs; à dix heures, rupture des membranes et écoulement des eaux amniotiques, présentation du siége du fœtus. Le lendemain, à une heure du matin, l'accouchement est terminé. Le placenta est expulsé immédiatement après le fœtus; celui-ci était mort. Avant comme après son expulsion, pas d'hémorrhagie notable.

Examen du fœtus. Le poids et le volume sont ceux d'un enfant de huit mois. Couleur rouge brunâtre de toute la peau. Partout l'épiderme se détache avec facilité. Infiltration du cuir chevelu et de la face. Le périoste se détache très-facilement des os. D'après les renseignements fournis par la malade et cet examen superficiel du corps du fœtus, déjà envahi par la putréfaction, on peut avancer que la mort a eu lieu au moins vingt jours avant l'époque de l'accouchement, sachant surtout que la décomposition d'un fœtus mort est singulièrement ralenti par son séjour dans la matrice.

Avant tout, je tiens à noter que la femme qui fait le sujet de l'observation n'avait éprouvé aucun symptôme précurseur de l'accouchement avant le moment où elle fut soumise aux explorations dont il a été question. Par un simple rapprochement de faits, on pourrait peut-être rapporter la cause déterminante de l'accouchement à ces diverses explorations qui, en irritant plus ou moins le col de l'utérus, ont pu faire naître les contractions dans le corps de l'organe.

J'arrive maintenant à ce qui concerne le bruit de *souffle abdominal*. Chez notre femme, il n'a été entendu qu'au bas du ventre, sur le trajet des vaisseaux iliaques, et seulement du côté droit. J'ai ausculté avec beaucoup de soin au niveau et au-dessus de la région ombilicale, je n'ai entendu aucun bruit de souffle. Par le fait de la mort du fœtus, datant déjà de plusieurs jours, la circulation du sang entre l'enfant et la mère n'existant plus, nous sommes en droit d'affirmer que ce bruit de souffle ne se passait pas dans les vaisseaux utéro-placentaires.

Il me semble qu'il n'est pas plus logique (je tâcherai de mieux le prouver plus loin) d'établir son siége dans les vaisseaux utérins, dans ceux surtout qui avoisinent l'insertion du placenta. En effet, chez la femme en question, toujours par suite de la mort du fœtus déjà assez ancienne, l'activité de la circulation dans l'épaisseur des parois de la matrice, et surtout dans le voisinage du placenta, devait être considérablement affaiblie, le sang qui y arrivait étant uniquement destiné à l'entretien de la nutrition de l'organe. Si le bruit de souffle avait réellement pour siége les parois utérines, dans le cas dont il s'agit, tout naturellement il ne devait plus rester perceptible, sa disparition était rationnelle; cependant il existait encore, il a été entendu d'une manière bien marquée, mais seulement vers la fosse iliaque du côté droit, et nullement sur d'autres points de la périphérie du globe utérin. Maintenant, malgré la mort du fœtus, si les vaisseaux de l'utérus eussent été réellement le siége du bruit de souffle, il aurait été facile et même plus facile de l'entendre vers le milieu et le fond de l'organe, c'est-à-dire au niveau et au-dessus de l'ombilic de la mère, qu'en bas vers le voisinage

du col; car l'ovoïde formé par la matrice dans son état de plénitude s'applique mieux contre les parois de l'abdomen par sa moitié supérieure que par sa moitié inférieure, qui est la petite extrémité de l'ovoïde, laquelle plonge vers l'excavation du bassin. Or il n'a été entendu, comme je l'ai dit plus haut, qu'en bas et à droite seulement, sur le trajet des vaisseaux iliaques. Je fus donc autorisé, par voie d'exclusion, à établir que les vaisseaux iliaques étaient, chez notre femme, le véritable siége du bruit de souffle; ces vaisseaux étaient plus ou moins comprimés par le poids du globe utérin rempli du fruit de la conception.

L'opinion de ceux qui, à l'exemple de M. Kergaradec, ont placé le siége du bruit de souffle dans les vaisseaux utéro-placentaires (*bruit de souffle placentaire*), ne peut pas se soutenir en présence de l'observation qui vient d'être citée, et de trois autres observations semblables de M. Jacquemier, dans lesquelles ce bruit de souffle a été bien constaté chez des femmes enceintes dont l'enfant était mort et déjà en voie de décomposition putride.

Actuellement il y a aussi couchée, dans une salle de l'hôpital, une quatrième femme, âgée de 32 ans, chez laquelle on constate l'existence d'une énorme tumeur fibreuse du corps de l'utérus, qui s'élève jusque près de l'ombilic, et dont l'apparition date de quatre ans. Dans ce cas, assez intéressant, l'auscultation a été pratiquée, et des deux côtés des fosses iliaques j'ai entendu un bruit de souffle bien marqué, en tout semblable à celui que j'ai constaté chez les femmes enceintes.

Une autre opinion, qui paraît mieux fondée, est celle des accoucheurs qui prétendent qu'il a son siége dans les parois utérines (*bruit de souffle utérin*). D'abord, il est certain qu'il ne peut pas se passer dans les veines utérines ou sinus utérins, parce qu'alors, au lieu d'être intermittent et isochrone aux battements du cœur de la mère, ce bruit de souffle serait continu. Il devrait donc se passer dans les artères; mais les vaisseaux artériels de la matrice dans l'état de plénitude, quoique très-développés, restent cependant d'un calibre bien inférieur à celui des artères des régions du corps, dans lesquelles on entend des bruits de souffle tenant soit à une altération pathologique du sang, soit à une cause purement mécanique, telle que la compression du vaisseau produite par l'application du stéthoscope ou par une tumeur développée dans le voisinage. Quoi qu'il en soit, admettons encore que les artères utérines soient bien le siége du bruit de souffle, il est évident qu'on devrait l'entendre à peu près sur tous les points de la face antérieure de l'utérus, et principalement vers le fond de l'organe, où les vaisseaux artériels sont plus abondants, plus considérables et plus rapprochés de l'oreille de l'observateur, quand il ausculte. Il n'en est rien: pour mon compte, toutes les fois que j'ai eu l'occasion de le constater, je l'ai toujours entendu en bas du ventre seulement, dans le voisinage des vaisseaux iliaques. Dans ce moment même, il y a, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, trois femmes dont la grossesse la moins avancée est de cinq à six mois. Je les ai auscultées avec soin, et chez les trois j'ai entendu manifestement le bruit du souffle, mais uniquement au bas du ventre, sur le trajet des vaisseaux iliaques; au lieu d'être superficiel, son siége m'a paru assez profond. Chez deux d'entre elles, je ne l'ai entendu que du côté droit, chez la troisième, je l'ai également entendu à droite et à gauche, dans les deux fosses iliaques.

En raisonnant toujours dans l'hypothèse que ce bruit de souffle a lieu dans l'épaisseur des parois utérines, dans les artères en un mot, il est clair que les circonstances anatomiques et physiologiques, dans lesquelles il se produirait, restant toujours les mêmes, il devrait être constant et s'observer chez toutes les femmes enceintes, à partir d'une époque où l'utérus a pris assez de développement; mais de l'avis de tous les accoucheurs, on est loin de l'entendre chez toutes les femmes, il en est même chez lesquelles on le constatera aujourd'hui, tandis qu'on ne l'entendra plus demain.

Admettons que les artères utérines soient le siége réel du bruit de souffle, mais à condition que le fœtus jouit de la vie et que pour se nourrir il reçoit le sang de sa mère, circonstance qui doit singulièrement activer la circulation utérine. Si le fœtus vient à succomber dans le sein de sa mère, on ne peut pas contester qu'il ne se produise un ralentissement d'activité dans cette circulation et une diminution notable de la quantité de sang artériel qui affluait dans l'épaisseur des parois de la matrice. On peut donc raisonnablement supposer que ce *bruit de souffle utérin* doit disparaître complétement par suite de la mort du fœtus, ou tout au moins être singulièrement affaibli. Or, en pareil cas, on a, et nous avons entendu, un bruit de souffle bien marqué, en tout semblable, par la nature, le rhythme et l'intensité, à celui que l'on entend quand le fœtus est vivant.

Enfin, si, chez les femmes enceintes, les artères utérines étaient réellement le siége d'un bruit de souffle, je ne vois pas pourquoi il n'existerait pas un bruit de souffle semblable dans des organes de l'économie, comme le corps thyroïde (surtout pour des cas d'hypertrophie simple de cette glande) dans l'épaisseur duquel existe un système de vaisseaux artériels aussi riche que celui qui existe dans l'épaisseur des parois de l'utérus.

Je me dispenserai maintenant de reproduire en faisceau toutes les preuves directes ou indirectes, physiques ou physiologiques, qui tendent à bien établir que les artères iliaques, primitives, internes ou externes, sont le véritable siége du *bruit de souffle abdominal* chez les femmes enceintes.

Je termine donc là ces quelques réflexions, en établissant comme conclusion les propositions suivantes:

1° Il n'est plus possible, chez les femmes enceintes, de fixer le siége du bruit de souffle dans les vaisseaux utéro-placentaires.

2° L'opinion de ceux qui établissent le siége de ce bruit de souffle dans les vaisseaux qui rampent au milieu des parois de l'utérus, quoique en apparence plus fondée que la précédente, est cependant loin d'être l'expression de la vérité.

3° Les artères iliaques paraissant être le siége véritable de ce bruit, il est impossible de le fixer ailleurs.

La compression de ces vaisseaux par le poids du globe utérin, rempli du fruit de la conception, est la cause matérielle de ce bruit de souffle. Cette compression, par cela même qu'elle est variable, qu'elle peut être trop forte ou trop faible, nous explique parfaitement bien pourquoi il n'est pas constant ni observé chez toutes les femmes enceintes.

NOTE SUR UN CAS DE TUMEUR INTERSTITIELLE DE L'UTÉRUS, EXTIRPÉE PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ (lue à l'Académie le 17 avril 1849); par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Il y a peu d'années encore que les tumeurs interstitielles du corps de l'utérus étaient considérées comme absolument au-dessus des ressources de l'art. Tout ce que la chirurgie avait osé entreprendre s'était borné à l'énucléation de tumeurs peu volumineuses du col de cet organe.

En 1842, M. Amussat et M. Récamier ouvrirent une voie nouvelle, et osèrent entreprendre l'extirpation de tumeurs fibreuses interstitielles développées dans les parois du corps de la matrice. Deux succès remarquables couronnèrent cette tentative hardie; mais le procédé ingénieux de M. Amussat ne pouvait s'appliquer qu'à des tumeurs d'un volume médiocre et d'une forme assez régulièrement globuleuse, les tumeurs d'un volume considérable et de forme ovoïde ou irrégulière restaient toujours au-dessus des ressources de l'art.

Je crois avoir comblé cette lacune par l'emploi d'un nouveau mode opératoire qui m'a permis d'extirper facilement et promptement une tumeur beaucoup plus volumineuse que celles dont on avait jusqu'à présent osé tenter l'extirpation. Voici le fait:

OBS. — Une dame de 37 ans éprouvait depuis quatre années des pertes abondantes (qui se renouvelaient à chaque époque menstruelle, puis plusieurs fois dans cet intervalle), et qui l'avaient réduite à un état d'anémie complète, quand elle vint demander mes conseils et ceux de M. Récamier. Nous constatâmes un développement considérable de l'utérus qui faisait saillie au-dessus du pubis, comme dans une grossesse de cinq mois. Cet organe était régulièrement globuleux, mobile, un peu incliné en arrière. Le col placé très-haut était caché derrière la symphyse du pubis. Ses lèvres à peine entr'ouvertes ne permettaient pas l'introduction de la phalangette de l'index. Une sonde introduite dans l'orifice pénétra à près de 12 centimètres de profondeur, et fit reconnaître: 1° que la cavité intérieure avait à peine 2 centimètres et demi de large; 2° que la paroi antérieure avait à peu près son épaisseur normale; 3° que la paroi postérieure au contraire avait une épaisseur énorme.

Nous diagnostiquâmes l'existence d'une tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus.

En présence d'une pareille affection, que pouvait-on faire? ou bien abandonner la malade à elle-même, pour qu'elle mourût d'épuisement avant quelques mois, ou bien tenter une opération. C'est à ce dernier parti que nous nous arrêtâmes.

Elle eut lieu le 6 mars, en présence de M. le docteur Ammeuille, médecin ordinaire de la malade, de MM. les docteurs Massé, Vuiton et Lepelletier, interne de mon service à l'hôpital Cochin.

OPÉRATION. — La malade est couchée en travers sur un lit élevé, la tête soutenue par deux oreillers, les cuisses fléchies et écartées comme pour l'opération de la taille sous-pubienne sont maintenues dans cette position par deux aides.

On procède immédiatement à l'inhalation du chloroforme, puis aussitôt que la malade est parvenue à l'insensibilité complète, l'opération commence.

Sur l'index gauche préalablement introduit dans le vagin je conduis un lithotôme double que je fais pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine, tournant alors sa concavité en arrière vers la tumeur, j'en ouvre les lames, et en le retirant j'incise largement le col utérin.

Aussitôt l'index et le médius droit sont portés dans le col ainsi entr'ouvert, et déchirent par des pressions latérales les angles de l'incision pour l'agrandir et empêcher l'hémorrhagie.

Puis ces deux doigts, portés plus profondément dans la cavité utérine qu'ils remplissent, me servent à déchirer de l'un et de l'autre côté la lame du tissu utérin qui recouvre la tumeur en avant, et que les lames du lithotôme avaient déjà entamée littéralement, surtout en bas.

Dès lors mes deux doigts en contact immédiat avec la tumeur cherchent, par des mouvements rapides, à la contourner et à l'isoler ainsi de la paroi utérine qui l'enkyste. Ce résultat est obtenu promptement pour le quart inférieur de la tumeur, c'est-à-dire pour toute la portion accessible à mes doigts.

Alors seulement commença la partie vraiment difficile et laborieuse.

Malgré l'incision latérale du col utérin, malgré l'agrandissement de cette incision au moyen de la déchirure, l'orifice avait à peine 4 centimètres. je l'augmentai de 1 centimètre encore en incisant avec un bistouri la lèvre postérieure. C'est à travers cette ouverture étroite que je dus mener à fin toute l'opération.

Sur mes deux doigts index et médius gauche, je glissai jusque sur la tumeur une forte pince de Museux, puis une seconde, puis une troisième, et par des tractions énergiques, je cherchai à baisser la tumeur, ou au moins l'utérus en totalité. Je n'obtins rien de cette manœuvre : la tumeur était trop volumineuse pour céder et s'abaisser même d'un centimètre. Je cherchai aussi, mais vainement, à la faire tourner sur elle-même en la saisissant sur le point le plus élevé; plusieurs minutes et de grands efforts furent dépensés en pure perte dans cette tentative. Je changeai alors mon plan de conduite, et au lieu d'abaisser la tumeur en masse ou de chercher à lui imprimer un mouvement de rotation sur son axe, je me déterminai à la diviser.

Pour cela, je ne laissai qu'une pince de Museux pour maintenir le côté droit de la tumeur, puis conduisant sur mon doigt index gauche une longue paire de ciseaux légèrement courbés sur le plat, j'incisai sur la ligne médiane toute la portion de tumeur que j'avais énucléée, de manière à la diviser en deux moitiés égales, l'une droite et l'autre gauche. La portion droite sur laquelle était fixée la pince de Museux put alors, en s'engageant dans l'orifice, s'abaisser de quelques lignes et devenir accessible d'autant à mon index gauche, qui continuait l'énucléation, tandis que mes ciseaux prolongeaient la division verticale. A mesure que s'augmentaient les divisions, la moitié droite de la tumeur s'abaissait et mon doigt index l'énucléait. J'arrivai ainsi par la combinaison de ces trois manœuvres, incision, abaissement, énucléation, qui se facilitaient mutuellement, j'arrivai, dis-je, au quart supérieur de la tumeur; mais à ce point, l'abaissement ne se fit plus qu'avec une extrême difficulté. Il fallait tourner ce nouvel obstacle.

Je résolus alors de dédoubler dans son épaisseur la portion droite que j'étais en train d'extraire, et mes ciseaux, guidés toujours par mon index gauche, attaquèrent cette moitié droite de la tumeur d'arrière en avant et de bas en haut, en commençant environ vers la moitié de sa hauteur. Cette manœuvre, en amincissant la partie sur laquelle j'agissais, facilita son abaissement, et je pus continuer à l'énucléer, puis à l'inciser verticalement jusque à sa partie supérieure.

Une fois l'énucléation et le dédoublement de cette moitié droite de la tumeur terminés, il me devint facile de l'extraire.

Restait encore la moitié gauche; mais j'agissais dans une cavité devenue large par l'extraction de la première partie. Aussi la manœuvre fut-elle bien plus rapide. Je saisis avec des pinces de Museux l'extrémité inférieure déjà énucléée; elle s'engagea facilement dans le col. Mes deux doigts index et médius droits exécutèrent promptement l'énucléation dans les trois quarts inférieurs; puis l'utérus put être renversé de manière à présenter la face interne au dehors de la vulve, ce qui me permit de terminer la dissection sans difficulté comme sans encombre, et de m'assurer qu'il n'était rien resté de la tumeur. Je pus aussi reconnaître qu'il n'y avait eu pendant l'opération aucune déchirure des parois de l'organe, et même que ces parois ne contenaient aucun autre parasite.

Après ces divers examens, je replaçai la matrice dans ses conditions normales. L'opération avait duré quarante-cinq minutes, dont quarante environ pour l'extraction de la première partie, et cinq seulement pour l'extraction de la seconde.

La malade n'avait pas un instant cessé d'être soumise à l'influence du chloroforme. Après l'opération, je dus m'occuper activement de ramener la circulation et la sensibilité. Les fenêtres de l'appartement furent ouvertes; une flagellation vigoureuse fut pratiquée sur tous les membres, en même temps que de l'eau froide était projetée sur le visage, et du vinaigre présenté aux mains et répandu sur les tempes.

Sous l'influence de ces moyens, la circulation, presque éteinte, se ranima, et bientôt je dus m'occuper d'un autre ordre d'accidents, de l'hémorrhagie. Peu de sang avait été perdu pendant l'opération; il s'en écoulait davantage depuis qu'elle était terminée. Dans toute autre circonstance, j'en aurais peu tenu compte; mais depuis longtemps la malade était épuisée, anémique : il importait de ménager ses forces. Je plaçai dans le fond du vagin un gros morceau de glace. J'appliquai sur le bas-ventre un cataplasme, formé de morceaux de glace, entre deux linges, et je donnai des boissons froides, de l'eau glacée.

Deux heures se passèrent ainsi. Quand je revins, il n'y avait plus d'hémorrhagie; mais la malade était complètement transie de froid. J'enlevai le cataplasme de glace. Je fis placer une bouteille d'eau chaude entre les deux seins, deux autres entre les épaules, une quatrième sur la région lombaire. La chaleur ne tarda pas à revenir, et il s'établit une réaction douce et un sommeil calme qui se prolongea trois heures.

Depuis lors les choses se comportèrent comme après une simple couche. Les règles ont reparu, régulières et normales, le trente et unième jour, et aujourd'hui 16 avril, six semaines après l'opération, la malade est entièrement rétablie.

La tumeur extraite était un corps fibreux :

Pesant.	625 grammes.
Long de.	0,14 centimètres.
Large de	0,11 —
Épais de.	0,09 —

Sa forme était à peu près exactement ovoïde.

Sa grosse extrémité était tournée en haut.

Sa face antérieure régulièrement convexe; la postérieure un peu aplatie.

Il avait été, dans l'opération, divisé en deux parties verticalement égales : l'une droite, l'autre gauche. La première pesait 326 grammes, la seconde 309 grammes.

Sa texture était celle des corps fibreux de médiocre densité; on y voyait quelques lacunes, quelques cavités irrégulières.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 renferment les articles originaux suivants : 1° *Ulcération du col utérin traitée par la solution de coton-poudre;* par M. Mitchell. 2° *Notes sur un cas de pneumonie aiguë;* par M. Sunter. 3° *Viol et transmission de la syphilis sur une fille de 6 ans;* par M. Hamilton. 4° *Obstruction particulière des intestins;* par M. Donovan. 5° *Du choléra ordinaire et asiatique;* par M. O'Reardon. 6° *Sur le traitement du choléra;* par MM. Burke et Haines. 7° *Sur les causes des monstruosités, et spécialement sur l'influence supposée de l'imagination de la mère;* par M. Burdon. (Discussion sur la possibilité et le mécanisme d'action de ces influences, du reste sans aucun fait nouveau.) 8° *Séjour d'une pièce de monnaie dans le pharynx,* par M. Ward. (Un demi-penny resta huit mois dans le pharynx d'un enfant âgé d'un an. Il rendait en abondance du mucus et de la salive par la bouche, avait de fréquents accès de toux et ne pouvait avaler une gorgée de lait sans quitter le sein de sa nourrice. Traité d'abord pour une irritation causée par la dentition, puis pour un engorgement tuberculeux des glandes bronchiques, il finit par rendre de lui-même le corps étranger à la suite d'un effort de toux.) 9° *Sur la fièvre épidémique de 1847-1848;* par M. Frazer. 10° *Considérations sur l'éléphantiasis des Arabes;* par M. Bellingham. 11° *Cas de blessure du genou;* par M. Banon. 12° *Cas d'anévrisme fémoral;* par M. Tufnell. 13° *Considérations sur les infusions de la pharmacopée de Dublin;* par M. Donovan. 14° *Cas de choléra autumnal;* par M. Th. Kelly.

TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS DU COL UTÉRIN PAR LA SOLUTION DE COTON-POUDRE; par M. MITCHELL.

On emploie habituellement dans ces maladies les attouchements avec la pierre infernale pour permettre à la solution de continuité de se cicatriser à l'abri de la couche protectrice que l'escarre lui forme. Mais souvent le but est dépassé et la cautérisation provoque une inflammation fâcheuse. C'est par la considération de semblables accidents que M. Mitchell a été conduit à appliquer le collodion au traitement des ulcérations utérines.

Voici comment il procède.

La femme étant placée sur le côté gauche et le spéculum introduit, on essuie la surface ulcérée successivement avec plusieurs morceaux de linge jusqu'à ce qu'elle soit entièrement débarrassée du mucus adhérent qui la recouvre. Alors un pinceau de poil de chameau trempé dans le collodion est porté sur l'ulcération; et l'on attend environ deux minutes pour l'y laisser sécher complétement. On en dépose ainsi deux ou trois couches l'une après l'autre, si cela est nécessaire. Le premier contact détermine une légère sensation de brûlure causée par l'éther, puis un refroidissement dont l'évaporation rend compte.

Il faut renouveler le même pansement au bout de quarante-huit heures, parce que la sécrétion qui se rassemble sous ce vernis finit par le détacher. Dans les cas de simple abrasion, trois applications ont été suffisantes.

Si la maladie est plus obstinée, s'il existe des granulations volumineuses, l'auteur emploie en premier lieu le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, ou la potasse fondue, et dépose ensuite par-dessus l'escarre une couche du mélange siccatif. Il dit avoir réussi par ce procédé à guérir des ulcères étendus dans un espace de temps moindre de moitié que celui qui aurait été nécessaire sans l'auxiliaire du collodion.

Dans la vaginite sans ulcération, une couche de collodion étendue sur les parois du conduit enflammé diminue de beaucoup la douleur, qui résulte des moindres frottements.

CAS DE PNEUMONIE AIGUE; par le docteur SUNTER.

Dans le numéro d'octobre de DUBLIN MEDICAL PRESS, l'auteur avait rapporté une observation de pneumonie aiguë, où se trouvait l'indication suivante : « A la base et même vers le milieu de la région latérale gauche du thorax, la respiration est généralement très-faible, parfois absolument nulle, et l'on entend un bruit semblable à celui que produirait de l'eau tombant goutte à goutte dans un bassin. Une fois, on eût dit qu'une ouverture faite au poumon permettait à l'air de pénétrer dans la cavité de la plèvre et produisait un bourdonnement analogue à celui qu'on perçoit quand on applique sur l'oreille un coquillage marin; sur toute cette région, le son était tympanique.... Ces signes physiques, semblables à ceux du pneumothorax étaient probablement produits, soit par une portion d'air entrée dans le stéthoscope par le bout inférieur, lequel n'aura pas été hermétiquement appliqué contre la paroi thoracique, soit par le mouvement des gaz contenus dans l'estomac. Néanmoins, je ne puis expliquer le son tympanique rendu à la percussion *qu'en admettant la présence dans la cavité pleurale d'une certaine quantité d'air venu du poumon.* »

L'auteur, depuis l'époque où il publiait cette observation, a eu l'occasion de consulter divers ouvrages anglais qui l'ont ramené à une opinion moins exclusive sur l'étiologie du pneumothorax et l'explication des bruits stéthoscopiques liés à cette maladie, notamment du tintement métallique. Il croit maintenant avec le docteur Graves que la phlegmasie du poumon peut, à elle seule et en l'absence de toute perforation de l'organe, amener un développement de gaz dans la plèvre; et, puisque le tintement peut avoir lieu dans ces cas, il en infère naturellement que la théorie qui explique ce bruit particulier par le passage de bulles d'air venant crever à la surface d'un liquide est trop absolue.

L'auteur ne semble rien connaître des nombreux travaux qui ont été publiés tant en France qu'en Allemagne sur ce point d'étiologie et de diagnostic. La possibilité d'un développement spontané de gaz, d'une sorte de sécrétion gazeuse, dans la plèvre, n'est admise que par un petit nombre d'auteurs; mais presque tous accordent qu'une petite quantité de liquide sécrété par la plèvre, surtout si ce liquide est purulent, peut, en se décomposant, engendrer rapidement des gaz, et qu'ainsi le pneumo-thorax peut avoir lieu sans perforation du poumon. Mais l'absence de perforation exclue-t-elle la formation du tintement métallique? Voilà où la dissidence s'établit entre les auteurs. Les uns regardent la présence d'une fistule pulmonaire comme absolument nécessaire à la production du tintement, ce bruit étant produit, suivant eux, par des bulles d'air fournies par les bronches et venant à la surface du liquide épanché. Pour ces auteurs, comme on voit, la production du tintement exige deux conditions, à savoir l'existence d'un épanchement en même temps que d'un hydrothorax, et la situation déclive de la fistule par rapport au liquide épanché. D'autres soutiennent, et, nous le croyons, avec toute raison, que le tintement métallique se produit dans des cas où il n'existe pas d'épanchement pleural, et dans d'autres cas où, l'épanchement existant, l'ouverture de la fistule pulmonaire est située au-dessus du niveau du liquide. Ces faits ont naturellement conduit les auteurs à bon nombre des théories différentes de la précédente, et dont la plus plausible nous paraît être celle qui attribue le tintement à des bruits bronchiques résonnant au milieu d'une cavité remplie d'air. Telle a été vraisemblablement la cause du bruit noté dans l'observation de M. Sunter.

OBSTRUCTION PARTICULIÈRE DES INTESTINS; par M. DONOVAN.

La maladie des pommes de terre qui exerce de si grands ravages en Irlande a donné lieu à une affection singulière, dont l'auteur a recueilli plusieurs observations, et qu'il ne sera pas sans intérêt de connaître dans tous les pays où la même cause règne.

Chez plusieurs individus placés au sein de ces conditions, il s'est formé dans le rectum une masse volumineuse de matières, incapable de traverser l'anus par le mécanisme ordinaire de la défécation. Des enfants et des hommes de 40 à 50 ans y ont été également sujets. Des ténesmes, des évacuations de sang par l'anus, la rétention d'urine sont les symptômes de cet accident. L'abattement général qui les accompagne pourrait, en présence de pareils phénomènes locaux, en imposer pour une dyssenterie; mais un signe précieux lèvera tous les doutes. Il s'exhale alors du corps des malades une odeur d'aigre comparable à celle des pelures de pommes de terre en fermentation (substance dont usent les tisserands, dans les manufactures de toiles grossières.)

Une fois cette odeur reconnue, il faut examiner le rectum et employer un moyen mécanique pour déloger la masse qui en bouche l'orifice. Le manche d'une cuiller d'étain est celui dont l'auteur s'est le plus souvent servi. L'obstruction une fois vaincue peut encore se reproduire et exiger pendant quelques jours la répétition de la même manœuvre, aidée de lavements d'eau chaude.

M. Donovan explique l'accident de la manière suivante.

Dans les pommes de terre malades, la pelure adhère si fortement à la substance farinacée du tubercule, qu'il est impossible ou du moins très-difficile de l'en détacher. Par conséquent, ceux qui en font usage avalent une grande quantité de ces pelures qui s'accumulent dans les intestins, où elles forment ces masses que nous venons de décrire.

L'auteur ajoute que cette obstruction a aussi été très-commune dans l'automne de 1846, par suite de l'alimentation avec du froment bouilli.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES; par M. BELLINGHAM.

L'auteur ayant eu à traiter d'éléphantiasis deux individus chez qui l'affection s'était produite à la suite d'attaques répétées d'érysipèle a été amené à examiner l'opinion la plus commune, d'après laquelle cette maladie reconnaîtrait pour origine une lésion du système lymphatique.

La réfutation de cette idée forme la première section de son travail; et c'était sans contredit la partie la plus facile de sa tâche. Que de fois, dit-il, n'a-t-on pas occasion d'observer l'inflammation des ganglions inguinaux! Et pourtant l'éléphantiasis est une altération très-rare. — D'autre part, comme toute irritation d'un point quelconque des membres inférieurs s'accompagne ordinairement de tuméfaction des glandes de l'aine, il est probable que, en regardant le gonflement éléphantiaque de la jambe comme dû à l'adénite qui existe alors, on aura pris l'effet pour la cause.

Quelle est donc la véritable cause de l'éléphantiasis? D'après M. Bellingham, cette maladie ne serait autre chose qu'une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire, consécutive à des érysipèles réitérés à plusieurs reprises. En effet, l'inflammation locale, dans l'érysipèle, s'accompagne toujours d'une effusion de fluide séro-albumineux dans le tissu cellulaire de la partie. Dans le plus grand nombre des cas, ce fluide est promptement repris par les absorbants, et le membre est rendu à son volume primitif. Mais l'on comprend bien que si une nouvelle fluxion s'opère, alors que les traces de la première n'étaient pas encore effacées, l'enflure augmente et s'accroît peu à peu par suite du dépôt successif qu'y ajoute chaque accès de la phlegmasie cutanée.

L'auteur fait observer que l'érysipèle des extrémités inférieures est on ne peut plus fréquent chez les nègres des îles de l'Inde occidentale. Il ajoute enfin, ce que tout le monde sait, que d'autres maladies que l'érysipèle amènent à leur suite une hypertrophie semblable. C'est ainsi que les jambes s'engorgent et prennent quelquefois un volume excessif chez les personnes qui y portent un ulcère chronique. Ainsi les blennorrhagies fréquemment répétées occasionnent l'hypertrophie des grandes lèvres, chez les prostituées. Ainsi encore les sujets dont les follicules sébacés du nez s'enflamment souvent sont très-exposés à ce que cette partie prenne un volume anormal. — Ces exemples montrent qu'une source quelconque d'irritation, prolongée longtemps, peut causer le développement exagéré des tissus de la partie où elle siége.

— Malgré l'analogie de ces faits, malgré la force des considérations précédentes, nous ne pensons pas que la simple étiologie invoquée par M. Bellingham soit de nature à satisfaire entièrement l'esprit de ceux qui ont pu observer par eux-mêmes la monstrueuse déformation dont il est ici question. Pour nous, nous avons vu, à la Salpêtrière, plusieurs femmes qui avaient à la jambe des ulcères durant depuis nombre d'années, et autour desquels se développaient périodiquement des érysipèles envahissant tout le membre. Eh bien! on remarquait là à la vérité un gonflement prononcé; mais il n'offrait aucun rapport avec la lésion qui constitue l'éléphantiasis.

D'ailleurs, si des inflammations répétées de la peau suffisaient pour déterminer l'éléphantiasis, on n'expliquerait qu'avec beaucoup de peine la rareté de cette dernière maladie dans nos climats; car il y a des érysipèles partout; et l'on ne voit pas pourquoi l'éléphantiasis, endémique dans les contrées de la zone torride, serait par contre si peu commun en Europe.

III. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur les maladies des femmes*; par M. Rigby. 2° *De la scarlatine*; par M. Tripe. 3° *Resection de l'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil*; par M. Hu-

gues Walton. (Après avoir raconté ce cas où l'opération fut suivie de succès, l'auteur fait observer que, lorsque la lésion est limitée à cette extrémité, il est plus avantageux de se borner à la reséquer que d'amputer la totalité de l'orteil.) 4° *Cas de monstre double*; par M. Jakin. 5° *Cas de jumeaux de volume différent, avec un placenta pour chacun; version du premier enfant*; par M. Barker. 6° *Gangrène des deux premières phalanges de l'index et du médius, suite d'une blessure par écrasement; tétanos; mort*; par M. Bulley. 7° *Cas remarquable d'empoisonnement par l'arsenic, où les symptômes ne se manifestèrent qu'après un temps considérable*; par M. W. Clegg. 8° *Cas extraordinaire d'hermaphrodisme*; par M. Waller. (On ne put observer que sur le vivant cette conformation, qui rappelait plutôt le sexe masculin. 9° *Cas de phrénitis, survenu durant la convalescence d'une fièvre*; par M. Barker. 10° *Sur le chlorate de potasse dans les ulcérations phagédéniques*; par M. Sayle. 11° *Cas de sarcôme médullaire*; par M. Blaine. (Un enfant de 9 mois portait une énorme tumeur de cette nature en haut et en dedans de la cuisse droite.) 12° *Tribut à la médecine pratique*; par M. Maxwell. 13° *Empoisonnement par l'arsenic, à symptômes longtemps retardés*; par M. Cowell. 14° *Sur la topographie médicale de la Méditerranée*; par M. Kay. 15° *Rapport sur les blessés du 29e régiment dans l'armée de Sutlege*, en 1845-1846; par M. Guthrie. 16° *Luxation compliquée de l'humérus droit*; par M. Walton. (La luxation était compliquée de plaie.) 17° *Respiration chez les animaux hibernants*; par M. Annan. 18° *Sur les propriétés médicinales du mercure et du chlorate de potasse*; par M. Allison. 19° *Remarques sur le fongus hématode*; par M. Ballay. 20° *De la mort par submersion*; par M. Royle. 21° *Hernie inguinale étranglée; opération*; par M. Dixon. (L'opération, pratiquée peu de temps après le début de l'étranglement, réussit très-bien. Le patient était un homme âgé de 77 ans.) 22° *Clinique de l'infirmerie de Cumberland*; par M. Evan Thomas. 23° *Choléra; sa nature scorbutique*; par M. Maxwell. 24° *Cas d'inflammation de la bourse palmaire*; par M. Pincott. (La bourse enflammée faisait saillie; une ponction évacua de la synovie avec de petits corps cartilagineux. On injecta ensuite la teinture d'iode; le malade guérit.) 25° *Du collodion appliqué thérapeutiquement, surtout contre les maladies de la peau*; par M. Startin. 26° *Cas de tumeurs utérines simulant la grossesse*; par M. W. Thompson. 27° *Fracture du crâne; abcès du cerveau; mort*; par M. Snape. 28° *Cas d'implantation du placenta sur le col*; par M. Waller. 29° *Observations d'empoisonnement dû au plomb de l'eau passant à travers des tuyaux de plomb et contenue dans des réservoirs de plomb*; par M. Th. Thompson. 30° *De la quinine comme antidote du choléra*; par M. Maxwell. 31° *Sur le squirrhe des lèvres*; par M. Brookes. 32° *Du traitement du choléra*; par M. Crummey.

DE L'EMPLOI DU CHLORATE DE POTASSE CONTRE LES ULCÉRATIONS PHAGÉDÉNIQUES; par M. SAYLE.

Ce n'est pas précisément d'un nouvel essai que nous avons à entretenir nos lecteurs. Déjà, en 1843 (p. 848), la GAZETTE MÉDICALE signalait, d'après M. Hunt, les bons effets du chlorate de potasse donné à l'intérieur pour la gangrène de la bouche. Nous avons aussi, en 1847 (voy. GAZ. MÉD., p. 190), rapporté un cas de guérison d'ulcère cancéreux, obtenue par M. Tedeschi, grâce à l'application externe de ce médicament. M. Sayle vient aujourd'hui, comme avant lui M. Allison dans le LONDON MEDICAL GAZETTE du 27 novembre 1846, raconter les bons résultats que l'administration de ce sel lui a procurés dans le cas d'ulcères phagédéniques.

Selon lui, le chlorate de potasse agit principalement par l'oxygène qu'il contient, et qui, cédé à l'organisme, remédie à l'appauvrissement du sang, à la faiblesse générale dont ces ulcères s'accompagnent presque toujours. C'est dans le même but que l'on a autrefois employé l'acide nitrique dans le traitement des maladies vénériennes. L'auteur ne doute pas que cette propriété oxygénante du chlorate de potasse ne le rendît très-utile dans la phthisie, lorsque la désorganisation d'une partie du poumon met obstacle à la révivification complète du sang veineux.

L'administration du chlorate de potasse est, d'après M. Sayle, sans danger. Il cite un malade qui en a pris, pendant plusieurs semaines, 6 grammes par jour.

Nous allons donner un exposé sommaire des cas où le médicament a été employé par lui.

OBS. I. — Un homme, âgé de 34 ans, contracta la syphilis il y a cinq mois. Il offrait un large ulcère du palais et un autre à bords irréguliers et de mauvais aspect au sommet de la tête. Un troisième ulcère siégeait au dos. Insomnie, inappétence, pouls faible et irritable. (Iodure de potassium, 10 centigr. par jour.)

Ce traitement, continué du 19 au 24 septembre 1848, n'ayant amené aucune amélioration, on lave les ulcères avec l'acide nitrique dilué, et l'on donne par jour 12 décigr. de chlorate de potasse dissous dans de l'eau.

Le 2 mars, les ulcères sont guéris; une petite portion d'os s'est séparée du palais. L'appétit et le sommeil sont revenus.

OBS. II. — Femme âgée de 25 ans; elle porte dans l'aine droite un ulcère vénérien de la largeur de la paume de la main, s'étendant jusqu'au mont de Vénus. Il date de cinq à six mois, et l'origine de sa maladie est une affection vénérienne que son mari lui transmit il y a treize mois.

Entrée à l'hôpital le 18 mars, après un traitement inutilement entrepris par un médecin, elle prit 10 centigr. d'iodure de potassium et 12 décigr. de chlorate de potasse par jour; pansement avec l'onguent mercuriel.

Le 23 mars, on remplaça l'onguent mercuriel par les lotions avec l'acide nitrique.

Le 27 mars, l'ulcère est guéri. La santé qui s'était affaiblie par degrés est rétablie.

OBS. III. — Homme âgé de 27 ans, qui a la syphilis depuis quatre ans. Il y a dix mois ses amygdales ont commencé à s'ulcérer et elles le sont encore. Il est dans un état anémique.

Entré le 15 avril 1848, on lui donne le traitement comme ci-dessus par l'iodure de potassium, le chlorate de potasse et les lotions à l'acide nitrique.

Le 27 avril, les ulcérations sont presque fermées. Le 11 mai tout était guéri.

OBS. IV. — Une jeune fille vint, le 18 août 1848, avec une ulcération de l'arrière-bouche qui avait commencé il y a neuf semaines et était toujours allée en augmentant. La luette et le voile étaient entièrement tombés; il ne restait à leur place qu'un ulcère triangulaire, d'un pouce à sa base et d'un pouce et quart de longueur de chaque côté. La surface ulcérée était irrégulière et d'un mauvais aspect. Elle dit n'avoir jamais eu la syphilis. (Traitement comme ci-dessus, par l'iodure de potassium, le chlorate de potasse et les attouchements avec la solution d'acide nitrique.)

Le 24, les bords de l'ulcère sont guéris; une pièce d'os est tombée.

Le 7 septembre, l'ulcération est toujours en bon état. Une portion d'os paraît à nu sur la voûte palatine. On continue le traitement.

Le 21, la perte de substance du palais est fermée; l'os nécrosé tombe le 28. La guérison est complète le 5 octobre.

On a sans doute été frappé, à la lecture de ces observations, de la rapidité vraiment merveilleuse avec laquelle la guérison des ulcères a été quelquefois obtenue. Ces résultats très-encourageants sont certainement dus en grande partie au chlorate de potasse. Mais pour tenir au juste compte de l'efficacité de ce médicament, il ne faut pas oublier que l'iodure de potassium, les attouchements avec l'acide nitrique dilué, une diète généreuse, ont puissamment aidé, dans tous ces cas, à son action thérapeutique.

DU PTYALISME MERCURIEL ET DES MOYENS DE LE GUÉRIR; par le docteur MAXWELL.

Il s'agit d'une courte note où l'auteur indique la manière dont il emploie le mercure toutes les fois qu'il veut produire une action résolutive et le moyen à l'aide duquel il combat le ptyalisme mercuriel. Prenant pour exemple un cas d'ophthalmie dont la nature n'est pas spécifiée, il indique, comme base du traitement, l'administration de 5 grains de calomel, de 5 grains d'iode et d'un grain d'opium, à prendre le matin. Le soir, même dose de calomel et d'iode et 2 grains d'opium. Les jours suivants, chaque matin et chaque soir, la dose d'opium est augmentée d'un grain, celle des autres substances ne variant pas, jusqu'à production de la salivation. Celle-ci établie, il la combat à coup sûr, dit-il, et en triomphe rapidement au moyen du tartrate antimonié de potasse administré à doses fractionnées et étendu dans une très-grande quantité de liquide bien chaud. La dose totale n'est pas indiquée. La note ne contient du reste aucun autre renseignement en dehors de ceux que nous venons de reproduire.

DE LA QUININE COMME ANTIDOTE DU CHOLÉRA; par le docteur MAXWELL.

Sous ce titre un peu audacieux, nous nous attendions à trouver au moins le résumé d'un bon nombre de cas de bon et vrai choléra guéri par le sulfate de quinine. Point du tout. L'auteur rappelle, non sans quelque raison, que la fièvre pernicieuse revêt quelquefois une physionomie assez semblable à celle de certaines formes de choléra, et se traduit par de l'anxiété précordiale, une coloration bleue des extrémités, des vomissements opiniâtres, etc., et que, dans ces cas-là, le sulfate de quinine, administré à haute dose, est souverainement efficace. C'est là un point de vue qui n'est pas nouveau d'abord, et qui ensuite n'est pas aussi juste qu'il peut le paraître au premier abord. Oui, dans une fièvre pernicieuse, la peau peut devenir bleue, les extrémités se refroidir, les vomissements s'établir avec violence. Et quel est même le symptôme grave qui ne puisse se montrer dans une fièvre pernicieuse? Mais au-dessus de ces diversités phénoménales, il y a autre chose; et cette autre chose gouverne la thérapeutique : c'est l'intermit-

tence. Or l'intermittence, c'est l'expression spéciale, le caractère spécifique de la cause essentielle de la fièvre, et c'est à cette cause, quelle qu'elle soit, et non à l'arrêt de la circulation ou au vomissement, que s'adresse le quinquina. Il faut se défier en général de ces analogies pathologiques fondées uniquement sur quelques manifestations extérieures des maladies, sans préoccupation de leur signification étiologique. La thérapeutique y puise rarement d'utiles inspirations.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 JUIN.

INTRODUCTION DE L'EAU DANS LA VESSIE DANS LE CHOLÉRA.

M. PIORRY adresse une lettre dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur les faits suivants relatifs au traitement du choléra.

Une étude attentive des phénomènes observés dans le choléra asphyxique ou bleu lui a prouvé, dit-il, que les malades meurent par suite de défaut d'eau dans le sang. Il y a deux jours, il a pensé que l'on pourrait introduire peu à peu, en quelques heures, de grandes quantités d'eau dans la vessie, et que l'absorption y serait prompte et utile; ce matin 4 juin, il a employé ce moyen chez un homme atteint de choléra. Cet homme périssait, les veines étaient vides, les artères presque sans battement appréciable, le cœur et le foie se trouvaient diminués de moitié, le poumon était démesurément sonore, le ventre plein de liquide et vide de gaz.

Près de 2 litres d'eau furent injectés dans la vessie en une heure, 60 grammes par 60 grammes à la fois. La plessimétrie mesurant cet organe distendu prouva bientôt que l'absorption s'y opérait d'une manière très-rapide, car d'un instant à l'autre l'organe rempli d'eau diminuait.

En même temps les veines se remplissent, le pouls prend du développement, le cœur et le foie augmentent de volume, et l'état du malade devient infiniment meilleur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant une note de M. E. Carré, avec indication d'un moyen curatif contre le choléra. Ce moyen consiste dans l'emploi du gaz oxygène, introduit dans les poumons. (Commiss. du choléra).

2° Une lettre du ministre du commerce, avec envoi d'un rapport rédigé par le médecin des épidémies de l'arrondissement de Prades, sur une épidémie de variole qui a sévi dans les communes de Santa Aignétébia et Candies pendant les mois de décembre, janvier et février derniers. (Commiss. des épidémies).

3° Lettre du ministre, avec un rapport de M. le docteur Tellier, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), pour l'année 1848. (Comm. des eaux minérales.)

4° Le même ministre adresse une série de tableaux de vaccinations pour l'année 1848.

— M. DAREMBERG rend compte à M. le secrétaire perpétuel des résultats des recherches qu'il vient de faire dans les bibliothèques d'Oxford et de Cambridge. Parmi les manuscrits rares et curieux dont il y a fait la découverte, il signale en particulier quelques documents tout à fait nouveaux de plusieurs médecins et chirurgiens du moyen âge; il a aussi copié, dans un manuscrit arabe, deux livres inédits et inconnus du traité de Galien sur les administrations anatomiques, traitant du système nerveux et des organes génito-urinaires.

CONTAGION DU CHOLÉRA.

M. BALLY communique, de Villeneuve-sur-Yonne, le fait suivant de choléra asiatique observé dans un hameau de l'arrondissement de Joigny.

Le 18 mai, Louis Galleron, âgé de 24 ans, soldat au 2e léger, partit du fort d'Ivry pour se rendre aux eaux thermales de Bourbonne-les-Bains. Le 13, il se détourna de sa route pour visiter ses parents, domiciliés au hameau des Marinières, arrondissement de Joigny. Il arriva, après avoir fait 20 kilomètres à pied, fatigué, en sueur, à une heure du matin, le 14; et quelque temps après il se coucha avec son père dans le même lit. A sept heures, Louis Galleron fut attaqué d'un flux diarrhéique aqueux, abondant, suivi bientôt de vomissements, de crampes, de cyanose très-prononcée, de suppression d'urine et d'absence de pouls radial. Il expira le soir, quinze heures après l'invasion.

Le 17, soixante-douze heures après la mort du jeune soldat, le père eut un peu de diarrhée sur le soir. Le 18, à une heure du matin, le cataclysme diarrhéique (hydro-choladrée) survint, et à dix heures de la nuit le nouveau malade avait cessé de vivre. Tout le cortége des symptômes présentés par le fils s'était exactement greffé sur le père. Ce dernier, parfaitement bien portant et livré à son agriculture, n'avait fréquenté aucun lieu suspect et contaminé.

Le 21, à midi, la femme Naudot, âgée de 54 ans, d'une assez pauvre santé, expirait en vingt-deux heures, avec l'appareil des symptômes qui caractérisent la maladie asiatique. L'invasion s'était annoncée soixante-quatre ou soixante-six heures après le décès du père Galleron, que seule elle avait assisté. C'était donc la veille, à deux heures, que les premiers symptômes s'étaient révélés; à midi elle avait dîné avec la veuve dans la chambre des deux morts. Deux filles Galleron ont eu la cholérine après le décès du père; leur mère l'a conservée pendant huit jours. La matière était de couleur jaunâtre.

Feret, cultivateur, de bonne santé, qui avait constamment assisté Galleron, son beau-frère, a eu le flux de ventre pendant près d'une semaine, accompagné de tremblement convulsif, et suivi d'une sueur excessive qui jugea la maladie.

Plusieurs autres habitants, qui étaient venus voir et secourir le premier malade, ont subi l'influence, mais sans gravité.

M. DELAPORTE communique l'histoire d'un cas de choléra, sinon asiatique, au moins sporadique, qu'il vient d'observer à Vimoutiers (département de l'Orne).

M. VICTOR BEAUREGARD, de Graville (Eure), adresse un mémoire intitulé : RECHERCHES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE. Au nombre des conclusions qui résument ce mémoire, nous trouvons les suivantes :

Le choléra peut prendre une apparence contagieuse dans des circonstances spéciales non déterminées. Il lui paraît être une névrose du grand sympathique : d'où il conclut que l'éther doit, avant tout, former la base du traitement de la première période cholérique. On doit le donner à des doses infiniment plus fortes qu'on ne l'a donné jusqu'alors; on se trouve très-bien de l'associer au laudanum.

DE LA RATE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. PIORRY adresse cinq observations prises sur des malades fébricitants de la Sologne, et qui ont été recueillies dans son service par M. Legendre, l'un de ses élèves externes. Tous ces malades, sans exception, présentaient une dimension de la rate qui dépassait le volume normal de 4, 5, 6 centimètres et plus. Ils avaient été traités par M. Lachaise. Sur un seul d'entre eux la rate avait été percutée en Sologne, mais seulement sur le doigt. Quant aux autres, aucune espèce de percussion n'avait été exercée. On avait combattu la fièvre par 25 à 50 centigr. de sulfate de quinine par jour. Les accès avaient été calmés et reculés; mais à peine les malades étaient-ils retournés à Paris, que la fièvre avait récidivé. Ils étaient entrés à l'hôpital de la Pitié; on avait tout d'abord reconnu une augmentation considérable dans le volume de la rate, et il a fallu des doses énormes de sulfate ou d'alcoolé de quinine, 1, 2 grammes par jour, pendant plusieurs jours, pour ramener l'organe à son état normal.

Il est même arrivé, ajoute M. Piorry, qu'un de ces fébricitants, traité par M. Lachaise, reçu ensuite à la Pitié, a été frappé du choléra pendant le traitement de la splénopathie. Cet homme a succombé, et l'on a trouvé à la rate une dimension de 11 centim. de haut en bas, c'est-à-dire 3 centim. et demi de plus que dans l'état normal.

INFLUENCE DE LA VACCINE SUR LA POPULATION.

M. SYLVAIN EYMARD rappelle, à l'occasion des communications récentes de MM. Carnot et Bayard sur les mauvais effets de la vaccine, qu'il a communiqué lui-même en 1828, à l'Académie, un mémoire ayant pour but d'établir que la vaccine n'exerce pas une influence favorable sur la santé publique et sur la population. L'auteur, en cherchant à s'assurer par des citations de ce travail le titre de priorité qu'il prétend avoir sur ces messieurs, annonce qu'il communiquera, à l'appui de cette thèse, un tableau comparatif des naissances et des décès dans la ville de Grenoble pendant une période de vingt-cinq ans qui se sera écoulée depuis sa première communication.

CONTAGION DU TYPHUS CÉRÉBRO-SPINAL.

M. LEROY-DUPRÉ, chirurgien aide-major au 55e de ligne, à Avesnes (Nord), annonce qu'il a observé récemment, en traitant un enfant de 8 ans atteint de typhus cérébro-spinal, certains phénomènes qui ne sont pas sans analogie avec les faits que vient de publier M. Boudin.

Dans le mois de février dernier, un homme fut pris tout à coup et sans cause connue de maux de tête violents, accompagnés de fièvre et de vomissements, etc. Après un traitement et un régime appropriés, la convalescence de cet homme commençait, lorsque les mêmes phénomènes se montrèrent chez son fils. Celui-ci, après avoir eu ses jours en danger, guérit à son tour. Pendant le cours de sa maladie, la domestique de la maison, la sœur du jeune malade, et enfin M. Leroy-Dupré lui-même, qui avait soigné le petit malade, éprouvèrent successivement des accidents cérébraux de même nature. L'auteur pense que ces faits, joints aux faits déjà nombreux signalés par M. Boudin, peuvent contribuer à répandre du jour sur l'origine et le mode de propagation de cette maladie.

M. GIUSTI (de Tripoli de Syrie) adresse une nouvelle note additionnelle à un mémoire récemment communiqué à l'Académie, et dans lequel il se proposait de démontrer que le choléra est une fièvre intermittente ou plutôt rémittente per-

nicieuse, à rémissions souvent difficiles à saisir, mais qui n'en réclame pas moins l'emploi du sulfate de quinine.

M. Conté de Lévignac fait connaître les résultats favorables qu'il dit avoir obtenus, dans le traitement du choléra, de l'emploi d'une potion dans laquelle entrent le sulfate de quinine et l'iodure de fer.

TRANSPORT DES MATIÈRES SOLIDES DANS LE TORRENT CIRCULATOIRE.

M. Follin, aide d'anatomie de la Faculté, adresse la communication suivante :

En examinant avec soin les ganglions axillaires d'individus qui portaient sur les avant-bras des tatouages de couleur rouge, j'ai trouvé que ces ganglions étaient remplis d'une matière particulière, d'une couleur entièrement analogue à celle qu'on rencontrait dans les parties tatouées.

J'ai disséqué aussi les ganglions axillaires d'individus dont les avant-bras étaient recouverts de tatouages bleus, et cette couleur était parfaitement reproduite dans les ganglions.

Tout récemment je vis sur la cuisse d'une vieille femme des plaques de tatouage rouge très-nombreuses et très-éclatantes. Presque tous les ganglions de la région crurale étaient farcis d'une matière colorante d'un rouge très-vif. — L'analyse chimique de cette matière, faite par M. Leconte, préparateur au collége de France, a démontré qu'elle était bien formée par du vermillon.

M. Follin se demande si le transport de ces matières colorantes à travers les lymphatiques et leur séjour à travers les tissus ne peuvent pas être comparés à certains modes de transmissions morbides, tels que le principe cancéreux, la matière ou tissu des tumeurs épithéliales des lèvres, etc., et s'il ne serait pas dès lors important de distinguer plusieurs modes de récidives des tumeurs qu'on voit se développer dans l'économie, les unes s'accompagnant d'une véritable infection générale par répullulation du tissu morbide dans des points très-éloignés du siége primitif de la maladie, les autres donnant lieu à une transmission lente des éléments pathologiques par la voie des lymphatiques.

M. Follin termine en faisant observer qu'il faut un certain temps pour que le transport du vermillon s'opère par les lymphatiques, et qu'on ne les rencontre pas dans les ganglions des individus récemment tatoués.

INTRODUCTION D'UNE FOURCHETTE EN FER DANS L'ESTOMAC; EXPULSION AU BOUT DE VINGT MOIS.

M. Velpeau communique, de la part de M. J.-B.-S. Chemin, médecin à Saints, canton de Coulommiers, le fait suivant observé par ce médecin :

Le 15 mai 1847, dit l'auteur, je fus appelé pour donner mes soins à M. Houé, âgé de 32 ans, cultivateur, habitant la commune de Beautheil. En cherchant à retirer un os de veau arrêté à la partie supérieure de l'œsophage, ce jeune homme dit avoir avalé une fourchette en fer étamé (la pareille, que l'auteur joint à son observation, a 25 centim. de longueur sur 3 à 4 de largeur, au niveau du pavillon et des dents). Voici comment la chose s'était passée :

L'os à peine avalé, la déglutition devint très-difficile; il se manifesta de suite une vive douleur à la partie moyenne du sternum, un sentiment de piqûre et une gêne extrême dans cette région. Respiration anxieuse. M. Houé s'empressa alors de prendre une fourchette, qu'il introduisit vivement dans l'œsophage, avec l'intention de retirer l'os ou de le faire descendre.

Cette opération lui occasionna d'abord des nausées, puis de si grands efforts de vomissements, que, dans son trouble, il lâcha la fourchette, qui, après quelques mouvements de déglutition, tomba immédiatement dans l'estomac.

Cet homme, extrêmement alarmé de sa position, vint à Paris dans l'espoir qu'on pourrait peut-être lui retirer cette fourchette. Il consulta M. Velpeau et un autre médecin, qui le rassurèrent, en lui disant qu'il n'avait rien à craindre des suites de cet accident, et que la fourchette sortirait tôt ou tard d'elle-même par les voies naturelles, sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucune opération.

De retour à son pays dans de meilleures dispositions morales, Houé me fait demander. Je le trouve plus rassuré; cependant il éprouve des souffrances intolérables, surtout après avoir pris quelques aliments ou un peu de boisson. Il a de temps à autre envie de vomir; l'eau lui vient souvent et abondamment à la bouche. La fourchette alors se trouve placée dans le grand cul-de-sac, les dents tournées du côté gauche.

Elle reste quinze jours dans la même position, puis se dirige vers le pylore, où elle séjourne près de quatre mois. Pendant tout ce temps, vomissements noirs plusieurs fois par jour. La bouche est continuellement remplie d'un liquide aqueux; souffrances excessivement vives et incessantes; épigastre très-sensible; pouls normal; langue humide; appétit nul; tiraillements d'estomac; impossibilité de supporter la moindre nourriture; digestion pénible des liquides.

Enfin ce corps étranger franchit le pylore et parcourt en six semaines l'intestin grêle, pour s'arrêter pendant treize mois dans le flanc droit, au niveau de la valvule iléo-cœcale.

Pendant le trajet de la fourchette dans les petits intestins, les souffrances deviennent vives et intermittentes; impossibilité de se coucher sur le côté; la marche et les plus petits mouvements réveillent les douleurs et font éprouver un sentiment de piqûre semblable à celui que produiraient les aiguilles. Le matin, M. Houé, en se palpant le ventre, sent parfaitement la fourchette avec la main; difficulté très-grande d'aller à la garde-robe.

Après un séjour de cinq mois dans le côté droit, la fourchette commence à se dissoudre. Alors M. Houé éprouve de fortes coliques et rend des matières noires et briquetées; constipation continuelle; gargouillement; abdomen ballonné et très-sensible; douleurs aiguës dans les hypocondres; coliques violentes; dégoûts; maux de tête; insomnie; pouls naturel; émission de l'urine fréquente et douloureuse; engorgement du testicule droit. Puis, pendant les autres huit mois, constipation et diarrhée intermittente; coliques moins violentes; matières stercorales noirâtres; ventre sensible; soif vive. (M. Houé, ne consultant que son goût, boit 5 à 6 litres de vieux vin de Brie par jour, et le matin, à jeun, 30 grammes d'anisette pour combattre les vents.) Appétit très-grand; besoin de manger incessant (2 à 3 kilogr. d'aliments par jour, encore le malade ne satisfait-il pas complétement son appétit.)

Cependant le malade reprend à peu près ses travaux de labour et recouvre toutes ses forces.

Vers le 10 décembre 1848, Houé éprouve de si violentes coliques, une telle défaillance, qu'il pense en mourir.

Je suis appelé de nouveau. A mon arrivée, je trouve le ventre tendu; une douleur sourde et profonde se fait ressentir dans la fosse iliaque droite; constipation opiniâtre depuis quelques semaines. Du reste, langue humide, pouls normal, langue halitueuse.

Après une prise de 60 grammes d'huile de ricin, qui lui fait rendre une grande quantité de matières stercorales, Houé se sent soulagé à l'instant même. A partir de cette époque, il ne souffre plus, ne sent plus rien, se croit enfin débarrassé de la fourchette, et continue à se livrer à ses occupations ordinaires.

Enfin, le 8 février 1849, vingt mois après avoir avalé la fourchette, M. Houé éprouve tout à coup des douleurs lombaires, un certain frémissement dans le bassin, une pesanteur sur le fondement, puis l'envie d'aller à la garde-robe. Efforts d'expulsion; selles copieuses, composées de matières fécales et mêlées de sang, dans lesquelles M. Houé trouve un énorme morceau de fourchette. C'est la portion qui se trouve comprise entre le pavillon et la partie sur laquelle sont implantées les dents.

Aujourd'hui cet homme se porte parfaitement et n'éprouve plus aucune gêne.

Le traitement a consisté en tisanes de graine de lin, cataplasmes et lavements émollients, bains de siége et laxatifs (huile de ricin).

CHOLÉRA.

M. Bouvier expose les chiffres des cas nouveaux et des décès qui ont eu lieu dans le cours de la semaine dernière. Cette semaine, dit-il, du 28 mai au 3 juin, peut être divisée en deux périodes : l'une dans laquelle l'épidémie est restée stationnaire, la moyenne étant de 73 comme dans la précédente; l'autre qui, à dater du 31 mai, est marquée par une augmentation subite considérable, surtout dans les deux derniers jours. L'augmentation de cette seconde moitié de la semaine ramène le chiffre au niveau le plus élevé qu'il ait encore atteint, et qui correspond à la deuxième semaine de mai. Voici le total de la semaine pour les hôpitaux et hospices.

	Cas.	Augmentation.
Hôpitaux de l'extérieur. .	516	176
— de l'intérieur. .	105	26
Total.	621	202

Pour la Salpêtrière, l'augmentation a été de 20.

Le total général des cas nouveaux, pour tous les hôpitaux et hospices, a été de 748; augmentation, 235.

Le chiffre total des décès s'est élevé à 397.

L'augmentation a été :

Dans les hôpitaux, de.	90
A la Salpêtrière, de.	8
Dans les autres hospices, de.	7
Total des décès, 397; augmentation.	105

Quant aux décès en ville, ajoute M. Bouvier, je n'ai pu avoir les chiffres exacts; mais, d'après les données approximatives, il est aisé de juger que l'augmentation a été beaucoup plus sensible encore. Du 24 mai au 1er juin, il n'y a presque pas eu de différence avec la semaine précédente; mais à dater du 1er juin jusqu'aujourd'hui, il y a eu une augmentation très-considérable.

M. Nacquart : J'ai reçu une lettre de Verdun qui m'apprend que, dans une petite localité des environs dont la population est de 400 âmes, il y a en ce moment 80 malades et 18 décès.

M. J. Guérin : Je désirerais donner aussi quelques renseignements sur l'état actuel de l'épidémie. Jusqu'à présent on n'a présenté que des chiffres *in globo*, mais on ne nous a rien appris ni sur les localités affectées, ni sur les caractères particuliers que pouvait présenter l'épidémie dans les diverses localités. J'ai pensé qu'il pourrait y avoir quelque intérêt à examiner la question sous ces différents points de vue. On sait que depuis quelque temps l'épidémie a surtout sévi avec une très-grande intensité sur la banlieue. L'accroissement considérable de mortalité qu'on y a constaté depuis 8 jours, semble avoir été le prélude de l'augmentation qui a lieu en ce moment à Paris. Il y avait utilité, par conséquent, à rechercher s'il n'y avait pas quelques circonstances, quelques causes particulières qui pussent expliquer cet accroissement de la mortalité. Il résulte des renseignements que j'ai pris, que c'est surtout dans le bassin de la Seine que l'épidémie sévit avec le plus d'intensité, et particulièrement dans la presqu'île de

Saint-Denis. Je connais plusieurs localités où la maladie est tellement meurtrière qu'on n'a pu sauver encore jusqu'ici un seul malade. J'ai cru voir qu'il existait des circonstances matérielles qui pouvaient jusqu'à un certain point rendre compte de l'intensité excessive que vient de prendre l'épidémie dans cette contrée. Tout le monde sait qu'il existe dans cette partie des environs de Paris un grand nombre d'établissements de blanchisserie. La plupart du temps les eaux qui proviennent de ces blanchisseries ne trouvent point d'écoulement, faute de pente suffisante ; il en résulte des mares stagnantes qui, en tout temps, peuvent constituer pour les habitants une cause d'insalubrité, cause d'insalubrité qui acquiert, surtout par la chaleur excessive qui règne depuis quelques jours, une très-grande intensité, d'autant plus que les émanations qui s'exhalent de ces mares, contiennent en grande quantité des matières cholériques.

Je signalerai encore une autre circonstance qui peut également n'être pas étrangère à ce fâcheux résultat, c'est l'existence, dans ces mêmes localités, d'un grand nombre d'amas de fumiers et de gadoue provenant de Paris. Par suite de l'inobservance des mesures de police sanitaire, on laisse s'accumuler ces amas d'immondices aux portes mêmes des habitations; de là une fermentation extraordinaire qui transforme chacun de ces points en autant de foyers d'infection. Si vous remarquez maintenant que les exhalaisons provenant des eaux stagnantes des blanchisseries et celles qui résultent de la fermentation des tas de fumier et de gadoue semblent se combiner sur les mêmes lieux, vous aurez une idée de l'infection considérable qui doit en être le résultat. En effet, il se fait tous les soirs, dans cette contrée, une évaporation de vapeurs qui, se condensant pendant la nuit, retombent ensuite le matin sous forme de rosée. J'ai pu constater par moi-même que beaucoup de plantes périssaient sous l'influence de cette rosée; non-seulement la végétation est altérée par le contact de ces vapeurs miasmatiques, mais les animaux même qui se nourrissent de ces plantes, les lapins, par exemple, en ressentent les funestes effets.

J'ai observé encore que l'eau qu'on retirait des puits, d'une apparence très-saine d'abord, ne tardait pas à se couvrir d'une couche irisée au bout de quelques heures de séjour dans les appartements, et bientôt après à se putréfier.

Il y aurait à rechercher si ces eaux se sont altérées par suite de leur contact avec l'air, ou bien si elles étaient déjà altérées primitivement dans les puits même, par suite de la filtration des eaux stagnantes à la surface du sol. Je crois qu'il serait important de faire en ce moment une étude attentive des eaux de Paris. On ne saurait trop s'attacher, dans des circonstances aussi graves, à rechercher toutes les causes qui peuvent concourir à aggraver l'épidémie. Je saisis cette occasion pour engager l'Académie à appeler sur ces points importants l'attention sérieuse de l'autorité.

M. Bouvier : J'ai cherché à apprécier quelle pourrait être l'influence de la température sur la marche de l'épidémie, j'ai examiné l'état de chaque jour; voici ce que j'ai remarqué : du 14 au 31 mai, la température a été très-tempérée, c'est précisément dans ce laps de temps qu'a eu lieu la diminution de l'épidémie; puis la température s'est élevée, et à cette élévation a correspondu un accroissement de l'épidémie; ces jours-ci où elle a atteint un degré insupportable, l'augmentation de la mortalité est très-considérable.

A l'occasion des faits qui viennent de nous être signalés, je ferai remarquer qu'on a observé, en 1832, des faits tout différents; les lieux les plus infects des environs de Paris semblent avoir été justement les plus ménagés par l'épidémie.....

M. J. Guérin : Je demande la parole.

M. Bouvier : Je ne prétends pas du tout infirmer par cette citation les renseignements très-intéressants que vient de nous communiquer M. J. Guérin; je partage même ses opinions sur le rôle qu'il attribue à l'infection. J'ajouterai, à cette occasion, les chiffres comparatifs des cas de Beaujon, venant de la banlieue, que j'ai là justement sous les yeux. Dans la première semaine de mai, on en a reçu 9; dans la deuxième, 32; dans la troisième, 12; dans la quatrième, 13; enfin, dans la semaine qui vient de s'écouler, il y en a eu 23. Il résulte de ce rapprochement que le nombre des cas nouveaux reçus à Beaujon dans cette période offre les mêmes proportions, à peu de chose près, que les cas des autres hôpitaux.

M. J. Guérin : Il y a ici une question de fait et une question d'opinion ou d'interprétation. J'ai signalé une mortalité considérable depuis quelques jours dans la banlieue; j'ai rapproché cette circonstance du fait de causes nombreuses d'insalubrité qui se trouvent réunies en ce moment dans le pays. Or on vient justement de me communiquer à l'instant un document duquel il résulte qu'il y a actuellement une très-grande mortalité au Gros-Caillou et à Clamart, où il existe, comme on le sait, une très-grande quantité de blanchisseries. Ce fait seul répond, ce me semble, à l'observation qui vient de nous être faite. J'ajouterai que le chiffre des réceptions à l'hôpital Beaujon ne traduit pas d'une manière exacte la marche de l'épidémie dans la banlieue, car la mort survient, dans la plupart des cas, avec une telle rapidité, qu'on n'a pas le temps de transporter les malades à l'hôpital.

M. Dupuy présente quelques considérations sur la mortalité des bestiaux dans certaines localités, qui viennent à l'appui des faits énoncés par M. J. Guérin.

M. Rochoux : Les question de localités, de professions, de conditions de salubrité et d'insalubrité de toute espèce ont été traitées avec les plus grands détails dans l'excellent rapport officiel de la commission du choléra, publié en 1832 par les soins de l'autorité. Or il résulte de ce beau travail qu'aucune des conditions auxquelles on vient de faire allusion n'a eu la moindre influence sur la marche de l'épidémie. Avant de jeter ainsi une idée dans la discussion, il faudrait être bien fixé sur la valeur des renseignements que l'on allègue. Combien de fois n'a-t-on pas invoqué aussi le froid et le chaud? Mais l'expérience n'a pas tardé à démontrer qu'ils n'avaient pas plus d'influence l'un que l'autre sur la maladie.

M. H. Gaultier de Claubry : M. J. Guérin a confondu deux choses qui sont bien différentes, les gadoues et les fumiers. Les règlements de police, quoi qu'en dise M. J. Guérin, sont très-rigoureusement exécutés relativement à l'enlèvement des matières désignées sous le nom de gadoues et à leur emploi. Pour les fumiers, c'est différent, il est indispensable qu'ils restent sur place. Il y a eu à cet égard deux systèmes d'administration ; l'un consistait à réunir les fumiers en masses considérables sur un petit nombre de points très-distants. On a reconnu l'inconvénient de ce système pour les localités qu'avoisinaient ces vastes dépôts; aujourd'hui on répartit ces matières par petits monceaux sur un grand nombre de points.

Quant aux eaux provenant des buanderies, l'administration s'en est beaucoup préoccupée; on a cherché à en favoriser l'écoulement. Autrefois on laissait percer de grands puisarts où venaient se déjeter ces eaux, mais il en résultait qu'un grand nombre de sources voisines étaient attirées à la longue par la filtration des eaux de ces puisarts. On a fait cesser cet état de choses, et il en est résulté une grande amélioration pour la santé publique.

M. le Président : Il résulte de cette discussion un fait sur lequel il importe que l'attention de l'autorité soit fixée. Il y a dans le sein de l'Académie des membres qui appartiennent au conseil de salubrité, ils ne manqueront sans doute pas d'instruire le conseil de ce fait.

M. J. Guérin : M. Gaultier de Claubry s'est mépris sur ce que j'ai dit.. .

M. Robinet interrompt M. Guérin. Il ne nous est pas possible d'entendre ce qu'il dit.

M. J. Guérin : J'insiste, parce que c'est une question du plus grand intérêt On a accusé la chaleur de l'accroissement de la mortalité. Eh bien ! je signale des circonstances, qui n'ont pas sans doute la valeur de causes directes, mais qui à coup sûr contribuent à imprimer à la maladie l'intensité et la gravité que nous lui voyons acquérir depuis quelques jours. Je ferai remarquer à M. Gaultier de Claubry que, dans les localités dont il s'agit, les mesures de police sanitaires dont il a parlé ne sont point observées.

M. Robinet : C'est à tort qu'on attribue l'accroissement de la maladie à des circonstances qui n'ont sur elle aucune influence. Ce à quoi il faut attribuer cette augmentation, c'est l'énorme quantité de boissons alcooliques dont les gens du peuple font usage depuis les chaleurs.

M. Renault : Je citerai à l'appui de ce que vient de dire M. Robinet, Bercy, où le choléra fait en ce moment de très-grands ravages.

EAUX MINÉRALES.

M. Caventou lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur une source minérale dont nous n'avons même pas pu entendre le nom.

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à dix heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et approuvé.

M. le ministre de l'intérieur informe le bureau, en réponse à une lettre qu'il lui a adressée au nom de l'Académie, qu'il a récemment rappelé à l'attention de M. le ministre des finances, la demande faite par la compagnie et par le corps médical, d'obtenir la suppression du droit de patente en faveur des médecins, des chirurgiens, des accoucheurs et des sages-femmes.

MM. Sauveur et Mascart écrivent qu'ils ne peuvent venir assister à la séance.

M. Burggraeve, membre titulaire, exprime le désir d'être admis à passer de la première section dans la troisième, en remplacement de M. de Lavacherie.

M. le docteur Thirion (de Namur), membre correspondant, prie l'Académie d'intervenir auprès du gouvernement pour que la prohibition dont le rob de Laffecteur est frappé soit remplacé par un droit de douane convenable.

L'Académie de médecine de Paris remercie la compagnie de l'envoi qu'elle lui a fait de son Bulletin et du recueil de ses mémoires.

Épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le canton de Beauraing, en 1846-1847. — Rapport de la commission (composée de MM. Fossion, Lombard et Raikem) chargée d'examiner le mémoire de M. le docteur Sovet, relatif à ce sujet.

(M. Raikem, rapporteur.)

« Messieurs,

» M. le docteur Sovet, médecin du domaine royal d'Ardenne, membre correspondant, a adressé à l'Académie un travail intitulé : De l'épidémie qui a régné à Beauraing et dans les environs, pendant les années 1846-1847. Le bureau nous ayant chargés de l'examiner d'urgence, nous venons aujourd'hui vous en rendre compte.

» Comme à l'époque où sévissait le typhus dans les Flandres et dans les pri-

sons, le même fléau exerçait aussi ses ravages à l'autre extrémité de la Belgique, c'est-à-dire sur un des points de nos frontières méridionales, M. Sovet, en sa qualité de membre correspondant de la compagnie, a pensé qu'il était de son devoir de vous communiquer les résultats des observations qu'il a faites sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le canton qu'il habite, persuadé que la comparaison des symptômes et des causes de la maladie, ainsi que celle des moyens qui ont le mieux réussi pour la combattre dans les différentes localités du royaume où elle s'est montrée, pourra servir à faire plus justement apprécier la constitution médicale de ces années.

» L'auteur trace d'abord un tableau symptomatologique de la maladie, depuis son début, en octobre 1846, dans les communes de Beauraing, de Wancenne et de Winenne, jusqu'à sa cessation complète, en septembre 1847. Ensuite il s'occupe de son traitement, de ses causes, et enfin de sa prophylaxie.

» Il fait remarquer que, pendant que l'épidémie existait dans le canton de Beauraing, la même affection, compliquée de scorbut, ravageait la garnison de Givet, ville qui n'est éloignée de sa résidence que de deux lieues. Cette complication ne s'est pourtant pas manifestée chez ses typhisés; mais dans le même temps, à Wancenne et à Beauraing, il a rencontré deux cas de scorbut, caractérisés par le saignement des gencives, de taches noires élevées sur toute la peau, et des hémorrhagies intestinales, sans aucun symptôme pyrétique, cas dans lesquels les pilules ferrugineuses de Vallet furent employées avec succès.

» Dans aucune des épidémies qu'il a eu occasion d'observer, il n'a vu la peau montrer une tendance aussi prononcée à la gangrène, laquelle est souvent survenue dans le second septénaire, malgré tous les soins possibles. Non-seulement elle envahissait les régions sacrée et trochantérienne, mais parfois encore les coudes, les orteils, les talons et les bords latéraux des pieds. Chez une femme profondément débilitée par l'allaitement au moment de l'invasion, la gangrène, précédée de l'apparition d'une couleur violacée de la peau, s'étendit aux parois abdominales. Dans deux cas, alors qu'il espérait, après un long traitement, avoir triomphé d'accidents redoutables et multipliés, et que les plaies consécutives aux escarres marchaient vers la cicatrisation, il a vu survenir des frissons avec toute la série de symptômes qui annoncent une infection purulente; de nombreux abcès se sont développés sur le ventre, sur les cuisses, sur la poitrine, et les malades ont succombé.

» La durée de l'affection n'a jamais été moindre de dix-huit à vingt-cinq jours; elle s'est quelquefois prolongée jusqu'à quarante, soixante et même quatre-vingt-cinq jours.

» Sur 72 malades, il en a perdu 10, savoir : 4 hommes de 20 à 28 ans, un jeune homme de 16 ans, 2 filles pubères, une femme de 30 ans, et 2 petites filles âgées de 14 à 15 ans.

» Quant au traitement, M. Sovet, dans plusieurs épidémies de fièvre typhoïde, avait eu recours, avec beaucoup d'avantage, aux émissions sanguines proportionnées aux forces des sujets, à l'usage abondant de l'eau pour boisson et en lavements, concurremment avec les moyens hygiéniques convenables. Il n'en a pas été de même dans l'épidémie dont il s'agit. Dès le début, il crut devoir insister avec énergie sur les déplétions sanguines, chez les jeunes sujets fortement entrepris; mais il n'eut pas lieu, cette fois, de se louer de cette méthode, puisque sur les 12 premiers malades, il en perdit 6, tandis que sur les 60 autres, il n'en mourut que 4, ce qu'il attribue aux modifications qu'il fit subir à son traitement. Les purgatifs, le calomel surtout, à la dose de 2 grains, administrés de deux en deux heures, jusqu'à effet purgatif, qu'il n'avait jamais expérimentés jusqu'alors comme moyen à peu près général, en semblable occurrence, lui ont paru jouir d'une efficacité incontestable.

» L'auteur dit être convaincu, par son expérience personnelle, que la fièvre typhoïde est contagieuse, et qu'elle peut attaquer deux fois le même individu. Il pense en outre qu'une épidémie de fièvre typhoïde peut envahir subitement une population entière, jouissant de la santé la plus florissante, et que ce n'est pas toujours dans la classe malheureuse qu'on en rencontre les premiers cas. Ainsi, en 1840, il n'y a pas eu à Beauraing d'exemple de typhus dans la classe pauvre, et la classe aisée seule en a été atteinte; en 1846, à Winenne, à Beauraing et à Wancenne, ce sont les gens aisés qui en ont été les premiers et le plus gravement affectés, au point qu'ils ont fourni à eux seuls les deux tiers des malades.

» L'auteur se fonde sur plusieurs considérations pour combattre l'opinion de ceux qui attribuent les épidémies de 1846-1847 dans les Flandres à la pénurie des substances alimentaires. Sur les soixante-douze malades qu'il a traités, il n'y en avait que vingt qui appartenaient à la classe ouvrière, et pas un d'entre eux n'avait supporté de privations dans son régime nutritif. Les cinquante-deux autres malades faisaient partie de la classe aisée. Quelle que soit la puissance productrice inhérente aux miasmes paludeux, qu'il est loin de révoquer en doute, il ne croit cependant pas devoir rapporter à cette source l'épidémie de fièvre typhoïde qu'il a récemment observée. La cause probable du typhus qui, en 1846-1847, a sévi à Beauraing, à Wancenne et à Winenne doit être attribuée, suivant lui, aux miasmes putrides qui se dégageaient des matières animales et végétales en décomposition, amoncelées et croupissantes au voisinage des habitations. Ce sont les cultivateurs les plus aisés qui ont été les premiers et le plus gravement atteints, parce que ce sont eux qui élèvent le plus de bétail, parce que ce sont eux qui se montrent le plus soigneux d'entasser la vase et la boue que les pauvres balayent ou laissent écouler. L'auteur fait ressortir de là combien il serait utile, pour la santé publique et pour l'agriculture, d'instituer un règlement de police rurale interdisant la stagnation à l'air libre des matières liquides putrescibles et infectes qu'on appelle *purins*, *pissenne*, dans les environs de Liége, s'opposant à leur écoulement sur la voie publique, et empêchant qu'on amoncelât le fumier au-dessus du sol.

» M. Sovet pense qu'il n'est pas rationnel d'attribuer à la disette et à la misère toutes les épidémies de fièvre typhoïde qui ont ravagé la Belgique en 1846-1847. Il est possible, dit-il, que la misère engendre quelquefois des maladies populaires; mais ce qui est certain, c'est que les maladies ont toujours pour résultat de faire naître ou d'accroître la misère du peuple. Instituer de bons règlements d'hygiène publique, et organiser des secours pour les prolétaires agricoles en cas de maladie, ce serait, selon lui, faire beaucoup pour combattre les progrès du paupérisme dans les campagnes.

» Telles sont les observations principales qui ont surtout frappé notre attention en lisant les renseignements dont nous sommes redevables à M. Sovet, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Beauraing et dans les environs, et que nous avons cru devoir vous exposer brièvement pour vous mettre à même d'apprécier l'importance de son travail.

» Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

» 1° D'insérer le mémoire de M. Sovet dans l'un de nos bulletins mensuels;

» 2° D'adresser des remercîments à ce savant et laborieux collègue pour son intéressante communication. »

L'Académie décide que ce rapport sera discuté dans la séance prochaine, à la suite de la discussion sur le mémoire de M. Warlomont.

DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE M. THIRION, RELATIVE A LA PROHIBITION DU ROB DE LAFFECTEUR.

Après une longue discussion, l'Académie décide qu'elle demande la levée de l'interdiction qui pèse sur le rob de Laffecteur.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ASIATIQUE; par M. A SPRING, professeur à l'Université de Liége et membre correspondant de l'Académie.

Ayant eu l'occasion d'observer le choléra, en 1836 et 1837, dans une ville populeuse où le nombre des invasions fut des plus élevés, et où l'on a fini par obtenir un rapport de mortalité extrêmement favorable, je me crois obligé de communiquer à l'Académie la méthode de traitement qui y fut mise en usage, et de la bonté de laquelle j'ai une conviction entière.

Cette méthode, il est vrai, a été décrite dans le temps par les auteurs qui ont rendu compte de l'épidémie de Munich; elle est donc connue de l'Académie. Si, malgré cela, j'y reviens de nouveau, c'est parce que je suis convaincu qu'elle n'a pas encore reçu assez de publicité, et qu'elle est souvent mal comprise par ceux qui essayent de l'appliquer. On a surtout le tort, selon moi, de la combiner avec d'autres méthodes qui, comme celle des opiacés, reposent sur des principes directement opposés.

J'avertis d'ailleurs que je n'ai nullement le mérite d'être l'auteur de cette méthode. J'en suis et je voudrais encore en être le zélé propagateur, maintenant que la cruelle maladie dont il s'agit vient de prendre sérieusement pied dans le pays.

Une indisposition quelconque précède toujours l'invasion du choléra. Dans l'immense majorité des cas, cette indisposition consiste en une diarrhée qui diffère des diarrhées ordinaires par plusieurs caractères qu'il est inutile d'exposer ici. Cette diarrhée guérit, la plupart du temps, par le repos au lit, la diète et les boissons légèrement sudorifiques, telles que les infusions de tilleul, de sureau, etc. Si elle est accompagnée de coliques, on appliquera un cataplasme émollient sur le ventre, et on donnera une infusion légère de camomille. Dans les diarrhées précipitées, on pourra avoir recours aux opiacés.

Quand il y a tendance à la forme cholérique, c'est-à-dire quand la diarrhée est accompagnée d'un affaiblissement de la circulation, d'une soif intense, d'une diminution de la chaleur propre du corps, ou même de crampes aux mollets, alors on évitera l'emploi des opiacés.

On appliquera un large cataplasme sinapisé sur le ventre et à l'épigastre, et on prescrira une légère infusion d'ipécacuanha (10 à 20 grains sur 6 onces de colature), dont on administrera une cuillerée de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à ce qu'on ait provoqué des vomissements ou des nausées.

Quand ce but est atteint, on donne des poudres de rhubarbe (4 à 6 grains par dose) toutes les deux ou trois heures, jusqu'à ce que les selles deviennent bilieuses.

Dès ce moment il suffit de faire garder le lit au malade, de surveiller son régime, et de continuer les boissons tièdes jusqu'à ce que les selles deviennent consistantes.

Dans le choléra déclaré, avec selles et vomissements de matières blanches, avec un abaissement considérable de la température propre du corps, avec crampes, pouls filiforme, soif ardente et arrêt des sécrétions, notamment de celles de l'urine et de la bile, on se hâtera d'appliquer sur l'épigastre un large sinapisme, s'étendant en haut jusqu'au milieu du sternum, et en bas jusqu'au nombril.

On prescrira à l'intérieur l'ipécacuanha à hautes doses, pour provoquer des contractions violentes du diaphragme et des muscles abdominaux, par conséquent pour communiquer de fortes secousses aux viscères de l'abdomen, et pour obtenir ainsi des vomissements bilieux. Si l'on obtient par là de la bile, le malade est sauvé quatre fois sur cinq (1). On donne l'ipécacuanha en poudre, 15 ou

(1) Il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler ici que ce mode de traitement a été conseillé déjà par Hippocrate contre le choléra de son temps (Epi-

20 grains par dose, de quart d'heure en quart d'heure, et quand la poudre est rejetée trop vite ou n'opère pas assez promptement, faute d être absorbée, on réussit quelquefois en la mêlant à une infusion de la même substance, comme, par exemple, dans la formule suivante :

Rp : inf. rad. ipecacuanh. ex ℥ ß
per 1/4 hor. parati ℥ iv
adde
Pulv. rad. ipecacuanh. ʒ ß
Aqua melis-æ ℥ ij
Ætheris acetici gtt. X
M. S.

On fait prendre de cette potion une cuillerée toutes les dix minutes jusqu'à effet.

Quand il y a congestion vers le cerveau ou vers les viscères thoraciques, on pratique en même temps une saignée. Il vaut mieux répéter la saignée que de la faire trop forte la première fois.

En fait de boisson, on donne la préférence à l'eau sucrée.

Quand on a obtenu des vomissements bilieux, on prescrit le calomel à hautes doses (3 à 5 grammes toutes les demi-heures) jusqu'à ce qu'on obtienne des selles vertes.

Quand l'état spasmodique est considérable, on combine utilement le camphre avec le calomel (1 grain de camphre pour 3 à 5 grains de calomel).

Dans les cas où, par la nature des matières vomies, on a pu s'assurer que la sécrétion biliaire est suffisamment rétablie, on peut se dispenser d'administrer le calomel ; on le remplace alors par de la rhubarbe en poudre, à la dose de 8 à 12 grains tous les quarts d'heure, jusqu'à ce que les selles deviennent bilieuses.

Quand, après un certain laps de temps, on a des motifs de désespérer de l'action de l'ipécacuanha, on donne le calomel uni à la rhubarbe (5 grains de calomel avec 10 grains de rhubarbe), à des intervalles plus rapprochés, une dose tous les quarts d'heure jusqu'à obtention de selles vertes. En cas de réussite, il reste encore beaucoup d'espoir de sauver le malade.

Il va sans dire que, pendant le temps que l'on fait usage de l'ipécacuanha, du calomel et de la rhubarbe, on ne doit pas négliger les moyens qui tendent à ramener la chaleur à la surface du corps. On peut improviser dans ce but une sorte de bain de vapeurs, en plaçant dans le lit du malade des briques chauffées et enveloppées de serviettes mouillées.

Il sera utile aussi de promener des sinapismes sur le corps, aux bras, à la face interne des cuisses, aux mollets, à la plante des pieds, entre les omoplates.

On pourrait affirmer que ce traitement, bien appliqué, réussit toujours, si le malade n'avait pas à traverser encore la période de la réaction. Pour ce qui regarde cette dernière, il est impossible de donner des règles de conduite spéciales ; car celle-ci dépend beaucoup plus de la constitution du malade que de la nature de la maladie. On ne peut donc qu'en appeler ici aux règles générales de la thérapeutique.

Quand le choléra a atteint son plus haut degré, quand il y a absence de pouls, diminution de la chaleur jusqu'à 22° c., cyanose complète et extinction de la voix, alors les guérisons deviennent extrêmement rares, comme c'est d'ailleurs le cas dans l'apogée de toutes les autres maladies graves.

Le traitement qui a cependant, dans ces cas encore, réussi le plus souvent, est celui qui vient d'être recommandé pour la forme moyenne; seulement il faut le renforcer encore.

On donne l'ipécacuanha à un demi-gros et même à un gros par dose et du calomel, 8 grains toutes les cinq à dix minutes. Si l'on obtient des vomissements bilieux, il y a encore espoir de sauver le malade.

On insiste encore davantage sur les révulsifs (sinapismes sur différentes parties du corps à la fois) et sur les moyens de réchauffer le corps.

Quant à la saignée, elle reste sans résultat dans le choléra asphyxique, le sang étant déjà poisseux et privé de son sérum (1). Mais elle est nécessaire quand le pouls se relève et que la chaleur commence à revenir ; car c'est surtout dans les formes graves que les congestions vers le cerveau et vers les poumons sont à craindre pendant que la réaction s'établit.

Parmi les autres méthodes que j'ai vu employer, aucune ne m'a paru justifier les promesses de leurs auteurs. Je ne parle pas des prétendus spécifiques et des palliatifs dont les journaux de médecine abondent en temps de choléra. Le bruit qu'on fait avec ces remèdes n'a souvent pour résultat que d'empêcher les praticiens de bien poursuivre une observation et de contribuer ainsi à la recherche des meilleures méthodes.

Je m'arrêterai un moment encore aux opiacés. Malgré tout ce qui a été dit en leur faveur, et malgré la tendance obstinée à les employer ou comme base du traitement ou du moins comme auxiliaires de l'ipécacuanha, je persiste à les considérer comme funestes et comme positivement délétères.

DEMIARUM, lib. V, édit Kühn, III, p. 549, 526, et lib. VII, édit. Kühn, III, p. 685). Le père de la médecine donnait une décoction d'ellébore blanc (*veratrum album*) comme vomitif, ensuite du mucilage de lentilles, et il faisait laver tout le corps, itérativement et à de courts intervalles, avec de l'eau tiède.

(1) J'ai pratiqué moi-même la section de la veine jugulaire, sans obtenir plus de sang que par les veines du bras, et j'ai vu faire la section de l'artère temporale sans plus de succès.

Pour appuyer ce jugement, je fais appel à l'expérience et à une saine appréciation de l'état dans lequel se trouvent les cholériques.

Le but qu'on se propose le plus souvent, dans l'administration de l'opium, est d'arrêter la diarrhée et les vomissements. Or si les meilleurs praticiens sont d'accord sur une chose, c'est sur le danger qu'il y a de supprimer brusquement ces évacuations. Il n'y a pas de cas plus graves que ceux où ni les vomissements ni la diarrhée n'existent. Supprimer ces évacuations, c'est ajouter au danger qui résulte déjà de la suppression des sécrétions urinaire, cutanée et biliaire. Si l'ipécacuanha, le calomel et la rhubarbe sont salutaires, c'est précisément parce que ces remèdes rappellent une de ces sécrétions supprimées, sans anéantir brusquement l'exhalation de la sérosité qui se fait par la muqueuse du canal alimentaire.

Une autre raison est celle-ci : dans la période algide, non-seulement les sécrétions mais aussi les absorptions sont supprimées. L'opium ingéré n'est donc pas absorbé au moment même. Supposons maintenant que le malade se ranime, que la circulation et la chaleur se rétablissent, qu'en un mot la période de la réaction se déclare ; alors seulement l'opium, resté inerte jusque-là dans l'estomac, sera absorbé et augmentera les congestions vers les organes intérieurs, notamment vers le cerveau, congestions auxquelles succombent tant de cholériques. La seule indication qui reste dans la période de réaction, c'est précisément de modérer ces congestions. Excellent remède que celui qui, pour agir, attend qu'il soit devenu poison !....

En résumé, la seule méthode à conseiller, selon moi, est la méthode évacuante combinée avec les révulsifs.

DE L'EMPLOI DU COLLODION EN OPHTHALMOLOGIE; par M. HAIRION, membre adjoint.

Soustraire la cornée enflammée à l'action de l'air, empêcher les mouvements des paupières à sa surface, obtenir enfin un contact prolongé des topiques avec cette membrane, telles sont, dans les inflammations de la cornée, les indications essentielles, lesquelles, si elles pouvaient être remplies, changeraient la thérapeutique des kératites, et diminueraient beaucoup la gravité qu'elles présentent aujourd'hui.

On a proposé pour remplir ces indications divers moyens d'occlusion.

Les propriétés adhésives si remarquables du collodion et les avantages qui en avaient été retirés en chirurgie ont engagé l'auteur à expérimenter, dans le traitement des kératites, l'occlusion palpébrale au moyen de cette nouvelle substance et à rechercher en même temps les applications diverses dont elle pouvait être susceptible en ophthalmologie.

Ses premiers essais remontent au 10 novembre 1848.

La manière dont il procède à l'occlusion palpébrale est des plus simples. Les paupières étant rapprochées, on applique sur la fente palpébrale, au moyen d'un pinceau de poils de blaireau trempé dans le collodion, une couche légère de cette substance. La dessiccation qui s'en opère rapidement lui donne l'aspect d'une pellicule mince, grisâtre et très-adhérente, laquelle se détache ordinairement au bout de quarante-huit heures, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. Il est généralement avantageux de ne pas laisser trop longtemps les paupières en liberté, et de pratiquer de nouveau sans tarder l'occlusion. Le plus souvent les deux yeux étant malades, le traitement n'est appliqué que d'un seul côté à la fois ; cependant il est quelques circonstances où il devient nécessaire de l'appliquer des deux côtés en même temps.

Quant aux matières sécrétées par l'œil, elles trouvent une issue facile au dehors, soit qu'elles s'échappent immédiatement de l'œil en se frayant, sur un point quelconque de la fente palpébrale, une voie à travers la couche de collodion non encore solidifiée, soit qu'elles s'en échappent seulement plus tard, en soulevant à l'angle interne de l'œil la pellicule qu'elle forme après sa dessiccation. On pourrait d'ailleurs laisser libre un des angles palpébraux, sans nuire à l'immobilité des paupières.

L'occlusion palpébrale au moyen du collodion n'a aucun des inconvénients attachés aux procédés précédents, et remplit mieux qu'aucun d'eux les différentes indications pour lesquelles on peut y avoir recours.

Le seul effet qui résulte de l'emploi du collodion, dans l'opération de l'occlusion palpébrale, est une sensation de froid aux paupières, due à l'évaporation rapide de l'éther; cette sensation est remplacée et en quelque sorte étouffée par une douleur cuisante très-vive, mais passagère, si les bords palpébraux présentent des ulcérations, et dans le cas encore où le collodion est mis en contact avec les conjonctives. Enfin, lorsque, conjointement avec l'occlusion palpébrale, on a recours à la cautérisation soit de la cornée, soit de la conjontive, ou à l'application des pommades dont il a été parlé plus haut, il résulte de ces diverses opérations une douleur dont l'intensité et la durée varient beaucoup.

En résumé, il y a dans cette opération deux choses bien distinctes : l'occlusion d'abord qui a pour effet de mettre l'œil à l'abri du contact de l'air et de le soustraire aux effets funestes du frottement des paupières à sa surface; ensuite le contact prolongé du remède avec les tissus malades, et comme conséquence, son absorption rendue plus certaine. On pourra donc, suivant les cas, ou recourir à l'occlusion palpébrale seulement quand les remèdes locaux sont contre-indiqués, ou faire en même temps usage de ceux-ci quand l'état de la maladie y autorise.

Dans les expériences auxquelles l'auteur s'est livré, les seuls moyens locaux qu'il ait employés, concurremment avec l'occlusion palpébrale, sont : la cautérisation avec la solution concentrée de nitrate d'argent, et l'introduction sous les paupières des pommades ophthalmiques de nitrate d'argent, d'hydriodate de potasse ou de toute autre substance analogue.

Les principales affections oculaires dans lesquelles M. Hairion a eu recours

au collodion, sont : les kératites ulcéreuses ou vasculaires, aiguës ou chroniques, la conjonctivite catarrhale et aphtheuse, le trichiasis, l'entropion et l'ectropion, et généralement à la suite de toutes opérations dont le traitement consécutif exige l'occlusion des paupières.

L'auteur termine son mémoire par les considérations suivantes :

1° En employant l'occlusion palpébrale dans les inflammations de la cornée et de la conjonctive, on ne fait que mettre ces membranes dans les conditions favorables où l'on cherche généralement à placer toute autre partie enflammée de la surface du corps.

2° On ne saurait contester les avantages attachés à une méthode de traitement qui seulement tend à soustraire la cornée et la conjonctive à l'irritation à laquelle ces membranes se trouvent sans cesse exposées par leur contact avec l'air et par les frottements continus dont elles sont le siége dans les mouvements des paupières et du globe oculaire, mais qui les place encore dans des conditions qui rendent plus continue, plus permanente, l'action des médicaments destinés à en modifier les surfaces malades.

3° La seule règle que je me croie suffisamment autorisé à établir dans le traitement de ces maladies par l'occlusion palpébrale combinée avec l'application de collyres hyposthénisants, c'est de n'avoir recours à ces derniers qu'après avoir ramené l'inflammation des membranes externes à un degré modéré, et éloigné toute complication locale ou générale. Il est surtout important de détruire toute trace de congestion, d'irritation ou d'inflammation des parties internes. En un mot, si l'on veut espérer de cette méthode de traitement tout le succès que j'en ai obtenu dans les inflammations de la conjonctive et surtout de la cornée, il faut réduire ces inflammations à l'état de maladie locale.

4° Les avantages du collodion, comme moyen adhésif dans le trichiasis, le distichiasis, l'ectropion et certaines formes d'entropion, etc., etc., sont trop incontestables pour que j'aie besoin d'y insister davantage.

M. Cunier demande ce que devient la sécrétion muco-purulente dans les cas de pannus vasculaire avec ophthalmie subaiguë, si communs dans la pratique civile; si l'on pratique alors l'occlusion, et quel sera l'effet du contact prolongé et forcé de l'œil avec ce produit morbide dégénéré.

M. Hairion : Dans l'occlusion palpébrale, pratiquée au moyen du collodion, jamais les accidents dus à l'accumulation des matières sécrétées par l'œil dans la cavité oculo-palpébrale ne sont à craindre : ou ces matières s'échappent immédiatement de l'œil en se frayant une voie à travers la couche de collodion non encore complétement solidifiée, ou seulement plus tard après la dessiccation de cette substance, en soulevant, à l'angle interne de l'œil, la pellicule qu'elle forme.

M. Fallot pense que la communication de M. Hairion mérite à tous égards l'attention de l'Académie, mais que la théorie sur laquelle il l'appuie est toute gratuite, et n'est pas à l'abri de sérieuses objections, notamment en ce qui concerne l'action des collyres et l'influence nuisible de l'accumulation des sécrétions dans la cavité oculo-palpébrale.

Après quelques explications données sur ces deux points par M. Hairion, l'Académie ordonne l'impression du mémoire de M. Hairion et de celui de M. Spring dans le Bulletin de la séance. Ce dernier travail sera discuté dans la séance prochaine, en même temps que la communication de M. Carlier sur le même sujet.

M. J. Guérin, membre correspondant, fait l'exposé des principes, des règles, des applications et des résultats généraux de la méthode sous-cutanée.

Après cette communication, MM. Seutin et Graux adressent quelques observations à M. Guérin concernant les applications de la méthode sous-cutanée.

M. Guérin de nouveau entendu, M. le président le remercie, au nom de l'Académie, de la communication qu'il vient de lui faire.

BIBLIOGRAPHIE.

Lettre a M. le président de l'Académie des sciences (sur l'historique de l'emploi de l'or en médecine); par M. Legrand. — Brochure in-8°.

Le lecteur se rappelle sans doute un excellent travail inséré, il n'y a pas longtemps encore, dans la Gazette Médicale par le docteur Legrand, et relatif à l'emploi de l'or en médecine. Ce travail n'était lui-même qu'un complément de recherches antérieurement publiées par le même auteur et fort connues des praticiens. Ceux qui sont au courant de la littérature médicale ne peuvent s'empêcher de reconnaître que le nom de M. Legrand restera invariablement attaché à l'introduction raisonnée des préparations aurifères dans la thérapeutique. Néanmoins il est arrivé à cet honorable confrère ce qui arrive à tous ceux qui, dans la science, essayent de substituer à de vagues ou même à de fausses indications des notions précises et expérimentales. Une des causes qui ont hâté la publication, dans ce journal, du mémoire intitulé : De l'action des préparations d'or sur l'économie, pour l'examen duquel une commission avait été désignée à l'Académie des sciences, a été, au dire de l'auteur, « la répugnance de l'un des commissaires à entretenir l'Académie d'un sujet qui avait, suivant lui, déjà été traité il y a plus d'un siècle et demi. »

M. Legrand a voulu rechercher lui-même ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans cette allégation, et c'est le résultat de cette recherche qu'il expose dans le travail que nous analysons et qu'il a annexé, dans une même brochure, au mémoire publié par la Gazette. Ce travail est donc purement historique. Pour l'analyser un peu complétement, il faudrait presque le copier; mais nous pouvons au moins en indiquer les traits principaux; nous le ferons même d'autant plus volontiers que nous servirons ainsi une idée dont l'application nous paraît être féconde en résultats intéressants, et qui consisterait à suivre isolément, à travers le passé de la science, chaque idée théorique ou pratique de quelque importance. On l'a fait pour la théorie de la chorée, pour l'emploi médical du platine, pour d'autres sujets encore; il n'en reste pas moins un vaste champ à explorer.

La dissertation historique de M. Legrand roule à peu près uniquement sur un mémoire intitulé : Aurum superius et inferius auræ superioris et inferioris hermeticum, par Christian-Adolphe Baldvinus, et imprimé dans les Mélanges des curieux de la nature, pour les années 1673 et 1674. A la simple lecture de ce titre, on comprend difficilement ce qu'a voulu dire ce Baldvinus avec son or supérieur et inférieur. Après la lecture du livre, on n'est pas beaucoup plus éclairé, mais on comprend au moins, et c'est surtout ce qui importait à M. Legrand, que le fameux or de Baldvinus, pas plus le supérieur que l'inférieur, n'était pas de l'or. Voici en propres termes le commentaire de l'auteur : « Par air supérieur, dit-il, j'entends air pur, l'*élément*; par air inférieur, l'air condensé, le *produit* de l'élément. De l'un et de l'autre, on peut dégager l'*or philosophique* (ou *or hermétique*). De ces deux ors, l'un est supérieur et éloigné, l'autre inférieur et proche. » Notre alchimiste va plus loin : il indique le moyen d'extraire l'or de l'air et décrit son procédé. « On se procure d'abord de l'aimant blanc de la plus grande pureté, on le place dans un appareil qu'on entoure de quatre briques cuites, bien reliées ensemble, *de manière que rien ne se dérange*, et on le soumet à l'action du feu *par un ciel serein*. Ceci fait, l'aimant se revivifie et, *dans un espace de cent minutes environ, attire de l'air le sulfure d'or* qui est l'*or de l'air*; c'est le fameux or potable. » C'est, du reste, l'opinion de Triller, de Linné, de Lemary, que les soi-disant dissolutions d'or employés par les anciens ne contenaient pas un atome de ce métal.

Maintenant, veut-on que Boldvinus ait attribué à son *or de l'air* des propriétés médicales semblables à celles qu'on accorde aujourd'hui au perchlorure d'or? On en peut juger par ce passage de son mémoire : « Chez les jeunes gens, l'or potable conserve l'esprit vital; chez les vieillards, il le relève lorsqu'il est languissant et il leur rend la jeunesse; à ceux qui sont malades, il rend les forces et la plénitude de la santé..... Lorsqu'il est administré par la bouche, il s'unit à la chair pour la rendre incorruptible.... il retranche tout ce qui se montre en excès dans les fonctions animales; il rend plus abondant l'*humide naturel*, et il donne une nouvelle activité à la chaleur animale devenue trop faible. »

Ces citations suffisent pour montrer la valeur d'une revendication de priorité en faveur des anciens touchant l'emploi des préparations aurifères en médecine; et, à un point de vue plus général et plus élevé, elles peuvent servir à faire comprendre avec quelle légèreté on caractérise parfois les idées des auteurs anciens, et on leur attribue, sur la foi de quelques mots obscurs, des découvertes dont ils n'ont eu et ne pouvaient avoir aucune notion.

— Le ministre de la guerre a visité aujourd'hui les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce et de Popincourt; il a inspecté les salles et a donné une attention spéciale à celles des cholériques, afin de constater par lui-même si rien n'était négligé dans le traitement des malades.

Il a été heureux de reconnaître que, dans les deux établissements, les militaires sont l'objet des soins les plus attentifs et du plus noble dévouement de la part de tous les officiers de santé; et il a hautement témoigné à ceux-ci sa complète satisfaction, notamment à M. Michel Lévy, médecin en chef du Val-de-Grâce, ainsi qu'à M. Lacauchie, chirurgien en chef de l'hôpital de Popincourt.

Le zèle et l'abnégation des infirmiers dans le service pénible dont ils sont chargés méritent aussi d'être cités d'une manière particulière.

L'administration, de son côté, n'a rien négligé, et la preuve de la sollicitude de l'intendance militaire se retrouve dans toutes les parties du service.

Le ministre a retiré de cette visite, qui doit s'étendre demain aux hôpitaux du Gros-Caillou et du Roule, cette conviction que si l'armée a dû payer, comme la population civile, un tribut à l'épidémie, elle a pourtant été beaucoup moins gravement frappée.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — DÉCROISSANCE ET MODIFICATION DE L'ÉPIDÉMIE. — BANLIEUE DE PARIS. — TRAITEMENT DE LA PÉRIODE PRODROMIQUE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Nos espérances n'ont pas été trompées : l'abaissement subit de la température a exercé une influence salutaire sur l'épidémie. Cette influence ne s'est pas traduite immédiatement par une diminution dans le nombre des décès, ni même dans le nombre des invasions; les trois jours qui ont suivi ont, en effet, été marqués par des chiffres à peu près aussi élevés sous l'un et l'autre rapport. Cela se conçoit : l'élan de la maladie était donné; les organismes qui ont fléchi, comme les malades qui ont succombé vendredi, samedi et dimanche, avaient été frappés jeudi et vendredi, c'est-à-dire pendant les plus violentes chaleurs. Quoi qu'il en soit, une diminution dans les entrées et les décès a commencé à se faire sentir à partir du 10; elle s'est continuée les jours suivants sans interruption, de manière à faire espérer que cette fois ce ne sera pas pour rétrograder.

Voici le tableau du mouvement hebdomadaire des hôpitaux et des décès à domicile :

	Mal. au 8 juin.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 8 juin.	Augment. dans la sem.	Mal. au 15 juin.	Augment. dans la sem.	Morts au 15 juin.	Augment. dans la sem.	Sortis.
La Salpêtrière	1352	194	970	125	1591	239	1141	171	243
Hôtel-Dieu	1449	368	661	153	1852	403	817	156	712
La Charité	572	97	330	52	681	109	406	76	204
La Pitié	677	122	337	63	932	255	469	132	290
Bicêtre	259	65	145	21	355	96	192	47	29
Saint-Louis	822	245	385	111	1058	236	509	124	323
Beaujon	485	111	250	62	604	119	300	50	184
Hôpital des Enfants	97	21	42	13	133	36	62	20	50
Necker	254	75	112	31	311	57	155	43	121
Sainte-Marguerite	166	46	84	24	214	48	111	27	66
Saint-Antoine	185	47	90	17	249	64	142	52	68
Hôpital des Cliniques	36	6	27	4	43	7	30	3	8
Bon-Secours	183	49	97	24	239	56	116	19	44
Val-de-Grâce	633	185	182	73	926	293	249	67	421
Gros-Cailleu	724	97	252	37	874	150	314	62	456
Ménages	83	29	50	11	106	23	65	15	22
Cochin	113	47	44	17	165	52	76	32	74
Maison de santé	123	47	57	15	183	60	71	14	41
Invalides	88	31	55	22	109	21	70	15	18
Hôpital militaire du Roule	402	59	197	32	480	78	238	41	154
Prison de Saint-Lazare	43	»	21	»	(1)	»	»	»	»
Incurables (femmes)	18	5	15	5	21	3	16	1	4
Lourcine	31	7	13	5	98	67	51	38	13
La Rochefoucauld	5	»	3	»	5	»	3	»	»
Hôpit. milit. Popincourt	142	»	77	»	142	»	77	»	»
Incurables (hommes)	29	18	29	20	43	14	40	11	4
Sainte-Périne	7	5	5	3	11	4	6	1	3
Maison d'accouchement	3	1	1	»	3	»	1	»	»
Hôpital du Midi	2	2	1	1	2	»	1	»	1
Totaux	8983	1979	4532	941	11430	2447	5728	1196	3563

DÉCÈS A DOMICILE.

Mois	Période	Décès
Mois de mars	7 au 31	131
Mois d'avril	1er au 10	143
	11 au 20	289
	21 au 30	264
Mois de mai	1er au 10	671
	11 au 20	997
	20 au 31	735
Mois de juin	1er	77
	2	136
	3	324
	4	318
	5	379
	6	364
	7	377
	8	445
	9	464
	10	477

A reporter. 6591

(1) Les chiffres des prisons sont actuellement confondus dans le relevé des décès de la ville.

Feuilleton.

L'INFIRMIER MILITAIRE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Saint Louis ennoblit les fonctions d'infirmier en les exerçant lui-même dans les hôpitaux qu'il avait fondés à Compiègne, à Verneuil, à Pontoise, où l'on vit plus d'une fois ses mains royales prodiguer les soins les plus humbles aux malheureux que sa largesse et sa munificence avaient assemblés dans ces asiles de la douleur. Il prétendait, à défaut de l'appât de la gloire et de la fortune, infiltrer aux hospitaliers l'amour de leur profession, en la leur montrant comme une œuvre sainte, pieuse, honorable, et assez noble pour qu'un roi ne dérogeât pas en la pratiquant.

Ainsi Louis IX relevait l'infirmier à ses propres yeux pour lui inspirer du zèle et du dévouement; aujourd'hui, l'armée semble avoir pris à cœur la tâche contraire.

Tous les trois mois, saint Louis visitait les maladreries, rendait aux lépreux les services les plus vulgaires, leur donnait à manger, baisait leurs plaies vives et sanieuses. Henri III d'Angleterre se livrait à des actes semblables dans les léproseries, le jour du Jeudi-Saint, et Robert I, fils de Hugues Capet, introduisit le même usage en France, en 1030. Mais nous ne regardons pas cette coutume comme une démonstration destinée à encourager ceux qui se dévouaient au soin des lépreux et des malades; nous pensons plutôt que les grands croyaient expier leurs péchés et se rendre agréables à Dieu, en servant les lépreux, regardés, dans ces siècles d'ignorance, comme les privilégiés du ciel.

Au moyen-âge, il n'existait pas d'infirmiers militaires dans nos armées. Les valets ou goujats qui accompagnaient à la guerre les hommes d'arme pourvoyaient à leurs besoins et les soignaient quand ils venaient à être blessés.

Ambroise Paré a plusieurs fois été secondé efficacement par ces hommes, et par ceux qu'il recrutait dans les villes voisines du théâtre du combat. On était à ces tristes époques où, après les batailles, on voyait les blessés se traîner sanglants par les chemins et mourir loin des secours de la chirurgie; car on ne peut appeler chirurgiens la tourbe avide de médicastres et de charlatans qui s'abattaient comme des corbeaux sur le champ du carnage, et mettaient leurs soins à prix d'or. Quelques belles et nobles figures, comme celle d'Ambroise Paré, ressortent seules de temps en temps au milieu de ces scènes de désolation.

Plus tard, les hôpitaux militaires eurent pour infirmiers des religieux ou des laïques à gages : les premiers rendirent de réels services; mais les seconds, recrutés sans choix et sans discernement, âpres au gain et privés de sensibilité, furent presque toujours au-dessous de leur mission.

	Report.	6591
Mois de juin.	11.	382
	12.	268
	13.	167
	Total.	7408

Une diminution aussi subite de l'épidémie, coïncidant avec l'abaissement de la température, n'ajoute-t-elle pas une nouvelle présomption en faveur de l'opinion qui avait considéré l'exacerbation du choléra comme déterminée par l'extrême chaleur des premiers jours de ce mois? On en est encore bien plus convaincu quand on analyse les conséquences dans lesquelles se résout l'extrême élévation de la température; c'est dans ces conséquences surtout qu'on trouve les causes prochaines des accidents mis à juste titre sur le compte des chaleurs. Celles-ci, en produisant un affaissement des forces, commencent par diminuer les résistances de l'organisme; de plus, elles provoquent à l'usage immodéré des boissons, en même temps qu'elles diminuent l'appétence pour les aliments. Que de cas de choléra n'ont pas éclaté, pendant cette dernière phase de l'épidémie, sous l'influence de boissons prises en quantité immodérée et dans des circonstances inopportunes! Mais il y a une autre influence dans laquelle se résout l'action de la chaleur : elle amène la putréfaction de tous les détritus, masses d'eaux stagnantes, et produit par l'évaporation qui s'ensuit une infection de l'air. Cette cause d'affaiblissement de l'organisme, sinon d'empoisonnement réel, s'ajoute à l'empoisonnement cholérique, et double souvent son activité. C'est ainsi que nous avons cru pouvoir expliquer l'accroissement subit de l'épidémie dans la banlieue de Paris, où des dépôts d'immondices, combinés et fermentés avec les eaux stagnantes des blanchisseries, constituent de véritables foyers d'infection. On se rappelle à cet égard les doutes et les objections de M. Rochoux. Il est à regretter, a dit notre savant et sceptique confrère, que les personnes qui allèguent l'influence de l'insalubrité des communes rurales ne soient pas mieux au courant de ce qui a été constaté sur ce point. Et M. Rochoux de nous renvoyer au rapport officiel de 1832. Nous avons voulu profiter du conseil de M. Rochoux; mais quelle n'a pas été notre surprise de lire dans ledit rapport qu'aux époques des chaleurs, en 1832, la mortalité s'était généralement accrue dans la banlieue de Paris.

Les relevés publiés ces jours derniers sur la mortalité dans la banlieue, par un journal ordinairement bien informé, sembleraient mettre en doute le fait que nous avons signalé. Mais, si nous en jugeons par quatre communes sur lesquelles nos informations sont très-précises, nous engagerons ce journal à se renseigner plus complétement, et nous maintiendrons provisoirement le fait que nous avons annoncé; nous serions portés à croire que les relevés auxquels nous faisons allusion auraient été faits pour les communes au moins qui ont le plus souffert, précisément avant la dernière phase de l'épidémie.

On n'observe pas seulement moins d'invasions et de décès depuis l'abaissement de la température; la maladie elle-même a éprouvé deux modifications principales : elle a diminué d'intensité et changé quelque peu de caractère. Les cas sont sensiblement moins graves, les périodes plus complètes et plus tranchées. La période prodromique est redevenue ce qu'elle était, constante et caractérisée. La terminaison du mal est moins généralement fatale. Là où on avait compté presque autant de morts immédiates que d'invasions, les malades résistent généralement, et quelques-uns même paraissent devoir guérir.

Le changement de caractère qu'on a cru remarquer dans la physionomie de la maladie consisterait dans une apparence dysentérique de la diarrhée préliminaire : des coliques, du tenesme, des selles glaireuses sanguinolentes auraient fait place à cette diarrhée passive, indolore, aqueuse, qui trompe si souvent la sécurité des malades. Cette modification, qu'on pourrait peut-être rattacher au brusque abaissement de la température, exige une modification parallèle dans le traitement de la maladie. Déjà bon nombre de praticiens avaient fait des préparations opiacées le spécifique de la période prodromique; dans la modification présente, cette médication devrait plus que jamais être l'ancre du salut des malades et des médecins. Telle est du moins l'opinion d'un grand praticien, de M. Rayer, qui a coutume de faire la part de toute chose. Suivant M. Rayer, on n'a pas poussé assez loin l'usage du laudanum comme traitement abortif du choléra, et dans les circonstances actuelles, il faudrait y insister encore davantage. A l'objection faite par plusieurs personnes que les opiacés, dans le choléra, ne sont peut-être pas étrangers aux phénomènes de congestion cérébrale consécutifs, à cette période comateuse, presque aussi dangereuse que la période algide, M. Rayer répond que l'opium, dans le choléra, n'agit pas comme dans les conditions ordinaires, et que la congestion cérébrale qu'on lui attribue n'offre pas non plus les caractères d'un véritable narcotisme, tels que la dilatation de la pupille, etc. Pour notre compte, nous n'avons d'autre objection à faire à cette manière de voir que celle-ci. Nul doute que, dans la forme dysentérique du choléra, il ne faille insister sur les opiacés, comme base de tout traitement; mais dans la forme prodromique ordinaire, nous craignons que cette *seule* médication ne suffise qu'à enrayer le mal, à supprimer le symptôme. Nous avons cité des cas de choléra survenus après la suppression de la diarrhée produite par les opiacés : M. Rayer croit que cela tient à des doses insuffisantes de laudanum. Cela se pourrait; mais nous ajouterons que jamais, à notre connaissance du moins, un cas de choléra ne s'est déclaré à la suite d'une diarrhée prodromique arrêtée par les évacuants. Nous indiquerons une dernière circonstance comme bien propre à faire apprécier la différence des deux médications : c'est que les sujets traités par les opiacés seulement restent longtemps faibles, sans appétit, tandis que ceux qui ont évacué ont un appétit déclaré dès le lendemain de la médication. Notre conclusion sur ce point est donc que le traitement complet de la période d'incubation doit comprendre trois indications et trois moyens : abstinence d'alimentation d'abord, des lavements laudanisés répétés, et l'usage d'un évacuant, ipéca ou eau de Sedlitz, suivant les circonstances.

L'opposition que nous faisons aboutir ici à une combinaison de moyens généralement employés à l'exclusion l'un de l'autre a été bien plus tranchée ailleurs. Dans le compte rendu que nous publions aujourd'hui de l'Académie de médecine de Belgique, et surtout dans le travail si remarquable inséré ci-contre d'un des membres les plus éminents de cette compagnie, on voit jusqu'où a été portée cette proscription de l'opium, et par contre avec quelle confiance on s'est renfermé dans la méthode évacuante. Cette opposition est un digne sujet d'étude dans ses motifs comme dans ses résultats; nous ne renonçons pas à l'idée de mettre un jour d'accord les partisans exclusifs des deux méthodes. Contentons-nous de faire remarquer

---

Dans les hôpitaux régimentaires formés en 1788, le service d'infirmier était rempli par les soldats qui, ayant vieilli ou ayant contracté quelque infirmité sous les drapeaux n'étaient plus propres à faire la guerre, mais convenaient à leur nouvelle destination. Plus d'une récrimination s'éleva contre le sort peu digne, disait-on, offert à de vieux et braves serviteurs; mais, comme nous l'apprend Percy, ils remplissaient leurs devoirs avec zèle et discernement, et se trouvaient heureux dans cette position qu'ils ne considéraient pas du tout comme au-dessous d'eux.

Sous la république et pendant l'empire, des compagnies régulières d'infirmiers furent organisées, grâce à Percy et à Larrey, avec le concours empressé de l'autorité militaire, mais souvent malgré l'administration. On retira de cette institution les plus grands bénéfices. Malheureusement des hésitations, des retours en arrière, des mesures subversives sont venus trop souvent désorganiser ou paralyser le corps si utile des infirmiers militaires, et livrer le soldat malade à une foule rapace, affamée, sans mœurs et sans pitié.

La précipitation avec laquelle les choix étaient nécessairement faits, à une époque où la guerre consommait tant de soldats, a dû introduire des éléments mauvais parmi les infirmiers militaires, et l'armée a trouvé quelquefois de justes motifs de plainte. Mais beaucoup d'indulgence et un peu de pardon étaient bien dus aux hommes qui allaient courageusement ramasser les blessés sous les balles de l'ennemi, et qui, au sein de ces terribles épidémies de typhus, auxquelles les trois quarts ont succombé, ne démentaient pas leurs antécédents et luttaient de dévouement et de zèle. Le soldat devait-il jamais oublier que les infirmiers militaires, les médecins des hôpitaux à leur tête, avaient maintes fois soutenu de sanglants assauts, en Égypte, à Saint-Domingue, en Espagne, au dernier siége de Mayence, etc., pour l'empêcher d'être massacré dans le lit où la souffrance l'enchaînait, victime sans défense?

Sous l'empire, les continuelles vexations auxquelles l'infirmier se trouvait en butte l'avaient rendu d'une susceptibilité exagérée. Quelquefois, allant au-devant des plaisanteries qu'il croyait deviner, il devenait querelleur; redouté duelliste, il portait, au moindre mot, la main sur son sabre. L'espèce d'ostracisme dont il était victime le forçait à chercher des sociétés étrangères à l'armée, ou, dans celle-ci, des compagnons dont la conduite n'était pas irréprochable; enfin, trop souvent peut-être le vin achevait de lui faire oublier l'ingratitude et les dédains de ses frères d'armes.

Pour rendre l'infirmier moins querelleur, qu'a-t-on fait dans ces derniers temps? On a défendu, pour un moment, d'apprendre l'escrime dans les hôpitaux militaires! C'est là, à notre sens, une bien pauvre idée et un procédé assez brutal. Le remède héroïque se présentait pourtant de lui-même : donner à l'armée des sentiments de bonne confraternité et de sympathie pour les homme qui veillent au chevet du malade et passent leur vie à respirer l'atmosphère empoisonnée des hôpitaux, bravant la mort présente sous les formes les plus hideuses, la mort sans gloire, sans prestige, sans renommée et sans pompe. Oui certes, l'infirmier, aujourd'hui infiniment meilleur que sous l'empire, a beaucoup plus fait pour gagner l'estime et l'affection du soldat, que celui-ci pour mériter ses soins dévoués et les prévenances, fruit de la sympathie. Aussi nous redirons : le soldat est en retard, l'infirmier est en avance.

Nous avons énoncé que l'administration a sa large part dans l'arrêt apporté au

pour le moment que l'une et l'autre ont rendu jusqu'ici d'incontestables services, et que l'important aujourd'hui est de savoir discerner quand, comment et jusqu'où l'une doit céder le pas à l'autre, et quand toutes les deux doivent se prêter secours.

HYGIÈNE GÉNÉRALE.

COURS D'HYGIÈNE PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, par M. HIPP. ROYER-COLLARD.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — DU LAIT ET DE L'ALLAITEMENT.

Dans nos précédentes leçons, nous avons traité de l'alimentation en général. J'ai cherché à vous faire clairement comprendre pourquoi chaque forme de la santé et chaque âge, par conséquent, exigent un mode d'alimentation particulier. L'histoire naturelle et l'anatomie humaine sont venues l'une après l'autre nous démontrer la vérité de cette proposition.

Appliquant ensuite ces considérations à l'hygiène de la première enfance, je vous ai rappelé toutes les conditions propres à l'enfance, en vertu desquelles un aliment spécial lui est absolument indispensable ; ainsi la structure qu'offrent à cet âge les parties essentielles et accessoires de l'appareil digestif, l'état général de l'organisme, l'activité de la croissance, le défaut d'intelligence enfin qui lui interdit la libre préhension de la nourriture, et lui fait un besoin des secours maternels.

L'aliment de l'enfant, c'est le lait. Mais avant que le lait soit complétement formé dans le sein de la mère, avant même l'accouchement et quelques jours après, un autre liquide s'écoule par la glande mammaire, le colostrum, dont j'ai déjà fait connaître les caractères distinctifs.

Je n'imiterai pas ici la plupart des livres d'hygiène, qui se composent en grande partie de pages arrachées aux traités de physique et de chimie, et cousues bien ou mal les unes aux autres. Je sais que le cours d'hygiène de la Faculté de Paris est destiné aux élèves de quatrième année, et qu'ils doivent connaître depuis longtemps les propriétés physiques et chimiques du lait, qu'on leur a enseignées dans les cours de première année. Je les renvoie aux excellents travaux qui ont été faits sur ce sujet par M. Berzélius, dans son TRAITÉ DE CHIMIE, par MM. Chevreul, Ossian Henry, Chevallier, Quevenne, Donné, etc.; enfin par M. Liebig dans sa CHIMIE ORGANIQUE. Je les engage aussi à rechercher, dans les journaux de médecine de l'année 1838, le compte rendu d'une savante et ingénieuse leçon sur le lait, qui fut faite par M. Dumas dans le concours qui l'éleva à la dignité de professeur dans notre Faculté. Je me contenterai de rappeler ici les principales circonstances relatives à la composition chimique du lait, qui se rapportent à l'hygiène de l'enfant.

Le lait est, comme on sait, une sorte d'émission blanche et opaque de matière caséeuse et de beurre, dans laquelle se trouvent dissous du sucre de lait, différents sels, de l'acide lactique, à l'état libre, selon quelques-uns, et diverses matières extractives.

Je ne m'arrête pas à décrire ici ces substances qui font partie du lait ; j'indique seulement en passant le beurre et les substances grasses, l'élaïne, la stéarine, la butyrine, la caprine, la caproïne, les acides caprique, caproïque et butyrique. Le caséum est parfaitement connu ; il mérite seulement une attention particulière, en ce qu'il est la plus azotée et par conséquent la plus nutritive de toutes les substances qui se rencontrent dans le lait. Puisqu'il faut de l'azote en abondante quantité pour former les chairs de l'enfant soumis à la diète lactée, il est évident que le caséum, qui lui fournit principalement l'azote, joue un grand rôle dans sa nutrition.

Lorsqu'on a séparé du lait les différentes parties que je viens d'indiquer, il reste le *sérum* ou *petit-lait*. On y trouve la *lactine* ou *sucre de lait*, dont la présence explique la fermentation alcoolique qu'on produit dans le lait.

L'*acide lactique* y est d'autant plus abondant que le lait est aigri ; ce qui ne doit nullement étonner, puisque MM. Berzélius et Braconnot l'ont extrait du riz fermenté, des pois, des haricots, du jus de betteraves, et M. Carriol de la noix vomique; puisqu'enfin MM. Gay-Lussac fils et Pelouze ont établi qu'il est le produit constant et intime (ce sont leurs propres expressions) de la décomposition de toutes les matières animales, et que toute fermentation putride détermine sa formation.

Le lait contient aussi plusieurs sels : le carbonate, le chlorhydrate, le phosphate de potasse et de soude, les phosphates de chaux, de fer et de manganèse, par conséquent des substances alcalines en même temps que des substances acides.

Dans la première des trois leçons que j'ai publiées récemment sur l'alimentation en général, j'ai démontré que les substances inorganiques introduites pour la nutrition dans le corps des végétaux et des animaux, devaient être considérées comme de véritables aliments, lorsqu'elles servaient à renouveler la substance vivante. Nous trouvons ici une application frappante de cette vérité. Le phosphate de chaux est une des substances le plus généralement répandues dans le corps humain ; non-seulement il existe dans le sang, dans les fluides sécrétés, dans la chair musculaire; mais il fait, comme on sait, la base des os, des cartilages, de l'épiderme, des poils, etc. ; c'est lui qui, constituant la partie solide de la charpente osseuse, donne aux membres leur résistance, sert de point d'appui aux parties molles, assure la protection des viscères et des organes les plus importants à la vie. Par conséquent, puisqu'il est sans cesse éliminé au dehors du corps par les excrétions, il faut nécessairement qu'il soit réintégré sans cesse par l'alimentation dans les parties qui en sont essentiellement composées. Ce qui distingue surtout l'âge de l'enfance, c'est, nous l'avons vu, l'activité prodigieuse de la nutrition, puisqu'à cette époque de la vie plus qu'à aucune autre, la somme des acquisitions l'emporte de beaucoup sur celle des pertes. Cet accroissement de substance est principalement marqué dans le système osseux. Déjà une partie considérable de ce système s'était développée pendant la vie fœtale ; ce qui prouve que le sang de la mère fournissait alors à l'enfant une quantité notable de phosphate et de carbonate de chaux. Lorsqu'une femme enceinte, par suite d'un accident, se fracture un os, il arrive de deux choses l'une : ou bien la fracture ne se guérit pas, parce que le phosphate de chaux, nécessaire pour la régénération osseuse, manque à l'endroit où devrait s'opérer la soudure des deux fragments, consommé qu'il est pour la nutrition du fœtus; c'est là le cas le plus ordinaire ; ou bien le phosphate de chaux du sang maternel étant employé avec excès pour la guérison de sa fracture, le fœtus n'en reçoit plus assez pour sa nutrition, et vient au monde avec des os mous et souvent déformés. On lit, dans les TRANSACTIONS DE LA SOCIÉTÉ LINNÉENNE, qu'une poule ayant eu l'os de la cuisse fracturé, et cette fracture s'étant parfaitement consolidée, elle pondit quelques jours après sa guérison des œufs sans coquille; il était

---

perfectionnement moral de l'infirmier, et qu'elle devient conséquemment passible des reproches adressés à l'exécution du service.

Le médecin ordonne le traitement, et on lui conteste le droit de punir directement celui qui refuse d'obéir ou qui n'exécute pas en temps convenable les prescriptions formulées. On chercherait en vain dans toute l'armée une autre anomalie aussi monstrueuse. Si le médecin veut réprimer un abus ou sévir contre une infraction, il faut qu'il ait recours à une foule d'intermédiaires, aux officiers de l'administration ou de l'intendance, qui, toujours inhabiles à distinguer les nuances, et incapables d'apprécier, au point de vue d'une science qu'ils ne connaissent pas, la gravité d'une faute, sont portés à l'atténuer et refusent même quelquefois la punition demandée par le chef de service. En tout cas, la répression n'arrive que tardivement et perd la moitié de son effet.

Ainsi soustrait à l'autorité directe du médecin, l'infirmier se sent disposé à le considérer presque comme un étranger et à n'accepter en aucune façon son influence salutaire. De là il n'y a qu'un pas à regarder les fonctions hospitalières comme un accessoire (1), et le soin du mobilier comme la mission capitale. Cette tendance malheureuse et éminemment préjudiciable à l'homme malade, est encore fortifiée par les priviléges et l'avancement donnés préférablement à ceux qui se distinguent ailleurs qu'au lit du malade, et par la déplorable habitude de confier souvent les fonctions les plus importantes et fondamentales, celles d'infirmier major des salles, à des caporaux et même à de simples soldats sans autorité suffisante sur leurs subordonnés, tandis qu'on prodigue les sous-officiers dans les magasins et dans les bureaux. Comme résultat inévitable de cette fausse répartition et des insinuations qu'elle entraîne, il arrive que l'infirmier a plus soin du lit que de celui qui l'occupe, a plus à cœur de tenir un cahier au courant ou le plancher bien lavé, que d'entourer de sollicitude le malade relégué au second plan au point de vue de l'importance.

Telles sont les fâcheuses conséquences des préjugés de l'armée et des règlements administratifs.

Aux vices inhérents à l'administration actuelle, un remède souverain sera bientôt apporté par la nouvelle organisation du corps militaire de santé, organisation qui lui conférera des pouvoirs directs sur les agents dont la mission est de concourir au succès du traitement. Mais les préjugés de l'armée de pourraient être déracinés que par un concours et une continuité d'efforts qu'on ne doit pas se flatter d'obtenir. Il faut conséquemment tourner l'obstacle, puisqu'il est trop difficile de le battre en brèche.

Nous ne proposerons pas d'appeler aux fonctions d'hospitaliers des détachements plus ou moins souvent renouvelés, fournis par les différents corps de la garnison. Ce système, usité encore dans quelques États, après avoir été autrefois en vigueur dans les armées impériales romaines, aurait plus d'inconvénients que d'avantages. D'abord, au lieu des soins affectueux de la camaraderie, on n'obtiendrait souvent qu'un service fait avec répugnance et à contre-cœur; il faut en effet une vocation spéciale et un genre de courage tout particulier pour remplir

(1) Un comptable d'hôpital écrivait un jour à un intendant : Les officiers de santé, *cet accessoire si important des hôpitaux militaires*, font bien tout ce qu'ils peuvent, etc.

donc bien clair que la chaux avait servi, non plus à la formation de la coquille, mais à la consolidation des fragments de l'os fracturé.

Lorsque l'enfant vient au monde, la formation des os est loin d'être complète. Pendant longtemps encore, le corps de ces os reste en grande partie cartilagineux; c'est l'aliment, par conséquent le lait, qui doit leur fournir le phosphate de chaux qui leur est nécessaire. Supposez que, par une cause quelconque, le lait vienne à manquer, l'ossification ne fera aucun progrès. Il y a cinq ans environ, une femme qui allaitait son enfant fut placée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Blandin, pour y être traitée d'une fracture. La guérison de la fracture n'arrivait pas; les fragments, rapprochés l'un de l'autre, restaient toujours mobiles. Un jour la sécrétion du lait s'arrêta complétement, et dès ce moment le cal commença à se former et la fracture se consolida visiblement. M. Jules Guérin a fait, comme on sait, un excellent travail sur le rachitisme. Là il distingue fort bien ce qu'on confondait avant lui, le rachitisme et la maladie scrofuleuse. Une mauvaise nourriture, un air vicié, la privation qu'entraîne la misère, l'humidité, en un mot toutes les conditions insalubres auxquelles un enfant peut être soumis, telles sont, selon M. J. Guérin, les causes déterminantes des scrofules chez les enfans; de là les engorgements strumeux, les plaies de mauvaise nature, le carreau, les tubercules; mais le rachitisme reconnaît une autre cause, qui est presque toujours la même, une nourriture inopportune; ainsi le lait donné trop longtemps, ou le sein retiré trop tôt. Alors on voit les jambes et les poignets se tordre, quelquefois les clavicules. Ces accidents se manifestent surtout à l'âge de dix-huit mois à deux ans. M. J. Guérin les a toujoujours produits artificiellement et à volonté chez les animaux, en interrompant le cours régulier de l'allaitement, ou bien en le prolongeant outre mesure. L'explication de ces faits est très-simple. Le lait contient une certaine proportion de phosphate de chaux, employé surtout par le nouveau-né à la formation de ses os; la bouillie, les jus, l'eau sucrée n'en contiennent qu'une très-faible quantité. Dès lors les enfants auxquels on donne ces aliments au lieu de lait, ne trouvent plus dans leur nourriture la matière destinée à solidifier leurs os. Ceux-ci restent mous et flexibles; par exemple, dès que l'enfant exécute des mouvements plus étendus, surtout lorsqu'il s'essaye à marcher, les os, inhabiles à soutenir le poids du corps et les efforts qu'on leur demande, éprouvent des torsions plus ou moins prononcées. Plus tard, l'enfant déjà développé a besoin d'une plus grande quantité de phosphate de chaux que celle qui est contenue dans le lait, et s'il ne remplace pas cet aliment par du bouillon et de la viande, la nutrition osseuse en souffre encore et ne s'achève pas convenablement.

Il faut encore rattacher aux faits précédents le singulier phénomène de la formation des ostéophytes crâniens, ou productions osseuses qui se développent chez les femmes enceintes, entre la face interne du crâne et la face externe de la dure-mère. Ce fait anatomique a été décrit avec soin par MM. Ducrest et Alexis Moreau.

Je ne terminerai pas cet exposé des observations qui ont été faites sur les usages physiologiques du phosphate de chaux dans l'économie vivante, sans y ajouter une remarque d'une haute importance. Si l'on se borne à rapporter purement et simplement les faits signalés par les divers auteurs, il semble tout d'abord à ceux qui en prennent connaissance que tout aille de soi-même dans cette question, et qu'une fois ces faits connus, il ne reste plus rien à faire que d'en tirer les légitimes conséquences. Malheureusement pour les faiseurs de découvertes, la science ne procède pas avec une si complaisante docilité. Elle examine sérieusement les faits, et recherche avant tout si ces faits sont vrais et quelle est leur valeur positive. Or un examen attentif nous aura bientôt convaincus que les savants analystes ont procédé dans leurs expériences avec une certaine légèreté, et que par conséquent les résultats auxquels ils sont arrivés n'offrent pas toujours une rigoureuse exactitude. L'analyse chimique ne savait pas encore, il y a trois ans, découvrir avec sûreté, dans les matières organiques, l'exacte proportion de l'acide phosphorique et du phosphate de chaux. Écoutez ce que disent les savants à ce sujet :

« Tous les chimistes savent de combien de difficultés est entourée la séparation exacte de l'acide phosphorique, combien d'écueils son dosage rencontre. Toutes les erreurs graves que l'histoire de la chimie analytique a consignées, et dont elle conserve le souvenir, se rapportent à des phosphates méconnus et confondus avec des corps dont ils étaient bien distincts, ou classés comme des corps nouveaux.

» Les perfectionnements successifs de l'analyse chimique, acquis au prix même de ces erreurs, rendent plus sûre aujourd'hui la recherche de l'acide phosphorique, et permettent d'en constater la présence avec certitude dans une combinaison ou dans un mélange donnés.

» Mais la présence de l'acide phosphorique étant reconnue, comment en déterminer la proportion? comment surtout la déterminer par un moyen rapide et exact, propre à servir à la fois au praticien dans ses essais, au savant dans ses recherches? Tel est le problème que M. Raewsky a essayé de résoudre.

» Il y parvient par un moyen que nous avons vérifié et contrôlé, qui nous semble, d'après cet examen et ce contrôle, digne de la confiance des praticiens et des chimistes, digne par conséquent de l'approbation de l'Académie (1). »

Plus loin, M. Dumas ajoute :

« Votre commission ne saurait trop encourager l'auteur à passer en revue les divers phosphates déjà connus et à contrôler leur analyse par sa méthode, dont l'exactitude et la rapidité rendraient un tel contrôle aussi facile qu'il serait précieux. »

Dans le rapport que nous venons de citer, M. Dumas, a été assisté par M. Pelouze. De telles autorités attestent suffisamment que les analyses du même genre, antérieures au mois d'avril 1848, ne peuvent être considérées comme parfaitement exactes.

Enfin, il existe aussi dans le lait des globules parfaitement distincts. Déjà, dans l'un de mes articles précédents, j'ai fait connaître les caractères propres aux globules du colostrum, caractères à l'aide desquels il est facile de discerner l'un de l'autre les deux liquides qui se succèdent dans la glande mammaire et souvent même sont mêlés ensemble. Si l'on soumet un atome de lait à un microscope convenablement grossissant, on y aperçoit une multitude de granules ronds entourés d'un cercle noir et transparent au milieu; suivant M. Orfila, cette apparence des globules est le seul caractère qui dénote sûrement la pureté du lait.

M. Donné, ainsi que je l'ai dit plus haut, a cru pouvoir indiquer les signes qui font reconnaître dans le lait la présence des globules du pus, du sang ou du colostrum.

Comme il arrive souvent qu'un accident imprévu oblige la mère ou la nour-

(1) RAPPORT SUR UN MÉMOIRE RELATIF AU DOSAGE DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE, par M. Raewsky. — M. Dumas, rapporteur (24 avril 1848.)

---

les fonctions d'infirmier. En second lieu, l'expérience ne peut être remplacée par la bonne volonté; de sorte que les détachements relevés à certains intervalles fourniraient toujours des hospitaliers inhabiles.

Il nous semble que les infirmiers militaires (les hospitaliers, pour nous servir d'une expression plus convenable), devraient être choisis dans les régiments, parmi les hommes qui, déjà incorporés depuis quelque temps, ne montreraient pas beaucoup d'aptitude physique ni morale pour devenir combattants, mais seraient propres à faire de bons infirmiers, et ne manifesteraient aucune répulsion pour en remplir l'emploi. Ces hommes conserveraient l'uniforme du corps, dont ils ne seraient que détachés. Ce détachement deviendrait définitif, à moins que l'inconduite n'amenât la radiation et le renvoi au corps. L'action disciplinaire directe serait confiée aux officiers de santé et d'administration, et l'avancement roulerait, comme aujourd'hui, sur le corps des hospitaliers. Arrivés sous-officiers, ils ne pourraient plus rentrer dans l'armée; mais ils continueraient à porter l'uniforme de leur régiment primitif, auquel ils compteraient hors cadre et pour la forme. Le costume ne se spécialiserait qu'à partir du grade d'officier d'administration, auquel ils pourraient être promus dans une assez forte proportion pour leur assurer un avenir convenable.

Le système que nous proposons est mixte, bâtard, exceptionnel, il est impossible de nous le dissimuler; mais il réunit des avantages multiples; par sa nature, il élude une difficulté qui ne pouvait être combattue directement; et s'il fait la guerre aux mots et aux formes, c'est parce que les mots et les formes ont pris en France l'importance des réalités. Le mode de recrutement fournira des hommes réunissant les conditions physiques à la vocation; la menace d'un renvoi au corps en cas d'inconduite, et la perte des droits qui se trouvaient acquis si l'on eût persisté, feront considérer les fonctions d'hospitalier comme un poste d'honneur, comme une position spéciale, et entretiendront la bonne exécution du service. La conservation de l'uniforme du régiment rapprochera l'hospitalier du soldat; la camaraderie renaîtra, ainsi que la réciprocité d'affection, qui en est la conséquence. L'action directe des officiers de santé s'opposera aux infractions matérielles, et leur influence morale entretiendra chez les hospitaliers l'amour et l'estime de leur profession.

Nous terminerons cet article par une autre question qui, au point de vue de la distribution rationnelle des matériaux, eût été mieux placée en tête, comme entrée en matière; mais nous pouvons la rejeter à la fin, parce que sa solution est telle qu'elle ne modifie en rien notre exposé.

Faut-il conserver les infirmiers militaires? On ne peut répondre que par l'affirmative. Un coup d'œil rétrospectif suffit pour convaincre qu'eux seuls sont aptes à remplir convenablement leurs fonctions dans toutes les circonstances possibles, en guerre comme en paix, en temps d'épidémie comme sous le règne de simples maladies sporadiques. Nous ne pouvons concevoir le bon infirmier que sous l'habit militaire ou dans les ordres. Religieux, il s'acquitte de ses devoirs comme d'une œuvre pieuse qui doit le conduire au ciel. Militaire, la discipline l'oblige physiquement, et les sentiments de fraternité lui inspirent ces paroles et ces soins affectueux qui sont l'un des bénéfices de cette touchante solidarité. Il y a plus : le religieux est naturellement enclin à l'empiétement; il est aussi revêche envers les laïques qu'humble à l'égard de ses supérieurs. Quand bien même des difficultés matérielles ne s'opposeraient pas à l'emploi du religieux dans toutes les

rice de suspendre l'allaitement et de remplacer le lait de femme par le lait d'un animal, une question importante est celle de savoir si le lait des animaux est semblable à celui de la femme.

On estime que la matière caséeuse est de 2 3/4 à 3 p. 0/0 environ dans le lait de femme; elle ne se réunit pas en masse, comme dans le lait de vache, mais elle forme des flocons isolés. Elle est de 3,5 p. 0/0 dans le lait de vache; en petite quantité dans le lait de jument et d'ânesse; très-abondante dans le lait de chèvre, où sa proportion est évaluée à plus de 4 p. 0/0, et même, selon quelques analyses, à 8 et 9 p. 0/0. Le lait de brebis contient aussi beaucoup de caséum, que l'on sépare du beurre très-difficilement.

Quant au beurre, sa nature et sa quantité diffèrent aussi chez les divers animaux. On croyait autrefois que le lait de la femme n'en donnait pas; mais on est parvenu à l'isoler des autres matières, à peu près semblable au beurre de la vache. Il est, dit-on, plus abondant, chez les femmes primipares que chez les autres. Il existe une grande quantité de beurre dans le lait de la chèvre et dans celui de la brebis; on l'évalue à 4,5 p. 0/0 dans le lait de vache. Le lait de la jument et de l'ânesse contient beaucoup de sucre de lait, ainsi que celui de la femme. Celui de la chèvre enfin est remarquable par son odeur, due à la surabondance des acides caprique et caproïque.

Tel est le lait à l'état ordinaire, ou du moins, tel est le résultat des meilleures analyses qui aient été données par les auteurs. Hâtons-nous, toutefois, d'ajouter que ces analyses sont encore fort imparfaites, comme le sont du reste celles de tous les liquides organiques.

Par exemple, je faisais remarquer tout à l'heure que le lait contenait à la fois des substances acides et des substances alcalines. Cette réunion en un même corps de substances opposées et antipathiques entre elles est un fait assez fréquent dans les matières organiques, formées généralement d'un plus grand nombre d'éléments que les matières inorganiques, et présentant par conséquent une mobilité et une instabilité toutes particulières de ces éléments. Il résulte nécessairement de cette condition un changement continuel dans la constitution des matières organiques, quelque part qu'on l'observe, et une foule de variations dans sa nature chimique. C'est là peut-être la propriété la plus essentielle de la vie, ce qui la distingue surtout de la non-vie. C'est là ce qu'on appelle la nutrition, c'est-à-dire ce mouvement non interrompu de composition et de décomposition qui n'appartient qu'aux substances vivantes. Comment donc saisir au passage et définir avec rigueur des principes qui ne s'arrêtent jamais? Aussi les chimistes les plus éminents ne sont-ils pas d'accord sur les véritables propriétés du lait. Je ne veux pas citer ici des noms propres, ces noms seraient les plus illustres de notre époque; je dirai seulement que les uns regardent le lait comme une substance acide, et les autres comme une substance alcaline. Celui-ci attribue seulement au lait de femme les propriétés alcalines, et celui-là déclare neutre le lait des animaux frugivores. D'après M. Lassaigne, le lait de vache est alcalin avant le part et acide onze jours après. Enfin M. Chevreul regarde comme une propriété inhérente au lait normal, d'offrir une légère alcalinité. « Il reste encore à démontrer, ajoute-t-il, s'il y a des cas où le lait devient acide, sans être affecté d'aucune maladie. »

On ne saurait nier que ces dissidences d'opinion entre les savants ne soient une preuve de l'insuffisance de leurs connaissances en cette matière. L'extrême difficulté de séparer entièrement le beurre du caséum est encore un motif d'incertitude, relativement à la nature chimique du beurre. On y distingue sans doute de l'élaïne, de la stéarine, de la butyrine, enfin de la caprine et de la caproïne, sous la forme d'acides caprique et caproïque; mais quelle est la proportion relative de chacune de ces substances? quelle est-elle dans les laits des différents animaux? On ne l'a jamais déterminé.

En dernier résultat, vous voyez, messieurs, qu'une analyse parfaitement exacte du lait normal manque encore dans la science, et que l'analyse comparative des divers laits n'est pas non plus très-satisfaisante.

Toutefois cette ignorance des faits précis de la chimie n'a aucune gravité pour la pratique; une vérité approximative lui suffit pour se guider sans inconvénient. Ainsi, lorsqu'il s'agit de remplacer tel lait par tel autre, il n'existe pas, entre tous ces laits des divers animaux, nous pouvons l'affirmer, de différences assez importantes pour que les uns et les autres ne soient pas considérés comme des substances à peu près semblables. Tous suffisent pour la nutrition du corps animal, par la raison très-simple que tous contiennent en assez forte proportion les principes essentiels à l'aide desquels peut se renouveler la substance organique dans toutes ses parties; seulement, si l'on veut comparer minutieusement le lait de femme avec les autres laits, on y trouve un peu moins de beurre et de caséum, et un peu plus de sucre de lait que dans celui des ruminants. Sous ce double rapport, il se rapproche de celui des solipèdes, de la jument et de l'ânesse; peut-être aurait-il plus d'analogie encore avec celui des carnassiers qu'avec celui de tous les autres animaux.

Nous sommes plus avancés sur une autre question, plus intéressante peut-être pour l'hygiène, celle de savoir comment on peut distinguer le lait sain du lait malade. J'ai déjà parlé des caractères différentiels que présentent, à l'inspection microscopique, les globules du lait, ceux du pus, du colostrum; mais ce genre d'observation n'est point à la portée de tous les médecins, et l'erreur est facile d'ailleurs, lorsqu'on n'a pas une grande habitude du microscope et une connaissance parfaite de tous les phénomènes physiques que met en jeu l'emploi de cet instrument. Un caractère beaucoup plus sûr et beaucoup plus saisissable est celui qui a été indiqué par M. Donné, approuvé et employé par M. Chevreul dans ses expériences, et qui consiste à traiter le lait par l'ammoniaque. J'ai fait connaître, dans l'une de mes précédentes leçons (huitième, *Sur l'alimentation*), les effets qu'opère l'ammoniaque dans le lait malade, et que n'éprouve jamais le lait sain sous la même influence.

Lorsque le lait est aigré, ce qui lui arrive lorsqu'il est soumis à une température de 16°, il s'y développe une assez grande quantité d'acide carbonique pour qu'il s'échappe au dehors des bouteilles qui le renferment; mais M. Gay-Lussac a trouvé qu'en faisant chauffer du lait frais pendant plusieurs jours, à 100°, on change si bien ses propriétés, qu'on peut, après cette opération, le conserver longtemps sans qu'il s'aigrisse.

Une dernière question, relative au lait et très-grave en hygiène, veut être traitée ici avec quelque soin: c'est celle des modifications qu'éprouve, soit dans sa quantité, soit dans sa qualité, le lait donné à l'enfant, par suite des circonstances diverses qui agissent sur la mère, sur la nourrice ou sur l'animal auquel ce lait est emprunté. On conçoit aisément quelle influence peuvent exercer ces modifications du lait sur la santé de l'enfant qui s'en nourrit.

Tout le monde sait, sans recourir à la science, combien diffèrent le lait, le beurre et le fromage, selon l'alimentation de la femelle qui les produit, selon les pâturages qu'elle fréquente, selon qu'on la trait en hiver ou en été.

On retrouve dans le lait certains principes qui ont fait partie de la nourriture de l'animal, et qui n'ont pas été complétement décomposés par la di-

---

circonstances, nous trouverions conséquemment un autre motif d'exclusion.

Nous ne parlerons pas de l'infirmier civil qui, trop souvent, ne voit qu'un métier dans sa profession. La garde-malade elle-même, malgré la plus haute dose de sensibilité départie à la femme, n'est communément qu'un être au cœur sec et aux instincts rapaces.

Les congrégations de femmes ont su persévérer à peu près sans empiétement dans leurs fonctions premières, tandis que les ordres de religieux les dénaturent plus ou moins rapidement. La femme qui s'est vouée à Dieu est la gardienne naturelle du malade. Personne comme elle ne sait compâtir à la souffrance, recevoir les épanchements du cœur; personne ne trouve comme elle ces paroles sans recherche et sans apprêt qui touchent, consolent et raniment. Quelle main parvient comme la sienne à diminuer les douleurs inséparables d'un pansement nécessaire? A elle la douceur du toucher, la délicatesse des mouvements; à elle aussi cette tranquille résignation qu'elle peut à chaque instant offrir comme un exemple à l'homme que la douleur exaspère et rend irritable. La femme seule trouve ces prévenances, ces petits soins, ces attentions, baume de la souffrance. Enfin cette frêle et délicate créature sait, comme sœur Marthe, s'élever dans les circonstances à un courage admirable et à une faculté de résolution que l'homme pourrait envier. On a dit avec beaucoup de raison: *Ubi non est mulier, ingemiscit æger;* c'est un mot éternellement vrai.

Aussi le projet d'introduire quelques sœurs dans les hôpitaux militaires, projet qui avait reçu un commencement d'exécution sous l'ancien régime et auquel on semble revenir, nous semble-t-il conçu pour le bien du malade. Nous sommes persuadé que cette innovation présente des avantages qui doivent faire oublier ses inconvénients secondaires.

FÉLIX JACQUOT.

— L'Académie de médecine vient de faire deux nouvelles pertes. M. le docteur Chardel, infirme depuis une quinzaine d'années, M. le docteur Mojon, membre correspondant, et M. Boudet, membre de la section de pharmacie, ont succombé à une attaque de choléra.

— La médecine parisienne a fait aussi de nouvelles pertes. Notre savant et si excellent confrère M. Bourgery, auteur du grand ouvrage sur L'ANATOMIE DE L'HOMME, ainsi que M. le docteur Lebienvenu, chirurgien de la 1re légion de la garde nationale, ont succombé à une attaque de choléra.

— M. Lebon, chirurgien-major à l'hôpital de Thionville, est désigné pour celui de Montmédy.

— M. Pujade-Anjon, chirurgien-major de la garde républicaine, est désigné pour le 27e de ligne.

— M. de Rotschild vient de mettre à la disposition de M. le préfet de la Seine une somme de 10,000 fr. D'après l'intention du donateur, cette somme est destinée à venir au secours des familles des victimes du choléra.

gestion : ainsi l'alizarine, ou matière colorante de la garance, le colore en rouge; l'ail, quelques moutardes, le ligustrum, l'éristiérum ou livèche officinale, communiquent souvent leur odeur et leur saveur au lait de brebis. En Islande, d'après M. Gaimard et M. Stevensen, on nourrit les vaches, pendant les années de disette causées par un froid excessif, avec la chair du poisson *steinlitur* (ou *blennius* de Linné), à laquelle on ajoute des os de morue pilés et un quart environ de foin. Ce mélange plaît singulièrement à la vache, et elle donne alors beaucoup de lait; mais ce lait répand une odeur désagréable.

La science a fait aussi beaucoup de recherches à ce sujet. Celles de MM. Deyeux et Parmentier offrent un grand intérêt. Les cosses de pois, disent-ils, donnent au lait une saveur particulière; il se coagule alors avec plus de facilité. Si les fourrages donnés à la femelle sont, ajoutent ces savants, aqueux et insipides, le lait sera abondant, mais séreux et fade; si, au contr.ire, les fourrages sont durs et fibreux, le lait sera moins abondant et moins agréable. Tous les produits de ce fluide seront eux-mêmes plus savoureux et plus parfumés, si les herbages ont plus de finesse et de parfum.

Dans ces derniers temps, des observations plus précises et plus savantes ont été faites par les chimistes. Je citerai, entre autres, celles de M. Peligot, que je ne puis qu'indiquer ici. M. Boussaingault a communiqué aussi à l'Académie des sciences les résultats d'une analyse comparative des aliments consommés et des produits rendus par une vache laitière. M. Chossat a publié un beau travail, dans lequel il fait connaître ses ingénieuses recherches sur le rôle que joue, dans la nutrition des jeunes animaux, le phosphate de chaux contenu dans le lait. Enfin M. Liebig, qu'il faut toujours citer, a jeté aussi les plus vives lumières sur cette grande et importante question.

La sécrétion du lait, comme toutes les fonctions organiques, étant toujours subordonnée, dans son exercice, aux conditions variables de la santé de la femme qui le produit, il s'ensuit nécessairement que le régime observé par cette femme ne peut manquer d'influer sur la quantité de la sécrétion et les qualités du fluide sécrété.

Ainsi la régularité plus ou moins grande dans l'alimentation. Une villageoise abandonne sa chaumière, et vient à Paris habiter une riche maison; elle se gorge de mets succulents, et cesse de se livrer à ses exercices habituels. Bientôt son lait diminue, et quelquefois s'arrête complétement. Ce n'est qu'un peu plus tard, lorsqu'elle s'est accoutumée à son nouveau régime, qu'elle voit reparaître l'écoulement du lait, et souvent même en plus grande abondance qu'auparavant.

Une habitation malsaine, humide, entourée d'étangs ou de marécages, où l'air circule mal, où la lumière ne pénètre qu'incomplétement, altère aussi la qualité du lait et diminue sa quantité, par la raison toute simple que ces conditions nuisent à la santé de la nourrice, en ralentissant l'activité de ses fonctions nutritives.

La même raison explique pourquoi des femmes trop jeunes ou trop âgées sont en général peu aptes à nourrir elles-mêmes leurs enfants. On trouve cependant d'excellentes nourrices à l'âge de 40 ans et même au delà; mais ce sont ordinairement des femmes qui ont eu déjà plusieurs enfants et qui les ont tous allaités.

Une circonstance particulière augmente la faculté de l'allaitement, c'est l'allaitement lui-même. La succion et la traction longtemps continuées de la glande mammaire, dit Burdach, favorisent la sécrétion du lait; ce qui explique, ajoute cet auteur, comment une mère ou une nourrice peuvent nourrir plusieurs enfants à la fois. Les nourrices qui viennent chercher des enfants à Paris connaissent si bien ce fait, que, pendant la route, elles se tettent elles-mêmes, quand elles peuvent le faire, ou se rendent les unes aux autres ce petit service. Il n'y a rien là, d'ailleurs, qui doive surprendre un physiologiste; il n'ignore pas que les organes sécréteurs exercent, pendant un certain temps, leur fonction avec d'autant plus d'activité qu'on les sollicite davantage à cet exercice, surtout dans les cas où l'organe est pourvu d'une certaine quantité de tissu érectile.

Par la même raison, la sécrétion languit et finit même par se tarir entièrement, lorsqu'elle est souvent et longtemps interrompue.

Burdach fait encore remarquer que la sécrétion semble augmenter aussi par une excitation uniforme de la glande. C'est ainsi qu'une vache donne plus de lait si l'on presse les quatre pis à la fois, lors même que l'un d'eux ne fournit rien.

C'est un fait parfaitement connu en physiologie que l'étroite sympathie qui lie ensemble les glandes mammaires et les organes génitaux. L'utérus n'existe que chez les animaux qui ont des mamelles, ou mammifères. Les seins se gonflent ordinairement pendant la menstruation et après la conception, c'est-à-dire lorsque l'utérus est en travail. Si les règles sont habituellement abondantes, la femme donne généralement beaucoup de lait. Qui ne sait, enfin, quelle stimulation développe dans les organes génitaux la moindre excitation portée sur le mamelon, combien de femmes et même d'hommes ressentent cette excitation d'un organe aussi vivement que celle de l'autre? D'autres fois, comme le dit Burdach avec raison, c'est par une sorte d'antagonisme que s'exprime ce rapport physiologique entre les deux organes. Ainsi, après l'accouchement, l'écoulement des lochies diminue d'autant plus que la sécrétion du lait est plus active, et si celle-ci vient à se supprimer, il en résulte souvent une pléthore utérine. Pendant toute la durée de la grossesse, la vie était en quelque façon concentrée dans l'appareil générateur. Bien que les mamelles prissent alors un développement nouveau, comme pour se préparer au rôle qu'elles allaient bientôt remplir, cependant c'était encore l'utérus qui semblait attirer à lui toutes les forces de l'économie. A l'époque de la naissance, le mouvement vital se déplace; l'enfant passe d'un organe à l'autre : il puise dans les mamelles la nourriture et la chaleur que lui donnait avant l'utérus. On comprend, d'après ces faits, quelle influence doit avoir sur la sécrétion lactée l'état des organes génitaux pendant l'allaitement. L'excitation momentanée de ces organes, tantôt augmente, tantôt diminue le production du lait. Dans certains pays, on souffle dans le vagin des vaches avant de les traire. On lit dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, l'observation d'une femme qui voyait le lait s'échapper de son sein en forme de jet, toutes les fois qu'elle recevait les embrassements de son mari.

Ces considérations physiologiques, par le rapport sympathique qui existe entre les mamelles et les organes génitaux, nous conduisent naturellement à deux questions hygiéniques qui ne sont pas sans importance.

1° Le retour du flux menstruel chez une femme qui allaite peut-il exercer une influence fâcheuse sur la sécrétion du lait? Je répondrai que cet accident n'est certainement pas indifférent : c'est une sorte de révulsion qui transporte ailleurs l'activité vitale; c'est une autre voie ouverte aux fluides, dont l'économie tend à se délivrer après la grossesse. J'ajouterai que, la quantité du lait n'en fût-elle pas diminuée, sa qualité pourrait encore en être altérée. Certains principes, dont la surabondance dans le sang est nécessaire pour la nutrition de l'enfant, le phosphate de chaux, par exemple, sont éliminés en assez grande quantité par l'écoulement menstruel, la surabondance du phosphate de chaud pendant la grossesse et pendant l'allaitement, ont pour but la formation des os du fœtus et du nouveau-né; le système osseux n'en recevra donc pas une quantité suffisante, et le rachitisme en sera probablement la suite.

2° Je dirai de même d'une nouvelle grossesse survenue pendant le cours de l'allaitement. On peut citer toutefois bon nombre de femmes devenues enceintes et qui peuvent continuer d'allaiter leur nourrisson.

Une autre cause encore, mentionnée avec raison par tous les auteurs, peut altérer aussi la sécrétion du lait dans sa quantité et dans sa qualité, je veux parler de l'état d'excitation nerveuse produite principalement chez la mère par des émotions morales vives ou par l'effet seul de l'imagination. Les livres sont remplis de faits de ce genre. On cite surtout le cas rapporté par Levret, d'une femme qui, après un accès de colère violente, donna son sein à un jeune chien, lequel fut atteint sur-le-champ de mouvements épileptiformes. Albinus, Boerhaave, Rosen, Burdach, M. Esquirol, M. Andral, disent avoir été témoins d'exemples analogues. La commotion nerveuse éprouvée par la nourrice semblait alors communiquer instantanément au lait des propriétés délétères qui causaient aux enfants des convulsions, des hémorrhagies, des diarrhées bilieuses, et quelquefois même la mort subite.

L'influence de l'imagination se fait sentir même chez les animaux. Les vaches donnent moins de lait lorsque leur pis est pressé par la main étrangère d'une servante qu'elles ne connaissent pas. On voit assez souvent des vaches dont les mamelles ne versaient point de lait, le répandre tout à coup en abondance, lorsque leurs veaux s'approchent d'elles. Certaines femmes, dit M. Desormaux, sentent leur lait *monter* quand elles revoient leur enfant, ou seulement quand elles pensent vivement à lui.

Ces faits n'ont rien en eux-mêmes qui doive surprendre les physiologistes.

Sans admettre en aucune façon que l'âme et le cerveau soient une seule et même chose, on ne saurait nier cependant que tout ce qu'on appelle *affections de l'âme, passions, sentiment*, bien que provenant peut-être d'une source immatérielle, se rattache nécessairement à certains états matériels du cerveau. Assurément il est impossible que la force active qui est en nous entre jamais en exercice et réagisse consécutivement sur l'économie, sans l'intermédiaire du cerveau, sans qu'il se produise par cela même une manière d'être particulière du cerveau. Or le cerveau tient sous son empire et gouverne en quelque sorte tous les organes vivants, tous les solides et tous les fluides. Ce mouvement moléculaire, qui s'accomplit sans cesse au fond de l'organisme, et que M. Broussais appelait *chimie vivante*, est placé sous sa dépendance; par conséquent il est impossible aussi qu'une vive et subite affection de l'âme, dans laquelle l'action cérébrale éprouve une modification considérable, n'imprime pas aux divers actes organiques un changement plus ou moins appréciable dans ses résultats. C'est ainsi

que la face rougit ou pâlit, que des altérations soudaines du sang produisent des ecchymoses par tout le corps, des colorations noires, bleues, jaunes, des hémorrhagies internes ou externes. Et, sans aller jusqu'à ces grands bouleversements de l'économie vivante, qui ne se rappelle l'influence de l'imagination sur les sécrétions? Ne suffit-il pas d'une pensée qui traverse l'esprit pour produire l'afflux des larmes, l'écoulement du fluide prostatique chez l'homme ou du mucus vaginal chez la femme? La peur n'arrête-t-elle pas subitement les règles? ne cause-t-elle pas, chez quelques individus, l'évacuation brusque du mucus intestinal? La pudeur n'empêche-t-elle pas la sortie de l'urine? La sueur chaude ou froide, la salive, etc., s'échappent aussi des organes sécrétoires, par suite d'une perturbation morale. N'est-il donc pas tout simple que la sécrétion du lait, comme les autres sécrétions, soit dérangée par les mêmes causes, de la même manière?

Mais pourquoi, dira-t-on, cette sécrétion est-elle dérangée plutôt qu'une autre? Rien de plus clair. Parce que l'organe dans lequel elle s'opère est devenu alors un centre de fluxion, un point plus vulnérable que tout autre, et qu'au moment où agit le stimulant moral, cet organe est précisément dans toute l'activité de ses fonctions. Exposez le corps à l'action d'un froid subit et intense; pendant la digestion, ce sera l'estomac qui sera atteint; ce sera l'utérus pendant le temps de la menstruation.

La santé de la femme qui nourrit, les perturbations qu'elle peut éprouver sous l'influence des diverses causes physiques ou morales, le régime de l'animal auquel est emprunté le lait qui sert de nourriture à l'enfant, doivent donc être pris en grande considération par le médecin hygiéniste.

Nous avons examiné jusqu'ici quelles sont les conditions générales de l'alimentation, variables selon les différentes formes de la santé; quel mode d'alimentation convient particulièrement à l'enfance; quelles sont la nature et la composition du lait, cet aliment spécial du premier âge; quelles modifications peuvent survenir dans les propriétés alimentaires de ce fluide, et influer par conséquent sur la santé de l'enfant soumis à l'allaitement.

Nous sommes donc maintenant en mesure de tracer les règles hygiéniques qui doivent présider à la direction de cette grande fonction vitale; en d'autres termes, l'hygiotechnie de l'allaitement après l'hygionomie.

CHOLÉRA-MORBUS.

NOTE SUR LE CHOLÉRA-MORBUS A LIÉGE; lue à l'Académie de médecine de Belgique par M. LOMBARD, membre titulaire.

Messieurs,

Le 11 décembre dernier, le choléra s'est déclaré à Liége. Mes devoirs de médecin m'y ont impérieusement retenu, et je n'ai pu assister à deux de vos intéressantes séances.

A l'hôpital, dans ma pratique et dans les rapports nombreux que j'ai eus avec mes confrères, je me suis trouvé dans les conditions les plus favorables pour étudier le fléau qui a désolé notre ville de Liége. Mon but, en ce moment, ne peut être de vous donner le résultat de mes études: il faut pour cela du temps, du calme, de la réflexion, et c'est seulement après l'épidémie que nous pourrons espérer les trouver. Je me bornerai donc aujourd'hui à l'examen d'un seul point de l'histoire du choléra, la succession des symptômes, point très-important, si je ne me trompe, parce qu'il doit avoir une influence directe sur la thérapeutique encore si incertaine de cette maladie.

Ici, comme ailleurs, le choléra a dû être divisé en choléra primitif et en choléra secondaire: le premier atteignant des sujets sains, le second survenant dans le cours d'une maladie, soit aiguë, soit chronique.

Les trois périodes de la première espèce sont loin d'avoir existé dans tous les cas. Tantôt la première a manqué, et les sujets ont passé dès le début à la période algide ou cyanique; d'autres fois, soit qu'ils aient survécu, soit qu'ils aient succombé, la troisième période n'a pas existé. Ainsi les uns étaient convalescents ou sortis de la cyanose; quelques-uns mouraient dans cette période, tandis que d'autres guérissaient après ou succombaient dans la période que l'on s'accorde généralement à nommer typhoïde. Nous donnerons plus tard les observations à l'appui de ces assertions.

Le choléra secondaire, qui jusqu'à ce jour a été peu étudié, a frappé quatorze malades de notre salle clinique, et s'est montré sous des formes variées, commandées sans doute par l'affection primitive.

En même temps que le choléra sévissait, nous avons rencontré une foule d'affections constituées principalement par des troubles digestifs; je les décrirai plus tard sous le nom d'*influenza*, que nous avons cru pouvoir leur donner.

Nous avons dit tout à l'heure que cette communication n'avait d'autre but que de vous parler de la filiation des symptômes du choléra. Nous pensons, messieurs, que l'étude symptomatique de cette maladie n'est pas complète, malgré le grand nombre de faits que l'on a pu observer depuis qu'elle a quitté Calcutta, son berceau. Les évacuations abondantes par les voies supérieures et inférieures, que l'on rencontre dans un grand nombre de cas, ont attiré d'une manière trop exclusive l'attention des observateurs. Ils sont partis de ce symptôme pour se rendre compte de la manifestation de ceux qui leur succèdent. Ils ont généralement admis que l'exhalation gastro-intestinale dépouille le sang de l'eau, de l'albumine et des sels; de là l'explication de sa coagulation, de son arrêt dans le système veineux, et comme effet tertiaire, de l'algidité, de la cyanose, des symptômes nerveux et de l'asphyxie. Les faits que nous vous livrerons plus tard déposent contre ce mécanisme du choléra. Si cette manière de voir, si cette explication de la filiation des symptômes était vraie, il est, ce nous semble, incontestable qu'il faudrait toujours qu'avant la cyanose il y eût des pertes assez considérables de matières liquides, soit par haut, soit par bas. Or il résulte non-seulement de nos observations, mais de celles très-nombreuses recueillies par des praticiens de Liége, qu'assez souvent la cyanose est survenue d'emblée et sans qu'il y ait eu, avant la cessation du pouls, ni vomissements ni diarrhée. Les faits, si multipliés ici, disent hautement que la coagulation du sang, son arrêt dans le système veineux, la faiblesse des battements du cœur, la quasi-vacuité des artères, sont primitifs et indépendants des évacuations dont ils ne peuvent être l'effet. Si d'ailleurs la cyanose était le résultat de l'exhalation gastro-intestinale, puisque, dans cet état, le sang est épaissi, dès qu'elle serait établie, le sang privé de liquide aqueux ne pourrait plus fournir les matériaux nécessaires aux exhalations, et dès lors les déjections de nature cholérique ne pourraient plus avoir lieu.

Or nous pouvons fournir plusieurs observations qui montrent que les déjections cholériques sont seulement survenues dans la période cyanique.

D'un autre côté, s'il en était autrement, comment pourrait-on comprendre la disparition de la cyanose et le retour vers la guérison coïncidant avec des sueurs abondantes qui dépouillent encore le sang de ses matériaux séreux? Comment pourrait-on admettre, ce qui est cependant incontestables, les guérisons nombreuses par les vomitifs, et notamment par l'ipécacuanha? Comment expliquer le retour des urines coïncidant presque toujours avec le retour du pouls et de la chaleur? Comment encore expliquerait-on la soif si vive qui suit fréquemment la disparition de la cyanose? Qui ne voit que, si de la perte des liquides procédaient les autres symptômes, loin de diminuer les vomissements provoqués par les selles, par les sueurs, par les urines, par tout ce qui enfin enlève des sérosités à la masse du sang, ils devraient encore s'accroître en proportion de toutes ces exhalations et sécrétions?

Ainsi, d'une part, il résulte des observations que nous avons sous les yeux que très-souvent la cyanose est survenue sans évacuations antérieures; que, dans un certain nombre de cas, les déjections cholériques sont survenues seulement alors que la période algide ou cyanique était confirmée; que, dans d'autres cas enfin, sans évacuations antérieures, le malade a succombé dans la période cyanique, sans que pendant sa durée il y ait eu ni vomissements ni selles.

Je sais bien que l'on a dit que, dans ce dernier cas, les liquides étaient sécrétés sans être rejetés au dehors; mais outre que l'exploration abdominale, par le palper et la percussion, nous avait suffisamment démontré que le tube digestif ne contenait pas de matières liquides, l'examen cadavérique nous a prouvé qu'il en était ainsi.

Il n'est pas besoin, messieurs, de dire que si l'explication, généralement admise jusqu'à ce jour, de la filiation des symptômes du choléra était vraie, la gravité de cette terrible maladie devrait être en raison directe des évacuations. Or nous avons observé le contraire, et nous avons pu établir que le pronostic était d'autant plus fâcheux que les évacuations étaient plus rares.

Quand on lit le passage suivant des intéressantes lettres de M. Monneret sur le choléra à Constantinople, on a lieu de s'étonner que cet excellent observateur n'ait point été frappé de ce que nous venons de dire: « On ne » connaît pas, dit-il, le mode suivant lequel s'enchaînent les phénomènes » morbides du choléra; en un mot, on ne sait rien de ce qu'on appelle la » physiologie pathologique de la maladie. »

Nous croyons avoir démontré que les déjections ne constituent point le fait principal du choléra, puisqu'il tue alors même qu'elles manquent entièrement.

On nous demandera sans doute quel est le trouble organique qui leur est antérieur quand elles existent, et qui est marqué à son plus haut degré quand elles manquent. Nous ne pouvons répondre à cette question qu'en interrogeant les faits. Nous avons dit en commençant qu'une très-grande partie de la population de Liége avait été prise de troubles digestifs, le plus souvent apyrétiques, quelquefois fébriles, mais toujours accompagnés d'une

langueur, d'une torpeur musculaire, d'une faiblesse qui étonnaient beaucoup de malades. En examinant ces personnes, nous avons été frappé des changements survenus dans les fonctions de la circulation. Tous ceux que nous observions avant la période fébrile, outre qu'ils étaient sensibles au froid, avaient le pouls lent, petit, inégal, quelquefois intermittent. Nous avons souvent été étonné de rencontrer cette particularité chez plusieurs de nos clients dont nous connaissions la circulation normale, et c'est par eux que notre attention s'est éveillée sur ce point chez tous les sujets atteints de l'influenza. Nous avons vu des sujets qui entraient dans la cyanose un quart d'heure ou une demi-heure après que nous explorions leur circulation devenue petite, irrégulière, intermittente; nous en avons vu d'autres, chose plus surprenante, être debout, marcher, rentrer de la promenade, alors qu'ils commençaient la cyanose, et qu'il nous était impossible de trouver chez eux le pouls radial. Est-ce donc trop demander aux faits que de conclure de ceux-ci, car nous avons laissé en dehors tous ceux qui ont trait à des malades qui, dans cet état, avaient eu des évacuations alvines, de conclure, disons-nous, que la cause nocive frappe d'abord la circulation, et que ce ne sont point les pertes abondantes qui sont la cause de son arrêt?

Maintenant on nous demandera peut-être: Est-ce le sang qui primitivement est altéré? Est-ce le cœur qui, sous une influence idiopathique ou symptomatique, serait frappé d'une sorte de paralysie? Bien décidé que nous sommes à toujours interroger les faits, et à nous taire s'ils cessent de répondre, nous allons encore les consulter.

On voit le pouls persister, bien qu'affaibli, dans un grand nombre de cas où le sujet est complétement cyanosé. Or la cyanose peut-elle dépendre d'une autre cause que de l'engorgement sanguin de l'appareil veineux et capillaire? Si le sang alors s'est arrêté malgré la persistance des efforts du cœur, qui se débat parce que trop peu de sang peut-être lui arrive, ne devons-nous pas conclure que la coagulation du sang est le premier fait saisissable de l'empoisonnement cholérique?

Si l'on voulait prétendre que c'est le système nerveux qui est le premier influencé, et que c'est sous l'action de ses perturbations que le sang se coagule, outre que nous demanderions la preuve de cette assertion, nous ferions remarquer que la coagulation du sang est le premier fait bien saisissable, et qu'aucun trouble nerveux n'est apparent alors qu'il existe déjà. Ainsi nous devons à l'obligeance de notre collègue, le professeur Sauveur, l'observation très-remarquable d'une femme qu'il trouva à table, mangeant des pommes de terre, bien que, prise de diarrhée depuis plusieurs jours, elle fût déjà arrivée à la période cyanique. Où donc était le trouble nerveux chez elle? D'un autre côté, puisque les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets, pourquoi le trouble nerveux amène-t-il souvent de la diarrhée avant la coagulation du sang, alors que, dans d'autres circonstances, il coagule celui-ci d'emblée?

Pour ne point nous écarter du but de cette communication et pour montrer que si la cyanose est un fait indépendant des évacuations cholériques, cette connaissance peut servir à éclairer la thérapeutique de la maladie, il faudrait examiner les résultats des différents traitements employés, tout en ayant égard aux époques de l'épidémie. Mais de grandes difficultés se présenteraient; car rien de plus difficile que de juger de la valeur comparée des divers traitements. Non-seulement la maladie diffère par ses aspects symptomatiques, mais sans doute et plus encore par le degré de l'empoisonnement. Elle diffère suivant les lieux, suivant les sujets, etc., etc., mais elle diffère surtout, quant à la gravité, au commencement, au milieu, à la fin de l'épidémie et dans ses recrudescences. Quand nous pourrons nous livrer à ce travail, nous tâcherons de faire partout état de ces circonstances, afin de ne comparer entre elles que des maladies d'égale intensité et prises dans les mêmes conditions.

Avant d'arriver aux quelques mots que nous avons à dire du traitement, permettez-nous de vous entretenir quelques instants d'une question qui, bien que négligée jusqu'à ce jour, ne laisse pas que d'intéresser à un haut degré celle de l'appréciation de l'utilité des divers traitements. Le choléra abandonné à lui-même est-il toujours mortel? Broussais, en 1832, dans ses deux belles leçons sur le choléra, a dit que non traitée, cette affection se terminait toujours par la mort. Ce grand génie n'avait pas rencontré des cas analogues à ceux que nous pouvons exposer ici et qui prouvent d'une manière absolue que le choléra algide et cyanique peut parfois guérir par les seules forces de la nature. Voici un fait que je dois à mon confrère, M. le docteur Wasseige, médecin très-distingué de notre ville:

En 1832, dans le village d'Ans, situé à une demi-lieue de Liége, au-dessus de l'une des plus grandes élévations du bassin de la Meuse, au versant de la montagne en regard de l'orient, lieu sec, muni d'abondantes eaux de fontaine, le choléra décime littéralement la population. Une femme de 70 ans reste seule dans sa maison, son fils et sa bru, exerçant la profession de messager, étant partis pour plusieurs jours. Cette malheureuse est prise de vomissements et de diarrhée; les forces lui manquent à ce point qu'elle ne peut demander des secours à ses voisins, éloignés d'une centaine de mètres de sa maison. Elle parvient à attirer auprès de son lit une table sur laquelle il y avait plusieurs terrines d'eau fraîche: elle y puise tant que ses forces le lui permettent. Trois jours se passent. Les voisins s'aperçoivent enfin que sa porte reste fermée: ils s'en inquiètent, frappent, mais la cholérique sans voix ne peut répondre; ils se décident à enfoncer la porte et trouvent la vieille mourante sur son lit où elle est depuis quatre jours. Mon confrère est appelé: il apprend, outre ces particularités, qu'à dater de l'instant où l'on est entré auprès de la malade jusqu'à celui de son arrivée, l'état de celle-ci s'est beaucoup amélioré. Frappé de ce fait, il a l'heureuse idée d'en profiter pour connaître si par bonheur le choléra dans toute son intensité peut guérir par les seules forces de la nature, secondée par de l'eau froide. Il se borne donc à ne prescrire qu'une simple potion émolliente et, ne voulant rien compromettre, il retourne voir la malade quelques heures après; l'amélioration indiquée s'est accrue, la cyanose se dissipe, le pouls reprend du développement, et enfin, après quelques jours, la malade est entièrement rétablie.

Nous possédons, messieurs, plusieurs faits qui ont une grande ressemblance avec celui-ci. Deux choléras algides ont guéri sous nos yeux sans autre prescription que de l'eau, un air frais, une caléfaction très-modérée et une infusion de menthe oxymélée.

Cette question résolue, nous arrivons au traitement. Mais vous sentez tous, messieurs, que nous ne pouvons aujourd'hui qu'indiquer ce que l'on a fait à Liége, nous réservant seulement de faire ressortir l'influence que doit avoir notre manière d'apprécier, la filiation des symptômes sur la thérapeutique du choléra.

Ici plusieurs médecins ont essayé les spécifiques que chaque jour les feuilles périodiques annoncent. Ainsi l'alcool saturé de chlorure de sodium, l'huile essentielle de menthe poivrée, depuis la dose de quelques gouttes jusqu'à celle d'une demi-once, les excitants diffusibles, éther, camphre, etc., les préparations ammoniacales, l'huile de cajeput, etc., etc. Nous dirons dans un autre travail ce que nous avons vu de l'emploi de ces moyens. Ce que nous pouvons vous dire à présent, c'est que lorsque le médecin est appelé près d'un cholérique, s'il a eu occasion d'observer la maladie à une autre époque, il a adopté un mode de traitement. Mais quel qu'il soit, s'il n'a point accordé sa confiance à une formule empirique vantée qu'il administre dans tous les cas, les évacuations et le refroidissement le frapperont, et de là pour lui deux indications: arrêter les selles et les vomissements, et réchauffer le malade, ce qui implique l'idée de relever la circulation et de provoquer la sueur. Partout où l'on s'est livré à l'étude du choléra, ces indications ont été mises en première ligne, et pour les remplir on a eu recours à l'opium d'une part, aux moyens caléfacteurs variés de cent manières de l'autre. C'est du rationalisme, messieurs, mais du rationalisme mal entendu. En effet, si vous partez de l'idée que les évacuations alvines sont la source des autres accidents, il est rationnel de les arrêter; et si la cessation du pouls et le refroidissement en dépendent, évidemment vous ne pouvez réchauffer le malade et ranimer la circulation qu'après avoir supprimé ces évacuations. Or, nous croyons l'avoir déjà dit, la suppression brusque des évacuations, c'est le plus souvent la mort; et le choléra sans évacuations est presque toujours mortel. Il résulte des observations faites ici que le choléra que nous observons ne guérit pas sans des évacuations gastro-intestinales ou des sueurs, nous dirions volontiers sans des éliminations. Quoi qu'il en soit de cette dernière assertion, nous ne pensons pas que l'on puisse citer un seul cas de choléra qui ait guéri sans des selles ou des sueurs.

On le voit, l'erreur dans l'appréciation des symptômes, nous voulons dire la croyance que les pertes de matières animales par haut et par bas sont la source des autres accidents, a conduit à des médications qui, rationnelles si la manière de concevoir la maladie eût été vraie, ne donnaient aucun résultat. De là l'abandon du rationalisme et l'adoption de formules empiriques qui, le plus souvent, malgré le grand nombre de leurs apologistes, ont été décevantes.

Il vous tarde, messieurs, de savoir quelle méthode de traitement nous avons adoptée; la voici en peu de mots:

Favoriser le vomissement, essayer de le provoquer s'il n'existe pas, telles sont les premières indications que nous cherchons à remplir, nous réservant de modifier plus tard la surface digestive s'il en est besoin.

En même temps que l'on fait vomir, on pratique une petite saignée du bras de 6 à 8 onces, et dans le cas où elle est impossible, on a recours à l'application de dix ou douze sangsues à l'anus, que l'on réitère si l'on n'obtient pas une effusion de sang suffisante. Il faut persévérer dans l'usage de l'ipécacuanha, dont on donne 10, 12, 15 grains de quart d'heure en quart d'heure jusqu'au retour du pouls, de la chaleur et même jusqu'à l'apparition de la sueur. A défaut d'ipécacuanha, on peut recourir à l'eau tiède dont il faut gorger le malade: ce moyen nous a réussi également.

Ne pas employer la caléfaction de la manière généralement usitée : des simples couvertures, une boule d'eau chaude aux pieds, voilà tout.

Que l'air ambiant soit frais. Ceci étonnera les médecins qui n'ont pas eu occasion de voir des cholériques. Ces malheureux malades, étouffés sous le poids des couvertures, presque brûlés par les agents caléfacteurs dont on les entoure dans des chambres où la température est élevée au plus haut degré possible, se plaignent continuellement des tortures auxquelles on les soumet. Ils vous disent : « Vous me trouvez froid, moi je brûle ; le feu est » dans mes entrailles. » Ils réclament avec instance un air frais, demandent qu'on ouvre les portes, les fenêtres, et si vous appliquez le thermomètre sur le corps que vous jugez glacé, l'instrument vous dit que vous vous vous trompez, et que le cholérique a raison.

Le pouls et la chaleur reparaissent parfois brusquement ; la sueur les suit. La réaction, comme on le dit, souvent trop forte, exige alors un traitement sur lequel tout le monde est d'accord, et dont nous n'avons pas besoin de parler ici.

Les selles continuent avec leur intensité première, diminuent ou s'arrêtent. Dans ces deux derniers cas, on les abandonne à elles-mêmes ; mais quand elles restent abondantes et menacent d'épuiser le malade, on se trouve bien de l'administration du calomel à la dose de 2 grains, de demi-heure en demi-heure. Ordinairement après dix à douze doses, les évacuations se suspendent pour reparaître plus tard, non plus avec les caractères cholériques, mais petites, vertes et moins liquides. Les vomissements ne se reproduisent plus qu'à de très-longs intervalles, et après quarante-huit heures, ou le malade est guéri ou il passe à la troisième période, dite typhoïde, et dont la durée peut être de plusieurs septénaires.

Si, au lieu du retour brusque de la circulation, le pouls revient lentement et met plusieurs jours à se ranimer, la chaleur le suit du même pas ; la sueur est à peine sensible ; les déjections continuent encore quelque temps, et ces malades, pour ne marcher que d'un pas lent, ont une allure plus sûre que les autres, et ils passent moins souvent qu'eux à la troisième période.

Dans les cas malheureux, on n'obtient que peu ou point de vomissements ; alors on a recours, mais le plus souvent inutilement, à tous les excitants diffusibles vantés.

Dans les cas dits *choléra sec*, c'est-à-dire cyanose et algidité sans vomissements ni selles, quelque effort que l'on fasse, tout est le plus souvent inutile. Le vomissement ne peut être provoqué, et c'est en vain que l'on réchauffe le malade à l'extérieur, la circulation ne reparaît point. Il se plaint d'étouffements, et presque toujours il périt asphyxié tout en conservant sa liberté d'esprit.

On s'étonnera peut-être de ce que nous ne parlons ni des frictions ni des sinapismes. Ces derniers nous ont paru plus nuisibles qu'utiles dans la période algide, et quand aux frictions, nous n'en avons obtenu de bons résultats qu'alors qu'elles étaient employées dans le but de combattre les crampes, qui, comme nous l'avons déjà dit, sont assez rares dans cette épidémie.

Nous éprouvons le besoin de faire remarquer à l'honorable assemblée que nous ne nous sommes occupé que de la période cyanique du choléra, et c'est à dessein que nous n'avons point parlé de la première et de la troisième période que nous n'avons fait qu'indiquer. Si nous avions ici à parler de la première, nous devrions soulever une question du plus haut intérêt, parce que, tant qu'elle ne sera point résolue, toutes celles relatives à la valeur des différents traitements ne pourront pas l'être : nous voulons parler du diagnostic du choléra dans sa première période. Sans abuser plus longtemps de votre temps, mais pour faire comprendre tout l'intérêt de cette question, nous en dirons un seul mot. Un malade est depuis quelques jours atteint de diarrhée avec ou sans coliques, les selles sont cholériques ; l'appétit est diminué ; il est frileux ; la circulation est ralentie, moins énergique. Après deux ou trois jours de cet état, il est pris de vomissements. Le médecin administre l'ipécacuanha ; bientôt, après des vomissements redoublés, le malade est couvert d'une sueur chaude, les selles s'arrêtent, il dort durant la nuit, et le lendemain tout a disparu. Avons-nous guéri un cholérique, messieurs ? Qui pourrait le dire ? Qui oserait affirmer que ce sujet n'était pas dans la première période du choléra, et que, sans les prompts secours qu'on lui a administrés, la période cyanique ne serait pas apparue ? Est-ce une cholérine ? Est-ce un choléra ? Question insoluble, et qui nous montre que, puisque le diagnostic de cette période est impossible, il ne faut dénommer choléra que les cas où la cyanose existe. C'est ce que nous avons cru devoir faire, et toutes les fois que nous aurons l'honneur de vous parler d'un cas de choléra, il s'agira toujours de cette affection arrivée à la deuxième période, ou choléra confirmé.

Nous ne pouvons, en finissant, nous empêcher de vous rapporter un cas de choléra sidérant terminé en cinq heures, débutant quasi par la cyanose, et dans lequel le diagnostic, difficile et resté un instant en suspens, fut résolu d'une manière judicieuse par notre excellent ami le docteur Heuse. Un homme de 50 ans, jouissant d'une très-bonne santé, rentre chez lui après une promenade. Bientôt il s'affaisse sous lui et tombe. Le docteur Heuse le voit aussitôt. Aux traits altérés du patient et à l'absence de pouls, il soupçonne un choléra ; mais le malade affirme qu'il n'a eu ni nausées, ni vomissements, ni selles. La peau est froide, visqueuse ; l'intelligence est libre, et le médecin ne parvient pas à savoir si, au moment de la chute, il y a eu perte des facultés intellectuelles. Est-ce un choléra ? Est-ce une syncope ? Comment résoudre cette question ? Aussitôt l'idée propre à la solution du problème se présente : le malade est assis les pieds au feu, couchons-le horizontalement ; si c'est un état syncopal, bientôt le pouls reparaîtra, sinon c'est le choléra foudroyant. Le pouls ne reviot pas ; il n'y eut ni vomissements ni selles, quoi que l'on fit pour en obtenir, et cinq heures après, le malade périssait asphyxié (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

IV. THE LANCET.

(SUITE ET FIN.)

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Note sur un fœtus amyélitique* ; par M. Gabb ; *avec remarques* ; par M. Tyler Smith. 2° *Exemple de carie du tarse et d'amputation du cou-de-pied* ; par M. Wilkinson. (Amputation à deux lambeaux, l'un dorsal, l'autre plantaire. A part une gangrène qui envahit 1 pouce 1/2 de ce dernier, il n'y eut pas d'accidents consécutifs, et la guérison fut complète.) 3° *Traitement rationnel du choléra algide* ; par M. Shearman. 4° *Cas récent de choléra asiatique traité avec succès* ; par M. Hart. 5° *Choléra et son traitement* ; par M. Moon. 6° *Remarques sur la syphilis constitutionnelle* ; par M. L. Cooper. 7° *Cas d'implantation du placenta sur le col* ; par M. Askham. 8° *Cas de choléra sporadique malin* ; par M. Carr. 9° *Déductions des expériences sur la nature du choléra et d'autres épidémies* ; par M. Murray. 10° *Cas rare de maladie cutanée* (*roséole ponctuée*) ; par M. Wilson. 11° *Guérison du choléra asiatique par l'administration du calomel* ; par M. Ayre. 12° *Inflammation subaiguë de la prostate traitée par le nitrate d'argent* ; par M. Ward. (Une seule application de l'instrument de Lallemand suffit pour rétablir la santé.) 13° *Cas remarquable d'empoisonnement par l'arsenic, où les symptômes n'apparurent qu'après un laps de temps très-considérable* ; par M. Fox. 14° *Sur un phénomène électrique observé dans le choléra* ; par M. Atkinson. 15° *Nouvelle méthode pour rétablir la chaleur animale dans la période de collapsus du choléra* ; par M. Turner. 16° *Pathologie du choléra* ; par M. Ayre. 17° *Blessure compliquée du larynx et de l'œsophage, causée par un coup de corne de bœuf* ; par M. Lowther. 18° *Cas de choléra traité avec succès par l'essence rectifiée de térébenthine, administrée intérieurement comme spécifique* ; par M. R. Brown. 19° *Instrument pour la trachéotomie* ; par M. Marshall Hall. 20° *Cas de gangrène de l'extrémité supérieure* ; par M. Taylor. (Un dépôt de lymphe coagulable, développé dans la crosse de l'aorte, s'étendait dans l'artère sous-clavière et l'obstruait.) 21° *Cas de rupture de l'utérus* ; par M. Borham. (L'enfant avait une tête deux fois plus grosse qu'à l'état normal.) 22° *Du chloroforme dans le choléra* ; par M. Moffat. 23° *De l'emploi du collodion dans les maladies de la peau* ; par M. Wilson. 24° *Remarques sur un cas de hernie fémorale étranglée* ; par M. Ingham. 25° *Cas de maladie de la hanche ; excision de l'extrémité supérieure du fémur* ; par M. H. Smith. 26° *Considérations sur la pathologie et le traitement de la gonorrhée chez la femme* ; par M. Egan. (Polémique sur les idées de l'auteur, que nous avons déjà exposées, il y a quelques mois, dans la GAZ. MÉD.) 27° *Remarques sur la physiologie des cordes vocales* ; par M. Macdonald. (Il attribue à ces cordes la production du fausset, mais n'apporte aucune expérience à l'appui de cette hypothèse, que les recherches de Müller nous semblent renverser, tout ingénieuse qu'elle puisse être.) 28° *Cas remarquable de maladie oculaire produite par une décharge électrique* ; par M. Cutler. 29° *Observations de phlébite, suivies de remarques sur la pathologie de cette affection* ; par M. Tripe. 30° *De l'utilité des alcalis dans le traitement du rhumatisme* ; par M. Furnivall. 31° *De la contagion de la syphilis secondaire* ; par M. Garson. 32° *Malformation extraordinaire du cœur*

(1) Voir la discussion dont cette communication a été l'objet au compte rendu ci-après de l'Académie de médecine de Belgique.

et des grosses artères chez un enfant nouveau-né; par M. Clark. 33° *Considérations sur les fièvres épidémiques d'Irlande*; par M. Johnston Kelso. 34° *De l'emploi du vinaigre dans le traitement des ulcères*; par M. Barber. 35° *Du traitement de la gonorrhée chez la femme*; par M. Mayne. (Réponse à l'article ci-dessus du docteur Egan.) 36° *Sur le pyrogène, fluide électrique*; par M. J. Lake. 37° *Sur le traitement des fièvres rémittentes et intermittentes dans les Indes occidentales*; par M. Blair. 38° *Remarques sur le traitement local de l'érysipèle*; par M. Thomson. 39° *Sur l'emploi du chlorure de soude dans le traitement des brûlures et du cancer*; par M. Pidduck. (L'auteur reste dans les limites du vrai en avançant que les pansements avec une solution chlorurée calment les douleurs des ulcères carcinomateux et en diminuent la fétidité.)

EXPÉRIENCES SUR LA NATURE DU CHOLÉRA ET D'AUTRES ÉPIDÉMIES; par le docteur JAMES MURRAY.

L'intention de l'auteur est d'établir que le choléra et beaucoup d'autres affections épidémiques sont le résultat d'un défaut d'équilibre entre les deux électricités du corps humain, provoqué par certaines circonstances extérieures. Les considérations et les observations de détail qu'il invoque à l'appui de sa thèse sont extrêmement nombreuses, et, de plus, exposées dans une forme presque aphoristique; de sorte qu'il nous serait impossible, sans y consacrer un très-long espace, de reproduire toutes les données accumulées dans ce travail. Nous allons en extraire seulement ce qui nous paraîtra nécessaire à l'intelligence de la théorie.

Suivant M. Murray, les eaux stagnantes, les marécages, sont de véritables *auges galvaniques*, et c'est par des effets galvaniques et non par le développement de miasmes, qu'ils donnent naissance à des fièvres intermittentes. Il s'est assuré, notamment, du fait du dégagement d'électricité dans un étang alimenté par une rivière bourbeuse qui reçoit les eaux de plusieurs manufactures de coton et d'autres établissements publics, et contenant une grande quantité de débris végétaux et animaux. Pour comble d'insalubrité, les bords de cet étang, contenant beaucoup d'argile, sont continuellement remués par des ouvriers de manufactures de briques, et il en résulte un énorme dégagement de gaz fétides. Bien que ces exhalaisons soient constantes et soient, pendant neuf mois de l'année, poussées par un vent de sud-ouest jusque dans les maisons voisines, les maladies épidémiques n'ont lieu que par intervalle. L'auteur en conclut que ces émanations ne sont pas, par elles-mêmes, la cause directe et immédiate des maladies, mais qu'elles en peuvent être l'occasion, en raison du travail électrique qui accompagne leur formation, et sous l'influence de certaines conditions particulières. Il faut, dans la localité en question, pour que l'épidémie se développe, qu'il règne un vent d'est et que l'électricité négative prédomine. M. Murray a encore remarqué que certains phénomènes atmosphériques exerçaient une influence remarquable sur le développement et le caractère des épidémies. Pendant quelques semaines, pendant que de nombreux éclairs illuminaient chaque soir l'horizon, c'était la diarrhée qui régnait. Puis la santé revint dans le district. Mais des météores apparurent dans l'air, et aussitôt se déclara une épidémie de *maladies* catarrhales. Un peu plus tard, une affection épidémique appelée par l'auteur *excitation fébrile*, de nature inflammatoire (feverish excitation of an inflammatory nature) envahit la population en même temps que l'air se chargea d'électricité positive.

Voici maintenant de quelle manière l'auteur explique l'influence électrique des miasmes marécageux sur la production des maladies, et en même temps la périodicité de cette influence; car on sait, en effet, que l'action délétère des marais s'exerce plus particulièrement à de certaines heures: « Dans les lieux où j'ai observé, dit-il, les émanations et le travail chimico-électrique qui les accompagne chargent l'atmosphère d'électricité positive; cette électricité en excès passe à travers le corps naturellement conducteur des individus et va se répandre dans le sol, attirant l'électricité négative et repoussant la positive; puis, quand le fluide électrique de l'air vient à diminuer *avant le lever et avant le coucher* du soleil, le sol échauffé transmet au dehors son excès d'électricité, et il en résulte une décomposition du fluide neutre du corps, le fluide positif étant attiré vers une extrémité ou toute autre partie (suivant la position de l'individu), et le fluide négatif étant repoussé vers la partie opposée. Ces alternatives d'attraction et de répulsion amènent des oscillations funestes dans l'organisme, dans le cerveau, la moelle, et plus particulièrement le système du grand sympathique. »

Comme nous l'avons dit plus haut, la théorie qu'on vient de voir ne s'applique pas seulement aux fièvres paludéennes, mais à beaucoup d'autres maladies épidémiques ou endémiques, et en particulier au choléra. Nous avons vainement cherché dans le cours du mémoire des expériences spécialement propres à cette dernière maladie, et même à la plupart de celles qui ne rentrent pas dans la catégorie des fièvres d'accès. Cela n'empêche pas l'auteur d'englober dans la même explication les affections les plus diverses, et même de dresser une sorte d'échelle assez singulière où les maladies sont rangées d'après le degré des perturbations électriques qui les engendrent et les caractérisent. Cette échelle est une application de la formule par laquelle M. Murray exprime sa théorie. « Les gradations épidémiques sont en proportion des dérangements électriques.... » La figure représente deux tubes verticaux et parallèles, dont l'un porte les indications relatives aux maladies où prédomine l'électricité positive, et l'autre est affecté aux maladies où prédomine l'électricité négative. Le zéro de l'échelle est représenté sur les deux tubes par le degré de perturbation produit par un coup de foudre mortel. Chaque tube est divisé en 130 degrés; le zéro occupe le bas de l'échelle. Sur le tube A, l'auteur a noté successivement de bas en haut, en les séparant par des intervalles de 10 degrés, les maladies où l'électricité positive prédomine, en commençant par celle où il s'en développe le plus. Les affections rangées dans cet ordre sont le tétanos, la rage, la manie, les convulsions, la catalepsie et la chorée, les phlegmasies séreuses, les phlegmasies muqueuses, l'ophthalmie aiguë, la bronchite aiguë, les fièvres inflammatoires, le rhumatisme aigu. Conséquemment, pour l'auteur, l'électricité positive est de dix cent-trentièmes plus forte dans la rage que dans le tétanos, dans la manie que dans la rage, dans les convulsions que dans la manie, et ainsi de suite. Sur le tube B sont classées les maladies à électricité négative prédominante. La première au-dessus de *zéro*, celle où l'électricité négative est le plus prédominante, est celle que les Anglais appellent *mort noire* (black death); puis viennent le vomissement noir, la fièvre jaune, la peste, la suette, le *choléra indien*, le typhus fever, les fièvres intermittentes, la dyssenterie, la diarrhée, le catarrhe et l'influenza.

— Nous nous bornons au rôle d'historien. Il y aurait trop à dire si l'on voulait montrer de combien de conditions manque cette théorie pour être l'expression exacte des faits et indiquer toutes les objections, soit médicales, soit purement physiques, dont elle est susceptible. Mais il nous a semblé que, dans un moment où l'on cherchait de divers côtés l'explication d'une grave épidémie dans des influences électriques, il était à propos de signaler une tentative beaucoup plus hardie que toutes celles dont la science a été témoin jusqu'ici. Il y a là d'ailleurs une source de recherches dont il n'est donné à personne de prévoir le résultat, et encore moins de nier l'utilité.

INSTRUMENT POUR LA TRACHÉOTOMIE; par M. MARSHALL HALL.

Chaque nouvel exemple de trachéotomie qui me passe sous les yeux, dit M. Marshall Hall, me prouve de plus en plus que cette opération a plus de chances de réussir quand on emporte un segment circulaire de la trachée et des téguments que lorsqu'on fait usage d'une canule. En effet, celui-ci irrite la trachée par son contact, et détermine de la toux et de l'irritation, ce qui complique les suites, surtout si l'incision a été faite pour une maladie convulsive.

Le moyen de remplir le but proposé est bien simple; il y a même diverses manières de le réaliser. On peut d'abord introduire dans la trachée une plaque en liége sur laquelle on fait agir un tube emporte-pièce, qui enlève une partie de l'étendue de son diamètre. On se servirait aussi avec avantage d'un ténaculum, avec lequel on fixerait et l'on soulèverait successivement chacune des lèvres de la plaie pour y tailler, à l'aide d'un petit bistouri, un lambeau demi-circulaire dont on ferait l'ablation.

La perte de substance étant ainsi opérée, il ne serait plus nécessaire de maintenir une canule à demeure dans la plaie.

Un autre point de vue de la question mérite une mention spéciale. M. Marshall Hall établit en principe qu'aucune convulsion *générale* ne peut avoir lieu si la glotte n'est pas fermée. Comme conséquence, il propose, pour prévenir les affections spasmodiques, d'ouvrir la trachée et d'y laisser une ouverture béante, établie par le procédé ci-dessus. On sauverait ainsi les facultés ou la vie des épileptiques. La perte de substance faite aux voies aériennes se cicatriserait comme la perforation du lobule de l'oreille, et on la tiendrait ouverte ou fermée selon que l'occasion l'exigerait. L'auteur propose ce moyen comme préservatif dans le cas d'attaques d'épilepsie répétées et violentes. On placerait sur cet orifice artificiel un opercule protecteur, servant à laisser entrer et sortir l'air, et capable aussi d'en intercepter le passage pour l'articulation des sons.

CAS DE MALADIE DE LA HANCHE; EXCISION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR; MORT; par M. SMITH.

Le fait suivant montre à la fois les difficultés et les incertitudes du diagnostic local dans ces cas que l'auteur a récemment entrepris (v. GAZ. MÉD., 1849, p. 32) de faire rentrer dans le domaine de la médecine opératoire:

erreurs d'autant plus dangereuses, qu'elles compromettent directement la vie par la fausse direction qu'elles donnent au traitement.

Obs. — M. Smith fut appelé, au commencement de mai 1848, auprès d'un homme âgé de 33 ans et affecté depuis dix-sept mois d'une maladie de la hanche, qui avait résisté à tous les remèdes. Il était alors dans l'état suivant :

Couché sur le dos, sa cuisse gauche était en travers de l'autre, et supportée par un coussin. L'articulation paraissait remplie. Immédiatement au dessous du trochanter existait une ouverture donnant issue à du pus séreux. Le membre était raccourci d'environ 1 pouce. En imprimant à l'extrémité inférieure du fémur un mouvement de rotation, on sentait distinctement la tête rouler dans la fosse iliaque; de sorte qu'il n'y avait évidemment point d'ankylose. Un stylet, introduit par l'ouverture, pouvait être dirigé en différents sens, particulièrement vers la tête de l'os, mais ne rencontrait pas de surface osseuse dénudée. Douleur vive lorsque le membre se meut ou qu'on presse sur la tête du fémur; affaiblissement; sueurs nocturnes; pouls rapide et faible. Le bassin paraissait intact.

D'après cet examen, l'auteur pensa que ce cas était l'un de ceux où la tête fémorale étant la partie principalement affectée, agit comme une source d'irritation sur les surfaces articulaires, ce qui entraîne graduellement la mort par épuisement. Il conclut que l'excision de la tête était indiquée. MM. Walton, Arnott, Shaw et Fergusson partagèrent cet avis. En conséquence, M. Milroy ayant examiné les poumons, et n'ayant trouvé dans leur état aucune contre-indication, M. Smith procéda à l'opération.

Le patient, chloroformisé, fut couché le côté droit sur une table. On fit d'abord une incision longitudinale, d'environ 7 pouces, commençant à la tête du fémur. On la mit ainsi à découvert, et il fut reconnu qu'elle était au milieu d'un abcès et cariée. On sépara alors les tissus du col et du trochanter, dissection qui fut facilitée par une petite incision pratiquée à angle droit sur la première. En portant le membre en travers de l'autre, et avec l'aide des doigts d'un assistant, on fit sortir l'extrémité osseuse de la plaie autant que possible. Le bistouri fut porté autour de la base du grand trochanter, et enfin on trancha l'os avec une scie ordinaire.

La cavité cotyloïde attira à ce moment l'attention du chirurgien, qui resequa une portion cariée de son bord au moyen des cisailles, et une lame de son fond avec la gouge.

Réunion de la plaie; pansement à l'eau froide. Aucune ligature n'avait été nécessaire. L'os emporté avait un peu plus de 3 pouces de longueur, la section ayant été faite au-dessus du grand trochanter. Après macération, cette pièce offrit un bel échantillon de carie; mais l'affection était bornée aux surfaces articulaires, qu'on trouva entièrement dépouillées de leur cartilage.

Les suites immédiates furent très-favorables.

Le quinzième jour, la plaie allait si bien qu'on put changer la position du membre (qui était jusque-là resté dans la même attitude qu'avant l'opération), et commencer à l'étendre un peu; mais cette manœuvre fit saigner la plaie, et y produisit de l'inflammation et de la suppuration. Cet accident ne détermina heureusement qu'une réaction générale modérée et passagère.

Le trente-huitième jour, le membre était bien étendu, avec la plaie presque fermée. Sa longueur avait diminué d'un pouce et demi.

Le quarante-cinquième jour, le patient reprend des forces de jour en jour; il peut soulever un peu sa cuisse.

Vingt-six jours après, il fut nécessaire de pratiquer une contre-ouverture à quelques pouces au-dessous de la plaie pour évacuer du pus retenu.

Depuis ce moment (28 août) jusqu'à la fin de septembre, les choses restèrent à peu près dans le même état; mais alors le membre commença à se tuméfier dans toute son étendue. Vers les premiers jours d'octobre, le cou-de-pied devint œdémateux. Les forces et l'appétit étaient intacts; mais la plaie continuait à fournir par sa partie supérieure un pus de mauvais aspect. L'extrémité osseuse, touchée avec le doigt, y laissait sentir un point dénudé.

Jusqu'à la fin d'octobre, tout empira; l'œdème gagna et s'étendit jusqu'à l'aisselle gauche; l'appétit se perdit; un délire nocturne s'établit. On reconnut dans l'urine une quantité considérable de matière graisseuse, ce qui, joint aux autres symptômes, ne laissa pas de doute sur l'existence d'une maladie des reins.

Deux attaques de vomissements augmentèrent encore sa faiblesse, et contribuèrent à hâter la mort, qui eut lieu le 1er novembre.

Autopsie. On trouva l'extrémité supérieure du fémur lisse et arrondie dans presque toute son étendue, excepté en deux points, où le bord de l'os était dénudé. Il était uni au bord inférieur de la cavité cotyloïde par un ligament fort et très-solide, et il y avait sur l'iléum, derrière l'acétabulum, une petite dépression sur laquelle l'extrémité de l'os reposait. Toute l'étendue de la cavité cotyloïde était dénudée et rugueuse. Deux ou trois longs trajets sinueux traversaient les parties molles dans différentes directions. L'un d'eux aboutissait aux vertèbres lombaires supérieures dont le corps était carié.

Le foie adhérait au diaphragme par une effusion de lymphe molle; son lobe droit était congestionné, granuleux et ramolli. État identique de la rate. Poumons sains. Les reins offraient une tuméfaction considérable, et un spécimen caractéristique de la maladie de Bright.

L'auteur convient avec une bonne foi très-louable que le succès de l'opération a été surtout entravé par l'extension du mal aux vertèbres lombaires; c'était donc là une contre-indication évidente à la resection, si l'on avait pu la diagnostiquer à temps.

Quant à l'affection des reins, elle a sans doute contribué pour une bonne part à précipiter le terme fatal; mais il est extrêmement vraisemblable, d'après l'opinion de M. Smith et d'après les motifs sur lesquels il l'appuie, que cette altération a été consécutive à l'opération. Rien, en effet, n'avait pu en révéler l'existence ni le germe dans l'examen très-attentif qu'on fit en premier lieu des fonctions diverses du patient.

CAS REMARQUABLE DE MALADIE OCULAIRE PRODUITE PAR UNE DÉCHARGE ÉLECTRIQUE; par M. Cutler.

Obs. — M. L., âgé de 51 ans, lieutenant dans la garde belge, robuste et de tempérament sanguin-nerveux, consulta l'auteur pour une lésion de la vision, qui le rendait impropre à son service. Ayant toujours joui d'une excellente vue, il s'était trouvé surpris, six semaines auparavant, par un violent orage mêlé de coups de tonnerre. Soudain il tomba comme violemment frappé à la tête, après avoir vu une lueur extrêmement vive, suivie instantanément d'un éclat de tonnerre. De suite la vue fut abolie, et quand il rentra chez lui, sa tête était tellement tuméfiée qu'il en fut très-alarmé et envoya chercher un chirurgien. Le gonflement occupait également toute la région crânienne. Il eut des saignées, des sangsues, des ventouses scarifiées à la nuque. Sous l'influence de ce traitement, aidé d'autres moyens antiphlogistiques, le gonflement disparut par degrés au bout de quinze jours.

Cependant, l'amblyopie persistant, le malade reçut le conseil d'aller aux eaux de Spa, et ce fut avant de prendre ce parti qu'il vint se faire examiner par M. Cutler. Les pupilles étaient très-dilatées, paresseuses à se contracter même sous l'impression d'une forte lumière, mais sans aucun changement dans les humeurs transparentes.

En le questionnant soigneusement, on reconnut qu'il était devenu nyctalopique. Les objets, avant le coucher du soleil, lui paraissaient enveloppés d'un épais brouillard, tandis que, depuis ce moment jusqu'au matin, il les percevait de nouveau très-distinctement. Soupçonnant une faible opacité centrale du système lenticulaire, M. Cutler l'examina à l'aide d'une loupe à diaphragme, puis le soumit à l'épreuve bien connue de Purkinje. On ne put rien découvrir; tous les tissus et milieux de l'œil furent trouvés transparents, et il ne resta par conséquent aucun doute que ce ne fût là un vrai cas de nyctalopie.

Une autre particularité attira alors l'attention de l'auteur; le malade était en même temps anerythroptique. Voici l'appréciation qu'il faisait lui-même du changement survenu dans sa manière de percevoir les couleurs. Le rouge clair lui paraît jaune pâle; le rouge foncé, jaune foncé; l'orange, jaune; le cramoisi, couleur de toile écrue; le vert, blanc grisâtre ou chocolat; le brun de Vandyk, jaune bourbeux; le carmin, gris jaune. Cependant il distinguait facilement toutes les variétés de bleu. M. L. dit en outre que parfois, mais rarement, tous les objets blancs lui semblaient plus ou moins jaunes. « J'ai oublié, ajoute l'auteur, d'observer que le vert que je lui présentai sur un fond blanc, et qu'il prit pour du blanc grisâtre, était cependant entouré d'un cercle de vert. »

Seebeck ayant examiné avec soin seize individus anerythroptiques, les divise en deux séries : ceux auxquels le bleu, l'indigo, le violet et le vert apparaissent altérés, et ceux pour lesquels cette illusion se borne aux rayons les plus réfractifs, rouge et orange. On voit que le malade ci-dessus appartenait à la fois aux deux classes de Seebeck, quoique se rapprochant davantage de la seconde.

DE L'UTILITÉ DES ALCALIS DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME; par le docteur Furnivall.

Le journal The Lancet a souvent publié des recherches sur l'emploi des alcalis dans le rhumatisme. On trouverait à cet égard plus d'une indication dans nos revues des journaux étrangers. Le docteur Furnivall vient à son tour donner, sous forme de simples aphorismes, le résumé de ses propres observations. Voici à peu près textuellement ce résumé :

1° Aucune complication du côté du cœur n'est survenue toutes les fois que les alcalis (liqueur de potasse, carbonate de potasse et de soude) ont été employés contre le rhumatisme.

2° Beaucoup de cas de fièvre rhumatismale ont été enregistrées qui ont été traités par des praticiens éminents, mais sans emploi des alcalis, et qui se sont compliqués d'affections du cœur mortelles.

3° Le mercure et le colchique, séparés ou associés, et portés l'un et l'autre jusqu'aux dernières limites de leur emploi rationnel, ne garantissent pas des complications cardiaques, si l'on n'y joint les alcalis.

On regrette que l'auteur n'ait cru devoir fournir aucune indication sur la dose à laquelle il a employé les alcalis. Ce qu'il dit des effets merveilleux de ces substances, on l'a dit du nitre (dont il ne parle pas), on l'a dit du colchique et de beaucoup d'autres médicaments. Ce qu'on sait actuellement des effets du nitre, dans les cas de rhumatisme aigu, autorise à penser que si la liqueur de potasse et le bicarbonate de potasse possèdent une efficacité marquée contre la même maladie, ce doit être à une dose élevée. Il eût été bon de lever le doute à cet égard.

DE LA CONTAGION DE LA SYPHILIS SECONDAIRE; par M. GARSON.

Sans prendre parti ni pour ni contre la manière de voir adoptée par l'auteur, nous nous bornons à transcrire tels qu'il les raconte les détails du fait intéressant qu'il a observé.

Obs. — En mars 1846, dit M. Garson, je fus consulté par un homme marié pour une ulcération du gland. Elle s'était développée à la suite de rapports ayant eu lieu deux mois auparavant avec une femme étrangère. Il offrait aussi une éruption croûteuse du cuir chevelu; le gosier était tuméfié et plus vascularisé que d'habitude.

En juin, il eut près de l'anus deux petites tumeurs, chacune du volume d'une fève, avec un écoulement et des excoriations douloureuses. Il les attribuait à des hémorrhoïdes. La muqueuse buccale était blanche et ramollie.

Sa femme avait souffert quelque temps de chaleur et d'enflure aux parties génitales. Quand je la visitai, à la fin de juin, elle ne pouvait se tenir debout; la vulve était chaude et tuméfiée, avec une ulcération superficielle étendue de la lèvre droite, et vascularisation augmentée du vagin ainsi que du pourtour de l'anus.

Je visitai de nouveau cette famille en mars 1847. On me montra alors deux jeunes enfants qui avaient de la rougeur et un écoulement de la marge de l'anus. Une autre (plus âgée), de 9 ans, était mal portante; ses cheveux tombaient; elle avait en outre mal au gosier et des excroissances condylomateuses autour de l'anus.

Dans le cours du même mois, je fus appelé par un autre membre de la même famille, un jeune garçon âgé de 14 ans, alors en service, mais qui avait passé chez ses parents l'automne et l'hiver précédents, et couché dans le même lit que sa jeune sœur. Ce fut à la suite de ce séjour à la maison paternelle qu'il s'aperçut de douleur avec écoulement à l'anus. Le pourtour de cet orifice était entouré d'un nombre considérable de tumeurs aplaties, plus élevées et à base plus étroite du côté de la verge. Il marchait très-péniblement à cause de l'irritation existant dans cette partie. Il avait eu des tumeurs de chaque côté du cou, qui disparurent spontanément. Le gosier était sensible, surtout le matin. Les amygdales gonflées offraient l'apparence de nombreux petits points ulcérés. Une couche de mucus d'un gris sale couvrait le pharynx.

Le grand nombre de ces cas me causa beaucoup d'embarras, ajoute l'auteur, soit parce que je ne les pouvais voir qu'à de rares intervalles, soit en raison de la malpropreté dans laquelle vivait cette famille. Ils furent tous traités par le mercure.

DE L'EMPLOI DU VINAIGRE DANS LE TRAITEMENT DES ULCÈRES; par M. BARBER.

Outre son peu de cherté qui en rend l'emploi précieux pour les malades de la classe où les ulcères chroniques sont justement le plus fréquents, ce topique a encore l'avantage d'entretenir la propreté et de prévenir toute mauvaise odeur. Enfin, sous l'influence de ce pansement régulièrement continué, on voit la suppuration diminuer peu à peu et les bourgeons charnus prendre un bon aspect. Ces heureux changements sont tels, que l'auteur a souvent vu de pauvres gens venir le remercier pour avoir reçu de lui l'indication du topique.

Le mode d'application est des plus simples. Il suffit de baigner chaque matin le membre où siége l'ulcère dans de l'eau chaude ou froide, afin de bien nettoyer celui-ci. On le lave ensuite avec du vinaigre commun; et enfin l'on y applique un morceau de linge imbibé de ce liquide. Le tout est maintenu par un bandage roulé.

— Ne fût-il qu'un palliatif commode, ce pansement n'en méritait pas moins, ce nous semble, d'être porté à la connaissance de nos lecteurs; car, à part les effets avantageux qu'il peut exercer, il rendra un service indirect non moins précieux dans la classe indigente en remplaçant les pommades ou onguents irritants qu'elle n'est que trop portée à adopter pour la cure des ulcères atoniques.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 JUIN.

INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ ATMOSPHÉRIQUE SUR LE CHOLÉRA.

M. ANDRAUD adresse quelques observations météorologiques concernant le choléra.

Depuis que le choléra sévit à Paris avec plus ou moins de rigueur, dit M. Andraud, j'ai observé journellement l'action de la machine électrique, afin de m'assurer s'il n'y a pas une certaine relation entre l'intensité du fléau et l'absence du fluide électrique répandu habituellement dans l'atmosphère. La machine qui a servi à ses observations donne dans un temps ordinaire, après deux ou trois tours de roue, des étincelles fulgurantes de 5 à 6 centim. Il a pu d'abord remarquer que depuis l'invasion de l'épidémie, il lui a été impossible de reproduire une seule fois les mêmes effets. Dans le courant des mois d'avril et de mai, les étincelles obtenues à grand'peine n'ont jamais dépassé 2 et 3 centimètres, et à peu de chose près leurs variations ont concordé avec les oscillations du choléra.

La machine consultée de nouveau pendant la chaleur et le beau temps, loin d'accuser une augmentation d'électricité, n'en a donné que des signes de moins en moins sensibles, à tel point que pendant les journées du 4, du 5 et du 6 juin, il a été impossible d'en obtenir autre chose que de légères crépitations sans étincelles; enfin le 7 la machine a été complétement muette. Or cette nouvelle décroissance du fluide électrique a parfaitement concordé avec les nouvelles violences du choléra. Enfin le 8 au matin de faibles étincelles ont reparu, d'heure en heure leur intensité augmentait; je sentais avec bonheur que le fluide vivifiant faisait retour dans le vide de l'air. Vers le soir un orage annonçait que l'électricité était rentrée dans son domaine. Le lendemain samedi 8 tout était rentré dans l'ordre; la machine au moindre attouchement rendait avec facilité de vives étincelles.

NATURE ET TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

M. le docteur CHAPELLE adresse une note sur la nature et le traitement du choléra.

Les grandes épidémies: peste, fièvre jaune, choléra, fièvres intermittentes, ont une origine paludéenne; elles prennent naissance dans les localités où existent des eaux croupissantes mêlées à des débris organiques en putréfaction.

Le choléra, dit l'auteur, tire en effet sa source du Delta marécageux du Gange; il explique la propagation dans les contrées éloignées de son berceau par des courants atmosphériques renforcés sur leur passage par les émanations délétères qui s'échappent des lieux insalubres qu'ils traversent, etc. Quant aux symptômes, ils se rapprochent de ceux qu'on rencontre dans les fièvres intermittentes pernicieuses. Ainsi tout porte à croire, suivant lui, que le choléra appartient à la famille des fièvres paludéennes. Cette manière de voir conduirait à l'emploi du sulfate de quinine à doses élevées, et donné autant que possible au début des accidents et aux heures où il se produit quelque rémission dans les symptômes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CHOLÉRA.

La correspondance officielle comprend:

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmettant une note de M. le docteur A. DE BROUTELLES, médecin en chef de l'hôpital de Dieppe, relative à l'emploi du traitement mercuriel contre le choléra. M. de Broutelles pense que l'innocuité dont les vénériens paraissent jouir à l'égard du choléra est due à l'usage du mercure; il préconise en conséquence un traitement dont le calomel fait la base.

2° Lettre du même ministre avec envoi d'une note et de plusieurs lettres et documents qui lui ont été adressés par le docteur PROVENÇAL, médecin à Cagnes (Var), qui prétend qui le moyen le plus efficace à employer comme préservatif du choléra, consisterait à inoculer le virus vénérien comme on inocule le virus vaccin.

M. GIMELLE rapporte à cette occasion qu'il vient de voir tout récemment périr en quelques heures du choléra un jeune homme de 26 ans, qu'il traitait depuis quelque temps par le proto-iodure de mercure pour des chancres vénériens.

M. VELPEAU: L'idée de l'immunité des vénériens est une utopie démentie par les faits. J'ai vu, et beaucoup de nos collègues ont pu voir comme moi, un grand nombre de cholériques affectés de syphilis.

3° Lettre du même ministre, transmettant la recette d'une eau anticholérique préparée par le docteur Rocques. Ce spécifique n'est autre que l'eau de *la roquette* modifiée seulement par l'addition de diverses substances aromatiques et astringentes.

M. BALLY communique quelques notions sur la topographie du hameau des Marinières où se sont passés les faits qu'il a fait connaître dans la dernière séance. M. Bally admet que l'isolement des maisons, la libre et puissante ventilation, ont grandement contribué à limiter la propagation de la maladie asiatique dans ce hameau.

M. TOULMOUCHE (de Rennes) transmet quelques documents sur la marche du choléra dans cette ville. Le choléra, qui avait envahi la ville il y a deux mois, a d'abord fait des progrès asez lents. Il avait semblé choisir pour foyer le faubourg de la Guerche, et se fixer au milieu des habitations des blanchisseuses peu éloignées de leurs lavoirs situés sur les bords de la Vilaine qui longe ce quartier coupé de plusieurs fossés fangeux. De là il a fini par irradier dans les rues voisines et envahir les autres parties de la ville. Il a acquis une intensité triple

dans la semaine dernière durant laquelle ont éclaté de violents orages. La maladie porte surtout sur les blanchisseuses, et elle frappe les femmes en bien plus grand nombre que les hommes. On a remarqué que parmi ces derniers, il n'y a eu d'atteints en général que ceux qui travaillent au bord de l'eau.

M. Coster, à propos d'une communication de la dernière séance dans laquelle on émettait l'idée que le choléra asiatique est une fièvre intermittente pernicieuse, et que le quinquina doit être le moyen prophylactique le plus assuré, cite un passage extrait de la Revue britannique d'après lequel la priorité de cette idée lui serait assurée.

M. le docteur de Gislain (de Montargis) rend compte de quelques cas de choléra, les premiers qui se sont présentés dans le département du Loiret.

M. Hand Vogel signale un moyen curatif qui lui a rendu, dit-il, de grands services dans l'épidémie actuelle, ce moyen est le chlorhydrate de morphine par la méthode endermique. Il fait une petite incision dans la région épigastrique et y applique de 2 à 5 centigr. de cet agent. A la suite de cette application, les vomissements et les déjections diminuent ou cessent même complétement et la chaleur reparait.

M. F.-J. Cazin, médecin à Boulogne-sur-Mer, fait connaître que depuis l'invasion du choléra à Boulogne-sur-Mer, il a employé avec succès le perchlorure d'or et de sodium contre cette maladie. Ce médicament convenablement employé, c'est-à-dire en temps opportun, à une dose proportionnée à l'état du malade, produit sur le système circulatoire un effet aussi prompt qu'énergique. Dans la cholérine avancée ou période diarrhéique, lorsque le choléra est sur le point de se déclarer, que le pouls est déjà faible, les traits altérés, il fait administrer 1 gramme 25 centigr. d'ipécacuanha. Il maintient et augmente au besoin l'effet de cette médication par des frictions d'or et de sodium sur la langue, à la dose d'un centigr. de quart d'heure en quart d'heure ou de demi-heure en demi-heure, suivant l'état de la circulation. (Toutes ces pièces sont renvoyées à la commission du choléra.)

M. le docteur Leukias d'Athènes écrit qu'il considère le choléra comme une véritable peste d'Orient dont on peut se préserver par les moyens prophylactiques de la peste elle-même.

M. A. Jacquart appelle l'attention de l'Académie sur la diarrhée qui précède et marque le début du choléra et par conséquent le seul moment favorable à la médication. Le sulfate de magnésie, le calomel seul ou uni à la morphine, lui ont toujours réussi à modifier la diarrhée, et il n'a jamais vu les accidents qui caractérisent le choléra asiatique suivre leur emploi.

M. Burq adresse un nouveau mémoire développé sur l'emploi des armures métalliques contre les crampes.

M. Cazenave de Bordeaux communique une note sur un moyen de remédier aux rétentions d'urine dans la vessie sans recourir au cathétérisme. Ce moyen consiste à vider le gros intestin, à donner ensuite un quart de lavement froid, et à faire des applications froides autour de la verge, de l'anus, sur l'hypogastre, des compresses froides, ou même encore des vessies contenant des fragments de glace dont on peut également placer quelques morceaux dans le rectum. M. Cazenave dit avoir réussi par ce moyen à combattre des rétentions d'urine complètes ou incomplètes. (Commissaire, M. Ségalas.)

M. Jules Lefort communique une analyse d'une source d'eau minérale située dans l'enclos des Célestins, à Vichy. Il résulte de cette analyse que la composition de cette eau aurait notablement changé depuis 1845, époque à laquelle elle fut analysée officiellement par M. O. Henry. L'auteur a spécialement constaté dans cette eau des traces d'arsénite de chaux. (Commission des eaux minérales.)

M. Morbret, chirurgien militaire à l'hôpital de l'Ile-d'Avon, envoie une observation suivie de réflexions sur un cas de cystite chronique. (Commissaires, MM. Bégin et Amussat.)

— M. le Président : J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie qu'elle a fait de nouvelles pertes depuis sa dernière séance. MM. Boullet père et Chardel, membres titulaires, ont succombé, le premier à une attaque de choléra, le second à une maladie dont il était atteint depuis longtemps. MM. Mojon et Petit (de Corbeil), membres correspondants, ont succombé tous les deux aux atteintes de l'épidémie.

CHOLÉRA.

M. Bouvier : L'administration ayant pris le parti de publier officiellement les chiffres qui indiquent la marche de l'épidémie, les renseignements officieux que je donnais à l'Académie ne me paraissent plus avoir grande importance. Je me bornerai donc aujourd'hui à constater la recrudescence considérable que nous avons éprouvée, et la diminution qui s'est heureusement manifestée depuis deux jours. Cette recrudescence a donné à l'épidémie actuelle une physionomie comparable, mais en sens inverse, à celle de 1832 ; seulement, dans l'épidémie actuelle, la queue est venue avant la tête, ou en d'autres termes c'est à la fin de l'épidémie qu'a eu lieu la plus grande mortalité, tandis que le contraire a existé en 1832. Les chiffres les moins élevés d'alors correspondent aux chiffres les plus élevés d'aujourd'hui.

M. H. Gaultier de Claubry : Je pense qu'il ne sera pas tout à fait sans intérêt pour l'Académie de connaître quelques détails sur les quartiers plus particulièrement atteints par l'épidémie. Le 12e arrondissement est celui qui a le plus souffert jusqu'à ce jour. Dans un bureau de secours, on a fait 360 demandes en un jour; on peut estimer à 1,000 environ le nombre des cas qui se sont développés dans cet arrondissement. Mais, chose singulière, ce n'est point dans les rues obscures, sales et mal aérées, dans celles qui vont, par exemple, de la rue Saint-Victor à l'École polytechnique, et qui peuvent passer comme le type de l'encombrement et de l'insalubrité, que la maladie s'est montrée avec le plus de fréquence ; c'est dans les environs du Jardin-des-Plantes et la rue Poliveau, quartiers parfaitement aérés. C'est dans ces quartiers qu'on a observé des cas véritablement foudroyants dans lesquels la mort est survenue en deux heures. On a observé quelques cas sans prodromes, mais ces cas ont été très-rares ; presque toujours on a pu constater la préexistence de quelques symptômes prodromiques.

La maladie a, du reste, diminué depuis deux jours, au point que, dans des bureaux de secours où l'on a donné dimanche des soins à 61 cholériques, on n'en a encore vu qu'un aujourd'hui, et que dans un autre où l'on en avait soigné 200, on n'en a reçu que 67.

M. Cornac donne quelques détails sur les 95 cas qui ont eu lieu à l'hôtel des Invalides. Il fait remarquer que l'épidémie ne paraît pas être en voie de décroissance dans cet établissement.

M. Roux : J'écoute toujours avec beaucoup d'intérêt les rapprochements ingénieux de M. Bouvier; mais je ne pense pas que les comparaisons qu'il établit entre la tête et la queue de l'épidémie de 1832 et de celle de 1849 soient fondées : l'épidémie de 1832 et celle de 1849 ont chacune leur physionomie propre, mais voilà tout, encore faut-il attendre, pour bien connaître cette dernière, que l'épidémie ait cessé complétement. Je ne puis non plus voir une recrudescence dans l'augmentation du nombre des cholériques qui a eu lieu ces jours derniers. L'épidémie n'avait point cessé, c'est donc une de ces fluctuations qui peuvent s'observer plus d'une fois dans le cours d'une épidémie ; mais ce n'est pas là une recrudescence. Je constate du reste avec bonheur qu'il y a eu ce matin une décroissance considérable dans le nombre des entrées à l'Hôtel-Dieu.

M. Velpeau : J'ai remarqué aussi une décroissance notable à la Charité, malgré l'évacuation qui a été faite sur cet hôpital d'un grand nombre de malades provenant d'autres hôpitaux encombrés.

M. Martin-Solon : Je ne puis que confirmer la diminution du nombre des cas déjà signalée par mes collègues; mais il faut prendre en considération deux circonstances, le nombre des cas et leur intensité. Le nombre des cas peut rester stationnaire, augmenter même et cependant l'épidémie diminuer, car c'est la diminution de la gravité surtout qui constitue la décroissance de l'épidémie. Or c'est ce que nous avons constaté depuis hier à l'Hôtel-Dieu. On retrouve le lendemain les malades qu'on avait laissés la veille, et les moyens de l'art ont enfin prise sur la maladie. J'insisterai aussi sur ce fait, qu'à l'Hôtel-Dieu, le petit nombre de malades qui se trouvent dans ce foyer d'épidémie ne sont nullement atteints, nouvelle preuve contre l'influence prétendue de la contagion.

M. Gibert confirme, pour l'hôpital Saint-Louis, la diminution annoncée. Rien, dit-il, dans ce que nous avons annoncé à l'hôpital, n'a pu nous faire penser un instant à la contagion; mais l'infection nous a paru évidente. Chaque fois qu'il entrait beaucoup de malades du dehors, il s'en développait aussi davantage au dedans.

M. Rochoux : Il n'y a dans le choléra ni contagion, ni même cette infection que suppose M. Gibert. L'infection, comme par exemple celle des marais, frappe tous ceux qui s'exposent à respirer l'air infecté. Mais dans le choléra, l'air ambiant n'éprouve aucune altération susceptible de nuire à ceux qui approchent les malades. Vous en avez la preuve dans ce que M. Gaultier vous a dit du quartier Saint-Marceau, où une portion fort encombrée de cette localité est presque exempte du mal, tandis qu'une autre portion parfaitement aérée fournit un très-grand nombre de malades. Les faits rapportés par M. Martin-Solon parlent dans le même sens, en montrant que, malgré le très-grand nombre de cholériques admis à l'Hôtel-Dieu, on ne voit pas que le petit nombre d'autres malades qui restent au milieu d'eux souffrent le moins du monde de ce voisinage. Enfin, les observations de M. Gibert lui-même n'appuient en aucune façon l'opinion en faveur de laquelle il les a invoquées; car, si on a vu quelques cholériques se montrer dans ses salles au moment où la recrudescence de ces derniers jours amenait à Saint-Louis beaucoup de malades du dehors, on doit trouver tout naturel que l'influence épidémique se soit fait sentir dans les salles de notre collègue en même temps qu'ailleurs, et cela sans avoir besoin de recourir à la supposition d'une infection dont les faits les mieux constatés démontrent la non-existence.

M. Collineau : Je n'ai vu à Saint-Lazare aucun fait qui paraisse se rapporter à la contagion ou à l'infection.

M. Devilliers : Je ne puis confirmer tout à fait les détails donnés par M. Gaultier de Claubry sur les rues principalement affectées ; ainsi, dans celles qui vont de la rue Saint-Victor à l'École polytechnique, j'ai eu, contrairement à ce qu'a avancé notre collègue, à constater un très-grand nombre de décès. J'ajoute que dans les maisons de ces rues, où l'on trouve constamment sept ou huit personnes entassées autour des cholériques et des cadavres de cholériques, je n'ai pas encore constaté un seul fait qui puisse me porter à croire à la contagion.

Je terminerai en donnant la formule d'une médication qui m'a constamment réussi pour arrêter la diarrhée prodromique.

Prenez : Diascordium . . . . 8 grammes.
Sous-nitrate de bismuth. 8 —
Faites 36 pilules.

On en prend une toutes les demi-heures ou toutes les heures, si la diarrhée n'est pas très-abondante. A la dixième pilule, la diarrhée est presque toujours suspendue.

M. Collineau : Je n'ai pas retiré de l'emploi de ce moyen tous les avantages

qu'on vient de lui attribuer. Ces pilules peuvent être utiles dans les diarrhées légères, mais elles sont insuffisantes contre les diarrhées intenses.

M. Guibourt : Je m'étonne qu'on recoure à d'autres médications, quand on a un excellent moyen contre la diarrhée, le laudanum de Sydenham.

M. Devilliers : Le laudanum est loin d'être sans inconvénient ; je l'ai vu produire la cyanose.

TOCOLOGIE.

M. Capuron lit, en son nom et au nom de MM. P. Dubois et Moreau, un rapport sur un mémoire relatif à une question de tocologie, par M. J.-Félix Miquel (d'Amboise). L'auteur pose en principe que le vagin, chez les femmes déjà mères, peut acquérir assez d'extension pour admettre le tronc entier de l'enfant, lorsque l'épaule et les bras ont été chassés de l'utérus. Il prétend aussi que la version ou extraction de l'enfant par les pieds, toujours possible, suivant la très-grande majorité des praticiens, tant que le bras seul a franchi l'orifice utérin, devient impossible lorsque le tronc est logé dans le vagin, à moins que l'utérus ne vienne à s'enflammer.

Le mémoire de M. Miquel et les faits qu'il renferme ont pour objet de démontrer l'exactitude de ces deux propositions, qu'admet aussi M. le rapporteur.

Les conclusions favorables du rapport (dépôt aux archives et remercîments) sont mises aux voix et adoptées.

M. Capuron lit un second rapport sur un instrument inventé par madame Coquillard, sage-femme à Belleville, et destiné à remplacer le levier lorsque l'enfant présente le visage pendant le travail de l'accouchement Cet instrument n'a point paru à M. le rapporteur propre à remplir l'usage auquel il était destiné. Il propose en conséquence pour conclusion de passer à l'ordre du jour. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

M. le ministre de l'intérieur transmet une ampliation d'un arrêté royal du 8 février 1849, qui agrée l'élection de M. Burggraeve, comme membre titulaire de la troisième section.

MM. Gluge et Didot, membres correspondants, se portent candidats pour la place de membre titulaire, vacante dans la première section.

M. Lombard demande à donner lecture d'une communication sur le choléra-morbus qu'il a observé à Liége.

M. le docteur Strifensand (de Creveld) fait hommage d'un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sur le choléra asiatique. — Renvoyé à l'examen de M. Fallot.

M. le docteur Ch. Stahl, de Sulzheind (Bavière), adresse à l'Académie un exemplaire de son ouvrage sur l'idiotie endémique ou crétinisme, et sollicite le titre de membre correspondant.

NOTE SUR LES FRACTURES EXTRACAPSULAIRES DU COL DU FÉMUR ACCOMPAGNÉES DE PÉNÉTRATION DANS LE GRAND TROCHANTER ; par M. Michaux, membre titulaire.

Nous publierons ce travail et la discussion dont il a été l'objet, après la discussion qui suit sur le choléra-morbus.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA-MORBUS QUI A RÉGNÉ A LIÉGE DEPUIS LE 11 DÉCEMBRE 1848 ; note communiquée par M. Lombard, membre titulaire. (Voir cette communication plus haut.)

M. Didot : Si l'Académie le désire, je pourrai ajouter à ce que vient de dire M. Lombard quelques renseignements statistiques sur le choléra qui règne à Liége ; ils sont courts et ne manquent pas d'intérêt.

M. Lebeau : Je voudrais d'abord adresser une seule question à M. Lombard.

Il a parlé de selles cholériques. Donne-t-il à ce mot sa véritable acception ? Veut-il parler de selles blanches ?

M. Lombard : Je veux parler de selles blanches, de selles ressemblant à du petit-lait contenant des flocons. Je ne nomme selles cholériques que celles-là.

M. Didot : Du 13 décembre au 16 février 1849, soit en soixante-six jours, il a été constaté à Liége 652 cas de choléra.

De ce nombre, 180 sont guéris,
424 sont morts,
48 restaient en traitement.

Total. 652

Je tiens ces chiffres de source officielle ; mais je dois ajouter, ainsi que l'observation m'en a été faite à moi-même, qu'ils sont cependant incomplets. Vous allez comprendre qu'il ne pouvait en être autrement. L'administration a connu exactement *tous les décès*, mais elle n'a pu recueillir d'une manière aussi certaine *tous les cas* de choléra qui ont éclaté en ville Les médecins du bureau de bienfaisance ont fourni des renseignements assez précis sur ce qu'ils ont observé, soit chez les indigents, soit dans les hôpitaux ; mais on ne sait absolument rien de ce qui s'est passé au sein des familles aisées. Voilà pourquoi le chiffre des morts est seul officiel, tandis que les 180 guéris et les 48 restant en traitement ne sont qu'une application tout à fait incomplète.

La population de Liége est de 78,502 habitants.

La moyenne des décès, pendant les dix années de 1838 à 1847, a été de 2,168 six dixièmes.

Le nombre total des décès, du 15 décembre 1848 au 21 février 1849, soit en soixante et onze jours, a été de 937.

Or, si l'on répartit le nombre des décès ordinaires, savoir : un tiers sur les six mois d'été et deux tiers sur les six mois d'hiver, on obtiendra pour la première période 723 décès et pour la deuxième 1,446, soit par journée d'hiver 7 décès cinquante-cinq soixante et unième ou 8.

Pendant la période cholérique écoulée jusqu'à ce jour, il a été constaté 937 décès en soixante et onze jours, soit par jour 13 décès trois vingt-troisièmes, ou, chiffre rond, 13.

En laissant de côté les fractions, nous obtenons donc pour la part du choléra une différence de 5 décès par jour, soit pour soixante et onze jours 355, qui constituent la part de l'épidémie prise dans son sens absolu.

Les décès constatés comme résultat du choléra sont de. 124

Différence. 69

A propos du choléra, je crois devoir signaler à l'Académie une particularité relative à la filiation des maladies qui ont précédé les deux épidémies que nous avons subies. Cette particularité m'a semblé digne de la plus sérieuse attention, quoique je ne l'aie rencontrée dans aucun écrit sur la matière.

Vers 1845, une maladie étrange éclate à la prison de Saint-Bernard. Les uns prétendent que c'est la fièvre typhoïde, les autres affirment que c'est autre chose, et enfin M. le docteur Tosquinet reconnaît la spécialité des symptômes, et l'appelle *acrodynie*. Dans le même temps, différents cas de cette maladie apparaissent çà et là sur toute la surface du pays. Peu après, l'honorable M. François vous signale l'apparition extraordinaire de maladies de la moelle épinière. Enfin, le 3 avril 1846, la commission médicale locale de Dinant, que j'avais l'honneur de présider, adressait à la commission provinciale un rapport dans lequel elle signalait les particularités suivantes :

« Il y a quelques mois, l'honorable M. François adressait à l'Académie de médecine une note sur la fréquence actuelle des maladies organiques de la moelle épinière, note qui fut confirmée par MM. Froidmont et de Mersseman, praticiens frappés également du nombre des cas qu'ils étaient appelés à combattre. Eh bien ! messieurs, depuis deux ans, les médecins qui font partie de notre collége ont rencontré, dans leur pratique de la ville et des environs, douze cas de myélite bien caractérisés, et qu'il est impossible de confondre avec les différentes névralgies lombo-dorsales, lombo-abdominales ou dorso-intercostales, qui parfois font prendre le change sur la nature du mal. Ce fait, rapproché des précédents, démontrerait à lui seul la vérité du principe des transformations morbides, de la modification successive des différentes maladies, si le fléau de 1832 n'était venu le confirmer en laissant à sa suite le stigmate particulier qui a distingué toutes les affections qui ont suivi cette cruelle époque. Les douze cas auxquels nous faisons allusion en ce moment ont cela de remarquable, qu'ils se sont présentés à nous en moins de deux ans, tandis que, pendant les quinze années qui ont précédé, c'est à peine si nous en avons rencontré un ou deux exemples. Nous n'admettrons pas cependant sans réserve l'opinion des trois honorables académiciens précités, qui veut que des affections morales violentes soient la cause habituelle générale de l'apparition de la maladie ; car chez nos douze patients il n'en est peut-être pas un seul qui ait été soumis à pareille influence lors de l'invasion du mal. »

Dans le courant de l'année 1846, des cas d'acrodynie apparaissent à Dinant en nombre assez considérable, et se dessinent particulièrement chez deux dames en état de gestation.

A la suite de l'acrodynie survient la grippe, et enfin le choléra que nous avons en ce moment.

Voyons maintenant, messieurs, comment les choses se sont passées en 1832, lors de la première invasion du fléau asiatique.

En 1828, on observa à Paris une maladie inconnue, une maladie qui n'avait jamais figuré dans nos cadres nosologiques, et qui d'abord passa inaperçue. M. Andral fut, je crois, le premier qui signala cette épidémie, et lui donna le nom d'*acrodynie*. Pendant trois ans environ, la maladie exerça ses ravages dans la capitale, frappant indistinctement toutes les classes de la société, puis elle disparut complétement. La grippe lui succéda, et enfin le choléra de 1832.

Je me borne aujourd'hui à signaler cette double filiation de maladies, cette double succession épidémique ; plus tard sans doute on pourra en tirer des conséquences que je commence à entrevoir dès aujourd'hui, et que je me réserve de vous soumettre.

M. Seutin : Je demanderai à M. Lombard s'il a remarqué que lorsque les vomissements persistaient après la cessation des selles, c'était un signe favorable.

M. Lombard : Sans doute. A cet égard je ferai une observation.

Un malade a des selles et des vomissements. Si vous êtes appelé après que les vomissements ont cessé depuis quelque temps, quelque dose d'ipécacuanha que vous employiez, ordinairement il n'est pas possible de ramener les vomissements.

Ainsi, à l'hôpital des cholériques, quand les malades y arrivent après avoir

vomi, et qu'ils sont toutefois restés dans la période cyanique, on a beau donner des doses répétées d'ipécacuanha, on ne peut plus produire le vomissement.

M. Seutin : Avez-vous remarqué que le cholérique guérit plutôt lorsque les selles persistent après les vomissements ?

M. Lombard : Oui, quand il a bien vomi.

M. le Président : Je demanderai à M. Spring si le traitement suivi par M. Lombard diffère de celui qu'il a conseillé dans son mémoire.

M. Spring : Il n'en diffère pas quant au principe, et je suis heureux de me rencontrer sur ce point avec un praticien aussi distingué que M. Lombard.

Il y a, messieurs, dans la communication extrêmement intéressante que vous a faite l'honorable membre, plusieurs points sur lesquels j'aurai des observations à présenter, non pour exprimer des doutes, mais pour provoquer des éclaircissements.

Ces observations touchent principalement à la pathogénésie, c'est-à-dire au mode de production de la maladie, point scabreux et souvent dangereux à aborder. Cependant, comme ce point est essentiel et (M. Lombard l'a fait remarquer avec raison) doit être médité avant qu'on puisse formuler un principe scientifique concernant les différents modes de traitement, je demanderai à l'Académie la permission de lui exposer brièvement le résultat de mes études sous ce rapport.

Je dois dire tout d'abord qu'en 1836 et 1837, au début de ma carrière, j'ai eu l'occasion de voir un nombre très-considérable de cholériques. J'ai commencé ma clientèle à Munich, lorsque l'épidémie, qui a duré cinq mois, y était très-intense. J'étais chargé du service des autopsies; j'en ai fait cent quarante avec tout le soin dont j'étais capable.

J'ai reconnu qu'il était extrêmement difficile de se rendre compte de la nature de la maladie, et impossible d'en trouver la cause par une expérience ou par l'observation directe. J'ai essayé alors un moyen qui pouvait conduire à un résultat, sinon absolu, au moins probable. J'ai compulsé les principaux ouvrages qui ont été publiés sur l'épidémie aux Indes orientales, en Russie, en France et en Angleterre; j'ai tenu note des faits les plus frappants concernant la propagation, l'incubation, etc., de la maladie. Après avoir formé ainsi des séries de faits nombreux et disposés méthodiquement, j'ai essayé d'appliquer à ces faits les nombreuses hypothèses qui ont été produites sur la nature de la maladie, afin de m'assurer si elles pouvaient expliquer les faits. Eh bien! aucune de ces hypothèses, et elles sont nombreuses, n'est applicable, excepté une seule, celle des miasmes animés. Je puis assurer que j'avais formé mes séries sans préoccupation théorique, et qu'avec cette hypothèse aucun fait ne restait inexplicable.

Je n'ai pas vu par moi-même les malades à Liége, mais je me suis enquis auprès de mes honorables confrères de tous les faits propres à l'épidémie actuelle; tous s'expliquent parfaitement par l'idée d'un miasme animé.

Mais par miasme animé, je n'entends pas désigner un animal développé, par exemple, un infusoire : j'entends des germes, des œufs. Ces œufs, à ce que je pense, sont répandus dans l'atmosphère. Ils sont introduits dans l'estomac et dans les intestins avec l'air qu'on avale à chaque instant. Quand la muqueuse gastro-intestinale est dans un certain état, c'est-à-dire quand les germes trouvent un sol convenable, ils se développent et produisent un animal ou une plante.

Je dois dire en passant que, dans les déjections des cholériques, on trouve des petits végétaux microscopiques semblables aux cellules du ferment, qui quelquefois forment des chapelets qui se ramifient et que l'on voit grandir, sans cependant affirmer que ce végétal constitue réellement la cause du choléra; je dois dire que je possède un grand nombre de faits qui prouvent que c'est par les déjections alvines que la maladie se communique.

La période qui s'écoule avant que l'œuf puisse se développer est plus ou moins longue. Il ne se développe pas ordinairement avant cinq jours. Il n'est pas très-vivace; il meurt quand il est transporté, par exemple, à une distance de 50 mètres. La maladie ne se propage pas au delà de cette distance; elle se propage par continuité comme une tache d'huile sur du papier. C'est ce qui a encore été constaté à Liége.

Cet œuf ne reste pas vivace dans la température extérieure. Il faut, pour propager la maladie, qu'il soit fixé dans un organisme vivant, c'est-à-dire qu'un malade se transporte d'un lieu dans un autre, et qu'il y opère la dissémination des germes.

Je pourrais énumérer un grand nombre d'autres propriétés qu'ont ces germes; mais j'arrive à la pathogénésie proprement dite.

Les germes viennent se fixer sur la muqueuse intestinale; c'est par l'air que nous avalons qu'ils sont introduits dans l'estomac.

Nous avons tous sans doute avalé, à Liége, de ces germes en grande quantité; nous avons tous ressenti des nausées, des coliques, des borborygmes, etc. Tout le monde s'en plaignait. Mais les œufs ne se développent pas toujours; cela n'a lieu que quand une cause extérieure vient le favoriser. Ils peuvent même être arrêtés dans leur développement; alors ils ne produisent pas une nouvelle génération. Mais ce n'est que quand il se produit une nouvelle génération de germes que la maladie passe à la période du choléra déclaré.

Je m'arrête ici; car ces considérations sur la cause du choléra me conduiraient beaucoup trop loin.

Maintenant la méthode évacuante possède, selon moi, une base rationnelle, et c'est en cela que mon opinion diffère de celle de de M. Lombard. Mon honorable collègue croit que cette médication n'a qu'une base empirique. L'empirisme est une excellente chose quand la théorie fait défaut; mais je crois qu'ici la théorie ne manque pas, et que la raison seule a déjà pu vous amener à reconnaître qu'il faut recourir à la méthode évacuante.

M. Lombard : C'est aussi ma pensée. J'ai dit que l'évacuation est tout à fait rationnelle.

M. Spring : Quant à la cyanose qui existe quelquefois sans évacuations, c'est un des faits les plus curieux de ceux dont nous a entretenus M. Lombard.

Au point de vue physiologique, je dois dire cependant qu'il n'y a pas coagulation du sang; il n'y a que concentration, ou, si l'on veut, filtration du sang. La coagulation est due à la fibrine; cette substance se perd avec le liquide sanguin à travers la muqueuse gastro-intestinale. L'absence de la coagulation est un fait tellement certain qu'elle constitue un des principaux caractères qui nous font reconnaître sur le cadavre que le malade est mort du choléra. Le sang est grumeleux, poisseux; il a perdu une quantité très-considérable de son liquide, de la fibrine et de son alcali libre, tandis qu'en échange il contient de l'urée et la matière jaune de la bile.

La cyanose n'est pas la suite de ce que j'ai appelé tout à l'heure la filtration du sang. Elle n'est pas non plus, comme on le pense communément, la suite de la stagnation du sang dans les veines; car combien de fois n'arrive-t-il pas, dans d'autres circonstances, que le sang s'arrête dans les veines, pendant un temps plus ou moins long, sans qu'il y ait pour cela le moindre indice de cyanose? Ce symptôme ne se présente que quand il y a défaut d'hématose. Or ce défaut est presque absolu dans les formes supérieures du choléra, et, jusqu'à un certain point, indépendant des évacuations. On s'en rendra aisément compte si l'on fixe son attention sur trois faits : 1° la faiblesse des contractions du cœur; 2° la suppression de la sécrétion biliaire; 3° la diminution, dans le sang, de la soude libre, sans laquelle, selon la théorie que j'admets, l'acte respiratoire est impossible. Ces causes réunies font qu'il y a surabondance de carbone dans le sang veineux, et on s'explique ainsi comment la cyanose et les autres symptômes du choléra peuvent exister même quand il n'y a ni vomissements ni selles.

M. Lombard : M. Spring vient de trancher deux points. Le dernier est l'explication de la cyanose.

Il fait remarquer qu'il n'y avait point de coagulation du sang chez les cholériques. Messieurs, il va sans dire que, quand je me suis servi du mot coagulation, j'ai simplement voulu m'exprimer comme tous les auteurs s'expriment. Je n'ai pas entendu que l'albumine se coagule ainsi que cela arrive quand on y verse de l'acide nitrique.

Je suis certain que tout le monde ici a compris ce que l'on entend par coagulation du sang dans le choléra; c'est-à-dire que la masse globulaire reste, et qu'il n'y a quasi rien autre chose. Je n'ai pas voulu faire de la théorie; je n'ai pas voulu expliquer comment il se fait que les sujets deviennent noirs, que le sang se carbonise. Il est évident que plusieurs causes concourent à amener ces résultats : la première, c'est que les sels étant éliminés du sang, celui-ci perd sa qualité oxygénable, et l'hématose ne se fait pas. D'un autre côté, la stagnation produite par l'inaction du cœur laisse tout le liquide dans le système veineux.

Il est d'autres circonstances encore qui favorisent le développement de l'asphyxie.

Ainsi, quant à la coagulation, je suis parfaitement d'accord avec M. Spring; c'est une expression dont je me suis servi parce que tout le monde s'en sert, et qui ne veut rien dire, si ce n'est que la masse globulaire est restée et que les autres matériaux sont perdus.

Mon honorable collègue a touché une question à laquelle je n'osais ni ne voulais toucher, celle relative à l'étiologie du choléra. Je ne m'occupe pas de métaphysique, et, pour moi, cette question est uniquement de son ressort. Depuis l'invention des insectes cholérigènes, on a fait beaucoup d'autres créations de l'imagination; ce sont les perturbations électro-magnétiques, les taches du soleil, des gaz qui partent de la terre, que sais-je? On n'a jamais pu voir les insectes cholérigènes; on les a vainement cherchés à l'aide du microscope et par tous les moyens possibles. On verra bien moins encore les produits de ces insectes, puisqu'il ne s'agit que de leurs œufs, infiniment plus petits sans doute.

Je ne fais attention à ceci que parce que j'ai entendu émettre une opinion qu'il est très-important d'examiner au point de vue pratique, au point de vue de l'utilité générale : c'est que les selles, les déjections des cholériques seraient un moyen de transmission de la maladie. Vous comprenez, messieurs, la portée de cette question. S'il en est ainsi, quelles précautions ne devons-nous pas conseiller, que de soins ne faut-il pas employer pour empêcher que ceux qui sont sains ne s'exposent au contact des déjections cholériques? Eh bien! messieurs, j'ai été couvert de déjections de cholériques en 1832, et dix fois encore cette année-ci. J'ai vu partout ces déjections jetées dans les latrines, et je n'ai point vu l'apparence d'une transmission opérée de cette manière. Mais ce n'est pas dans les lieux où règne l'épidémie qu'il faut chercher des preuves pour combattre de telles assertions, il faut les chercher ailleurs. Voici une circonstance qui vous démontrera, je pense, que les déjections des cholériques n'ont aucune part à la transmission de la maladie. Vous savez qu'à Seraing il y a des ouvriers de toutes les parties du pays. Éloignés quelquefois de quatre à cinq lieues de cet endroit, ils partent de chez eux le lundi matin et ils retournent le samedi soir. Lorsque l'épidémie s'est déclarée à Seraing, beaucoup d'ouvriers s'en effrayèrent; d'un autre côté, le travail étant peu abondant, on ne cherchait pas à les retenir, et beaucoup partirent. Huit de ces ouvriers retournèrent dans un village éloigné de deux lieues de Seraing. Ils étaient parfaitement sains; jusque-là ils n'avaient rien éprouvé. Deux ou trois jours après, ils furent atteints au plus haut degré du choléra et ils périrent. Eh bien! ces hommes se trouvaient

dans leur famille, ils étaient soignés par leurs femmes et par leurs enfants; on n'a pas pris garde aux évacuations alvines, qui ont sans doute été jetées plusieurs fois dans les lieux d'aisances, en un mot, on ne prenait aucune précaution; mais parce que la maladie ne régnait pas dans la localité, personne ne devint malade. Vous avez beau transporter les cholériques dans un lieu où le choléra n'existe pas, vous n'y transporterez pas la maladie. Cela n'est-il pas tout à fait en opposition avec l'idée qu'il pourrait exister chez les cholériques un moyen quelconque d'inoculer le mal?

Messieurs, j'ai voulu ramener le traitement par les évacuations au rationalisme; j'ai fait tous mes efforts pour démontrer que ce traitement est parfaitement rationnel, et que si d'autres l'avaient repoussé au nom du rationalisme, c'est qu'ils s'étaient trompés dans l'étude des symptômes du choléra; mais je n'ai eu nullement en vue de vous parler ni des causes ni de la contagion.

M. Lebeau : M. Lombard a produit en grande partie les objections que j'avais à faire à notre honorable collègue M. Spring, relativement à la théorie qu'il vient d'émettre dans cette enceinte. Admirateur zélé des faits nouveaux, je combats ces théories qui ne mènent à rien, pures hypothèses que rien ne prouve, et sur lesquelles cependant on veut fonder des traitements.

Faites des théories tant que vous voulez, nous les admirerons lorsqu'elles seront ingénieuses; mais ne venez pas fonder sur elles un traitement quelconque. Notre esprit a beau se mettre à la torture, nous ne comprenons pas la liaison de vos idées; nous ne comprenons pas que vous admettiez la présence de ce germe, que vous faites tantôt animal, tantôt végétal, sans qu'elle soit prouvée d'une manière palpable. On ne traite pas les malades avec des hypothèses; il faut les traiter en s'appuyant sur des faits bien observés.

Je demande ensuite comment, en admettant que ce soient vos œufs, vos germes, vos semences qui produisent la maladie, il se fait que l'ipécacuanha soit le remède propre à les détruire.

Je ne suis pas convaincu que la méthode exposée par M. Lombard soit la meilleure. Si j'en juge par la statistique que nous a donnée notre honorable collègue M. Didot, je vois que la médecine n'a pas été heureuse à Liége. Je n'en accuse pas les médecins; c'est sans doute à la gravité du mal qu'il faut attribuer ces terribles résultats. Néanmoins nous avons, en 1832, été plus heureux à Bruxelles, et, si j'en crois mes souvenirs, nulle part on n'a perdu comparativement autant de malades qu'à Liége.

Notre honorable collègue M. Lombard sait toute l'estime que je fais de lui comme savant et comme praticien. Certes, j'ai la plus grande tendance à adopter ses méthodes de traitement. Mais il voudra bien nous éclairer, il voudra bien nous dire si d'autres praticiens n'ont pas adopté d'autres moyens plus efficaces, et comment on en est venu à l'ipécacuanha. Je vous avoue que, par suite des observations qui avaient été faites ici en 1832, et en me rappelant que nos pertes avaient été infiniment moindres, j'avais une très-grande confiance dans l'emploi du laudanum et de la glace pour arrêter cette espèce de flux vers les voies digestives, et ensuite dans l'emploi de la saignée, immédiatement après que la circulation s'était rétablie. Nous avions tort peut-être; mais, je le répète, la mortalité à Bruxelles a été infiniment moindre qu'elle ne l'est à Liége.

Quelques-uns de nos collègues auront peut-être des faits nouveaux à apporter. Mais pour prétendre que l'ipécacuanha doit être administré comme vomitif, que vous avez raison de faire vomir et d'exciter les évacuations alvines, il faudrait, dans une circonstance où la théorie ne vient pas vous appuyer, où il ne vous est pas possible de citer un fait anatomique concluant, il faudrait pouvoir nous dire : nous avons guéri plus de malades que les autres. Or, je le répète, il en a été tout autrement. J'en accuse l'épidémie; mais convenez que nous ne pouvons, sur une simple assertion, admettre que vous avez adopté le meilleur traitement possible, puisque vous avez perdu un plus grand nombre de malades.

— M. Carlier : Il y a sans doute des choléras terribles comme ceux dont a parlé l'honorable M. Lombard, des choléras si violents dans leur invasion, si précipités dans leur cours que le sujet succombe quasi instantanément et d'une façon irrésistible.

Il n'y a là ni première, ni seconde, ni troisième période. Il n'y a qu'un tumulte effrayant, dont la révolution échappe à l'observateur et dérobe à l'art l'occasion d'intervenir.

Heureusement ces cas sont rares; dans toute l'Europe on ne les a signalés que comme des cas exceptionnels et inévitablement funestes, et cela se conçoit.....

Or, je demanderai à l'honorable M. Lombard lui-même : est-il rationnel de chercher la physiologie du choléra dans ces cas extrêmes où la vie suffoque avant qu'elle ait pu fournir aucune scène pathologique, dans ces cas où elle s'éteint comme par sidération?

Je ne le pense pas, messieurs, et pour ce qui me concerne, je cherche la nature du choléra dans la forme la plus générale à son degré moyen d'intensité, à ce degré où le miasme tourmente plus ou moins l'organisme sans lui ôter pourtant la force de révéler les caractères de l'intoxication. Dans cette forme que, dans nos contrées, comme dans toute l'Europe, on a rencontrée le plus communément, et que j'aimerais appeler *choléra typique*, dans cette forme, le mal plus modéré dans son attaque, plus mesuré dans son énergie, plus régulier dans sa marche, produit successivement ses traits divers et affecte la manière de nos maladies aiguës. Il fournit trois phases ou périodes distinctes, sans qu'on puisse pourtant les scinder parfaitement.

A la première appartient cette série de phénomènes qui trahissent l'infection et conduisent au choléra confirmé : le sujet éprouve un malaise général sans se sentir malade, une lassitude qui le rend inapte à tout travail. Il y a pâleur de la face, altération et affaissement des traits, air inquiet, égaré. Le malade est triste, anxieux et soupire fréquemment; il n'a nulle envie de manger ni de boire; il accuse un sentiment pénible de pression ou de tension dans l'estomac et le ventre, se plaint de grondement dans les entrailles, de rapports, de légères nausées; l'abdomen est comme plein, empâté, ou tendu et ballonné, et se laisse déprimer sans causer de douleur. Maintes fois, cependant, il est sensible dans la région sous-épigastrique; il y a des envies d'aller à la garde-robe et des selles relâchées. La respiration est souvent quelque peu gênée, entremêlée d'inspirations profondes, et même de gémissements. L'urine est plus rare, tantôt pâle et limpide comme dans les affections nervales, tantôt trouble et nuageuse. La tête est communément indolore, mais entreprise, lourde, parfois embarrassée; le patient est comme ivre et dort mal; son sommeil est inquiet et fréquemment interrompu par des sursauts et des tressaillements dans les membres.

Le mal progressant, on voit s'ajouter à ces symptômes des phénomènes plus graves : les évacuations entéro-gastriques, un épuisement rapide, le refroidissement glacial, les spasmes, les phénomènes qui constituent la deuxième période ou le choléra confirmé, et sur lesquels il est inutile que j'arrête en ce moment votre attention, car il ne s'agit ici que de fixer la première période.

Or cette période se compose précisément des symptômes que je viens d'exposer. Si vous voulez bien en examiner le caractère, en rechercher la filiation et la physionomie propre à l'ensemble, vous remarquerez, messieurs, qu'ils forment un état pathologique complet qui ne diffère du choléra, tel que le pose l'honorable M. Lombard, que par l'intensité et la gravité; que ces deux termes se lient par tous les points et d'une façon si intime que souvent le passage de l'un à l'autre est instantané, et apparaît comme une suite nécessaire de la tendance du mal. Eh bien! cet état, l'honorable M. Lombard voudrait qu'on ne le considérât pas comme cholérique; il voudrait qu'on n'admît comme choléra que les cas où se trouvent réunies l'algidité et la cyanose. Ainsi le typhus ne serait typhus que là où il y aurait stupeur, délire, mouvements automatiques ou convulsifs, etc.; la grippe ne serait grippe qu'à la condition de fournir la pneumonie, etc., et le choléra n'existerait que là où le désordre touche à ses dernières limites, là où le mal semble être nécessairement fatal!...

Mais c'est là une prétention arbitraire et infiniment dangereuse; elle ne tend à rien moins qu'à inspirer aux hommes peu versés dans la pratique, une fausse sécurité en présence de la période initiale d'un mal qui trop souvent devient instantanément mortel; et elle fait du choléra un objet foudroyant, de terreur pour les populations...

Non, messieurs, je le répète, je ne puis accepter sur ce point les vues de mon honorable collègue. J'aime mieux voir dans le choléra une scène morbide à phases diverses douées chacune d'une gravité différente, et qui s'enchaînent en raison de leur génie propre. Cette manière exprime mieux le fait et a l'immense avantage de ne lui attribuer que son juste degré d'importance.

Quant aux cas pseudo-cholériques dont a parlé l'honorable M. Lombard, je les admets volontiers. Dans le choléra comme dans toutes les maladies générales, on voit fréquemment surgir des affections plus ou moins analogues aux cas de l'épidémie. Ce sont comme des représentations incomplètes de celle-ci, et qui semblent résulter d'une infection impuissante ou avortée. On les a appelées cholériformes, et on a eu raison.

L'honorable M. Lombard considérant leurs rapports réciproques et surtout leur communauté d'origine, les qualifie du titre d'*influenza* cholérique; cette dénomination n'est pas moins logique que l'autre; elle me plaît tout autant.

Je ne puis pas m'arranger aussi bien de l'avis de M. Lombard sur les évacuations. Je veux bien croire qu'il y a certain avantage à ne pas les supprimer incontinent, dans les cas d'intensité moyenne, alors qu'elles sont peu abondantes et surtout peu altérées. Mais les tolérer en dehors de ces conditions, c'est, j'en suis convaincu, précipiter le malade dans l'épuisement, et lui faire courir un excessif danger. Il est donc bien important de ne pas se tromper sur l'indication que peut fournir ce symptôme.

M. Lombard a vu que des ouvriers de Seraing se sont rendus, quoique malades déjà, à des distances diverses, et n'ont nulle part porté la maladie. C'est un fait très-remarquable et je ne manquerai pas de le constater.

M. Lombard : Il a été vu cent fois, mille fois.

M. Carlier : Je le sais bien; on l'a constaté ailleurs. Mais d'autres faits précisément contraires se sont montrés dans le Brabant, lors de l'épidémie de 1832; il a suffi d'un cholérique pénétrant dans une famille pour y introduire le choléra.

M. Lombard : C'est que l'épidémie l'y suivait.

M. Carlier : Pas toujours, comme à Enghien et autres localités.

J'en viens à l'indication principale.

Je ne puis admettre pour induction principale dans le choléra de faire vomir. Il n'y aurait qu'une seule circonstance où je croirais que le vomissement pût être utile, et cette circonstance serait purement accidentelle, celle, par exemple, où l'homme serait saisi du choléra immédiatement après un repas. Je concevrais que là, s'il n'y avait pas vomissement, on le provoquât. Mais lorsque déjà il est établi, lorsqu'il revêt les caractères cholériques, je ne comprends pas l'utilité du vomitif, et son usage est, à mon sens, irrationnel.

Ce que je comprends mieux, c'est l'utilité de l'ipécacuanha chez un malade débilité par le génie propre de la maladie, débilité déjà par les premiers effets du mal, alors que ce malade éprouve des vomissements répétés, des sueurs froides; dans ces circonstances, l'ipécacuanha, à petites doses répétées suivant la nécessité d'agir plus ou moins activement, arrête les vomissements, relève les forces et prépare une douce diaphorèse, qui souvent termine la maladie. C'est dans ce sens que j'admettrais la matière médicale de M. Lombard.

Il est un autre moyen encore que je suis forcé d'admettre, parce qu'il est bon, comme l'ont prouvé une foule d'observations faites ici et ailleurs, surtout en Allemagne : c'est le calomel. Mais, encore une fois, le calomel ne doit pas être donné pour produire des selles. Je ne vois pas l'utilité de cette médication.

M. Lombard : Vous n'avez pas compris ce que j'ai dit. J'ai fait observer que les selles cholériques s'arrêtent sous l'influence du calomel.

M. Carlier : Si je n'ai pas bien compris, je retire mon observation. Vous donnez donc le calomel pour arrêter les selles du choléra.

Messieurs, il m'est bien difficile de comprendre, dans le choléra, l'utilité de la saignée. Quand le choléra est développé, que toutes les forces sont déprimées, que le pouls languit, que le sang est déjà dépouillé de la plus grande partie de son cruor, je ne sais en vérité quelle peut être l'utilité des saignées, même modérées.

On pourra me répondre que c'est pour diminuer la masse sanguine, pour alléger la charge du cœur; il y aurait là une espèce de raison, j'en conviens. Mais si l'on considère l'effet débilitant de cette saignée dans un corps déjà excessivement débilité et dans lequel la vie menace de s'éteindre une heure plus tard, je suis obligé d'avouer que le remède me parait extrêmement dangereux.

Ce que je dis de la saignée, force m'est de le répéter quant aux sangsues. Les sangsues exercent leur action dans une sphère locale et assez circonscrite. Appliquées à l'anus, elles pourront dégorger les veines hémorrhoïdales; mais quelle influence voulez-vous qu'elles exercent sur une économie frappée de torpeur?

Cet autre moyen, M. Lombard n'en a pas fourni l'indication; il m'est impossible d'en apprécier l'usage. Ce n'est qu'en fin de cause, en désespoir de succès, et alors que les moyens rationnels sont épuisés, qu'on y a recours; c'est une médication empirique et certainement aveugle. Les soins hygiéniques sont sages. J'ai vu avec plaisir l'honorable M. Lombard rejeter l'usage des caléfacteurs; ils sont inutiles, et parfois nuisibles. Aussi longtemps qu'on n'aura pas conjuré le mal dans son principe, on aura beau employer les caléfacteurs les plus puissants, on pourra brûler le malade, mais on ne lui rendra pas la chaleur vitale.

M. François : Messieurs, je me garderai bien de toucher aux nombreuses questions que soulève le choléra. Cependant il en est une de la plus haute importance, que je ne puis laisser de côté : c'est celle de la contagion. Or, celle-ci existe de fait, si l'on doit admettre la théorie qui vient d'être exposée par notre honorable collègue M. Spring. Je prie les médecins qui ont assisté aux épidémies de 1832 et de 1833, ceux qui assistent à l'épidémie actuelle, de fournir le résultat de leurs observations sur ce grave sujet.

Pour ma part, j'ai observé l'épidémie qui a ravagé la ville de Mons et un grand nombre de communes avoisinantes pendant les années 1832 et 1833, et je puis affirmer que je ne saurais citer aucun exemple de communication. Comme beaucoup de médecins, et spécialement de médecins des pauvres (car c'est surtout à la classe indigente qu'ils ont affaire dans cette maladie), il m'est arrivé plus d'une fois, en enlevant de leur lit des malheureux cholériques, soit tout simplement pour les changer de couche, soit pour séparer un vivant d'un cadavre, d'avoir la figure inondée de la matière de leurs évacuations, et chaque fois j'en ai été quitte pour me nettoyer. De même j'ai fait des autopsies sans plus de conséquences..... Aucun des médecins qui ont prêté leurs soins aux personnes atteintes du choléra, à Mons ou dans les environs, n'en a été attaqué. Dans la vue de solliciter la sécrétion du lait chez les nourrices, chose que je crois utile, j'ai engagé des maris à tirer les seins de leur femme, j'ai continué à faire téter les enfants, et jamais je n'ai vu le choléra se communiquer. Si cette maladie consistait en un principe organisé, c'est certainement dans des conditions de cette espèce qu'il devrait se transmettre, et c'est ce qui n'arrive pas.

Je n'aborderai pas la question du traitement; j'aurais à fournir à ce sujet des renseignements de quelque intérêt peut-être, mais je les réserve pour une autre séance, parce que les détails dans lesquels je devrais entrer exigeraient un temps qui nous manque aujourd'hui.

M. Martens : M. Lombard nous a dit avec raison que, dans les cas très-graves de choléra, il n'y avait pas de vomissements, même souvent pas d'évacuations alvines. Je crois devoir ajouter que cette observation a déjà été faite en 1832. Je l'ai faite également à cette époque à Maestricht, et si on se rappelle ce que j'ai dit dans une séance antérieure, on se souviendra que j'ai dit avoir reconnu que les cas les plus graves n'étaient pas accompagnés de vomissements.

A Berlin, on avait aussi fait la remarque que, dans les cas graves, on réussissait quelquefois à sauver les malades en provoquant des vomissements. Mais malheureusement à Maestricht, dans des cas analogues, je n'ai pu réussir à faire vomir, même en donnant le tartre émétique.

Je suis aussi d'avis, avec beaucoup de médecins, que rien n'est plus nuisible, dans les cas graves de choléra, que l'emploi de l'opium. C'est une observation qui a également été faite à Berlin et à Varsovie. Les opiacés, utiles à petites doses dans la cholérine, se sont toujours montrés non-seulement inefficaces, mais très-nuisibles dans le choléra algide ou bleu. En 1832, il était généralement admis que dans le choléra asiatique il ne fallait guère recourir à l'opium.

Reste l'opinion relative à l'influence bienfaisante du calomel. Je n'ai aucune observation personnelle à citer en faveur de l'emploi de ce médicament dans le choléra; je ne sais même pas si son efficacité a été jusqu'ici bien constatée dans cette maladie; mais on s'est quelquefois bien trouvé, dans l'épidémie de 1832-1833, de provoquer l'action de la peau par des diaphorétiques puissants.

J'ai dit, dans une séance antérieure, que j'étais parvenu à guérir un cholérique cyanosé et sans pouls, mais c'était en quelque sorte le dernier de l'épidémie; je n'ai donc pas voulu tirer de ce cas unique des conséquences générales au sujet de l'efficacité du remède. Ce remède était le carbonate d'ammoniaque; donné à haute dose, il avait produit une sueur excessive, et j'eus le bonheur de voir guérir le malade que je croyais condamné.

J'ai quelques mots à dire au sujet de la théorie qu'a présentée M. Spring quant aux causes de la maladie. Cette théorie a été proposée il y a deux ou trois ans, par un professeur très-distingué de Munich, M. Martius, si je ne me trompe, au sujet de la maladie des pommes de terre. Elle a été longuement exposée, si ma mémoire est fidèle, dans un journal de botanique intitulé : Flora. Je crois que ce sont exactement les mêmes idées que celles dont l'honorable M. Spring nous a entretenus.

Cette théorie a été acceptée par les uns et repoussée par les autres. Le fait est que jusqu'à présent on n'est pas non plus d'accord sur les véritables causes de la maladie des pommes de terre, qu'on a aussi alors appelée choléra. La théorie dont il s'agit n'a rien éclairci jusqu'ici et n'a pas été confirmée par les faits, quant à la maladie des pommes de terre.

M. Lombard : M. Lebeau n'a envisagé que la statistique donnée par M. Didot, et il n'a pas fait attention à une observation présentée par cet honorable membre, c'est que la statistique qu'il vous offrait ne concernait que les malades qui ont été reçus dans les hôpitaux de cholériques. Le médecin qui, dans sa clientèle, voit des cholériques qui ne sont pas de l'espèce de ceux que l'on transporte à l'hôpital, ne les annonce pas à l'administration communale. Celle-ci n'a donc que le chiffre des malheureux transportés à l'hôpital. Or, si vous voulez établir le degré de valeur du traitement d'après les résultats obtenus sur cette seule catégorie de malades, vous vous trompez nécessairement; car il y a là des causes de mort que vous ne rencontrez pas ailleurs.

Nous pouvons dire d'abord que pour les sujets usés par les alcooliques, pour tous ceux qui étaient dans la cachexie alcoolique, il n'y a pas de guérison; autant il y en a eu atteints du choléra, presque autant ont péri.

Et à cet égard, j'ai une remarque à faire. On dit partout que l'usage des excitants, l'usage des boissons prédispose au choléra, et que les sujets qui boivent succombent à cette maladie. Il y a là, messieurs, une grande erreur; en disant ceux qui boivent, on a dans l'esprit ceux qui ont bu, et comme résultat d'hygiène, on prescrit à ceux qui veulent éviter le choléra, les vins généreux, les alcooliques pris en proportion modérée. On se trompe, on confond, je le répète, ceux qui ont été usés par l'abus des alcooliques avec ceux qui font un usage modéré de ces mêmes alcooliques. Ceux qui ont bu, qui sont usés, sont dans la cachexie, ils succombent. Ceux qui boivent modérément, qui prennent deux ou trois verres de vin, qui s'excitent d'une manière convenable, qui ne dépassent pas les limites de la tempérance, au lieu de se nuire, je crois qu'ils se préservent.

Je reviens à la statistique.

Généralement les sujets transportés dans les hôpitaux sont ceux qui sont usés par les boissons alcooliques, ceux qui ont subi toutes les privations possibles, ceux qui sont dans la misère. Et puis, voyez ce qui résulte de ce transport à l'hôpital : on appelle souvent très-tard le médecin du quartier; celui-ci reconnaît l'état du malade; il le fait transporter à l'hôpital. Quel que soit le temps qu'il fasse, le malade est exposé à l'air, au frais, à l'humidité, au froid. Lorsqu'il arrive à l'hôpital, quelques précautions que l'on ait pu prendre, on a perdu un temps considérable.

Les secours ne sont donc pas, dans ce cas, appliqués aussitôt qu'il le faudrait. Puis les sujets, comme je viens de le faire remarquer, sont presque toujours dans des conditions extrêmement défavorables. Ainsi, messieurs, vous pouvez voir que presque toujours la statistique des hôpitaux a été extrêmement malheureuse. Il y a une différence énorme entre cette statistique et celle des sujets qui sont dans l'aisance et traités à domicile.

Si vous voulez prendre, comme résultat des traitements employés à Liége, les chiffres de la note que vous a communiquée M. Didot (1), il est évident que vous avez le droit de conclure que ces traitements ont été peu fructueux.

Il me semble donc qu'il faut faire état des circonstances que je viens de vous indiquer. Dans la pratique civile, les résultats ont, en général, été assez heureux; tous les médecins ont eu des succès.

Comme je l'ai dit, je n'ai pu encore faire le relevé et la comparaison des résultats des diverses méthodes de traitement : c'est une chose que je me propose de faire plus tard.

M. Carlier a traité un point qui n'était pas le mien. Je vous l'ai dit, j'abandonne la première période du choléra; par conséquent, et à plus forte raison, j'abandonne la période prodromique. Pourquoi? Parce que si je venais vous parler des cas observés dans ces périodes, vous pourriez me répondre : nous n'avons pas de preuves que les observations que vous nous donnez concernent des cholériques.

Comment se fait-il que l'on ait attribué, que l'on ait accordé la puissance de guérir à des riens? N'a-t-on pas guéri avec le veratrum à la troisième dilution, avec le métal blanc, avec le carbone, pourvu que ce fût du carbone d'un bouleau pelé avant d'être soumis à l'action du feu? Oui, on a guéri avec tout cela; mais j'ai eu soin de vous dire que le choléra guérit par les seuls efforts de la nature. Je tenais à en faire l'observation avant qu'on ne vînt vous dire : telle méthode guérit, tel rien guérit.....

J'avais appris qu'on était venu dire dans cette enceinte que tel remède avait guéri le choléra, et j'étais surpris que personne ne se fût levé pour relever une pareille assertion. Si la méthode homœopathique est admise, pourquoi donc avons-nous des jurys d'examen? Si le gouvernement continue à permettre l'homœopathie, il doit nécessairement laisser à chacun la liberté d'apprendre ou de ne pas apprendre, et cependant de pratiquer; dès lors les jurys d'examen

(1) Depuis cette discussion, M. Didot a reconnu l'erreur qui s'est glissée dans sa statistique. La commune lui a donné, d'une part, pour chiffre de cholériques ceux là seuls secourus par le bureau de bienfaisance, et, d'une autre part, le chiffre des décès de toute la population. On voit qu'il y aurait pu y avoir plus de morts que de malades.

deviennent inutiles. Je suis surpris, messieurs, que l'Académie n'ait pas encore été saisie d'une proposition à cet égard, et bien certainement je lui en ferai une. Je lui proposerai de vouloir insister auprès du gouvernement pour qu'il décide s'il y a, oui ou non, une médecine reconnue en Belgique. S'il y en a une, c'est sans doute celle que le gouvernement veut que l'on enseigne, celle que l'on étudie dans les universités, celle sur laquelle le jury d'examen interroge. Si cette médecine n'est pas la seule, pourquoi n'établit-on pas un jury homœopathique? Il y a là un contre-sens si flagrant que je ne comprends pas qu'on l'ait supporté jusqu'ici.

M. le Président : Vous sortez de la question.

M. Lombard : J'abandonne cette question.

J'ai dit tout à l'heure que le choléra guérissait spontanément, même dans la période cyanique. A plus forte raison je dis que le choléra, dans sa première période, guérit plus souvent encore. Je dis qu'il n'y a pas de diagnostic possible; je repousse le choléra avant la période cyanique, parce que, avant son apparition, il n'y a pas de preuve que c'est le choléra.

Ce n'est pas pour notre collègue que je dis cela, c'est pour l'homœopathie en général, parce que, si nous laissions le nom de choléra à toutes ces cholérines qui guérissent à l'aide d'un peu de repos et de chaleur, tout le monde aurait guéri des centaines de cas de choléra.

Si je m'exprime ainsi, c'est pour que nous sachions bien de quoi nous parlons; c'est pour que nous comprenions bien que le choléra, avant la période algide ou cyanique, n'est pas le choléra : il peut le devenir; mais nous n'en savons rien.

Quant à la saignée, notre collègue n'en comprend pas l'utilité. Je sais bien que la saignée a été proscrite par Hahnemann; selon lui, la saignée tue toujours; la saignée, c'est la mort!

Eh bien! messieurs, la saignée a très-souvent guéri; mais dans quels cas faut-il saigner? Évidemment, dans la période algide, on a beau vouloir saigner, on n'obtient que peu de sang; il est rare qu'on puisse faire une saignée complète. Mais enfin, si l'on obtient du sang, il faut justifier cette soustraction de sang, et je vais m'expliquer à cet égard.

Mon confrère ne comprend pas la saignée dans le choléra. Selon lui, le choléra est une maladie asthénique; ce n'est pas une maladie inflammatoire. Le fait est vrai; mais y a-t-il une maladie plus congestive que le choléra? N'y a-t-il pas congestion partout? Qu'y a-t-il donc d'étonnant si la saignée est utile? Vous craignez la débilité. Mais pourquoi? A quoi le sang des cholériques leur sert-il? Il est complétement décomposé; il ne circule plus, et le peu qui en arrive aux organes ne les vivifie plus.

Vous comprenez encore moins l'utilité des sangsues à l'anus. Eh bien! quand on ne peut pas tirer du sang par les veines, il arrive parfois que les saignées anales par les sangsues produisent une effusion de sang. Mais la congestion dont je parlais tout à l'heure est portée au maximum dans l'abdomen. Ceux qui ont l'habitude d'ouvrir des cholériques peuvent le dire : ils ont vu et les ecchymoses, et le sang épanché sous le tissu muqueux, sous la membrane séreuse, et l'engorgement des vaisseaux, et l'engorgement des viscères abdominaux. Je ne connais pas quelque chose qui porte plus à l'indication d'une saignée anale que l'ouverture de l'abdomen d'un cholérique.

Vous faites du vide; eh bien! ce vide ne facilite-t-il pas la circulation? Sans doute ce n'est pas la saignée seule qui la rétablira, mais elle sera un adjuvant. Et puis, si vous avez le bonheur de ramener votre cholérique à la chaleur, à la période de réaction, combien ne courrez-vous pas de danger, s'il est riche de sang? Comment périssent les cholériques dans la troisième période? Presque toujours par le cerveau. Comment périssent-ils dans la deuxième période? Toujours par l'asphyxie. Et si vous examinez le cerveau, que vous dit-il? Il est engorgé de sang noir, les sinus en sont distendus, la pie-mère en est injectée. Tous les faits enfin de l'anatomie pathologique conduisent à la saignée, quand elle peut se faire. Si je ne la fais pas dans la deuxième période, c'est parce qu'il m'est ordinairement impossible de le faire. Mais il est très-rare que, dans la troisième période, vous puissiez vous abstenir d'évacuations sanguines. Je laisse en dehors l'engorgement hépatique, que tout le monde sait exister dans cette maladie.

Il y a encore un fait qui est bien étrange et qui m'a beaucoup surpris. Si vous ouvrez un cholérique, la vésicule du foie ne contient ordinairement qu'un liquide séreux qui n'a pour ainsi dire plus la couleur de la bile. Je vous ai dit tout à l'heure que si vous donniez du calomel à un cholérique, vous obteniez d'ordinaire des selles vertes. Qu'est-ce que cela signifie? Est-ce que, avant la mort, la bile, à l'époque où les selles vertes peuvent survenir, n'a pas encore subi la détérioration qu'elle a atteinte chez le sujet qui succombe? Je n'ai pu m'expliquer ce fait que de cette manière. Mais tout le monde reconnaîtra l'exactitude du fait; les explications viendront plus tard; il faut avoir le temps d'y penser.

Quant à l'ipécacuanha, je ne l'ai pas donné comme un moyen spécifique, puisque j'ai dit qu'il m'était arrivé de ne donner que de l'eau. J'ai considéré les vomissements comme utiles, comme nécessaires, comme indispensables; mais je n'ai pas attribué des propriétés spécifiques ou spéciales à l'ipécacuanha. Il est probable qu'on pourrait employer un autre moyen avec un égal succès.

J'ai vu avec plaisir que l'honorable M. Martens avait été frappé des mêmes faits que moi; qu'il a vu, comme moi, que le choléra sans évacuations était le pire de tous: cette observation, je ne l'ai pas donnée comme neuve. Je vous ai dit : voilà ce qui se passe à Liége; voilà ce que nous avons observé, ce que nous avons vu. Nous n'avons pas recherché si les mêmes faits avaient été observés ailleurs; il était inutile de vous donner les faits observés dans d'autres lieux; les livres abondent de ces sortes de faits. Nous aurions eu par trop de choses à vous dire.

Mais l'honorable M. Martens a fait remarquer que l'opium avait été prohibé, avait été défendu dans certains endroits. Messieurs, je ne partage pas, à l'égard de l'opium, la pensée que ce médicament, utile dans tant de circonstances, puisse être jamais l'objet d'une prohibition.

M. Martens : Je n'ai pas dit cela; j'ai dit qu'il avait été reconnu nuisible.

M. Lombard : C'est toujours à peu près la même chose. On l'a reconnu offensif; on l'a reconnu dangereux. La prohibition a manqué. S'il avait été bien constaté qu'il était dangereux, la prohibition aurait dû suivre.

Mais il y a une remarque à faire à l'égard de l'opium, une remarque justificative. Si vous lisez ce qu'on a écrit en 1832 sur le choléra, vous trouverez : « Gardez-vous de continuer l'opium lorsque les selles s'arrêtent, lorsque la période de réaction s'établit. » Voilà le principe. « Parce que, dit-on, si l'opium continue d'être administré, l'absortion qui ne s'est pas faite tant que les déjections continuaient, va se faire, et vous aurez des accidents, vous aurez le narcotisme. »

J'ai été, en 1832, sous l'influence de la pensée qu'il en était ainsi, et j'ai pris soin d'éviter l'accident. Je ne l'ai pas évité. J'ai été étonné que lorsque je ne donnais que des doses modérées, le narcotisme se produisait. C'est que j'avais été encore trop loin. Je m'accusais d'avoir donné une dose trop forte, de n'avoir pas su m'arrêter à temps; j'étais inquiet de ce j'avais fait. Cette année je n'ai pas donné d'opium, et les mêmes accidents sont survenus. Les malades passant à la troisième période ont présenté toutes les apparences symptomatiques du narcotisme. J'ai donc dû reconnaître que les effets nuisibles qu'on avait attribués à l'opium étaient une calomnie. C'était une erreur d'observation; voilà tout. Je puis citer vingt-cinq, trente faits de sujets qui ont succombé dans l'état de torpeur, dans l'état d'engourdissement, de spasmes, que vous auriez attribués au narcotisme le plus vrai, et ils n'avaient pas pris un atome d'opium.

Je crois donc qu'on s'est souvent trompé; qu'on a attribué à l'opium des effets qu'il faut imputer à la maladie, et que le reproche qu'on lui a fait n'était pas mérité.

Quant à la guérison de la cyanose dont l'honorable M. Martens a parlé, on comprendra que j'admets toutes les guérisons, puisque j'ai établi tout d'abord que le choléra, même à la période cyanique, pouvait guérir par les seules forces de la nature secondées de l'eau. Peut-être vais-je trop loin; peut-être le malade guérirait-il encore s'il ne buvait pas; c'est ce que j'ignore.

M. Spring : Je tiens à rectifier une erreur. M. François paraît m'avoir mal compris. Je ne suis nullement contagioniste, et je tiens à ne pas passer pour tel. J'ai parlé de miasmes, et si ce mot m'est échappé, si j'ai dit que les miasmes émanent des selles, des évacuations alvines, c'est que j'ai voulu indiquer le point de départ; j'ai voulu localiser la génération de ces miasmes. Mais je ne considère nullement le choléra comme une maladie contagieuse, comme l'est la petite vérole, par exemple : je le considère comme une maladie miasmatique. Tout miasme doit avoir son point de départ qu'il est utile de rechercher. Je le trouve dans la muqueuse gastro-intestinale des cholériques et dans leurs évacuations alvines.

MM. Lebeau et Martens ont parlé de l'inutilité complète des hypothèses. Je suis parfaitement d'accord avec M. Lebeau qu'il ne faut pas choisir un traitement, quand la raison de ce choix consiste uniquement dans une hypothèse; et à cet égard je me permettrai de citer la petite note que j'ai communiquée à l'Académie et qui est insérée dans le Bulletin; vous ne trouverez pas, dans cette note, que je me sois appuyé sur l'hypothèse que j'ai pris la liberté d'exposer devant vous.

Je sais que dans l'état actuel de la médecine la théorie ne peut nous aider que très-peu; dans la plupart des questions, nous sommes encore réduits à l'empirisme. Je sais que la science marche souvent d'un pied boiteux derrière la pratique. Mais faut-il pour cela rejeter les hypothèses? Faut-il défendre d'en émettre? Je dis que si on le voulait, ce serait impossible, et la preuve, c'est que personne ne fait plus d'hypothèses que les praticiens. Si la médecine progresse aussi lentement, c'est justement parce que les praticiens font trop d'hypothèses, et c'est de leur part beaucoup plus dangereux que de la part des hommes de théorie. Quand ces derniers font des hypothèses, celles-ci restent, pour ainsi dire, en champ clos; elles ne nuisent pas et peuvent quelquefois jeter la lumière au dehors; si cette lumière est utile, elle servira aux praticiens; sinon, elle ne servira pas, du moins, à égarer personne.

Mais il est une circonstance où les hommes de théorie ont le droit d'intervenir dans la pratique, c'est quand celle-ci s'appuie sur des hypothèses inadmissibles au point de vue des principes théoriques. Ce n'est pas pour contredire des faits, mais pour redresser des hypothèses préconisées, que la théorie doit alors intervenir.

Quant à la valeur des hypothèses en général, je citerai l'opinion d'un esprit extrêmement sévère, d'un des premiers physiologistes de l'époque, M. J. Müller; il dit que chaque fois qu'une hypothèse sert à expliquer une série naturelle, méthodique de faits, elle doit être enregistrée dans la science et traitée non plus comme une opinion, mais comme un fait. Il s'agit donc uniquement de savoir si l'opinion que j'ai émise sur la nature intime du choléra possède cet avantage, et si, par conséquent, elle mérite d'être enregistrée dans la science et de fixer l'attention des praticiens.

Messieurs, je ne prétends pas avoir découvert cette hypothèse; elle est bien ancienne. Mais j'ai eu l'honneur de vous dire comment j'ai procédé. J'ai recueilli des faits; j'ai essayé de leur appliquer toutes les hypothèses qui avaient été émises antérieurement pour expliquer ces faits; c'est donc par une sorte de triage que je suis arrivé à cette conclusion, que l'idée de miasmes animés, de germes répandus dans l'atmosphère pouvait seule bien rendre compte de toutes les circonstances sous l'influence desquelles la maladie se développe et

se propage. C'est en raison de son utilité que je réclame en sa faveur votre attention, rien de plus.

M. Lebeau : J'abonde dans le sens de notre collègue M. Spring. Dès lors qu'il considère ses hypothèses comme d'innocentes récréations de l'esprit, je les admire quand elles sont ingénieuses ; on peut en faire tant qu'on veut, M. Spring plus que tout autre, grâce au vaste savoir et à l'esprit ingénieux dont il est doué. Mais j'ai eu l'honneur d'établir que l'hypothèse des animalcules....

M. Spring : Des organismes.

M. Lebeau : Peu importe que ce soient des forêts ou des troupeaux ; cette hypothèse n'a rien à faire avec le traitement de la maladie.

Messieurs, j'ai le malheur d'avoir une intelligence simple, et qui ne sait pas s'élever vers les régions nuageuses des hypothèses. Depuis longtemps une vérité a frappé mon esprit, c'est que l'homme sur la terre n'est qu'un observateur, et qu'il ne sait absolument rien des choses ni des causes, pas plus pour le choléra que pour toutes les autres maladies. Quand nous disons qu'une pleurésie est le résultat d'un refroidissement, nous ne disons rien d'absolu, attendu qu'on peut tous les jours se refroidir sans avoir une pleurésie. Quand nous disons que la saignée est utile dans la pleurésie, dans les inflammations franches, comme on les appelle, nous n'expliquons pas comment la saignée agit, car il faudrait savoir tout d'abord ce que c'est que l'inflammation, et nous n'en savons rien. Je ne connais pas deux physiologistes d'accord sur ce point. Le praticien observe des faits aux lits des malades. Il sait que le choléra est un effroyable problème qui confond l'esprit humain. Mais, comme vous l'a dit M. Lombard, que je considère comme un des grands praticiens de l'époque, on est frappé d'une chose : c'est qu'il se fait une violente congestion vers tous les organes digestifs, et surtout vers le foie.

Il est encore très-vrai que quand les vomissements blancs, quand les vomissements de matières séreuses et albumineuses font place à des vomissements jaunes, bilieux, le malade est sauvé. Il passe à la seconde période, à la période de réaction.

Je ne sais, messieurs, si j'ai bien compris la note de M. Spring ; il vous dit : Donnez l'ipécacuanha, et lorsque les vomissements bilieux arrivent, votre malade est sauvé. Mais c'est là la difficulté ; car vous donnez de l'ipécacuanha, les vomissements bilieux n'arrivent pas et le malade succombe.

On me fait une objection ; on me dit : Les cholériques sans évacuations succombent surtout ; c'est que la maladie est trop grave alors : les vomissements et les déjections constituent déjà une réaction. La péripneumonie tue ainsi. Dans les climats froids, comme à Saint-Pétersbourg, par exemple, où cette maladie tue quelquefois en moins de quatre heures sans toux ni expectoration, direz-vous qu'il faut faire tousser une personne atteinte de péripneumonie?

On a dit beaucoup de choses sur lesquelles je dois déclarer que j'admets l'argumentation de M. Lombard, et surtout en ce qui concerne ses dernières observations. Il vous a démontré l'inanité des sinapismes, de la chaleur appliquée à la peau. Il y a longtemps que j'ai dit que vouloir réchauffer un cholérique, c'est vouloir réchauffer un cadavre. Vous lui brûlerez la peau, mais vous ne le réchaufferez pas. Vous dites que quand le cholérique est réchauffé, il est guéri ; mais c'est parce qu'il guérit qu'il se réchauffe ; qu'aussitôt que la maladie cesse, fût-ce même par la mort, le cadavre se réchauffe. Vous voyez que quand la chaleur revient à la peau, c'est que la cause de la madie a cessé.

Messieurs, si l'on voulait parler sur le choléra, on parlerait longtemps. J'attends avec anxiété qu'on veuille bien m'éclairer davantage.

Je répondrai seulement à une objection de M. Lombard. Il a dit : Quand vous parlez d'une grande mortalité à Liége, vous ne vous occupez que de ce qui s'est passé dans les hôpitaux, et non de ce qui s'est passé dans la pratique civile. J'adjure M. Lombard de nous dire ce qui s'est passé chez ses malades en ville, et si par sa méthode il a été plus heureux que ceux qui emploient le laudanum et la saignée.

Du reste, messieurs, la mortalité n'a jamais été calculée d'une autre manière. A Bruxelles, à Londres et à Paris, on a fait la statistique d'après la mortalité dans les hôpitaux. Ainsi votre argumentation tombe. Vous êtes, quant à votre statistique, dans les mêmes conditions que tous les médecins de l'Europe et des autres parties du monde où le choléra a éclaté.

Je le déclare, ce qu'on a dit dans cette séance ne suffit pas pour me faire donner l'ipécacuanha, car j'avoue que vous avez laissé dans mon esprit de graves doutes sur son utilité.

M. Carlier : A la manière dont l'honorable M. Lombard a considéré le choléra, il était facile de voir qu'il voulait se ménager le terrain ; je l'ai compris, et en lui répondant j'ai fourni la preuve que je ne m'y laisserais pas prendre. M. Lombard ne veut pas admettre comme choléra que les cas frappés d'algidité avec cyanose ; il laisse ainsi de côté une foule d'affections qui dépendent pourtant du même principe.

Je l'ai fait remarquer, messieurs, cette manière de faire n'est pas logique ; elle est plus dangereuse encore ; tous les praticiens vous diront que, dans la majeure partie des cas, il y a une première période qui n'a, maintes fois, que l'intensité des prodomes, mais qui porte déjà un caractère tel qu'il est impossible d'en méconnaître le génie. Que si ces cas se présentent d'une façon sporadique, on hésite à se prononcer sur leur caractère, je le conçois ; mais quand ils se multiplient au sein d'une ville ravagée par le choléra épidémique, qu'on veuille leur dénier tout rapport avec le mal commun, c'est, je le redis, fermer les yeux à l'évidence.

D'autre part, l'honorable M. Lombard pense que le choléra guérit spontanément. La preuve, c'est qu'on lui a signalé un fait de l'espèce. J'admets ce fait... j'ai foi dans le témoignage de mon collègue. Toutefois, je prendrai la liberté de lui demander combien de cholériques, sur cent, guérissent spontanément ? S'il pourrait en compter jusqu'à cinq ? Il ne s'agit ici, bien entendu, que des choléras tels que les veut M. Lombard.

Je vous l'avouerai, messieurs, la sortie de M. Lombard m'a saisi d'étonnement. Et pouvait-il en être autrement ? Quoi ! devant le fléau qui nous menace et répand partout la terreur, quand nous sommes tous dans une extrême anxiété, car nous avons tous l'amour de la science et de l'humanité, nous voulons tous venir en aide aux malheureux et à la société tout entière, quand chacun de nous regarde comme un devoir de mettre en commun le fruit de ses observations, de ses lectures et de ses études, je fais pour l'acquit de ce devoir une démarche modeste, je viens vous dire : j'ai vu des choléras...

M. Lombard : en 1832 ?

M. Carlier : Oui, messieurs, en 1832, j'ai vu dans l'épidémie du Brabant le choléra sous toutes ses formes ; j'ai vu lui opposer toutes les formes thérapeutiques de l'école, tous les remèdes, même ceux d'un caractère opposé... Tous sont restés impuissants ; tous n'ont fourni que les mêmes résultats, à savoir : une égale mortalité... et les médecins découragés s'en allaient répétant comme aujourd'hui : il n'y a point de thérapeutique, point de remède contre le choléra ! Cri de détresse qui retentit affreusement au cœur des populations ! J'en fus frappé moi-même, et répugnant à l'emploi de secours si malheureux, je tentai une voie nouvelle qui venait de s'ouvrir devant moi, et je le fis avec quelque succès. Or ce sont les faits qui datent de cette époque que j'ai cru devoir en ce grave moment communiquer à l'Assemblée. Je les ai exposés tels que je les ai vus ; j'ai dit ce que j'ai fait, quand et comment j'ai agi, et quels ont été les résultats...

Et ce travail, messieurs, tout modeste qu'il soit, ne trouve pas grâce devant vous ! Son caractère moral ne le peut sauver. Par cela qu'il respire le salutaire principe de l'homœopathie, il soulève toute votre indignation ; vous appelez sur l'homœopathie toutes les malédictions ; vous la vouez au mépris comme une pratique impuissante, absurde, niaise... infâme !... Vous provoquez contre elle non un jugement, non un examen consciencieux, mais l'interdiction !..... C'est l'index qu'il vous faut, tant vous aveugle la prévention.

Cependant vous daignez faire pour moi une exception flatteuse ; je vous en remercie. Quand l'homœopathie est livrée aux persécutions, c'est un devoir pour ceux qui l'exercent d'assumer chacun sa part de responsabilité, et ce devoir, je l'accomplirai. Donnez-nous donc des juges : nous vous prouverons que l'homœopathie est au-dessus de vos dédains, qu'elle est une vérité sublime, une science providentielle, la saine médecine. Enfin, en dehors de l'homéopathie il n'y a point de médecine. Eh ! messieurs, il y a bien en dehors quelque chose comme une médecine, mais ce n'est point réellement une science, ce n'est qu'un art plus ou moins habile de combattre les affections morbides. Ses moyens sont divers et d'un effet trop souvent incertain. Que vous les employiez pour secourir l'homme souffrant, je ne vous en blâme pas si vous manquez de moyens essentiels. En l'absence de ceux-ci, j'en fais autant. Ainsi, dans le cours de ma carrière homœopathique, et elle date de passé seize ans, j'ai prescrit la saignée quand elle m'a paru le remède de la situation, et tout à l'heure je n'ai pas condamné la saignée ; je l'ai admise comme moyen thérapeutique, je n'en ai critiqué que l'application. Si l'honorable M. Lombard ne m'a pas compris, c'est qu'il veut me juger à travers ses illusions...

Du reste, l'homœopathie n'est pas en cause ; il ne s'agit pas de savoir si elle est vraie ou fausse, si ses moyens sont efficaces ou illusoires ; ce n'est donc pas cela que je viens débattre. J'ai eu l'honneur de vous dire que l'homœopathie constituait essentiellement la médecine ; je viens déterminer ma pensée pour qu'on ne s'y méprenne pas.....

Je reviens à l'indication posée par mon honorable collègue, car je crains de ne m'être pas suffisamment expliqué. Je ne puis admettre qu'il faille jamais provoquer des vomissements pour conjurer le choléra. Si, parfois, ils ont paru avantageux, c'est qu'on s'était servi de l'ipécacuanha pour les exciter, et alors ce n'était point le vomissement qui fournissait le succès, mais bien l'action modificatrice de l'agent employé. S'il en eût été autrement, tout vomitif eût donné les mêmes résultats ; or, les médecins qui ont eu recours à l'emploi du tartre émétique n'en ont retiré que des effets le plus souvent déplorables. Je dis que c'est comme modificateur spécial que l'ipécacuanha réussit : en voulez-vous la preuve, messieurs ? Donnez l'ipécacuanha à doses plus petites et qui ne fassent pas vomir, l'effet en sera plus constant et plus prompt.

M. Lebeau. A quelle dose?

M. Carlier. A doses qui ne font pas vomir. Quant au calomel, je prierai l'honorable M. Lombard de vouloir me dire à quelle fin il y a recours ; je crains de ne l'avoir pas compris.

M. Lombard. Je vous ai dit que je ne faisais pas de théorie. Je vous ai dit : Je ne marcherai qu'avec les faits, je ne consulterai que les faits, et je ne ferai pas de théorie. Je n'en ai pas fait, et c'est parce que je n'ai pas voulu en faire, que je n'ai marché qu'avec les faits, que, plein de l'indignation de ce que j'ai vu, à Liége, pratiquer homœopathiquement, je me suis laissé aller à mon sentiment hostile contre l'homœopathie.

Voilà tout ce que j'avais à dire.

Remarquez, messieurs, que M. Carlier ne juge la communication que j'ai eu l'honneur de vous faire qu'au point de vue homœopathique ; il part de ce principe, c'est en conformité de l'Organon de Hahnemann qu'il parle. Comment peut-il examiner une médecine allopathique homœopathiquement ? Nous sommes dans des routes si différentes, qu'il est impossible que nous nous rencontrions.

M. le Président : Plusieurs membres sont encore inscrits pour parler. Je vais consulter l'Assemblée à l'effet de savoir si elle entend continuer aujourd'hui la discussion, ou si elle veut la renvoyer à la séance prochaine.

L'Académie décide que la discussion sera continuée à la séance prochaine et figurera en tête de l'ordre du jour.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES SUR LE MANGANÈSE, DE SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET DE L'UTILITÉ DE SA PRÉSENCE DANS LE SANG; par J.-D. HANNON, docteur ès sciences physiques et naturelles, docteur en médecine, etc. — Broch. in-8°. — Bruxelles, 1849.

Deux faits importants observés par l'auteur de cette brochure forment la base de son travail. Le premier est l'analogie de composition qui existe entre le fer et le manganèse; le second, l'identité d'action physiologique de ces deux agents sur le sang, et partant l'analogie, sinon l'identité de leurs propriétés thérapeutiques. Les minéralogistes ont remarqué depuis longtemps que les métaux qui offrent entre eux beaucoup d'analogie sont presque toujours réunis dans les mêmes minerais; cette observation, M. Hannon l'a confirmée en particulier pour le fer et le manganèse qui se trouvent presque constamment mélangés dans leurs minerais, au point que l'on éprouve de la difficulté à obtenir des sels de manganèse exempts de fer et des sels de fer exempts de manganèse. Plus tard, un autre fait a également frappé l'attention de M. Hannon; il lui a paru que le fer, ce spécifique tant vanté contre la chlorose, était loin de la guérir toujours, pas plus qu'il ne guérissait les anémies dues au cancer, à la phthisie, aux suppurations longues et abondantes, etc. Il lui sembla évident, dès ce moment, que cela était dû à ce que le fer ne réparait pas dans ces circonstances le sang appauvri. Ce n'était pas le fer qui manquait au sang, c'était un autre élément; il s'agissait de déterminer lequel. M. Hannon a pensé que dans le sang le fer devait être uni au manganèse, comme cela se passait dans le règne inorganique, et que les anémies incurables par le fer devaient l'être par le manganèse. Telle est la série d'idées et d'observations qui a conduit M. Hannon à rechercher, d'une part quel pouvait être le rôle du manganèse dans l'économie, et d'autre part quels résultats thérapeutiques on pourrait attendre de son administration. C'est à l'exposition de ces deux ordres de résultats qu'est consacrée la brochure que vient de publier M. Hannon. D'après l'ordre naturel des faits, la recherche du fait physiologique semblait devoir précéder les expérimentations thérapeutiques, mais la logique médicale exigeait que les effets cliniques fussent d'abord constatés. Nous suivrons donc dans cette analyse l'ordre qu'a adopté l'auteur.

Huit observations choisies parmi celles, en beaucoup plus grand nombre, que possédait M. Hannon, viennent d'abord témoigner des bons effets de cet agent dans les diverses espèces de chlorose. Toutes les fois qu'il a eu à combattre l'anémie simple, le manganèse lui a paru agir mieux et plus vite que le fer; il l'a vu réussir où ce dernier métal était resté sans effets. L'auteur cite quatre formes d'anémies, qui toutes avaient résisté aux ferrigineux, et qui toutes ont cédé à l'emploi du manganèse. L'une d'elles comprend les anémies résultant d'un état cachectique général, la phthisie, le cancer, la scrofule, le syphilis. Il a vu le manganèse apporter un prompt soulagement dans tous ces cas. Chez une personne phthisique le teint s'est coloré et la toux a diminué, ce qui arrive rarement à la suite de l'administration du fer, qui a souvent, au contraire, l'inconvénient d'exaspérer la toux. Tous les scrofuleux soumis à l'iodure de manganèse en ont retiré des effets sensiblement plus avantageux que ceux que l'on observe à la suite du traitement par les préparations de fer et par l'iodure de potassium lui-même.

Tels sont les résultats sommaires consignés dans la première partie du travail de M. Hannon. Voici maintenant le résultat de ses recherches physiologiques.

La découverte du manganèse dans le sang, faite récemment par M. Millon, avait laissé quelques doutes dans l'esprit de quelques chimistes, les expériences ne leur ayant pas paru suffisamment entourées des précautions nécessaires pour prévenir toute cause d'erreur ou d'illusion; M. Hannon, à qui la chimie n'est pas moins familière que la médecine, s'est surtout attaché, dans ses analyses, à aller au-devant de toute objection de ce genre. Non-seulement il a constaté d'une manière constante la présence du manganèse dans le sang, mais il est arrivé encore à reconnaître que la quantité de manganèse varie parfois considérablement dans différentes affections. Ainsi il l'a trouvé en grande quantité dans le sang d'un homme pléthorique, d'un typhisé et d'un jeune homme atteint de syphilis constitutionnelle. Chez un scrofuleux, il en a trouvé moins, moins encore chez un tuberculeux, chez un anémique et chez plusieurs chlorotiques. Par contre, toutes les fois que l'emploi du manganèse a été couronné de succès, il a vu cet élément, qui auparavant faisait défaut, reprendre ses proportions dans les globules sanguins.

M. Hannon n'a pas borné là ses recherches. Avant d'expérimenter sur autrui, il a expérimenté sur lui-même. Il a commencé par prendre un grain de carbonate de manganèse par jour, augmentant graduellement la dose de manière à la porter jusqu'à 4 grains par jour au bout de la première semaine, et à 8 grains au bout de la seconde. Quinze jours de l'usage de cette substance suffirent pour lui faire éprouver ce sentiment de pléthore sanguine qu'amène à la longue le traitement par le fer.

Du concours de ces diverses expériences, M. Hannon s'est cru fondé à conclure que les préparations manganeuses doivent être placées sur la même ligne que les préparations martiales. « Ce que ne fait point le fer, dit-il, le manganèse le fera. » Ce sont deux agents dont l'action est analogue, mais non identique, qui peuvent non se remplacer, mais se substituer avec avantage l'un à l'autre, dans des circonstances encore indéterminées. C'est là un fait pratique important établi sur des observations et des expériences dont il ne paraît pas qu'on puisse contester la valeur. Mais dès qu'on arrive aux premières conséquences de ce fait, on se trouve arrêté par une difficulté que l'auteur s'est empressé de signaler lui-même, loin de la dissimuler; difficulté qui pourra disparaître devant des recherches ultérieures que l'auteur lui-même ou d'autres médecins ne manqueront pas sans doute d'accomplir, mais qui provisoirement condamnera les praticiens et les expérimentateurs à ne procéder que par la voie des tâtonnements. De deux choses l'une, dit l'auteur, ou c'est le fer ou c'est le manganèse qui manque dans les globules sanguins des chlorotiques. Dans l'un comme dans l'autre cas l'indication est on ne peut plus précise. Mais à quel signe reconnaît-on que c'est à l'absence du fer ou à l'absence du manganèse qu'est due l'anémie chlorotique? C'est ce qu'il est actuellement impossible de déterminer. Ce n'est que par des tâtonnements que l'on peut y arriver, et ce ne sera en général qu'après avoir préalablement employé le fer sans succès qu'on devra se croire autorisé à recourir à l'usage du manganèse. Cette incertitude sur l'indication spéciale de ces deux agents ne laissera pas que de nuire longtemps encore peut-être à l'adoption d'une médication qui paraît avoir cependant de sérieuses conditions d'avenir. Nous n'en appelons pas moins l'attention des praticiens sur le travail plein d'intérêt de M. Hannon, qui nous paraît destiné à doter la pratique médicale d'un agent thérapeutique puissant dont les propriétés n'avaient pas même été soupçonnées jusqu'ici.

— Par arrêté de M. le président de la République, M. Macé, ancien chirurgien militaire, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le ministre des travaux publics vient d'adresser à MM. les ingénieurs et architectes chargés de diriger les travaux publics du gouvernement, une circulaire pour leur recommander d'une manière spéciale l'exécution des mesures d'hygiène publiées par les conseils de salubrité.

— Le directeur de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris vient de publier la liste des personnes qui ont fait, pendant l'année 1848, des dons à divers établissements dépendants de l'administration, ainsi que les sommes données par chacune de ces personnes.

Le total des sommes données s'élève, savoir :

En rentes. . . . . à 700 fr.
En capitaux. . . . . à 231,411

— Le même fonctionnaire vient de décider que, pour prévenir les craintes d'insalubrité que pourrait inspirer l'accumulation des corps dans l'amphithéâtre de Clamart, les travaux anatomiques y seraient suspendus jusqu'à la fin du mois de juin.

Les corps des individus décédés seront transportés directement des hôpitaux et hospices au cimetière réservé pour cette administration.

— M. Rustan de Vérac, chirurgien aide-major à l'hôpital de Toulon, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

— Ceux de MM. les docteurs en médecine qui voudraient bien se mettre à la disposition de l'administration pour soigner les cholériques soit à Paris, soit dans les départements, sont priés de vouloir bien donner leurs noms à M. Amette, secrétaire général de la Faculté, chargé d'organiser le service.

— Monseigneur l'archevêque de Paris vient d'adresser à son clergé une nouvelle circulaire pour l'engager à exhorter les fidèles de leurs paroisses, non-seulement à la prière, mais aussi à la charité, spécialement en faveur des orphelins du choléra. Il dispense son diocèse de l'abstinence pendant tout le temps que durera l'épidémie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — DÉCROISSANCE RÉGULIÈRE DE L'ÉPIDÉMIE. — LA SUETTE ET SON TRAITEMENT. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — FILIATION DES SYMPTÔMES DU CHOLÉRA.

L'épidémie décroit régulièrement depuis l'abaissement de la température. Il suffit de jeter les yeux sur les chiffres de cette dernière semaine pour ne conserver aucun doute à cet égard.

	Mal. au 15 juin.	Augmentat. dans la semaine.	Morts au 15 juin.	Augment. dans la sem.	Mal. au 22 juin.	Augment. dans la sem.	Morts au 22 juin.	Augment. dans la sem.	Sortis.
La Salpêtrière	1591	239	1141	171	1675	84	1223	82	255
Hôtel-Dieu	1852	403	817	156	1933	81	882	65	876
La Charité	681	109	406	76	710	39	444	38	233
La Pitié	932	255	469	132	1018	86	541	72	364
Bicêtre	355	96	192	47	390	35	206	14	219
Saint-Louis	1058	236	509	124	1121	63	559	50	299
Beaujon	604	119	300	50	641	37	325	25	226
Hôpital des Enfants	133	36	62	20	143	10	69	7	64
Necker	311	57	155	43	328	17	166	11	136
Sainte-Marguerite	214	48	111	27	221	7	117	16	74
Saint-Antoine	249	64	142	52	265	16	151	9	87
Hôpital des Cliniques	43	7	30	3	49	6	35	1	8
Bon-Secours	239	56	116	19	255	16	131	15	59
Val-de-Grâce	926	293	249	67	1025	99	282	33	579
Gros-Caillou	874	150	314	62	904	30	357	43	500
Ménages	106	23	65	15	116	10	113	48	29
Cochin	165	52	76	32	179	14	84	8	83
Maison de santé	183	60	71	14	197	14	77	6	79
Invalides	109	21	70	15	109	»	70	»	18
Hôpital militaire du Roule	480	78	238	41	502	22	243	5	188
Enfants-Trouvés	»	»	»	»	1	1	1	1	»
Incurables (femmes)	21	3	16	1	43	22	40	24	6
Lourcine	98	67	51	38	129	31	62	11	30
La Rochefoucauld	5	»	3	»	5	»	3	»	»
Hôpit. milit. Popincourt	142	»	77	»	142	»	77	»	»
Incurables (hommes)	43	14	40	11	44	1	41	1	3
Sainte-Périne	11	4	6	1	12	1	6	»	3
Maison d'accouchement	3	»	1	»	3	»	1	»	»
Hôpital du Midi	2	»	1	»	2	»	1	»	»
Totaux	11430	2447	5728	1196	12161	731	6306	578	4418

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX ET DE LA VILLE.

DATES.	DÉCÈS à domicile.	hôpit. civils.	hôpit. milit.	TOTAUX.
14 juin	220	112	25	355
15 —	188	95	22	305
16 —	118	96	16	229
17 —	122	77	12	211
18 —	107	69	10	186
19 —	91	43	12	146
20 —	74	40	9	123
Totaux	920	442	104	1555

Mais il y a quelque chose de plus significatif encore : c'est la diminution de la gravité de la maladie elle-même. Les cas mortels sont beaucoup moins nombreux, la physionomie du mal est moins accusée. Ce fait est beaucoup plus significatif que la diminution du nombre des entrées. Cependant la décroissance modérée du nombre des décès semblerait au premier abord faire croire que la gravité de la maladie n'aurait pas décru dans la proportion du nombre des malades; mais nous l'avons fait remarquer plusieurs fois, le chiffre des décès est alimenté en grande partie par les malades d'une date antérieure; c'est, avons-nous dit, l'échéance d'une dette contractée antérieurement. Il en résulte que, même avec une diminution considérable dans la mortalité des dernières attaques, un chiffre élevé des décès pourrait exister et faire croire à une persistance de la gravité de la maladie. Il est donc bon de se prémunir contre cette méprise. Le véritable thermomètre de la décroissance de l'épidémie, c'est la diminution marquée du nombre des entrées dans les hôpitaux, coïncidant avec une atténuation des caractères de la maladie. Or c'est ce qui s'observe en ce moment de la manière la plus évidente.

A peine concevons-nous l'espoir d'être prochainement débarrassés du choléra, que voici la suette qui se montre épidémiquement dans un grand nombre de localités. Les départements de la Somme et de l'Aisne ont été fort maltraités. Plusieurs des départements du centre de la France en ont ressenti les atteintes. Prise à temps, et traitée convenablement, la suette n'offre aucun danger. L'ipécacuanha comme vomitif, voilà le spécifique de la suette.

— Pendant que notre Académie de médecine se prépare à une discussion approfondie sur le choléra, nous ne pouvons mieux faire que d'appeler l'attention de nos lecteurs sur celle qui a lieu en ce moment à l'Académie de médecine de Belgique, où les questions soulevées par l'épidémie sont agitées, sinon résolues, avec une grande distinction. L'opposition qui s'est

Feuilleton.

DU PROGRÈS INTELLECTUEL DANS SES RAPPORTS AVEC LA GRANDEUR ET LA DÉCADENCE DE L'ART CULINAIRE.

(Troisième article. — Voir les numéros des 7 octobre et 11 novembre 1848.)

Les lecteurs fidèles et assidus de la GAZETTE n'ont pas sans doute oublié, malgré le temps qui s'est écoulé depuis le dernier article, l'intéressante question que j'avais entrepris de traiter. L'étude du progrès intellectuel, dans ses rapports avec l'état de l'art culinaire, avec ses changements, ses vicissitudes, ses progrès, sa décadence, ne peut manquer de donner lieu à de curieux aperçus, et même à d'utiles incursions dans le domaine de la physiologie. Je crois être parvenu à faire partager cette opinion dans mes premiers articles; j'ambitionne le même succès pour ceux qui se succéderont rapidement, je l'espère, si aucun obstacle imprévu ne vient paralyser mon bon vouloir.

J'en étais à la race romaine; en fouillant l'histoire de ce peuple, qui, après être resté si longtemps dans le calme et le repos, vient d'entrer dans une période d'agitation, j'ai montré que l'alimentation avait changé ses caractères physiques. La race du temps des rois de Rome n'était plus celle de l'époque des empereurs. Dans les siècles les plus rapprochés de la fondation, un régime sévère, joint à une activité constante, entretenait les corps dans des conditions de force et d'harmonie qui protégeaient en quelque sorte le caractère primitif de la race. Plus tard les mœurs changèrent si profondément sous l'influence des coutumes grecques, et surtout sous celle de la table, qui subit une complète révolution, que les derniers Romains ne ressemblaient plus à leurs ancêtres. L'indolence avait remplacé cette activité conservatrice de la santé, de la vigueur musculaire et de la forme physiologique. Au lieu de ces tailles droites et fermes, de ces ports nobles et hardis à la fois de l'ancienne population, Rome ne comptait que des corps affaissés et alourdis par l'embonpoint, dont le regard ne révélait plus aucune énergie. Cet affaissement du corps devait assurément entraîner de fâcheuses conséquences pour l'activité de l'esprit. Mais qu'on ne s'y trompe pas : cette surexcitation, entretenue dans le cerveau par le luxe dont s'entourèrent les maîtres du monde, par les vins fins et alcooliques dont leurs tables étaient couvertes, par les plats délicatement composés que l'artiste créait chaque jour pour eux, par les émanations d'eaux parfumées et de fleurs qui imprégnaient l'air attiédi des salles tricliniaires, cette surexcitation, dis-je, communiqua tout d'abord aux intelligences une action et surtout des tendances qu'elles n'avaient pas montrées jusqu'alors.

C'est précisément cette question que j'ai à traiter pour terminer ce qu'il me reste à dire sur la race romaine L'influence de la révolution gastronomique sur l'état et la direction des esprits est certainement la plus intéressante de toutes celles qui s'offrent à la pensée du physiologiste et de l'historien.

La littérature romaine n'existait pas en quelque sorte dans les temps de la

manifestée entre plusieurs membres n'a fait que mieux mettre en relief les points qui ont été éclairés et ceux qui demandent à l'être Nous allons les résumer et les soumettre nous-mêmes à quelques remarques.

M. Lombard a ouvert le débat par une lecture pleine de vues originales sur la succession des symptômes du choléra (1). Cherchons d'abord à faire comprendre la véritable signification du point traité par M. Lombard.

Nous ne savons rien de la cause spécifique du choléra. Mais une fois introduite dans l'économie, elle y produit des phénomènes qu'il importe de connaître dans leur filiation ou mode de succession; car l'organisme est ainsi fait qu'une fois impressionné, affecté par une cause morbide, il produit à son tour une série d'actes pathologiques qui sont dépendants les uns des autres, et sont la conséquence d'une lésion primitive L'ensemble de ces actes, considérés dans toutes les maladies, constitue la véritable physiologie pathologique; en d'autres termes, c'est la fonctionalité s'exécutant dans les conditions et sous l'influence d'une lésion préalable de l'organisme. Or quelle est dans la pathogénie du choléra le point de départ des phénomènes de physiologie pathologique, ou des symptômes du choléra. Importante question d'abord : car, ainsi que l'a très-bien fait remarquer le savant professeur de Liége, de sa solution découlent les plus utiles applications thérapeutiques. Tous les médecins savent, en effet, qu'après l'intoxication initiale, les altérations matérielles consécutives constituent dans la maladie une seconde maladie non moins grave que la première. Cela est si vrai, et nous ajouterons si indispensable à noter, qu'à supposer qu'on parvînt à expulser ou neutraliser le poison cholérique, après quelque temps de son introduction dans l'économie, il y aurait à combattre les effets de l'intoxication, devenus cause à leur tour de la maladie secondaire et de la mort. Ce second ordre de phénomènes constitue donc un second ordre d'indications à remplir dans le traitement du choléra. Tels sont les phénomènes de la coagulation du sang, de l'arrêt de la circulation, des congestions cérébrales, de l'état typhoïde, etc., et telle est l'importance de cette distinction, qu'un de nos éminents confrères, M. Rayer, nous disait dès les premiers jours de l'épidémie, que le danger du choléra était peut-être moins dans la période algide que dans les accidents consécutifs à la réaction. On avait d'abord cru que l'indication capitale était d'obtenir la réaction à tout prix. On n'a pas tardé à voir que ce n'était que reculer la difficulté. La véritable thérapeutique du choléra est donc celle qui prévoit dès l'origine la série des altérations, c'est-à-dire des indications liées à l'évolution de la maladie. Voilà ce qui a justement préoccupé M. Lombard, comme cela avait préoccupé dès l'abord M. Rayer.

La première remarque de M. Lombard est celle-ci : Il est généralement admis que l'exhalation gastro-intestinale, si considérable dans le choléra, détermine la coagulation du sang et son arrêt dans le système veineux, en le dépouillant de son eau, de son albumine et de ses sels; de là, comme effet tertiaire, l'algidité, la cyanose, les symptômes nerveux et l'asphyxie. Pour que cette doctrine fût vraie, il faudrait qu'avant la coagulation du sang et la cyanose, il y eût toujours des pertes de liquide, et que ces pertes fussent en quantité proportionnée aux résultats qu'on lui attribue. Or l'observation montre qu'il y a un certain nombre de choléras algides, bleus, sans évacuation aucune; qu'il y en a beaucoup d'autres où les évacuations ont été insignifiantes, et dans les deux ordres de faits, la coagulation du sang, son arrêt dans les vaisseaux, la faiblesse des battements du cœur ont été très-marqués : donc ces phénomènes sont primitifs et indépendants des évacuations. M. Lombard ajoute qu'il y a des cas où les déjections sont survenues seulement dans la période cyanique. La première conséquence de ce fait est celle-ci : la gravité du mal ne peut donc plus être considérée comme en raison des évacuations, et l'indication thérapeutique, inspirée par cette opinion, laquelle consiste à supprimer à tout prix les évacuations, et surtout à proscrire les moyens qui les produisent ou les augmentent, cette indication, disons-nous, doit donc subir le sort de son principe, c'est-à-dire perdre toute l'importance qu'il perd. Nous nous abstenons de rappeler ici toutes les conséquences de ce point de vue. Nos lecteurs les retrouveront dans le travail même de M. Lombard.

Si le savant professeur de Liége s'était borné à l'œuvre critique que nous venons de résumer, nous n'aurions qu'à le féliciter; mais malheureusement, après avoir détruit, il a cherché à édifier; et, nous devons le reconnaître, il est lui-même tombé, en substituant une nouvelle doctrine à celle qu'il a renversée, dans des méprises d'observation analogues à celles qu'il avait si bien signalées.

Pour M. Lombard, la cause morbide frappe d'abord la circulation, et le premier fait saisissable de l'empoisonnement cholérique est le phénomène de la coagulation du sang.

Cette doctrine, quoique plus directement d'accord avec les faits immédiats et extérieurs de la maladie, n'est elle-même qu'un système établi à l'exclusion d'autres faits moins apparents, mais non moins indispensables à considérer dans l'étude pathogénique du choléra.

Et d'abord, M. Spring a fait remarquer avec raison qu'il n'y avait pas de véritable coagulation du sang dans le choléra, ce que M. Lombard n'a nullement contesté, mais une altération *sui generis*, que nous proposerons, nous, de désigner sous le nom de *poissement du sang*. M. Spring suppose que cet état est dû à l'absence d'hématose, et par suite à la surabondance du carbone dans le sang veineux : d'où la cyanose. Cette opinion aurait besoin d'être mieux établie; cependant elle nous paraît probable. Mais ce n'est pas en ceci que pèche la doctrine de M. Lombard.

Localiser dès son début l'action toxique du choléra sur la circulation, c'est, suivant nous, prendre les faits à une période secondaire de leur évolution, c'est méconnaître une partie des phénomènes de leur première période, et finalement ne tenir aucun compte d'un certain nombre de faits directement contraires à cette doctrine.

Pour établir que la cause cholérique frappe d'abord et avant tout la circulation, M. Lombard a été obligé de n'admettre comme choléra que les cas où se trouvent réunis l'algidité et la cyanose. Ainsi que l'a très-bien fait remarquer M Carlier, il a établi son type cholérique sur l'exception. Or il est bien démontré aujourd'hui que, dans l'immense majorité des cas, la maladie débute par une période d'incubation ou prodromique, qui, pour ne rien offrir encore d'analogue avec la cyanose et l'algidité, n'en constitue pas moins la première traduction de l'influence cholérique. Or, dans cette première période, que voit-on qui se rapporte au système circulatoire? Un ralentissement et un affaiblissement du pouls? Cela arrive quelquefois. Mais que de fois aussi l'embarras gastrique, la diarrhée, les borborygmes, les crampes, les vertiges précèdent tout changement dans l'acte circulatoire. Et puis, dans les cas où il y aurait coïncidence entre tous ces phénomènes, quelle liaison étiologique existerait-il entre le prétendu trouble

(1) Voir Gazette Médicale, numéro du 16 juin.

---

république où la sévérité des mœurs et la simplicité des habitudes régnaient presque sans exception. Quand la conquête eut multiplié les connaissances et que le goût se fut développé, l'amour de l'art commença à se montrer avec celui de la littérature. Mais cet amour de l'art ne pouvait consister seulement dans cette admiration profondément sentie que provoque la vue d'un beau tableau ou d'une œuvre analogue. Sous le règne du polythéisme, on aimait, on recherchait les jouissances qui parlaient plus au corps qu'à l'esprit, plus aux sensations d'un ordre inférieur qu'aux facultés élevées. A ce compte, la gastronomie devait occuper une grande place; elle fut en effet la bien venue à Rome. Si les riches ouvrirent les portes de leurs splendides demeures aux ciseleurs, aux musiciens et aux statuaires de la Grèce, ils les ouvrirent encore avec plus d'empressement à cette classe d'artistes qui porte le nom vulgaire de cuisiniers. L'importance de la gastronomie romaine se manifeste à chaque feuillet d'histoire qu'on tourne. Les satiriques comme les historiens, les poëtes comme les rhéteurs, ne manquent jamais de mentionner quelque événement ou quelque trait de mœurs qui s'y rapporte; il est rare de voir plus d'accord.

Ces traces ne seraient pas si nombreuses qu'on pourrait se faire une idée du rôle de cette gastronomie ancienne par la destination ordinaire des produits de l'art. Les salles à manger n'étaient pas, dans l'habitation, un accessoire de médiocre importance Aujourd'hui on sacrifie tout au salon où on cause; sous les Romains, le sacrifice était fait en faveur de la salle où le maître donnait à manger. Ces salles d'été ou d'hiver, car les plus riches en avaient pour chaque saison, les unes ouvertes sur d'immenses jardins et dont l'atmosphère était rafraîchie par des jets d'eau, les autres fermées et couvertes sur toutes leurs parois d'épaisses draperies, ces salles réunissaient en effet les plus beaux objets de tous ceux qui formaient l'ameublement et la richesse de la maison. Là se trouvaient les coupes les plus délicatement taillées, les statues les plus belles, les tissus les plus moelleux. Les pavés présentaient aux regards les mosaïques les plus fines; les murs, les fresques des meilleurs pinceaux. La cuisine devait se montrer digne assurément des artistes qui avaient concouru à la décoration. Une telle mise en scène aurait formé un cadre beaucoup trop brillant pour des dîners médiocres.

Cette époque de luxe et de jouissance gastronomique ne fut pas celle des moralistes; elle fit de grands écrivains et des écrivains pleins de verve et d'esprit. Je ne hasarde qu'avec timidité les noms de Cicéron et de Pline, tous les deux esprits sérieux et avides de connaître, paraissant plus curieux de penser et d'écrire, que de savourer les délices de la digestion. Mais les détails de l'existence de ces deux hommes prouvent qu'ils connaissaient le luxe et savaient parfaitement le pratiquer pour eux comme pour leurs amis. Cicéron avait des maisons de campagne sur tous les points de l'Italie. Il en possédait sur la côte de Baïes, près de Gaëte, et sur les collines qui dominent la campagne romaine. Pline n'était pas moins opulent que Cicéron; il possédait, outre ses habitations de l'Italie méridionale, sa *Pliniana*, près d'Ostie, et celles qu'il avait élevées sur le lac de Côme, dont le nom caractéristique nous est resté. Il avait nommé l'une la *tragédie*, pour le pittoresque de sa position, et l'autre la *comédie*, pour la grâce du site où elle était construite. Ces deux grands hommes eussent été bien égoïstes s'ils n'avaient possédé ces campagnes que pour leur propre satisfaction, et pour s'y retirer loin des bruyantes affaires de Rome. Ils savaient les

initial de la circulation, les crampes et la diarrhée ? M. Lombard, il est vrai, est très-disposé à faire de la période prodromique du choléra une affection à part et différente du choléra lui-même ; il donnerait volontiers à l'ensemble des phénomènes précurseurs le nom d'*influenza;* mais cette dénomination ne trahit-elle pas elle-même la communauté d'origine des deux ordres de faits, et n'est-elle pas un acquiescement tacite à la doctrine qu'il repousse uniquement parce qu'elle contrarie son système ? Il faut bien le reconnaître, l'idée de faire commencer le choléra au trouble de la circulation n'est soutenable qu'à la condition de supprimer la première période de la maladie ou au moins une partie notable de cette période. Avant d'aller plus loin, faisons remarquer que, soit préoccupation, soit insuffisance de précision dans la constatation des faits, M. Lombard donne à entendre que la période prodromique serait loin d'avoir été aussi constante que nous avons cherché à l'établir. Déjà M. Carlier a suffisamment maintenu l'autorité de l'observation générale, que nous pouvons dire aujourd'hui, en toute certitude, contraire aux doutes exprimés par l'honorable médecin de Liége. Nous montrerons bientôt en effet que l'observation appliquée rigoureusement, c'est-à-dire avec toutes les précautions désirables, pour arriver à reconnaître la vérité, à travers toutes les chances d'erreurs et de méprises qui l'entourent, montre que, dans toutes les épidémies de choléra, à toutes les phases de chacune d'elles, même aux périodes les plus violentes de l'épidémie de Paris, en 1849 comme en 1832, la loi de la période prodromique n'a jamais offert que de très-faibles écarts ou exceptions. Il faut donc accepter aujourd'hui cette vérité comme un fait, et comme un fait dont la signification étiologique et l'importance thérapeutique ne saurait plus être contestée. A ceux qui, comme M. Lombard, seraient encore tentés de jeter quelque doute sur la filiation étiologique qui existe entre la période prodromique et le choléra confirmé, nous répondrons, avec M. Carlier, que « les phénomènes de la première forment un ensemble complet, un état pathologique qui ne diffère » du choléra que pour l'intensité et la gravité, et que ces deux termes se » lient par tous les points et d'une façon si intime, que souvent le passage de l'un à l'autre est instantané, et apparaît comme une suite nécessaire de la tendance du mal. »

Mais il y a des faits d'un ordre plus direct et plus extérieur qui contredisent complétement la théorie de M. Lombard : ces faits sont ceux où la sidération de la vie est si profonde et si rapide que la mort arrive presque sans symptômes, presque sans algidité ni cyanose. Ces faits n'ont été notés que pendant la période la plus intense de l'épidémie, dans les premiers jours de ce mois. Il se peut que l'épidémie de Liége n'en ait pas révélé de semblables ; mais à Paris, dans les premiers jours de juin, on a constaté plusieurs cas de ce genre. Or, pour être rares, ils n'en sont que plus significatifs ; ils montrent évidemment que le poison cholérique, à son summum d'intensité, frappe plus haut et plus vite que sur la circulation. Dans les cas ordinaires, l'organisme a le temps de manifester ses altérations secondaires ou réactives ; mais dans ces cas mêmes, une observation plus attentive et plus profonde parviendra à saisir les premiers effets de l'empoisonnement cholérique sur les moteurs les plus élevés et les plus délicats de l'organisme : nous voulons parler du système nerveux. Pour ne pas tomber dans le même écueil que M. Lombard, nous n'oserions affirmer que le système nerveux fût le premier chaînon organique impressionné par le choléra ; mais nous dirons au moins que l'observation, dans l'état actuel de la science, ne saurait remonter plus haut, et que la manifestation sensible, objective, du choléra n'a rien offert jusqu'ici qui permette à l'esprit d'aller au delà. Notre conclusion sur ce point de pathogénie cholérique est donc :

1° Que, comme M. Lombard l'a parfaitement démontré, l'état de poissement du sang, l'arrêt de la circulation et la cyanose ne dépendent nullement de l'hypersécrétion gastro-intestinale ;

2° Que l'altération cholérique initiale n'est pas non plus, comme a cherché à l'établir M. Lombard, une altération du système circulatoire.

La discussion de l'Académie de Belgique, discussion que nous qualifierons volontiers de sérieuse et de brillante, a soulevé d'autres questions importantes sur la pathogénie et le traitement du choléra ; on en trouvera l'exposé au compte rendu des séances. Nous en continuerons l'examen dans notre prochain numéro.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE STATISTIQUE ET THÉORIQUE SUR LES ALTERNATIVES QUOTIDIENNES D'AUGMENTATION ET DE DIMINUTION DU VOLUME DES RATES ENGORGÉES PENDANT LES FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. F.-Aug. Durand (de Lunel), médecin ordinaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

L'expérience et l'observation cliniques sont des bases essentielles de la médecine ; mais celle-ci mériterait à peine le titre de science et ne serait guère qu'un art incomplet, si elle ne prenait aussi son appui sur la physiologie dite médicale. On n'a pas tout fait en médecine pratique quand on a donné un nom de maladie à tel appareil symptomatique, et puis que l'on a constaté contre celui-ci l'efficacité d'un remède ; le médecin doit encore s'enquérir avec le plus grand soin des causes morbides, des modifications intimes qu'elles ont imprimées à l'organisme sain, et enfin des modifications intimes qu'ont à imprimer à celui-ci, devenu malade, les moyens médicateurs. Quand il a recherché et trouvé cela, ce n'est plus alors le signe souvent trompeur de la maladie, c'est son essence et souvent même son imminence qu'il a le bonheur d'attaquer ; ce n'est plus alors un ou plusieurs moyens empiriques que, dans cette attaque, il emploie, non, c'est un ensemble rationel de moyens que viennent souvent lui suggérer, en dehors même des indications de l'expérience routinière, et la notion de la cause et celle de la modification essentielle qu'elle a provoquée dans l'économie animale. Telle est la médecine, ou du moins telle elle doit être.

C'est l'esprit pénétré de cette grande vérité que j'ai déjà essayé, d'après mes faibles moyens, d'élucider la physiologie des fièvres intermittentes, de ces fièvres qui dominent la pathologie de la moitié du globe terrestre. En un sujet aussi difficile, je suis loin d'avoir prétendu à la détermination du vrai absolu. Mon système de preuves, quels que soient leur nombre et leur coordination, est peut-être insuffisant pour l'œil du sceptique ; mais je suis entré dans une nouvelle voie, qui s'est éclairée pour moi de la lueur de quelques vérités encourageantes. Je dois donc la poursuivre, et faire des appels incessants aux faits qui peuvent la rendre plus sûre et plus claire encore. Aussi c'est le résultat d'un nouvel appel de ce genre que je présente dans ce travail, qui, du reste, me paraît propre à jeter encore quelques clartés sur d'autres points obscurs de la physiologie.

---

remplir d'amis, de clients, de disciples ou d'admirateurs. Or, si la conversation était souvent sérieuse chez ces hommes graves, il est probable que celles autrement bruyantes et gaies des salles tricliniaires avaient aussi leur tour. Je ne dirai rien de plus de Pline ; mais Cicéron, ce grave personnage du sénat romain, s'était fait une mauvaise querelle avec ses amis les plus austères pour avoir fait construire une retraite brillante, dans le lieu le plus renommé (le littoral de Baïa) pour la dissipation des mœurs et la culture de l'estomac. Ce n'est pas médire du vieux Pline, et encore moins du grand orateur, que de dire que, loin de réagir contre les coutumes de leur temps, ils se laissaient aller doucement à leur influence.

Je ne veux pas établir pour cela, que leur talent à l'un et à l'autre fût directement le fruit des conditions d'existence qui les entouraient, vie de luxe et de satisfactions qui leur permettait d'avoir tous les désirs. Mais il est probable que Pline n'aurait pas écrit tant de pages et d'aussi curieuses sur l'histoire naturelle et les produits animaux ou végétaux de tous les pays connus de son temps, s'il ne les avait pas étudiés de plus d'une manière. Certainement, l'observateur nous eût légué une moins riche récolte, s'il n'avait joint aux voyages et aux paisibles méditations de la retraite, les expériences de la salle à manger. Quant à Cicéron, cet orateur divin, pompeux, il est à peine besoin de faire observer qu'à la lecture de ses œuvres, on surprend le secret de l'élégance de sa vie. Peut-être n'était-il pas gourmand, et aimait-il moins les jouissances de la table que les occupations et les luttes du forum. Quoi qu'il en soit de cela, on reconnaît que si son existence avait été simple et frugale, sa plume n'aurait pas tracé ces périodes arrondies, ces phrases grasses (je demande pardon pour l'épithète) bien faites pour exciter l'admiration de la postérité et propres surtout à dévoiler quelques-uns des mystères des habitudes de l'auteur. L'art culinaire n'est donc pas un art à dédaigner même au point de vue intellectuel ; il sert à quelque chose, et ses services peuvent être tels que, loin de faire obstacle au progrès, ils comptent au nombre des conditions qui le développent. Les deux esprits sérieux que je viens de parler, Pline et Cicéron, méritent à peine de servir d'exemples ; il en est d'autres chez qui la cause suit de très-près l'effet, et auxquels reviennent directement les honneurs de la préséance. Ce sont ceux-là qui doivent nous occuper.

Le premier nom, celui qui se présente tout d'abord à la pensée, c'est celui d'Horace. Les délices de la gastronomie respirent dans chacun de ses vers. Ici il se réjouit de pouvoir sabler le Falerne, le vieux Falerne qui remonte à plusieurs consulats, sous de beaux et frais ombrages ; plus loin, il énumère avec complaisance les plaisirs de la table et ceux qui s'y mêlent pour en doubler le prix ; il chante dans d'autres endroits l'odeur de ces roses de Pœstum qui couvrent les lits des convives, ceignent leurs fronts et couronnent leurs coupes ; et dans bien des odes, il se dérange de son enthousiasme amoureux ou bachique, pour remercier l'excellent Mécène de lui avoir fait de si doux loisirs en lui donnant de charmantes maisons et le gratifiant d'abondantes sesterces. Horace, ce charmant viveur, ce flâneur de la voie sacrée, *Ibam forte via sacrâ*, n'est que le chef de cette nombreuse pleïade de poëtes libres, heureux, gais, s'endormant dans le présent, fermant les yeux à l'avenir, qui se succédèrent depuis Auguste jusqu'aux dernières années de la décadence. Aucun ne l'égale pour la facilité et l'élégance de la forme, et la délicatesse de la pensée. Mais quel que

La nouvelle théorie des fièvres intermittentes des marais dont je suis l'auteur a été exposée, il y a déjà deux ans, dans la GAZETTE MÉDICALE (1); je dois en reproduire un résumé succinct pour mieux faire saisir ses rapports avec l'objet de ce mémoire.

1° Les influences atmosphériques propres à la saison chaude, surtout quand elles coïncident avec l'humidité des contrées marécageuses, ont à diminuer de longue main la tonicité de l'appareil vasculaire sanguin, et à réveiller d'autant l'excitabilité de l'appareil nerveux cérébro-spinal.

2° Les miasmes de nature végéto-animale, matières putrides à produits primitivement acides et électro-négatifs, ont à exercer directement la même action sédative sur tout le système sanguin, et par cela seul encore à favoriser l'excitabilité nerveuse. Par tout ceci se trouve pour le moins constituée l'imminence de la fièvre intermittente; mais de plus, mis en contact avec le tissu de la rate, réservoir de sang spongieux et très-peu impressionnable, les miasmes la font engorger passivement, et y subissent une certaine stase qui devient éminemment favorable à leur mouvement naturel de fermentation.

3° A un certain degré d'action des causes énumérées, l'accès peut avoir lieu, d'un côté, traduisant la sédation sanguine par le refroidissement général violent, et de l'autre, traduisant l'excitation cérébro-spinale par la vive et courte réaction qui suit le refroidissement et par divers phénomènes nerveux.

4° L'accès peut avoir lieu quelquefois dès l'introduction du miasme, c'est-à-dire sans que celui-ci se soit préalablement élaboré dans l'organisme, qu'il affecte alors d'emblée par une vive impression générale. Mais avant ou après un premier accès, ce miasme peut continuer et étendre son mouvement de fermentation dans tout le système sanguin et notamment dans la rate, et alors pouvoir provoquer, plus ou moins de temps après son introduction dans l'organisme, un premier ou de nouveaux accès.

5° Si la rate est infectée, tout mouvement d'expansion l'intéressant peut en chasser en effet de la matière infectieuse, et la répandre de là dans le reste des voies circulatoires pour y provoquer la modification morbide générale qui se révèle par l'accès.

6° En fait, les influences diurnes provoquent, dans l'économie en général et dans la rate en particulier, un mouvement d'expansion, et c'est précisément pendant la durée de ces influences qu'ont généralement lieu les accès de fièvre.

7° Les moyens thérapeutiques les plus efficaces contre ces maladies sont et ont dû être, d'un côté, des médicaments toniques et antiseptiques, tels que le quinquina, les sels de quinine et les amers, et, de l'autre, des médicaments évacuants de la partie séreuse du sang, c'est-à-dire de la partie aqueuse de ce fluide qui tient en suspension les matières putrides introduites: tels sont les vomitifs, les purgatifs, les laxatifs, les diaphorétiques, etc. Il faut, après une première série d'accès, fréquemment revenir à ces moyens médicateurs pour annihiler des germes infectieux qui persistent longtemps dans l'économie et notamment dans la rate engorgée, qui continuent à s'y élaborer, et qui dès lors tiennent sans cesse l'individu exposé à de nouvelles rechutes de fièvre.

En publiant cette théorie, il m'a semblé qu'elle répondait à la plupart des faits relatifs aux fièvres intermittentes, et de plus à la plupart des conceptions bibliographiques déjà produites à leur sujet. Mais si le passé de la science physiologique nous a prouvé combien il faut se méfier des théories les plus séduisantes, j'ai dû me promettre, je le répète, après avoir publié la mienne, de la consolider subséquemment par tous les moyens que pourraient me fournir, dans ma carrière médicale, et l'expérience et l'observation. Voici donc de nouveaux faits; je les enregistre et je les groupe, mais de plus, non content de cela, j'en recherche la causalité propre, et cela non-seulement pour leur trouver une nouvelle confirmation dans l'induction philosophique, mais encore pour remonter le plus haut possible dans la causalité même de l'intermittence des fièvres, ce qui est le but de mes efforts.

Ainsi je divise ce mémoire en deux paragraphes, l'un clinique, sur lequel je fonde une statistique complète des faits d'observation relatifs aux oscillations nycthémérales du volume des rates engorgées; l'autre théorique, relatif à la physiologie de ces mêmes faits.

§ I. — EXPOSÉ DES FAITS.

On le sait, lorsque, dans ma théorie des fièvres intermittentes, j'ai pris mon point d'appui sur les statistiques médicales, j'ai invoqué celles de M. Maillot et de M. Finot concernant les heures du nycthéméron où apparaissent de préférence les accès, que M. R. Faure avait déjà annoncé se présenter presque constamment pendant le jour. Mais j'ai voulu vérifier par moi-même les faits annoncés par ces auteurs, et j'ai eu bientôt à produire le résultat de nombreuses observations les confirmant. J'ai vu, en effet, à Ténès, avec M. Eug. Leclerc, que, sur 1,545 cas réguliers de fièvre intermittente observés pendant le deuxième semestre de 1845, 1,195 cas présentaient leurs accès aux heures de jour, 119 cas aux heures de crépuscule et 231 cas aux heures de nuit; ce qui établissait un rapport des accès diurnes aux accès nocturnes : : 5 : 1. Depuis lors plusieurs milliers d'autres cas que j'ai observés et notés sont venus de plus en plus confirmer, à mes yeux, l'importante loi découverte par M. R. Faure, loi que je crois, du reste, si parfaitement établie aujourd'hui que je ne fais simplement que la rappeler ici dans le but de ce mémoire, m'abstenant de produire les résultats nouveaux de mon observation.

Après avoir fait ressortir ces faits de statistique, j'en annonçai de nouveaux qui m'étaient entièrement propres, relatifs aux heures du nychémeron où les rates engorgées pendant les fièvres intermittentes présentent leur *maximum* et leur *minimum* d'engorgement. D'après mes observations en Afrique, le *maximum* se présentait pendant la nuit et le *minimum* pendant le jour. Mais sur cette question, je n'avais ni étendu ni régularisé ma statistique, dans laquelle il fallait, selon moi, comprendre tous les faits d'engorgement apparaissant dans mon service pendant les douze mois consécutifs d'une année; on verra bientôt pourquoi: dès lors, pour des faits d'une pareille importance, d'une importance telle qu'ils devenaient des fondements matériels de ma doctrine des fièvres intermittentes, je n'ai pas hésité à m'assurer d'une complète vérification et je l'ai en effet terminée à l'hôpital militaire de Ténès, de manière à pouvoir émettre, sur les variations des engorgements spléniques, une statistique prête à répondre à toutes les circonstances périodiques naturelles des nychémerons, des mois et des saisons.

Il s'agissait de constater jour par jour, et matin et soir, quel était le volume des rates, ou du moins la longueur de ces organes, quand ils étaient assez engorgés, à la suite d'accès de fièvre intermittente, pour dépasser par leur extrémité inférieure le bord inférieur du thorax. Eh bien! depuis le

(1) GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, année 1847, n° 5, 30 janvier, p. 82.

---

soit celui que l'on cite jusqu'à Properce et Columelle, le premier plus rêveur, le second plus didactique, tous se ressemblent par un point. Leur philosophie est celle du plaisir, leur penchant le plus marqué celui de la bonne chère, et lorsque leur vers s'égaye et que leur poésie petille, c'est en rappelant de gastronomiques souvenirs. Ces poëtes eussent-ils jeûné ou remplacé le Falerne capiteux par de l'eau claire, leur verve ne se fût pas allumée ou du moins se fût bientôt éteinte. C'est grâce à l'abondance de leur maison, à la joie de leurs salles tricliniaires souvent pleines de joyeux amis, qu'ils se sont fait une place dans l'histoire de la poésie. Sans l'art culinaire, dont le progrès était alors poussé très-loin, Rome n'aurait pas eu de si aimables poëtes.

Virgile même, ce Racine de la période romaine, n'eût pas enrichi la langue classique d'une œuvre si belle, si ses vers payés au poids de l'or, n'avaient fait régner le bien-être dans sa maison. Peut-être, dira-t-on, ne se servait-il pas de cet or pour vivre de la vie des opulents et des voluptueux. Erreur! Il y a trop d'élégance dans ses productions, trop de grâce dans leur forme pour qu'il ne l'ait pas puisée auprès de ces grandes existences qu'on ne trouvait pas comme aujourd'hui dans les salons, mais dans les salles à manger.

Au-dessus de ces figures gracieuses ou riantes, il y en a deux qui tranchent vigoureusement par la différence de leur expression. Sévères et graves comme l'histoire et la haute satire, ces deux figures sont celles de Tacite et de Juvénal. L'historien n'appartenait pas aux mœurs, aux coutumes du siècle. C'était un homme des temps antiques, isolé au milieu des hommes des temps nouveaux, où il semblait placé par une force mystérieuse et sublime pour les apprécier et les flétrir. S'il a jamais assisté à des repas somptueux ou à des orgies, il y était surtout en observateur. Si on le voyait quelquefois parcourir dans de sombres vêtements les rues de la ville impériale, il restait ordinairement renfermé au fond de la maison, assis devant ses tablettes et traçant son œuvre immortelle. Aussi ses écrits sont fermes comme son caractère, austères comme sa vie, simples et grands comme ses habitudes. Mais Juvénal est loin de montrer un semblable jugement. Il est trop mordant, trop plein de fiel pour qu'il n'y ait pas quelque amertume dans son âme. On peut croire assurément qu'il avait eu à se plaindre de la société, et que peut-être il regrettait une haute place dans cette vie sensuelle qu'il maudissait de loin et qu'il eût sans doute autrement jugée de près. La satire terrible contre le parasitisme en est la preuve. Avait-il été repoussé de la table d'un grand? et ses poétiques invectives ne seraient-elles que la vengeance d'un orgueil profondément froissé? Il est rare que le fiel des satiriques vienne d'un excès de vertu. Peut-être Juvénal n'aimait-il pas les bons repas pour la même raison qui faisait de Boileau l'ennemi des femmes.

Toute impulsion a ses excès si une bonne et juste réaction n'en vient corriger le développement. C'est ce qui arriva bientôt. Même sous les premiers empereurs, les estomacs s'appliquèrent tellement aux jouissances de la table que l'intelligence dut en souffrir. Le temps qu'on met à la digestion est perdu pour la pensée. A cette époque, les forces gastriques étaient toujours en jeu; on avait outre-passé les bornes de cette modération gastronomique qui imprime au cerveau une féconde et salutaire excitation. En buvant à flots le Falerne, en se gorgeant de mets épicés, l'obésité ne tarda pas longtemps à peser sur eux; l'activité de l'esprit fut étouffée sous ce régime. Aussi tous ces poëtes charmants et légers disparaissent ou deviennent de plus en plus rares. La décadence de l'intelligence marche de front

1er juin 1846 jusqu'au 31 mai 1847, j'ai mesuré l'organe splénique sur tous les malades de mon service qui m'ont présenté cette condition d'engorgement, et j'ai eu ainsi l'occasion de faire, après 4,352 opérations de mensuration, 2,176 comparaisons régulières entre les résultats obtenus le matin, de six à huit heures, et ceux obtenus le soir, de trois à quatre heures. Voici comment je procédais chaque fois.

Le malade étant couché sur le dos, mais un peu penché sur le côté droit, la tête étant renversée, le bras gauche étant écarté du tronc et les jambes étant un peu fléchies, je m'assurais d'abord, par la palpation et par la plessimétrie du point de l'abdomen, jusqu'où s'étendait l'extrémité inférieure de la rate, en tenant compte de la direction souvent variable de cet organe, et je marquais ce point avec l'ongle ; cela fait, je m'assurais de la limite supérieure de l'organe, au moyen de la percussion plessimétrique, et je marquais encore ce point avec l'ongle ; enfin, je mesurais la distance des deux points marqués, au moyen d'un ruban gradué par centimètres et millimètres, et le résultat de la mensuration était immédiatement consigné sur les cahiers de visite par les chirurgiens sous-aides de service (1), avec la date du jour et les lettres M ou S, selon que l'observation était faite le matin ou le soir. Subséquemment, je n'ai eu qu'à transcrire et puis qu'à grouper, en quinze tableaux comparatifs et proportionnels (2), portant 210 noms de malades, les résultats de toutes les observations journalières, pour former ma statistique, dont voici le résumé en un seul tableau.

Semestre d'été.

Mois de l'année d'observation.	Résultats bruts comparés. Rates plus volumineuses le matin.	Rates plus volumineuses le soir.	Rates égales matin et soir.	Sommes des comparaisons.	Résultats proportionnels. Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales.	Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales.	Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses.	Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses.	Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses.
Avril	58	12	12	82	0,700	0,150	0,150	0,829	0,171
Mai	75	13	16	104	0,721	0,125	0,154	0,853	0,147
Juin	129	37	38	204	0,632	0,182	0,186	0,777	0,223
Juillet	159	28	40	227	0,700	0,124	0,176	0,850	0,150
Août	217	36	33	286	0,759	0,126	0,115	0,858	0,142
Septembre	148	50	20	218	0,679	0,229	0,092	0,747	0,253
Sommes des résultats bruts.	786	176	159	1121					

Résultats proportionnels généraux.

1° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales 0,700

2° Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales. 0,157

3° Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses. 0,143

4° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses. 0,818

5° Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses. 0,183

(1) Je signale l'assistance empressée, dans la recherche des faits que je consigne, de MM. Gueury, Rollet, Cânteloube et Drapier, chirurgiens sous-aides de l'hôpital militaire de Ténès, que je me fais un devoir de remercier.

(2) Ces quinze tableaux, envoyés au conseil de santé des armées le 18 janvier 1848, sont déposés dans les archives de ce conseil.

avec l'envahissement progressif des jouissances gastronomiques immodérées. La forme littéraire s'altère comme la forme physique de la race ; et on voit la phrase pâteuse, ampoulée et insignifiante se soulever d'épithètes et rayonner d'images pour enfanter une idée qui n'existe pas. L'effort pour penser, pour écrire, se devine à chaque phrase. On voit que celui qui tenait la plume ne savait plus que s'occuper du travail de son estomac. Cette opinion naît d'elle-même chez le lecteur intelligent, en présence des œuvres de Lucain, de Stace, de tant d'autres, ceux surtout qui vécurent et laissèrent quelques traces dans les derniers temps de l'empire romain. La gastronomie avait d'abord servi la pensée ; elle finit par la déborder et la frapper de paralysie par le développement exagéré qu'elle prit quelques siècles après.

Dr Ed. C.

— Notre honorable confrère et ami M. le docteur Cunier, rédacteur en chef des Annales d'oculistique, a contracté une ophthalmie granuleuse des plus intenses, à la suite de la projection entre ses paupières d'un peu de pus provenant d'un œil malade. Nous apprenons avec une vive satisfaction que l'état de notre savant confrère, qui a longtemps inspiré de vives inquiétudes, laisse espérer un prochain rétablissement.

— Le choléra continuait à faire de nombreuses victimes dans les États du Sud, aux États-Unis, à la date du 30 mai.

Dans la petite ville d'Yaso (Louisiane), il meurt 6 à 7 personnes par jour, chiffre énorme si on le compare à celui de la population.

Au Texas, l'épidémie fait de grands ravages au milieu des troupes mal acclimatées et agglomérées dans les campements improvisés sur ce territoire. Mais c'est surtout à bord des bateaux à vapeur qui sillonnent les fleuves de l'Ouest que la mortalité est terrible. Les nombreux passagers, entassés dans un étroit espace, soumis à un régime malsain, subissant toutes les influences atmosphériques, offrent au fléau une proie d'autant plus facile qu'ils n'ont rien pour prévenir le mal, et qu'ils ne possèdent que des moyens fort incomplets pour le combattre.

A Cincinnati, à Charleston, à Baltimore, à Philadelphie, le lugubre visiteur a fait son apparition et jeté l'effroi au sein des populations en réveillant les tristes souvenirs de 1832 !

A New-York, il y a eu aussi quelques cas, mais fort peu nombreux, puisque dans l'espace de huit jours, on n'a eu à enregistrer que 5 décès.

En somme, l'épidémie affecte partout, excepté au Texas, un caractère infiniment plus bénin qu'en 1832. Les médecins s'accordent à la considérer comme une *affection sporadique*.

— La petite vérole fait de grands ravages en ce moment dans l'île de la Dominique. La mortalité y est très-considérable.

— Il règne depuis un mois, dans la province de Logrono (Espagne), une épidémie de méningite cérébro-spinale qui frappe surtout la jeunesse, et à laquelle les habitants du pays ont donné le nom de *clavo*, parce que le symptôme principal de la maladie est la sensation d'un clou qui traverse la masse cérébrale. Cette épidémie a déjà fait de nombreuses victimes.

	Mois de l'année d'observation.	Résultats bruts comparés. Rates plus volumineuses le matin.	Rates plus volumineuses le soir.	Rates égales matin et soir.	Sommes des comparaisons.	Résultats proportionnels. Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales.	Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales.	Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses.	Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses.	Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses.
Semestre d'hiver	Octobre	245	58	23	326	0,752	0,178	0,070	0,800	0,200
	Novembre	191	57	36	284	0,673	0,200	0,127	0,770	0,230
	Décembre	129	46	25	200	0,645	0,230	0,125	0,737	0,263
	Janvier	46	21	12	79	0,582	0,266	0,152	0,686	0,314
	Février	47	17	10	74	0,635	0,230	0,135	0,734	0,266
	Mars	56	16	20	92	0,600	0,174	0,226	0,778	0,222
	Sommes des résultats bruts.	714	215	126	1055					
	Résultats proportionnels généraux. 1° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales					0,676				
	2° Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales						0,204			
	3° Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses							0,120		
	4° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses.								0,769	
	5° Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses									9,231
Année complète	Sommes des résultats bruts.	1500	391	285	2176					
	Résultats proportionnels généraux. 1° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales					0,690				
	2° Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales						0,204			
	3° Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses							0,120		
	4° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses.								0,769	
	6° Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses									0,231

On voit par ce tableau, d'une part, que, sur 2,176 cas de comparaisons faites dans l'année qui s'est écoulée entre le 1er juin 1846 et le 31 mai 1847, il s'est présenté 1,500 cas où la rate s'est trouvée plus volumineuse le matin que le soir, 391 cas où elle s'est présentée plus volumineuse le soir que le matin, et enfin 285 cas où elle s'est montrée d'un égal volume matin et soir ; d'où il est évident que pendant toute l'année les rates se trouvent en général plus volumineuses le matin que le soir, ou, si l'on veut, la nuit que le jour, et cela dans la proportion décimale des 0,793, ou bien dans la proportion simple des 4/5.

On voit, d'autre part, dans le même tableau, en séparant les résultats généraux de mensuration obtenus dans les deux semestres d'été et d'hiver, que, pendant le semestre d'été, les rates plus volumineuses le matin que le soir se montrent relativement plus nombreuses que pendant le semestre d'hiver, et cela dans le rapport des 0,817 aux 0,769.

Enfin si, dans ce tableau, on compare les résultats généraux obtenus dans chaque mois, il est facile de s'apercevoir que les mois les plus chauds de l'année sont en général ceux où les rates se montrent en plus grand nombre plus volumineuses le matin que le soir, de manière que, par exemple, au mois de janvier, époque du *minimum* des dégorgements diurnes, cette proportion n'est que de 0,686, tandis qu'elle est de 0,858 au mois d'août, époque du *maximum* de ces dégorgements, et que, du reste, l'ensemble des mois peut, sous ce rapport, être représenté dans cet ordre :

1° Août	0,858	4° Avril	0,829
2° Mai	0,853	5° Octobre	0,800
3° Juillet	0,850	6° Mars	0,778
7° Juin	0,777	10° Décembre	0,737
8° Novembre	0,770	11° Février	0,734
9° Septembre	0,747	12° Janvier	0,686

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES DOUCHES FROIDES, LOCALES ET GÉNÉRALES, INTERNES ET EXTERNES, APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ENGORGEMENTS ET DES DÉPLACEMENTS DE LA MATRICE, AINSI QUE DES ACCIDENTS GÉNÉRAUX QUI ACCOMPAGNENT SOUVENT CES AFFECTIONS ; présenté à l'Académie des sciences le 12 mars 1849, par M. le docteur L. FLEURY, agrégé à la Faculté de médecine, etc.

(Suite. — Voir les nos 19 et 20.)

ANTÉVERSION ET ABAISSEMENT DE LA MATRICE ; ENGORGEMENT HYPERTROPHIQUE MÉDIOCRE ; HYPERESTHÉSIE UTÉRO-VULVAIRE.

OBS. III. — Madame M..., qui habite Bellevue, est âgée de 40 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique; elle a été mariée et réglée à 15 ans; l'écoulement menstruel a toujours été régulier, facile et abondant.

En 1823, après un an de mariage, eut lieu une fausse couche, vers le troisième mois de la grossesse.

En 1838, immédiatement après un coït qui n'a présenté aucune circonstance particulière, il survint une métrorrhagie très-abondante, qui rendit nécessaire l'usage de la glace et le tamponnement. A partir de cette époque, madame M..., dont la santé avait toujours été excellente, a éprouvé des accidents qui ont graduellement augmenté, et qui, en 1841, présentaient les caractères suivants :

Malaise général, courbature, lassitudes spontanées; douleurs incommodes dans l'hypogastre, les lombes et les aines; pesanteur au périnée; tous ces phénomènes sont exaspérés par l'action de s'asseoir, par la station debout, la marche, l'usage d'une voiture; le coït est douloureux; il existe un écoulement leucorrhéique très-abondant. Les digestions sont pénibles, douloureuses, souvent accompagnées d'un mouvement fébrile; constipation opiniâtre.

Pendant plusieurs années madame M... n'opposa aucun traitement à cet état morbide, et ce ne fut qu'en 1846 qu'elle réclama les soins de M. le docteur Baud. Ce médecin reconnut un déplacement de l'utérus qui lui parut être la cause de tous les accidents ressentis par la malade; il proposa l'application d'un pessaire; mais madame M... n'ayant pas voulu y consentir, M. Baud lui conseilla de s'adresser à moi et de se soumettre à un traitement hydrothérapique. Le 5 avril 1847, je fus appelé près de madame M...

ÉTAT ACTUEL. Le teint est d'un gris terreux; la figure exprime la souffrance et la fatigue; la malade est très-amaigrie et très-faible : c'est à peine si elle peut marcher pendant un quart d'heure. Les douleurs hypogastriques, lombaires et inguinales sont presque continues et assez vives; la sensation de pesanteur au périnée est très-incommode. La malade reste étendue sur un canapé pendant la plus grande partie de la journée; la marche et la voiture sont impossibles; les digestions sont très-mauvaises, et la malade ne va à la garde-robe qu'au moyen de plusieurs lavements; les nuits sont agitées et sans sommeil.

Le toucher et le spéculum fournissent les données suivantes :

Il existe une hyperesthésie utéro-vulvaire très-prononcée; l'introduction du doigt est extrêmement douloureuse et la malade redoute beaucoup celle du spéculum; la température du vagin n'est point augmentée; le col utérin est notablement abaissé et fortement rejeté en arrière, tandis que le corps de l'utérus est porté en avant. Le volume du col est assez considérable; sa consistance est normale. Le spéculum confirme ces données et montre qu'il n'existe aucune ulcération.

Le traitement est commencé le 8 avril. Trois séances par jour. Douches ascendantes rectales et vaginales; bains de siége à eau courante; douches en pluie générales et douches mobiles dirigées sur l'hypogastre, les aines et les lombes.

8 mai. L'état général est infiniment meilleur; le teint s'est éclairci; la malade est beaucoup plus forte et fait d'assez longues promenades sans éprouver une trop grande fatigue ou des douleurs très-intenses; l'appétit est plus vif, les digestions sont plus faciles; le sommeil est revenu. L'hyperesthésie utéro-vulvaire a complétement disparu; la pesanteur périnéale a beaucoup diminué; la constipation est moins opiniâtre.

8 juin. L'amélioration a fait de nouveaux progrès; les fonctions digestives s'accomplissent parfaitement et la malade a notablement engraissé; le malaise, les lassitudes spontanées n'existent plus; les forces ne laissent plus rien à désirer. Les garde-robes sont spontanées et à peu près quotidiennes; la pesanteur périnéale, les douleurs hypogastriques, lombaires et inguinales ne se font plus sentir qu'à d'assez longs intervalles, et elles ont beaucoup perdu de leur intensité. Les flueurs blanches ont entièrement disparu.

Le volume du col utérin a notablement diminué; il peut être considéré comme physiologique; la matrice s'est relevée et l'antéversion est beaucoup moins prononcée.

23 juillet. La guérison est complète; tous les phénomènes morbides ont disparu; l'utérus a repris sa position normale; la santé de madame M... est aussi satisfaisante que possible.

15 décembre 1848. La guérison ne s'est point démentie; madame M... présente aujourd'hui un embonpoint qu'elle désire ne pas voir augmenter, et jamais elle ne s'est mieux portée.

Il serait difficile de trouver deux exemples plus tranchés de déviation utérine; le toucher et l'application du spéculum ne laissent aucun doute sur la nature et le degré du déplacement de la matrice; les accidents locaux et sympathiques qui accompagnent si souvent cette affection se présentent avec toute leur intensité; la maladie remonte à plusieurs années (cinq ans et six ans); l'art se reconnaît impuissant, et pour remédier à ce qu'il considère comme une infirmité, il a recours à des moyens mécaniques qui ne seront jamais que de fâcheux palliatifs. C'est dans de semblables conditions qu'interviennent les douches froides, et quinze jours suffisent pour amener une amélioration remarquable; l'état général est d'abord modifié; les symptômes locaux s'amendent ensuite graduellement, l'utérus reprend peu à peu sa position normale, et quelques mois suffisent (deux mois et trois mois et demi) pour amener enfin une guérison complète qu'on était en droit de considérer comme impossible. Un pareil résultat n'est-il point fait pour appeler l'attention des praticiens ?

La première de ces deux observations est un exemple de déplacement utérin sans aucun engorgement soit du col, soit du corps de l'utérus, disposition beaucoup moins rare que ne l'a dit Lisfranc, ainsi, du reste, que je l'ai déjà établi ailleurs (1).

(1) COMPENDIUM, *loc. cit.*, p. 367.

La malade, dont j'ai rapporté l'observation en dernier lieu, nous offre un exemple de cette hyperesthésie utéro-vulvaire qui accompagne parfois les affections utérines et qui a été très-bien décrite par Lisfranc. On sait que cette exaltation de la sensibilité devient quelquefois, pour les femmes, un insupportable supplice, et, pour le médecin, une difficulté insurmontable. « La sensibilité, dit Lisfranc, peut être tellement exagérée que les soins de propreté sont difficiles à supporter; l'introduction d'une canule en gomme élastique, le toucher provoquent des douleurs très-vives, une grande irritation nerveuse et quelquefois un état convulsif. Le coït est douloureux, intolérable, et la femme est bientôt amenée à s'y refuser avec effroi. L'examen le plus attentif des organes génitaux peut ne faire découvrir aucune altération. Cette hyperesthésie idiopathique résiste quelquefois à toutes les médications pendant plusieurs mois ou même plusieurs années (1). »

L'observation d'une malade qui a reçu les soins de M. le professeur Marjolin, nous fournira un exemple, plus remarquable encore que le précédent, d'une hyperesthésie utéro-vulvaire heureusement combattue par les douches froides.

ANTÉVERSION CONSIDÉRABLE SANS ENGORGEMENT NI ULCÉRATION; DYSMÉNORRHÉE; HYPERESTHÉSIE UTÉRO-VULVAIRE; ACCIDENTS LOCAUX TRÈS-GRAVES.

OBS. IV. — Madame X..., demeurant à Paris, rue du Faubourg-Saint-Honoré, n° 50, est âgée de 21 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament lymphatique; elle a été menstruée à 15 ans; les règles sont peu abondantes, régulières et accompagnées de douleurs assez vives. Depuis leur apparition, madame X... a éprouvé dans le bas-ventre et les aines des douleurs, ou plutôt une sensation de gêne et des tiraillements qui lui rendaient la marche pénible; mais on ne fit aucune attention à ces accidents d'ailleurs légers.

Madame X... s'est mariée à 20 ans, en avril 1846, et quelques mois après se manifestèrent des phénomènes morbides qui allèrent sans cesse en augmentant jusqu'en janvier 1847, époque à laquelle je fus consulté.

ÉTAT ACTUEL. Des douleurs vives, presque continuelles, se font sentir dans le bas-ventre, les aines, les lombes, les flancs; elles sont tellement exaspérées par la marche et la voiture que la malade a dû se condamner à un repos presque absolu, et qu'elle ne quitte pour ainsi dire plus la chambre ou même le lit; elle ne peut, sans souffrir beaucoup, rester pendant quelque temps assise ou debout; descendre ou monter un escalier lui est chose à peu près impossible. Madame X... éprouve des envies d'uriner très-fréquentes (10 à 20 dans les vingt-quatre heures); la miction est très-douloureuse et n'amène que quelques gouttes d'urine; il existe une constipation habituelle et opiniâtre. Le canal utéro-vulvaire est le siége d'une douleur très-vive qu'exaspère le plus léger contact et qui rend le coït très-pénible.

Le toucher pratiqué la malade étant debout fournit les signes suivants. L'anneau vulvaire est resserré, contracté; l'introduction du doigt, faite avec tous les ménagements possibles, provoque des douleurs qui arrachent des cris à la malade; la température du vagin n'est pas augmentée et il n'existe pas d'écoulements leucorrhéique. Le doigt ne rencontre point tout d'abord le museau de tanche, mais bien le corps de l'utérus qui est fortement incliné en avant, tandis que le col est rejeté en arrière. Le toucher rectal permet également de constater l'antéversion qu'a subie la matrice. Le col utérin n'est point engorgé et sa consistance est normale. Le volume du corps de l'utérus n'est nullement augmenté.

A l'aide du spéculum on reconnaît que la muqueuse utéro-vaginale n'est point enflammée et qu'il n'existe aucune ulcération.

Des bains de siége émollients, des injections de même nature, des cataplasmes, une application de sangsues n'amenèrent aucun soulagement, et au mois de mars eut lieu une consultation. Après avoir constaté le déplacement de l'utérus et les divers symptômes ci-dessus énumérés, M. le professeur Marjolin conseilla d'ajouter aux moyens déjà employés l'usage d'une ceinture hypogastrique.

Un mois s'écoula et la santé de madame X... ne s'était rien moins qu'améliorée; l'action de la ceinture est très-variable : tantôt elle semble diminuer l'intensité des accidents locaux, tantôt elle paraît, au contraire, l'augmenter. La malade ne se résout d'ailleurs qu'avec peine à porter un appareil qu'elle trouve désagréable et fort incommode.

L'impuissance des moyens ordinaires étant reconnue, je proposai l'emploi des douches froides, et M. Marjolin s'étant rangé à mon avis, madame X... vint s'établir à Bellevue dans les premiers jours de mai 1847.

TRAITEMENT. Deux ou trois séances par jour. Bains de pluie; douche locale dirigée sur l'hypogastre, les aines et les lombes; bains de siége à eau courante; douches ascendantes rectales et vaginales.

1er juin. Les douches ascendantes vaginales ont d'abord occasionné de vives douleurs; il a fallu apporter beaucoup de ménagements dans leur administration, et procéder graduellement quant à la température de l'eau et à la durée de la douche. Aujourd'hui celle-ci est de 10 minutes et la température du liquide est de 12° centigr.

L'hyperesthésie utéro-vulvaire a beaucoup diminué; le toucher est maintenant fort bien supporté; la ceinture est entièrement supprimée; les douleurs sont moins continues, moins vives, les envies d'uriner moins fréquentes. Madame X... a pu faire quelques promenades à pied et en voiture.

1er juillet. L'exagération de la sensibilité a complétement cessé; les douleurs,

(1) Lisfranc, CLINIQUE CHIRURG. DE LA PITIÉ. Paris, 1842. T. II, p. 162 et suiv.

les envies d'uriner ne se montrent plus que par intervalles; la matrice est notablement redressée.

14 août. Depuis quinze jours déjà la guérison est complète; tous les accidents ont disparu; madame X... a fait beaucoup d'exercice à pied et en voiture sans ressentir la moindre douleur, la moindre gêne; l'utérus est entièrement redressé; les règles sont plus abondantes, faciles, non accompagnées de douleurs. Madame X.. quitte Bellevue pour aller habiter son château, où elle a fait installer des appareils hydrothérapiques, dont elle veut continuer l'usage pendant quelque temps pour consolider la guérison.

Au mois d'octobre, madame X... est devenue enceinte; la grossesse a été heureuse. Au mois de juillet 1848, un accouchement naturel et facile a été opéré par M. le professeur Paul Dubois; madame X... a gardé le lit pendant six semaines; et aujourd'hui, 10 novembre, elle jouit d'un état de santé qui ne lui laisse rien à désirer

Nouvel exemple, qui ne sera point le dernier, d'un déplacement utérin considérable, remontant à plusieurs années, donnant lieu à des accidents très-graves, guéri en trois mois par les douches froides, tandis que la ceinture hypogastrique était le seul moyen que la thérapeutique usuelle ait pu opposer à cette *infirmité*. L'hyperesthésie utéro-vulvaire était ici extrêmement prononcée; elle a complètement disparu au bout de deux mois de traitement. Comme dans une de nos observations précédentes (obs. 2), il n'existait aucun engorgement, soit du col, soit du corps de l'utérus, auquel on pût rattacher le déplacement. Remarquons encore l'influence exercée par les douches froides sur la menstruation.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE A PROPOS D'UN MÉMOIRE DU DOCTEUR A. OLLAGNIER, INTITULÉ : SUR QUELQUES QUESTIONS RELATIVES A LA DÉSARTICULATION DE LA JAMBE; par M. LOUIS PEISE, chirurgien de première classe de la marine.

L'observation suivante rapprochée de l'excellent travail de M. le docteur A. Ollagnier, sur l'amputation dans l'articulation fémoro-tibiale, que je viens de lire dans les nos 6, 8 et 9 de la GAZETTE MÉDICALE, ne manquera pas d'un certain intérêt, vu que la désarticulation de la jambe a été pratiquée suivant une méthode jusqu'à ce moment inusitée, je veux parler de la méthode ovalaire.

OBS. — Le 28 octobre 1846, le nommé Molard, apprenti marin, âgé de 18 ans, d'une constitution lymphatique prononcée, me fut adressé à Montevideo, où je remplissais les fonctions de chirurgien en chef de l'escadre de la Plata, par le chirurgien-major de la corvette à vapeur *le Gassendi*, stationnée dans le Parana. Molard était porteur d'une carie scrofuleuse de la tête du tibia du côté droit, contre laquelle furent vainement essayés, pendant plus de trois mois, les amers, l'iodure de potassium à doses assez élevées, une alimentation tonique et fortement analeptique, les purgatifs, les vésicatoires les moxas, la cautérisation transcurrente, etc. L'état général et local ne faisant qu'empirer, malgré ces diverses médications, je me décidai à pratiquer l'ablation du membre.

La tête du tibia, qui était le siége d'un gonflement assez considérable, était creusée d'une cavité ovoïde de 2 pouces de hauteur, dont le pus se faisait jour au dehors par une sous-ouverture fistuleuse placée au côté interne de l'attache du ligament de la rotule. Les condyles du fémur n'offraient aucun signe d'altération, et les parties molles qui entourent l'articulation étaient entièrement saines.

Parfaitement convaincu du peu de gravité relative des désarticulations en général, frappé de la rapidité avec laquelle s'était opéré le travail de la cicatrisation dans plusieurs désarticulations que j'avais pratiquées à bord du brick *le San Martin*, dans la sanglante affaire d'Obligado, je n'hésitai pas à proposer à mes collègues, que j'avais réunis auprès du malade, la désarticulation de la jambe, quoiqu'elle eût été peu pratiquée, de préférence à l'amputation au tiers inférieur de la cuisse.

Les avantages de la désarticulation étaient, suivant moi :

1° La conservation, en respectant les condyles du fémur, d'un bras de levier plus long, et doué par conséquent d'une plus grande force pour mouvoir le membre artificiel;

2° Une plus grande rapidité dans l'exécution de l'opération;

3° Une augmentation de chances de succès qui, comme on le sait, sont d'autant plus nombreuses qu'on porte le couteau sur une partie des membres plus éloignée du tronc. Je n'eus aucune peine pour ranger mes collègues à mon avis.

Il s'agissait encore de déterminer la méthode et le procédé que je devais mettre en pratique. Les parties molles environnant l'articulation étaient entièrement saines; seulement l'ouverture fistuleuse par laquelle s'écoulait la suppuration de l'os était placée trop haut pour que je pusse pratiquer l'amputation circulaire. Il me restait à choisir entre la méthode à lambeau, par le procédé de Brasdor à un seul lambeau postérieur, et la méthode ovalaire. Je pensai qu'il me serait peut-être difficile de ramener d'arrière en avant et de bas en haut le lambeau de Brasdor, et de recouvrir exactement avec cet unique lambeau la vaste surface articulaire mesurée par les condyles du fémur. Je me décidai pour la méthode ovalaire. Je pratiquai successivement deux incisions obliques commençant en avant, au-dessus de l'ouverture fistuleuse et allant se réunir assez bas, en arrière, au-dessous de la région poplitée. Ces incisions n'intéressaient que les téguments. La peau étant rétractée en haut, je divisai le ligament rotulien, les ligaments latéraux, les ligaments croisés, et je terminai l'amputation par la section des parties molles de la partie supérieure et postérieure de la jambe, au-dessous des doigts d'un aide qui comprimaient l'artère poplitée.

Après la section du ligament rotulien, il y eut, ainsi que je m'y attendais, une très forte réaction de la peau et de la rotule entraînée en haut par l'énergique contraction du triceps crural. Les condyles du fémur laissés à nu faisaient une saillie si grande que l'un des collègues qui m'assistaient me proposa tout bas d'en opérer la resection. Cependant, comme j'étais certain d'avoir laissé une quantité suffisante de téguments, je ne m'effrayai pas de cette rétraction toute momentanée, qui devait diminuer d'elle-même, au bout de quelques instants, par le repos. En effet, la contraction spasmodique du triceps ayant bientôt cessé, j'attirai doucement les chairs et la rotule en bas; je les maintins dans cette position par quelques tours de bande appliqués de haut en bas sur la cuisse, et j'eus une quantité de peau très-suffisante pour recouvrir toute la plaie qui fut réunie par première intention, à l'aide de trois points de suture et de bandelettes agglutinatives.

Toutefois je dois signaler ici d'une manière particulière cette énergique rétraction qui s'opère dans le moignon au moment de la section du ligament de la rotule, afin qu'on se tienne en garde contre elle, et qu'on ne craigne pas de porter le couteau trop bas, et de laisser une assez grande étendue de téguments.

Quinze jours après l'opération, la réunion était complète; il ne restait plus à l'endroit qu'avaient occupé les ligatures qu'une plaie moins grande qu'une pièce d'un franc. Le blessé mangeait les trois quarts, et se promenait dans la salle et dans les corridors à l'aide de béquilles. Un malheureux accident vint détruire mes espérances et m'affliger d'un premier insuccès dans la série assez nombreuse d'opérations que j'avais pratiquées dans la Plata depuis le commencement des hostilités.

Le tétanos est une maladie endémique sur les rives du Parana, de l'Uruguay et de la Plata; non-seulement il se développe avec la plus grande facilité à la suite des lésions chirurgicales graves et des opérations, mais il n'est pas rare de le voir survenir spontanément, indépendamment de toute blessure, à l'occasion d'un changement brusque de température, de l'ingestion imprudente d'une boisson froide, après un exercice un peu violent, avec longue course à cheval.

Dans l'après-midi d'une journée très-chaude de février, Molard s'était endormi sur son lit, à côté d'une large fenêtre, qui fut malheureusement ouverte pendant son sommeil. A la visite du soir, mon malade se plaignit d'un peu de roideur dans les muscles du cou et d'une certaine gêne de la déglutition. Je lui fis administrer une boisson diaphorétique chaude; on lui frictionna le cou avec de l'huile tiède, et on entoura les parties indolores avec de la ouate de coton. Dans le courant de la nuit, à ces symptômes vinrent se joindre un trismus insurmontable, une contraction énergique du pharynx s'opposant invinciblement à l'ingestion des liquides, et en moins de quarante-huit heures Molard était enlevé par une effrayante attaque de tétanos.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros d'août et septembre 1848 renferment les articles originaux suivants : 1° *Sur les altérations organiques du cœur et des gros vaisseaux*; par M. Sachero. 2° *De la cystotomie et du cathétérisme*; par M. Ciniselli. 3° *De l'art médical ou doctrine théorico-clinique*; par M. Del Chiappa.

DE LA CYSTOTOMIE ET DU CATHÉTÉRISME; par M. CINISELLI.

Lorsqu'on se sert d'une sonde ordinaire pour explorer la vessie dans le but de savoir si elle contient un calcul, la construction de l'instrument rend souvent ces recherches illusoires. En effet la courbure en est trop ouverte et le bec trop long pour qu'on puisse facilement lui imprimer ces mouvements de rotation qui portent l'extrémité de la sonde sur les côtés et dans le bas-fond du viscère, et y décèlent la présence d'une pierre, même de petit volume. — De pareilles manœuvres ne deviennent praticables qu'avec un cathéter à petite courbure et à bec peu allongé, tel que celui dont deux de nos urologistes modernes ont contribué par leurs discussions à perfectionner le mécanisme et à répandre l'usage.

C'est dans les mêmes vues que M. Ciniselli vient proposer un instrument de ce genre. Outre la propriété incontestable qu'il lui reconnait de mieux découvrir les pierres, même petites, cachées dans les côtés ou vers le bas-fond, il fait remarquer qu'en creusant d'une cannelure la face inférieure de

ce cathéter, on pourrait s'en servir comme de conducteur pour exécuter tel ou tel procédé de cystotomie, de manière que le même moyen qui aurait décidé si l'opération est nécessaire serait ensuite employé pour en faciliter immédiatement les premiers temps.

Cette économie de temps est, à nos yeux, le seul avantage réel que présente l'application de cet instrument à la taille. Et nous n'avons pu, malgré les développements dans lesquels l'auteur entre à cet égard, saisir en quoi l'emploi d'un cathéter de cette forme serait de nature à rendre l'introduction et la manœuvre du bistouri, puis du lithotome, plus aisées et plus sûres que le cathéter ordinairement affecté à cette destination.

La courbure que M. Ciniselli donne à son cathéter ne diffère que peu de celle des instruments consacrés en France au même usage. La partie vésicale est presque à angle droit sur la partie urétrale ; il spécifie enfin que la courbe qui les unit doit appartenir à un cercle de 4 à 5 lignes de rayon.

Mais avec une courbure ainsi déterminée, la longueur du bec ou de la portion vésicale ne saurait être chose indifférente. Ayant examiné le jeu de l'instrument sur le canal d'un cadavre, dont un des côtés du bassin avait été enlevé pour permettre d'en mieux suivre la marche, il a remarqué qu'avec un bec trop court on est exposé à aller percer la paroi supérieure de l'urètre, au moment où l'on abaisse le pavillon pour pénétrer dans la vessie.

Pour éviter cet inconvénient, il faut donner chez l'adulte, à cette portion vésicale de l'instrument, une longueur de 13 à 15 lignes; 8 à 10 ou 12 lig. seront une dimension convenable pour les sujets depuis deux ans jusqu'à la puberté. Des expériences réitérées sur le vivant et sur le cadavre ont montré à l'auteur qu'un instrument ainsi construit entre sans difficulté et remplit toutes les indications auxquelles il a pour objet de satisfaire.

— La seule différence importante de cet instrument avec ceux en usage chez nous est la longueur plus grande que présente sa portion vésicale ou bec. Sans contredit cet excès de longueur en rend l'introduction moins difficile, puisque le bec n'est plus alors obligé de cheminer *par travers* dans la portion prostatique dont il contond les parois ; mais cette amélioration ne s'obtient qu'en diminuant les avantages en vue desquels cette forme de sonde est adoptée, puisque le mouvement de rotation du bec dans la cavité vésicale est ainsi rendu moins facile et moins complet. Sans rejeter absolument le modèle que propose M. Ciniselli, il y aurait donc lieu, selon nous, à ne le faire figurer dans l'arsenal du chirurgien qu'à côté de la sonde à brusque courbure usitée parmi nous, et à ne lui donner la préférence que chez les sujets chargés d'embonpoint. Dans ce cas même, on ne devrait jamais s'en servir qu'après avoir infructueusement essayé de faire pénétrer l'autre, qui est d'un bien plus grand secours pour le diagnostic, et sans avoir tenté le mouvement combiné d'impulsion et d'abaissement par lequel on réussit en général à le conduire jusque dans la vessie.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de novembre et décembre 1848 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Sur les maladies qui ont régné à Spinazzola ;* par M. Agostinacchio. 2° *D'une maladie extraordinaire ;* par M. Colosimo. (L'affection qu'on décore de ce titre est tout simplement une névrose du crâne ayant produit des collections purulentes, d'où la compression du cerveau résulta tant que le pus ne fut point évacué. Du reste, l'histoire de ces symptômes n'est pas achevée ; car le récit abandonne la patiente au milieu d'une récidive des accidents convulsifs, sans dire ce qu'il en est définitivement advenu.) 3° *Des systèmes pathologiques professés en Italie pendant le siècle dernier ;* par M. S. de Renzi. (Extrait d'un ouvrage inédit.) 4° *Sur le choléra indien qui a régné en Egypte, en* 1848 ; par M. Grassi.

III. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du choléra asiatique selon les principes de la restauration hippocratique en Italie ;* par M. Giovanni. 2° *Sur les principaux devoirs de l'officier de santé ;* par M. Olivi. 3° *Sur la fièvre miliaire ;* par le même. 4° *Cas de phlébite ;* par M. de Benedictis. (Phlébite mortelle développée à la suite d'une saignée de bras.) 5° *Erysipèle gangréneux avec emphysème vers l'anus et d'autres parties, traité sans succès ;* par M. Sillani. 6° *De l'endémie de fièvres périodiques qui ont régné dans les troupes de Venise en juillet, août, septembre et octobre* 1848 ; par M. Camillo. 7° *Cas de fièvre grave, avec réflexions ;* par M. Cenni. 8° *Les rizières examinées dans leurs rapports avec la santé publique ;* par M. Sorgoni. 9° *Lettre concernant les principes de la restauration hippocratique, adressée à M. Giulio Crescimbeni ;* par M. Franceschi Giovanni. 10° *Observation de squirrhe au pylore ;* par M. Torelli.

LES RIZIÈRES EXAMINÉES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA SANTÉ PUBLIQUE ; par M. SORGONI.

La présente communication est le complément pratique du travail du même auteur, dont nous avions donné l'analyse en 1843 (voy. GAZ. MÉD., p. 742). L'influence de la culture du riz sur la santé des populations voisines a été longuement discutée, et l'on a vu souvent des solutions contradictoires apportées à cette question par des hommes qui néanmoins l'avaient soigneusement étudiée.

Cette diversité tient vraisemblablement à ce qu'on n'a pas assez songé aux deux problèmes bien distincts que contient ce sujet. Il fallait en effet s'assurer d'abord, avant tout, si les rizières, dans leur état actuel, sont une source de préjudice pour la santé publique; puis ce premier point, point de fait, une fois établi, chercher si ce préjudice vient de la culture du riz elle-même ou de quelque circonstance accessoire.

Or, quant à la première question à éclaircir, il est bien positif que tout autour des rizières il règne à une certaine époque de l'année une fièvre intermittente qui, simple chez quelques sujets, présente sur d'autres l'appareil de symptômes graves qui caractérisent l'état pernicieux. L'auteur lui-même a constaté la réalité de cette influence dans les marches sur les bords de l'Aso, où les fièvres intermittentes inconnues avant l'introduction des rizières commencèrent à sévir lorsqu'on l'y importa, et disparurent dès que le gouvernement, cédant aux réclamations des habitants, défendit de continuer ce genre d'exploitation.

On a objecté que le développement de la fièvre dépend non de la culture du riz, mais du terrain marécageux dans lequel on la fait ordinairement. Mais une telle difficulté tombe devant ce fait d'observation, savoir que les fièvres sévissent avec une égale intensité soit que le sol où l'on ensemence le riz fût naturellement marécageux, soit que sec par lui-même il n'eût été submergé qu'artificiellement pour un temps limité. Les perfectionnements apportés à cette branche de l'agriculture ont été impuissants à empêcher ce danger.

Ce point est donc acquis : l'influence délétère existe. Maintenant il s'agit de déterminer si elle dépend de la culture du riz ou de quelque circonstance accessoire. Or l'on sait que les *vasques* où le riz pousse sont habituellement traversées par un courant d'eau. Après la récolte, on arrête le courant, et l'on couvre par conséquent tout le terrain d'une eau dormante, d'où ne tardent pas à se dégager les gaz résultant de la décomposition des végétaux. Eh bien ! c'est justement alors, en août, septembre et octobre, que la maladie endémique se développe et étend ses ravages.

Il faut bien remarquer que cette submersion complète ne se fait qu'après la récolte du riz, qu'elle n'est donc qu'un temps accessoire de sa culture, enfin que le pays est jusqu'à ce moment exempt de fièvres. La fièvre n'est par conséquent point liée à l'ensemencement, non plus qu'à la végétation ni à la moisson du riz.

Peut-on, sans dommage pour la culture, supprimer cette submersion du terrain postérieurement à la récolte ? L'auteur n'hésite pas à le penser : d'abord, dit-il, il n'est pas nécessaire, pour que la culture du riz réussisse dans un terrain où l'on n'en a jamais semé, de rendre d'abord celui-ci boueux ; on peut donc également s'en dispenser pour les semailles de l'année suivante.

Mais cette submersion elle-même n'est pas dans les intentions de ceux qui la font ; elle doit bien plutôt être considérée comme un accident qui dépend uniquement de la construction vicieuse des terrains préparés pour ce genre de culture. Les vasques où pousse le riz ont effectivement, dans l'état actuel, un fond horizontal ; et de plus, les ouvertures par lesquelles elles se dégagent l'une dans l'autre, percent la paroi mitoyenne vers le milieu de sa hauteur. En donnant au fond un certain degré d'obliquité, en multipliant les canaux de décharge et en les ouvrant de manière à ce qu'ils assurent l'écoulement complet de l'eau, on parviendrait sans peine à obtenir la dessication des vasques; et la stagnation des eaux, ainsi prévenue, mettrait fin aux maladies endémiques qui en sont la conséquence.

M. Sorgoni, outre l'autorité du médecin, peut encore invoquer en faveur de ces innovations celle de l'agronome heureux. Il a opéré la dessication parfaite de ses rizières après la récolte, et a constaté que ce changement dans la routine des cultivateurs n'apportait aucun dommage à la récolte de l'année suivante.

IV. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Abrasion de la cornée pour remédier à l'opacité de cette membrane ;* par M. Marcacci. 2° *Note sur la gutta-percha ;* par M. Targioni Tozzetti. (Cet article n'est que le résumé des notions ayant cours sur l'origine, la composition, l'emploi thérapeutique et les indications de cette substance.) 3° *Projet d'un système de police mé-*

dicale en Toscane; par M. Morelli. 4° *Note sur un ragoût de viande empoisonné.* (Ce mets contenait un sel mercuriel qui y avait été mélangé par malveillance. On s'en aperçut en voyant changer de couleur la cuiller de cuivre qu'on y avait plongée. Sur quoi l'auteur du récit fait remarquer que l'argent ne donnant pas le même indice, l'empoisonnement eût pu être consommé plus facilement dans une famille riche, où l'on se serait servi de converts de ce métal.) 5° *Pensées sur les hôpitaux en Toscane;* par M. Eurico Gallizioli.

ABRASION DE LA CORNÉE, POUR REMÉDIER A L'OPACITÉ DE CETTE MEMBRANE; par M. MARCACCI.

Ce n'est point, tant s'en faut malheureusement, comme succès complet, pas même comme ayant produit une amélioration bien notable que nous avons à enregistrer celte nouvelle tentative du chirurgien italien. Son côté remarquable est plutôt l'indication d'un procédé particulier destiné à simplifier l'opération. En voici la description, telle du moins que l'auteur l'a conçue, expérimentée sur le cadavre et pratiquée une fois sur le vivant.

Au lieu de circonscrire la partie opaque, à enlever, par une incision circulaire, on fait au-dessus, puis au-dessous d'elle deux incisions semi-elliptiques. Alors, avec la pointe du bistouri tenu à plat en sixième position, on cherche à soulever un petit lambeau de l'angle externe de l'ellipse renfermée entre les deux incisions. On le saisit avec de petites pinces, et on tâche de compléter ainsi l'ablation d'une couche de la cornée dans toute l'étendue de l'ellipse.

Au lieu d'un bistouri, il est beaucoup plus commode d'employer un petit couteau, à double tranchant. Cette forme abrége l'opération, car elle épargne au chirurgien la peine de faire tourner l'instrument entre ses doigts, selon qu'il veut en diriger le tranchant dans tel ou tel sens.

Voici maintenant dans quelles circonstances et avec quel résultat l'auteur a été appelé à appliquer son procédé.

Un homme de 47 ans, de constitution robuste, de tempérament lymphathique, était aveugle depuis quarante ans, par suite d'opacité des deux cornées, produit d'une ophthalmie scrofuleuse qui avait duré dix-huit mois. L'œil gauche atrophié, aplati, tout à fait perdu pour la vision, ne pouvait prêter à aucune opération. L'œil droit avait, au contraire, conservé son volume et sa forme, et lui servait à distinguer le jour de la nuit. Des fongosités charnues formées d'un amas de vaisseaux variqueux couvraient la cornée au moins dans ses deux tiers. Avant de procéder à l'abrasion, on fit disparaître ces carnosités par l'usage des collyres astringents, de la pommade de Janin, et en coupant les vaisseaux tout autour de la cornée.

Cette complication détruite, M. Marcacci exécuta l'opération le 11 novembre 1846. Mais il reconnut bien vite, ainsi du reste qu'il l'avait prévu, qu'elle n'était pas aussi aisée à mener à bonne fin sur le vivant et dans l'état de maladie que sur le cadavre d'un homme sain. L'espace de la cornée, de 3 ou 4 lignes de largeur, que les incisions demi-elliptiques comprenaient, fut très-long à disséquer à cause de l'excessive mollesse des lames superficielles sur lesquelles il fallait opérer. On dut aussi suspendre plusieurs fois la manœuvre pour absterger le sang. Enfin, à force de patience, on parvint à détacher une aréole représentant la grandeur de deux lentilles réunies.

L'opération étant terminée, on recouvrit l'œil de compresses imbibées d'eau froide. A l'exception d'un peu de cuisson locale et de céphalalgie, il n'y eut aucun accident.

Au bout de trois jours, on découvrit l'œil, et le patient dit qu'il voyait comme si on lui eût ouvert une large fenêtre. On remarquait sur la cornée un espace elliptique où manquaient les lamelles externes. Quelques vaisseaux se rendaient de la sclérotique à cet espace et finissaient tronqués au niveau de son bord. Un collyre astringent dissipa en deux ou trois jours cette légère injection.

Le malade put alors exercer sa vue et distinguer, à une très-vive lumière, si les passants étaient un homme ou quelque animal. Le fond de l'espace creux paraissait opaque, ce qui explique le peu d'avantage obtenu de l'opération.

Cependant comme le patient en avait été promptement remis, M. Marcacci crut devoir tenter un second essai le 26 du même mois. Il espérait trouver transparentes les lames profondes de la cornée. Mais celles qu'il eut à enlever étaient d'une friabilité telle que cette opération fut beaucoup plus difficile que la première. Elle ne fut cependant pas plus douloureuse. Mais en somme, le patient n'en retira aucun nouvel avantage.

L'état de la vue a été sans contredit amélioré par la double opération. Ainsi, auparavant, le sujet ne pouvait que dire, et avec beaucoup de peine, si les fenêtres de sa chambre étaient ouvertes ou fermées. Maintenant il distingue le blanc du noir; il sait préciser si c'est une voiture qui passe devant lui ou toute autre machine. Il y a donc un progrès, léger, mais incontestable.

Il serait rationnel, ajoute l'auteur, de répéter une troisième fois l'opération; mais je n'en ai pas eu le courage, dans la crainte de perforer la chambre antérieure et de vider le globe oculaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 JUIN.

MÉTHODE HÉMOSPASIQUE DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES.

M. JUNOD lit un mémoire ayant pour titre : APPLICATION DE LA MÉTHODE HÉMOSPASIQUE (GRANDE VENTOUSE) AU TRAITEMENT DE DIVERSES AFFECTIONS CHIRURGICALES.

Les faits rapportés dans ce mémoire tendent, suivant l'auteur, à démontrer l'influence salutaire de la méthode hémospasique employée avec mesure et avec une certaine insistance dans un grand nombre de cas de blessures où les accidents marchaient avec une rapidité fatale et où les centres de la vie étaient fortement menacés.

PEUPLEMENT DES PAYS CHAUDS ET DE L'ALGÉRIE EN PARTICULIER.

M. BODICHON, docteur-médecin à Alger, adresse un travail intitulé : PEUPLEMENT DE L'ALGÉRIE. La voie expérimentale, c'est-à-dire l'histoire, l'examen direct, la connaissance de la distribution géographique des hommes sur la surface du globe, démontrent, suivant l'auteur, que la race brune s'acclimate dans les pays chauds, et que la race blonde ne s'y acclimate pas sans diminuer de nombre, parce qu'il y a, dit-il, une assimilation forcée entre l'homme et le climat. Or, dans les pays chauds, l'homme, quelle que soit sa race, est d'une constitution sèche; donc il y a, en vertu de son organisation, une prédisposition native à s'assimiler au climat. L'homme blond, au contraire, est d'une constitution plus charnue : pour s'assimiler au climat, il lui faut modifier cette constitution et passer au tempérament sec. Les réactions qu'il a à fournir sont donc plus nombreuses que chez l'homme brun ; il y a plus de rupture de l'équilibre, conséquemment il offre plus de prise aux maladies.

Des faits contenus dans ce travail, l'auteur tire les conclusions suivantes qu'il présente sous forme de conseils adressés au gouvernement.

1° Envoyer dans les pays chauds, en qualité de soldats ou de colons, des hommes de race brune, et dans les pays froids ou tempérés des hommes de race blonde.

2° Dans un avenir indéterminé, les Antilles européennes passeront nécessairement entre les mains des noirs, si on ne les peuple pas d'hommes bruns, tels que sont les Européens de Porto-Rico et de Cuba.

3° Que la France n'attire pas en Algérie les émigrations d'Allemands, avant que la colonie soit européisée par une modification artificielle du sol; qu'elle appelle en Algérie les Français méridionaux, les Maltais, les Espagnols des îles et du continent.

Sont aptes à l'acclimatement, au peuplement de l'Algérie, les nations qui habitent le bassin de la Méditerranée, Druses, Maronites, Syriens, Grecs, Italiens, Espagnols, Maltais et Français méridionaux.

Si par politique elle admet les colons de race blonde, qu'elle leur assigne les montagnes comme résidence; qu'elle les éloigne des plaines, à cause du miasme paludéen.

Aux Marquises, à Taïti, au Sénégal, à la Réunion, aux Indes orientales, etc., qu'elle envoie des bruns.

4° Les blonds s'acclimatent bien en Russie méridionale, en Australie, en Amérique septentrionale.

5° La France fera bien d'attirer en Algérie les métis blanco-noirs; ils résistent mieux que les noirs de sang non mélangé; car le plus grand nombre des enfants nègres de race pure succombent par suite de maladies de poitrine ou d'étiolement.

L'auteur conseille enfin aux gouvernements et aux sociétés savantes qui font explorer les pays chauds, de choisir leurs voyageurs parmi les bruns, car ils sont moins exposés que les blonds à contracter les maladies locales, fièvres, dyssenteries, maladies du foie, etc.; ils sont plus réfractaires à l'action toxique du miasme paludéen.

PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE BLANC D'ŒUF.

M. PELOUZE communique, au nom de M. BARESWIL, une note intitulée : FAITS DIVERS DE CHIMIE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE.

Cette note a été rédigée spécialement, et plus tôt qu'elle ne l'aurait été sans cela, pour revendiquer la priorité de la découverte du sucre qu'on paraît avoir faite depuis un mois en Allemagne; tandis que M. Bareswil a constaté le fait il y a un an, ainsi que peuvent le témoigner MM. Dumas et Thénard. Cette note se termine par les conclusions suivantes :

1° Il y a du sucre dans le blanc d'œuf de poule.

2° Le blanc d'œuf est alcalin, et l'alcalinité en est due au carbonate de soude.

3° Le jaune d'œuf ne renferme pas ou ne renferme que peu d'alcali; sa propriété émulsive en tous cas appartient, non à l'alcali, mais à un produit analogue à celui du suc pancréatique.

4° Le jaune d'œuf n'est pas acide, et il ne le devient que par suite d'une altération.

Par digression au sujet principal de sa note, l'auteur ajoute la conclusion suivante :

5° La réaction acide et les propriétés du suc gastrique sont dues aux acides organiques et non à l'acide chlorhydrique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce demandant à l'Académie un rapport sur l'utilité et l'efficacité des moyens préservatifs du choléra proposés par M. le docteur Gaudriot. (Commission du choléra.)

2° Lettre du même ministre avec envoi d'un rapport de M. Bureau, médecin inspecteur des eaux minérales de Cauterets, sur le service médical de cet établissement pendant la saison de 1848. (Commission des eaux minérales.)

3° Lettre du même ministre avec envoi de deux rapports rédigés par M. le docteur Pujade, médecin à Amélie-les-Bains, au sujet d'une épidémie de variole dont la commune de Prats de Mollo (Pyrénées-Orientales) a été affecté en 1848 et 1849. (Commission des épidémies.)

5° Le même ministre transmet la recette d'une mixture anticholérique. (Commission du choléra.)

4° Le ministre de l'instruction publique transmet une note de M. le docteur Humain, contenant l'indication d'une mesure destinée à éloigner de la capitale les causes de l'aggravation du mal.

CHOLÉRA.

M. Baubil (de Narbonne) signale à l'Académie les résultats heureux qu'il a obtenus dans le temps, à l'aide de l'ipécacuanha. Pendant que le choléra sévissait à Narbonne, en 1835, la mortalité, dit M. Baubil, était affreuse, malgré tous les moyens qu'on lui opposait. Vers la fin de l'épidémie, la mortalité devint presque nulle. L'auteur attribue ce dernier résultat en grande partie à l'emploi qui fut fait alors de l'ipécacuanha.

M. Le Petit (de Poitiers), envoie un supplément à son mémoire sur l'emploi du phosphore dans le choléra. Dans cette nouvelle note, l'auteur signale quelques nouveaux faits qui lui paraissent prouver que le choléra est une maladie nerveuse produite par la diminution du fluide électrique dans l'atmosphère. Il trace un parallèle entre le phosphore et le fluide électrique, et fait ressortir l'avantage des inhalations pulmonaires pour obtenir une électrisation artificielle.

M. Maussenet réclame la priorité de la découverte annoncée récemment par plusieurs médecins, découverte qui consisterait à avoir reconnu que les phénomènes du choléra ne sont qu'une conséquence d'une action électrique anormale du globe terrestre.

M. Delfraysse (de Cahors) soumet à l'Académie l'appréciation d'un moyen préservatif; ce moyen est l'emploi du sulfate de quinine pendant six à huit jours, à petites doses.

M. Letellier, à Saint-Leu-Taverny, rappelle qu'en 1832 il a déjà préconisé comme un moyen de combattre l'épidémie de choléra, la combustion de bois résineux dans les rues. Cette pratique, suivie d'après son conseil, a eu pour résultat la cessation immédiate de l'épidémie.

M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, adresse, pour être communiquées à l'Académie, quelques réflexions sur la valeur qu'on peut accorder aux prétendus spécifiques contre le choléra, appuyées par un état comparatif de la mortalité qui sévit aux hôpitaux de Paris avec celle des départements où l'épidémie règne plus spécialement. Il résulte de la statistique dressée par l'auteur, que la mortalité, qui a été à Paris de 1 sur 1,92 ou 53 pour 100, a été en province, où les conditions hygiéniques semblaient devoir exercer une influence salutaire, de 1 sur 1,95 ou 51 pour 100; d'où il conclut qu'aucune médication employée ne peut mériter la préférence sur les autres.

M. Delacroix, professeur à l'École de médecine de Besançon, soumet à l'Académie la réflexion suivante : « Je ne vois nulle part que le phosphore, cet excitant si énergique de l'innervation, ait été employé dans la période algide du choléra. Tant qu'un praticien habile et prudent n'aura pas essayé l'emploi de la teinture éthérée de phosphore, je resterai persuadé qu'il est possible de tirer quelque parti de ce médicament. »

M. Dizé dépose sur le bureau la recette d'un remède contre le choléra, composé par une sœur de charité de Valenciennes.

M. Conté de Lévignac communique la relation détaillée de la méthode de traitement qu'il emploie dans le choléra.

M. Burg adresse quelques explications nouvelles sur l'emploi des armatures métalliques comme moyen de faire cesser les crampes.

M. Wanner dit avoir retiré de grands avantages, dans les cas de choléra les plus graves, de l'emploi de l'onguent mercuriel double par la méthode endermique, au moyen d'un large vésicatoire ammoniacal.

M. Juste fils (de Villeneuve-sur-Vannes) écrit à M. le président que, tout en souhaitant que des faits se produisent en faveur de la non-contagion du choléra, il ne peut se défendre d'idées contraires. Certains faits qui viennent de se passer tout près de nous, dit-il, ne me semblent pas propres à m'en faire changer.

Voici le résumé des faits qu'il soumet à l'appréciation de l'Académie.

Aux Clérimois, distants de 2 lieues de Villeneuve-l'Archevêque, arrondissement de Sens, une femme est arrivée il y a un mois, de la rue Sainte-Apolline à Paris, ramenant un nourrisson. Cette femme, partie de chez elle avec un peu de diarrhée, resta quelques jours à Paris, et pendant son séjour, sa diarrhée disparut un jour pour reparaître l'autre; mais au moment de son départ, elle avait repris une plus grande intensité, et à peine chez elle, elle présenta tous les symptômes du choléra, mais à un degré moyen; elle en guérit. Le mari, qui soignait sa femme, fut atteint, et moins heureux qu'elle, mourut le lendemain; l'enfant auquel elle avait donné à téter suivit de près le mari. Une voisine, jeune femme de 23 ans, qui était venue voir le mari pendant sa maladie, après cinq jours de diarrhée, fut prise de tous les accidents du choléra le plus intense et succomba en huit heures. Sa mère, qui l'avait soignée, la suivit de près. Une femme qui demeurait dans la même cour a eu aussi la diarrhée pendant plusieurs jours et a fini par se rétablir. Le médecin, M. le docteur Métivier, a eu et a encore de temps en temps la diarrhée. Voilà déjà trois semaines que le dernier malade a succombé et qu'il ne s'en est pas produit d'autre. Il n'y avait, ajoute l'auteur, aucun cas de choléra dans la localité, ni dans les environs à 25 kilomètres à la ronde.

M. Leroy-d'Étiolles appelle l'attention de l'Académie sur l'influence du choléra sur les résultats des opérations chirurgicales. Cette influence lui a paru tellement défavorable et même funeste, qu'il se fait un scrupule d'entreprendre aucune opération avant la cessation de l'épidémie, à moins qu'il n'y ait urgence absolue.

M. A. Legrand annonce que, dès 1832, il a remarqué, chez les nombreux individus qui avaient succombé, une espèce d'ecchymose, de tache noirâtre et de forme irrégulière, occupant la partie inférieure de la sclérotique et contournant à peu près cette même portion de la cornée transparente. Il a retrouvé constamment ce phénomène dans l'épidémie actuelle. Il pense que c'est là un signe qui peut fournir au médecin vérificateur des décès un moyen certain de diagnostiquer la maladie cause de la mort.

M. Ravin (de Saint-Valery-sur-Somme) adresse une note sur la nature et le traitement de la suette. Le moyen de traitement qu'il propose consiste dans l'emploi méthodique du froid.

M. Roux demande la parole à l'occasion de la correspondance.

M. Roux : La question soulevée par la lettre de M. Leroy-d'Étiolles ne me paraît pas avoir l'importance qu'il lui donne. Les services de chirurgie étant très-peu fréquentés depuis le commencement de l'épidémie, je n'ai eu l'occasion de pratiquer qu'un très-petit nombre d'opérations; mais je n'ai pas remarqué que les résultats en aient été plus mauvais qu'en aucun autre temps, ni que la proportion de la mortalité ait été plus grande. Je crois que l'observation de M. Leroy-d'Étiolles n'a pas de fondement.

M. Velpeau pense qu'il n'y a pas non plus lieu de se préoccuper de cette observation. C'est d'ailleurs là une affaire de prudence qui doit être laissée à l'appréciation de chaque chirurgien.

M. H. Gaultier de Claubry a la parole pour un rapport officiel. Ce rapport a trait à des remèdes secrets proposés contre le choléra. Les conclusions de ce rapport sont qu'il n'y a pas lieu d'accorder aux demandeurs le bénéfice qu'ils réclament. Ces conclusions sont adoptées.

M. H. Gaultier de Claubry demande la permission à l'Académie de lui présenter quelques nouveaux détails sur le chiffre de la mortalité dans le douzième arrondissement.

Avant de quitter la tribune, je dois quelques mots d'explication sur les renseignements statistiques que j'ai donnés à l'Académie dans la dernière séance. Suivant M. Devilliers, ces renseignements n'auraient pas été très-exacts, et la mortalité aurait été considérable dans les rues où j'ai dit qu'il y avait eu très-peu de cholériques. Voici quelques chiffres sur l'exactitude desquels on ne pourra élever le moindre doute, et qui répondront suffisamment aux objections faites par M. Devilliers (1).

Il résulte de ce relevé que des quatre quartiers du 12e arrondissement, celui du Jardin-des-Plantes, comprenant les rues dont il a été question dans la dernière séance (la rue Saint-Victor et les rues qui de celle-ci vont à l'École polytechnique), a été le moins maltraité de tous, à beaucoup près. Viennent ensuite le quartier Saint-Jacques, le quartier de l'Observatoire, puis enfin le quartier Saint-Marcel.

A propos de ce dernier quartier, ajoute M. Gaultier, je ferai remarquer que, suivant une opinion assez généralement admise, le choléra suit ordinairement les cours d'eau, et qu'on n'a pas manqué d'attribuer la mortalité prédominante du quartier Saint-Marcel à ce qu'il est traversé dans toute sa longueur par la petite rivière de Bièvre. Eh bien ! je ferai remarquer que les rues qui avoisinent la

(1) Il ne nous a été posssible de saisir à l'audition que les chiffres totaux des décès qui ont eu lieu dans le 12e arrondissement, depuis le 8, jour où la commission sanitaire a commencé à les recueillir, jusqu'au 18. Voici ces chiffres :

Le 8	261 décès.
9	253
10	202
11	223
12	201
13	161
14	105
15	128
16	90
17	74
18	110

rivière ont été en général moins maltraitées que les autres, et que la rue Croulebarbe en particulier, qui longe la Bièvre dans toute sa longueur, n'a offert que trois malades et deux décès.

M. Moreau : Pour que les documents que vient de nous communiquer M. Gaultier eussent tout l'intérêt possible, il faudrait mettre en regard du nombre des malades et des morts de chaque quartier la population de ce quartier.

M. Gaultier : C'est ce dont s'occupe en ce moment la commission de salubrité; mais ce travail ne peut être fait du jour au lendemain. Je n'ai donné ces détails que pour détruire les objections de M. Devilliers. J'ajouterai cependant, sans pouvoir donner de chiffre précis, que le quartier du Jardin-des-Plantes est un des plus populeux, particulièrement dans les rues dont j'ai parlé.

TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE PAR LA SAIGNÉE.

M. Collineau, en son nom et celui de M. Louis, lit un rapport sur des observations de M. Peysson, ayant pour titre : Dyssenteries et colites chroniques ou tendant a la chronicité, ayant résisté longtemps a tout traitement, et guéries sur-le-champ par l'emploi de la phlébotomie. Ce petit mémoire ne contient que des faits sans aucune considération théorique. Il se compose de trois observations, dont les deux premières sont relatives à des cas de dyssenterie, et la troisième à un cas de colite subaiguë. Ces trois malades, après avoir subi inutilement les traitements ordinaires, ont guéri, dit l'auteur, avec une très-grande rapidité sous l'influence de larges saignées, de 250 grammes dans le premier cas, de 500 grammes dans les deux autres.

M. le rapporteur, sans élever aucun doute sur la véracité des faits contenus dans ce travail, dit qu'il ne peut point partager la conviction de l'auteur sur l'efficacité spéciale et absolue de la phlébotomie dans les cas dont il s'agit. Il propose le dépôt du mémoire dans les archives et des remerciments à l'auteur. (Adopté.)

NATURE ET SIÉGE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

M. Bousquet lit, en son nom et au nom de M. Bouillaud, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bonnet, professeur de pathologie à l'école de médecine de Bordeaux, intitulé : De la nature et du siége des fièvres intermittentes. M. Bonnet émet dans ce mémoire, sur la nature de la fièvre intermittente, une hypothèse renouvelée de la doctrine physiologique. La fièvre intermittente serait, suivant lui, une irritation intermittente; cette irritation est susceptible de changer de place : de là la variété des formes de la fièvre intermittente. Tantôt idiopathique, tantôt sympathique, siégeant au cœur, dans le premier cas, elle constitue la fièvre la plus simple; dans le second cas, l'irritation du cœur n'est que l'écho plus ou moins lointain d'un autre état pathologique.

Relativement au traitement, M. Bonnet précise les indications de l'emploi du quinquina, et en règle l'usage, les doses et le mode d'administration.

M. le rapporteur, après avoir donné à cette dernière partie du travail de M. Bonnet les éloges qu'elle mérite et en avoir critiqué la partie théorique, propose pour conclusion d'ordonner le dépôt du mémoire aux archives et d'adresser des remerciments à l'auteur.

M. Rochoux : Je vois avec regret que la théorie des fièvres intermittentes a été beaucoup mieux traitée par Torti qu'elle ne l'est de nos jours. Je n'ai rien à dire ici de la théorie maintenant surannée de l'irritation. Je ferai une observation sur une demande que s'est adressée M. Bousquet. L'économie est-elle dans l'état sain pendant l'intervalle des accès? a dit M. Bousquet. Torti a répondu à cette question : Assurément non, l'économie n'est pas dans l'état sain; car, s'il en était ainsi, comment un nouvel accès pourrait-il se développer? L'économie n'est pas plus dans l'état sain qu'elle ne l'est pendant la période d'incubation de la syphilis et de la rage. Il y a alors un travail morbide qui n'est pas saisissable pour nos sens, mais qui n'en existe pas moins

M. Bousquet : Je n'ai rien à répondre à M. Rochoux; je suis entièrement de son avis.

INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR LE CHOLÉRA.

M. Devilliers fils lit un travail ayant pour titre : Observation sur un accouchement provoqué chez une femme atteinte de choléra. Quelques considérations relatives a l'influence réciproque de l'accouchement et du choléra.

La personne qui fait l'objet de cette observation avait déjà eu deux accouchements à terme normal. Pendant les derniers mois de la seconde grossesse apparurent les symptômes d'une phthisie commençante. Ces symptômes s'exaltèrent sous l'influence de la troisième grossesse et prirent une marche aiguë vers sept mois et demi. Ils furent tout à coup arrêtés par l'apparition du choléra. Les phénomènes cholériques à leur tour semblèrent enrayés par le fait du travail de l'accouchement, auquel la nature employa le peu de force qui lui restait. En effet, ils ne reprirent leur cours que d'une manière incomplète; les vomissements et les garde-robes ne reparurent plus avec leur fréquence et leur caractère particulier. L'auteur ne put, dit-il, se refuser à admettre que les modifications apportées par l'accouchement dans l'organisme n'avaient pas été étrangères à l'amendement qui se remarqua dès le lendemain dans la marche des symptômes du choléra. La réaction qui se manifesta bientôt se porta tout entière sur l'utérus et le péritoine, et il fut curieux de voir cet effort exagéré de la nature se diriger plutôt vers ces organes que vers le poumon déjà malade. Enfin la phthisie reprit sa place dans l'ordre des phénomènes pathologiques et mit un terme aux souffrances de la malade.

Pour compléter ce qui a trait à cette observation, nous devons ajouter que peu de temps après l'invasion des symptômes cholériques, M. Devilliers ayant reconnu au commencement de travail, procéda à l'extraction du fœtus par la version. Voici sur quels motifs il justifie cette conduite :

La mère était dans un état de faiblesse si profond qu'on ne pouvait plus compter sur ses forces; l'enfant vivait encore et il restait pour lui une chance de salut. Il existait d'ailleurs quelques indices de contractions utérines. Dans ces circonstances urgentes, M. Devilliers crut devoir déterminer par tous les moyens en son pouvoir le développement du travail et en hâter la terminaison. Il ajoute qu'il fut dirigé encore par cette considération, que si la grossesse a le triste privilége d'être la cause de l'apparition ou de l'aggravation de certaines maladies mortelles, il faut bien reconnaître aussi que parfois la parturition peut apporter, même dès son début, des modifications tellement soudaines et tellement profondes dans l'organisme, qu'elle fasse cesser la gravité de ces mêmes affections, améliore leur marche ou procure leur guérison.

L'auteur se pose ensuite cette question : Le choléra ne pourrait-il pas, ainsi que d'autres affections aiguës intercurrentes, au sujet desquelles aucune règle n'a pu être fixée jusqu'à ce jour à cet égard, être heureusement influencé par la déplétion, soit naturelle, soit artificielle de l'utérus? Il incline à le croire, et à l'appui de son opinion, il rapporte l'exposé sommaire de quelques faits empruntés à la pratique de divers médecins, faits desquels ressort non-seulement l'influence que l'accouchement peut exercer sur la marche du choléra, mais celle que le choléra peut à son tour exercer sur la marche du travail. (Commission, MM. Villeneuve et Moreau.)

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

M. le ministre de l'intérieur transmet une note relative au traitement du choléra épidémique, qui lui a été récemment adressée de Saint-Pétersbourg.

CONCOURS DE 1847-1849.

L'Académie a reçu six mémoires en réponse à trois des questions proposées pour ce concours.

Un des mémoires ayant pour épitaphe ces mots de Salluste : « *Novæ res*, » traite de l'influence que les marais et les polders exercent sur la santé et sur la durée de la vie.

Trois mémoires concernent la question relative au traitement des fractures.

Ces mémoires, classés suivant l'ordre de leur réception, ont pour épigraphes :

Le premier : « La méthode qui doit obtenir la préférence est celle qui utilise le mieux tous les progrès marqués successivement dans l'évolution des âges de la science, parce que c'est là que s'est résumée toute la vraie expérience. Celui qui prétendrait le contraire se trompe et trompe les autres, parce qu'il méconnait le but de Dieu, qui doit être le perfectionnement graduel de toutes les choses. »

Le second : « *Tutò, citò et jucundè.* »

Le troisième : « J'essayerai d'arriver à une méthode qui remplisse, non pas telle ou telle indication, mais toutes les indications qui peuvent se présenter; qui soit applicable, non pas à tel cas particulier, mais à tous les cas possibles. »

Les deux derniers mémoires répondent à la question proposée sur l'histoire des tumeurs blanches des articulations.

L'un a pour devise : « *Quæcumque non sanant medicamenta, ea ferrum sanat.* »

L'autre, ces mots : « *Vita brevis, ars longa.* »

Après ces communinications, l'Académie décide que les trois commissions qui seront chargées de l'examen des mémoires se composeront chacune de cinq membres à désigner par l'assemblée, à la majorité des suffrages.

Les membres appelés à faire partie de la première commission (question concernant l'influence des marais) sont MM. Broeckx, Gouzée, Van Coetsem, Guislain et François.

La seconde commission (question du traitement des fractures) se compose de MM. Seutin, Marinus, Langlet, Michaux et de Meyer.

La troisième commission (question des tumeurs blanches) est formée de MM. Burggraeve, Fallot, Gouzée, Raikem et Mascart.

Ces deux dernières commissions se sont constituées pendant la séance.

La première a choisi pour président M. de Meyer, et pour secrétaire-rapporteur M. Marinus.

La seconde aura pour président M. Fallot, et pour secrétaire-rapporteur M. Burggraeve.

— M. le Président : La discussion sur le typhus des Flandres est remise jusqu'à ce que celle du choléra soit épuisée.

NOTE RELATIVE AU TRAITEMENT DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE, REÇUE DE SAINT-PÉTERSBOURG ET TRANSMISE PAR M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR.

« M. le docteur Franceschi (de Saint-Pétersbourg) préconise, dans le traitement du choléra épidémique, l'emploi de *gouttes anticholériques* dont voici la formule :

℞. Tinctura aconiti. . . . . . part. iij;
Opii simpl. . . . . part. j;
Extractum aloes. . . . . . part. ij.

» Les proportions doivent varier suivant l'âge et la constitution des individus.

» Ces gouttes doivent être prises tout au commencement de la maladie; car, ce moment passé, le mal peut changer de caractère et l'indication n'être plus la même.

» Elles se prennent de préférence dans un cuillerée de vin de Madère. A défaut de ce vin, on peut se servir de vin ordinaire, de café, de thé, d'eau de menthe ou même d'eau simple.

» La dose à prendre, comme moyen préservatif, est de dix à quinze gouttes le matin, et autant le soir en se couchant.

» Comme moyen curatif, la dose est de vingt à quarante gouttes et même plus, selon l'intensité des symptômes et l'âge du malade.

» La dose doit être renouvelée aussi souvent que le cas l'exige, mais à un intervalle d'une ou deux heures et pas au delà, quatre ou cinq fois par jour, en ayant soin de la diminuer à mesure que les symptômes s'affaiblissent. On la continue aussi en gardant le même intervalle, et toujours en diminuant, même après que les symptômes ont disparu, afin d'en prévenir le retour.

» Il faut aider l'action de ces gouttes, qui tendent à provoquer une transpiration abondante, par les moyens communément employés pour réchauffer le malade : linges chauffés appliqués sur la peau, et, au besoin, sinapismes à l'estomac.

» Lorqu'on fait usage de ces gouttes, il ne faut pas employer d'autre médicament à l'intérieur.

» D'après les renseignements fournis par toutes les personnes qui ont fait usage de ces gouttes comme préservatif, pas une seule n'aurait eu le choléra, et sur plus de cent malades auxquels on les a administrées comme moyen curatif, trois seulement auraient succombé.

» Le choléra, suivant M. Franceschi, serait le produit d'un miasme qui, mêlé à l'air, est inspiré avec ce fluide dans les poumons, d'où il passe, par la voie de la circulation, dans tous les organes de l'économie qu'il trouble, et finalement dans les voies digestives qu'il affecte de préférence et plus violemment. Cette opinion l'a conduit à penser qu'il ne faut pas contrarier les efforts de la nature, qui tend à éliminer la cause du mal, en arrêtant subitement et brusquement les vomissements et la diarrhée; mais qu'il faut, au contraire, modérer ceux ci et les diriger de manière à prêter, pour expulser le miasme, plus de force à l'organisme. »

RAPPORTS SUR L'OUVRAGE DE M. LE DOCTEUR STEIFENSANDE, RELATIF AU CHOLÉRA ASIATIQUE (1).

(M. FALLOT, rapporteur).

« Cette petite brochure est un corollaire d'un travail plus étendu sur les maladies paludeuses, que l'auteur, médecin praticien à Crefeld, dans les provinces rhénanes, a dédié et adressé à notre Académie.

« Son but, en mettant celui-ci au jour, n'a pas été de fournir des idées neuves ou de faire connaître de nouveaux faits relatifs au choléra, mais de présenter une appréciation mieux raisonnée de ces derniers, et d'en déduire d'utiles conséquences pratiques.

» Suivant lui, le choléra, d'origine paludéenne, ne peut se développer et se maintenir que sur des terrains conformes à sa nature. La marche qu'il suit, les voies par lesquelles il passe lui paraissent une démonstration de l'exactitude de cette opinion, qui, comme vous le savez, messieurs, est loin d'être nouvelle.

» Tout en se constituant ainsi endémiste, l'auteur se pose en contagioniste décidé, et sans ajouter aucune preuve nouvelle à ce qui a été avancé à ce sujet, il s'étonne qu'on puisse professer une opinion contraire. Si le choléra s'est arrêté aux limites de la Saxe, c'est beaucoup moins, pense-t-il, à la nature sèche et sablonneuse de cette contrée, et à l'absence des marécages qu'on doit l'attribuer, qu'aux puissantes mesures de séquestration adoptées par son gouvernement.

» Quoiqu'il existe, toujours suivant l'auteur, qui apporte ici un grand nombre de faits à l'appui de sa doctrine, un antagonisme marqué entre le choléra et les fièvres intermittentes, que ces deux maladies se substituent l'une à l'autre et ne règnent jamais simultanément, il n'en est pas moins certain que les individus qui ont été atteints de fièvre intermittente sont particulièrement enclins au choléra.

» Cependant l'auteur n'est pas de ceux qui considèrent le choléra et la fièvre intermittente comme n'étant que deux formes d'une même maladie. Il se défend, au contraire, chaudement d'avoir cette opinion. Le choléra asiatique, dit-il, page 29, n'est ni une fièvre intermittente ni une dégénérescence de cette maladie : leur affinité consiste seulement en ce que la fièvre intermittente constitue le fondement ou la prédisposition du développement du choléra.

» Dans sa pensée, le choléra est une maladie spécifique, contagieuse, dont les rapports avec la fièvre intermittente consistent surtout en ce qu'elle attaque de préférence les individus qui ont souffert de celle-ci.

» Devant me dispenser, dans cette communication verbale et rapide, de tout développement théorique ultérieur, et d'exposer même par quelles raisons plus ou moins plausibles l'auteur explique comment le choléra apparaît quelquefois dans des lieux où la fièvre intermittente endémique est inconnue, je passe sans autre transition à la partie pratique.

» En présence des opinions contagionistes émises par l'auteur et des éloges donnés aux mesures de séquestration prises en Saxe pour empêcher la communication du choléra, on devait s'attendre à trouver en tête des moyens prophylactiques les cordons sanitaires, les quarantaines, etc., mais il n'en est pas question. Le moyen par excellence recommandé par l'auteur pour se préserver du choléra, c'est le sel de quinine pris à la dose de quelques grains chaque jour pendant toute la durée de l'épidémie. En faveur de son efficacité, il appelle en témoignage plusieurs médecins qui l'ont constatée. Pour ceux qui ne peuvent le prendre à l'intérieur, on peut l'appliquer en épithème ou en emplâtre sur la région stomacale. C'est un moyen facile et dont on peut sans inconvénient faire l'essai. Puisse-t-il tenir les promesses de l'auteur! »

M. FRANÇOIS : Le traitement dont il vient d'être question est celui qui a été mis en pratique en 1832, par Alibert, et qui a échoué comme tous les autres.

M. FALLOT : Permettez-moi de vous faire observer que l'auteur nous a envoyé un autre travail dans lequel il traite de toutes les maladies paludéennes, travail qu'il a dédié à l'Académie, et qui est beaucoup plus détaillé. Comme je l'ai dit, il ne faut considérer cette brochure que comme corollaire du grand ouvrage dont je parle.

M. DE MERSSEMAN : Je demanderai à l'Académie s'il ne conviendrait pas d'insérer dans le BULLETIN un résumé du travail sur lequel il vient de nous être fait un rapport. Il me semble que les idées pratiques qui s'y trouvent, bien qu'elles ne soient pas nouvelles, peuvent être utiles. Si le sulfate de quinine n'a pas réussi à Paris, il faut peut-être l'attribuer à des raisons toutes spéciales. Mais il y a une foule de circonstances où l'on en a positivement reconnu l'utilité.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LES COMMUNICATIONS DE MM. CARLIER, SPRING ET LOMBARD, CONCERNANT LE CHOLÉRA ASIATIQUE (1).

M. FALLOT : Messieurs, j'ai vu un nombre très-considérable de cholériques; j'en ai traité aussi beaucoup. J'ai lu de ce qui a été écrit sur cette cruelle maladie tout ce que j'ai pu me procurer. J'ai entendu avec le plus vif intérêt et écouté avec la plus grande attention la note intéressante que l'honorable M. Lombard a communiquée à l'Académie dans sa dernière séance, et la discussion qui s'en est suivie. Eh bien! messieurs, malgré tout cela, je vous en fais l'aveu en commençant, tout ce que je sais du choléra se réduit à fort peu de chose.

L'Inde fut son berceau. C'est tout ce que nous savons relativement à son origine; car le point précis d'émergence de la maladie est encore inconnu.

Le choléra parait affectionner le cours des rivières, le fond des vallées. C'est tout ce que nous savons relativement à sa marche; et encore faut-il recevoir avec beaucoup de réserve cette loi trop prématurément établie. En effet, messieurs, n'est-ce pas d'un seul bond, et sans avoir apparu dans aucun des endroits placés sur les rives des fleuves, que l'on a vu, en 1832, le choléra franchir l'intervalle qui sépare Londres de Paris?

On dit, on répète que le choléra suit toujours le même itinéraire; que, dans chacune de ses apparitions, il visite, dans une succession régulière, les mêmes lieux. Cela se dit, cela s'imprime; et cependant, en 1832, le choléra avait ravagé Paris avant d'apparaître en Belgique; et cette fois il a maltraité Liége avant de paraître à Paris.

Sa cause est complétement inconnue; et il faut être facile pour se contenter des mots d'influence tellurique, sidérale, cosmique, électro-magnétique, et tant d'autres semblables.

Tout ce que nous savons du choléra, c'est que c'est un fléau immense, d'autant plus épouvantable qu'inconnu dans sa cause, il éclate, frappe et disparait sans laisser après lui aucun enseignement sur le moyen d'en empêcher l'explosion ou d'en prévenir le retour.

Cependant, hâtons-nous de le dire, l'ardeur avec laquelle les médecins ont étudié le choléra n'a pas été entièrement perdue pour la pratique. Divers points sont constatés, sont acquis à la science. C'est ainsi, par exemple, que l'on sait (et il serait à désirer que cette vérité fût plus généralement connue, qu'elle descendit très-avant dans le public) que les cas de choléra foudroyant sont extrêmement rares; que le choléra s'annonce presque toujours par des prodromes, par des avant-coureurs pendant lesquels un bon traitement parvient souvent à le conjurer, et que plus on s'éloigne de cette époque, plus aussi les chances de succès diminuent.

Un autre fait, messieurs, c'est que le choléra est surtout funeste aux constitutions détériorées, usées. C'est ainsi, par exemple, qu'il enlève presque tous les vieillards qu'il attaque; c'est ainsi également qu'il est inexorable pour les hommes ruinés par des excès ou des maladies de quelque nature qu'elles soient. Combien n'a-t-il pas atteint d'individus sortant d'une orgie ou des bras d'une maîtresse?

Un troisième fait, qui a aussi son importance, c'est que le choléra est surtout dangereux dans des lieux resserrés, bas, humides, où l'air n'est pas suffisamment renouvelé.

De ces deux derniers faits, je crois qu'on peut déduire deux règles, l'une d'hygiène privée, l'autre d'hygiène publique. La première c'est que, pendant la durée du choléra, il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui pourrait altérer la constitution, tout ce qui pourrait la priver d'une partie de sa force de résistance, en fatiguer, en user les ressorts. L'autre règle, c'est que, dans le temps du choléra surtout, il faut se préoccuper de la condition matérielle du pauvre, exigence qui a été admirablement sentie et à laquelle il a été noblement satisfait à Liége, lui fournir une nourriture suffisante et saine, des vêtements convenables, assainir ses demeures et particulièrement ces ateliers où un grand nombre

(1) DIE ASIATISCHE CHOLERA OP DER GRUNDLAGA DES MALARIA-SIECHTLENS. Crefeld, 1848, in-8°.

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, p. 468.

d'individus se trouvent réunis, et veiller à ce que partout l'air soit suffisamment renouvelé.

Voilà, messieurs, des points sur lesquels tous les médecins sont parfaitement d'accord, et ils ont une très-grande importance parce que, dans l'impossibilité où nous sommes jusqu'à présent de prévenir l'explosion du choléra, nous devons saisir avec avidité tous les moyens d'en abréger la durée, en circonscrire le terrain, en atténuer les coups, en adoucir les fureurs.

L'impuissance où l'on se trouve jusqu'à présent de pénétrer plus avant dans la question, est-ce une raison d'en abandonner l'étude, de courber la tête, de se livrer au désespoir? Au contraire, messieurs, c'en est une pour doubler d'efforts, et peut-être le temps n'est-il pas fort éloigné où l'on découvrira un spécifique anticholérique ou toute autre médication efficace. En attendant que faut-il faire? Etudier, observer, essayer les divers traitements que notre conscience et nos lumières nous disent ne pas être en opposition avec la nature de la maladie. Il faut dire franchement ce qu'on a fait, et faire connaître loyalement les résultats, bons ou mauvais, qu'on a obtenus.

Sous ce rapport, les communications de MM. Carlier, Spring et Lombard sont, à mes yeux, d'un très-haut intérêt. C'est à ce titre aussi que je réclamerai quelques instants votre bienveillante attention.

Permettez-moi d'abord de toucher quelques opinions qui ont été émises dans le cours de cette discussion. L'importance de la matière me fera pardonner peut-être quelque longueur dans les détails.

On a dit que l'étude symptomatique du choléra n'était pas complète; que les auteurs qui s'en sont occupés se sont trop attachés à celles des évacuations qu'on avait considérées comme la cause de ceux qui leur succèdent... et que l'algidité, la cyanose, les symptômes nerveux et l'asphyxie leur avaient été attribués. Je ne crois pas ces reproches fondés. Que les évacuations excessives aient été considérées comme contenant la raison d'être des symptômes *qui leur succèdent*, c'est ce que j'accorde, et c'est ce que je crois aisément justifiable; mais que le refroidissement du corps, la cyanose, la chute du pouls, qui si souvent les précèdent, leur aient été généralement attribués, c'est ce que je ne puis admettre. Je dis que tous ceux qui ont vu le choléra, tous les auteurs qui en ont écrit, ont signalé comme phénomène initial l'affaiblissement de la circulation accompagné d'une altération toute particulière des traits de la face, qui sont contractés, affaissés. *C'est ce qui fait*, dit M. Magendie, *qu'un praticien exercé a pu dire: une telle personne que j'ai rencontrée aujourd'hui aura demain un accès de choléra.* Je conviens avec M. Lombard que, dans la thérapeutique du choléra, on s'est généralement trop préoccupé des évacuations: je trouve complète sa démonstration que ces évacuations ne sont pas le fait principal du choléra; mais je demanderai à lui faire observer deux choses: la première, c'est que, de son propre aveu, le trouble circulatoire, caractérisé surtout par ces affaiblissements des mouvements du cœur qui, dès l'apparition de la maladie à Liége, a spécialement captivé son attention, était accompagné, c'est lui qui nous l'apprend, de perturbations manifestes des fonctions digestives et que la même chose a été remarquée partout où a régné le choléra; la deuxième, c'est que le liquide évacué par les cholériques est d'une nature spéciale, se présentant, suivant l'expression de M. Magendie qu'on n'accusera pas d'avoir exagéré l'importance de ces évacuations, sous une forme si singulière qu'on ne peut le comparer à aucune espèce d'évacuation..., et que sous ce point de vue le choléra diffère de toutes les maladies connues; d'où j'infère, moi, que dans la phénoménisation du choléra les troubles des organes digestifs, et les évacuations qui en sont une des expressions, ont une signification très-importante.

Avant d'aller plus avant, il s'agit de régler encore un point sur lequel on paraît ne pas être d'accord. Faut-il considérer comme une manifestation du choléra, les prodromes, les dérangements des fonctions digestives, désignés sous le nom de cholérine? M. Carlier pense qu'oui, M. Lombard est d'une opinion contraire; moi je penche du côté du premier, et voici pourquoi. D'abord ce n'est pas dans un simple dérangement des fonctions digestives que consiste la cholérine; il y a de plus, comme je viens de le faire remarquer, d'après M. Lombard, que je regrette de ne pas voir à son banc, langueur, torpeur musculaire, faiblesse qui étonne les malades, et qui, pour peu que l'indisposition se prolonge, les jette dans une prostration dont ils sont fort longtemps à se remettre. Mais ce n'est pas tout. Parvient-on à porter un prompt remède à ces dérangements, arrête-t-on la cholérine? on prévient presque toujours l'explosion du choléra; ne réussit-on pas à le conjurer? cette explosion manque rarement de se faire. Il me paraît difficile, d'après cela, de méconnaître l'enchaînement existant entre ces deux ordres de phénomènes, qui pourraient bien n'être que deux degrés de la même affection. S'ensuit-il maintenant que toute diarrhée avec affaiblissement du pouls, abaissement de température et même suppression des urines soit un prélude de choléra asphyxique? Nullement; pour que ces symptômes aient, à mes yeux, une semblable signification, il faut de toute nécessité que le choléra épidémique règne à l'époque de leur apparition. C'est ce qui vous dit assez que j'écarte tout d'abord les deux premières observations du travail de M. Carlier, et que s'il s'engage un débat sur la valeur du traitement homœopathique dans le choléra, ce sont les dernières seules qu'il me semblerait permis d'y produire.

L'analyse physiologique des symptômes essentiels du choléra m'avait fait admettre que la cause prochaine consistait dans une répartition inégale, brusque, soudaine de l'action nerveuse dans le système nerveux ganglionnaire, opinion que je déposai dans une brochure publiée à Paris en 1832, dans le plus flagrant de l'épidémie, et que d'autres ont reproduite et développée, plus tard, sans connaître sans doute ce que j'avais écrit. Pour ceux qui étudient le choléra, comme je le faisais alors, au point de vue des solidistes, cette explication était de tous points satisfaisante. En effet, pendant que quelques-unes des fonctions sont frappées d'atonie, d'autres jouissent d'un surcroît remarquable d'activité. L'hématose, la circulation du sang, les mouvements de son centre d'impulsion surtout, les sécrétions de l'urine et de la bile sont frappées d'impuissance, en même temps que les sécrétions et les exhalations intestinales sont considérablement augmentées, et les cordons moteurs de la moelle épinière vivement excités.

J'ai cru reconnaître plus tard que cette manière d'expliquer le choléra laissait à désirer, qu'il était possible de remonter encore plus haut dans l'analyse de ses phénomènes, et que celui que j'avais reconnu et *signalé*, autant que je sache, le premier, savoir, l'anhématosie, due à l'inaptitude du sang veineux à s'artérialiser, n'était pas, comme je l'avais pensé d'abord, secondaire, subordonné à la dépravation de l'action nerveuse hématogène, mais primitif et dépendant de l'altération du sang, de la viciation de la crase, de son intoxication par son mélange avec l'élément cholérique. Je dis à dessein élément, plutôt que *miasme*, *effluve*, ignorant, comme je suis, de l'état, de la forme sous laquelle le principe s'introduit.

Je ne puis m'empêcher de placer ici une réflexion. Il y a peu de temps que, portant la parole dans la question de l'épidémie des Flandres, un orateur dont la voix est toujours entendue avec faveur dans cette enceinte, parce qu'on la sait animée d'une conviction aussi éclairée que sincère, et dont je regrette en ce moment l'absence parmi nous, émit l'opinion que *intoxication* et *malignité* représentent la même idée, et qu'en substituant le premier terme au second, tombé en désuétude, on n'avait fait que changer le mot. Je ne partage pas cette manière de voir. La malignité, comme l'entendaient nos pères, était une notion abstraite, une création de l'esprit, une espèce de personnification d'un attribut commun à plusieurs maladies, celui de se terminer soudain et inattendûment par la mort, fait pour lequel ils ne trouvaient pas d'ailleurs d'explication plausible... L'anatomie pathologique, en révélant des causes matérielles de mort jusque-là inconnues, a beaucoup rétréci déjà et resserré chaque jour davantage la sphère où se mouvait la malignité, et l'hématologie bien comprise et sagement appliquée pourrait bien lui enlever le terrain qu'elle occupe encore dans la science; l'intoxication est un être concret, constatable chaque jour par l'observation, et dont l'expérimentation a fait connaître les lois. Ce serait donc ouvrir la porte à l'erreur que de confondre ensemble deux notions aussi distinctes.

Mais rentrons dans notre sujet. Voudra-t-on savoir de moi en quoi cette altération cholérique du sang existe, ce qui le rend impropre à l'aération? Messieurs, si je voulais me lancer dans la voie des hypothèses, je ne serais pas embarrassé de faire une réponse. Mais j'en ai une meilleure à faire, qui n'est pas empruntée à une hypothèse, mais à un fait qui saute aux yeux. L'état physique et la réaction chimique du sang des cholériques me disent qu'il n'est pas dans son état normal, mais je n'en sais pas davantage.

Et ici se présente soudain à mon esprit une considération que je vous demande la permission de soumettre tout de suite à votre appréciation. Je n'ai pas le temps de la mûrir, je vous l'offre toute crue, telle qu'elle vient de surgir dans ma pensée. N'est-il pas bien singulier, bien bizarre, que lorsque, dans l'anatomie pathologique des solides, on se contente d'un changement d'aspect, de couleur pour admettre une altération de texture des parties, on ne veuille y conclure pour le sang que lorsque l'analyse a démontré un changement dans les proportions de ses éléments constituants? Est-il jamais entré dans la pensée de quelqu'un, placé en présence d'un poumon, d'un foie, d'un rein altéré dans sa couleur, dans sa consistance, d'exiger, pour conclure à un état pathologique, qu'on y eût démontré un excès ou un défaut de fibrine, d'albumine, de sels, d'oxydes? Est-on bien venu à se montrer plus exigeant pour le sang que pour les solides? Est-il d'ailleurs deux sangs qui aient rigoureusement la même composition? Le sang du même individu ne varie-t-il pas dans sa composition du matin au soir, d'un instant à un autre?

J'ai dit, messieurs, que le sang d'un cholérique était empoisonné, intoxiqué. Je maintiens le mot. Étudions un accès de choléra à ce point de vue: suivons à cet effet, par la pensée, les effets que produira dans l'économie, l'introduction du poison cholérique.

Veuillez bien remarquer d'abord que ces effets seront variables en raison de la résistance offerte par l'économie, non à l'entrée de ce poison, car elle sera la même chez tous (la sensibilité organique de Bichat qui ouvre la porte à certains corps et la ferme à d'autres, n'a plus cours dans la science; son existence est contredite par les expériences mêmes de cet illustre physiologiste sur l'absorption), mais en raison du plus ou moins de force d'assimilation ou d'élimination dont l'économie sera pourvue.

Il arrivera ce qu'on remarque chez des animaux soumis à une intoxication artificielle: ou la mort aura lieu soudain sans réaction, c'est le cas des cholériques qui succombent au bout de quelques heures sans vomissements, sans luttes, sans crampes; notre honorable collègue M. Lebeau a parfaitement expliqué le mécanisme de ce genre de mort: ou bien le principe cholérique excitera une réaction modérée par laquelle il sera progressivement neutralisé et éliminé, et vous aurez la forme cholérinique dans ses divers degrés: ou la réaction sera violente, tumultueuse, et alors de deux choses l'une, ou impuissante, précipitant la maladie vers une issue funeste, ou salutaire, la conduisant à travers mille péripéties à une heureuse fin.

Pour compléter le tableau, il faut y ajouter ces cholériques que, sans autre dérangement qu'un état de langueur et d'inappétence, on voit dépérir progressivement et arriver lentement, mais inévitablement à la mort. Il semble que le principe cholérique raccourcit et use la vie, à l'exemple de ces poisons célèbres naguère, et dont heureusement la recette est perdue, l'*aqua tophana*, la *poudre de succession*, qui minaient sourdement et détruisaient peu à peu l'économie sans y susciter aucune de ces perturbations qui suivent en général l'ingestion des substances toxiques.

Vous voyez, messieurs, que, mettant à profit les vues de nos honorables collè-

gues MM. Lombard et Spring, je considère les évacuations cholériques comme le fait d'une réaction excitée par le principe conservateur.

Mais s'ensuit-il que ces évacuations doivent toujours être respectées; que, quelles que soient leur quantité et la perturbation dont leur répétition est accompagnée, il faille les favoriser? Je ne le pense pas, et voici mes raisons.

En fait, il est reconnu que plus ces évacuations sont répétées, abondantes, opiniâtres, désordonnées, plus le refroidissement, les crampes, l'asphyxie augmentent; et comment cela ne serait-il pas? Privé incessamment davantage de plusieurs de ses éléments constituants, le sang perd de plus en plus la faculté de se combiner avec l'oxygène, devient de moins en moins propre à stimuler les organes dans un mode conforme à l'entretien de leurs fonctions, de l'autre à progresser dans les voies circulatoires.

On dit: La suppression brusque des évacuations, c'est le plus souvent la mort. Oui, quand cette suppression se fait soudain et spontanément, parce qu'elle exprime une défaillance de l'activité vitale. Ce n'est pas parce que les évacuations s'arrêtent que la mort survient, c'est parce que la mort est imminente que les évacuations s'arrêtent. C'est ainsi que vous voyez cesser les vomissements dans la péritonite, dans la fièvre puerpérale, quand le malade est près de mourir.

On a dit encore: Supprimer ces évacuations, c'est ajouter au danger qui résulte déjà de la suppression des sécrétions urinaire, cutanée et biliaire.

Je ne peux partager cette manière de voir. Quelque abondantes que soient les évacuations oro-alvines, quelque éloignées qu'on les suppose de leur composition normale, jamais elles ne pourront remplacer les sécrétions réno-cutanée, hépatiques. Il est une loi de l'économie vivante d'après laquelle chaque émonctoire élimine des matières excrémentitielles propres, fonction spéciale pour chaque, dans laquelle elle ne peut être remplacée par aucune autre. L'appauvrissement du sang cholérique, produit par le rejet de son sérum, ne fera qu'ajouter une nouvelle cause de discrasie à celles qui résultent déjà de la rétention des matériaux dont les reins, le foie, la peau sont chargés de le débarrasser.

On dit: Les vomissements soulagent les cholériques, allégent la somme déjà si lourde de leurs souffrances. Oui, quelquefois, mais pas toujours. Ces évacuations alvines, ces vomissements, dit M. Magendie que je cite de préférence parce que lui aussi, comme les honorables collègues auxquels je réponds, ne considère pas ces évacuations comme des caractères essentiels du choléra, mais seulement comme des symptômes qui l'accompagnent; parce que, lui aussi, a remarqué que les malades avec évacuations abondantes étaient plus faciles à traiter que ceux qui n'en avaient pas, et que, par conséquent, son témoignage ne peut être suspect; ces évacuations alvines, ces vomissements plus ou moins fréquents sont quelquefois accompagnés de soulagement; d'autres fois ils sont suivis d'angoisses plus vives. On voit des malades qui sont moins souffrants quand ils ont vidé leur estomac, et d'autres dont la torture devient atroce.

Les crampes, produit des mouvements réflexes de la moelle épinière, sont également un fait de réaction, de l'insurrection dans la sphère motrice de la force vitale contre un agent acharné à la détruire. Est-ce une raison pour pousser à leur apparition, pour en solliciter les attaques?

Sthal, qui définissait la maladie, *naturæ conamen in ægroti salutem*, qui y voyait un effort de l'âme pour rétablir l'équilibre et expulser les substances nuisibles, avait été forcé de reconnaître que cette âme se trompe quelquefois dans le choix des moyens pour atteindre son but. Les évacuations excessives, épuisantes dans le choléra, me paraissent être une de ces erreurs. Qu'est-ce, en effet, que ce liquide que le malheureux rejette sans paix ni trêve au milieu des plus violents efforts par le haut et par le bas? C'est le sérum du sang, la liqueur du sang, selon l'expression du grand physiologiste Müller, contenant en dissolution la fibrine et ces sels alcalins, dont la présence, comme l'a fait observer notre honorable collègue M. Spring, est indispensable à la transformation du sang veineux.

M'opposera-t-on l'opinion de M. Andral, d'après laquelle ces matières ne seraient pas directement fournies par le sang, parce quelles ne contiennent ni albumine ni fibrine, mais seraient formées uniquement de matières muqueuses altérées? Je répondrais: 1° que les analyses dont ces conclusions sont déduites sont trop en opposition avec celles qu'on a faites ailleurs pour qu'il n'y ait pas pour les premières suspicion légitime d'erreur; 2° que la réaction alcaline des vomissements cholériques, alcalinité d'autant plus prononcée que la maladie s'éloigne davantage de son début, exclut la pensée que ces matières seraient le produit d'une sécrétion de la muqueuse digestive, parce que celles-ci sont acides et manifestent cette réaction d'autant plus que l'irritation sécrétoire est plus active. Ainsi, dans les premiers temps du choléra, aussi longtemps que la sécrétion des follicules muqueux est mêlée en grande proportion aux matières propres du choléra, les vomissements sont acides.

Les analyses du sang, faites par Thompson, établissent que la proportion de fibrine et d'albumine y est considérablement diminuée, tandis que celle de la matière colorante augmente, ce qui ne peut s'expliquer qu'en admettant que le sang a perdu notablement de son sérum et qu'il est constitué en grande partie par de la globuline dont les caractères microscopiques ont sans doute changé par suite de l'altération de composition qu'elle a elle-même subie. C'est ce qui a pu me faire rapprocher, en 1832, le choléra des hémorrhagies; car veuillez bien remarquer, messieurs, que jamais je n'ai dit: le choléra est une hémorrhagie blanche, mais seulement: « la forme pathologique dont la ressemblance avec le choléra frappe singulièrement, c'est la forme hémorrhagique. » Cela respire, j'en conviens, une préoccupation trop prononcée de l'importance des évacuations; mais ce n'en est pas moins vrai dans le fond. Loin que la reconnaissance du fait, fait qu'en 1832 j'avais méconnu, que les évacuations cholériques sont un *effort* de réaction du principe conservateur, infirme cette analogie, elle lui fournit un nouvel appui. En effet, à l'exception des seules hémorrhagies, dites passives, et on sait combien elles sont rares, toutes les autres sont un produit de réaction. Celles qui accompagnent les tubercules, les inflammations chroniques des surfaces de rapport, n'ont pas d'autre caractère. Mais abandonnons cette digression que je vous prie de me pardonner.

Cependant on insiste. Sans réaction, dit-on, pas de guérison possible; or pas de moyen plus puissant pour la provoquer dans le choléra algide; donc.... Mais est-il bien vrai d'abord que les vomitifs soient les plus puissants moyens pour l'obtenir? Et quand cela serait, leur intervention ne devrait-elle pas être limitée aux seuls cas de choléra sec, dont il paraîtrait, d'après la note de l'honorable M. Lombard, que le nombre a été, toutes choses égales d'ailleurs, dans une proportion bien autrement forte que je ne l'ai vu en 1832? Mais lorsque la présence des évacuations atteste celle de la réaction, est-il rationnel, n'est-il pas plutôt imprudent d'exciter celle-ci, quand on sait par expérience combien il est difficile de maîtriser, de modérer ces mouvements réactionnaires? N'est-il pas surtout dangereux de recourir, pour les exciter, à une médication dont l'effet direct est de congestionner les viscères susdiaphragmatiques, où, pendant la période algide du choléra, le sang est retenu et stagnant?

On en appelle à l'expérience clinique; on cite de nombreux succès. La médication anticholérique par les *évacuants* (je dis *évacuants*, car quoique dans mon dissentiment avec l'honorable M. Lombard, il ne soit question que des vomitifs, la méthode évacuante dans toute son étendue a été grandement vantée par un autre honorable préopinant), la médication anticholérique au moyen des évacuants, dis-je, est aussi ancienne que l'apparition du fléau, il en a été fait un grand usage dans l'Inde; il est peu d'hôpitaux où on n'en ait essayé, et peu aussi, autant que je sache, où on n'y ait renoncé à cause de leur inefficacité. Écoutons M. Dalmas, s'exprimant sur leur compte après avoir été longtemps témoin de leur emploi: « La méthode évacuante, dit-il, adoptée par la plupart des médecins anglais dans l'Inde, pratiquée sous nos yeux, à Varsovie, par M. le docteur Scarle, et à Londres par plusieurs médecins de cette capitale, est bien loin d'avoir justifié par les succès la faveur dont nous avons vu qu'elle était l'objet. Le calomel, qui en était l'agent principal, est donné à des doses variables depuis 6 jusqu'à 20 ou 24 grammes, de deux heures en deux heures, associé soit à des substances inertes, soit à l'opium et même au tartre stibié (un quart de grain par prise). Nous n'avons pas vu que cette méthode ait plus de succès qu'une autre, et à défaut de succès, il nous a été impossible de nous expliquer la raison qui porte tant de médecins à s'en servir.

» Quant à l'ipécacuanha, donné dès le début pour opérer une secousse et modifier la nature des sécrétions, nous n'avons jamais vu, dans les essais qui en ont été faits sous nos yeux, qu'on en ait obtenu un résultat, et sauf les cas où l'estomac a manifesté une vive irritation, la maladie a suivi sa marche ordinaire. Il est vrai que, d'après divers documents publiés dans les journaux de médecine, il paraîtrait que MM. Rullier et Duméril ont été plus heureux. »

Nos honorables collègues MM. Spring et Lombard ont rapporté également des succès obtenus par cette méthode. Qu'il soit bien compris, messieurs, que la citation que je viens de faire n'a pas pour but de jeter du doute sur les faits allégués par eux, mais de faire comprendre qu'on ne peut en déduire encore des conséquences générales.

Un mot au sujet du calomélas. Cette préparation mercurielle étant censée avoir une action spéciale sur les fonctions du foie, dont la sécrétion est suspendue ou dépravée dans le choléra asiatique, a acquis sans doute, à ce titre, une grande réputation. Mais, sans me prononcer sur la manière dont elle l'a justifiée, ce qui serait difficile au milieu de la diversité des opinions des médecins, je demanderai seulement s'il est bien démontré que la teinte verte dont se colorent presque constamment les selles de ceux qui en font usage soit toujours due à la bile. J'ai des raisons d'en douter. J'en ai donné itérativement à des ictériques, et leurs selles ont verdi sans que les réactifs y aient fait reconnaître l'existence de la bile. Toute sécrétion muqueuse verte emprunte-t-elle sa couleur à la bile? Est-ce à elles que les blennorrhées vaginale, urétrale, doivent la couleur verte qu'elles prennent si souvent? Y a-t-il de la bile dans les crachats verts des catarrheux, des phthisiques?

Je ne saurais m'associer à la proscription absolue lancée contre l'opium. Dans le début du choléra, pendant ses préludes surtout, et lorsqu'il n'existe encore pour symptôme local qu'un accroissement de sécrétion gastro-intestinale, dans la cholérine enfin, l'opium est manifestement utile; tous les médecins le recommandent. Plus tard, quand le choléra revêt la forme asphyxique, que les vomissements et les selles augmentent en nombre, en abondance, et ont pris leur aspect caractéristique, un des grands inconvénients de son emploi, c'est qu'il est rejeté aussitôt qu'ingéré, qu'il provoque les vomissements, loin de les conjurer. S'il ne fallait que faire vomir les cholériques asphyxiques pour les sauver, on pourrait en toute confiance s'adresser à l'opium, car chaque fois l'estomac le repousse avec violence. C'est à tort, je pense, qu'on lui attribue les congestions cérébrales et le coma dont on a vu suivre son emploi. C'est aux progrès de la maladie, c'est à son aggravation que ces symptômes sont dus; en effet, qu'on ait eu recours à l'opium ou qu'on s'en soit abstenu, on les voit presque toujours accompagner la période de réaction, dite typhoïde.

Permettez-moi de vous dire un mot du mécanisme du développement de cette période. Messieurs, dans un travail sur la fièvre typhoïde, que je présentai il y a quelques années à la Société de médecine de Gand, et sur le compte duquel, dans une de nos dernières séances, un honorable orateur s'est prononcé d'une façon fort bienveillante, ce dont je le remercie, je me suis efforcé de démontrer que, pour sortir du vague où la notion des fièvres typhoïdes est encore plongée, il fallait de toute nécessité en distinguer de primitives et de secondaires, suivant que l'altération sanguine, que je considère comme en étant la cause prochaine et nécessaire, naît tout d'abord ou est précédée d'une maladie, quelle qu'en soit la nature, qui en ait altéré la crase. Ce n'est pas ici le moment de

donner des explications ultérieures; qu'il suffise de rappeler qu'il n'y a pas de maladie aiguë où la viciation du sang soit moins contestable que dans le choléra; et la forme typhique à laquelle la période de réaction donne lieu ne trouve-t-elle pas dans cette viciation sa raison d'existence? Aussi les caractères objectifs les plus généraux de cette réaction sont la turgescence de la face souvent accompagnée d'injection des conjonctives, la fréquence et la faiblesse du pouls, un état général de prostration et de stupeur et un coma plus ou moins profond: tous symptômes qu'on produit artificiellement chez les animaux auxquels on injecte du sang défibriné.

Avant d'aborder mes vues propres de traitement, qu'il me soit permis d'examiner une question intéressante que M. Lombard s'est posée. « Le choléra algide est-il spontanément curable? en d'autres termes, peut-il guérir par les seules forces de la nature? » Notre honorable collègue l'a résolue affirmativement, en appuyant son opinion d'un fait que lui a communiqué un de ses amis et que je considère comme probant, parce que déjà la réaction, et une réaction salutaire et modérée, était établie quand le médecin arriva près de sa malade. Je n'en pourrais pas dire autant des autres faits rapportés par notre savant collègue et empruntés à sa propre pratique, parce qu'un cholérique, auquel on a donné de l'eau froide et une infusion de menthe oxymélée à boire, autour duquel on a entretenu un air frais, qu'on a réchauffé par une caléfaction modérée (un cholérique qu'on peut réchauffer entre déjà dans la période de réaction), puisse être considéré comme étant resté sans secours. Quoi qu'il en soit, l'opinion de M. Lombard, qu'au point de vue clinique je crois inattaquable, est partagée par plusieurs médecins distingués. Voici comment s'explique à ce sujet M. Barbier (d'Amiens), un des praticiens les plus habiles de notre époque: « Nous terminerons par dire que les médecins qui veulent comparer et juger les diverses méthodes de thérapeutique que l'on a proposées contre le choléra-morbus, ne doivent pas oublier que cette maladie peut se guérir spontanément. Nous avons vu des cholériques qui étaient cyanosés, sans pouls, froids, dans des anxiétés très-prononcées, se refuser à l'application des cataplasmes, qui devaient les réchauffer, ne vouloir pas de frictions stimulantes, de sangsues, etc.; ils ont guéri en ne faisant, comme on dit, qu'une médecine expectante. »

J'arrive enfin, messieurs, à la thérapeutique. Peut-être direz-vous que j'aurais bien fait de ne pas m'engager dans un si long circuit avant d'y arriver. J'espère, par la concision que je mettrai dans l'exposé de ma méthode, racheter les longueurs dans lesquelles le défaut de préparation suffisante m'a entraîné.

Veuillez bien vous rappeler que, à mon point de vue, l'essence du choléra, c'est-à-dire le dernier point auquel on puisse s'élever dans l'étude des modifications ou aberrations organiques dont il se compose, le symptôme qu'il présente toujours à son début, dans tous les pays, chez tous les individus, c'est l'anhématosie; c'est du contact d'un sang mal élaboré, incomplétement dépuré, ayant perdu la faculté de s'artérialiser, que naissent cette foule de phénomènes divers qui l'accompagnent et varient en raison de la différence des fonctions troublées par l'effet de ce contact. Plus le sang se déprave et plus la maladie empire, plus le danger s'accroît, plus le cœur faiblit dans ses mouvements. De là stagnation du sang, cyanose, asphyxie, refroidissement; refroidissement qui, quoi qu'en dise l'honorable M. Lombard, est très-réel, aisément constatable par le thermomètre; non par celui qu'on placerait sur la poitrine où les mouvements vitaux et avec eux la chaleur se concentrent, mais par celui qu'on promène sur les extrémités, qu'on introduit dans la bouche, ou qu'on appuie sur la langue. J'invoque ici le témoignage de tous ceux qui ont vu des cholériques algides; je rappelle que M. Magendie a dressé un tableau des observations qu'il a faites, tant en Angleterre qu'à Paris, sur la température particulière des diverses parties du corps chez les cholériques pendant la période du froid, observations confirmatives du fait que je viens d'avancer.

Si cet état de chose continue, que le cœur tombe dans une impuissance de plus en plus croissante, et qu'aucune réaction ne se manifeste, la mort est imminente et inévitable.

Il résulte de là que la première et capitale indication dans le choléra est de susciter une réaction. C'est une vérité reconnue par tous les médecins. Quels sont maintenant les moyens les plus efficaces pour atteindre ce but? Je ne vous fatiguerai pas par l'énumération de tous ceux qui ont été prônés. Je me bornerai à vous faire connaître ceux que j'ai mis en usage et dont je me suis le mieux trouvé.

A l'appui je pourrais produire une statistique assez favorable. Je tiens à la main un numéro de la Gazette Médicale de Paris, du 27 octobre 1832, qui contient l'histoire de deux faits de choléra algide recueillis à l'hôpital de Namur, terminés par la guérison, sous, sinon par le traitement que je vais décrire.

En tête des moyens propres à obtenir la réaction, je place la phlébotomie, la saignée veineuse par la lancette. Je n'ai pas à m'occuper de la difficulté et souvent de l'impossibilité d'obtenir du sang chez les cholériques; quand je dis qu'il faut instituer une saignée, il est clair que j'entends obtenir du sang. L'ouverture seule de la veine ne constitue pas une saignée. Dans plusieurs de mes travaux, et notamment dans un de ceux que j'ai eu l'honneur de soumettre à votre jugement il y a peu de temps, je me suis attaché à démontrer que dans tous les cas d'anhématosie due à la stase du sang veineux dans le poumon, l'émission du sang à la veine est le moyen par excellence pour conserver ou prolonger la vie. Pour l'intelligence de ceci, il suffit de se rappeler que, dans ces cas, l'asphyxie est d'autant plus imminente et plus certaine, que les forces motrices du sang sont plus impuissantes, soit que cette impuissance dépende de l'atonie des agents d'impulsion, ou d'une simple disproportion entre la force de ces agents et la résistance offerte par la masse à mettre en mouvement. Je me suis souvent étonné que M. Magendie, pour qui le choléra est presque tout entier dans l'affaiblissement du cœur et la stase subséquente du sang dans le système veineux, n'ait pas recommandé la saignée dans son traitement. En effet, il ne peut y avoir de doute qu'à la suite de la saignée et de l'écoulement rapide du sang, le cœur et les vaisseaux qui y aboutissent recouvrent la facilité de dégorger le sang qui les surcharge, de propulser celui qui leur arrive, et d'en présenter ainsi à l'air une nouvelle ondée; que c'est, en d'autres mots, au rétablissement de la circulation et de l'activité pulmonaire qu'il faut attribuer la réaction qui survient après son emploi.

Qu'on n'objecte pas que le sang ayant perdu la faculté de s'artérialiser, on aura beau l'exposer au contact de l'air, aucune combinaison ne s'opérera. J'admets qu'il existe des cas semblables; aussi sont-ils nécessairement mortels, et aucune médication ne peut rien contre eux. Heureusement ils ne sont pas tous ainsi; dans la plupart il n'y a que diminution dans la puissance de se combiner à l'air, et cette diminution varie dans des limites assez étendues. Les études faites par M. Rayer sur le sang des cholériques, sous le rapport de son aptitude à se combiner avec l'oxygène de l'air, le démontrent complétement.

En défendant, avec le talent que vous lui connaissez, la cause des émissions sanguines, notre honorable collègue M. Lombard a fait observer avec raison que le sang des cholériques ayant perdu de sa vertu vivifiante, ne peut les stimuler normalement, et que son extraction, loin d'enlever à l'économie un principe réparateur, la débarrasse d'un liquide nuisible. Je souscris entièrement à ce qu'il dit de l'utilité des saignées par les sangsues; elles sont éminemment propres à remplir l'indication au service de laquelle il les a mises.

C'est en concourant à provoquer une réaction, en réveillant indirectement le cœur de son atonie, en rétablissant la circulation presque suspendue, que les stimulants cutanés, les sinapismes, les lotions et les frictions sèches et spiritueuses (ordre de moyens que j'ai été bien surpris de voir si péremptoirement condamné) sont si éminemment utiles. De tous ces topiques, celui que j'ai trouvé le plus efficace, c'est le repassage de la colonne vertébrale avec un fer chaud, suivant la méthode de M. le docteur Petit, de l'Hôtel-Dieu de Paris. Et cela s'explique. Après les belles recherches de Legallois à l'endroit de l'influence de la moelle épinière sur les mouvements du cœur, il ne peut y avoir de doute pour personne que la stimulation de la matière nerveuse contenue dans l'étui médullaire ne soit un puissant moyen de les activer.

Sans pousser le dédain pour les moyens caléfacteurs aussi loin que l'ont fait quelques honorables préopinants, je n'y ai pas une grande confiance; je pense toutefois qu'on peut les employer avec fruit comme adjuvants. On sait que la chaleur sèche active et précipite les mouvements vitaux.

Un troisième moyen qui ne le cède en efficacité à aucun autre, c'est le froid. Je n'ai pas été à même de faire l'essai des applications externes, des affusions, etc., je pense cependant que leur action perturbatrice, la commotion générale que l'économie en reçoit, peuvent contribuer à appeler la réaction par l'intermédiaire des mouvements réfléchis qu'elles tendent à exciter; mais j'ai fait un large emploi de la glace à l'intérieur, et j'ai toujours eu lieu de m'en applaudir. C'est peut-être le moyen le plus puissant pour émousser l'irritabilité de la muqueuse gastro-intestinale, si démesurément exaltée dans le choléra. La soif inextinguible, l'ardeur brûlante dont les cholériques sont martyrisés, la leur font vivement désirer.

Je craindrais, messieurs, en entrant dans des détails ultérieurs, d'abuser de votre patience, et je me renferme dans ces linéaments généraux du traitement

Qu'il m'ait suffi de dire que c'est de ces trois ordres de moyens que je me suis le moins mal trouvé, et auxquels pour cela même j'accorde le plus de confiance dans le traitement de la période algide. S'ensuit-il que ce serait à eux que, dans tous les cas, j'aurais exclusivement recours en renonçant à tous les autres? Nullement. Ce n'est pas à l'individualité maladie que les médecins ont affaire, c'est à des individus malades. Et il est une foule de circonstances propres à chacun d'eux (j'en conçois, sans vouloir les préciser, qui exigeraient la méthode évacuante), dont il faut tenir compte dans le traitement. Cette remarque est tout particulièrement applicable à la période de réaction, qui n'a rien de constant dans son expression phénoménale, que le retour du pouls, de la chaleur et des sécrétions, en même temps que la disparition de la cyanose, état de choses qui ne donne ouverture à aucune indication. Les indications de cette période naissent de la différence des affections par lesquelles elle est marquée.

(*La suite au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1849; par M. Segond, secrétaire.

I. — ANATOMIE.

1° RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. LUDOVIC HIRCHFELD INTITULÉ: NOUVEL APERÇU SUR LES CONDITIONS ANATOMIQUES DES COURBURES DE LA COLONNE VERTÉBRALE CHEZ L'HOMME; par MM. Blot, Robin et Cl. Bernard, rapporteur.

« Dans l'âge adulte, on observe dans la colonne vertébrale de l'homme sain trois courbures antéro-postérieures et une courbure latérale. Les anatomistes depuis longtemps ont essayé d'expliquer ces déviations naturelles par différentes considérations puisées dans la conformation anatomique des diverses parties osseuses ou ligamenteuses du rachis. Mais, il faut le dire, aucune expérience directe et

décisive n'était venue donner à ces opinions la valeur d'un fait démontré. Le travail de M. Ludovic Hirchfeld se distingue des précédents en ce que son explication nouvelle repose sur une expérience directe et facile à vérifier.

» Et d'abord nous devons dire que les recherches de M. Ludovic Hirchfeld ne sont relatives qu'aux trois courbures antéro-postérieures de la colonne vertébrale et qu'il n'y fait rentrer qu'indirectement la déviation latérale que l'épine présente dans la région dorsale.

» Jusqu'à présent la plupart des anatomistes, au nombre desquels il faut citer Weber et M. Cruveilhier, pensaient que l'inégalité dans l'épaisseur du corps des vertèbres et des disques intervertébraux donnaient une explication suffisante des courbures rachidiennes. Il est, en effet, admis que dans les régions cervicales et lombaires les corps des vertèbres et les disques intervertébraux sont plus épais en avant qu'en arrière, tandis qu'à la région dorsale courbe en sens inverse, le contraire aurait lieu, c'est-à-dire que les corps vertébraux et les disques seraient plus épais en arrière.

» M. Ludovic Hirchfeld a démontré, par des mesures prises sur un grand nombre de sujets, que la différence dans l'épaisseur du corps des vertèbres est insignifiante et incapable de donner raison des courbures du rachis. Quant à la différence d'épaisseur dans les disques intervertébraux qui est un fait beaucoup plus généralement reconnu, l'auteur du mémoire a prouvé qu'elle n'est que la conséquence d'un antagonisme remarquable qui existe entre la compressibilité des disques intervertébraux et l'élasticité des ligaments jaunes qui unissent les lames vertébrales. L'expérience suivante, qui caractérise le travail de M. Ludovic Hirchfeld, met ce fait dans toute son évidence.

» Après avoir dépouillé le rachis de toutes ses parties musculaires, si on sépare la colonne formée par les corps vertébraux des masses apophysaires, au moyen d'une coupe faite sur le pédicule au niveau des trous de conjugaison, on remarque deux choses : 1° le redressement des régions cervicale et lombaire par un changement dans les disques intervertébraux qui deviennent aussi épais en arrière qu'en avant ; 2° un raccourcissement de la masse apophysaire qui équivaut environ à un septième de sa longueur.

» Il résulte de cette expérience que dans la production des courbures rachidiennes, l'élasticité des ligaments jaunes jouerait le rôle principal en tendant comme une corde puissante l'arc formé par les corps vertébraux, de manière à faire basculer les vertèbres et à comprimer énergiquement les disques vertébraux dans leur région postérieure. Ceci découle clairement des phénomènes qui se passent quand on expérimente sur les régions cervicale et lombaire. Toutefois nous devons ajouter que, pour la région dorsale qui est peu mobile, le raccourcissement des ligaments jaunes est très-faible et que le redressement des corps des vertèbres n'a pas lieu. L'auteur regarde cette particularité comme due à l'immobilité de la région et au peu d'élasticité des cartilages intervertébraux en ce point. »

2° SUR QUELQUES POINTS DE L'ANATOMIE COMPARÉE DES MUSCLES ET DE LA FORMATION DES OS.

M. Lebert communique (séance du 12 mai) le résultat de quelques-unes de ses recherches sur l'anatomie de la fibre musculaire, dont voici les conclusions :

1° La distribution des nerfs et de leurs anses terminales dans les muscles a lieu en dehors de toute connexion directe avec la direction des faisceaux musculaires; les divisions nerveuses ne correspondent pas aux faisceaux ou aux cylindres musculaires primitifs; toute une portion de muscle est innervée d'une manière irrégulière, ce qui ferait supposer que l'action excitatrice des nerfs sur les muscles est constituée par une espèce d'émanation diffuse.

2° Quelques-uns des muscles des acéphales et des gastéropodes montrent à l'état permanent une structure musculaire composée de corps arrondis et allongés très-semblables aux corps myogéniques que l'on observe à l'état transitoire dans les embryons des vertébrés.

3° Au moyen d'un mélange d'une solution faible de potasse et de chlorure de sodium, M. Lebert est parvenu à dissoudre séparément dans les muscles des insectes les raies transversales de la surface, tandis que tout l'intérieur des cylindres musculaires, les fibres longitudinales avec leurs points alternants, opaques et transparents, ainsi que la substance intermédiaire qui les unit, sont restées intactes, nouvelle preuve que les raies transverses ne sont pas le simple résultat de la juxtaposition des points opaques des fibres longitudinales.

Quant aux recherches sur la formation des os, comme elles doivent être l'objet d'une publication, nous nous contenterons de signaler les quatre périodes assignées par M. Lebert à l'ostéogénie : 1° Délimitation des os de toutes les parties embryonales ambiantes; 2° formation du cartilage compact et globulaire; 3° formation des canaux dans le cartilage; 4° calcification de l'os qui a lieu dans ces canaux et dans les corpuscules du cartilage. On observe tous ces états successivement pendant les progrès du développement, ainsi qu'à la fois sur le même squelette d'embryon, selon qu'on examine des os différents.

3° GLANDES DU CREUX DE L'AISSELLE.

M. Robin présente de nouveaux faits sur l'espèce particulière de glandes qu'il a décrite dans le creux de l'aisselle. (Ann. des sc. nat., 1845, t. IV, p. 380.) Les principaux sont les suivants : outre les différences déjà signalées entre ces glandes et les glandes sudoripares, M. Robin note la présence d'un épithélium pavimenteux régulier qui tapisse toute la face interne du tube enroulé qui les constitue. Cet épithélium ne se voit pas dans les glandes sudoripares (sauf dans les cas où elles sont hypertrophiées. Lebert). Les glandes axillaires sont toujours pleines d'une matière demi-liquide finement granuleuse et odorante. Elles forment une couche rougeâtre, épaisse d'un millimètre, qui tapisse la peau de l'aisselle dans toute la partie garnie de poils; elles cessent au delà de ce point. Il existe donc dans la peau : 1° les glandes dites *sudoripares* (MM. Lebert et Robin démontreront, dans un prochain travail, que ces glandes ne sont pas chargées de la sécrétion de la sueur); 2° les glandes de l'aisselle; 3° les glandes sébacées, glandes ramifiées formées par un ou deux *acini* en grappes; 4° les glandes des follicules pileux. M. Robin annonce en outre que les glandes du pli de l'aine, du scrotum chez l'homme et des grandes lèvres chez la femme diffèrent de celles de l'aisselle; il en entretiendra prochainement la Société.

4° DU PRÉTENDU SYSTÈME DES CAPILLICULES.

M. Robin, par des détails pratiques sur les injections faites avec l'eau, la gélatine, les dissolutions salines, etc., a établi que les vaisseaux décrits sous le nom de *capillicules* ne sont en réalité que des épanchements formés par la matière des injections dans les interstices des éléments anatomiques. L'irrégularité de ces épanchements suivant le tissu injecté et suivant le degré d'altération du tissu, établissent incontestablement que ces apparences de vaisseaux tiennent aux conditions variables de la pratique des injections.

5° CONNEXIONS VASCULAIRES.

M. Cl. Bernard met sous les yeux de la Société une injection de la veine cave et de la veine porte du cheval, destinée à établir que tous les vaisseaux de la veine porte ne vont pas se ramifier dans le foie pour servir à l'élaboration propre à cet organe, mais qu'il y a des branches qui vont s'aboucher directement dans la veine cave. M. Cl. Bernard, en comparant cette disposition avec d'autres points du système circulatoire, cherche à rendre compte de la rapidité de la marche de certaines substances dans le torrent circulatoire. Ces observations se trouvent en rapport avec les recherches de M. Robin qui avait déjà constaté sur la grenouille la difficulté qu'il y a d'injecter certains organes, à cause de l'existence de ces branches qui ne se ramifiant pas dans les organes vont porter ailleurs la matière des injections; il avait observé également qu'en cherchant à injecter sur des poissons la veine rénale par la veine porte, le liquide arrivait directement dans la veine cave.

6° NOTE SUR LE PNEUMOGASTRIQUE DE LA RAIE (RACA BOTIS).

M. Béraud, qui avait déjà montré la distribution générale du pneumogastrique, appelle l'attention de la Société sur quelques points importants et inconnus relatifs à ce nerf.

1° La branche supérieure de ce nerf passe dans la cellule auditive et se met en rapport avec le nerf auditif sans pourtant contracter d'anastomose.

2° Cette branche et la suivante présentent, au moment où elles sortent du crâne, un renflement ganglionnaire, grisâtre, occupant seulement un côté du rameau nerveux.

3° Toutes les ramifications du pneumogastrique destinées aux branchies offrent la disposition suivante. Après qu'elles sont détachées du tronc principal, elles se dirigent obliquement en dehors et de haut en bas, sans changer de volume, si ce n'est les deux premières sur lesquelles il existe deux ganglions; avant de s'engager dans les branchies, elles fournissent chacune un rameau qui pénètre profondément et va se distribuer derrière les branchies à la muqueuse qui revêt la paroi postérieure de la cavité buccale. Après avoir fourni ce nerf qui se détache au niveau du ganglion pour les deux premières branches, les rameaux branchiaux se divisent en deux ramifications d'un volume inégal ; la plus antérieure et la plus grosse occupe la face antérieure de la branchie; l'autre, plus petite, occupe la face postérieure de cet organe et va se distribuer à la muqueuse qui tapisse cette face. Mais, outre qu'elle fournit à la muqueuse et à la couche musculeuse qui existe sur cette face, la branche antérieure sort de la branchie par l'extrémité antérieure de l'arc branchial, et va se distribuer à la muqueuse qui revêt la paroi antérieure de la cavité buccale. De chaque branchie sort un rameau semblable seulement de la face antérieure, tandis que le rameau de la face postérieure de la branchie se perd dans la muqueuse de cette même branchie. Quelques rameaux vont se distribuer aux muscles de la paroi antérieure de la cavité buccale.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° INFLUENCE DU RÉGIME DÉBILITANT SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FOETUS.

Le travail de M. Depaul, à raison de son importance, devant être l'objet d'une publication particulière, nous nous contenterons de le signaler ici. Il établit, par plusieurs cas bien observés, que le régime débilitant et la saignée peuvent avoir une influence remarquable sur le développement du fœtus pendant la vie intra-utérine, et que par conséquent on peut en faire des applications heureuses à certains cas de vices de conformation du bassin.

2° ABSORPTION DES SOLIDES.

M. Follin a attiré l'attention de la Société sur un fait intéressant d'absorption qu'il a eu plusieurs fois l'occasion de noter. Il a montré, sur les téguments d'un homme tatoué, la pénétration du vermillon dans les ganglions lymphatiques. Quand le tatouage est récent, ce phénomène ne se présente pas. Ce fait, rapproché d'une communication de M. Bernard sur l'action des vernis, dont il sera fait mention dans le prochain compte rendu, prouve qu'il faut renoncer à trouver dans l'état des corps les règles de l'absorption établie pendant longtemps; car, d'une part, de nouvelles expériences de M. Cl. Bernard prouvent qu'il y a des substances solubles qui ne sont pas absorbées, tandis que l'absorption s'opère sur des substances parfaitement insolubles. La raison de ces phénomènes se trouvera sans doute dans l'étude mieux approfondie des propriétés de tissus.

3° CONTRACTILITÉ DES VEINES.

M. GUBLER ne pouvant admettre que les veines soient simplement des tubes élastiques agissant à la manière du caoutchouc, les croit douées de contractilité. Les expériences qu'il a faites lui-même et dont il a rendu témoins plusieurs observateurs, lui semblent démontrer cette propriété. M. Gubler a expérimenté sur les veines dorsales des mains; c'est là que les phénomènes sont le plus tranchés; partout ailleurs il ne les a retrouvés que d'une manière fort obscure, en se plaçant dans les mêmes conditions. Voici le résumé de ses remarques.

Quand on percute un peu vivement un des rameaux veineux qui se détachent de l'arcade veineuse dorsale de la main, tandis que le système veineux est bien rempli, on voit, non pas immédiatement, mais au bout d'un très-court intervalle de temps, la veine se rétrécir au niveau du point touché, puis la constriction s'étendre par degrés au-dessus et au-dessous de ce point jusqu'aux plus prochaines anastomoses, dans une longueur de 4 à 5 centimètres, par exemple. Cette constriction est accompagnée d'une sensation particulière que le sujet perçoit; avant que la constriction ne soit achevée, le point qui a été frappé commence ordinairement à subir une dilatation restreinte à quelques millimètres de la longueur du vaisseau, en même temps la peau s'injecte, de façon qu'il existe alors une sorte de bosselure variqueuse sur le trajet d'une veine devenue presque linéaire. Peu à peu la veine se remplit de sang, et au bout de quelque temps elle a repris son calibre primitif. Les veines voisines ne participent en rien au phénomène, à moins qu'elles n'aient été directement ébranlées; il est donc impossible d'attribuer la constriction au resserrement tonique d'une couche dartoïde sous-cutanée; car dans cette supposition, on ne voit pas pourquoi l'action se propagerait plutôt suivant une ligne que dans toutes les directions, en s'atténuant à partir du point central. Il faut donc admettre que la faculté contractile réside dans les parois veineuses elles-mêmes. M. Gubler a répété ces observations sur plusieurs personnes; l'expérience réussit mieux chez les jeunes gens et chez les sujets dont le système veineux présente des alternatives de turgescence et de vacuité; elle manque complétement chez les vieillards. En tout cas, le phénomène n'est manifeste que dans le cas où les veines sont bien remplies. Or cela exige un concours de circonstances qu'il n'est pas toujours facile de réaliser; ainsi il est nécessaire que la peau soit chaude, que ses fonctions soient activées comme après la marche, et qu'on ne soit en proie à aucune émotion capable de troubler la circulation périphérique.

M. Gubler est sur la voie de certains faits morbides en rapport avec ces faits physiologiques, et il se propose d'en faire une large application à la pathologie générale.

4° EXPLORATION PATHOLOGIQUE; AUTOPSIE D'UN DIABÉTIQUE.

M. CL. BERNARD ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un diabétique mort dans le service de M. Rayer, a pu mettre à profit les études qu'il a faites sur ce sujet, et donner à cette recherche une direction physiologique très-propre à en caractériser les résultats. Une circonstance particulière est venue s'ajouter aux avantages que la science pouvait retirer de l'examen de ce cas: c'est que ce diabétique est mort subitement vers le troisième jour de son entrée à l'hôpital, et a pu par conséquent présenter à l'observation des faits qu'on ne rencontre pas dans les autopsies ordinaires des diabétiques qui s'éteignent lentement sous l'influence de leur maladie.

L'urine retirée au moyen de la sonde pendant que le sujet était encore chaud, contenait une grande quantité de sucre. Le foie déformé et beaucoup plus volumineux que dans l'état ordinaire en contenait en grande proportion. Les reins avaient également augmenté de volume; dans l'état normal, le gauche pèse 141 grammes et le droit 125; sur ce diabétique, le rein gauche pesait 245 grammes et le droit 235. Le tissu du rein, préalablement lavé, a fourni du sucre, mais en beaucoup moins grande proportion que le foie. Le pancréas et la rate, diminués de volume, n'en contenaient point.

Les centres nerveux en étaient également privés.

Les liquides ont été soumis à l'analyse. Le sang contenait de grandes quantités de sucre dans tous les points où on l'a examiné. M. Cl. Bernard rappelle une autopsie dans laquelle le sérum du sang abandonné à lui-même était devenu acide par suite de la destruction du sucre. Cette observation s'appuie sur une circonstance de cette dernière autopsie: c'est qu'on a trouvé du sucre dans de la sérosité qui remplissait le péricarde. Or cette même sérosité, alcaline au moment où on l'a retirée du péricarde, est devenue acide par suite de la destruction du sucre.

Le suc intestinal et le suc gastrique, qui sont très propres à favoriser cette destruction, n'en contenaient pas. (M. Cl. Bernard observe qu'il a rencontré du sucre dans le sperme d'une chèvre qu'il avait artificiellement rendu diabétique.)

Cette dernière autopsie montre donc que, dans les cas où l'on peut étudier les tissus et les liquides d'un diabétique que la mort enlève subitement, on peut rencontrer du sucre dans le sang, dans le foie et dans les reins.

Quant aux différences de réactions offertes par les liquides et rapportées jusqu'ici à la cause qui produit le diabète, on voit qu'elles dépendent simplement du mode de destruction du sucre.

5° TREMBLEMENT DES CHOLÉRIQUES APRÈS LA MORT.

M. BROWN-SÉQUARD a observé, sur des hommes morts du choléra, un tremblement semblable à celui qu'on remarque chez les animaux tués subitement. Il a noté en outre des mouvements de totalité de l'avant-bras, très-intenses une heure après la mort, et qui se manifestent encore trois heures après la cessation des battements du cœur. La durée de ces mouvements serait en rapport, d'après M. Brown-Séquard, avec la rapidité de la maladie et le degré d'abaissement de la température avant la mort.

6° COEXISTENCE DES TUMEURS FIBREUSES ET DES TUMEURS CANCÉREUSES.

M. BERAUD, au nom de M. Triquet, a mis sous les yeux de la Société une tumeur cancéreuse du sinus maxillaire qui coïncidait, chez le même individu, avec une tumeur fibreuse. L'examen microscopique de ces tumeurs, fait par M. Robin, a pleinement confirmé le diagnostic de M. Triquet.

7° PRODUCTIONS MORBIDES OBSERVÉES SUR LA MUQUEUSE VÉSICALE D'UNE FEMME SYPHILITIQUE.

M. FOLLIN a présenté la vessie d'une femme qui présentait sur la muqueuse une douzaine de petites tumeurs larges comme une lentille, s'élevant d'un millimètre à la surface interne de la vessie et présentant une véritable ressemblance avec les tubercules muqueux qui se manifestent sur les grandes lèvres de la vulve. La nature syphilitique de ces productions paraît d'autant plus présumable à M. Follin, que la femme sur laquelle il les a observées avait le voile du palais et la voûte palatine détruits par une affection syphilitique, et le foie présentait en outre la dégénérescence particulière décrite par M. Gubler comme propre à cette maladie.

8° BLESSURE PAR ARME A FEU; DÉCHIRURE DU COEUR.

M. TARDIEU communique l'observation d'un homme qui a été frappé en pleine poitrine d'un coup de fusil chargé à balle et tiré à la distance de quatre pas, un peu obliquement de haut en bas et de gauche à droite. A la partie antérieure de la poitrine, un peu au-dessus et en dehors du mamelon gauche, on trouve une plaie large de 4 centimètres sur 3, béante, régulièrement arrondie, à bords amincis et desséchés, obliquement dirigés de dehors en dedans. Les muscles pectoraux, très-volumineux, sont réduits en un détritus mêlé de sang, et dans lequel on découvre trois ou quatre fragments de plomb sous forme de lames minces provenant des éclats d'une balle. Dans le point correspondant à la plaie extérieure, la quatrième côte est brisée, et un fragment long de 5 centimètres, complétement détaché, s'est enfermé dans la cavité de la poitrine; la cinquième côte est également fracturée, mais en un seul point et sans que les deux fragments aient cessé de se correspondre.

Les muscles intercostaux des troisième et quatrième espaces sont complétement détruits. Il résulte de ces diverses lésions une large ouverture qui n'a pas moins de 8 centimètres sur 5, et qui laisse la poitrine béante.

La cavité pleurale du côté gauche contient une grande quantité de sang liquide et de fragments du poumon et du cœur. En effet, le lobe supérieur du poumon a été déchiré dans toute la longueur du bord antérieur.

Le cœur, dans sa portion gauche, est littéralement broyé et détruit. On ne trouve plus que des débris déchirés du ventricule et de l'oreillette de ce côté. Le tissu musculaire, à la fois contus et trituré, présente un aspect analogue à celui de la substance du foie à la suite d'un écrasement. Les cavités droites et les gros vaisseaux n'ont pas été intéressés.

Le projectile, sans pénétrer dans le côté droit de la poitrine, a brisé deux des vertèbres dorsales et est sorti en faisant en arrière, un peu à droite de l'épine, une plaie large seulement de 2 centimètres.

Il est impossible de ne pas être frappé, dans ce fait, de la nature et de l'étendue des désordres que présente le cœur. On ne peut guère les attribuer au simple passage de la balle à travers cet organe; il y a là, en effet, une trituration analogue aux effets de ces contusions, avec commotions produites, soit par une chute violente, soit par la présence d'un corps très-lourd, soit encore par le vent du boulet. Il est cependant difficile de déterminer d'une manière tout à fait certaine les conditions dans lesquelles s'est opérée cette énorme déchirure du cœur.

III. — PATHOLOGIE COMPARÉE.

1° SUR DES PETITS CALCULS OBSERVÉS DANS LA VESSIE URINAIRE DE LA GRENOUILLE VERTE (RANA ESCULENTA); par M. CHAUSSAT.

On sait que M. Duvernoy, dans ses FRAGMENTS SUR LES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DES REPTILES ET LEURS PRODUITS, a publié des observations très intéressantes sur les urolithes de certains reptiles dont l'urine est une sorte de pâte ductile, bien différente du liquide limpide qui constitue l'urine des batraciens anoures, et en particulier de la grenouille.

Vauquelin a fait mention, dans les ANNALES DU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE, d'une concrétion trouvée dans la vessie d'une tortue, et qui paraissait contenir de l'acide urique.

Sur 52 grenouilles que j'ai disséquées, pour rechercher des helminthes dans leurs organes, j'ai rencontré deux fois un calcul dans la vessie urinaire. Un de ces calculs offrait, à l'examen microscopique, de jolis cristaux dont je n'ai pu déterminer la nature. Je mets sous les yeux des membres de la Société une vessie de grenouille contenant un autre calcul dont l'apparence n'est point cristalline.

Si je rencontre d'autres concrétions dans la vessie de la *rana esculenta*, je les réunirai et l'on en fera l'analyse.

IV. — TÉRATOLOGIE.

1° COCHONS RHINOCÉPHALES.

MM. GIRALDÈS et ROBIN ont mis chacun sous les yeux de la Société un jeune cochon rhinocéphale dont une description détaillée sera insérée dans le prochain compte rendu.

2° MONSTRES POLYMÉLIENS.

M. Laboulbène donne la description de deux insectes appartenant à la classe des monstres polyméliens.

Le premier est un *vesperus strepens Fab.*, qui présente une antenne droite double à partir du deuxième article, le second est un *carabus nodulosus Dej.*, dont la partie antérieure gauche est divisée en trois parties à l'extrémité d'une hanche hypertrophiée.

V. — HELMINTHOLOGIE.

1° NOTE SUR UN HELMINTHE DU GENRE DISTOME, VIVANT DANS LA CAVITÉ CRANIENNE DE L'AMMOCOETE (A. BRANCHIALIS DAM.); par M. A. de Quatrefages.

La cavité crânienne de l'ammocœte est très-grande et remplie par un liquide céphalorachidien abondant. C'est dans ce liquide que se développe l'helminthe dont je vais dire quelques mots. La présence de ce parasite semble être constante, du moins je l'ai rencontré chez toutes les ammocœtes sans exception, lorsque j'ai examiné l'intérieur du crâne. Le nombre des individus, chez les grandes ammocœtes, s'élève quelquefois à près de 200.

Ce ver, à l'état de repos, présente un contour presque régulièrement elliptique; sa longueur n'atteint pas un demi-millimètre, sa largeur environ un tiers de millimètre.

La ventouse orale est très-petite, presque rudimentaire; la ventouse abdominale est assez large et profonde.

La bouche, percée au fond de la ventouse orale, est suivie presque immédiatement d'un gésier musculeux, cylindrique, qui aboutit à l'intestin. Celui-ci se bifurque presque immédiatement, et les deux cœcums qu'il forme n'ont point de ramifications.

La poche respiratrice des auteurs (?) est grande, et ses parois, très-contractiles, sont habituellement plissées.

Les deux ouvertures ovariennes placées en avant des deux côtés de la bouche sont le point de départ d'une forte couche musculaire dont les fibres longitudinales se dirigent d'avant en arrière. A ces deux ouvertures viennent aboutir les oviductes, qui forment, à droite et à gauche, deux gros troncs sinueux ramifiés, communiquant entre eux et avec un tronc médian dont les derniers rameaux antérieurs se portent autour de la ventouse orale.

Les testicules (?), placés en arrière, consistent en deux grosses masses entre lesquelles existe une canule renfermant un pénis de forme cylindrique et assez grêle. L'orifice correspondant s'ouvre en dessus dans une sorte de gros appendice qui s'élève au-dessus du niveau du dos, et dépasse en arrière ce qu'on pourrait appeler *le pied*.

2° NOTE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE VER APPARTENANT AU GENRE TRICHINA, OBSERVÉ DANS LA GRENOUILLE COMMUNE (RANA ESCULENTA); par M. Chaussat.

« Le nombre des espèces d'helminthes que les naturalistes ont trouvés dans diverses parties du corps de la *rana esculenta* est déjà considérable.

» Une observation attentive et de nombreuses dissections m'ont mis à même de constater deux nouvelles espèces: l'une est une espèce de ver tœnoïde dont j'ai parlé dans une des précédentes séances de la Société; l'autre est un ver microscopique dont l'étude est d'autant plus intéressante qu'il appartient au genre *trichina* fondé par M. Owen, genre qui ne comprenait encore que deux espèces.

» On se rappelle que M. Owen décrivit, il y a quelques années, dans les Transactions de la Société zoologique de Londres (t. I, p. 315), un petit ver microscopique nématoïde, sans organes extérieurs ou sexuels, et qui se développe quelquefois en quantité assez considérable dans les muscles volontaires de l'homme.

» Chaque petit ver long de huit dixièmes de millimètre est contenu dans un petit kyste. Je me borne à rappeler cette circonstance; une quinzaine d'exemples environ de l'existence de ce *trichina spiralis* ayant été publiés en Angleterre ou en Allemagne. J'arrive à l'objet principal de cette note. J'ai rencontré dans les parois de l'estomac de la *rana esculenta* et dans sa couche musculaire, un petit ver microscopique qui par sa conformation et sa structure appartient évidemment au genre *trichina*. Ce petit ver est renfermé, comme le *trichina* de M. Owen, dans un petit kyste, mais dont les parois sont plus épaisses et moins transparentes, de sorte qu'elles ne permettent pas d'apercevoir, à travers leur épaisseur, le petit helminthe que ce kyste contient. La petite dimension de ce ver explique comment il n'a pas encore été observé.

» M. Siebold a décrit un ver assez semblable qu'il a trouvé dans de petits kystes chez le lézard gris et dans de petits kystes du péritoine de divers mammifères et oiseaux.

» M. Dujardin mentionne aussi, sous le nom de *trichina inflexa*, un ver nématoïde qu'il a trouvé dans l'abdomen d'un jeune *mullus* de la Méditerranée (surmulet), mais le petit helminthe microscopique que j'ai observé, par son siége dans le tissu musculaire des parois de l'estomac et par ses autres caractères, se rapproche plus nettement du *trichina* observé chez l'homme par M. Owen. Au reste, on pourra facilement se convaincre de ce que j'avance en jetant un coup d'œil sur les dessins que je mets sous les yeux des membres de la Société; les uns sont la reproduction des figures que M. Owen a données du *trichina spiralis*, et les autres, ceux que j'ai exécutés moi-même d'après nature de la nouvelle espèce de ver que je viens d'observer et que je désigne provisoirement sous le nom de *trichina ranæ esculentæ*, avec la caractéristique suivante: « Ver long d'un » demi-millimètre, à tête obtuse et légèrement taillée en flûte, à queue pointue; » sans organes sexuels apparents et contenu dans un petit kyste brun marron foncé, » à paroi solide et épaisse, situé dans la couche musculaire de l'estomac de la » *rana esculenta*. »

3° SUR LE STRONGLE DES BRONCHES DU PORC (SUIS SCROFA); par le même.

« Les naturalistes ont constaté depuis longtemps qu'on rencontrait quelquefois dans les voies aériennes d'un assez grand nombre d'animaux appartenant aux trois premières classes des vertébrés, une ou plusieurs espèces d'helminthes. Plus tard, des médecins ou des vétérinaires ont reconnu que la présence des vers dans la trachée ou dans les ramifications des bronches provoquait une dyspnée plus ou moins considérable, et quelquefois même la mort de plusieurs espèces d'animaux domestiques.

» En 1842, M. Rayer avait rencontré plusieurs fois cette espèce de strongle dans les bronches du cochon, et M. Dujardin en a donné une caractéristique assez exacte d'après quelques exemplaires que M. Rayer avait remis à la collection du muséum d'histoire naturelle de Paris. En Irlande, M. Billingham a trouvé également dans la trachée et les bronches du cochon un grand nombre de strongles qui sont probablement les mêmes que ceux que je mets sous les yeux des membres de la Société. D'après mes recherches, il paraîtrait que cette espèce de ver est très-commune dans les bronches chez les porcs que l'on conduit à Paris, au moins dans certaines saisons de l'année. Mais à en juger par le silence des vétérinaires et des agriculteurs, les accidents que ces vers déterminent ont été méconnus ou ils ne sont pas aussi graves que ceux que des vers du même genre déterminent chez les veaux et les moutons. On sait en effet que chez ces derniers ils provoquent de la dyspnée, de la toux et même de la suffocation. Il n'est point fait mention des vers des bronches du porc dans les traités spéciaux sur les maladies de cet animal domestique, que j'ai pu consulter, et en particulier dans le traité de Vibong, qui est le plus complet des ouvrages publiés sur les maladies du cochon domestique. Au reste, comme pourront s'en assurer les membres de la Société, en examinant les poumons que je présente, il faut encore une certaine attention pour découvrir ces vers dans l'écume qui remplit les bronches. En outre les poumons du porc, lorsqu'ils contiennent ces vers, ne présentent pas de ces noyaux, de ces petites tumeurs que détermine le développement des helminthes dans les dernières ramifications des bronches, chez plusieurs animaux sauvages, chez le putois, la belette, le renard, etc.

» Je mets sous les yeux de la Société des dessins présentant la forme et la dimension naturelle de ces vers (individu mâle et femelle), et d'autres figures représentant les organes digestifs et de la génération.

» Je me propose de rechercher si, chez de très-jeunes cochons, ces vers existent comme chez le porc adulte, et s'ils déterminent alors des accidents plus ou moins analogues à ceux qu'on a observés chez les veaux et les agneaux. Aujourd'hui je me borne à signaler un fait qui n'avait pas encore été constaté et signalé, savoir: *la fréquence d'une espèce de strongle dans les bronches du porc* conduit dans nos abattoirs *à Paris*. »

VI. — CHIMIE.

DOSAGE DES PHOSPHATES.

M. Lecomte a rencontré dans l'azotate et dans le chlorure d'urane une propriété remarquable pour déceler les plus petites traces de phosphate. Appliquant ces réactifs à l'étude des liquides organiques, il a pu précipiter des phosphates dans les urines alcalines et dans les urines de diabétiques; il se propose d'étendre cette exploration et de donner ultérieurement à la Société le résultat de ses recherches.

VII. — BIBLIOGRAPHIE.

M. Charles Bernard présente l'analyse de la thèse de M. Bezançon sur l'hystérie, dont l'auteur a fait hommage à la Société. Ce travail place sous leur véritable jour la plupart des faits, considérés jusqu'à présent comme apocryphes ou merveilleux et qui ne sont, selon M. Bezançon, que des cas d'hystérie plus ou moins compliquée. Cette manière vraie et philosophique de les dégager du voile dont les avaient entourés la superstition et l'ignorance permet au médecin de faire rentrer ces faits dans le domaine de la science. La Société de biologie ne saurait trop applaudir à tous les efforts qui tendent à l'émancipation des intelligences, et qui étendent par suite le cercle de nos connaissances.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'AMPUTATION ET DE L'ÉTHÉRISME DANS LE TÉTANOS TRAUMATIQUE; par M. Jules Roux. — In-8° de 24 pages. Paris, 1848.

Quoique entièrement dissemblables au premier coup d'œil, les trois sujets que M. J. Roux a réunis dans cette note se rattachent cependant l'un à l'autre par un but thérapeutique commun: ce sont, en effet, trois moyens qu'il conseille d'associer, ou du moins dont il apprécie l'opportunité d'association dans les divers degrés du tétanos, et selon l'origine et la gravité du mal.

Pour traiter méthodiquement la question complexe qu'il s'était proposée, l'auteur parle successivement dans autant de chapitres distincts: 1° de l'amputation dans le tétanos traumatique; 2° de l'éthérisme dans le tétanos traumatique; 3° de l'amputation et de l'éthérisme dans le tétanos traumatique.

Quant aux indications de l'amputation dans le tétanos, M. J. Roux, après avoir discuté les opinions extrêmes des partisans ainsi que des adversaires de l'opération, conclut que, sans être un moyen curatif de cette redoutable maladie, l'amputation se présente avec un haut degré d'utilité quand le tétanos survient après des blessures irrégulières, compliquées de corps étrangers difficiles ou impossibles à extraire entièrement, de déchirures de nerfs, enfin, de lésions que le chirurgien peut croire capables d'entretenir les accidents traumatiques. — Enfin, s'il y avait déjà, par le fait même de la blessure, indication suffisante d'amputer, l'apparition du tétanos la confirme et la rend tellement impérieuse qu'on ne serait pas pardonnable d'hésiter alors à sacrifier le membre.

Nos lecteurs se rappellent que c'était là l'opinion de Larrey lui-même, non pas telle qu'elle est présentée sous son nom dans les livres, mais telle qu'il l'avait plusieurs fois exprimée.

L'utilité de l'éthérisation contre le tétanos n'est plus aujourd'hui contestée. On sait, par des exemples nombreux, qu'à mesure que l'anesthésie se prononce, l'état convulsif diminue et cesse constamment. A la vérité, ce moyen palliatif ne se transforme pas toujours en agent de guérison radicale. Mais on peut espérer, ainsi que la pratique l'a déjà montré, que, administré à temps et continué avec une persévérance suffisante, l'assoupissement artificiel, sans devenir un spécifique assuré, sera désormais le remède principal du tétanos.

M. J. Roux établit, par une série d'inductions physiologiques assez plausibles, que la cause du tétanos traumatique existe d'abord au lieu de la blessure, et que celui-ci peut alors avoir son point de départ dans les extrémités terminales des nerfs sensitifs, dans les parties nerveuses centrales, sensitives ou motrices de la moelle épinière et de ses prolongements.

Cette notion préliminaire étant posée, le traitement local s'offrait immédiatement à l'esprit pour paralyser les progrès du mal et même pour l'éteindre dans sa source. De tout temps les chirurgiens ont été frappés de cette considération lorsqu'ils ont opposé au tétanos traumatique des médications essentiellement locales, telles que les applications d'opium, de belladone, de morphine, section des nerfs déchirés, division des ligatures qui les comprimaient, émission des cicatrices vicieuses, cautérisation, amputation.

C'est donc à une inspiration du même genre que M. J. Roux a obéi en proposant l'éthérisation directe ou locale des surfaces traumatiques. Il a voulu, en agissant ainsi, isoler du reste de l'organisme la partie malade, frapper d'insensibilité les portions du système nerveux sensitif, comprises dans la lésion traumatique, de manière à les rendre impropres à transmettre les impressions pathologiques, et à arrêter le tétanos en empêchant la réaction du système nerveux sensitif sur le système nerveux moteur.

On sait quelle confirmation l'expérience a donnée à cette ingénieuse idée, qui comptera comme une des plus judicieuses et des plus fertiles applications du principe de l'anesthésie. Avec M. J. Roux et depuis lui, d'autres observateurs ont étudié et constaté l'effet de cette éthérisation locale, effet si puissant que ses dangers pourraient dépasser ses avantages si on en portait l'action au delà de certaines limites, et que M. J. Roux lui-même a dû recommander de ne la pratiquer qu'avec beaucoup de modération lorsqu'il existe à nu au fond de la plaie des nerfs isolés ; car en les exposant trop longtemps aux vapeurs anesthésiques, on pourrait, comme M. Longet l'a démontré expérimentalement, s'exposer à y abolir sans retour les facultés sensitives et motrices.

Toutefois, en proposant l'éthérisation directe, M. J. Roux ne perd pas de vue la diffusion dans toute l'économie de l'affection dont l'origine avait été primitivement locale. Aussi conseille-t-il d'employer concurremment l'éthérisation générale et tous les autres agents dont quelques résultats heureux ont signalé l'efficacité contre cette terrible maladie.

Enfin, l'éther présente encore une ressource précieuse, quoique d'un ordre secondaire, dans le cas où l'amputation est nécessitée par la lésion traumatique qui a déterminé le tétanos. Il est positif, en effet, que la douleur qui résulte de l'opération est bien de nature à redoubler les accidents convulsifs ; de telle sorte que le remède, quoique bienfaisant en lui-même, risquait fort de voir son utilité compromise à cause de l'effet des souffrances qui en étaient inséparables. Avec l'éthérisation, cette complication cesse d'être à craindre ; les divers temps de l'amputation s'accomplissent au milieu d'un calme absolu ; et le patient, à son réveil, a obtenu, sans compensation funeste, tous les avantages qu'il pouvait espérer d'une mutilation devenue indispensable.

Ainsi se trouve confirmée la proposition qui résume, dans une formule thérapeutique substantielle, le sujet de ce travail : *Dans le tétanos traumatique, quand la lésion exige le sacrifice du membre, il faut produire l'éthérisme et pratiquer l'amputation.*

Quant aux applications à faire de la sédation locale que produit l'action directe du fluide anesthésique, elles sont immenses. Mais nous devons nous arrêter ici en même temps que M. Roux, qui ne faisait encore que les pressentir au moment où il écrivait ce mémoire ; et nous attendrons, pour revenir sur cette importante question, l'occasion d'examiner les développements que ne manquera pas de lui donner prochainement l'esprit sagace qui l'a si ingénieusement soulevée.

CHOLÉRA-MORBUS.

— La mortalité du choléra-morbus en France, à la date du 18 juin, s'élève au chiffre de 18,961 décès.

Le chiffre connu des personnes atteintes est de 27,054. Il est important de remarquer que ce chiffre est bien au-dessous de la réalité. Ainsi, pour la ville de Paris seulement, on connaît bien le chiffre des décès, mais on ne connaît pas celui des attaques.

— La recrudescence que l'épidémie a éprouvée la semaine dernière a obligé l'administration des hôpitaux militaires à diviser en trois le service de M. Michel Lévy, qui devenait trop nombreux pour un seul chef de service.

Le 9 juin, jour de la séparation, on a constaté que M. Michel Lévy avait reçu et traité 686 cholériques, dont 190 avaient succombé, 331 étaient sortis guéris et 165 étaient en traitement.

—Huit décès causés par le choléra ont été inscrits à l'état civil de Tours dans la journée du 11. Le 12, aucun décès n'avait été encore déclaré à quatre heures du soir.

— Une amélioration sensible s'est manifesté depuis trois jours dans le nombre des cholériques de la ville d'Amiens, et surtout du faubourg de Ham, qui avait été particulièrement frappé.

— La même amélioration s'est fait remarquer à Abbeville.

— Au Mans, on n'avait constaté, le 11 juin, que 7 décès cholériques. Depuis cette époque, le fléau semble s'être concentré dans quelques rues étroites et peuplées d'habitants peu aisés, où il n'a heureusement fait qu'un très-petit nombre de victimes.

— Dans les journées du 11 et du 12, le choléra a fait des progrès à Louviers et dans les environs. Jusqu'à présent il a sévi presque exclusivement le long de la rivière. Les quartiers élevés n'ont pas encore été atteints.

— On écrit de l'Yonne :

« Le choléra règne en ce moment dans presque toutes les localités de ce département, et spécialement à Auxerre et à Sens. Dans cette dernière ville, la maladie règne avec une assez grande intensité. »

— Un assez grand nombre de cas de choléra se sont déclarés ces jours derniers à Clamecy, à Château-Chinon et dans quelques autres localités de la Nièvre. Nevers n'en a eu que deux jusqu'à présent.

— A Bazouger (Mayenne) 2 cas se sont produits.

— On écrit d'Orléans :

« L'état sanitaire du Baron, hospice des cholériques, est aussi satisfaisant que possible.

» Depuis deux jours il n'y est mort aucun malade.

» Plusieurs cholériques doivent sortir ces jours-ci. »

— Le conseil de salubrité fait faire en ce moment des visites chez les logeurs, bouchers, charcutiers, marchands de vin et de liqueurs, restaurateurs et gargotiers à prix fixe et à la carte, pour s'assurer que les lois et règlements qui les concernent sont strictement exécutés.

— Le choléra a presque disparu de Bruxelles. M. Sauveur a annoncé samedi dernier à l'Académie de médecine que l'épidémie avait cessé tout à coup d'être aussi meurtrière à Gand, et dans le Borinage, province du Hainaut.

— M. le docteur Marouzé, de Boussu (Belgique), a succombé à une attaque de choléra. Sa femme et ses deux filles ont succombé dans les quarante-huit heures.

— On écrit de Bruxelles, 12 juin :

M. le ministre de l'intérieur a fait un appel au dévouement des élèves des Facultés de médecine des Universités qui voudraient accepter la mission d'aller seconder dans le Hainaut les hommes de l'art qui prêtent leurs soins aux malades atteints de l'épidémie régnante. Six élèves en médecine de l'Université de Gand ont déjà répondu à cet appel et se sont mis à la disposition de M. le gouverneur du Hainaut.

— On écrit de Halle (Prusse), 10 juin :

« Dans la ville et dans les villages des environs, le choléra sévit d'une manière effrayante. Halle a une population de 31,000 habitants. Le nombre des morts s'est élevé, dans la semaine passée, à 500 personnes. L'Université est déserte. Heureusement plusieurs jeunes médecins sont arrivés du dehors, car les médecins de la ville ne pouvaient plus faire face aux ravages de l'épidémie.

— La Gazette de Vienne annonce, dans son numéro du 9 juin, que le choléra, qui avait disparu entièrement dans le mois de mars, a subitement reparu. La maladie s'est manifestée dans les hôpitaux civils et militaires. Du 1er mai au 7 juin, il y a eu 197 cas de choléra, sur lesquels 85 décès.

— Le choléra règne aussi dans la Saxe prussienne.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA. — DÉCROISSANCE ET OSCILLATION. — DISCUSSION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

La décroissance de l'épidémie est un fait accompli. Aucun des caractères que nous avons dits indispensables pour apprécier sûrement l'état du choléra ne manque. Le nombre des entrées continue à diminuer; le nombre des décès suit la même progression décroissante, et la maladie perd de jour en jour de sa gravité. Mais est-ce à dire que la décroissance de l'épidémie soit régulière, qu'elle suive une progression arithmétique ou géométrique? Tant s'en faut: non-seulement cela n'est pas, mais cela ne peut pas être. Nous l'avons dit maintes fois: l'activité de la cause cholérique n'est pas absolue; elle est susceptible, toutes choses égales d'ailleurs, d'être modifiée par les causes ambiantes ou intercurrentes: chaleur, vents, humidité, intempérance des malades, etc. Or ces influences sont incessamment variables. Ne s'ensuit-il pas qu'alors même que la cause cholérique affecterait une marche décroissante régulière, mathématique, la mobilité des causes auxiliaires intercurrentes ou ambiantes troublerait nécessairement cette régularité? Pour descendre des principes aux applications, n'a-t-on pas remarqué depuis huit à dix jours une extrême variation dans la température? Aujourd'hui les nuits sont froides; hier elles étaient chaudes. Il y a cinq à six jours nous étions presque menacés du retour des chaleurs caniculaires; tout à coup l'atmosphère s'est rafraîchie. N'a-t-on pas dans ce double fait un des éléments qui peuvent expliquer les oscillations de l'épidémie pendant ces derniers jours? Sans prétendre qu'il y ait une relation constante, nécessaire, entre ces oscillations et les variations de la température, on ne saurait s'empêcher d'admettre qu'il y a au moins une relation quelconque. Il y a là le sujet d'un travail intéressant; les éléments en sont tout prêts. Qu'on rapproche de la colonne des mouvements de l'épidémie la colonne des variations de la température, et qu'on répète ce rapprochement sur une grande échelle, on arrivera sûrement à quelque curieux résultat. Un tel travail, pour avoir quelque portée, devrait tenir compte des influences dans lesquelles se résout la chaleur, et par conséquent grouper surtout des résultats où ces mêmes influences sont susceptibles de se combiner. Qu'on le remarque bien: nous n'avons d'autre prétention ici que de poser la question; d'autres pourront la résoudre.

Voici le tableau résumé du mouvement des hôpitaux et des décès à domicile.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX ET DE LA VILLE.

	DÉCÈS			
DATES.	à domicile.	hôpit. civils.	hôpit. milit.	TOTAUX.
21 juin	74	39	7	120
22 —	67	26	4	97
23 —	41	35	4	80
24 —	32	29	3	64
25 —	34	21	10	65
26 —	37	34	6	77
Totaux. . .	285	184	34	503

— Nous continuons à rendre compte plus loin de la discussion sur le choléra, engagée à l'Académie de médecine de Belgique, avec une ampleur, une profondeur, une animation dignes d'un sujet aussi vaste et aussi controversé. Si certains membres de notre Académie, disposés à faire de l'épidémie actuelle un sujet de muette contemplation, jettent les yeux sur ce remarquable débat, ils comprendront peut-être ce que c'est que la *question pathologique* du choléra; ils verront qu'il y a quelque chose de plus intéressant et de plus pressé à mettre à l'ordre du jour qu'un inventaire hebdomadaire des invasions et des décès, et ils reconnaîtront toute la richesse des matériaux qu'un tel sujet peut fournir aux délibérations d'un corps savant.

Nous avons cherché à apprécier, du reste, dans notre dernier numéro, les différentes opinions émises, au sein de l'Académie belge, sur la valeur de la cyanose et de l'algidité, et généralement sur la filiation des différents troubles de l'organisme, depuis la période prodromique jusqu'aux altérations organiques consécutives. Le débat s'est continué sur ce terrain, mais en pénétrant plus avant dans la nature intime de la maladie, et de plus il a porté spécialement et longuement sur la thérapeutique. Quatre ou cinq séances ne l'ont pas encore épuisé.

Présentons seulement aujourd'hui un court aperçu du terrain sur lequel s'est exercée l'argumentation.

Disons d'abord que la question soulevée par M. Lombard, au sujet de la théorie de la cyanose, a été généralement envisagée et résolue dans le sens que nous l'avons fait nous-même dans notre précédent article. Que la déperdition de la sérosité du sang favorise ou non la production de la cyanose en amenant l'état *poisseux* du sang, il n'est pas contestable après l'argumentation de MM. Spring, Carlier et autres, que la cause primitive, directe, de la cyanose soit ailleurs et qu'un cholérique puisse devenir bleu, même noirâtre, sans avoir perdu une once de sérosité par les selles ou les vomissements. Il n'est pas moins certain que la coagulation du sang n'est pas le phénomène initial du choléra. Mais c'est surtout sur la question thérapeutique que le débat s'est engagé vivement.

M. Lombard veut qu'on saigne quelquefois, soit au début pour prévenir ou arrêter les congestions sanguines des viscères, soit plus tard pour combattre les congestions consécutives qui accompagnent souvent la période de réaction. Il croit que les émissions sanguines ont d'ailleurs tout au moins cet avantage de débarrasser l'économie d'une certaine quantité de liquide altéré et nuisible. C'est aussi l'avis de M. Fallot qui déjà en 1832 avait publié l'histoire de quelques cas de choléra algide guéris par la saignée. La saignée, suivant lui, doit être rangée parmi les moyens les plus propres à amener une réaction salutaire. Cette opinion a trouvé un vigoureux adversaire dans M. Carlier qui, sortant du domaine de la pure observation sur lequel la science ne peut guère s'appuyer qu'avec hésitation, a pénétré fort avant dans l'examen des conditions au milieu desquelles se pratique la saignée chez les cholériques et en a tiré de puissants arguments contre l'emploi de ce moyen.

Sur la question des évacuants, soit vomitifs, soit purgatifs, de grandes dissidences se sont manifestées. M. Lombard s'est montré partisan énergique de la méthode évacuante. Le vomissement surtout lui a paru le moyen le plus propre à amener une heureuse terminaison. La même conviction a été exprimée par M. Fossion. Pour ces deux honorables praticiens, il n'y a pour ainsi dire pas de salut hors des vomitifs et des purgatifs. Faut-il, toutefois, administrer ce remède dans tous les cas, alors même que les patients

Feuilleton.

ENCORE LE CHOLÉRA-MORBUS. — SOUVENIRS ET APPLICATIONS.

Il faut le répéter, il faut l'avouer très-humblement et très-douloureusement, le choléra-morbus indien ne nous est connu ni dans son principe ni dans son mode de propagation, bien moins encore dans les moyens de guérison. Aussi sommes-nous tristement réduits à la médecine symptomatique, celle précisément qui prouve le mieux notre ignorance, en raison même de la multitude de remèdes auxquels on a recours. Toutefois un examen attentif de la maladie nous a fourni quelques données importantes et désormais acquises à la science. Ainsi nous savons *très-positivement :* 1° que, par des moyens hygiéniques bien conçus, observés avec une certaine persévérance, on a bien des chances d'éviter la maladie; 2° que la cholérine est le premier pas, le prodrome presque certain du choléra, chose importante, maintenant mise hors de doute par le docteur J. Guérin, le savant rédacteur en chef de ce journal; 3° que, quand la réaction a lieu, en un mot, quand la vie se ranime, il s'en faut que le malade soit toujours sauvé, comme on le croyait trop facilement en 1832. Quant au traitement, nous l'avons dit, nous ne sommes guère plus avancés. Peut-être faut-il en attribuer la cause non-seulement à l'agent inconnu du choléra, mais aussi à notre peu de hardiesse dans l'emploi de certains médicaments. C'était du moins l'opinion d'un excellent homme que j'ai connu à Paris en 1831 et 1832, et qui s'exprimait franchement à cet égard. M. Meyer était un employé supérieur de la compagnie hollandaise, résidant à Batavia, dans l'île de Java. Il avait autrefois étudié la médecine, puis il abandonna cette profession pour le commerce; enfin il accepta une place dans l'administration dont j'ai parlé. Or voici ce qu'il me racontait:

Lorsque je partis pour l'île de Java, me disait-il, je n'étais pas sans crainte, d'après ce que j'avais lu et entendu dire en Hollande sur ce pays. Deux ennemis surtout y étaient à craindre en raison du climat, les *tigres* et le *choléra-morbus*, dangers que ne brave pas toujours impunément la pauvre espèce humaine, et notamment le dernier, non-seulement à cause de son principe, éminemment destructeur de nos forces vitales, mais encore parce que, né dans les climats tropicaux, il ne fait pas moins de ravages dans les régions tempérées. Cependant, à mon arrivée à Batavia, je m'aperçus bien vite que les habitants ne faisaient pas grand cas des deux monstres redoutables dont j'ai parlé. Soit habitude, soit par tout autre motif, personne ne s'en inquiétait, personne n'en parlait, sauf les cas d'accidents extraordinaires. A Batavia, comme à Londres, comme à Paris, comme partout, l'intérêt est le grand mobile de l'attention; *les affaires avant tout*, comme vous l'avez dit souvent et avec raison (1): voilà ce

(1) Voyez ÉTUDES SUR L'HOMME EN SANTÉ ET EN MALADIE, etc., t. Ier, *Considérations sur la santé*, etc.

sont tourmentés de vomissements et de selles incessantes; alors qu'ils rendent par le rectum une énorme quantité de sérum et de flocons albumineux? Ces évacuations naturelles ne sont-elles pas déjà au delà des exigences d'une véritable crise, d'une crise salutaire? N'est-ce pas une partie de son sang que rend ainsi le malade dans ces déperditions excessives, et en exagérant encore ce départ immodéré de certains éléments essentiels du sang, ne contribue-t-on pas à communiquer à ce liquide des conditions physiques et chimiques susceptibles de porter atteinte à l'organisme et d'entraver matériellement la circulation? D'excellentes choses ont été dites là-dessus par M. Fallot.

Les deux médecins homœopathes qui sont intervenus avec beaucoup de talent dans cette discussion (et ce n'est pas une petite singularité que de voir l'homœopathie représentée dans une Académie officielle) n'ont pas manqué d'attaquer vivement la méthode évacuante. Ils ne nient pas l'efficacité de l'ipécacuanha ou de tout autre remède du même genre; mais à leurs yeux, ce n'est pas l'évacuation qui guérit, c'est la modification imprimée aux forces vitales par le médicament. Sur ce point, une controverse fort intéressante s'est engagée. C'est une question de savoir si les substances dites vomitives et agissant comme telles n'influencent sérieusement l'économie qu'en la débarrassant de matières nuisibles, ou si elles lui impriment, au contraire, quelque modification d'autre nature et susceptible à elle seule d'amener la solution de certains troubles morbides. Au cas où cette dernière proposition pourrait être résolue par l'affirmative, il y aurait à voir jusqu'à quel point un tel fait pourrait déposer en faveur de la doctrine homœopathique.

Voilà, avec quelques remarques sur l'emploi de l'opium et du calomel et sur le rôle du système nerveux dans le choléra, les principaux objets sur lesquels a roulé la discussion. On peut voir que le champ ne manque pas à la controverse; les hommes n'y ont pas manqué non plus à l'Académie belge. Nous essayerons, dans le prochain article, d'apprécier les différentes opinions qui ont été mises en présence et débattues de chaque côté avec une égale vivacité, avec un égal talent.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE STATISTIQUE ET THÉORIQUE SUR LES ALTERNATIVES QUOTIDIENNES D'AUGMENTATION ET DE DIMINUTION DU VOLUME DES RATES ENGORGÉES PENDANT LES FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. F.-AUG. DURAND (de Lunel), médecin ordinaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — THÉORIE.

Les rates engorgées sont plus volumineuses la nuit que le jour, dans la proportion décimale des 0,793 (1). Cette proportion est un peu plus forte pour le semestre d'été (0,817) et un peu plus faible pour le semestre d'hiver (0,769). Enfin, en comparant à part les résultats de chaque mois, on voit que c'est pendant les mois les plus chauds qu'elle est la plus forte et pendant les mois les plus froids qu'elle est la plus faible.

Le seul exposé de pareils faits semble devoir facilement conduire à des conclusions relatives à leur causalité; mais cette question est plus complexe qu'on ne le pense au premier abord, et mérite que l'on en examine tous les éléments physiologiques. Si, d'après ma théorie des fièvres intermittentes, les oscillations nycthémérales du volume de la rate, déjà démontrées, sont très-souvent des causes déterminantes de la périodicité fébrile, il est clair que l'on doit aussi rechercher avec le plus grand soin d'où proviennent ces oscillations si remarquables; par là évidemment pourront se révéler de vraies causes primitives de cette périodicité.

Pour la solution du problème, j'aurai à invoquer et des arguments fondés sur des faits directement applicables au sujet, et des arguments fondés sur des inductions pressantes ayant à ressortir de faits indirects.

Un premier fait important se présente: c'est pendant le jour que les rates engorgées se dégorgent le mieux, et c'est pendant la nuit qu'elles se dégorgent le moins bien. Ce fait indique par lui-même la route que je dois suivre dans mon investigation. Il m'invite nécessairement à rechercher quelles peuvent être, dans la causalité de ces manifestations inverses, les actions particulières des influences inverses diurnes et nocturnes. Mais ces influences sont multiples, dépendant, d'une part, de phénomènes périodiques extérieurs à l'individu ou atmosphériques, et d'autre part, de phénomènes périodiques qui lui sont propres ou physiologiques. Je dois donc examiner la part des uns et des autres dans la causalité des alternatives quotidiennes d'engorgement et de dégorgement de la rate.

1° DES CAUSES PÉRIODIQUES EXTÉRIEURES OU ATMOSPHÉRIQUES.

Il m'est prouvé que c'est pendant les périodes diurnes, mais surtout pendant les périodes diurnes de la grande période estivale, que les rates engorgées tendent à mieux se dégorger, et que c'est pendant les périodes nocturnes, mais notamment pendant les périodes nocturnes de la grande période hivernale, que ces organes se dégorgent le moins bien. Eh bien! si j'examine les rapports des deux périodes diurne et estivale et les rapports des deux périodes nocturne et hivernale, il ne m'est certes pas difficile de saisir, dans cet examen, l'identité de causalité des premières et l'identité de causalité des secondes. En effet, la constitution diurne et la constitution estivale ont pour causes communes les influences de chaleur, de sécheresse, de lumière vive et de forte attraction soli-lunaire; au contraire, la constitution nocturne et la constitution hivernale ont pour causes communes les influences de froid, d'humidité, de lumière faible et de faible attraction soli-lunaire. Ainsi il m'est bien évident que les oscillations nycthémérales du volume de la rate trouvent au moins une partie de leur causalité dans les alternatives nycthémérales de ces quatre influences.

Mais cela m'étant démontré, je suis encore à me demander quelles sont, parmi ces influences, celles qui peuvent rendre réellement compte des phénomènes spléniques observés. Je les examinerai donc chacune à leur tour, et je ferai voir que toutes, ou à peu près toutes, sont actives.

ALTERNATIVES DE CHALEUR ET DE FROID. — La *chaleur* modifie l'économie selon trois modes d'action: 1° par impression sur le système nerveux périphérique; 2° par pénétration en nature; 3° par altération de l'air ambiant.

(1) Une erreur typographique s'est glissée dans le tableau compris dans le § Ier de ce mémoire. Au lieu des chiffres 0,690, 0,204, 0,120, 0,769, 0,231 portés comme résultats proportionnels généraux de l'année, lisez ceux-ci: 0,690, 0,180, 0,130, 0,793, 0,207. (Voy. le n° 25, p. 480).

---

qui préoccupe, ce qui fait parler et agir. Les tigres sont néanmoins très-nombreux, et ils font quelquefois des ravages; mais, sous ce rapport, il en est à l'île de Java comme des loups en Europe: quand ils commettent par trop de dégâts, on leur donne la chasse et on n'en parle plus; on y est habitué. Voyez mon jeune domestique javanais; il a manqué plusieurs fois d'être victime de la férocité de ces animaux. Dans une de mes tournées, j'entrai pour me rafraîchir dans la maison d'un paysan; là je vis ce jeune garçon, et il me frappa par son activité et son intelligence. Je voulus me l'attacher comme domestique, et j'en fis la proposition à son père; mais celui-ci hésita assez longtemps. Je vous le céderais volontiers, me dit-il; mais, à mon âge, je crains l'isolement. J'avais trois garçons; *le tigre m'en a mangé deux*: que je conserve au moins le troisième auprès de moi. Cependant, mes offres lui paraissant fort avantageuses, il finit par céder, et le jeune homme est à mon service depuis plusieurs années.

Quant au choléra-morbus, il est à la vérité endémique à Batavia, et puis de temps à autre il prend un caractère plus ou moins violent et dangereux par sa recrudescence; c'est alors seulement qu'il fixe l'attention publique. Il en est absolument, dans ce pays, du choléra-morbus comme il en était autrefois en Europe de la petite vérole avant la découverte de la vaccine: la maladie existait toujours, et personne n'y pensait, sauf les familles où elle faisait des ravages, ou bien quand elle frappait un grand personnage, comme Louis XV, par exemple, ou bien encore lorsque la maladie, prenant un caractère épidémique formidable, décimait les populations. Le choléra-morbus ne fait pas plus d'effet à Batavia; mais j'ajoute qu'on y entend mieux que chez vous la manière de l'arrêter tout d'abord, sinon de le guérir quand il est confirmé. Dans ce pays, on regarde comme maxime fondamentale que cette maladie est cent fois, mille fois plus aisée à prévenir qu'à guérir; aussi jamais la grande et salutaire maxime, *principiis obsta*, ne fut d'une application plus soutenue, plus rigoureusement mise en pratique. Persuadez-vous bien, en effet, que le choléra-morbus, ce monstre *semper quærens quem devoret*, n'est pourtant pas aussi perfide qu'on le croit. Rien n'est plus rare que ce qu'on veut bien appeler le choléra foudroyant; en cherchant bien dans ces cas, on trouverait presque toujours que la maladie s'est fait entendre sourdement, qu'elle a menacé, mais qu'on n'a tenu aucun compte de ses avertissements, qui, à la vérité, sont plus près de l'invasion du mal chez certains individus que chez d'autres. Mais le choléra-morbus devient aussi rapide que terrible dans ses effets une fois qu'il est en plein développement. Si vous ne parvenez à l'arrêter, si vous lui laissez sa funeste liberté d'action comme cinq, je suppose, il en prend comme vingt; si on lui en laisse comme vingt, il en prend comme cent: fatale progression, qui ne s'arrête qu'à l'extinction même de la vie. Dans ce rapide et fatal développement, je vous le demande, que devient la puissance de l'art dès l'instant que la nature ne la seconde plus, quand il y a sidération des forces, cessation presque complète des mouvements du cœur et de la circulation? Il faut donc, passez-moi l'expression, fermer la porte le plus tôt possible; c'est une vérité dont on est si bien persuadé à Batavia, qu'au moindre symptôme, au plus petit dérangement de la digestion, au plus léger gargouillement des intestins, on a sur-le-champ recours aux moyens reconnus les plus efficaces pour faire cesser tout désordre. En France, vous croyez beaucoup faire en traitant les *cholérines*; encore a-t-on bien de la peine à persuader au peuple qu'il y a danger dans ce cas; mais à Batavia on va encore au-devant de la cho-

D'après le premier mode, il y a excitation et appel plus considérable de fluides vers l'organe cutané; d'après le second, les tissus et les fluides pénétrés sont échauffés, et alors les premiers tendent bientôt à l'expansion (1) et les seconds à l'évaporation. Enfin, d'après le troisième mode, l'air ambiant, plus chaud et plus dilaté, est plus apte à s'emparer, sous forme de vapeurs, des fluides portés à la périphérie.

En conséquence de tout cela, un mouvement général d'expansion a lieu vers la périphérie, ainsi que le démontre, du reste, la mensuration de certaines parties, telles que les membres, et, à la suite de ce mouvement, les transpirations cutanées et pulmonaires sont augmentées, ainsi que le prouvent les expériences de Seguin et de W. Edwards. Heureusement que, pour modérer ces effets, il y a lieu à un certain refroidissement par l'effet même de l'évaporation des fluides transpirés, et puis, à la longue, d'après les expériences de W. Edwards, à une diminution de la faculté qu'a l'individu de produire du calorique; mais, en fait, ces deux phénomènes ne sont tout au plus que des modérateurs de l'action expansive générale provoquée; car, d'un côté, pour qu'il y ait constamment refroidissement modérateur, il ne faut pas moins qu'il y ait transpiration et évaporation constantes des fluides, et d'un autre côté, pour qu'il y ait diminution persistante de la faculté qu'a l'individu de produire du calorique, il ne faut pas moins que l'action de la chaleur extérieure qui en est la cause soit elle-même persistante avec tous ses effets directs.

Ainsi on ne saurait contester à l'influence du calorique le pouvoir d'exercer un mouvement général d'expansion sur l'économie, se traduisant, du reste, matériellement sur certaines parties, telles que les membres, par l'augmentation de volume, et sur la généralité de l'organisme par l'augmentation des transpirations cutanées et pulmonaires.

Si cela est, il faut aussi nécessairement, d'une part, que les fluides normalement destinés aux organes centraux dont rien n'indique l'excitation sous l'influence de la chaleur se dérivent vers les appareils de la transpiration, autrement dit se portent en moindre quantité vers les premiers organes pour se porter en plus grande quantité vers les membranes transpirantes, et il faut, d'autre part, que les fluides que les organes centraux contiennent déjà tendent vers les points directement excités par l'influence de la chaleur, c'est-à-dire vers l'appareil cutané. Mais la rate est un organe central, un organe fort peu excitable sous quelque cause que ce soit, et bien plus un organe considéré par tous les physiologistes comme un *diverticulum sanguinis* : eh bien! cet organe devra, sous l'influence actuelle de la chaleur, recevoir moins de sang de son artère propre, et de plus, en céder davantage à sa veine, autrement dit devra, sous cette influence, diminuer de volume. C'est pourquoi je l'ai trouvé généralement moins volumineux le soir, c'est-à-dire après l'action des influences diurnes, parmi lesquelles la chaleur est la plus remarquable, que le matin, c'est-à-dire après l'action des influences nocturnes.

L'influence *froid* agit, en tous points, à l'inverse de l'influence chaleur : elle subexcite directement l'organe cutané; elle fait primitivement contracter les molécules fluides et solides du corps vivant, et elle fait diminuer les transpirations cutanées et pulmonaires, notamment quand elle se mêle à l'humidité des nuits des contrées marécageuses; en un mot, elle représente une influence concentrative pour l'économie. Elle doit donc tendre primitivement à l'engorgement plutôt qu'au dégorgement de l'organe splénique; mais elle s'exerce plutôt la nuit que le jour : il n'est donc pas étonnant que j'aie d'ordinaire trouvé le volume de la rate augmenté le matin, c'est-à-dire après la période nocturne.

(1) Il résulte des observations microscopiques de Hastings, Koch, M. Gendrin et autres, que les tissus soumis à une impression de chaleur qui n'est pas trop vive, telle, par exemple que celle de l'eau chaude, se contractent d'abord spasmodiquement, et puis se dilatent d'une manière notable.

ALTERNATIVES DE SÉCHERESSE ET D'HUMIDITÉ. — En Algérie, où j'ai pris mes observations, les journées d'été sont remarquables par leur grande sécheresse, tandis que les nuits de la même saison s'accompagnent de beaucoup d'humidité, d'humidité assez froide. En hiver, les journées y sont souvent humides, mais les nuits le sont encore plus et le sont toujours. Les expériences de W. Edwards ont démontré combien une atmosphère desséchée favorise les actes de transpiration par évaporation et combien leur est au contraire défavorable une atmosphère chargée d'humidité, surtout d'humidité froide.

La sécheresse diurne est donc, pour l'économie en général et par conséquent pour la rate en particulier, une cause notable d'expansion, tandis que l'humidité nocturne en est une, pour elles, de concentration.

Mais ce n'est pas tout. On sait que, avec l'humidité qui, dans la nuit, se répand dans l'atmosphère de l'Algérie, il s'introduit dans l'organisme des miasmes de nature végéto-animale, de ces miasmes qui paraissent faire engorger la rate. S'il en est ainsi, cette humidité aurait cela de spécial de faire particulièrement engorger cet organe, lequel, se dégorgeant en partie pendant le jour, sous diverses causes déjà citées ou à citer, ne serait pas du moins alors autant exposé que la nuit à recevoir de nouveaux miasmes, puisque ceux-ci ne s'introduisent qu'en très-petite quantité pendant le jour, emportés qu'ils sont alors vers les parties supérieures de l'atmosphère.

ALTERNATIVES DE LUMIÈRE ET D'OBSCURITÉ. — D'une part, il résulte de l'observation que la lumière est primitivement stimulante pour l'appareil nerveux périphérique; d'autre part, à en juger par les expériences de W. Edwards sur le développement des têtards qui ne se constituent régulièrement et complétement qu'à l'aide de l'impression de ce fluide, et à en juger encore par son influence sur la coloration de la peau, sur la coloration et l'épanouissement des plantes, etc., on ne saurait mettre en doute la puissance d'expansion de ce fluide sur les êtres vivants.

L'on sait au contraire que l'influence de l'obscurité subexcite et fait décolorer l'organe cutané, s'oppose à l'épanouissement régulier des parties animales (W. Edwards) et maintient les végétaux étiolés et rabougris. L'obscurité, si elle n'exerce pas d'action concentrative sur les corps vivants, s'oppose donc du moins à leurs mouvements expansifs naturels.

Il n'est pas étonnant, d'après cela, que j'attribue une part d'action aux alternatives de lumière et d'obscurité dans la production des oscillations périodiques du volume des rates engorgées. Cette part est faible, sans doute, mais je dois la noter, parce qu'une induction sévère me force de la reconnaître.

ALTERNATIVES DE L'INFLUENCE SOLI-LUNAIRE AU POINT DE VUE DE L'ATTRACTION. — C'est pour mémoire que je parle ici de cette influence considérée à ce point de vue. Je dois peu m'attacher à la faire ressortir, parce que, s'il faut admettre qu'il existe, à l'égard des fluides animaux, des marées, comme il en existe à l'égard des eaux de l'Océan et des gaz de l'atmosphère, il faut aussi admettre qu'il s'effectue deux de ces marées dans les vingt-quatre heures, ce qui tendrait à égaliser le volume des rates toutes

---

lérine elle-même, parce qu'on sait qu'une fois déclarée, on n'est pas toujours le maître d'empêcher le choléra d'éclater, et quelquefois assez brusquement. Il est donc important de discerner les premiers symptômes, de reconnaître le point initial de la maladie, son ébauche pour ainsi dire. Et quand on se tromperait, le mal ne serait jamais aussi grand qu'en laissant la maladie, sous la forme de cholérine, se développer de plus en plus. Il y a infiniment moins de danger à outrer les précautions qu'à les négliger.

A ces motifs, continuait M. Meyer, j'en ajouterai un autre, c'est qu'en France, vous commettez il me semble deux fautes graves, dans l'emploi de l'opium; la première, d'y recourir trop tard; la seconde, de ne le prescrire qu'à faibles doses et avec une incroyable timidité. Quoi qu'on en ait dit, l'opium, dans toutes ses combinaisons, est encore le médicament le plus puissant contre la terrible maladie dont il s'agit. A la vérité, son efficacité n'est pas comparable à celle qu'on en obtient dans le choléra-morbus indigène, cependant, à tout prendre, c'est notre seule ressource contre le choléra-morbus asiatique, tous les autres moyens ne sont que secondaires. Mais qu'espérer de ce médicament, si on ne l'emploie que tardivement et surtout à petites doses, comme je le vois pratiquer journellement à Paris (1)? Que peut-on attendre de 15 à 20 gouttes de laudanum données par fractions, quand le torrent de sérosités intestinales n'en permet l'absorption que d'une faible partie, quand la nature est défaillante en peu d'heures, en peu d'instants? A Batavia, comme je vous l'ai dit, on agit tout différemment. Lorsque le choléra-morbus se réveille et prend de l'intensité, on voit de tous côtés des affiches portant en gros caractères : EAU POUR LE CHOLÉRA, et l'on se précautionne à l'avance. Cette composition ne m'est pas tout à fait connue, mais je suis certain que l'opium en est la substance dominante; il y entre aussi de l'éther. Presque tous en prennent plusieurs cuillerées à café et à bouche dans la journée, indépendamment des autres précautions hygiéniques que suggère l'expérience. Or je puis vous assurer que de cette manière les progrès du choléra-morbus sont singulièrement bornés, car s'il en était autrement, ce riche pays cesserait d'être habitable pour les Européens.

Tel est le résumé succinct des nombreuses conversations que j'eus avec l'excellent M. Meyer, au sujet du choléra-morbus de l'île de Java. Réfléchissant ensuite aux applications pratiques qu'on pouvait en déduire, il était évident qu'elles se bornaient aux deux suivantes et toutes deux très-importantes : l'une, d'aller pour ainsi dire au-devant du choléra, de le prévenir le plus et le mieux possible; l'autre, que le meilleur moyen à employer dans ce cas était l'opium seul ou mélangé avec un excitant diffusible. Je conseillai donc, dans l'épidémie actuelle, à quelques personnes, d'avoir immédiatement à leur usage et sous leur main une petite provision du mélange suivant : Laudanum de Sydenham, quatre parties; eau de fleurs d'oranger, deux parties; éther sulfurique, une partie; d'en prendre une certaine quantité avec un peu de sucre au moindre borborygme, à la sensation de la plus petite colique. Toutes s'en sont bien

(1) Les praticiens ont été plus hardis pendant l'épidémie actuelle dans l'administration de l'opium que dans celle de 1832, et pourtant ils sont loin encore des doses employées dans l'Inde et même en Angleterre.

les douze heures. Or je n'ai rien observé de pareil sur les rates engorgées, ce qui n'infirme pas l'existence de ces marées, auxquelles je ne puis me refuser de croire, puisqu'une saine induction m'invite à les admettre, mais ce qui me fait voir que si, à un certain moment de la nuit, il s'opère une de ces marées, elle a ses effets, qui ne peuvent qu'être très-faibles, neutralisés et au delà par la somme des influences concentratives nocturnes (1).

2° DES CAUSES PÉRIODIQUES PROPRES A L'INDIVIDU OU PHYSIOLOGIQUES.

ALTERNATIVES DE VEILLE ET DE SOMMEIL. — Ces alternatives correspondent, d'un côté, à des alternatives d'excitation et de calme des appareils sensitifs, et, de l'autre, à des alternatives de mouvement et de repos des appareils moteurs. Or, d'une part, les excitations portées sur les appareils de la sensibilité y provoquent un plus grand afflux de sang, et, d'autre part, l'on voit l'afflux de ce fluide s'exagérer aussi dans les muscles actuellement en contraction et dans les tissus qui les environnent. Il résulte évidemment de là un double système de révulsion et de dérivation établi à l'égard des autres organes de l'économie, et notamment à l'égard des organes centraux qui, tels que la rate, ont été à bon droit considérés comme des *diverticula sanguinis*.

Ce double système cesse par le sommeil, qui devient un temps d'égale répartition des fluides nerveux et sanguin, d'après le calme qu'il apporte aux excitations nerveuses et d'après la régularité qu'il imprime aux mouvements circulatoires.

Ainsi le temps de veille, qui est diurne, favorise le dégorgement de la rate, car c'est un temps de mouvements centrifuges, le temps de sommeil, au contraire, temps nocturne où se suspendent ces mouvements, favorise son engorgement.

ALTERNATIVES DE LA STATION VERTICALE ET DE LA POSITION HORIZONTALE. — Pendant la nuit, l'homme affecte la supination ; pendant le jour, il affecte plus particulièrement la station verticale, soit celle du tronc seulement, soit celle des membres et du tronc. Bailly (de Blois), observant que l'homme est, parmi les animaux, le seul qui soit soumis à cette alternative, et observant encore qu'il est le seul, ou à peu près le seul, qui soit sujet aux fièvres intermittentes, en avait inféré que l'alternative en question était une cause de l'intermittence morbide. Pour lui, l'accès était dû à la congestion périodique de l'estomac et des intestins pendant la station verticale et aux influences nerveuses réveillées par cette congestion.

Sans tenter de récuser la valeur de cette explication, mais frappé cependant du fait mis en saillie par Bailly, je crois pouvoir, relativement à la prédilection de la fièvre intermittente pour l'homme et à la prédilection des accès pour la période diurne, donner une explication qui, je l'espère, satisfera mieux l'esprit que celle de Bailly.

Il s'agit, pour me faire comprendre, de tirer parti d'un fait anatomico-physiologique passé inaperçu jusqu'ici. La veine splénique, par la voie de laquelle se dégorge la rate, est, comme on le sait, située derrière le pancréas qui, vis-à-vis le corps des vertèbres, ne présente pas de gouttière pour la laisser passer, ou qui, s'il en présente une, chose assez peu commune sur la ligne médiane du corps, ne la présente jamais assez profonde pour contenir complétement la veine. Or le pancréas, et du reste aussi les organes situés devant lui doivent dès lors, par leur poids, comprimer la veine splénique sur la colonne vertébrale pendant la supination sur le dos, et au contraire la laisser à peu près libre pendant la station verticale. En conséquence de cela, la rate doit se dégorger très-difficilement dans la première position, et très-facilement dans la seconde.

Ainsi, chez l'homme qui affecte alternativement les deux positions, le poids du pancréas s'opposera, dans la nuit, comme une soupape incomplète, au libre dégorgement de l'organe splénique, et il ne pourra pas en être de même pendant le jour, vu qu'alors le premier organe se trouvera au devant et non pas au-dessus de la veine splénique. Au contraire, les autres animaux affectant nuit et jour une position horizontale telle, que le pancréas reste situé au-dessous de la veine splénique qu'il fait ainsi, par son poids, plutôt distendre qu'obstruer, présenteront des conditions matérielles constantes d'une libre déplétion de la rate.

Maintenant, que l'on se rappelle la partie de ma théorie des fièvres intermittentes qui a trait à l'infection et aux dégorgements périodiques de la rate, et l'on pourra peut-être saisir une des principales raisons qui font que les animaux sont moins sujets que l'homme à ces fièvres, et cette raison ne sera pas, quant au fond, celle qu'a donnée Bailly. En effet, chez eux, une rate infectée pourra toujours se dégorger sans obstacle matériel, moins bien conserver son contenu fermentescible, et dès lors, moins l'élaborer, ce qui le fera souvent éliminer de l'économie, avant qu'il ne soit devenu délétère, ce qui fera enfin que ces animaux seront bien moins souvent atteints de fièvres intermittentes.

Il est sans doute d'autres raisons d'où il résulte que les animaux autres que l'homme sont moins exposés que lui aux fièvres en question : ces raisons, je les ai recherchées et méditées ; mais comme leur exposé demanderait des développements qui seraient tout à fait déplacés dans ce mémoire, je m'abstiens de les y signaler, me réservant de les faire connaître plus tard.

En résumé, la périodicité des positions horizontale et verticale de l'homme, d'après lesquelles le pancréas tantôt comprime l'artère splénique et l'empêche de se dégorger librement dans la veine porte, et tantôt la laisse libre, me paraît être une cause notable des oscillations périodiques du volume des rates engorgées.

ALTERNATIVES D'ALIMENTATION ET D'ABSTINENCE. — Il est une grande fonction de l'économie animale qui s'exerce surtout pendant le jour, c'es

(1) Un grand nombre d'observateurs, tels que Jackson, Lind, Balfour, Fontana, etc., ont observé, surtout sous l'équateur, que des recrudescences d'épidémies de fièvres intermittentes avaient coïncidé avec des époques de maximum d'actions attractives soli-lunaires, c'est-à-dire de grandes marées océaniques ; ils en ont conclu que les attractions soli-lunaires n'étaient pas toujours étrangères au développement de ces recrudescences, leurs observations sont si multipliées qu'on ne peut, en effet, récuser leurs conclusions. Dans nos contrées même, Diemerbroek et Baillou ont entrevu l'influence de ces *maxima* pendant le règne de certaines affections épidémiques; Rammazini l'a surtout constatée pendant l'épidémie de fièvres pétéchiales qui régna en 1692 et 1693. S'il est vrai, comme je l'ai jugé probable, que beaucoup d'accès doivent l'occasion de leur développement au dégorgement des rates infectées, les faits singuliers cités par ces auteurs s'expliqueraient facilement par l'exagération de l'influence attractive exerçant un mouvement plus vif d'expansion sur l'économie en général, et en conséquence sur la rate. Mais, je le répète, encore faut-il que l'observation relative à l'influence de l'attraction soli-lunaire sur le volume de l'organe splénique vienne confirmer ces résultats de l'induction. Je tente d'ouvrir une voie nouvelle de vérification sur de pareils sujets : que la vérification vienne à s'exercer maintenant sur une grande échelle, et l'on pourra arriver, je crois, à des résultats positifs.

---

trouvées et n'ont jamais éprouvé d'accidents de quelque gravité. Et moi même je pourrais me citer en exemple. Accablé de fatigues par les courses faites les jours précédents et dans la journée même, énervé par l'extrême chaleur qui embrasait l'atmosphère, surtout le vendredi 8 juin, jour d'un orage formidable à Paris et qui dura près de sept heures, j'éprouvai, sur les onze heures du soir, un sentiment de gêne et d'oppression à l'épigastre qui fixa mon attention ; l'épidémie était alors dans toute sa violence. Deux heures après l'abdomen se gonfla et des borborygmes se manifestèrent, ainsi que quelques nausées. Il n'y avait pas à se méprendre sur la nature de ces symptômes précurseurs ; aussi, sans perdre de temps, je pris une forte cuillerée à café de la mixture dont j'ai parlé ; une heure après je pris une seconde cuillerée, puis je m'endormis. Sur les quatre heures du matin, je fus réveillé par une colique sourde, suivie d'une garde-robe assez abondante, mais ayant une certaine consistance ; autre cuillerée à café prise immédiatement ; enfin, les jours suivants, j'eus deux ou trois selles liquides, mais toujours ayant conservé le caractère bilieux ; les nausées avaient disparu, mais j'éprouvais un invincible dégoût pour les aliments. Je pris chaque jour deux ou trois cuillerées à café de la mixture en question, et quelques tasses de thé fortement aromatisé avec de l'eau de fleurs d'oranger. L'alimentation était d'ailleurs des plus légères. Au bout de peu de jours, un mieux sensible se manifesta, puis une soif inextinguible, d'autant plus fatigante que je n'osais la satisfaire. A cet accident de peu d'importance se joignait une légère diarrhée qui cessa par l'emploi du *café de gland* bien sucré, plus ou moins étendu, moyen excellent et que je recommande spécialement en pareille circonstance. Telle est l'histoire de ma courte maladie. N'était-ce qu'une cholérine? Cette affection pouvait-elle prendre un caractère plus grave si on n'eût été au-devant des accidents? Le lecteur en jugera. Quant à moi, je n'hésite pas à croire que le choléra a frappé plusieurs fois à la porte, qu'il était menaçant et qu'il eût éclaté sans les moyens employés le plus hâtivement possible, puis continués avec une persévérance fondée sur la conviction de leur efficacité. *Experto crede Roberto.*

R. P.

EFFLUVES MORTIFÈRES ÉMANANT DES CADAVRES.—A une assemblée, convoquée dans le but de discuter les inconvénients des inhumations dans les villes, le docteur Mackinnon a cité le fait suivant, que nous reproduisons textuellement et en faisant toutes nos réserves :

« Une dame étant morte, son corps fut placé dans un cercueil surmonté d'une plaque de métal qui reproduisait l'âge, le nom et les qualités de la personne décédée. Les clous qui fixaient cette plaque étant trop longs, ont percé le bois et le plomb dont le cercueil était doublé, et ont permis aux émanations cadavériques de se répandre dans la chambre et d'en vicier l'air. Les quatre filles de la décédée, qui avaient veillé et pleuré sur le cercueil pendant tout le temps qu'il était demeuré dans la chambre mortuaire, sont mortes toutes les quatre dans la quinzaine suivante. »

la fonction digestive ; elle s'accompagne de deux particularités qui doivent singulièrement favoriser le mouvement de déplétion de la rate. L'une de ces particularités, c'est l'augmentation de la sécrétion biliaire dont l'exercice accélère nécessairement le mouvement du sang dans l'appareil biliaire et dans tout le système de la veine porte, de manière à permettre à celle-ci et à la veine splénique qu'elle reçoit de se dégorger avec plus de rapidité ; l'autre particularité a trait à un fait anatomique fort simple : le tronc cœliaque se divise, comme tout le monde le sait, en trois branches artérielles, qui sont l'artère coronaire-stomachique, l'artère hépatique et l'artère splénique; or, comme il est certain que, pendant le premier temps de l'acte digestif, il y a augmentation de l'afflux de sang qui se porte naturellement vers l'estomac et vers le duodénum par l'artère coronaire-stomachique, et comme il en est de même, pendant le second temps du même acte, de l'afflux naturel qui, par l'artère hépatique, se porte vers le foie dont, ai-je dit, la sécrétion se trouve suractivée, il est clair que pendant presque tout le temps de la digestion il doit se jeter moins de sang dans l'artère splénique et que par conséquent l'organe où elle se rend a moins de tendance à s'engorger.

Dans cette double particularité de l'acte digestif, notons ceci : il y a non-seulement effet de dérivation sanguine relativement à la rate, mais encore, par suite de l'excitation gastro-hépatique, effet évident de révulsion.

Ainsi si, d'un côté, pendant les premiers temps de la digestion qui se passent ordinairement pendant le jour, la rate perd plus de sang par sa veine, et, de l'autre, en reçoit moins de la part de son artère, cet organe doit nécessairement diminuer pendant la période diurne.

Au contraire, le temps d'abstinence de la période nocturne devra singulièrement favoriser son mouvement de réplétion, car alors le foie et le tube digestif auront à recevoir une moins grande quantité de sang et à en laisser, en conséquence, une quantité plus grande, soit à l'artère, soit à la veine splénique.

CONCLUSION.

En terminant ce mémoire, je fais remarquer le concours admirable de circonstances inductives qui viennent corroborer les résultats de ma statistique sur les alternatives quotidiennes d'augmentation et de diminution du volume des rates engorgées. Toutes les circonstances, soit atmosphériques soit physiologiques de la période diurne, semblent tendre à la déplétion de ces organes ; toutes celles de la période nocturne semblent tendre au contraire à leur réplétion.

Dans cet ensemble, il en est peut-être de plus puissantes les unes que les autres pour l'un ou l'autre but; mais il n'en est pas, ce me semble, d'exclusivement actives. Les alternatives solaires sont actives, de toute évidence, puisque je vois une concordance parfaite entre les effets de la périodicité diurne et ceux de la périodicité estivale ; mais en fait les dégorgements spléniques diurnes ont encore lieu, quoique moins fréquents, quand la température des nuits est à peu près égale à celle des jours. L'humidité atmosphérique, accompagnée d'émanations miasmatiques, aurait certes beaucoup d'action ; mais je ne puis la supposer en jeu dans toutes les parties de l'année : or j'ai observé les oscillations quotidiennes du volume de la rate pendant toute la période annuelle. J'ai noté plus haut les alternatives d'alimentation et d'abstinence ; mais j'ai remarqué les dégorgements diurnes chez les individus soumis à la diète. J'ai signalé les alternatives de veille et de sommeil ; mais les mêmes phénomènes ont eu lieu chez des malades qui n'avaient pas dormi pendant la nuit ou qui avaient dormi pendant le jour. Enfin je me suis étendu sur les alternatives de la station verticale et de la position horizontale propres à l'homme, et cependant des hommes restant couchés pendant le jour m'ont offert ces mêmes particularités. Ainsi je ne vois rien d'exclusif, pour la causalité des oscillations quotidiennes du volume de la rate, dans aucune des influences que j'ai étudiées. Ces influences sont groupées en deux camps bien tranchés, l'un diurne et l'autre nocturne ; tout ce que je puis dire, c'est, je le répète, que celles du premier camp ont cela de commun entre elles qu'elles tendent à l'expansion soit de l'économie en général, soit de la rate en particulier ; tandis que celles du second camp ont entre elles cela de commun qu'elles tendent à des effets inverses, c'est-à-dire concentratifs soit à l'égard de l'économie, soit à l'égard de la rate.

Maintenant, si l'on voulait mettre de côté toute induction théorique et s'en tenir seulement aux faits positifs, on ne saurait du moins contester, dans la causalité des changements périodiques du volume de la rate, l'action des influences solaires que j'ai suffisamment constatée, ce me semble, d'après le rapprochement des effets quotidiens et des effets saisonniers. J'ai sur ce point rapporté les faits tels que je les ai vus, conjointement avec plusieurs confrères qui m'assistaient, et ils me paraissent à cette heure assez nombreux pour pouvoir, du moins en Afrique, fonder à ce sujet une loi médico-physiologique.

Étant exposés mes faits statistiques et leur théorie, voici ce qu'il m'est, à présent plus que jamais, permis de prétendre relativement à la physiologie des fièvres intermittentes.

Je prétends que toutes les fois que la rate contiendra dans son tissu des molécules putrides de nature végéto-animale, ces molécules auront en général à passer en plus grande quantité dans le reste de l'économie pendant le jour que pendant la nuit, et par conséquent à aller impressionner la généralité de cette économie d'une manière plus défavorable dans le premier temps que dans le second ; d'où le résultat morbide de leur impression générale sera ordinairement périodique et plutôt diurne que nocturne.

Je ne dis pas, notons ceci, que telle soit la seule cause de la périodicité des accès de fièvre. J'ai signalé ailleurs (1) d'autres causes de ce phénomène sur lesquelles j'espère revenir un jour ; mais je pense que le fait des oscillations nycthémérales du volume de la rate est une des causes les plus ordinaires de la périodicité fébrile ; maintenant cette cause, je la rapporte elle-même à la périodicité de certaines influences atmosphériques ou physiologiques. Or ces influences n'agissent pas seulement par leur mode expansif : il est donc possible qu'elles intéressent aussi la périodicité morbide par leurs autres modes d'action ; question sur laquelle je donnerai toute ma pensée dans un autre travail.

PATHOLOGIE EXTERNE

MÉMOIRE SUR UNE ANGIOLEUCITE PROFONDE ; AMPUTATION COXO-FÉMORALE ; par M. le docteur JULES ROUX, chirurgien en chef de la marine à Cherbourg, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc.

(Suite. — Voir le n° 22.)

L'angioleucite profonde est une affection redoutable qui se termine souvent par la mort, quand elle débute spontanément, sans lésions extérieures. Lorsqu'au contraire elle succède à la lymphite superficielle, l'art intervient ordinairement avec efficacité, mais l'affection n'en conserve pas moins un haut degré de gravité.

Quand la guérison doit avoir lieu, le mal se limite, les ganglions lymphatiques reviennent à leur état normal, la suppuration diminue, les décollements disparaissent, la cicatrisation a lieu, et il reste dans les membres de la roideur dans les muscles, de la gêne dans les mouvements, et un œdème qui est quelquefois long à se dissiper.

Quand l'issue de la lymphite a été funeste, l'autopsie révèle les altérations dont j'ai déjà parlé et sur lesquelles j'aurai occasion de revenir, dans la dernière observation de ce mémoire, telles que abcès isolés, traînées purulentes sur le trajet des gros vaisseaux lymphatiques, qui sont détruits ou dont on ne trouve plus que de faibles traces, destruction partielle du tissu cellulaire, dissection incomplète des muscles, inflammation des articulations voisines des foyers purulents, érosion et destruction de leurs cartilages; souvent les articulations contiennent du pus; ramollissement du périoste; dénudation des os, dont la surface dépolie présente des plaques rugueuses, irrégulières, liées entre elles par des stries inégales appréciables à l'œil et au toucher de telle sorte qu'en comparant ces altérations à celles qu'offrent les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés, on dirait une angioleucite superficielle des os. Les cavités médullaires des os sont enflammées et contiennent du pus. Si, comme les beaux travaux de Mascagni sur les vaisseaux blancs tendent à le faire supposer, des lymphatiques existent dans les os et leurs cavités, nous aurons mis en relief les rapports de l'ostéite avec l'inflammation des lymphatiques du tissu osseux. Enfin on observe des abcès métastatiques, dans les organes parenchymateux, quand il y a eu résorption purulente.

Je ne terminerai pas ces courtes considérations d'anatomie pathologique sans rapporter l'opinion suivante de M. Jobert (de Lamballe) : « On sait que le premier effet de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est la coagulation de la lymphe. Le plus ordinairement ce caillot lymphatique diminue, est absorbé et le vaisseau conserve son calibre. Quelquefois la partie la plus fluide du coagulum est absorbée, la partie solide se condense en adhérant aux parois, et oblitère ainsi les vaisseaux. D'autres fois enfin, mais plus rarement, la lymphe s'accumule en divers points, distend les parois des vaisseaux, se coagule et adhère à celles-ci ; puis ces coagulum, au lieu de disparaître complétement ou de se condenser, se ramollissent du centre à la circonférence et fournissent du pus.

(1) Voy. NOUV. THÉORIE DE L'ACTION NERV. ET DES PRINCIP. PHÉNOM. DE LA VIE, chap. XVII, p. 263. Paris, 1843. — LOIS SYNTHÉT. DES MOUVEM. MORBIDES, 8e loi, p. 12; mémoire annexé au précédent ouvrage. 1845. — NOUV. THÉORIE DES FIÈV. INTERM. DES MARAIS, dans la GAZ. MÉD. du 30 janv. 1847, p. 87.

De là résultent en divers points et sur tout le trajet des vaisseaux lymphatiques de véritables abcès. » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 1847, p. 4.)

Le traitement de l'angioleucite profonde doit solliciter les méditations des chirurgiens, d'abord parce qu'il laisse beaucoup à désirer, ensuite parce que, commençant à l'emploi des émollients les plus simples, il me paraît susceptible de finir à la désarticulation des membres. Les évacuations sanguines générales et locales de toute espèce, les cataplasmes divers, les bains, la compression méthodique, les onctions mercurielles et autres, les exutoires, les cautérisations, les simples enveloppes de coton, les purgatifs, les émétiques, les altérants, les toniques, les incisions multiples, aidées des moyens compressifs, les injections de teinture d'iode, d'eau chlorurée, de vin aromatique, de nitrate d'argent, de chloroforme, etc., etc., sont dans la ligne des moyens que l'on peut conseiller d'associer aux conditions d'une alimentation convenable et d'une sage hygiène. Par ces moyens, on parvient assez souvent à obtenir la guérison de la maladie. J'ai sous les yeux l'observation d'un homme âgé de 27 ans, qui entra dans mon service le 14 juin 1844, atteint d'angioleucite superficielle du membre inférieur droit. L'inflammation gagna bientôt les lymphatiques profonds. Les antiphlogistiques, les émollients, les pommades résolutives, la compression, furent vainement employés, la suppuration eut lieu ; elle envahit tout le membre, sur lequel on pratiqua, dans le mois de juillet, trente-cinq incisions superficielles ou profondes, grandes ou petites. Les toniques à l'intérieur et des pansements méthodiques amenèrent enfin la guérison. Un fait qui mérite d'être noté, c'est que toutes ces incisions, cinq exceptées, furent faites sur la face interne de la jambe et de la cuisse, depuis la malléole tibiale jusqu'au-dessous des ganglions inguinaux, où le mal s'était arrêté. Ces ganglions n'avaient pas été atteints d'inflammation suppurative. Les cinq autres incisions correspondaient à la face externe de l'articulation fémoro-tibiale, au côté externe et inférieur de la cuisse. Enfin, comme particularité pouvant servir à l'histoire générale de l'angioleucite, je dois ne pas négliger de dire que, deux ans avant son entrée à l'hôpital militaire de Toulon, ce même malade avait été traité à l'hôpital militaire de la marine de Brest, dans le service de M. le professeur Duval, d'une angioleucite du membre abdominal gauche, et pour laquelle une vingtaine d'incisions avaient été pratiquées. J'extrais ces détails de l'observation recueillie dans mes salles et au lit du malade par M. Arlaud, que j'ai déjà cité.

Mais, je le demande, quand les moyens que j'ai indiqués plus haut sont impuissants, que la suppuration intarissable a tellement affaibli le malade que l'organisme paraît ne pouvoir résister longtemps encore à cette cause de dépérissement, faut-il recourir à l'amputation ? C'est là une question grave, qui n'a pas été soulevée encore à propos de l'angioleucite, à moins qu'on ne rapporte à des faits qui se rattachent à cette inflammation les cas de longues suppurations des membres, dont les auteurs ont jusqu'ici rattaché le siége à la phlegmasie de tissus différents, à celle du tissu cellulaire, par exemple.

Dans un système général, comme dans le système des vaisseaux lymphatiques, où toutes les parties sont si étroitement liées les unes aux autres que l'irritation d'un point périphérique est immédiatement ressentie par les parties éloignées et centrales, dans lequel les maladies qui suivent la direction du fluide, qui la parcourt, semblent, sous quelques rapports, se propager avec la rapidité même de ce fluide, il paraît bien difficile de pouvoir arrêter et guérir par l'amputation un mal dont la localisation est si incertaine. Cependant, si l'on réfléchit que les ganglions placés sur le courant des lymphatiques arrêtent pendant un temps les progrès de l'inflammation, la circonscrivent et l'enserrent pour ainsi dire dans les parties du membre situées au-dessous d'eux, on comprendra que le sacrifice du membre puisse pendant ce temps offrir des chances de succès que l'expectation est loin de présenter. Je n'oserais même pas affirmer que, dans le cas où l'amputation serait pratiquée seulement au-dessus des principaux foyers de la suppuration, le traumatisme qui en résulte fût incapable d'apporter d'heureuses modifications à l'inflammation des vaisseaux blancs situés entre les ganglions et le point du membre amputé. Cette dernière présomption, en ce qui a trait à l'angioleucite des vaisseaux superficiels, reçoit de l'observation suivante un commencement de démonstration.

OBS. III. — Au lit 13 de la salle 2 de l'hôpital militaire de la marine de Cherbourg, est longtemps resté couché le nommé Moitié (Alexis), âgé de 24 ans, charpentier-calfat. Cet homme, par suite d'une chute dans un chantier de construction, s'était luxé le coude gauche et fracturé la jambe droite au niveau de son tiers supérieur. La luxation du coude en arrière, réduite promptement, guérit avec facilité ; il n'en fut pas de même de la fracture de la jambe, qui était oblique et compliquée de plaie, puisque le malade, qui était entré le 6 avril 1848, y était encore au mois de juillet de la même année.

Alors la fracture n'était pas consolidée ; la plaie grisâtre et décollée s'était agrandie ; le membre était tuméfié ; des abcès s'étaient formés sur plusieurs points de son étendue ; l'inflammation avait envahi le creux poplité ; une fusée purulente se prolongeait vers la cuisse ; il y avait de l'insomnie, de la fièvre, des selles liquides. Le malade, affaibli par des douleurs constantes, par une longue et abondante suppuration, paraissait ne pouvoir résister longtemps, si l'art n'intervenait avec activité. L'amputation de la cuisse, déjà décidée depuis longtemps, fut enfin acceptée par le malade.

Au moment de la pratiquer, la partie interne et supérieure de la jambe, la région interne de la cuisse, étaient couvertes de stries rougeâtres interrompues par des plaques rosées. Le vaste courant des lymphatiques cruraux, enflammé, venait se perdre dans les ganglions inguinaux, qui étaient tuméfiés et douloureux à la pression.

Cette angioleucite superficielle était-elle une contre-indication à l'amputation, si urgente sous les autres rapports ? Telle ne fut pas ma pensée, et l'ablation du membre fut pratiquée le 17 juillet.

Je fis sur ce malade une de mes premières tentatives d'éthérisation directe et locale des vastes surfaces traumatiques. C'est dans cette vue que je remplis la plaie de charpie fortement imbibée d'éther. L'anesthésie locale dura trois jours. La disparition de l'angioleucite fut rapide, puisqu'il n'en restait pas de traces quelques jours après l'opération. La plaie était entièrement cicatrisée le quarantième jour.

Je n'ai point encore pratiqué d'amputation dans la continuité des vaisseaux lymphatiques profonds enflammés ; la question reste donc sur ce point tout à fait indécise. Je me contente de l'indiquer, en signalant toutefois la différence qui, sous le rapport que je signale, existe entre la phlébite non adhésive et l'angioleucite. Tandis que, dans la première, l'anatomie, la physiologie et la pathologie font un précepte de ne jamais songer à recourir à l'amputation, il n'en est pas de même dans la seconde, où, en raison de l'existence des ganglions lymphatiques, qui brisent, à la manière d'une digue, la continuité des vaisseaux et modifient le cours des fluides qu'ils contiennent, l'anatomie et la physiologie n'attendent plus que les faits pathologiques pour consacrer unanimement le précepte de l'amputation.

Lorsque, dans l'angioleucite profonde, l'inflammation suppurative est depuis longtemps arrêtée aux chapelets ganglionnaires et que l'état d'épuisement où le malade est arrivé menace son existence, il faut sans trop attendre recourir à l'amputation. L'opportunité de cette opération doit, je l'avoue, laisser dans l'esprit quelque hésitation, si l'on admet que la totalité des vaisseaux lymphatiquess d'un membre, avant d'arriver au tronc, ne passe pas ou peut ne pas passer toujours par la chaîne des ganglions situés au-dessus d'eux, que quelques-uns de ces vaisseaux y arrivent directement. Or cette circonstance serait susceptible de porter une certaine atteinte à l'action isolante des ganglions que je considère comme une barrière qui retarde les progrès de l'affection.

Cette particularité anatomique, si elle est réelle, a certainement son importance en pathologie, mais ne me paraît pas susceptible de constituer une contre-indication ; elle impose l'obligation d'examiner avec la plus grande attention les parties situées au-dessus de chapelets ganglionnaires ; et si le gonflement y est nul, si la pression n'y provoque aucune douleur, si d'ailleurs la suppuration est depuis longtemps limitée au-dessous des ganglions, si la marche de la maladie éloigne la pensée que l'angioleucite a dépassé ces barrières momentanées, je crois que l'idée de l'amputation reste rationnelle et qu'il est conforme aux principes de la science de la pratiquer.

Telles sont les considérations qui m'ont dirigé dans l'observation qu'on va lire, observation que je rapporterai avec détail, parce que digne sous plusieurs rapports de fixer l'attention des chirurgiens, elle complétera, au point de vue pratique, ce que j'avais à dire sur l'angioleucite profonde.

Les chirurgiens ne manqueront pas d'attacher un certain intérêt à une amputation coxo-fémorale tentée dans un état d'épuisement prononcé et après que le malade avait éprouvé deux frissons, indice redoutable de l'infection purulente. Les pathologistes enregistreront peut-être quelques-uns des faits que je mentionne. Les physiologistes ne verront pas avec indifférence que ce malade a été heureusement plongé dans l'éthérisme chloroformique, quoique se trouvant dans une situation presque entièrement comparable à celle du malade dont parle M. Robert, qui ayant subi la désarticulation de la cuisse après l'inhalation du chloroforme, a paru succomber sous l'influence de ce terrible et précieux moyen d'anesthénisation. Enfin je dois espérer que tous les esprits attacheront quelque importance à l'éthérisation directe et locale, que j'ai cherché à produire sur les surfaces traumatiques les plus étendues que les amputations puissent présenter.

ANGIOLEUCITE PROFONDE ; AMPUTATION COXO-FÉMORALE DANS L'ÉTHÉRISME ; ÉTHÉRISATION DIRECTE DES SURFACES TRAUMATIQUES.

OBS. IV. — Le 20 octobre 1848, le nommé François Bacheley, âgé de 52 ans, menuisier dans l'arsenal de la marine, entra à l'hôpital de Cherbourg. Cet homme, doué d'un tempérament lymphatique et d'un embonpoint médiocre, portait au tiers inférieur et interne de la jambe gauche des ulcères invétérés. Ces ulcères, aidés sans doute d'une influence générale qui se manifestait sur plusieurs autres blessés de la ville et de l'hôpital, déterminèrent chez lui une angioleucite superficielle, qui durait depuis huit jours lorsqu'il fut transporté dans notre service, où il fut couché salle 3, n° 18.

Voici quel était son état : Stries rougeâtres s'élevant des ulcères vers le genou

et occupant la face interne du membre; vaste plaque rouge correspondant au condyle interne du fémur; la peau y est amincie, luisante au centre; le toucher y perçoit une fluctuation étendue. De cette plaque partent d'autres stries rouges, qui remontent vers les ganglions inguinaux, encore peu tuméfiés, et qui ont leur siége unique dans le grand courant lymphatique de la face interne de la cuisse. Gonflement considérable de la jambe au-dessus des ulcères, du genou et du tiers inférieur de la cuisse; ces parties sont chaudes et tendues. La réaction fébrile, qui, au dire du malade, avait été grande les jours précédents, était en ce moment modérée. Le membre, à demi fléchi, repose sur sa face externe; les mouvements qu'on lui imprime sont accompagnés de souffrance. Les douleurs en sont pas très-grandes; le pied n'offre rien d'anormal.

Une incision étendue faite en dedans du genou, dès l'arrivée du malade, donne une très-grande quantité de pus phlegmoneux, et permet de constater que les téguments sont décollés dans une assez grande étendue. (Bouillon; limonade citrique; lavement purgatif; cataplasmes.)

Le 23, on reconnait la fluctuation sur la région moyenne de la cuisse; une longue incision fournit une grande quantité de pus et permet au stylet explorateur, glissé sous l'aponévrose, d'arriver jusqu'au voisinage de l'aine. (Soupes et quart de vin; limonade tartarisée; décoction de quinquina.)

Les jours suivants, la tuméfaction du membre diminua; les symptômes généraux s'effacèrent, mais la suppuration continua à être très-abondante, son champ parut même s'agrandir; des pressions fortes dans le creux poplité déterminaient, par l'incision de la face interne du genou, l'évacuation d'une grande quantité de pus, et une sensation obscure de fluctuation profonde se faisait sentir à la partie supérieure et interne du mollet.

L'incision du genou fut agrandie de 4 centimètres; une incision sous-aponévrotique fut pratiquée dans le creux poplité; deux autres incisions furent faites le même jour à la région supérieure et interne de la jambe. (Chocolat; soupes et quart de vin; limonade citrique; décoction de quinquina; lavement émollient.)

Cependant l'aponévrose crurale était décollée sur toute la face interne de la cuisse, et les muscles sous-jacents semblaient disséqués. Exercée du creux poplité à la région inguinale, la pression superficielle ou profonde faisait sortir une grande quantité de pus. La jambe, d'un volume considérable et d'un empâtement particulier, était à peine rouge; on y reconnaissait les signes rationnels d'une suppuration profonde, mais la fluctuation ne pouvait y être perçue; la partie externe du membre et la région abdominale n'étaient pas douloureuses; les pressions même très-fortes n'y provoquaient pas de souffrance; on n'y voyait ni rougeur ni tuméfaction.

La fièvre avait reparu avec intensité, et le malade était dans un grand état d'affaiblissement. L'incision de la cuisse fut portée jusque dans le voisinage du pli de l'aine et présenta alors plus de 10 centimètres d'étendue; une incision semblable fut faite, le même jour, dans la région poplitée; cette dernière permettait au doigt de toucher la face postérieure de l'articulation du genou. Ces incisions, aidées d'injection de décoction de quinquina ou d'eau chlorurée, parurent un moment exercer une influence salutaire sur la quantité de la suppuration et l'état des plaies, qui prirent un meilleur aspect. Mais ce mieux ne fut pas de durée.

Le 12 novembre, la suppuration était encore si abondante, que, dans l'intervalle des pansements, le pus traversait, avec les pièces d'appareil, plusieurs draps d'alèze. Un jour, on injecta par toutes les plaies de la teinture d'iode étendue de la moitié de son volume d'eau; mais les sources de la suppuration étaient trop sinueuses pour qu'on pût espérer que ce liquide arrivât sur toutes les surfaces à modifier.

Le 20, un mois après l'entrée du malade à l'hôpital, la suppuration était toujours considérable, mais bornée à la face interne du membre; la jambe, toujours énorme, commençait à verser par l'ouverture du jarret, le pus qu'elle contenait. Bacheley était épuisé; mais, comme ses fonctions digestives n'avaient éprouvé jusque-là que de faibles dérangements, je commençai à croire que l'amputation coxo-fémorale était encore la seule chance qui restât de conserver la vie du blessé. Je visitai donc le malade, avec mon confrère M. le docteur Blache, médecin en chef de la marine; il jugea le fait très-grave, mais ne voyant pas dans le membre de ces lésions, qui provoquent à première vue une détermination immédiate, il fut d'avis d'agrandir encore les incisions et d'attendre. Telle fut encore l'opinion qui prévalut, lorsque, quelques jours après, je vis le malade avec M. Blache et M. le docteur Hello, chirurgien-major de la marine.

Le 30, la scène s'assombrit. La suppuration était des plus abondantes sur toute la face interne du membre, depuis la malléole tibiale jusqu'au pli de l'aine. La jambe depuis quelques jours fournissait une très-grande quantité de pus. La pression sur tous les points faisait jaillir ce liquide, comme si le membre inférieur en était imbibé à la manière d'une éponge. On constatait toutefois, par une observation attentive, que les parties les plus voisines de la racine du membre n'offraient pas l'infiltration purulente que je signale, et que la région susinguinale était aussi parfaitement saine.

Nous avions toujours remarqué, non sans quelque étonnement, que toute la partie externe du membre inférieur, sur laquelle s'exerçait continuellement la pression inséparable du décubitus du membre lui-même, était restée étrangère à la phlegmasie qui affectait le côté interne, et nous pensions trouver la cause de ce phénomène soit dans la moins grande quantité des lymphatiques sur ces régions, soit dans la compression qu'elles supportaient, et qui s'opposait à la progresssion de l'inflammation.

Cependant les pansements et les mouvements les plus légers imprimés aux parties souffrantes et surtout au genou étaient accompagnés des douleurs les plus vives. Le pied s'œdématia; un frisson violent s'empara du malade, qui eut dans le même temps une garde-robe remarquable par sa coloration blanche.

Le lendemain, un nouveau frisson se déclara avec la même intensité que la veille; les selles étaient devenues naturelles.

Enfin, le 2 décembre, le blessé, affaibli par une longue et abondante suppuration, épuisé par la douleur, par les frissons dont il redoutait le retour, et ayant perdu toute espérance de guérison, demanda avec instance à être opéré.

Je connaissais bien l'état d'épuisement où Bacheley était réduit; j'appréciais aussi la valeur des redoutables frissons qui s'étaient manifestés; mais l'exacte localisation de l'angioleucite dans le membre inférieur, la force morale du malade, le bon état de son tube digestif et de son appareil respiratoire, durent me frapper, et sans me dissimuler tout ce que présentait de compromettant pour le chirurgien une grande opération dont tous les temps pouvaient directement menacer la vie du patient, je dus céder à ses prières, convaincu que, dans aucun cas, il n'est facultatif à l'homme de l'art de refuser au malade de courir les dernières chances de guérison que la science reconnait et qu'il entrevoit lui-même.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES DOUCHES FROIDES, LOCALES ET GÉNÉRALES, INTERNES ET EXTERNES, APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ENGORGEMENTS ET DES DÉPLACEMENTS DE LA MATRICE, AINSI QUE DES ACCIDENTS GÉNÉRAUX QUI ACCOMPAGNENT SOUVENT CES AFFECTIONS; présenté à l'Académie des sciences le 12 mars 1849, par M. le docteur L. FLEURY, agrégé à la Faculté de médecine, etc.

(Suite et fin. — Voir les nos 19, 20 et 25.)

La grossesse survenue chez madame X... est une circonstance qui mérite d'être signalée. Pendant quinze mois de mariage madame X..., qui désirait vivement un enfant, ne peut devenir enceinte; trois mois après la guérison la conception a lieu. Lisfranc, MM. Chomel, Émery, Gendrin, ont montré que les granulations, les ulcérations, sont une cause de stérilité; mais le déplacement en est une cause bien plus puissante, et peut-être plus fréquente. A ce point de vue, on lira avec intérêt l'observation d'une malade qui m'a été adressée par M. Paul Dubois, et dont l'histoire est d'ailleurs intéressante à plus d'un titre.

DOUBLE DÉPLACEMENT; ANTÉVERSION ET OBLIQUITÉ LATÉRALE DROITE; ENGORGEMENT HYPERTROPHIQUE MÉDIOCRE; DYSMÉNORRHÉE; DOULEURS DANS LES RÉGIONS OVARIQUES (OVARITE?); ACCÈS HYSTÉRIFORMES; SYMPTÔMES LOCAUX ET GÉNÉRAUX TRÈS-GRAVES.

OBS. V.—Madame D..., créole, âgée de 24 ans, demeurant à Paris, est d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux très-caractérisé.

A l'âge de 18 ans, madame D... a été empoisonnée par une négresse, à l'aide d'une substance végétale qui ne nous est point suffisamment décrite pour que nous puissions nous prononcer sur sa nature. Des accidents très-graves se manifestèrent, et depuis cette époque, les digestions sont restées difficiles et douloureuses. La malade a suivi des régimes alimentaires variés; elle a subi plusieurs traitements différents, mais rien n'a pu la guérir de sa *gastrite chronique*.

Madame D... s'est mariée à l'âge de 20 ans; elle est devenue enceinte deux fois, mais deux fois un avortement a eu lieu vers la sixième semaine de la grossesse. Le dernier remonte à un an; il a été suivi d'accidents graves: douleurs dans le bas-ventre et les régions ovariques, impossibilité de marcher, *attaques de nerfs*, palpitations violentes, dyspepsie, vomissements, etc. La malade a reçu pendant plusieurs mois les soins de M. le docteur Rayer; mais n'ayant éprouvé aucun soulagement, elle s'est adressée à M. le professeur Paul Dubois. Après avoir essayé, sans succès, plusieurs médications, ce savant et consciencieux praticien conseilla un traitement hydrothérapique, et m'adressa madame D... le 6 août 1847.

ÉTAT ACTUEL.—La malade est très-amaigrie; le teint est d'un gris terreux; les forces ont graduellement diminué, et aujourd'hui c'est à peine si madame D... peut faire quelques pas. Elle passe ses journées étendue sur un lit de repos. Le moindre mouvement, la moindre émotion provoque des palpitations violentes. Le volume du cœur n'est pas augmenté; il n'existe aucun bruit anormal; l'impulsion est très-énergique; souffle moelleux et continu dans les vaisseaux du cou. Le pouls bat 70 à 75 fois par minute; un mouvement fébrile plus ou moins prononcé se manifeste souvent le soir ou après le repas.

Les digestions sont extrêmement pénibles et très-capricieuses: tantôt la malade ne digère que la viande, tantôt elle ne digère que le laitage; elle passe sans cesse d'un régime tonique, ou même excitant, à un régime doux et débilitant, ou même à une diète complète. Presque constamment la digestion est douloureuse, accompagnée de malaise général, d'abattement, de fièvre. Souvent les matières alimentaires sont rejetées par le vomissement. La langue est rouge, effilée, un peu sèche; les papilles de la pointe sont saillantes et d'un rouge framboisé; l'épigastre est d'une sensibilité extrême; la plus légère pression produit des douleurs très-vives. L'estomac n'est point dilaté; il n'existe aucune tumeur. Le ventre est souple, indolent; la malade est habituellement constipée.

L'hypogastre est le siége de douleurs presque continues, fort incommodes, exaspérées par la pression, la marche, la voiture. Ces douleurs se font particu-

lèrement sentir dans les régions latérales, au niveau des ovaires et de la hanche droite. La malade ressent dans le membre inférieur droit une sensation de gêne, de faiblesse, un fourmillement qui rendent la marche pénible, douloureuse, mal assurée. Dès que madame D... fait une cinquante de pas, elle boite, et est obligée d'avoir recours à une canne ou à l'appui d'un bras.

La palpation, le toucher rectal et vaginal, ne font constater aucune augmentation de volume des ovaires. L'utérus a subi un double déplacement. Il existe une antéversion assez prononcée et une obliquité latérale droite. Le col est placé en arrière et à gauche, le corps en avant et à droite. Le museau de tanche est médiocrement engorgé; sa consistance est normale (*engorgement hypertrophique*); la muqueuse qui le recouvre est parfaitement saine.

Les règles sont régulières, peu abondantes, accompagnées de vives douleurs, et souvent d'*attaques nerveuses* caractérisées par les phénomènes suivants: la malade pousse deux ou trois cris extrêmement aigus; elle tombe si elle est debout, et se renverse violemment en arrière lorsqu'elle est assise. Les membres sont agités par de violentes convulsions cloniques; quelquefois il survient de la contracture dans les coudes, les poignets ou les doigts. La malade se jette violemment de côté et d'autre; plusieurs personnes ont de la peine à la maintenir, et à préserver la tête de chocs capables de la briser. Pendant les dix ou douze minutes que durent ces accidents, la connaissance est à peu près entièrement perdue; au bout de ce temps, la malade revient à elle. Les mouvements convulsifs diminuent de fréquence, d'étendue et de violence; ils cessent enfin, et sont remplacés par une résolution complète des membres. Pendant le reste de la journée, madame D... éprouve une grande fatigue et une sensation de brisure dans les articulations.

Ces attaques se montrent quelquefois dans l'intervalle des règles, tantôt sans aucune cause déterminante appréciable, tantôt à la suite d'une émotion morale vive, d'un exercice trop prolongé, etc. Quelquefois elles se déclarent brusquement, sans avoir été précédées d'aucun prodrome; d'autres fois elles sont annoncées par de l'agitation, du malaise, une sensation de constriction à la gorge, une douleur lancinante dans une des régions ovariques, et principalement dans la droite.

Madame D... s'installa à Bellevue le 10 août, et le traitement fut commencé le 14.

TRAITEMENT. — Deux ou trois séances par jour. Douche ascendante vaginale; bain de siége sédatif (à eau dormante) ou excitant (à eau courante), suivant les circonstances; douche générale en pluie et en nappe; douche mobile dirigée sur l'hypogastre, les aines, les lombes, l'épigastre et la colonne vertébrale; compresses sédatives ou excitantes, suivant les indications, sur le bas-ventre et la région gastrique.

14 septembre. L'état général s'est sensiblement modifié; le teint est beaucoup meilleur; les forces renaissent. Madame D..., qui, dans les premiers jours, pouvait à peine franchir la courte distance qui la sépare de l'établissement et faire quelques pas après la douche pour favoriser la réaction, fait maintenant de petites promenades. La marche est plus rapide, plus assurée; la claudication ne se montre plus; la faiblesse, les fourmillements, qui se faisaient sentir dans le membre inférieur droit, ont en partie disparu; l'hypogastre est moins douloureux. Quatre attaques nerveuses ont eu lieu, mais elles ont été moins violentes. Les douleurs occupant les régions ovariques se font quelquefois sentir avec une grande violence pendant la nuit; elles sont combattues par des compresses sédatives et par des demi-emmaillottements en drap mouillé.

Les digestions ont été rendues moins douloureuses par l'application de compresses sédatives; mais l'épigastre étant toujours d'une sensibilité extrême, la langue présentant toujours le même aspect, deux cautères sont établis sur la région épigastrique au moyen de la pâte caustique de Vienne.

1er octobre. L'amélioration a fait de nouveaux progrès; le teint, l'expression de la figure, sont satisfaisants; le membre inférieur droit est entièrement dégagé. Madame D... fait maintenant un exercice très-raisonnable sans éprouver ni douleur ni fatigue. La pression ne produit plus qu'une très-légère douleur dans la région ovarique droite; l'utérus commence à se redresser. Les cautères ont produit un excellent effet; l'épigastre est moins sensible; la langue est meilleure. Madame D... suit un régime régulier, composé de viandes blanches, légumes frais, vin de Bordeaux. Une seule attaque très-courte et peu violente.

14 novembre. Madame D... quitte Bellevue dans un état de santé qui ne laisse plus que peu de chose à désirer. L'appétit est vif; les digestions sont presque constamment bonnes. La malade a notablement engraissé; elle marche et va en voiture sans en être le moins du monde incommodée; il n'existe plus de douleur dans aucun point du ventre; depuis six semaines il n'y a pas eu d'attaque. La matrice est complétement redressée; son volume est normal. Les règles sont faciles et plus abondantes.

Dans les premiers jours du mois de janvier 18[illegible], madame D... est devenue enceinte. Les premières semaines de la grossesse ont été accompagnées de vomissements très-fatigants; plus tard sont survenues des douleurs névralgiques dans la face, le membre inférieur droit, et une fièvre intermittente qui n'a cédé que difficilement au sulfate de quinine et au vin de Séguin. L'accouchement a eu lieu dans les premiers jours d'octobre.

Nous avions affaire, ici, à un état morbide complexe. Les applications d'eau froide ont d'abord modifié les symptômes généraux et les accidents qu'on peut considérer comme sympathiques du déplacement utérin; elles ont amené ensuite le redressement complet de la matrice, et fait disparaître les phénomènes qui existaient du côté des ovaires; alors les attaques hystériformes ont disparu à leur tour, en même temps que le membre inférieur droit recouvrait toute l'intégrité de ses fonctions.

Six semaines après le redressement de l'utérus et la disparition des accidents ovariques, madame D... devient enceinte; la grossesse arrive à son terme, et il est hors de doute que c'est grâce à la modification apportée par le traitement à l'état général de la malade, et à l'état spécial des organes générateurs.

Trois mois de traitement ont suffi pour résoudre un engorgement médiocre et pour ramener à sa direction normale l'utérus, qui avait subi un double déplacement très-marqué.

Tous les praticiens connaissent les accidents généraux, si variés, si nombreux et parfois si graves, qui accompagnent certaines affections utérines, et les déplacements en particulier; mais tous ne sont point d'accord sur la nature et la cause de ces accidents.

Les uns rattachent les phénomènes généraux au déplacement utérin, qui, selon eux, est primitif et doit être considéré comme le point de départ, la cause efficiente de tous les troubles fonctionnels, qui seraient sympathiques. Si au bout d'un certain temps, disent-ils, ceux-ci trouvent en eux-mêmes leur raison d'existence et de développement, s'ils deviennent, pour ainsi dire, une maladie indépendante de l'affection utérine, ils n'en conservent pas moins avec cette dernière des liens intimes, qui font qu'ils augmentent ou diminuent suivant que les symptômes locaux, manifestement produits par le déplacement utérin, s'aggravent ou s'amendent, et qu'ils ne disparaissent jamais complétement que lorsque la matrice a repris sa direction normale. Il ne faut pas oublier d'ailleurs, ajoutent les partisans de cette doctrine, qu'on tourne ici dans un véritable cercle vicieux. En effet, plus les symptômes généraux s'accroissent, plus l'amaigrissement et la débilité générale augmentent, plus le déplacement devient considérable; et plus le déplacement augmente, plus on voit s'aggraver les troubles de la digestion, de la nutrition, de l'innervation, etc.

D'autres médecins ne veulent point établir entre le déplacement utérin et les phénomènes généraux une relation de cause à effet; ils n'admettent point qu'une légère déviation de l'utérus puisse amener des troubles aussi sérieux dans les principales fonctions de l'économie, et ils ne voient entre les deux ordres de phénomènes qu'une simple coïncidence. Que de fois, ajoutent-ils, ne voit-on pas des malades présenter un déplacement utérin très-marqué sans que leur santé générale soit le moins du monde altérée, et que de fois, au contraire, ne rencontre-t-on point, en l'absence de tout déplacement utérin, l'ensemble de phénomènes généraux que l'on veut considérer comme sympathique de celui-ci!

Quoi qu'il en soit et sans se prononcer d'une manière définitive sur ce point, M. Paul Dubois a parfaitement raison de dire que les phénomènes généraux, quand ils ont atteint leur summum d'intensité, doivent être considérés comme la maladie principale, comme celle qui compromet le plus la santé ou même la vie de la malade, et qui réclame le plus impérieusement un traitement énergique et promptement efficace. Malheureusement si l'indication est précise elle n'est point facile à remplir; on sait combien cet état morbide complexe résiste aux médications les plus rationnelles et les mieux dirigées; les antispasmodiques, les toniques, les excitants, les dérivatifs restent presque toujours sans effet, et trop souvent les efforts des médecins ne peuvent non-seulement obtenir la guérison, mais encore enrayer les progrès du mal. Que de malades, après avoir épuisé pendant plusieurs années les ressources de la médecine honnête et éclairée, s'abandonnent au charlatanisme pour obtenir un soulagement qui leur est encore refusé!

Je ne prétends point résoudre la question de pathogénie que je viens d'indiquer, mais je pense qu'en présence de l'impuissance constatée de la thérapeutique contre un état morbide aussi fréquent que grave, les praticiens verront avec plaisir que les douches froides leur fournissent un modificateur aussi sûr que prompt, agissant simultanément sur les deux ordres de phénomènes, les combattant l'un par l'autre, et amenant ainsi une guérison solide et durable. L'efficacité de cette nouvelle médication, déjà mise en lumière par les faits qui précèdent, se montrera d'une manière plus remarquable encore dans les observations suivantes. La malade qui fait l'objet de la première m'a été adressée par M. le professeur Paul Dubois, et il est impossible de citer un exemple plus concluant, en raison de la gravité et de la nature insolite des accidents.

DOUBLE DÉPLACEMENT: ANTÉVERSION ET OBLIQUITÉ LATÉRALE GAUCHE, SANS ENGORGEMENT NI ULCÉRATION; HYPERESTHÉSIE UTÉRO-VULVAIRE; ACCIDENTS LOCAUX ET GÉNÉRAUX TRÈS-GRAVES; PHÉNOMÈNES SYMPATHIQUES INSOLITES.

OBS. VI. — Madame C..., demeurant à Paris, rue Richer, 2, âgée de 32 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux, ayant toujours joui d'une excellente santé, s'est mariée en 1842. En avril 1843 elle accoucha heureusement d'une fille. Jusqu'à 1845 la santé resta parfaite, mais madame C..., habitait une maison qui l'obligeait à monter et à descendre constamment des escaliers, et cet exercice la fatiguait beaucoup. Pendant l'été de 1845, madame C... porte souvent son enfant, alors âgée de 2 ans, et vers l'automne elle éprouve des lassitudes générales, ses digestions se dérangent, il survient un écoulement leucorrhéique très-abondant, et des démangeaisons vives se font sentir à la vulve. En janvier

1846, madame C... fait un voyage à Rouen; elle couche dans une chambre humide et froide, et au bout de quatre jours elle ressent des douleurs lombaires très-intenses; la marche devient impossible et les fonctions digestives se troublent de plus en plus.

Le 30 janvier, M. Récamier est consulté; il cautérise le col de l'utérus.

Le 6 février, madame C... se rend en voiture dans la rue de la Chaussée-d'Antin et veut revenir à pied chez elle; au milieu de sa course, elle est prise de violentes douleurs qui lui permettent à peine de regagner son domicile, où elle prend le lit pour ne plus le quitter pendant deux mois.

Le 17 février et le 17 mars, nouvelles cautérisations qui sont suivies pendant deux jours d'une perte de sang assez abondante. Les douleurs et l'écoulement n'ont pas diminué; les digestions sont toujours aussi mauvaises, malgré l'usage d'extrait sec de quinquina; pesanteur au périnée. Le prurit vulvaire est un peu calmé par des lotions d'eau camphrée.

Dans les premiers jours d'avril, madame C... éprouve un léger soulagement; elle fait trois courses fort courtes en voiture, mais elle en éprouve tant de fatigue et des douleurs si fortes qu'elle est obligée de se condamner de nouveau au repos. Indépendamment du prurit vulvaire, des douleurs très-vives se font sentir dans le vagin dont la sensibilité est très-exagérée. Des injections d'eau de son ou de pavot, à la température de + 32°, diminuent l'abondance de l'écoulement; quelques bains tièdes sont prescrits, mais ils produisent une grande agitation nerveuse et beaucoup de faiblesse. Madame C... ne peut faire le moindre exercice sans être en sueur; le système nerveux est tellement ébranlé que le moindre bruit occasionne des douleurs de tête insupportables.

Pendant le mois de mai, madame C... est sortie une fois en chaise à porteurs et trois fois en voiture, mais celle-ci, quoique allant au pas, a beaucoup exaspéré les douleurs que la malade ressent continuellement dans le bas-ventre, l'utérus, les lombes et les cuisses.

Le 9 juin, M. Récamier pratique une quatrième cautérisation qui est suivie de douleurs très-intenses et d'une *crise nerveuse* qui se prolonge pendant huit jours. La faiblesse est telle que la malade est obligée de se faire porter pour franchir les escaliers, et que c'est à peine si elle peut faire quelques pas dans son appartement.

Le 13 juin une saignée du bras est pratiquée.

Le 6 juillet, cinquième cautérisation. Mêmes douleurs; la faiblesse augmente; la marche est impossible; pesanteur croissante au périnée; l'irritation nerveuse est arrivée à ce point que la malade ne peut entendre parler autour d'elle sans être agitée par des mouvements nerveux et sans entrer en transpiration. Madame C... ne peut se livrer à aucune occupation; la lecture même la fatigue. Le ventre est météorisé. (Eau de Bussang.)

Le 18 août, M. Récamier conseille de faire deux fois par jour, pendant cinq minutes, des lotions générales avec de l'eau à la température de + 18°. Ce traitement amène d'abord un soulagement notable; la malade se sent plus forte, la marche est moins difficile; quelques promenades sont faites en voiture au pas. Le traitement est continué sans modifications jusqu'au 10 novembre. L'amélioration ne se soutient point; la faiblesse a reparu. Madame C... ne quitte plus le lit ne pouvant pas même rester une heure dans un fauteuil; les douleurs sont aussi vives que jamais.

A cette époque se manifestent des accidents périodiques très-singuliers. Tous les jours, vers midi, madame C... éprouve un redoublement de douleurs dans l'hypogastre, une grande chaleur dans les intestins, une sensation de froid très intense à la vulve et aux pieds, et un besoin de dormir auquel il lui est impossible de résister.

Du 15 novembre au 15 janvier 1847, madame C... suit un traitement prescrit par une somnambule et n'en éprouve aucun soulagement.

A la fin de janvier, M. Récamier conseille l'usage de l'électricité appliquée sur le ventre et les lombes; huit séances ont lieu et restent sans résultat.

En février, on reprend les lotions à + 18° et + 16°. Pour combattre les accidents périodiques et nerveux, on a recours au sulfate de quinine, à la belladone, à l'assa fœtida qui restent inefficaces. En avril, bains de siége à une température de + 26° graduellement abaissée jusqu'à + 18°; ils exaspèrent les douleurs et on les abandonne après le douzième bain.

Le 15 mai, M. Récamier prescrit des douches d'eau salée à + 32°, qui sont prises à Tivoli au nombre de 62 jusqu'au 1er septembre. L'effet produit est variable; la faiblesse est moins grande; madame C... passe quelques heures de la journée dans un fauteuil; mais tantôt les douches calment les douleurs, tantôt elles les exaspèrent; la marche est toujours impossible; les accidents quotidiens ne sont point modifiés.

On essaye l'huile de foie de morue, mais la malade ne peut la digérer; des pilules camphrées, des emplâtres d'assa fœtida sur le ventre sont prescrits sans succès.

Le 6 octobre, M. Gendrin est appelé en consultation; il conseille des bains alcalins de la durée d'une heure et demie; ils exaspèrent les douleurs et augmentent la faiblesse; la malade n'en prend que trois. Les pieds sont continuellement froids, malgré l'usage de bas de laine, de chaussures fourrées, etc. Les douleurs sont beaucoup plus violentes après les règles.

En octobre, une application de sangsues augmente la faiblesse sans produire aucun soulagement. M. Récamier prescrit le massage; il est mis en usage pendant deux mois et n'amène aucune amélioration.

En décembre, les douleurs vaginales, l'hyperesthésie utéro-vulvaire deviennent insupportables; on a recours à des cataplasmes de farine de graine de lin introduits dans le vagin: ils procurent quelque soulagement.

En février 1848, M. Récamier, revenant à l'idée que l'électricité jouait un rôle dans la production des accidents nerveux éprouvés par madame C..., fait mettre des roulettes de cristal au pied du lit de la malade; il survient dès la première nuit une crise nerveuse très-violente qui se reproduit la nuit suivante. Les roulettes sont enlevées.

Madame C... reste dans le même état jusqu'au mois de juillet. A cette époque, tous les accidents s'aggravent encore. M. le professeur Paul Dubois est consulté; il conseille l'hydrothérapie et m'adresse la malade qui vient s'établir à Bellevue le 18 juillet 1848.

État actuel. — Teint hâve, terreux; amaigrissement considérable; faiblesse extrême. Madame C... garde presque continuellement le lit; c'est à peine si elle peut rester étendue sur un canapé pendant une ou deux heures de la journée; l'éclat du soleil, d'une bougie, le moindre bruit, le tintement d'une sonnette, provoquent de violentes douleurs de tête et de la sueur; la plus légère contention d'esprit amène de la fatigue et des douleurs; la marche n'est possible que pendant cinq ou six minutes, et la malade est obligée de se tenir fortement courbée en avant, de faire des pas très-petits et très-lents; des douleurs violentes, des tiraillements se font sentir d'une manière presque continue dans les lombes, le bas-ventre, les aines, les cuisses, et sont exaspérés par la marche, la voiture, la station debout ou assise. Ces accidents augmentent beaucoup d'intensité pendant les huit jours qui suivent les règles. Une sensation très-incommode de pesanteur se fait sentir au périnée. La malade a quelquefois des envies très-fréquentes d'uriner accompagnées de dysurie et de douleurs vésicales. Les règles sont régulières, peu abondantes; l'écoulement leucorrhéique est tantôt très-considérable, tantôt presque nul; parfois il cesse complétement pendant plusieurs jours. Une sensation de froid très-intense, très-pénible, se fait presque constamment sentir à la vulve, que madame C.. est souvent obligée de couvrir avec des serviettes chaudes. Le canal utéro-vulvaire est le siége de douleurs vives, d'une hyperesthésie qui rendent le coït impossible et l'introduction du doigt très-douloureuse. Les cataplasmes vaginaux et les injections sont restés sans effet.

Les pieds sont constamment glacés bien qu'ils soient toujours couverts de plusieurs paires de bas de laine, de chaussures ouatées ou fourrées, d'un édredon, etc.

Les digestions sont très-mauvaises; la malade mange très-peu et seulement des légumes et des viandes blanches; il existe une constipation habituelle et opiniâtre.

Tous les jours, vers midi, les douleurs lombaires et vaginales, le froid des pieds et de la vulve augmentent, tandis qu'une ardeur très-grande se fait sentir dans les entrailles; madame C. éprouve, en même temps, une envie irrésistible de dormir, qu'elle est obligée de satisfaire pendant environ deux heures. Il n'existe, du reste, ni frisson, ni chaleur, ni sueur; la rate a ses dimensions physiologiques. Ces accidents périodiques ont résisté au sulfate de quinine.

Le toucher et le spéculum montrent qu'il existe un double déplacement très-prononcé: une antéversion et une obliquité latérale gauche. Le col est petit, allongé; son volume n'est pas augmenté, sa consistance est normale; il n'existe pas d'ulcération.

Traitement. — Deux séances par jour; le matin et à quatre heures, douche ascendante vaginale, bain de siége à eau courante, douche en pluie générale et douche mobile dirigée sur les pieds, la vulve, l'hypogastre et les lombes. A onze heures, douche en pluie générale pour combattre les accès quotidiens.

28 juillet. Dix jours ont suffi pour amener une amélioration très-remarquable; le froid de la vulve et des pieds a presque complétement disparu; madame C. porte des bas de coton; la marche est plus facile; les forces ont notablement augmenté; la malade reste levée chaque jour pendant plusieurs heures; les accès périodiques sont réduits à une légère somnolence qui ne dure qu'un quart d'heure environ, et que la malade combat facilement.

12 août. Les accès quotidiens ont entièrement cessé; les digestions deviennent meilleures; les forces ont augmenté; les douleurs sont moins vives; le système nerveux est moins affecté; madame C. peut lire et s'occuper de l'éducation de sa fille.

Trois séances par jour, à sept heures du matin, à deux heures et à cinq heures de l'après-midi. Bains de pieds à eau courante.

10 septembre. Les maux de tête, l'irritabilité nerveuse ont disparu; madame C. a de l'appétit, suit un régime analeptique et digère bien; les forces reviennent de jour en jour; la malade reste levée presque toute la journée; l'hyperesthésie utéro-vulvaire n'existe plus; les douleurs lombaires et hypogastriques sont légères; elles ont été exaspérées à deux reprises par des promenades trop longues, mais des compresses froides sédatives et des bains de siége à eau dormante en ont rapidement fait justice. L'utérus est manifestement moins déplacé.

18 octobre. A la suite d'une chute faite pendant les règles, madame C... a éprouvé de violentes douleurs lombaires, des envies très-fréquentes d'uriner et de la pesanteur au périnée. Trois bains de siége à eau dormante, de dix minutes chacun, pris dans les vingt-quatre heures, ont fait disparaître ces accidents au bout de quelques jours.

18 novembre. Madame C... quitte Bellevue. L'état général est excellent; la maigreur a fait place à un embonpoint très-satisfaisant; l'appétit est vif, les digestions sont excellentes; les forces ne laissent rien à désirer; madame C... a fait de longues promenades, elle a été plusieurs fois à Paris, où elle a fait des courses en voiture sans éprouver ni douleurs, ni tiraillements, ni pesanteur; le froid des pieds et de la vulve, l'hyperesthésie utéro-vulvaire ont entièrement disparu; le sommeil est bon; enfin, l'utérus a complétement repris sa direction physiologique.

Voilà donc une malade qui, pendant plus de deux ans, épuise, avec MM. Récamier et Gendrin, toutes les ressources de la thérapeutique: loin de s'améliorer, son état s'empire de jour en jour, et il devient enfin l'un des plus graves que l'on puisse rencontrer; M. le professeur Paul Dubois

pense que l'hydrothérapie est le seul traitement sur lequel il soit possible de fonder encore quelque espoir, et ses prévisions ne sont pas trompées : quatre mois suffisent pour amener la guérison.

Il est un point, dans cette observation, qui mérite une attention toute particulière. J'ai montré, dans un précédent travail, que des douches froides, administrées deux heures avant les accès de la fièvre intermittente, coupent celle-ci aussi bien ou mieux que le sulfate de quinine, en ramenant la rate à son volume normal (1). Ici, il s'agit d'accidents périodiques non fébriles, indépendants de tout engorgement splénique, ayant résisté au sulfate de quinine, et nous les voyons céder en peu de temps sous l'influence du même traitement. Les douches froides, administrées dans certaines conditions, seraient-elles donc un modificateur antipériodique?

DOUBLE DÉPLACEMENT; ABAISSEMENT ET OBLIQUITÉ LATÉRALE DROITE; ACCIDENTS LOCAUX ET GÉNÉRAUX TRÈS-GRAVES; ATTAQUES HYSTÉRIFORMES, ETC.

OBS. VII. — Madame H..., âgée de 40 ans, d'une taille très-élevée, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, demeure à Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 27; elle a été mariée à 27 ans, n'a pas d'enfant et n'a point fait de fausse couche.

Vers la fin de 1827, madame H... a eu une *fluxion de poitrine*, à la suite de laquelle elle a toussé d'une manière presque continue pendant six ou sept ans; aujourd'hui encore elle tousse fréquemment pendant l'hiver, et la moindre fatigue lui fait éprouver une douleur fort incommode dans le dos.

En 1832, madame H... a été affectée d'une névralgie faciale dont elle a souffert pendant plusieurs années, et qui a résisté au sulfate de quinine à hautes doses et à plusieurs autres médications.

Madame H... a été réglée à 15 ans; l'écoulement menstruel a toujours été peu abondant. Tous les six ou huit mois, une saignée générale ou une application de sangsues était rendue nécessaire par le développement des accidents suivants : toux, oppression, étourdissements, fièvre, engourdissement des membres.

La malade s'enroue très-facilement; à la moindre souffrance, à la moindre fatigue, la voix devient rauque, cassée, chevrotante; plusieurs fois madame H... a été complétement aphone, et il y a quelques années la voix n'est revenue qu'après un mois de silence complet.

En 1832, madame H... a éprouvé de grandes fatigues et de profonds chagrins : elle a perdu son frère après l'avoir soigné et veillé pendant six semaines; elle a eu des palpitations violentes et des suffocations.

En 1838, madame H... a ressenti, pour la première fois, une violente *crampe d'estomac* suivie d'une *attaque de nerfs*, et depuis cette époque les mêmes accidents se sont reproduits à des intervalles d'un an ou de six mois; ils ont presque toujours lieu le matin, sont précédés de douleurs abdominales très-vives et suivis d'une grande fatigue.

En 1835, palpitations, douleurs aiguës au cœur et sur le sommet de la tête. (Compresses d'eau froide; pilules de digitale; sirop de Johnston; valériane; jusjusquiame; frictions avec divers liniments.)

En 1839, accidents qui sont rattachés à une gastro-entérite, et contre lesquels on dirige, pendant plusieurs mois, un traitement actif.

En 1844, douleurs très-aiguës dans le côté gauche de la poitrine; elles se font sentir pendant plusieurs mois et sont notablement augmentées par la marche. (Frictions avec l'huile de croton; emplâtre stibié.)

Vers la fin de 1845, madame H... éprouve de nouvelles fatigues et de nouveaux chagrins à l'occasion de la mort d'une de ses parentes.

En février 1846, madame H... fait une maladie à laquelle on donne le nom de fièvre inflammatoire; elle garde le lit pendant quinze jours; on lui pratique une saignée générale, on lui applique vingt sangsues, et on lui fait prendre quinze bains. Pendant tout l'été, passé à la campagne, madame H... reste faible et souffrante.

En novembre 1846, madame H... soigne encore une de ses parentes malades, et les fatigues qu'elle endure sont suivies d'une excitation nerveuse principalement caractérisée par un besoin invincible de marcher et d'agir, malgré une fatigue continuelle et très-pénible.

En mars 1847, la mère de madame H... fait une grave maladie, nouvelles épreuves pour celle-ci, dont la santé se détériore de plus en plus.

En mai, les accidents deviennent fort graves; les crampes d'estomac sont fréquentes et toujours suivies d'attaques de nerfs; des douleurs vives se font sentir dans les membres, qui sont agités d'un tremblement presque continuel; la marche est impossible; la malade est forcée de renoncer à toute espèce d'occupation. M. le docteur Goupil et madame Lachapelle constatent un double déplacement de l'utérus, qui est notablement abaissé et incliné à droite.

Au mois d'août, M. le professeur Marjolin est consulté; il reconnaît l'existence du double déplacement utérin, et conseille l'usage d'une ceinture hypogastrique et le repos absolu.

En octobre, l'état de la malade présente une légère amélioration, mais le moindre bruit, l'exercice le moins fatigant, une odeur un peu forte déterminent des crises nerveuses.

Pendant l'hiver, plusieurs alternatives d'amélioration et de recrudescence; le plus léger exercice amenant une rechute complète.

Au mois de juin, tous les accidents s'aggravent; après avoir épuisé les ressources de la thérapeutique, M. le docteur Goupil conseilla à madame H... d'avoir recours à l'hydrothérapie, et la malade vint à Bellevue le 7 août 1848.

ÉTAT ACTUEL. — Le facies est bon, l'embonpoint conservé, le sommeil satisfaisant, l'appétit très-vif; les digestions sont bonnes, et depuis plusieurs mois madame H... ne s'est point ressentie de ce qu'elle appelle ses crampes d'estomac. La langue est naturelle; les fonctions de l'intestin s'accomplissent régulièrement.

La voix présente un caractère tout particulier; elle est rauque, chevrotante, et souvent la malade est complétement aphone pendant plusieurs heures ou même plusieurs jours. Le moindre exercice, la plus légère émotion morale provoquent de la dyspnée, de l'oppression ou même des accès de suffocation. Une toux sèche, courte, quinteuse, très fatigante se fait souvent entendre; une douleur très-intense existe presque continuellement dans l'espace interscapulaire. Fréquemment, madame H... éprouve des palpitations violentes. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne donnent que des signes négatifs.

La malade ressent des douleurs, des tiraillements dans la région lombaire, les aines, la partie supérieure et interne des cuisses. Les règles sont régulières, peu abondantes. Il n'existe pas d'écoulement leucorrhéique.

Les membres supérieurs et inférieurs sont agités d'un tremblement presque continuel, et souvent contractés; les mouvements sont brusques, saccadés, désordonés, comme convulsifs; les doigts sont roides; madame H... ne peut que très-difficilement écrire, découper, porter un verre ou les aliments à la bouche. La marche est presque complétement impossible; madame H... ne peut faire qu'une dizaine de pas de suite, en s'appuyant d'un côté sur une canne, et de l'autre sur un bras; la marche est mal assurée, vacillante; la malade, dont le tronc est fortement fléchi en avant, s'appuie presque exclusivement sur les talons et contracte violemment les muscles extenseurs des orteils.

La moindre fatigue, une émotion vive, une contrariété provoquent des attaques nerveuses qui se produisent souvent en l'absence de toute cause déterminante appréciable, et qui sont caractérisées par les phénomènes suivants.

La malade pousse un cri aigu et tombe, sans toutefois perdre connaissance; elle éprouve à la gorge une sensation de constriction, de strangulation. La respiration devient sifflante, incomplète, embarrassée; ce n'est plus qu'une espèce de sanglot. La face se congestionne et devient violette; les membres sont agités par des mouvements convulsifs violents, désordonnés. La malade s'agite, se débat avec énergie; plusieurs personnes sont obligées de la maintenir. L'accès a une durée d'environ un quart d'heure; il est suivi d'une lassitude générale extrême qui se fait sentir pendant plusieurs jours; souvent il se termine par des pleurs.

Madame H... porte constamment sa ceinture hypogastrique; car elle ne peut la quitter sans que tous les phénomènes morbides ne s'aggravent immédiatement. Toute occupation lui est interdite. Elle ne peut ni lire, ni écrire, ni dessiner. Elle reste presque toujours couchée, et depuis plusieurs mois elle n'a pu se lever pendant plus de deux heures par jour.

Le toucher et le spéculum montrent que le col utérin n'est ni engorgé ni ulcéré; mais l'utérus a subi un abaissement notable et une déviation latérale droite.

TRAITEMENT.—Deux séances par jour. Douche générale en pluie ou en nappe; douche mobile dirigée sur l'hypogastre, les aines et la région lombaire.

7 octobre. L'état de la malade ne s'est point sensiblement amélioré. Plusieurs attaques nerveuses ont eu lieu; la marche est toujours aussi difficile; tous les accidents persistent avec une égale intensité. Madame H... est découragée; elle veut cesser le traitement et quitter Bellevue. Ce n'est qu'avec peine qu'on obtient d'elle de persévérer pendant un mois encore.

22 octobre. La malade se sent mieux, et a repris courage et espoir. L'exaltation nerveuse est moins grande; il n'y a pas eu d'attaque; la marche est plus facile.

22 novembre. L'amélioration est aujourd'hui très-marquée. Madame H... fait de petites promenades en s'appuyant seulement sur sa canne ou sur une ombrelle; elle reste levée pendant la plus grande partie de la journée; elle peut lire, écrire, s'occuper, sans éprouver une trop grande fatigue. Je l'engage à ôter sa ceinture hypogastrique; ce qu'elle fait non sans hésitation et sans crainte.

22 décembre. Madame H... fait de longues promenades sans se fatiguer; elle a été plusieurs fois à Paris et à Versailles; elle a dîné et passé la soirée en ville; elle a pu assister à des concerts, tandis que, depuis plusieurs années, elle était obligée de sortir dès les premières mesures, tant la musique faisait sur elle une impression douloureuse, quoique agréable; elle reste levée pendant toute la journée, lit, écrit, dessine, sans en éprouver aucune incommodité La ceinture hypogastrique n'a pas été remise; la matrice est complétement redressée.

Madame H... se considère comme parfaitement guérie, et veut retourner à Paris. Je lui conseille de continuer encore son traitement pendant une quinzaine de jours.

7 janvier 1849. Madame H... quitte Bellevue dans un état de santé complétement satisfaisant. Aujourd'hui 15 mars, la guérison ne s'est point démentie.

Certes il était permis ici de soutenir qu'il n'existait aucune relation de cause à effet entre le déplacement utérin et la plupart des accidents que présentait la malade; mais il n'en est pas moins vrai que, sous l'influence du traitement, on voit simultanément la matrice se redresser, les symptômes mécaniques liés au déplacement disparaître, et la santé remplacer un état morbide ancien très-fâcheux, caractérisé par des troubles graves de la respiration, de l'innervation et de la locomotion.

Cette observation met en évidence une circonstance dont il importe que le médecin et le malade soient prévenus : souvent ce n'est qu'après plusieurs semaines ou même deux ou trois mois que le traitement hydrothérapique amène une amélioration appréciable; il ne faut donc point se décou-

(1) L. Fleury, DES DOUCHES FROIDES APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE. *In* ARCH. GÉN. DE MÉD., 1848, t. XVI, p. 289.

rager et y renoncer trop tôt, d'autant plus que le premier pas une fois fait, les choses marchent ordinairement très-vite.

Aux observations que nous venons de relater, nous pouvons ajouter trois faits dont nous ne donnerons que l'indication.

Obs. VIII. — Madame de L..., demeurant à Paris, rue Chauveau-Lagarde, n° 6. Rétroversion et abaissement; engorgement hypertrophique assez considérable; ulcération des deux lèvres; douleurs lombaires; tiraillements dans les aines et les cuisses, exaspérées par la marche et l'usage de la voiture; écoulement leucorrhéique très-abondant; accidents gastralgiques intenses; amaigrissement; constipation opiniâtre; névralgie faciale. Traitement hydrothérapique commencé le 10 mai 1847. Trois cautérisations avec le nitrate acide de mercure. Guérison complète au bout de deux mois.

Obs. IX.—Madame P..., demeurant à Versailles. Rétroversion et abaissement; engorgement hypertrophique; ulcération de la lèvre postérieure; douleurs lombaires très-vives; pesanteur au périnée; tiraillements dans les aines et les cuisses; constipation et envies fréquentes d'uriner; gastralgie; inappétence; digestions très-pénibles; amaigrissement; constipation que rien ne peut vaincre; migraines fréquentes; irritabilité nerveuse extrême. Traitement hydrothérapique commencé le 24 juillet 1848. Deux cautérisations avec le nitrate acide de mercure. Guérison complète en deux mois et demi.

Obs. X. — Madame de C.., demeurant à Bellevue. Double déplacement, survenu à la suite d'une couche qui a eu lieu il y a cinq mois; abaissement et obliquité latérale gauche; point d'engorgement ni d'ulcération; hypéresthésie utéro-vulvaire très-prononcée; douleurs lombaires; tiraillements dans les aines et les cuisses; écoulement leucorrhéique abondant; accidents gastralgiques très-intenses; amaigrissement considérable; irritabilité nerveuse très-prononcée. Traitement hydrothérapique commencé le 15 octobre 1848. Guérison complète en six semaines.

L'application de l'hydrothérapie aux femmes a soulevé une question délicate, qui a été diversement appréciée. Peut-on, doit-on continuer le traitement pendant l'époque menstruelle?

M. Priesnitz, dit M. Schedel, continue d'appliquer le traitement, dans toute sa rigueur, aux personnes du sexe pendant l'époque même de l'écoulement menstruel; cependant le plus grand nombre des dames se laissent dissuader par les baigneuses qui les servent, et jugent plus prudent d'attendre quelques jours que de s'exposer à des accidents graves, tout en laissant croire à Priesnitz qu'elles continuent les procédés hydriatriques, comme à l'ordinaire. Il en résulte pour celui-ci l'impossibilité de se rendre compte de l'état exact des choses, et il doit considérer cette manière d'agir comme bien moins capable de nuire qu'elle ne l'est réellement.

M. Schedel nous apprend ensuite qu'il a vu des femmes soumises, pendant les règles, à des bains d'immersion, à des bains de siége, à des bains de pieds, à des lotions faites sur les bras et les jambes, etc., et il avoue que sur plus de 1,000 personnes du sexe qui ont suivi le traitement tel que Priesnitz le prescrit, il a eu beaucoup de peine à découvrir trois cas où des accidents en aient été la suite. Il semblerait résulter, toutefois, des faits rapportés par M. Schedel que la pratique en question a pour effet de rendre l'écoulement menstruel moins abondant (1).

Voici sur ce point ce que m'a appris mon expérience personnelle.

J'ai cru qu'il était prudent de s'abstenir, pendant l'époque menstruelle, de toute application partielle d'eau froide, et je n'ai prescrit ni douches ascendantes, ni bains de siége, ni bains de pieds, etc.; mais j'ai pensé, au contraire, que les douches générales, prises pendant les règles, seraient non-seulement sans danger, mais encore qu'elles seraient souvent utiles, en raison de l'action divulsive et régulatrice qu'elles exercent sur la circulation.

Toutes les femmes traitées depuis trois ans dans l'établissement hydrothérapique de Bellevue ont pris, pendant l'époque menstruelle, des douches générales, en pluie ou en nappe, précédées ou non de transpiration, et les résultats de cette pratique ont été les suivants:

Jamais il n'est survenu le plus léger accident.

Jamais les règles n'ont été arrêtées.

Dans l'état normal, l'écoulement menstruel n'a subi aucune modification.

Dans l'état morbide, l'écoulement menstruel a été ramené à ses conditions physiologiques et s'est régularisé, si je puis m'exprimer ainsi, devenant plus abondant s'il avait diminué, moins abondant s'il avait augmenté outre mesure, facile s'il était accompagné de douleurs plus ou moins vives, régulièrement périodique s'il était devenu irrégulier.

Les douches froides ont exercé sur l'écoulement menstruel une influence directe, en agissant sur la circulation générale et locale, car ces modifications ont eu lieu avant qu'un changement notable soit survenu dans la maladie (*chlorose*, *affection utérine*, etc.) à laquelle se rattachait le dérangement de la menstruation. Les faits que nous avons observés nous autorisent à considérer les douches froides générales comme le moyen le plus puissant auquel on puisse avoir recours pour prévenir ou pour combattre la congestion utérine, comme d'ailleurs la congestion sanguine de tous les viscères de l'économie.

Si maintenant nous résumons les observations contenues dans ce travail, nous trouvons:

Que dix malades présentant des accidents locaux et généraux très-graves, affectées depuis un espace de temps qui a varié entre un et treize ans, d'un engorgement hypertrophique ou induré du col de la matrice, d'un déplacement utérin simple ou multiple, ayant rendu nécessaire l'application d'un modificateur mécanique, ont été traitées par les douches froides;

Que ces dix malades ont guéri, et que la durée du traitement a été, au maximum, de sept mois, au minimum, de six semaines, et en moyenne, de trois mois et demi;

Qu'en tenant compte de toutes les circonstances qui appartiennent à l'histoire de ces dix malades, nous sommes légitimement conduits aux conclusions suivantes:

1° Les douches froides, locales et générales, ne guérissent point *directement* les ulcérations du col utérin.

2° Par l'action puissante qu'elles exercent sur la circulation capillaire générale et sur l'absorption interstitielle, et de même qu'elles résolvent des engorgements spléniques, hépatiques et articulaires, les douches froides, locales et générales, permettent d'obtenir la résolution complète d'engorgements, soit hypertrophiques, soit indurés de l'utérus, alors même que ces engorgements sont anciens, considérables, et qu'ils ont résisté aux différentes médications usuelles, et notamment à l'application du fer rouge.

3° En résolvant l'engorgement de l'utérus, les douches froides rendent facile la cicatrisation d'ulcérations qui, liées à cet engorgement et entretenues par lui, ont résisté à des applications réitérées de divers caustiques et même au cautère actuel.

4° Par l'action qu'elles exercent sur le système général et sur les ligaments utérins, les douches froides, locales et générales, permettent d'obtenir la guérison complète de déplacements utérins anciens, considérables, envisagés jusqu'à présent par les praticiens les plus éminents comme des *infirmités* auxquelles l'art ne peut opposer que des palliatifs mécaniques.

5° L'action exercée par les douches froides, locales et générales, dans le traitement des engorgements et des déplacements de l'utérus, est double: elle s'adresse simultanément aux accidents locaux et mécaniques, et aux symptômes généraux et sympathiques; elle combat directement et l'un par l'autre ces deux ordres de phénomènes, et amène ainsi une guérison solide.

6° En ramenant l'utérus à sa direction normale, les douches froides font disparaître une cause fréquente de stérilité.

7° Par l'action qu'elles exercent, d'une part, sur l'organe gestateur, et, d'autre part, sur l'organisme tout entier, les douches froides éloignent plusieurs causes fréquentes d'avortement.

8° Les douches froides, convenablement administrées, sont le meilleur modificateur que l'on puisse opposer à l'hyperesthésie utéro-vulvaire.

9° Les douches froides *générales* peuvent être administrées pendant l'époque menstruelle, non-seulement sans danger, mais encore avec avantages. Elles exercent en effet, sur la circulation utérine et sur la circulation générale, une action divulsive et régulatrice qui a pour effet de ramener le flux cataménial à ses conditions physiologiques.

10° En raison de l'action qu'elles exercent sur la circulation locale et générale, les douches froides sont le modificateur le plus efficace que l'on puisse employer pour prévenir ou combattre la congestion utérine, cause si puissante et si commune des engorgements et des déplacements de la matrice.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

V. GAZZETTA MEDICA LOMBARDA.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1848 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Introduction à la clinique de la médecine misontologique;* par M. Felice Geromini. 2° *Sur la valeur de l'ancienne médecine;* par M. Gola. 3° *De l'âge auquel la vaccination et la revaccination doivent être pratiquées pour préserver le plus sûrement*

(1) Schedel, ouv. cité, p. 94-100.

de la variole; par M. Strambio. (L'auteur se borne pour le moment à exposer l'état de la science sur la durée du pouvoir préservateur du vaccin et sur l'origine de ce fluide. Nous rendrons compte de la partie de son travail où il abordera plus directement le sujet qu'il a choisi.) 4° *Epilepsie grave revenant à courts intervalles, vaincue par un traitement déprimant énergique, surtout par les évacuations sanguines, suivie d'une pleuropneumonie suraiguë terminée par induration; guérison;* par M. Barbieri. (Le titre de cette observation suffit à en indiquer les détails importants.) 5° *Opération césarienne, avec guérison de la mère et conservation de l'enfant;* par M. Custodi. 6° *Démence avec hallucinations lypémaniaques; mort; examen cadavérique;* par M. Verga. 7° *Nouvelle opération pour la cure radicale des hernies*, observations recueillies dans le service de M. Pétrequin, par M. Foltz. 8° *Relation de quelques expériences faites avec le chloroforme;* par MM. Mascherpa et Strambio. 9° *Plaie d'arme à feu; hémorrhagie immédiate; trismus consécutif; traitement correspondant aux symptômes; guérison;* par M. Barbieri. (Le tétanos commençant fut dissipé par l'usage à l'intérieur et à l'extérieur de la jusquiame et de la belladone.) 10° *Notes statistiques clinico-pathologiques et hygiéniques sur la pellagre de la province de Belluno, à la fin de l'année* 1847; par M. Pertile. (Dans cette province, ceux des districts où l'on mange du maïs, où les habitations sont humides, la pauvreté et la malpropreté générales sont ravagés par la pellagre, qui épargne au contraire les parties placées dans les conditions opposées.) 11° *De la pellagre et de la paralysie générale des aliénés*, par M. Verga. 12° *Du bisulfate de quinine employé dans un cas de manie religieuse;* par M. Cerri. (La manie avait paru à la suite d'une méningite aiguë et durait depuis fort peu de temps : 12 décigr., deux fois répétés, du sel antipériodique amenèrent une guérison complète.) 13° *Sur une viciation congénitale du thorax et de la colonne vertébrale;* par M. Zoffi.

OPÉRATION CÉSARIENNE, AVEC GUÉRISON DE LA MÈRE ET CONSERVATION DE L'ENFANT; par M. CUSTODI.

Remarquable par la promptitude du succès, cette observation ne l'est pas moins, dans le journal dont nous l'extrayons, par la simplicité et le laconisme du récit. L'auteur cependant n'est pas demeuré dans une expectation passive, ainsi que nous le verrons tout à l'heure; son inaction après l'opération a été l'effet d'une détermination raisonnée, et s'il a guéri, c'est parce qu'il a su à la fois agir et s'abstenir.

OBS. — Une femme de 35 ans, toujours menstruée régulièrement, avait souffert de nombreuses attaques d'arthralgies, surtout dans les membres inférieurs, l'épine et le bassin, qui avaient rendu sa démarche difficile. Mariée depuis deux ans, elle eut une première couche très-laborieuse qu'on ne put terminer que par l'extraction de l'enfant qui était mort.

Pendant la dernière grossesse, elle eut encore ses douleurs arthralgiques, à la suite desquelles son corps devint plus courbé, au point qu'elle ne pouvait se redresser qu'avec effort.

Dans la nuit du 20 juin, le travail se déclara à terme, les eaux s'écoulèrent; mais l'accoucheuse ayant reconnu la présentation du bras gauche, ainsi qu'un vice de conformation du bassin, fit appeler M. Custodi.

Celui-ci, en examinant la femme, constata d'abord une déviation de l'épine à gauche, spécialement au niveau des dernières lombaires, divergence des membres inférieurs, obliquité de l'utérus à droite. A l'intérieur, le diamètre transverse ou bisciatique était de 2 pouces et quelques lignes, l'oblique de moins de 3 pouces, les autres normaux. Le col de l'utérus très-dilaté permettait de reconnaître une présentation de l'épaule gauche dans la position céphalo-iliaque gauche. Du reste l'utérus était inerte, le fœtus vivant.

L'opération ayant été décidée dans une consultation avec MM. Lualdi et Bianchi, on commença par transporter la malade à l'hôpital. Puis, tout étant disposé, M. Custodi incisa successivement sur la ligne médiane les couches tégumentaires, puis le péritoine et enfin le tissu utérin. Le placenta paraissant alors, on le détacha, et l'on finit par enlever le fœtus vivant et en bonne santé, qui fut confié à la sage-femme.

L'opération avait été faite seize heures après le commencement du travail. On rapprocha par la suture les lèvres de la plaie.

A la visite du soir, il y avait un commencement de météorisme. (Glace sur le ventre, boissons glacées et mucilagineuses, petits clystères émollients et diète rigoureuse.)

Le matin, le météorisme a augmenté; pouls petit, prostration générale grave, écoulement abondant de sang par la vulve. Continuation des premiers remèdes.

Ce même état persista quatre jours, durant lesquels on continua toujours l'usage de la glace.

Le quatrième jour, M. Custodi trouva les choses fort améliorées, le météorisme bien diminué. Il était survenu une légère fièvre, et des mamelles gonflées suintaient quelques gouttes de lait. La plaie réunie dans sa partie supérieure laissait couler par en bas une grande quantité d'humeur blanchâtre, inodore, dont il sortait aussi par la vulve, mêlée de quelques stries sanguines.

La guérison fit alors des progrès de plus en plus marqués, de sorte que le neuvième jour la plaie était presque entièrement fermée. L'écoulement continuait par le vagin. On employa les mêmes remèdes, à part l'application externe de la glace. L'huile de ricin fut donnée à doses réfractées pour tarir la sécrétion laiteuse, la malade ne nourrissant pas.

Le onzième jour, après des sueurs copieuses, parut une miliaire qui se dissipa heureusement au bout d'un septénaire. La malade avait tous les jours de copieuses selles fétides et noirâtres, et des urines très-abondantes avec un épais sédiment blanchâtre. Enfin la santé allait en se raffermissant, lorsque le vingt et unième jour il arriva un écoulement de sang par la vulve qui dura trois jours. Depuis lors cette femme jouit d'une excellente santé, sans incommodités, et élève son enfant très-bien portant aussi.

On s'étonnera peut-être, dit l'auteur, que malgré l'entéro-métro-péritonite qui éclata après l'opération, je n'aie pas eu recours aux évacuations sanguines générales et locales. Mais l'écoulement de sang par la vulve qui durait depuis plusieurs jours et avait réduit la malade à une prostration grave, les sueurs copieuses qui ajoutaient encore à sa faiblesse, l'abondante sécrétion urinaire, et avec tout cela la nécessité absolue de maintenir une diète rigoureuse, m'ont toujours dissuadé des moyens antiphlogistiques plus énergiques, et m'ont engagé à me borner à l'usage tant interne qu'externe de la glace, conduite que le succès a pleinement justifiée.

SUR L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME; par MM. MASCHERPA et STRAMBIO.

Nous ne profiterons de l'occasion que ces deux articles nous offrent que pour faire brièvement connaître l'opinion de leurs auteurs sur l'opportunité du chloroforme, dont la discussion, si animée un moment parmi nous, cède maintenant le pas à des intérêts plus pressants, mais reviendra sans doute tôt ou tard parce qu'elle n'a été que jugée et non résolue.

Sous le titre d'*expériences faites avec le chloroforme*, M. Mascherpa raconte seulement douze opérations que la chloroformisation lui a permis de pratiquer sans douleur et sans aucun accident immédiat ou consécutif. Il n'insiste que très-peu sur la justification de cet agent envisagé d'un point de vue général. Il dit seulement qu'en examinant attentivement les cas de mort attribuée au chloroforme on s'assurera aisément que le revers a été réellement dû à une inhalation trop prolongée ou à l'oubli des règles de prudence relatives à la quantité et à la pureté du fluide mis en usage. Enfin il fait l'honneur d'une répétition à ce vieil argument qui consiste à avancer que les mêmes accidents étant arrivés avec l'éther, il faudrait donc conclure aussi à l'abandon de cet anesthésique!

La réponse de M. Strambio porte un caractère bien décidé et tout à fait digne du médecin qui, le premier en Italie, formula une accusation directe et précise contre le chloroforme. Je suis seul de mon avis, dit-il en commençant, mais je n'en parlerai pas moins pour satisfaire au cri de ma conscience, car je sens bien qu'une seule chose m'empêche, dans ce débat, d'avoir raison : c'est d'avoir trop raison.

Quant aux faits de réussite allégués par son antagoniste, il fait justement observer qu'ils n'ont d'autre signification que de montrer que le chloroforme a pu être douze fois administré sans accident.

L'éther, continue-t-il, était entré peu à peu dans la pratique chirurgicale. On avait pu, après de nombreux essais, déterminer la manière la plus sûre de l'employer, ses effets, le moyen d'en prévenir les inconvénients, lorsque tout d'un coup, au milieu de cette sécurité, « les journaux anglais et français vinrent crier : A bas l'éther! Nouvel agent anesthésique incomparable! etc., etc. C'était le chloroforme qui faisait son entrée en scène sous un costume de charlatan. Et la foule de se porter soudain vers le nouveau venu. Ce fut un hozanna d'éloges de ses miraculeux, délectables, prompts et durables effets! On l'appela l'anesthésique par excellence. »

« Mais à ce concert s'unit bientôt un son lugubre, râle de ceux que la mort gagnait à ce jeu périlleux. »

Les faits malheureux se multiplièrent en peu de temps, de manière à provoquer les plus sévères réflexions. Compromettre la vie pour tenter d'épargner une souffrance momentanée; se soumettre au lieu d'une seule opération à deux, dont la première inutile, pleine d'angoisses et parfois plus dangereuse que la seconde, me sembla, dit l'auteur, un calcul radicalement faux; car le but qu'on se propose, de soustraire le patient à la douleur, est sans doute important en lui-même, mais il est futile quand il s'élève en conflit avec les intentions suprêmes de notre art salutaire, c'est-à-dire quand il tend à diminuer la probabilité de recouvrer la santé et de conserver la vie, et qu'il augmente au contraire la probabilité opposée.

Les inconvénients de l'éther ne doivent pas être mis en parallèle avec les dangers qui résultent du chloroforme. Moins graves, moins subits, ils peuvent être prévenus; et c'est justement à cause de cette dissemblance que M. Strambio termine en *demandant à l'autorité la proscription temporaire du second, et aux médecins l'usage plus modéré du premier.*

En somme, il n'y a dans la chloroformisation aucun signe évident, constant, certain, qui indique la limite respective entre l'anesthésie complète

et la mort. Il n'y a pas davantage d'antidote qui mette l'opérateur en mesure d'empêcher le passage de l'anesthésie temporaire à l'assoupissement éternel.

— La question du chloroforme a été trop longuement agitée dans la GAZETTE MÉDICALE pour que nous ayons maintenant besoin de spécifier en quoi notre manière de voir diffère de celle de M. Strambio. Nous lui laissons la responsabilité de ses paroles ; mais il nous a cependant paru utile de les reproduire, parce que, malgré l'exagération de certains passages, elles renouvellent d'une façon plus forte qu'on n'est accoutumé à l'entendre en France la protestation que la raison et le bon sens persistent à faire en tout temps et en tout lieu contre les abus de l'anesthésie artificielle.

DE LA PELLAGRE ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS; par M. VERGA.

Dans un discours qu'il prononça à l'Académie de médecine (voy. GAZ. MÉD., 1847, p. 640), et dont il reproduisit ailleurs le sens et les arguments, M. Baillarger établit « qu'il existe une très-grande analogie entre la paralysie pellagreuse et la paralysie des aliénés » Ces paroles, que nous reproduisons textuellement, montrent à la fois qu'il n'entend par là comparer à la paralysie des aliénés que la paralysie de la pellagre, et non pas la pellagre elle-même; en second lieu, qu'il ne voit entre ces deux états qu'analogie, et non pas identité.

Nous avons donc été assez surpris de lire ici la réfutation que M. Verga entreprend de diriger contre cette opinion de notre compatriote. Comme, ainsi qu'il le confesse lui-même, la question posée en ces termes le trouverait entièrement d'accord avec M. Baillarger, il cherche à se persuader que M. Baillarger n'a pu vouloir prendre la plume pour prouver une chose aussi simple que la ressemblance d'une paralysie avec une paralysie; que, bien au contraire, c'est entre la pellagre considérée dans son ensemble et la paralysie générale des aliénés qu'il admet un rapport étroit. Et après ce tour ingénieux donné à la doctrine de son adversaire, il en aborde la réfutation.

Si cette polémique avait été entreprise par M. Verga dans un but personnel, nous nous en tiendrions au court exposé qui précède; mais c'est, au contraire, un travail substantiel, portant sur les choses, non sur les mots; et comme, après tout, l'erreur que M. Baillarger n'a pas commise pourrait cependant, à la lecture de son mémoire, avoir germé dans quelques esprits, il ne sera point inutile de mettre ici, d'après M. Verga, en relief les différences qui séparent la pellagre de la paralysie générale des aliénés. Elles sont relatives aux causes, aux symptômes, à la marche de l'affection, à son traitement et aux lésions cadavériques qu'elle occasionne.

CAUSES. — La pellagre se développe par suite des privations ; c'est pour cela qu'on l'a nommée *morbus miseriæ*. Elle attaque de préférence les paysans, et, parmi eux, les plus misérables, ceux qui vivent de maïs mal mûri ou gâté et de lait non fermenté, qui, en un mot, ne réparent pas suffisamment les pertes résultant de leurs fatigues. La folie paralytique est, au contraire, une conséquence des abus de la vie, des excès de la table et de Vénus ; elle s'adresse principalement aux riches et aux militaires.

La pellagre est une maladie héréditaire et endémique : elle sévit également sur tous les sexes et tous les âges. Calmeil dit, au contraire, que la paralysie des aliénés affecte plus souvent les hommes, n'attaque pas de préférence ceux qui comptent des fous dans leur famille ; enfin il ne l'a observée que deux fois avant la trentième année.

La pellagre, probablement par l'effet de l'hérédité, se rencontre d'ordinaire chez les personnes de facultés faibles et peu développées. La paralysie générale choisit plutôt ses victimes parmi les gens à cerveau énergique et actif.

SYMPTÔMES. — Le délire qui accompagne la paralysie générale est maniaque, ambitieux, gai, sans tendance au suicide. Le délire *pellagreux*, quoiqu'il varie beaucoup de degrés et de forme, est le plus souvent mélancolique et stupide, avec une propension marquée au suicide, surtout par suffocation. Les aliénés ont un délire continu, persistant, tandis que les pellagreux jouissent de longs intervalles de lucidité et de calme.

Les lésions du mouvement offrent chez les deux classes de malades des différences encore plus tranchées. Dans la pellagre, vous avez, selon les parties atteintes et selon le degré de l'affection, ou l'affaiblissement des membres inférieurs et la marche chancelante, ou le tremblement des mains, les accès épileptiformes, la marche à reculons, la rigidité, la torpeur des pieds, la convulsion clonique des jambes, l'hémiplégie, la paraplégie, etc. Le pellagreux, dans cet état, semble par conséquent affecté tantôt de *delirium tremens*, tantôt de tétanos ; tantôt on le comparerait à un épileptique, tantôt à un apoplectique, tantôt à une personne convalescente d'une longue maladie typhoïde. Une certaine pesanteur, avec difficulté à se tenir sur ses jambes, est assez ordinaire chez les pellagreux ; mais elle paraît à l'auteur devoir être attribuée à la décadence organique, à la diarrhée, qui affaiblit d'habitude ces malheureux, et à l'infiltration séreuse de leurs membres inférieurs : encore cette titubation n'apparaît-elle bien manifeste que dans les derniers jours de leur vie. La paralysie de la langue, notée par tous les auteurs spéciaux comme un des plus précoces et des plus saillants symptômes de la paralysie générale, est si rare dans la pellagre, que sur cinquante malades, M. Verga ne l'a pas encore vue une seule fois.

Enfin la pellagre s'accompagne de graves altérations de la peau et des organes digestifs; dans la paralysie des aliénés, elles ne se montrent qu'exceptionnellement et à une période plus avancée.

MARCHE. — Quoique la folie paralytique ne puisse pas s'appeler une maladie aiguë, elle ne se prolonge cependant pas au delà d'un certain terme, lequel, d'après M. Calmeil, est en moyenne de treize mois. La pellagre, comme toutes les maladies cachectiques, a une évolution plus lente. La vie des malades se prolonge, terme moyen, jusqu'à cinquante ans, si l'on en croit les calculs de M. Rizzi.

TRAITEMENT. — Si quelque traitement peut prolonger l'existence de l'aliéné paralytique, ce sont les évacuations sanguines, au début de la maladie, et plus tard l'emploi modéré, mais persévérant, des remèdes antiphlogistiques. Quant aux pellagreux, tous les médecins avouent que, lorsqu'il ne se présente aucune complication phlogistique, c'est au moyen d'un bon régime plutôt qu'à l'aide de médicaments qu'on peut les amener à un état apparent de guérison. Les bains tièdes, qu'en Allemagne on condamne dans le cours de la paralysie générale, sont utiles ou au moins inoffensifs chez les pellagreux.

LÉSIONS CADAVÉRIQUES. — De graves altérations du cerveau ou des méninges se rencontrent presque toujours sur le cadavre des sujets morts de paralysie générale. L'œdème de la pie-mère et de l'arachnoïde cérébrale, l'adhérence de la substance corticale à la surface interne de la pie-mère, la coloration violette de cette substance et les granulations de l'épithélium ventriculaire sont les plus fréquentes. Leur existence prouve une inflammation chronique de la périphérie du cerveau. Loin de là : le cerveau des pellagreux n'offre souvent aucune altération appréciable, les principaux désordres étant concentrés dans la cavité abdominale. M. Girelli (de Brescia) ne trouve sur le cadavre de douze pellagreux morts fous que des hydatides des plexus choroïdes, lésions qu'il attribue plutôt à la longueur qu'à la nature spéciale de la maladie. M. Rizzi, dans seize autopsies de pellagreux délirants, n'a vu rien d'anormal dans la cavité encéphalique qu'une effusion séreuse du rachis. L'auteur lui-même, sur douze nécropsies de cette espèce, a constaté quatre fois seulement le ramollissement des parties centrales du cerveau, et spécialement de la voûte à trois piliers. Chez deux, il y avait une forte adhérence de la dure-mère avec la paroi crânienne.

Quelques observations, prélude de relevés mieux fournis, que l'auteur annonce devoir bientôt publier, confirment les remarques énoncées dans ce travail.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JUIN.

INFLUENCE DE LA NATURE GÉOLOGIQUE DU SOL SUR LE CHOLÉRA.

M. NÉRÉE BOUBÉE lit un mémoire sur la marche géologique du choléra, ou plus généralement sur les conditions géologiques propres à écarter ou à favoriser les maladies endémiques et épidémiques.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

La nature géologique du sol exerce une influence incontestable sur la constitution médicale de chaque lieu.

La nature chimique de l'eau et celle des exhalaisons de la terre qui dépendent de la constitution géologique du lieu paraissent entrer pour beaucoup dans cette influence du sol sur la santé des hommes, des animaux et des plantes qui l'habitent.

A chaque nature du sol correspondent des propriétés médicales différentes, et une aptitude spéciale à favoriser le développement de telle ou telle affection morbide.

Quant au choléra en particulier, il se développe d'une manière très-constante sur les points occupés par des terrains tertiaires et d'alluvion, ou même d'une manière plus générale là où règnent des roches ou des terrains meubles, friables, absorbants, susceptibles de s'imbiber d'eau pendant les pluies et de fournir pendant les temps chauds ou secs une évaporation et exhalaison du sol abondantes et soutenues. Il déserte au contraire rapidement les lieux occupés par des terrains anciens, par des roches dures, inabsorbantes; ceux, en un mot, qui, même occupés par des terrains meubles ou récents, ne peuvent pas donner naissance à d'abondantes exhalaisons du sol.

Par conséquent, toute mesure, toute circonstance naturelle ou artificielle qui tend à diminuer l'imbibition et l'évaporation du sol, doit être recherchée par dessus tout comme propre à diminuer l'intensité de l'épidémie.

Et d'un autre côté, pour se garantir infailliblement de l'atteinte du fléau, il n'y a aucun moyen plus assuré que de se porter et de s'établir pendant toute la durée de l'épidémie sur un point qui, par sa constitution géologique, en doive être le plus sûrement préservé. J'ai indiqué plusieurs de ces lieux d'une manière générale; mais il en est une foule d'autres sur lesquels une étude expresse du sol serait nécessaire pour avoir une indication précise et complétement motivée.

Tout géologue, en suivant les principes que je viens d'établir, pourra sans peine arriver à ce résultat.

PROPRIÉTÉS VITALES DU SYSTÈME MUSCULAIRE. — L'IRRITABILITÉ N'EST PAS NÉCESSAIRE A LA MOTILITÉ.

M. DUCHENNE (de Boulogne) adresse un travail ayant pour titre : RECHERCHES FAITES A L'AIDE DU GALVANISME SUR LES PROPRIÉTÉS VITALES DU SYSTÈME MUSCULAIRE DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE.

Il résulte des observations et des considérations exposées dans ce travail :

1° Que les phénomènes de contractilité musculaire observés dans les paralysies à l'aide du galvanisme sont dus à un trouble apporté dans l'état de l'irritabilité;

2° Que ce trouble dépend d'une lésion dynamique et non d'un changement de conductibilité du tissu musculaire;

3° Que l'absence ou la diminution de l'irritabilité peut coïncider tantôt avec la paralysie des mouvements volontaires, tantôt seulement avec la diminution de la force musculaire;

4° Que cette lésion dynamique n'est pas toujours le résultat de la lésion anatomique des centres nerveux ou des nerfs qui en émanent;

5° Que sous l'influence de certains traitements on voit reparaître dans toute leur intégrité les mouvements volontaires, la force et la nutrition musculaires, bien que l'irritabilité ait complétement disparu;

6° Enfin, que la proposition qui est le but principal du présent mémoire se trouve rigoureusement démontrée, à savoir : que l'irritabilité n'est pas nécessaire à la motilité.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE.

M. COZE, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse un travail sur l'action physiologique de l'acide cyanhydrique.

L'auteur est porté à déduire, des nombreuses expériences qu'il a entreprises, que l'acide cyanhydrique agit primitivement et essentiellement sur le système circulatoire, qu'il détermine dans les artères et dans le cœur une astriction capable d'amener la suspension de la circulation, puis la mort apparente et bientôt la mort réelle.

Ce travail se résume dans les conclusions suivantes :

1° L'acide cyanhydrique n'exerce point une action directe spéciale sur le système nerveux ni sur les centres nerveux.

2° Son action, même dans les cas où l'empoisonnement est très-rapide, porte plus spécialement sur l'appareil de la circulation.

3° La mort arrive par la suspension des mouvements de contraction du cœur et par l'astriction des dernières divisions artérielles, d'où résultent la plénitude des gros troncs artériels et la stase sanguine.

4° Les convulsions produites par cet empoisonnement résultent du défaut de l'abord du sang vers la moelle épinière.

5° Les contractions fibrillaires des muscles, ainsi que le mouvement vermiculaire des intestins, sont dus à la présence d'une certaine quantité d'acide dans le sang qui pénètre ces organes. Le phénomène ne se manifeste jamais quand on lie préalablement les artères qui se rendent à ces organes.

6° Les fibres musculaires ont une vitalité qui survit pendant quelque temps à l'arrêt absolu de la circulation et de la respiration, ainsi qu'à la destruction des nerfs et de la moelle.

7° Sous le rapport thérapeutique, l'acide cyanhydrique peut arrêter très-rapidement les hémorrhagies, donner de la tonicité dans les cas d'anémie, et provoquer des contractions utérines dans les cas d'accouchement.

— M. BEAUREGARD adresse un mémoire sur la nature et le traitement du choléra. (Voir le compte rendu de l'Académie de médecine du 23 juin.)

DÉVELOPPEMENT DE L'ÉLECTRICITÉ PAR LA CONTRACTION MUSCULAIRE.

M. DESPRETZ communique une lettre de M. Matteucci qui lui annonce qu'en voulant répéter les expériences de M. Dubois-Reimond, il est arrivé aussi à des résultats négatifs. M. Matteucci a répété d'abord l'expérience telle qu'elle a été indiquée par M. Dubois-Reimond. Le résultat a été qu'à chaque contraction il y a eu des mouvements dans l'aiguille, mais qui n'étaient pas proportionnels à l'effort musculaire et dont le sens n'était pas constant. M. Matteucci a aussi essayé de répéter l'expérience en se servant, au lieu du galvanomètre, de la grenouille galvanoscopique; il est arrivé, comme M. Despretz, à des résultats absolument négatifs. D'où l'auteur conclut que les expériences citées ne sont point une preuve du développement de l'électricité par la contraction musculaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Arribert-Dufresne, médecin des épidémies de l'arrondissement de Grenoble, au sujet d'une épidémie de fièvre typhoide dont la commune de Saint-Martin-d'Hère a été récemment affectée;

2° Le même ministre adresse une lettre de M. Savy, vice-président du conseil de salubrité de Forcalquier (Basses-Alpes), relative à la découverte qu'il croit avoir faite d'un moyen à employer comme préservatif contre le choléra;

3° Un rapport de M. le docteur Niepce, médecin inspecteur des eaux minérales d'Allevard (Isère), sur le service médical de cet établissement en 1848;

4° Un rapport de M. le docteur Buissard, médecin inspecteur des eaux minérales de Lamotte (Isère), sur les malades qui ont fait usage de ces eaux pendant l'année 1847;

5° Un échantillon d'un remède antifébrile composé par le docteur Durand, de La Sauvetat du Drot (Lot-et-Garonne).

INDÉPENDANCE DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET DU CHOLÉRA.

M. MASLIEURAT-LAGÉMARD informe l'Académie que pendant l'été de 1848, dans le département de la Creuse, il y a eu une quantité considérable de fièvres intermittentes dont un assez grand nombre a pris le caractère de fièvres pernicieuses. Elles commencent déjà à apparaître de nouveau cette année. M. Maslieurat pense que les contrées soumises à ces fièvres ne sont pas plus exposées que d'autres à voir se développer le choléra. Il se fonde sur ce fait que, sur un grand nombre de maçons de la Creuse venant de Paris, où ils avaient subi les influences de l'épidémie qui y règne, aucun n'a eu le cholera. M. Maslieurat n'a même pas remarqué que ni eux ni les personnes avec lesquelles ils ont été immédiatement en rapport, aient eu le plus léger dérangement intestinal.

CHOLÉRA. — CONTAGION.

M. GISLAIN (de Montargis) communique trois nouveaux cas de choléra qu'il a observés dans sa clientèle.

Ces faits tendent, comme ceux que ce médecin a précédemment communiqués, à prouver la contagion du choléra. Il s'agit de trois individus : une jeune fille de 12 ans, sa grand'mère âgée de 65 ans, et son grand pè e-âgé de 61 ans, qui ont été successivement pris de choléra mortel, dans la même maison et à très-peu de temps d'intervalle. Le premier malade fut pris du 16 au 17 juin, le second le 20, et le troisième le 21, lendemain de la mort de sa femme; il n'y a eu dans aucun de ces cas de perturbation appréciable dans les organes digestifs avant l'invasion du choléra; circonstance que l'auteur invoque comme une preuve de plus en faveur de la contagion.

M. le docteur CHAMPENOIS (de Lucy-le-Bois) adresse à M. Rochoux, qui les dépose sur le bureau, deux lettres contenant plusieurs faits circonstanciés à l'appui de la non-contagion du choléra.

Dans la première, l'auteur rapporte le fait suivant :

Dans la nuit du 9 au 10 juin, je fus appelé, écrit-il à la date du 13, pour donner des soins à un homme de 62 ans, ivrogne de profession, lequel me présenta tous les symptômes d'un choléra bénin. Il y avait à peine des crampes, fort peu de soif; tous les autres symptômes d'ailleurs. Le lendemain, un autre habitant, qui n'avait eu aucun rapport avec le premier, est frappé à son tour d'une manière plus grave. Dans la journée du surlendemain, une vieille femme est aussi frappée et meurt sans avoir vu les deux premiers malades. Une fille du premier malade atteint, il est vrai, habitant un village où n'existe pas le choléra, vient voir son père et meurt chez lui dans l'espace de quatorze heures. Mais dans la nuit qui suivit sa mort, la maladie se répandit avec violence sur tous les points cardinaux du village. Sur une population de quatre cent cinquante âmes, treize personnes furent atteintes dans l'espace de quatre jours, les trois premiers jours ne comptant que quatre malades. Cinq ont succombé, et quatre ont été laissés par moi dans un état désespéré. La population émigre, et nulle part encore n'a porté l'épidémie.

Dans sa deuxième lettre, M. Champenois rapporte que, malgré les quarantaines à domicile que les habitants, effrayés par les progrès du fléau, s'étaient spontanément imposées, dans l'espoir de s'en préserver, il atteignit en quelques jours dix-sept maisons disséminées dans le village et loin les unes des autres, dans trois de chacune desquelles il frappa deux individus, se bornant à une seule victime dans les autres. Il ajoute qu'environ la moitié de la population se réfugia dans les localités voisines sans y répandre le choléra, bien que cinq des émigrants en fussent gravement atteints.

M. BLAUD, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, se fondant sur un passage qu'il extrait des commentaires des aphorismes de Boerhaave, par Van Swieten, dans lequel il est dit que durant la peste de Londres, sous le règne de Charles II, on fit cesser l'épidémie en ouvrant toutes les fosses d'aisances de la ville, propose de tenter l'emploi du même moyen pour faire cesser le choléra qui sévit actuellement à Paris.

— M. BOURÉE adresse un mémoire sur les conditions géologiques propres à écarter ou favoriser les maladies endémiques, les épizooties et les épidémies en général, et le choléra en particulier. (Voir ci-dessus, à l'Académie des sciences.)

M. JORET adresse un paquet cacheté, dont le dépôt est accepté par l'Académie.

SUETTE MILIAIRE.

M. A. FOUCART adresse la lettre suivante :

Envoyé le 27 mai dernier, par M. le ministre du commerce, dans le département de la Somme (arrondissement de Péronne) pour observer une épidémie de *suette miliaire* qui sévissait dans cette contrée, je me suis empressé, à mon re-

tour, d'adresser au ministre un rapport officiel contenant les résultats de ma mission.

En attendant que je puisse soumettre à l'Académie le travail étendu que je m'occupe à rédiger, sur l'épidémie au milieu de laquelle je me suis trouvé, permettez-moi de vous envoyer, et pour prendre date, les conclusions suivantes, dans lesquelles je me suis efforcé de renfermer d'une manière succincte, mais complète, les résultats de mon observation :

1° La *suette miliaire* est une affection le plus ordinairement bénigne, et qui ne devient mortelle que lorsqu'elle est traitée contrairement aux préceptes de l'art et de la logique.

2° L'expérience et l'observation n'ont pu démontrer encore d'une manière positive qu'elle fût transmissible par voie de contagion ou d'infection.

3° Elle survient le plus souvent sans cause appréciable. Les émotions morales vives, la frayeur en particulier, semblent souvent la cause déterminante.

4° Elle est de nature septique ou toxhémique, comme les fièvres éruptives, les typhus, et présente à considérer trois groupes de phénomènes distincts, qui se relient les uns aux autres par les connexions les plus étroites :

a. Phénomènes de septicité;

b. Phénomènes gastriques;

c. Phénomènes nerveux.

a. Phénomènes de septicité, se traduisant, entre autres caractères, par : le mode d'invasion, l'état du sang, la rapidité de la putréfaction après la mort.

b. Phénomènes gastriques, état saburral constant, non inflammatoire, des voies digestives.

c. Phénomènes nerveux, dépendant essentiellement des deux précédents, et constituant le danger presque unique de la maladie.

5° La nature entière de la maladie est démontrée et par sa symptomatologie, et surtout par les résultats si différents des diverses médications que l'on a tour à tour conseillées contre elle.

6° Le traitement de la *suette* doit être dirigé contre la nature même de la maladie, et secondairement seulement contre chacun de ses symptômes.

7° Il doit consister dans :

a. L'emploi des couvertures légères, une ou deux au plus;

b. Les boissons *froides*, en très-petite quantité à la fois, et souvent répétées;

c. Les vomitifs, administrés et comme évacuants des premières voies, et comme agents perturbateurs de l'économie (l'ipécacuanha est le seul vomitif qui doive être employé dans cette circonstance.);

d. Les purgatifs salins, destinés à combattre la constipation, constante dans cette affection;

e. Les révulsifs cutanés, et principalement le sinapisme épigastrique et sus-sternal, dans le cas de suffocation;

f. Une diète sévère pendant la maladie; une alimentation légère et exclusivement liquide pendant les premiers jours de la convalescence.

8° Dans le traitement de la *suette miliaire*, les couvertures nombreuses, les boissons chaudes, les émissions sanguines, sont toujours nuisibles, *souvent mortelles*.

Chaque épidémie ayant son génie particulier, il est bien entendu que les réflexions précédentes s'appliquent surtout, dans toute leur rigueur, à l'épidémie du département de la Somme en 1849, bien que tout me porte à croire, d'après les descriptions des auteurs, que ces généralités sont applicables à toutes les épidémies de suette qui ont été observées jusqu'à ce jour. C'est ce qui ressortira de la discussion à laquelle je me livrerai dans mon travail.

POLYPE DE L'UTÉRUS SORTI A TRAVERS LA PAROI ABDOMINALE.

M. Velpeau présente, au nom de M. Loir, un travail imprimé relatif à un cas de polype de l'utérus qui s'est fait jour à travers les parois antérieures de l'abdomen, fait à peu près unique dans la science.

M. Roux pense que le polype a dû avoir sa racine dans l'épaisseur des parois utérines, et non dans la cavité même de l'utérus.

M. Huguier donne sur ce fait, dont il a été témoin, quelques renseignements desquels il résulte qu'il s'agissait plutôt d'une hypertrophie des parois utérines que d'un véritable polype, ce qui ôterait à ce fait quelque peu de son merveilleux.

— M. le Président prévient l'Académie qu'elle aura à se former en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section de médecine opératoire pour le classement des candidats à la place actuellement vacante dans son sein.

Je dois encore prévenir l'Académie, ajoute M. le président, que le conseil d'administration a cru devoir proposer, dans l'intérêt des personnes étrangères à l'Académie, d'accorder à l'avenir un quart d'heure, dans chaque séance, pour les lectures.

Après une assez longue discussion, l'Académie décide, sur la proposition du conseil, qu'à l'avenir un quart d'heure sera consacré, à chaque séance, aux lectures des médecins étrangers à l'Académie, et que, pour faciliter l'exécution de cette nouvelle disposition, la lecture de la correspondance aura lieu à la fin de la séance.

REMÈDES ET PROPHYLACTIQUE DU CHOLÉRA.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport officiel demandé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce sur une lettre de M. Royer, chirurgien aide-major de la garde mobile, qui propose une mixture considérée par lui comme la plus efficace, et celle dont le succès est presque certain dans le traitement du choléra. Ce médicament est le sel marin dissous dans l'eau-de-vie de bonne qualité.

La commission propose de répondre au ministre que M. Royer a pris sur lui-même de donner de la publicité à son remède, et que c'est maintenant aux médecins à l'essayer, s'ils le jugent convenable, et à en apprécier la valeur réelle; et en résumé, qu'il n'y a pas lieu de s'occuper de la formule présentée par M. Royer.

—M. Gaultier de Claubry lit un deuxième rapport officiel sur une note de M. le docteur Gaudriot sur les moyens préservatifs du choléra et sur la conduite à tenir quand les premières atteintes de cette maladie se font sentir. Les moyens préservatifs proposés par M. Gaudriot consistent à conseiller le calme de l'âme, la propreté du corps, des vêtements et des habitations, une grande sobriété et l'usage de frictions douces et légères sur les extrémités, etc. Comme traitement, M. Gaudriot propose de frictionner toute l'habitude du corps avec les poils rudes et frais qui existent à la surface des gousses du *dolichos pruriens*, d'envelopper ensuite le malade dans des couvertures de laine, chaudes, de donner toutes les demi-heures une petite cuillerée d'un électuaire tonique et antispasmodique, etc.

La commission propose de répondre au ministre que les vues thérapeutiques et prophylactiques de M. Gaudriot, à l'endroit du choléra épidémique, sont, dans leur ensemble, celles qu'on suit généralement dans la pratique, et qu'il n'y a pas lieu d'appeler sur elles d'une manière spéciale l'attention des médecins.

— Le même membre lit un troisième rapport sur la lettre de M. le docteur Provençal, de Cagnes (Var), relative à l'immunité dont jouissent les sujets atteints de syphilis par rapport au choléra. L'auteur, ainsi qu'on s'en souvient, proposait comme moyen prophylactique l'inoculation du virus syphilitique.

La commission propose de répondre au ministre que la proposition de l'inoculation du virus syphilitique, comme moyen préservatif du choléra, est de sa part l'objet d'une réprobation formelle et du blâme le plus sévère; et comme il n'est pas de pratique extravagante dont un enthousiaste ne soit capable, la commission propose d'écrire à M. le ministre qu'il faut interdire de la manière la plus formelle, à M. Provençal, les essais que, dans sa manie d'inventeur, il serait tenté d'entreprendre sur des personnes abusées, sur d'innocentes créatures, le prévenant qu'au lieu d'une récompense nationale, il encourrait les peines sévères portées par les lois.

Les conclusions de ces trois rapports sont mises aux voix et adoptées.

ÉLÉMENTS PHYSIOLOGIQUES DU POULS.

M. le docteur Robert Latour lit un travail ayant pour titre : Des éléments physiologiques du pouls.

L'auteur a cherché, dans ce travail, à saisir le lien, à surprendre la filiation des phénomènes auxquels ressortit la pulsation artérielle ; « réduisant à de simples problèmes d'hydraulique animale, dit l'auteur, les nombreuses variétés dont peut être l'objet cette pulsation, j'ai tenté d'inscrire dans la science des principes sous lesquels vinssent naturellement se coordonner tous les faits qui ne pouvaient être ni mentionnés ni prévus. Ainsi, fluide sanguin, organes circulatoires, action nerveuse, chaleur animale, respiration, tels sont les cinq éléments auxquels j'ai rapporté le pouls, éléments absolus en dehors desquels je n'ai trouvé place pour aucune nuance, et qui, variables à l'infini, chacun dans sa propre valeur, dans sa part d'influence, sont ici pour l'expression pathologique, ce que, dans leurs combinaisons innombrables, sont pour la traduction du langage les lettres de l'alphabet. » (Commissaires : MM. Dubois (d'Amiens), Poiseuille, Bérard.)

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LES COMMUNICATIONS DE MM. CARLIER, SPRING ET LOMBARD CONCERNANT LE CHOLÉRA ASIATIQUE (1).

M. Fossion : Messieurs, déjà vous vous êtes occupés, dans la dernière séance, de diverses questions relatives au choléra; mais ce qui a fixé au plus haut degré votre attention est la thérapeutique de cette affection. En présence du fléau qui ravage les centres de population de notre pays, nous devons ici apporter le tribut de notre expérience et de nos lumières pour nous diriger mutuellement dans le traitement de cette maladie meurtrière.

Disons-le tout d'abord : il n'y a pas de maladie où il faille agir avec plus de promptitude et avec plus d'énergie que dans le choléra. *Principiis obsta*, tel est l'axiome que le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit quand il s'agit du choléra.

Vous le savez tous, messieurs, quand le choléra sévit dans une ville, on voit, à côté de véritables cholériques, une multitude de cas de diarrhée et de cholérine qui peuvent éventuellement se convertir en choléra. C'est ce que nous avons également remarqué à Liége, et, il n'y a pas à en douter, une cause unique, quelle qu'elle soit, a présidé au développement de ces diverses affections, qui ont apparu dans notre ville d'une manière simultanée.

---

(1) Voir Gaz. Méd., p. 468 et 487.

Beaucoup de cas de cholérine ont guéri spontanément par les seules ressources de la nature; mais assez souvent le choléra y a succédé : c'est ce qui est arrivé surtout chez les personnes malpropres, habitant des maisons sombres et obscures. Les rues étroites, les quartiers très-populeux, ont plus souffert du fléau que les quartiers bien aérés. Ce sont surtout, comme l'honorable M. Fallot l'a très-bien fait remarquer, les personnes dont la santé est détériorée par la misère et les excès de tout genre qui sont le plus exposées à contracter la maladie. Cela est si vrai, messieurs, que les cas de choléra qui ont été rencontrés dans les classes aisées de la société peuvent être considérés comme exceptionnels. Aussi tous les médecins n'ont-ils pas été également à même d'observer l'épidémie qui a régné dans notre ville.

A l'époque où elle sévissait avec le plus d'intensité, la plupart des habitants ont éprouvé quelque chose d'insolite qu'ils ne savaient à quoi attribuer. C'étaient des phénomènes de refroidissement, accompagnés d'un développement de gaz assez considérable dans les voies digestives. Peu de personnes ont été à l'abri de l'influence épidémique; même chez celles qui ne ressentaient rien, le pouls était mou, souple et ralenti. C'est ce que j'ai constaté sur des membres de ma famille. L'honorable M. Lombard vous a également signalé ce fait, que je considère comme assez important.

On admet généralement trois périodes dans le choléra : 1° une période d'invasion, que l'on désigne du nom de cholérine; 2° la période algide; 3° la période de réaction. Ces trois périodes présentent des caractères qui leur sont communs, et d'autres qui sont spéciaux à chacune d'elles.

La première période, ou la période d'invasion, mérite surtout d'attirer l'attention du praticien; en effet, c'est dans le début de la maladie que l'art du médecin se révèle de la manière la plus complète.

La maladie a débuté habituellement par un embarras de l'estomac, des borborygmes, auxquels succédait, au bout d'un temps fort court, la diarrhée. La matière des évacuations était d'abord très-colorée en jaune, quelquefois même en noir. Tout pouvait s'arrêter là; mais d'autres fois, soit que les secours de l'art n'eussent pas été administrés à temps, soit que le malade eût commis des imprudences, des excès dans le régime, la scène changeait : les selles devenaient cholériques, c'est-à-dire qu'elles se succédaient avec rapidité et acquéraient des propriétés différentes; elles devenaient grisâtres, analogues à de l'eau de riz, et tenaient en suspension de petits flocons.

En même temps que la matière des selles se modifiait de la manière que je viens d'indiquer, on pouvait, en y prêtant attention, s'apercevoir d'un léger changement dans la température des parties du tube digestif qui sont accessibles à nos moyens d'investigation. La langue et les parois buccales faisaient éprouver au doigt qui les touchait une certaine sensation de froid. C'est à tel point que j'ai pu, dans certains cas, prédire que les selles changeraient de couleur en me fondant sur cette observation.

Des méthodes de traitement fort différentes ont été employées contre la cholérine : les uns avaient recours à l'opium, d'autres à l'ipécacuanha; la saignée et les sangsues ont été également mises en usage. Celle que j'ai suivie est la suivante : je faisais mettre mes malades au lit, et je leur administrais une potion composée d'eau de menthe et d'éther. Je ne ménageais pas les doses des médicaments. Au bout de la quatrième heure, un peu plus tôt ou un peu plus tard, les malades entraient dans une transpiration très-abondante, et tous les troubles des voies digestives, vomissements et diarrhée disparaissaient comme par enchantement. Je n'ai jamais eu, messieurs, qu'à me louer de cette médication; toujours elle amenait d'abondantes sueurs. C'est pour moi une vérité démontrée : tout individu qui est atteint de cholérine n'en guérit bien que par la transpiration; sans la transpiration, la cholérine se prolonge et expose le malade à tomber dans la période algide. Je le sais, on a aussi employé à cet effet l'ipécacuanha. Je ne nie pas l'efficacité de ce moyen; je ferai cependant remarquer que MM. les docteurs Wasseige et Moreau, qui en avaient obtenu des succès en 1832, ont cru devoir y renoncer, en 1849, pour recourir exclusivement aux excitants. Ces médecins, qui sont tous deux des praticiens distingués, m'ont dit : « Nous avons renoncé à la médication vomitive, attendu que nous n'en avons pas obtenu les mêmes succès qu'en 1832. »

Je n'ai jamais mis, messieurs, les évacuations sanguines en usage dans la cholérine; mais j'ai vu des malades qui avaient été soumis à cette méthode de traitement, et, je dois le dire, elles ne m'ont pas paru offrir des avantages qui doivent en recommander l'emploi. Je vais plus loin : j'ai vu un malade qui, ayant été saigné pour une diarrhée, commençait à se refroidir et allait indubitablement passer à la période algide, si je n'avais pas employé la méthode excitante. Celle-ci releva immédiatement l'action du cœur; une transpiration abondante s'établit, et les vomissements et les selles s'arrêtèrent assez vite. Quoique l'on prétende que les évacuations par haut et par bas soient nécessaires pour éliminer le poison, je n'ai jamais vu résulter de leur suppression, dans la période d'invasion du choléra, des conséquences désavantageuses pour les malades.

La période algide présente des caractères que vous connaissez tous, et que je n'ai pas besoin de rappeler ici. Les médecins que je viens de citer tout à l'heure ont adopté également pour base du traitement, dans cette période, les excitants diffusibles; ils n'ont eu recours à l'ipécacuanha qu'accessoirement. Jamais ils ne se sont reposés exclusivement sur l'emploi de ce moyen. Quand ils croyaient devoir en faire usage, ils donnaient en même temps les excitants.

C'est à tort, messieurs, que l'on considère l'ipécacuanha comme n'agissant, dans le choléra, que par le fait qu'il détermine des évacuations et provoque des secousses dans le diaphragme, le cœur, etc. Est-ce que les vomissements continuels que l'on observe pendant tout le cours du choléra ne provoquent pas les mêmes secousses ? Quelle utilité y aurait-il à les augmenter encore? C'est à une autre circonstance, messieurs, qu'il faut attribuer l'efficacité de l'ipécacuanha; ce médicament exerce sur les viscères digestifs une excitation spéciale, plus persistante que celle que déterminent les stimulants diffusibles, et qui change le mode de sécrétion. En effet, après qu'on en a fait usage, les vomissements, au lieu de se répéter plus fréquemment, diminuent.

En tout état de choses, nous ne considérons l'ipécacuanha que comme un moyen adjuvant des stimulants diffusibles. On ne peut argumenter du danger de la suppression des vomissements chez les cholériques avancés pour en établir l'indication. Si les vomissements sont supprimés à cette époque, c'est, comme l'honorable M. Fallot l'a très-bien fait observer, par le motif que les organes sont tombés dans un collapsus tel que toute réaction est devenue impossible. Vous pourriez alors administrer des doses énormes d'ipécacuanha sans que le malade en ressente la moindre influence. M. Fallot, cherchant à établir la nature du choléra, croit que, pendant la période algide, le sang est devenu impropre à absorber l'oxygène de l'air, et qu'il se trouve dans les poumons en quantité trop considérable relativement à cet agent. Fondé sur ce fait, il recommande la saignée pendant la période algide. Malgré l'autorité dont l'honorable membre jouit dans la science, je me permettrai cependant de lui faire observer que, pendant la période algide, la poitrine a acquis un haut degré de sonorité, et qu'à l'autopsie on rencontre peu de sang dans les poumons, qui paraissent emphysémateux. Le ventricule droit et l'artère pulmonaire en sont à peu près vides.

Il nous paraît que cette gêne de la respiration que l'on observe dans la période algide, les soupirs, les bâillements, doivent être rattachés à un défaut de sang dans les poumons. La quantité de ce fluide n'est nullement en rapport avec la quantité d'oxygène qui est nécessaire dans les actes de la vie. On a peu employé la saignée dans l'épidémie de Liége : d'abord parce qu'on n'en a pas obtenu des résultats avantageux, et, en second lieu, elle était d'une exécution très-difficile.

En résumé, c'est la médication excitante qui, suivant nous, doit constituer la base du traitement de la période algide. Nous pourrions appuyer notre opinion sur des considérations théoriques; mais nous nous en abstiendrons, bien persuadé qu'en procédant de cette manière, nous n'avancerions pas d'un pas la question thérapeutique. Nous ne voulons ici qu'exposer ce que nous avons vu.

A la période algide succède la période de réaction. Si des sueurs abondantes l'accompagnent, si le pouls reprend de la force, le malade se rétablit en un temps très-court, quelles que soient d'ailleurs les apparences de congestion du côté de l'estomac. Une application de ventouses ou un sinapisme en font bientôt justice. D'autres fois il se manifeste des phénomènes qui semblent attester que le cerveau est le siége d'une hypérémie. Eh bien! messieurs, il est bien rare, suivant nous, qu'on doive recourir à la saignée ou aux applications de sangsues pour débarrasser ce viscère. Nous avons vu y succéder un état torpide, typhique, si on veut l'appeler ainsi, auquel les évacuations sanguines avaient certainement contribué. Bien convaincu de leur inutilité dans ces circonstances, nous nous sommes demandé : le choléra ne se rattacherait-il pas jusqu'à un certain point aux fièvres intermittentes pernicieuses? Nous avons essayé la quinine à doses assez élevées, et nous croyons en avoir obtenu des résultats avantageux. Sous l'influence de cette médication, le pouls se relevait, la réaction acquérait des caractères plus décidés; à l'état torpide se substituait un état de bien-être incontestable.

Pendant l'épidémie qui a ravagé la ville de Liége, nous avons eu l'occasion de voir des cas de choléra tout particuliers : c'étaient, messieurs, des cas dans lesquels il y avait absence complète de période algide. Après quelques jours de vomissements et de diarrhée cholériques, il se manifestait un état typhique qui avait bien ses dangers. Les malades s'agitaient continuellement pour se débarrasser de leurs couvertures, et tombaient dans un état de somnolence inquiétant.

D'autre part, nous avons vu des malades, atteints d'autres maladies, se ressentir de l'influence épidémique. Nous traitions, messieurs, à la place de M. le docteur Wasseige qui était alité, une jeune femme atteinte d'une affection muqueuse. Cette personne a éprouvé périodiquement, pendant plus de huit jours, des phénomènes de refroidissement auxquels nous avons opposé avec succès les potions excitantes et le sulfate de quinine pour prévenir le retour de ces accès.

La sécrétion biliaire n'est pas supprimée dans le choléra. On rencontre assez souvent dans la vésicule une quantité de bile considérable; mais elle est épaisse, noirâtre. On a même vu un cas où la vésicule en était tellement distendue qu'elle s'était rompue; son produit s'était épanché dans la cavité péritonéale.

Nous ne savons s'il y a dans le tube digestif des êtres vivants, dans le sang, un miasme qui exercerait sur les centres nerveux une action sidérante. Il nous paraît que le refroidissement qui se manifeste pendant la période algide explique une multitude de phénomènes secondaires; il peut même, par son action sur les centres nerveux, être cause de mort. Nous n'avons pas besoin de faire intervenir un poison pour nous en rendre compte. En réveillant l'action du cœur, on ramène la vie, en même temps que la chaleur.

Nous l'avons déjà dit et nous le répétons ici, messieurs, avec une conviction que nous voudrions voir passer dans l'esprit de tous les médecins, les excitants diffusibles, et l'huile essentielle de menthe en particulier, sont les véritables moyens thérapeutiques qui peuvent nous conduire au but désiré, celui de guérir; car, ne l'oublions jamais, il ne s'agit pas tant de raisonner, en médecine, que d'agir. Il nous paraît qu'on a parfaitement caractérisé l'état de notre art en disant : La science marche d'un pas boiteux derrière la pratique.

M. Lombard : Messieurs, je regrette beaucoup qu'arrivé trop tard, je n'aie pu entendre que la dernière partie de l'intéressant travail de M. Fallot. Il établit que, dans le choléra, le sang est empoisonné. Cette opinion, je suis très-près de l'adopter, car je l'ai émise sous forme de doute. Il est évident, et je crois l'a-

voir démontré, que c'est la circulation qui est la première influencée dans le choléra. Il ne peut pas y avoir de doute à cet égard : quand on considère la succession des symptômes, on voit que c'est d'abord la circulation qui est influencée chez les sujets qui sont dans une atmosphère cholérigène.

C'est surtout dans l'influenza, messieurs, que l'on peut trouver la preuve que c'est le premier appareil qui subit l'influence de ces causes; c'est chez les sujets qui n'ont pas le choléra, qui ne l'auront pas le plus souvent, mais qui sont affectés par les causes épidémiques. Chez eux on trouve constamment le pouls ralenti, affaibli. L'impulsion du cœur est notablement diminuée; ses bruits mêmes sont moins marqués, moins forts, et le plus souvent on rencontre des inégalités, des intermittences du pouls, et cela sans qu'il y ait aucun trouble digestif. Mais les malades se sentent faibles; ils n'ont plus d'énergie; les pieds sont refroidis. Ce fait du refroidissement des pieds a été si constant à Liége, qu'il a fixé l'attention de la plupart des médecins.

Je dis que les pieds sont refroidis : je n'ai aucune preuve qu'il y ait abaissement de la température de ces parties, alors cependant que tous les sujets, ou presque tous, se plaignent d'éprouver du froid.

Mais qu'observe-t-on? La sueur. Ainsi des personnes qui n'avaient jamais eu de sueurs des pieds avaient les chaussettes humides, et je pense que c'est beaucoup plus à cette humidité, à cette transpiration, qu'était dû le refroidissement qu'à un refroidissement véritable. L'humidité amenait nécessairement l'évaporation et ensuite la sensation du froid.

Je suis donc entièrement d'accord avec M. Fallot sur cette proposition que le sang est empoisonné. C'est bien là mon opinion.

Le choléra sec ne donne pas lieu à des éliminations, dit avec raison M. Fallot; la cyanose s'établit d'emblée. C'est vrai; et il y a à cet égard des réflexions à faire relativement à la médication évacuante que l'on a cherché à instituer dans le cas de choléra sec. Dans ces cas où toute évacuation manquait, et cependant où les sujets étaient complétement cyanosés, sans pouls et éprouvant, donnant au moins à ceux qui les touchaient, la sensation d'un froid intense, on n'a pu, le plus souvent, provoquer le vomissement. Je possède un grand nombre d'observations, les unes m'appartenant, les autres appartenant à des confrères, dans lesquelles on a en vain donné des doses d'ipécacuanha très-élevées; on a donné l'émétique, on a fait usage de boissons dans lesquelles on mettait du beurre ou d'autres substances nauséales, et il a été impossible d'amener les vomissements. Il n'y a eu alors ni vomissements ni selles, et ces malades ont succombé en très-peu d'heures.

Ces faits corroborent nécessairement ce qu'a dit l'honorable M. Fallot relativement à la suppression spontanée des évacuations. Si les évacuations avaient existé, si ensuite elles avaient été supprimées, surtout depuis quelque temps, il n'y avait pas possibilité de les ramener. Chez les sujets qui avaient vomi longtemps, qui avaient eu des évacuations alvines, et chez lesquels ces éliminations, permettez-moi de penser ainsi, n'avaient pu arrêter la marche destructive de la maladie, soit qu'ils arrivassent à l'hôpital, soit que le médecin se rendît chez eux, les vomitifs étaient donnés sans effet. Alors, en désespoir de cause, on essayait les excitants, qui, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, avaient bien rarement du succès.

Ces faits sont tout à fait d'accord, ce me semble, avec la proposition que M. Fallot a tantôt émise relativement à la suppression spontanée des évacuations.

Quand les évacuations sont supprimées, il est incontestable que c'est parce que les forces sont épuisées, parce qu'il n'y a plus de réaction possible; le poison enchaîne toute action conservatrice, et le sujet succombe.

Mais M. Fallot a dit tout à l'heure que les crampes étaient des symptômes de réaction. Messieurs, je ne puis partager cette manière de voir.

Les crampes sont des phénomènes du début du choléra, du choléra confirmé; car quand je parle du choléra, je le répéterai toujours, pour moi il faut qu'il y ait preuve que c'est le choléra, que ce soit un choléra confirmé, algide, cyanique. Eh bien! dès que la réaction arrive, dès que vous avez le bonheur de l'obtenir, dès que la circulation se réveille, que vous sentez de temps en temps une pulsation petite, faible, imperceptible, que la peau s'échauffe un peu, que les plis que vous y faites ne restent plus, qu'elle gagne un peu d'élasticité, que le froid de la langue diminue, dès que la réaction apparaît enfin, plus de crampes : elles cessent, elles disparaissent. Il est fort rare que vous les observiez encore à des distances très-éloignées dans la période de réaction.

Je ne puis donc admettre que les crampes appartiennent à cette période. Je crois, au contraire, que dès que l'appareil cérébro-spinal est un peu ranimé sous l'action du sang qui vient le vivifier, les troubles nerveux cessent, les crampes disparaissent.

Les évacuations sont le sérum du sang, dit M. Fallot, et la preuve, c'est que ces évacuations sont alcalines. Si elles étaient acides, on pourrait croire qu'elles appartiennent à des phénomènes phlegmasiques. Mais comme elles sont alcalines, elles ne peuvent être que produites par exosmose ou d'une manière quelconque, mais résultant d'évacuations du sérum.

Sans doute les évacuations cholériques sont alcalines, mais pas toujours; et si le plus souvent elles ont ce caractère, quelquefois elles sont neutres, et nous avons vu que, dans certains cas, elles étaient acides. Bien plus, nous avons recherché sur les sujets qui présentaient des diarrhées séreuses hors le cours de l'affection cholérique, si celles-ci étaient acides ou alcalines, et elles nous ont présenté tantôt l'un ou l'autre de ces caractères.

Messieurs, pourquoi n'en serait-il pas ainsi? Est-ce que tous les produits des sécrétions muqueuses sont alcalins ou acides? Non; il en est qui sont acides, il en est d'autres qui sont alcalins. Ainsi les produits des sécrétions de l'utérus sont toujours alcalins; toutes les sécrétions de la cavité du col ou de la cavité du corps utérin ont toujours ce caractère, et ce caractère est si positif que c'est le seul moyen de diagnostic, quand vous avez à chercher si un écoulement vaginal vient du vagin ou de l'utérus.

Par conséquent, l'alcalinité n'est pas un fait sur lequel on puisse s'étayer pour démontrer que, dans le choléra, les liquides évacués sont constitués par le sérum du sang. Et d'ailleurs, messieurs, est-ce que toutes les sécrétions ne proviennent pas de la même source, du torrent circulatoire? Y a-t-il un autre réservoir que celui-là pour fournir aux sécrétions? Si vous voulez donc établir que les sécrétions cholériques sont le sérum du sang, il faudra nécessairement que vous admettiez que toutes les sécrétions quelconques viennent du sang, car toutes sont prises au même endroit. On ne pourrait donc rien inférer de ce fait relativement à la nature et au traitement du choléra.

Quant aux vomitifs, je dois faire à M. Fallot quelques objections.

Les vomitifs, a-t-il dit, ne sont pas propres à produire la réaction. Messieurs, si vous voulez un instant porter votre attention sur l'action vomitive, je crois que vous partagerez mon avis, que vous croirez, au contraire, que rien n'est plus propre à favoriser une réaction que les efforts des vomissements. Que se produit-il en effet? Le sujet qui va vomir éprouve tout le long de l'œsophage des contractions qui, d'abord rares, se multiplient; puis viennent des inspirations profondes et répétées (notez l'utilité des inspirations dans la maladie dont il s'agit). Le diaphragme s'abaisse, les parois abdominales se contractent, le vomissement se produit que l'estomac se contracte ou non, le pouls s'accélère, et tout de suite le sujet qui vomit, n'importe avec quoi, que ce soit avec l'ipécacuanha, le tartre stibié, l'injection dans les veines avec l'eau chaude, etc., la sueur se développe. Voilà donc une réaction et une réaction de l'espèce que nous cherchons : sueur, accélération de la circulation, efforts d'inspiration répétés; précisément tout ce que nous cherchons comme moyens propres à soulager le cholérique. Ainsi le vomitif est, si je ne me trompe, précisément l'agent qui peut être le plus utile dans l'état d'inertie du cholérique.

On craint la congestion des organes sus-diaphragmatiques. Mais, messieurs, qu'arrive-t-il dans la pneumonie que vous traitez par le tartre stibié, si vous n'obtenez pas la tolérance et s'il y a des vomissements incessants? Est-ce que tous les praticiens ne reconnaissent pas que quand on emploie la méthode rasorienne contre la pneumonie, quelle que soit l'intensité des vomissements, ils changent peu à l'efficacité de la méthode? Dans la pleuro-pneumonie, alors que les malades vomissent, ne guérissent-ils pas, ou bien considérez-vous cela comme dangereux? Voyez-vous des congestions sus-diaphragmatiques s'établir quand il y a des évacuations abondantes? et M. Rayer, dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, n'attribue-t-il pas à ces pertes de matières animales les effets curatifs des antimoniaux?

Vous voyez donc que les vomissements ne congestionnent pas les poumons.

D'ailleurs M. Fossion vient de nous le dire, et c'est un fait très-remarquable, la congestion pulmonaire ne s'est pas présentée, comme nous nous y attendions, chez les cholériques qui ont succombé. C'est un fait bien étrange, inexplicable pour moi, je dois le dire, alors que nous trouvions la partie postérieure des poumons dans un état d'engouement hypostatique, toujours la partie antérieure, au contraire, était exsangue et s'affaissait de telle sorte que le thorax était au quart vide : on eût dit qu'on ouvrait un pneumothorax. Cette partie du poumon était moelleuse, non crépitante, exsangue, décolorée, semblable au poumon des jeunes animaux, et ne contenait pour ainsi dire pas de bulles d'air. Il est évident que le poumon semblait emphysémateux; mais alors pourquoi ne tendait-il pas à l'expansion, au moment où on ouvrait le thorax? Ce n'était donc pas un emphysème, quoiqu'il en présentât l'aspect.

Ce n'est pas moi seul, messieurs, qui ai observé ce fait; il a été vu également par M. Fossion, ce que j'ignorais, et il l'a été par tous les médecins qui ont fait l'ouverture de cadavres. Il est fort probable que notre honorable collègue M. Raikem l'aura aussi observé.

Je pense donc, messieurs, que l'ipécacuanha et les vomitifs en général ne peuvent être accusés de congestionner les organes sus-diaphragmatiques, et j'ai d'autant plus lieu de le croire que plusieurs sujets dont j'ai fait l'ouverture avaient été soumis à l'ipécacuanha. Mais si par organes sus-diaphragmatiques on entend parler plus particulièrement du cerveau, je dirai que les individus qui avaient beaucoup vomi étaient moins sujets à des accidents cérébraux dans la troisième période que ceux qui avaient été traités par les excitants. Que le malade vomisse ou non, il est extrêmement rare de trouver que le choléra, à la deuxième période ou cyanique, trouble le cerveau. Le malade jouit de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles; il est frappé d'insomnie, voilà tout. Ce n'est que dans le cas où, au sortir de la période cyanique, il passe malheureusement à la troisième période, que vous avez des accidents; alors il y a un degré de congestion, c'est-à-dire sous le rapport symptomatique, mais enfin un degré de congestion, et celle-ci ne se rencontre pas chez ceux qui ont pris de l'ipécacuanha ou autres vomitifs; tout au moins chez eux elle est beaucoup plus rare que chez ceux qui ont usé des excitants énergiques.

On a demandé si le calomel produit des selles vertes. C'est, je crois, l'honorable M. Fallot qui a fait cette question. Messieurs, le calomel produit des selles vertes, administré dans quelque cas que ce soit. Donnez du calomel à un enfant, donnez-en à un adulte en bonne santé, et le plus souvent il y aura des selles vertes.

Mais voici ce que nous avons vu. Quand l'ipécacuanha était administré et qu'il y avait des vomissements considérables, il était rare qu'il y eût quelque chose à faire pour les selles; elles diminuaient successivement et finissaient par s'arrêter, comme je l'ai dit dans ma communication. Mais si, la réaction s'étant établie, le pouls étant bien revenu, la cyanose se dissipant, les selles continuaient et menaçaient d'épuiser le sujet, on administrait le calomel de la manière que je l'ai indiquée. Qu'avons-nous vu? C'est que, quelques heures après l'administration du calomel, et sous son influence les selles diminuaient, perdaient leur caractère cholérique, devenaient plus épaisses et prenaient une teinte

verte. Nous n'avons pas voulu dire que cette teinte verte produite par le calomel se remarque exclusivement dans le choléra, mais le fait important c'est que, sous l'influence de ce médicament, on voit les selles diminuer en nombre et changer de nature.

L'honorable M. Fallot a dit que l'opium n'empêche pas les vomissements; cela est vrai et souvent même il les provoque, comme l'a vu M. Fallot. Ne peut-on pas inférer que si, dans ce cas, on en a obtenu des résultats heureux, c'est qu'il n'agissait pas à sa manière ordinaire et qu'il provoquait des évacuations?

En parlant de la troisième période du choléra, l'honorable M. Fallot a émis l'opinion que cette période, qu'on a nommée typhoïde ou période typhoïde, est mal nommée. Je suis de son avis: je veux réserver le nom de fièvre typhoïde à autre chose. M. Fallot pense qu'il faudrait diviser la fièvre typhoïde en fièvre typhoïde primitive et fièvre typhoïde secondaire. Je crois, messieurs, que cette division, tout à fait basée sur la symptomatologie, n'aurait rien d'utile à la pratique, mais ce qu'il faut, c'est conserver à la fièvre typhoïde son caractère, qui est la lésion des follicules intestinaux. Dans la fièvre typhoïde secondaire, cette lésion manque toujours; ainsi la fièvre typhoïde ou l'entérite folliculeuse, ce qui pour moi est la même chose, ne peut pas changer, parce qu'elle a son caractère anatomique propre. Ce qui a fait donner le nom de fièvre typhoïde à d'autres cas, ce sont des erreurs, ce sont des appréciations symptomatologiques qui n'ont rien de réel. Le nom de fièvre typhoïde a été donné à des maladies qui s'annonçaient par de graves symptômes, par une prostration générale, par une grande malignité, par le trouble du système nerveux, etc.; mais à ce titre combien de maladies ne seraient pas typhoïdes? Ainsi la plupart des maladies graves, toutes les résorptions, toutes les phlébites, etc., deviendraient des fièvres typhoïdes. Eh bien! messieurs, gardons le caractère anatomique, alors nous saurons ce que nous voulons dire: la fièvre typhoïde, c'est une lésion des follicules intestinaux, des follicules de Peyer et de Brunner.

On est revenu, messieurs, sur les cas de choléra guéri sans secours. Depuis que j'ai eu l'honneur de vous communiquer une observation que je devais à mon honorable confrère M. Wasseige, je compte douze cas bien authentiques et parfaitement décrits de cholériques guéris par le seul secours de la nature.

M. Varlez : Douze guérisons sur combien de malades?

M. Lombard : Il serait difficile de répondre à cette question; le chiffre que je cite n'a pas été pris dans une statistique.

M. Varlez : Ne savez-vous pas quel est le nombre de malades traités par la méthode expectante sur lequel il y en a eu douze guéris?

M. Lombard : Je répondrai tout à l'heure à cette question. Voici la Gazette Médicale de Paris que je viens de recevoir : elle renferme un article qui se rattache à cet objet.

M. Varlez : Je voudrais que vous répondiez directement à ma question.

M. Lombard : C'est bien difficile. Hier je reçois des nouvelles de mon confrère M. Hubert, qui se trouve dans un village à trois lieues de Liége; je lui avais demandé s'il connaissait des cas de choléra guéris spontanément; il me donne deux observations, et il ajoute : « Vous trouverez dans mon canton un grand nombre de cas semblables. » Je n'ai pas la statistique de ce canton.

Du reste, pour satisfaire au désir de notre honorable collègue, nous pourrions avoir cette statistique; ce ne serait même pas difficile.

J'en reviens aux cas de choléra guéris sans secours.

Si nous admettions ce qu'a dit M. Fallot, il s'ensuivrait que ce ne serait pas des choléras guéris spontanément, par la raison que les malades ont été mis au lit, qu'ils ont été entourés de certaine chaleur, qu'ils se sont trouvés dans une température favorable, qu'ils ont eu des boissons. Mais c'est là ce que, à toutes les époques, on a appelé le traitement sans secours; c'est un traitement expectant où toujours le malade a eu de la paille ou un lit pour se coucher, des couvertures, des boissons; cela ne dérange rien à ce que j'ai dit du choléra guérissant spontanément.

Voici maintenant le fait dont il s'agit :

A l'hôpital Saint-Abraham, dirigé par mon collègue M. le docteur Sauveur et par mon confrère le docteur Wasseige, on avait perdu deux enfants. On en apporta un troisième à peu près cadavérisé. On le plaça dans un lit; on le confia aux soins de la garde-malade et d'une sœur hospitalière, croyant toute médication inutile. Le lendemain, le cadavre était ressuscité de mort à vie, et l'on n'avait rien employé qu'une caléfaction très-modérée et quelques boissons. Ce fait engagea les médecins judicieux qui dirigent cet hôpital à essayer d'une médication à peu près expectante s'il survenait d'autres enfants cholériques. Cinq furent reçus depuis à la période cyanique, et tous guérirent.

M. Varlez : Pourquoi n'avez-vous pas adopté cette méthode?

M. Lombard : Parce que je n'ai voulu rien adopter encore. Je n'ai encore établi aucun traitement. Ma communication n'avait aucun rapport avec le traitement du choléra. Vous l'avez cru et cependant vous avez dû vous apercevoir que l'objection que vous me faites ne va pas *ad rem*. Je vous ai parlé de la filiation des symptômes, j'ai voulu démontrer que la cyanose ne résultait pas des évacuations : c'est là tout ce que j'ai voulu dire.

Voilà donc des malades guéris sans secours. A moins qu'on ne dise que c'est le lit et un peu de chaleur qui a opéré la guérison, il faudra bien admettre que ce sont des guérisons par la seule force de la nature. Et voilà un médecin de Paris qui dit que les remèdes ne sont rien, que toutes les guérisons sont sans doute l'effet des efforts de la nature......

M. Fallot m'a fait remarquer que le refroidissement des cholériques était réel, et que le thermomètre le démontrait. Cela est vrai dans beaucoup de cas. Mais il s'agit de voir où vous appliquerez le thermomètre. Si vous l'appliquez sous l'aisselle, de 33° il descendra souvent à peine à 32, alors que vous trouvez le malade d'un froid glacial. J'ai vu des cas où il descendait un peu plus bas; mais dans bien des circonstances, le thermomètre appliqué sous l'aisselle, lorsque le malade était au lit, ne descendait pour ainsi dire pas, bien que le malade parût glacé.

Voyez, messieurs, quelle différence. Le cholérique que vous trouvez froid, que vous trouvez glacé, se plaint de chaleur; celui qui est dans un accès de fièvre intermittente pernicieuse, se plaint d'un froid excessif. Chez le cholérique, le thermomètre ne baisse pas: dans les fièvres intermittentes, il monte souvent; pourquoi voudriez-vous qu'il descendît si fort dans le choléra, même *à priori*?

Messieurs, je veux faire une observation pratique, diagnostique, parce qu'elle n'a pas été faite; je ne l'ai trouvée nulle part. La voici :

Quand nous considérons le choléra dans la période cyanique, nous sommes frappés de la couleur bleue, noire, et plus la cyanose est établie, plus nous sommes impressionnés de la gravité de la maladie. Quant à moi, je suis tombé dans cette erreur : bien des fois, et ce n'est que l'expérience qui me l'a fait connaître, j'ai considéré plus que toute autre chose, comme signe d'un pronostic grave, le degré de cyanose, la perte de la voix et la cessation complète du pouls.

Eh bien! l'expérience m'a prouvé que je me trompais. Il y a quelque chose de plus que tout cela; et quand cet appareil de symptômes est là, si l'algidité n'existe pas où existe peu, le danger n'est pas très grand. C'est elle qui constitue le danger le plus grand du choléra. Vous verriez le malade noir comme le charbon, si l'algidité n'est pas très-prononcée, espérez, il peut revenir.

J'ai cru devoir signaler ce fait, parce que je pense que c'est une véritable règle dans le choléra cyanique. Vous trouverez des cas où le froid est très-grand et la cyanose à peine marquée : ces cas sont très-graves.

M. Fallot aime la saignée, et moi aussi; mais il faut que je puisse la faire, et malheureusement il nous est rarement arrivé de pouvoir soustraire une quantité notable de sang. Coupez la veine en travers, frictionnez, attendez une demi-heure, une heure, ce sera souvent en vain. J'ai fait faire des recherches, parce que je voulais obtenir du sang: je voulais qu'on se livrât à des analyses du sang. Eh bien! lorsque j'ai voulu obtenir du sang dans la période cyanique, dans la période algide, jamais je n'en ai obtenu la quantité que j'aurais voulu.

Cependant, messieurs, vous vous rappelez qu'il y a un an, un médecin praticant à Tanganrog, le docteur Meunier, a adressé à l'Académie, par la voie du gouvernement, un mémoire sur le choléra qu'il avait observé dans cette ville. Je crois me rappeler que c'est M. Raikem qui nous a fait un rapport sur ce mémoire. Ce médecin indiquait, je pense, 140 cholériques, et, chose qui m'avait frappé, c'est que tous avaient été saignés; et, je dois le dire, les résultats avaient été admirables. Le docteur Meunier déclare formellement qu'il a saigné tous ses cholériques. Je me suis demandé quelle était la lancette du docteur Meunier, car quels qu'aient été nos efforts, nous n'avons pas pu obtenir de sang.

Il résulte certainement des faits communiqués par M. Meunier, et de mes observations, qu'il est sans doute des épidémies de choléra où les choses sont autres, sont fort différentes de celles que nous avons eu l'occasion d'observer cette année. En 1832, la saignée était sans doute bien plus praticable qu'elle ne l'a été cette année; car en 1832, je suis certain d'avoir pratiqué moi-même plus de vingt saignées à des cholériques, toujours avec un peu de peine, mais enfin j'y parvenais.

Quand je rapproche ces faits, dont le souvenir est bien précis chez moi, de l'assertion du docteur Meunier pratiquant à Tanganrog, saignant tous ses cholériques, et affirmant qu'avec un peu de patience il obtenait toujours le sang qu'il voulait, il est évident qu'il faut en conclure que les formes du choléra varient, et qu'il est des épidémies où la saignée est possible, tandis que, dans d'autres, elle ne l'est pas.

Je regrette, messieurs, de n'avoir pas entendu le commencement du travail si intéressant de M. Fallot. J'aurai le plaisir de le lire; je pourrai peut-être faire alors quelques observations.

M. Fossion vient de vous parler de l'influenza, et j'ai déjà dit, dans la dernière séance, ce qui s'est passé à l'égard des influences épidémiques que j'ai rassemblées sous ce nom. Je crois, en effet, que M. Fossion a énoncé une chose de toute justesse quand il a dit qu'il faut étudier l'influenza; je crois que c'est là qu'on peut découvrir des choses utiles. C'est dans les cas où, sous l'empire, sous l'influence des causes cholérigènes, il y a des indispositions qui ne sont pas assez graves pour troubler fortement l'économie, c'est alors qu'on peut suivre la filiation des symptômes. Or M. Fossion a été complètement d'accord avec moi, bien que nous ne nous fussions entendus en rien. Il a trouvé, comme moi, le refroidissement des pieds et la diminution de la circulation.

Il nous a dit que les gens aisés avaient été peu accessibles au choléra, et il a pensé que cela tenait aux conditions hygiéniques dans lesquelles les personnes aisées se trouvaient, et, d'une autre part, à l'état de santé.

On dit : les malheureux sont détériorés par la misère, et dès lors ils sont plus accessibles au choléra que les personnes chez lesquelles cette détérioration n'existe pas, et qui, par suite, résistent mieux aux influences cholériques. Il y a sans doute quelque chose à admettre dans ces propositions, mais il faut cependant faire une remarque : s'il n'y avait pas d'autres causes, il s'ensuivrait nécessairement que les personnes aisées, mais détériorées par des maladies antérieures, seraient accessibles au choléra, que chez les gens riches donc, on observerait assez souvent le choléra secondaire ou de complication. En effet, si vous admettez que les détériorations de la constitution sont des prédispositions au choléra, comme chez les riches il y a souvent des maladies chroniques, vous devriez trouver chez ceux-là le choléra terminant leurs maladies chroniques. Il n'en est rien cependant, et les riches, je ne sais pourquoi, sont si épargnés par l'épidémie que, lors même que leur constitution est détériorée, le choléra ne les

a pas atteints, ou presque pas. Dans une pratique assez étendue mais choisie, je puis affirmer que je n'ai pas rencontré un seul cas de choléra; cette observation n'appartient pas seulement à moi, elle appartient à tous les médecins. En prenant la table alphabétique d'un grand livre, on pourrait dire : là il y aura des cas de choléra, là il n'y en aura pas. Pourquoi cela? Je l'ignore.

M. FRANÇOIS : En 1832, ce n'était pas la même chose.

M. LOMBARD : Non, je le sais. Mon honorable collègue M. Fossion a parlé de la cholérine, et puis, sans beaucoup de transition, il est arrivé au traitement du choléra, de sorte que je n'ai pas pu savoir s'il applique la méthode excitante à la cholérine ou au choléra confirmé.

M. FOSSION : A l'un et à l'autre.

M. LOMBARD : Eh bien! M. Fossion est persuadé que les excitants sont de tous les remèdes les meilleurs. Moi, je suis persuadé, au contraire, que les excitants sont de tous les remèdes les plus mauvais. Je crois, messieurs, que les excitants diffusibles, l'éther, l'huile essentielle de menthe, donnés à des doses considérables, peuvent permettre parfois la guérison : mais je pense qu'il faudrait des choses bien extraordinaires pour empêcher la guérison de certains cholériques : les remèdes agissant peu, l'absorption ne se faisant pas, on pourrait peut-être donner aux cholériques les substances les plus dangereuses sans qu'elles produisissent grand effet. J'ai vu donner une demi-once d'huile essentielle de menthe, et le médecin se vantait de ne jamais rester au-dessous de cette dose.

UN MEMBRE : Est-ce une demi-once à la fois?

M. LOMBARD : Non, dans les vingt-quatre heures.

Une demi-once d'huile essentielle de menthe n'empêchait pas les cholériques de guérir. Je pourrais invoquer un témoin que m'a envoyé M. le président, et qui est M. Simon Cary : il vous dirait que beaucoup de cholériques, qui avaient pris de deux gros à une demi-once d'huile essentielle de menthe, ont guéri. (Interruption.) L'huile essentielle de menthe, dans son principe, ressemble beaucoup au camphre. (Nouvelle interruption.) Vous vous étonnez! Mais les journaux n'ont-ils pas fait connaître que mon collègue, à Gand, M. de Block, employait l'huile essentielle de menthe à la dose d'un gros, de deux gros? ne vous étonnez donc pas qu'on aille jusqu'à une demi-once : quand on est dans une voie, on marche.

Plus tard, ces mêmes médecins qui avaient employé l'huile essentielle de menthe à si haute dose l'ont abandonnée, et ils sont revenus à l'ipécacuanha et au calomel.

Quel qu'ait été le traitement employé, beaucoup de malades ont guéri. Je le disais tout à l'heure, et je le dirai toujours, je crois qu'il est fort difficile, impossible même d'établir une comparaison entre les différentes méthodes de traitement d'après les résultats qui ont été obtenus. Il faut tenir compte de la qualité du sujet, des circonstances dans lesquelles il a vécu, de celles dans lesquelles il se trouve, des circonstances de l'épidémie, de son début, de son milieu, de sa fin, de ses recrudescences. Vous voyez qu'il entre dans ce problème tant d'éléments qu'il est presque impossible d'arriver à un résultat juste.

Pour moi, l'état typhoïde qui survient après la cyanose me paraît résulter de l'usage des excitants employés à trop haute dose. Aussi, messieurs, me suis-je bien gardé de donner les excitants énergiques; lorsque j'ai cru devoir y recourir, je l'ai toujours fait avec beaucoup de modération : je préférais un peu d'eau de menthe, avec l'acétate d'ammoniaque et quelques grains de camphre. On a prétendu que le camphre, donné à très-haute dose de quart d'heure en quart d'heure, était un moyen certain d'amener la réaction. Nous avons essayé ce moyen, mais nous l'avons abandonné parce que nous avons remarqué que, lorsque les malades sortaient de la période cyanique, ils tombaient dans la période typhoïde, et comme le mal était beaucoup plus grave chez ceux qui avaient usé de cette médication que chez les autres, nous avons cru qu'il fallait employer des remèdes plus doux.

Je crois, messieurs, que si je rencontre encore le choléra, je ferai peu de chose en dehors de la médication vomitive. Je crois que l'expérience m'aura démontré qu'il faut être très-sobre de thérapeutique active. Quant aux évacuations, il faut préférer, selon moi, celles qui se font par le haut; ce ne sont guère que celles-là que nous provoquons et elles arrêtent ordinairement celles qui se font par le bas. Les évacuations supérieures ne débilitent pas le malade comme ces dernières; vous ne voyez pas, après les vomissements, le malade s'affaisser comme cela arrive quand les selles sont très-abondantes. Au contraire, les vomissements soulagent le malade. Un de mes confrères, le docteur Becasseau, a été atteint du choléra : il s'est fait vomir, il a pris de l'ipécacuanha, il a eu des vomissements abondants; chaque fois qu'il vomissait, il lui semblait qu'on enlevait la cause du mal, il se sentait mieux, le violent pyrosis qu'il ressentait diminuait, l'oppression disparaissait, il sentait, disait-il, la vie renaître en lui. C'est, messieurs, ce que nous avons toujours vu.

Pourquoi les vomissements sont-ils plus utiles que les évacuations alvines? Est-ce parce qu'ils débilitent moins l'économie? Je le crois.

Je reste convaincu, messieurs, que l'état typhoïde dont a parlé notre honorable collègue, et ses dangers résultent souvent des excitants employés à trop haute dose dans le cours de la maladie.

Vous vous rappelez, messieurs, que j'ai dit tantôt que le choléra ne sévissait guère chez les riches; je n'ai pas prétendu qu'il n'y eût aucune exception à cette règle. Quant au docteur Becasseau, il se trouvait dans une position toute particulière : il ne s'était pas couché de trois jours et trois nuits; il avait vu 40 malades par jour; il s'était voué au salut des cholériques; il était exténué de fatigue; il se trouvait au milieu de l'épidémie. Dans de semblables conditions, il devait certainement être atteint facilement. Mais sous le rapport de la position sociale, le docteur Becasseau n'était sans doute pas dans des conditions défavorables.

M. LE PRÉSIDENT : Je dois faire une rectification en ce qui concerne les malades traités par le docteur Meunier. Le nombre des malades était de 291, et il en a guéri 248. Ensuite sa thérapeutique ne consiste pas seulement dans la saignée, il a employé une série d'autres moyens.

UN MEMBRE : Est-ce qu'il a saigné tous ses malades?

M. LE PRÉSIDENT : Oui.

L'assemblée décide, par appel nominal, qu'elle se réunira samedi prochain à onze heures.

BIBLIOGRAPHIE.

EXPÉDITION DU GÉNÉRAL CAVAIGNAC DANS LE SAHARA ALGÉRIEN EN AVRIL ET MAI 1847, relation de voyage, exploration scientifique, etc.; par le docteur FÉLIX JACQUOT. — Paris, chez Gide et Baudry, rue des Petits-Augustins, 5.

Peu de sujets sont plus intéressants que les sujets de climatologie médicale. L'expression météorologique d'un pays donne la mesure et le caractère des effets que le climat peut produire sur l'homme. Ce thème n'a pas peut-être assez occupé les anciens, qui n'avaient pas notre esprit aventureux, parce qu'ils manquaient de moyens suffisants pour le servir. Mais nous sommes dans des conditions bien différentes. Les communications sont si faciles et le deviennent d'une manière si complète, que dans peu d'années aucun lieu du globe n'aura échappé à l'exploration. Les caravanes de voyageurs auront pénétré partout. Et si ce résultat est regrettable pour ceux qui aiment à se composer un pays avec les seules ressources de l'imagination, il est fort heureux pour l'humanité en général, car elle pourra se répartir en un plus juste équilibre, et la misère y trouver un moyen de faire cesser ou de mitiger ses maux.

Notre pays qui a la faculté de l'initiative en bien des choses, choses bonnes en très-grande partie, mais choses mauvaises trop souvent, a déjà cherché à réaliser cette pensée sur le territoire algérien. Nous avons dans le nord de l'Afrique une grande surface de sol qui manque d'habitants et présente tout ce qu'il faut pour y faire prospérer une population nombreuse; elle est traversée de rivières et de cours d'eau, ses montagnes portent des bois séculaires; si des marécages en couvrent les plaines ou les basses vallées dans quelques régions, et si les marges des eaux courantes y engendrent des émanations morbides pendant les chaleurs, l'industrie humaine peut avoir raison de ces inconvénients et même les changer en avantages. Dans cette Italie que j'ai parcourue et dont j'ai étudié le climat, j'ai vu les maremmes de la Toscane, plus dangereuses peut-être que les marais Pontins, restituées à la culture et à la salubrité. La France ne peut pas être moins heureuse que l'Italie dans l'accomplissement d'une pareille œuvre; elle doit faire mieux et plus vite ce que la Péninsule, avec ses moyens d'action limités, a fait avec plus de lenteur et plus laborieusement. Elle n'a pas attendu cependant les travaux d'assainissement et les résultats pour appeler et fixer de nombreuses familles sur cette terre. L'homme apporte avec lui des moyens de *salubrification*, mot qui n'est pas admis, mais que je prie mes lecteurs de vouloir bien accepter. Son activité propre, même mal dirigée, est une force qui produit des modifications favorables à l'hygiène sur la terre et dans l'air. En transportant les masses de population que nous avons vues partir dans le courant de l'année dernière, la France a donc fait un grand pas; elle a diminué l'espèce de plénitude apoplectique de Paris dont les inconvénients étaient graves au physique comme au moral; et en versant ce trop-plein sur l'Afrique, elle a jeté les fondements d'un brillant avenir pour la colonisation.

Mais en présence de ces faits qui se répéteront, car avec nos moyens de transport il va se produire un constant va-et-vient entre la métropole et le nord de l'Afrique, il ne faut pas que la science reste indifférente à ce spectacle. Il est indispensable qu'elle se mette à l'œuvre à son tour, afin d'imprimer un élan de prospérité à un territoire si bien placé et constitué pour indemniser largement tous les efforts. Elle l'a déjà fait, ce qui ne veut pas dire qu'il ne lui reste pas encore beaucoup à faire. Vers la fin du règne de Louis-Philippe, un pépiniériste avait été envoyé du Jardin des Plantes pour répandre les plantations d'agrément et d'utilité dans toutes les parties de l'Algérie. L'institution qu'il créa se subdivisa en institutions secondaires et contribua à couvrir les campagnes et les routes des arbres à fruits et d'alignement qu'on y admire aujourd'hui. Je ne parlerai pas des recherches entreprises par la grande commission d'exploration dont feu Bory de Saint-Vincent était le président. Elle a fait des choses peu utiles, mais elle en a fait d'autres qui sont d'une valeur incontestable. Avant et depuis, des recherches nombreuses ont été poursuivies sur la constitution du sol et sur ses ressources minéralogiques. La médecine militaire a, de son côté, fait quelques travaux de géographie médicale; et dans ces derniers temps, M. le docteur Boudin, dont les travaux sont connus des lecteurs de la GAZETTE, a discuté les conditions de la salubrité des diverses régions avec des chiffres

et des explications qui prouvent à la fois la sagacité de l'auteur et le soin consciencieux qu'il a mis à remplir sa tâche. J'omets assurément bien des travaux, ne fût-ce que ceux de M. le docteur Durand (de Lunel), qui a analysé avec beaucoup de détails et avec non moins d'originalité les fièvres intermittentes de l'Algérie. Un travail qu'il faut aussi que je mentionne est celui dont je vais parler et sur lequel on me permettra de donner quelques développements.

On sait que l'Algérie est une lisière féconde, au pied d'une chaîne de l'Atlas; du petit Atlas au grand Atlas, le désert commence avec ses plaines de sable et ses rares oasis. Au delà de la grande chaîne sont les déserts sans fin, les oasis à distance considérable. Le voyageur craint avec raison de s'engager dans cette région même avec les meilleurs guides. A peine quelques caravanes qui viennent de l'intérieur de l'Afrique traversent d'oasis en oasis ces vastes surfaces, bien heureuses lorsqu'elles n'ont pas sombré sous le terrible simoun, au milieu de cette mer de fine poussière. Ce serait assurément une grande chose, et un bien précieux moyen de faciliter les communications, que de multiplier les îles de verdure où le voyageur peut faire halte et se reposer des fatigues de la traversée. Ce moyen paraissait avoir été trouvé, et voici comment : quelques puits artésiens furent creusés dans le voisinage de la mer, et même loin des côtes; ils réussirent sur tous les points. Or, en étudiant les rapports des différentes parties de la surface territoriale qui forme le nord de l'Afrique, il parut probable que les puits artésiens donneraient des résultats en deçà comme au delà de l'Atlas. En supposant l'hypothèse vraie, l'ingénieur qui s'était occupé de cette question, M. Fournel proposa d'établir des lignes de puits, à des distances plus ou moins grandes, dans le désert et dans des directions données. Ces puits, par l'eau qu'ils fourniraient, produiraient à la longue de la terre végétale, et celle-ci les conditions pour engendrer des oasis, ou, en d'autres termes, une suite d'îles de verdure qui serviraient de route aux caravanes, et commenceraient sur une plus large échelle la fécondation du Sahara ou des autres régions sablonneuses de nos possessions. Un mémoire fut présenté là-dessus à l'Académie des sciences. Il reçut un honorable accueil; mais, comme tant de choses utiles, ce qu'il contient de pratique n'a pas été encore mis à l'essai : il faut espérer que ce sera plus tard.

M. le docteur Jacquot n'a pas écrit son journal pour annoncer un système de colonisation, ou préconiser quelque idée nouvelle applicable au progrès de cette France du nord de l'Afrique; mais, faisant partie de l'expédition qui porta nos colonnes dans une région encore à peu près inconnue, il en a tracé le caractère topographique, la température, et enfin les avantages ou les inconvénients notables du climat, autant que pouvait le permettre la brièveté de son séjour. Les faits rapportés par M. Jacquot sont d'autant plus intéressants, qu'ils portent sur les campagnes qui séparent le Tell proprement dit, du Sahara algérien, de ce désert qui cache la mystérieuse Tombouctou, la ville centrale de l'Afrique, et avec laquelle il serait si important de rattacher de faciles moyens de communication. Une carte soigneusement relevée donne l'itinéraire de la colonne commandée par le général Cavaignac, et offre les dispositions des montagnes du petit Atlas et du grand Atlas. L'espace qu'elles renferment entre leurs plans parallèles est rempli d'une vaste surface coupée d'autres montagnes, et qui prépare au grand désert de Sahara, puisque celui-ci commence au revers méridional de la grande chaîne. Il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur ce tracé, parfaitement fait, je le répète, pour voir qu'on y trouve toutes les températures et tous les degrés de salubrité. Au sommet des montagnes, le froid règne, car les croupes du grand Atlas mesurent une élévation considérable. Dans les bas-fonds, des lacs très-étendus entretiennent pendant les chaleurs des émanations fébrigènes. Sur les bords des torrents, aux lits de roches dures, et aux bords suffisamment chargés de terre végétale, la végétation présente une merveilleuse splendeur. Cette végétation sert à mesurer même l'intensité de la thermalité annuelle. En quelques endroits, le dattier donne d'excellents produits et des produits précoces; dans d'autres, il n'en donne pas, ou en donne qui atteignent rarement un degré suffisant de maturité. Les points de climatologie que je signale ont besoin du concours de plus d'un esprit, lorsqu'ils sont étudiés avec quelque précision. L'homme qui était à la tête de l'expédition, et qui depuis a rendu de si grands services à la France, connaissait trop les avantages d'une exploration sérieusement scientifique pour ne pas en amener avec lui tout le personnel. Aussi voici quelle était la division du travail et le nom des hommes qui y jouaient un rôle. La topographie générale était sous la direction de M. Borel, capitaine d'état-major; la topographie spéciale des ksours (villages) et des oasis sous celle de deux officiers d'un mérite et d'un zèle reconnus. La géologie, la météorogie, l'histoire naturelle, etc., étaient échues à M. Auger, capitaine, et au docteur Jacquot, l'auteur de l'ouvrage que nous signalons aux lecteurs; enfin l'Atlas pittoresque, dont des vues charmantes ornent le livre, avait également pour collaborateur M. Jacquot, qui a le mérite rare de savoir se multiplier, en usant aussi facilement du crayon que de la plume. La fonction de médecin de l'armée d'Afrique, loin d'être une sinécure, lui attribuait d'assez lourdes occupations.

Par une sorte de prédilection, l'auteur s'occupe surtout dans son livre de géographie végétale. Il note les divers états thermométriques qu'il lui est permis de relever, mais il est surtout complet dans les tableaux de cette végétation qui change de caractère suivant les lieux et suivant les hauteurs. Je ne ferai pas l'énumération de tous les produits qui fructifient sur le territoire algérien et sur ce Tell si fécond qui mérite les louanges des anciens comme des modernes. Depuis le laurier-rose, le citronnier et l'oranger, dont les espèces sont européennes puisqu'elles croissent et prospèrent sur le littoral méditerranéen de la France et sur une grande partie du sol italien, depuis ces végétaux jusqu'aux labiées fructescentes, la flore et la faune algérienne sont d'une richesse qui tiennent de la splendeur. Le beau côté de la végétation appartient à la zone méditerranéenne; il se continue jusqu'à ses limites méridionales; il s'altère sur les hauteurs du petit Atlas; et lorsque le désert qui sert d'intervalle de séparation entre cette dernière chaîne et celles du grand Atlas fait briller ses nombreuses oasis au milieu des surfaces poudreuses de la plaine, quelques rares espèces se montrent çà et là sur cette teinte blanchâtre jusqu'à ces îles de terre végétale qu'ombragent des plantations de dattiers. Pour décrire la profusion végétale de quelques points du Tell, voici comment s'exprime M. Jacquot en parlant de quelques-unes de ces forêts pleines de vigueur qui ressemblent à l'éclatant fouillis des forêts vierges : « Les fourrés les plus épais de nos bois de France » ne peuvent donner une idée de la végétation abondante et variée qui » semble se disputer la place dans les ravins parcourus par un ruisseau. » De grands arbres, comme le mirocoulier, le peuplier d'Italie, le caroubier, forment une voûte serrée dont les intervalles sont comblés par des » vignes qui, semblables aux lianes des forêts du Brésil, jettent d'arbre en » arbre leurs branches puissantes et flexueuses d'où s'échappent des rameaux richement feuillés. Sous cette voûte se placent des espèces plus » humbles, le laurier rose, des buissons de jasmin, de garou, de lentisque » et de tamaris. » Ce morceau doit faire juger du reste. Il fait voir que M. Jacquot joint l'art de peindre à celui de savoir analyser.

La géologie algérienne est d'un grand intérêt. Il faut la connaître pour apprécier le rôle du sol sur le caractère du climat. Les roches solides correspondent aux terrains les plus salubres; les moins réfractaires à la désagrégation ou à la décomposition correspondent au contraire à ceux qui fournissent des éléments morbigènes. On peut en quelque sorte se guider sur ces différences pour déterminer si tel lieu est favorable à la population ou si tel autre se refuse à l'être. Cette partie, moins extérieure que la végétation, devait être moins bien traitée. D'ailleurs le sol, surtout dans les lieux inexplorés, n'est pas toujours coupé de manière à laisser juger de la composition des différentes couches qui se superposent l'une à l'autre. Les lits des torrents sont favorables aux investigations, mais dans des espaces assez circonscrits pour qu'il soit difficile d'apprécier autrement que par les analogies le caractère général de l'ossature. Toutefois, en climatologie médicale, il s'agit moins des couches profondes que de la superficie. Les premières doivent intéresser le géologue et surtout le minéralogiste; celles qui appartiennent à la surface sont les seules qui intéressent le médecin. Quant à celles-là, on comprend l'uniformité que présentent les plaines de sable; l'élément est le même sur une grande étendue; à peine quelques accidents en varient de distance en distance le caractère. Dans les terrains de production, les conditions géologiques changent : ou la végétation est nourrie par d'épaisses couches de terre végétale; ou des roches de structure poreuse se décomposent facilement et deviennent elles-mêmes un élément essentiel du terreau; ou des terrains solidement constitués présentent à l'observateur la structure dure des calcaires anciens ou des masses granitiques. Mais quelle que soit cette constitution du sol dans les lieux bas, ou sur les plateaux élevés, on sait la puissance que nous attribuons au travail humain. Avec son concours, tout se régularise et peut devenir sain, c'est-à-dire aider efficacement à la prospérité d'une population.

La météorologie, qui est pleine de faits et de détails curieux dans le livre de M. Jacquot, peut s'exprimer par des formules générales établies déjà par les grands climatologistes comme de Buck et de Humboldt. Il est connu que les terres d'un littoral de mer présentent, surtout quand la côte est découpée, un rapprochement dans les extrêmes d'hiver et d'été, ce qui donne des étés tempérés et des hivers d'un froid médiocre. Le contraire a lieu dans les profondeurs du continent; les chaleurs s'y élèvent très-haut en été, et les froids s'expriment par de grands abaissements thermométriques en hiver. C'est ce qui arrive en Afrique. La température la plus supportable et la plus modérée règne sur la région maritime du Tell; la plus immodérée correspond au voisinage de l'Atlas. Cela explique pourquoi les dattiers donnent de bons fruits dans les terres et n'en fournissent pas sur le littoral; c'est ce qui explique aussi pourquoi la zone de colonisation la plus favorable, abstraction faite du sol, appartient au Tell et non pas aux conditions météorologiques des surfaces plus continentales.

Je borne là ce que j'avais à dire sur un livre où la description et l'observation, en se prêtant un mutuel concours, font d'un travail scientifique une œuvre qui a l'agréable attrait d'une production littéraire. Ed. C.

REVUE HEBDOMADAIRE.

TERMINAISON DE L'ÉPIDÉMIE. — DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — MÉDICATION OPIACÉE DANS LE CHOLÉRA.

Nous nous réjouissons d'avoir à constater la décroissance non interrompue de l'épidémie, qui est entrée dans sa période de terminaison. Les décès ont notablement diminué pendant le cours de cette semaine, mais les entrées ont diminué plus encore. Les cas graves sont rares : tout porte donc à croire que nous aurons prochainement à annoncer la fin de l'épidémie de Paris.

Voici le relevé de la semaine.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX ET DE LA VILLE.

	ENTRÉES.		DÉCÈS		
DATES.	Hôp. civ.	Hôp. mil.	à domic.	hôp. civils.	hôpit. milit.
27 juin	22	Pour les 7 jours. 20	25	16	Pour les 7 jours. 16
28 —	22		23	16	
29 —	37		34	13	
30 —	25		23	19	
1er juillet . . .	22		23	12	
2 — . . .	19		16	10	
3 — . . .	23		4	14	
Totaux. . . .	170	20	148	107	16

— Nous avons promis de revenir sur la remarquable discussion qui se poursuit à l'Académie de médecine de Belgique, au sujet du choléra épidémique. Le nombre des questions qu'on y a traitées, l'étendue donnée à l'examen de chacune d'elles, nous obligera à diviser nous-même notre appréciation en plusieurs articles. Profitons donc vite des loisirs que nous fait l'Académie de Paris, dont toute la dernière séance a été employée en scrutins pour la nomination d'un nouveau membre, et, pour comble de malheur, en scrutins sans résultat (voir le compte rendu de la séance). Aussi bien, cette Académie va peut-être nous offrir bientôt une large compensation de son long silence à l'endroit du choléra, et attirer toute notre attention ; car on annonce que la commission chargée de l'examen de la question de la contagion a nommé son rapporteur, et nous avons lieu de croire que le rapport ne se fera pas attendre.

Dans les dernières séances de l'Académie belge, ainsi que nous le disions dans le précédent article, le débat a porté principalement sur la question thérapeutique. On a discuté à fond la valeur de l'opium comme anti-diarrhéique, celle des évacuants gastro-intestinaux, de la saignée, des excitants généraux. La lutte, comme on le pense bien, s'est établie surtout entre l'opium et les évacuants : c'est qu'au fond de cette sorte de rivalité, gît le problème capital de la clinique du choléra. L'opium, c'est, en thérapeutique, le représentant de la méthode symptomatologique, de celle qui n'a rien de plus pressé que de supprimer le symptôme du mal ; les vomitifs et les purgatifs, ce sont les représentants de la méthode que nous appellerions rationnelle, comme s'adressant aux éléments essentiels de la maladie, si nous ne craignions de soulever dès l'abord des difficultés théoriques, et que nous nous contenterons de caractériser en disant qu'elle a pour but d'aider, de diriger l'organisme dans des efforts d'expulsion nécessaires à la guérison. Voilà, en effet, les deux méthodes principales qui divisent les praticiens ; et peut-être les orateurs qui, à l'Académie belge, se sont occupés surtout de la thérapeutique, eussent-ils donné plus d'élévation encore et de force à leur argumentation si, au lieu de parcourir successivement les différents moyens de traitement en usage, l'opium, les vomitifs, les purgatifs, les sudorifiques, le calomel, etc., en donnant, chemin faisant, des raisons pour ou contre l'emploi de chacun d'eux, ils eussent commencé par discuter les grands principes sur lesquels doit être ou a été jusqu'ici fondé le traitement du choléra, pour descendre ensuite aux moyens d'application. —Convient-il d'arrêter le plus tôt possible la diarrhée et les vomissements ? Faut-il, au contraire, les provoquer, et jusqu'à quel point ? Est-il bon de provoquer immédiatement la réaction ? Quels sont les moyens propres à remplir chacune de ces indications ? — En procédant ainsi, on eût pu grouper les remèdes suivant leurs modes d'action, au lieu de les parcourir dans une ordre purement arbitraire, et l'on eût peut-être évité quelques exagérations, quelques malentendus, ou même certaines contradictions, au moins apparentes. C'est ce que nous aurons occasion de montrer bientôt.

Quant à nous, nous suivrons la marche que nous venons d'indiquer, et nous prendrons aujourd'hui, dans la discussion de l'Académie, ce qui a trait à la première méthode, à celle qui s'efforce de supprimer au plus vite les évacuations.

Sur ce sujet, la discussion a été des plus instructives, et nous ne craignons pas d'ajouter des plus profitables. Malgré tout le talent mis à son service, la méthode prétendue *abortive* a été vaincue. Ceux mêmes qui la défendent ont été amenés à reconnaître, dans de certaines limites, la vérité des faits au nom desquels on peut l'attaquer avec le plus d'avantage. Qu'avait dit, en effet, M. Lombard, le promoteur du débat ? Que le choléra ne guérit pour ainsi dire jamais sans évacuations, que le choléra *sec* est presque toujours mortel. Qu'a dit également M. Martens, qui s'est fait, sur les points essentiels, le champion de M. Lombard ? Que les choléras les plus graves étaient ceux où manquaient les évacuations, et l'honorable membre a rappelé qu'il en avait été de même dans l'épidémie de 1832. Voilà une grande expérience, de laquelle on tire cet enseignement, indépendant de toute théorie, qu'il est bon, indispensable, de provoquer ou d'entretenir des évacuations ; qu'il est nuisible, dangereux même, de les supprimer rapidement. Dans ces termes, qui sont les termes essentiels de la question, et laissant de côté pour le moment les dissidences accessoires, a-t-on formellement contesté le fait ? En aucune manière, bien que, par une contradiction difficilement explicable, on ait contesté la conséquence. Ainsi M. Fallot, qui préconise l'emploi de l'opium dès le début, c'est-à-dire la suspension subite des évacuations, regarde néanmoins ces évacuations comme le fait d'une réaction salutaire, d'une réaction *excitée par le principe conservateur*. M. Lebeau, tout en vantant également l'opium et la glace comme propres à arrêter le flux gastro-intestinal, affirme qu'un cholérique peut être regardé comme sauvé du moment où les déjections *de matières séro-albumineuses* font place à des déjections *jaunes et bilieuses*. M. Carlier, ce médecin homœopathe qui ne voit dans l'ipécacuanha qu'un modificateur des forces, ne conteste pas l'avantage qu'il y a *à ne pas supprimer les évacuations incontinent, dans les cas d'intensité moyenne, alors qu'elles sont peu abondantes et surtout peu altérées*, etc....

Nous ne voulons pas exagérer ces contradictions. Nous nous hâtons de

Feuilleton.

UN CONTRASTE AFFLIGEANT.

Lorsque j'avais l'honneur de porter l'habit d'officier de santé de l'armée, j'étais toujours douloureusement affecté du contraste affligeant qui existait entre les études, le savoir qu'on exigeait de nous, le zèle, le dévouement dont nous donnions des preuves chaque jour et la position plus que médiocre qui nous était faite. Atteints par la conscription, beaucoup de condisciples de l'école de Paris et moi, fiers de notre profession de médecin, qui est la connaissance de l'homme dans sa plus grande extension, n'ayant rien négligé pour rendre nos études profitables, tant soit peu enorgueillis de nos succès scolaires, quel fut notre désappointement lorsque nous nous trouvâmes lancés sans appui, sans direction, dans les grandes armées et les grandes guerres de l'empire. Loin de nous dire : Soyez les bien-venus, prenez votre part au banquet de la gloire ; en échange de vos fatigues, de vos privations, de vos talents, vous serez estimés, protégés, nous ne trouvions que froideur et dédain. A peu de chose près, nous étions considérés comme une superfétation, comme des hommes qu'on reçoit, qu'on emploie ou qu'on licencie selon la circonstance. Un vieux chirurgien-major, plein de sens, auquel je confiai mes réflexions, me dit : Ah ! vous en êtes là, jeune homme ; vous en verrez bien d'autres. Croyez-moi, accoutumez-vous de bonne heure à l'injustice et aux mécomptes, alors vous blanchirez tranquillement sous le bât ou le harnais. Songez que vous devez obéir, d'abord à vos chefs directs, ensuite à vos chefs militaires, puis à vos chefs administratifs. Il y a pour nous une *hiérarchie de vassalités* (ce furent ses expressions) qu'il faut accepter sous peine d'être brisé sans pitié. Mettez-vous bien dans la tête que les bonnes notes ne servent pas à grand'chose, et que les mauvaises nuisent beaucoup. Quant aux passe-droits, ils sont si nombreux, si saillants, qu'on n'y fait plus attention. Il faut d'abord que vous sachiez que la plume administrative est la véritable puissance directrice en tout ce qui nous concerne. M. le commissaire ordonnateur, que vous voyez si pimpant, si fier, si satisfait, est un échappé de bureaux avec lequel j'ai souvent dîné chez un petit restaurateur de la rue Saint-Jacques ; aussi m'évite-t-il le plus possible. Dans notre partie, voici des confrères aussi avancés que moi, gradés, décorés, et qui étaient encore à l'école quand je couchais au bivouac ou dans les tranchées. Ainsi, mon jeune ami, prenez-en votre parti ; exercez votre métier de sous-aide le mieux que vous pourrez, garnissez bien votre trousse, faites régulièrement vos pansements, étudiez un peu Lafaye ; tâchez de vous taire, et surtout gardez-vous d'écrire.

Mon vieux chirurgien-major avait complètement raison, et l'expérience m'en a pleinement convaincu plus tard. Certes il y avait pour beaucoup d'entre nous de l'estime et de la considération, mais personnelle, et qui ne devait rien au corps dont nous faisions partie. Ne tenant directement ni à la partie militaire ni à l'ordre administratif, nous avions les inconvénients de l'un et de l'autre sans

reconnaître, et on l'a pu voir par les précédentes citations, que ces honorables praticiens ne portent pas aussi loinque M. Lombard la confiance dans l'utilité des efforts expulsifs de la nature, et partant sont tenus moins que lui à aider ces efforts des moyens offerts par la thérapeutique. Mais il nous est impossible de ne pas prendre acte de cet aveu unanime du caractère critique et salutaire des évacuations cholériques. Nous aurons à voir, dans un prochain article, dans quelles limites elles conservent ce caractère et jusqu'à quel degré il convient de les entretenir. C'est sur ce point que la dissidence s'est surtout établie entre M. Lombard et ses adversaires. Pour le moment, nous soutenons avec ce dernier, avec M. Martens, qu'il n'y a pas, en thèse générale, de plus périlleux traitement du choléra que celui qui commence par supprimer les évacuations à l'aide de l'opium ou de tout autre moyen. Une expérience déjà ancienne, et portant sur des milliers de faits, nous a fait à cet égard une conviction inébranlable. Et l'expérience a été pour nous d'autant plus décisive qu'elle a été pour ainsi dire double et s'est appuyée tout à tour sur la preuve et la contre-épreuve. La preuve, elle est dans une multitude de cas où nous avons vu la diarrhée revenir obstinément autant de fois qu'on la supprimait à l'aide du laudanum ou du calomel uni à l'opium, deux fois, trois fois, dix fois, jusqu'à ce qu'éclatât un choléra algide, mortel en quelques heures. La contre-épreuve, elle est dans ce grand fait qu'il n'y a presque pas d'exemples de vrai choléra développé à la suite de diarrhées convenablement traitées par les purgatifs salins.

Et c'est ici qu'il faut regretter que M. Lombard ait cru devoir établir, pour le besoin d'une théorie mal fondée, une démarcation tranchée entre la cholérine et le choléra, et ait méconnu la filiation naturelle de ces deux formes morbides. Lui-même, s'il y réfléchit, reconnaîtra peut-être qu'il a ainsi discrédité, en en réduisant singulièrement l'emploi, en en rendant l'efficacité plus contestable, la judicieuse méthode de traitement qu'il préconise. « Avant la période cyanique, dit-il, il n'y a *pas de preuve* que ce soit le choléra. » Dès lors *pas de preuve* non plus qu'il soit utile d'administrer les évacuants dans cette période; *pas de preuve* qu'il soit dangereux d'attendre, pour y recourir, l'apparition de la cyanose; *pas de preuve* qu'il faille rejeter le traitement préconisé par M. Fallot, M. Lebeau et d'autres, le traitement par l'opium; en sorte que l'indication des évacuants ne se présente réellement qu'à un moment où la maladie est parvenue à un effrayant degré de gravité! Et la conséquence est tellement naturelle qu'elle ne fait qu'exprimer une opinion formellement émise par M. Martens lui-même. M. Martens, qui regarde les opiacés comme très-nuisibles dans le choléra grave, les déclare utiles dans la cholérine; et comme on ne peut guère adopter à la fois le traitement par l'opium et le traitement par les purgatifs ou les vomitifs, il en résulte nécessairement que cet honorable praticien réserve ce dernier genre de moyen pour les cas de choléra confirmé.

M. Lombard, tout en se constituant l'adversaire le plus décidé de l'opium, a pourtant cru, dans un accès de générosité, devoir le laver du reproche d'amener des congestions cérébrales, le coma, et cette apparence de narcotisme qu'on observe quelquefois dans la troisième période du choléra. Lui-même avait partagé cette appréhension en 1832; cette année il n'a pas donné d'opium, et les mêmes accidents n'en sont pas moins survenus. Telle est aussi la manière de voir de M. Fallot. En fait, il est très-vrai qu'un état de stupeur, fort analogue au narcotisme, marque souvent la période ultime du choléra chez des individus qui n'ont pas fait usage d'opium. Mais est-ce une raison d'admettre, même à ce point de vue, la parfaite innocuité de cette substance? Parce que des accidents plus ou moins semblables à ceux que produit l'intoxication par les narcotiques peuvent se produire spontanément, est-on suffisamment autorisé, à moins de se ranger aux doctrines de M. Carlier, et d'admettre la maxime *similia similibus*, à ne rien appréhender de l'emploi des narcotiques? Il nous semble, quant à nous, que les énormes doses de laudanum qu'on administre souvent, si elles venaient à être absorbées par suite de la cessation du flux intestinal, prépareraient singulièrement l'organisme à l'établissement de cette stupeur qui forme si souvent la dernière scène de l'affection cholérique. Dans la fièvre typhoïde aussi, dans certaines fièvres pernicieuses, dans d'autres maladies encore, la stupeur survient d'une manière spontanée. N'y voit-on pas néanmoins une contre-indication à l'emploi de l'opium? Pourquoi ne tirerait-on pas du même fait le même enseignement, pour une maladie qui a plus d'un rapport avec les fièvres pernicieuses et avec certaines fièvres ataxo-adynamiques?

De tout ce qui précède, il ne faudrait pas conclure que nous excluons absolument les opiacés de la thérapeutique de la cholérine et du choléra. Nous n'allons pas si loin. Dans la première de ces deux formes morbides, par exemple, quand un évacuant a donné pour ainsi dire satisfaction aux besoins de l'organisme (nous n'examinons pas pour le moment de quelle manière), le laudanum en lavement ou par la bouche, le diascordium, la thériaque, sont quelquefois utiles pour arrêter une diarrhée persistante, le ténesme et les tranchées qui, dans quelques cas, survivent à l'effet purgatif et se prolongent sans bénéfice aucun pour le malade. Nous accordons encore que, dans le cours de l'épidémie, principalement sous l'influence d'une excessive chaleur, certaines coliques sourdes, certaines tranchées aiguës, non accompagnées de diarrhée et affectant le caractère névralgique, ont pu être avantageusement arrêtées par les préparations d'opium à petites doses. Mais ce sont là des cas exceptionnels qu'on invoquerait en vain contre la règle émanée de l'observation générale; et nous maintenons que, en thèse générale, le traitement par l'opium est un traitement insuffisant dans la cholérine et très-probablement dangereux dans le choléra.

Nous nous occuperons des évacuants dans un prochain article.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE.

SUR LA DIRECTION QUE SE SONT PROPOSÉE EN SE RÉUNISSANT LES MEMBRES FONDATEURS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE POUR RÉPONDRE AU TITRE QU'ILS ONT CHOISI; lu le 7 juin 1848, par M. le docteur Ch. Robin.

Les sciences envisagées d'une manière générale au point de vue de la philosophie positive, et en faisant abstraction des considérations auxquelles se livrent à leur égard les partisans des philosophies théologique et métaphysique, se divisent naturellement en six branches fondamentales : 1° les mathématiques, 2° l'astronomie, 3° la physique, 4° la chimie, 5° la biologie, 6° la science sociale.

Cette division est fondée en premier lieu sur l'ordre de leur développement successif dans la série des temps.

---

en avoir les avantages: mi-partie de l'un, mi-partie de l'autre, il était très-difficile de nous classer. Si, confiants dans la haute importance de nos fonctions, nous osions faire des réclamations, c'est alors que nous étions considérés comme des brouillons, des turbulents, comme des gens difficiles à conduire et à discipliner; aussi les remontrances, les avertissements aigres, les circulaires passablement comminatoires, arrivaient sans interruption. Dans les hôpitaux, M. le commissaire des guerres, ou M. l'adjoint, ou M. l'aspirant à être adjoint, passaient l'inspection de leurs *subordonnés*, les louant, les blâmant ou les encourageant, selon les rapports qu'on lui faisait. Du reste, pas un chef du service de santé n'avait le droit de punir directement un infirmier, de permettre à un soldat convalescent de sortir de l'hôpital, ne fût-ce que vingt-quatre heures. Dans les corps où, à tout prendre, la position était meilleure, jamais l'assimilation ne fut complète avec les militaires, bien qu'il y eût toujours de la cordialité. Dans les hôpitaux, on se plaignait que nous envoyions les malades trop tard; dans les régiments, on se plaignait, au contraire, qu'on les envoyait trop tôt et trop facilement. On ne nous portait pas les armes. Jamais aucun officier de santé n'a fait partie des conseils d'administration ni des conseils de guerre, choquante anomalie qui n'existe pas dans l'état civil.

Personne n'eut plus besoin des officiers de santé de l'armée que Napoléon, et il ne fit rien pour honorer et élever le corps. Quelques décorations étaient données dans des circonstances graves, et rien de plus. Nos chefs mêmes, tous illustres par leurs talents éminents, n'eurent jamais de récompenses proportionnées aux services qu'ils avaient rendus. Aucun, dans la grande largesse des titres féodaux, n'a dépassé celui de *Baron*, le plus minime de tous. C'est peut-être sous le règne de Napoléon que les injustices les plus criantes eurent lieu; c'est alors qu'on inventa ce fameux uniforme à galons, véritable livrée de laquais, que personne ne voulait porter, et qui occasionna tant de discussions, de menaces et de récriminations. Et cependant combien de preuves de zèle, de dévouement et de sacrifices la médecine militaire n'avait-elle pas données! combien d'entre nous succombèrent dans les hôpitaux! A Jaffa, tous les chirurgiens périrent de la peste, sans qu'aucun eût l'idée de déserter son poste; tous, entendez-vous, et la fameuse épitaphe du poëte Simonide, pour les Lacédémoniens morts aux Thermopyles, pouvait leur être appliquée. Eh bien! ce fait est à peine connu; l'histoire même l'a oublié. Oh! non, la trompette de la renommée n'a pas le même retentissement pour tous les courages. On assure pourtant que Napoléon, frappé sans doute de l'affligeant contraste qui nous occupe, avait conçu le projet de donner une nouvelle et meilleure organisation aux officiers de santé de l'armée; mais, soit oubli, soit qu'il en ait été détourné par quelques personnes qui l'entouraient, il est certain que la médecine militaire n'a presque rien obtenu de lui. Toutefois, quand l'occasion s'en présentait, ce grand homme louait les chirurgiens et s'abandonnait à leurs conseils. En voici un exemple, déjà cité dans la Galerie médicale, article de Ribes. Pendant la retraite de Moscou, un certain nombre de blessés n'avaient pas été pansés; Napoléon l'apprit, et Dieu sait comment! « Déjà irrité par d'autres motifs, disait cet excellent Ribes, il n'en fallait pas davantage pour l'indisposer contre moi. On vint donc me chercher, et je me présentai avec calme devant l'empereur. Je savais qu'avec lui il ne fallait pas de longs discours. — Monsieur, me dit-il avec amertume, c'était une mission de confiance que je vous avais donnée,

Elle est basée en second lieu sur le degré de complication des phénomènes ou des objets qu'elles considèrent. En effet, abstraction faite des mathématiques, qui depuis Descartes et Newton sont la base de la philosophie naturelle plutôt qu'une de ses parties constituantes, nous voyons que l'astronomie envisage les phénomènes les plus simples, les plus généraux, les plus abstraits, les plus éloignés de nous. Ils influent sur tous les autres sans être influencés par eux. Les phénomènes considérés par la dernière de ces sciences sont au contraire les plus particuliers, les plus compliqués, les plus concrets et les plus directement intéressants pour l'homme. Ils dépendent de tous les précédents; ils sont influencés par eux, sans exercer aucune action à leur égard.

En troisième lieu, cette classification nous montre encore l'ordre d'enchaînement des sciences sous le point de vue de l'utilité de chacune relativement à celle qui la suit : utilité qui croît à mesure que l'on avance vers une science plus compliquée et par conséquent plus rapprochée de la fin de cette formule encyclopédique : utilité dont l'importance n'est pas encore sentie comme elle devrait l'être.

En dernier lieu, cette classification marque exactement la perfection relative de chacune de ces sciences, perfection qui consiste essentiellement dans le degré de précision auquel elles sont arrivées et dans la coordination des objets dont elles s'occupent. Plus les phénomènes sont généraux, simples et abstraits, moins ils dépendent les uns des autres et plus les connaissances qui s'y rapportent peuvent être précises en même temps que leur coordination peut être plus complète. Il suffit pour s'en assurer de comparer un instant ce que nous savons des corps bruts à ce que nous connaissons des êtres organisés.

Il ne faut pourtant pas croire que pour être moins précises, les dernières puissent arriver à un degré de certitude moindre que les premières; car la précision et la certitude sont deux qualités en elles-même fort distinctes. Rien n'est plus certain que les phénomènes que présentent les êtres organisés, mais aucuns ne sont moins précis, ne peuvent varier dans des limites plus étendues et d'après un nombre plus considérable de causes éventuelles.

Chacune des sciences dont nous venons de parler peut être envisagée sous deux points de vue. En premier lieu, elles peuvent être étudiées comme sciences ABSTRAITES, c'est-à-dire générales, envisageant les lois des diverses classes de phénomènes dont s'occupe cette science. Elles peuvent en outre être considérées au point de vue CONCRET, c'est-à-dire au point de vue descriptif et particulier, appliquant les lois générales précédentes à l'histoire de chaque objet en particulier. Elles constituent alors les sciences dites d'*application*, qui peuvent donner lieu à un grand nombre de subdivisions de la science principale.

La partie abstraite de chaque science en est la partie fondamentale. Les autres, quelle que soit leur importance par suite de leur utilité plus immédiate relativement à l'homme, ne sont réellement que secondaires, en ce qu'elles reposent sur les premières, lui sont subordonnées, lui empruntent leur base et la source de leurs progrès, etc. De là cette importance donnée instinctivement par tous à la science pure.

Parmi les sciences que nous venons d'énumérer, il en est une qui nous intéresse plus directement que les autres, c'est la *biologie*.

Les phénomènes dont s'occupe la biologie ont quelque chose de plus compliqué, de plus particulier que les autres, qui font qu'on les distingue facilement; ces phénomènes sont influencés par tous les autres sans réciprocité. Quelle que soit la manière dont on explique les différences qui séparent les êtres dont s'occupe la biologie de ceux qu'étudient les sciences inorganiques, il est certain qu'on observe dans les corps vivants tous les phénomènes, soit mécaniques, soit physiques ou chimiques, qui ont lieu dans les corps bruts. Mais on remarque qu'ils deviennent de plus en plus compliqués jusqu'au moment où ils sont tellement complexes que leur analyse physique ou chimique devient impossible, tels sont surtout les phénomènes nerveux, de sensibilité, intellectuels et moraux. Ils constituent dès lors un ordre tout spécial de phénomènes appelés *phénomènes vitaux*, les seuls méritant ce nom, coïncidant avec un état statique tout spécial aussi.

La biologie au point de vue abstrait permet de considérer les êtres organisés sous deux faces distinctes, sous le rapport *statique*, c'est-à-dire comme aptes à agir, et sous le rapport *dynamique*, c'est-à-dire comme agissants. Sous le rapport *statique* se rangent deux des quatre branches fondamentales de la biologie ; ce sont :

1° L'*anatomie*, qui étudie l'organisation des êtres, et dont le principal moyen d'investigation intellectuel est la comparaison.

2° La *biotaxie*, qui étudie les lois de l'arrangement des êtres en groupes naturels, d'après la conformité de leur organisation, qui se traduit au dehors par des modifications correspondantes des organes extérieurs.

Au point de vue *dynamique* se rangent les deux autres divisions fondamentales :

3° *La science qui étudie l'influence du milieu, ou si l'on veut des agents extérieurs sur l'être vivant.* Toute idée d'être organisé vivant est impossible, si l'on ne prend en considération l'idée d'un *milieu*. Ainsi l'idée d'être vivant et celle de milieu (air, eau, lumière, chaleur, etc.) sont inséparables. On ne peut concevoir non plus une modification de l'un sans que survienne une modification de l'autre par une réaction inévitable. Aussi l'étude de l'influence du milieu sur l'être organisé vivant et de celle de l'être sur le milieu sont-elles liées l'une à l'autre. Cette branche de la biologie dont on peut prévoir l'importance, en se rappelant les travaux de Williams Edwards, n'a pourtant été étudiée comme partie distincte que par M. de Blainville, qui n'a pu que l'ébaucher. C'est sur elle qu'est en grande partie fondé l'art de conserver la santé, l'*hygiène*, et cependant elle n'a depuis lors jamais été envisagée méthodiquement; aussi les matières qu'elle doit comprendre sont-elles éparses dans les livres où elles ne devraient figurer qu'à titre d'emprunt à la science mère; le plus souvent même il n'en est pas question. Il est vrai que par la suite, lorsque l'action des agents extérieurs sur les êtres vivants sera plus approfondie, cette science pourra être réunie à la physiologie, dont elle formerait la première partie. Mais jusqu'à cette époque peu prochaine, on ne saurait trop faire ressortir la nécessité d'étudier cette science méthodiquement, sous les divers points de vue qu'elle comporte chez les végétaux et les animaux isolés ou réunis en masses considérables, etc.

4° *La physiologie* forme la dernière branche fondamentale de la biologie ; c'est elle qui étudie directement les fonctions de chaque organe.

Chacune de ces divisions s'appuie sur celle qui la précède, comme la science de l'organisation tout entière s'appuie sur la chimie, et les faits dont elles s'occupent sont de plus en plus généraux et compliqués. Mais réciproquement l'étude de la science qui suit sert à reviser, à contrôler les notions acquises dans celle qui précède. Elles s'enchaînent donc l'une à l'autre, et sont rangées suivant le degré de complication des phénomènes dont elles traitent et de leur dépendance réciproque.

---

et pourtant vos blessés n'ont pas été pansés ; cela n'est pas bien. — Non, sire, répliquai-je, les blessés n'ont pas été pansés hier, ils ne le seront pas aujourd'hui, ils ne le seront peut-être pas demain. — L'empereur réfléchit un instant ; puis il me répondit avec bienveillance, sans m'en demander le motif (un froid excessif) : — C'est différent. Eh bien! docteur, faites ce qui vous semblera le plus convenable. » Des insinuations malveillantes avaient eu lieu évidemment contre Ribes et les officiers de santé, ainsi qu'il l'apprit depuis.

Combien il est à regretter qu'un homme comme Napoléon n'ait pas compris ce qu'était et ce que pouvait être un corps dont les éléments se composaient d'hommes dont la plupart étaient doués de talents et d'une instruction remarquable. Remarquez que c'était à une époque où une guerre effroyable régnait d'un bout de l'Europe à l'autre, quand de fréquentes et sanglantes batailles avaient lieu sur le sol étranger et plus tard sur celui de notre malheureux pays. Une chose digne de remarque, c'est que dans les grandes circonstances, les soldats savaient nous respecter, nous honorer. En effet, quand une action vive et meurtrière a lieu, quand les chefs répétant avec un calme stoïque le cri sinistre : *Serrez les rangs!* qui est-ce qui soutient encore le soldat, indépendamment de l'honneur du drapeau, c'est qu'instinctivement il sait que derrière lui de prompts secours l'attendent, et que ces secours sont dirigés par des hommes habiles, dévoués, intrépides. Or cette confiance était fondée sur de nombreux exemples. Quel est le chirurgien si étranger à son art qui ne sache que, pendant le siége de Metz, en 1568, si je ne me trompe, la garnison exprima par des cris de joie unanimes sa vive satisfaction en apprenant qu'Ambroise Paré, après mille déguisements et des périls sans cesse renaissants, avait pénétré dans la ville. Pendant nos guerres modernes, combien de chirurgiens n'ont-ils pas inspiré la même confiance, par leurs talents et leur intrépidité. C'est ainsi qu'en 1796, on vit le célèbre Percy, au moment de périr en passant le Rhin, à Manheim, emportant sur son dos l'officier du génie Lacroix, dangereusement blessé; le pont du Rhin était alors battu par douze pièces de canon tirant à ricochet; les Français qui étaient sur la rive opposée, pleins d'admiration pour une si belle action, soutenaient par leurs acclamations les efforts du chirurgien sous les pas duquel les pontons menaçaient de se rompre à chaque instant. Percy eut néanmoins le bonheur d'arriver sain et sauf sur la rive occupée par l'armée et d'y déposer son blessé, qu'il ne voulut jamais abandonner. Et pourtant, à quelque temps de là, ce même chirurgien fut obligé de défendre, devant un conseil de guerre, de jeunes confrères auxquels on imputait de ridicules fautes de discipline. De pareilles attaques contre les officiers de santé provenaient toujours de ce qu'on les regardait comme de simples employés temporaires, à peu de chose près comme des serfs de la glèbe administrative. Le général B... en était si bien persuadé qu'il envoya un jour une ordonnance au médecin en chef d'un hôpital, et à feu Lodibert, pharmacien en chef de cet hôpital, qui se plaisait à raconter cette anecdote, afin de se rendre immédiatement à son quartier général. Tous les deux obéirent avec empressement à l'ordre qui leur était donné. Or savez-vous de quoi il s'agissait? Le général fit appeler son cuisinier, muni d'un panier de champignons qu'on lui avait envoyé; il s'agissait de décider quelle était la nature de ces champignons, et si l'on pouvait risquer de les servir sur la table du Lucullus à épaulettes. Comme on doit le penser, ces deux officiers de santé se refusèrent avec indignation à un pareil emploi, ré-

De ce que les sciences se prêtent un mutuel appui en servant l'une à contrôler l'autre, et réciproquement, de ce que surtout on ne peut aborder rationnellement l'étude de l'une sans s'appuyer sur les notions fournies par celle qui précède, ce n'est pas à dire pour cela qu'elles ne soient pas distinctes, ou que celle qui suit soit un corollaire de la précédente ; car, à ce titre, il faudrait admettre que la biologie dérive de la chimie, et ainsi de suite. Aucune d'elles ne peut rentrer dans l'autre ; chacune a son champ nettement limité, malgré des points de contact fréquents, et ces limites ne peuvent être franchies sans beaucoup d'obscurité répandue sur le sujet qu'on veut éclairer.

Peut-être s'étonnera-t-on de ne pas nous voir énumérer plusieurs sortes d'anatomie, à l'exemple de presque tous les auteurs. C'est qu'il n'y a en effet qu'une seule sorte d'anatomie. Depuis que le génie de Bichat et les travaux des modernes sont venus achever l'analyse anatomique des êtres, qu'on commença spontanément par la division du corps en appareils et en organes, elle étudie les êtres organisés sous cinq points de vue. En premier lieu se présente l'examen des *éléments anatomiques* ou *organiques*, fibres, tubes, cellules, etc.; 2° celui des *tissus* proprement dits, résultant de l'arrangement réciproque d'une ou plusieurs espèces d'éléments anatomiques : c'est l'*histologie*, telle qu'elle a été comprise par Mayer, le créateur du mot en 1819; 3° celle des *systèmes de tissus*, envisageant surtout les lois de la distribution de ceux-ci dans l'économie ; 4° vient ensuite l'étude des *organes*, l'anatomie descriptive ; 5° enfin celle des *appareils*, *anatome animata*, la plus compliquée, la moins générale de toutes, celle qui a le plus directement en vue l'étude des fonctions.

A l'étude des *systèmes* et des *tissus*, qui formaient l'*anatomie générale* de Bichat, on doit joindre celle des *éléments anatomiques*, conquête due au microscope ; on aura de la sorte l'*anatomie générale* telle qu'elle doit être envisagée, et composée des trois parties de l'anatomie les plus intimement liées l'une à l'autre.

Ce n'est pas par oubli que l'*anatomie comparée* n'est pas mentionnée ; on ne doit y voir, au lieu d'une espèce à part d'anatomie, que la transformation irrationnelle en science distincte d'une des méthodes d'exploration biologique. A l'appui de ce fait, il suffit de rappeler que chacune des sciences fondamentales est la source naturelle de chacun des principaux moyens d'exploration que nous possédons, ainsi que des différentes parties de l'art logique. La physique et la chimie, par exemple, portent au plus haut degré l'*art d'observer* et celui d'*expérimenter*, en même temps que cette dernière développe plus que toutes les autres l'*art des nomenclatures*. Quant à la biologie entière, c'est la *comparaison* qu'elle développe par-dessus tout, et qui est son principal procédé intellectuel d'exploration. La *méthode comparative* n'est donc pas une science à part : c'est un moyen mis au service de toutes les branches de la biologie, quelles qu'elles soient, afin d'arriver, par la connaissance des organes et des fonctions les plus simples, à celles dont la complication est devenue un trop grand obstacle pour une étude directe. Par conséquent, en quelque occasion que ce soit, on ne peut se passer de ce puissant appui, dont la nécessité se fait sentir dans l'étude de l'homme bien plus que dans celle de tout autre animal, puisque de tous il est le plus compliqué, le plus difficile à étudier. Ce sujet est celui qui nous intéresse le plus directement; c'est, à quelques exceptions près, le seul qui nous soit immédiatement utile. Nous devons par conséquent reconnaître que c'est sa structure qu'il faut toujours avoir pour but d'éclairer en étudiant un animal quelconque ; et de même, en faisant l'anatomie, c'est la connaissance des fonctions que nous devons toujours avoir en vue. Nous le répéterons : l'anatomie et la physiologie de l'homme ne sauraient être bien connues qu'à l'aide d'une étude approfondie de celle des animaux, qui nous montrent séparément ce qui est réuni chez lui. La *théorie des analogues*, si singulièrement repoussée, n'est autre chose que la méthode comparative envisagée philosophiquement.

Ajoutons, en terminant, que la biologie a la propriété de développer l'*art des classifications* au plus haut degré, tandis qu'il était presque nul dans les autres sciences, et que la *science sociale*, celle qui étudie les êtres réunis et organisés en société, a pour principal moyen d'étude la *méthode historique*, ou étude de la filiation des faits.

Nous venons d'envisager la biologie au point de vue **abstrait**, c'est-à-dire considérant les êtres en général.

Au point de vue *concret*, c'est-à-dire individuel, descriptif ou d'application, elle se divise en deux branches.

En premier lieu, l'*histoire naturelle* proprement dite, science qui envisage isolément chaque espèce d'êtres successivement sous les quatre points de vue, anatomique, biotaxique, de la science des milieux et physiologique, déjà étudiés d'une manière générale pour l'ensemble des êtres.

Puis vient la *pathologie*, *histoire non naturelle*, science complémentaire, extension des précédentes à des états accidentels, et basée sur leur étude ; elle est destinée à nous faire connaître, à l'aide d'une connaissance exacte et indispensable de l'état normal, les altérations que peuvent subir les organes, afin d'arriver par cette connaissance à rétablir cet état naturel. Elle n'est encore étudiée, selon son importance, que chez l'homme ; ses progrès ne sont si lents que parce qu'à l'exception de quelques esprits éminents, la plupart des pathologistes négligent les matériaux fournis par l'étude des maladies des animaux.

Ce n'est pas tout encore : à côté de chaque science nous pouvons voir un art principal se développer d'une manière correspondante. A côté de la géométrie l'architecture ; à l'astronomie répond l'art nautique ; à la physique et la chimie répondent les arts industriels; enfin, en biologie, à l'histoire naturelle correspondent l'art de la culture des végétaux et de la domestication des animaux ; à côté de la *pathologie* se range l'*art médical*. C'est pour nous le plus important, celui vers lequel tendent naturellement tous nos travaux. Nous aurions pu y joindre l'art de l'*hygiène*, placé spécialement à côté de l'étude scientifique des milieux ; l'*art obstétrical*, à côté d'une des parties de la physiologie. Enfin, les différentes branches de l'esthétique puisent toutes leurs inspirations dans l'étude des phénomènes sociaux. Toutes cherchent à les reproduire, à les exprimer de la manière la plus régulière, la plus théorique, en éliminant tout ce qui peut nuire à l'idée du résultat effectif.

L'anatomie, la physiologie et même la pathologie, considérées comme sciences, sont actuellement assez avancées pour que nous n'ayons désormais plus besoin d'être stimulés par l'étude des altérations pathologiques et les exigences de la pratique de l'art médical pour remonter à l'étude de l'état normal. Du reste, déjà trop d'exemples sont venus nous montrer qu'en agissant de la sorte, on avait souvent décrit comme pathologiques des dispositions normales dont l'étude n'avait pas été faite, pour que nous hésitions à nous proposer pour but l'étude directe de l'état normal, et descendre ensuite à l'observation des altérations morbides, laissant au génie de chacun tout ce qui concerne les applications à l'art médical. On ne saurait douter que cette marche n'ait plus tard, sur la pratique de la médecine

---

pendant qu'ils étaient au service des militaires malades, et non pour diriger la cuisine de qui que ce soit.

On ne finirait pas si l'on voulait rappeler les petites avanies, les humiliations, les déboires, les injustices, les mécomptes, les tracasseries, qu'a éprouvés le corps des officiers de santé de l'armée à toutes les époques, cause de l'affligeant contraste qui existe entre ses nobles fonctions et la position qu'on lui a faite. Sous la restauration, les choses restèrent à peu près dans le même état que précédemment. Il est néanmoins une circonstance qu'il convient de rappeler, parce qu'elle met parfaitement en relief l'opinion qu'on avait des officiers de santé, c'est qu'on ne voulut jamais leur accorder la croix de Saint-Louis ; aucun d'eux, en effet, n'a obtenu cette décoration. Est-ce donc parce qu'ils n'étaient pas militaires? Nullement, car les intendants, les sous-intendants et autres fonctionnaires de l'ordre administratif pouvaient aspirer à cette dignité. Cette exclusion formelle, on peut le répéter, dessine parfaitement la position et la met en saillie; il est inutile d'ailleurs d'en tirer les conséquences, elles arrivent d'elles-mêmes ; j'expose les faits et je les laisse crier.

Sous le dernier gouvernement, les mêmes abus ayant continué, le découragement fut complet et les démissions devinrent si multipliées, que le corps des officiers de santé de l'armée était menacé d'une ruine complète. On voit qu'en législation et en destitution, *toutes les sottises sont mères*; la vérité de cette assertion se trouva ici pleinement démontrée, et l'on recueillit ce qu'on avait semé. C'est alors qu'on résolut d'agir un peu plus largement envers la corporation des médecins militaires; on augmenta les appointements, on en donna même aux élèves ; on élargit certaines voies, etc. Mais quant à donner au corps l'indépendance et la position qui lui sont dues, à assurer la carrière, à garantir fortement les droits acquis, à donner *légalement* du poids et de la considération aux officiers de santé, à les assimiler complétement aux officiers de l'armée, il n'en fut pas question. Du reste, on vit la même instabilité dans les lois, dans les règlements, dans les arrêtés qui les concernent. Le chaos est partout, mais le chaos du chaos est certainement dans la législation de la médecine militaire. D'un autre côté, si on fit quelques avantages matériels aux officiers de santé de l'armée, on exigea d'eux des preuves de savoir plus fortes, plus étendues ; on voulut même, pour les grades inférieurs, les titres de docteur en médecine. Mais qui ne sait qu'aujourd'hui ce titre est difficilement accordé? Pour l'obtenir, il faut préalablement avoir le diplôme de bachelier ès lettres, comportant à lui seul un vaste programme de savoir littéraire ; puis vient le diplôme de bachelier ès sciences, qui est à son tour un immense programme scientifique. On exige de plus, pour certaines positions, des concours, où il faut faire preuve d'autant de science et de talent, que pour disputer une chaire à l'une des trois Facultés de médecine. Aussi que d'études, de labeurs, de soins, d'angoisses, de tribulations, pour obtenir ce diplôme de docteur et vieillir ensuite dans les *honneurs obscurs* d'un grade de sous-aide et d'aide-major dans un coin de la France ou au fond de l'Algérie. Il est vrai qu'à force de temps et de patience on parvient quelquefois à devenir chirurgien-major, le point suprême, l'ultimatum, la colonne d'Hercule des neuf dixièmes des chirurgiens de l'armée, ce qui n'en démontre que mieux l'affligeant contraste, l'énorme disproportion entre ce qu'on exige d'une part et ce qu'on obtient de l'autre ; c'est-à-dire une condition très-médiocre, ne préparant aucun avenir satisfaisant. Et puis, qu'on s'étonne

la même influence que l'étude de la physique et de la chimie pure ont eue dans la moitié de ce siècle sur les arts industriels. Aussi ne rechercherons-nous pas ces observations chargées de chiffres dans lesquelles, sans tenir compte de nos connaissances actuelles en physiologie, on semble refaire en quelque sorte l'histoire naturelle du malade jusque dans ses plus minutieux détails, comme si c'était une nouvelle espèce d'être encore inconnu. Ne doit-on pas, au contraire, considérer comme connus l'état normal et les limites dans lesquels il est susceptible de varier ? N'est-ce pas d'une manière incessamment comparative que doivent être faites ces descriptions ? Il y a certainement autre chose que de l'indifférence dans cette répulsion instinctive qu'inspirent ces travaux, qui, s'ils pouvaient être suivis pour modèles dans l'étude de chaque affection, rendraient matériellement impossible l'étude de la biologie même spécialisée à l'homme seul. Ce n'est pas l'exactitude dans les observations que nous repoussons ici, mais ce vice de méthode qui cherche à introduire dans l'étude des corps organisés une précision mathématique que la nature trop complexe de leurs phénomènes ne comporte plus. Ainsi le démontre l'expérience, et d'ailleurs tous les faits chimiques et une grande partie des phénomènes physiques ne peuvent déjà plus en recevoir l'application.

Si en choisissant un titre aussi général que celui de *Société de biologie*, nous embrassons un vaste sujet d'étude, ce n'est pas sans connaissance des choses.

D'abord nous envisageons les végétaux aussi bien que les animaux, et nous n'avons pas séparé encore leur étude, parce qu'il n'est pas une des divisions indiquées plus haut qui ne se rapporte aux uns aussi bien qu'aux autres, tant sous le point de vue statique que sous celui des actions, etc.

Ce titre, et les divisions qu'il comporte, ont été choisis pour faire sentir que si l'art médical a été primitivement la source de nos connaissances en physiologie, en pathologie, puis a montré la nécessité de l'anatomie, etc., le temps est venu, par suite du développement de ces sciences, de les considérer d'abord indépendamment de toute idée d'application. Ce n'est que de la sorte qu'elles pourront faire de rapides progrès. C'est la marche qui a spontanément été suivie dans toutes les autres sciences, comme le montre leur histoire; mais la complication de la biologie et l'irrationalité des méthodes suivies dans son étude exigent que sa marche soit nettement tracée d'avance, si l'on veut voir, par une réaction inévitable, l'art médical faire bientôt des progrès rapides, analogues à ceux que l'étude isolée de la physique et de la chimie ont déterminés de nos jours dans les arts industriels.

Ainsi notre Société n'est pas une Société d'anatomie pathologique ni de pathologie. Nous avons pour but, en étudiant l'anatomie et les classifications des êtres, d'élucider le mécanisme des fonctions; en étudiant la physiologie d'arriver à connaître comment les organes peuvent s'altérer, et dans quelles limites les fonctions peuvent dévier de l'état normal. Mais pour cela, c'est d'abord la disposition naturelle des choses qu'il faut connaître, et si nous appelons à nous autant que possible les cas anormaux, ce n'est qu'autant qu'ils sont susceptibles, directement ou indirectement, d'éclairer l'état normal; c'est comme autant d'expériences toutes faites que nous les désirons. Hors de ce point de vue, c'est-à-dire considérés isolément, en eux-mêmes, sans relations établies entre la structure normale et la fonction, ils nous sont inutiles.

Ce but une fois atteint, les applications directes à l'art médical se présenteront spontanément en grand nombre, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'une réunion d'efforts; car les applications ne peuvent qu'être abandonnées au génie de chacun. Toute autre marche, du reste, n'atteindrait pas ce but, le seul en définitive qui soit utile et auquel on puisse espérer d'arriver.

Si encore nous avons choisi ce titre, c'est pour faire sentir que l'art médical n'emprunte pas seulement à l'anatomie, la physiologie et la pathologie, mais de plus à l'histoire naturelle d'un grand nombre d'êtres. Ainsi, pour l'étude des médicaments, il est à chaque instant obligé de puiser ses renseignements dans la *taxonomie végétale* et les autres parties de l'histoire des plantes. Dans l'étude des parasites, c'est encore à l'histoire naturelle des animaux et des végétaux que le médecin doit recourir, puisque les maladies qu'ils causent ne sont que le résultat des mœurs de ces êtres ou de plusieurs de leurs phénomènes vitaux.

C'est pour montrer enfin que l'art de conserver la santé, que l'hygiène, partie si importante de l'art médical, est fondée tout entière, non-seulement sur l'anatomie et la physiologie, mais spécialement sur l'étude de tous les êtres avec les milieux où ils vivent. Remarquons que l'étude de l'influence des agents modificateurs externes qui font partie des milieux complexes (gaz, vapeurs, lumière, électricité, chaleur, etc.) habités par l'homme et le reste des êtres prend chaque jour plus d'importance.

C'est certainement pour avoir voulu considérer l'art médical exclusivement, comme point de départ et non comme but, sans s'appuyer sur les éléments d'études que lui fournissent les autres branches de la biologie, que trop souvent des tentatives analogues à celles que nous faisons ici se sont vues, au bout d'un certain temps, frappées de stérilité. Du reste, déjà d'autres sociétés, dont nous faisons partie pour la plupart, ont pour direction spéciale l'étude directe de la pathologie, dont on ne saurait mettre en doute l'importance, vu les applications immédiates à l'homme. C'est donc à chercher à compléter autant que possible, sous un autre point de vue, l'ensemble des connaissances qui nous sont nécessaires à tous que doivent tendre nos efforts collectifs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LE CHOLÉRA; lues à l'Académie de médecine de Belgique par M. Raikem.

Je crois d'abord devoir prévenir que les sujets soumis à mes investigations avaient succombé au choléra grave au bout de quelques heures ou de peu de jours, avant que la période de réaction fût bien établie, chose très-importante et à ne pas perdre de vue, parce que, suivant moi, les altérations pathologiques qui accompagnent le choléra-morbus ou qui lui succèdent sont d'une tout autre nature que celles qui se développent dans la phase de réaction. Les premières ne présentent pas les caractères anatomiques propres à l'inflammation, tandis qu'on les rencontre souvent dans les secondes.

§ I. — ÉTAT EXTÉRIEUR DU CADAVRE.

En général, la chaleur animale se conservait plus longtemps que de coutume; mais dans aucun cas, immédiatement après la mort, elle ne m'a

---

si beaucoup refusent de s'engager dans une telle voie, si ceux qui la suivent la regardent moins comme une carrière réelle que comme un *pis aller* momentané. Toutefois, eux-mêmes y sont trompés, car en croyant s'y abandonner pour peu de temps, la fleur de la jeunesse se passe, les années et les déceptions s'accumulent, on perd le ressort de la vie et de la pratique civiles, enfin on arrive à obtenir, après trente ans accomplis de services, une chétive pension de retraite qui, si on a de la famille, n'empêche pas toujours de sentir les atteintes de ce cilice caché sous l'habit qu'on a appelé la pauvreté; on a un morceau de pain quand on n'a plus de dents.

Bien des fois on a fait sous ce rapport des reproches à la haute administration, reproches en général peu fondés. Si quelques administrateurs ont en effet abusé de leur influence dans la teneur de certains règlements, dans l'interprétation de quelques décrets, il en est qui, pleins de droiture, ont gémi de ce qui fut et de ce qui est encore. Il faut vraiment admettre ici une sorte de fatalité, telle que ce noble corps des officiers de santé placé sans appui, sans défense, sans forte base entre l'armée et l'administration, se trouve par cela même froissé, heurté, broyé entre ces deux choses. Toujours est-il que rien n'a été changé pour les officiers de santé; en veut-on encore un exemple récent? Il y a quelques années un ministre de la guerre, assurément d'un nom bien obscur dans nos fastes militaires, et qui sans doute n'eut jamais besoin des chirurgiens de l'armée, déclare dans une circulaire que les officiers de santé n'avaient aucun droit aux honneurs funèbres militaires. Ce trait seul pourrait suffire à démontrer l'opinion de certains hommes sur le corps des officiers de santé. Mais à qui ces honneurs funéraires seront-ils décernés avec plus de justice? qui donc a montré plus de courage devant l'ennemi, plus de résignation dans les hôpitaux, *ce champ de bataille des épidémies*, plus de dévouement à servir le soldat malade ou blessé, à calmer ses douleurs, à soutenir son moral que ces hommes auxquels vous essayez en vain d'appliquer un sceau d'infériorité sociale ? Les rois et les grands d'autrefois qui vous valaient bien n'en jugeaient pas ainsi. Pierre le Grand assista un flambeau à la main aux funérailles de son médecin Areskins qui dirigeait le service médical de ses armées; il en eût fait autant pour son chirurgien Deborne qu'il aimait beaucoup et qui l'opéra dans sa dernière maladie. Le chirurgien-major Jean Turodin, étant tombé malade pendant le siége de Béthune, fut accueilli par Fénelon dans son palais archiépiscopal. Turodin étant mort, ce fut ce grand prélat qui officia aux funérailles du chirurgien. Lorsque notre illustre Larrey, tant estimé de l'empereur Napoléon, mourut en 1842, jamais on ne put obtenir que ses restes fussent déposés à l'hôtel des invalides, et cependant le corps de Sabatier y repose; bien avant lui, le chirurgien-major de l'hôtel, Jean Morand, reçut le même honneur, et dans l'église même, ainsi que nous l'apprend l'*index funereus* de Devaux (1), distinction qui n'était accordée qu'aux officiers supérieurs de l'hôtel.

Des exemples contraires n'ont lieu qu'à notre époque, précisément quand les éminents services des officiers de santé de l'armée sont connus et estimés de

(1) *Exuviæ sitæ sunt in basilica regiarum ædium, ubi vivens tam bene de omnibus fuerat meritus*, dernière et excellente réflexion qui peut s'appliquer au plus grand nombre des chirurgiens.

paru s'élever sensiblement, de manière à acquérir un degré supérieur à celui qu'elle présentait pendant l'agonie. Je n'ai pas vu les cadavres des cholériques qui venaient d'expirer exercer des mouvements spontanés, soit avec les membres, soit avec les lèvres; néanmoins un élève interne et plusieurs infirmiers m'ont attesté avoir été témoins deux fois de phénomènes semblables. La face était pâle, grippée, offrant ses muscles contracturés, parfois plus rétractés d'un côté que de l'autre, en sorte que l'un des angles des lèvres était plus relevé que celui du côté opposé, et que la bouche était restée légèrement entr'ouverte, surtout d'un côté. Dès l'instant du décès, tous les membres deviennent roides. Cette roideur se maintenait beaucoup plus longtemps qu'à la suite de la plupart des autres maladies; elle durait quelques jours, même alors que la putréfaction avait commencé à s'emparer des parois antérieures de l'abdomen, et que les cavités splanchniques avaient été ouvertes depuis plus de quarante-huit heures. En outre, elle était accompagnée de dureté et de saillies musculaires très-prononcées, de l'extension du pied et d'une contraction forcée des doigts de la main sur le pouce, contraction qui était telle qu'il fallait employer un grand effort pour la vaincre, et qu'elle se reproduisait aussitôt qu'on cessait d'opérer l'extension.

Les ongles et les doigts des mains étaient ordinairement cyanosés. Cette teinte livide avait son siége dans le tissu vasculaire sous-jacent, et, chose remarquable, quand on venait à comprimer fortement les parties, elles pâlissaient pour reprendre aussitôt après leur couleur primitive, ce qui a également lieu pendant la vie chez les cholériques, quand on fait subir une légère compression momentanée à la peau cyanosée : expérience servant à démontrer que le sang noir qui engorge alors les capillaires cutanés n'est pas coagulé, mais encore liquide, puisqu'il est susceptible d'être facilement déplacé, comme semble aussi le prouver la disparition de la cyanose dans beaucoup d'endroits à l'instant de la mort.

§ II. — TÊTE.

Les vaisseaux artériels disséminés à la surface de l'encéphale contenaient ordinairement un peu de sang noir et épais, bien distinct à travers leurs parois semi-transparentes. Souvent les sinus veineux, spécialement les latéraux, renfermaient aussi du sang noir, visqueux, demi-coagulé, et il en était de même des ramifications veineuses qui rampent au-dessous de l'arachnoïde et des convexités cérébrales.

Il m'est arrivé une fois d'apercevoir des bulles gazeuses dans l'une de ces ramifications veineuses, chez un cholérique qui avait succombé au bout de cinq à six jours de maladie, qui n'offrait aucun indice de putréfaction commençante, et qui conservait encore un reste de chaleur animale, quoiqu'il se fût écoulé plus de trente heures depuis la mort. Après avoir ouvert le thorax du même sujet, une légère compression, exercée avec la main sur les parois du ventricule droit du cœur, fit sortir de quelques divisions des veines jugulaires, qui avaient été ouvertes, une grande quantité de bulles aériformes et de sang écumeux. On a vu quelquefois s'échapper des bulles de gaz avec le sang qui sortait de la veine ouverte d'un cholérique pendant la vie, et plusieurs médecins dignes de foi, entre autres M. le professeur Spring, ont souvent rencontré du fluide aériforme dans les veines cérébrales des individus morts du choléra.

La substance cérébrale ne m'a pas présenté d'altération constante; cependant j'ai presque toujours trouvé les plexus choroïdes, la toile choroïdienne et les veines de Galien, hypérémiés et gorgés de sang.

Le commencement de la moelle épinière, dans la majeure partie des cas, m'a paru plus consistante que de coutume.

§ III. — THORAX.

J'ai constamment rencontré les parois du ventricule droit du cœur dans un état de flaccidité et de relâchement extraordinaire, tandis que le ventricule gauche se trouvait plus ou moins contracté. L'oreillette droite était excessivement remplie d'un sang noirâtre, poisseux, souvent caillé; le ventricule du même côté en recélait, au contraire, une beaucoup moins grande quantité. Dans les cavités gauches, il n'y avait que fort peu d'un sang noirâtre et épais, moins dense et plus liquide que celui renfermé dans les cavités droites. On aurait pu présumer, d'après cela, que le cœur avait cessé tout à coup de fonctionner pendant la diastole du ventricule droit et la systole du ventricule gauche (1).

Les veines caves, les azygos, les intercostales et les mésaraïques, etc., contenaient ordinairement du sang noir, épais en plus ou moins grande quantité; mais souvent ces dernières veines étaient flasques, affaissées, renfermaient moins de sang que ne le comportait leur calibre, et ne présentaient aucune altération appréciable dans leurs parois.

Quant aux artères, j'ai rencontré assez fréquemment un peu de sang noir dans leur cavité, surtout dans l'aorte et dans les carotides, dont la face interne m'a plusieurs fois offert une teinte rosée, tandis que leur tunique interne était ramollie, s'enlevait aisément en lambeaux et laissait apercevoir dans le tissu cellulaire sous-jacent une foule de petites stries blanchâtres, formées par une matière athéromateuse.

Les poumons étaient en général plus ou moins affaissés, laissant entre leur superficie antérieure et la plèvre costale un intervalle de 2 à 3 pouces. Leur face antérieure convexe était inégale et bosselée. Leur substance était moelleuse au toucher et offrait peu de crépitation. Ils étaient flétris, légers et presque exsangues dans la majeure partie de leur étendue, à l'exception de leur partie postérieure et inférieure qui était le siége d'un engorgement sanguin peu considérable et présentait une couleur d'un rouge plus ou moins foncé. En outre, ces viscères étaient le plus souvent emphysémateux, conservaient l'impression des doigts qui les comprimaient, avaient une pesanteur spécifique bien inférieure à celle de l'eau, ne renfermaient pas de mucus ni d'écume dans les bronches et ne recélaient une quantité notable de sang noirâtre que dans les vaisseaux sanguins de leur partie postérieure et inférieure.

Je n'ai jamais rencontré de tubercules dans les poumons des cholériques; cependant, chez l'un d'eux, il y avait de la matière tuberculeuse dans les glandes bronchiques et dans le tissu cellulaire sous-muqueux de l'intestin iléon. Ces viscères ne m'ont jamais non plus présenté des traces évidentes de phlegmasie. Cependant, chez une jeune femme morte au cinquième jour et qui avait présenté au quatrième un point pleurétique à droite, auquel avait succédé une hémoptysie, j'ai rencontré une sorte de splénisation dans le lobe inférieur du poumon droit, lésion que je crois devoir rapporter, d'après les caractères anatomiques qu'elle présentait, à une congestion hémorrhagique avec épanchement sanguin dans les vési-

(1) Dans un rapport lu à l'Académie de médecine de Paris, en décembre 1831, il est dit que le cœur, dans les cadavres des cholériques, n'offrit jamais la persistance de contractilité que présentaient les muscles des membres.

---

tous, quand la médecine militaire tient un rang si distingué dans la science. Quelle contradiction ! quel affligeant contraste ! Certes la gloire militaire a ses prestiges, son éclat et souvent elle les mérite, mais, on peut le dire hardiment, beaucoup moins honoré que l'épée, le bistouri a rendu de bien plus grands services à l'humanité. Le champ de bataille et l'hôpital assombrissent singulièrement le triomphe guerrier; ne faut-il pas toujours mettre un crêpe à la couronne de laurier? Quand les hommes comprenant enfin leurs véritables intérêts, feront de la paix la base de tout progrès, de tout bonheur social, l'art de verser le sang et l'art de l'étancher, de le conserver, l'art de la destruction et celui de la conservation, reprendront nécessairement le rang dû à chacun d'eux. Malheureusement, *interea patitur justus*, les abus persistent, les routines deviennent vivaces et les espérances avortent. Quant à nous, vétérans de la profession, qui avons fait notre temps, autant nous sommes heureux et fiers de nos successeurs, autant nous voyons avec un pénible étonnement, qu'à peu de chose près, notre position d'autre fois est encore la leur aujourd'hui. Quoi ! des améliorations nécessitées par la différence des temps, par le progrès des lumières, ne seront qu'une vaine tentative de l'impossible? Le corps des officiers de santé de l'armée sera-t-il toujours en état de minorité, placé sous la tutelle administrative? Jusqu'à présent rien n'annonce qu'il en sera autrement; nous le disons avec douleur, il est à craindre que l'état actuel des choses n'ait jeté de profondes racines, et que l'avenir ne soit un présent qui recommence sans fin.

R. P.

— Par un décret du triumvirat romain, les aliénés que renferme l'hôpital de San-Spirito seront transportés immédiatement à Frascati, dans le palais de Montalto, maison de campagne des jésuites.

— ENSEIGNEMENT VÉTÉRINAIRE. — Par décret du président de la république, en date du 14 juin, l'école vétérinaire d'Alfort a été licenciée.

— Le célèbre professeur Carmicael, médecin irlandais, vient de mourir victime d'un déplorable accident. Voici en quels termes le FREEMAN'S JOURNAL relate la mort de ce chirurgien distingué :

« M. Carmicael se rendait à cheval à sa maison de campagne de Sutton, près Horsth. Ayant à traverser une espèce de baie formée par l'infiltration des eaux de la mer, il demanda à des personnes qui se trouvaient là s'il pouvait la passer à cheval sans danger. Sur leur réponse affirmative, M. Carmicael s'aventura; mais quand il fut à moitié chemin, le cheval perdit pied, nagea quelque temps, et fut enfin submergé avec son cavalier. Le docteur Carmicael emporte les plus sincères regrets de la profession et de ses compatriotes. »

— Une femme de Harrisbourg, en Pensylvanie, a mis au monde cinq enfants tous vivants et d'une bonne constitution. Cette femme, nommée Miller, est accouchée déjà deux fois : la première de deux enfants et la deuxième de trois.

cules pulmonaires, dans les petites bronches et dans le tissu cellulaire du parenchyme de l'organe.

§ IV. — CAVITÉ ABDOMINALE.

Le foie, peu gorgé de sang noir, et épais dans son système vasculaire, ne m'a pas présenté d'altération notable ou constante. La vésicule du fiel était ordinairement distendue par une bile de consistance et de couleur variables ; j'y ai rencontré plusieurs fois des calculs biliaires ; une autre fois, ses parois étaient opaques, blanchâtres, épaisses, parsemées de ramifications vasculaires hypérémiées très-développées, et contenaient une grande quantité d'un liquide clair, limpide, tenant en suspension des mucosités. Des observations analogues ont été faites par un célèbre médecin français chez des cholériques.

La veine porte contenait peu ou point de sang noirâtre ; ses parois étaient affaissées et n'offraient aucune altération sensible.

La rate ne m'a paru, dans aucun cas, ramollie et gorgée de sang.

Il n'était pas rare de trouver la muqueuse de l'estomac présentant çà et là des villosités hypérémiées et très-développées, un pointillé plus ou moins prononcé, une injection arborescente avec un ramollissement à divers degrés ; une fois, chez un tanneur tombé brusquement malade le 27 mars et qui mourut au bout de vingt heures, j'ai rencontré une portion circonscrite de la muqueuse de la grosse extrémité de l'estomac offrant une couleur grisâtre, très-ramollie, sans apparence d'organisation, détachée des tissus environnants et d'une odeur repoussante, altération que je considérai comme une escarre.

L'estomac, mais surtout les intestins, contenaient presque toujours une matière blanchâtre, crémeuse, moins dense dans les intestins grêles que dans les gros intestins, et dans laquelle étaient suspendus de petits grumeaux de même couleur. Dans trois cas, ces grumeaux étaient remplacés par des flocons blanchâtres, formés par des débris ou détritus bien distincts de fibres désorganisées, et cela dans des cas où une portion plus ou moins étendue de la muqueuse et de la membrane musculeuse du tube intestinal avait été détruite ou mortifiée par suite d'un ramollissement pultacé non-inflammatoire. Quelquefois ce liquide était sanguinolent ou teint en jaune par de la bile qui rarement abondait dans le duodénum et les autres intestins grêles. J'y ai assez souvent rencontré des lombricoïdes, mais je n'ai constaté qu'une seule fois la présence d'un tricocéphale dans le cœcum, petit entozoaire qu'on trouve chez la plupart des sujets, à quelque maladie qu'ils aient succombé, ainsi que j'ai eu maintes occasions de l'observer et que j'en avais fait la remarque dans ma thèse inaugurale, il y a plus de quarante ans, alors que j'étais interne des hôpitaux civils de Paris.

La face interne du canal intestinal était revêtue ou d'une couche de mucus épais et gluant, ou d'une matière blanche crémeuse. Elle offrait le plus souvent une couleur rouge diffuse plus ou moins intense, une injection arborescente plus ou moins prononcée. Dans ce cas-là, quand je venais à passer à plusieurs reprises le bout du doigt indicateur sur la surface hypérémiée, celle-ci ne tardait pas à pâlir, le sang contenu dans les capillaires injectés se déplaçait pour s'écouler dans les ramuscules circonvoisins, observation qui confirme les expériences de M. Magendie relativement à la perméabilité de ces vaisseaux chez les cholériques, et qui démontre, par conséquent, l'absence d'inflammation en semblable circonstance.

Quelquefois la membrane muqueuse des intestins était pâle, décolorée, amincie, et laissait apercevoir quelques rares arborisations vasculaires qui rampaient au-dessous d'elle dans la membrane cellulaire sous-jacente.

Elle était fréquemment couverte de corpuscules blanchâtres, arrondis, gros comme des graines de chènevis ou de millet, ou encore plus petits, qui avaient plus particulièrement leur siége dans la partie inférieure de l'iléon. Ces corpuscules, tantôt moins, tantôt plus nombreux, offraient une certaine dureté, s'élevaient un peu au-dessus du niveau du plan de la muqueuse et la rendait raboteuse au toucher. Je n'en ai jamais rencontré dans l'estomac, mais il n'était pas rare d'en trouver disséminés sur tous les points de la muqueuse intestinale, voire même aux endroits occupés par les glandes de Peyer. La base de ces corpuscules, d'un blanc nacré, était entourée d'une sorte d'auréole de capillaires arborescents hypérémiés ; je les ai rarement trouvés aplatis et percés à leur centre d'une ouverture distincte ; quelques-uns m'ont paru dépouillés d'épithélium, et superficiellement ulcérés à leur sommet. Lorsque, après les avoir séparés de la muqueuse dans laquelle ils étaient implantés, je les divisais à l'aide d'une lancette, j'en faisais sauter, par la pression, un liquide lactiforme analogue à celui que l'on rencontrait dans les intestins.

Considérant que ces corpuscules affectaient indistinctement la muqueuse de tous les intestins, il me semble qu'on ne peut les attribuer à un développement insolite ou à une hypertrophie morbide, soit des glandes de Brünner, propres au duodénum, soit des glandes de Peyer, qui n'appartiennent qu'à une certaine portion de l'intestin grêle, mais à un élément hystologique commun aux divers points de la muqueuse intestinale ; et, d'après les caractères qu'ils présentent, je soupçonne qu'ils ont leur siége dans ces capsules closes, dans ces follicules solitaires sans ouverture que l'on y trouve partout disséminés.

Les villosités des intestins grêles étaient ordinairement plus développées que de coutume et d'une couleur blanchâtre.

J'ai rencontré deux fois, d'abord chez une femme morte en quarante-huit heures, à la suite d'une rechute, et ensuite chez un maçon emporté par la maladie au bout de vingt heures, l'intestin iléon sans traces de phlegmasie, couvert d'ulcérations plus ou moins profondes, à bords inégaux et taillés à pic, reposant sur la tunique musculeuse et en quelques endroits sur le péritoine, avec ramollissement de la muqueuse environnante, laquelle, dans une étendue plus ou moins considérable, avait été en quelque sorte liquéfiée, détruite, enlevée, de manière que, de toutes les tuniques intestinales, il ne restait plus que la péritonéale recouverte à sa face adhérente de quelques débris désorganisés des tissus qui y étaient superposés, et que ces parois intestinales, regardées à l'encontre de la lumière diurne, ressemblaient à une gaze mince, semi transparente, offrant peu de cohésion et susceptible de se déchirer au moindre effort. Une autre fois, chez un armurier, âgé de 26 ans, sujet à l'épilepsie, et qui n'avait été malade que pendant quelques heures, le cœcum et une partie du colon étaient atteints d'une érosion morbide tout à fait semblable occupant les tuniques muqueuse, celluleuse et musculeuse, sans aucune apparence d'hypérémie ou d'inflammation, même à la membrane péritonéale correspondante.

Il m'est arrivé quelquefois de rencontrer çà et là des ecchymoses circonscrites et une sorte d'infiltration sanguine dans les vésicules graisseuses situées entre les lames du péritoine qui constituent les épiploons et le mésentère.

Ordinairement les glandes mésentériques étaient un peu gonflées, consistantes, d'une couleur rosée, et, après avoir été incisées, laissaient exsuder de leur intérieur un liquide séreux.

Je n'ai point eu occasion de rencontrer des invaginations intestinales chez les cholériques, dont le colon transverse m'a cependant quelquefois offert des contractions permanentes.

Toutes les fois que j'ai pu explorer l'état des ganglions cervical supérieur et semi-lunaire, en les examinant avec beaucoup d'attention, après les avoir coupés par petites tranches minces que je plaçais ensuite sur des lames de verre transparentes, j'ai reconnu très-distinctement à l'œil nu, mais beaucoup mieux à l'aide d'une forte loupe et du microscope, qu'ils étaient le siége d'une hypérémie vasculaire arborescente plus ou moins prononcée, souvent accompagnée de petites ecchymoses et parfois d'ecchymoses considérables dans leur substance.

Je conserve encore plusieurs de ces pièces, dont quelques-unes ont été vues par MM. les professeurs Frankinet et Borlée, et par mes honorables confrères, MM. les docteurs Putzeys et Cordier.

Je dois ajouter que, chez les cholériques, la vessie était ordinairement vide, contractée, couverte à sa face interne d'une humeur crémeuse, blanchâtre ; cependant, il m'est arrivé une fois ou deux d'y rencontrer de l'urine.

Tels sont, messieurs, les résultats sommaires de mes investigations nécroscopiques chez les cholériques.

Maintenant, qu'il me soit permis de vous présenter quelques considérations physiologico-pathologiques très-succinctes sur la manière dont cessent de vivre les individus atteints du choléra, lesquelles m'ont été suggérées par les faits que j'ai eu occasion d'observer.

La mort arrive toujours, a-t-on dit, par la paralysie d'un ou de plusieurs foyers principaux de la vie : par la paralysie du cerveau : *apoplexie ;* par paralysie pulmonaire : *asphyxie ;* par paralysie du cœur : *syncope.* Suivant un illustre professeur de Strasbourg, on peut encore mourir par paralysie du plexus solaire, genre de mort que je ne suis pas disposé à admettre.

Je conçois que la paralysie des foyers principaux de la vie peut arriver de deux manières : ou tout à coup, instantanément, ou peu à peu et lentement. Quelle que soit la cause de la mort, je pense avec quelques-uns que, dans l'enchaînement et la succession des phénomènes qui la précèdent et qui y conduisent, il arrive un moment où elle commence soit par le cœur, soit par le poumon, soit par le cerveau. Or quel est de ces trois organes capitaux le premier qui cesse de vivre ou de fonctionner chez les cholériques qui succombent ?

Pour ce qui regarde le cerveau, il n'est pas probable que son action cesse avant celle des poumons et du cœur. En effet, le malade conserve l'intégrité de ses facultés intellectuelles, morales et affectives jusque dans les derniers instants, et ce sont ordinairement les fonctions départies à l'encéphale qui sont le moins dérangées dans le cours de la maladie.

S'il en était réellement ainsi, il ne s'agirait plus alors que de déterminer

si la mort commence chez les cholériques par le poumon ou par le cœur, ou, en d'autres termes, si elle a lieu par asphyxie ou par syncope.

Je n'ignore pas qu'il est généralement admis que les cholériques meurent par asphyxie. Toutefois, quand je réfléchis que les caractères anatomiques de l'asphyxie proprement dite sont : poumon volumineux, distendu, gonflé, plus pesant que de coutume, d'une couleur violette, noirâtre dans toute son étendue, gorgé d'une très-grande quantité de sang noir liquide, ayant les bronches remplies d'un liquide écumeux, etc.; tandis que chez les cholériques ce viscère est affaissé, léger, plus ou moins exsangue, avec absence d'écume bronchique, etc., ne suis-je pas autorisé à dire que les faits fournis par l'anatomie pathologique ne viennent pas à l'appui de l'idée d'asphyxie chez les cholériques? idée contre laquelle je pourrais encore invoquer la non-persistance de la contractilité des fibres du cœur chez les individus qui viennent de succomber au choléra, ainsi que les phénomènes morbides que présentent la circulation du sang dans le cours de la maladie, et qui concourent, ce semble, à démontrer que l'organe central de cette fonction est alors primitivement ou spécialement affecté d'inertie et d'impuissance.

Je partagerais donc volontiers l'opinion de ceux qui croient que la mort chez les cholériques commence par le cœur. Quand une syncope termine les différentes maladies, disait l'immortel Bichat, on observe constamment sur le cadavre que les poumons sont dans un état de vacuité presque entière : le sang ne les engorge point. Si aucun vice organique n'existe préliminairement en eux, ils sont affaissés, n'occupent qu'une partie de la cavité pectorale, et présentent la couleur qui leur est propre.

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES COMATEUSES QUI ONT RÉGNÉ, EN 1847, DANS LA SUBDIVISION DE TLEMCEN, NOTAMMENT A SEBDOU; par MM. E. SONRIER, chirurgien en chef de l'hôpital de Sebdou, lauréat de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, et FÉLIX JACQUOT (de Saint-Dié), médecin de l'hôpital militaire du Roule.

(Suite. — Voir les numéros 4, 10 et 23)

V. — MARCHE ET DURÉE, MORTALITÉ ET PRONOSTIC.

Déterminer la durée des fièvres carotiques en tant qu'affections caractérisées par des accès graves, c'est dire combien il y a eu d'accès et par quels intervalles ils ont été séparés. Or ce dernier point est déjà connu par la désignation de type que nous avons faite antérieurement.

Dans la forme carotique, le premier accès a souvent été mortel et le second presque toujours. Un seul sujet a résisté au deuxième accès pour succomber au troisième; un autre a survécu au deuxième et a guéri. Nous ne possédons pas d'exemple d'individus ayant résisté au troisième accès.

Dans la forme soporeuse la gravité est moindre. On doit néanmoins regarder comme une très-rare exception le sujet de notre obs. 4 qui a supporté une série d'accès et s'est rétabli.

La mortalité a été de 6 sur 10 fièvres carotiques simples, de 2 sur nos 2 carotiques apoplectiques; le sujet atteint d'accès carotique syncopal a guéri. Sur 48 fièvres pernicieuses carotiques et soporeuses considérées en bloc, nous avons perdu 16 hommes, ce qui donne 1 décès sur 3 malades. La mortalité a été ainsi répartie : 1 décès en avril, 4 en août, 5 en septembre, 6 en octobre, en tout 16.

Les auteurs ayant confondu sous le nom de *comateuses* les formes carotiques, soporeuses et somnolentes, on ne peut pas comparer leurs résultat avec les nôtres, car nous avons défalqué de notre total les fièvres somnolentes qui ne donnent guère de mortalité et qui eussent conséquemment fait diminuer de beaucoup notre proportion de décès. Quoi qu'il en soit, voici quelques chiffres.

M. Haspel (1) a eu à Mascara, en 1837, 15 morts sur 29 cas pernicieux comateux; MM. Antognini et Monard (2), 9 sur 79 à Alger; M. Maillet, 14 sur 77, à Bone; Nepple, 6 sur 14; Bailly, 141 sur 886; enfin, à Boufarick, on a compté 2 décès sur 5 cas. En additionnant ces résultats avec les nôtres, nous obtenons 1,138 cas et 203 décès, c'est-à-dire que dans les fièvres pernicieuse comateuses il y a 18 morts sur 100 cas, ou à peu près 1 sur 5.

Ces fièvres ont des degrés bien différents de gravité, puisque M. Haspel a eu 15 morts sur 29, c'est-à-dire plus de moitié, et MM. Antognini et Monard, 9 sur 79, c'est-à-dire à peu près 1/9. Nos distinctions de forme sont conséquemment nécessaires, non pas seulement pour la régularité des descriptions symptomatologiques, ce qui serait un bien faible avantage, mais pour porter le pronostic et pour instituer la thérapeutique.

VI. — TERMINAISONS.

Les fièvres carotiques se sont terminées par la mort, rarement par des accès décroissants, bien plus souvent par la cessation définitive de tout accès et par le retour ordinairement graduel, quelquefois assez prompt à la santé. Notre obs. 4, dans laquelle il s'agit d'une fièvre soporeuse, nous montre 3 récidives et des accès décroissant en intensité. Cette observation est exceptionnelle sous tous les rapports. Le sujet de l'obs. 5 a eu, pendant le cours des accès dont il est difficile de déterminer l'intensité, mais que nous pensons avoir été légers.

Une santé parfaite ne suivait pas la fièvre carotique, comme cela se remarque après quelques accès de fièvre intermittente simple. Chez certains sujets nous avons noté la persistance des troubles des organes des sens que nous avons spécifiés ailleurs, de la déviation de la langue, et enfin d'une faiblesse considérable dans les membres inférieurs. Deux malades ont eu des parotidites suppurées (1). L'un de nous ayant été chargé de l'évacuation de près de 80 hommes de son régiment, a pu étudier leur état en route et après leur rentrée au corps : il a constaté que quelques-uns ont présenté des accès intermittents simples, et que beaucoup ont conservé pendant un certain temps de la céphalalgie continue ou avec des exacerbations accompagnées quelquefois d'un frisson initial. Ces derniers phénomènes provenaient sans doute autant des reliquats qui restaient dans le cerveau ou dans les méninges que de l'intoxication paludéenne. Il a employé les émétiques, les éméto-cathartiques, les purgatifs, les vésicatoires à la nuque et en même temps le sulfate de quinine.

Chez à peu près tous les convalescents la peau était terreuse, mate, jaunâtre; chez un certain nombre l'engorgement des viscères abdominaux et les hydropisies, qui n'avaient pour ainsi dire pas eu le temps de s'établir pendant la fièvre comateuse, survinrent plus tard; mais jamais ces phénomènes n'atteignirent l'intensité qu'ils acquièrent dans la cachexie paludéenne provenant d'un long séjour au milieu des marais. Nous reviendrons sur le mécanisme de ce développement tardif de la cachexie limnique.

VII. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Parmi les 13 cas dont les observations nous servent à composer ce travail, 8 ont été terminés par la mort. Nous n'avons rapporté ici que 8 observations en tout, dont 6 suivies de la nécroscopie; restent donc pour compléter l'exposé anatomo-pathologique des 8 cas mortels, deux observations dont nous ne donnerons que la nécroscopie, de peur d'allonger notre mémoire déjà bien étendu.

OBS. IX. — Trois accès carotiques : le premier le 25 juillet, le deuxième le 29, le troisième le 30. Coma jusqu'au 3 août; mort.

AUTOPSIE vingt-quatre heures après la mort, par une température élevée et le sirocco.

Putréfaction commençante.

TÊTE. Méninges épaissies et assez fortement injectées près de la faux du cerveau; sérosité abondante dans la cavité arachnoïdienne; fausses membranes pultacées sur les tubercules quadrijumeaux; pulpe cérébrale pâle, macérée, imbibée de sérosité et friable; sérosité dans les ventricules. On n'ouvre pas le thorax. Rien dans l'abdomen, pas même dans la rate.

OBS. X. — Deux accès carotiques : le premier le 4 octobre, le deuxième le 5. Mort le 6.

AUTOPSIE vingt-quatre heures après la mort.

Rigidité cadavérique.

TÊTE. Couche mince de sang noirâtre dans le tissu sous-arachnoïdien, tapissant la région occipitale du cerveau. Les méninges sont d'un rouge violacé. Les circonvolutions cérébrales sont également colorées par le sang, et l'intérieur de l'encéphale est sablé. Il n'y a pas de changement de consistance. Nous trouvons un peu de sérosité dans les ventricules latéraux; elle existe en grande quantité dans la cavité arachnoïdienne.

POITRINE. Un peu d'écume blanchâtre et spumeuse dans les bronches; mais

---

(1) AUG. HASPEL, TABLEAU DES MAL. QUI ONT RÉGNÉ A L'HÔP. DE MASCARA PENDANT L'ANNÉE 1847. *In* GAZ. MÉD., 1848, p. 384.

(2) D'Hamelincourt, THÈSE SUR LES FIÈV. PERN. DE LA METIDJA. Paris, 1842, p. 20.

(1) J. Franck a aussi observé des parotidites dans les fièvres intermittentes rebelles de la Dacie. PRAXEOS MED., etc., éd. de l'ENCYCL. DES SC. MÉD., t. Ier, p. 129.

surtout dans les narines; léger engouemen hypostatique du poumon; un peu de sérosité dans le péricarde. Rien dans l'abdomen.

De l'examen de ces deux nécroscopies, réunies aux six que nous avons données dans le cours de ce travail, il résulte que :

1° Dans tous les sujets qui ont succombé à la fièvre carotique, nous avons trouvé des lésions du côté de la tête;

2° La seule lésion constante, et conséquemment le véritable caractère anatomique de la maladie, c'est l'hydropisie méningienne; elle était l'unique altération dans nos obs. II et VIII. Toutes les autres lésions peuvent manquer;

3° Dans un certain nombre de cas, il y a eu non-seulement raptus séreux, mais aussi raptus sanguin vers la tête; il s'est manifesté par de la sérosité sanguinolente, par la congestion de la pulpe cérébrale et de la trame des méninges, par des hémorrhagies sous-arachnoïdiennes, et même par une hémorrhagie artérielle avec rupture d'un vaisseau et de la pulpe encéphalique;

4° Enfin, dans quelques cas, l'élément inflammatoire semble avoir joué un rôle : ainsi, dans notre obs. IX, on trouve une fausse membrane molle, presque crémeuse, sur les tubercules quadrijumeaux. Faisons remarquer que jamais nous n'avons rencontré de pus, et que les saignées ne se sont, dans aucun cas, recouvertes de couenne.

Les résultats nécroscopiques auxquels nous sommes parvenus dans notre épidémie ne sont pas toujours d'accord avec ceux qui ont été consignés par les divers auteurs qui ont écrit sur la fièvre jaune. Les uns ont trouvé quelques cadavres exempts de toute lésion vers la tête; les autres ont considéré comme purement inflammatoires les lésions qu'ils ont rencontrées.

Bailly (1) rapporte sept observations de fièvres pernicieuses comateuses suivies de mort. Laissons de côté la deuxième, empruntée à Werlhof, et qui n'a pas été suivie de l'autopsie. Bailly appelle arachnitis et céphalites les lésions qu'il a trouvées dans ses six cas; mais la lecture de ces nécroscopies, incomplétement décrites du reste, n'en prouve nullement leur caractère phlegmasique : elles montrent seulement qu'il y a eu, comme dans notre épidémie, hypérémie cérébrale et méningée, épanchement de sérosité et même de sang. Nous renvoyons à l'ouvrage de Bailly; nous n'avons pas assez d'espace pour établir la discussion.

Tous les observateurs, avons-nous dit, sont loin d'avoir constamment rencontré des lésions : ainsi les auteurs du COMPENDIUM DE MÉDECINE (2) disent que, sur cent trente cadavres ouverts à Graningue, en 1826, on a observé vingt-quatre fois congestion méningienne ou cérébrale, densité et couleur brunâtre de la pulpe encéphalique. N'aurait-on rien découvert dans les autres cas?

Nepple (3) cite deux fièvres soporeuses rémittentes dans lesquelles on trouva, à l'autopsie, le cerveau pâle et presque exsangue. Nous parlerons plus loin de l'explication à l'aide de laquelle il rend compte de ce fait.

Notre collègue et ami le docteur Rouis, médecin des hôpitaux militaires, a vu à Bougie (Afrique) des autopsies de fièvres comateuses qui n'ont dévoilé aucun désordre du côté de la tête.

J. Frank cite des faits semblables, empruntés à Sénac, à Cas Médicus, etc. (4); mais il parle aussi de cas dans lesquels on a trouvé une hydropisie méningienne ou ventriculaire, le cerveau macéré, des congestions et des inflammations, etc. Du reste, l'anatomie pathologique est seulement indiquée, ou tout au moins fort incomplète.

Nous croyons que M. Maillot a constamment trouvé des congestions et diverses lésions de la pulpe cérébrale ou des méninges.

M. d'Hamelincourt (5) dit que, dans les fièvres comateuses, il n'y a pas de lésion constante; il a vu un cas d'accès comateux dans lequel on ne rencontra aucun désordre appréciable dans l'axe cérébro-spinal.

M. le professeur Gab. Tourdes (6) rapporte que son père, dans dix nécropsies, a trouvé huit fois extravasation et coagulation du sang à la surface du cerveau, mais qu'il n'existait aucune lésion dans les deux autres cas.

Nous allons voir comment il se fait que, dans certaines fièvres pernicieuses comateuses, on ne rencontre aucune lésion, tandis que, dans les autres, on trouve des désordres produits par l'invasion du sang ou de la sérosité.

(1) Bailly, TRAITÉ ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES FIÈVRES SIMPLES ET PERNIC., 1825, obs. I à VII, p. 155.

(2) COMPEND. DE MÉD., t. V, p. 235.

(3) Nepple, TRAITÉ DES FIÈVRES INTERM. SIMPLES ET PERNIC.

(4) J. Frank, PRAXEOS MEDICÆ PRÆCEPTA UNIVERSA, édit de l'ENCYCLOP. DES SCIENCES MÉD., t. I, p. 108.

(5) D'Hamelincourt, *loco cit.*

(6) G. Tourdes, ESSAI SUR LES FIÈVRES PERNICIEUSES. Thèses de Strasb., 1852, p. 10.

(La suite au prochain numéro.)

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE ANGIOLEUCITE PROFONDE; AMPUTATION COXO-FÉMORALE; par M. le docteur JULES ROUX, chirurgien en chef de la marine à Cherbourg, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros 22 et 26.)

Assisté de M. Blache, de MM. Augier, Échouelleur, Bourayne et Savaria, chirurgiens de la marine, je procédai à l'opération de la manière suivante :

Après avoir préalablement lié isolément l'artère et la veine crurales, dans un point peu éloigné du ligament de Fallope, dans le but de prévenir plus sûrement une perte de sang, qui, bien que modérée, aurait pu devenir mortelle, dans l'état d'affaiblissement où se trouvait le malade, et après avoir eu l'attention de ne serrer la ligature de la veine crurale que cinq minutes environ après celle de l'artère, afin de laisser arriver au tronc et de conserver à un organisme appauvri une partie du sang, qui, sans cette précaution, aurait été sacrifiée avec le membre inférieur, où il serait resté, j'enfonçai, à 2 centimètres au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antéro-inférieure, un long couteau interosseux, dont la pointe sortit à la partie postérieure du membre, à 5 centimètres environ au-dessous de l'ischion. Dirigeant ensuite en dedans la marche de l'instrument, je taillai rapidement un lambeau interne, long de 10 centimètres, mesuré de son sommet au milieu de l'arcade pubienne. Des éponges sèches, portées aussitôt sur les surfaces traumatiques, empêchèrent toute perte de sang du côté du tronc; de sorte qu'il ne s'échappa que celui qui provenait de la partie inférieure du membre. Une artère assez volumineuse donna un seul jet, ce qui fit supposer que l'artère crurale avait été liée au-dessous de l'origine de la profonde, naissant ici plus haut que d'ordinaire; elle fut promptement liée, ainsi qu'une artériole et quatre ou cinq veines.

Alors toute crainte d'hémorrhagie n'existant plus du côté des surfaces divisées jusque-là, j'attaquai, avec un fort bistouri convexe, la moitié de la capsule articulaire que j'avais sous les yeux, et un aide, en portant fortement le membre dans l'abduction, luxa en partie la tête du fémur. Dans cette manœuvre, le ligament interne de l'articulation s'offrit de lui-même au tranchant de l'instrument, qui le divisa. La partie postérieure de la capsule articulaire put être ensuite aisément coupée, ainsi que les muscles qui s'insèrent dans la cavité digitale. Le couteau fut alors aisément glissé derrière le grand trochanter (temps de l'opération qui fut favorisé par l'abduction du membre qu'opérait l'aide qui en tenait la partie inférieure, et que je secondais moi-même en portant de la main gauche la tête du fémur en haut et en avant), et toutes les chairs de la partie externe de la cuisse furent divisées au niveau de celles de la partie interne. En ce moment, des éponges, encore rapidement appliquées sur les parties saignantes, arrêtèrent l'effusion du sang, et en les enlevant graduellement une à une et de haut en bas, on n'eut qu'à lier une artériole et deux veines.

Nous examinâmes avec le plus grand soin les surfaces traumatiques; elles furent trouvées entièrement saines. On les soumit, durant cinq minutes environ, *à l'éthérisation directe*, à l'aide d'éponges fortement imbibées d'éther sulfurique.

Pendant tout ce temps, le malade avait été plongé dans l'éthérisme, par l'inhalation de quelques grammes de chloroforme, jetés, à divers intervalles, dans mon sac à éthérisation. L'inhalation du chloroforme était sans contredit très-épineuse, dans l'état d'épuisement où le malade se trouvait. Les résultats fâcheux signalés par M. Robert, dans une opération pareille à celle-ci, semblaient devoir nous imposer l'obligation de ne pas opérer dans l'éthérisme, ou au moins de produire cet état à l'aide d'un agent anesthésique moins redoutable, tel que l'éther. Mais, d'un côté, le blessé était d'une sensibilité telle qu'il se lamentait à l'occasion de la plus légère souffrance, et qu'il avait même contracté l'habitude, d'après son aveu, de se plaindre souvent sans motif. Or, dans cette disposition du sujet, n'était-il pas prudent de lui épargner la vivacité des douleurs, qui auraient pu directement compromettre son existence? D'un autre côté, j'ai si souvent employé l'éthérisation à l'aide du chloroforme, et toujours avec une innocuité si complète, que je ne pouvais me résoudre à ne pas invoquer les bienfaits d'un agent qui pour moi ne s'est jamais montré infidèle. L'éthérisation fut donc faite à l'aide d'une faible quantité de chloroforme d'abord, et avec une extrême prudence. Le courant d'air est toujours resté facile dans l'appareil employé. Cet appareil a été retiré dès que l'insensibilité a été prononcée, pour être replacé à plusieurs reprises aussitôt qu'un mouvement ou un cri faisaient voir que l'insensibilité n'était plus aussi complète. Grâce à ces précautions, l'éthérisme a été sans aucun danger; l'application locale de l'éther sur une vaste surface n'a provoqué que des signes insignifiants de souffrance, et le malade a pu déclarer qu'il n'avait éprouvé aucune douleur pendant l'opération grave qu'il venait de subir.

La plaie, débarrassée des corps étrangers répandus à sa surface, fut rapprochée par des points de suture entrecoupée et entortillée. Toutefois on avait eu soin de ramasser les ligatures à la partie inférieure, et de placer une bandelette double de linge cératé, qui de la cavité cotyloïde s'étendait jusqu'au dehors (Sédillot). La plaie, nécessitée pour la ligature préalable des gros vaisseaux, fut aussi réunie par le même moyen.

La réunion des vastes surfaces traumatiques, résultant de l'amputation, fut des plus faciles; car en rapprochant tout ce que j'ai dit du manuel opératoire, on verra qu'en définitive j'ai pratiqué une amputation ovalaire, modifiée en cela que

l'extrémité la plus petite de l'ellipse répondait au devant de l'articulation coxo-fémorale, au lieu de correspondre à la partie externe ou en arrière, comme dans les procédés décrits par MM. Scoutteten et Foullioy. Ce déplacement de l'extrémité de l'ovale a été commandé ici par la nécessité d'emporter une partie des téguments de la face interne et supérieure de la cuisse. Et si j'ai préféré diviser les tissus de dedans en dehors, et en deux temps séparés par la désarticulation du fémur, c'est que cette pratique donne les garanties les plus certaines d'éviter une grande perte de sang.

Cependant Bacheley, qui s'était plaint au moment de chaque suture, fut transporté dans son lit, et là le moignon fut simplement recouvert d'un linge cératé.

Bien que la perte de sang ait été peu considérable pendant l'opération, puisqu'elle a été évaluée après par M. le docteur Blache à 160 grammes, dont plus de la moitié provenait de l'extrémité inférieure du membre, la face du blessé était pâle; mais le pouls était bon, la chaleur de la peau convenable, la respiration facile et l'intelligence dans une complète intégrité.

Le calme dont le malade jouit, le jour de l'opération, fut à peine troublé par des élancements passagers, qui pendant une heure et demie se firent sentir dans la plaie par intervalles seulement.

Le lendemain 3 décembre et les jours suivants, Bacheley disait encore ne pas sentir sa plaie, et la tranquillité dont il jouissait était d'autant plus grande qu'elle contrastait avec son impressionnabilité antérieure, et qui était telle qu'elle nous faisait comparer le sujet à la *sensitive*. Du reste, il fut presque constamment soumis à un régime réparateur. (Un bouillon toutes les deux heures; vin chaud; infusion de tilleul; limonade citrique; tisane vineuse; extrait de quinquina; sous-carbonate de fer.)

Le 6, l'état de l'opéré était aussi satisfaisant que possible; il reposait la nuit, prenait du chocolat, des soupes, des bouillons, du vin, du café et de petites quantités de quinquina. La plaie, qui jusque-là avait donné une sérosité à peine colorée, fournit une suppuration qui s'est établie franchement, sans que le gonflement soit devenu trop considérable, et que la partie inférieure de l'abdomen y ait pris aucune part. Hoquet pendant six heures; une selle.

Les jours suivants, le hoquet continua; le pouls devint fréquent, la peau chaude; par intervalles, il y eut quelques selles liquides. On n'apporta cependant que de légères modifications au régime réparateur qui avait été mis en usage; on prescrivit seulement des demi-lavements avec la décoction de ratanhia et de quinquina.

Le 9, le blessé fut pris d'un frisson violent qui dura deux heures. Le 10, le frisson ne reparut pas.

Le 11, l'état fébrile avait complétement cessé; la suppuration était abondante; les bords de la plaie, blafards et couverts d'une fausse membrane, comme cela arrive presque toujours après les amputations qu'on pratique dans nos hôpitaux, commençaient à rougir. La diarrhée avait cessé; l'alimentation, toujours abondante, était acceptée avec plaisir; la face du malade s'était faiblement colorée, et sa physionomie s'épanouissait aux lueurs de l'espérance. Cependant les pansements étaient devenus douloureux, et pendant l'injection de vin aromatique, qu'on faisait dans la plaie, Bacheley se lamentait, et cessait complétement de souffrir une minute après. La partie inférieure de la plaie, que des points de suture non suivis d'adhésion avaient laissée ouverte, était rouge et fut maintenue rapprochée par des bandelettes agglutinatives. La réunion était déjà complète dans le tiers supérieur.

Le 15, le membre inférieur droit devint subitement œdémateux, on observa de la fièvre le soir; dans la nuit, il y eut des rêvasseries. Les plaies, dont la suppuration est notablement diminuée, redeviennent blafardes; on les saupoudre avec la poudre de cantharides.

Le 16, l'infiltration plus étendue gagne les bourses; paroxysme le soir: les rêvasseries sont constantes; la suppuration diminue encore; la respiration est par intervalle très-difficile; il n'y a ni toux ni expectoration; le pouls est subitement devenu petit, fréquent; un frisson violent s'empare du malade, qui ne prend plus ses bouillons qu'avec une extrême difficulté.

Enfin, le 17, tous ces symptômes s'aggravent et le malade succombe.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, révéla ce qui suit: pâleur de la peau; état de maigreur de la poitrine et des membres supérieurs; œdème du membre inférieur et des bourses; infiltration sous arachnoïdienne considérable; décoloration de l'encéphale; pas de sérosité dans ses ventricules. Les plèvres des deux côtés, le poumon gauche et la moitié postérieure du poumon droit sont dans l'état normal: il n'y a pas d'épanchement dans les premières, pas de traces d'abcès à la surface des seconds; mais la partie antérieure du poumon droit, peu crépitante, est, dans son intérieur, évidemment infiltrée de pus. Ce fluide est même, en quelques points, amassé en foyers longitudinaux faciles à reconnaître.

Le péricarde ne contient pas de sérosité, le cœur dur, moins coloré que d'habitude, ne contient pas de sang dans ses cavités.

Le péritoine ne renferme pas de liquide; le foie, la rate, les appareils urinaire et digestif sont remarquables par leur intégrité.

On constate avec le plus grand soin que, dans le bassin, dans la fosse iliaque gauche, sur le trajet des grands vaisseaux et sur celui des courants lymphatiques, il n'existe pas l'indice le plus superficiel de l'inflammation la plus légère.

La plaie du moignon est en partie réunie sur ses bords; mais toute sa surface est grisâtre et sèche; une dissection minutieuse démontre qu'au-dessous de cette surface les tissus sont partout sains, sans abcès, sans fusées purulentes d'aucun côté, sans décollement de la peau.

L'artère crurale avait été liée à 2 centimètres au-dessous de la profonde, dont l'origine est située plus haut qu'à l'ordinaire. Jusqu'à la naissance de la circonflexe iliaque et de l'épigastrique, le vaisseau est rempli d'un caillot de sang rouge et peu adhérent dans sa partie supérieure, mais qui est consistant, adhérent et décoloré dans sa partie inférieure. En ce point, l'artère crurale, ainsi que la crurale profonde, sont entièrement et solidement oblitérées. La veine crurale, dont la ligature est encore en place, comme celle de l'artère, est remplie d'un caillot de sang qui remonte jusque dans la veine iliaque. Ce caillot rouge et consistant se détache aisément des parois de la veine, excepté dans le voisinage du fil où l'on ne peut l'en séparer; la veine est donc oblitérée, mais dans une étendue moins grande que l'artère. Les surfaces intérieures des deux vaisseaux n'offrent aucune trace d'inflammation, et examinées avec soin, elles offrent toutes les conditions de la normalité.

En dehors des vaisseaux, on note l'absence de toute suppuration; cette intégrité des parties est surtout observée le long des gros vaisseaux jusque vers le cœur.

Je ne terminerai pas cette étude nécroscopique, sans faire connaître les désordres que le membre gauche a offerts après l'amputation, cette exposition devant compléter l'histoire de l'angioleucite profonde qui nous occupe en ce moment.

Autopsie du membre amputé. — A partir des ulcères de la jambe, qui sont presque cicatrisés, et sur le trajet des artères tibiale et péronière, on trouve deux traînées purulentes, sortes de canaux intermusculaires ne communiquant pas ensemble, mais venant aboutir au creux poplité. Là est un vaste foyer purulent, qui remonte vers le milieu de la cuisse, en entourant le fémur, qui est isolé des muscles jusqu'au-dessus de son tiers supérieur. Sur plusieurs points étendus, l'os est privé de périoste, et celui-ci se détache aisément des points où il est encore adhérent. Le fémur, dépoli et rugueux dans ses deux tiers inférieurs, offre des plaques déchiquetées, liées entre elles par des stries rugueuses, indice d'un travail inflammatoire.

L'articulation du genou est restée close; elle ne présente pas de pus dans son intérieur; mais ses surfaces sont rougeâtres; les cartilages semi-lunaires sont détruits, et les condyles du fémur et du tibia, privés sur quelques points de leur cartilage d'incrustation, sont rouges et rugueux.

Les muscles du membre ne sont que faiblement disséqués; son tissu cellulaire n'est détruit que sur le trajet des vaisseaux profonds, sous les points décollés de la peau et sous l'aponévrose; mais la peau est séparée de l'aponévrose jusqu'à mi-cuisse, et l'aponévrose est aussi séparée des muscles jusqu'à 3 centimètres au-dessous des ganglions inguinaux. Là existe un cul-de-sac qui limite en haut et en avant le foyer de la suppuration, comme il en existe un autre au-dessus du tiers supérieur du fémur, qui limite profondément en arrière le champ de l'inflammation suppurative. J'ai déjà dit qu'au-dessus de ce point, le périoste ramolli se détachait de l'os avec une telle facilité qu'on put, par de légères tractions, en dépouiller l'os jusqu'au grand trochanter.

On trouve, dans le canal médullaire du fémur malade, des traces d'inflammation et même du pus.

Les veines sont partout intactes

Il n'existe dans le pied, très-œdématié, du reste, aucune trace de suppuration.

Les considérations contenues dans ce mémoire et la dernière observation qu'on vient de lire soulèvent, en chirurgie, des questions du premier ordre.

1° L'angioleucite profonde doit-elle être désormais rangée parmi les cas qui peuvent nécessiter les amputations?

2° Est-il prudent de plonger dans l'éthérisme les malades épuisés par une abondante suppuration et de longues souffrances?

3° N'y a-t-il aucune crainte pour la marche des plaies, et existe-t-il un grand bénéfice pour l'état ultérieur du blessé à pratiquer l'*éthérisation locale* des surfaces traumatiques étendues?

4° Quand un ou deux frissons portent à soupçonner l'imminence ou l'invasion de la résorption purulente, l'indication de l'amputation subsiste-t-elle encore, ou, en d'autres termes, est-il permis de pressentir que le sacrifice du membre sera un remède à l'infection purulente qui débute, comme on a pensé qu'elle était un moyen efficace dans le tétanos traumatique?

5° Dans les suppurations intarissables des parties molles, faut-il considérer l'amputation comme une ressource infidèle et ne jamais y recourir?

L'amputation coxo-fémorale que j'ai pratiquée fait connaître mon opinion sur les divers points importants de la thérapeutique chirurgicale que je viens d'énumérer; mais je ne me dissimule pas que, si l'on consulte les auteurs, on les trouve muets ou partagés d'opinion sur ces diverses questions. Je n'ai pas l'intention de faire ressortir les doctrines différentes qu'ils professent; mais je ne puis m'empêcher de rapporter, en finissant, le sentiment d'un praticien recommandable en ce qui se rattache à l'opportunité de la désarticulation que j'ai pratiquée.

A l'endroit des cas qui nécessitent l'amputation, Lisfranc s'exprime en ces termes: « S'il existe une suppuration très-abondante, de grands clapiers, si les muscles sont en quelque sorte largement disséqués par le pus, la vie du sujet est ordinairement en danger: 1° parce que l'inflammation de la vaste surface dénudée peut singulièrement altérer l'organisme; 2° parce que la nature ne peut pas toujours fournir aux frais d'une sécrétion purulente aussi considérable, des ouvertures et des contre-ouvertures pénétrant dans le foyer pyogénique, des pansements appropriés, des positions conve-

nables données à la partie malade, le régime, des médicaments internes et surtout l'iodure de potassium administré à l'intérieur, sauvent assez souvent le membre, mais ces moyens échouent-ils, la faiblesse fait-elle des progrès, l'amaigrissement augmente-t-il beaucoup, l'assimilation n'a-t-elle guère lieu, les viscères sont-ils sains, il faut amputer. J'ai fréquemment suivi cette conduite dans ces dernières circonstances, et j'ai en général réussi quand je n'ai pas opéré trop tard; il est souvent difficile de connaître ce qu'on pourra obtenir par la puissance de l'organisation du mal et de la thérapeutique ordinaire; je dois dire qu'il n'est pas malheureusement très-rare de voir se développer tout à coup pour ainsi dire des accidents terribles, qui ne permettent plus de faire l'amputation; la santé générale du sujet, le bon état surtout de son canal intestinal, et la localité qu'il habiterait, serviraient en grande partie de base à la détermination que j'adopterais, et sur laquelle je voudrais d'ailleurs m'éclairer des lumières de quelques chirurgiens, qui, je l'ai observé souvent dans les consultations, hésiteraient probablement beaucoup sur le parti qu'il faudrait prendre: l'expérience n'a pas encore pu, en effet, se prononcer définitivement sur la question importante que nous traitons. » (J. Lisfranc, PRÉCIS DE MÉD. OPÉR., t. Ier, p. 624.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DU CHOLÉRA CONFIRMÉ PAR LES ACIDES; SUIVIE DE PROPOSITIONS RELATIVES A LA CAUSE ET A LA NATURE DE CETTE AFFECTION; par M. le docteur WORMS, médecin à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

> Immerito ullus ipsorum reprehendatur propterea quod invenire non poterat; imo laudandi potius omnes quod investigare conati sunt.
>
> (Hippocr., lib. I, DE DIÆTA.)

Monsieur le rédacteur,

Dans l'étude d'une épidémie aussi cruelle que celle du choléra, qui n'a point encore terminé le cours de ses ravages et qui semble menacer l'Europe de retours périodiques, aucun détail n'est à dédaigner de ceux qui peuvent contribuer à mettre sur la voie de découvrir la nature de cette affection, et c'est à ce titre que je crois devoir vous communiquer les remarques suivantes :

Depuis assez longtemps j'avais, dans mon service de cholériques, substitué l'usage de la limonade citrique aux infusions de menthe, de tilleul et à l'eau de riz, et je m'en trouvais bien. Dans la dernière moitié du mois de juin, quand je n'étais plus chargé des cholériques, il m'arriva de recevoir dans mes salles, du 13 au 24, sept hommes atteints de diarrhée qui durait déjà depuis quatre ou huit jours; selon ma pratique habituelle, je leur fis donner un vomitif (2 grammes d'ipécacuanha), de l'eau de riz, et ensuite des potions avec 2 grammes de laudanum et des lavements opiacés et amylacés.

Mais loin de voir l'amélioration survenir à la suite de cette médication qui réussit toujours en temps ordinaire, je pus constater une aggravation alarmante; aux déjections alvines qui se succédaient avec fréquence vinrent se joindre des vomissements. — Les évacuations prirent le caractère cholérique; la voix faiblit et s'éteignit chez deux d'entre eux; la peau se refroidit sans algidité, le pouls devint imperceptible, et l'altération caractéristique de la face ne put me laisser aucun doute sur la nature de la maladie, quoique les crampes ne se soient montrées que chez un seul. C'est là une des formes du choléra qu'on rencontre assez souvent au début et à la fin des épidémies chez les sujets affaiblis et où la mort arrive sans lutte marquée et semble n'être qu'une extinction graduelle de la vie. Je mis immédiatement les malades à l'usage de la limonade minérale, mais avec double dose d'acide sulfurique (20 grammes d'acide dilué pour 1 kilogramme d'eau) et je supprimai toute autre médication.

L'effet fut des plus frappants; le lendemain déjà le faciès s'était amélioré, les déjections avaient diminué; la peau avait repris de la chaleur; et je trouvai, à la place du pouls filiforme, presque insensible de la veille, un pouls développé, résistant, annonçant un retour de vitalité remarquable. Trois de ces malades sont sortis de l'hôpital et les quatre autres sont aux trois quarts et à la moitié de la portion.

Tout en me félicitant de ce que, depuis huit jours, il n'est pas entré de cholériques à l'hôpital du Gros-Caillou, j'éprouve un grand regret de ne pas avoir l'occasion d'expérimenter l'emploi des acides sur des cas de choléra algides et cyanosés; — et je publie ce fait pour mettre à même de le faire, ceux de mes confrères qui se trouveraient en meilleure position à cet égard.

Vous dire par quelle série d'observations et de déductions j'ai été amené à considérer les acides comme le moyen probablement le plus efficace dans le traitement du choléra, m'entraînerait trop loin en ce moment; je réserve ces détails pour une causerie clinique que je me propose de vous adresser plus tard, et à laquelle vous serez peut-être assez bon pour faire, dans votre journal, un accueil aussi bienveillant que celui dont j'ai à vous remercier pour mes lettres sur la période comateuse du choléra (1).

L'encouragement que vous avez donné, par votre publicité, aux essais rapportés dans ces deux lettres a porté ses fruits; si les médecins de la capitale et l'Académie de médecine n'ont point jugé dignes de leur attention les ressources thérapeutiques que j'y indiquais comme propres à contenir dans des limites normales la période de réaction et à prévenir et dissiper le coma qui constitue un des grands dangers consécutifs de cette maladie, j'ai pu me convaincre qu'en province elle a été employée avec un succès complet; depuis le jour où je vous ai donné communication de ce moyen, son efficacité ne s'est pas démentie, et j'ai toujours à me louer d'y avoir eu recours; ces fomentations pourront peut-être subir par d'autres que par moi une modification qui les rendrait encore plus efficaces; mais je puis affirmer (et je ne crains pas que l'expérience de mes confrères infirme ma proposition) que, telles que je les ai formulées de prime abord, elles fournissent le moyen le plus sûr de prévenir et de dissiper le coma et le délire dans la période de réaction, et qu'elles réussissent là où j'ai vu successivement échouer les déplétions sanguines, les révulsifs les plus violents et le cautère actuel.

En attendant le moment où je pourrai vous exposer l'ensemble et les résultats du service de cholériques dont j'ai été chargé, ainsi que les modifications successives que l'observation attentive et la méditation des faits ont amenées dans ma manière d'envisager la nature, la cause et le traitement du choléra-morbus, permettez-moi de déposer ici, pour prendre date et fournir à nos confrères la matière d'expérimentations qui pourraient ne pas être sans importance, quelques propositions qui résument mon opinion sur ce sujet.

1° Le choléra-morbus est une affection pestilentielle *exanthématique* caractérisée par des phénomènes analogues à ceux dont s'accompagnent les autres fièvres exanthématiques. — Les prodromes ont leur siége de prédilection sur la muqueuse du tube digestif; elle est précédée de troubles de l'innervation. — Comme dans la variole et la scarlatine, la langue est blanche, enduite et aplatie. — La maladie se termine par des efflorescences à la peau, et par la desquammation qui est toujours plus marquée et se montre d'abord sur les points qui ont été le siége de la cyanose.

Les accidents consécutifs les plus fréquents dans la convalence sont les douleurs et les écoulements d'oreille, les angines et les érysipèles de la face.

2° La cause éminemment probable est l'introduction dans l'économie de miasmes dont on ne peut attribuer la production qu'à des modifications et des exhalations *telluriques* qui semblent se faire jour sur les points de la croûte du globe que leur constitution géologique rend plus facilement perméables aux vapeurs et aux gaz résultant des réactions chimiques qui s'opèrent dans le sein de la terre (terrains tertiaires, alluvion, bord des fleuves, etc.).

3° Ces miasmes, dont la nature et le mode d'action me semblent avoir une grande analogie avec ceux de l'arsenic, en ce que d'une part ils produisent sur l'économie vivante à peu près les mêmes effets toxiques, et que de l'autre ils ont, de même que ce métal, la puissance de diminuer et de détruire l'action magnétique et la propriété électrique des corps qu'ils touchent (2), ont pour effet, quand ils sont introduits dans l'économie, de modifier en la diminuant la fermentation vitale du sang, de changer la réaction électrique des molécules qui le constituent de telle sorte, qu'il s'oxyde plus imparfaitement, que les éléments des sécrétions qui s'opèrent sous l'empire de la vie normale, au lieu de concourir à ces séparations, sont retenus dans la circulation avec prédominance presque absolue du principe *alcalin* ou, ce qui revient au même, avec suppression presque complète de l'élément *acide*.

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1849, numéros 14 et 15.

(2) On a presque partout constaté, pendant le choléra, la diminution de la force des aimants, la déperdition des condensateurs électriques et les déviations de l'aiguille.

4° Pour l'intelligence de la précédente proposition, il est important de ne pas perdre de vue qu'entre le choléra épidémique et celui qui règne endémiquement dans l'Inde, sporadiquement à la fin des saisons chaudes en Europe, et celui qui est le résultat de l'empoisonnement par les drastiques (gomme gutte, hellébore, coloquinte), il n'y a aucune autre différence que celle qui résulte de la spécificité de la cause, spécificité dont viennent témoigner l'éruption cutanée et la desquammation qui suivent toujours les cas de choléra épidémique confirmé.

Or il est important de remarquer combien est manifeste dans les pays chauds la prédominance de l'appareil et des sécrétions biliaires, et avec quelle unanimité les praticiens recourent à l'emploi de l'acide tannique dans les cas de superpurgation et d'hyperémèse.

5° La couleur verte, tantôt foncée, tantôt claire, des matières vomies, qui, aux yeux de tous les praticiens, constitue le premier signe favorable dans le choléra, est évidemment due au retour de l'action du suc pancréatique sur la bile (1).

6° Le météorisme, qui, dans presque toutes les maladies typhoïdes, est l'avant-coureur de la mort, est loin d'avoir la même signification dans le choléra : sans vouloir en faire un signe précisément heureux, je dois dire que les malades peu nombreux sur lesquels je l'ai observé se sont rétablis, quoiqu'ils eussent été très-grièvement atteints.

7° Tout me porte donc à croire que c'est dans l'emploi des acides qu'on doit trouver le remède le plus approprié à la première période du choléra, et je pense que le traitement probablement le plus rationnel et plus efficace est :

A. De débuter, dans tous les cas où l'économie n'est pas entièrement épuisée et la mort prochaine, par l'injection de l'épicacuanha à dose vomitive;

B. De faire suivre le vomitif de l'usage soit de l'oxymel, soit de la limonade sulfurique à dose double d'acide, et de laisser le malade boire aussi abondamment que sa soif lui en suggérera le besoin, sans s'inquiéter de la fréquence des vomissements, qu'il ne faut point chercher à supprimer;

C. De faire prendre d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure une cuillerée à bouche d'une potion qui aura pour véhicule une eau aromatique, pour base l'acide sulfurique, acétique ou chlorhydrique (ce sont les acides que l'estomac supporte le mieux), à la dose de 4 à 8 grammes, et le camphre à la dose de 1 décigramme ou 2; pour édulcorer, on emploiera le sirop d'éther à la dose de 20 à 30 grammes.

La potion que je préférerais serait ainsi formulée :

Eau de tilleul.	160 grammes.
— menthe.	10 —
Teinture aromatique acide (elixir vitriolique de mynsicht).	8 grammes à 10.
Ajoutez : Camphre trituré à l'alcool	15 centigrammes.
Sirop d'éther.	30 grammes.

L'emplâtre de thériaque composé avec superposition d'une brique chaude, m'a paru calmer souvent les douleurs épigastriques.

8° A toutes les époques de la maladie, je conseillerais de laisser boire au malade du vin du Rhin ou de Bordeaux, soit pur, soit avec un peu d'eau gazeuse.

J'ai depuis longtemps renoncé à l'emploi des frictions et des moyens de calorification et de révulsion externes, les considérant comme souvent nuisibles et toujours inutiles. Il est bien entendu que les frictions et le massage doivent être employés comme moyen de soulagement dans les crampes qui torturent le malade.

Je laisse pour un travail ultérieur les détails relatifs au traitement de la période de réaction, contre laquelle les fomentations résolutives, le sulfate de quinine, le camphre et le nitrate de potasse fournissent les armes les plus puissantes.

NOTE DU RÉDACTEUR EN CHEF. — Notre impartialité nous fait un devoir d'insérer la note de M. Worms sur les mauvais effets qu'il aurait observés à la suite de l'emploi de l'ipéca, dans la première période du choléra, pendant le commencement de juin. A ces insuccès exceptionnels, nous opposerons des centaines de succès non interrompus, que plusieurs praticiens ont constatés comme nous durant la même période de l'épidémie. Comment expliquer cette contradiction? Ne serait-elle pas due à l'emploi simultané ou successif de la médication opiacée? M. Worms ferait bien de publier avec détail quelques-uns des cas où il a eu à regretter les fâcheux résultats qu'il signale; car, quand des faits exceptionnels viennent déposer contre une médication qui est justement en possession de la confiance des praticiens, on ne saurait apporter trop de précision dans le narré des circonstances propres à expliquer la valeur des exceptions, et à les mettre d'accord avec la règle.

A notre connaissance, depuis le commencement de l'épidémie, plus de six cents fois on a employé la méthode évacuante, l'ipéca ou l'eau de Sedlitz, contre la période prodromique du choléra, et dans aucun cas on n'a eu à regretter les fâcheux résultats observés par M. Worms.

(1) Graff, DE SUCCO PANCREATICO. — *Si spiritus pellucidus (vitrioli) bili flavæ ex folliculo felleo extractæ commisceatur, exinde statim satis viridis liquor, aut ex atro virescens exsurgit.*

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'EXISTENCE D'UNE PSEUDO-MEMBRANE BLANCHE DANS L'ŒSOPHAGE DES CHOLÉRIQUES; extrait d'une lettre de M. le professeur CORBIN (d'Orléans).

Dans nos autopsies au Baron nous trouvons constamment, M. Jillon et moi, une pseudo-membrane caséeuse blanche dans l'œsophage; en taches isolées (qui rappellent le dessin de Billard sur le muguet des enfants), si la mort a été prompte; en bandes longitudinales, si la maladie date de trois ou quatre jours; en couche continue, du haut en bas, si la maladie est plus ancienne.

Chez l'un des morts de la dernière catégorie j'avais observé pendant la vie, sur tout le voile du palais (*ceci devient un symptôme*), cette concrétion blanche caractéristique des affections muqueuses; et, sans doute, elle se joignait par en bas à la fausse membrane œsophagienne. La jonction n'a pas été constatée, un gargarisme acidulé ayant fait disparaître avant la mort la diphthérite pharyngienne.

J'ai à l'heure qu'il est, chez un sujet vivant, un second cas pareil, où la pseudo-membrane, confluente sur le voile du palais, s'étend en taches sur toutes les parois buccales, et s'accompagne de stomatite, ce qui forme un véritable muguet symptomatique.

LETTRE SUR L'EMPLOI DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA; par M. le docteur H. A.

Monsieur le rédacteur,

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie nationale de médecine, j'ai entendu prononcer plusieurs fois le mot *sous-nitrate de bismuth*. Ce médicament paraît avoir été employé avec avantage par plusieurs médecins, dans le traitement du choléra. Je ne viens pas aujourd'hui pour réclamer la *priorité* de son administration pendant la durée de cette redoutable maladie, mais seulement pour essayer d'en faire bien préciser l'emploi, et déterminer avec la même exactitude la période où son usage peut offrir des avantages vraiment incontestables. Je joins à ma lettre une brochure publiée en 1832, où le traitement du choléra asiatique est exposé avec détail, et successivement appliqué à ses différentes périodes. Si vos travaux vous le permettent, daignez jeter un coup d'œil sur mon mémoire, vous y verrez que j'ai administré le sous-nitrate de bismuth, joint, il est vrai, à l'extrait thébaïque, à 47 cholériques : sur ce nombre, 27 malades ont eu les selles et les vomissements arrêtés en moins de vingt heures, et la guérison a été rapide; sur 11, la diarrhée et les vomissements ont été beaucoup plus tenaces et n'ont cédé qu'à trois et même quatre jours de traitement. Les 9 autres n'en ont éprouvé aucun soulagement : quelle part dans le succès peut-on rationnellement attribuer au sous-nitrate de bismuth? L'extrait thébaïque n'en peut-il pas revendiquer la plus importante?

J'ai été décidé à employer le sous-nitrate de bismuth dans le traitement du choléra par les succès obtenus de son emploi dans les *crampes d'estomac*, maladie toujours si douloureuse et si difficile à guérir, et surtout par la remarque faite que son administration répétée amenait ordinairement une constipation plus ou moins opiniâtre. Pour être plus certain de réussir, je l'ai le plus souvent uni à l'extrait thébaïque. Je dois dire que, dans la curation de beaucoup de cholérines, j'ai doublé la dose du sous-nitrate de bismuth, et rendu presque insignifiante celle de l'extrait thébaïque, et le succès n'en a pas moins couronné mes tentatives : j'ai la confiance la

plus entière dans sa médication appliquée au traitement des cholérines. Quant au choléra, à cause même de l'imminence du danger, je ne l'ai jamais employé seul.

Voici comment j'administre le sous-nitrate de bismuth : j'en fais former une masse pilulaire avec quantité suffisante de *diascordium*; et chaque pilule contient : sous-nitrate de bismuth et poudre de Colombo *ana*, 15 centigrammes; extrait thébaïque, de deux à *cinq* centigrammes (suivant la gravité des cas). Je donne une de ces pilules d'heure en heure : huit à dix sont ordinairement suffisantes pour obtenir un résultat satisfaisant. Données au début de la maladie, et au moment où les vomissements et les garde-robes ont le plus d'intensité, ces pilules manquent rarement d'améliorer la position des cholériques; elles *éteignent* promptement la grande *susceptibilité* intestinale, l'irritation, si mieux on aime, et empêchent ainsi la formation des liquides cholériques. Je les ai employées dans l'épidémie actuelle, avec à peu près les mêmes avantages qu'en 1832. J'ai eu surtout à m'en louer dans le traitement des cholérines.

Je dois dire à cette occasion que j'ai toujours diminué la dose de l'extrait thébaïque, la réduisant à 1 centigramme et même à un demi-centigramme par pilule; celle du sous-nitrate de bismuth, a au contraire, dans les mêmes cas, été élevée à 25 et jusqu'à 50 centigrammes. Fort de mon expérience, je n'hésite pas un moment à en recommander l'usage dans la curation de toutes ces *diarrhées insidieuses* si fréquentes aujourd'hui, et trop souvent les avant-coureurs du choléra. Elles peuvent être prescrites dans la plupart des cas avec l'espoir d'un succès permanent et prompt. Quant au *fléau* lui-même, je ne les indique point dans son traitement avec la même confiance, ne les regardant pas comme un spécifique de la maladie, et pouvant *être à tout instant prescrites* avec le même avantage; leur emploi, au contraire, exige du discernement et une bien juste *appréciation* de l'état des cholériques. Ce n'est qu'au début, et dans le moment où l'intestin fonctionne avec tant d'intensité pour soutirer du sang, ses parties les plus fluides, qu'elles peuvent, par leurs propriétés éminemment sédatives et astringentes, fermer en quelque façon les portes par où s'écoule la vie des malades, que leur emploi réussit le plus ordinairement. Mais dans la période d'*algidité et d'asphyxie*, *moment extrême*, où cette grande *élaboration* des fluides cholériques est achevée *faute d'aliments*, elles ne pourraient, à cause de leurs propriétés énergiques, que hâter la mort des malades. Tout dépend donc, pour réussir avec elles, de savoir *saisir l'instant* et *d'agir à propos*.

Agréez, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 JUILLET.

INFLUENCE VOLONTAIRE DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE SUR L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME.

M. DE HUMBOLDT adresse sur ce sujet à M. Arago une lettre dont nous extrayons ce qui suit :

« Ni les plaisanteries des rédacteurs de certains journaux sur la crédulité allemande, ni les résultats obtenus jusqu'ici par deux physiciens, habiles expérimentateurs, n'ont pu ébranler mes convictions à l'égard de l'influence volontaire de l'action musculaire sur le mouvement et la direction de l'aiguille astatique du galvanomètre. Nous venons d'avoir une nouvelle séance dans le cabinet de M. Émile du Bois-Reymond. J'ai invité à cette séance M. Mitscherlich, notre ami commun, dont on connaît la grande habitude de manier les instruments d'optique et de physique en général. M. Mitscherlich a obtenu ce que M. du Bois a découvert, ce que depuis des années plus de trente personnes, occupées de recherches physiques ou physiologiques, ont essayé ici sur elles-mêmes. En donnant de la tension aux muscles du *bras gauche*, l'aiguille a été mise instantanément en action par M. Mitscherlich et dans le sens où M. du Bois l'avait prédit, de manière à indiquer un courant de la main à l'épaule dans le bras contracté. En roidissant son *bras droit*, M. Mitscherlich a vu l'aiguille se mouvoir dans le sens opposé, mais à un moins grand nombre de degrés, parce que l'intensité du courant, développé par le mouvement musculaire, n'est pas toujours le même dans les deux bras. M. Mitscherlich, quelques jours plus tard, a encore répété l'expérience seul avec M. du Bois. Il m'a permis de citer son témoignage dans ces lignes. Occupé moi-même, depuis d'un plus demi-siècle, de ce genre de recherches physiologiques, cette découverte a un vif intérêt pour moi; c'est un phénomène de la vie rendu sensible par un instrument de physique. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

REMÈDES CONTRE LE CHOLÉRA.

M. GAULTIER DE CLAUBRY lit un rapport officiel demandé par le ministre de l'instruction publique, sur la valeur d'un préservatif du choléra, qui lui a été proposé par M. Peyre, médecin à Versailles.

M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de répondre qu'il n'y a pas lieu de s'occuper de ce préservatif. (Adopté.)

La lettre du ministre contenait en outre la proposition d'un préservatif par M. Joux, médecin à La Ferté-Gaucher, et sur lequel un rapport d'urgence est demandé.

La commission propose de répondre au ministre qu'il n'y a pas à s'occuper du système étiologique et prophylactique de ce médecin. (Adopté.)

M. MARTIN-SOLON lit, au nom de la commission du choléra, trois projets de rapports à M. le ministre de l'instruction publique :

Le premier, sur un remède de M. Chevalier Laubertin, contre le choléra (une tasse de thé chaud et 25 grammes d'élixir de longue vie). Conclusion : il n'y a pas lieu de donner suite à la demande du sieur Chevalier Laubertin.

Le deuxième, sur l'emploi des vapeurs ammoniacales proposées contre la même maladie, par M. Savy. Même conclusion.

Le troisième, sur un système de traitement proposé par M. Aubrée, (de Montpellier). Même conclusion.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de médecine opératoire.

La liste de présentation porte, par ordre alphabétique, les noms suivants : MM. Larrey, Maisonneuve, Nélaton, Ricord, Robert. (M. Vidal (de Cassis) figurait le sixième sur la liste; il a écrit pour se désister de sa candidature.)

Nombre de votants, 88; majorité, 45.

Au premier tour de scrutin,

M. Larrey obtient . . . . . . 19 suffrages.
M. Ricord . . . . 32 —
M. Robert . . . . 36 —
M. Nélaton . . . . 2 —

Au deuxième tour, nombre de votants, 91; majorité, 46.

M. Robert obtient . . . . . 44 suffrages.
M. Ricord . . . . 41 —
M. Larrey . . . . 7 —

On procède à un troisième tour de ballotage entre MM. Robert et Ricord.

Le nombre des votants est de 89; majorité, 45.

M. Robert obtient . . . . . 44 suffrages.
M. Ricord . . . . 44 —
M. Larrey . . . . 1 —

M. LE PRÉSIDENT, en proclamant ce résultat, consulte l'Académie sur le parti à prendre en présence d'un fait sans précédent.

L'Académie, après une courte délibération, décide à l'unanimité, sur la proposition de M. Orfila, qu'on procédera à un nouveau scrutin de ballotage entre MM. Robert et Ricord, dans une autre séance.

La séance prochaine étant ajournée au jeudi à cause des élections, on décide que ce dernier scrutin aura lieu d'aujourd'hui en quinze.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL a la parole pour la correspondance.

La correspondance officielle comprend :

1° Cinq lettres du ministre du commerce, avec envoi de trois notes relatives à des remèdes ou des moyens prophylactiques contre le choléra, par MM. Montigoi, de l'Aigle, Teissèdre et Fievet; et un rapport de M. Billot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, au sujet d'une fièvre typhoïde, dont les communes de la Perrena et des Chalesnes ont été affligées cette année;

2° Une lettre du ministre des travaux publics, avec envoi d'un exemplaire de la carte hydrographique de la France.

CHOLÉRA CHEZ UNE FEMME ENCEINTE; AVORTEMENT.

M. le docteur A. NICOLAS, à l'occasion de la communication faite dans la séance du 19 du courant, par M. Devilliers fils, relativement à un cas de choléra survenu chez une femme enceinte, soumet à l'Académie une observation du même genre, où il s'agit d'un cas de choléra grave survenu chez une dame grosse de cinq mois et demi.

Voici les conclusions que l'auteur déduit de ce travail :

1° Le choléra a déterminé l'avortement;
2° L'avortement a fait périr l'enfant;
3° La grossesse ne préserve pas du choléra;
3° *bis* Les femmes en couches n'en sont pas davantage garanties;
4° Le travail de l'enfantement ne peut pas guérir du choléra;
5° L'opium peut être employé à haute dose sans occasionner de narcotisme;
6° Dans l'observation de la dame C...., l'opium n'a point agi sur la matrice;
7° Il ne paraît pas avoir eu d'action sur l'enfant;
8° Le choléra n'est point contagieux;

9° L'allaitement ne suffit pas pour le transmettre de la mère à l'enfant;

10° D'après le cas actuel, il ne paraît pas devoir se propager de la mère à l'enfant pendant la vie intra-utérine.

(Renvoyé à la commission déjà nommée : MM. Dubois, Moreau et Capuron.)

CONTAGION DU CHOLÉRA.

M. CHAMBAY, médecin des épidémies à Alençon, communique le fait suivant relatif à la contagion du choléra.

La veuve Granger, du village de la Rousselière, était arrivée de Paris avec un nourrisson, le 28 mai dernier. Deux jours après l'enfant tombe malade du choléra et meurt dans la journée. Le 2 juin la femme Granger éprouve les symptômes d'un choléra foudroyant et succombe au bout de douze heure. Le 8 juin, la femme H..., qui avait enseveli l'enfant et donné des soins à la femme Granger, éprouve les atteintes de la maladie et expire le 14. Le 16, le mari de cette femme meurt dans les vingt-quatre heures en proie à la même maladie. La femme F..., proche voisine qui a donné des soins à la femme Granger et a aidé à l'ensevelir, a également été atteinte. D'autres personnes qui avaient été en communication avec les malades précédents ont éprouvé des cholérines à des degrés variables, mais sans résultat funeste. Avant l'arrivée de la femme Granger à la Rousselière, il n'existait dans ce village aucun cas de choléra.

M. BROCHARD, médecin des épidémies à Nogent-le-Rotrou, envoie une note relative à la contagion du choléra. Avant d'exposer les faits nouveaux qu'il vient d'observer, M. Brochard répond à quelques paroles que M. Martin-Solon a prononcées à l'Académie (séances du 24 avril et du 29 mai), par lesquelles l'honorable académicien demandait si les faits invoqués n'étaient pas le résultat de simples coïncidences, et si l'on citait des faits où des individus venant des lieux infectés aient importé la maladie dans des lieux sains.

Sur la première question, l'auteur répond en affirmant que les faits qu'il a fait connaître ont toute l'exactitude et toute la rigueur possible.

Sur la seconde question, il répond par l'exposé des nouveaux faits suivants : Depuis le commencement de l'épidémie le choléra a rarement frappé à la fois plusieurs personnes de la même maison. Ces différentes personnes ont été atteintes successivement, à quelques jours d'intervalle. Rarement il y a eu un seul cas de choléra dans une famille; presque toujours il y en a eu plusieurs, et toujours j'ai remarqué que le cas qui se développait le dernier était le plus grave, c'est-à-dire que l'intensité de la maladie était en rapport direct avec la durée de la cohabitation d'un individu sain avec un cholérique. On n'a jamais vu (à Nogent-le-Rotrou) le choléra frapper deux fois le même individu pendant le cours de cette épidémie. La moitié au moins des cas de choléra observés à Nogent a eu lieu chez des personnes qui avaient soigné des cholériques.

La femme L... avait un nourrisson de l'administration de la rue Sainte-Apolline. Cette femme, son mari et le nourrisson ayant été atteints de choléra, ce dernier fut confié à la femme M.., nourrice. Cette femme et sa fille furent atteints elles-mêmes quelques jours après la mort de l'enfant et succombèrent. Le deuxième nourrisson de la femme M..., atteint à son tour, communiqua la maladie à une troisième nourrice.

Après trois exemples de ce genre que l'auteur rapporte dans sa lettre, il obtint de l'administration la permission d'improviser dans un vaste local une crèche où on nourrit en les faisant boire les enfants des nourrices atteintes de choléra. Cette mesure suffit pour empêcher la répétition des accidents dont on avait eu trois exemples si fâcheux.

M. GIRARD, médecin de l'asile des aliénés d'Auxerre, fait connaître que le choléra a éclaté dans cet établissement depuis le 12 juin. Sur 289 malades existant dans l'asile à cette époque, dont 113 hommes et 176 femmes, il a constaté chez les premiers 11 cas de choléra et chez les seconds 8 cas. Il a noté des symptômes précurseurs dans tous les cas. L'épidémie a fait ses ravages sur des organismes affaiblis, soit par la chronicité de la folie, soit par la forme dépressive de l'affection : mélancolie, idiotie, démence. Elle n'a point sévi dans les quartiers neufs; malgré l'apparence superficielle de la contagion, ajoute l'auteur, celle-ci non-seulement n'a pu être rationnellement démontrée, mais on doit en éloigner l'idée jusqu'à nouvelles preuves. L'auteur joint à cette lettre une note relative à la contagion du choléra et un tableau statistique résumant les cas qu'il a observés.

M. PADIOLEAU (de Nantes) adresse des considérations sur la nature et le traitement du choléra. C'est un historique de diverses questions sur le choléra. (Toutes ces communications sont renvoyées à la commission du choléra.)

— M. le docteur MARTIN ROQUEBRUNE, chirurgien de la marine, adresse un mémoire sur le traitement local du bubon suppuré. Il propose d'ouvrir les bubons par une ponction sous-cutanée pratiquée sur un point éloigné du foyer. (Commissaires, MM. Lagneau, Rayer et Ségalas.)

M. MARTIN-SOLON demande la parole à propos de la correspondance.

Loin de me plaindre de la réclamation de M. Brochard, je suis heureux de la communication qu'il vient de faire. Les faits qu'il vient de nous faire connaître ont leur intérêt particulier; ils contribueront à mieux faire connaître l'histoire du choléra. Cependant il reste un fait à éclaircir. Tandis que que M. Brochard affirme que le choléra n'avait point éclaté à Nogent avant les circonstances qu'il nous a fait connaître, un membre de la commission affirme le contraire; il me semble qu'avant de se prononcer pour l'une de ces deux affirmations, il faudrait au moins y regarder de très-près. Un débat contradictoire me paraît ici nécessaire.

Quant aux faits que M. Brochard raconte dans sa lettre, on en doit conclure que le choléra présente, à Nogent, une physionomie toute particulière; car, à Paris, rien n'est plus fréquent que de voir l'épidémie attaquer une seule personne dans une maison; ou, quand elle en attaque plusieurs, en attaquer quelques-unes simultanément. Cela n'enlève rien à l'intérêt des faits observés par M. Brochard; je répète, au contraire, que ces faits ont un intérêt tout particulier, puisqu'ils sont tout différents de ce qu'on observe ailleurs.

M. COLLINEAU observe qu'il n'y a pas eu un seul cas de choléra à la maison des nourrices de la rue Sainte-Apolline.

M. LE PRÉSIDENT arrête la discussion qu'on paraît vouloir engager sur cette question, en la renvoyant à l'époque de la discussion du rapport dont elle sera l'objet.

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LES COMMUNICATIONS DE MM. CARLIER, SPRING ET LOMBARD CONCERNANT LE CHOLÉRA ASIATIQUE (1).

M. RAIKEM : Messieurs, je ne viens pas vous entretenir du traitement de l'épidémie qui règne en ce moment à Liége, attendu que je n'ai pas eu occasion de voir un grand nombre de malades affectés de cette maladie, avec laquelle, pour la première fois, je me trouve en présence; je me propose seulement de vous offrir un résumé des altérations les plus remarquables, c'est-à-dire des lésions qui ont le plus frappé mon attention, dans les recherches anatomo-pathologiques auxquelles je me suis livré dans quatorze autopsies de cholériques auxquelles j'ai procédé ou qui ont été pratiquées sous mes yeux, la plupart en présence de témoins honorables, MM. les professeurs Frankinet, Schwann, Spring, MM. les docteurs Cordier, Gaede, etc. (Voir plus haut ce résumé.)

M. LOMBARD : Je désirerais faire une observation sur la communication que vient de faire l'honorable M. Raikem.

M. LE PRÉSIDENT : Vous aurez votre tour de parole. Les observations de M. Raikem font partie de la discussion. Les membres qui parleront après lui pourront les rencontrer.

M. CARLIER : Je demanderai la permission de faire une question à M. Raikem; je le prie de vouloir bien nous dire dans quelles conditions anatomiques il a trouvé le foie dans les cadavres qu'il a ouverts.

M. RAIKEM : J'ai dit que le foie ne présentait pas d'altérations constantes; j'ai seulement fait observer qu'il laisse échapper du sang noir et épais, en quantité plus ou moins considérable.

M. CARLIER : Je désirerais savoir si, dans vos autopsies, le foie a présenté quelques indices de congestion.

M. RAIKEM : Généralement non, et ce qui vient à l'appui de ce que j'ai dit, c'est que, dans la veine cave, on ne trouvait que peu ou point de sang....

M. LE PRÉSIDENT : La discussion ne doit pas dégénérer en conversation.

M. CARLIER : C'est une simple question que je prenais la liberté d'adresser à l'honorable M. Raikem : je le priais de répéter ce qu'il a dit relativement au foie. Il importe, en effet, de bien établir les conditions cadavériques de cet organe, d'autant plus que, dans son mémoire, M. le professeur Lombard l'a signalé comme éminemment congestionné. Or le témoignage de l'autopsie détruit à lui seul cette assertion. Du reste, j'ai écouté avec le plus vif intérêt la lecture que vient de nous faire l'honorable M. Raikem; il a accompli son travail avec une attention minutieuse et la plus habile sagacité, et les données qu'il a recueillies sont d'autant plus importantes qu'elles sont conformes aux résultats fournis par les autopsies faites tant en Angleterre qu'en France.

L'honorable M. Lombard prétend établir la physiologie du choléra, et dans son zèle irréfléchi, il retranche d'emblée la majeure partie des phénomènes constitutifs, à savoir toute la première période et une partie importante de la seconde, comme si le reste pouvait suffire à une saine appréciation du mal. Or, je crois l'avoir démontré, ce procédé est essentiellement trompeur, irrationnel, et ne peut conduire qu'à une solution négative ou erronée.... Je ne reviendrai donc pas sur ce point.

L'honorable professeur ne reconnaît et prétend n'admettre comme choléra que les cas frappés d'algidité et de cyanose.... Il vous parle bien des évacuations gastro-intestinales, mais c'est pour vous rappeler qu'elles n'ont pas lieu chez tous les malades. Et de ce qu'elles ne se produisent pas toujours, il leur dénie tout rapport essentiel avec le choléra, et ne leur accorde qu'une importance secondaire, sinon tertiaire.... M'est avis, messieurs, que cette appréciation est vicieuse de tous points, et pour vous en convaincre, jetez un regard sur l'épidémie qui décima l'Europe en 1832; suivez le choléra dans son invasion actuelle au sein de nos villes, à Anvers, à Mons, à Liége même : partout vous retrouverez, comme accompagnements ordinaires de l'affection, les vomissements et les selles; partout vous les verrez revêtir un caractère spécial qui révèle le funeste génie du mal, un caractère d'une haute gravité, et dont la thérapeutique doit subir les exigences, sous peine d'être impuissante ou même désastreuse.... Il importe donc infiniment de ne se point tromper sur la nature du désordre gastro-intestinal. Or, pour l'apprécier sainement, il n'est qu'une manière de procéder : c'est de le suivre dans toute son évolution, et de recueillir les traits de celle-ci à ses diverses époques; car le phénomène des évacuations se déroule en plusieurs phases douées chacune d'une physionomie propre et d'une impor-

(1) Voy. GAZETTE MÉDICALE, p. 468, 487 et 509.

tance bien différente. A son début, il y a perturbation du mouvement péristaltique du tube alimentaire; il y a proprement dit vomissement et déjection intestinale. La matière évacuée est d'abord stercorale, et présente bientôt des mucosités, de la sérosité et plus ou moins de bile jaune ou verte, produits normaux d'une élaboration exhalante ou sécrétoire dont ils trahissent l'activité comme l'acte expulsif accuse la motilité exagérée de l'appareil qui les reçoit dès leur formation. Ces caractères tardent peu à se modifier, et dans leur transformation, si rapide souvent qu'elle semble instantanée, ils revêtent la maligne nature du principe qui les provoque, et deviennent caractéristiques du choléra. La motilité s'épuise, languit et s'éteint; les efforts expulsifs s'arrêtent; les travaux sécrétoires et exhalants cessent; la matière qui s'écoule n'est plus qu'une sérosité chargée de flocons albumineux que maintes fois l'on voit, dans son excessive abondance, se précipiter dans le tube digestif comme un torrent irrésistible et déborder par toutes ses issues. Ce sont alors les fluidités du sang et ses éléments salins qui s'échappent sans obstacle à travers les filières élaboratoires, frappées d'inertie! C'est, suivant l'heureuse expression de notre savant et éloquent collègue M. Fallot, une hémorrhagie blanche, phénomène si profondément épuisant qu'il ruine bientôt l'organisme le plus vigoureux.

Ainsi, en suivant dans sa révolution complète, le désordre gastro-intestinal, on le voit manifester d'abord des qualités d'un aspect peu grave, et déceler ensuite un caractère éminemment désastreux et qui impose à la thérapeutique une pressante obligation...

M. Lombard : L'Académie entend-elle que la discussion roule exclusivement sur ma communication?

M. le Président : Trois communications sur le choléra ont été faites à l'Académie. Ces communications doivent donner lieu à des discussions. Il est évident que tout ce qui est relatif au choléra appartient à la discussion.

M. Lombard : Mais il faut arriver à une fin.

M. Carlier : Il est si vrai que l'honorable M. Lombard a traité des évacuations gastro-intestinales, que maints passage de son mémoire ne tendent à rien moins qu'à ravaler leur importance clinique. Quelque part que vous cherchiez sa pensée, l'honorable auteur dépouille arbitrairement le désordre gastro-intestinal de sa signification diagnostique, lui dénie toute gravité, et conteste jusqu'à sa part légitime dans les exigences thérapeutiques! Il va plus loin : méconnaissant le caractère de ce désordre, il lui confère d'autorité une bénignité absolue, et même l'ineffable vertu de l'élimination! Traiter comme éliminatoire et salutaire un phénomène d'aspect si équivoque, de nature essentiellement spoliatrice et si ruineux pour les sources vitales qu'il les dessèche en peu d'heures, n'est-ce pas, messieurs, tomber dans la plus déplorable des erreurs?

Mais savez-vous ce qui a conduit l'honorable professeur à cette dangereuse énormité? Une chose toute simple, messieurs, le désir d'asseoir le choléra sur une base nouvelle et déjà façonnée, sur le seul appui d'un symptôme, sur la cyanose!... Il voulait doter celle-ci de toute la valeur diagnostique du choléra, en faire dériver les éventualités diverses, et lui adresser exclusivement les soins thérapeutiques; il voulait en faire le phénomène essentiel et primordial du choléra. Il importait donc à ses vues de l'affranchir de toute dépendance envers les évacuations gastro-intestinales, et de montrer que la cyanose se produit même quand elles n'ont pas lieu. Mais vaine sollicitude!... Vue de plus près la cyanose ne mérite pas plus que le désordre gastro-intestinal notre prédilection, et nous ne lui devrions guère plus d'obédience qu'à celui-ci, si elle ne témoignait communément d'un plus grand développement du mal, et surtout si elle n'était moins accessible à nos moyens; car elle n'a pas les vertus que lui attribue M. Lombard : elle n'est point symptôme exclusif du choléra, attendu qu'elle se rencontre dans des circonstances de nature différente; elle n'est pas constante, puisqu'elle fait défaut dans certaines complications, et alors que le choléra déploie ses autres caractères; si grave qu'on l'estime, elle n'est pas primitive; elle dérive immédiatement d'altérations patentes. Et ces altérations, quelles sont-elles? Elles sont diverses et chacune capable de produire la cyanose. On les voit se réunir dans le choléra régulier et se renforcer réciproquement en agissant de concert. Dans des cas plus rares, il n'en est pas ainsi : l'une d'elles peut manquer sans que la cyanose en soit empêchée. Une cause puissante de cyanose, c'est, à mon sens, l'hémorrhagie blanche; comment en effet lui dénier cette influence, quand on retrouve dans ses produits les riches dépouilles du sang, son sérum, son albumine et bonne somme de ses principaux éléments?

Le système nerveux y prend une part vraisemblablement plus efficace; frappé d'une inertie générale, il ne garde assurément pas aux poumons cette intervention vivifiante qui accomplit l'hématose.

Enfin une autre cause de cyanose, c'est l'altération du sang, effet nécessaire des dérangements que je viens de signaler, et qui le rend inapte, dit la chimie, aux combinaisons hématosantes; c'est peut-être aussi l'infection primitive du sang, autre altération que les classiques admettent sans savoir en quoi elle consiste, ni quelle est son influence prochaine, et à l'égard de laquelle je réserve mon sentiment.

La cyanose n'est donc point le phénomène primordial du choléra; sa place naturelle n'est qu'au second plan de cette terrible scène pathologique. Ce n'est point elle qu'il faut consulter sur le dénoûment de celle-ci, car elle n'a de valeur prognostique appréciable que celle qu'elle emprunte aux conditions dont elle dérive. Ce n'est surtout point d'elle qu'il faut déduire vos indications curatives, car ce serait opposer vos moyens non à l'élément principal de l'affection, mais à une de ses conséquences plus ou moins prochaines, ceserait consacrer la stérilité de vos efforts et vous engager dans une voie désastreuse.

Un mot d'explication avant de passer plus loin. J'ai eu l'honneur de vous dire, messieurs, que le système nerveux était atteint par l'influence cholérigène; j'estime en effet qu'il l'est primitivement et d'une façon profonde; que cette atteinte l'embrasse dans toute son étendue ou seulement dans quelqu'une de ses divisions principales, c'est ce que je n'oserais décider bien que, sur des témoignages puissants et sur la foi des données autopsiques, j'incline à penser que le fait cardinal du choléra réside au sein du ganglion semi-lunaire.

L'honorable M. Lombard refuse au système nerveux toute participation principale à la constitution du choléra, par la raison qu'une vieille femme cyanosée a mangé des pommes de terre!... fait inconciliable, dit-il, avec l'affection du système nerveux, mais que pourtant il ne s'étonne pas de rencontrer dans la cyanose! Et d'autre part, M. Lombard lui-même a rencontré le trouble nerveux jusque dans les prodromes du choléra, et c'est de ses caractères qu'il a tiré plusieurs fois la prédiction d'une invasion prochaine .. Voudrait-il aussi n'être pas d'accord avec lui-même?

Je passe maintenant au second phénomène que l'honorable professeur de Liége veut bien admettre dans la constitution de son choléra, à l'algidité, phénomène principal assurément et d'une haute valeur, car différant en cela de la cyanose, il ne manque jamais complétement, et marque fidèlement la gravité des cas qu'il accompagne. Ce n'est pas qu'il soit élément primordial du choléra et qu'il suffise de réchauffer le malade pour le guérir... Oh non, qu'on se garde de le croire! Notre honorable collègue reconnaît l'importance de l'algidité; mais, chose étrange, il oublie à son égard l'analyse physiologique, et ne se prononce pas sur ses raisons d'existence...

Passons aux terminaisons du choléra. On avait longtemps douté que le choléra pût guérir spontanément; le fait est maintenant hors de doute : plus heureux que l'illustre Broussais, le professeur de Liége l'a constaté. Il vous en a d'abord rapporté deux exemples; dernièrement il vous en signalait douze et vous en promettait vingt-cinq autres. Sachons-lui gré de la peine qu'il met à les recueillir; les populations rassurées par leur témoignage et moins accessibles aux terreurs anticipées résisteront mieux à l'influence du génie épidémique, et plus d'un sujet redevra son salut à notre honorable collègue... Mais, si le zèle de M. Lombard ne respirait qu'un sentiment hostile contre une doctrine qu'il ne connaît pas; si tant d'efforts n'avaient pour but que de ravaler des succès qui blessent son amour-propre, s'il ne voulait qu'amoindrir à l'avance la valeur des cures homœopathiques soumises à votre délibération actuelle, oh! alors sa tâche serait peu digne; et j'ai hâte de l'en prévenir, ce serait aussi zèle malentendu, efforts inutiles, peines stériles.

Quoi qu'il en soit, j'admets les guérisons spontanées; je ne les trouve pas si prodigieuses qu'elles semblent l'être aux yeux de l'honorable membre. La raison, la voici : le choléra est, dit-on, l'effet d'une intoxication spéciale; or cette intoxication est-elle si absolue qu'elle ait partout et toujours le même développement, la même intensité? L'agent toxique est-il si violent que ni les lieux, ni les temps, ni les autres influences hygiéniques n'en puissent modifier quelque peu la funeste activité? Est-il si irrésistible que toute organisation doive succomber à ses atteintes? Évidemment non ; vous savez tous qu'au sein d'une épidémie la puissance cholérigène déploie divers degrés d'énergie et atteint à des développements plus ou moins profonds; elle rencontre aussi des organisations diversement résistantes, et alors se présentent ces luttes plus ou moins longues et chanceuses qui se terminent par la mort, quand elles sont partielles, sans consistance, ou tumultueuses, et par le retour de la santé, quand la nature dispose de ses ressources avec mesure et peut harmoniser ses efforts. Ainsi, que le choléra guérisse spontanément dans la première période, dans la seconde, et même à un degré de développement plus avancé, rien d'étrange en cela; le fait est naturel... Cependant il ne peut suffire à votre sollicitude que l'on établisse la possibilité des guérisons spontanées et qu'on en grossisse, dans les statistiques, la colonne de ses succès. Vous désirez sans doute tirer de ce fait un enseignement non moins profitable à l'humanité qu'à la science, un enseignement qui fournisse quelque ligne de conduite près du malheureux qui se débat dans les étreintes du mal.... et à cette fin, vous attendez peut-être qu'on vous dise comment s'annoncent les réactions salutaires, quels signes les accompagnent et marquent sûrement leur degré d'efficacité?... Vaine attente, messieurs, votre sollicitude n'a été ni prévue ni comprise.... Il suffisait à l'honorable clinicien de Liége de signaler des guérisons spontanées pour atténuer l'effet moral des cures homœopatiques, et pourtant, sans ce critérium, que dirons-nous au malheureux terrassé par le génie épidémique? Lui dirons-nous : Patience, mon ami, de l'eau, de l'air, et vous guérirez, car le choléra guérit sans les secours de l'art; l'épidémie de Liége l'a prouvé, douze cas, vingt-cinq cas ont guéri spontanément, M. Lombard le dit....? Qui de vous, messieurs, oserait tenir ce langage? qui de vous assumerait la responsabilité d'un choléra algide cyanosé devant lequel il serait resté spectateur oisif?...

Une chose me surprend, c'est que l'honorable M. Lombard ne s'aperçoive pas qu'on pourrait revendiquer la part de la nature dans la colonne de ses succès, et lui faire un calcul non moins difficile à renverser que désavantageux pour l'art.

Examinant le rapport de la cyanose avec les évacuations gastro-intestinales, l'honorable M. Lombard prétend qu'elle est absolument indépendante de celle-ci, qu'elles ne peuvent coexister parce que la cyanose arrêterait les évacuations en leur refusant les matériaux de leurs produits.... et quelques lignes plus loin, il rapporte qu'il les a vues survenir après la cyanose.... argument plus spécieux que solide et qui tombe de lui-même devant le double fait de la pluralité des causes cyanosantes et des degrés divers de la cyanose. Une autre circonstance qui lui sert à prouver que la cyanose est indépendante des évacuations, c'est celle de sa disparition avec le retour des sécrétions, et particulièrement de l'exhalation cutanée. Mettre sur la même ligne le désordre cholérique intestinal et les sueurs de la réaction, c'est confondre deux choses essentiellement dissemblables et qui se heurtent dans leur rapprochement; et d'ailleurs, qui de vous

ne comprend que la cyanose ne disparaît point par la vertu de la sueur, mais qu'elle cède devant la puissance dont le réveil rend à la peau l'exercice de ses fonctions?

Ajouterai-je qu'il y a une distinction à faire à l'égard des sueurs? Que s'il en est de salutaires et qui aident à la solution du choléra, il en est d'autres toujours fâcheuses et qui précipitent la ruine du malade! mais à quoi bon? Vous le savez de reste. Quant à la soif, elle fournit un problème à résoudre dont notre honorable collègue semble ne s'être pas préoccupé. On la voit à toutes les époques de l'évolution cholérique, là comme pour réparer les pertes épuisantes; ailleurs (dans la réaction) comme compagne habituelle de l'activité qui renaît.

L'honorable M. Lombard aborde ici une haute question de médecine pratique. Il recherche le mécanisme des solutions heureuses du choléra, et pose en principe : « Que ce mal ne guérit que par les évacuations et jamais sans leur intervention... »

J'ai déjà dit ce qu'il fallait penser à cet égard, des évacuations gastro-intestinales et des sueurs; je ne puis que me répéter quant à la puissance des autres sécrétions. J'ai vu aussi beaucoup de choléras; or il conste de mes observations que s'il est une maladie où les crises soient rares et difficiles à susciter, c'est assurément le choléra. Joignez à cela ce que j'ai dit tantôt du manque absolu de critérium pour mesurer la valeur des tendances salutaires, et vous verrez que provoquer des sécrétions pour conjurer le choléra, c'est s'engager dans une voie de hasards fâcheux et d'impossibilités....

J'ai dit que provoquer le vomissement dans le choléra était une opération impropre à sa nature; j'ai ajouté que s'il est des conditions où cette médication peut être utile, elles ne dépendent point du choléra, mais sont purement accidentelles; ainsi serait celle de l'individu surpris par le mal immédiatement après un repas, et alors que le vomissement ne surviendrait pas spontanément...

Faites vomir : telle est la prescription absolue de l'honorable M. Lombard, prescription vague et d'une insuffisance tout au moins regrettable; car, avant de provoquer le vomissement, ne faut-il pas se demander à quelle fin on le provoque? Ne faut-il pas déterminer dans quelle phase de la scène cholérique, il est opportun de le provoquer? Sera-ce dans le choléra sec, là où le sujet est quasi foudroyé, où la vie s'épuise en trois ou quatre heures, et s'éteint sans jeter un éclair d'activité? Sera-ce dans le choléra fluent, là où des évacuations excessives et incessantes accusent l'hémorrhagie blanche et ruinent l'économie? Sera-ce pour conjurer ces douleurs atroces qui déchirent les entrailles du malheureux ou pour dissiper ces convulsions affreuses qui lui brisent les membres? Sera-ce dans le choléra compliqué et quelle que soit l'affection concomitante? L'auteur oublie de s'en expliquer !...

Quant à la mesure dans laquelle il faut opérer, l'auteur, plus explicite, prescrit de pousser le vomissement jusqu'au retour du pouls, de la chaleur, de la sueur, etc.; que si cet heureux retour tarde à s'effectuer pendant un, deux et même trois jours, vous persévérerez à faire vomir...; que si, dans le trajet, le malade succombe, oh! alors, je m'arrête, messieurs....

L'honorable M. Lombard est plus pertinent encore sur le choix de l'agent vomitif; il vous recommande particulièrement l'ipécacuanha. Je lui demanderais volontiers pourquoi l'ipécacuanha plutôt que le tartre émétique, le sulfate de zinc et autres agents dont la vertu vomitive est plus vigoureuse encore que celle de l'ipécacuanha? Mais..., question oiseuse, voici que M. Lombard trouve dans l'eau tiède une puissance égale à celle de l'ipécacuanha, et qu'il lui attribue une part égale dans ses succès!... Du reste, il administre l'une et l'autre avec la même mesure : il veut que vous gorgiez le malade d'eau tiède, ou bien que vous lui administriez 15 grains d'ipécacuanha chaque quart d'heure, ce qui ne fait pas moins de 3 onces par jour, ou plus d'une demi-livre en quarante-huit heures!

Les guérisons spontanées ont étonné l'honorable M. Lombard autant qu'elles ont charmé peut-être sa sollicitude; vous-mêmes, messieurs, avez paru d'abord en être surpris. Je les ai admises pourtant, et la raison, je crois l'avoir suffisamment établie : c'est que leur possibilité découle du génie même du mal, et que leur réalisation est une nécessité des lois qui le régissent. Eh bien! moi que les guérisons spontanées n'ont point surpris, je m'étonne, et à bon droit, je vous jure, des succès revendiqués par l'honorable M. Lombard en faveur de sa méthode vomitive. Ils sont si peu conformes aux lois curatives, ils se concilient si mal avec les données de l'empirisme même le plus vulgaire, que je ne les pourrai admettre que le jour où l'honorable professeur aura bien voulu nous en faire entrevoir seulement la possibilité.

Cependant savez-vous ce qui vaut à l'ipécacuanha la recommandation de l'honorable M. Lombard? Je vais vous le dire : c'est que l'ipécacuanha a réussi, tandis que le vomissement provoqué par les autres vomitifs n'a eu le plus souvent que des résultats déplorables. Ce fait prouve que ce n'est pas le vomissement qui est salutaire, et que si l'ipécacuanha a la vertu de guérir, elle réside, non dans sa propriété vomitive, mais dans cette autre propriété, aperçue aussi par l'honorable M. Fossion, et qui conjure sûrement le choléra en tout ou en partie, dans la sphère de son activité thérapeutique, mais jamais au delà.... L'honorable M. Fossion ne qualifie point cette propriété, et je le regrette. Nous la disons, nous, spécifique ou homœopathique, n'en déplaise à l'honorable M. Lombard.

Administrez le calomel, dit aussi M. Lombard; donnez le calomel pour arrêter les selles!...

Mais l'honorable professeur n'y songe pas; pourquoi donc arrêter les selles si le choléra ne guérit que par les évacuations? Est-ce qu'elles auraient moins de vertu curative que les vomissements? Où donc en est la preuve, monsieur? Vous l'aurez rencontrée sans doute, vous qui ne marchez qu'avec les faits, qui ne consultez que les faits, et les consultez avec tant de bonheur. Vous prétendez aussi que le calomel arrête les selles cholériques. Sont-ce les faits qui vous l'ont appris? Excusez ma demande, la chose est au moins douteuse à mes yeux, et la raison, encore une fois, c'est que l'arrêt des selles cholériques par le calomel n'est et ne peut être qu'une exception...; que si l'épidémie de Liége témoignait du contraire, j'en conclurais, sans crainte d'être démenti, que vous n'avez eu à Liége ni le choléra qui a désolé l'Europe en 1830, 1831 et 1832, ni celui qui règne à Londres et à Paris, ni celui qui a envahi quelques-unes de nos capitales de province.... Il est un moyen cependant de nous mettre d'accord, un moyen qui permettrait d'apprécier vos faits et de peser mon sentiment : ce serait de vouloir bien nous dire enfin dans quelles conditions du choléra le calomel a été salutaire.

Ce qui rend plus difficile encore l'appréciation de cette médication, ce sont les doses prescrites par l'honorable M. Lombard, doses telles, messieurs, qu'elles ne sont guère appropriées à leur objet. Quoi! quand partout l'on écrit et enseigne dans les universités que, pour arrêter les selles par le calomel, il n'en faut donner que des doses réfractées, voici venir l'honorable professeur Lombard qui nous prescrit d'en donner 2 grains chaque demi-heure, 100 grains dans un jour!!! Je vous l'avouerai, la prescription non-seulement m'embarrasse, mais elle... m'effraye!!

Saignez, dit encore l'honorable M. Lombard : « La saignée a très-souvent » guéri. » Quant aux observations qui le démontrent, notre honorable collègue ne prend pas la peine de les produire; et pourtant, s'il jugeait de la vertu curative des saignées comme de celle de l'ipécacuanha, du calomel et des autres moyens qu'il nous reste à examiner, si ses saignées n'étaient pas plus justifiables que ses autres médications, et que le jeune praticien, plus confiant dans l'autorité du maître que dans ses propres inspirations, allât imposer la saignée à tous ses cholériques, ne tremblez-vous pas à la seule pensée de ses mécomptes? Il importe donc que l'honorable M. Lombard détermine nettement l'objet de la saignée pour que nous en saisissions, sans crainte de nous tromper, et les avantages et l'opportunité, et jusqu'à leur maniement. Il saigne, dit-il, pour dissiper les congestions sanguines; mais, dans le choléra confirmé, franc et pur de toute complication, il n'y a point de congestion! Interrogez les cadavres, réplique l'honorable M. Lombard, et vous ne verrez partout que congestions au cerveau, aux poumons, au foie, aux entrailles, etc., etc., et vous verrez que rien ne commande plus la saignée que le cadavre d'un cholérique. Eh bien! nous avons interrogé les cadavres, et, en votre présence, nous avons écouté avec une religieuse attention l'intéressante nécropsie de votre confrère à Liége, l'honorable M. Raikem, nécropsie conforme de tous points aux données recueillies dans toute l'Europe, et qu'avons-nous appris? Précisément le contraire de ce que vous avancez. Je ne conteste pas toutefois que vous n'ayez rencontré les congestions dont vous parlez; elles doivent se présenter souvent dans les cadavres des sujets qui ont succombé dans des réactions désordonnées. Mais ce n'est point là qu'il faut chercher les traits anatomiques du choléra : c'est dans les cadavres de ceux qui ont succombé à l'action toxique de la puissance cholérigène. Ceux-là vous rediront fidèlement ce que l'honorable M. Raikem vient de nous rapporter, à savoir que c'est partout exténuation profonde, vacuité des gros troncs vasculaires, amoindrissement des viscères, consistance du cerveau, et parfois dureté quasi-éburnée, perméabilité et crépitation des poumons, rapetissement du foie, de la rate, etc., etc.; de phlogose ou de congestions, point; quelques stases, souvent.... J'ai donc eu raison de dire que rien ne répugne plus aux émissions sanguines que le cadavre d'un cholérique; que le sang, ralenti dans son cours par l'inertie croissante de son moteur, s'arrête et s'amasse en quelque point : c'est une stase qu'il fournit, sorte de phénomène purement physique qui ne survient qu'au moment où la vie défaillante se retire au cœur de son domaine.... Est-ce dans cette situation que l'honorable M. Lombard saigne avec tant de succès? Que fait alors la saignée? Elle désemplit?... Pourquoi désemplir? Les grandes voies circulatoires sont libres, et si le sang ne les parcourt plus, c'est que son moteur, impuissant, lui refuse ses services.

Cependant, soyons justes, ce n'est pas dans cette conjoncture que l'honorable M. Lombard saigne (il a pris soin de le dire), et savez-vous pourquoi? Parce que la saignée ne fournit point de sang dans la période algide-cyanosée! Mais dès lors la prescription de saigner dans le choléra n'est plus que dérisoire. Quant à la saignée qu'il recommanderait pour conjurer certaines circonstances du choléra débutant ou pour modérer, dans la période terminale, le réveil trop fougueux de la vie, j'y pourrais dans certains cas consentir et sans l'admettre jamais comme moyen principal. En vain l'honorable M. Lombard invoque aujourd'hui le témoignage de M. Meunier; il a reconnu lui-même que M. Meunier n'a pas dû opérer sur des choléras dits confirmés et purs, car la cyanose ne peut se prêter davantage à la saignée, à Tanganrog qu'à Bruxelles.

Je ne conteste pas toutefois les succès de M. Meunier, mais je suppose, et c'est probable, ce me semble, qu'il a eu affaire à un choléra modifié par quelque complication sur lequel je ne puis m'expliquer faute d'être plus heureusement renseigné.

Je ne puis être plus accommodant pour les émissions sanguines que l'honorable professeur de Liége conseille de pratiquer dans le cours du choléra, en vue de prévenir les congestions réactives de sa période terminale. La puissance préventive de ce moyen est tout au moins fort problématique : la saignée, quelque vertu que vous attendiez d'elle, antiphlogistique ou déplétive, n'a qu'un effet antipathique à la situation présente, et d'une durée si limitée qu'il doit expirer avant l'évolution de son objet spécial. Maints observateurs l'ont expérimenté, et Broussais, notre illustre maître, qui connaissait assurément la portée des saignées, Broussais lui-même a constaté le fait.

L'honorable M. Lombard mêle à son mémoire des réflexions à mon adresse. Je n'y répondrai pas en ce moment, non qu'elles doivent ou puissent passer inaperçues, mais parce que je veux ne déranger en rien l'examen scientifique du choléra. J'apprécierai la portée et le caractère de ces réflexions, alors que vous

pourrez, sans préjudice pour la science, procéder à l'appréciation de cette fameuse proposition de M. Lombard : de proscrire l'homœopathie et de ne permettre désormais que l'exercice de la médecine avouée par l'Académie, ou tout au moins sans doute par l'honorable professeur de Liége.

M. Varlez : Dans l'avant-dernière séance, vous avez permis qu'une attaque injustifiable fût portée contre une doctrine médicale que j'ai le bonheur de professer depuis un grand nombre d'années; vous devez pour être justes m'autoriser à dire quelques mots en sa faveur, non pour prouver qu'elle vaut mieux que l'allopathie; des millions de faits ont mis cette vérité hors de doute depuis près de soixante ans, et tous les médecins qui les ont observés ont à cet égard une conviction aussi profonde que sincère; mais je dois m'élever contre les prétentions de M. Lombard qui veut déférer à l'autorité l'homœopathie, qui compte tant de succès dans le traitement du choléra, pour laisser le champ libre à l'allopathie, qui ne compte pour ainsi dire que des revers; car d'après la statistique fournie par l'honorable M. Didot et qu'il prétend avoir puisée à des sources officielles, on a perdu à Liége plus de 68 malades sur 100. L'honorable M. Lombard conteste ce chiffre, et le réduit à 46, ce qui dépasse encore le nombre des cholériques que nous avons perdus ici en 1832, quoique l'épidémie à cette époque fût plus grave et plus meurtrière qu'elle me l'est aujourd'hui. Ces cruels résultats devraient produire d'amères réflexions, et l'âme attristée du médecin devrait se replier sur elle-même pour déplorer l'impuissance des ressources de l'art. Mais au lieu de venir avouer franchement et loyalement l'insuffisance de ses agents curatifs, M. Lombard se rue sur l'homœopathie, il la traite de nihilité, et il veut la déférer à l'autorité, comme si elle était coupable des malheurs qu'il a éprouvés.

Cependant, dans la dernière séance, après avoir déclaré que l'homœopathie n'est rien, M. Lombard est venu prouver par des faits qu'en ne faisant rien, on était plus heureux qu'en suivant les méthodes qu'il a préconisées, puisque 12 malades sur 12 sont guéris par la méthode expectante. Si cette supputation est exacte, et je ne veux pas la contester puisque M. Lombard affirme, il me semble que l'honorable membre devrait relever le drapeau du pinelisme et se constituer le champion de la médecine expectante, car la logique des faits est irrécusable.

J'ai entendu de longues et savantes dissertations sur le choléra-morbus dans la dernière séance, mais je vous avoue, messieurs, qu'elles ne m'ont rien appris, et elles n'ont rien appris à aucun de mes honorables collègues, car derrière toutes les théories émises nous voyons des résultats funestes, et je dois dire, après avoir lu presque tous les ouvrages qui ont paru sur le choléra, que l'allopathie ne possède ni guide, ni boussole, ni balance pour le traitement de cette maladie. Qu'on lise tout ce qui a été publié à cet égard par tant et de si célèbres médecins de tous les pays; qu'on examine la déclaration de l'Académie de médecine de Paris, qui dit qu'elle ne peut fournir aucune indication quant aux remèdes; qu'on pèse entre mille aveux du même genre celui de M. le docteur Monfalcon qui, après avoir observé l'épidémie cholérique de Marseille, déclare qu'il n'est peut-être pas un seul médicament connu en matière médicale dont on n'ait tenté l'emploi, pas une seule médication empirique à laquelle on n'ait eu recours, pas un seul agent de perturbation des forces vitales et de l'organisme, rationnel ou non, qui n'ait été expérimenté: tout a été essayé, rien n'a réussi.

Après ces déclarations d'impuissance jointes à tant d'autres, pouvez-vous encore soutenir avec conviction une thérapeutique aventureuse et aveugle, qui frappe sans discernement sur la maladie ou sur le malade? Pour moi, j'avoue que je ne puis comprendre ceux qui se vouent à sa défense, et mon cœur saigne en pensant que tant de braves gens succombent victimes d'un art qui ne peut rien faire pour les sauver.

J'ai, pour l'acquit de ma conscience, messieurs, publié naguère un coup d'œil sur le choléra-morbus, et je déclare que je n'ai rien avancé, dans cet ouvrage, qui ne soit l'expression d'une conviction loyale et sincère.

Eh bien! messieurs, il résulte des tableaux que j'ai recueillis que sur 500 mille cas de choléra asiatique les allopathes ont perdu près de 50 malades sur 100, tandis que les homœopathes n'en ont pas perdu 10. Or, on l'a dit cent fois, la médecine est une science de chiffre: perd-on plus de malades avec une méthode qu'avec une autre? Il est évident qu'on doit choisir la méthode la plus heureuse. Tout raisonnement contraire à cette conclusion est absurde, quand la conclusion est basée sur un grand nombre de faits.

Et ne pensez pas, messieurs, que les homœopathes vivent isolés au milieu du monde médical. Nous avons fait de nombreuses et d'honorables recrues; nous comptons plus de six cents médecins homœopathes en France. Nous avons dans nos rangs le célèbre professeur d'Amador, le savant Dunal, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier. A Paris il y en a plus de quarante, parmi lesquels je citerai MM. Arnaud, Jahr, Davet, Léon Simon, Desauche, Petroz, Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu. A Lyon, le comte Desguidi, inspecteur de l'Université, et plus de dix autres. A Marseille, les docteurs Chargé, Bailli, Duplat, etc. En Angleterre, les docteurs Quin, Currie, Hamilton, Henderson, professeur à l'Université d'Edimbourg. En Suisse, les docteurs Peschier, Dufresne, Charrière. En Allemagne, en Italie, en Espagne, dans les autres pays de l'Europe et en Amérique plus de trois mille médecins ont embrassé la doctrine de Hahnemann. Qu'on réfléchisse à l'extrême difficulté de l'homœopathie, aux années d'étude qu'il faut y consacrer, et l'on sera étonné du grand nombre d'adeptes distingués qu'elle possède.

L'homœopathie, messieurs, a ses bibliothèques, ses journaux, ses sociétés savantes, ses chaires, ses hôpitaux, dans lesquels, soit dit en passant, la mortalité n'a pas encore atteint la moitié de celle des hôpitaux allopathiques. Concevrait-on que des gens graves et éclairés poursuivissent avec tant de persévérance, depuis soixante ans, un vain fantôme? S'entendrait-on avec un accord si parfait de Surinam à Saint-Pétersbourg, de Vienne à Paris, de Londres à Madrid, de Philadelphie à Naples, pour écrire trois mille volumes sur une odieuse tromperie?

Je suis donc autorisé à vous dire que les sciences médicales s'étendent et se renouvellent; l'esprit humain est en marche, vous ne paralyserez pas son essor. Vous aurez beau vouloir ralentir sa course, invoquer l'autorité du gouvernement, il franchira vos obstacles, et quand vous inscririez sur le frontispice de vos temples et de vos académies :

De par Lombard, défense à Dieu,
De faire miracle en ce lieu,

le miracle se ferait, car la vérité est diffusible comme la lumière, et comme elle, elle pénètre partout.

M. Lombard : Vous allez nous convertir.

M. Varlez : Je ne prétends pas vous convertir; je ne saurais vous ouvrir les yeux si vous les tenez obstinément fermés; mais je dois vous dire que je ne reviens pas de mon étonnement de voir une des colonnes de l'allopathie belge recourir à de si pauvres moyens pour combattre ses adversaires. Un praticien vulgaire, un plébéien de la routine, devrait même les dédaigner. Espérons pour M. Lombard qu'il viendra immoler son erreur, et qu'une prompte résipiscence le ramènera dans le camp si libéral des hommes du progrès.

Les homœopathes sont habitués aux attaques de leurs adversaires, aux traits d'esprit, aux sarcasmes, aux agressions les plus violentes; mais quand la passion surgit dans nos débats, nous pensons qu'elle témoigne de préoccupations étrangères à la science, et elle ne peut nous inspirer que de la pitié; car nous savons que quand des idées usées ont fait leur temps, l'esprit de vertige s'empare de ceux qu'elle domine, et les pousse à des écarts que leur raison doit ensuite déplorer.

Si M. Lombard venait, au nom de la science, au nom des intérêts bien entendus de l'humanité, nous demander compte de nos principes, discuter avec nous les faits et même l'action des agents imperceptibles sur l'économie vivante, s'il voulait se livrer à une recherche sérieuse, approfondie, vivante des lois de la physiologie, de l'hygiène, de la toxicologie, de la pathologie et de la thérapeutique, il nous trouverait prêt à développer notre doctrine, et à lui prouver que, dans toutes ces branches de la science, l'homœopathie est supérieure à l'allopathie; que si de cette démonstration il résultait quelques conséquences pour l'art de guérir, je répondrais, avec l'honorable professeur d'Amador, que c'est aux prémisses, dont ces conséquences ne seraient que la suite inévitable, qu'il faudrait s'en prendre; que les principes posés, les conséquences seront ce qu'elles pourront être. Tant pis pour vos pratiques si elles ne leur sont pas congénères; cela prouvera que vos pratiques ne sont pas des filles légitimes de vos théories, ou que vos théories n'ont pas encore enfanté toutes les conséquences pratiques qu'elles renferment; cela prouvera, dans tous les cas, que le progrès médical de notre époque consiste à mettre plus d'harmonie qu'il n'y en a entre nos paroles, nos actes et nos principes.

Nous ne redoutons pas la discussion. Nous ne craignons pas qu'on fasse avec nous ce qu'on a fait avec le docteur Bakody. Permettez-moi de lire un passage qui nous apprendra les rigueurs que les allopathes ont voulu exercer contre ce médecin.

M. le Président : Cela n'appartient pas à la discussion.

M. Varlez : Je me conformerai à vos désirs. Est-ce que ce que j'ai dit rentre dans la discussion?

M. Stas : Je demande que M. Varlez ait pleine liberté pour défendre ses doctrines. Je ne suis pas l'ami de l'homœopathie, mais elle doit pouvoir répondre aux attaques dont elle est l'objet.

M. le Président : Personne ne lui dénie cette liberté; nous prions seulement les orateurs de ne dire que ce qui est indispensable.

M. Varlez : Suis-je sorti jusqu'à présent de la question?

M. le Président : Non. Aussi ne vous y ai-je pas rappelé à la question.

M. Varlez : Il me semble que je suis dans la question. On a voulu proscrire l'exercice de l'homœopathie dans les États autrichiens. Je voulais démontrer qu'on l'a voulu interdire non-seulement parce qu'elle était plus heureuse que sa rivale, mais parce que tous les malades abandonnaient celle-ci, et qu'on voulait les faire revenir, disait-on, à la bonne, à la grande, à l'excellente médecine.

Deux faits bien propres à caractériser la manière d'agir de quelques médecins allopathes envers leurs confrères homœopathes sont les suivants : au moment où le docteur Bakody obtenait les succès les plus décisifs contre l'épidémie régnante, le docteur Karpf porta plainte contre lui devant le conseil municipal, prétendant que son collègue empêchait la vraie médecine d'exercer son influence salutaire, vu que tout le monde voulait être traité par lui. Il finit par proposer tout simplement de mettre en prison le docteur Bakody jusqu'à la fin de l'épidémie. Heureusement que les faits parlaient plus haut que le docteur Karpf, et que l'accusation ne fut point écoutée. Un bon nombre des habitants de Raab, convaincus par de nombreux exemples de l'excellence du traitement homœopathique, et voyant l'impossibilité où se trouvait le docteur Bakody de soigner tous les malades, rédigèrent une pétition, à la date du 28 août, dans laquelle ils demandaient instamment aux docteurs allopathes de vouloir bien adopter aussi le traitement homœopathique; ils invitaient également d'autres médecins homœopathes à venir au milieu d'eux pour leur apporter les secours de leur art. Cette pétition fut adressée à la rédaction de la Gazette de Pesth. Mais lorsqu'elle fut présentée au proto-médecin, docteur Lenhoseek, pour y mettre son *imprimatur*, celui-ci écrivit au-dessous : « *Pro typis non est qualificatum.* Lenhoseek. » Et ainsi la pétition ne put être publiée. Voici com-

ment les faits homœopathiques ont été étouffés presque partout en Allemagne, sous la censure jalouse des médecins qui sont au pouvoir. On voit par ce fait combien doivent être progressifs les pays où le commerce de la pensée est contrôlé par les donaniers de l'intelligence.

Nous ne craignons pas, je le répète, la discussion. Nous avons la vérité pour nous; nous saurons la faire triompher, et la fatale épidémie qui provoque nos débats nous viendra même en aide; car l'allopathie n'a rien su trouver ni sur son origine ni sur son traitement. Parlerai-je, en effet, de l'opinion de Broussais, qui regarde le choléra comme une gastro-entérite intense? de celle de M. Bouillaud, qui le considère comme une irritation sécrétoire gastro-intestinale? de celle de MM. Bailly et Ripaud, qui disent que c'est une affection des vaisseaux lymphatiques? Dirai-je, avec M. Magendie, que c'est un affaiblissement du cœur? avec notre honorable collègue M. Fallot, que c'est une affection pathologique qui ressemble à l'hémorrhagie, et qu'il appelle hémorrhagie blanche? Enfin voulez-vous que je convienne, avec M. Spring, que le choléra est le produit d'une nuée de petits germes, de je ne sais quels petits œufs qui produisent de petites bêtes ou de petits végétaux, et qui viennent sans façon couver dans nos muqueuses? Mais toutes ces théories n'ont et ne peuvent avoir rien de commun avec la thérapeutique. Elles sont oiseuses, inutiles, sans résultat pour les malades.

Le choléra est une maladie générale *totius substantiæ*, produite par un miasme spécifique, qui exige pour sa guérison des puissances spécifiques appropriées à l'ensemble des symptômes qui le caractérisent. Vous voyez que je pose nettement la définition, et en même temps le traitement qui convient au choléra. Les homœopathes savent en tirer tous les corollaires médicamenteux que je n'ai pu indiquer dans mon ouvrage, parce qu'il aurait exigé plusieurs volumes, et que le temps me manque; car je ne puis écrire que la nuit, toutes mes journées étant consacrées aux soins de ma clientèle.

Je ne parlerai pas des cruels résultats que toutes ces théories ont produits. Ouvrez les registres des médecins qui ont traité le véritable choléra: ce sont des nécrologes où les guérisons n'apparaissent que comme des exceptions pour confirmer la déclaration de l'Académie de médecine de Paris, qui porte qu'il n'est donné qu'à la lumineuse pénétration et au tact exercé de s'élever aux applications qui appellent le succès. Cet aveu n'est-il pas assez explicite, ne prouve-t-il pas surabondamment que les succès de l'allopathie sont bien rares, *apparent rari nantes?* Que faut-il faire pour exercer son tact, pour s'élever aux applications qui rappellent le succès? Hélas! la savante Académie se tait, et ceux qui connaissent ses ressources prétendent qu'elle a d'excellentes raisons pour garder le silence. J'ajouterai que tous les médecins qui ont embrassé l'homœopathie, qui ont su comprendre son principe fondamental et en seconder les applications, y sont restés fidèles, comme on reste fidèle au culte de la vérité, quand on a le bonheur d'être pénétré de ses rayons, tandis que les plus grands hommes dont l'allopathie s'honore, les Franck, les Boerhaave, les Girtanner, les Kieser, les Stahl, les Bichat, les Broussais, les Rostan et cent autres, conviennent tous que l'allopathie est une science obscure et dangereuse, et que sa matière médicale est un incohérent assemblage d'opinions elles-mêmes incohérentes.

A toute science pratique il faut une base, un principe fondamental qui serve de point d'appui à tous ses corollaires et qui les gouverne. Or, quel est le principe de l'allopathie, comment l'exprime-t-on? Serait-ce celui de Galien : *contraria contrariis curantur?* C'est un non-sens, et l'expérience lui donne chaque jour un démenti formel au lit du malade. Serait-ce l'épigraphe de Bichat ou de Broussais? Mais cette idée fausse n'a rien de commun avec la thérapeutique. Il faut qu'on admette maintenant ou le rationalisme ou l'éclectisme.

On me dira qu'on admet l'éclectisme : c'est le choix judicieux de ce qu'il y a de bon en médecine, le triage et le rejet de ce qu'il y a de mauvais; mais cette quintessence de la science fournit-elle une base, un principe fondamental? Non, messieurs. D'ailleurs ce travail a été fait cent fois à l'occasion du choléra.

Je viens de lire encore un GUIDE DU PRATICIEN DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS. Cet ouvrage est tout récent. Va-t-il nous donner le fil d'Ariane pour nous conduire dans le labyrinthe? Non, messieurs, car cet *ange conducteur* me sert le menu de soixante-dix traitements, ni plus ni moins, tous inventés par des célébrités. Or, s'il n'y a qu'une bonne manière de traiter les maladies, en suivant mon mentor je cours le risque de perdre soixante-neuf malades sur soixante-dix.

L'éclectisme, messieurs, c'est un vaste magasin dans lequel on trouve tout, excepté le soulier qui va au pied. Mais, dira-t-on, l'ouvrage n'est pas fait, on le fera. Eh! mon Dieu, qu'on publie donc un système quelconque, sous le nom d'un auteur quelconque, M. Lombard, par exemple; on l'appellera le lombardisme et on pourra le juger. Je ne veux rien dire d'offensant pour l'honorable M. Lombard : je voudrais faire un système; s'il était bon, surtout s'il était utile, on l'appellerait le varlezisme; mon nom vivrait après moi, et je ne mourrais pas tout entier.

Reste, messieurs, la médecine rationnelle. Grands mots auxquels on ne croit plus, aujourd'hui qu'on a lu et médité l'EXAMEN DES DOCTRINES et auxquels Broussais a fait plus de tort que les plaisanteries de Molière et de Guy-Patin...; car l'histoire douloureuse des vaines transformations du rationalisme a été burinée par l'ancien professeur du Val-de-Grâce, avec une verve et un talent de discussion admirables. Mais en démolissant le rationalisme de ses devanciers et de ses contemporains, Broussais a frappé sur lui-même et sur ses successeurs, c'est-à-dire sur le rationalisme lui-même, avec tant de vigueur et de vérité qu'il n'y a plus guère que les hommes irréfléchis qui suivent les pratiques que cette doctrine a établies.

Dans la dernière séance, trois médecins distingués, partisans déclarés de la médecine rationnelle, sont venus exposer leur doctrine, et, à mon grand étonnement, j'ai vu ces trois sommités du rationalisme professer des opinions différentes, contradictoires et même diamétralement opposées sur le traitement du choléra. Où est la vérité dans cette triple démonstration? Chacun croit l'avoir pour soi : M. Fallot la trouve dans la saignée; M. Fossion, dans l'ipécacuanha; M. Lombard, dans la saignée et les évacuations, abstraction faite de toute substance médicamenteuse. M. Fallot s'élève contre cette température évacuante. M. Fossion prétend qu'elle n'a de valeur que par l'ipécacuanha, mais M. Lombard maintient la puissance de l'évacuation, même celle qui est produite par l'eau tiède, et l'on appelle tout cela de la médecine rationnelle! Je vous avoue, messieurs, que je ne croyais plus comprendre la valeur des mots, et j'étais inquiet quand M. Lebeau m'a dit en confidence : J'avoue qu'on vous fait la partie bien belle.

Le rationalisme en médecine, basé sur le *tot capita tot sensus*, au lieu de prendre l'expérience pour guide, conduit bientôt à la confusion et au chaos; car nous devons agir sur la vie pour la modifier, et nous ignorons ce qu'est la vie. Nous ne connaissons même rien des lois vitales, et quand les physiologistes décrivent les fonctions, ils s'arrêtent prudemment dès que le mécanisme visible cesse de les guider. Cependant, aux limites de cette physiologie extérieure, dit Laplace, toute de forme, d'action et de mouvement, existe une autre physiologie invisible dont les principes, les procédés et les lois sont bien autrement importants à connaître. C'est cette autre physiologie, c'est cette physiologie de Hahnemann, de Laplace et de Buffon, si négligée par les allopathes, qu'il importe d'étudier, afin de la rattacher au traitement des maladies. Dès qu'on la comprendra, on ne pourra plus nier la grave formule de M. le professeur d'Amador, exprimée en ces termes :

« Aux limites de cette thérapeutique matérielle et volumineuse des substances, existe une autre thérapeutique autrement importante à savoir et autrement utile à pratiquer. » C'est ce qui m'a fait dire dans la discussion relative au typhus, que l'art aurait fait d'immenses progrès si, au lieu de s'encercler dans la physiologie de la maladie, les médecins avaient étudié la physiologie de la guérison. Ils auraient compris que c'est à l'observation et à l'expérience pures que nous devons demander nos enseignements, et non à un vain rationalisme qui ne peut expliquer ce qui est impénétrable; ils auraient compris que c'est aux forces vitales, à la puissance dynamique que la thérapeutique doit s'adresser au lieu d'attaquer les organes, car je ne puis partager l'opinion de M. Fallot qui proclame, avec presque tous les médecins de l'école allopathique, que la vie et l'organisation sont une seule et même chose. Je dois m'élever contre cette erreur, parce qu'elle est funeste au traitement des maladies et parce que son examen sert de complément à mon sujet.

C'est de préférence aux opinions développées par M. Fallot que je m'adresse, parce que je le regarde comme l'expression intelligente de l'allopathie, comme son orateur, comme un médecin qui possède tous les trésors de la science et qui sait les étaler et s'en servir avec un admirable éclat.

Après cet aveu, on ne dira pas que l'homœopathie redoute sa rivale, puisqu'elle lutte contre sa plus haute personnification pour lui prouver que son axiome fondamental est une erreur, que la vie et l'organisation ne sont pas et ne peuvent pas être une seule et même chose, que la vie est une force qui préexiste à l'organisation, l'engendre et la gouverne. Cette force existe, messieurs, dans tous les germes fécondables, et s'y conserve sans altération pendant des années, et même pendant des siècles, par la puissance d'un *quid ignotum* merveilleux, infiniment petit, qui s'est constamment dérobé à la vue et qui échappera éternellement à l'analyse.

Ici, messieurs, je dois vous demander un moment d'attention et d'indulgence. Les explications dans lesquelles je suis obligé d'entrer exigeront six à dix minutes; elles paraîtront peut-être d'abord étrangères à l'étude du choléra, mais on ne tardera pas à s'apercevoir qu'elles sont indispensables à l'intelligence de la question envisagée au point de vue véritable de la science.

J'emprunterai en partie ce que je vais avoir l'honneur de vous dire au célèbre professeur d'Amador, qui m'a écrit que je pouvais lui faire tous les larcins que je jugerais utiles au triomphe de nos opinions.

La vie, ai-je dit, est une force qui préexiste à l'organisation, l'engendre et la gouverne. Elle n'est pas l'organisation, mais elle préexiste à l'organisation; car pour produire des organes avec un œuf, que faut-il? Une chaleur convenable continuée pendant quelque temps. Et de cet œuf si mou, si tendre, il sort un animal parfait, un poulet, un paon, un aiglon ayant bec et ongles. Mais avant ce développement, avant cette évolution organique, l'œuf avait une vie, c'est-à-dire qu'il était doué d'une force organisatrice cachée et latente. Donc l'organisation et la vie ne sont pas une seule et même chose. Prenez un œuf non fécondé par le mâle, soumettez-le à la chaleur dont je viens de parler, et en peu de jours il tombera en putréfaction; d'où vient cette différence dans les résultats? Évidemment de cette force inconnue dans sa nature intime, de cette puissance insaisissable, inanalysable comme tout ce qui est primitif, et que nous appelons la vie.

Je suis étonné de ce que la science allopathique et de ce qu'un esprit aussi éminent que celui de M. Fallot soutiennent encore une semblable hérésie; car, qu'on médite les lois vitales sous tous les rapports possibles, et partout on verra les formes vitales aux prises avec d'autres forces; ce sont partout des forces qui se heurtent, se combattent, se combinent, se séparent, se neutralisent ou se dominent réciproquement entre elles; c'est de leur résultat que dérive notre état sain ou morbide, notre mort, notre existence ou notre vie, car les vrais ressorts de notre organisation ne sont pas ces muscles, ces veines, ces artères que l'on décrit avec tant d'exactitude et de soin; il réside, dit Buffon, des forces intérieures dans les corps organisés qui ne suivent point du tout les lois de la mécanique grossière que nous avons imaginée, et à laquelle nous voudrions tout réduire, etc.

Les modificateurs qui agissent le plus puissamment sur les corps organisés, pour entretenir la vie, ne sont pas des substances massives qui ébranlent et remuent les organes : ce sont des agents impondérables; c'est la lumière, l'oxygène, l'hydrogène et le calorique. Voilà les vrais éléments d'alimentation des

forces vitales dont l'organisme ne peut sans danger être privé un seul instant. Eh bien! ces agents suffisent pour entretenir la vie pendant un temps très-long chez certains individus qui restent longtemps sans prendre de nourriture, comme on le voit dans certaines maladies, catalepsies et autres. Tout le monde sait que des végétaux peuvent croître sur du drap, de la mousse, pourvu qu'on ait soin de les arroser d'eau. M. Braconnot, chimiste de Nancy, a semé des graines de plantes diverses sur du sable de rivière bien lavé, dans de la fleur de soufre, sur du plomb de chasse non lustré; il ne les a arrosées qu'avec de l'eau distillée. Eh bien! les graines ont fourni les plus belles tiges et les plus belles fleurs. On les a soumises à des analyses faites avec le plus grand soin, et on en a retiré les différentes terres, des acides, des alcalins, du fer, du phosphore, du soufre, du carbone, de l'azote, etc., comme si elles eussent été semées dans le meilleur sol. Ces expériences ne prouvent-elles pas le pouvoir incompréhensible sans doute, mais incontestable, dont sont douées les forces vitales de créer de toutes pièces les substances solides, fluides ou gazeuses qui doivent faire partie des organismes.

M. Stas : Je dois interrompre l'orateur pour déclarer que les faits qu'il vient de citer sont complétement inexacts.

M. le Président : Nous le savons; mais vous pourrez prendre ultérieurement la parole.

M. Varlez : On dit que ces faits sont inexacts; mais M. d'Amador assure qu'ils sont positifs. Je n'ai produit ces faits que sur la foi d'un homme célèbre. S'ils ne sont pas exacts, je ne veux pas les soutenir; j'en fais volontiers le sacrifice, et je remercierai ceux qui me prouveront qu'ils sont faux; je tiens avant tout à la vérité.

Il y a non-seulement une puissance dynamique en nous, mais il y a encore hors de nous des forces propres à chacun des agents, miasmes, venins, virus, poisons, médicaments qui agissent sur l'économie; car, comme je viens de le dire, ce sont partout des forces aux prises avec d'autres forces.

En pathologie, un instant suffit à l'organisme pour devenir vénérien, varioleux, pestiféré ou cholérique, une fois que l'excitant de la syphilis, de la variole, de la peste ou du choléra a touché une partie de nous-mêmes, comme un instant suffit à l'organisme de la femme pour concevoir, comme un instant aussi suffit au choc du silex avec le fer pour donner de la lumière. L'unité merveilleuse du principe de vie explique ce mystère : la force de vie a conçu la maladie, l'*idea morbi*, pour parler comme Van Helmont, a été transmise, et désormais elle ne va plus donner que des produits vénériens, varioleux, pestiférés ou cholériques. Tout va donc changer comme tout change chez un homme actuellement heureux et qui reçoit une mauvaise nouvelle; à sa joie, à son bonheur, va succéder le chagrin, le désespoir.

Pour la fécondation, ce sont encore des forces qui agissent sur d'autres forces. Spallanzani est parvenu à tirer le principe fécondant de ses foyers, et à donner la vie à des milliers de germes accrus et développés sous ses yeux par l'influence de ses imprégnations artificielles. Il résulte des observations qu'il a faites qu'un globule liquide pris dans une livre d'eau, de bile, d'urine ou de sang, dans laquelle il a mis quelques atomes de sperme, a produit une fécondation, et, d'après les calculs de Spallanzani, ce globule spermatisé ne contenait qu'un deux billionième de grain. Cela peut faire rire; mais quand on s'appelle Spallanzani, c'est un tout autre sentiment, c'est un sentiment d'admiration que l'on doit inspirer. Or ce globule avait une vie, puisqu'il opérait une fécondation. Donc la vie et l'organisation ne sont pas et ne peuvent pas être une seule et même chose; car si l'on peut trouver des organes dans un deux billionième de grain, les partisans des infiniment petits rendront volontiers les armes. Mais si l'on n'y peut pas trouver d'organes, on sera bien forcé de reconnaître que vie et organisation ne sont pas et ne peuvent pas être une seule et même chose. Or, dit M. d'Amador, si un atome peut engendrer un être tout entier, jusqu'à quel point avons-nous le droit de le taxer d'impuissance, alors qu'il ne s'agit que de le modifier? En effet, si un atome donne la vie, est-il plus difficile à concevoir qu'il puisse changer sa manière d'être? Quand le plus existe et nous saute aux yeux dans les procédés de la nature, pourquoi le moins serait-il déclaré impossible? La conclusion me paraît logique, et, pour ma part, je la trouve irréfragable.

Mais voici la grande objection que l'allopathie nous adresse : on ne peut pas agir isolément sur les forces, on ne peut pas les abstraire; elles sont inhérentes aux organes, et c'est sur ceux-ci qu'on doit diriger le traitement par tous les procédés. Cette conclusion n'est pas logique, et je pourrais vous répondre, avec beaucoup plus de raison, que tous les moyens que vous dirigeriez sur les organes seraient impuissants, si les forces vitales de ces organes étaient affaiblies, dénaturées, perverties, impuissantes enfin à percevoir l'action thérapeutique.

Consultons ce qui se passe dans le choléra-morbus, où les forces vitales sont tellement affaiblies dans l'appareil pulmonaire, que les puissances exhalantes et absorbantes y sont paralysées. Cependant les poumons restent sains; l'air y pénètre, l'inspiration et l'expiration s'opèrent comme dans l'état normal, mais l'oxygène sort des dernières ramifications aériennes, sans exercer aucune influence sur le sang, et ce liquide ne peut plus se dépouiller de son carbone. De là la cyanose et l'état algide.

Voilà ce que l'observation et l'expérience nous montrent; rien de plus, tout le reste est hypothétique.

Examinez le cœur et ses vaisseaux; ils ne sont pas affectés dans leur tissu, mais paralysés dans leurs efforts par l'affaiblissement de leur puissance vitale; ils ne peuvent plus se contracter : de là stase du sang, absence du pouls. Interrogez l'estomac, les reins, la peau, partout vous verrez la puissance dynamique des organes affaiblie et, par suite, leurs fonctions troublées, perverties ou paralysées, sans que les tissus présentent de lésion. Ce qui le prouve, c'est la période de réaction qui, en quelques heures, ramène parfois la santé et vient détruire vos hypothèses de lésions organiques, d'intoxication du sang, d'incubation du sang, de germes cholériques, etc. Vous voyez, messieurs, que quand vous croyez agir sur les organes, vous agissez sur les forces vitales de ces organes tombées ici dans la prostration.

Les causes morales, miasmatiques, virulentes et autres, qui produisent nos maladies ou qui nous en préservent, n'agissent d'abord que sur les forces vitales. Examinez ce qui se passe dans le typhus, dans la nostalgie, dans la cholérine, dans les fièvres intermittentes, et vous verrez d'abord l'affaissement, la débilité, la langueur, etc., précéder la détonation des maladies sur les organes.

Et quand vous vaccinez un enfant, quand vous le préservez homœopathiquement d'un terrible fléau, que faites-vous? Vous prenez un globule de vaccin au bout d'une lancette ou d'une aiguille, vous soulevez l'épiderme; vous mettez ce globule en contact avec la peau; vous formez une maladie semblable à celle qu'il faut éviter. Ce sont là les conditions de réussite; mais exercez-vous une action sur les organes de l'enfant? Pouvez-vous dire que vous agissez sur son cerveau, sur son foie, sur ses poumons? Évidemment non. Vous changez dynamiquement sa constitution; vous mettez ses forces vitales en état de résister à l'influence de la variole, et voilà tout.

Ce fait ne doit-il pas porter tous les médecins à réfléchir? n'est-il pas beaucoup plus mystérieux que toute la thérapeutique homœopathique? L'homœopathie agit du moins sur un individu malade, et ici vous préservez d'une maladie qui n'éclatera peut-être que dans cinquante ans.

Eh bien! messieurs, la thérapeutique est congénère des autres parties de l'art. Aux forces vitales malades, opposez des forces, des substances naturelles, mais dégagées de leur enveloppe, afin qu'elles puissent pénétrer partout. Ces forces agiront sur les forces vitales pour les ranimer, pour les ramener à leur état normal, et sur les puissances pathogénétiques, pour les vaincre; et de même que la cause de mort qui s'adresse à la vie sans intermédiaire tue plus promptement que toute autre, l'acide prussique, par exemple, de même la cause curative, le remède qui sans intermédiaire s'adressera à la vie guérira plus vite et mieux la maladie.

La thérapeutique vitaliste, messieurs, s'appuie sur la physiologie, la pathologie, la toxicologie vitalistes. Cette thérapeutique est à la médecine ce qu'a été l'étude de l'électricité à la chimie, ce qu'a été l'étude des forces motrices à l'industrie. Depuis quand ces arts font-ils des progrès qui étonnent, et appellent-ils des applications pratiques réputées jusqu'à nous impossibles? Depuis que, délaissant la matière, ils se sont adressés aux forces qui la gouvernent, la meuvent et la dirigent.

De même en médecine, messieurs, la thérapeutique hahnemannienne compte maintenant tant de millions de faits que la nier, c'est nier l'évidence, c'est sacrifier au faux dieu d'une école qui n'a ni guide ni boussole, qui ne possède que des débris ou des matériaux de doctrine, et qui, de quelque côté qu'elle tourne ses regards, ne voit dans le passé que de l'obscurité, et dans le présent que confusion pour le médecin, et trop souvent déception pour le malade.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

RAPPORT FAIT A LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DE LA SEINE, SUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE; par M. MANCEAUX.

Le département de France qui possède le plus d'aliénés, le département de la Seine, compte, on le sait, au nombre de ceux qui n'ont pas encore d'asile spécial. Il en est réduit à louer à l'administration des hospices les bâtiments et les terrains nécessaires à ce service, moyennant un prix d'abonnement de 10 centimes par journée et par lit; encore les emplacements dont ce département peut disposer à ce titre sont-ils insuffisants, à ce point que les sections d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, malgré de nombreuses translations dans des asiles appartenant à d'autres départements, sont presque toujours encombrées. Cet encombrement, qui est déjà par lui-même un inconvénient considérable, en entraîne un autre fort nuisible à la marche du service et à la répartition des moyens de traitement : c'est le défaut de classement. Ceux qui ont parcouru les différents établissements consacrés aux aliénés en France ne peuvent s'empêcher de reconnaître l'infériorité, sous ce rapport, du département de la Seine.

Cet état de choses préoccupe depuis longtemps l'administration publique. Le vrai remède se présente de lui-même : il consisterait à construire un asile spécial. Mais les sommes qu'il faudrait y consacrer excèdent les forces du budget départemental. C'est ce qu'établit clairement M. Ferrus dans un rapport adressé au ministre de l'intérieur, et lu tout entier par M. Manceaux devant la commission. Le département de la Seine doit des secours à plus de 3,000 aliénés. Si l'on supprimait, comme il faudrait le faire, les exportations, qui s'élèvent annuellement à plus de 800, ce serait donc un établissement de 3,200 ou 3,300 lits qu'il s'agirait d'édifier; or voici à quelles conditions; c'est M. Ferrus qui les détermine. Naturellement les sexes devraient être complétement séparés, en ayant soin de multiplier les sous-divisions de manière à créer autant de services distincts et complets qu'il y

a de médecins, et à donner à chacun d'eux une section de même importance, en ayant soin encore d'observer dans chacune des sous-divisions le classement exigé par l'ordonnance de 1839. En confiant à chaque médecin environ quatre cents malades, il faudrait trois divisions pour les hommes, et au moins quatre pour les femmes. Sept sous-divisions, subdivisées encore en six, ou tout au moins en cinq catégories différentes, donneraient trente-cinq sous-sections, et, en suivant les mesures prescrites pour le classement, il faudrait établir un nombre égal de bâtiments ou de préaux. Des calculs modérés montrent qu'un asile de ce genre, avec le caractère spécial et les conditions de durée qu'il devrait avoir, ne coûterait pas moins de 15,000,000 fr. M. Ferrus pense d'ailleurs que l'obligation, sage d'ailleurs, de placer au centre de l'établissement les services généraux, notamment la cuisine, la pharmacie, la lingerie, l'administration, etc., éloignerait tellement du centre certaines sous-sections, que le fonctionnement du service y deviendrait très-difficile.

Ce moyen écarté, comment parer à l'encombrement? Dans un mémoire adressé à la commission départementale en 1848, M. le préfet de la Seine avait demandé une nouvelle translation d'aliénés des deux sexes dans divers asiles de province. Mais dans un second mémoire, il avertit la commission que, suivant de récentes informations, la plupart des asiles avec lesquels le département de la Seine avait eu l'espoir de traiter étaient eux-mêmes encombrés, et ne pouvaient recevoir de nouveaux pensionnaires. En même temps il lui envoya un rapport très-circonstancié, dû à M. Ferrus, sur une inspection faite à Bicêtre et à la Salpêtrière, en lui proposant d'en adopter les conclusions.

La combinaison indiquée par M. Ferrus consisterait, d'une part, à utiliser, pour des constructions nouvelles élevées avec simplicité, les vastes terrains qui avoisinent les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière; d'autre part, à fonder une nouvelle colonie agricole, à l'instar de la ferme Sainte-Anne.

La colonie agricole devant être, cela va sans dire, uniquement affectée aux hommes, il faudrait, pour la Salpêtrière, trouver dans le seul agrandissement du service le moyen d'éviter l'encombrement. Le travail des hôtes de cet établissement serait dirigé vers d'autres occupations; car, pour l'un comme pour l'autre sexe, le travail est une des plus salutaires ressources à employer dans le traitement de l'aliénation. Quant à Bicêtre, voici le calcul de M. Ferrus. Il existe dans cet établissement des infirmeries saines pour le traitement des maladies accidentelles, des loges de construction moderne et très-convenablement disposées pour l'isolément momentané. Hors de ces conditions, il ne faudrait, pour mettre un terme à l'encombrement et pour établir un classement convenable des malades, qu'en réduire le nombre, de 1,300 qu'il est aujourd'hui, à 600, dont 470 pour les bâtiments de Bicêtre et 130 pour la ferme Sainte-Anne. Il resterait ainsi 700 aliénés à placer. Sur ce nombre, l'augmentation proposée de l'emplacement affecté à ces deux parties du service permettrait déjà d'en admettre environ 400. Le trop-plein ne serait plus dès lors que de 300 malades, et c'est en vue de ceux-là qu'on fonderait une colonie agricole. Là seraient placés sous l'autorité d'un *directeur-médecin*, aidé par un seul commis et par un élève, les aliénés dont l'état ne réclame pas un traitement médical très-actif, ni surtout des moyens de répression très-puissants. Les idiots en feraient partie. On pourrait encore y joindre, mais sans les comprendre sous le rapport médico-légal dans les mesures que la loi réclame pour les aliénés, les épileptiques non aliénés que les hospices conservent à leur charge. Les succès obtenus, dans de nombreux établissements d'aliénés, de l'institution de travaux manuels, sont tels en effet qu'ils doivent provoquer partout l'imitation. Ajoutons que le produit de ces travaux, quand ils sont bien dirigés, peut suffire à compenser une assez grosse part des dépenses des établissements. Nous avons vu, il y a une quinzaine d'années, les aliénés de Bicêtre exécuter à la Salpêtrière de beaux travaux de terrassement pour l'établissement d'un nouveau quartier des femmes aliénées. Nous avons vu à Auxerre les sources d'eau retrouvées par les aliénés de l'asile dans les flancs d'un coteau qu'il a fallu creuser profondément. A Nantes, comme le rappelle encore M. Ferrus, les aliénés ont ouvert une route; à Quimper, ils ont exécuté tous les terrassements de constructions nombreuses. Ils travaillent à la terre, ou même *exploitent* des fermes à Strasbourg, à Maresville, à Saint-Dizier, à Fains, à Châlons, à Auxerre, à la Charité, à Avignon, à Pau, à Rennes, à Quimper, à Dijon, à Pontorson, à Rouen, à Fontenay (Vendée), à Cadillac, à la Rochelle, à Nantes, à Tours, à Blois, à Orléans, etc. La ferme Sainte-Anne, avant sa destination actuelle, était louée 1,500 fr. à un fermier qui y faisait de mauvaises affaires et dut solliciter une résiliation de bail. Elle se trouvait en friche à l'époque où la culture en fut confiée aux aliénés; l'année suivante, elle avait acquis une parfaite valeur! M. Ferrus fait entrevoir certains autres avantages qu'on pourrait tirer de l'établissement d'une grande colonie agricole. Une vacherie bien montée, par exemple, pourrait fournir le lait nécessaire aux hôpitaux et hospices, et un lait dont la pureté ne serait plus suspecte; et comme le placement du produit serait assuré et pourrait être aisément calculé d'avance, on serait dans les conditions les plus avantageuses pour une bonne spéculation.

Une question a dû se présenter à la commission départementale. A qui incomberaient les frais de ces nouvelles créations? C'est une question qui n'est pas de notre ressort et sur laquelle nous n'insisterons que pour expliquer les conclusions auxquelles la commission s'est arrêtée. M. le préfet, adoptant en cela l'avis de M. Ferrus, a pensé que ce serait à l'administration des hospices, dont le département n'est que *locataire*, à pourvoir à toutes les dépenses nouvelles; mais qu'il serait juste que le prix de location fût élevé à 20 centimes au lieu de 10. La commission adopte ces conclusions. Seulement, en raison de la pénurie où se trouve quant à présent le département, et voulant autant que possible (le rapport n'en donne pas clairement les raisons) éviter de nouvelles dépenses aux hospices, elle propose avant d'en venir à l'exécution du plan indiqué plus haut, de tenter de nouveau le moyen des exportations. C'est un moyen, à ce que nous imaginons, qui n'est pas en lui-même exempt d'inconvénients sérieux et qui, en tout cas, ne saurait être longtemps applicable. C'est un palliatif momentané (si c'est un palliatif), ce n'est pas un remède.

— En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'agriculture et des cultes, en date du 29 juin, un concours public sera ouvert à la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire d'opérations et appareils vacante dans cette Faculté.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 15 octobre prochain, au secrétariat de la Faculté, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

— Le concours pour l'agrégation (à Montpellier) est terminé dans la section de médecine, et les candidats proposés par le jury à la sanction du ministre de l'instruction publique sont MM. Anglada, Lassalvy, Combal. Le concours se continue dans la section de chirurgie, et M. Courty, qui y figure seul, a déjà subi toutes les épreuves antérieures à la thèse.

— RÉSUMÉ DU RAPPORT ET DÉLIBÉRATIONS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE TOULOUSE, SUR LES MÉMOIRES ENVOYÉS POUR LE CONCOURS DU PRIX SUR CETTE QUESTION. — « Exposer, d'après l'état actuel de la science : 1° la nature et le véritable siége de la maladie connue sous le nom de colique saturnine (vulgairement colique des peintres; 2° les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdominales qui ont avec elle quelque ressemblance; 3° les indications curatives qu'elle présente et la médication rationnelle pour les remplir. »

Au moment d'arriver au terme de notre mission, cette question se présente bien naturellement. Le but de l'Académie a-t-il été rempli? Hâtons-nous de produire la réponse unanimement affirmative des membres de la commission et du bureau général; hâtons-nous de dire aussi que, dans leur conviction intime, c'est le mémoire analysé en dernier lieu (n° 3) qui seul, et dans les limites assignées par *l'état actuel de la science*, a atteint ce but de la manière la plus satisfaisante.

Entre ce mémoire et celui qui a été placé immédiatement après lui dans l'ordre de mérite (n° 7), on remarque certaines analogies pour la conception des plans, mais on constate aussi d'immenses différences en ce qui concerne leur exécution. Le premier est une monographie complète au point de vue analytique comme au point de vue pratique; sa forme n'a rien de saillant, si l'on veut, mais elle est parfaitement adaptée au sujet. Il laisse à peine prise à la critique, et ce n'est encore qu'à l'occasion de points d'une importance secondaire. Le second est une production remarquable à plus d'un titre, mais incomplète au double point de vue signalé plus haut : une opinion exclusive s'y trouve soutenue sur le siége de la maladie, et cela principalement à l'aide d'une analogie un peu forcée, et telle est la forme de quelques imperfections, voire même de quelques erreurs qui échapperaient peut-être à un examen superficiel, tant l'exposition est entraînante dans sa forme.

En troisième et en quatrième ligne ont été placés les mémoires inscrits sous les numéros 5 et 6. Ces deux travaux se recommandent par un genre de mérite qui n'a pas été contesté, et que n'ont pu faire méconnaître les exagérations et les erreurs signalées sous le rapport chimique dans le n° 5, les imperfections et les lacunes constatées dans le mémoire n° 6.

Enfin, les trois mémoires inscrits sous les numéros, 2, 1 et 4 ont été reconnus insuffisants et hors de concours.

Dans sa séance du 25 mai, l'Académie, après avoir entendu la lecture du rapport qu'elle a adopté sans modification, après avoir approuvé le classement des mémoires, suivant le degré de mérite assigné à chacun par les juges du concours, a pris les délibérations suivantes :

1° Décerner le prix de l'année, consistant en une médaille d'or de la valeur de 500 fr.; et le titre de membre correspondant à l'auteur du mémoire inscrit sous le n° 3.

L'auteur de ce mémoire est M. le docteur Brachet (de Lyon).

2° Accorder une mention *très-honorable avec éloges* et le titre de membre correspondant à l'auteur du mémoire n° 7, portant pour épigraphe : *Qu'est l'observation si l'on ignore là où siége le mal?*

L'auteur est M. le docteur Hérard (de Paris).

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE. — DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — MÉDICATION ÉVACUANTE DANS LE CHOLÉRA.

Depuis la publication de notre dernier bulletin, le choléra semble s'être réveillé. Un accroissement, peu important il est vrai, mais continu, a marqué le nombre des entrées dans les hôpitaux. Le chiffre des décès n'a pas suivi la même progression. Qu'en doit-on conclure ? Que nous sommes menacés d'une nouvelle recrudescence? S'il était permis d'appliquer au choléra les lois ordinaires de l'induction, nous dirions que cette crainte n'a aucun fondement Mais nous avons été tant de fois déçus, qu'il est bon de faire quelques réserves, même au profit des impossibilités les mieux motivées. Tout porte à croire cependant que l'augmentation qu'on observe depuis huit jours n'est qu'une oscillation, ou fluctuation comme on l'a dit, attestant l'influence de quelque cause intermittente sur la marche décroissante de l'épidémie. Cette cause est, suivant toute probabilité, le retour des chaleurs; celles-ci réaliseraient en petit ce que l'on a observé en grand durant la période la plus grave de l'épidémie. Mais cette succession d'oscillations porte avec elle un autre enseignement : c'est que nous devons être très-circonspects dans nos espérances. En jetant les yeux sur ce qui s'est passé depuis deux années dans les pays que le choléra a parcourus avant de visiter la France, nous devons nous attendre à des retours dont l'expérience seule parviendra à éclairer les lois.

Voici le relevé de la semaine :

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX ET DE LA VILLE.

DATES.	ENTRÉES. Hôp. civ.	ENTRÉES. Hôp. mil.	DÉCÈS. hôp. civils.	DÉCÈS. hôpit. milit.
4 juillet	18	Pour les 7 jours. 17	9	Pour les 7 jours. 6
5 —	12		13	
6 —	17		19	
7 —	22		10	
8 —	23		13	
9 —	25		6	
10 —	31		11	
Totaux.	148	17	81	6

— Continuons à analyser et à apprécier à notre point de vue la discussion de l'Académie de médecine de Belgique sur le choléra.

Nous avons montré, dans notre dernier numéro, par des citations précises, que malgré des dissidences profondes d'opinion et en dépit de l'opposition formelle des méthodes de traitement, les différents orateurs s'entendaient, plus qu'ils ne l'ont cru peut-être, sur le fond essentiel de la question, et reconnaissaient aux évacuations cholériques le caractère d'une crise, d'une manifestation salutaire de l'organisme. En d'autres termes, on a accordé généralement, unanimement, que ces évacuations sont le moyen par lequel l'économie tend à se débarrasser du miasme, du poison, du principe morbigène (comme on voudra l'appeler) qui a pénétré en elle. Cela étant, nous avons dû voir une inconséquence dans la pratique de ceux qui, après avoir reconnu ce principe général, recommandent néanmoins l'emploi de l'opium dès le début du choléra. Il nous a semblé qu'un remède qui a pour but et pour effet de supprimer au plus vite les évacuations produites par un effort *conservateur*, pour parler comme M. Fallot, était, en saine philosophie médicale, un remède périlleux.

Cette inconséquence, commise en défendant la cause de l'opium, devait naturellement se reproduire dans les attaques dirigées contre les évacuants gastro-intestinaux; car la préconisation de l'un et la proscription des autres s'appuient sur des motifs identiques. On va voir, en effet, que les honorables membres qui ont fait le procès, plus ou moins radical, aux vomitifs et aux purgatifs, ne l'ont pu sans devenir infidèles au principe reconnu par eux tout d'abord et que nous rappelions à l'instant.

Il avait été admis, on s'en souvient, par M. Carlier, qu'il y avait *avantage* à ne pas supprimer brusquement les évacuations dans les cas d'intensité moyenne, alors qu'elles sont peu abondantes. Ce sont ses expressions. Eh bien! que M. Carlier veuille bien réfléchir à ceci. Il ne peut y avoir réellement *avantage* à respecter les vomissements et la diarrhée, que si ces évacuations sont le produit d'un travail d'élimination salutaire. Autrement, il n'y aurait aucunement lieu à les respecter; loin de là, il faudrait se hâter de les supprimer. Un travail salutaire d'élimination, c'est ce qu'on appelle — il ne faut pas avoir peur des mots — une *crise* Or confesser la réalité d'une crise, c'est admettre en pratique l'opportunité, la nécessité même, non pas seulement de ne point la contrarier, mais encore d'en favoriser et d'en diriger l'évolution; c'est dire, par exemple, que dans la cholérine, quand il n'existe encore que cette diarrhée insidieuse qui précède généralement le choléra algide, l'indication capitale est de faciliter les évacuations, loin de les arrêter incontinent. La déduction eût été d'autant plus logique de la part de M. Carlier, qu'il avait, avec beaucoup de vérité et de talent, fait justice de l'arbitraire démarcation établie par M. Lombard entre la cholérine et le choléra. Néanmoins, il proscrit les évacuations, et s'il fait une exception en faveur des vomitifs, c'est seulement pour le cas où le choléra survient immédiatement après un repas. Nous savons bien comment M. Carlier pallie ce désaccord de la doctrine et de la pratique. Quand les évacuations se montrent spontanément, dit-il, ne les supprimez pas, à moins qu'elles ne soient trop copieuses mais si elles manquent, gardez-vous de les provoquer. Nous avouons ne pas bien comprendre cette distinction. Quoi! voilà une maladie qui, habituellement, tend à se juger par une crise, qui se juge en effet de cette manière dans la très-grande majorité des cas; l'orateur, nous le répétons, reconnaît le premier point en avouant l'avantage qu'il y a à ne pas supprimer brusquement les évacuations; il reconnaît le second point en soutenant l'identité essentielle de la cholérine qui guérit le plus souvent, et du choléra qui est si souvent mortel; et il défend de provoquer cette crise si salutaire quand elle ne s'établit pas d'elle-même! Mais c'est là un précepte de thérapeutique entièrement contraire aux données de l'expérience de tous les siècles; c'est une véritable hérésie. Un rhume s'annonce avec quelque intensité; si la sueur survient, il avortera; mais la sueur ne survient pas; est-ce à dire qu'il soit interdit de la provoquer? Voilà pourtant ce que M. Carlier devrait soutenir. Nous ne savons si sa foi homœopathique l'amènerait à cette extrémité; mais en tout cas, il n'y serait pas suivi pour les hommes d'expérience. Or le raisonnement sur lequel il s'appuie ne vaut pas mieux en matière de choléra qu'en matière de bronchite.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Comme quoi la *Chronique* a porté le deuil. — Gulliver et les mirmidons. — Les rubans rouges. — L'Académie rit. — La *Chronique* parle politique. — La syphilis à la mode. — Un tournoi à l'Académie. — Deux partis renvoyés dos à dos à quinzaine. — Danger des mauvaises sociétés. — La liberté d'enseignement et l'impôt progressif en Belgique. — Un vieux soleil et une nebulosité cosmique.

Depuis bien longtemps la *Chronique* ne rit plus, ne jase plus; ses échos ont oublié de redire les petits cancans des alentours, et les scènes qui se déroulent et s'agitent autour d'elle ne se peignent plus sur sa rétine frappée d'amaurose sans doute. Elle est donc devenue paralytique, la *Chronique*, puisqu'elle reste immobile, comme le dieu Terme au coin d'un champ, elle qui remuait tant des pieds et des mains, furetait, se glissait partout, l'oreille à la piste et l'œil au guet.

Ne vous y trompez pas, la *Chronique* est vivante, bien vivante. Vous qui l'avez crue morte et qui vous en êtes réjouis peut-être, renfoncez vos cris d'allégresse, votre mauvais cœur n'aura pas cette cruelle satisfaction. La *Chronique* vous enterra tous; elle est bien vieille, elle a des quintes et des accès d'asthme qui la rendent parfois un peu hargneuse et tracassière, c'est vrai; mais, grâce à Dieu, l'appétit est bon, et, s'il plait au ciel, ça durera longtemps.

Si la *Chronique* n'a pas été malade, pourquoi donc a-t-elle gardé la chambre? Les uns prétendent qu'ayant englouti un trop gros morceau, elle a dû, comme le boa, digérer silencieusement pendant plusieurs mois. C'est une fausse supposition: la *Chronique* a de très-petites dents qui mordillent, mais elle n'offre rien de commun avec le requin qui avale un homme en travers. La *Chronique* serait-elle alors un animal hivernant qui dépense dans une saison toute son activité d'une année et s'endort jusqu'au printemps? Vous n'y êtes pas. La *Chronique* était en deuil. Les malins vont dire que la *Chronique* n'a ni parents ni amis, et qu'elle a eu bien tort de porter le deuil des autres, puisqu'à sa mort personne ne portera le sien.

Vous voulez faire cette pauvre *Chronique* infiniment plus méchante qu'elle ne l'est réellement. C'est une bonne fille au fond; si bien que, pendant sa retraite, beaucoup de compatissantes personnes sont venues lui exprimer le regret de ne plus la voir paraître. Elle rejette donc aujourd'hui ses voiles funèbres et se pare des habits bariolés qu'on lui connait.

Aussi bien, elle n'a plus aucune raison pour garder le deuil aujourd'hui. Le moissonneur venu du fond de l'Asie pour nous faucher, quitte notre champ pour d'autres terres; de jeunes pousses naissent partout et les épis à peine noués ne tombent plus prématurément sous l'instrument terrible.

Le choléra nous a quittés. Qu'il retourne dans son fangeux delta; qu'il s'y

L'orateur dont nous venons de parler a été l'adversaire le plus radical des évacuants. Les autres, du moins, ont admis quelque tempérament dans leur opposition. Ainsi M. Fallot, sans trop s'inquiéter de l'éloge qu'il avait fait antérieurement de l'opium employé au début, ce qui semblait exclure le mode de traitement contraire, le traitement par les évacuants, n'ose pas lancer contre ce dernier une provocation formelle, et ne s'attaque guère qu'à l'abus dont le traitement de M. Lombard lui paraît entaché. Il accorde et il répète maintes fois que les évacuations cholériques sont par elles-mêmes des phénomènes de réaction, et de réaction salutaire. Il ne nie pas qu'il puisse y avoir avantage à les provoquer, à les favoriser; mais ce qu'il redoute dans l'emploi énergique des purgatifs, c'est l'irruption ou l'augmentation de ce flux blanchâtre qui emporte une portion de l'eau, de l'albumine, de la fibrine du sang, et ces sels alcalins qui jouent un si grand rôle dans l'économie; c'est l'épaississement et la coagulation du sang qui doivent résulter du départ si précipité et si abondant de ses éléments liquides ou à l'état de dissolution; c'est l'épuisement général; ce sont les congestions consécutives, et spécialement les congestions sus-diaphragmatiques que doivent surtout favoriser les efforts de vomissement. Tel a été aussi à peu près le fond de l'argumentation de quelques autres orateurs, notamment de M. Lebeau.

Entre ces diverses opinions, si bien défendues de part et d'autre et avec tant d'habileté, n'y a-t-il aucun moyen d'introduire quelques vérités certaines, expérimentales, suffisantes pour poser les règles générales de la saine pratique? Nous ne sommes pas aussi sceptique. Il nous semble, au contraire, que la leçon du passé n'a pas été perdue, et qu'on peut en tirer quelques enseignements clairs et précis.

Il est indubitable, par exemple, que, dans le choléra comme dans certaines autres affections, l'emploi persistant de l'ipécacuanha exaspère d'abord, puis apaise et finit par arrêter les vomissements; que les purgatifs agissent d'une manière analogue à l'égard de la diarrhée. Ce n'est pas nous seulement qui disons cela; ce n'est pas seulement M. Lombard, si grand partisan des évacuants : ce sont les adversaires mêmes de M. Lombard qui, dans cette question, sont aussi les nôtres. Écoutez, par exemple, M. Carlier : « Ce que je comprends, dit-il, c'est l'utilité de l'ipécacuanha chez un malade débilité par le génie propre de la maladie, débilité déjà par les premiers effets du mal, alors que le malade éprouve des *vomissements répétés*, des sueurs froides. Dans ces circonstances, l'ipécacuanha à petites doses, répétées suivant la nécessité d'agir plus ou moins activement, *arrête les vomissements*, relève les forces, etc., » Cette opinion n'est pas bien éloignée de celle de MM. Spring et Lombard. Le même membre ne fait pas non plus difficulté de reconnaître encore, avec M. Lombard, que le calomel a souvent pour effet d'arrêter les selles riziformes, de leur substituer des selles vertes, et de supprimer enfin la diarrhée. Le fait de la suppression définitive des vomissements par l'ipécacuanha est encore admis par M. Fossion, et si M. Lebeau, après avoir reconnu que la guérison du choléra s'annonce par la substitution des selles bilieuses aux selles blanches, ne pousse pas la conséquence jusqu'à recommander les moyens propres à amener cette substitution, il n'en est pas moins, fût-ce malgré lui, sur la voie des idées que nous défendons.

Il est démontré pour nous que le caractère riziforme des selles ne constitue pas une contre-indication à l'emploi des purgatifs. Nous avons vu nombre de cas dans lesquels un flux intestinal blanchâtre, tout à fait caractéristique, datant d'un ou deux jours, a fait place à des selles jaunes et même noirâtres dès les premières garde-robes provoquées par un purgatif salin. Le malade était alors sauvé. On dit, il est vrai, et M. Lebeau a surtout insisté sur ce point, que parfois les purgatifs ne font qu'augmenter le flux blanchâtre et provoquer tous les accidents consécutifs indiqués par M. Fallot et que nous énumérions tout à l'heure. A cet égard, nous pourrions contester le principal effet attribué par M. Fallot à la déperdition d'une grande quantité de sérosité par les selles, à savoir le départ d'une certaine partie de l'albumine et de la fibrine du sang. On sait que ce point a été nié par M. Andral, d'après des expériences chimiques; mais sans décider entre M. Andral et d'autres expérimentateurs qui ont produit des observations contraires, nous accordons volontiers à M. Fallot que l'économie ne peut pas perdre ainsi une grande quantité de sérosité sans que le liquide sanguin qui fournit cette sérosité ne devienne plus épais et plus visqueux. Qu'en conclure cependant? Qu'il faut à tout jamais, et dans tous les cas, renoncer à l'emploi des évacuants? Non pas; mais seulement, à notre sens, qu'il est convenable de s'arrêter dans l'emploi de ces moyens, quand on reconnaît l'impossibilité d'obtenir le résultat désiré et que l'épuisement du sujet avertit du danger de provoquer une nouvelle dépense de fluide. En quoi de tels insuccès seraient-ils la condamnation des évacuants? Combien y a-t-il de remèdes dont l'action précise puisse être affirmée à l'avance? Dans la fièvre typhoïde aussi, les purgatifs sont souvent impuissants, et il arrive alors un moment où la continuation de leur emploi n'a plus d'autre effet que de débiliter le sujet en pure perte; le traitement par les purgatifs n'est-il pas néanmoins le traitement par excellence de la fièvre typhoïde? Où faut-il s'arrêter? dit-on. Mon Dieu! il ne nous en coûtera pas de répondre : « Nous n'en savons rien, » du moins en thèse générale. C'est au praticien à juger de l'opportunité et du moment dans le cas particulier. M. Lombard lui-même a parfaitement reconnu la nécessité de tenter la suppression des évacuations, dans les cas où elles menacent d'épuiser le malade, et à cet égard les reproches d'exagération et d'*outrance* qui lui ont été adressées n'étaient pas parfaitement fondés.

Nous devons dire, en finissant, que plusieurs orateurs, en accordant les bons effets de certains évacuants, notamment de l'ipécacuanha et du calomel, ont expliqué ces effets par des actions dynamiques et non par le fait même des évacuations. C'est un point théorique sur lequel nous pourrons revenir; mais quant à présent, nous nous en tiendrons rigoureusement aux faits.

CONTAGION.

CONSIDÉRATIONS SUR LE MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA; par M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule.

Un des sujets les plus dignes de fixer l'attention des gouvernements et les méditations du médecin est sans contredit la question du mode de propagation de la maladie qui, pour la seconde fois, depuis 1832, exerce aujourd'hui ses ravages dans une grande partie du nord de la France. Chaque jour, le bon sens public, par un dédain mérité, fait justice, et de cette masse de formules préconisées contre le fléau, et des analyses des produits

---

repaisse de bonzes, de faquirs et de brahmes, mais que la chair française ne l'affriande plus, et que l'amour de sol natal le retienne à jamais chez lui.

On dirait que le terrible visiteur a systématiquement ménagé les médecins. Certes, s'il avait voulu faire le méchant avec eux, il aurait eu beau jeu : il lui suffisait seulement de fermer la bouche, pour croquer tous les imprudents qui s'y précipitaient la tête la première. Il ne pouvait pas avancer d'un pas sans les trouver toujours là, opposant effrontément leur face impassible à sa face livide et froide; le cherchant partout, le poursuivant, le traquant dans tous les coins; établissant leur domicile précisément dans les lieux qu'il choisissait pour ses pénates; l'asticotant, le provoquant sans trêve ni relâche, semblables aux *picadores* lancés contre le taureau déjà furieux; allant même au devant de lui, impatients du cartel, comme on va en reconnaissance devant l'ennemi, pour étudier ses côtés faibles afin de le recevoir le plus mal possible à son arrivée.

Eh bien! non, il a respecté ceux qui bravaient sa colère, pour tomber sur les pusillanimes qui fuyaient à son approche. Il y a vraiment de quoi se rengorger et retrousser fièrement sa moustache, quand on en a. La médecine a fait peur au choléra; il n'a presque pas osé y toucher! N'allons pas si vite pourtant. Nous n'avons pas été le géant qui se mesure d'égal à égal avec le géant, mais bien des pygmées pareils à ceux qui vinrent à bout du colosse Gulliver. Notre fourmilière a si bien manœuvré, si bien poussé une foule de petits cris, déployé une multitude de petits étendards, entonné charges et fanfares, que le monstre ne s'est pas du tout soucié de hasarder son pied parmi ces nains si guerriers. Quand il baissait la tête pour recueillir les murmures qui s'exhalaient de la troupe, les plus sinistres menaces remplissaient la conque de son oreille; un parti menaçait de l'endormir avec le chloroforme; un autre de l'embaumer de son vivant en le bourrant de camphre; ceux-ci prétendaient le faire mourir de soif, et tous le prendre par la famine; ceux-là proposaient de l'échauder *intus* et *extra*, tandis qu'il était ailleurs question de changer son estomac en glacière, etc. Au milieu de ce chaos de menaces, l'Asiatique n'a certainement pas pu démêler le plan général d'attaque ou de défense résolu contre lui; c'est probablement ce qui l'aura embarrassé.

Si les médecins n'ont pas payé un bien large tribut à la mort, ce n'est pas faute d'avoir prodigué leur activité et leur dévouement; à tous, sous les plus pauvres toits comme dans les riches hôtels, ils ont donné les mêmes soins, toujours empressés, souvent efficaces, et des paroles d'espoir et de consolation quand le mal était plus puissant que l'art. Sur ce grand champ de bataille, l'ennemi n'a pas été terrassé, mais la médecine a tenu bon, sans broncher, sans céder d'un pas; à elle donc les honneurs de la guerre! Ses palmes sont bien gagnées, et la GAZETTE MÉDICALE ne sera pas la dernière à se réjouir d'avoir vu le président de la république remplacer de sa propre main, sur la poitrine de l'un de ses anciens collaborateurs les plus aimés (1), le ruban rouge par la rosette d'officier de la Légion d'honneur. L'administration des hôpitaux, dont le zèle ne s'est pas démenti pendant l'épidémie, n'a pas été oubliée non plus, et les largesses présidentielles ont été trouver ces hommes qui, dans leurs fonctions humbles et mé-

(1) M. Michel Lévy, médecin en chef du Val-de-Grâce.

excrémentitiels annoncés avec emphase, et des statistiques fabuleuses trop complaisamment reproduites par la presse médicale, de prétendues guérisons qui n'ont même pas la croyance de leurs auteurs. C'est qu'en effet, à part la renonciation au traitement par les déplétions sanguines, personne ne se sent disposé à croire à un progrès sensible de la thérapeutique du choléra depuis sa première apparition, en 1832. En présence de cette triste impuissance pour guérir, la société demande, avec raison, des conseils pour prévenir.

Nous sommes de ceux qui pensent que toute vérité est bonne à connaître, et nous admettons qu'il y a opportunité, urgence même d'examiner sans délai. Il y a plus : nous sommes convaincu qu'il y aurait danger, danger très-grave, à différer l'examen.

Si le choléra n'est pas transmissible, il y a devoir de rassurer le public en faisant cesser le doute issu en grande partie de la divergence des opinions médicales. Mais aussi, si le choléra est communicable, ne fût-ce même qu'exceptionnellement, il y a devoir pressant de le dire hautement. Il y aurait crime de lèse-humanité à entretenir plus longuement de dangereuses illusions.

De même que le dogme de la non-contagion conduit à la liberté la plus absolue des communications, de même le dogme de la communicabilité commande des restrictions dans les communications, restrictions qui ne peuvent se justifier que par la plus impérieuse nécessité, appuyée ellemême sur une rigoureuse appréciation des faits.

Peut-être le temps n'est-il pas éloigné où le fléau envahira de nouveau nos départements du midi et nos ports de la Méditerranée. Si cette éventualité se réalise, pourra-t-on, sans danger, diriger sur l'Algérie des troupes prises dans les départements actuellement en proie à l'épidémie? La réponse à cette question dépend tout entière de l'idée que l'on se fera du mode de propagation de la maladie. La non-transmissibilité est-elle démontrée, rien ne saurait entraver la liberté d'action de l'autorité, et celle-ci est absoute d'avance, quelles que soient les calamités qui pourront succéder au déplacement des troupes.

La maladie, au contraire, est-elle communicable, l'envoi en Algérie d'un régiment, d'un bataillon, d'une simple compagnie, pourra être suivi d'incalculables maux, d'immenses désastres, dont un compte sévère devra être demandé au gouvernement, ou mieux, à l'autorité médicale qui, par erreur, oubli ou ignorance, aura négligé d'éclairer ce dernier. Le froid et la faim ont fait échouer la première campagne contre Constantine; le choléra, survenu immédiatement après le débarquement, à Bone, du 12e de ligne, venant de Marseille où régnait la maladie, a failli faire échouer la seconde expédition. Si l'envoi en Afrique de ce régiment ne fut pas étranger aux ravages du choléra dans l'est de l'Algérie en 1837, sachons mettre à profit les leçons du passé, et gardons-nous à l'avenir d'exposer, de gaieté de cœur, notre colonie et notre armée d'Afrique aux ravages d'un fléau meurtrier.

On a dit bien souvent que le problème de la contagion du choléra est un des plus difficiles à résoudre. Il nous est impossible de partager cette manière de voir. Pour nous, la communicabilité des maladies est une question de faits, partant une question de simple observation. Nous ne saurions admettre, avec l'honorable M. Rochoux, que la communicabilité des maladies se déduise du plus ou moins de danger qu'il y a à soigner les malades. Personne ne conteste la communicabilité de la gale, de la variole, et pourtant rien ne démontre jusqu'ici que la proportion des médecins ou infirmiers atteints de l'une ou l'autre de ces affections soit plus considérable que celle des individus étrangers aux soins habituels des malades. D'autre part, si l'observation démontrait une fréquence plus considérable du choléra chez les médecins ou chez les infirmiers, rien ne serait moins rigoureux que de conclure de ce fait à la contagion. Enfin, les immunités, c'est-à-dire les preuves négatives, quelque nombreuses qu'elles soient, ne sauraient non plus résoudre la question. Ainsi l'immunité de Lyon, en 1832, ne prouve pas plus la non-contagion que l'immunité si remarquable de la Corse et de la Sardaigne ne prouve la contagion. Il en est de même des faits observés dans le foyer ou à proximité du foyer supposé épidémique. Quelle que soit en effet leur apparente autorité, toujours elle sera réduite à néant par la considération de l'influence concomitante, réelle *ou supposée*, de l'épidémicité. Mais quel est donc alors, dira-t-on, le critérium capable de résoudre définitivement le problème?

Selon nous, il n'en est qu'un seul de sûr. Pour nous, une maladie non inoculable doit être jugée contagieuse, si elle est susceptible d'être transportée loin du foyer initial par des *individus* malades *ou non atteints*, ou enfin par des *choses* provenant de ces individus. Nous disons *loin du foyer*, parce que le transport à une faible distance peut, jusqu'à un certain point, être imputé à la simple extension de l'influence épidémique. Ainsi, l'apparition du choléra à Saint-Cloud, consécutive à sa manifestation à Paris, ne convaincrait personne. Par contre, tout le monde devra s'incliner devant des faits *authenthiques* d'importation de la maladie de Marseille à Bone, de Lisbonne à Toulon, du Havre à New-York.

Ces principes admis, le problème de la communicabilité du choléra se réduit à une simple question d'expérience. Existe-t-il, oui ou non, des faits bien observés qui constatent l'apparition du choléra sous l'influence de l'arrivée d'individus malades ou sains venant d'un foyer éloigné? Si les faits existent, la question est irrévocablement et péremptoirement résolue, et il faut alors en accepter toutes les conséquences pratiques.

En 1834, la frégate la *Melpomène*, ayant 450 hommes d'équipage, quitte Lisbonne, où règne le choléra, pour se rendre à Toulon. Des cas nombreux de choléra se déclarent à bord pendant la traversée. Après l'arrivée dans la rade de Toulon, un garde sanitaire est placé à bord de la frégate, et il meurt du choléra. Malades et matelots sont alors débarqués au lazaret; des forçats, avec leurs surveillants, sont envoyés de Toulon à l'ambulance du lazaret sans communiquer avec le navire. Plusieurs d'entre eux sont atteints de choléra et meurent (1).

Au mois de septembre 1837, j'étais chargé de la direction médicale de l'hôpital des Caroubiers, près de Bone, comptant environ 500 fiévreux. Pas un cas de choléra n'avait alors été observé dans aucun des hôpitaux de l'Algérie ni même sur aucun point de l'Afrique. Le 17 septembre, le 12e de ligne, venant de Marseille où régnait le choléra, arrive dans la rade de Bone après avoir jeté à la mer les cadavres de plusieurs individus qui avaient succombé avec tous les symptômes de la maladie de Marseille. Il est mis en quarantaine au fort Génois.

Dès le 25, trois corailleurs napolitains, qui étaient allés faire leur provision d'eau au fort Génois, sont frappés de choléra à Bone.

Quelque temps après, le 12e de ligne, n'ayant plus de cholériques, obtient l'autorisation d'entrer à Bone, où il se déclare immédiatement une épidémie formidable. Le 15 novembre suivant, j'étais à Medjez-Amar, à

(1) Un mot sur le choléra, par le docteur Levicaire (de Toulon).

---

ritoires, coopèrent si puissamment au succès de l'œuvre du médecin. Un infirmier a été décoré au Val-de-Grâce, et tous les autres ont redoublé de zèle et de dévouement, comprenant que leur mission, dignement remplie, est sainte et a droit au respect des hommes.

Deux croix ont été offertes aux internes par l'intermédiaire de M. le directeur de l'assistance, et le ministre a eu la gracieuseté d'ajouter qu'il prétendait moins ainsi distribuer des récompenses individuelles, que témoigner au corps tout entier la reconnaissance publique pour les services qu'il avait rendus. Par surcroît de courtoisie, le ministre chargeait ces messieurs de désigner euxmêmes les deux collègues qu'ils jugeaient les plus dignes. Après une assemblée générale, les internes ont répondu au ministre qu'ils refusaient, sans donner les motifs qui les avaient poussé à cette détermination.

Si la *Chronique* est bien informée, des sentiments plus honorables et désintéressés que rationnels ont dicté cette conduite. D'abord, les internes ne formant pas un corps constitué, mais une réunion d'éléments destinés à se dissocier, il ne serait pas possible de le récompenser en honorant quelques-uns des leurs. Pourtant les souvenirs et l'esprit de corps se perpétuent assez, grâce à la succession non interrompue de générations d'internes qui se suivent en s'enchevêtrant, pour que la solidarité soit établie, et que les distinctions accordées aux internes aujourd'hui jettent un reflet sur les internes de demain. Le second motif repose sur une délicatesse exquise au point de vue théorique, mais d'une application radicalement impossible. Tous seraient également méritants, le hasard seul ayant jeté celui-ci dans un foyer d'épidémie plus actif, où il a pu rendre plus de services qu'un autre collègue qui, à la place du premier, eût montré le même dévouement. Mais alors pourquoi récompenser le soldat qui le premier gravit la brèche, puisque le hasard seul l'a mis au premier rang, et qu'un autre n'eût pas déployé moins de courage? Avec de tels principes, la distribution de toute récompense serait irréalisable.

MM. les internes accepteraient, dit-on, quatre croix données à leur quatre collègues morts du choléra; elles seraient envoyées à la famille des victimes. Aux morts les souvenirs et les larmes! aux vivants les distinctions et les honneurs!

Le ministre de la guerre a été moins généreux envers les sous-aides de l'armée que son collègue à l'égard des internes. On se souvient qu'après les journées de juin 1848, il a distribué non pas des croix, mais des trousses d'honneur. Aujourd'hui on ne parle pas davantage de rubans rouges; pourtant la voix publique désigne assez haut de beaux dévouements, et le nom de M. Masselot, aide de clinique médicale au Val-de-Grâce, est ici naturellement prononcé.

Mais la *Chronique* tombe dans un sérieux qui pourrait bien lui faire chercher une mauvaise affaire par les colonnes supérieures, sur le territoire desquelles elle empiète évidemment. Il faut enfin se dérider une bonne fois, puisque la grave Académie elle-même défronce son sourcil, au récit des merveilleux et désopilants prophylactiques qui pleuvent tous les jours sur ses bureaux, hélas! non pas en pluie d'or.

Que n'a-t-on pas été chercher, sur la terre et dans les airs, dans l'homme et hors de l'homme, pour trouver un père au choléra! On a tout invoqué, depuis les plus terribles agents, comme l'électricité, jusqu'à ces inoffensifs vaisseaux lymphatiques méchamment inculpés d'engendrer la maladie en se livrant aux

vingt lieues de Constantine, lorsque arrive au camp un bataillon du 12e de ligne, venant de Bone, mais n'ayant pas un seul malade. Dès le lendemain, 16 novembre, à ma visite du soir, je trouve deux de mes malades frappés du choléra dans sa forme la plus intense, et ces deux cas deviennent ici encore le signal d'une épidémie meurtrière.

A Constantine, la maladie se manifeste immédiatement après l'arrivée des 26e et 61e de ligne, venant de Bone et ayant perdu des cholériques en route. Après la prise de Constantine, des malades sont embarqués à Bone sur des navires se rendant à Alger. Ici encore la maladie se manifeste immédiatement après le débarquement; mais elle épargne Bougie, point intermédiaire qui n'avait pas de communication directe avec Bone.

Le 9 novembre 1848, le navire le *New-York* quitte le Havre, ayant à bord 385 personnes, toutes bien portantes au moment du départ. Pendant les seize premiers jours de navigation, la santé reste parfaite. Le 25 novembre, un passager allemand est atteint de choléra et meurt: six autres passagers sont frappés et succombent avant le 1er décembre, jour de l'arrivée du navire devant le lazaret de New-York. Le 3 décembre, 12 nouveaux cholériques se déclarent à bord; ils sont transportés à l'hôpital du lazaret. Là, 15 cas de choléra se développent parmi les malades étrangers au navire le *New-York*. Enfin il se déclare à New-York même plusieurs cas de choléra parmi des individus qui avaient été en contact avec les cholériques du lazaret (1).

Nous nous bornerons à la simple citation de ces trois faits, parce qu'ils sont d'une vérification facile. Libre à d'autres de voir de simples coïncidences dans la manifestation du choléra à Toulon, à Bone, à New-York, immédiatement après l'arrivée de navires venant de Lisbonne, de Marseille et du Havre. Pour nous, le choléra doit être considéré comme communicable dès que l'authenticité des faits qui précèdent est admise.

(1) Lettre du docteur Bodinier de New York) à l'Académie de médecine. (Voir Gazette Médicale du 26 mai 1849, p. 411.)

OBSTÉTRIQUE.

Mémoire sur les indications et les avantages d'un forceps courbé sur le plat; par M. R. Baumers, D. M., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Proposer un forceps nouveau après le nombre si considérable de ceux qui ont été décrits, doit paraître un acte de témérité. Néanmoins on verra, par la lecture de ce mémoire, que celui dont je veux chercher à faire connaître les avantages diffère complétement, et par sa partie la plus essentielle, de tous ceux qui sont connus dans la science. Le forceps que je veux faire connaître est courbé sur le plat : tous ceux, au contraire, qui ont été imaginés depuis celui de Levret sont courbés sur le bord et ne sont que des modifications peu importantes de celui de ce grand maître, ce que va nous montrer une esquisse rapide de l'histoire de cet instrument.

Le forceps primitif de Chamberlen, de Palfin, était droit et court. C'était une espèce de pince à polypes d'une dimension appropriée au volume de l'objet qu'elle devait saisir. Mais à cause de sa direction rectiligne, il ne pouvait s'appliquer qu'au détroit inférieur, et dès lors les cas qui en réclamaient l'emploi n'étaient pas ceux où cet instrument peut rendre les plus grands services. Au milieu du siècle passé, Smellie en Angleterre, et Levret en France, eurent en même temps l'heureuse idée de courber les deux cuillers du forceps droit de Chamberlen sur leurs bords, l'antérieur devenant concave, le postérieur convexe. Cette courbure, qu'on appela longtemps courbure nouvelle, par opposition à celle qui, dans le forceps primitif, était destinée à embrasser la tête, permettait à l'instrument de se mouler sur la ligne courbe que représente l'axe du canal osseux que la tête doit parcourir dans l'accouchement; elle facilitait en même temps l'introduction du forceps à une hauteur plus considérable et même jusqu'au détroit supérieur. Ce n'était néanmoins pas là, comme on l'a dit, le but que se proposait Levret en donnant au forceps primitif cette courbure nouvelle si importante. C'est ce que démontrent jusqu'à l'évidence les passages suivants : « Le moyen le plus sûr d'éviter le déchirement de la fourchette, » c'est de tirer en relevant les mains à mesure que la tête sortira; si l'on » ne fait attention à cette remarque, on déchirera immanquablement la » fourchette, soit qu'on tire en bas, soit qu'on tire en devant dans une » situation horizontale. Pour remédier à cet inconvénient, j'ai fait faire un » forceps courbe qui ne diffère pas d'ailleurs des dimensions du premier. » Ce n'est pas le seul but que je me suis proposé; car tous les praticiens » convenant du peu d'effet du forceps ordinaire pour la tête enclavée au » passage lorsque la face est en dessus, la forme nouvelle que je lui ai » donnée m'a paru devoir éviter cet inconvénient, puisqu'au moyen de la » courbure il saisira la tête avec toute l'efficacité qui se trouve dans l'u» sage du forceps ordinaire dans la disposition la plus avantageuse où la tête » puisse être lorsqu'on est obligé de s'en servir. » (Levret, Accouchements laborieux, p. 97.) « *Nota.* Des personnes fort habiles ont bien » voulu me prêter une opinion que je n'ai point eue à l'égard du forceps » courbe : elles pensent que je le crois capable de prendre la tête de l'en» fant dans la matrice lorsqu'elle n'est point engagée dans l'orifice. Je ne » conseille néanmoins son usage que dans les cas où on se sert de l'autre. » (Levret, *Ibid.*, p. 159) D'ailleurs, le véritable forceps de Levret était trop court pour aller chercher la tête au détroit supérieur, ce ne fut que plus tard qu'on remplit cette indication. « Le forceps le plus usité en France est » celui de Levret, auquel on a ajouté 2 pouces de longueur, d'après les » vues de Péan. Cette correction le rend propre à servir au détroit supé» rieur, sans diminuer ses avantages pour les cas où la tête est dans l'ex» cavation. Cette addition en longueur rend la courbure qui est placée sur » le bord de chaque cuiller beaucoup plus douce, et elle fait qu'elle s'ac» commode beaucoup mieux au détroit supérieur et à l'arcade du pubis. » (Gardien, t. II, p. 521.) Ainsi, quoique Levret n'ait pas vu la conséquence la plus utile de la courbure nouvelle qu'il avait donnée au forceps primitif, il n'en est pas moins vrai, qu'en France, c'est à lui qu'en revient l'honneur.

Depuis cette modification capitale du forceps de Chamberlen, une infinité d'autres changements ont été proposés, mais le sens dans lequel Levret et Smellie avaient courbé l'instrument n'a jamais varié. Ainsi les cuillers ont été fenêtrées, elles ont été armées d'une simple arête, de saillies transversales, de petites pointes aiguës, de pointes mousses. Le manche a été terminé par des crochets aigus, des crochets mousses; il a été fait de bois, de métal; on l'a même séparé des cuillers de façon à pouvoir ne le

---

désordres du mouvement antipéristaltique. Si l'on a beaucoup accusé, on n'a pas été moins prodigue pour élever sur le pavois. Que de remèdes, grand Dieu! Mais comme un seul bon moyen ferait bien mieux notre affaire! L'un voudrait nous envoyer brouter le *stachys anatolica* sur les pentes du mont Olympe; l'autre, plus patriote, ne va pas chercher si loin, car le Périgord, avec ses truffes, lui semble un instant la véritable terre promise. Les aromates n'ont pas trouvé des partisans partout; on est tombé dans les extrêmes opposés, et ici les extrêmes ne se touchent pas. De par Van Swieten, on a proposé d'ouvrir des lieux d'aisances dans toutes les rues. Infection pour infection, choisissez.... Il est douteux que le moyen soit jamais en odeur de sainteté.

Van Swieten n'est pas le seul qui ait remarqué ce singulier antagonisme. Dans la petite ville lorraine de Gerbeviller, on conte encore la chronique suivante : de tous les habitants, trois femmes seulement échappèrent à la terrible peste noire du quatorzième siècle; l'une d'elles, forcée par la misère à chercher asile dans des lieux d'aisances, s'était trouvée si bien de ce domicile, qu'elle avait engagé deux amies à partager avec elle son étroite demeure. Ce fut leur salut. Un paysan qui passait les mit à même de commencer le repeuplement. Ici la chronique est très-crue. Nos ancêtres dédaignaient les voiles allégoriques que les Grecs ont jetés sur Pyrrha et Deucalion.

Nos représentants ont été si maltraités par le choléra, que les électeurs-médecins ont dû songer avec une sollicitude particulière à leur précieuse existence. On se souvient que la chambre était devenue un laboratoire de miasmes autant que de politique, et que tous les membres, blancs et rouges, menaçaient de tourner au bleu. Heureusement qu'un confrère vient de découvrir une très-simple manière de neutraliser le *quid divinum*, en allumant de grands feux de houille; il veut surtout chauffer les représentants, sans doute jusqu'au rouge, et prétend les conserver par ce singulier moyen. Quoique la *Chronique* ne parle jamais, au grand jamais, politique, qu'on lui permette pourtant de glisser son mot; elle ne présume pas que porter toute la chambre au rouge puisse jamais passer pour un procédé conservateur.

Ce vilain mal, que les Français appellent napolitain, pour se décharger du reproche de l'avoir engendré et répandu, et que les Napolitains nomment français, de peur d'être accusés d'en être les auteurs, eh bien! ce vilain mal va devenir le chéri, le recherché, chacun s'en disputera la paternité; car, s'il faut en croire une voix venue du fond de la province, il est au choléra ce que la vaccine est à la variole. Avec ce bénéfice, tout le monde voudra du prophylactique, hommes, femmes, enfants, laïques et ecclésiastiques. Notre confrère n'en doute pas, et propose une inoculation générale, par l'intermédiaire très-moral de la lancette. Cette grande découverte n'a pas trouvé grâce devant l'austère rapporteur de l'Académie, qui montre au novateur la rigueur de la loi en perspective, au lieu de la *récompense nationale et proportionnée au service* qu'il sollicitait, dans la profonde conviction d'avoir bien mérité de l'humanité.

— Les académiciens sont descendus en champ clos pour un véritable tournoi de politesse, dans lequel la courtoisie a triomphé, comme cela va sans dire. Figurez-vous que les étrangers inscrits pour une lecture suivent quelquefois les séances pendant toute une mortelle année, guettant le moment propice où il leur sera permis de monter à la tribune; mais, hélas! ils sont soumis au supplice de Tantale, car la tribune ne désemplit pas d'orateurs. En règle de bonne

fixer d'une manière solide à celles-ci qu'après les avoir appliquées, pour n'être pas obligé de les décroiser, chose indispensable dans certains cas et qui peut en déranger la position. L'articulation a été combinée de plusieurs manières différentes; l'accoucheur lyonnais Thénance a même rejeté le moyen d'union des branches à l'extrémité de celles-ci qui ne se croisent pas par conséquent. Bien plus, on a augmenté ou diminué dans un sens ou dans l'autre les courbures du forceps de Levret pour remplir certaines indications, celle par exemple que s'est proposée M. le professeur Montain jeune, et qui a certainement une grande valeur, de pouvoir appliquer le forceps à une femme obligée de rester couchée au milieu de son lit. Enfin, on a augmenté ou diminué la longueur, la force et le poids du forceps de Levret; mais c'est toujours la même idée-mère, toujours la même courbure, toujours le forceps de Chamberlen courbé suivant ses bords, toujours le bord antérieur devenu concave.

Le forceps que je propose est tout différent. Il n'a plus la moindre analogie avec ceux auxquels l'idée de Levret a donné naissance. Il descend au contraire directement de celui de Chamberlen. Levret avait pris le forceps droit et l'avait courbé suivant ses bords, en sorte que, pour l'appliquer un peu haut dans l'excavation, tout en faisant coïncider son axe avec celui du canal que le bassin représente, il ne peut agir que latéralement, à peine obliquement et jamais complétement d'avant en arrière, ce que nous démontrerons plus loin. Je prends au contraire le forceps droit de Chamberlen, et je le courbe, non plus suivant ses bords, comme Levret et Smellie, mais sur le plat, en sorte que la courbure générale d'une des branches est concave et celle de l'autre convexe. Il va sans dire que les deux cuillers ont à leur extrémité une courbure destinée à s'adapter à la sphère que la tête de l'enfant représente. Mais avant de donner une description plus exacte du forceps que je propose, il est indispensable de développer les considérations qui m'en ont suggéré l'idée.

Au détroit inférieur, le forceps de Levret ou forceps ordinaire peut être appliqué sans peine sur une tête en position antéro-postérieure, en la saisissant latéralement, c'est-à-dire d'une bosse pariétale à l'autre, que ce soit une présentation du sommet ou de la face. Si la tête, toujours au détroit inférieur, était placée transversalement, ce qui est infiniment rare, mais possible, d'après madame Lachapelle, le forceps ordinaire serait tout aussi facilement appliqué d'une bosse pariétale à l'autre, en agissant d'avant en arrière. Au milieu de l'excavation, ainsi qu'au détroit supérieur, si la tête est en position antéro-postérieure, le forceps peut encore être appliqué facilement d'une bosse pariétale à l'autre en agissant latéralement. Mais si la tête est placée transversalement un peu haut dans l'excavation et surtout au détroit supérieur, comment le forceps devra-t-il, ou plutôt comment pourra-t-il être appliqué, ou même encore y a-t-il deux manières de l'appliquer?

Et d'abord, quel précepte donne-t-on relativement aux rapports des cuillers du forceps avec la tête de l'enfant? Les accoucheurs sont unanimes, et je pourrais les citer tous. « Les branches du forceps doivent toujours être » appliquées sur les côtés de la tête; s'il y a des exceptions à cette règle, » elles sont en très-petit nombre, et nous les ferons connaître dans la » suite. » (Baudeloque, t. II, p. 192.) « C'est toujours sur la tête que doit » s'appliquer le forceps, et autant que possible sur ses côtés. Déjà Smellie » en avait donné le précepte. » (Madame Lachapelle, t. I, p. 62.) Gardien est encore plus rigoureux; car il n'admet pas d'exception à cette règle. Dans son TABLEAU SYNOPTIQUE DES ACCOUCHEMENTS, t. IV, il dit : « Le » forceps ne peut s'appliquer que sur les côtés de la tête. Je ne reconnais » point d'exception à cette règle; car lorsque la tête est enclavée, suivant » son épaisseur, entre le pubis et le sacrum, et qu'il est impossible de la » faire remonter avec la main au-dessus du détroit abdominal, le forceps » tuerait certainement l'enfant si on appliquait les branches sur la face et » l'occiput. »

Ainsi, si la tête est placée transversalement au détroit supérieur, il faudrait, pour se conformer au précepte précédent, qu'une branche fût appliquée entre le pubis et la tête, et l'autre entre la tête et le sacrum. Or c'est précisément ce que conseillent Baudeloque et Gardien. « Pour opérer conformément aux principes dictés par la nature même de l'obstacle qui » s'oppose à l'accouchement dans les positions transverses dont il s'agit, » il faut placer les branches sur les oreilles, l'une conséquemment au devant du sacrum et l'autre sous le pubis. » (Baudeloque, t. II, p. 333.) « On doit placer les branches. l'une dessous le pubis et l'autre au devant » du sacrum. » (Gardien, t. II, p. 567.) L'ouvrage de Baudeloque renferme même une planche n° XI qui représente une tête placée transversalement au détroit supérieur, saisie par les côtés, suivant le précepte qu'il en donne. La même figure est reproduite exactement par Gardien, planche III. Malheureusement ce mode d'application, dans le cas qui nous occupe, est théoriquement et expérimentalement d'une impossibilité absolue. C'est madame Lachapelle qui a eu la première le mérite de reconnaître cette erreur. « Quand la tête est transversale, il faudrait, d'après les principes, qu'une » branche fût en avant et l'autre en arrière: ce serait chose absolument » indispensable dans les présentations transversales de la face. Eh bien! » c'est chose impossible. Le périnée repousse en devant le forceps, et lui » donne une obliquité telle par rapport au détroit supérieur, qu'il ne pourra » laisser entre les cuillers l'espace suffisant pour contenir la plus petite » tête. Il faudrait, pour cela faire, qu'il fût dirigé suivant l'axe du détroit » supérieur; mais pour lui donner cette direction, il faudrait faire reculer » le périnée jusqu'au niveau du bas du sacrum. » (Madame Lachapelle, t. I, p. 74.) Cette démonstration a été reproduite par tous les accoucheurs modernes. La question est trop importante pour qu'il ne me soit pas permis de faire les deux citations suivantes : « Au détroit supérieur, il faut que l'in» strument pénètre dans l'utérus, et qu'il s'accommode aux axes combinés » du détroit inférieur et du détroit supérieur; par conséquent il faut qu'il » soit courbe sur ses bords, et que la concavité des bords des cuillers cor» responde à la face postérieure de la symphyse du pubis, pour que le for» ceps puisse s'accommoder à la courbure du canal pelvien. Toutes les fois » qu'on voudra l'éloigner de cette direction, il ne sera plus possible de » l'appliquer. La branche qui doit être en arrière pourra tout au plus être » introduite régulièrement. Quant à celle qui doit être en avant, il sera » impossible de la placer convenablement, et de plus on éprouvera des » difficultés alors tout à fait insurmontables, quand il s'agira d'articuler » les branches qui ne peuvent se correspondre. Le périnée, qui augmente » encore la courbure du bassin, s'oppose à ce que les manches des cuillers » soient repoussés en arrière, et par conséquent que l'instrument, dont la » concavité des bords regarde un des côtés du bassin, puisse s'accommo» der à l'axe du détroit supérieur. En un mot, vouloir articuler un forceps » dont la concavité des bords ne regarde pas le derrière du pubis quand » la tête est au détroit supérieur, c'est vouloir engager une ligne droite in» flexible dans un canal courbe, ce qui est impossible. Le forceps, ainsi » appliqué, laisse si peu d'écartement entre les cuillers, qu'il n'est pas

---

chevalerie, l'hospitalité exige qu'on cède le pas à ses hôtes; aussi le comité proposa-t-il de consacrer un quart d'heure, dans chaque séance, après la lecture des rapports, à entendre les étrangers inscrits. Mais il est des gens qui aiment mieux être entendus qu'entendre les autres. Nous ne jugeons pas ici la question de savoir si le public est de leur avis; mais l'Académie ne s'est pas rangée de leur parti : elle a combattu les peu courtois chevaliers qui, abusant de leur chez soi, voulaient à toute force faire passer leurs hôtes après eux. Leur camp, au grand honneur de la société, n'était pas nombreux : deux noirs chevaliers barbus, chevelus, touffus, hérissés, voilà tous les opposants qui ont fait tache sur l'académique assemblée.

— Si vous avez jamais été candidat, vous savez les émotions et les perplexités de l'attente; mais ce que vous avez éprouvé n'approche certainement pas de l'angoisse des dernières élections de l'Académie. Une première épreuve ayant produit un nombre de suffrages supérieur à celui des votants (il y a évidemment un cumulard à l'Académie), on procéda à un second tour de scrutin qui ne donna à personne la majorité absolue. Le scrutin de ballottage est ouvert, et le sort des candidats s'agite. Tous deux, face à face, ils attendent à la porte, se regardent dans le blanc des yeux comme s'ils voulaient se pénétrer mutuellement... Enfin la salle leur est ouverte et chacun dévore d'avance le mot qui doit mettre fin à son anxiété et permettre à sa joie de faire explosion; mais hélas! c'était la journée du doute, et chaque candidat a obtenu 44 voix. Le tribunal a remis l'affaire à quinzaine, et, bien entendu, renvoyé les deux parties dos à dos.

La destinée des deux postulants a tenu à un cheveu, à un vote qui s'est perdu sur un candidat dont le nom ne devait pas être ballotté. Un seul homme, — saura-t-on jamais qui? — s'est trouvé arbitre suprême et maître absolu de la décision de l'assemblée, qu'il pouvait faire pencher, selon son caprice, à droite ou à gauche.

Pendant ces quinze jours, les candidats ne se mettront pas en grève : le terrain sera sondé, on raffermira les parties faibles, on entretiendra les points bien fortifiés, et tous ces petits préparatifs de combat se machineront au son de mille tintements des sonnettes de MM. les académiciens, tirées bien des fois par la main tremblante des postulants.

Heureusement que la péripétie de cet imbroglio, unique peut-être dans les fastes de l'Académie, ne peut tourner qu'à l'édification générale, car l'heureux élu sera, en toute occurrence, une bonne acquisition pour l'Académie.

— Il y a des gens qui s'exposent bénévolement à se trouver en bien mauvaise compagnie, et qui se hissent imprudemment sur une estrade qu'ils prennent pour un char de triomphe, mais qui se change quelquefois en pilori. C'est une réflexion que chacun fait en voyant certains noms honorablement connus, affichés en grosses lettres sur tous les murs. Les quolibets décochés contre le voisin rejaillissent sur le nouveau venu, et les coups de dents qui déchirent l'un écornent également l'autre. La jeunesse du Val-de-Grâce, dans le journal qui lui sert d'interprète, a lâché bride à toutes ses colères contre celui de ses très-honorés chefs dont l'enseigne placarde aujourd'hui toutes les rues de Paris, promettant aux familles le vrai sirop anticholérique. Mais que l'écho se tranquillise; un seul coup de grosse caisse ne forme pas un orchestre, et l'on sait que la réserve et la retenue sont dans les habitudes du corps militaire de santé.

— La Belgique, sans bouleversements et sans crises, marche tout aussi bien

» possible que la plus petite tête puisse y être contenue. » (Chailly, p. 486, première édit.) « Il est impossible, à cette hauteur, d'appliquer les cuillers » sur les côtés de la tête. Celles-ci, en effet, se trouvent ordinairement » placées en position diagonale ou même souvent transversale; il faudrait, » pour nous conformer au précepte généralement donné, qu'une des cuil- » lers fût appliquée en avant, l'autre en arrière. Or c'est ce qui est impos- » sible; car la courbure des axes du bassin empêche le forceps de s'en- » foncer si les branches ne sont pas introduites sur les côtés. (En note) » Quand on veut appliquer le forceps sur les côtés de la tête, le périnée » repousse le forceps en avant, et lui donne une obliquité telle, par rap- » port au détroit supérieur, qu'il n'y a plus entre les cuillers assez d'espace » pour loger la tête la plus petite. La tête, en effet, placée au-dessus du » détroit supérieur, a son grand diamètre placé dans la direction de l'axe » de ce détroit. Comme le grand axe de la tête doit être placé suivant l'axe » des cuillers, il faudrait donc que cet axe du forceps fût lui-même placé » dans la direction de l'axe du détroit supérieur, et par conséquent que le » point de jonction de l'instrument pût être repoussé au delà de la pointe » du coccyx. Or c'est ce que la résistance du périnée rend évidemment im- » possible, quand on persiste à placer une branche derrière le pubis, l'au- » tre au devant du sacrum, et c'est ce qui oblige à placer l'instrument sur » les côtés du bassin, c'est-à-dire à saisir la tête du front à l'occiput dans » les positions transversales, et d'une bosse coronale à une bosse occipitale » dans les positions diagonales. » (Cazeaux, p. 745, deuxième édit.)

Ainsi le précepte qu'avaient donné Baudeloque et Gardien, de saisir par les côtés une tête placée horizontalement au détroit supérieur, n'est donc théoriquement pas réalisable, et il est probable qu'ils ne l'ont jamais mis en pratique, car ils se seraient certainement aperçus de leur erreur. Et en effet, on ne trouve rien dans leurs ouvrages qui prouve qu'ils aient jamais appliqué le forceps comme ils le conseillent dans le cas qui nous occupe. Quant aux figures que ces deux auteurs ont données de ce mode d'application, elles sont défectueuses sous deux rapports : 1° ils n'ont pas fait représenter les parties molles du périnée, qui prolongent de 2 pouces la paroi postérieure du bassin en avant du coccyx ; 2° ils n'ont pas donné au sacrum et au coccyx leur véritable courbure, qui est beaucoup plus prononcée que leur dessin ne l'indique ; car, s'ils l'avaient fait, le dernier de ces deux os eût dépassé le forceps, et dès lors la figure eût été irrationnelle et impossible à réaliser sans choquer les yeux en même temps que le bon sens.

Ce que la théorie vient de nous démontrer, l'expérience le confirme également. Qu'on lise avec attention les douze observations de madame Lachapelle consignées dans son deuxième mémoire, t. I, et relatives à l'application du forceps pour des présentations transversales du vertex, et on verra que si la tête a pu être saisie par les côtés, c'est qu'elle était fort bas dans l'excavation, ce que madame Lachapelle fait constamment remarquer avec soin, et que si la tête était encore un peu haut dans l'excavation ou au détroit supérieur, le forceps n'a pas pu être appliqué d'avant en arrière, ce que démontrent les passages suivants : « La branche droite fut placée en » premier lieu ; elle pénétra dans le bassin, mais elle ne put être ramenée » en avant et resta vers le côté gauche.... Le forceps fut introduit comme » dans le cas précédent ; les branches ne purent être commodément réu- » nies qu'après être devenues tout à fait latérales.... En cherchant à réu- » nir les branches, je les sentis glisser sur les côtés du bassin. La tête se » trouva prise du front à l'occiput.... Mais il fut impossible de faire avancer » l'autre branche sous les pubis.... J'ôtai les branches, et je les introduisis » hardiment sur les côtés du bassin, annonçant aux élèves que la tête était » saisie du front à l'occiput.... La branche gauche ne put avancer que sur » le côté du bassin, et par conséquent sur le front.... La branche gauche » put sans peine être glissée obliquement jusque sous le pubis; mais la » droite ne put s'enfoncer dans la courbure du sacrum. » (Voyez madame Lachapelle, t. I, deuxième mémoire de l'obs. XLIX, p. 259, jusqu'à la LXI, page 288.) Madame Lachapelle résume ce qui précède dans le passage suivant : « A une telle hauteur, l'excavation force l'instrument à ac- » commoder sa courbure à la sienne ; la courbure des axes du bassin em- » pêche le forceps de s'enfoncer si les branches ne sont pas latéralement » introduites; à chaque instant cette courbure ramène chaque branche à » la situation latérale, et quand on veut les articuler, on les voit se ré- » péter chacune vers un des côtés du bassin, alors même qu'on était » venu à bout de les placer convenablement. » (Madame Lachapelle, t. I, p. 134.)

S'il m'était permis, après une semblable autorité, de parler de mes propres expériences, je dirais que, dans des tentatives que j'ai faites à ce sujet, il m'a été impossible sur le cadavre d'appliquer le forceps ordinaire d'avant en arrière sur une tête tenue au niveau du détroit supérieur et placée transversalement, sans déchirer toutes les parties molles du périnée. Pour faire ces recherches, j'enlevais les intestins ainsi que l'utérus, en coupant le vagin en travers au milieu de sa longueur.

Puisqu'il est impossible de saisir la tête par les côtés ou d'avant en arrière quand elle est placée transversalement au détroit supérieur, on est donc obligé de placer les cuillers de chaque côté du bassin, et de saisir la tête du front à l'occiput si c'est une présentation du sommet ou du vertex, au cou si c'est une présentation de la face ? C'est précisément ce que conseillent madame Lachapelle et tous les accoucheurs modernes. « Tout cela m'a souvent déterminée à appliquer hardiment le » forceps sur les côtés du bassin quand la tête est très-haute. » (Madame Lachapelle, t. I, p. 135.) « Au lieu de vous tourmenter à une manœuvre » aussi difficile et aussi infructueuse, placez tout simplement le forceps » sur les côtés du bassin; si la position est transversale, ou si son obliquité » ne la rapproche que peu de la direction antéro-postérieure, ce qui est » l'ordinaire, vous saisissez la tête du front à l'occiput. » (Madame Lachapelle, t. I, p. 138.) « Aussi ne pourra-t-on presque jamais appliquer le » forceps régulièrement, quand la tête sera au détroit supérieur. Alors, » quelle que soit la position de la tête quand elle est au détroit supérieur, il » faut placer la branche à pivot à gauche, la branche à mortaise à droite, » sans s'inquiéter de la position. Ce procédé a reçu le nom de méthode » allemande. » (Chailly, 1re éd., p. 487.) « Nous verrons plus loin qu'au- » dessus du détroit supérieur, on applique les branches du forceps sur les » côtés du bassin sans s'inquiéter de la position de la tête. Enfin quelques » accoucheurs allemands veulent que dans tous les cas les cuillers soient » placées sur les côtés du bassin. » (Cazeaux, p. 734, 2e éd.) « Quelle que » soit la position, les branches seront placées du côté du bassin. » (Cazeaux, p. 745.) « Lorsque la tête est en position transversale, elle est quel- » quefois assez élevée, quoique ayant déjà en grande partie franchi le dé- » troit supérieur. Or quand la tête est ainsi élevée, il est très-difficile d'ap- » pliquer une des branches en avant et l'autre en arrière. On est même » dans certains cas obligé de placer les cuillers sur les côtés du bassin, » c'est-à-dire de saisir la tête du front à l'occiput. C'est toujours une cir- » constance fâcheuse. » (Cazeaux, p. 742.)

---

que nous vers les idées les plus libérales. Dans le nouveau projet de loi sur l'enseignement supérieur, le socialisme scientifique ouvre à deux battants les portes de l'Université à l'homœopathie. Hahneman, dont les idées trouvent déjà des interprètes au sein de l'Académie de médecine de Belgique, aura bientôt des représentants officiels en toge et en toque.

De l'impôt progressif on ne parle pas tant chez nos voisins que chez nous, mais voilà qu'on le met en pratique, et que, par arrêt du tribunal de première instance d'Anvers, le médecin pourra en réclamer le bénéfice à ses clients. Taxer les visites à prix fixe et les compter une à une, n'est-ce pas faire de la science une marchandise qu'on pèse et qu'on jauge, et passer un brutal niveau sur toutes les capacités, sur toutes les intelligences? Les tribunaux belges ont compris tout ce qu'il y a de grossier, qu'on me passe l'expression, à matérialiser ainsi l'intelligence; ils ont décidé que les honoraires seraient en rapport avec la réputation du médecin et les services rendus au malade ; et de peur que la famille du pauvre ne soit réduite à s'imposer de dures privations pour payer le médecin, tandis que le riche ne retrancherait rien de ses superfluités, il a établi que les honoraires suivraient aussi une progression parallèle à celle de la fortune du client.

— La GAZETTE a trop souci des intérêts professionnels du corps pour oublier de signaler les médecins qui aspirent au scabreux honneur de représenter leurs concitoyens. Chaque candidat a moralement droit à l'insertion de quelques lignes de sa profession de foi, et la *Chronique* frustrerait trop le lecteur aujourd'hui, si elle passait sous silence le manifeste qui vient de lui parvenir. Laissons le candidat faire valoir lui-même ses titres :

« Ayant par l'étude, l'amour du bien public et la droiture de toute ma conduite, acquis le titre honorable de docteur en médecine, et par droit de concours, le grade de médecin d'armée ; fait, en cette qualité, vingt et une campagnes aux armées d'Allemagne, d'Espagne, d'Afrique et en France ; combattu vingt-deux épidémies de maladies graves, y compris celle du terrible et redoutable choléra-morbus indien, à Oran (1835); sauvé la vie à plus de 80,000 braves pendant les trente ans de ma carrière médicale militaire; fait paraître quatre ouvrages en médecine, qui m'ont valu une honorable distinction dans les sciences médicales ; adressé quatre propositions de grande utilité publique au gouvernement provisoire, et successivement à deux différents ministres des finances savoir..... » Il s'agit d'abord de diminuer d'un tiers le poids des monnaies de billon en circulation, ce qui donnerait 100 millions de bénéfice. On aurait pu croire d'abord que le candidat était Lorrain, à le voir ainsi rogner les pièces de six liards ; mais il n'en est rien.

Passons les deux autres propositions, qui, selon le candidat lui-même, ne sont, comme la première, que des bagatelles, en comparaison de la grande loi qu'il proposera s'il a le bonheur d'être élu. Cette loi *devrait exister en pratique depuis des siècles*. Par son absence, qu'arrive-t-il? « *Des milliers de citoyens ne peuvent se nourrir que misérablement : de là le manque de forces, la ruine de leur santé, de graves maladies et une mort prématurée des chefs de famille ; sans parler des chagrins et des larmes qui les dessèchent, eux et leurs familles!* Les maîtres renvoient les domestiques, qui *se retirent auprès de leurs parents pour partager avec eux leur extrême misère et pleurer ensemble.* » *Autre malheur !*... Mais en voilà bien assez pour vous faire venir l'eau

Ainsi le précepte des accoucheurs modernes est formel; mais ce mode d'application ne présente-t-il pas des inconvénients et même des dangers? Il est probable que c'était là l'opinion de Baudeloque, puisqu'il prescrivit toujours d'agir autrement. Gardien va plus loin, puisqu'il dit formellement dans son tableau synoptique: « Le forceps tuerait certainement l'enfant si on l'appliquait sur la face et l'occiput. » Sans pousser les craintes à ce point, M. Cazeaux, dans le passage cité plus haut, avance également que lorsqu'on est obligé « de saisir la tête du front a l'occiput, c'est toujours une circonstance fâcheuse. « On conçoit en effet que le forceps appliqué ainsi produit sur la face de l'enfant une pression assez forte pour donner lieu à des contusions ou même à des plaies contuses plus ou moins graves, spécialement sur les paupières. La tête tend à glisser entre les branches du forceps et à s'échapper comme un noyau de cerise entre les doigts, suivant la comparaison exacte et spirituelle de madame Lachapelle (t. I, p. 76); car les surfaces de la tête en contact avec les cuillers n'ont pas assez de largeur pour présenter à l'instrument une prise suffisante. Or ce glissement de la tête est dangereux pour la mère et pour le fœtus; car si la tête s'échappe brusquement le forceps peut en se refermant d'une manière instantanée, pincer et léser les parois utérines et le cuir chevelu de l'enfant. Enfin il me semble que les fractures des os du crâne doivent se produire plus fréquemment dans ce mode d'application.

Pour les présentations de la face, ce mode d'application offrirait des dangers si grands que madame Lachapelle dit, dans un passage cité plus haut, qu'il est alors absolument indispensable de saisir la tête par les côtés. M. Cazeaux conseille de ne saisir la tête du vertex au cou que dans les cas où il est impossible de faire autrement. « La face étant encore au-dessus du » détroit supérieur, l'application du forceps ne doit être tentée que lorsque » la version pelvienne est tout à fait impossible. La face est le plus souvent » placée en position transversale. D'un autre côté, nous avons démontré » qu'à cette hauteur les cuillers sont nécessairement appliquées sur les » côtés du bassin; une d'elles par conséquent porterait sur le vertex, » l'autre sur le cou de l'enfant, et la pression que celle-ci exercerait sur » cette dernière partie compromettrait sûrement la vie du fœtus. » (Cazeaux, p 749.)

Il résulte de toute la dissertation qui précède sur l'application du forceps de Levret au détroit supérieur:

1° Qu'il est de toute impossibilité, à raison de la courbure du forceps ordinaire qui ne porte que sur les bords, d'appliquer les cuillers de l'instrument d'avant en arrière sur une tête placée en position transversale au détroit supérieur;

2° Qu'on est obligé, dans ce cas, de saisir la tête latéralement, c'est-à-dire du front à l'occiput pour les présentations du sommet ou du vertex, au cou pour les présentations de la face;

3° Que ce mode d'application est difficile, qu'il ne permet pas de tenir la tête solidement, qu'il expose à des lésions de la face et de l'utérus et même qu'il compromet la vie de l'enfant dans le cas de présentation de la face.

Tout ce qui est vrai des positions transversales est également vrai pour les positions diagonales qui se rapprochent plus des précédentes que des positions antéro-postérieures ou sacro-pubiennes, et par conséquent tout ce que j'ai dit des inconvénients du forceps de Levret pour les positions transversales au détroit supérieur doit s'appliquer également à celles des positions diagonales qui ne diffèrent que peu des positions transversales. Or que sur un bassin on trace par la pensée ou autrement le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transverse, et on verra que la position la plus fréquente du vertex, celle que Baudeloque a nommée première position à cause de son excessive fréquence, celle dans laquelle l'occiput appuie sur la surface quadrilatère qui répond à la cavité cotyloïde gauche, est une position dans laquelle la direction de la tête se rapproche infiniment plus du diamètre transverse que du diamètre sacro-pubien; car il n'y a qu'un pouce entre l'extrémité du diamètre transverse et le point qui répond au centre de la cavité cotyloïde, tandis qu'il y a 3 pouces entre ce même point et l'extrémité antérieure du diamètre sacro-pubien. J'ai pris ces mesures sur un nombre de bassins assez considérable pour les donner comme parfaitement certaines. Ainsi la plupart des positions diagonales rentrent dans la catégorie de celles auxquelles s'applique tout ce que j'ai dit des inconvénients du forceps de Levret au détroit supérieur.

Mais ne serait-il donc pas possible d'éviter les inconvénients de l'application latérale du forceps ordinaire sur une tête placée transversalement au détroit supérieur? Pour y arriver, il faudrait annuler la cause qui, dans cette position et à cette hauteur, empêche au forceps de saisir la tête par les côtés. Mais quelle est cette cause? la direction rectiligne que présenterait le forceps ordinaire tourné ainsi de côté, direction qui lui empêche de pénétrer à cause de la courbure de l'axe du canal pelv en osseux augmenté encore des parties molles du périnée. Or si l'on ne peut changer la courbure de l'axe du bassin, ne peut-on pas enlever au forceps ainsi tourné de côté sa direction rectiligne et lui donner une courbure qui, dans ce mode d'application, lui permit de s'accommoder à la courbe de l'axe du bassin? On le peut facilement: il n'y a qu'à courber le forceps droit de Chamberlen sur le plat au lieu de le courber sur le bord.

Ce raisonnement est si simple et la réponse arrive si facilement, que quiconque se serait clairement posé ce problème l'eût infailliblement résolu comme moi. L'idée qui sert de base à ce mémoire est donc d'une grande simplicité; mais, qu'on le remarque, cette dissertation est fort sérieuse; car chaque jour on applique le forceps du front à l'occiput, et on en déplore les fâcheuses conséquences, sans que jusqu'ici personne ait songé à chercher un moyen de les éviter.

Le forceps que je propose se compose, comme le forceps ordinaire, de deux branches, l'une à pivot, l'autre à mortaise, présentant chacune une cuiller, un manche et une articulation. Pour bien comprendre les courbures de chaque branche, supposons-les d'abord toutes les deux parfaitement planes et rectilignes. Courbons la cuiller de la branche mâle, en suivant la direction du plan perpendiculaire à sa surface interne et passant par ses deux extrémités, de façon à en rendre la surface externe convexe et la surface interne concave. La courbure part de l'articulation et est uniforme jusqu'à son extrémité. Evidemment cette branche peut être introduite par la vulve et placée en suivant la paroi postérieure du vagin et la concavité du sacrum, de telle sorte que l'extrémité de la surface interne de la cuiller regardant en avant et en haut s'adaptera à la convexité de celui des côtés de la tête placée en position transversale qui est en rapport avec le sacrum. En même temps la surface externe ou convexe de cette même branche, en contact avec la paroi postérieure de l'utérus du col utérin et du vagin, se moulera exactement sur la concavité du sacrum, du coccyx et des parties molles du périnée; elle se trouvera tout entière comprise dans le plan vertical antéro-postérieur passant par la symphyse pubienne et l'angle sacro-vertébral. Prenons de même la branche femelle, que nous supposons d'abord plane et rectiligne et donnons à la cuiller une double

---

à la bouche, cher lecteur; on vous le donne en mille à deviner.... Jetez-vous votre langue aux chiens? Le postulant va nous dire le mot de l'énigme: *Je veux parler, honorables citoyens et frères, du fléau terrible et redoutable de la grêle!* Notre confrère veut devenir non-seulement un paragrêle, mais il garantira les populations des funestes résultats *des gelées du printemps, des brouillards, de toutes les intempéries de l'atmosphère et des inondations.*

Honorables citoyens et frères, votons tous pour Pierre Vigues, médecin d'armée en retraite, rue du Wauxhall, n° 6, à Bordeaux.

Mais ce n'est pas tout: un petit météore a paru, — je ne dirai pas brillé — un instant dans l'atmosphère électorale. La nébulosité cosmique n'a été visible que deux jours, et encore dans des points si restreints que nous sommes peut-être les seuls à l'avoir aperçue.

— Conformément aux indications contenues dans le rapport de la commission du budget de 1849, et d'après le désir exprimé par l'administration même du Muséum, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, par arrêté en date du 11 juin dernier, a institué une commission chargée d'examiner toutes les questions qui se rattachent soit à l'administration, soit à l'enseignement du Muséum d'histoire naturelle. Cette commission est composée ainsi qu'il suit:

MM. Héricart de Thury, inspecteur général des mines, membre de l'Académie des sciences, président;

Boussingault, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur au Muséum d'histoire naturelle, inspecteur général des études;

Gaudichaud, membre de l'Institut (Académie des sciences);

Antoine Passy, ancien député;

Corne, représentant du peuple, rapporteur de la commission du budget de 1849;

Michelin, conseiller à la cour des comptes;

De Verneuil, vice-président de la Société géologique;

De la Fresnaye, ornithologiste à Falaise;

Ch. Deville, géologue, professeur de géographie physique à l'École d'administration, faisant les fonctions de secrétaire de la commission.

—Notre savant compatriote M. le professeur Brachet vient d'obtenir un nouveau et légitime succès. L'Académie des sciences de Toulouse avait mis au concours la question suivante: « Exposer d'après l'état actuel de la science: 1° la nature et le véritable siége de la colique saturnine; 2° les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdominales qui ont avec elles quelques ressemblance; 3° les indications curatives qu'elle présente et la médication rationnelle pour les remplir. » Le mémoire envoyé par notre laborieux confrère a été unanimement mis au premier rang. Une médaille d'or de la valeur de 500 francs et le titre de membre correspondant lui ont été décernés. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

courbure alternative, en suivant également le plan perpendiculaire à sa surface et passant par ses deux extrémités, en sorte que la moitié de la cuiller la plus rapprochée de l'articulation soit convexe du côté de sa face interne, concave du côté de sa face externe, et que l'autre moitié qui termine la cuiller soit courbée en sens inverse, c'est-à-dire soit concave du côté de sa face interne ou convexe du côté de sa face externe. Cette branche peut alors être introduite dans le vagin, glissée entre le pubis et la tête, et en la faisant remonter suffisamment elle pourra être placée de telle sorte que son extrémité concave en dedans s'appliquera très-bien sur celui des côtés de la tête qui regarde le pubis, et que la moitié la plus rapprochée de l'articulation concave en dehors s'appuiera contre la face postérieure du pubis par l'intermédiaire de la paroi antérieure du vagin et de la vessie. Cette branche sera, comme la précédente, comprise tout entière dans le plan vertical antéro-postérieur, passant par la symphyse pubienne et l'angle sacro-vertébral.

Les deux branches ainsi placées et croisées au niveau de l'articulation, les deux manches seront, non plus à côté l'un de l'autre, comme pour le forceps de Levret appliqué sur une tête en position antéro-postérieure, mais au-dessus l'un de l'autre, le manche de la branche placé au devant du sacrum ou sacrée étant en haut, et celui de la branche placée derrière le pubis ou pubienne étant au-dessous de l'autre. C'est dire que l'articulation des branches, au lieu de regarder en haut, comme dans le forceps de Levret, sera tourné de côté, et regardera la droite de l'accoucheur ou la gauche de l'accouchée. Articulons et serrons les branches, et la tête est fortement prise. Exerçons sur les manches des tractions convenables, et la tête descendra.

La branche pubienne est plus courte que la branche sacrée, ce qui se voit facilement quand l'instrument est fermé. Mais quand il est ouvert assez pour saisir une tête ordinaire de fœtus à terme, les extrémités des cuillers sont au même niveau. La longueur de mon forceps est la même que celle de celui dont on se sert habituellement; il ne diffère du forceps ordinaire que par le sens dans lequel a lieu la courbure qui doit correspondre à la courbe de l'axe du bassin, courbure que Levret et Smellie ont donnée aux bords du forceps droit de Chamberlen, et que j'imprime, au contraire, à ce dernier instrument perpendiculairement à la surface des cuillers.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE MÉNINGITE SUBAIGUE, SUIVIE DE GUÉRISON; communiquée par M. A.-H. LEROY-DUPRÉ, docteur en médecine de la Faculté de Paris, aide-major au 15e de ligne à Avesnes (Nord).

OBS. — Henri P..., âgé de 8 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une intelligence remarquable pour son âge, tomba malade le 14 février dernier. Le médecin qui fut appelé ne rencontra qu'une affection trop mal accusée pour asseoir un diagnostic rigoureux. L'enfant se plaignait d'une vive douleur sous l'aisselle gauche; il toussait; et cependant l'auscultation aidée de la percussion ne fit rien découvrir. Il y avait quelques vomissements et un peu de constipation; mais ce phénomène n'était point accompagné de soif, et la langue se présentait humide, plate et saburrale. D'ailleurs l'enfant vomit très-facilement et à la moindre indisposition. Une seule considération aurait pu faire soupçonner la redoutable maladie qui allait éclater, c'était l'existence de la céphalalgie; mais celle-ci était si peu intense qu'elle n'inquiéta personne. Vingt sangsues furent placées sous l'aisselle gauche et à l'épigastre dans le but de prévenir ou de modérer une pleuropneumonie à son début, d'éteindre la fièvre et d'enrayer les phénomènes gastriques commençants. La diète, des boissons délayantes et un repos absolu servirent de complément à cette médication, sous l'influence de laquelle la maladie ne parut devenir ni plus ni moins menaçante.

Appelé quatre jours après, c'est-à-dire le 18 février, pour donner nos soins, concurremment avec M. le docteur Her..., nous trouvons le malade dans l'état suivant :

Calme absolu, décubitus dorsal, face pâle, un peu tirée, œil enfoncé dans l'orbite, pas d'animation dans le regard, pupilles à peine dilatées, sourcils froncés, léger trismus de la lèvre inférieure, un peu de mâchonnement, physionomie sérieuse et mécontente. Questionné, le malade ouvre les yeux qu'il tenait fermés, répond avec difficulté aux questions et paraît retomber dans un sommeil accompagné de rêves pénibles; excité par de nouvelles questions sur le siége de son mal, il se plaint d'une vive douleur dans la région de l'épaule gauche; puis laisse échapper des paroles sans suite; c'est un véritable délire erratique. Les parents nous apprennent que leur enfant est souvent tombé sur la tête, et une dernière fois quelques mois avant sa maladie actuelle. La région frontale ne présente, comme la peau des autres régions du corps, ni sécheresse ni moiteur; la langue est humide et saburrale, excepté à sa pointe et sur ses bords où elle offre un peu de rougeur. Les boissons sont avalées facilement; il n'y a pas de soif, point de sensibilité à la région épigastrique ni aux fosses iliaques; abdomen souple; pas de gargouillement; constipation opiniâtre. Le malade a eu la veille plusieurs fois des vomissements. En examinant le cou, la poitrine et le ventre, on ne voit ni taches rosées ni pétéchies ni sudamina. Le malade s'asseoit seul sur son lit pour faciliter les recherches de l'auscultation; celle-ci ne fournit aucun signe; il y a cependant de la toux, mais sans expectoration, le malade avalant les rares crachats qui se forment. La percussion ne fournit aucune indication. Il existe 40 inspirations par minute; le pouls est serré, sec et fréquent; il bat 145 fois. Il n'y a pas de bruit caractéristique à la région précordiale. De temps en temps, le malade fait entendre un gémissement unique, isolé qui approche, sans en avoir le caractère spécial, de ce que les auteurs ont désigné sous le nom de cri hydrencéphalique.

La douleur de tête des jours précédents, les vomissements actuels, la constipation, la fièvre, l'ensemble du malade et le subdelirium surtout, nous font porter le diagnostic d'une méningite subaiguë localisée à la partie antérieure. (Compresses d'oxycrat sur le front et le sinciput; 6 sangsues à chaque apophyse mastoïde; sinapismes aux extrémités; 2 grammes d'onguent napolitain en frictions; 5 centigrammes de calomel toutes les six heures; diète; repos absolu.) Le malade ne veut boire que de l'eau sucrée.

Le soir, les accidents ont augmenté. La face, qui a été alternativement pâle et rouge dans la journée, est actuellement d'une grande pâleur; le délire est complet; on peut cependant tirer encore le malade de ses préoccupations par des questions nettes et précises; il y a eu pendant la journée quelques vomissements de mucosités.

Le 19 au matin, la peau est sans chaleur, la respiration et la circulation comme la veille; toutefois le pouls est moins résistant. Le malade présente de l'abattement, un peu de coma. On continue l'emploi du calomel à l'intérieur et l'onguent napolitain en frictions. Les compresses d'oxycrat sont remplacées par une vessie remplie d'eau froide.

A l'état d'affaissement du malade succède, à trois heures de l'après-midi, une réaction manifeste. La peau est chaude, point sèche; les pommettes sont très-colorées; il existe un peu d'agitation dans le maintien du malade. La douleur de l'épaule gauche a disparu pour faire place à une céphalalgie bien manifeste et localisée à la région frontale. (2 vésicatoires aux mollets; larges sinapismes aux pieds; nouvelles frictions mercurielles.)

Le soir, le petit malade avait pris 35 centigrammes de calomel et absorbé 6 grammes d'onguent napolitain en frictions, sans que le besoin d'aller à la garde-robe se fût fait sentir. Un seul vomissement avait eu lieu. Cette réaction disparut aux approches de la nuit pour être remplacée par un état comateux plus prononcé : 110 pulsations, 34 inspirations.

Le 20 au matin, le coma augmente; le malade répond cependant encore aux questions qu'on lui adresse : 91 pulsations, 34 inspirations. La langue est toujours humide et saburrale; la soif n'est point vive, et bien que la diète dure depuis six jours, on ne remarque pas d'affaiblissement des forces. Nous prescrivons l'application immédiate de deux nouveaux vésicatoires aux cuisses, et d'un autre largement appliqué sur la région crânienne préalablement rasée. Nous prescrivons en outre 2 décigrammes de calomel, 20 grammes d'onguent napolitain en frictions; diète; eau gommeuse pour boisson. Le coma, qui avait disparu dans la journée sous l'influence de l'excitation opérée par les pansements, reparaît le soir. L'affaissement est plus considérable, la respiration est libre, la peau moite; l'artère radiale donne 104 pulsations.

Le 21, pâleur plus grande de la face et dilatation très-considérable des pupilles. Le pouls est à 110. Le malade n'accuse plus d'autre douleur que celle des vésicatoires. Il n'y a pas de salivation, et l'haleine du malade n'est nullement hydrargyrique. (Diète. La crainte des accidents fait suspendre l'emploi du calomel; mais l'onguent napolitain, 10 grammes en frictions, est continué. On applique en outre des sinapismes sur les régions de la peau encore intactes. La constipation, qui a persisté jusqu'aujourd'hui, est avantageusement combattue par un lavement avec 20 grammes de sulfate de soude. Ce remède donne lieu, dans la journée, à deux selles ne renfermant pas de matières fécales proprement dites, mais bien une certaine quantité de mucosités verdâtres et semblables à des herbes cuites. Cette couleur peut être attribuée à l'action du calomel.

Le 22 au matin. La nuit a été agitée; il y a eu un peu de délire, qui a laissé à sa suite un état comateux qui subsiste encore. La peau est plus chaude, 104 pulsations, 26 respirations. Malgré la diète prolongée, le malade semble ne rien avoir perdu de ses forces. (30 grammes de lait coupé édulcoré; deux cuillerées de bouillon; 10 grammes d'onguent mercuriel en frictions; 20 grammes de sulfate de soude en lavement.)

Dans la soirée, un peu de réaction se déclare; la figure pâle du malade s'anime; les pommettes sont colorées; le pouls est à 115; il y a eu une selle verdâtre renfermant des mucosités. (Un nouveau lavement avec 20 grammes de sulfate de soude.)

Le 23, pouls à 100; pommette gauche très-colorée; plus de toux, plus de céphalalgie ni de délire. Les vésicatoires suppurent. (20,0 d'huile de ricin; 10,0 d'onguent napolitain en frictions.)

Le 24, le pouls est toujours élevé, 105 pulsations; il y a du mieux cependant, car la douleur de tête n'a pas reparu et la respiration est plus calme. D'ailleurs, la nuit a été plus paisible; le malade a un peu dormi, et, pronostic favorable, la gaieté lui revient. 5 grammes d'huile de ricin amènent trois selles verdâtres. Les vésicatoires sont entretenus. On donne dans la journée environ 60 grammes de lait, un peu de cervelle. A huit heures du soir, le pouls tombe à 95.

Le 25, il y a mieux très-sensible. Henri a eu plusieurs heures de sommeil; le pouls est à 76. L'espèce d'éréthisme dans lequel se trouvait le patient commence

à disparaître ; la langue se nettoie. (Lavement avec 20 grammes de sulfate de soude ; pansement des vésicatoires ; les aliments sont augmentés.)

Le 26, le mieux persiste ; la nuit a été bonne, 88 pulsations ; l'appétit se fait sentir ; la langue est humide, point rouge, mais le ventre est un peu douloureux. (60 grammes de cervelle ; 150 grammes de lait.) Le vésicatoire du cuir chevelu se sèche.

Le soir, le malade est moins bien ; il éprouve du malaise, des envies de vomir. Le pouls est monté à 95.

Le 27, le pouls est à 95. Comme la peau n'a point une chaleur sèche et anormale, nous regardons la fréquence des pulsations comme nerveuse, et nous employons, pour la diminuer, une augmentation dans les prescriptions alimentaires, qui consistent surtout en riz et en jus de viande. Le vésicatoire du cuir chevelu est entièrement sec.

Le 28, le malade est mieux, mais l'affection ne marche pas franchement vers la convalescence. L'artère radiale donne 90 pulsations. La langue est humide, mais recouverte à sa base d'un enduit pultacé. Les aliments sont un peu augmentés.

Le 1er mars, même état. (Frictions sur l'abdomen avec l'huile de croton.)

Le lendemain 2 mars, le malade entre en convalescence.

Nous avons lieu d'attribuer la guérison à l'emploi largement appliqué des frictions mercurielles. Quelques auteurs ont regardé l'état comateux comme un indice certain d'épanchement dans les méninges ; c'est une erreur. On a pu remarquer dans l'observation concernant ce petit malade que l'état comateux s'est montré plusieurs fois pour disparaître et revenir encore ; et cela dans un espace de temps beaucoup trop court, beaucoup trop limité pour qu'on puisse croire à une absorption et à un épanchement nouveau aussi rapides.

Un fait se rattache à l'histoire de cette maladie ; il est assez intéressant pour être rapporté. La mère d'Henri... a été depuis son enfance sujette aux céphalalgies avec vomissements. Elle a, dit-elle, la sensation d'élancements dans l'intérieur de la tête, et celle d'une vessie pleine qui roulerait dans la boîte encéphalique.

Le père du malade fut pris au commencement du mois de février dernier de maux de tête violents accompagnés de vomissements. Quarante sangsues à l'épigastre et aux apophyses mastoïdes firent disparaître ces accidents. La convalescence commençait à se déclarer lorsque les mêmes phénomènes se montrèrent chez son fils ; ils font le sujet de l'observation. La domestique de la maison était elle-même couchée se plaignant d'une vive céphalalgie accompagnée de fièvre : état maladif qui se jugea par une angine franchement inflammatoire. Ces faits peuvent être à bon droit regardés comme le résultat d'une simple coïncidence ; mais ce qui mérite d'être signalé est ce qui va suivre. La gravité des symptômes chez Henri ayant nécessité l'application d'un vésicatoire sur la région crânienne, je passai près d'une heure penché sur le lit du malade pour le raser. La longueur de l'opération, la fatigue, accompagnée d'une sueur abondante, déterminèrent chez moi un accablement considérable, et auquel succéda une céphalalgie frontale qui dura trois jours. Elle céda par l'application continue de réfrigérants sur la tête et l'ingestion d'un décigramme de tartre stibié. Je me hâte d'ajouter qu'il est excessivement rare que je me sente atteint de céphalalgie. Enfin, dans les premiers jours du mois de mars, la sœur du jeune malade fut prise à son tour d'une céphalalgie intense accompagnée de vomissements et de fièvre. Cette céphalalgie dura plusieurs jours ; elle était le prélude d'une éruption scarlatineuse et miliaire qui guérit heureusement sous l'influence d'un traitement rationnel.

OBSERVATION D'UN SINGULIER ET NOUVEAU PHÉNOMÈNE D'ACOUSTIQUE PERÇU A DISTANCE CHEZ UN PHTHISIQUE, ET ÉTUDIÉ A L'AIDE DE L'AUSCULTATION MÉDIATE, LAQUELLE A PERMIS, PENDANT LA VIE, D'EN ASSIGNER LA VÉRITABLE CAUSE ; communiquée par A. TOULMOUCHE, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc.

Il est toujours difficile, en s'aidant du seul langage ou de la plume, de bien décrire une sensation simple. A plus forte raison court-on le risque d'être encore moins compris, lorsqu'il s'agit de faire connaître une modification du son. La diversité des noms successivement adoptés depuis Laennec jusqu'à l'époque actuelle, pour dénommer les râles ou bruits si variés qui se passent dans les bronches et le cœur, en fait suffisamment foi. On me pardonnera donc de préférer décrire la sensation que m'a fait éprouver le singulier phénomène d'acoustique que j'ai rencontré chez un phthisique, plutôt que de le désigner uniquement par un simple nom ; car lorsqu'on se sera fait une idée bien claire de la nature de ce son, et de la lésion qui le produit, on n'éprouvera peut-être aucune répugnance à accepter la dénomination de *bruit de balancier à distance* que je propose de lui donner, comme la plus propre à le caractériser d'une manière nette.

De même, en considérant la justesse du diagnostic énoncé sur la cause productive de ce dernier bruit pendant la vie, justesse qui a été confirmée par l'autopsie cadavérique, on ne pourra mettre en doute, j'ose l'espérer, l'existence de cette variété si singulière de son, comme signe univoque ou caractéristique de la présence d'un rétrécissement de l'aorte avec accolement de celle-ci aux parois d'une vaste caverne, en sorte que toutes les fois qu'il se présentera, on ne balancera aucunement à affirmer la réalité de cette double lésion. Je viens maintenant au fait.

OBS. — M. L..., âgé de 28 ans, atteint de phthisie pulmonaire, a offert, dans les derniers temps de sa maladie, un phénomène bien remarquable, que je crois n'avoir été noté par aucun des auteurs qui ont écrit sur l'auscultation médiate, et que probablement aucun praticien n'a rencontré.

Je tâcherai d'en donner une idée autant qu'il me sera possible.

Lorsqu'on était auprès et même à une certaine distance du patient, on entendait, à l'oreille nue, un bruit intense analogue à celui que fait le balancier de ces pendules de campagne renfermées dans de longues boîtes en bois, lequel, indépendant de la respiration rhythmique, pouvait se compter aisément. Il était irrégulier comme le pouls, avec lequel il concordait. On aurait pu le noter aisément. Il était uniforme dans son timbre. Il incommodait beaucoup le malade par sa continuité.

Lorsqu'on se plaçait à l'extrémité la plus éloignée d'une pièce voisine de celle qu'occupait ce dernier on le percevait encore avec une grande intensité, et je ne doute aucunement que s'il m'eût été possible de m'éloigner encore davantage, je n'eusse continué à l'entendre.

Mon collègue M. Pinault, qui était le médecin traitant et qui le premier avait été frappé de ce singulier effet d'acoustique, avait cru d'abord qu'il était dû au voisinage d'une pendule ; mais bientôt désabusé par l'examen, et remarquant que M. L... une fois sorti de la chambre, il ne le percevait plus, fixa particulièrement son attention sur ce phénomène insolite et s'arrêta à l'idée qu'il devait être produit par la percussion de la colonne du sang contre l'artère aorte peut-être rétrécie et par les battements de cette dernière contre les parois d'une vaste caverne du poumon correspondant, en partie pleine d'air, laquelle devait leur imprimer une résonnance inaccoutumée.

Voici ce que j'observai avec lui, en auscultant avec soin la poitrine du malade. Je trouvai, au sommet du poumon gauche, une large excavation tuberculeuse dont les limites inférieures répondaient à la distance d'un travers de main au-dessous de l'épine de l'omoplate, et dont la capacité fut jugée par nous capable de contenir le poing. Elle devait renfermer une certaine quantité d'air, car par moments, la respiration et la voix, malgré qu'elle fût soufflée par suite d'aphonie, y produisaient un souffle amphorique. La succussion que nous exerçâmes à plusieurs reprises ne nous donna aucun flot ou bruit annonçant une communication avec la plèvre. D'ailleurs, aucun symptôme de pleurésie pendant la vie n'était venu indiquer qu'il y eût eu déchirure de quelque point de circonférence de cette vaste caverne qui, néanmoins, devait contenir une certaine quantité de matière tuberculeuse ramollie.

Nous pensâmes que les parois de cette excavation devaient être minces, indurées, constituées par une enveloppe peu épaisse et de la dureté d'un fibro-cartilage, et que l'artère aorte, accolée à cette espèce de caisse en majeure partie remplie d'air et analogue à celles situées à la base des ailes de certains insectes, et qui donne tant d'intensité au bruit produit par le frottement de celles-ci contre elle, devait être, par suite de la percussion que chaque systole du ventricule gauche du cœur imprimait à la colonne de sang qu'elle contenait, la cause du bruit perçu à distance du malade, surtout si, comme nous le présumions, la lumière de ce vaisseau se trouvait rétrécie dans ce point. Nous pouvions d'autant moins en douter, que ce bruit était indépendant de celui de la respiration, qu'il était concordant avec celui du cœur, dont l'état fut trouvé normal, et avec celui du pouls, et qu'il en reproduisait identiquement les irrégularités rhythmiques.

Le malheureux qui fait le sujet de cette observation lutta encore six à huit jours contre la mort, quoiqu'il fût réduit à un état d'émaciation effrayant.

Les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre sont venues confirmer la cause à laquelle nous avions attribué le phénomène d'acoustique si exceptionnel observé pendant la vie. En effet, le poumon gauche offrait çà et là à sa surface des adhérences celluleuses anciennes assez fortes ; cependant on parvint à l'enlever sans le déchirer, et en conservant intacts ses rapports avec le cœur et l'artère aorte. Voici quelle était leur disposition mutuelle. Ce dernier vaisseau, à l'endroit où sa crosse contournait la bronche gauche et au-dessous, était rétréci du tiers dans son diamètre, de même qu'un peu plus bas il était comprimé par un tissu tuberculeux induré, comme fibreux, adhérent à la colonne vertébrale et à la tête des côtes correspondantes. Il était en outre appliqué et adhérent à la partie postéro-interne d'une vaste caverne qui occupait la moitié supérieure ou tout le lobe supérieur du poumon correspondant, et dont les parois épaisses, à peine de 2 lignes, étaient denses, constituées par la plèvre, doublée intérieurement d'une couche très-mince de tissu pulmonaire gris bleuâtre induré, tandis que sa large cavité anfractueuse ne renfermait, dans ses deux tiers supérieurs, que de l'air, et dans l'inférieur, de la matière tuberculeuse ramollie, presque liquide, d'un aspect puriforme, grisâtre, sale.

On apercevait, après l'avoir débarrassée de ce dernier, sur divers points de sa circonférence, les orifices assez grands de plusieurs tuyaux bronchiques faisant communiquer directement l'air extérieur avec celui qu'elle contenait.

Le cœur était dans l'état normal.

Le poumon droit offrait des adhérences générales anciennes tellement fortes à son sommet et à sa partie postérieure, qu'il se déchira dans ces points en l'enlevant ; en sorte qu'une partie d'une assez grande caverne, qui en occupait le lobe supérieur, y resta attachée. Tout le tissu de cet organe était infiltré de tubercules.

Il est assez singulier que le phénomène acoustique que je viens de décrire ne se soit pas présenté à d'autres observateurs, si l'on considère que l'existence de vastes excavations tuberculeuses dans le poumon gauche, et par conséquent dans le voisinage de l'aorte, n'est pas rare. Il est probable que, pour qu'il ait lieu, il est nécessaire qu'il coexiste un rétrécissement du diamètre d'un point de ce vaisseau artériel, imprimant à la colonne de sang projetée un frottement plus considérable que de coutume et une caisse à parois plus ou moins élastiques remplie d'air, telle que l'offrait la caverne existante chez le phthisique L...., par laquelle le bruit de percussion soit centuplé d'intensité dans son retentissement.

Il y aurait donc, malgré les admirables travaux de Laennec, de MM. Andral, Bouillaud, etc , encore à glaner dans le champ de l'observation, par rapport à l'auscultation médiate ; car il n'appartient pas au même homme de tout voir, et souvent le hasard sert plus dans les sciences que les efforts les plus soutenus du génie. Les praticiens qu'il servira, sous ce rapport, doivent donc regarder comme un devoir sacré pour eux de consigner tous les cas exceptionnels qu'ils pourront rencontrer ; car ils deviendraient plus tard, réunis à d'autres, des matériaux précieux destinés à servir de base à des moyens nouveaux de diagnostic. C'est dans ce but que j'ai cru devoir faire connaître au public médical le phénomène d'acoustique ou signe nouveau pour la science qui fait le sujet de cette observation.

OBSERVATION DE GANGRÈNE SPONTANÉE ; par le docteur LUCIEN PAPILLAUD, médecin à Porto-Allègre (Brésil.)

Quand on définit la gangrène l'extinction de la vie dans des tissus ou des organes, on prend, à notre avis, l'effet pour la cause. Cette extinction de la vie, c'est la mortification, qui peut être le résultat de causes diverses, de causes pathologiques comme de causes physiques, de l'action d'agents septiques introduits dans l'économie, comme de l'action d'agents extérieurs et simplement mécaniques. Si gangrène et mortification étaient une seule et même chose, quel nom donnerait-on au travail pathologique qui précède la mortification et par lequel elle s'établit, travail dont la durée varie de quelques heures à plusieurs septénaires, dont l'appareil se compose de phénomènes locaux tels que douleur ou insensibilité, tuméfaction de couleurs diverses, élévation ou abaissement de température et de phénomènes généraux, tels que fièvre, lipothymies, délire, etc. Tout cet appareil pathologique n'aurait pas de nom, et comme il cesse assez souvent par le fait de l'établissement de la mortification, il s'ensuivrait alors que l'existence de la maladie cesserait à son apparition. De deux choses l'une : cet acte pathologique est, par rapport à la mortification, ou cause ou effet ; s'il est cause, c'est lui qui est la maladie ; s'il est effet, il ne peut être antérieur à sa cause. Lorsqu'une gangrène déjà déclarée continue de faire des progrès, quand existent un ou plusieurs points gangrénés, et que d'autres portions de tissus encore sains vont subir le même sort, quelle dénomination, quelle classification portera l'état morbide qui liera le mal déjà accompli avec le mal en train de s'accomplir ? Y aura-t-il cessation de la maladie après la formation d'une escarre et récidive au commencement d'une autre, tandis que ces deux effets d'un même acte pathologique sont liés par des phénomènes continus, homogènes et de filiation identique ? Selon la définition que nous combattons, la gangrène c'est la mort ; mais la mort n'est pas une maladie.

Nous préférons la définition qui comprend par gangrène l'acte pathologique par lequel s'opère la mortification dans des tissus vivants et non séparés du corps.

La gangrène spontanée, qui semblerait devoir être une maladie locale par excellence, étant presque toujours l'effet de causes locales, peut-elle cependant être la manifestation d'une diathèse générale ? Peut-elle exister en puissance dans l'organisme avant de se produire en lésion dans un point quelconque ? Peut-elle menacer plusieurs points, à la fois ou successivement, avant de faire élection sur l'un d'eux ?

Ces questions nous paraissent résolues affirmativement par l'observation suivante.

OBS. — Un mulâtre de 30 à 40 ans, d'une forte constitution et ayant toujours joui d'une bonne santé, est pris tout à coup et sans cause connue de douleurs intenses avec léger gonflement siégeant à l'un des pieds. La face dorsale, celle plantaire, les deux latérales, l'articulation tibio-tarsienne, étaient également douloureuses et les mouvements presque impossibles ; il n'y avait pas de réaction. Le jour suivant, appelé près du malade, nous ne nous trouvâmes pas suffisamment éclairé par la marche et les symptômes de la maladie pour porter un diagnostic, et en attendant, nous ordonnâmes d'appliquer vingt sangsues sur les face dorsale et latérales du pied. Le lendemain, le malade était complètement délivré de ses douleurs et le pied à son état normal. Pour cette raison, il ne fut point fait de prescription.

Le jour suivant, nous sommes rappelé parce que pendant la nuit l'autre pied s'est pris à son tour des mêmes douleurs avec le même empâtement observés deux jours auparavant de l'autre côté. Dès lors nous diagnostiquons un rhumatisme, et renonçant à le suivre d'articulations en articulations par des saignées locales, nous prescrivons une saignée générale et l'iodure de potassium à l'intérieur. Vingt-quatre heures après, à notre visite suivante, nous apprenons que le patient avait éprouvé des douleurs de plus en plus violentes qui lui arrachaient des cris continuels. En entrant dans son alcôve, nous sentons l'odeur caractéristique de la gangrène, et en découvrant le membre affecté, nous trouvons le pied et la moitié inférieure de la jambe couverts de phlyctènes et profondément sillonnés par des fissures d'où sortait un ichor infect. Il ne restait plus d'autre ressource que l'amputation au tiers supérieur, opération qui fut pratiquée dès que la mortification fut complètement limitée, et qui heureusement n'emporta pas le malade. Ce sujet a continué depuis de jouir d'une santé parfaite.

Ce cas nous a fait faire de sérieuses réflexions, tant sur la marche insidieuse et si prompte de la maladie que sur le piége que son diagnostic réservait au praticien. Nous croyons que de plus habiles que nous y seraient tombés. Nous ne conservons aucun doute sur l'identité de nature des douleurs qui se firent sentir au pied primitivement affecté, et de celles qui apparurent vingt-quatre heures plus tard dans celui qui subit la mortification. Nous nous sommes demandé souvent si la saignée locale qui fut faite d'un côté y empêcha l'invasion de la gangrène, et si une pareille émission sanguine, pratiquée à l'autre pied, y aurait eu le même succès. Sans pouvoir démontrer pourquoi, nous penchons pour l'affirmative à l'égard de la première question ; quant à la deuxième, nous restons dans le doute. Admettre que la gangrène a cédé à une application antiphlogistique, est ce la reconnaître pour une phlegmasie ? Non ; mais nous croyons volontiers que la forme inflammatoire fut, dans ce cas, le mode pathologique dont la gangrène se revêtit, et que, sous cette forme, elle céda localement aux antiphlogistiques. Ceci nous conduit à admettre : 1° qu'une maladie qui n'est pas encore à l'état de lésion, étant attaquée dans sa forme, peut par cela seul être ajournée quant à ses effets essentiels ; 2° qu'une maladie, encore non localisée, qui menace d'envahir un point de l'organisme, peut céder sur ce point à un traitement qui modifie ou anéantit les conditions nécessaires à son développement local, sans que cette circonstance change rien à la nature intime de cette même affection, dont les effets pourront se reproduire ailleurs immédiatement, ou dans la même localité plus tard.

NOUVEL EXEMPLE D'INCRUSTATIONS MÉTALLIQUES DANS LA SUBSTANCE DE LA CORNÉE, ET QUELQUES MOTS SUR L'INFLUENCE DU TAFFETAS D'ANGLETERRE SUR LA COLORATION DES CICATRICES ; par CHARLES DEVAL, D.-M. P.

Les productions qu'on rencontre dans le tissu de la cornée ont presque toujours été engendrées par un travail morbide dont cette membrane a été le siége ; telles sont les collections plastiques qui constituent l'albugo ; tels sont encore l'obscurcissement purulent (*onyx exsiccatus*) et l'obscurcissement sanguin, résultat de l'absorption incomplète d'un amas puriforme ou d'un caillot de sang. Les obstacles qui altèrent la diaphanéité du miroir sont, dans d'autres cas, indépendants d'un trouble de l'économie, et proviennent du dehors, dus le plus souvent à des dépôts métalliques couverts d'une exsudation membraneuse, qui s'oppose à leur expulsion, par suite de l'emploi de remèdes intempestivement conseillés par des personnes étrangères à la médecine ou par des praticiens peu au courant des réactions chimiques des substances qu'ils prescrivent. Les méconates insolubles, fruits de l'addition, banalement répandue, du laudanum aux sulfates de zinc, de cuivre, de cadmium, à la pierre divine, et surtout à l'acétate de plomb et au nitrate d'argent, appartiennent à cette catégorie d'opacités kératiques, comme l'a parfaitement démontré M. le docteur F. Cunier (1) ; il en est de même de celles que peut amener l'usage d'une solution de sous-acétate de plomb, en présence d'une cornée morbidement ou traumatiquement ulcérée. Nous signalerons un fait curieux constaté par notre ami le docteur Tanquerel-des-Planches, celui d'une colique et d'une arthralgie saturnines, effets de l'absorption de cette solution par la muqueuse oculaire, dans une ophthalmie chronique. Deux collyres, de 2 grammes chacun de sous-acétate de plomb et de 125 grammes d'eau, ayant été employés dans l'espace de onze jours, des phénomènes toxiques apparurent, le douzième jour, au ventre d'abord, puis aux membres inférieurs. La cessation du remède, l'huile de croton et les bains sulfureux triomphèrent de l'empoisonnement au bout d'une semaine.

(1) ANNALES D'OCULISTIQUE, t. X, p. 264 ; t. XIII, p. 225.

L'exemple suivant m'a offert, quant à l'origine de l'incrustation cornéenne, une particularité remarquable que je ne trouve pas mentionnée dans les auteurs.

Obs. — Primat, peintre en bâtiments, âgé de 40 ans environ, se présente à mon dispensaire le 24 août 1846. Cet homme a été atteint, il y a quelques années, de la colique des peintres, dont il a été traité à l'hôpital de la Charité; il éprouve de fréquentes douleurs d'estomac depuis cette époque; il a le teint blême et l'habitude cachectique. Sujet, depuis quatre ans, à des inflammations oculaires, il les voit surgir le plus souvent à l'œil gauche; il vient de se livrer à un travail assidu pendant une semaine, ce qui a beaucoup exaspéré une ophthalmie dont cet organe est de nouveau le siége, depuis un mois; la vue y est trouble; les souffrances sont assez vives pour empêcher le sommeil. Je constatai une kératite; mais une circonstance me frappa tout d'abord dans les dispositions de l'opacité, qui, occupant surtout la moitié inférieure de la cornée, montrait quelques ulcérations et des vascularités superficielles. Au sein de l'obscurcissement de la membrane phlogosée régnaient çà et là des points blancs, d'un aspect mat et crétacé; les uns étaient isolés, les autres formés en groupe; à la loupe, la plupart de ces îlots paraissaient très-rapprochés de l'observateur; quelques-uns même faisaient relief; je les considérai comme des molécules provenant de l'emploi d'une solution de sous-acétate de plomb; les médecins présents à la consultation partagèrent cet avis. Interrogé sur la composition des liquides avec lesquels il avait lotionné son œil, Primat répondit qu'il ne s'était jamais servi que d'eau simple ou d'une infusion de fleurs de sureau, il n'a point usé d'autre topique; le fait suivant vint nous éclairer sur la nature du mal pour lequel on demandait nos conseils. Durant quatre jours, Primat s'est occupé à gratter de vieilles portes blanches, sans avoir l'œil bandé; il a constamment senti, pendant ce laps de temps, la poussière épaisse à laquelle il donnait lieu incommoder et irriter cet organe; nous avions affaire, sans aucun doute, à du carbonate de plomb (blanc de céruse) qui s'était ainsi attaché à une cornée déjà malade et érodée, d'où l'exaspération des désordres. Assisté du docteur Godefroi, qui exerce aujourd'hui avec distinction à Caen, et armé de l'aiguille droite à cataracte de Beer, je raclai avec précaution les parties qui étaient le siége des collections saturnines: plusieurs morceaux se détachèrent par plaques: presque toutes les taches les plus superficielles furent ainsi extraites dans cette première séance. Je fis laver l'œil deux ou trois fois avec de l'eau fraîche, pour entraîner les parcelles dégagées par l'aiguille. J'ordonnai 15 sangsues derrière l'oreille gauche, des frictions sur le front et la tempe gauche, avec l'onguent napolitain belladoné, des fomentations réfrigérantes sur l'organe affecté, des pédiluves et quelques précautions hygiéniques.

Deux jours après, je procédai à l'ablation de plusieurs autres particules du même genre; le globe gauche offrait alors une turgescence vasculaire bien moins vive, et les douleurs s'étaient de beaucoup amorties. Les hydrargyriques, les dérivatifs intestinaux et cutanés ayant calmé l'inflammation, je passai au collyre de borax, et plus tard aux moyens recommandés contre la toux. La vue, toutefois, ne se rétablit pas au degré qu'elle possédait dans l'autre œil, par suite de la négligence du malade à se soigner dès qu'il put reprendre ses occupations, et à cause surtout des ravages qu'avait subis le tissu de la cornée avant son invasion par les molécules saturnines.

Les conséquences cliniques qu'on peut tirer de cette observation, dans les kératites ulcéreuses qui affligent les ouvriers de certaines professions, sont trop palpables pour que je doive les mentionner ici: je veux seulement appeler l'attention du lecteur sur un autre mode d'incrustation, que je crois être le premier à signaler; il s'agit de la participation possible de la coloration noire du taffetas d'Angleterre et la teinte des cicatrices cutanées, dans les cas où les plaies peu superficielles que ce taffetas recouvre ne se ferment pas en quelques heures par première intention, mais sont assez profondes au contraire, et le siége d'un peu de travail suppuratif.

Au mois d'octobre 1846, j'effectuai la resection partielle du tégument externe de la paupière supérieure gauche, chez Marie Klopp, atteinte d'entropion. Les pinces fenêtrées de Himby, que j'ai décrites et figurées dans mon ouvrage (1), et les ciseaux genouillés ou en bec de grue furent les instruments que j'employai. Le sang s'étant promptement arrêté sous l'influence de lotions froides, je réunis la plaie par deux points de suture entrecoupée: puis je cherchai à corroborer le contact de ses lèvres par des bandelettes de taffetas d'Agleterre, qui maintinrent, en outre, l'œil fermé. Les fils furent retirés au bout de quarante-huit heures (2); des bandelettes seules furent dès lors entretenues sur la solution de continuité. Peu de jours suffirent pour la guérison. En mai 1847, je pratiquai la même opération à mon dispensaire, chez un aveugle de l'hospice de Bicêtre, affligé d'entropion aux deux paupières supérieures, et qui, depuis longtemps, se trouvait fréquemment dans l'obligation de se soumettre à l'avulsion des cils. Je procédai comme chez Marie Klopp. Bien que le résultat fût heureux chez ces deux sujets, les voiles palpébraux ayant récupéré leur attitude normale, et les cicatrices étant linéaires et nettes, je remarquai, si ce n'est à l'une des paupières du malade de Bicêtre, que ces cicatrices étaient pourvues d'une coloration bleue très-prononcée. Quelques instants de réflexion me suggérèrent l'idée que le phénomène pouvait dépendre de la couleur noire du taffetas d'Angleterre dont j'avais fait usage dans les pansements, et qui avait déteint sur les plaies. Ce qui a lieu ici peut être assimilé au résultat du tatouage, que les matelots français et étrangers, chez lesquels il jouit d'une vogue générale, exécutent avec une aiguille et de la poudre à canon, tandis que les insulaires de la Polynésie et de l'Océanie le pratiquent, d'après M. de Rienzi qui a visité ces contrées, avec un petit fragment d'écaille de tortue, taillé en forme de scie, dont les cinq ou six dents, droites et acérées, sont enduites d'une peinture noire, qui n'est autre chose que de la poussière de charbon délayée dans de l'eau. Comme cette coloration bleuâtre des cicatrices palpébrales est fort apparente, bien que peu difforme, elle doit être évitée, surtout chez les personnes du sexe. Le soin de substituer le taffetas d'un blanc rosé ou couleur de la peau au taffetas noir conduira au bien désiré. Depuis que je m'en sers, ce désagrément ne m'est plus arrivé dans des circonstances pareilles.

(1) Chirurgie oculaire, 1 vol. in-8° avec planches. Paris, 1844.

(2) C'est presque toujours après ce laps de temps que j'enlève les ligatures dans l'opération de l'entropion et de la blépharoptose; il suffit pour procurer l'agglutination des lèvres de la plaie. Cette ablation doit être faite douze heures après, suivant Langenbeck; dix-sept ou dix-huit heures d'après Weber; le second ou le troisième jour d'après Rosas; le troisième ou le quatrième jour d'après Chélius; le quatrième jour d'après Saint-Yves. Scarpa blâme la suture dans cette circonstance, et Wenzel va même jusqu'à dire que la cicatrisation en est plutôt retardée que favorisée. Leurs craintes sur ce mode de pansement me paraissent chimériques; dans ma pratique, comme dans celle de mes confrères, je n'ai jamais rencontré d'accident qui pût les justifier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1848, janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Fragments d'une esquisse de l'histoire critique et philosophique de la doctrine physiologique;* par M. Costes. 2° *De la fièvre puerpérale épidémique;* par M. Dubreuilh fils. 3° *De l'emploi du charbon végétal contre les affections nerveuses gastro-intestinales idiopathiques et symptomatiques;* par M. Belloc. 4° *Observations chirurgicales;* par M. Roussilhe. 5° *De la myodésopsie;* par M. Hégésippe Duval. (Premier article.) 6° *Quelques mots sur l'utilité des revaccinations;* par M. H. Gintrac. 7° *Quelques observations de plaies de tête;* par M. Soulé. 8° *Discussion de la théorie des virus selon M. Hameau;* par M. Jeannel. (L'auteur combat cette idée que le développement des maladies virulentes n'est dû qu'à la déposition de parasites chez le sujet qui a contracté la maladie.)

Fracture indirecte du temporal; par M. Roussilhe.

Quoique l'autopsie manque pour compléter cette observation, elle n'en renferme pas moins des éléments précieux à consulter par celui qui voudra tenir compte de tous les faits dont se constitue l'histoire des plaies de tête avec écoulement par l'oreille.

Obs. — Une femme, âgée de 34 ans, fit une chute du haut d'un escalier, et perdit connaissance sur le coup. Appelé au bout de deux heures, M. Roussilhe la trouva ne se souvenant de rien, l'intelligence très-imparfaite: assoupissement; douleurs vives dans la tête; elle accuse un grand bruit dans les oreilles; et quand elle fait mouvoir la mâchoire inférieure, elle ressent une espèce de frottement dans cette articulation. Il y a une forte contusion de la pommette gauche; le sang épanché là s'étend jusqu'à la tempe. (Saignée, sinapismes, vessie d'eau fraîche sur le front.)—Le sang coule abondamment du conduit auditif externe et de la trompe d'Eustache; vomissements.

Le soir, la malade, qui a repris connaissance, se plaint en outre d'une grande surdité (10 sangsues derrière l'oreille gauche.)

Le lendemain, il y a moins de douleur de tête, mais davantage de bruit dans les oreilles. Le sang coule toujours par l'oreille; celui qu'elle rend par la bouche est plus séreux et moins coloré. (10 sangsues derrière l'apophyse mastoïde.)

Le troisième jour, amélioration générale. L'écoulement de l'oreille est séro-purulent, mais moins abondant.

Le quatrième jour, céphalalgie plus intense; l'écoulement du conduit auditif est toujours séreux. (Nouvelle application de sangsues.)

Le cinquième jour, on remarque les divers symptômes d'une paralysie de la moitié gauche de la face. Les membres inférieurs et supérieurs de l'un et de l'autre côté n'y participent point; cette paralysie est donc causée par une lésion directe du nerf facial correspondant. (Évacuations sanguines quotidiennes.)

Le huitième jour, la myotilité est un peu revenue; il y a toujours un peu d'écoulement séreux par le conduit auditif. La surdité persiste.

Le onzième jour. Pendant la nuit, la malade a souffert de la tête; le bourdon-

nement de l'oreille devient plus intense, l'écoulement séro-purulent est plus abondant.

Le quinzième jour, l'ouïe revient, l'écoulement a diminué.

La paralysie de la face disparut par la suite presque entièrement. Mais au trente-deuxième jour (dernier bulletin donné de la santé), l'audition n'était pas encore bien claire, l'écoulement n'avait pas encore cessé.

— Si l'on se rappelle bien les variations de l'écoulement, correspondant aux phases de la maladie, l'on trouvera assurément cette observation confirmative des vues de M. Laugier, qui regarde le liquide que secrète la plaie comme une des sources principales de l'écoulement consécutif par le conduit auditif. Ici, en effet, c'est le troisième jour, au moment où les plaies commencent à fournir du pus déjà reconnaissable que l'auteur a noté que l'*écoulement devint séro-purulent*. — Plus tard, lorsqu'accidentellement les douleurs de tête reparurent, et que les signes d'inflammation locale se dessinèrent plus intenses, simultanément aussi on vit l'*écoulement séro-purulent devenir plus abondant*.

II. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1848, de février et mars 1849 se composent des articles suivants : 1° *Coup d'œil sur les analogies et les différences qui existent entre les phénomènes anthropologiques connus et les phénomènes du magnétisme animal*; par M. Alric. 2° *Quelques faits cliniques recueillis dans le service de M. Bouisson* ; par M. Puig. 3° *Disposition des ramifications et des extrémités bronchiques démontrée à l'aide d'injections métalliques* ; par M. Alquié. (Voy. le résumé de ce travail dans Gaz. Méd., 1847, p. 952.) 4° *Clinique médicale (service de M. Caizergues); compte rendu des observations recueillies dans les salles de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet* 1848; par M. Ressiguier. 5° *De l'emploi de la poudre de Vienne dans les phlegmons diffus* ; par M. Bocamy. 6° *Leçons du cours de physiologie de M. Lordat pour l'année* 1848-49. 7° *Leçons sur les maladies des organes génito-urinaires* ; par M. Aug. Mercier. 8° *Traité élémentaire de pathologie médicale d'après la doctrine de l'école de Montpellier* ; par M. Alquié.

COMPTE RENDU DES OBSERVATIONS RECUEILLIES A L'HÔPITAL SAINT-ÉLOI, par le docteur RESSIGUIER.

Nous ne relèverons, dans ce travail, que les considérations générales qui précèdent le compte rendu des faits particuliers. Les réflexions de M. Ressiguier sur les constitutions médicales sont marquées au coin d'une bonne observation et d'un jugement sain. En classant les conditions qui donnent à une saison la vertu d'engendrer une constitution médicale, nous avons remarqué que l'auteur mentionne l'existence, dans une saison donnée, des caractères météorologiques ordinairement propres à une autre saison. C'est une vérité sur laquelle nous avons maintes fois insisté dans nos revues sanitaires. Nous avons montré par des faits qu'un certain degré de chaleur, par exemple inférieur à celui qu'on observe ordinairement en été, mais supérieur à celui qui est habituellement propre à l'hiver, venant à se maintenir pendant quelque temps dans cette dernière saison, amène une constitution estivale, tandis que le même degré moyen de température existant en été, amène une constitution hivernale. Ainsi, avec une température moyenne de 15, 18, 20 degrés au mois de décembre ou de janvier, on observera des fièvres continues et des affections abdominales : c'est ce qui a été observé notamment en 1846, à Paris. Avec la même température en été, surtout si elle succède rapidement à une température plus élevée, on observera des rhumes, des angines, etc. Nous regrettons un peu que l'auteur se soit borné à énoncer le principe sans commentaires; mais nous supposons qu'il l'entend comme nous, et que les exemples précédents répondent à sa pensée.

L'auteur insiste assez longuement sur les constitutions *stationnaires*, pour montrer de quelle importance il est d'y avoir égard quand on cherche le rapport qui lie les maladies régnantes aux variations météorologiques. On sait que Sydenham appelle constitutions *stationnaires*, celles qui se prolongent au delà de la saison qui les a engendrées et qui finissent ainsi par n'être plus en rapport avec l'état régnant de l'atmosphère. Il suit de là que, si l'on ne remontait pas à l'origine d'une constitution de ce genre, on pourrait être tenté de nier absolument l'influence météorologique, tandis que, en réalité, c'est cette influence qui a pour ainsi dire mis en mouvement la constitution. Pourquoi cette constitution se prolonge-t-elle au delà des conditions qui l'ont engendrée? C'est un autre problème trop sérieux pour que nous l'abordions ici accidentellement.

DE L'EMPLOI DE LA POUDRE DE VIENNE DANS LES PHLEGMONS DIFFUS; par M. BOCAMY.

L'auteur, fondé sur une expérience assez étendue, préconise de préférence à tout autre moyen, dans le traitement du phlegmon diffus, la méthode de M. Long, qui consiste dans l'application multipliée, sur la région malade, de cautères avec la pâte de Vienne.

Le moment d'opportunité pour leur emploi n'est pas indifférent. Il ne faut pas les établir dès le début du mal, mais attendre, au contraire, que la rémission des symptômes locaux et généraux soit bien déclarée, et que le doigt explorateur reconnaisse l'existence du pus disséminé dans les mailles du tissu cellulaire.

M. Bocamy est si persuadé de l'efficacité de cet héroïque moyen qu'il n'hésite jamais à le prodiguer. Un malade affecté d'un vaste phlegmon diffus de la cuisse eut dix-huit cautères appliqués simultanément à 2 centimètres de distance les uns des autres. Chacun d'eux offrait la largeur d'une pièce de 20 sous.

L'expérience suffirait bien à elle seule pour démontrer la valeur de ce procédé, qui nous paraît effectivement abréger de beaucoup la durée de la maladie en favorisant ensuite le recollement des parties que la suppuration avait isolées. Mais l'auteur, appelant le raisonnement à son aide, avance que l'action du mélange de Vienne a encore un autre avantage, celui d'arrêter les progrès de la suppuration. « En effet, dit-il, il faut, pour ce but, changer la manière d'être des tissus malades, modifier, pour ainsi dire, leurs propriétés vitales. Or le caustique de Vienne n'irrite pas ; mais il fait naître une espèce de fièvre locale salutaire dont le but essentiel, dans le phlegmon diffus, est de tarir les suppurations ruineuses et le délabrement des tissus qui en est une conséquence nécessaire. »

Le fait pourrait bien être plus réel que l'explication ne paraît séduisante. Quoi qu'il en soit, et revenant aux préceptes pratiques, l'auteur spécifie que, dans ce mode de traitement, l'action du caustique sur les tissus doit être profonde ; que, par conséquent, il importe de laisser la pâte de Vienne sur la peau pendant quinze à vingt minutes, au lieu de cinq à dix minutes, comme dans les cas ordinaires.

Si la collection purulente est déjà formée lorsqu'on est appelé auprès du malade, le caustique est encore indiqué : seulement on aura alors la précaution de faire avec la lancette une petite incision sur le centre du cautère préalablement appliqué.

III. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'octobre, décembre 1848, janvier, février et mars 1849, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du traitement du catarrhe utérin par les injections utérines*; par M. Strohl. 2° *Mémoire sur le colchique et sur son emploi thérapeutique*; par M. Casimir Smith. 3° *De la coqueluche et de son traitement* ; par M. Luroth. 4° *Extrait du rapport sur la clinique des maladies vénériennes et cutanées* ; par M. Stœber. 5° *De la dilatation instantanée des rétrécissements de l'urètre au moyen d'un instrument nouveau*; par M. Rigaud. 6° *De l'organisation de l'assistance publique et du service médical des pauvres* ; par M. Bœkel. 7° *De la phlébite spontanée considérée comme cause de pyoémie*; par M. Kinsbourg. 8° *Note sur les dilatateurs de l'urètre* ; par M. Sédillot.

DE L'EMPLOI DU COLCHIQUE DANS LES HYDROPISIES; par le docteur CASIMIR SMITH.

Ce travail, quelque distingué et consciencieux qu'il soit, ne contient pourtant pas de faits ou de considérations essentiels qui ne soient déjà dans le domaine de la science. L'auteur arrive à conclure que le colchique, considéré dans son action primitive, est plutôt purgatif que diurétique, qu'il a une grande efficacité contre la goutte, le rhumatisme articulaire, les hydropisies; que l'efficacité est d'autant plus grande que les parties de la plante d'où la préparation est extraite ont été plus fraîchement récoltées; enfin que la teinture, le vin, la poudre de semences sont les meilleures préparations. Nous devons pourtant signaler en particulier : 1° la recommandation expresse faite par l'auteur d'administrer un purgatif doux avant l'administration du colchique, et il indique spécialement le calomel à la dose de 50 centigr. à 1 gramme ; 2° une étude, plus approfondie qu'elle ne l'est ordinairement, des effets du colchique dans les hydropisies. L'auteur a retiré beaucoup d'avantages de l'emploi de ce moyen dans les hydropisies qui suivent la scarlatine, comme l'avaient déjà fait quelques auteurs, dans celles qu'on observe si fréquemment après les couches, et enfin dans celles qui sont liées aux affections organiques du cœur et des gros vaisseaux. Voici la formule employée par lui dans un cas d'anasarque générale chez une femme de 35 ans qui avait éprouvé un refroidissement peu de temps après ses couches :

Prenez : Carbonate de potasse. 5,00
Vinaigre de colchique Q. S. à parfaite saturation, ajoutez :

Eau de persil	200,00
Teinture de semences de colchique	5,00
Oxymel de colchique	50,00

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

DE LA PHLÉBITE SPONTANÉE, CONSIDÉRÉE COMME CAUSE DE PYOÉMIE ; observation recueillie à la clinique du professeur Schützenberger, par M. KINSBOURG, interne.

L'observation qui fait la base de ce travail ne peut tout au plus fournir que des probabilités en faveur de la théorie de la résorption purulente, ou plutôt elle ne répond pas aux objections opposées à cette théorie par les partisans de la putridité essentielle du sang. On sait que les fauteurs de cette dernière doctrine excipent de l'existence constante, dans les veines enflammées, d'un caillot *obturateur*, qui ne permet pas, selon eux, au pus sécrété de passer dans le torrent circulatoire. Or les dispositions anatomiques étaient telles à peu près dans le cas rapporté par M. Kinsbourg.

Disons d'abord qu'il s'agissait d'un homme de 53 ans atteint d'une péritonite chronique qui se compliquait d'une inflammation de la veine crurale et de ses principales divisions. Le sujet était depuis quinze jours à l'hôpital, dans l'état que nous venons de dire, quand tout à coup se déclara une fièvre intense sans frisson initial. Bientôt survinrent de la stupeur, puis *un écoulement purulent* par l'oreille droite, puis un phlegmon diffus au-dessous du cuir chevelu. La mort eut lieu au bout de dix jours. Voici, indépendamment des caractères anatomiques de la péritonite, les altérations qui furent constatées à l'autopsie.

La veine porte et la veine cave inférieure n'offraient aucune lésion. La veine iliaque interne droite renfermait, tout près de son embouchure dans la veine cave, un caillot mollasse, en partie constitué par du sang récemment coagulé, en partie par de la fibrine décolorée. Libre et flottant, ce caillot n'obturait pas complétement la cavité veineuse. Les parois vasculaires sont lisses, sans aucune trace de phlogose. L'examen microscopique ne fait découvrir aucune trace de pus, ni dans le sang de la veine cave ni dans le caillot de l'iliaque. Au-dessous du caillot, la veine iliaque et la partie supérieure de la crurale sont vides de sang, et les tuniques veineuses sans aucune lésion apparente. Ce n'est que tout près de l'embouchure de la saphène interne que les tuniques de la crurale se trouvent épaissies et résistantes ; la membrane interne est moins lisse ; l'embouchure est libre et la saphène interne n'est pas altérée. Immédiatement au-dessous de la crurale et ses principales divisions, la crurale profonde, la poplitée et les tibiales se présentent sous forme de cordons noueux, sont remplies par un coagulum partout adhérent aux parois, et leurs parois sont rouges et épaissies. A la partie supérieure, immédiatement au-dessous de l'embouchure de la saphène, existe un *caillot très-dense, d'une teinte jaune sale, formé par de la fibrine qui se laisse facilement diviser en minces couches lamelleuses* ; toute trace de couleur rouge a disparu. Mais l'examen le plus attentif, pas plus que le microscope, ne peuvent découvrir de pus dans le coagulum et dans son pourtour. Plus bas, le contenu veineux prend davantage l'aspect de caillots sanguins.

Quant aux lésions trouvées du côté de la tête, disons seulement qu'au-dessous du cuir chevelu existait une infiltration purulente sans trace de gangrène ; que le péricrâne se détachait de l'os avec une extrême facilité ; que le tympan était perforé ; l'oreille moyenne pleine de pus ; que le pus existait également dans la caisse et les cellules mastoïdiennes.

On le voit, la crurale, tout près de l'embouchure de la saphène, contenait un véritable caillot obturateur. Il n'y avait de pus ni dans l'intérieur de ce caillot ni au-dessous; mais cette circonstance n'est pas plus favorable à la théorie de la résorption purulente qu'à celle de la diathèse. L'auteur suppose que l'autre caillot, trouvé libre et flottant dans la veine iliaque, avait été détaché du point où existait le caillot obturateur ; que lui-même, à une certaine époque, avait obturé la crurale et séquestré une petite collection de pus qui sera devenu libre par le déplacement de l'obstacle, et aura passé dans le torrent circulatoire jusqu'à la dernière parcelle. Tout cela est possible sans doute ; mais rien de cela n'est prouvé. Le fait est que le coagulum de la veine iliaque était en partie formé par du sang récemment coagulé (c'est l'auteur qui le dit lui-même), circonstance peu d'accord avec son explication, et que, tout au contraire, le caillot de la crurale était très-dense et manifestement ancien.

On voudra bien remarquer que nous ne nous portons pas ici les défenseurs de la doctrine de la diathèse purulente; nous disons seulement que l'observation rapportée par M. Kinsbourg n'est pas en désaccord avec cette théorie, et ne peut être invoquée en faveur de la résorption.

DU TRAITEMENT DU CATARRHE UTÉRIN PAR LES INJECTIONS UTÉRINES ; par M. STROHL.

C'est une médication bien discréditée que celle dont M. Strohl s'efforce ici de réhabiliter la réputation ; il sent lui-même quels préjugés luttent contre ses éloges, et s'efforce par conséquent de discuter les objections, et, ce qui est mieux, de signaler des précautions, des perfectionnements capables de rendre les injections intra-utérines sans danger.

La péritonite, principal accident qu'on redoute à la suite de ces injections, peut se développer selon deux mécanismes distincts : ou elle vient de ce que le liquide a passé de la matrice dans la cavité péritonéale à travers la trompe de Fallope ; ou bien l'inflammation s'étend de la matrice, par la continuité du tissu de la trompe, jusqu'au péritoine.

Le premier danger, le passage du liquide, est très-réel ; mais on peut l'éviter. En effet, la trompe est un canal étroit, allongé, et dont l'embouchure dans la cavité utérine est très-peu large. Donc un liquide poussé dans l'intérieur de la matrice ne passera dans ces conduits que s'il ne trouve pas une autre voie d'écoulement plus facile. Il s'agit par conséquent de faire pénétrer dans le col un instrument qui laisse libre un passage supérieur en capacité à celui de la trompe. De plus, la quantité de liquide injecté dans un temps ne devra jamais dépasser celle qui peut refluer entre les parois du col et celles de la canule. Il faut donc faire l'injection lentement, de manière que la pression exercée sur le liquide ne devienne pas capable de vaincre la résistance de l'orifice des trompes.

Quant à la propagation de la phlegmasie au péritoine par continuité des tissus, elle est très-rare ; puis on peut la prévenir presque sûrement en faisant choix d'un liquide peu irritant. Enfin, si elle survient, n'est-il pas possible de l'enrayer dans son évolution avant qu'elle ne se soit étendue jusqu'au péritoine ?

La manière de faire l'injection et le liquide à employer sont donc les deux points qui méritent toute l'attention du praticien désireux d'éviter les accidents qui ont quelquefois suivi cette médication.

Pour le mode opératoire, après avoir placé un spéculum dont l'ouverture soit assez large pour embrasser le col sans le comprimer, on prend une sonde en gomme élastique de 2 à 3 décimètres de longueur, ouverte aux deux extrémités. En ayant eu soin de bien lisser son extrémité, on l'introduit facilement et sans léser les parties ; enfin sa flexibilité permet de suivre tous les mouvements de la femme pendant l'injection. Le point important est de choisir une sonde d'un calibre tel qu'elle laisse libre un espace assez considérable pour que le liquide puisse refluer assez facilement entre ses parois et celles du col. La sonde étant placée et fixée, un aide fait l'injection lentement, sans saccades, s'arrêtant dès qu'il sent une résistance prononcée, et retirant quelquefois la sonde pour la débarrasser des mucosités qui peuvent l'obstruer.

Le liquide que M. Strohl a mis en usage presque constamment est l'eau blanche, un peu chargée ; elle a assez d'activité pour suffire dans le plus grand nombre des cas, et elle est néanmoins bien supportée. Quand elle est restée sans effet, il a injecté une solution de 2 à 4 grammes d'iodure de fer sur 500 d'eau distillée.

Les injections ont été pratiquées en général tous les deux jours. Une ou deux ont parfois suffi, tandis qu'il en a fallu, chez certaines malades, de douze à quinze. On doit les suspendre deux ou trois jours avant et pendant les règles. Il a été utile de tamponner ensuite, en imbibant le pansement avec le liquide de l'injection.

— Dans cette médication où la sécurité est la condition capitale, et qui a déjà été proscrite pour ses dangers, le mode opératoire domine tous les autres préceptes. On nous permettra donc de revenir en quelques mots sur ce sujet. M. Strohl s'est sagement préoccupé de la nécessité de fournir au liquide une large issue de sortie ; mais ce n'est là remplir qu'incomplétement le problème physique, car c'est justement au moment où le piston agit qu'il y a craindre de voir le liquide enfiler la trompe de Fallope ; et, quelque large que soit le tube, il ne fournira jamais une garantie de sécurité, puisque évidemment il ne peut servir *en même temps* à conduire l'eau dans la matrice, et à l'en décharger s'il y a un trop-plein.

Il faudrait donc, pour atteindre simultanément ces deux buts contraires, une sonde à double courant. M. Strohl l'a bien compris ; « mais, dit-il, cette sonde aurait l'inconvénient d'exposer par sa rigidité à blesser la matrice. » Une pareille objection serait aisément détruite en construisant une sonde à double courant, flexible, ainsi qu'il est facile à tout médecin de le faire extemporanément.

Il suffit pour cela de choisir deux sondes de gomme élastique de volume tellement différent qu'elles puissent jouer très-librement l'une dans l'autre. Maintenant, afin de rendre permanent un intervalle entre elles, on traverse la petite, au voisinage de son extrémité vésicale, d'une épingle qui la perce transversalement de part en part. On coupe ensuite l'épingle avec des cisailles, mais en la laissant déborder de chaque côté de 1 ou 2 millimètres, ou, pour mieux dire, d'une étendue égale à l'espace vide qu'on désire conserver entre les deux sondes. Ainsi armée, on l'introduit dans la grosse, au milieu de laquelle elle reste et est maintenue isolée.

Si l'on a ensuite la précaution de couper à l'extrémité extérieure la petite

sonde un peu plus bas que la grosse, c'est-à-dire de laisser à cette dernière moins de longueur, on verra le liquide refluer par l'espace libre à mesure qu'il est poussé dans la petite sonde intérieure. On sera par conséquent sûr qu'il n'y aura jamais ni trop-plein, ni distension de l'utérus, ni chances de pénétration du liquide dans les trompes.

DE LA DILATATION INSTANTANÉE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE AU MOYEN D'UN INSTRUMENT NOUVEAU (CATHÉTER DILATATEUR PARALLÈLE); par M. RIGAUD.

Cet instrument est composé de deux demi-cylindres parallèles, réunis par plusieurs petites tiges mobiles. Une fois cette sonde introduite à travers le rétrécissement, un mécanisme particulier permet de faire mouvoir les petites tiges qui, devenant d'abord obliques, puis perpendiculaires, écartent de plus en plus les deux demi-cylindres l'un de l'autre, et opèrent par conséquent la dilatation extemporanée de tout le canal au degré voulu.

—C'est là le même but que M. Perrève avait obtenu par une constriction toute différente (voy. GAZ. MÉD, 1848, p. 562). Le mécanisme de M. Rigaud en diffère effectivement de tout point ; mais, par contre, il offre avec la *sonde brisée à bascule* de M. Montain une ressemblance telle qu'on ne peut s'expliquer comment elle a échappé au professeur de Strasbourg. En lisant la description, et surtout en examinant le dessin de l'instrument de M. Montain (MÉMOIRES DE THÉRAP. MÉDICO-CHIRURG., 1836, p. 34), on demeure convaincu que la même idée a été conçue par les deux chirurgiens, et, qui plus est, exécutée par eux presque de la même manière.

Il restera cependant à M. Rigaud le mérite d'avoir plus largement appliqué son procédé. Il peut surtout revendiquer l'honneur d'en avoir franchement indiqué l'effet direct sur les tissus. Tandis que M. Perrève prétend ne faire que *dilater*, M. Rigaud avoue sans réticences que son cathéter « broie les tissus d'organisation nouvelle, morbide, qui constituent les rétrécissements; qu'il déchire les brides, les valvules; déchire, scarifie, incise en quelque sorte la couche membraneuse qui forme les parois du canal. » Il trouve même à ce résultat un avantage : suivant lui, en agissant ainsi, le cathéter « substitue un travail d'inflammation aiguë, essentiellement résolutive, à l'inflammation chronique qui avait produit les altérations de texture qui déterminent la diminution du calibre, puis en entraîne la résolution. »

Tout ceci peut être vrai ; mais ce qu'il y a de réel, ce qui demeure acquis d'après ces lignes, c'est que toute ampliation du canal, subitement obtenue par cet instrument ou l'un de ceux analogues, résulte d'une véritable *déchirure* du cercle coarcté, et qu'on ne saurait appeler cet effet du nom de *dilatation*, sans introduire dans le sens reçu de ce mot une confusion qui pourrait avoir plus de dangers qu'une simple faute de langage.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 JUILLET.

DU QUINQUINA COMME MOYEN PROPHYLACTIQUE DU CHOLÉRA.

M. DUCHESNE-DUPARC lit un travail sur l'utilité du quinquina comme moyen prophylactique du choléra. La préparation que M. Duchesne préfère est le sulfate de quinine, en raison de son énergie et de sa facile administration. A la forme pilulaire, adoptée par Alibert, il a substitué la formule suivante :

Prenez :	Café à l'eau.	100 grammes.
	Sulfate de quinine . .	1 —
	Eau de Rabel.	0,75 centigr.
	Sucre.	q. s.

Cette potion, donnée par cuillerée à bouche à des intervalles plus ou moins rapprochés, suivant la gravité des cas, une boisson acidule ou légèrement aromatique, la glace, des quarts de lavement d'eau de son, de pavot et d'amidon, tel a été, avec des frictions stimulantes ou des cataplasmes sinapisés, le traitement anticholérique employé par l'auteur.

Quant aux facultés prophylactiques que M. Duchesne-Duparc attribue au sulfate de quinine, d'accord avec M. le docteur Coster et beaucoup d'autres médecins, elles ressortent pour lui de ce fait, qu'aucune des personnes qui ont fait de la potion au café et quinquina un usage quotidien ou répété chaque fois qu'elles éprouvent un léger trouble des fonctions digestives, n'a été atteinte de choléra.

L'IMPRESSION DES MÉDICAMENTS ET LA SENSIBILITÉ ANIMALE SONT TRANSMISES A L'AXE CÉRÉBRO-SPINAL SOUS L'INFLUENCE DE COURANTS ÉLECTRO-MAGNÉTIQUES RENDUS APPRÉCIABLES PAR LA DÉVIATION INSTANTANÉE DE L'AIGUILLE DU GALVANOMÈTRE AU MOYEN DES POIGNEES DES CONDUCTEURS PLACÉS, L'UN AU FRONT ET L'AUTRE A LA NUQUE.

Tel est le titre d'un mémoire présenté à l'Académie par M. Ducros, mémoire qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Les poignets des conducteurs du galvanomètre, mis, l'un à la nuque et l'autre au front, permettent une déviation de l'aiguille presque instantanée à la suite des picotements, des frictions, des pincements, soit sur les jambes, soit sur les bras.

2° Chez les individus mélancoliques, frappés d'*analgie* ou d'absence de douleur, les pincements, les picotements, les frictions, n'amènent pas de réaction ou très-peu de réaction sur l'aiguille astatique.

3° L'impression médicamenteuse se traduit très-souvent par une déviation presque instantanée de l'aiguille astatique dans l'emploi des substances à odeur très-forte et à saveur très-prononcée.

4° Le camphre, l'assa fœtida, la poudre de valériane, la céruse, la poudre de tabac, l'ammoniaque, etc., etc., amènent instantanément des déviations plus ou moins prononcées de l'aiguille astatique par leur odeur.

5° La brucine, la strychnine, l'éther sulfurique, le sulfate de quinine, mis sur la langue, déterminent soudain une déviation de l'aiguille.

6° L'essence de menthe, l'essence de laurier-cerise, frappent agréablement l'odorat, et font dévier brusquement l'aiguille du galvanomètre.

7° Les huiles essentielles enervantes de pétiole, de valériane, l'huile empyreumatique, font rétrograder l'aiguille du galvanomètre et la font revenir à zéro.

8° L'énervement produit par l'aspiration nasale de ces dernières huiles essentielles est tel, qu'après en avoir usé, les frottements, les pincements, les frictions ne peuvent pas plus amener de réaction sur l'aiguille astatique que dans l'analgie ou absence de la douleur chez les mélancoliques.

ADDITION A LA SÉANCE DU 2 JUILLET.

DE LA PRÉSENCE DE L'ALLANTOÏNE DANS L'URINE.

M. DE WOEHLER adresse sur ce sujet une lettre dont M. le secrétaire perpétuel communique l'extrait suivant :

Vous savez que l'on admet que la liqueur allantoïque de la vache n'est autre chose que l'urine du fœtus, et que cette liqueur contient un corps propre, l'allantoïne. Il était donc à présumer que, même dans l'urine de l'animal déjà né, on pourrait encore trouver ce même corps. En effet, j'ai trouvé que l'allantoïne est un principe essentiel et constant de l'urine du veau. On n'a qu'à évaporer l'urine jusqu'à un sixième de son volume pour faire cristalliser pendant quelques jours l'allantoïne mêlée de beaucoup de phosphate de magnésie cristallisé. Pour la purifier et la décolorer, on la redissout dans l'eau bouillante, en traitant la dissolution avec un peu de charbon animal. Ainsi obtenus, les cristaux, quoique parfaitement blancs, affectent toujours une modification de forme différente de celle de l'allantoïne ordinaire, et qui provient d'une matière étrangère qu'on ne parvient à éliminer qu'en combinant l'allantoïne avec l'oxyde d'argent. Séparée de cette combinaison par l'acide hydrochlorique, l'allantoïne de l'urine de veau n'est pas différente de l'allantoïne obtenue de la liqueur allantoïque ou de l'acide urique, ni par la forme ni par la composition ; elle est $C^8 H^{12} N^8 O^6$.

L'urine des veaux, qu'on se procure des bouchers en faisant lier et couper la vessie encore remplie, est acide, et contient en outre de l'acide urique et de l'urée, à ce qu'il paraît, à peu près dans les mêmes proportions que l'urine de l'homme ; mais elle ne contient pas d'acide hippurique, corps essentiel de l'urine des vaches, qui, de son côté, est alcaline et ne contient pas de l'allantoïne.

EXPÉRIENCES SUR LES COURANTS ÉLECTROPHYSIOLOGIQUES CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX.

M. DUCROS communique la relation d'expériences desquelles il résulte, suivant lui, que la douleur, les pincements, les piqûres, en un mot tout ce qui active l'excitation vitale, « réagissent à distance du point où on les exerce sur l'aiguille du galvanomètre.

» Les conducteurs du galvanomètre étant placés, l'un à la nuque, l'autre au front, l'aiguille astatique a marqué 40 degrés du galvanomètre. Elle était dans le repos lorsque j'ai fortement pincé la cuisse. Sous l'empire de la douleur, l'aiguille a marqué 80 degrés avec une grande vitesse. Cette expérience, répétée plusieurs fois, a constamment réussi. Faite sur d'autres parties du corps, elle a présenté un résultat analogue.

» Au lieu de pincer, j'ai piqué avec des aiguilles sur des régions éloignées des points où les conducteurs du galvanomètre se trouvaient placés : dans ce cas encore les piqûres ont réagi sur l'aiguille astatique. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. GIBERT demande la parole à l'occasion du procès-verbal. M. Collineau,

dit-il, a avancé, dans la dernière séance, qu'il ne s'était déclaré aucun cas de choléra dans l'établissement des nourrices de la rue Sainte-Apolline. Cette assertion est inexacte ; j'ai pris depuis des renseignements sur les lieux, et j'ai appris que deux cas de choléra s'y étaient manifestés.

M. Gaultier de Claubry lit un passage d'une notice publiée par M. Alexandre, inventeur de la sangsue mécanique, sur laquelle il a été fait récemment un rapport à l'Académie. Il résulte de cette lecture que les termes du rapport et les conclusions y sont tronqués, rapportés avec infidélité et disposés de manière à faire croire à une approbation qui n'était point dans l'esprit du rapport. M. Gaultier de Claubry signale cet abus et demande qu'il soit pris des mesures pour qu'à l'avenir il ne s'en reproduise pas de semblables.

Il s'élève à ce sujet une discussion à laquelle prennent part MM. Adelon, Moreau, Gérardin, Orfila et Nacquart. Quelques membres proposent de déférer la notice en question à l'autorité. Sur l'observation de M. Orfila, la pièce est renvoyée au conseil d'administration, qui aura à s'entendre avec le conseil judiciaire de l'Académie sur la marche à suivre dans cette affaire.

L'ordre du jour appelle M. H. Gaultier de Claubry à la tribune pour un rapport officiel.

M. H. Gaultier de Claubry n'étant pas prêt, la parole est donnée à M. Quevenne pour une lecture.

ÉTUDES CHIMIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LA DIGITALINE.

M. Quevenne lit le résumé d'un mémoire sur la digitale (par MM. Homolle et Quevenne). Ce travail se divise en deux parties. La première, presque uniquement chimique, contient l'histoire des divers principes retirés jusqu'à ce jour de la digitale ; le deuxième renferme les faits et observations du domaine de la physiologie et de la thérapeutique.

Voici les conclusions formulées par les auteurs pour les deux parties de leur travail :

I. Au point de vue chimique :

1° Nous avons obtenu la digitaline dans un état de pureté chimique plus parfait, qui nous a permis de mieux en étudier les propriétés.

2° Nous avons extrait trois autres principes de la digitale, ce sont : la digitalose, le digitalin et la digitalide. Ces corps peuvent présenter plus ou moins d'intérêt au point de vue chimique, mais ils en sont complétement dépourvus quant aux applications à la médecine, et nous ont paru ne contribuer en rien à l'action de la digitale, action qui est représentée tout entière par la digitaline.

II. Au point de vue pratique :

1° La digitaline étant dépourvue de la propriété de cristalliser, et dès lors bien plus difficile à obtenir dans un état toujours le même, nous avons cru qu'il était indispensable d'avoir un moyen de s'assurer de son identité, et qu'il ne suffisait pas, pour avoir toute sécurité, de pratiquer l'extraction de ce principe suivant un procédé ponctuellement suivi et en opérant sur de grandes quantités, bien qu'il y ait cependant dans ces deux circonstances une garantie réelle ; nous avons eu recours à un moyen de contrôle qui consiste dans l'appréciation de l'intensité de la saveur amère par les dilutions progressives. — On acquiert par cette méthode, employée suivant les règles et avec les soins que nous avons recommandés, un degré de certitude sur la fixité du produit, que nous nous croyons fondés à regarder comme suffisante :

2° La forme médicamenteuse qu'il nous a paru le plus convenable d'adopter pour la digitaline, au point de vue de la sûreté et de la commodité du dosage, de la bonne conservation du médicament comme de sa facile administration, est celle de petites dragées auxquelles nous avons donné le nom de *granules*. (Ce travail est renvoyé à une commission précédemment nommée pour le même objet.)

M. H. Gaultier de Claubry lit successivement quatre rapports sur des formules et des remèdes secrets sur lesquels le ministre du commerce demande l'avis de l'Académie.

Les conclusions uniformes de ces quatre rapports sont qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions favorables du décret de 1810. Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

MORT APPARENTE DES NOUVEAU-NÉS.

M. Capuron lit, en son nom et au nom de MM. P. Dubois et Moreau, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sauvé, professeur d'accouchements à La Rochelle, intitulé : Nouvelles recherches sur la mort apparente des nouveau-nés. L'auteur se livre, dans ce mémoire, à une étude sérieuse de la mort apparente ; il commence par démontrer que les dénominations d'asphyxie et d'apoplexie, par lesquelles on la désigne, sont complétement vicieuses. Il rapporte plusieurs faits pour démontrer que l'apoplexie des nouveau-nés est plus rare qu'on ne pense, et que les signes en sont trompeurs, et qu'ils appartiennent souvent à l'asphyxie. Il établit ensuite une division entre l'asphyxie intra-utérine et l'asphyxie extra-utérine, division qu'il prend pour base de sa théorie et de sa pratique dans les cas de mort apparente des nouveau-nés. Il a trouvé dans l'anatomie et la physiologie une multitude de faits et d'expériences qui prouvent, suivant lui, sans réplique, que la circulation du fœtus est indépendante de celle de la mère, et que le sang de l'un ne communique pas immédiatement avec celui de l'autre. Suivant lui, le placenta reçoit par endosmose l'oxygène des artères capillaires de l'utérus, pour se transmettre aux radicules de la veine ombilicale ; réciproquement, les extrémités des artères ombilicales rendent par exosmose le carbone et l'hydrogène aux veines utérines, d'où il résulte que le placenta est un poumon supplémentaire où le sang du fœtus se vivifie et se dépure alternativement, comme celui de l'adulte dans le véritable poumon. Aussi l'auteur admet-il chez le fœtus une respiration intra-utérine analogue à la respiration des adultes, et par conséquent une asphyxie produite par la lésion de cette fonction, et semblable à celle des adultes noyés et étranglés ou asphyxiés par la vapeur du charbon. Il donne le nom d'asphyxie extra-utérine à l'impossibilité ou à la difficulté de respirer qu'éprouve le fœtus lorsque, après sa sortie du sein de la mère, l'air ne peut pénétrer librement dans ses poumons. De là, un autre état de mort apparente produit par toutes les causes qui peuvent obstruer les voies aériennes, telles que l'écume, les mucosités, les glaires de la bouche, etc.

Le docteur Sauvé, conformément à ces principes, divise le traitement de la mort apparente en trois parties, suivant qu'il s'agit de combattre l'asphyxie intra-utérine qui empêche la respiration fœtale, ou l'asphyxie extra-utérine qui gêne la respiration pulmonaire, ou l'insensibilité générale qui s'oppose aux fonctions vitales. Il pose pour première règle de ne jamais couper le cordon ombilical, qu'on y sente ou non du battement ; que l'enfant soit apoplectique ou asphyxié, à moins qu'une hémorrhagie ne menace les jours de la mère. Contre l'asphyxie extra-utérine, M. Sauvé conseille, outre les moyens ordinaires et déjà connus, le bain chaud à 30°, où il fait plonger l'enfant avec le cordon ombilical et le placenta. Si ces moyens sont inefficaces, il recommande d'abord l'aspiration des matières qui obstruent les voies aériennes ; puis il prescrit l'insufflation de l'air ou de l'oxygène préparé, etc. Enfin, dans les cas d'apparence de mort chez les nouveau-nés, il veut aussi qu'on ait recours aux excitants ou stimulants physiques et chimiques qu'il croit les plus capables de réveiller la sensibilité et de rappeler la vie. En résumé, l'auteur s'est attaché à prouver, dans ce mémoire, que la vie intra-utérine du fœtus n'est point entretenue par la circulation immédiate et directe de la mère, mais par l'oxygénation du sang dans le placenta, qui est le poumon physiologique ou supplémentaire de ce dernier ; en sorte qu'il existe une parfaite analogie entre la respiration intra-utérine du fœtus et la respiration extra-utérine de l'adulte ; analogie d'où il résulte que l'asphyxie ou mort apparente des nouveau-nés a la même cause que celle des noyés, et réclame les mêmes moyens curatifs.

M. le rapporteur, après avoir fait un grand éloge de ce travail, propose pour conclusions : 1° de l'envoyer au comité de publication ; 2° d'écrire une lettre de remercîment à l'auteur ; et 3° d'insérer honorablement son nom parmi ceux des aspirants au titre de correspondant de l'Académie.

M. Rochoux : Le travail dont M. le rapporteur vient de faire l'analyse ne mérite pas les éloges qu'il lui a donnés. Les vues physiologiques qu'il renferme sur la mort apparente des nouveau-nés et sur la circulation du fœtus indépendante de celle de la mère sont inexactes. Que la circulation de la mère s'arrête pendant quelques instants sans que le fœtus en souffre, d'accord ; mais je ne puis pas admettre qu'il en soit de même lorsque la circulation de la mère est arrêtée pendant longtemps. Quant au rôle que l'auteur assigne au placenta qu'il considère comme un organe respiratoire, ce n'est pas plus exact.

M. Capuron : Le fait de l'indépendance de la circulation fœtale est établi sur des considérations anatomiques et physiologiques qui ne me paraissent pas contestables ; il y a une circulation dans l'embryon avant qu'il adhère à la matière. M. Rochoux ne veut pas admettre que le placenta soit un organe respiratoire. Le placenta n'est pas un organe respiratoire ; oui, sans doute, en tant qu'il ne reçoit pas de l'air d'une manière directe ; Mais il y a une respiration véritable par l'endosmose du sang de la mère.

M. Collineau : Que la circulation de la mère et celle de l'enfant ne soient pas dans un rapport immédiat, cela est vrai, mais il n'est pas exact de dire qu'elles sont indépendantes l'une de l'autre. Par exemple, une femme entend crier : au feu ! elle s'effraye ; par suite de cet effroi le fœtus meurt. Direz-vous qu'il y a une séparation absolue entre la circulation de la mère et celle du fœtus ?

M. Rochoux : M. le rapporteur cherche en vain à justifier l'auteur ; remplacer le mot mort apparente par les mots plus vagues encore d'asphyxie et d'apoplexie, ce n'est pas éclaircir la question, c'est expliquer *obscurum per obscurius* ; j'y tiens. Quant à la circulation M. Capuron dit qu'il y a une circulation chez l'embryon avant même qu'il adhère à la matrice ; cela est vrai, il y en a une dans l'ovule même ; mais il n'en est pas moins vrai que si la circulation de la mère vient à cesser, le fœtus mourra. Enfin l'auteur ne justifie le rôle qu'il assigne au placenta que par des inductions tirées de faits qu'on ignore. Son travail pèche par la base.

M. Capuron insiste sur l'exactitude et l'importance des recherches de M. Sauvé qui lui paraissent mériter les éloges qu'il lui a donnés.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant à l'Académie une notice de M. le docteur Priou (de Nantes), ayant pour titre : Quelques réflexions sur le choléra-morbus épidémique ;

2° Lettre du même ministre, avec envoi d'une note de M. le docteur du Cazal, colon à Oran, qui renferme des observations sur l'emploi du phosphore, comme moyen préservatif et curatif du choléra ;

3° M. le ministre du commerce transmet un modèle d'appareil sudorifique que le sieur Hennequin soumet à l'examen de l'Académie. Il propose d'appliquer spécialement cet appareil au traitement du choléra. (Ces trois pièces sont renvoyées à la commission du choléra.)

M. Brochard (de Nogent-le-Rotrou) transmet une observation de choléra chez une femme enceinte. C'est le second cas qu'il observe depuis le commencement de l'épidémie, où l'accouchement a enrayé d'une manière rapide et heureuse les

symptômes les plus graves du choléra. Le laudanum à haute dose ne lui a paru en rien modifier le travail de l'accouchement. L'enfant est venu mort. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen du travail de M. Devilliers fils sur le même sujet.)

M. Delaunay, manufacturier, écrit qu'il croit avoir trouvé un remède efficace pour le choléra : c'est l'emploi du goudron provenant du gaz de houille, soit par aspiration, soit en infusion. Sur cinq cents ouvriers employés dans les ateliers qu'il dirige, et où il a fait mettre du goudron, aucun n'a été atteint du choléra.

M. Ravin (de Saint-Valery) adresse un exposé de quelques nouveaux faits de transmission du choléra qu'il croit susceptibles de contribuer à la solution du problème. Ces faits ont trait principalement au passage de l'épidémie d'une commune infectée dans une autre qui ne l'est pas encore, et aux premiers pas qu'elle y fait lorsqu'elle l'envahit. Les faits d'invasion, dit l'auteur à la suite de ce long exposé qu'il ne nous est pas possible d'analyser ici, n'ont pas, dans toutes les communes où le fléau pénètre, autant de clarté et de certitude; ils y sont, au contraire, souvent obscurs et incertains. Mais si l'on ne voit pas toujours clairement de quelle manière le mal s'introduit dans une commune, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit ensuite de sa transmission de famille en famille dans cette localité : on peut en suivre longtemps la marche et en reconnaître la filiation, pourvu qu'on ne néglige pas de noter toutes les attaques qui ont eu lieu, les plus légères comme les plus graves. De faibles atteintes de cholérine peuvent séparer des cas foudroyants de choléra auxquels elles ont donné naissance. (Comm. du choléra.)

M. Delfrayssé adresse une nouvelle note sur l'action prophylactique du sulfate de quinine contre le choléra et un grand nombre d'autres épidémies. Il prie l'Académie de l'inscrire pour la priorité de cette nouvelle application.

M. Penant, médecin des épidémies à Vervins, communique une notice sur le mode d'invasion du choléra dans l'arrondissement de Vervins en 1832.

M. Beauregard (de Graville) adresse quelques faits et une simple observation sur le choléra, à l'appui de ses recherches sur la nature et le traitement de cette affection.

M. Conté de Lévignac envoie une nouvelle communication sur le même sujet, dans laquelle il se propose de démontrer que le choléra est dû à un vice d'innervation des nerfs grands et moyens sympathiques.

—M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise) adresse une note ayant pour titre : Système des combinaisons morbides.

Les maladies, dit-il, ne sont pas toutes élémentaires, le plus grand nombre est dû à des combinaisons que l'auteur traduit en formules algébriques et auxquelles il applique le binôme de Newton.

La conclusion de sa note est celle-ci :

1° On sème le vaccin, on récolte le typhus;

2° Il est temps de revenir à l'inoculation de la petite vérole.

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LES COMMUNICATIONS DE MM. CARLIER, SPRING ET LOMBARD CONCERNANT LE CHOLÉRA ASIATIQUE (1).

M. Fallot : Messieurs, je me lève pour répondre à quelques objections faites à ma théorie du choléra. Je les examinerai suivant l'ordre dans lequel les orateurs les ont présentées.

Je rencontre en premier lieu M. Fossion, qui a émis une opinion que M. Lombard a reproduite plus tard. Par conséquent ma réponse s'appliquera à toutes les deux à la fois.

Ils pensent que la réfutation de mes idées sur la stagnation du sang dans les poumons des cholériques se trouve dans ce fait que la percussion de leur poitrine est sonore, et plus sonore même que dans l'état normal. Je vous avoue ne pas comprendre la force de cette objection. En effet, comment la plénitude des vaisseaux des poumons pourrait-elle diminuer la sonorité de la percussion, phénomène complétement physique dû uniquement à la présence de l'air dans les poumons? Or les vésicules aériennes admettent aussi bien l'air quand il y a beaucoup de sang dans les poumons que quand il y en a peu.

Mais ils invoquent encore un autre fait, emprunté à l'anatomie pathologique, à savoir que les poumons des cholériques se présentent, à l'ouverture de leur cadavre, très-affaissés. Cet affaissement, ce collapsus, n'a pas lieu pendant la vie, remarquez-le bien, puisque, chez les cholériques, on entend distinctement jusqu'à la mort le murmure respiratoire, ce qui atteste la contiguïté des poumons aux côtés. C'est donc après la mort que ce phénomène a lieu. Eh bien! cela doit nécessairement être ainsi, et cela se remarque également dans tous les cadavres des malades qui meurent avec les poumons sains. Pourquoi? Parce que le sang étant libre dans ses canaux, descend par son propre poids vers les parties les plus déclives, et abandonne la surface antérieure; les poumons doivent par conséquent s'affaisser à l'ouverture du thorax sous la pression de l'entrée de l'air extérieur, et laisser entre eux et les parois thoraciques un grand intervalle.

Je ne sais non plus sous quelle étrange préoccupation ces orateurs ont pensé que la stagnation du sang dans le système veineux, chez les cholériques, devait nécessairement en accroître la quantité, quand il est bien connu que cette plénitude des veines est rachetée par la vacuité du système artériel. Si maintenant vous considérez que le sang veineux des cholériques est appauvri de l'élément qui lui donne le plus de volume, l'eau, vous concevez facilement que la quantité de sang dans les poumons, au lieu d'être augmentée, soit, au contraire, diminuée.

Je m'étais muni de quelques auteurs qui ont écrit l'histoire anatomique du choléra pour m'appuyer de leur autorité dans le cas où l'on aurait nié la réalité de la congestion veineuse dans les cadavres des cholériques; mais l'honorable M. Raikem m'a dispensé de ce soin, et plusieurs des faits relatés par lui prouvent jusqu'à la dernière évidence que le sang, resté fluide, descend toujours vers les parties les plus déclives. Il vous a montré, en effet, à l'extrémité des mains, dans les doigts, sous les ongles, le sang accumulé, et ayant si bien conservé sa fluidité qu'il se laisse refouler par la simple pression, et qu'il suffit d'élever les mains pour en faire disparaître la cyanose.

Maintenant j'ai à démontrer que cette cyanose est l'effet d'une stase, et c'est ce qui ne sera pas difficile. Nous convenons tous que, dans le choléra algide, il y a diminution, presque abolition de la puissance des agents circulatoires, et surtout du centre; or comment veut-on que le sang ne s'arrête pas quand les moteurs de sa marche sont enrayés dans leur action?

Je me permettrai de vous renvoyer à ce qu'a dit M. Carlier sur ce sujet; il a parfaitement compris et expliqué le mécanisme suivant lequel le ralentissement de la circulation a lieu dans le choléra algide. A côté de ces preuves de fait et de raisonnement, en voulez-vous d'empruntées à l'expérimentation? Je vous en donnerai. Je désire que vous ne soyez pas appelés à les vérifier de sitôt vous-mêmes; mais si malheureusement vous rencontrez le cadavre d'un cholérique mort dans la période algide, injectez de l'eau dans l'artère pulmonaire, et vous verrez bientôt le sang passer et le cœur s'en emplir. Comment cela se fait-il? Par le simple rétablissement du *motus à tergo*. Si le sang s'est arrêté dans le système veineux du poumon, ce n'est pas que, comme dans l'inflammation, il y ait rencontré un obstacle à ses progrès, mais parce que ses agents d'impulsion lui faisaient défaut.

L'honorable M. Fossion est d'avis que si la respiration ne se fait pas chez les cholériques algides, c'est par suite de l'absence de sang dans les poumons. Moi, je l'attribue à l'altération de la qualité du liquide, et nullement à la diminution de la quantité. Indépendamment des raisons que j'ai déjà déduites dans mon premier discours en faveur de ma manière de voir, j'invoque les faits suivants, extraits d'un travail de M. Rayer dont j'ai fait mention alors. Voici comme il s'exprime :

« Le choléra algide présente trois phénomènes remarquables : 1° la teinte bleue de la surface externe du corps; 2° la faible température de l'air expiré (de 20 à 22°); 3° la teinte noir foncé du sang veineux, qui ne se colore pas en rouge vermeil, comme le sang veineux ordinaire, par le contact de l'air ou en l'agitant avec l'oxygène. » Vous voyez donc évidemment que le sang des cholériques a perdu la faculté de se combiner à l'oxygène de l'air.

Plus loin il ajoute : « Il résulte de ces recherches : 1° que l'air expiré par les cholériques qui offrent les caractères de l'asphyxie contient notablement plus d'oxygène que celui expiré par les individus sains; 2° que, dans quelques cas (d'après le témoignage de MM. Claryet-Barruel), l'air expiré par les cholériques asphyxiques n'a subi aucune modification dans le poumon. »

Il résulte du rapprochement de ces faits que ce n'est pas au défaut d'une quantité suffisante de sang dans les poumons qu'il faut attribuer l'anhématosie des cholériques algides, mais bien évidemment à la perte de la faculté de se combiner avec l'oxygène de l'air.

Voilà, messieurs, ce que j'avais à répondre aux objections de mon honorable collègue M. Fossion, qui les a présentées avec beaucoup de convenance et de mesure, ce dont je le remercie.

Je passe à l'honorable M. Lombard.

J'entre en matière par une réflexion générale que vous aurez peut-être faite vous-mêmes. Cet honorable collègue, faute de m'avoir bien compris, m'a prêté, dans diverses circonstances, un langage que je n'ai pas tenu, et a réfuté des opinions que je n'ai pas émises. Ainsi, par exemple, il s'est attaché à démontrer que généralement les vomitifs peuvent exciter des mouvements de réaction. Je ne l'ai nullement nié; j'ai seulement mis en question que les vomitifs soient le meilleur moyen pour en obtenir chez les cholériques algides. Ailleurs notre savant collègue, appliquant aux évacuations cholériques en général ce que j'avais dit de leurs vomissements seuls, a fait sur la nature de la sérosité intestinale des réflexions qui n'infirment pas le moins du monde mes observations, puisque celles-ci se bornent aux seuls liquides cholériques contenus dans l'estomac. Ailleurs encore il m'a fait nier la coloration en vert des selles après l'administration du calomélas, tandis que, mettant au contraire cette coloration verte en règle, j'ai seulement recherché si elle devait être partout attribuée à la présence de la bile, comme un des préopinants l'avait avancé.

Vidons d'abord, pour ne plus y revenir, la question relative aux évacuations cholériques. Si vous avez bien voulu faire attention à ce que j'ai dit à ce sujet dans la dernière séance, vous vous rappellerez que mon argumentation s'appuyait sur deux faits : l'un, l'analyse des liquides trouvés dans le tube digestif des cholériques, et d'où résulte, notamment de celle de M. Lassaigne, que leur composition a la plus grande analogie avec celle du sérum du sang; l'autre, l'analyse du sang des cholériques faite par Thompson, et d'où résulte qu'il est constitué par ses éléments ordinaires, moins ceux qui entrent dans la composition du sérum. Ces deux faits n'ont pas été contestés, et les conséquences que j'en ai déduites sont restées ainsi entièrement debout.

M. Lombard a dit que les liquides contenus dans le duodénum ne sont jamais

---

(1) Voyez Gazette Médicale, p. 468, 487, 509 et 528.

alcalins. Il est ici en opposition expresse avec l'opinion de M. Andral. Voici comment l'honorable professeur de Paris s'exprime :

« Il est encore assez fréquent de constater chez l'homme, après la mort, une réaction acide sur la membrane muqueuse du duodénum et sur celle de la partie supérieure de l'intestin grêle. Cependant, comme dans cette position du tube digestif affluent, du pancréas et du foie, des liquides de nature alcaline, il n'est pas très-rare de rencontrer cette sorte de réaction dans le duodénum et même au-dessous. Quant au gros intestin, j'y ai toujours, dit-il, constaté une réaction alcaline très-prononcée. »

M. Lombard a fait observer que les évacuations vagino-utérines sont alcalines, tandis que les vaginales seules sont acides, et a ajouté que c'est même à l'aide de cette réaction alcaline qu'on parvient à diagnostiquer sûrement les maladies de l'utérus de celles du vagin. C'est possible, et, complétement désintéressé, quant à ce point, je suis prêt à en convenir. Je dirai toutefois que s'il a pu voir la membrane muqueuse tapissant, suivant lui, l'intérieur de la matrice, il a été plus heureux que beaucoup d'autres. Quelques histologistes, nous le savons parfaitement, ayant, par des recherches microscopiques, reconnu à l'intérieur de ce viscère un grand nombre de papilles devenant plus volumineuses pendant la gestation, et des follicules plus gros, appelés utricules par Weber, en ont conclu, par analogie, que la membrane interne de la matrice devait être de nature muqueuse; mais ils n'ont pu en démontrer l'existence plus directement.

Mon honorable contradicteur ne veut pas des crampes cholériques comme mouvements de réaction. Il argumente de ce qu'elles comptent parmi les phénomènes initiaux du choléra algide, et se dissipent au moment où la réaction s'établit. Mais, messieurs, à ce compte-là, si cette conclusion était exacte, les vomissements ne seraient pas non plus des actes de réaction; car, pour survenir plus tard que les crampes, ils n'en coexistent pas moins avec elles, s'aggravent avec elles, et cessent dès qu'une réaction salutaire, annoncée par le retour de la chaleur, s'établit. Que seraient d'ailleurs ces crampes, sinon des mouvements réactionnels s'exécutant dans la sphère animale et ayant leur phénoménisation propre? N'attestent-elles pas évidemment une excitation avec dépravation de l'action des cordons moteurs de la moelle? Ne sont-ce pas des mouvements réfléchis comme tous les mouvements convulsifs? On pourrait même, je crois, en indiquer les causes anatomiques dans une stase du sang dans le lacis vasculaire veineux qui rampe à la surface antérieure de la moelle. Aussi longtemps que la congestion est modérée, elle agit comme cause d'irritation; si elle augmente, l'état convulsif passe à l'état paralytique.

Messieurs, j'ai émis l'opinion que, dans le choléra algide, il pouvait y avoir du danger à recommander d'une manière absolue l'emploi des vomitifs, attendu que l'acte de vomir détermine de la congestion dans les organes susdiaphragmatiques. Mon honorable contradicteur diffère d'avis avec moi sur ce point comme sur plusieurs autres, et cependant je crois être dans le vrai.

Pour vous le démontrer, je rappellerai un seul fait connu de tout le monde : c'est que pendant le vomissement il y a effort; or, pendant tout effort, il y a occlusion de la glotte en même temps que contraction des muscles abdominaux, stase du sang dans le système veineux de l'artère pulmonaire, et de proche en proche dans celui de l'encéphale. Voilà bien les organes susdiaphragmatiques. Depuis le beau travail de M. Isidore Bourdon sur cette matière, ces choses sont, je pense, monnaie courante en physiologie.

Mais, dit mon savant contradicteur, il y a sans contredit congestion dans la pneumonie, et cependant les admirables effets curatifs du tartre stibié ne peuvent être contestés. Quoique je sache, par une triste expérience, combien, dans la rapidité d'une réplique improvisée, il est difficile de saisir au juste la portée d'un argument, je vous avoue, messieurs, que le choix de celui-ci m'a confondu. En me faisant l'honneur de me répondre, M. Lombard m'a certainement cru digne d'une réponse sérieuse, et, en honneur, je cherche vainement ce caractère à celle qu'il m'a faite. Comment, ce sont les vomitifs qu'on emploie avec succès dans les pneumonies? C'est son action vomitive qu'on invoque en recourant au tartre stibié dans le traitement de cette maladie? C'est à faire vomir qu'on s'attache? Nullement; c'est par son action hyposthénisante que cette préparation antimoniale paraît exercer sur la circulation centrifuge des organes intrathoraciques qu'il rend, dans la pneumonite, de si éminents services. On affirme, je le sais, que plus il y fait vomir, plus il y fait de bien; je m'inscris formellement contre cette assertion. Je n'ai pas l'honneur d'être membre d'un corps enseignant; mais, pendant bientôt quarante ans, j'ai fait avec conscience, et peut-être pas sans distinction, une clinique d'hôpital militaire. Eh bien! je déclare saintement que lorsque le tartre stibié faisait vomir dans les pneumonites, il était loin d'abattre aussi promptement l'inflammation que lorsqu'il était toléré; il y a plus : quand je lui voyais exercer par continuité son action vomitive, je l'abandonnais de suite et le remplaçais par le kermès ou l'oxyde blanc d'antimoine. Et s'il arrive, comme cela a lieu quelquefois, que la pneumonite se modère ou se calme après des vomissements copieux ou des selles abondantes provoqués par le tartre stibié, eh bien! c'est à la grande déperdition de liquides qui contre-balance, dérive, comme on dit, les mouvements congestifs, et par conséquent à l'action antiphlogistique spoliative du remède, qu'il faut en attribuer l'honneur.

Mon honorable contradicteur pense que l'intégrité des facultés intellectuelles, chez les cholériques, est incompatible avec l'idée d'une congestion cérébrale. Messieurs, d'irrécusables autorités, parmi lesquelles je citerai M. Raikem, ont invinciblement établi la réalité de ces congestions; c'est la meilleure réponse à faire à l'argument puisé dans leur impossibilité.

Toutefois, j'en conviens, l'intégrité des facultés intellectuelles, chez les cholériques, est un fait extrêmement remarquable, non pas parce quelle se maintient en présence de l'arrêt du sang veineux dans le cerveau, mais parce qu'elle existe malgré l'absence de sang artériel; voilà ce qui est extraordinaire, voilà ce qui est inexplicable. Le cœur est incapable de lancer le sang jusqu'au cerveau, les artères sont vides, et cependant le cholérique sent, pense et agit avec conscience. Mais ce n'est pas la seule singularité offerte par le choléra, ce n'est pas le seul démenti qu'il donne aux notions ayant cours dans la science. On lit dans tous les traités de physiologie, les meilleurs et les plus récents, que, sans l'influence viviante du sang artériel, la faculté des muscles de se contracter est abolie, que cette faculté est tellement dans la dépendance du sang artériel, que la ligature de tous les troncs artériels se rendant à un membre, en suppriment tout de suite les mouvements. Eh bien! messieurs, quand dans le choléra algide les artères sont vides, que le sang est amassé et stagnant dans le système veineux, vous voyez le malade, au milieu des tortures de la douleur, exécuter des mouvements étendus, rapides, énergiques. On l'a dit avant moi, les faits révélés par le choléra rendent nécessaire la refonte de la physiologie.

Messieurs, vous vous rappelez peut-être qu'après avoir ainsi combattu mes opinions point par point, M. Lombard a fini par dire que nous étions parfaitement d'accord. La plaisanterie m'a paru un peu forte. Il serait difficile de comprendre que nous puissions être d'accord sur l'ensemble, lorsque nous sommes en si grande divergence sur les détails.

L'honorable membre a ajouté de suite après, je le sais bien : « M. Fallot aime la saignée, et moi aussi. Eh bien! messieurs, je n'aime pas la saignée, parce que je ne fais pas de la médecine de sentiment, mais celle des indications. Je n'aime pas la saignée, mais je la recommande dans le choléra, parce que de tous les moyens c'est, à mon sens, celui qui répond le mieux à l'indication principale sur l'importance de laquelle tous les médecins sont d'accord, celle d'éveiller la réaction. Ma théorie à cet égard n'est pas une théorie creuse, n'est pas une théorie vide, abstraite, stérile, n'est pas une théorie enfantée par l'imagination, une théorie qui conduit à l'abîme du scepticisme le plus désolant; mais une théorie logiquement déduite des faits, parfaitement en harmonie avec la nature et riche en salutaires applications. Il est vrai, l'amour de M. Lombard pour la saignée est tout platonique, tout de spéculation, car il déclare catégoriquement qu'il en a fait l'essai, mais toujours sans obtenir du sang. D'autres, messieurs, ont été plus heureux, et des succès remarquables ont couronné leurs efforts. Eh bien! qu'a fait mon honorable adversaire en présence de ces faits? Il en a mis en doute la réalité, il les a niés en quelque sorte, et mettant, je le dis à regret, des *lazzis* à la place de l'argumentation, il a dit qu'il voudrait bien voir la lancette de M. Meunier. Comment! vous accusez de déloyauté, de mauvaise foi, un médecin qui soumet au jugement de l'Académie des travaux consciencieux, dans lesquels il relate fidèlement ce qu'il a fait et les résultats qu'il a obtenus! Cela n'est pas généreux; et je remercie en mon nom personnel, regrettant de ne pouvoir le faire au nom de toute la compagnie, je remercie notre honorable président des observations par lesquelles il a interrompu l'orateur dans cette partie de la discussion.

J'ai moi-même publié, dans un travail dont j'ai indiqué le titre et la date dans la précédente séance, l'histoire de quelques cholériques algides guéris par ou au moins après l'emploi des saignées. Je tiens à en rappeler la date, 27 octobre 1832, pour qu'on sache bien qu'elles n'ont pas été rédigées ou produites pour le besoin de la circonstance.

Messieurs, notre honorable collègue nous a présenté quelques considérations sur l'immunité dont jouissent, dans le choléra, les personnes aisées; mais l'immunité dont il a parlé ne me paraît pas être aussi absolue qu'il a été dit, à moins que les renseignements qui m'ont été transmis de Liége, ne soient inexacts; car, suivant eux, on y aurait vu des individus de haute condition et de grande fortune brusquement enlevés, pour avoir négligé les lois de l'hygiène dont leur position leur rendait l'observation si facile et dédaigné les salutaires avertissements que leur donnait la nature sous forme de dérangements des organes digestifs. Ceci m'amène tout naturellement à faire une réflexion bien triste et bien accablante. Dans la dernière partie de son discours, dans sa longue péroraison, nous avons entendu M. Lombard, désespérant en quelque sorte de la puissance de l'art en ce qui concerne le choléra, déclarer que s'il avait à traiter des cholériques, il les abandonnerait à eux-mêmes et s'abstiendrait de toute médication.

M. Lombard : Je n'ai pas dit cela.

Plusieurs membres : Il a dit qu'il ne ferait pas grand'chose.

M. Fallot : Soit, j'accepte l'interruption. Eh bien! cela est-il conciliable avec les succès proclamés par M. Lombard? Est-ce être juste envers les vomitifs donnés naguère comme médication infaillible? Nous le connaissons tous pour un homme d'énergie, un homme de haute intelligence; que s'est-il passé depuis un mois qui ait pu le jeter dans un découragement aussi profond? Je sais bien que le siècle est au scepticisme : il y a peu de croyances qui ne soient ébranlées; celles même qui, par leur ancienneté, promettaient d'être éternelles, sont presque passées dans le domaine de la mythologie. La médecine elle-même n'a pas pu se défendre de la contagion. Dans une école justement célèbre, un des professeurs les plus distingués, renommé surtout par sa merveilleuse habileté dans la science du diagnostic, ébranle tous les jours davantage dans l'esprit de ses auditeurs la foi à la thérapeutique. Déjà la pneumonie et la fièvre typhoïde sont entièrement abandonnées à sa clinique aux soins de la nature et, à ce qu'on dit, avec les plus beaux résultats. Moi aussi j'ai dans les forces médicatrices de la nature la plus grande confiance, et dès que je vois une maladie se développer et marcher avec régularité, je l'abandonne volontiers à elle-même; mais j'ai la conviction que, de toutes les maladies dont l'espèce humaine est affligée, il n'en est certainement pas où la nature ait plus besoin d'être secourue que le choléra; et à moins que les faits ne viennent démontrer la fausseté de mon opinion, je persévérerai dans la voie que je me suis

tracée, convaincu par le raisonnement et l'expérience que c'est celle qui conduit le plus fidèlement ou, si l'on veut, le moins infidèlement au but.

J'arrive à l'honorable M. Carlier. Il pense que le siége du choléra est dans le système nerveux, que le système nerveux est primitivement attaqué. Ici, messieurs, se présente une première considération. Dire que le système nerveux est affecté, c'est s'exprimer d'une manière tellement vague qu'il me semble impossible d'attacher à cette expression, dépourvue d'épithète qui en précise la signification, aucun sens déterminé. En effet, le système nerveux est affecté dans tous les actes vitaux. Dans mon travail sur le choléra, publié en 1832, j'avais émis la pensée que le choléra consistait prochainement dans une répartition inégale de l'activité vitale entre les centres ganglionnaires. J'ai dû changer d'opinion en acquérant la conviction que le choléra est une intoxication. En effet, il résulte d'une foule d'expériences dont je pourrais citer quelques-unes si l'heure n'était pas si avancée et si je ne craignais d'abuser de vos moments, qu'aucun agent toxique, à quelque classe qu'il appartienne, n'exerce une influence générale sur l'économie, n'atteint les centres nerveux supérieurs, à moins d'avoir pénétré dans le sang. Si vous introduisez sous la peau la pointe d'une lancette, ou tout autre corps chargé d'une substance vénéneuse très-active et que vous couvriez incontinent la petite plaie d'une ventouse, que remarque-t-on? Pendant tout le temps que celle-ci reste appliquée, vous n'apercevez aucun phénomène général d'intoxication; mais dès que, par l'enlèvement de la ventouse, vous rétablissez la puissance d'absorption ou d'imbibition suspendue par son application, l'animal périt empoisonné. Beaucoup d'autres faits, messieurs, chacun le plus concluant, et qu'au besoin je pourrais citer, démontrent l'exactitude des conséquences déduites de celui qui précède. Ce sont ces faits qui m'ont fait changer de sentiment. Je ne connais pas, je le répète, d'agent toxique, si subtil qu'il soit, pas même l'acide hydrocyanique, qui puisse produire d'effets généraux sans passer par le sang. L'altération de ce liquide, dans le choléra, est d'ailleurs un fait hors de toute contestation.

L'honorable M. Raikem penche à admettre une altération nerveuse ganglionnaire, et pense pouvoir l'induire de la rougeur du ganglion cervical supérieur et du ganglion semi-lunaire. Je me permettrai de lui faire observer deux choses à ce sujet : la première, c'est que cette rougeur est loin d'être constante dans le cadavre des cholériques; l'autre, qu'elle se rencontre fréquemment dans les cadavres d'individus ayant succombé à d'autres maladies, de manière qu'il serait peu rationnel, me semble-t-il, d'en faire un caractère anatomique du choléra.

Messieurs, j'aborde maintenant un autre ordre d'idées; j'arrive sur un terrain ardu où je suis conduit par le brillant discours de M. Varlez. Il faut tout d'abord y distinguer deux choses, les allégations et les raisonnements. Quant aux premières et à tout ce que l'honorable membre a dit des statistiques comparatives de la mortalité consécutive à l'application de la méthode appelée improprement allopathique et de la méthode homœopathique, comme je n'ai sur ce point aucune donnée, j'en abandonne la responsabilité à l'orateur et l'examen à de plus instruits que moi sous ce rapport. Mais avant d'aller plus loin, permettez-moi de rassurer complétement l'orateur au sujet de l'injuste crainte qu'il a manifestée de l'espèce d'ostracisme dont il s'agirait de frapper les homœopathes dans cette enceinte. Je ne sais pas, messieurs, si vous vous souvenez de ce que j'ai eu l'honneur de vous dire peu de jours après votre constitution, quand il s'est agi de la première nomination des membres adjoints : pour moi, je me le rappelle parfaitement, parce que c'est un des premiers articles de mon *Credo* scientifique; je disais que toutes les opinions consciencieuses ont droit à être représentées ici; que notre camp était assez vaste pour que tous les pavillons scientifiques pussent s'y dérouler librement au vent de la discussion, et que s'il fallait en bannir, ce serait celui-là seul où, malgré le barbouillage de couleurs dont il serait couvert, on lirait encore ces mots primitivement inscrits : « Intérêt personnel. » C'est encore mon sentiment, ma conviction, mon désir. Cependant je dois le dire, si la présence des homœopathes parmi nous était destinée à devenir chaque fois l'occasion de discussions personnelles, de discussions irritantes et passionnées, alors je rétracterais les paroles que je viens de rappeler et regretterais d'avoir contribué pour ma part à leur admission.

M. Varlez : Ce n'est pas de notre part que sont parties les attaques.

M. Fallot : Il n'y a rien de personnel à M. Varlez dans ce que je viens de dire. J'admire le talent et j'honore le caractère de l'honorable membre. C'est une observation générale que je viens de faire sans application à aucun de vous, un salutaire avertissement, j'espère. Je ne conçois pas la susceptibilité de M. Varlez, je la trouve exagérée, je dis plus, sans fondement. Eh! messieurs, si d'autres imitaient son exemple, si à chaque observation générale on venait ainsi à s'en faire l'application, l'Académie pourrait ressembler quelque jour à ce village où tout le monde se sauvait quand on criait : *Au voleur!*

Messieurs, en faisant l'énumération des diverses opinions émises sur la nature du choléra, M. Varlez a cité celle que j'ai exprimée en 1832, et d'après laquelle cette maladie serait une hémorrhagie blanche.

J'ai déjà eu l'occasion de le dire, j'ai renoncé à cette opinion, parce que j'ai reconnu qu'au delà de cette hémorrhagie, il y avait un facteur pathogénétique dont l'intervention expliquait l'ensemble des phénomènes du choléra asphyxique; que ce facteur était l'intoxication du sang dont l'hémorrhagie blanche n'était en définitive qu'un des symptômes. La citation de M. Varlez ne doit donc figurer ici que pour mémoire.

Messieurs, avant d'entrer davantage dans la discussion, je dois vous déclarer que je n'accepte nullement comme argent comptant l'éloge que M. Varlez a bien voulu faire de mon talent et de mon savoir. Je n'y puis voir qu'un artifice oratoire, une tactique fort ingénieuse d'un amour-propre qui s'apprécie, se croit sûr de la victoire et ne voudrait pas n'avoir triomphé que d'un pygmée.

Le grand point de la discussion entre M. Varlez et moi, point sur lequel il nous sera facile de tomber d'accord, parce que j'ai affaire à un rude et habile jouteur dont l'opinion est très-arrêtée, c'est que M. Varlez sépare la force des corps, et que, suivant moi, la force est une propriété essentielle des corps, une faculté qui leur est inhérente, qui en est inséparable. Ceci est applicable à la force vitale aussi bien qu'à la force d'attraction. Or, que faites-vous lorsque vous voulez changer la force d'attraction d'un corps? Vous en changez au préalable les propriétés physiques, le volume, la densité. On m'oppose l'autorité de M. Risueno d'Amador. J'ai beaucoup de respect pour elle; celle de M. Varlez m'est également respectable; mais, quels que soient à cet égard mes sentiments, je ne crois pas que ces autorités, doublées l'une par l'autre, soient capables de constituer jamais une cuirasse tellement épaisse qu'il soit impossible à la vérité de la traverser. Or je ne cède qu'à ces autorités seules qui ont pour elles l'observation et le raisonnement, sources pures de la certitude et de la vérité.

On dit : les forces sont toujours en opposition avec d'autres forces; je dis, moi, au contraire, les forces sont toujours...

M. Varlez : Ce n'est pas là ce que j'ai dit. Voici comment je me suis exprimé : les forces se combattent, se combinent, se séparent ou se dominent réciproquement entre elles.

M. Fallot : Soit, j'accepte la rectification. Je dis, moi, au contraire, que ce sont les divers corps doués de force qui se combattent, se combinent, se séparent, etc., parce qu'il est impossible de séparer les forces des corps, et de les impressionner séparément.

On a cité diverses expériences entreprises, dit-on, par M. Braconnot, et ayant pour objet de prouver, que des éléments ne préexistant pas dans une graine, peuvent s'y développer par la seule vertu de la force vitale pendant l'acte de la germination. A cela j'ai deux observations à faire : la première a rapport à l'analyse de diverses graines, d'où est résulté que les éléments dont ces graines se composent à l'époque de leur germination n'étaient ni autres, ni plus nombreux qu'ils ne l'étaient dans la graine avant la germination; la seconde, c'est qu'au commencement de ce siècle, je ne saurais préciser plus exactement l'époque, deux commissaires de guerre, du nom de Fray, si je ne me trompe, annoncèrent à l'Académie des sciences qu'en faisant passer à travers de l'eau distillée un courant d'oxygène, d'hydrogène, de carbone et d'azote, on pouvait, en en variant les proportions, créer des insectes de formes déterminées, et si ma mémoire est fidèle, le dessin des animalcules, ainsi obtenus, accompagnait le travail. La savante compagnie s'émut à cette communication; elle fit vérifier la chose par des juges compétents, et, quoique toutes les précautions indiquées eussent été prises, que l'expérience fût répétée avec scrupule, le résultat fut négatif, grâce probablement à l'intervention de quelque incrédule, le miracle ne put s'accomplir.

Pour démontrer que la force vitale est en défaut dans le choléra, mon honorable contradicteur a cité ce fait que, pendant la durée de l'algidité, le sang ne s'oxydait pas. Il en a inféré que les forces étaient en défaut. Vous voyez que cette allégation est toute gratuite et sans aucune preuve! eh bien! moi je dis, et je le dis les analyses de ce sang à la main, que c'est parce qu'il n'y existe que très-peu ou point de sels de soude, ou, pour parler plus généralement, parce qu'il est altéré et profondément altéré dans sa composition, que le sang cholérique refuse d'absorber de l'oxygène. Sans aucun doute, sa force d'affinité pour ce gaz est diminuée, les forces hématogènes y font défaut, mais c'est parce que ces forces dérivent de son organisation, et que celle-ci est changée.

On dit : la vie préexiste à l'organisation; et moi je renverse la proposition et je dis : sans organisation, point de vie possible. La vie ne se remarque que dans les corps organisés, l'organisation que dans les corps doués de vie.

C'est d'après ces considérations, et après y avoir mûrement réfléchi, que j'ai été conduit à considérer les mots de vie et d'organisation comme synonymes, désignant la matière animée, suivant qu'on l'étudie dans son état de mouvement ou dans celui de repos; et quelque spécieuses et pressantes qu'aient été les objections de M. Varlez, ma conviction sur ce point est restée entière.

Ce n'est pas toutefois, à mon sens, une question de mots seulement, c'en est une essentiellement pratique. Lorsqu'il s'agit du traitement d'une maladie, on n'a pas à se demander si l'on va agir sur l'organisme ou sur la force organique, mais si l'on possède le moyen de modifier et de ramener à une action normale les organes dont la perturbation exprime la maladie; dans quelque grande ou minime dose qu'on administre ces moyens, c'est toujours sur des organes qu'on les dépose dans l'espoir de les modifier, bien persuadé que, dès que l'organisation sera revenue à son état normal, les phénomènes vitaux auront aussi repris leur normalité.

Voilà, messieurs, ma manière de voir, et je la considère comme infiniment plus pratique que celle qui tend à modifier directement les forces, puisque celles-ci, comme nous le savons tous, n'ont aucune existence indépendante des corps.

Chaque organe, chaque appareil organique a son stimulant propre, la lumière frappe l'œil, les sons l'ouïe, les corps sapides le goût, les impressions morales le cerveau. Aussi ne suis-je pas du tout surpris quand je vois chez un individu, bien portant jusque-là, gai, content, la digestion troublée à la réception d'une mauvaise nouvelle qui lui arrive après le repas. Je ne vois rien là qui sorte des lois communes de la vie; rien qui doive faire recourir à l'insoutenable hypothèse que les forces ont été directement atteintes. La mauvaise nouvelle produit dans le cerveau une pénible sensation, une vive émotion, dérange le jeu de ses molécules, et comme tout se lie et s'enchaîne dans l'économie, le cerveau ébranlé réagit pathologiquement sur les viscères, ralentit ou accélère les mouvements du cœur, augmente ou suspend peut-être les sécrétions, et le retentissement en arrivant dans l'estomac pendant l'accomplissement de l'acte de la digestion, cette fonction se trouve aussi perturbée.

Il y aurait, messieurs, beaucoup de choses encore à dire relativement à la doctrine de Hahnemann. Il s'agirait d'examiner jusqu'à quel point la prétention de l'auteur de l'homœopathie, de modifier l'économie avec des substances infinitésimalement divisées, est justifiable; si par des opérations toutes physiques, contusion, percussion, il est possible de dynamiser des substances mortes; il faudrait, en un mot, s'occuper de quelques dogmes fondamentaux de l'homœopathie, prendre l'offensive à son tour. Mais j'ai deux raisons pour terminer ici mon discours : la première et la principale, c'est que je craindrais, en le prolongeant encore, d'abuser de vos moments; la deuxième, c'est la conviction que les orateurs inscrits après moi, se chargeront de cette tâche et l'accompliront infiniment mieux que je ne pourrais le faire, d'autant plus que je n'y suis pas suffisamment préparé. Au reste, j'y reviendrai.

M. Daumerie : Messieurs, j'avais préparé un résumé thérapeutique relatif au choléra de 1832; mais le temps ne me permet pas de vous le communiquer. Je suis un soldat de 1832, et je crois avoir fait mon devoir avant même l'arrivée de la maladie dans la capitale; j'avais eu à son sujet de fréquentes conférences avec plusieurs de mes savants collègues, entre autres avec M. le docteur Marinus, notre honorable secrétaire adjoint, et M. le docteur Bigot, Français, qui pratiquait la médecine à Bruxelles à cette époque, et qui est maintenant rentré dans sa patrie. Nous nous rencontrions souvent ensemble, nous discutions la nature et surtout le traitement de l'affection. Eh bien! messieurs, nous nous sommes arrêtés à l'idée, pour ce qui concerne la médication, que nous devions principalement compter sur les stimulants diffusibles réunis à l'opium. Notre pratique, notre expérience et nos observations ont confirmé notre manière de voir, et établi chez nous des convictions que nous conservons aujourd'hui.

Je vous le répète, messieurs, je pense que les meilleurs traitements applicables au choléra-morbus asiatique consistent jusqu'à ce jour dans les médicaments dits stimulants diffusibles et l'opium pris par la voie de l'estomac. C'est aussi l'opinion de M. le docteur Fossion, c'est celle de M. Wasseigne, de M. Sauveur, qui viennent de suivre l'épidémie de Liége, c'est l'opinion enfin de la Société de médecine de Gand, dont je tiens ici le dernier Bulletin; c'était aussi, en 1832, l'opinion d'une foule de praticiens recommandables par leurs connaissances et une réputation justement acquise, et dont je pourrais vous fournir la liste assez longue. C'est pour moi, messieurs, une conviction intime, une conviction profonde, une conviction de martyr; je n'ai qu'un seul désir à former, mais un désir bien ardent, c'est que ma conviction puisse être partagée par tous les membres de cette honorable assemblée et par tous les praticiens du pays. Je puis me tromper peut-être, car qui oserait se dire infaillible? mais cette conviction est tellement forte, tellement puissante chez moi, que j'ose la qualifier de conviction de martyr.

Faisons trêve, messieurs, à nos discussions de théorie : déjà le fléau a décimé la ville de Liége, il décime la ville de Gand, il approche de Bruxelles. Ce ne sont pas de belles théories qu'il faut opposer à notre redoutable ennemi, mais des armes et surtout des armes bien aiguisées.

L'Académie renvoie la suite de la discussion à la prochaine séance.

La séance est levée à trois heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DU NOMA, OU DU SPHACÈLE DE LA BOUCHE CHEZ LES ENFANTS; thèse de M. J. Tourdes. — Un in-8° de 107 pages. — Strasbourg, 1848.

De toutes les maladies qui exercent la méditation et défrayent les premiers pas de nos jeunes confrères, aucune peut-être ne méritait plus que celle-ci de devenir à son tour le sujet d'une dissertation inaugurale. Elle le méritait autant par la vaine richesse de son histoire pathologique que par le vide trop réel de sa thérapeutique. Connue, décrite, discutée, disséquée, commentée, expérimentée depuis des siècles, l'affection gangréneuse de la bouche chez les enfants reste encore aujourd'hui avec ce caractère de presque incurabilité que les premiers observateurs lui avaient assigné. Frappant exemple de l'inanité de nos efforts devant certains arrêts de la nature! mais preuve non moins frappante de la persévérance de notre science, que la noblesse du but aiguillonne et incite sans cesse à de nouveaux combats, malgré tout un passé de luttes inutiles!

L'honorable entreprise que M. Tourdes vient de tenter serait digne d'un tout autre horoscope, si les chances de succès devaient être mesurées sur le zèle et les mérites de l'athlète qui entre dans la carrière. Nous avons effectivement peu de souvenirs d'avoir feuilleté une bibliographie aussi complète, aussi irréprochablement remplie que celle-ci. La manière laborieuse et attachante dont elle est conçue et rédigée forme un titre non moins flatteur pour l'école qui a un pareil représentant de ses doctrines que pour la personne même de l'auteur; car ces investigations, moins intéressantes par leur nombre que par leur résultat, ces continuelles épurations des données rationnelles par le crible de l'expérience, décèlent heureusement le mélange intellectuel particulier qui fait à la fois l'originalité et la force de notre Faculté juxta-rhénane.

Après un historique, dans lequel il s'attache à montrer l'opinion de chaque auteur d'après une ou plusieurs citations textuelles, M. Tourdes fait voir combien les *dénominations* diverses du sphacèle buccal des enfants ont influé sur sa connaissance et sur son traitement. Pouvait-on combattre fructueusement, pouvait-on soumettre à un ensemble méthodique de recherches la maladie qui, cancer ici, était là un produit du scorbut, plus loin une diphtérite, pour d'autres une gangrène, une phlegmasie, un charbon, etc.? A ces notions si confuses, on substituera avec avantage la définition suivante : « affection gangréneuse de la bouche, attaquant plus particulièrement les enfants dont la constitution est altérée par une mauvaise hygiène et par des maladies graves, notamment par des fièvres éruptives, débutant par une ulcération de la muqueuse avec œdème de la face, marchant de dedans en dehors, détruisant avec rapidité les parties molles et les os, accompagnée le plus souvent d'hépatisation pulmonaire et presque toujours promptement mortelle. » (Page 29.). — Maintenant on demandera sans doute pourquoi à la dénomination si claire, si juste dans la circonstance de gangrène, M. Tourdes a préféré le mot *noma*. Eh bien! c'est parce qu'il y a, outre celle-ci, plusieurs espèces de gangrène de la bouche, et que cette expression de noma, innocente, par son insignifiance même, du danger de faire prévaloir des idées erronées sur la nature du mal, avait déjà été adoptée par quelques pathologistes pour désigner la collection particulière de symptômes que nous venons d'exposer ci-dessus.

L'*étiologie* offrait au jugement de l'auteur un champ à la fois plus fécond et plus difficile à défricher. C'est ici qu'il lui a fallu apprécier, analyser les différentes doctrines ayant cours depuis des siècles sur la nature de la maladie, doctrines dont les bizarres dénominations de tout à l'heure ne sont qu'un reflet. Armé d'une expérience personnellement acquise, non moins que de l'assentiment unanime des écrivains, M. Tourdes commence par déblayer le terrain en établissant d'abord ce grand principe : « que les causes du noma sont presque toutes de nature débilitante; que l'enfance des conditions hygiéniques défavorables, la préexistence de maladies graves, dominent toute l'étiologie de cette affection. »

Mais diverses influences agissent ici, et il importait surtout de bien préciser le degré et le mode spécial d'action de chacune d'elles. Les unes sont générales, telles que l'enfance, la préexistence d'une maladie grave; et parmi celles-ci, surtout les exanthèmes ou fièvres éruptives. Ces maladies, et la rougeole à leur tête, produisent le noma, soit par l'éruption que souvent elles déterminent sur la muqueuse buccale, soit par l'affaiblissement général qui les accompagne, soit par leur propriété bien connue de favoriser les œdèmes. Les fièvres intermittentes contribuent aussi au développement du noma. — Certaines médications partagent le funeste pouvoir de créer dans l'économie cet état particulier dont la gangrène buccale est la conséquence : ce sont les antiphlogistiques abusivement ou inopportunément administrés, et les préparations mercurielles.

Mais déjà, quant à ce dernier remède, la modification asthénique générale n'agit pas seule. A cette perturbation de l'organisme, se joint le plus ordinairement une inflammation ou une ulcération mercurielle, lésion locale, cause d'évolution jouant un rôle important, quoique secondaire, dans le mécanisme pathogénique dont nous cherchons à analyser les secrets. Presque toujours, d'ailleurs, il en est de même, et si le sphacèle, résultat d'une perversion générale, envahit de préférence la bouche, c'est à des circonstances de ce genre, c'est à l'existence d'une altération locale prédisposante qu'il faut en demander compte. L'anatomie et la physiologie expliquent jusqu'à un certain point cette prédilection; car la paroi buccale renferme, entre ses deux feuillets cutané et muqueux, un abondant tissu cellulaire adipeux dont la mortification est facile. On sait d'ailleurs que l'engorgement des gencives occasionne une compression considérable de ces tissus contre les os sous-jacents. Enfin le travail sourd, mais continu, de la dentition, la fréquence des ulcères ou des aphtes, l'action irritante de l'air et des corps étrangers, servent encore à rendre raison de la fréquence des maladies gangréneuses de cette région dans le bas âge.

La *symptomatologie* a reçu de M. Tourdes des développements qui pourront d'abord sembler minutieux, mais dont la plus simple réflexion montre l'importance capitale. Dans une affection si promptement mortelle, si généralement incurable, n'est-ce pas, en effet, aux premiers indices du mal qu'il faut s'attaquer? Et comment en reconnaître les fugitifs avant-coureurs, si une description détaillée ne vous a pas initié à cette difficile étude? Il était donc tout à fait indispensable de rechercher par quels symptômes et sur quels tissus le mal manifeste son invasion. Trois opinions émises sur ce point attribuent le commencement, l'une à la membrane muqueuse, l'autre à la peau, la troisième aux couches intermédiaires. Or évidemment c'est la première manière de voir que les faits confirment le plus souvent. Presque toujours il y a eu au début ulcération de la muqueuse. M. Tourdes dit qu'il lui a constamment été possible de la constater quand le patient a été examiné à temps. Quant à la peau, elle présente effectivement de bonne heure une tache gangréneuse; mais à cette époque la période initiale a déjà passé. Enfin l'on sait qu'il se développe alors dans l'épaisseur de la joue un noyau

central, plus ou moins dur, parfois un œdème marqué; mais, malgré l'autorité de Richter, de Billard, de M. Taupin, l'auteur considère comme exceptionnels les cas où cette lésion est la première en date dans la succession des phénomènes morbides.

Ainsi, quant à l'*ordre* selon lequel les symptômes paraissent, on doit reconnaître dans l'évolution du noma deux phases bien tranchées : celle de l'ulcération et celle de la gangrène. L'ulcère, dès qu'il s'est un peu étendu, répand une odeur des plus fétides, et s'accompagne d'œdème de toutes les parties environnantes. Bientôt après on sent au milieu de la joue, au centre de l'infiltration, au-dessus de l'ulcère de la muqueuse, un noyau d'engorgement dur et circonscrit, d'un diamètre de 1 à 2 centimètres.

La gangrène ne tarde pas à envahir le fond de l'ulcération; elle s'étend ensuite en profondeur plus encore qu'en largeur; le noyau central s'affaisse et se ramollit. Les gencives, les muscles, les os eux-mêmes, sont tour à tour atteints et se détachent en lambeaux ou en séquestres étendus. Le sphacèle de la peau est précédé d'une tache jaune qui devient bientôt livide, jaunâtre, puis noirâtre; et ces divers changements s'opèrent avec une telle rapidité, que dès que la tache jaune a paru, on peut dire que la gangrène est inévitable, ou, pour parler plus exactement, qu'elle a déjà commencé.

Les *symptômes généraux* ne semblent, ni pour l'époque de leur apparition, ni quant à leur intensité, être en rapport avec la promptitude des ravages locaux. Chose bien remarquable! tandis que la joue se creuse d'un large ulcère et tombe par morceaux, la réaction fébrile est modérée, l'enfant continue à jouer, se prête sans difficulté aux rigueurs du traitement, et quelquefois boit et mange (Isnard) jusqu'au moment de sa mort. Cependant quand le sphacèle est établi, un état général peut se développer, analogue à celui qui accompagne toutes les affections gangréneuses. Cet état d'infection générale de tout le système mérite d'être considéré comme une troisième période distincte.

Tous les observateurs s'accordent à regarder la *marche* du noma comme extrêmement rapide. Huit à quinze jours sont sa durée ordinaire quand la mort doit avoir lieu; mais on la voit assez fréquemment arriver avant le dixième jour.

Comme les parties qui se sphacèlent ne sont pas immédiatement nécessaires à l'entretien de la vie, l'état local ne cause guère la mort directement. Il ne la produirait à la longue qu'en rendant la déglutition impossible, ou par l'asphyxie que cause la tuméfaction de la langue ou par une hémorrhagie (Hueter, Worthington). Plus souvent c'est à l'infection miasmatique que les enfants succombent, véritablement empoisonnés par l'absorption des gaz de décomposition qu'ils n'ont pu éviter de respirer. Enfin, on en voit aussi périr par suite des progrès de l'affection générale sous l'influence de laquelle le noma s'était produit.

Parmi les *complications* que le noma entraîne à sa suite, il n'en est pas de plus digne d'attention que l'hépatisation pulmonaire, soit à cause de sa fréquente coexistence, soit en raison de la gravité qu'elle ajoute à la maladie primitive. A ce sujet, on regrette dans la thèse, partout ailleurs si instructive, de M. Tourdes, un vide d'autant plus surprenant qu'il forme un sensible contraste avec ses habitudes scientifiques. Les lois qui président au développement de cette complication ont encore été si peu étudiées que c'était là un sujet bien digne des méditations du pathologiste; et nous ne pouvons guère nous expliquer pourquoi l'auteur, méconnaissant l'intérêt de cette investigation, s'est occupé à nombrer la proportion dans laquelle la pneumonie apparaît plutôt qu'à rechercher le motif de sa manifestation dans ce cas. Sans doute il est curieux d'apprendre que sur vingt autopsies de noma, MM. Rilliet et Barthez l'ont trouvée dix-huit fois, et M. Taupin trente-deux fois sur trente-six. Mais ce calcul, si exact qu'il puisse être, remplit-il toute l'ambition de la science? répond-il aux *desiderata* que le mystérieux phénomène de cette bizarre coexistence fait naître dans l'esprit du lecteur?... M. Tourdes, s'il ne pouvait les dissiper, aurait au moins dû, ce nous semble, signaler les incertitudes qui règnent sur la nature de cette pneumonie, dont il montre en passant l'insidieux caractère quand il fait observer (p. 81) que « cette altération pulmonaire ne détermine aucune fièvre, que souvent elle ne se développe que dans les derniers moments de la vie, et qu'on peut très-légitimement élever des doutes sur sa nature inflammatoire. » M. Tourdes en conviendra lui-même : c'est trop s'avancer pour en demeurer là. Et, n'eussent-elles servi qu'à ouvrir la voie à d'ultérieures discussions, quelques explications sur ce point délicat n'auraient pu être plus à leur place qu'ici.

Le *diagnostic* embrasse une foule d'affections, car il doit nécessairement comprendre toutes celles qui affectent les diverses couches de la paroi buccale. Ainsi sont successivement exposés et différenciés en passant d'avec le noma : 1° les aphtes gangréneux, 2° la gangrène scorbutique, 3° l'anthrax, 4° la pustule maligne, 5° la pourriture d'hôpital, 6° les taches gangréneuses de la peau, 7° la stomatite couenneuse, 8° la stomatite ulcéreuse, 9° le lupus. On s'étonnera peut-être de voir cette dernière affection, si dissemblable du noma, être mise ici en rapport avec elle; mais le parallèle ne porte que sur la dernière époque, sur la période pour ainsi dire posthume des deux affections. Lorsqu'on veut guérir par l'autoplastie une difformité de la face, il importe, en effet, souverainement de savoir si la cause première du mal avait été une maladie qui ne récidive point comme le noma, ou bien un lupus qui pourrait revenir après l'opération et compromettre le sort du lambeau réparateur. Eh bien! si les commémoratifs manquent, l'aspect de la cicatrice permet encore de juger la question. Contournée, saillante, inégale, tuberculeuse, croûteuse, à peau voisine fine, bleuâtre, mince et plissée, elle est celle d'un lupus. Le noma, au contraire, laisse une cicatrice épaisse, fibreuse, blanche, enfoncée, bridée, adhérente, comme celle d'une ancienne brûlure.

Rien de plus triste que le *pronostic*; mais rien de plus précis que le chapitre qui y a trait dans cette thèse. Sur un total de 239 observations (empruntées à cinquante et un auteurs différents), M. Tourdes a compté 63 guérisons et 176 morts, ce qui fait une mortalité de 73 pour 100. Diverses conditions ajoutent encore aux chances funestes : plus le sujet est jeune, plus il était avant sa maladie débilité par des causes antihygiéniques, et moins il a de chances de guérison. Le noma qui se développe à la suite des fièvres éruptives laisse moins d'espoir que les autres espèces.

M. Tourdes a discuté la *nature* du noma avec un soin qu'on ne saurait trop louer. C'est dans cette section qu'il expose et critique les vues de Klaatsch qui, repoussant l'idée de gangrène, attribue la cause du mal à un ramollissement vital des tissus, à une transformation pultacée et gélatineuse, dans la production de laquelle il pense que la salive altérée joue un grand rôle en dissolvant rapidement les tissus; théorie assez ingénieusement motivée, mais qu'un examen sérieux renverse aisément.

La gangrène est-elle sèche ou humide? Tout en admettant les deux formes, l'auteur ne s'explique pas nettement sur le fait de savoir laquelle des deux se présente le plus souvent. Il y a même dans l'expression de sa pensée à cet égard une obscurité, une sorte de contradiction qui tient sans doute à la pénurie d'observations directes sur l'état des vaisseaux et se dissipera grâce à des documents plus nombreux.

L'insuffisance malheureusement avérée de la thérapeutique ne doit pas engager les médecins à dévier de la ligne de conduite qu'ils suivent presque unanimement dans le traitement de cette affection. Pour échouer bien souvent, elle n'en est pas moins la bonne. M. Tourdes l'exprime avec une justesse parfaite : « La science, dit-il, n'est ici que jusqu'à un certain point responsable de l'impuissance de l'art. Sans doute l'inefficacité de la médecine provient en partie de ce que l'on ne connaît point assez la nature du noma; mais elle s'explique bien plus encore par les circonstances au milieu desquelles se développe cette affection. La gangrène de la bouche est secondaire; c'est le dernier symptôme d'une modification profonde de l'organisme, contre laquelle le médecin n'a pu lutter en temps utile; trop souvent le traitement ne commence qu'à une époque où déjà il est devenu impossible. »

Malgré ce pronostic rigoureux, on devra toujours, quoiqu'il soit alors bien tard, tâcher, dès l'apparition du mal, de modifier l'état général sous l'influence duquel la mortification survient. L'hygiène tient plus de place que la pharmacologie dans les moyens de satisfaire à cette indication. Ne pas retenir longtemps à l'hôpital les enfants convalescents de fièvre éruptive ou les y placer dans une salle vaste et bien aérée, telles sont les premières règles à suivre, d'autant plus importantes que c'est de la prophylaxie. Les toniques ordinaires seront administrés à profusion, autant du moins que l'état de l'organisme le permettra. Enfin l'abstention des moyens antiphlogistiques, ou une sage réserve dans l'emploi de ceux qui pourraient paraître indiqués par quelque complication forme un des préceptes de prudence les plus impérieux à rappeler et à suivre.

Le traitement local est bien connu; il a pour but de substituer un travail phlegmasique à l'envahissement de la gangrène, et pour agents tous les caustiques et même le fer rouge. M. Tourdes a longuement discuté la valeur relative des diverses substances qui ont été proposées pour remplir cet objet le plus important et celui, du reste, sur l'extrême utilité duquel tous les auteurs sont d'accord.

— Le collége des chirurgiens de Londres vient d'accorder le grand prix d'anatomie à M. H. Gray pour ses essais sur l'origine, les connexions et la distribution des nerfs de l'œil humain et de ses annexes, avec des recherches d'anatomie comparée chez les animaux vertébrés, et le prix Jackson à M. J. Birkett pour sa dissertation sur les maladies de la glande mammaire chez l'homme et chez la femme, et leur traitement.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MARCHE DU CHOLÉRA A PARIS ET DANS LES DÉPARTEMENTS. — DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — IMPORTANCE DE LA RÉACTION. — MÉTHODE EXCITANTE. — SAIGNÉES.

L'épidémie de Paris touche à sa fin. Depuis notre dernier bulletin, le nombre des entrées et des décès a peu varié. Les oscillations qu'on a remarquées n'ont rien offert qui ne fût d'accord avec ce qui avait été observé précédemment. Des alternatives insignifiantes d'augmentation et de diminution, liées à des influences passagères, voilà ce que l'on a constaté, et ce que l'on constatera peut-être encore longtemps, du moins à Paris, avant la cessation complète de l'épidémie.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX.

Dates.	Hôpitaux civils. Entrées.	Décès.	Hôpitaux militaires. Entrées.	Décès.
11 juillet	17	14	Pour les 9 jours. 14	6
12 —	17	11		
13 —	22	12		
14 —	31	11		
15 —	21	14		
16 —	21	12		
17 —	20	15		
18 —	42	14		
19 —	22	10		

Total des décès dans les hôpitaux depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 19 juillet 6774
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet 9127

Total général. 15901

Quant à l'épidémie dans les départements, nous regrettons de ne pas être en mesure d'en marquer l'itinéraire et les phases d'une manière précise. Nous avons fait valoir toutes les raisons qui militeraient en faveur d'une publicité régulière et complète : l'administration persiste dans son silence. Nous ne pouvons que le regretter et reproduire les faits qui sont de notoriété publique, ou qui nous arrivent par notre correspondance particulière.

— Nous avons dit dans notre dernier numéro, à propos de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine belge, ce que nous pensions de l'emploi de l'opium et des évacuants, dans le traitement du choléra. Il est encore un point sur lequel nous désirons présenter quelques observations : c'est celui qui concerne l'emploi des moyens propres à provoquer la réaction.

Quelle est, dans la thérapeutique du choléra, la valeur réelle de la réaction provoquée ? A quelle époque, dans quelle mesure, par quels moyens convient-il de remplir cette indication ?

On peut dire, en thèse générale, que l'apparition des phénomènes de réaction chez un cholérique est un signe d'amélioration ; c'est le signe que les forces vitales, d'abord enchaînées par l'extrême gravité du mal, commencent à se dégager, à se relever, à faire sentir leur résistance. La lutte entre l'organisme et le principe morbide est alors manifeste; on peut donc espérer que le premier triomphera. Ce n'est pas à dire assurément que la réaction ne puisse à son tour engendrer des accidents consécutifs, tels que la congestion des viscères, capables d'amener la mort. Trop souvent, par malheur, il en arrive ainsi. Nous disons seulement que la réaction, à son premier développement, avec la chance ouverte d'en prévenir les dangers, doit être considérée comme d'heureux augure. Là-dessus, du reste, on s'est assez bien entendu à l'Académie de médecine de Belgique.

Mais de ce que l'apparition des phénomènes de réaction, tels que le retour de la chaleur, le développement du pouls, etc., est d'ordinaire le point de départ d'un heureux changement dans l'état du malade, s'ensuit-il que l'indication principale, essentielle, la plus urgente, soit de provoquer directement la réaction par les moyens propres à activer la circulation et à ranimer la chaleur? C'est l'opinion de M. Fallot, secondé en cela par M. Fossion. M. Fallot place l'*essence du choléra* dans l'*anhématosie*, c'est-à-dire dans l'*impossibilité où est le sang de s'artérialiser;* de là stagnation du sang, cyanose, refroidissement, anéantissement graduel des battements du cœur. Et l'honorable membre en conclut que rien ne saurait être plus urgent que de réveiller l'activité de l'organe central de la circulation.

Contre ce précepte, dans les termes absolus où il est posé, nous pourrions d'abord invoquer l'expérience. Dans les cas de choléra bien confirmé, de choléra algide, l'administration des excitants, quels qu'ils fussent, à quelque dose qu'on les employât, nous a paru presque toujours infructueuse. Quand le pouls se relève, quand la peau se réchauffe, c'est que déjà une amélioration notable s'est faite d'un autre côté, portant sur des éléments plus essentiels de la maladie, et sans qu'on puisse en faire honneur aux stimulants; c'est, par exemple, que les selles riziformes ont diminué ou ont fait place à des selles jaunâtres ou bilieuses. Il en est trop souvent des stimulants *directs* (nous voulons parler des substances qui, dans l'état ordinaire et administrées à un homme sain, amènent directement l'élévation du pouls et de la température animale), il en est de ces stimulants comme des couvertures de laine dont on accable les malades, et qui n'ont d'autre effet, dans la grande majorité des cas, que d'accroître sans avantage ce sentiment de chaleur interne et d'étouffement qui fait le supplice des cholériques et les porte incessamment à se découvrir.

Mais à ne considérer que le raisonnement, l'indication relative à l'emploi des stimulants ne nous semble pas encore avoir un caractère d'urgence tel, qu'elle doive primer toutes les autres indications. Nous sommes loin de concéder à M. Fallot, et nous l'avons dit dans un précédent article, que l'altération du sang, de quelque nature qu'on la suppose, soit le dernier point auquel on puisse s'élever dans l'étude des modifications ou aberrations organiques dont se compose le choléra, et que l'*essence* de la maladie réside dans l'anhématosie. Une affection *essentiellement* cholérique peut exister, suivant nous, sans anhématosie, sans altération *visible* du sang; témoin la cholérine, même très-intense; témoin le choléra sidérant, qui tue quelquefois sans cyanose. Nous avons montré que, dans l'étude de la filiation des symptômes et des lésions propres au choléra, on pouvait remonter plus haut que l'altération du sang, tout au moins jusqu'au trouble du système nerveux; et il faut ajouter que ce trouble, en supposant que ce

---

Feuilleton.

REMARQUES MÉDICO-LÉGALES SUR LA PERVERSION DE L'INSTINCT GÉNÉSIQUE.

Lorsqu'un fait singulier, bizarre, extraordinaire, se produit dans le monde, il donne aussitôt lieu aux explications les plus variées, aux théories les plus opposées, mais il se forme en même temps une opinion de sentiment qui n'est souvent qu'une émanation du bon sens public, laquelle, sans procès-verbaux, sans rapports, sans discussion, attribue au fait sa véritable valeur. Cet assassinat, dit la voix de tous, c'est la passion qui l'a déterminé ; ce suicide, c'est le désespoir ; cette série de meurtres, c'est la folie, et rarement la voix s'égare dans son jugement.

Le 16 novembre 1848, M. le docteur Pajot était appelé par le commissaire de police du quartier de Luxembourg pour constater une mutilation de cadavre. En arrivant dans le cimetière du Montparnasse, on le conduisit près du cadavre d'une femme âgée de 50 à 60 ans, couché sur le dos, à peu de distance d'un tombeau garni de grands cyprès. Il était en partie recouvert de son linceul; la tête et les extrémités inférieures étaient seules apparentes. La commissure droite de la bouche avait été fendue par un instrument tranchant dans l'étendue de 4 à 5 centimètres; une incision profonde avait été pratiquée sur le cou. En enlevant le linceul, on découvrait deux mutilations beaucoup plus considérables; toute la partie antérieure du tronc était ouverte par une immense incision comprenant l'étendue des parois thoraciques et abdominales antérieures.

La plus grande mutilation portait sur les membres. Le bras droit avait été complétement désarticulé : il était placé entre les jambes de la morte. La cuisse et la jambe gauches avaient été désarticulées; les tissus étaient hachés, ce qui prouvait que ces mutilations avaient été faites par un homme inexpérimenté et dans un but qu'il était impossible d'apprécier.

Le 12 décembre de la même année, M. Pajot fut encore requis pour constater une nouvelle violation de cadavre. Cette fois, c'était une femme jeune encore, dont la sépulture avait été profanée également pendant la nuit. Le cadavre, dont la bière était brisée, avait été transporté à environ cinquante pas de la fosse, comme dans le premier cas. Chez cette femme, il n'existait qu'une incision faite à l'hôpital, mais on n'y remarquait aucune de ces mutilations furieuses notées sur le cadavre de la femme de 60 ans.

Les révélations faites par les journaux amenèrent la découverte d'autres profanations commises dans des circonstances à peu près semblables. On apprit du maire d'Ivry qu'à quelques jours de distance, il y avait eu dans le cimetière de cette commune deux violations de sépulture, celle de la fille Gillet, dont le ventre et l'estomac avait été ouverts, et celle de la femme Charpitelle, morte

soit le phénomène initial, est lui-même subordonné à la cause morbide génératrice de tout le désordre, probablement (c'est M. Fallot qui le dit lui-même) à un empoisonnement miasmatique. Or s'il en est ainsi, si la sidération de l'organisme, si l'algidité, si la cyanose sont autant d'effets d'une cause délétère venue du dehors, qu'y a-t-il de plus urgent que d'évacuer cette cause, qu'y a-t-il de plus indiqué que de l'évacuer par les voies que la nature, par ses efforts spontanés, indique elle-même au praticien? Quoi de plus rationnel enfin que de faire vomir et de purger tout d'abord? L'emploi des vomitifs et des purgatifs, voilà donc l'indication capitale à laquelle nous semblerait devoir conduire la théorie du choléra, telle que nous la concevons; et nous ajoutons avec M. Lombard, au nom de l'expérience, que ce sont encore là, quoique indirectement, les meilleurs moyens de réaction qu'on puisse imaginer. Tenez pour certain que, du moment où le principe du mal aura été vaincu, détruit, par les évacuants, l'économie n'aura pas besoin d'une grande dose de stimulants pour réagir. Elle se conduira comme dans l'empoisonnement par l'arsenic ou toute autre substance hyposthénisante: elle aura grande tendance à se ranimer, et avec elle la circulation, dès que le poison aura été évacué par la bouche ou par le rectum. D'ailleurs, même dans la théorie de M. Fallot, l'urgence si impérieuse des stimulants ne se comprend pas très-bien. Où est l'indication *rationnelle* des boissons chaudes, des frictions cutanées, des sinapismes, du repassage de la colonne vertébrale avec un fer chaud, etc.? La peau est froide, le pouls cesse de battre, les capillaires veineux s'engorgent; à la bonne heure, mais pourquoi, selon vous? Parce que le sang est épais, visqueux, non oxygéné. Eh bien! cherchez alors des moyens de rendre au sang la faculté de s'artérialiser, et en même temps sa fluidité naturelle! A coup sûr, ces moyens ne sont pas ceux que vous indiquez, et il est bien clair que, si par hasard, à force de menthe, de mélisse, d'acétate d'ammoniaque, de rhum, vous parveniez à rendre au pouls un peu de sa force et de sa fréquence, à la peau un peu de sa chaleur, l'état persistant du fluide sanguin ne tarderait pas à anéantir tout le bénéfice de votre laborieuse thérapeutique.

M. Fallot fait, à ce propos, aux évacuants gastro-intestinaux un reproche qui paraîtra peu d'accord avec le précepte que nous rappelions tout à l'heure. « Lorsque la présence des évacuations, dit-il, atteste celle de la réaction, n'est-il pas imprudent d'exciter celle-ci, quand on sait par expérience combien il est difficile de maîtriser, de modérer ces mouvements réactionnaires? N'est-il pas dangereux surtout de recourir, pour les exciter, à une médication (l'usage des vomitifs) dont l'effet direct est de congestionner les viscères susdiaphragmatiques où, pendant la période algide du choléra, le sang est retenu et stagnant? » Nous avouons ne pas bien comprendre comment les évacuants en général, en tant qu'évacuants, et abstraction faite des secousses mécaniques produites par ceux d'entre eux qui provoquent le vomissement, peuvent paraître des moyens de réaction trop violents à un praticien qui recommande vivement l'emploi des stimulants. Les réactions qui suivent l'administration des évacuants ont, au contraire, cela de particulièrement avantageux, qu'elles ne se développent que dans la mesure de l'énergie naturelle de l'organisme, comme ferait un ressort débarrassé tout à coup d'un poids qui l'aurait retenu, tandis que les réactions provoquées par des excitants directs peuvent acquérir de cette cause surajoutée un surcroît d'activité, et atteindre plus facilement un degré dangereux. Et quant à l'influence spéciale des vomitifs sur la production des congestions susdiaphragmatiques, nous ne sommes pas, plus que M. Lombard, disposé à l'admettre. Les vomitifs répétés, qu'on provoque dans certaines affections thoraciques, ou ceux qu'amène spontanément le mal de mer, ne nous paraissent pas produire un tel résultat, et nous penchons même, au contraire, à regarder les secousses diaphragmatiques qui accompagnent le vomissement comme plus propres à faciliter la résolution des engorgements pulmonaires qu'à les produire.

Il ne faudrait pas tirer de toutes ces considérations la conséquence que nous repoussons du traitement du choléra, au début, l'emploi des moyens propres à provoquer la réaction. L'idée que nous nous formons de l'étiologie et du mode de développement de la maladie nous autorise même, autant et plus que M. Fallot, à adopter, dans une certaine mesure, cette médication. S'il est vrai, comme nous le croyons, que le système nerveux et non le sang reçoit les premières atteintes du principe toxique, les stimulants diffusibles, par la nature de leur action, sont plus susceptibles de réveiller l'action nerveuse, même en présence de la cause morbide, que de modifier l'état du sang. Il y aurait donc là une indication de plus à leur emploi, et nous ne négligeons pas, pour notre compte, d'y satisfaire. Ce que nous avons prétendu établir, c'est seulement que l'administration des excitants ne doit pas, comme nous le disions plus haut, primer celle des évacuants, et que les uns et les autres doivent être, dans beaucoup de cas, employés simultanément, dans la mesure et suivant les proportions respectives que prescrivent les cas particuliers.

Nous ne terminerons pas sans dire un mot des évacuations sanguines. Plusieurs orateurs qui s'étaient montrés fort divisés sur l'emploi des évacuants et des stimulants, MM. Lombard et Fallot, par exemple, se sont réunis pour ranger la saignée, soit générale, soit locale, parmi les moyens les plus propres à amener une réaction salutaire. Suivant les deux honorables membres que nous venons de nommer, les soustractions de sang ont le double avantage de faciliter le rétablissement de la circulation en produisant un vide dans les vaisseaux, et de débarrasser l'économie d'une certaine quantité de sang vicié.

Pour nous, nous commencerons par avouer que nous ne sommes pas en mesure d'apporter à l'examen de cette question les lumières de l'expérience personnelle. Jamais nous n'avons employé la saignée contre le choléra, si ce n'est dans quelques cas de congestion viscérale consécutive, pendant ou après la période de réaction. Ce que nous pourrons dire de ce moyen nous sera donc inspiré uniquement par l'examen réfléchi des effets physiologiques de la saignée et des conditions où elle se pratique chez un sujet affecté de choléra.

C'est dans le but de faciliter le développement de la réaction que MM. Fallot et Lombard conseillent les évacuations sanguines; c'est donc au début du choléra, pendant la période de cyanose et d'algidité, alors que le cœur a presque cessé de battre et que le sang est devenu épais et poisseux. Or il est bon de savoir qu'à cette période le sang se refuse souvent à couler par la veine ouverte. C'est un fait reconnu d'ailleurs par M. Lombard comme par M. Fallot, et c'est particulièrement pour ces cas qu'ils réservent l'application des sangsues au siége. M. Lombard surtout déclare formellement que, dans l'épidémie de 1848, il lui est *rarement* arrivé de pouvoir soustraire à des cholériques algides et bleus, une quantité *notable* de sang, et il se demande même assez plaisamment ce qu'était la lancette de ce docteur Meunier, praticien à Taganrog, qui adressa il y a un an, à l'Académie, un mémoire où il déclare avoir saigné *tous ses cholériques* au nombre de cent-quarante et les avoir presque tous guéris.

---

par suite de couches. Cette violation eut lieu treize jours après l'enterrement. L'ouverture du corps était semblable à la précédente.

Toutes les recherches faites pour découvrir l'auteur de ces mutilations avaient été inutiles, les chiens de garde, les coups de fusil, les machines infernales n'avaient pas obtenu de meilleur résultat, lorsqu'une conversation tenue par des militaires du 74e de ligne, qui avaient été envoyés dans le cimetière du Montparnasse le jour de l'exécution des deux condamnés dans l'affaire du général Bréa, mit sur la voie du coupable qui avait été grièvement blessé par suite de l'explosion d'une machine infernale placée par les gardiens.

L'instruction terminée, le 10 juillet a comparu devant le conseil de guerre de la Seine le nommé Bertrand, sergent-major au 74e de ligne, qui s'est reconnu l'auteur de ces mutilations. C'est un jeune homme mince, sa figure est régulière, son profil est purement dessiné et annonce beaucoup d'énergie; son front est élevé, ses yeux sont à la fois vifs et mélancoliques, les cheveux châtain-clair. Il s'avance appuyé sur deux béquilles.

Interrogé par le président, Bertrand, qui est âgé de 25 ans, a tout avoué; la note qu'il a rédigée, et dont M. Marchal (de Calvi) a donné lecture à l'audience, reproduisant tous les faits et nous paraissant exprimer fidèlement les influences auxquelles il a cédé, nous la transcrivons en entier.

« Dès l'âge de 7 à 8 ans, dit Bertrand, on remarqua en moi une espèce de » folie, mais elle ne me portait à aucun excès; je me contentais d'aller me promener dans les endroits les plus sombres d'un bois où je restais quelquefois » des journées entières dans la plus profonde tristesse.

» Ce n'est que le 23 ou le 25 février 1847, qu'une sorte de fureur s'est emparée » de moi et m'a porté à accomplir les faits pour lesquels je suis en état d'arrestation.

» Voici comment cela m'est arrivé:

» Étant un jour allé me promener à la campagne avec un de mes camarades, » nous passâmes devant un cimetière; la curiosité nous y fit entrer. Une personne » avait été enterrée la veille; le fossoyeur, surpris par la pluie, n'avait pas entièrement rempli la fosse, et avait, de plus, laissé les outils sur le terrain. A cette vue, » de noires idées me vinrent; j'eus comme un violent mal de tête, mon cœur battit avec force, je ne me possédai plus, je prétextai un motif pour rentrer de suite » en ville. A peine débarrassé de mon camarade, je retournai au cimetière, je m'emparai d'une pelle, et je me mis a creuser la fosse. Déjà j'avais retiré le corps mort, » et je commençais à le frapper avec la pelle que je tenais avec une rage que je ne » puis encore expliquer, quand un ouvrier se présenta à la porte du cimetière. » L'ayant vu, je me couchai à côté du mort, où je restai quelques instants. M'étant ensuite levé, je ne vis plus personne. L'individu était allé prévenir les autorités. Je me hâtai alors de sortir de la fosse, et après avoir recouvert le corps » entièrement de terre, je me retirai en sautant par-dessus le mur du cimetière.

» J'étais tout tremblant, une sueur froide me couvrait le corps, je me retirai » dans un petit bois voisin où, malgré une pluie froide qui tombait depuis quelques heures, je me couchai au milieu des arbrisseaux. Je restai dans cette position depuis midi jusqu'à trois heures du soir, dans un état d'insensibilité complète.

Mais enfin dans les cas où la saignée est praticable, dans ceux où l'ouverture de la veine n'ayant amené aucun résultat, on a pu obtenir à l'aide des sangsues une quantité assez considérable de sang, quel peut être le résultat de l'évacuation ?

Nous ne pouvons nous défendre, d'accord avec M. Carlier, d'un sentiment prononcé de défiance contre un moyen qui soustrait une certaine portion de fibrine et de globules à un sujet sans pouls, sans chaleur, presque sans souffle, dont la vie semble se retirer à vue d'œil. Nous savons bien que, dans l'asphyxie, dans celle, par exemple, qui résulte de l'aspiration des vapeurs de charbon, la saignée est encore le meilleur moyen de rappeler la vie prête à s'éteindre, et si le choléra, à son début, pouvait être comparé à l'asphyxie, nous trouverions bon qu'on lui appliquât la saignée. Mais il s'en faut qu'il en soit ainsi. L'anatomie pathologique démontre péremptoirement, et l'Académie belge en a pu juger tout récemment par les nouvelles observations de M. Raikem, que des congestions sanguines du foie, des poumons, l'engorgement des veines caves, de l'azygos, des mésaraïques, ne sont que des effets consécutifs; que, comme l'a dit un orateur, M. Varlez, si nous ne nous trompons, les grandes voies de la circulation sont libres dans une grande partie de la durée de la maladie. Et cette différence entre le choléra et l'asphyxie s'exprime tout aussi bien par la symptomatologie. Dans l'asphyxie par l'acide carbonique, le pouls reste plein et résistant jusqu'aux approches de l'agonie, alors même que le sujet est depuis longtemps sans connaissance et que ses membres soulevés retombent comme des masses inertes. Le cœur lutte encore énergiquement. Arrive pourtant un moment où les battements du pouls s'affaiblissent : c'est quand le cœur stupéfié n'a plus assez de force pour repousser la masse liquide qui remplit ses cavités et projeter l'onde sanguine dans les vaisseaux. Eh bien ! cette défaillance du cœur, elle existe *dès le début* du choléra. Le pouls faiblit et cesse bientôt d'être perceptible quand manifestement il n'existe encore dans les canaux circulatoires aucun obstacle sérieux au passage du sang. Encore une fois, c'est le cœur lui-même qui, cessant de recevoir l'influx nerveux nécessaire, se trouble et ne bat plus que faiblement et irrégulièrement. Que peut faire alors une saignée? Ce qu'elle ferait dans une syncope, c'est-à-dire affaiblir encore l'action du moteur central de la circulation, sans aider en rien au rétablissement de la circulation périphérique.

Admettons même que les viscères soient congestionnés; une saignée, pratiquée dans les conditions que nous venons de dire, est-elle susceptible d'amener leur dégorgement ? Le raisonnement nous porte à en douter. Un pareil effet ne pourrait se produire que de deux manières; en débarrassant les vaisseaux d'un trop-plein qui les empêcherait de recevoir en quantité suffisante le sang stagnant dans les viscères, et en appelant dans les veines, par voie d'absorption, une certaine quantité de sérosité capable de rendre la masse sanguine moins épaisse et moins visqueuse. Or, nous l'avons dit, les grosses veines, à l'autopsie des cholériques, ne contiennent, le plus souvent, qu'une quantité fort médiocre de sang noirâtre; donc ce n'était pas le trop-plein de leur cavité qui empêchait le sang des viscères d'arriver jusqu'à elles. D'un autre côté, comment espérer d'attirer, par une évacuation sanguine, de la sérosité dans les veines, quand cette sérosité est entraînée tout entière, par un courant énergique, vers tous les débouchés de la muqueuse intestinale ?

Telles sont, en abrégé, nos appréhensions à l'égard des saignées appliquées au traitement du choléra. Comme nous le disions plus haut, nous ne l'avons employée jusqu'ici que dans certains cas de réaction trop vive avec symptômes manifestes de congestion du côté de quelque viscère; et c'est plus particulièrement aux sangsues que nous avons eu recours, les appliquant soit derrière les oreilles, soit sur la poitrine, soit à l'anus, suivant que la congestion prédominait du côté de l'encéphale, ou des poumons, ou des intestins. Dans ces limites, nous en avons retiré quelques avantages. Mais c'est, quant à présent, la seule concession que l'expérience nous autorise à faire sur les avantages de ce moyen.

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHOLÉRA, extraites des Conférences cliniques de M. le professeur MICHEL LÉVY, médecin en chef au Val-de-Grâce; par M. THOLOZAN, chef de clinique.

(Premier article.)

Une maladie aussi complexe, aussi mobile dans sa phénoménalité que le choléra, ne peut être élucidée que par l'appréciation minutieuse de tous ses éléments anatomiques et physiologiques. Ce n'est qu'après avoir constitué sur des bases certaines la pathologie et l'anatomie pathologique du choléra que l'on pourra s'élever avec utilité à des considérations générales sur la marche des épidémies qu'il engendre et sur leur mode de propagation et de renouvellement.

Toutes les recherches sont utiles, même les plus minutieuses, quand elles ont pour but de nous faire connaître les modifications de l'organisme; et la majorité des médecins, loin de jeter le dédain sur ces études de détail, leur portent, au contraire, la plus vive attention. — C'est en suivant cette voie que l'on arrivera, nous n'en doutons point, à des notions positives sur la nature des maladies.— Témoins des investigations difficiles et quelquefois dégoûtantes que l'amour de la science et de l'humanité a fait entreprendre au Val-de-Grâce et dans d'autres hôpitaux (nous citerons, par exemple, les recherches de M. Andral sur la matière des selles cholériques), nous regretterions que cette voie fût abandonnée avant qu'elle n'ait conduit à des résultats définitifs qui sont indispensables à l'histoire naturelle du choléra. C'est l'observation clinique et l'anatomie pathologique, aidées par la chimie et le microscope, qui fourniront les plus sûres lumières sur la nature et l'évolution des épidémies comme sur la marche et les caractères des affections sporadiques.

Encouragés par cette pensée, M. le professeur Lévy et moi nous avons entrepris une série de recherches minutieuses sur plusieurs sujets encore peu explorés, ayant trait au mécanisme de la circulation centrale et à l'état anatomique du cœur ainsi qu'à celui des poumons, et surtout des centres nerveux. Nous allons exposer d'abord quelques recherches sur les modifications des bruits du cœur chez les cholériques. Elles étaient commencées quand parut le travail de M. Bouchut; nous les avons continuées après cette publication avec d'autant plus d'intérêt qu'elles pouvaient servir à la vérification des faits annoncés par ce médecin, le contrôle, en matière

---

» Quand je sortis de cet assoupissement, j'avais les membres brisés et la » tête faible.

» La même chose m'arriva depuis après chaque acte de folie. Deux jours après, » je suis retourné au cimetière, non plus de jour, mais à minuit, par un temps plu» vieux. N'ayant pas trouvé d'outils, je creusai la même fosse avec mes mains ; » j'avais les doigts en sang, mais je ne sentais pas la douleur. Je retirai le corps, je » le mis en pièces, après quoi je le jetai dans la fosse que je remplis entièrement » de la même manière que je l'avais creusée.

» Quatre mois s'étaient écoulés depuis le dernier attentat. Pendant cet espace » de temps, j'avais été tranquille; nous étions rentrés à Paris, je croyais ma folie » passée, quand mes amis m'engagèrent à aller visiter avec eux le cimetière du » Père-Lachaise.

» Les allées sombres de ce cimetière me plurent, je résolus de venir m'y pro» mener dans la nuit. J'y entrai, en effet, à neuf heures du soir, en escaladant le » mur; je me promenai à peu près une demi-heure, agité des plus noires idées; » je me mis ensuite à déterrer un mort, toujours sans outils; je me fis un jeu de » le mettre en pièces; ensuite je me retirai hors de moi. C'était au mois de juin.

» Les choses allèrent de la sorte pendant à peu près douze ou quinze jours » après lesquels je fus surpris par deux gardiens du cimetière, qui furent sur le » point de faire feu sur moi.

» Mais comme j'avais toujours eu soin de recouvrir les corps que j'avais muti» lés, on ne s'est aperçu de rien, et il me fut facile de me tirer d'affaire en disant » qu'étant un peu ivre, j'étais entré au cimetière, que je m'étais couché sous un » arbre et que je m'étais endormi jusqu'à cette heure. Ils me firent sortir sans » me demander autre chose.

» Le danger que je venais de courir produisit sur moi une telle impression, que » je restai sept ou huit jours sans retourner au cimetière.

» Les affaires de février 1848 survinrent. A partir de ce jour, le régiment ne » fit que voyager, et nous ne rentrâmes à Paris qu'aux journées de juin. M'étant » trouvé détaché près d'un village aux environs d'Amiens, je ne suis arrivé à Paris » que le 17 juillet. Après quelques jours de repos, le mal me revint plus violent que » jamais. Nous étions au camp d'Ivry; pendant la nuit, les sentinelles étaient très» rapprochées, et leur consigne était sévère; mais rien ne pouvait m'arrêter. Je » sortais du camp toutes les nuits pour aller au cimetière du Montparnasse, où je me » livrais à de grands excès.

» La première victime de ma fureur fut une jeune fille dont je dispersai les » membres après l'avoir mutilée. Cette profanation eut lieu vers le 25 juillet 1848; » depuis, je ne suis retourné que deux fois dans le cimetière.

» La première fois, à minuit, par un clair de lune magnifique, je vis un gar» dien qui se promenait dans une allée, un pistolet à la main. J'étais perché sur » un arbre, près du mur d'enceinte et sur le point de descendre dans le cimetière; » il passa tout près de moi et ne me vit pas. Quand il se fut éloigné, je partis sans » rien faire.

» La deuxième fois, je déterrai une vieille femme et un enfant que je traitai de » la même manière que mes autres victimes ; il m'est impossible de me rappeler » les dates de ces deux derniers attentats. Tout le reste se passa dans un cimetière » où sont enterrés les suicidés et les personnes mortes aux hôpitaux.

d'observation, étant la condition nécessaire de la certitude des résultats acquis.

NOTE SUR LES BRUITS DE LA CIRCULATION CHEZ LES CHOLÉRIQUES.

1° CIRCULATION CENTRALE. — *Sur 14 cas algides*, 5 auscultés quelques minutes avant la mort ont eu les bruits du cœur sourds, éloignés, faibles et obscurs quatre fois ; une fois ils étaient seulement faibles sans altération de timbre.— Point d'irrégularité ni d'intermittence. Sur les 9 cas restants, auscultés pendant plusieurs heures au moins, et quelques-uns pendant plusieurs jours, 5 n'ont présenté aucun changement dans le caractère ou dans le rhythme des bruits. Les activations de timbre étaient ces activations que nous avons observées quelques minutes avant la mort, mais à un degré généralement moins prononcé. Les 4 autres cas ont donné des bruits anormaux, une fois au premier temps, trois fois au second.

Les détails de ces quatre observations, faites avec un soin minutieux, sont des plus significatifs sur la cause et l'origine des bruits anormaux dans le choléra.

Dans la première observation, le bruit systolique un peu prolongé était très-légèrement *soufflé* par moments, d'autres fois il était simplement *enroué*, dans d'autres instants il revenait à l'état naturel. A l'autopsie, nous ne trouvâmes ni caillots fibrineux ni altération des orifices. La paroi interne du ventricule gauche était ecchymosée légèrement comme elle l'est dans presque tous les cas de choléra. Des coagula noirs assez consistants distendaient les cavités droites.

Dans les deux observations suivantes, c'étaient des souffles diastoliques bien prononcés qu'on entendit une fois pendant vingt quatre heures, une autre fois pendant trois jours. Ils disparurent tous deux à mesure qu'une réaction modérée s'établissait graduellement, et avant de cesser complétement ils se montrèrent d'une manière intermittente. Ces souffles étaient doux une fois, un peu rudes une autre fois, avec sensation d'*aspiration*.

La dernière observation se rapporte à un changement de timbre du deuxième bruit, qui était généralement très-éclatant et que nous avons entendu, par intervalles pendant un assez grand nombre de battements, devenir un peu soufflé, quelquefois enroué, souvent même prendre un caractère de *piaulement*.

Sur 7 cas torpides à réaction bien dessinée, une seule fois le premier bruit était un peu prolongé en souffle sur le petit silence.

2° CIRCULATION PÉRIPHÉRIQUE. — Sur les vaisseaux du cou, bruits mous, faibles, quelquefois nuls dans la période algide, bruits normaux pendant la réaction torpide (21 observations).

Dans la convalescence établie du choléra, sur 33 malades auscultés (salles 25 et 26) du 1er au 9 juin, il y avait 9 cas avec souffle vasculaire continu et redoublé ou intermittent. — Toutes ces observations, à l'exception de deux, portent sur des malades déjà anémiques avant l'apparition du choléra, par suite de maladies antérieures. De plus, dans deux de ces cas seulement, les symptômes cholériques furent bien prononcés; dans les autres cas, *cholérine, diarrhée* ou simples *vertiges*.

Ces résultats diffèrent d'une manière notable de ceux qui ont été obtenus par M. Bouchut. D'abord nous n'avons point entendu, chez cinq sujets auscultés quelques minutes avant la mort et suivis jusqu'au moment de cette terminaison funeste, le simple bruit annoncé par cet observateur. Nous trouvons dans nos notes des faits qui témoignent de la persistance du tic-tac du cœur jusqu'à la dernière expiration. Ensuite, toute pulsation et tout bruit cessent immédiatement.

Il en a été de même des bruits de frottement périphérique signalés par M. Bouchut; nous n'avons jamais rien entendu de semblable, et ici nous avons en faveur de notre opinion les résultats nécroscopiques. Sur 140 autopsies pratiquées au Val-de-Grâce par M. Masselot et par moi en présence de M. le professeur Lévy et d'un grand nombre de témoins, nous n'avons jamais trouvé d'altération inflammatoire du péricarde. Nous exposerons plus tard avec détail les lésions trouvées à la face externe du cœur; elles siégeaient exclusivement sous la séreuse, et n'étaient point de nature à produire les frottements en question.

Quant aux souffles systoliques ou diastoliques du cœur, nous les avons observés comme M. Bouchut, mais nous ne pouvons admettre en aucun point l'explication proposée par cet observateur; car sur 75 autopsies dans lesquelles nous avons examiné avec le plus grand soin la membrane interne du cœur, nous n'avons trouvé *aucune congestion de l'endocarde avec épaississement des valvules*. Les voiles membraneux conservaient dans tous les cas leur poli et leur finesse. Il faut donc recourir à une autre explication, et les seules causes probables nous semblent être l'encombrement des cavités du cœur, surtout des cavités droites, par le sang poisseux, la formation de coagula noirs, et, avant tout, une modification dans la force ou dans le mode de contraction du cœur, correspondant à des altérations de consistance de ce viscère que nous avons rencontrées un très-grand nombre de fois.

En dernier lieu, nous prétendons encore que pendant la convalescence du choléra il ne se développe pas plus de souffles jugulaires ou carotidiens que dans une foule d'autres maladies, même de celles qui sont réputées franchement inflammatoires, lorsque la convalescence a été longue et difficile. Nous ne pensons pas, d'après le résultat de nos observations, que l'altération particulière du sang des cholériques ait pour effet la production des souffles vasculaires; ces souffles tiendraient plutôt à des modifications du sang préparées de longue main, et seraient au contraire assez rarement observés dans le choléra, dont l'évolution rapide ne dépasse pas vingt à vingt-cinq jours.

OBSTÉTRIQUE.

MÉMOIRE SUR LES INDICATIONS ET LES AVANTAGES D'UN FORCEPS COURBÉ SUR LE PLAT; par M. R. BAUMERS, D. M., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

L'application de mon forceps est soumise à quelques règles différentes de celles qui sont indiquées pour le forceps de Levret.

1° On doit placer chaque branche en la tenant avec la main droite et en la guidant avec la gauche. Pour le forceps ordinaire, il faut tenir la branche mâle avec la main gauche et la guider avec la droite, et agir de la manière contraire pour la branche femelle. La règle que je pose pour mon forceps est plus commode que celle qui préside à l'application de celui de Levret; car

---

» Le premier individu que j'exhumai dans ce lieu fut un noyé auquel je ne » fis qu'ouvrir le ventre, c'était vers le 30 juillet. Il est à remarquer que je n'ai » jamais pu mutiler un homme, je n'y touchais presque jamais, *tandis que je » coupais une femme en morceaux avec un plaisir extrême.* Je ne sais à quoi » attribuer cela.

» Le jour de l'exhumation du cadavre dont je viens de parler, au 6 novembre » 1848, je déterrai et mutilai quatre morts, deux hommes et deux femmes; » celles-ci avaient au moins soixante ans. Je ne puis fixer au juste l'époque de » ces exhumations, et elles eurent lieu à peu près de quinze en quinze jours.

» Le 6 novembre, à dix heures du soir, on tira un coup de pistolet au moment » où j'escaladai la clôture du cimetière : je ne fus pas atteint. Ce fait ne me dé- » couragea pas; je me couchai sur la terre humide et je dormis au moins deux » heures par un froid rigoureux. Je pénétrai de nouveau dans le cimetière, où » je déterrai le corps d'une jeune femme noyée. Je la mutilai.

» A dater de ce jour, jusqu'au 15 mars 1849, je ne suis retourné que deux fois » au cimetière, une fois du 15 au 20 décembre, et l'autre au commencement de » janvier.

» Ces deux fois encore, j'ai essuyé deux coups de feu : le premier, qui m'a été » tiré à bout portant, a fait balle et a traversé ma capote à hauteur de la ceinture, » derrière le dos, sans me toucher; le deuxième coup ne m'atteignit pas non » plus.

» En vérifiant la position de l'arme, je remarquai qu'elle était placée de ma- » nière à frapper en plein dans la poitrine. Je me sauvai de ces deux coups de feu » comme par miracle.

» Le fil de fer qui barrait le passage ne se trouvant pas assez tendu me permit » de dépasser l'arme avant qu'elle n'ait fait feu.

» De la première quinzaine de janvier 1849 au 15 mars, je n'avais ressenti » aucune nouvelle attaque de folie; j'éprouvai même de l'éloignement pour ce qui » avait fait si longtemps mon bonheur, si je puis parler de la sorte. Quand mon » malheur voulut que je passasse vers le cimetière du Montparnasse, la curio- » sité plutôt que l'envie de faire du mal me fit escalader la clôture, et c'est » en sautant dans le cimetière que j'ai reçu le coup qui m'a conduit à l'hôpital. » Je suis certain que si j'avais été manqué, je ne serais retourné de ma vie dans » un cimetière; j'avais perdu toute ma hardiesse.

» Dans le commencement, je ne me livrais aux excès dont j'ai parlé qu'étant un » peu pris de vin, et dans la suite, je n'eus plus besoin d'être excité par la bois- » son; la contrariété seule suffisait pour me pousser au mal.

» On pourrait croire, après tout cela, que j'étais également porté à faire du mal » aux vivants; c'est le contraire : j'étais très-doux avec tout le monde; je n'aurais » pas fait de mal à un enfant. Aussi suis-je certain de n'avoir pas un seul » ennemi : tous les sous-officiers m'aimaient pour ma franchise et ma gaîté. »

Après la lecture de cette note, M. Marchal (de Calvi) a demandé à ajouter quelques détails importants. Il a révélé, d'après l'autorisation expresse du sergent, d'autres profanations que le choix des cadavres avait fait fortement soupçonner. La mutilation n'était qu'un accessoire, le but c'était la cohabitation avec les morts. Sa passion satisfaite, il restait dans une sorte d'état convulsif, se couchait par terre, en plein air, parmi les arbrisseaux, quelquefois recevant la pluie, sous l'empire d'une léthargie qui se prolongeait plusieurs heures, et ne lui enlevait pourtant

la main gauche est toujours assez adroite pour servir de guide à la branche qu'on veut introduire, et la dextérité naturellement plus grande de l'autre main est mieux employée à diriger d'une manière convenable l'extrémité des cuillers.

2° La branche postérieure ou sacrée doit être introduite en premier lieu. Ayant à parcourir la ligne courbe représentée par le périnée, le coccyx et le sacrum pour arriver jusqu'à l'angle sacro-vertébral, elle exige pour être bien placée que la main soit introduite tout entière dans le vagin. Or, si la branche pubienne était placée la première, elle génerait singulièrement cette introduction de la main par sa présence dans l'orifice vulvaire.

3° La branche postérieure ou à pivot étant placée, le manche doit en être dirigé un peu vers la droite de la femme, et en plaçant la branche antérieure ou à mortaise il faut qu'elle passe à gauche de la précédente toujours par rapport à la femme; sans cette précaution on ne pourrait pas articuler les branches sans les décroiser, à cause de la direction de l'articulation du forceps dont le pivot est tourné du côté de la cuisse gauche de la femme.

Les autres règles indiquées pour le forceps de Levret sont applicables dans l'emploi de celui que je propose.

Voici comment mon forceps doit être placé. Les précautions préliminaires étant prises, l'accoucheur introduira peu à peu la main gauche dans le vagin, et quand elle y aura pénétré tout entière, il la tournera de façon à en mettre la face dorsale en rapport avec la concavité du sacrum, la face palmaire étant dirigée vers l'intérieur du vagin. La branche postérieure ou sacrée tenue de la main droite sera alors introduite et placée de telle sorte que sa face externe ou convexe soit en contact avec la paume de la main gauche; celle-ci remontera progressivement jusqu'à ce que les doigts aient pu arriver entre l'angle sacro-vertébral et le côté postérieur de la tête. La cuiller sera alors glissée entre la tête et les doigts, et tenue par un aide qui en dirigera le manche un peu vers le côté droit de la femme. La main gauche retirée sera introduite de nouveau, à l'exception du pouce, mais au-dessus de la branche déjà placée, et dirigée vers le ligament sacro-sciatique droit. La branche pubienne pénétrera d'abord dans ce sens, mais à mesure qu'elle avancera on en abaissera peu à peu le manche jusqu'à lui donner une direction presque verticale tout en l'amenant vers la ligne médiane; pendant ce temps l'extrémité de la cuiller exécutera le mouvement de spirale décrit par madame Lachapelle, et viendra se placer entre le pubis et le côté antérieur de la tête. J'ai expérimenté toutes ces manœuvres sur le cadavre; elles sont, à la vérité, moins aisées que celles qu'exige l'application du forceps de Levret sur les côtés du bassin, mais elles sont possibles; elles ne sont pas même très-difficiles; elles sont surtout infiniment moins difficiles que celles qu'on devrait exécuter pour placer d'avant en arrière les cuillers du forceps ordinaire.

Il ne reste plus qu'à articuler le forceps; pour cela l'accoucheur, prenant la branche postérieure à pivot de la main gauche devenue libre, la rapprochera de l'antérieure à mortaise déjà tenue par la main droite, et quand elles seront convenablement réunies, un aide en tournera le pivot. Les manches étant assez serrés par des torsades de linge mouillé pour ne pas lâcher la tête, on commencera les tractions destinées à lui faire parcourir toute la longueur du canal pelvien. Examinons les manœuvres nécessaires pour que la tête, saisie par mon forceps en position transversale au détroit supérieur, descende au détroit inférieur, et y arrive en position antéro-postérieure.

1° MOUVEMENT DE DESCENTE. « Les tractions doivent être pratiquées » dans la direction de l'axe du bassin. Si la tête est au détroit supérieur, » on tirera d'abord autant en bas et en arrière que possible. » (Cazeaux page 736.) Ce précepte, juste au point de vue de l'intention, et qu'on retrouve dans tous les auteurs, ne me semble pas possible à suivre, pris au pied de la lettre. Il est bien évident que la tête doit, en effet, être soumise à l'action d'une force qui la dirige d'abord en bas et en arrière dans le sens de l'axe du détroit supérieur. Mais pour obtenir ce résultat peut-on dire qu'il faille tirer en bas et en arrière? Cette expression est pour moi inintelligible; car les manches du forceps sont nécessairement dirigés en bas et en avant, et le mot *tirer* entraîne l'idée d'une force agissant dans le sens de l'axe de l'instrument. Il me semble qu'il faudrait, tout en pratiquant des tractions dirigées en bas et en avant, imprimer aux manches, fortement saisis à pleines mains, une espèce de mouvement de bascule qui, tendant à en relever l'extrémité, fît par conséquent abaisser l'extrémité des cuillers; il faut éviter dans cette manœuvre de faire appuyer contre le bord inférieur du pubis la partie du forceps où se trouve l'articulation, ce qui produirait sur la muqueuse une pression inutile et dangereuse. De cette manière le forceps agira comme un levier du premier genre, dont la résistance, représentée par la tête, serait, à l'extrémité des cuillers, le point d'appui au niveau de l'articulation et la puissance à l'extrémité des manches. La tête est alors soumise à l'action d'une force qui tend à la faire descendre dans l'excavation dans le sens de l'axe du détroit supérieur, et non à la faire arc-bouter contre le pubis, ce qui arriverait forcément en exerçant des tractions proprement dites suivant le précepte généralement donné; car tirer en bas et en arrière avec un instrument dirigé en bas et en avant, est pour moi chose impossible. Ce qui précède s'applique aussi bien au forceps ordinaire qu'à celui que je propose.

2° MOUVEMENT DE ROTATION. Quand au deuxième mouvement nécessaire pour que la tête en position transversale au détroit supérieur vienne se placer en position antéro-postérieure au détroit inférieur, voici les règles dictées par la réflexion théorique et l'expérimentation cadavérique.

I. PRÉSENTATION DU SOMMET.

1° POSITION OCCIPITO-ILIAQUE GAUCHE TRANSVERSALE. Le forceps étant appliqué d'avant en arrière, à mesure qu'on exécutera les manœuvres nécessaires pour faire descendre la tête, on tournera le forceps sur lui-même autour de l'axe des cuillers en faisant décrire aux manches un arc de cercle qui les porte de la ligne médiane, où ils étaient primitivement, vers le côté droit de la femme ou gauche de l'accoucheur. Quand le mouvement d'arc de cercle aura été suffisant pour que le plan général de mon forceps soit perpendiculaire au plan vertical antéro-postérieur du bassin, les deux cuillers seront en rapport avec les deux tubérosités sciatiques, et par conséquent la tête sera en position antéro-postérieure, l'occiput sous le pubis. En tirant alors suivant l'axe du détroit inférieur, l'occiput se dégagera sous l'arcade du pubis, et en relevant les manches toujours placés à droite de la femme, comme pour les rapprocher de plus en plus de l'abdomen de celle ci, le dégagement du bregma, du front et de la face s'exécutera progressivement.

2° POSITION OCCIPITO-ILIAQUE DROITE. Dans ce cas le mouvement d'arc de cercle imprimé aux manches s'exécutera en sens inverse, c'est-à-dire qu'au lieu de les diriger vers le côté droit de la femme, on les dirigera du

---

aucunement la conscience de ce qui se passait autour de lui. Bertrand a déclaré que lorsqu'il déterrait des cadavres d'homme, il les repoussait avec dégoût.

Il suffit de la simple lecture de ces pièces pour avoir une opinion arrêtée sur l'état mental de Bertrand, et l'on peut ici, sans compromettre la dignité médicale, dire, avec M. Élias Regnault : Le premier homme venu, qui a du bon sens, est aussi apte qu'un médecin instruit dans ces sortes de matières à émettre l'avis que tel homme est aliéné ou ne l'est pas. Quelques réflexions qui se présentent à l'esprit de tout le monde ne laissent aucun doute sur la folie de Bertrand. Comment, en effet, à moins d'avoir la raison blessée sur un point, et nous ne saurions assez répéter que l'illustre chancelier d'Aguesseau a hautement proclamé ces mutilations partielles de l'intelligence, comment admettre qu'un homme bien élevé, instruit, doué d'une bonne organisation, ayant les moyens de plaire, s'expose aux condamnations de la loi, au déshonneur, à la mort, pour obtenir des jouissances au seul souvenir desquelles l'imagination se soulève de dégoût et d'horreur? Il y a plus: la lecture des journaux qui lui apprennent qu'il ne conserve même plus assez de présence d'esprit pour dérober aux regards les restes de ses victimes, la crainte d'être dévoré par des chiens féroces, les blessures qu'il reçoit, rien ne peut l'arrêter. N'est-ce pas là le caractère d'entraînement, d'opiniâtreté que nous rencontrons tous les jours chez les monomanes, et surtout chez les monomanes tristes?

Il y aurait des faits bien curieux à citer sur la perversion des facultés affectives et morales, par suite de la prédominance de l'instinct génésique. Héliogabale et son cheval, Pasiphaë et son taureau, le musée secret du palais des études à Naples, le cabaret obscène à Pompeï, sont les pièces de conviction qui montrent à quelle dégradation étaient arrivés les goûts de l'antiquité; mais sans remonter aussi haut, nous rapporterons quelques anecdotes contemporaines qui justifient la mesure adoptée depuis longtemps par les Anglais d'avoir une division spéciale, à Bethlem, pour les fous criminels (1). Peu d'années avant la révolution, plusieurs personnes qui passaient dans une rue isolée de Paris entendirent de faibles gémissements qui partaient d'une pièce sise au rez-de-chaussée. Elles s'approchèrent, et après avoir fait le tour de la maison, elles découvrirent une petite porte qui céda à leurs efforts. Elles traversèrent plusieurs pièces et arrivèrent dans une chambre au fond; là sur une table qui occupait le milieu de la pièce, était étendue une jeune femme entièrement nue, blanche comme de la cire, pouvant à peine se faire entendre; ses membres et son corps étaient fixés par des liens; le sang lui coulait de deux saignées faites aux bras; les seins, légèrement tailladés, laissaient échapper ce liquide; enfin les parties sexuelles, également incisées, étaient baignées de sang. Lorsque les premiers secours lui eurent été prodigués, et qu'elle fut revenue de l'espèce d'anéantissement dans lequel elle se trouvait, elle raconta à ses libérateurs qu'elle avait été attirée dans cette maison par le fameux marquis de S.... Le souper terminé, il l'avait fait saisir par ses gens, dépouiller de ses vêtements, coucher sur la table et attacher. Sur ses ordres, un homme lui avait ouvert les

(1) ANNALES D'HYGIÈNE, t. XXXVII et XXXVIII. REMARQUES SUR QUELQUES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS DE LA BELGIQUE, DE LA HOLLANDE ET DE L'ANGLETERRE.

côté de sa cuisse gauche. Les résultats seront les mêmes ; seulement la tête aura tourné en sens inverse du cas précédent.

II. Présentation de la face.

1° Position mento-iliaque gauche. Le menton, qui est en rapport avec l'os coxal gauche, doit être ramené sans le pubis pour que l'accouchement soit possible. La face doit donc tourner du côté gauche, vers lequel elle regarde, jusqu'à la ligne médiane. Le manche du forceps, placé suivant la ligne médiane et le plan vertical antéro-postérieur du bassin, doit donc, dans son mouvement de rotation, et partant de la ligne médiane, être ramené à droite pour que les cuillers, exécutant un mouvement analogue, placent la tête en position antéro-postérieure au détroit inférieur.

2° Position mento-iliaque droite. Dans ce cas, par suite du même raisonnement, le manche sera dirigé de la ligne médiane vers le côté gauche. — Nous pouvons résumer ce qui est relatif aux manœuvres nécessaires pour faire exécuter à la tête les mouvements de rotation nécessaires à l'accouchement en disant que, dans les présentations du sommet, lorsque l'occiput est à gauche, il faut tourner les manches de la ligne médiane vers le côté droit de la femme, lorsqu'il est à droite, le tourner de la ligne médiane vers le côté gauche. Pour les présentations de la face, si le menton est à gauche, il faut amener les manches de la ligne médiane vers la droite de la femme, et s'il est à droite, de la ligne médiane vers le côté gauche ; ce qui peut se formuler par le précepte suivant à ajouter aux trois que nous avons déjà indiqués, savoir : que le forceps étant appliqué, il faut tourner le manche de l'instrument du côté opposé à celui où se trouve la partie qu'on veut ramener sous le pubis. Ce précepte correspond aux deux suivants relatifs au forceps ordinaire : il faut que les cuillers soient appliquées de manière que la concavité des bords soit dirigée vers le point de la tête qu'on veut ramener sous le pubis.

Dans les positions diagonales et transversales, il faut imprimer à la tête un mouvement de rotation qui tourne la concavité des bords de l'instrument directement en avant.

J'ai répété toutes ces manœuvres sur le cadavre, et je puis assurer qu'elles ne sont pas plus difficiles avec le forceps que je propose qu'avec celui de Levret. Dans ces expériences comparatives, je ne pouvais évidemment remplacer l'utérus, ni par conséquent apprécier les difficultés qui résultent sur le vivant des contractions de cet organe ; mais les conditions étant les mêmes pour les deux instruments, si le mien avait fait naître par son mode de courbure des difficultés inhérentes au sens dans lequel elle a lieu, je l'aurais certainement reconnu.

Poser les indications de mon forceps, c'est dire quels sont les cas qui réclament l'emploi de cet instrument lorsque la tête est en position transversale au détroit supérieur. Nous allons examiner les avantages de l'instrument que je propose dans les cas suivants :

1° Rétrécissements du bassin. Le vice de conformation du bassin le plus fréquent est celui dans lequel le diamètre sacro-pubien est moins considérable qu'à l'état normal. « J'ai déjà dit que de toutes les déformations du » bassin, celles du détroit supérieur étaient les plus ordinaires, et j'ajoute » que, dans celles-ci même, c'est le diamètre antéro-postérieur qui est le » plus ordinairement vicié. » (Madame Lachapelle, onzième mémoire, quatrième volume, p. 410.) « Le plus souvent le rétrécissement est au détroit » supérieur, et porte sur le diamètre antéro-postérieur de ce détroit. » (Cazeaux, p. 754.) Or, quand ce diamètre est rétréci, dans quelle position la tête a-t-elle de la tendance à se placer ? C'est M. Paul Dubois qui va nous répondre. « Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait remarqué que, dans les bassins dont le diamètre sacro-pubien est raccourci, la tête du fœtus, si elle » était oblique avant le travail, se place constamment ensuite dans une direction transversale, c'est-à-dire dans celle dans laquelle elle offre au » diamètre vicié le moins de dimension possible. » (P. Dubois, Journal des connaissances médico-chirurgicales, voir Cazeaux, p. 347.) La même opinion est également formulée d'une manière positive par M. Cazeaux. « La tête, retenue au-dessus, est placée en position transversale ou » diagonale, mais le plus souvent transversale ; car elle a toujours de la » tendance à offrir ses plus grands diamètres aux plus grands diamètres du » bassin. » (Cazeaux, p. 754.) Comment le forceps ordinaire sera-t-il placé ? La meilleure manière serait évidemment de l'appliquer sur les côtés de la tête ; mais, nous l'avons vu, ce n'est pas possible avec le forceps de Levret. Il faut donc saisir la tête du front à l'occiput. C'est là le conseil que donnent tous les accoucheurs modernes. « C'est alors le diamètre bipariétal » qui correspond au diamètre rétréci. C'est sur les extrémités du diamètre » bipariétal qu'il faudrait que fussent appliquées les cuillers du forceps. Or » nous avons démontré que ce n'était possible dans aucun cas. Mais cette » impossibilité est encore plus évidente dans le cas de rétrécissement. Le » forceps sera donc appliqué latéralement ; mais qui ne voit qu'alors la » pression qu'il exercera portera sur le diamètre occipito-frontal ? et si les » expériences de Baudeloque ont démontré que la tête, aplatie dans un sens, » ne s'allongeait pas sensiblement dans l'autre, au moins ne peut-on admettre que la réduction obtenue dans le diamètre occipito-frontal diminue en même temps le bipariétal qui lui est perpendiculaire. » (Cazeaux, p. 754.) Nous avons démontré tous les inconvénients de ce mode d'application du forceps, qui consiste à saisir la tête du front à l'occiput, et qui est seul possible avec le forceps de Levret, la tête étant placée transversalement au détroit supérieur. Or mon forceps ayant spécialement pour but de pouvoir s'appliquer sur les côtés de la tête dans cette position, c'est donc évidemment le cas le mieux indiqué pour appliquer l'instrument que je propose.

Je prévois une objection assez naturelle : comment, vous voulez saisir la tête dans le sens du diamètre rétréci ; vous ajoutez au volume normal de la tête toute l'épaisseur des deux branches de votre instrument, vous augmentez par conséquent les difficultés. Cette objection serait assez juste relativement à la branche antérieure ou pubienne, si on ne remarquait pas que l'épaisseur de cette branche n'est que d'une ligne et demie, et qu'en outre, en comprimant les parties molles de la tête et en s'y enfonçant, son épaisseur diminue forcément d'autant. Quant à la branche postérieure ou sacrée, elle n'augmente en rien le volume de la tête, attendu que la bosse pariétale postérieure se trouve logée dans la fenêtre de la cuiller, et que par conséquent l'angle sacro-vertébral est en contact direct avec cette même bosse pariétale, et non avec la branche correspondante de mon instrument.

Mais voici que cette objection me conduit à démontrer un autre avantage de mon forceps dans le cas de rétrécissement du bassin. Les branches étant appliquées sur les extrémités du diamètre bipariétal, compriment fortement la tête dans ce sens, et tendent par conséquent à diminuer l'étendue de ce diamètre qui correspond au diamètre rétréci du bassin. Nous avons vu de plus que le forceps ordinaire, appliqué dans ce cas du front à l'occiput,

---

veines avec une lancette et pratiqué un grand nombre d'incisions sur le corps. Immédiatement tout le monde s'était retiré, et le marquis se déshabillant s'était livré sur elle à ses débauches habituelles. Son intention, disait-il, n'était point de lui faire du mal ; mais comme elle ne cessait de crier et qu'on entendit du bruit dans les environs de la maison, le marquis se leva brusquement et disparut avec ses gens. Cette affaire fut étouffée, la victime désintéressée et la gravité des événements la fit promptement oublier. On sait quelle fut la fin de son auteur. Napoléon, qui ne se trompait guère sur les hommes, le condamna à rester comme fou dans la maison de Charenton. L'ami dont je tiens cette anecdote, et qui avait connu le marquis de S..., me disait que lorsqu'on parlait d'aventures galantes devant lui, ses yeux s'injectaient de sang et prenaient une expression sinistre et féroce.

Il y a vingt deux ans, on conduisit dans la maison de santé de madame Marcel Sainte-Colombe, aujourd'hui dirigée par MM. Bourdoncle, Michéa, et dont j'étais alors le médecin, un commandant âgé de 36 ans. Diverses circonstances qu'il serait inutile de rapporter ici lui avaient fait contracter une liaison très-intime avec une femme jeune et intéressante. Le caractère de M. T..., loin de s'adoucir par ce commerce, n'en devint que plus furieux. Sa conduite avec cette malheureuse ne peut s'expliquer que par le dérangement de ses facultés intellectuelles. Après l'avoir accablée d'injures, il la contraignait, sous les plus horribles menaces, de se laisser appliquer des sangsues aux parties génitales, à l'anus, ou de se faire saigner. Dès que le sang coulait, sa fureur se changeait en tendresse ; il l'obligeait à satisfaire ses désirs, et il cessait de la tourmenter jusqu'à nouvelle occasion. Sur ces entrefaites, T... étant tombé malade, eut besoin de quelques médicaments dont le pharmacien lui réclama plus tard le payement. Transporté de fureur, il se précipita dans la maison l'épée à la main, criant qu'il voulait tuer le pharmacien et ses aides. La force armée vint mettre fin à cette scène scandaleuse. Lorsque je le vis, il présentait tous les symptômes d'une manie furieuse. Cet homme resta trois mois dans la maison ; au bout de ce temps, on le transporta à Charenton ; il y est mort en démence.

Il est donc malheureusement trop certain que cette passion, l'une des plus impérieuses de l'humanité, entraîne à des actes immoraux, cruels et criminels, et que parmi eux, il en est beaucoup qui ne s'expliquent que par la folie. Les trois observations que nous venons de citer appartiennent évidemment à cette catégorie.

L'histoire des succubes et des incubes, celle des sorciers qui expièrent dans les flammes les troubles de leur raison, révèlent la part toute-puissante des organes génitaux dans les folies de ces temps d'ignorance. « En 1459, raconte le » chroniqueur Meyer, en la ville d'Arras, des hommes et des femmes se transportoient de nuit en aucuns lieux ; et trouvoient illec un diable en forme » d'homme qui faisoit par chacun d'eux baiser son derrière, et puis il bailloit à » chacun d'eux un peu d'argent, puis finalement leur administroit vins et viandes en grande largesse, dont ils se repaissoient, et puis tout à coup chacun » prenoit sa chacune, et en ce point s'éteindoit la lumière et connoissoient l'un » et l'autre charnellement, et ce fait, tout soudainement se retrouvoit chacun » en la place dont ils étoient partis premièrement. » (Monstrelet, Chronique, liv. II.)

Delancre, dans son tableau de l'Inconstance des mauvais anges, in-4°, Paris,

tendrait plutôt à allonger ce même diamètre bipariétal en réduisant l'occipito-frontal. Mon forceps a donc l'avantage non-seulement de ne pas augmenter le diamètre bipariétal, mais encore de le diminuer. Les expériences de Baudeloque ont démontré que lorsque le forceps est appliqué sur les extrémités du diamètre bipariétal, on ne peut obtenir, sans compromettre la vie de l'enfant, plus de 4 lignes ou 1 centimètre de réduction. (Voir ces expériences, Baudeloque, t. II, p. 164.) Si on ne peut obtenir sans danger une réduction plus grande, au moins peut-on l'obtenir, et je crois qu'un centimètre, 4 lignes ou un tiers de pouce de moins, dans un diamètre d'où dépend le succès de l'accouchement, sont un résultat assez important, en fait de rétrécissement du bassin, pour donner à l'instrument qui permet de l'obtenir une supériorité qui a bien sa valeur.

Tout en obtenant 1 centimètre de réduction avec mon forceps, ce qui n'est pas possible avec celui de Levret, puisqu'il ne peut pas saisir la tête suivant le diamètre bipariétal, on ne peut espérer déterminer l'accouchement sans compromettre la vie de l'enfant, que dans le cas où le bassin offre au moins 8 centimètres (3 pouces); car le diamètre bipariétal a sur une tête bien conformée de 9 centimètres à 9 centimètres et demi (3 pouces 4 lignes à 3 pouces 6 lignes); en supposant qu'on le réduise de 4 lignes (1 centimètre), il conservera encore au moins 8 centimètres (3 pouces).

Ainsi, au-dessous de cette dernière limite, l'accouchement par le forceps n'est plus possible; mais à cette limite il est possible, en supposant que cette réduction de 4 lignes (1 centimètre) ait lieu. Je l'ai dit, mon forceps permet de l'obtenir, et il semble qu'en employant celui de Levret, qui ne peut saisir la tête que du front à l'occiput et n'agit pas sur le diamètre bipariétal, on ne puisse plus obtenir ce résultat. Néanmoins tous les accoucheurs sont unanimes pour fixer également à 3 pouces 8 centimètres la dernière limite de l'application du forceps. Baudeloque et Gardien, qui voulaient qu'on saisît toujours la tête par les côtés comptaient sur l'action de cet instrument. Parmi les accoucheurs qui reconnaissent qu'on est obligé d'appliquer le forceps latéralement, M. Cazeaux compte, pour expliquer cette réduction, en se servant du forceps de Levret, sur la pression exercée par le pubis et le sacrum sur le diamètre bipariétal, pendant que la tête, saisie du front à l'occiput, est entraînée par les tractions qu'exerce l'accoucheur. « Comment agit le forceps? Evidemment il n'est ici qu'un instru» ment de traction dont les efforts, se joignant aux contractions de l'utérus, » tendent à engager la tête dans l'excavation, et par conséquent à engager » les bosses pariétales dans le diamètre antéro-postérieur : c'est par la ré» sistance opposée par le pubis et le sacrum qu'est comprimé le diamètre » bipariétal; c'est le bassin lui-même qui est ici l'agent compresseur, et » non point le forceps qui ne peut agir que par les tractions qu'il facilite. » (Cazeaux, page 754.) Cette théorie peut être très-juste dans le cas où la tête est saisie du front à l'occiput par le forceps de Levret; mais le mien, saisissant la tête directement par les extrémités du diamètre bipariétal, opère bien sûrement la réduction en question, à laquelle, j'en conviens, peut coopérer la résistance du pubis et du sacrum, comme le suppose M. Cazeaux.

En somme, je crois que dans les rétrécissements du bassin où le forceps est applicable, celui que je propose offre sur celui de Levret l'avantage de ne pas tendre à augmenter le diamètre bipariétal, mais de le réduire, au contraire, d'une manière puissante, de saisir la tête solidement sans crainte de la lâcher, ce qui est ici plus important que jamais, et d'éviter les autres inconvénients ou dangers qui résultent de l'application du forceps ordinaire du front à l'occiput.

Quand le bassin a moins de 3 pouces (8 centimètres) dans son diamètre rétréci, la tête ayant son volume normal, il faut opérer la crâniotomie en perforant le crâne au moyen des ciseaux de Smellie pour broyer et extraire le cerveau, ou bien pratiquer l'opération césarienne. Cette dernière opération, qui est seule possible quand le diamètre rétréci a moins de 2 pouces (5 centimètres), est généralement rejetée quand, en sacrifiant l'enfant, on peut encore sauver la mère. Après la perforation du crâne et l'extraction du cerveau, on peut abandonner à la nature l'expulsion définitive de la tête, ou la faciliter à l'aide des crochets, ou enfin, si la femme est dans un grand état d'épuisement et que la prompte terminaison de l'accouchement soit nécessaire, employer le forceps céphalotribe. Or, puisque dans les cas de rétrécissement du bassin la tête est toujours placée transversalement, je propose de donner au forceps céphalotribe de M. A. Baudeloque neveu la même courbure que j'ai donnée au forceps droit de Chamberlen. Les détails suivants vont me faire comprendre.

Le forceps céphalotribe dont M. A. Baudeloque, neveu du célèbre accoucheur, est l'inventeur, se compose de deux branches très-longues dont les cuillers n'ont pas de fenêtres et sont presque droites. Elles s'articulent à leur partie moyenne, et quand elles sont articulées et que la tête est bien saisie par les cuillers, on peut les serrer à volonté au moyen d'une vis de rappel placée à l'extrémité des manches, et mise en jeu par un levier puissant à manivelle. Dans la REVUE MÉDICALE du mois de mai 1843, M. Cazeaux a reproché à cet instrument plusieurs inconvénients, qui en rendent l'application difficile, peu sûre et même dangereuse. Ainsi, 1° il rend la saisie de la tête difficile parce que, instrument droit, il ne peut s'accommoder à la courbure de l'axe du bassin; 2° il expose au glissement de la tête et à tous les accidents qui peuvent en résulter, parce que les cuillers étant à peu près planes, s'écartent à la manière des lames d'une paire de ciseaux, et n'emboîtent pas la tête comme le font les cuillers concaves du forceps ordinaire; 3° il rend très-souvent les tractions infructueuses, alors même que la tête est bien saisie, parce que, vu l'absence de courbure des bords, il tire forcément dans la direction opposée à celle qu'affecte le plus souvent l'axe du détroit supérieur. M. Cazeaux a donc modifié ce forceps sous deux rapports : 1° pour remédier au vice de cet instrument, qui consiste dans le défaut de courbure, il a donné aux cuillers, et suivant les bords, une courbure un peu plus forte que celle du forceps ordinaire simple; il a donc fait, suivant ses propres expressions, pour le forceps céphalotribe de M. A. Baudeloque, ce que Levret et Smellie avaient fait pour le forceps droit de Chamberlen; 2° pour prévenir le glissement de la tête pendant les tractions, ce qui tient à ce que les cuillers s'écartant à la manière des lames d'une paire de ciseaux, leur plus grand écartement se trouve à leur extrémité, M. Cazeaux a donné à chaque branche, au niveau de l'articulation, une entablure beaucoup plus large. Cet élargissement donné à la partie articulaire permet des mouvements latéraux qui sont commandés par une vis régulatrice qu'on fait agir à volonté, et dont l'extrémité appuyant sur le pivot peut donner à la base des cuillers un écartement plus considérable qu'à leur extrémité. Il en résulte que la tête est aussi bien prise, grâce à ce mécanisme, que par la concavité des cuillers du forceps ordinaire. Il s'applique toujours, et ne peut forcément s'appliquer que sur les côtés du bassin.

Il me semble qu'on peut reprocher au forceps céphalotribe courbé par

---

1613, p. 29, s'exprime ainsi au sujet de ce délire des sens. « Après les festins et » la danse venaient les accouplements infâmes et maudits. Les filles et femmes du » Labourd, au lieu de taire ces damnables accouplements, d'en rougir et d'en » pleurer, en contaient les circonstances et les traits les plus sales et les plus » impudiques, avec une telle liberté et gaîeté qu'il semble qu'elles fissent gloire » de le dire... Prenant les amours de ce sale démon pour plus dignes que ceux » du plus juste mari. Il est certain, dit M. Calmeil, que les filles les plus jeunes » s'exprimaient, en rendant compte de leurs sensations, avec un cynisme révol» tant. Quiconque n'a pas lu la procédure rédigée par Delancre n'a point une idée » du degré de perversion où peut atteindre l'imagination de certaines femmes » aliénées.

» Les pratiques de la sodomie, tous les genres d'incestes étaient choses exigées » par Satan, et accordées par toutes les sorcières. Jeanne, jeune fille de seize ans, » déclare : Au sabbat, j'ai vu les hommes et les femmes se mêler promiscûment; » le diable recommandait aux assistants de s'accoupler, de se joindre, unissant » chacun de la manière que la nature abhorre le plus, savoir : la fille au père, » le fils à la mère, la sœur au frère, la filleule au parrain, la pénitente à son » confesseur, sans distinction d'âge, de qualité, de parenté. Dès l'âge de 13 ans, » j'ai obéi aux exigences de Satan et je me suis livrée indifféremment à toutes sortes » de gens. Je n'ai jamais senti aucun plaisir à ces mariages. Les parties sexuelles » du diable sont faites en écailles; elles se resserrent en entrant, se relèvent et » piquent en sortant; c'est pourquoi l'on cherche à fuir de pareilles rencontres. » Lorsque Béelzébuth connaît charnellement quelques sorcières, elles souffrent » une extrême douleur; je les ai ouïes crier, et au sortir de l'acte, je les ai vues » revenir du sabbat toutes sanglantes. Le membre du diable, s'il était étendu, » serait long d'environ une aune, mais il le tient entortillé et sinueux en forme » de serpent. Souvent le diable interpose une nuée quand il veut se joindre à » quelque femme ou fille; je l'ai vu cependant s'accoupler avec une infinité de » sorcières (elle les nomme), et cela une infinité de fois. Pour mon compte, j'ai » beaucoup souffert toutes les fois que j'ai eu le diable pour incube. » Delancre, *ibid.*, pages 223, 224.)

Il ne faut point oublier que ces malheureux, dont la folie ne saurait faire l'objet d'un doute pour personne, furent traduits devant les tribunaux, mis à la torture, condamnés et brûlés par milliers, sans que pendant des siècles ont eût le moindre remords de ces hécatombes humaines.

Ainsi, dans l'antiquité, le moyen âge, les temps modernes, à des degrés et sous des formes différentes, l'érotomanie et la nymphomanie n'ont cessé d'exister, et pour tout médecin qui a bien étudié l'aliénation mentale, cette perversion de l'instinct génésique n'est pas plus surprenante que les monomanies suicide, homicide, incendiaire, etc.

Quant au fait du sergent Bertrand, il n'est pas unique dans les annales de la folie. M. le docteur Castelneau, qui a publié dans la GAZETTE DES HÔPITAUX un article intéressant sur ce sujet, nous a rappelé une anecdote que nous avons lue il y a bien des années, sous le titre de L'AMANT DE LA MORT. Un homme fut arrêté, dans une petite ville de province, pour un crime auquel personne ne voulait croire, et qui cependant fut prouvé aux débats : il venait de mourir une jeune personne de 16 ans, qui appartenait à l'une des premières familles de la ville. Une partie de la nuit s'était écoulée, lorsqu'on entendit dans la chambre de la

M. Cazeaux dans le même sens que celui de Levret, de ne pouvoir s'appliquer d'avant en arrière sur les côtés de la tête placée transversalement dans le sens du diamètre rétréci. La moindre réflexion suffit pour voir que ce dernier mode d'application serait préférable, puisque alors l'instrument comprimerait et réduirait les dimensions du diamètre de la tête qui doit traverser le diamètre rétréci du bassin. Je propose donc de courber le forceps céphalotribe droit de M. A. Baudeloque, non plus sur les bords, comme l'a fait M. Cazeaux, mais bien sur le plat, de façon à donner à chaque cuiller la même courbure que celle qui existe dans le forceps simple que j'ai proposé, tout en conservant le mode ingénieux d'articulation qu'a imaginé cet accoucheur distingué. Je n'ai pas fait construire cet instrument, mais il me semble qu'il serait préférable.

2° Accidents qui nécessitent la prompte terminaison de l'accouchement. Plusieurs accidents peuvent obliger le médecin à terminer l'accouchement le plus promptement possible pour soustraire la mère ou l'enfant à une mort imminente, ou pour faire cesser des complications très-graves. On peut dans ce but avoir recours au forceps ou à la version pelvienne; l'indication varie suivant les circonstances. Ainsi, les contractions utérines peuvent être entièrement suspendues par les douleurs violentes que détermine souvent la compression que la tête du fœtus produit sur les nerfs sacrés ou sur la vessie distendue que le cathétérisme ne peut pas vider. Dans ces cas le forceps seul est indiqué, car la version pelvienne n'est pas possible, puisque la tête est engagée. Une hémorrhagie utérine grave, une attaque d'éclampsie, le prolapsus du cordon dont la réduction n'est plus possible, la procidence d'une ou deux mains, sont autant de circonstances qui souvent forcent aussi le médecin à terminer l'accouchement le plus tôt possible. En supposant l'orifice dilaté, ou suffisamment dilatable, aura-t-on recours à la version pelvienne ou au forceps? Le forceps est recommandé : 1° si la tête est déjà engagée, les eaux évacuées et l'utérus contracté, et 2° s'il existe un rétrécissement même très-peu considérable du bassin; car alors la version serait ou très-difficile ou dangereuse au moment du passage de la tête au détroit supérieur. Dans tous ces cas la tête peut encore être très-haute ou même au détroit supérieur, et souvent en position transversale; mon forceps me semble mieux indiqué que le forceps ordinaire. Mais dans ces mêmes accidents, si le bassin est bien conformé, si la tête n'est pas engagée, si les eaux ne sont pas évacuées, la plupart des accoucheurs préfèrent la version pelvienne au forceps. Pourquoi? Serait-ce parce que la version termine l'accouchement plus promptement que le forceps? Évidemment non; car on sait que dans la version, après la sortie du tronc, le dégagement de la tête est souvent très-lent à s'opérer. Serait-ce parce que la version est moins dangereuse pour le fœtus que le forceps? « M. Paul » Dubois est arrivé à ce résultat que, dans l'accouchement par l'extrémité pel- » vienne il meurt à peu près un enfant sur onze, tandis que dans les présen- » tations du sommet il en meurt un sur cinquante. On voit que la différence » est effrayante. Quelle est la cause de la mort du fœtus?.. La compression » du cordon explique cette congestion mortelle d'une manière plus satisfai- » sante : après le dégagement du siége, le cordon ombilical tendu de l'om- » bilic à son insertion placentaire, se trouve placé dans l'excavation et dans » la cavité utérine entre la paroi du bassin et le tronc, et même un peu » plus tard entre cette paroi et la tête du fœtus. On conçoit alors combien » il est exposé à être comprimé, et cette compression, qui peut durer assez » longtemps, intercepte nécessairement la circulation du cordon; le fœtus » se trouve dans la condition d'un adulte privé d'air respirable : il meurt » asphyxié. » (Cazeaux, p. 383.) Ainsi, on ne peut en douter, la version est très-dangereuse. La version serait-elle préférée, quand on a le choix entre celle-ci et le forceps, à cause des dangers de cet instrument pour la mère? Mais les accidents que peut causer le forceps, tels que dilacération des parois utérines, du col utérin, de la fourchette, ne sont pas inhérents à l'application de cet instrument; ils ne sont jamais dus qu'à la maladresse ou aux fautes d'un accoucheur inexpérimenté ou imprudent. Avec des précautions et de l'habitude, on peut être toujours sûr de les éviter. On ne doit donc pas rejeter un instrument en considération des fautes que peut commettre celui qui s'en sert; car on aurait le droit d'en faire autant non-seulement pour la version, mais même pour tous les moyens qui sont à la disposition de l'art. Si la version est si dangereuse pour le fœtus, et si les inconvénients du forceps pour la mère ne lui sont pas inhérents, je le demande encore, pourquoi préférer la version au forceps? Ce ne peut être évidemment qu'à cause des vices fatalement attachés à l'application du forceps ordinaire au détroit supérieur. A cette hauteur, on l'a vu, il ne peut s'appliquer que sur les côtés du bassin; et si la tête est transversale il ne peut la saisir que du front à l'occiput, ce qui a de graves inconvénients. Pour que le forceps de Levret pût s'appliquer suivant les règles au détroit supérieur, il faudrait que la tête fût en position antéro-postérieure. Or cette position est-elle bien fréquente? Madame Lachapelle va nous le dire. « Aujourd'hui on ne regarde plus comme la plus ordinaire cette position dans » laquelle l'occiput répond à la symphyse pubienne : c'était la première » des anciens, d'Antoine Petit même et de Solayrès. Cette position, ainsi » que son opposée (occiput sur l'angle sacro-vertébral), a été conservée par » Baudeloque, qui a cru la rencontrer quelquefois. S'il faut en dire mon » avis, je crois que Baudeloque ne l'a conservée que par respect pour So- » layrès; il a cru faire beaucoup en la reconnaissant pour très-rare et en la » plaçant la troisième dans sa nomenclature. Pour moi, je n'ai jamais tou- » ché la tête dans cette direction longitudinale au détroit supérieur, ni » même à une certaine hauteur de l'excavation du bassin. Je n'ai trouvé » cette direction qu'au détroit inférieur, et lorsque l'occiput était venu par » un mouvement horizontal s'enfoncer dans l'arcade pubienne. Je regarde » donc comme purement imaginaire la troisième et la sixième position de » Baudeloque. » (Madame Lachapelle, tome I, page 106). Je l'ai démontré précédemment, la position qui pour sa fréquence laisse toutes les autres bien loin d'elle, la position occipito-cotyloïdienne gauche est presque une position tranversale. Il en résulte donc que les deux seules positions où le forceps ordinaire pourrait être appliqué suivant toutes les règles ne se présentent jamais, et que la tête se trouve le plus ordinairement dans la position où le forceps que je propose peut saisir la tête par les côtés suivant le précepte auquel Gardien ne reconnaît aucune exception.

En résumé, dans les cas d'accidents qui réclament une prompte terminaison de l'accouchement, si le forceps est indiqué, on ne rencontrera jamais les cas où celui de Levret serait appliqué suivant les préceptes des grands maîtres, et le mien trouvera le plus souvent l'indication qui le réclame. Il me semble qu'en général on devrait préférer le forceps à la version, à cause de la mortalité si grande qui est due à cette manœuvre; et je crois que l'instrument que je propose est précisément destiné à parer aux inconvénients qui font préférer la version au forceps.

3° Présentation de la face. Lorsque la tête, au détroit supérieur, se présente par la face, l'application du forceps est indiquée, soit qu'il y ait un rétrécissement du bassin, soit qu'un accident exige de terminer

---

morte le bruit d'un meuble qui tombait. La mère, dont l'appartement était voisin, s'empressa d'accourir. En entrant, elle aperçut un homme qui s'échappait en chemise du lit de sa fille. Son effroi lui fit pousser de grands cris, qui réunirent autour d'elles toutes les personnes de la maison. On saisit l'inconnu, qui paraissait presque insensible à ce qui se passait autour de lui, et qui ne répondait que confusément aux questions qu'on lui adressait. La première pensée avait été que c'était un voleur; mais son habillement, certains signes, dirigèrent les recherches d'un autre côté, et on reconnut bientôt que la jeune fille avait été déflorée et polluée plusieurs fois. L'instruction apprit que la garde avait été gagnée à prix d'argent, et bientôt d'autres révélations prouvèrent que ce malheureux, qui avait reçu une éducation distinguée, jouissait d'une grande aisance et était lui-même d'une bonne famille, n'en était pas à son premier coup d'essai. Les débats démontrèrent qu'il s'était glissé un assez grand nombre de fois dans le lit de jeunes femmes mortes, et qu'il s'y était livré à sa détestable passion. Il fut condamné à une détention perpétuelle. Cette cause doit se trouver dans la collection de la Gazette des tribunaux.

Si les bornes de cet article n'étaient pas limitées par le cadre du journal, je rapporterais l'observation d'un musicien que j'ai beaucoup connu, qui ne pouvait se livrer au plaisir vénérien que dans les églises, et lorsqu'il avait devant lui une robe de velours. Pendant longtemps les femmes dont il souillait ainsi les toilettes n'osèrent se plaindre; mais, surpris un jour en flagrant délit, il fut condamné à six mois de prison. Un examen subséquent ne permit pas de mettre en doute sa folie érotique.

Enfin nous avons été consulté pour un officier ministériel qui, entouré de la confiance et de l'estime publiques, marié, père de famille, s'efforçait de relever les robes des femmes qui venaient le consulter, quoique quelques-unes lui fussent à peine connues et que son antichambre fût remplie de monde. Son érotomanie en vint à un tel degré qu'il offrait de l'argent à toutes les femmes, jeunes filles, enfants qu'il rencontrait pour qu'elles se découvrissent devant lui. Sa famille, voulant éviter des malheurs, le fit passer à l'étranger.

On a cru un instant que Bertrand avait voulu manger de la chair humaine; mais ce chef d'accusation a été complétement abandonné. Cette perversion du goût n'est pas cependant sans exemple. Georget, dans sa discussion médico-légale sur Papavoine, etc., a consigné l'observation de Léger qui tua une jeune fille dans les environs de Versailles, la viola et lui mangea une partie des seins, du ventre et des parties sexuelles.

Mais le fait le plus détaillé est celui qui a été publié par le docteur Berthollet, médecin à Saint-Amand (Cher). (Arch. de méd., t. VII, p. 472.)

« Exemple remarquable de dépravation du goût. — On a arrêté et conduit » dans les prisons de Saint-Amand un homme qui faisait sa nourriture favorite » et recherchée de substances animales les plus dégoûtantes et même des débris » de cadavre. Il s'est plus d'une fois introduit dans des cimetières où, à l'aide » d'instruments nécessaires, il a cherché à extraire des fosses les corps déposés » récemment, pour en dévorer avec avidité les intestins, qui sont pour lui l'ob- » jet qui flatte le plus son goût. Trouvant dans l'abdomen de quoi satisfaire à » son appétit, il ne touchait pas aux autres parties du corps. Cet homme est âgé » de près de 30 ans; il est d'une stature élevée. Sa figure n'annonce rien qui » soit en rapport avec cette passion dominante. La dépravation du goût est

promptement l'accouchement, soit enfin que le mouvement de rotation qui doit ramener le menton sous la symphyse pubienne ne s'exécute pas. Examinons si dans ces cas mon forceps ne présente pas des avantages sur celui de Levret. Sans même supposer qu'il y ait rétrécissement du bassin ou complication d'un accident urgent, quel est le pronostic de la présentation de la face? « L'accouchement spontané par la face a été pendant longtemps, » et est encore aujourd'hui considéré par quelques personnes comme ne » pouvant avoir lieu spontanément. » (Cazeaux, p. 357.) « On doit tenir » grand compte de la gêne du fœtus, et tel cas qu'on abandonnerait à la » nature si l'on n'avait égard qu'à la mère, réclame l'intervention de l'art, » parce que l'enfant est dans une situation pénible. » (Cazeaux, p. 368.) Or si l'accouchement traînait en longueur, si le mouvement qui doit ramener le menton sous la symphyse du pubis ne s'exécutait pas, si la diminution des mouvements de la langue et des lèvres de l'enfant faisait craindre que la compression longtemps prolongée du cou ne déterminât bientôt la mort du fœtus, qu'en un mot on se décidât à appliquer le forceps, dans quelle situation trouverait-on la tête de l'enfant? « La variété transversale est plus » fréquente que toutes les autres.... Suivant madame Lachapelle plusieurs » causes tendraient à rendre les positions transversales plus fréquentes : » 1° la forme du détroit supérieur et les dimensions de ses diamètres qui » s'accommodent mieux dans ce sens avec ceux de la face; 2° la fréquence » des positions obliques ou transversales qui, lorsque la tête se renverse, » donnent évidemment lieu aux positions transversales de la face, etc. » (Cazeaux, p. 355, 356.) L'application du forceps sur la face au détroit supérieur est-elle possible? quels en seraient les dangers? est-elle conseillée? « La face est encore au détroit supérieur. L'application du forceps ne doit » être tentée que lorsque la version pelvienne est tout à fait impossible. La » face est le plus souvent, comme on le sait, en position transversale. D'un » autre côté, nous avons démontré qu'à cette hauteur les cuillers sont » nécessairement appliquées sur les côtés du bassin; une d'elles, par conséquent, porterait sur le vertex et l'autre sur le cou de l'enfant, et la pres» sion que celle-ci exercerait sur cette dernière partie compromettrait sû» rement la vie du fœtus. » (Cazeaux, p. 749.) Ainsi, on le voit, dans les présentations de la face la tête est ordinairement en position transversale au détroit supérieur, d'où il résulte que le forceps de Levret ne peut pas être appliqué sur les côtés de la tête, ou d'avant en arrière, à cause de ses courbures, ni latéralement, ou du vertex au cou, puisqu'il exposerait la vie de l'enfant. Or, le mien a précisément pour destination, à cause de sa courbure sur le plat, de pouvoir être placé d'avant en arrière sur les côtés de la tête. Il me semble donc qu'il est mieux indiqué que le forceps ordinaire dans les cas qui nous occupent.

4° Arrêt de la tête après la sortie du tronc. Le forceps que je propose peut, je crois, être encore employé préférablement à celui de Levret lorsque, dans l'accouchement naturel par le bassin ou dans la version pelvienne, la tête est retenue au détroit supérieur, soit par un léger rétrécissement du bassin, soit par suite du mouvement d'extension qui peut avoir lieu au moment de son passage à ce niveau. Dans ce cas, en effet, la tête peut se trouver en position transversale, et le forceps de Levret ne pouvant être placé sur les côtés de la tête à cause de ses courbures, ne peut s'appliquer que sur les extrémités du plus grand diamètre de la tête, ce qui augmente singulièrement les difficultés. C'est pourtant la ressource extrême lorsqu'on craint pour la vie de l'enfant. « Sans parler de la difficulté que le » tronc remplissant l'orifice vulvaire apporte dans l'opération, ne doit-on » pas remarquer : 1° que lorsque la tête est dirigée transversalement par » rapport au bassin, ce qui arrive souvent, l'inclinaison du détroit supé» rieur rend impossible l'application des cuillers sur les côtés de la tête; » 2° que le diamètre vertical de la tête se trouvera nécessairement placé » dans la direction de l'axe des cuillers, et que celles-ci se trouveront né» cessairement sur les extrémités d'un grand diamètre, ce qui compromet » beaucoup le succès de l'opération, etc.? C'est pourtant la ressource ex» trême qu'il faut tenter. Les règles sont fort simples : Faire relever le » tronc du fœtus, appliquer les cuillers sur les côtés du bassin, etc. » (Cazeaux, p. 751.) Évidemment mon forceps pouvant saisir la tête par les côtés, on aura l'avantage de la tenir solidement et de ne pas augmenter les difficultés qui résultent de l'application des cuillers sur un diamètre déjà trop grand. Mon forceps sera placé du côté gauche de l'enfant, par rapport à la femme, au lieu de le faire passer au-dessous comme pour le forceps ordinaire. Les manœuvres seront certainement très-difficiles, mais avec le forceps ordinaire, les difficultés étant les mêmes, il y aurait de l'injustice à faire à mon instrument un reproche qui s'adresse tout aussi bien à celui de Levret et qui est d'ailleurs étranger à tous les deux.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des cas où le forceps que je propose est, je crois, préférable à celui de Levret; examinons quelle est sa valeur dans les autres cas où le forceps est ordinairement employé :

1° Les présentations irrégulières ou inclinées du sommet et de la face exigent quelquefois, quoique très-rarement, l'application du forceps; car le plus souvent elles se convertissent d'elles-mêmes en présentations franches ou régulières. Si cette réduction n'avait pas lieu spontanément, et que la main fût impuissante à l'opérer, le forceps serait nécessaire; mais la tête étant encore au détroit supérieur, et par conséquent en position transversale ou en position analogue, mon forceps sera au moins aussi souvent utile que celui de Levret.

2° La résistance des muscles et des parties molles du périnée est, suivant M. Cazeaux, une des causes les plus fréquentes de l'emploi du forceps; mais, dans ce cas, la tête est au détroit inférieur et toujours en position antéro-postérieure. Il suffit pour la saisir d'une introduction très-peu profonde des cuillers du forceps. La courbure spéciale de celles de l'instrument de Levret est dès lors tout à fait inutile; celles d'un forceps droit, comme l'était celui de Chamberlen ou de Palfin, qui n'était destiné qu'à cet usage, seraient tout aussi avantageuses. Selon M. Chailly, elles vaudraient même mieux. « Dans l'application du forceps, lorsque la tête est engagée dans » l'excavation, le forceps ne doit s'accommoder qu'à la direction d'un seul » axe. L'application se ferait aussi bien avec un forceps droit qu'avec un » forceps courbe. Bien plus, avec un forceps sans concavité des bords, on » serait bien plus certain de ne pas comprendre le col de l'utérus entre la » tête et l'extrémité des cuillers, quand cette tête a franchi le col utérin » complétement. » (Chailly, première édition, p. 486.) Or les cuillers de mon forceps, qui n'est qu'un forceps droit courbé sur le plat, s'adaptent très-bien, par la concavité de leur extrémité, sur les côtés de la tête de l'enfant qui répondent au détroit inférieur aux tubérosités sciatiques, et peuvent remplacer sans désavantage celles de l'instrument de Levret.

D'où il résulte qu'au détroit inférieur, mon forceps est aussi facile à appliquer et aussi efficace que le forceps ordinaire, tandis que le mien, pour le détroit supérieur, offre, je crois, sur l'autre une supériorité bien réelle.

» portée à l'excès : on l'a vu suivre les artistes vétérinaires dans les pansements » de chevaux pour en manger les portions de chair détachées, les plus livides » et les plus altérées par la maladie. On l'a trouvé également dans les rues » fouillant les immondices pour y chercher les substances animales jetées hors » des cuisines. Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est qu'il n'est point maîtrisé par » une faim dévorante : il ne mange point d'une manière extraordinaire; car lors» qu'il lui arrive de rencontrer de quoi fournir plus qu'à son repas, il en rem» plit ses poches et attend patiemment avec ce surcroît d'aliments que son ap» pétit soit de nouveau réveillé. Interrogé sur ce goût dépravé, sur ce qui l'a» vait fait naître, ses réponses sont de nature à le faire remonter à sa plus ten» dre enfance. Il place cette nourriture au rang des aliments les plus savoureux, » et il ne peut concevoir comment on peut blâmer un goût qui lui paraît si bon » et si naturel.

» Cet homme éprouve une gêne dans les mouvements du côté gauche; il dit » qu'elle est de naissance. Lorsqu'on lui fait subir une espèce d'interrogatoire » un peu prolongé, on s'aperçoit d'une certaine incohérence dans les idées, » d'une tendance à l'imbécillité. Cependant il répond à tout ce qu'on lui de» mande avec assez de précision, et il conserverait assez de facultés morales » pour rester libre si la société n'en réclamait impérieusement la reclusion. Cet » homme, dont le goût fait horreur, pourrait tôt ou tard se porter à des excès » dangereux. Il avoue lui-même que, quoiqu'il n'ait encore attaqué aucun être » vivant, il pourrait bien, pressé par la faim, attaquer un enfant qu'il trouverait » endormi, au milieu de ses courses dans les campagnes. Il paraît manquer de » courage et être très-pusillanime; c'est peut-être à cela que l'on doit qu'il n'ait » commis aucun crime pour satisfaire son goût dominant. Par une bizarrerie » inexplicable, cet homme, lorsqu'il se repaît de substances animales, et surtout » des intestins de cadavres humains, dit éprouver une douleur très-vive aux » angles de la mâchoire et dans toute la gorge.

» Il est à remarquer que cet homme est très-porté aux actes vénériens.

» Il a été arrêté en octobre dernier, dévorant un cadavre inhumé le matin.

» Le tribunal a prononcé son interdiction, et il sera envoyé dans une prison, » telle que Bicêtre, pour y être détenu. »

Il est donc incontestable qu'il existe des perversions de nos différents instincts et que ceux qui les éprouvent doivent être rangés parmi les monomanes, puisque leur volonté est impuissante à les détourner d'actes qui ne peuvent avoir que les conséquences les plus fâcheuses pour eux. Se repaître de chair humaine est d'ailleurs une dépravation du goût qui ne diffère point du besoin impérieux qu'éprouvent certaines peuplades sauvages de manger de la terre, beaucoup de femmes hystériques, d'avaler des substances inassimilables, comme la suie, le charbon, dans des proportions considérables. Une jeune dame qui m'a consulté a mangé pendant plusieurs mois un et deux litres de charbon.

Un des graves reproches qu'on a adressés aux médecins aliénistes, c'est de vouloir faire passer tous les grands crimes sous les fourches caudines de la folie. Là, sans doute, est l'exagération; mais n'y a-t-il pas aussi une grave erreur à ne vouloir rien entendre? C'est toujours le cercle fatal dans lequel on se tient renfermé tout en répétant : Il y a quelque chose à faire. L'Anglais, notre maître à tous pour *les concessions à temps*, a, depuis une époque fort reculée, considéré comme autant de folies les actes criminels extraordinaires ou sans but, et en-

CONCLUSIONS.

Il me semble que Levret et Smellie, en courbant suivant les bords le forceps droit de Chamberlen destiné au détroit inférieur, afin de pouvoir saisir la tête au détroit supérieur, ont à peu près manqué leur but, en supposant cette intention de la part de Levret, puisqu'à cette hauteur la tête n'est jamais placée en position antéro-postérieure, seule position où il serait possible de saisir la tête par les côtés, suivant le précepte général.

Il est certain que, dans les positions transversales, il est d'une impossibilité absolue d'appliquer le forceps ordinaire d'avant en arrière ou sur les côtés de la tête, à cause de la courbure de l'axe du bassin et de la direction rectiligne qu'aurait cet instrument tourné ainsi de côté.

Il est donc nécessaire, dans les positions transversales du sommet et de la face, de l'appliquer de l'occiput au front ou du vertex au cou.

Ce mode d'application, outre sa difficulté, ne permet pas de tenir la tête solidement et est dangereux. Pour la présentation de la face, il expose gravement la vie de l'enfant.

J'ai décrit un instrument qui n'est que le forceps de Chamberlen courbé sur le plat, et j'en ai indiqué le mode d'application en formulant les règles qui doivent y présider. Je crois avoir montré qu'il pouvait facilement s'appliquer sur une tête en position transversale au détroit supérieur, et que, dans ce cas, il agissait comme le fait celui de Levret appliqué sur une tête en position antéro-postérieure, c'est-à-dire en saisissant la tête par les côtés, condition d'une haute importance.

En parlant des manœuvres nécessaires pour imprimer à la tête saisie par mon forceps les mouvements de descente et de rotation, j'ai démontré, je crois, que le précepte de tirer d'abord en bas et en arrière n'est pas praticable, pas plus pour le forceps ordinaire que pour le mien, mais que, pour diriger en effet la tête dans le sens de l'axe du détroit supérieur, il vaudrait mieux peut-être imprimer à l'instrument un mouvement de bascule qui, tendant à en relever les manches, fît descendre dans l'excavation l'extrémité des cuillers, et par elles la tête de l'enfant.

J'ai fait remarquer que, dans les rétrécissements du bassin qui portent le plus souvent sur le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, la tête était toujours et forcément placée en position transversale. J'ai proposé mon forceps préférablement à celui de Levret, et j'ai fait voir qu'il avait, outre l'avantage de saisir solidement la tête par les côtés, celui de réduire le diamètre bipariétal qui correspond au diamètre rétréci du bassin, tandis que le forceps ordinaire tend plutôt à augmenter qu'à diminuer ce même diamètre bipariétal. Pour les cas où le bassin a moins de 3 pouces (8 centim.), où la crâniotomie est nécessaire, je crois qu'on se servirait avec avantage d'un forceps céphalotribe courbe sur le plat, au lieu de celui de M. A. Baudeloque neveu, auquel M. Cazeaux a donné la même courbure qu'à celui de Levret.

Dans les cas d'accidents graves qui forcent à terminer l'accouchement le plus tôt possible, la tête est très-souvent en position transversale, et le plus souvent dans une position diagonale analogue à la précédente, si le forceps est indiqué, le mien serait donc préférable. Dans les cas où on peut choisir entre le forceps et la version, celle-ci ne peut être préférée ni à cause de sa promptitude ni à cause de son innocuité pour le fœtus; mais elle l'est en général à cause des inconvénients du forceps ordinaire au détroit supérieur. Je crois donc qu'à cause des dangers énormes de la version, qui fait périr un enfant sur onze, au lieu d'un sur cinquante comme dans l'accouchement par la tête, on devrait autant que possible préférer le forceps à la version, et puisque la tête n'est jamais en position antéro-postérieure au détroit supérieur, pourquoi ne pas employer le mien?

Lorsque la tête se présente par la face, elle est presque toujours transversale. Si le forceps est nécessaire, le mien, en raison des rapports de la tête, serait préférable à celui de Levret.

Après la sortie du tronc dans l'accouchement par le siége ou dans la version, lorsque la tête est arrêtée au détroit supérieur, comme elle est souvent en position transversale, mon instrument me semble alors mieux indiqué que celui de Levret.

Enfin, dans les cas de résistance du périnée, comme la tête est au détroit inférieur, une introduction peu profonde des cuillers suffisant pour la saisir, mon forceps serait tout aussi facile à appliquer et tout aussi efficace que le forceps ordinaire.

D'où il résulte qu'avec mon forceps on pourrait se passer de celui de Levret à peu près complétement, puisque ce dernier n'est rigoureusement indiqué que dans les positions antéro-postérieures au détroit supérieur, présentations si rares que madame Lachapelle les regarde comme imaginaires, tandis qu'avec celui de Levret on ne pourrait se passer du mien, si ce dernier était mieux indiqué que l'autre dans toutes les grandes difficultés qui réclament l'intervention de l'art obstétrical, et si dans les cas plus simples, tels que ceux de résistance du périnée, le mien était tout aussi avantageux que le forceps ordinaire.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'ACÉTATE DE PLOMB, SELON LA MÉTHODE DE M. BUYS, DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS OCULAIRES; note lue à l'Académie de médecine de Belgique, dans sa séance du 16 juin 1849, par le docteur FLORENT CUNIER, chirurgien en chef de l'Institut ophthalmique provincial du Brabant, etc., à Bruxelles.

Messieurs,

L'extension toujours croissante de l'ophthalmie dite *militaire* ou *contagieuse* dans la classe pauvre et ouvrière de notre pays, son opiniâtre persistance dans l'armée, donnent la plus haute importance à toutes les découvertes qui tendent à perfectionner et surtout à rendre plus simple et plus efficace la thérapeutique à opposer à cette terrible et désastreuse maladie.

Nous devons le proclamer avec fierté, c'est à la médecine militaire belge que l'on est redevable des règles qui sont aujourd'hui généralement adoptées dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse. J'ai exposé, dans mon *Rapport à M. le gouverneur du Brabant* (1), les recherches à la fois

(1) Ce rapport a paru sous ce titre : RECHERCHES STATISTIQUES SUR LA NATURE

fermé leurs auteurs dans une section spéciale. Il serait à souhaiter que cette conduite fût imitée en France et que l'on créât, comme je l'ai proposé dans les ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE (t. XXXV, p. 396), une division particulière pour les aliénés, vagabonds et criminels.

En résumé, le sergent Bertrand, qui fait l'objet de cette note, avait un délire partiel, caractérisé par la perversion de l'instinct génésique.

Des faits authentiques établissent que l'érotomanie peut avoir pour symptômes le besoin de faire couler le sang et d'assouvir sa fureur jusque dans les bras de la mort.

L'antiquité, le moyen âge, les siècles de sorcellerie, prouvent que des milliers d'individus ont été tourmentés par les idées érotiques, et qu'elles ont eu les plus déplorables résultats.

Ces folies, autrefois si communes, sont devenues très-rares; mais elles révèlent de loin en loin leur existence par des faits isolés.

Tuer ou flétrir les malheureux qui rentrent dans cette catégorie, c'est se tromper d'époque.

Au nom de la raison et de l'humanité, ces insensés doivent être renfermés dans des établissements spéciaux.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

— Par arrêté en date de ce jour, sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. le président de la République vient de nommer membre de la Légion d'honneur M. le docteur Lebert, auteur de plusieurs ouvrages distingués sur la physiologie et les sciences médicales.

— M. Dumas, doyen de la Faculté des Sciences, est nommé membre de la commission du Muséum.

— A la suite d'un concours ouvert le 4 juin dernier devant la Faculté de médecine de Montpellier pour une place d'agrégé, section de chirurgie, et terminé le 2 juillet, M. le docteur Courty a été désigné pour cette place.

— Le jury de concours pour deux places de médecins du Bureau central a été tiré au sort lundi dernier; il se compose de la manière suivante :

JUGES TITULAIRES : MM. Baillarger, Beau, Piedagnel, Hardy, Duméril, Duplay, Roux, Thévenot de Saint-Blaise, Malgaigne.

JUGES SUPPLÉANTS : MM. Clément et Paul Dubois.

Il est très-probable que quelques-uns des juges ne pourront accepter leur mandat, et qu'ainsi la constitution du jury n'est pas définitive.

— Le professeur Diego (de Argumosa) qui occupait la chaire de clinique chirurgicale à l'Université de Madrid, vient d'être démis de ses fonctions à cause de ses opinions progressistes. Les médecins de Madrid, ainsi que ses nombreux élèves, ont intercédé en sa faveur; mais leurs efforts réunis ont été infructueux.

longues, patientes et minutieuses qui ont été entreprises à ce sujet par les officiers de santé de notre armée ; j'ai montré dans cet écrit comment tous nos efforts, auxquels je tiens à honneur de m'être associé, ont abouti à une méthode complète dont la création et l'exposition reviennent à notre estimable vice-président M. Fallot, alors médecin principal de la garnison de Namur, et à M. le médecin de régiment Loiseau, aujourd'hui chirurgien en chef de l'Institut ophthalmique de la province de Namur.

Cette méthode, qui consiste dans l'emploi de la cautérisation au moyen du nitrate d'argent fondu, a rendu des services inappréciables. C'est à son adoption que l'on doit sans contredit d'avoir pu se rendre maître du fléau dans l'armée, d'avoir rendu très-rares les accidents autrefois si communs.

Des reproches, la plupart très-graves et très-réels, ont cependant été articulés contre la cautérisation :

D'abord, ce mode de traitement ne peut être employé que par un chirurgien qui soit bien pénétré des conditions pathologiques auxquelles la cautérisation est applicable, et dont la main ait été parfaitement exercée à cette opération.

Il n'est que trop vrai, en effet, que l'on note, à la suite de l'application intempestive ou mal conduite du nitrate d'argent, des accidents plus ou moins graves, sur lesquels M. Gouzée et moi avons appelé l'attention dès 1838, et qu'un de nos collègues, M. Hairion, s'est attaché tout récemment à faire ressortir, à l'aide d'exemples que sa position toute spéciale lui a permis de recueillir.

En second lieu, la cautérisation par le sel lunaire est des plus douloureuses.

On a pu, dans l'armée, en généraliser l'emploi ; les instructions ministérielles étaient d'ailleurs trop précises pour que les soldats ne se soumissent pas avec empressement à l'emploi des moyens que leurs médecins voulaient mettre en usage.

Dans la pratique civile, les choses ne se passent pas aussi facilement. Ce n'est ordinairement qu'après les plus grands efforts de persuasion que l'on parvient à décider les malades à se laisser toucher avec la pierre infernale, et je déclare que, pour mon compte, il ne m'est arrivé que très-exceptionnellement de rencontrer des personnes qui aient consenti à se faire cautériser jusqu'à disparition complète des granulations qu'elles portaient.

Je me bornerai à citer ces inconvénients, dont on ne saurait contester ni la réalité ni la gravité.

Dès 1838, on s'est ingénié à y remédier en rendant l'opération plus facile et moins douloureuse : c'est dans ce but que j'ai proposé, et que M. Gouzée a bientôt recommandé la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent, appliquée à l'aide d'un pinceau, pratique adoptée plus tard par M. Hairion, qui la vante encore aujourd'hui. La lenteur, l'incertitude de cette méthode ont fait qu'elle est généralement abandonnée. Il en est de même de la cautérisation à l'aide du crayon de nitrate d'argent au nitrate de potasse (1). Il est resté démontré que, pour guérir avec le nitrate d'argent, il ne faut pas s'écarter des préceptes posés par MM. Fallot et Loiseau.

Le mode de traitement que ma communication est destinée à faire connaître présente des avantages qui contre-balancent avec succès ceux de la cautérisation par la pierre infernale.

Il y aura bientôt onze ans qu'il se répandit tout à coup parmi les officiers de santé de l'armée que M. le docteur Buys, médecin de garnison à Bruges, obtenait de l'emploi de l'acétate de plomb pulvérisé des succès aussi certains et plus prompts que ceux que l'on retirait de la cautérisation.

Depuis longtemps il employait ce moyen avec avantage dans les rhagades, dans la balanite, etc., et il avait ainsi été conduit à s'en servir pour combattre les granulations. Je me hâtai, comme c'était mon devoir de publiciste, de faire connaître dans mes ANNALES D'OCULISTIQUE (2) la découverte de notre compatriote. Voici comment M. Buys agissait à cette époque :

Il prenait de l'acétate de plomb neutre, réduit en poudre impalpable ; il en déposait, à l'aide d'une petite spatule, une couche sur la conjonctive granulée. Ce temps de l'opération terminé, il passait un pinceau imbibé d'huile sur la portion de muqueuse ainsi recouverte.

Des essais avec l'acétate de plomb eurent lieu au dépôt des ophthalmiques établi à Namur ; ils furent conduits par M. le docteur David, médecin de régiment au 2e cuirassiers, qui se trouvait en garnison à Bruges et avait suivi la pratique de M. Buys. Les résultats furent très-loin d'être satisfaisants ; on ne tarda pas à le savoir, et dès lors on crut la méthode jugée : on parut désormais ne plus y donner la moindre attention.

ET LES CAUSES DES MALADIES OCULAIRES OBSERVÉES EN BELGIQUE, ET EN PARTICULIER DANS LA PROVINCE DU BRABANT, rapport adressé à M. Liedts, gouverneur du Brabant, etc. — Bruxelles, 1847, in-8°, p. 332.

(1) Voir à ce sujet ANNALES D'OCULISTIQUE, vol. XX, p. 157.

(2) Vol. II, p. 222.

Cependant M. Buys continuait à suivre ses mêmes errements. Aux insuccès constatés à Namur, et qu'il ne pouvait s'expliquer que par la circonstance que M. David n'avait pas exactement suivi sa méthode, notre confrère opposait les réussites qu'il continuait d'obtenir chez les malades traités dans son hôpital, et dans quelques cas après que le nitrate d'argent avait complétement échoué. Une note explicative de M. Buys, une description détaillée de sa méthode, publiées dans un journal de médecine ou communiquées à l'une de nos associations médicales, eussent définitivement fixé la question. Mais le médecin de la garnison de Bruges se décide difficilement à écrire. Tous les médecins qui avaient successivement été placés sous ses ordres avaient pu contrôler les résultats qu'il réalisait ; il avait toujours été empressé à donner les renseignements qu'on avait bien voulu lui demander. Il croyait avoir assez fait par là, et il ne songeait d'ailleurs pas à se faire un grand mérite de son invention.

Des circonstances spéciales que je vais exposer sont récemment venues contraindre en quelque sorte notre confrère à mettre fin au silence que la modestie lui avait si malheureusement imposé. Le 15 novembre dernier, M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée, adressa aux officiers de santé militaires une circulaire dont je me contenterai de reproduire le préambule :

« Malgré les travaux de quelques membres du service de santé, dit M. Vleminckx, la question du traitement de la conjonctivite granuleuse n'est pas encore complétement résolue, et j'ai eu occasion de remarquer que bien des accidents sont dus à la manière dont il est fait emploi du sel lunaire. Je désire vivement mettre un terme à ce fâcheux état de choses, et à cet effet, je crois devoir appeler votre attention sur le travail récemment publié (1) par M. le médecin de bataillon de première classe Hairion, et vous inviter à en soumettre les propositions principales à une discussion approfondie dans vos plus prochaines conférences (2). »

M. Buys ne pouvait se taire. La lutte était provoquée ; il devait l'accepter. Il proposa immédiatement, comme contrôle de la discussion, d'admettre dans l'hôpital qu'il dirige un certain nombre de granulés qui seraient traités, la moitié d'après les préceptes exposés par M. Hairion, l'autre moitié par les applications d'acétate de plomb. M. Vleminckx s'empressa d'autoriser ces essais comparatifs.

Le résultat ne fut pas longtemps douteux. Les malades traités par la méthode de M. Buys guérirent rapidement ; ceux traités par la cautérisation avec la solution d'azotate acide d'argent, témoins du succès et fatigués de souffrir et de séjourner à l'hôpital, ne cessaient de manifester le plus ardent désir de subir le traitement par le plomb ; il n'est pas de stratagème auquel ils n'aient eu recours pour se glisser parmi leurs camarades soignés par M. Buys. M. le docteur Vleminckx vous certifiera le fait, qui m'a d'ailleurs été affirmé par tous les médecins militaires qui ont suivi ces intéressants essais.

Deux guérisons remarquables vinrent bientôt mettre en évidence, plus que ne l'avaient fait tous les succès obtenus déjà, l'importance des services que l'on peut retirer de l'usage de l'acétate de plomb.

OBS. I. — Un soldat du 5e de ligne avait été pensionné comme atteint de lésions incurables ; il était atteint de kératite conique et vasculaire et de blépharospasme chronique ; il portait aux quatre paupières des granulations énormes fournissant une abondante sécrétion. Ce malheureux avait été traité par la cautérisation tant à la salle des granulés du corps que dans divers hôpitaux ; il avait été touché deux cent cinquante fois, disait-il, avec la solution argentique, dans le dernier établissement sanitaire où il avait séjourné ; les moyens internes et externes les plus variés avaient été prodigués.

Le plomb avait fait, en quelques jours, justice du blépharospasme et de la sécrétion. Au bout de quelques semaines l'état du malade était si satisfaisant que l'on conçut l'espoir fondé de lui rendre un certain degré de vision. Un résultat au plus haut point remarquable n'a pas tardé, en effet, à être réalisé. Ce pauvre soldat, qui endurait des souffrances continuelles et très-vives, et que l'on avait abandonné comme incurable, pouvait désormais se conduire, vaquer à diverses occupations.

OBS. II. — La seconde guérison concerne également un soldat du 5e de ligne, qui avait été pris pour la première fois de l'ophthalmie granuleuse au mois de juillet 1847. On l'avait fait entrer à cette époque dans un hôpital où il avait séjourné pendant près de quatre mois ; traité au moyen du nitrate d'argent, il

(1) Voir ANNALES D'OCULISTIQUE, vol. XX, p. 67, 83 et 93.

(2) Une circulaire de M. l'inspecteur général du service de santé de l'armée, en date du 20 mai 1847, n° 84, a prescrit l'institution, dans les hôpitaux militaires, de conférences scientifiques mensuelles. Dans ces réunions, qui doivent durer au moins deux heures, les officiers de santé soumettent à la discussion de leurs collègues les faits et les observations de quelque importance recueillis par eux ; ils donnent lecture des mémoires ou notes scientifiques qu'ils se proposent de publier ; enfin ils présentent à tour de rôle des propositions sur des points de science laissés à leur choix.

était sorti déclaré guéri; mais les apparences sedémentirentbientôt. Après deux mois, il avait dû être une nouvelle fois envoyé à l'hôpital où il avait subi trente cautérisations; sorti incomplétement guéri, il avait éprouvé, au bout de huit jours, une nouvelle recrudescence qui avait exigé son renvoi dans un hôpital, d'où on l'avait presque immédiatement dirigé sur un établissement spécial, où il avait été soumis à l'occlusion palpébrale, au moyen du collodion, à l'attouchement avec le nitrate d'argent en solution et à l'usage de divers moyens tant internes qu'externes. Le malade estimait que ses conjonctives avaient été cautérisées environ cinq cents fois, tant dans les hôpitaux que pendant le séjour qu'il avait fait à la salle des granulés, en sortant de ces établissements.

Cet homme a fini par être proposé pour la pension provisoire, comme incapable de pourvoir à sa subsistance par le travail de ses mains, à cause d'*obnubilation des cornées et de grande irritabilité des yeux*. Envoyé à Bruges pour y subir une contre-visite, il y a été retenu par M. Buys.

Au bout de six semaines, les rugosités et les granulations conjonctivales avaient disparu, et avec elles la sécrétion abondante qu'elles fournissaient, la photophobie, le blépharospasme, la vascularisation des cornées; les taches centrales dont celles-ci étaient le siége étaient diminuées; on pouvait dire que la tache du côté droit avait disparu. Une guérison radicale était assurée, lorsque l'invasion du choléra mit dans l'obligation de renvoyer le malade à son corps où il a pu du reste reprendre son service.

Les deux faits que je viens de citer produisirent une sensation immense auprès de l'autorité; ils devinrent bientôt l'objet de la conversation de tous ceux qui s'enquéraient de ce qui se passait à Bruges; on faisait bien la remarque qu'il n'était nullement prouvé que, dans l'un comme dans l'autre cas, le nitrate d'argent convenablement manié, n'eût pas amené un pareil résultat; mais tous s'accordaient à reconnaître que ce moyen n'eût jamais conduit au but avec la promptitude d'action que l'acétate de plomb avait montrée et que des souffrances longues et vives avaient été épargnées aux malades.

Vous comprendrez, messieurs, que je ne pouvais rester spectateur inoccupé au milieu de ce mouvement. J'avais de nombreux malades en traitement, et dès le mois de mars je me mis à expérimenter la méthode de M. Buys, et comme je l'avais autrefois employée sans résultat bien encourageant, je commençai par m'enquérir soigneusement des règles à suivre dans l'emploi de l'acétate de plomb. M. Vleminckx, M. le docteur Buys, frère du médecin de garnison, M. le docteur Meynne, alors rédacteur en chef des ARCHIVES DE MÉDECINE MILITAIRE, me fournirent tous les renseignements qu'ils tenaient de M. Buys lui-même. Je me mis alors décidément à l'œuvre, de concert avec mon excellent collaborateur et ami M. le docteur E. Henrotay, médecin de bataillon de première classe aux chasseurs-carabiniers, qui traita dès ce moment tous les granulés de son corps par la nouvelle méthode. Jour par jour, M. Henrotay et moi, nous nous communiquions le résultat de nos observations. Un grand nombre de malades de l'Institut ophthalmique furent traités tant par lui que par moi; notre collègue M. le docteur Joseph Bosch, chirurgien adjoint de l'Institut ophthalmique, s'associa bientôt à notre expérimentation clinique.

Notre confiance dans l'efficacité de l'acétate de plomb ne tarda pas à être complète. Une occasion solennelle de prouver combien cette conviction était profonde chez moi surgit bientôt. En examinant un œil atteint d'ophthalmie contagieuse à l'état subaigu, du muco-pus provenant de cet œil était jailli entre mes paupières; les précautions que j'avais prises avaient été complétement inutiles. Une violente ophthalmie s'était développée. Je ne balançai pas un instant à recourir à l'acétate de plomb, qui me fut appliqué par M. Henrotay. Un pronostic assez fâcheux avait été porté par les hommes les plus compétents; je fus néanmoins rendu à mes occupations dans un intervalle de temps qui fut très-loin d'être aussi long qu'on devait le craindre. M. le docteur Fallot, qui m'a soigné avec une sollicitude dont je garderai éternellement le souvenir, a été témoin de ce que j'avance.

Ma qualité de rédacteur en chef d'un journal spécialement consacré à l'ophthalmologie m'imposait le devoir de rendre compte des faits que j'avais observés. Je crus toutefois devoir attendre que de nouvelles guérisons eussent été obtenues à ma clinique; je désirais d'ailleurs, avant de rien publier, faire visite à M. Buys et le voir agir. L'occasion m'en fut bientôt fournie. Mandé à Bruges pour y voir un malade, je m'y rendis il y a trois semaines, en même temps que M. le docteur Henrotay, qui avait reçu de M. l'inspecteur général du service de santé militaire la mission d'aller étudier sur les lieux la méthode de M. Buys. Nous avons passé deux jours à Bruges; une trentaine d'applications d'acétate de plomb ont été faites en notre présence par M. Buys, qui nous a fait voir en détail tous les ophthalmiques traités par sa méthode et qui a bien voulu nous accompagner tant à la prison qu'à la caserne du 7e régiment d'infanterie pour y voir des granulés guéris ou en voie de guérison.

De retour à Bruxelles, j'ai demandé à vous faire une communication au sujet de la méthode de M. Buys, tant pour vous en tracer l'historique que pour vous décrire exactement le mode suivant lequel notre confrère brugeois procède à l'application de l'acétate de plomb. Vous ne manquerez pas, j'en ai l'intime conviction, d'accueillir avec tout l'intérêt dont elle est digne, la nouvelle du progrès si important imprimé par notre modeste compatriote à la thérapeutique d'une maladie qui porte aujourd'hui la désolation dans un si grand nombre de familles de la Belgique.

Voici, messieurs, comment procède aujourd'hui M. Buys:

Il fait choix de l'acétate de plomb neutre, préalablement éprouvé et réduit en poudre impalpable.

Un pinceau à miniature, du volume de ceux ordinairement usités pour l'emploi des caustiques liquides, est mouillé d'eau, afin de pouvoir être chargé de poudre plombique. (Il faut pour recouvrir toute la face interne d'une paupière d'un grain à un grain et demi d'acétate de plomb.)

Si l'on veut toucher en bas, on ordonne au malade de regarder en haut, et on abaisse la paupière inférieure comme on le fait pour la cautérisation. L'acétate de plomb dont le pinceau est chargé est alors uniformément étendu sur toute la surface conjonctivale à modifier.

Ce temps terminé, on maintient la paupière renversée jusqu'à ce que les larmes soient venues dissoudre l'acétate plombique. Si quelque portion de sel est en excès, on l'enlève avec le pinceau.

Pour appliquer l'acétate de plomb en haut, on retourne la paupière, toujours comme cela a lieu pour la cautérisation, et la portion conjonctivale malade est recouverte avec le sel. Ici la dissolution se fait plus lentement; l'humidité fournie par la muqueuse est le plus ordinairement insuffisante, et l'on est obligé de la toucher avec le pinceau imbibé des larmes qui s'acculent dans les angles.

Dès que l'acétate plombique est dissous par les larmes et a pénétré dans le tissu, on voit celui-ci se crisper, se contracter fortement; il survient même souvent, surtout à la paupière supérieure, une espèce d'efflorescence sanguine; mais le phénomène le plus remarquable, c'est que les granulations, si elles n'ont qu'un volume moyen, et leurs sillons, lorsqu'elles en offrent, disparaissent; la membrane apparaît lisse et unie aussi longtemps qu'elle reste tendue et exposée à l'air. L'aspect blanc éclatant que le plomb lui imprime ne se manifeste, en général, qu'après que la réposition de la paupière a eu lieu.

Lorsque les granulations offrent un volume considérable et que la conjonctive présente des sillons très-profonds, le poli ne s'obtient pas dès la première application; mais on le voit se manifester au second ou au troisième attouchement. Je peux citer un cas très-remarquable à l'appui de cette assertion. Un maçon, le nommé Ségrétin, de la commune de Mellery, portait aux paupières supérieures des granulations en forme de framboises aplaties, offrant toutes le volume de la graine du lin. Une application, pratiquée en présence de M. Fallot, ne fut suivie que d'une diminution insignifiante dans le volume des aspérités; un second attouchement, pratiqué six jours plus tard, et cette fois moins timide, ne laissa plus subsister que quelques éminences; à la troisième application, faite depuis que j'ai vu M. Buys, la surface fut égalisée.

Le contact de l'acétate de plomb avec la muqueuse palpébrale détermine un sentiment très-prononcé d'astriction et de cuisson; il y a rarement production de véritable douleur. Ce sentiment disparaît bientôt, pour renaître au moment où la paupière touchée est remise en place; il se manifeste alors un flux de larmes blanches, brûlantes, qui cesse dans un espace de temps qui varie entre quelques secondes et deux ou trois minutes; il se prolonge rarement davantage. L'œil peut alors être tenu ouvert. Si c'est la paupière supérieure qui a été touchée, la sensation de gravier (permanente ou revenant par intervalles), que déterminait l'inégalité de la muqueuse, a disparu; on ne ressent plus que de l'engourdissement dans la partie, et pendant une ou deux heures, il s'écoule parfois, à des intervalles éloignés, quelques larmes chaudes. Lorsque l'attouchement a eu lieu en bas, la gêne reste assez prononcée durant quelques heures: l'engourdissement est plus fort, plus persistant, et s'accompagne même du retour, par intervalles, du sentiment de cuisson perçu au moment de l'application.

La réaction du côté de l'œil est nulle; si vous avez affaire à des granulations indolentes, la légère injection de la conjonctive oculaire qui survient, se dissipe immédiatement; si, au contraire, cette conjonctive est injectée, s'il y a vascularisation kératique, une diminution des plus manifestes dans le calibre et le nombre des vaisseaux peut être constatée au bout de quelques heures.

Le premier attouchement est toujours suivi du développement d'un certain gonflement et parfois d'œdème des paupières; après vingt-quatre ou quarante-huit heures, tout a disparu.

L'application des compresses imbibées d'eau de Goulard camphrée, et mieux encore l'usage de compresses sèches, frottées avec du camphre, hâtent considérablement la résolution de cet état. C'est à ces mêmes moyens que j'ai recours lorsque l'application du sel de plomb est suivie d'une persistance trop vive du sentiment de cuisson, ou de douleur.

M. le docteur de Condé, médecin de régiment au 6e de ligne et correspondant de l'Académie, a établi récemment, dans un travail très-remar-

quable, inséré dans mes ANNALES D'OCULISTIQUE (1) tout l'avantage qu'offre la pratique qui consiste à attaquer d'abord les granulations des paupières supérieures. M. Buys suit ce précepte, aujourd'hui généralement adopté. Il commence habituellement par porter l'acétate de plomb sur la surface altérée des deux paupières supérieures; parfois il ne touche qu'une seule paupière le même jour.

Deux ou trois jours plus tard, il attaque les paupières inférieures.

Après une couple de jours de repos, il va à la recherche des portions de conjonctive altérée, principalement dans les angles, qui ont pu échapper à l'application, et il les touche immédiatement.

Il ne faut revenir à une nouvelle application qu'après que les traces de la première ont disparu, ou du moins sont diminuées considérablement. Cette disparition est d'autant plus prompte que l'affection est plus aiguë ou que l'écoulement des larmes est plus abondant.

Le sel plombique met parfois un temps considérable à se détacher; je connais des malades qui ont été traités par M. Buys en 1838, 39 et 40, et qui en présentent encore des traces.

Cette lenteur que l'acétate de plomb met quelquefois à disparaître, a conduit M. Buys à examiner cette question :

« A quelle époque et à quels signes pourra-t-on reconnaître que l'affection granuleuse est parfaitement guérie ? »

Voici sa réponse :

« Au bout d'un certain temps, dit-il, l'aspect blanc de la muqueuse » cesse d'être homogène; par suite de l'élimination progressive du sel dont » elle a été saturée, on ne remarque plus que quelques traînées plus ou » moins diffuses, offrant çà et là une sorte de tatouage pulvérulent. Or » dans les points où l'élimination complète s'est opérée, on peut apprécier » parfaitement l'intégrité de la conjonctive revenue à l'état normal, et en » conclure par analogie la guérison complète, qui ne sera objectivement » appréciable qu'après la disparition totale du sel plombique. Si donc, » pendant un temps assez long, un mois, six semaines, par exemple, la » muqueuse a cessé de sécréter, si les granulations se sont effacées, si la » conjonctivite a repris son poli et ne présente plus d'autre trace de l'af- » fection, que la présence du sel plombique, on peut considérer le malade » comme parfaitement guéri. »

Telle est, messieurs, la communication que j'avais à vous faire au sujet d'une méthode thérapeutique d'une application simple et facile, qui guérit aussi sûrement que celle qui repose sur l'emploi du nitrate d'argent, et qui a sur cette dernière l'incontestable avantage de ramener la muqueuse altérée à ses conditions physiologiques, au lieu de la détruire et de la remplacer par un tissu de nouvelle formation. La guérison, il ne faut pas le perdre de vue, n'est pas achetée au prix de souffrances pénibles, comme cela a lieu avec la pierre infernale; elle est réalisée dans un espace de temps de moitié, et le plus souvent même des trois quarts moindre que par la cautérisation.

Des objections ne manqueront certainement pas d'être opposées à l'emploi de cette méthode. Plusieurs ont été rencontrées déjà dans le cours de cette note : il en est une dont je n'ai pas fait mention, et dont je peux d'autant moins m'abstenir de parler, qu'elle sera probablement soulevée par tous ceux qui ont lu mon MÉMOIRE SUR LE DANGER DE L'EMPLOI DE CERTAINS COLLYRES MAL PRÉPARÉS OU MAL FORMULÉS (2) : cette méthode, diront-ils, ne doit pas être employée lorsqu'il y a ulcération de la cornée, sinon il se produira des incrustations dans cette membrane. Voici ce que l'expérience m'a appris jusqu'à ce jour. J'ai appliqué l'acétate de plomb dans cinq cas où il existait des ulcérations de la cornée; nulle incrustation n'a eu lieu, et la cicatrisation a été hâtée. J'ai rencontré dans le service de M. Buys un malade atteint d'ophthalmie gonorrhéique avec ramollissement du segment supérieur de la cornée droite, et un autre affecté de la même maladie, avec ulcération kératique étendue; le sel de plomb avait été appliqué déjà plusieurs fois sans qu'on en remarquât la moindre trace dans la cornée. Au reste, il faut bien se rappeler que les incrustations que j'ai constatées ont toujours eu lieu avec des composés insolubles, tels que le carbonate ou le méconate de plomb, etc.; l'acétate plombique, par son contact avec les larmes, est transformé en un double chlorure soluble (3); c'est là le seul composé qui puisse venir en contact avec la cornée ulcérée. Je dirai à cette occasion que j'ai eu recours avec succès, dans la plupart des ulcérations kératiques, à des instillations avec une solution d'acétate de plomb neutre et d'hydrochlorate de soude; ce moyen hâte la cicatrisation de la manière la plus remarquable; jamais il ne donne naissance à des incrustations.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Volume XXI, p. 3, janvier 1849. — Le travail de M. de Condé porte ce titre : MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE DE LA CONJONCTIVE, AU POINT DE VUE DE SES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT. — Ce mémoire a été reproduit dans les ARCHIVES DE MÉDECINE MILITAIRE, t. III, p. 165.

(2) ANNALES D'OCULISTIQUE, vol. X, p. 264.

(3) Les transformations imprimées à l'acétate de plomb dans son contact avec la conjonctive et avec les larmes constituent un sujet très-intéressant d'étude; j'ai cru devoir ne pas m'en occuper ici. Je me bornerai à dire que l'on trouve dans un ouvrage de M. Mialhe (TRAITÉ DE L'ART DE FORMULER) des notions très-curieuses et très-importantes sur cette question.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

IV. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1848 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Mémoire sur l'emploi de l'alcali volatil dans la coqueluche;* par M. Levrat-Perroton. 2° *Recherches sur la nature, le siége et le traitement de la chorée;* par M. Lavirotte. 3° *Pharmacologie de l'iodure de potassium;* par M. Dorvault. 4° *Des services rendus par la médecine aux sciences naturelles;* par M. Bonnet. (Nous regrettons que le sujet même de ce morceau remarquable d'histoire philosophique médicale nous en rende l'analyse impossible.) 5° *Note sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le catarrhe pulmonaire chronique;* par M. Garin. 6° *Relation d'un accouchement dans un cas d'imperforation incomplète du vagin;* par M. Ygonin. 7° *Mémoire sur le goître cystique et son traitement par les injections iodées;* par M. Gallois. 8° *Emploi du chlorure d'or pour apprécier la présence d'une matière organique en solution dans les eaux ordinaires;* par M. A. Dupasquier. 9° *Nouvelle méthode d'opérer le phymosis;* par M. Grévin. 10° *Du diagnostic des maladies syphilitiques de l'arrière-bouche, et des règles à suivre pour l'exploration de cette région;* par M. Diday. (L'auteur s'est surtout attaché à dissiper les erreurs qu'un examen imparfait ou l'ignorance de la conformation naturelle de cette région pourraient engendrer.) 11° *Réflexions sur quelques cas de fièvre typhoïde adynamique observés à la fin de l'hiver de* 1848; par M. Leriche. 12° *Note sur un fongus de la dure-mère;* par M. Valette. (Tumeur pédiculée placée à la face interne de la dure-mère, et développée aux dépens de cette membrane. Cette circonstance de siége et d'origine est un fait très-rare.) 13° *De la composition du sang des capillaires; analyse d'une urine laiteuse;* par M. Réveil. 14° *De l'emploi du charbon animal pour obtenir les principes immédiats des végétaux;* par M. Guillermond. 15° *Note sur les synoviales tendineuses de la main;* par M. Foltz. 16° *Quelques considérations sur les fosses d'aisances et les égouts;* par M. Pasquier.

RELATION D'UN ACCOUCHEMENT NATUREL DANS UN CAS D'IMPERFORATION INCOMPLÈTE DU VAGIN; par M. YGONIN.

OBS. — M. Ygonin fut appelé, en octobre 1846, auprès d'une femme grosse à terme. Cette dame, mariée depuis un an, avait eu toute sa vie, à chaque époque menstruelle, des douleurs très-fortes comparables à celles de l'accouchement.

Son mari éprouva de grandes difficultés dans les premières approches. Malgré tous ses efforts, il ne put pénétrer d'abord qu'à la profondeur de 5 centimètres; plus tard il parvint jusqu'au fond du vagin, mais en sentant toujours le même obstacle, qui semblait avoir cédé à l'impulsion sans se rompre.

Devenue enceinte au bout de trois mois, et arrivée sans accidents à terme, elle sentit des douleurs d'abord peu prononcées; mais comme la dilatation du col ne faisait aucun progrès après vingt-quatre heures, M. Ygonin pratiqua le toucher, et trouva en premier lieu une dilatation considérable de l'urètre qui permettait d'y introduire l'extrémité du petit doigt. A travers la paroi inférieure de la vessie, on sentait l'enfant, qui n'était séparé de cet organe que par la paroi antérieure de l'utérus.

Le doigt, porté dans le vagin, trouvait au fond la membrane hymen qui avait acquis une consistance beaucoup plus grande qu'à l'état normal, et qui n'offrait à son centre aucune ouverture, du moins assez appréciable pour être perçue par le toucher. A travers les parois du fond de cette cavité, on sentait, mais d'une manière plus obscure qu'à travers les parois de la vessie, la tête de l'enfant séparée du doigt d'une part, par la paroi inférieure de l'utérus, de l'autre par la membrane hymen.

M. Ygonin jugea convenable d'attendre qu'il survînt une forte douleur, qui, en faisant contracter l'utérus, pousserait en même temps la tête au détroit inférieur, et rendrait par conséquent plus saillant à l'extérieur le fond de la cavité formée par la membrane hymen. A ce moment, armé d'un bistouri garni de linge jusqu'à 4 lignes de son extrémité et muni à sa pointe d'une boulette de cire, il procéda à l'opération en pratiquant sur la membrane hymen une incision cruciale. A l'instant même les eaux s'écoulèrent; il sentit la tête à travers le col de

l'utérus, qui était fortement dilaté, se présentant en première position, et l'accouchement se termina ainsi sans accidents graves consécutifs.

Quoique cette observation ne soit qu'un exemple d'imperforation *incomplète* ayant permis la fécondation, et qu'elle le cède par conséquent, sous ce rapport, aux faits où l'occlusion était constituée par une membrane intacte et non perforée, ces détails offrent néanmoins assez d'intérêt pour la recommander à l'attention des praticiens, même à côté des cas plus ou moins semblables rapportés par Mauriceau, Ruisch et Smellie.

NOUVELLE MÉTHODE D'OPÉRER LE PHYMOSIS; par M. GRÉVIN.

Le procédé de M. Grévin est essentiellement constitué par la formation et l'ablation consécutive d'un lambeau triangulaire du prépuce, but spécial qui impose à l'application de ce mode opératoire des indications toutes particulières.

Pour l'exécuter il faut : un bistouri composé 1° de deux petites lames montées sur un seul manche, juxtaposées, qui se réunissent et se divisent à volonté; 2° d'une plaque conductrice munie, à l'une de ses extrémités, d'un anneau qui sert à la tenir ; à l'autre, et à sa partie antérieure, de deux petites ailes. Elle est en argent, en plomb ou en fer-blanc.

Il faut d'abord l'introduire entre le gland et le prépuce. On retire ensuite à soi les deux côtés du prépuce afin de s'assurer de l'étendue de son ouverture. On la dilate par une double incision à l'aide d'un scalpel tranchant sur les deux côtés, si elle est trop étroite pour permettre l'introduction de la plaque conductrice.

Cette petite opération préalable terminée, on introduit la plaque jusqu'à la couronne du gland qu'on fait tenir par un aide, de la main droite, le corps de la verge étant saisi de la main gauche, et on introduit horizontalement les deux lames de l'instrument spécial qui sont juxtaposées l'une sur l'autre, en appuyant un peu sur la plaque et relevant, d'une main, le manche du bistouri et, de l'autre, la partie supérieure du prépuce. Les deux lames arrivées à l'extrémité de la plaque sont alors tournées de manière que les deux tranchants regardent le prépuce et le dos de la plaque; en écartant légèrement le manche, les deux lames viennent s'adosser aux deux ailes latérales de la plaque; on élève les deux pointes en faisant basculer les deux branches du manche qu'on tient séparément dans les mains ; on enfonce les deux pointes comme par le procédé de l'incision rectiligne, et d'un seul coup, en ramenant de bas en haut les deux mains ; on coupe dans un seul temps un lambeau en V plus ou moins grand en raison du développement du prépuce.

Les deux lignes intérieures figurent un lambeau plus petit.

Il n'est besoin que d'avoir trois ou quatre plaques de rechange, et dont les ailes sont plus ou moins évasées, afin de pouvoir opérer selon l'âge, et selon les diverses indications, c'est-à-dire en raison des dimensions du lambeau à enlever.

Une fois la plaque introduite, les deux petites ailes de la plaque servent à faciliter le mouvement de redressement des deux lames du bistouri qui servent à opérer dans un seul temps ; seulement on obtient un lambeau tel qu'il est convenable d'enlever d'après l'étendue du prépuce. Par ce moyen on évite la resection des lambeaux, ce qui était la partie la plus longue et la plus douloureuse de l'opération d'après les anciens procédés.

Dans le cas où l'ouverture du prépuce est suffisante, l'opération, comme il vient d'être dit, se fait en un seul temps par une double incision. Il ne reste donc plus, pour la terminer, qu'à exciser le lambeau qui ne tient plus que par un léger pédicule de deux ou trois millimètres de largeur.

NOTE SUR LES SYNOVIALES TENDINEUSES DE LA MAIN ; par M. FOLTZ.

Une disposition assez curieuse, et susceptible d'applications cliniques, a été mise en relief par M. Foltz; elle est relative au mode particulier de communication entre la synoviale interne de la face antérieure du carpe et la synoviale du petit doigt.

Quand après avoir enlevé la peau du petit doigt et de la paume de la main on insuffle la gaine de l'auriculaire par une ouverture faite au niveau de la commissure digitale, on distend parfaitement bien la synoviale jusqu'à la tête du cinquième métacarpien ; mais alors, quelque effort qu'on fasse, l'air est arrêté par un cul-de-sac et ne peut pénétrer dans la synoviale carpienne. Si, au contraire, on insuffle celle-ci par une ouverture qu'on y aura préalablement faite, l'air passe avec la plus grande facilité dans la synoviale du petit doigt.

Une dissection attentive donne alors l'explication du phénomène. La séreuse de l'auriculaire ne diffère point de celles des trois doigts du milieu ; au niveau de la tête du cinquième métacarpien, elle se réfléchit du canal ostéo-fibreux sur les tendons réunis du fléchisseur profond et du sublime, en formant un cul-de-sac circulaire; elle les enveloppe ensuite d'une gaine commune dans l'étendue d'un demi-centimètre, puis elle s'insinue entre eux pour les tapisser chacun séparément. Mais à ce niveau, qui est l'origine de la gouttière que le sublime forme pour recevoir le profond, elle remonte entre ces deux tendons, sous forme d'un petit canal central, jusqu'à la synoviale carpienne. Ainsi, l'ouverture de communication ne règne pas autour des tendons réunis, mais bien au centre de ces mêmes tendons. Il en résulte que la synoviale de l'auriculaire est aussi isolée et indépendante que celle des autres doigts de la main.

La dissection de dix sujets, faite par M. Foltz dans le but spécial de constater cette disposition anatomique, lui a toujours donné des résultats identiques.

V. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 de ce nouveau journal (rédigé par M. Barrier) contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur les effets thérapeutiques de l'aconit napel ;* par M. Teissier. 2° *Mémoire sur la cautérisation profonde du col de l'utérus avec la pâte de chlorure de zinc ;* par M. Bonnet. 3° *Considérations sur les caractères et la méthode de la science des accouchements* (*discours d'ouverture*); par M. Bouchacourt. 4° *Cas remarquable de lésion traumatique du globe de l'œil ;* par M. Rivaud-Landreau. 5° *Recherches sur l'acide carbonique exhalé par le poumon à l'état de santé et de maladie ;* par MM. Hervier et Saint-Lager. 6° *De l'efficacité de l'arsenic contre les affections paludéennes, et de l'importance du mode d'administration ;* par M. Ebrard. 7° *Procédé pour l'essai des opiums ;* par M. Guilliermond. 8° *Lettre sur les travaux du jury médical du département du Rhône ;* par M. Potton.

MÉMOIRE SUR LA CAUTÉRISATION PROFONDE DU COL DE L'UTÉRUS AVEC LA PATE DE CHLORURE DE ZINC ; par M. BONNET.

La pâte de Canquoin, qui réussit si bien à modifier avantageusement les ulcérations de mauvaise nature situées à l'extérieur, n'avait pas jusqu'ici, faute de moyens convenables, été appliquée aux ulcères des parties profondes de la matrice en particulier. C'est cette lacune que M. Bonnet s'est attaché à combler.

Il fait d'abord observer qu'il ne veut point, comme M. Canquoin l'avait déjà pratiqué lui-même, cautériser superficiellement en touchant avec un pinceau de charpie imbibé de la solution de chlorure de zinc dans l'acide nitrique ; il se propose, au contraire, de déterminer *une perte de substance*, en laissant un morceau de pâte de Canquoin en contact avec les tissus malades.

L'invention des instruments propres à remplir cette condition appartient à M. le docteur Floret. Leur but est de maintenir un spéculum solidement appliqué contre le col pendant qu'on fait agir le caustique sur celui-ci ; de cette manière les parties voisines sont sûrement préservées. S'il n'y a pas d'ulcération, il faut d'abord faire une application de pâte de Vienne.

Ces instruments se composent : 1° d'un porte-caustique, tige autour de l'extrémité de laquelle on enroule la toile qui supporte le caustique ; 2° d'un spéculum en maillechort, d'une seule pièce, muni à son extrémité inférieure de deux anneaux, l'un supérieur, l'autre inférieur; 3° d'une ceinture qui fait le tour du bassin, et d'où pendent en avant et en arrière deux rubans de fil.

Le porte-caustique étant chargé, on introduit le spéculum, puis on place l'appareil de cautérisation, et pour le fixer, en même temps que pour maintenir le spéculum poussé avec une certaine force contre le col, on fait passer les rubans de fil dans les anneaux, puis on les noue.

La durée de l'application varie de deux à huit ou dix heures, selon que l'on veut seulement modifier la surface, ou détruire les tissus dans une certaine profondeur. — Quand on retire l'appareil, il faut, après avoir ôté le porte-caustique, éponger les liquides qui séjournent dans le spéculum, n'extraire celui-ci qu'en dernier lieu, puis faire quelques injections froides.

Quand une seconde cautérisation est nécessaire, on la fait après que les escarres produites par la première sont tombées.

Les faits recueillis par M. Bonnet prouvent qu'on peut, de cette manière, enlever les tissus cancéreux beaucoup plus complétement et avec infiniment moins de danger pour la vie de la malade qu'au moyen de l'instrument tranchant.

CAS REMARQUABLE DE LÉSION TRAUMATIQUE DU GLOBE DE L'ŒIL; par M. RIVAUD-LANDREAU.

OBS. — Une femme âgée de 52 ans reçoit sur l'œil gauche un coup de poing, dont la conséquence immédiate fut la formation d'une tumeur dans l'angle interne, l'abolition de la vision et une large ecchymose comprenant le globe et les paupières.

An bout de quelques jours de soins inutiles, M. Rivaud consulté reconnut au lieu indiqué, tout près de l'union de la cornée avec la sclérotique, une tumeur

ovoïde de la grosseur d'un pois, rougeâtre et ecchymosée à sa base, de teinte jaunâtre et à sommet aplati. Dans la chambre antérieure, en bas et en dedans, un épanchement de quelques gouttelettes de sang; un peu au-dessous de cet épanchement, décollement partiel de l'iris dans l'étendue d'un millimètre; pupille largement dilatée, noire, complétement immobile, vision abolie.

La tumeur était dure, mais un peu fluctuante à son sommet. M. Rivaud l'ouvrit avec un couteau à cataracte; il en sortit une goutte de pus; puis il retira au bout de l'instrument le cristallin qui était sain et enveloppé de ses cristalloïdes.

La phlegmasie consécutive fut nulle : au bout de huit jours, l'œil était revenu à son état normal.

Aujourd'hui, au bout de deux ans, il ne reste qu'une immobilité complète de la pupille et une mydriase permanente. La malade peut bien se conduire en se servant de verres à cataracte; l'amaurose a parconséquent disparu.

Sans doute, dans ce cas, les tumeurs de l'œil, violemment et subitement comprimées, ont fait éclater la sclérotique; et le cristallin chassé hors de sa place est ensuite demeuré logé dans les tissus sous-conjonctivaux.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 JUILLET.

ACTION DE DIVERSES SUBSTANCES INJECTÉES DANS LES ARTÈRES.

M. Flourens lit sur ce sujet une nouvelle note dont nous extrayons les passages suivants :

On a vu, par les expériences que j'ai précédemment communiquées à l'Académie, que de diverses substances injectées dans les artères, les unes abolissent la sensibilité sans abolir la motricité, et les autres la motricité sans abolir la sensibilité.

Ainsi, par exemple, quand on injecte dans une artère un éther, un acide, de l'alcool, de l'ammoniaque, etc., le nerf perd la motricité et conserve la sensibilité, et quand on injecte une poudre mêlée à l'eau, de la poudre de réglisse, de poivre, de ciguë, de chêne, etc., le nerf perd au contraire la sensibilité et conserve la motricité.

On a vu, de plus, que de ces diverses substances qui toutes produisent la paralysie musculaire, la paralysie du membre dans l'artère duquel on les injecte, les unes produisent cette paralysie avec relâchement des muscles, et les autres au contraire avec rigidité, tension, roideur tétanique de ces mêmes muscles.

Les substances qui produisent la paralysie avec relâchement des muscles sont les poudres de réglisse, de poivre, de ciguë, de chêne, de belladone, etc., les éthers sulfurique, acétique, oxalique, l'alcool, l'acide sulfurique, l'ammoniaque, etc.

Parmi les substances qui produisent la paralysie du membre avec tension, roideur tétanique des muscles, j'ai déjà cité l'essence de térébenthine ; j'aurais pu citer, dès lors même, l'essence de bergamote, car l'expérience était déjà faite ; M. Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, a cité depuis le chloroforme. A l'essence de térébenthine, à l'essence de bergamote, au chloroforme, j'ajoute aujourd'hui les essences de girofle, de fenouil, de menthe et de romarin. Toutes ces nouvelles essences agissent comme l'essence de térébenthine et le chloroforme.

Il résulte de ces nouvelles expériences que des effets différents ont été produits par l'injection de ces diverses substances, les unes agissant sur la *motricité*, et les autres sur la *sensibilité*; toutes produisant la paralysie musculaire, la paralysie des membres, mais les unes produisant cette paralysie avec *relâchement*, et les autres avec *tension, roideur tétanique* des muscles.

On peut donc faire de ces substances quatre classes distinctes.

Il y a les substances qui agissent sur la *motricité*, celles qui agissent sur la *sensibilité*, celles qui produisent la paralysie musculaire avec *relâchement*, et celles qui la produisent avec *tension*.

Les substances de la première classe, ou qui agissent sur la *sensibilité*, qui l'abolissent, sont : les poudres de *réglisse*, de *lycopode*, de *chêne*, de *ciguë*, *valériane*, *poivre*, *belladone*, l'*huile de naphte*, etc.

Les substances de la seconde classe, ou qui agissent sur la *motricité*, qui l'abolissent, sont : les éthers *sulfurique*, *acétique*, *oxalique*, l'*alcool*, l'*acide sulfurique*, le *camphre* dissous dans l'alcool, le *chloroforme*, les essences de *térébenthine*, *bergamote*, *girofle*, *menthe*, *romarin*, *fenouil*, etc.

La troisième classe, ou celle des substances qui produisent la paralysie musculaire avec relâchement, comprend : les éthers sulfurique, acétique, oxalique, l'alcool, l'acide sulfurique, l'ammoniaque, le camphre, etc.; les poudres de réglisse, de chêne, lycopode, etc., l'huile de naphte, etc.

Et la quatrième, ou celle des substances qui produisent la paralysie musculaire avec *roideur tétanique*, avec *tension*, comprend : le chloroforme et les essences de térébenthine, de bergamote, de girofle, de menthe, de romarin et de fenouil, etc.

Tels sont les faits que m'ont donné ces expériences.

Quelle peut être la cause de ces faits ? pourquoi certaines substances agissent-elles sur la motricité et les autres sur la sensibilité? Pourquoi les unes produisent-elles la paralysie musculaire avec *relâchement* et les autres avec *tension* ? Pourquoi, relativement aux *nerfs*, l'huile de naphte agit-elle comme les poudres, et le camphre comme les éthers ? Pourquoi, relativement aux muscles le chloroforme agit-il comme les essences et l'éther, les éthers comme les poudres ? Toutes ces questions qu'on pourrait multiplier encore, ne montrent qu'une chose, l'impuissance où l'on est pour les résoudre.

M. Flourens en terminant appelle l'attention des physiologistes sur cette circonstance : c'est que tandis que, parmi les substances qui produisent la paralysie musculaire avec relâchement, il en est qui agissent sur la sensibilité, sur les racines postérieures, sur les filets sensoriaux des nerfs, et d'autres sur la motricité, sur les racines antérieures, sur les filets moteurs des nerfs, toutes celles qui produisent la paralysie musculaire avec *tétanos*, *tension*, agissent toujours, primitivement du moins, sur la motricité, sur les racines antérieures des nerfs, sur leurs filets moteurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président annonce la nouvelle perte que l'Académie vient de faire de l'un de ses correspondants les plus actifs et les plus zélés, M. le docteur Ravin (de Saint-Valery), qui, dans la dernière séance encore, avait envoyé une suite à ses nombreuses et intéressantes communications sur le choléra. M. Ravin a été enlevé d'une manière violente par un accident de voyage.

RAPPORT SUR LES ÉPIDÉMIES DE 1847.

M. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission permanente des épidémies, la relation suivante sur les épidémies de 1847 :

Lorsqu'à la fin de l'année dernière, votre commission des épidémies a eu l'honneur de vous présenter par mon organe son grand rapport sur les épidémies de 1841 à 1846, vous aurez sans doute été frappés, comme elle l'a été elle-même, d'un fait d'une haute importance, à savoir que l'affection principale, celle qui se distingue entre toutes les autres par sa fréquence, par le grand nombre des points du territoire sur lesquels elle se manifeste et par celui des objets qu'elle atteint, est l'affection typhoïde. En effet, vous pouvez vous souvenir que, dans cette période de six années, sur deux cent deux rapports qui vous ont été adressés, cent vingt-deux avaient pour sujet une épidémie de fièvres typhoïdes.

Eh bien ! ce fait principal se rencontre également dans les épidémies de 1847. Sur trente et un rapports que cette épidémie a fournis, vingt et un ou les deux tiers sont relatifs à des épidémies de fièvres typhoïdes, tandis que les dix autres se partagent entre la fièvre bilieuse, la suette miliaire, les fièvres intermittentes, l'angine de nature couenneuse, la scarlatine, la grippe et des affections diverses.

Les vingt et une épidémies de fièvres typhoïdes ont été observées dans neuf départements, de la manière suivante : sept dans la Côte-d'Or, cinq dans la Moselle, trois dans le Jura, et les six dernières dans l'Aisne, le Loiret, la Manche, la Mayenne, la Nièvre et la Seine-Inférieure.

Le nombre des malades, relevé d'après les rapports des médecins des épidémies, a été de douze cent quarante-deux, sur lesquels il en est mort deux cent dix, ou plus du sixième.

Sur 905 cas où le sexe est indiqué, on compte quatre cent vingt et un hommes et quatre cent quatre vingt-quatre femmes, le sexe féminin fournissant toujours plus de malades que l'autre sexe.

Sur onze cent dix malades des deux sexes dont l'âge est indiqué, neuf cent cinq avaient plus de 15 ans et quelques-uns dépassaient 60 ans ; deux cent cinq étaient au-dessous de 15 ans.

Sur cent soixante-deux morts dont on a fait connaître le sexe, soixante-sept étaient des hommes et quatre-vingt-quinze des femmes, et, relativement aux âges, cent quarante-quatre avaient dépassé la quinzième année, vingt-cinq étaient au-dessous.

La durée des épidémies a varié entre un mois et demi, deux, trois, quatre mois, quatre mois et demi, cinq, six et neuf mois.

L'époque où les épidémies ont commencé a également présenté beaucoup de variation ; on trouve, en effet, indiqués successivement les mois de janvier, février, mars, avril, mai, juillet, août, octobre. Par conséquent le froid, le chaud, la sécheresse, l'humidité de l'atmosphère, n'ont pu exercer qu'une influence secondaire sur la production de ces diverses épidémies, si tant est qu'elle ne se soit bornée à produire quelque modification dans l'expression pathologique de l'affection typhoïde.

L'extrême difficulté que les médecins rencontrent pour faire des ouvertures de cadavres dans les provinces, et dans les campagnes surtout, a fait que le nombre des autopsies n'a été, en 1847, que de quatre ; encore, sur ce nombre si minime, trois ont-elles été pratiquées par ordre de l'autorité judiciaire, dans un cas où des rumeurs sans fondement avaient accrédité un soupçon d'empoisonnement.

En 1847, comme dans les années précédentes, les fièvres typhoïdes épidémiques ont manifesté quelques modifications secondaires dans leur symptomatologie, et, selon l'opinion généralement adoptée, ont présenté plusieurs formes, soit la forme la plus simple, qui s'accompagne d'un moindre danger, celle de la fièvre muqueuse des pyrétologistes, soit la forme adynamique ou la forme ataxique, toujours plus dangereuses. Quelquefois la maladie a présenté quelque chose d'intermittent ou plutôt de rémittent, ce qui souvent a été attribué à l'influence de causes accidentelles, comme des marais, des eaux croupissantes, et cela avec d'autant plus de raison que l'on a vu cette modification, dans la symptomatologie de l'affection typhoïde, n'avoir lieu que chez les sujets immédiatement soumis à l'influence de quelqu'une des causes que nous venons d'énumérer, tandis que les

habitants placés loin des marais, loin des eaux croupissantes, n'offrirent plus que la symptomatologie de la fièvre typhoïde adynamique ou ataxique.

Quelques épidémies seulement ont mérité une mention particulière, soit pour le nombre des sujets affectés, soit à cause de quelque circonstance du développement de la symptomatologie, etc. L'une de ces épidémies, dont le début avait coïncidé avec deux repas copieux faits en commun par plusieurs personnes qui eurent ensuite la maladie régnante, avait donné lieu à des soupçons d'empoisonnement. Une enquête médico-judiciaire a fait connaître qu'il n'y avait là qu'une coïncidence toute partielle. Sur dix-sept convives, quatorze étaient tombés malades. Quelque temps après les deux repas, neuf avaient succombé. Mais d'autres personnes, qui n'avaient pas pris part à ces funestes dîners, et qui par conséquent n'avaient pu être incommodées par la bière nouvelle qui y avait été bue, avaient également été malades, et quelques-unes même étaient mortes. D'ailleurs, la bière, analysée avec soin par des chimistes, a été reconnue ne contenir aucune substance toxique.

Les longs détails dans lesquels votre commission des épidémies est entrée, dans le rapport de 1841 à 1847, sur la thérapeutique des fièvres typhoïdes, nous dispenseront sans doute de présenter ici des développements de quelque étendue sur ce sujet relativement aux épidémies de 1847; disons seulement que les émissions sanguines générales et locales, les évacuants, les toniques, les excitants, ont été plus ou moins spécialement mis en usage, en raison des symptômes, des accidents particuliers, de la nuance de la maladie et de l'état des malades.

Parmi les dix maladies de diverse nature sur lesquelles des rapports sont parvenus à la commission, il n'y en a guère qu'une sur laquelle il ait été convenable de fixer votre attention : c'est l'épidémie de fièvres intermittentes qui a régné à Dunkerque, et dont la cause incontestable se trouve dans les fossés pleins d'une eau stagnante et corrompue qui entourent la ville. Une indication précise des mesures d'assainissement à mettre en usage a été soumise à l'autorité administrative par le médecin des épidémies de la ville de Dunkerque.

En terminant ce rapport, la commission croit devoir appeler votre suffrage approbateur sur MM. Pénans (Aisne), Lacoste et Rouhier (Côte-d'Or), Germain et Billot (Jura), Wilfen (Mayenne), Rounet (Moselle), Neuville (Seine-Inférieure), Sallot (Haute-Saône), et sur le médecin distingué de Dunkerque dont malheureusement le nom est complétement illisible, pour les rapports généralement bien faits, quelquefois même d'un intérêt véritable, et constituant des écrits tout à fait hors de ligne, qu'ils vous ont adressés dans les épidémies diverses qu'ils ont observées. Puissent les justes éloges que la commission est heureuse de leur donner ici, déterminer les autres médecins des épidémies à faire des rapports plus médicaux, et à comprendre que s'il est convenable, au point de vue administratif, que les médecins des épidémies indiquent, dans leurs rapports aux préfets, le nombre de kilomètres qu'ils ont parcourus pour se rendre sur le théâtre des épidémies, et aussi les noms et prénoms des malades qu'ils ont visités, l'Académie est en droit de leur demander des renseignements plus utiles pour elles sur l'âge, le sexe, la profession des malades, les conditions d'habitation, de nourriture, etc., et aussi quelques observations convenablement recueillies, en un mot des détails dont la compagnie puisse tirer parti dans les rapports d'ensemble qu'elle doit faire chaque année sur les épidémies !

Ce rapport est mis aux voix et adopté sans discussion.

— L'ordre du jour appelle, conformément à la décision que l'Académie a prise dans son avant-dernière séance, le scrutin de ballottage entre MM. Ricord et Robert. M. le président prévient l'Académie, avant d'ouvrir le scrutin, que deux membres obligés de quitter la séance avant l'heure, MM. Piorry et Chomel, ont déposé leur bulletin dans l'urne en présence et avec l'autorisation des membres du bureau.

Une très-vive discussion s'élève à ce sujet. Plusieurs membres demandent l'annulation des deux bulletins; d'autres demandent l'ajournement de l'élection. Cette dernière proposition, appuyée par un grand nombre de membres, est mise aux voix et adoptée. En conséquence le scrutin de ballottage définitif aura lieu mardi prochain.

REMÈDES CONTRE LE CHOLÉRA.

M. GAULTIER DE CLAUBRY lit, au nom de la commission du choléra, un rapport officiel sur l'emploi du traitement mercuriel proposé contre le choléra par M. le docteur Broutelles, médecin de Dieppe.

La commission propose de répondre au ministre que la donnée première sur laquelle s'appuie l'auteur est erronée. Les vénériens en traitement par le mercure, dit M. le rapporteur, ne sont pas plus que les autres malades à l'abri des atteintes du choléra. La banalité d'un traitement uniforme appliqué dans tous les cas et toujours ou presque toujours avec un succès complet, ôte toute confiance dans les assertions vagues et sans chiffres précis, qui sont contenues dans la lettre. En conséquence, il n'y a pas à donner suite à la communication.

M. ROCHOUX : Ce n'est pas la banalité d'un traitement qui doit le faire repousser. Un traitement peut être banal et très-bon; quoi de plus banal et de plus efficace que le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine, par exemple? Ce qu'il faut pour faire adopter un traitement, c'est que l'expérience l'ait consacré.

M. LE RAPPORTEUR consent à ajouter à la suite des mots « avec un succès complet, » ceux-ci : « et que l'expérience n'a pas justifié. »

La conclusion du rapport avec cette modification est adoptée.

— M. GAULTIER DE CLAUBRY lit un deuxième rapport officiel, au nom de la même commission, sur l'usage du café présenté comme un remède contre le choléra, par une personne étrangère à la médecine.

La commission propose de répondre au ministre qu'il n'y a absolument rien de nouveau et qui ne soit déjà connu des médecins dans la lettre dont l'examen lui a été soumis. (Adopté.)

— M. DE CASTELNAU lit la première partie d'un travail ayant pour titre : CONSIDÉRATIONS MORALES ET HYGIÉNIQUES SUR LE SYSTÈME PÉNITENTIAIRE DIT CELLULAIRE ET SUR LE SYSTÈME DE RÉPRESSION EN GÉNÉRAL. La suite de cette lecture est remise à la séance prochaine, nous en donnerons un résumé détaillé.

— M. CAPURON lit un rapport officiel sur une notice de madame Coquillard, sage-femme, relative à l'emploi du seigle ergoté en fumigation pour faciliter l'accouchement.

Conclusion : Il n'y a pas lieu de donner suite à cette communication. (Adopté.)

M. CAPURON lit un second rapport sur une notice de la même sage-femme, concernant les causes déterminantes des douleurs de l'enfantement. (Même conclusion. (Adopté.)

La correspondance officielle ne contient rien qui mérite d'être mentionné.

La correspondance manuscrite contient les communications suivantes, toutes relatives au choléra.

CHOLÉRA.

M. GIRARD, médecin en chef de l'asile des aliénés d'Auxerre, adresse quelques nouveaux documents sur la marche du choléra dans cet établissement.

Voici ce qu'apprend la lettre de M. Girard relativement à la question de la contagion :

Jusqu'à ce jour, ni les surveillants et surveillantes qui ont donné des soins assidus, et à tour de rôle, aux cholériques, ni les convalescents qui les ont aidés dans cette pénible tâche, ni les autres malades mêlés avec eux dans les infirmeries récemment édifiées, n'ont été atteints par le fléau. Quant à l'influence qu'exercent le volume d'air et la ventilation sur le développement du choléra, l'auteur a pu vérifier que ces deux conditions étaient très-puissantes. Il a continué à constater les prodromes précurseurs du choléra.

M. MAURICHEAU-BEAUPRÉ, correspondant de l'Académie, écrit de Calais pour donner des renseignements à l'Académie sur l'apparition du choléra dans cette ville.

D'après les faits rapportés dans sa lettre, M. Mauricheau-Beaupré conclut que, malgré des apparences spécieuses, rien n'a pu faire croire, pendant tout le cours de l'épidémie, à la transmission du choléra par contagion, tandis que plusieurs autres faits d'apparition de la maladie lui ont fait reconnaître plus explicitement l'influence de causes prédisposantes constitutionnelles, de causes accidentelles, sur la production de la maladie ou l'intoxication de l'économie animale sur des individus de tous les âges.

M. RAPHAEL, médecin à Provins, adresse deux lettres sur le choléra, qui sont déposées sur le bureau par M. Nacquart.

L'auteur rapporte le choléra à une affection de la moelle épinière; il assure que la pression exercée sur les apophyses épineuses des vertèbres dorsales y développe de la douleur et augmente le malaise que les malades éprouvent dans la région épigastrique et vers le cœur. Comme traitement, il a recours aux bains chauds et multipliés, aux vaporisations de nature à provoquer de la transpiration et aux boissons aqueuses.

M. le docteur H. BAYARD (de Château-Gontier) donne la relation de quelques faits sur le mode de communication du choléra.

Il est question d'une fille de 18 ans, atteinte du choléra à Angers, et qui se fit transporter dans sa famille, à La Jaille-Yvon, où il n'existait pas de choléra. Son père s'alita trois jours après et succomba le troisième jour. Une femme, qui avait donné des soins aux malades, fut prise très-gravement cinq jours après, et expira le lendemain. Une autre femme et son fils eurent une cholérine des plus intenses, qui céda toutefois vers le douzième jour. La fille qui avait apporté la maladie fut enlevée au bout de neuf jours. Aucun autre cas de choléra ne s'est déclaré depuis dans cette localité.

M. DELFRAYSSÉ appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur la propriété préservatrice du quinquina contre le choléra.

M. ROBINET présente l'extrait suivant d'une lettre qui lui a été adressée par M. Aud. Leroy, pépiniériste à Angers.

Sur 12 ouvriers qui ont été atteints du choléra dans mon établissement, 2 seulement, et les 2 premiers atteints, ont succombé. Pour les 10 autres, voici ce qui a été fait. Aussitôt qu'un ouvrier était atteint de cholérine, sur-le-champ l'envoyais se soigner chez lui, à la condition que je payerais les remèdes, le médecin et les journées pendant la maladie, si l'ouvrier exécutait ponctuellement les prescriptions du docteur. Je ne devais payer que sur l'approbation du médecin. Par cette simple mesure, j'ai sauvé 10 ouvriers. Je guérissais d'abord le moral et j'avais bon marché du reste. Si, dans les grands ateliers, on avait pris cette mesure si simple, on eût perdu bien moins de monde.

— M. J.-B. BENOIT adresse un mémoire relatif à un nouveau système d'arrosage des voies publiques, d'assainissement et d'extinction des incendies.

Il est cinq heures moins un quart, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1849;
par M. SEGOND, secrétaire.

I. — ANATOMIE.

1° VEINES ÉTABLISSANT UNE COMMUNICATION DIRECTE ENTRE LA VEINE PORTE ET LA VEINE CAVE INFÉRIEURE.

M. CL. BERNARD montre à la Société des veines particulières qu'il a découvertes et qui établissent une communication directe entre la veine porte et la veine cave inférieure. La pièce que M. Bernard présente appartient à un cheval. On y voit également la structure musculaire très-développée de la veine cave inférieure au niveau du foie.

M. Bernard a été conduit à ces faits anatomiques en cherchant le mécanisme d'une circulation spéciale entre la veine porte et le rein qu'il a déjà signalée à la Société et qu'il complétera par des recherches ultérieures.

2° APPENDICES GÉNITAUX MALES DES RAIES.

M. ROBIN présente une série de planches concernant l'anatomie des appendices génitaux mâles des raies jeunes et adultes, des *equatina* et des *aiguillats*. La longueur de ce travail nous oblige à n'en donner que l'extrait suivant.

M. Robin décrit 1° les pièces cartilagineuses de cet appareil; 2° ses muscles; 3° ses nerfs fournis par les paires sacrées; ils sont nombreux et volumineux; 4° ses artères, branches de celles du membre inférieur; 5° les veines sous-cutanées très-nombreuses, volumineuses, dont celles de la face inférieure communiquent avec les bourrelets vasculaires des lèvres du cloaque, et qui toutes vont, soit directement soit indirectement, se jeter dans la veine latérale sous-cutanée supérieure; quelques-unes peu nombreuses se jettent par suite d'anastomoses dans la veine sous-péritonéale, par l'intermédiaire de la veine cutanée sous-abdominale. 6° Les veines de la muqueuse forment un tissu érectile à l'extrémité de la fente qui longe le côté externe de l'appareil; une veine volumineuse traversée par des trabécules fibreuses très-minces, ramène ce sang et le verse dans le tissu érectile qui entoure la glande (prostate?), dont il sera question plus loin. De là le sang passe indirectement dans la veine latérale sous-cutanée supérieure. 7° Les veines musculaires très-volumineuses vont se jeter dans la veine sous-péritonéale, dont, avec les veines du cloaque, elles forment la principale origine. 8° La glande dont est pourvu l'appareil est entourée de tissu érectile, enveloppé lui-même d'une couche musculaire de la vie animale, dont M. Robin décrit les nerfs. Cette glande est formée de tubes accolés parallèlement l'un à l'autre; ils se réunissent successivement ensemble et forment autant de groupes dont chacun verse son contenu dans le réservoir de la glande par un court conduit excréteur faisant saillie à l'intérieur sous forme d'une papille creuse d'un millimètre de longueur. 9° Chaque tube est tapissé d'un épithélium à cellules aplaties hors l'état de rut, gonflées et turgescentes lorsque la glande sécrète. Leur contenu est une émulsion blanche, crémeuse, de petites granulations graisseuses ayant $0^{mm},001$ en diamètre. Le contenu du réservoir est semblable au contenu des cellules, et on peut s'assurer par diverses expériences que ce liquide se forme dans les cellules et tombe dans les tubes par rupture de celles-ci, puis de là il coule dans le réservoir. 10° Ce dernier s'ouvre largement ou plutôt se continue sans rétrécissement avec la fuite placée au côté externe des appendices génitaux.

Cet appareil n'existe que chez les mâles; il n'entre en fonction qu'à l'époque du rut; la structure de la glande et le liquide qu'elle sécrète la rapprochent sous quelques rapports de la prostate des vertébrés supérieurs.

3° ŒUFS DOUBLES DE PALUDINE VIVIPARE.

M. DAVAINE a présenté à la Société un œuf double de paludine (la vivipare à bandes) parfaitement développé.

Les œufs à vitellus double des gastéropodes vivant dans les eaux douces ont déjà été observés par M. de Quatrefages et par M. Jaquemin qui en a vu un (HISTOIRE DU DÉVELOPP. DU PLANORBIS CORNEA, 1835), mais il n'avait pas pu déterminer si ces œufs se développent ou si l'un des deux vitellus seulement suit les phases de l'évolution.

Dans la séance du 30 juin, M Davaine a mis de nouveau sous les yeux de la Société deux œufs de planorbe (*planorbis cornea*). L'un de ces œufs, récemment pondu, contenait deux vitellus dont il a suivi le développement pendant plusieurs jours; l'autre était divisé par une cloison transversale en deux loges, qui contenaient chacune un embryon très-avancé dans son évolution.

4° VITELLUS MULTIPLES.

M. DE QUATREFAGES présente un croquis représentant les œufs d'une espèce de pleurobranche qu'il ne croit pas avoir encore été décrite et qu'il a trouvée sur les côtes du golfe de Gascogne. Ces œufs sont réunis par un cordon de matière transparente, roulé en spirale dans l'épaisseur du cordon; ils sont disposés eux-mêmes sur une double spirale. Ce que ces œufs présentent de plus remarquable, c'est que la plupart d'entre eux renferment deux et quelquefois trois vitellus. Cette réunion de vitellus dans une même coque, exceptionnelle chez les planorbes et les lymnées, comme l'auteur l'a montré dans un mémoire précédent, paraît être normale chez ce pleurobranche, car M. de Quatrefages a observé bien des fois, dans diverses masses d'œufs, le développement de ces vitellus multiples.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° FÉCONDATION D'UNE LYMNÉE DES ÉTANGS (LYMNEUS STAGNALIS L.) SANS COPULATION RÉCIPROQUE.

M. ROBIN montre une lymnée des étangs (*lymneus stagnalis* L.) qu'il a prise encore petite en 1847. Depuis cette époque elle a toujours vécu toute seule dans un bocal. Néanmoins elle a fait chaque année (1847, 48 et 49) six à dix chaines d'œufs féconds; toutefois ces œufs ne se sont jamais développés également; il y en avait toujours qui étaient de trois à quatre jours plus arriérés que les autres; tous néanmoins ont fini par éclore. Ainsi ces animaux, dont chaque individu porte les deux sexes réunis et qui à l'état de liberté exécutent chaque année un ou plusieurs coïts réciproques, n'ont pas absolument besoin de cette copulation, ce dont on se rend compte en se rappelant la disposition anatomique de leurs organes génitaux. Le canal déférent et l'oviducte s'abouche en effet dans un conduit unique (vagin), assez court. Le sperme et les œufs peuvent donc se rencontrer à leur sortie sans qu'il y ait pour cela besoin d'un coït préalable.

M. Coste a rapporté à M. Robin qu'il a fait la même expérience et obtenu les mêmes résultats.

2° PHÉNOMÈNE DE VISIBILITÉ SIGNALÉ PAR M. VÉRON ET EXPLIQUÉ PAR M. BROWN-SÉQUARD.

« Ce fait consiste en ce que la vision des objets qu'on aperçoit à peine, lorsqu'on les regarde d'un œil avec une lorgnette d'approche pendant que l'autre œil est fermé, devient plus nette quand on ouvre ce dernier. M. Brown-Séquard dit que ce phénomène trouve son explication en ce que l'ouverture pupillaire est plus petite quand les deux yeux sont ouverts que lorsque l'un des deux est fermé. En effet, quand la pupille est resserrée, les rayons venus des objets voisins de celui que l'on fixe arrivent en moins grand nombre sur la rétine, et l'image affaiblie qu'ils y tracent nuit bien moins à celle de l'objet qu'on regarde. C'est ce dont on s'assure aisément en regardant par un trou fait dans une carte un objet dont on voyait à peine les détails à l'œil libre. La vision devient alors bien plus nette. Sans doute il arrive moins de rayons de l'objet lui-même, dans ces circonstances, mais comme il n'en vient presque que de lui, il y a tout avantage à ouvrir l'œil dont on ne se sert pas. L'utilité de certains écrans repose en partie sur ces données. »

3° ACTION PHYSIOLOGIQUE DES VENINS.

M. CL. BERNARD expose la suite de ses recherches sur l'action des venins et particulièrement sur celle du *curare*. Les expériences nombreuses qu'il a pratiquées lui ont permis de constater une propriété remarquable dans l'épithélium des membranes muqueuses, et qui consiste en ce que certaines substances solubles produites ou déposées à la surface de ces membranes n'y sont point absorbées, pourvu toutefois que ces tissus soient dans un état parfait d'intégrité, car la plus légère altération de ces membranes permet à l'absorption de s'établir. Ainsi s'explique naturellement l'innocuité des venins qui, portés directement dans la circulation, donnent lieu à des accidents mortels et qui dans le tube intestinal n'exercent aucune action. Une expérience frappante met le fait hors de doute. M. Cl. Bernard a pu empoisonner plusieurs animaux en les piquant avec un instrument imprégné du suc gastrique d'un chien qui avait ingéré du *curare* et qui n'éprouvait aucun accident.

M. Cl. Bernard a fait, en outre, des expériences comparatives sur la rapidité d'action des venins chez les différentes classes d'animaux. Il s'est assuré que le *curare* et le venin de la vipère déterminent plus ou moins rapidement la mort, suivant les animaux sur lesquels on agit; tandis que les oiseaux sont presque instantanément tués, on voit les animaux à sang froid résister beaucoup plus longtemps. Il a expliqué de cette manière l'erreur dans laquelle Fontana est tombé, lorsque voyant certains animaux ne pas être immédiatement tués par le venin de la vipère, il en a conclu que le venin n'agissait pas sur eux.

III. — EXPLORATION PATHOLOGIQUE.

1° TUBERCULISATION DES TESTICULES.

M. CH. BERNARD met sous les yeux de la Société des testicules tuberculeux, qui appartenaient à un détenu de la prison de la Roquette, âgé de 35 ans, affecté d'une blennorrhagie il y deux ou trois ans; une tumeur s'était développée il y a huit mois dans le testicule gauche. Cet homme a succombé à une péritonite chronique. L'autopsie a montré, outre les altérations du péritoine et celles des testicules, des tubercules pulmonaires qui paraissent s'être développés peu de temps avant la mort et longtemps après le développement des tubercules testiculaires.

2° DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE DE LA RÉTINE.

M. BROWN-SÉQUARD signale, aux médecins et aux physiciens, un procédé très-simple pour reconnaître si les deux rétines sont véritablement paralysées par moitié, dans les cas semblables à ceux observés par Wollaston, M. Arago et autres. On sait que dans ces cas une moitié transversale des objets fixés était seule vue; d'où on a conclu que la moitié interne d'une rétine et la moitié externe de l'autre devaient être paralysées simultanément. Il est facile de s'assurer s'il en est ainsi: on n'aura qu'à placer l'objet de côté, sur la limite du champ visuel, de façon que l'image se fasse entièrement sur une moitié transversale de la rétine. Si cette moitié est paralysée, on ne verra *aucune partie de l'objet*, et si on le transporte peu à peu jusqu'à l'autre extrémité transversale du champ visuel, on conçoit qu'à mesure que l'image passera de la moitié paralysée de la rétine à la moitié saine on devra en voir successivement des fractions de plus en plus grandes: le *quart*, le *tiers*, la *moitié*, les *deux tiers* et

enfin la *totalité*, lorsque l'objet sera placé de manière à faire son image entière sur la moitié saine de la rétine.

3° TUMEUR CANCÉREUSE MÉLANIQUE DE LA PEAU.

M. ROBIN présente une tumeur cancéreuse mélanique de la peau envoyée du service de M. Robert à l'hôpital Beaujon. La poussière mélanique est répandue çà et là dans la tumeur par plaques plus ou moins larges; beaucoup de cellules cancéreuses en renferment une assez grande quantité mêlée à leurs granulations moléculaires propres. On trouve à peu près un égal nombre de cellules qui ne renferment pas de trace de ces granules pigmentaires.

4° SUR L'ACARUS FOLLICORUM, par M. LEBLANC.

« J'ai déjà présenté à la Société de la peau d'un chien, dans laquelle on a rencontré un parasite connu sous le nom d'*acarus follicorum*, déjà décrit par Simon dans l'ATLAS D'ANATOMIE COMPARÉE publié par M. Rayer, et par M. Gruby dans un mémoire présenté par lui à l'Institut.

» J'ai rencontré la même maladie chez deux chiens vivant ensemble et qui en ont été affectés tous deux en même temps.

» Les causes de cette affection ne m'ont pas paru différer de celles des autres affections cutanées.

» Les premiers symptômes sont ceux de la gale; des vésicules apparaissent à la base des poils se crèvent et couvrent la peau de croûtes très-denses et très-nombreuses; la peau rouge au début devient ensuite violette; des élevures apparaissent à la base des poils et la peau ne présente plus qu'une large plaie.

» Cette maladie se déclare d'abord sur les pattes,, gagne bientôt l'aisselle et l'aine, puis le cou, la tête et le tronc.

» Les animaux deviennent très-maigres, tombent dans le marasme et meurent au bout d'un mois à deux.

» Tous les remèdes employés efficacement contre les autres affections cutanées ont été jusqu'ici impuissants contre celle que détermine l'*acarus follicorum*. »

5° SUR UN HELMINTHE NÉMATOÏDE ARMÉ DE CROCHETS OU ÉPINES OBSERVÉ DANS DES TUBERCULES DE L'ŒSOPHAGE DU CANARD COMMUN; par M. J.-B. CHAUSSAT.

« Parmi les helminthes appartenant à l'ordre des nématoïdes, il n'en est que deux jusqu'à ce jour chez lesquels on ait vu la tête et le cou armés d'épines plus ou moins analogues à celles qui constituent un des caractères principaux d'un genre particulier d'helminthes bien connus, les échinorhynques.

» Une de ces espèces de vers nématoïdes dont la tête ou le corps est armé d'épines a été observée par M. Creplin, qui l'a désignée sous le nom de *spiroptera aculeata*.

» Un second nématoïde, dont la tête est également pourvue d'épines, a été observé par M. O'Bryen Bellingham dans des tubercules de l'œsophage du canard tadorne. M. Bellingham, qui en donne une description succincte, croit pouvoir rattacher cet helminthe à l'ordre des spiroptères.

» M. Chaussat a observé un ver nématoïde dans les tubercules de l'œsophage du canard commun, et dont l'extrémité antérieure est également pourvue d'épines très-prononcées.

» Il met sous les yeux des membres de la Société des dessins représentant l'individu mâle et l'individu femelle de cette espèce de ver, l'apparence de la tête et de la queue, la disposition du canal intestinal, celle des œufs et d'une portion de l'ovaire, une portion du cordon testiculaire et le spicule du mâle.

» Suivant M. Chaussat, il se pourrait que cette espèce de ver fût la même que celle que M. Bellingham a observée dans une autre espèce de canard, quoique la description qu'il en donne ne s'y applique pas exactement.

» Il se pourrait aussi, et cela paraît assez probable, que l'helminthe que M. Chaussat a observé fût le même que celui que Jurine dit avoir rencontré dans des tubercules de l'œsophage du canard commun. Rudolphi, auquel il en avait envoyé un exemplaire, a cru pouvoir regarder ce ver comme une espèce de strongle, que Nitsch a décrit plus tard sous le nom de *strongylus tubifex* (strongle perforant), et que Bremser a figurée dans ses ICONES. Mais on remarquera que dans les figures données de cet helminthe par Bremser, et dans les descriptions qui ont été faites par ces auteurs, il n'est pas fait mention d'un des caractères les plus remarquables de ce ver : de l'existence des épines autour de la tête. »

6° NOTE SUR LES LARVES ET LES INSECTES QUI PEUVENT SE DÉVELOPPER DANS LES ORGANES ET LES TISSUS DE L'HOMME; par M. CH. COQUEREL, chirurgien de la marine.

« On avait signalé depuis longtemps la présence de larves d'insectes dans les tissus de l'homme; on les avait rencontrés dans les cavités splanchniques et au milieu des matières vomies ou des déjections de différente nature; mais toutes les données qu'on possédait à cet égard étaient très-vagues. C'est à M. Hope (TRANSACT. OF. ENT. SOC. OF. LONDON, vol. II, p. 256) qu'on est redevable du premier travail complet sur ce sujet. Ce savant naturaliste a rassemblé 108 cas différents de larves observées chez l'homme. Il a réuni, sous le nom de *cantharíasis*, les faits qui se rapportent aux coléoptères et aux dermoptères, de *scolechiasis* ceux fournis par les lépidoptères, et de *myasis* ceux qui concernent les diptères. Ces trois ordres sont les seuls qu'on ait observés jusqu'à présent.

» Quelques coléoptères ont été expulsés vivants et à l'état parfait : ils appartiennent aux genres *tenebrio, blaps, staphylinus* et *melse*. Il est bien difficile d'admettre que ces insectes aient pu accomplir leurs métamorphoses dans l'estomac, et il est probable qu'ils n'y avaient séjourné que peu de temps et avaient été ingérés avec des matières alimentaires.

» Les larves ont été observées dans divers points de l'organisme : sinus frontaux et maxillaires; voies lacrymales; narines; conduit auditif; pharynx; estomac; intestins; anus; nombril; peau de l'abdomen, du cou, des membres; cuir chevelu; scrotum.

» On a peu de détails sur les accidents occasionnés par la présence de ces singuliers parasites. Les larves de coléoptères, les torpicules et les chenilles sont expulsées d'ordinaire au milieu des matières vomies, et ne causent que des accidents passagers; ils n'attaquent pas les tissus. M. Hope cite un seul cas de mort attribuée à la présence de larves du *tenebrio molitor* dans les narines.

» Les larves de diptères font naître des symptômes bien plus graves; celles de la mouche de la viande (*musca carnaria*) se sont développées quelquefois en quantité prodigieuse sur le corps de malheureux qui portaient dans leurs vêtements des viandes corrompues, et les ont dévorés comme des cadavres. M. Roulin (ANN. SOC. ENT. DE FR., 1832, p. 510) a cité un cas de ce genre, et M. J. Cloquet en a observé un second.

» Latreille avait nié la présence des larves d'œstre dans les tissus cutanés de l'homme, quoique déjà Gmelin en eût observé des exemples, et il avait formé une espèce particulière qu'il appela *œstrus hominis*. Latreille prétendait que les œstres ne se développant que chez les mammifères herbivores, les cas observés chez l'homme devaient être attribués à des larves de la mouche de viande; mais ces insectes ont été parfaitement observés chez des carnassiers (ANN. SOC. ENT. DE STILLIN), chez des singes américains, par M. Vallot, et d'une manière certaine chez l'homme. Malheureusement c'est toujours à l'état de larve qu'on les a rencontrés, et l'on n'a pu encore examiner leur métamorphose. M. Goudot observa sur lui-même, en Amérique, une tumeur renfermant une larve d'œstre; il voulut la conserver pendant quelque temps, pensant qu'elle passerait bientôt à l'état parfait; mais la douleur que lui causait cette tumeur le força bientôt à renoncer à son expérience.

» Les larves d'œstres chez l'homme comme chez l'herbivore se développent le plus souvent dans des tumeurs cutanées. M. Robineau Desvoidy a communiqué tout récemment à la Société entomologique un fait tout à fait exceptionnel. Il s'agit d'une femme qui, après des douleurs abdominales violentes et des symptômes inflammatoires dans le col de la vessie, expulsa par les urines une larve d'œstre.

» Quant à la manière dont ces insectes pénètrent dans l'économie, il est difficile de donner une explication satisfaisante des différents cas qui se présentent à l'observation. On comprend jusqu'à un certain point que quelques larves introduites avec les aliments résistent pendant quelque temps à la température élevée de l'intérieur des organes et à l'action des liquides qui les baignent. Mais pour ce qui est de celles qui ont été observées dans des cavités closes, ou pour le cas cité par M. Robineau Desvoisy, nous ne voyons aucune explication satisfaisante a donner pour le moment.

» Une particularité qu'il faut noter, c'est que l'observation de ces parasites est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. »

IV. — TÉRATOLOGIE.

1° MONSTRUOSITÉS DES ANTENNES.

M. LABOULBÈNE communique à la Société le résultat de ses recherches sur les monstruosités des antennes observées dans les insectes de tous les ordres. Voici les conclusions de son travail :

« Les monstres polyméliens sont les moins rares de tous, et cependant j'ai eu de la peine à réunir douze exemples bien constatés d'antennes monstrueuses; l'un d'eux est encore inédit; les autres sont, comme je l'ai indiqué, mentionnés dans différents recueils, surtout dans les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ ENTOMOLOGIQUE DE FRANCE.

» Les dessins que j'ai fait passer sous les yeux de la Société sont la reproduction de ceux qui ont déjà été donnés pour représenter les vices de conformation et les monstruosités des antennes. J'ai eu le soin de placer à côté des organes anormaux la disposition normale et constante, omise presque toujours par les auteurs.

» En résumé, on a signalé neuf cas de polymélie, un cas de monstruosité simple et deux cas de gynandromorphisme dans les antennes des insectes. Toutes les fois qu'il y a eu polymélie, elle existait d'un seul côté, cinq fois à droite, quatre fois à gauche. L'antenne anormale était le plus souvent bifide, six fois sur neuf; trois fois elle a présenté une trifurcation.

» Dans les antennes bifides, on n'a point encore trouvé de division exacte, c'est-à-dire deux rameaux composés d'un même nombre d'articles; par conséquent ce sont bien des cas de polymélie et non point des monstruosités par scission.

» Dans les deux cas de gynandromorphisme, l'antenne mâle s'est montrée alternativement à droite et à gauche. L'antenne épaissie et raccourcie d'un *bombus* était située à droite.

» Deux ordres seulement ont fourni ces antennes monstrueuses, celui des coléoptères et des hyménoptères, et à l'exception d'un seul cas, les monstruosités ou vices de conformation s'observent sur des antennes filiformes; mais, contrairement à ce qu'a vu M. Lacordaire, on a vu une antenne pectinée de buprestid, bifide à un haut degré, et partant fort remarquable. »

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

NOMINATION DE DEUX COMMISSIONS, L'UNE DITE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, L'AUTRE DE MÉDECINE.

La Constitution veut que l'enseignement soit libre. Un projet de loi soumis à

la discussion de l'assemblée législative a pour objet, en ce qui concerne l'instruction primaire et l'instruction secondaire, de fonder sur des bases solides ce régime de liberté. L'intérêt des hautes études, celui du pays qui en est inséparable, exigent aussi que les écoles supérieures, à qui le dépôt des gloires littéraires et scientifiques de la France se trouve confié, entrent promptement et résolument dans cette voie nouvelle.

Les Facultées des lettres, des sciences, de médecine, de droit et de théologie constituent, avec leurs annexes, un vaste ensemble où la jeunesse trouve un enseignement régulier. Cet enseignement constaté par de fortes épreuves, soutenu par des grades ou des diplômes, ouvre aujourd'hui la plupart des carrières libérales et administratives. Cependant, en présence du principe posé par la Constitution, il devient urgent de procéder à la révision attentive de la législation qui régit ces grands centres d'instruction, principalement en ce qui touche la part à faire aux exigences de la liberté, et les programmes des cours et des examens. Le ministre de l'instruction publique fait donc de nouveau appel aux hommes dignes de la confiance du pays et versés dans la pratique de l'enseignement à tous les points de vue et dans toutes les directions.

Convaincu, en outre, de la nécessité de pourvoir au réglement définitif de l'état provisoire dont souffrent depuis nombre d'années plusieurs branches de la médecine, le ministre confie d'une manière expresse à une commission spéciale qui se concertera avec la commission supérieure, le soin de préparer un projet de loi sur l'art médical considéré dans son application pratique.

La commission chargée, par arrêté du 11 juin, d'étudier la situation actuelle du Muséum d'histoire naturelle et d'y préparer les réformes indiquées dans un document de l'Assemblée constituante, prêtera également son concours à la commission de l'enseignement supérieur.

La commission aura aussi à délibérer sur le vœu formellement exprimé par les congrès agricoles relativement à la création d'une chaire d'économie rurale dans chacune de nos Facultés des sciences.

Enfin, sans entrer dans l'examen officiel des procédés particuliers que l'École polytechnique ou l'École de Saint-Cyr emploient pour l'instruction de leurs élèves, domaine du ministre de la guerre, la commission aura néanmoins à constater le degré d'influence que les programmes d'admission, délibérés pour nos écoles militaires, exercent sur les études scientifiques du pays, et à préparer les moyens d'assurer de plus en plus l'accord des ministres de la guerre, de la marine et de l'instruction publique, en tout ce qui touche l'admission aux écoles du gouvernement.

Sont nommés membres de la commission de l'enseignement supérieur :

MM. Thénard, chancelier de l'Université;
l'évêque de Langres, représentant;
Thiers, id.
de Vatimesnil, id.
Cousin, conseiller de l'Université;
Le général Trézel;
Agénor de Gasparin;
Albert de Broglie;
Dumas, doyen de la Faculté des sciences, représentant;
Pellat, doyen de la Faculté de droit;
Leclerc, doyen de la Faculté des lettres;
Bérard, doyen de la Faculté de médecine;
de Rémusat, membre de l'Académie française, représentant;
Flourens, membre de l'Académie française, professeur au Muséum;
Leverrier, membre de l'Institut, représentant;
de Kerdrel, représentant;
Fortoul, doyen honoraire de la Faculté d'Aix, représentant;
Gaslonde, professeur honoraire de la Faculté de Dijon, représentant;
l'abbé Sibour, vicaire général de Paris;
l'abbé Gerbet, professeur à la Faculté de théologie;
Lenormant, membre de l'Institut, professeur au collége de France;
Blanqui, membre de l'Institut, professeur au Conservatoire des arts et métiers;
Paul Andral, secrétaire.

Sont nommés membre de la commission de médecine :

MM. Bérard, doyen de la Faculté de médecine;
Orfila, Paul Dubois, Trousseau, Denonvilliers, membres de la Faculté de médecine;
Dubois (d'Amiens), Récamier, J. Guérin, Malgaigne, membres de l'Académie de médecine;
Bussy, professeur de l'École de pharmacie;
Lassègue, docteur en médecine.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA FIÈVRE JAUNE, OBSERVÉE A LA NOUVELLE-ORLÉANS; par M. PIERRE-FRÉDÉRIC THOMAS, de Royan (Charente-Inférieure). — 1 vol. in-8°. — Paris, 1848, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Un médecin du siècle dernier, qui avait pratiqué plus de vingt ans aux colonies, Dazille, médecin du roi, à Cayenne, s'exprimait ainsi, en parlant des médecins qui écrivent ou se proposent d'écrire sur les maladies des tropiques : « Sans avoir été dans les colonies, sans avoir fait de longs voyages sur mer, d'habiles médecins peuvent fort bien recueillir des observations sur les maladies des créoles et des Européens dans les colonies, et des marins à bord des vaisseaux, faites par d'autres sur les lieux mêmes; mais pour faire ces observations et les publier, il est d'une indispensable nécessité d'avoir pratiqué la médecine dans les colonies et à bord des vaisseaux, d'y avoir été très-employé, de pouvoir y compter des succès multipliés, en un mot, d'écrire d'après ce qu'on a vu. » Ces conditions sont justement celles où s'est trouvé l'auteur du livre que nous annonçons, bien connu d'ailleurs de nos lecteurs par de nombreuses publications sur le même sujet. M. Thomas n'a mis la dernière main à ce travail qu'après un séjour et une pratique de près de trente ans à la Nouvelle-Orléans. Il a senti, du reste, plus que tout autre peut-être, la valeur des paroles de Dazille; car auteur lui-même d'un premier essai sur la fièvre jaune, en 1823, c'est-à-dire à une époque où il n'avait eu qu'à peine encore le temps d'observer cette maladie par lui-même, il a dû, depuis, reconnaître et signaler, dans ce nouveau travail, les erreurs d'observations qu'il a commises alors, ce qu'il a fait d'ailleurs avec une bonne foi qui l'honore. Tout porte donc, et les précédents de l'auteur et les conditions favorables où il s'est trouvé placé pour observer, et la vaste expérience qu'un aussi long séjour sous les tropiques a dû lui donner, tout, disons-nous, porte à faire considérer le livre de M. Thomas comme une œuvre d'une autorité toute spéciale dans la matière.

La premier point qu'examine M. Thomas est relatif à la topographie et à la géographie des lieux où existe la fièvre jaune. « Les lieux réunissant les conditions nécessaires au développement ordinaire de la fièvre jaune, sont les contrées situées, soit entre les tropiques, soit non loin des tropiques, avoisinent la mer ou un grand fleuve, naturellement humides et sujettes à une abondante évaporation aqueuse, surtout la nuit, marécageuses par conséquent ou peu éloignées des marécages; ayant des bas-fonds contenant des matières végétales et animales, qui s'y déposent et y pourrissent pendant les chaleurs; où sont réunis une grande quantité d'individus non acclimatés, dans des espaces circonscrits, comme les villes ou les vaisseaux; sujets enfin à une température élevée et variable, etc. : » toutes conditions qui se trouvent réunies au plus haut degré à la Nouvelle-Orléans, où l'auteur a fait ses principales observations.

Cependant des épidémies de fièvre jaune ont été observées bien en deçà des tropiques dans des contrées tempérées et d'une latitude élevée, telles, par exemple, que celles qui ont sévi en Europe, à Cadix, à Barcelonne, à Livourne; celles de New-York, de Philadelphie en Amérique. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Thomas, là, comme ailleurs, ce n'a été que sous l'influence d'une température accidentellement élevée et prolongée pendant au moins un ou deux mois, que ces épidémies se sont manifestées. On voit, d'après cet énoncé, que c'est principalement l'union d'un certain degré de chaleur à l'humidité et à la situation déclive du sol, qui constitue la prédisposition topographique à la fièvre jaune. Ce concours de circonstances explique en même temps l'endémicité de la fièvre jaune dans les lieux où elles sont permanentes et son apparition éventuellement épidémique dans des régions où quelques-unes de ces conditions peuvent accidentellement se produire.

De ce premier ordre de considérations l'auteur est conduit à étudier un à un les éléments étiologiques qu'il assigne à cette maladie.

En tête des causes qu'il nomme causes particulières, M. Thomas, d'accord avec tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, place les degrés de chaleur généralement regardés comme nécessaires à sa production (26 à 27° cent.). Quelques auteurs ont prétendu qu'on avait observé la fièvre jaune quand le thermomètre ne marquait que 15 degrés centigrades et même 13 degrés. M. Thomas dit n'avoir rien vu de semblable, à moins que ce ne fût vers la fin d'une épidémie où, malgré l'abaissement de la température, quelques nouveaux cas se montrent encore, mais en diminuant avec une telle rapidité qu'on n'en observe plus au bout de très-peu de jours. Ces cas lui paraissent s'expliquer d'ailleurs par l'état hygiénique d'une ville en proie depuis quelque temps à une épidémie; mais il croit impossible que la maladie commence à se manifester dans une contrée sous l'influence d'une semblable température. Toutefois, ce n'est pas au moment des plus fortes chaleurs que la fièvre se montre; elles ne suffiraient pas seules pour la produire, il faut qu'il s'y joigne un foyer d'infection. Or ce foyer d'infection ne pouvant se former que par la putréfaction des matières végétales et animales qui croupissent dans les bas-fonds humides et les flaques d'eau, un certain temps de chaleur est nécessaire pour sa formation et pour que son extension subséquente permette un dégagement de miasmes suffisants et indispensables à la production du caractère de malignité qui forme l'essence de la fièvre jaune.

A ces deux principales causes de la fièvre jaune, la chaleur et un foyer

d'infection, il en faut ajouter une troisième, l'humidité. Mais, suivant M. Thomas, l'humidité n'a d'influence sur la production de la fièvre jaune qu'autant qu'elle est réunie aux deux conditions précédentes et qu'elle concourt à la putréfaction des matières organiques. Non-seulement l'humidité ne peut point, par elle-même, occasionner la fièvre jaune lorsqu'elle ne produit pas le résultat ci-dessus, mais quand elle est très-considérable, c'est-à-dire lorsque des pluies abondantes rafraîchissent l'atmosphère et renouvellent les eaux croupissantes, l'épidemie cesse, ou ne se produit point.

Après ces données étiologiques, l'auteur examine un point non moins intéressant, et qui a donné lieu à quelques divergences d'opinion entre les observateurs : nous voulons parler de la question d'acclimatement. Les auteurs sont généralement d'accord, et M. Thomas avec eux, pour considérer le non-acclimatement comme la principale prédisposition individuelle, ou même comme la seule cause véritablement déterminante, puisque toutes les autres, quelque nombreuses et énergiques qu'elles soient, échouent complétement sur les acclimatés. Mais il ne faut pas oublier que cette immunité acquise par l'acclimatement n'est pas acquise à tout jamais et sans retour, qu'elle se perd par plusieurs années de séjour en Europe ou dans d'autres contrées où la fièvre jaune n'a jamais lieu habituellement. Quelques-uns, M. de Humboldt est de ce nombre, vont plus loin et circonscrivent le bénéfice de cette immunité aux limites mêmes de la localité ; par exemple, les personnes nées dans une ville où cette maladie est endémique, et qui par conséquent ne la contractent jamais dans leur pays, pourraient, suivant cet auteur, en être atteintes par le seul fait de leur émigration dans une autre ville où elle existe également. Tel n'est pas l'avis de M. Thomas, qui assure n'avoir jamais vu aucun cas de ce genre. Il pense que ce qui aura pu donner le change à cet égard, c'est qu'on aura observé de pareils faits sur des sujets qui, par un long séjour en Europe ou ailleurs, avaient perdu le bénéfice de l'acclimatement. M. Thomas insiste, en terminant ce chapitre, sur ce fait qu'une cause seule, quelle que soit son énergie, ne peut suffire en général, et que ce n'est que la réunion d'un certain nombre agissant simultanément qui d'ordinaire produit la fièvre jaune chez les individus aptes à la contracter, et encore, bien entendu, dans les lieux où elle est endémique, et pendant la saison de son apparition habituelle, ou réunissant d'ailleurs les conditions reconnues nécessaires à son développement.

Nous aurons peu de chose à dire sur la description de la maladie, qui concorde d'ailleurs sur tous les points principaux avec celle des auteurs le plus généralement connus. En ce qui concerne sa nature et l'analyse des phénomènes qui la constituent, M. Thomas revient sur quelques-unes des propositions qu'il a avancées dans son premier travail de 1823, et qu'il a reconnues erronées depuis ; il y disait, entre autres choses, que la maladie agissait d'abord en général sur le système sanguin, et ensuite sur le nerveux. Cette opinion, qui lui avait été inspirée par les premières épidémies dont il avait été témoin, a été démentie par les épidémies subséquentes, et notamment par celles de 1837 et 1839, où le système nerveux fut presque toujours primitivement affecté. Le fait sur lequel il insiste le plus ensuite, c'est la forme pyrétique et le type continu, souvent rémittent de la maladie, qui jamais, affirme-t-il, ne présente le caractère intermittent, quoi qu'en aient dit quelques médecins. Ce qui a pu, suivant lui, faire croire à l'intermittence dans quelques cas, c'est la rémission qui a lieu quelquefois du deuxième au troisième jour qui sépare la première de la deuxième période. La continuité de la fièvre est, pour M. Thomas, l'un des caractères les plus essentiels de la fièvre jaune, et qui la distingue de la plupart des autres fièvres de mauvais caractère.

M. Thomas discute avec tout le soin et toute l'étendue qu'elle méritait la question relative au traitement de la fièvre jaune. Pour lui, il n'y a point de remède spécifique de la fièvre jaune, pas plus qu'un traitement unique, qui convienne à tous les cas et à toutes les périodes de la maladie. Le traitement doit varier suivant la prédominance de certains symptômes et de certains accidents, suivant les périodes de la maladie, suivant les individus. En un mot, c'est le traitement symptomatique, ou, comme on disait du temps de Berthe, qui en a le premier formulé si nettement les principes pour la fièvre jaune, le traitement analytique, qu'il considère comme le plus rationnel et le plus convenable. C'est dire qu'il est à peu près impossible de formuler d'une manière générale une méthode de traitement, qui varie non-seulement d'un malade à un autre, mais chez le même individu, d'un instant à l'autre de la maladie, depuis les antiphlogistiques jusqu'aux toniques et aux excitants les plus énergiques. Parmi les circonstances qui peuvent faire varier les indications, il en est une surtout qui est d'une grande importance dans les épidémies en général, et qui a justement fixé l'attention de l'auteur, c'est le caractère même de chaque épidémie en particulier, qui, bien que constituée par la même maladie au fond, diffère souvent d'une manière notable des autres épidémies quant aux indications principales qui en découlent. C'est ainsi que dans les épidémies de 1837 et 1839 on réussissait principalement par le sulfate de quinine, après l'emploi préalable des antiphlogistiques ; que le chlorure d'oxyde de sodium est déjà préférable au sulfate de quinine dans celle de 1839 ; qu'en 1822 les moxas avaient produit d'excellents résultats ; qu'enfin, dans l'épidémie de 1841, dont le caractère était plus inflammatoire que nerveux, les antiphlogistiques devaient être plus énergiquement et plus longuement employés, tandis que les toniques, et en particulier le sulfate de quinine et les chlorures, ne convenaient plus, et devaient être remplacés dans la troisième période par de puissants révulsifs, tels que les ventouses scarifiées, les frictions excitantes. Ces différences si capitales expliquent la divergence plus apparente que réelle au fond qui existe entre les divers moyens alternativement préconisés par des auteurs qui ont observé la fièvre jaune à des époques différentes, et dont les uns préconisent les antiphlogistiques à outrance, tandis que d'autres n'accordent de confiance qu'aux antispasmodiques, aux antiseptiques et aux toniques. Toutefois, la latitude que cette circonstance laisse supposer entre le choix des moyens de traitement, n'est pas telle qu'on ne puisse dire quels sont ceux dont l'application est le plus généralement utile, ceux dont l'expérience a démontré l'inefficacité ou le danger. Les évacuations sanguines au début, avec plus ou moins de réserve, suivant le caractère plus ou moins franchement inflammatoire de l'épidémie, ont, en général, paru utiles à l'auteur. Dans la troisième période il a eu beaucoup à se louer, assure-t-il, de l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium contre les symptômes d'adynamie et de septicité ; l'emploi de ce médicament était, du reste, le plus ordinairement précédé de l'usage du sulfate de quinine qui a pu aussi n'être pas étranger aux bons résultats attribués au premier de ces agents. Le sulfate de quinine paraît surtout avoir son indication et son utilité la plus marquée, sitôt après que, par l'emploi des antiphlogistiques généraux et locaux, ou d'autres moyens appropriés aux circonstances, on a obtenu un premier amendement, c'est-à-dire dès le commencement de la rémission qui termine d'ordinaire la première période. Parmi les moyens anciennement recommandés, dont M. Thomas condamne formellement l'usage, nous avons été quelque peu surpris de rencontrer les vomitifs et l'opium, ces deux pivots de la thérapeutique des médecins du dernier siècle dans la plupart des maladies épidémiques. Les motifs de M. Thomas pour exclure les vomitifs du traitement de la fièvre sont, sans doute, d'une sérieuse valeur ; l'expérience d'ailleurs est en cette matière le juge en dernier ressort, et M. Thomas a pour lui l'expérience ; mais quand nous considérons l'utilité si fréquente des vomitifs au début d'un grand nombre d'affections soit épidémiques, soit sporadiques qui offrent quelque analogie plus ou moins intime avec l'appareil symptomatique de la fièvre jaune, quand nous nous rappelons surtout que ce moyen a été particulièrement recommandé par Lind, à qui l'on doit les premières indications méthodiques sur le traitement de la fièvre jaune, il est naturel de se demander s'il n'y a pas lieu de faire quelque réserve en présence d'une exclusion aussi absolue qui, peut-être, pourrait bien être en partie fondée sur un préjugé scolastique analogue, quoique, dans un sens, tout différent à celui que l'auteur reproche précisément à Lind lui-même et aux premiers auteurs qui ont écrit sur le traitement de la fièvre jaune.

L'auteur, après avoir analysé avec beaucoup de soin et avec une très-judicieuse critique, les diverses méthodes thérapeutiques de la fièvre jaune, fait justice en quelques pages des prétendus spécifiques et des traitements empiriques importés, pour la plupart, par les médecins espagnols.

Il nous resterait, pour terminer cette analyse, à dire un mot de la manière dont M. Thomas envisage la question de la contagion. Cette question, toujours pendante alors qu'on la croyait à jamais résolue, a, et aura sans doute longtemps encore, le triste privilége d'entretenir le dissentiment et la confusion parmi les médecins. Ce n'est pas le moment de revenir sur une discussion qui a été si souvent agitée dans ces colonnes. Bornons-nous à dire que pour M. Thomas, comme pour Chervin et ses nombreux partisans, la fièvre jaune n'est point contagieuse, mais qu'elle est transmissible par infection et seulement dans le foyer épidémique, conclusion conforme, comme on le voit, à celle de la commission de la peste, et qui, comme elle, est sujette à révision.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire seulement, l'anatomie pathologique à laquelle l'auteur, plus particulièrement préoccupé du point de vue pratique, n'a consacré qu'un très-court chapitre.

En résumé, le livre de M. Thomas est dans toutes ses parties, mais surtout en ce qui concerne les conditions étiologiques de la fièvre jaune, la description et le traitement de cette affection, un livre d'une haute portée, qui sera consulté et médité avec grand profit par les médecins qui tiennent à être au courant de l'histoire si digne d'intérêt des grandes maladies endémiques.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

TRANSFORMATION DE L'ÉPIDÉMIE. — L'HOMŒOPATHIE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Depuis un mois l'épidémie n'avance ni ne recule. Ainsi que le constate le relevé ci-joint du mouvement des hôpitaux, le chiffre des entrées et de la mortalité oscille incessamment entre des diminutions et des augmentations insignifiantes. Ce que nous pouvons dire de cet état doit un peu ressembler à cet état lui-même, c'est-à-dire toucher à la monotonie. C'est à en prendre son parti.

Cependant, si nous sommes bien informé, le choléra ne décroîtrait pas seulement d'intensité en diminuant de fréquence, il affecterait encore quelques apparences nouvelles. Vers la fin de toutes les épidémies, on a observé une transformation de la maladie; soit qu'elle se combine avec d'autres affections, soit que les causes ordinaires atténuent l'action de la cause spéciale, toujours est-il que le type de la maladie épidémique s'altère. C'est ce qui paraîtrait exister aujourd'hui. Le choléra paraît affecter d'emblée la forme réactive, la forme bilieuse, ou même la forme intermittente. Quelques personnes ont prétendu, non sans fondement peut-être, qu'il prend le masque de la suette; pour ces personnes, la suette ne serait que le *choléra cutané*, en opposition avec le *choléra abdominal*. Cet aperçu, qu'on croirait au premier abord n'être qu'excentrique, touche aux questions les plus élevées de la pathogénie et de l'étiologie médicales. Nous y reviendrons peut-être, mais avec le sentiment de l'importance du sujet, qui nous empêche de nous en occuper aujourd'hui.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX.

	Hôpitaux civils.			Hôpitaux militaires.	
Dates.	Entrées.	Décès.		Entrées.	Décès.
20 juillet . . .	35	21	Pour les 7 jours.	27	11
21 — . . .	21	17			
22 — . . .	15	09			
23 — . . .	21	08			
24 — . . .	21	13			
25 — . . .	16	09			
26 — . . .	25	09			
	154	86			

Total des décès dans les hôpitaux depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 26 juillet 6860
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet 9127

Total général. 15987

MORTALITÉ DE LA VILLE.

6 juillet : 15	10 juillet : 8	14 juillet : 21	18 juillet : 17
7 — : 12	11 — : 10	15 — : 14	19 — : 22
8 — : 11	12 — : 15	16 — : 17	» »
9 — : 11	13 — : 18	17 — : 17	» »

— Nous terminerons aujourd'hui notre examen de la discussion de l'Académie de médecine belge par quelques mots sur les doctrines homœopathiques qui y ont été soutenues et sur les prétentions de la thérapeutique homœopathique appliquée au choléra. On s'étonnera peut-être de nous voir prendre ainsi au sérieux un ordre d'idées tant bafoué en France, dans les sociétés savantes comme dans la presse. Mais nous sommes d'avis qu'une croyance quelconque, homœopathie ou somnambulisme, qui se répand dans toutes les parties du monde savant, attirant à elle un certain nombre d'esprits distingués, mérite toujours d'être examinée. Et puis pourquoi, au sujet d'un débat soutenu en Belgique, nous montrerions-nous plus difficiles que l'Académie belge elle-même qui possède parmi ses membres adjoints plusieurs homœopathes ?

Les deux soutiens de l'homœopathie dans cette discussion, MM. Carlier et Varlez, n'ont pas craint d'engager la lutte sur une grande échelle, et nous devons reconnaître qu'ils y ont déployé l'un et l'autre un talent remarquable. Théorie et pratique homœpathiques sont entrées en ligne tour à tour et hardiment opposées à la théorie et à la pratique des allopathes. Mais dans le camp de ces derniers, deux rudes jouteurs, jusque-là divisés, MM. Fallot et Lombard, se sont réunis pour la défense commune, et sincèrement nous pouvons dire que la victoire leur est restée.

Le principe fondamental de l'homœopathie, c'est que, dans la nature, les forces sont indépendantes des corps et peuvent être modifiées isolément; que la force vitale, comme les agents impondérables, l'électricité, la chaleur, la lumière, est susceptible de variations en plus ou en moins auxquelles l'organisme ne fait qu'obéir; que c'est là le principe des maladies, et que les remèdes ne guérissent qu'en agissant directement sur la force en défaut ou en excès. M. Varlez a même une si haute idée des vertus de la force vitale qu'il la croit, avec d'autres homœopathes du reste, capable de créer de toutes pièces des éléments qui n'étaient contenus ni dans le germe de l'individu ni dans la matière de l'alimentation. Il a cité, par exemple, des expériences de M. Braconnot (de Nancy), desquelles il résulterait que des graines de plantes diverses, semées sur du sable de rivière bien lavé, ou sur du plomb de chasse, et arrosées avec de l'eau distillée, ont fourni de belles tiges et de belles fleurs d'où l'analyse chimique a extrait des acides, des alcalis, du fer, du phosphore, etc... Cette *histoire*, analogue à celle, rappelée par M. Fallot, de deux commissaires de guerre qui prétendaient créer des insectes en faisant passer un courant d'oxygène, d'hydrogène, de carbone et d'azote à travers de l'eau distillée, n'a rencontré que des incrédules à l'Académie. Aucune habileté de parole n'a pu doter la force vitale de ces fantastiques propriétés; aucun effort de talent n'a pu rompre l'union éternelle des forces et des corps de la nature. Les homœopathes nous paraissent tomber à cet égard dans une confusion de langage. De ce qu'ils parviennent à surprendre des manifestations de la vie dans des corps où l'œil ne peut apercevoir d'*organes*, ils en infèrent que la vie et l'*organisation* sont deux choses distinctes. Mais c'est mal poser la question. Oui, sans doute, on ne saurait trouver d'organes, par exemple, dans les *deux billionièmes* de grain de liqueur spermatique qui suffit, suivant Spallanzani, pour l'imprégnation artificielle. Mais cela autorise-t-il à dire que le globule de sperme soit dépourvu de vie ? non assurément. Il n'est pas organisé comme l'être qui en sortira ; mais il ne ressemble pas non plus à une parcelle de minéral, et la vie lui est si essentiellement inhérente qu'elle n'existerait pas sans lui, et qu'il ne saurait être remplacé par aucun autre corps pour l'acte de la fécondation.

Mais ce fait de l'imprégnation artificielle par une quantité infiniment petite de sperme a une autre signification, et c'est là le côté sérieux de la doctrine homœopathique, celui qui lui a rallié quelques hommes d'élite. La médecine offre d'ailleurs plus d'un exemple d'effets considérables exer-

Feuilleton.

DES ABERRATIONS DE L'APPÉTIT GÉNÉSIQUE.

AU RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Cher confrère,

La presse médicale et les journaux politiques ont tous parlé du sous-officier Bertrand, qu'une horrible dépravation des appétits génésiques portait à déterrer les morts dans les cimetières, pour découvrir des cadavres de femmes, débris hideux et déjà verts de putréfaction, auxquels il donnait des baisers érotiques avec plus d'emportement qu'à une chair palpitante de vie. Après cette erreur étrange de l'acte procréateur s'adressant à un corps que la terre seule réclame, une rage de destruction saisissait le fou : il mettait en pièces l'objet de sa double profanation; puis bientôt le collapsus et l'insensibilité succédaient à l'explosion de ses instincts pervertis. Alors, étendu sur la terre, il recevait, pendant les longues heures de la nuit, une pluie fine et glaciale qui le pénétrait sans l'impressionner. Il n'est pas inutile de faire observer, en passant, que cette insensibilité aux injures des agents atmosphériques se remarque chez bon nombre de fous, souvent réfractaires au plus haut point à la douleur. Dans les intervalles de ses accès monomaniaques, Bertrand menait une vie régulière; ses mœurs étaient douces, son esprit porté quelquefois à la mélancolie, et le sens génital ne le poussait à aucune tentative insensée contre le sexe.

Évidemment cet homme était sujet à de véritables accès de folie périodiques, et que l'on résolve la question dans ce sens ou dans le sens opposé, le conseil de guerre qui l'a condamné à un an de prison a été, dans la fixation de cette pénalité, ou au delà de la limite, ou s'est maintenu bien en deçà. Il n'y a pas de moyen terme entre folie ou crime, entre l'acquittement ou une peine des plus sévères. C'est l'opinion des hommes qui ont étudié les affections humaines, au point de vue affectif et intellectuel.

Après le feuilleton si intéressant inséré par M. Brierre de Boismont dans la Gazette Médicale, et les considérations d'un ordre élevé que M. Michéa a consignées dans l'Union médicale, il nous a paru qu'il restait encore quelques remarques à présenter sur ce sujet. C'est pour elles, cher confrère, que nous vous demandons place dans les colonnes qui nous accueillent toujours avec tant de bienveillance.

M. Brierre de Boismont, passant en revue les faits les plus connus de perversion de l'instinct génésique, cite un cas dont les circonstances lui paraissent semblables à celles qui ont motivé l'accusation de Bertrand. Il s'agit d'un jeune homme qui corrompait à prix d'or les gardes chargées de veiller dans la chambre mortuaire, se glissait dans le lit où reposait le cadavre, et rassasiait son instinct sur ces dépouilles inanimées. M. Brierre de Boismont aurait pu ajouter deux autres faits : l'un, transmis par la chronique orale, est relatif à un prêtre qui, après avoir fermé les yeux à une jeune fille, céda à une attraction irrésistible et s'accola à son cadavre. La chronique ajoute même que la vierge n'était pas morte,

cés sur l'organisme par des globules à peine visibles de certaines substances, et l'on peut surtout citer le virus-vaccin et le virus syphilitique. Bien plus, sans descendre jusqu'à ces substances inconnues élaborées par l'organisme lui-même, la matière médicale offre elle-même des produits qui indubitablement, pour tout le monde, pour l'allopathe comme pour l'homœopathe, sont doués de certaines propriétés spécifiques dont l'activité s'accroît par le fractionnement extrême, nous n'osons pas dire infinitésimal, du médicament. Tout le monde sait que quelques milligrammes de calomel, administrés cinq ou six fois dans une journée, amènent presque à coup sûr le ptyalisme, tandis qu'on ne l'obtient que difficilement de fortes doses de la même substance. On ne peut nier que certains articles de foi de la doctrine homœopathique ne trouvent dans des faits de ce genre un appui sérieux, et que si ces faits, jusqu'ici bornés, ne justifient pas les conséquences générales qu'on en a tirées, si leur signification particulière ne peut être, sans arbitraire, étendue à toute la thérapeutique, ils commandent pourtant de pousser dans cette voie les investigations les plus sérieuses et les plus actives. Mais, nous le répétons, il n'y a rien dans tout cela qui puisse légitimer le divorce de la force vitale et de l'organisme.

Quant au principe *similia similibus*, il a été à peine mentionné dans la discussion ; nous n'avons donc pas à nous en occuper ici.

Au point de vue purement pratique, les prétentions des homœopathes ont été très-ambitieuses. M. Varlez estime à 50 sur 100 les pertes des allopathes dans le traitement du choléra, et à 10 sur 100 celles des homœopathes, le tout d'après un calcul portant sur *cinq cent mille* malades. Nous savons qu'à Paris, des praticiens affirment avoir obtenu merveille du traitement homœopathique. Que répondre à cela ? Sur un pareil terrain, on est toujours fort embarrassé. Mais c'est la faute des homœopathes, et non la nôtre. Les homœopathes ont un malheur : c'est que jusqu'ici on ne peut invoquer, en faveur de leur thérapeutique, aucune expérience publique de quelque étendue, aucun document scientifique de quelque valeur, et que leurs incomparables succès n'ont eu pour témoins que les ténèbres, et pour garant que des allégations. Si l'on possède des observations détaillées, que ne se hâte-t-on de les publier, avec indication exacte des symptômes, des médicaments employés, des doses de chaque substance, des effets observés, que ne rend-on les incrédules témoins du résultat ? Dans une affection aussi souvent mortelle que le choléra asiatique, il ne faudrait pas beaucoup de faits pour mettre hors de doute la supériorité d'une méthode, si elle était telle que le disent les homœopathes. En agissant ainsi, on aurait au moins une réponse raisonnable à l'adresse de ceux qui, comme M. Lombard, s'amusent à retracer l'histoire assez peu glorieuse des expériences publiques dont le traitement homœopathique a été l'objet dans presque toute l'Europe. Le fait est que toutes ces expériences (et il en est qui ont été entreprises sur une grande échelle et avec une sorte de solennité, celles de Naples, par exemple) ont tristement échoué. Les juges étaient intéressés, dit-on. Eh bien ! qu'on recommence. Nous n'avons pour notre compte aucun parti pris, si ce n'est celui de nous rendre à l'évidence des faits. Nous nous étonnons seulement que, depuis si longtemps que l'homœopathie vante ses merveilles thérapeutiques, on en soit encore à lui adresser une semblable prière.

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHOLÉRA, extraites des Conférences cliniques de M. le professeur MICHEL LÉVY, médecin en chef au Val-de-Grâce ; par M. THOLOZAN, chef de clinique.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

Lorsqu'on tient un compte exact des altérations anatomo-pathologiques, on voit qu'en définitive toutes les maladies ont un groupe de lésions qui leur sont particulières à chacune. Et quelque opinion que l'on professe sur les rapports intimes qui unissent, d'une part, la cause inconnue des maladies et les modifications des solides et des liquides de l'économie, d'autre part, ces mêmes modifications et le tableau si varié et si animé des symptômes, on est obligé de convenir que des connexions nombreuses, puissantes, essentielles, enchaînent les causes et les symptômes aux lésions matérielles.

C'est dans cette étroite correspondance de causes inconnues et d'effets multiples immédiats ou éloignés que gît le problème de l'anatomie et de la physiologie morbides. Apporter quelques données à cette question au sujet d'une affection aussi obscure et imparfaitement analysée que le choléra, c'est continuer et persévérer dans la voie qui a mené à l'élucidation et au dégagement d'une foule d'unités pathologiques. Dans ce but, nous avons examiné de nouveau avec grand soin et analysé en détail les lésions cadavériques dans plus de 70 cas de choléra. Ce sont les résultats de cette investigation que nous allons exposer et discuter ici, en insistant seulement sur les particularités les moins connues ; ils s'ajouteront à ceux qui résultent de soixante-treize autopsies pratiquées au Val-de-Grâce pendant la première période de l'épidémie, et dont M. Lévy a confié la publication à M. Masselot.

COEUR.

PÉRICARDE, ENDOCARDE, SUBSTANCE CHARNUE.

Nous avons, dans un précédent article, insisté sur l'auscultation du centre circulatoire. Le grand nombre des phénomènes qui, dans le choléra, semblent dépendre de cet agent d'impulsion, la cyanose, l'arrêt de la circulation, cette cessation graduelle du courant sanguin qui, partant des extrémités périphériques et s'étendant jusqu'au centre, y arrête la vie dans l'un de ses moteurs les plus essentiels, tout concourt à donner une grande importance à l'étude des modifications anatomiques ou physiologiques de la circulation centrale. On a vu que physiologiquement les phénomènes de contraction et de dilatation du cœur s'accomplissaient jusqu'au dernier moment de la vie sans grande perturbation : c'est là ce qu'indique l'auscultation ; c'est là encore ce que montrent l'étude précise des symptômes (1) et l'examen nécroscopique.

(1) Nous ne pensons pas que les douleurs si violentes que quelques cholériques éprouvent sur le thorax puissent être rapportées au cœur. Dans la grande

---

et que, devenue mère, elle cherchait en vain dans ses souvenirs un père à son enfant, quand le coupable avoua son crime. A côté de cette histoire, trop romanesque peut-être pour mériter confiance entière, il en est une à laquelle les annales des tribunaux ont ouvert leurs pages : il s'agit aussi d'un prêtre, condamné aux travaux forcés pour avoir pollué le corps d'une femme qui venait de mourir, et sur laquelle il devait veiller en récitant des prières. Enfin M. Michéa rapporte que son aïeul a été témoin d'un pareil accouplement monstrueux, et c'était encore un prêtre qui profanait un cadavre !

S'il existe physiquement des rapports entre ces faits et celui de Bertrand, au point de vue des passions et de la psychologie, une très-grande différence les sépare.

Ne voit-on pas tous les jours une mère se jeter sur le cadavre de sa fille, un mari couvrir de baisers les lèvres violettes de sa femme morte? Ce n'est pas au cadavre, à la dépouille inanimée, que ces marques d'affection s'adressent ; c'est à l'être complet, à la personne même, que le souvenir d'une existence à peine éteinte et la persistance d'une vive affection font supposer présente encore et pleine de vie. Le spectateur froid ne voit qu'un cadavre ; mais la mère voit sa fille, le mari sa femme.

Eh bien! ne serait-il pas possible de concevoir, à la rigueur, en changeant l'aspect sous lequel on considère les impulsions affectives, que la passion érotique puisse s'adresser à cette jeune fille qui, tout à l'heure vivante et belle, est belle encore, conserve la chaleur de la vie et semble sommeiller? Que faut il pour déterminer cette étrange perversion de l'appétit génésique? Il suffit que les souvenirs conservent de la vivacité, que les impressions légitimes reçues il n'y a qu'un instant subsistent encore lorsque leur cause excitante n'est plus ; alors l'imagination prolongera la vie dans ce corps inanimé, la passion le verra non pas tel qu'il est, mais sous les couleurs empruntées dont elle est imprégnée elle-même, et l'acte qui s'adresse à la vie s'adressera à la mort.

L'amour n'est-il pas tout illusion? un cœur passionné ne prête-t-il pas beauté, esprit, vertu, à la femme laide, brute et déchue? Dans le délire érotique qui a pour objet un cadavre, l'illusion est poussée à sa limite extrême, mais ce n'est pourtant que le dernier degré de la même échelle d'erreurs.

Malgré le juste sentiment d'horreur et de répulsion qu'inspirent ces *amants de la mort*, une certaine filiation de raisonnements permet encore au philosophe de se rendre compte, jusqu'à un certain point, de leur perversion d'appétit génital, sans supposer nécessairement folie proprement dite, sans sortir en un mot du domaine des passions qui surgissent chez l'homme sain. On peut comprendre, à la rigueur, qu'un stimulant incapable de faire naître des impressions, suffise à les entretenir lorsqu'un agent plus actif les a produites ; on conçoit même leur persistance alors qu'il n'existe plus de source qui les alimente. Mais si l'accouplement avec le cadavre d'une jeune fille qu'on a vue vivante et dont l'image remplit encore le cœur, si cet accouplement est peut-être possible sans aliénation mentale, il n'en est pas de même du fait de Bertrand ; celui-ci implique nécessairement folie.

Il déterrait au hasard, la nuit, des cadavres inconnus ; hommes, femmes, enfants, tout était retiré de la bière ; puis quand il avait trouvé des cadavres de femmes, il assouvissait sa fureur génésique sur une sexagénaire, sur un corps déjà enfoui depuis treize jours et ramolli par la putréfaction ! Là, pas d'illusion

L'*absence presque absolue de noyaux fibrineux ou de concrétions plastiques* dans les cavités du cœur, la *facilité avec laquelle la fibre musculaire perd sa cohésion et s'écrase*, sont des faits à peu près constants, et qui ont été rencontrés avec le même chiffre de fréquence dans l'état algide et dans l'état torpide. Nos recherches donnent à ces faits une valeur certaine, car nous les avons faites le plus souvent six, huit et dix heures après la mort, profitant des nécessités d'une situation épidémique pour assurer l'exactitude des documents qu'elle pouvait fournir à la science.

Les autres altérations anatomo-pathologiques, rangées d'après le degré de fréquence, s'inscrivent dans l'ordre suivant :

Trente-huit cas algides (dont la durée a varié de huit heures à quarante-huit heures) :

Distension considérable des cavités droites. .	27 fois.
Ecchymoses sous-séreuses	28 fois.
Suffusions violacées du ventricule gauche. . .	20 fois.
Sérosité citrine du péricarde (de 10 à 60 grammes).	7 fois.
Sang liquide.	4 fois.

Vingt-deux cas torpides ou à réaction faible (dont la durée a varié de trois à dix jours) :

Ecchymoses sous-séreuses.	18 fois.
Suffusions violacées du ventricule gauche. . .	16 fois.
Distension des cavités droites.	16 fois.
Sérosité citrine du péricarde	8 fois.
Sang liquide.	1 fois.

D'après ce simple résumé, on voit ce qu'il faut penser de l'assertion de M. Bouillaud, qui ne trouve rien dans le cœur à moins de complication, et de celle de Broussais, qui a toujours rencontré l'endocarde sain. C'est sans contredit un chiffre de fréquence considérable que celui des infiltrations sanguines du cœur dans ces deux phases du choléra. On voit qu'elles sont plus fréquentes dans la seconde phase, par suite du développement et de la continuation du même travail pathologique dans la deuxième et dans la première période du choléra. Toutes les lésions anatomiques, nous pouvons le dire ici d'avance, prouvent aussi cette identité de nature de deux états si différents au premier abord, si contrastés par leurs symptômes, l'*algidité* et la *réaction;* lésions pulmonaires, rénales et surtout cérébrales. *Démonstration anatomique d'un fait capital dans l'histoire du choléra, sur lequel M. le professeur Lévy a plusieurs fois insisté dans ses conférences cliniques, et qu'il a mis hors de doute par l'analyse exacte des symptômes : à savoir l'identité de nature du choléra à toutes les périodes.*

On connaît les qualités physiques du sang chez les cholériques. Celui qui, après la mort, distend les cavités du cœur, et surtout les cavités droites, est ordinairement en gros caillots rouge brun et mous. Les cavités gauches, rarement remplies, jamais distendues, contenaient toujours plus de sang liquide que les cavités droites.

Les ecchymoses de la face externe du cœur sont très-importantes à étudier dans le choléra ; d'abord, c'est la seule affection dans laquelle nous les rencontrions en aussi grand nombre ; ensuite, il faut avant tout préciser leur siége, leur étendue, leur aspect, pour savoir à quoi s'en tenir sur leur origine et leur mode de production.

Dans les cas algides, 20 fois elles occupaient seulement la face postérieure du cœur ; 3 fois très-nombreuses, 17 fois peu abondantes ; 7 fois ces ecchymoses se sont montrées en même temps sur les deux faces antérieure et postérieure ; dans ces cas, elles étaient très-nombreuses. Dans les cas torpides ou à réaction faible, elles étaient 14 fois bornées à la surface postérieure, 4 fois plus nombreuses occupant les deux faces.

Les ecchymoses du cœur dans le choléra se montrent donc d'abord à la face postérieure. Leurs lieux d'élection les plus constants sont le sillon auriculo-ventriculaire, le bord droit, et ensuite le sillon interventriculaire. A un degré plus avancé, quand elles occupent la face antérieure, elles conservent toujours cette prédilection pour les sillons vasculaires et les régions du cœur chargées de tissu cellulaire graisseux. D'abord situées côte à côte des gros vaisseaux du cœur, elles s'en éloignent en devenant plus nombreuses, et s'éparpillent, dans quelques cas rares, dans les espaces où la fibre musculaire est à nu sous la séreuse; mais dans ce cas encore, elles occupent de préférence le voisinage des parties plus richement vascularisées, telles que la pointe du cœur et la portion du bord gauche la plus voisine de la base. Au début, simple tacheté rosé sous-séreux, ces extravasations sanguines prennent les teintes rouge, rouge brun, rouge noirâtre en augmentant de volume. Atteignant à peine, dans quelques cas légers, le volume d'une petite pointe d'épingle, on les voit quelquefois perdre la forme arrondie pétéchiale et former des cordons noueux, allongés, interrompus d'espace en espace et situés sur le trajet des vaisseaux auriculo-ventriculaires. Plus souvent ce sont des extravasations irrégulièrement arrondies de 1 à 3 millimètres de diamètre. On en rencontre non-seulement sous la séreuse, mais dans l'épaisseur même du tissu adipeux, le sang y est liquide et extravasé dans les mailles d'un tissu cellulaire lâche et perméable. Les gros troncs vasculaires voisins sont quelquefois distendus, le plus souvent à demi remplis; les capillaires sont généralement injectés autant et plus sur les fibres charnues que sur le tissu adipeux, autant sur la face antérieure que sur la face postérieure. Les capillaires d'un bleu indigo, qui donnent au cœur des cholériques l'aspect cyanique, capillaires ramifiés et d'un certain volume, ne sont pas les seuls que l'on rencontre sur le cœur. Nous avons rencontré un grand nombre de fois une injection très-fine, arborescente et à rameaux partout également ténus. Elle avait pour siége l'épaisseur même de la séreuse; elle était d'un rouge clair et ne se remarquait que dans les points occupés de préférence par les extravasations sanguines. C'est surtout lorsque les ecchymoses manquaient ou étaient peu abondantes que ces arborisations superficielles étaient prononcées. Nous sommes tentés de leur accorder une très-grande valeur comme phénomène précédant la formation des infiltrations sanguines, d'autant plus que nous avons remarqué que l'épanchement sanguin sous forme de piqueté rosé (premier degré des infiltrations sanguines sous-séreuses du cœur), occupait l'épaisseur même de la séreuse, et était assez rapproché de la face libre comme l'injection en question.

Tous ces détails, qui peuvent sembler minutieux, offrent cependant quelque intérêt, si ce n'est pour l'explication complète du fait des extravasations sanguines, au moins pour la manière générale de les envisager et

majorité des cas, c'est une gêne épigastrique avec constriction, une ceinture douloureuse costo-diaphragmatique, quelquefois des crampes pectorales ou intercostales. Nous n'avons point constaté de douleurs à la région précordiale, comme dans l'endocardite ou la bronchite capillaire suffocante.

---

possible, pas de souvenir qui réchauffe la hideuse réalité, pas de passion survivant à son objet ; ce n'est pas une erreur des instincts affectifs, c'est leur perversion absolue, c'est une création délirante, une aliénation radicale du sens intime. L'inutile mutilation qu'il pratiquait avec fureur, et dans laquelle il puisait de nouvelles jouissances, est une preuve de plus pour établir la réalité de sa monomanie périodique. Il ne fallait donc pas enfermer comme un coupable, mais confier aux soins des médecins aliénistes, cet homme dont la folie avérée n'a pas d'analogue dans l'histoire.

Une révélation, une sorte de confession qui nous a été faite, établit pour nous la possibilité de l'appétit génésique pour le cadavre encore chaud d'une femme qu'on vient de voir pleine de vie, sans que cette aberration implique aliénation mentale. Les circonstances dans lesquelles un homme jouissant de toutes ses facultés intellectuelles, nous a ainsi ouvert les replis de son cœur, méritent d'être spécifiées.

C'était en Afrique, au milieu d'un camp; depuis trois mois nous y plantions nos tentes, et aucune femme n'était venue satisfaire les robustes appétits de nos soldats. Un homme examinait attentivement un coq qui saillissait une poule destinée à la cuisine et jetée par terre morte et sanglante. Il est inutile de dire comment, devant ce spectacle, je devins le confident de ses secrètes passions; l'important, c'est de les faire connaître. Il me conta comment la vue de jeunes femmes mortes en conservant leur beauté l'avait impressionné au point de faire naître en lui des désirs qui se révélèrent par l'érection prolongée... Notons bien qu'il y a eu désir seulement et non pas accomplissement. Il ajouta qu'il préférerait s'accoupler avec le cadavre chaud d'une jeune femme surprise subitement par la mort avant que la maladie ait altéré ses formes et sa fraîcheur, qu'avec une femme vivante, mais ridée par les ans et flétrie par la maladie ; la morte, selon sa propre expression, c'est alors, aux yeux de l'amour physique, bien plus vivante que la vivante. Il faut avouer que la seule idée d'établir une telle comparaison est déjà une bien étrange conception. En train de franches confidences sur les excitants de l'appétit génésique, ce militaire nous signala un fait dont nous pûmes vérifier l'exactitude. Il nous fit voir un coq qui, après avoir terrassé son adversaire, cherchait à le sodomiser, et insistant quelquefois jusqu'à éjaculation, quand l'ennemi battu était acculé de manière à ne pouvoir fuir. L'observateur prétendait avoir vu assez souvent les chiens se livrer au rapprochement de sexes semblables, et cela jusqu'à intromission; il pensait que les mêmes influences climatologiques produisaient et ces accouplements chez les animaux et la sodomie chez l'homme. Nous laissons la responsabilité de cette opinion à son auteur.

D'autres exemples d'aberration de l'instinct génital trouveront naturellement place ici ; ce sera quelques éléments de plus sur cet article, que l'on grossirait démesurément si chacun déposait les confidences qu'il a reçues.

Un fourrier d'un régiment de ligne dont nous n'indiquerons pas le numéro, apportait très-souvent des canards à la table des sous-officiers ses commensaux. La répétition du même rôti et la prodigalité de leur camarade, éveillèrent quelques soupçons vagues qu'on éclaircit bientôt. Le fourrier avait une singulière manie, qu'on dit n'être pas ignorée de quelques Faublas épuisés de la capitale : il incisait le cloaque du canard, afin de remédier à la disproportion, et coupait la tête de l'animal à un moment choisi, pour faire tourner à la volupté ses der-

de les comprendre. On a vu en effet que le sang ne s'épanche pas indifféremment dans tous les points. — Quant au siége de ces épanchements, il semble dépendre des trois conditions suivantes : *laxité et perméabilité des tissus, voisinage des gros vaisseaux, déclivité*. Quant à leur cause, elle nous paraît complexe. Dirons-nous une modification particulière du sang ? Rien ne le prouve. La stase du sang dans le cœur et son reflux dans les capillaires, d'autant plus sensibles au cœur que la colonne sanguine qui aboutit au réseau capillaire a ici une longueur bien moindre que partout ailleurs? Sans doute, c'est là une condition prédisposante. Mais encore pourquoi ce siége presque exclusif des ecchymoses à leur début dans la séreuse elle-même au milieu du feutrage le plus serré du tissu cellulaire ? Pour expliquer ce fait, nous renvoyons à l'injection fine capillaire que nous avons signalée plus haut, d'autant plus importante à considérer que, si l'on veut examiner le mode de formation des infiltrations sanguines dans la muqueuse intestinale, on reconnaît que, là comme à la peau, il y a un mouvement fluxionnaire local, tantôt dans les villosités, tantôt autour des cryptes isolés comme autour des follicules pileux de la peau, tantôt sur une valvule connivente, dans une anse intestinale comme dans le tissu des gencives ou autour d'une articulation.

Nous devons ajouter, pour compléter ce sujet, que les ecchymoses du sillon auriculo-ventriculaire régnaient des deux côtés des vaisseaux, les unes sur la base des ventricules, les autres sur celle des oreillettes. Treize fois on a noté des ecchymoses sur la face externe des oreillettes en dehors du sillon ; elles étaient situées le plus souvent en arrière vis-à-vis la cloison inter-auriculaire, au voisinage de l'embouchure des deux veines caves ; quelquefois petites, elles s'étendaient en avant sur les appendices auriculaires. Onze fois nous avons trouvé des ecchymoses à la face postérieure de l'aorte ascendante. Neuf fois ces ecchymoses se prolongeaient à la face postérieure de l'aorte pectorale; elles étaient allongées, renflées et interrompues de distance en distance, d'un rouge brun, situées dans ce tissu cellulaire lâche qui forme la première gaîne des artères.

Les ecchymoses ou *suffusions sanguines de la face interne du ventricule gauche*, lésion peu connue, méritent de fixer l'attention d'une manière particulière. On sait que la face interne de ce ventricule est dans l'état normal plus pâle que celle du ventricule droit. Normalement aussi, ou du moins dans les cas les plus divers, on y rencontre quelques stries violacées qui se montrent plus rarement dans le ventricule droit. Dans le choléra, ces stries sont plus nombreuses, éparses ou quelquefois juxtaposées; d'autres fois, confondues ensemble, elles forment ainsi des îlots irréguliers où l'endocarde présente les teintes rouge clair, violacée, rouge brun. Stries et suffusions, ces lésions siégent presque exclusivement sous l'endocarde. Dans quelques cas bien prononcés seulement, nous avons trouvé avec la teinte rouge brun la destruction des fibres musculaires les plus superficielles. C'étaient là de véritables ecchymoses soulevant légèrement l'endocarde. Toutes ces altérations siégeaient de préférence sur les colonnes charnues ou sur la partie nattée de la paroi interne du ventricule, plus abondantes vers le milieu de la longueur de cette cavité, nulles au voisinage des orifices. Il était assez curieux d'examiner leur degré de fréquence sur les deux faces du ventricule : elles se sont montrées aussi abondantes antérieurement que postérieurement, la partie de l'endocarde qui correspond à la cloison des ventricules était dans tous les cas moins atteinte. Le ventricule droit a présenté quelquefois de simples stries violacées assez abondantes, trois fois seulement des suffusions.

On se demande pourquoi les suffusions sont bornées presque exclusivement au ventricule gauche. Il n'y a point ici à invoquer l'influence de la déclivité, car les deux parois y sont également sujettes et d'ailleurs le ventricule droit est aussi déclive que le gauche. La raison anatomique de cette particularité est facile à saisir ; elle réside dans la grande vascularité des parois du ventricule gauche. Quand on incise transversalement le cœur des cholériques de manière à séparer la base avec les oreillettes, de la pointe et de la partie moyenne, on trouve souvent sur la coupe de la paroi antérieure et sur celle de la paroi postérieure du ventricule gauche, des gouttelettes sanguines d'un rouge brun abondantes. Dans tous les cas, les fibres de ces deux parois sont d'un rouge plus foncé que la paroi interventriculaire et le piqueté sanguin manque complétement sur cette dernière comme sur les fibres du ventricule droit. Ajoutons à cela que le ramollissement ou plutôt la friabilité du cœur que nous avons noté chez les cholériques était plus marqué au ventricule gauche qu'au ventricule droit, et remarquons une dernière fois, avant de quitter ce sujet, combien les différentes lésions que nous avons décrites, par leur siége et leurs caractères physiques, indiquent une spécificité particulière, bien établie du reste par la constance et la persistance des mêmes lésions.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'ACÉTATE DE PLOMB, SELON LA MÉTHODE DE M. BUYS, DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS OCULAIRES ; note lue à l'Académie de médecine de Belgique, dans sa séance du 16 juin 1849, par le docteur FLORENT CUNIER, chirurgien en chef de l'Institut ophthalmique provincial du Brabant, etc., à Bruxelles.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Il me reste, messieurs, à vous exposer le plus brièvement possible quelques résultats cliniques, et j'aurai accompli la tâche que je me suis imposée.

Il a été question, dans ce qui précède, de granulations, et par là j'ai entendu exclusivement celles qui sont propres à l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse, et dont le siége et la forme spécifiques ne permettent que bien rarement l'erreur. Les considérations dans lesquelles je suis entré ont dû être présentées en thèse générale, et j'ai, par ce motif, envisagé comme type de la maladie les granulations à l'état chronique. Il n'en résulte pas que ce soit dans la seule période chronique que le sel de plomb a été employé par M. Buys et à ma clinique. Quelques-uns des faits que je vais exposer ont trait à la forme subaiguë.

Le nombre des malades atteints d'ophthalmie militaire que j'ai traités par cette méthode monte à plus de cent. Je choisis parmi ces faits ceux dont la relation peut intéresser.

OBS. I. — Bosschot (Jean-François), âgé de 28 ans, ouvrier tailleur, a été atteint d'ophthalmie en 1844, pendant qu'il servait au 2ᵉ régiment d'artillerie;

---

nières convulsions. C'étaient ces canards qui paraissaient sur la table dessous-officiers. Le fourrier fut expulsé du régiment.

On a sans doute remarqué un bien simple moyen de propreté auquel ont recours les chiens après l'exonération du gros intestin : repliant leurs pattes de derrière sous le ventre, ils traînent sur la terre l'orifice anal devenu saillant, et manœuvrent ainsi à l'aide de leurs pattes de devant. Il serait possible que ce procédé n'eût pas le but que nous lui assignons, et fût tout simplement destiné à calmer la démangeaison. Ce petit problème de minime histoire naturelle nous importe peu, du reste; c'est son imitation par un homme qui nous intéresse. Pourquoi ne pas le dire? C'était un capitaine qui se charriait ainsi sur l'herbe dans un but voluptueux.

C'était encore un vieux militaire qui se contentait de titiller à coups d'épingles le lobule des oreilles des jeunes filles, jusqu'à ce que le sang en sortît; un militaire encore, dont la volupté résidait dans des pratiques si burlesques qu'il est fort malaisé de les exprimer. Il nous suffira de dire que certains aliments venteux étaient l'alimentation indispensable de celles qui voulaient lui plaire, et que son plaisir consistait dans la vibration du droit de l'abdomen, sans doute, mis en branle sous une impulsion qu'on ne peut deviner sans être pris de fou rire.

Vous nous demanderez sans doute, cher confrère, comment il se fait que toutes ces citations d'appétit génésique perverti ont toutes des militaires pour héros. Cela s'explique de deux façons : d'abord, ayant vécu dans les régiments, nous y avons puisé d'autant plus facilement ces faits, que le laisser-aller et la confidence y sont monnaie courante; en second lieu, ces singularités sont peut-être relativement plus communes chez les militaires que dans la classe civile. Le célibat produit chez eux ce que le vœu de chasteté développe quelquefois chez les prêtres, non plus, chez ceux-ci, à l'état de singularité, mais de monstruosité et de crime.

Plutarque dit que la pédérastie fut la conséquence des gymnases, où les formes des hommes se montraient à nu. Nous avons nous-même attribué ce même vice, chez les Mahométans, à ce que le sens génésique ne trouvant pas de stimulant dans la vue des femmes qui ne paraissent en public que sous l'aspect de masses informes ensevelies sous des draperies, est réveillé par la contemplation de jeunes enfants à la peau douce et rosée (1). Chez les militaires, le célibat, l'abstinence faute de moyens pécuniaires, le logement en commun, amènent les mêmes résultats. Dans certains bataillons d'Afrique, chez les disciplinaires surtout, ces passions dégoûtantes sont développées sur une large échelle, et rappellent les guerriers de Sparte et surtout le bataillon sacré de Thèbes. Dans un corps de troupe algérien, certains individus étaient journellement désignés par leurs camarades sous le nom de mademoiselle Victorine, Augustine, etc., etc. Une répression sévère a mis fin à ces scandales (2).

F. J.

(1) LETTRES D'AFRIQUES. GAZ. MÉD., 1847, p. 229; et in-8°, p. 54, chez Victor Masson.

(2) NOTE DU RÉD. — Dans cette lettre, fort intéressante à plus d'un titre, notre spirituel confrère n'a peut-être pas établi une différence assez tranchée entre la dépravation des mœurs et la dépravation des instincts. Cette confusion aurait plus d'un inconvénient : il faut que les médecins surtout, qui tiennent la clef du progrès, n'ouvrent pas la porte aux abus.

il a été traité à la salle des granulés, à Ypres, et plus tard il a été envoyé à l'hôpital militaire de Tournai, où il a fait un séjour de six mois. Depuis sa sortie de cet établissement, il a de nouveau séjourné à la salle des granulés. Congédié en 1845, Bosschot a souffert des yeux par intervalles rapprochés ; il a ainsi éprouvé des incapacités de travail qui se sont parfois prolongées durant plusieurs semaines. Le 19 janvier 1849, il s'est présenté à ma consultation gratuite atteint d'une ophthalmie purulente subaiguë. Les conjonctives granulées étaient fortement boursouflées ; il y avait chémosis ; le segment supérieur des cornées était vascularisé ; une sécrétion muco-purulente baignait les yeux, qui étaient d'une irritabilité extrême. Cet état durait depuis plusieurs semaines.

La cautérisation aux paupières supérieures, les instillations avec une solution de nitrate d'argent, des lotions avec l'eau de Conradi, les purgatifs salins, produisirent au bout de quelques jours une amélioration notable ; mais Bosschot avait épuisé toutes ses ressources. On l'avait renvoyé de son logement ; il alla chercher un refuge à l'hôpital Saint-Jean, où il séjourna pendant huit jours. Il se présenta à ma visite le jour même de sa sortie. Le traitement que j'avais commencé fut repris immédiatement et continué pendant deux mois ; je n'en obtins aucun résultat favorable, à cause des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait ce malheureux.

Le 16 avril, je commençai le traitement par l'acétate de plomb, que j'appliquai aux deux paupières supérieures. Bosschot était alors incapable de se conduire ; les cornées étaient complétement vascularisées, la sécrétion muco-purulente très-abondante. Il y avait blépharospasme. Le malade accusait de vives douleurs dans les orbites, et un sentiment insoutenable de gravier sous les paupières supérieures.

Le 18, la sécrétion est considérablement diminuée ; il y a retrait considérable de la vascularisation du globe ; le blépharospasme, la sensation de gravier et les douleurs n'existent plus. — M. Henrotay applique le plomb aux paupières inférieures.

Le 20, les yeux ont cessé d'être baignés dans la sécrétion ; c'est à peine si le malade est encore obligé d'enlever, à quelques reprises dans la journée, la petite quantité de muco-pus concret qui se dépose dans les angles internes. Ce matin, les paupières n'étaient plus agglutinées. La disparition de la vascularisation est manifeste ; la conjonctive scléroticale redevient blanche.

Le 23, le mieux a fait des progrès surprenants. Bosschot n'a plus besoin de guide. La conjonctive de la sclérotique a repris l'aspect sain dans toute son étendue ; en haut seulement elle est encore parcourue par quelques gros vaisseaux, se rendant à la cornée. Cette dernière membrane a repris sa transparence dans tout le segment inférieur.

L'acétate de plomb appliqué aux paupières supérieures est éliminé presque en totalité. Une nouvelle application a lieu ; elle est plus abondante que la première. Je m'attache surtout à atteindre les angles et une partie de la portion rétro-tarsienne que je n'avais pu toucher la première fois.

A partir du 8 mai, le malade a repris l'exercice de sa profession ; il n'a travaillé d'abord que pendant quelques heures le matin et l'après-midi. Aujourd'hui il fait sa journée entière ; il travaille aisément à la lumière artificielle ; il ne se plaint que d'une chose : d'être parfois sans ouvrage.

Une nouvelle application d'acétate de plomb a eu lieu aux quatre paupières depuis le 2 mai ; les conjonctives n'en offrent plus que de très-légères traces. Ces membranes sont revenues à leur état normal.

Il n'a été fait usage d'aucun moyen, interne ou externe, autre que les applications du sel de plomb.

Obs. II.—Caroline Moldenaers, âgée de 31 ans, a été infectée en 1846 par son mari, François Bouckaert, alors caporal-cornet au régiment d'élite et son amant. Elle est entrée dans mon service, à l'hôpital Saint-Jean, le 19 janvier 1847, pour une ophthalmie purulente aiguë ; je ne parvins que très-difficilement à conjurer les accidents inflammatoires. — Le 5 mai, elle est sortie, malgré mon avis ; elle se trouvait alors dans un état assez satisfaisant. — Le 10 juin, elle est rentrée à l'hôpital ; le mal était repassé à l'état aigu. Des accidents qui paraissaient ne pouvoir être évités furent heureusement écartés. La sortie eut lieu le 13 juillet. Il subsistait alors un blépharospasme considérable, des granulations volumineuses dans les angles, un boursouflement conjonctival très-prononcé et une sécrétion notable. Les cornées, vascularisées dans leur segment supérieur, commençaient à reprendre leur transparence.

La malade suivit régulièrement pendant sept mois un traitement qui consistait dans la cautérisation combinée d'abord avec l'emploi d'une pommade au précipité rouge, puis avec une poudre composée de sucre candi, de calomel et de camphre ; quelques purgatifs et révulsifs furent aussi administrés. Une guérison complète pouvait être espérée, lorsque la malade cessa tout à coup de se présenter à la consultation.

Elle reparut en octobre 1848 ; elle était alors complétement aveugle. Tous les moyens employés échouèrent ; je finis par essayer l'occlusion palpébrale à l'aide du collodion. Je vous ai dit déjà, lors de la discussion soulevée à la suite d'une lecture de M. Hairion, qu'aucun bénéfice n'en avait été retiré.

Le 16 avril, les yeux étaient dans le même état. Voici le diagnostic, exact encore alors, qui a été inscrit au livre de l'Institut ophthalmique, en janvier dernier, sous la dictée de M. Fallot :

« Vascularisation et opacité complète des deux cornées ; granulations énor» mes aux deux paupières supérieures ; granulations, engorgement et relâche» ment des conjonctives aux paupières inférieures. »

Il faut ajouter qu'il y avait blépharospasme, douleurs vives, sensation intense de gravier sous les paupières supérieures, sécrétion assez abondante, agglutination des paupières le matin.

La malade avait subi environ cent cautérisations avec la pierre infernale. Cette opération lui occasionnait chaque fois de violentes douleurs, qui persistaient pendant vingt-quatre et même trente-six heures. Son refus de se soumettre plus longtemps à ce moyen thérapeutique avait fait recourir, en dernier lieu, à l'emploi de la teinture d'iode selon la méthode de M. Fromont fils. Cet agent n'avait produit aucune amélioration.

L'acétate de plomb a été appliqué aux deux paupières supérieures le 16 avril, et aux deux paupières inférieures le 20 du même mois. Trois nouvelles applications à chaque paupière ont été pratiquées depuis cette époque, tant par M. Henrotay que par moi. Aujourd'hui la malade se conduit très-aisément ; il y a plus de trois semaines qu'elle vaque aux occupations de son ménage.

En bas, les conjonctives sont revenues à leur état normal ; le même résultat est obtenu à la paupière supérieure droite. Il subsiste dans l'angle externe, à gauche, quelques points rugueux. La cornée droite n'est plus parcourue que par quelques rares vaisseaux du plus mince calibre ; elle conserve un aspect légèrement enfumé. La vascularisation ne persiste plus à gauche que dans une portion très-limitée du segment supérieur de la cornée.

Obs. III.—Jacques Darrien, âgé de 33 ans, a été atteint d'ophthalmie en 1838, pendant qu'il était soldat au 11e régiment d'infanterie ; il a fait à cette époque un séjour de trois mois à l'hôpital militaire de Venloo. Congédié en 1839, il n'a pas tardé à éprouver une recrudescence aiguë, qui l'a forcé d'entrer à l'hôpital Saint-Jean, où il a été traité par M. André Uytterhoeven. Depuis sa sortie de cet établissement, il a éprouvé jusqu'en 1842 de fréquentes alternatives de exacerbation et de rétrocession. A partir de cette époque, sa vision s'est troublée d'une manière permanente, et lorsqu'il s'est présenté pour la première fois à l'Institut ophthalmique, en 1847, il était affecté de vascularisation et d'opacité des cornées ; l'exercice de la vision était aboli.

Le traitement institué eut tout le succès désirable ; les cornées commencèrent bientôt à reprendre leur transparence, et le malade put se conduire. Il cessa alors de se présenter à la visite. Je le revis six mois plus tard (6 septembre 1848) ; il fut obligé, en suite d'une dépêche de M. le ministre de la guerre, de venir faire constater son état. Il était de nouveau aveugle ; il avait, disait-il, quitté la ville, et c'est pendant son absence qu'il avait éprouvé la recrudescence qui lui avait fait perdre tout le bénéfice du traitement que je lui avais fait subir. Quelques cautérisations et l'emploi des instillations avec le laudanum eurent bientôt amélioré les yeux de Darrien ; il cessa dès lors une nouvelle fois de se présenter. Il attendait l'ordre de se rendre à Louvain pour y subir une contre-visite, et il semblait craindre d'être guéri au moment où la comparution devait avoir lieu.

Il revient à la fin de décembre. Nous constatons l'existence d'un staphylôme à droite et d'un pannus charnu à gauche. Il est traité sans la moindre apparence de succès jusqu'au mois d'avril par la cautérisation combinée avec l'emploi de la poudre ophthalmique camphrée au précipité blanc ou au précipité rouge, par l'eau de Bates, etc.

Le 18 avril 1849, l'œil gauche apparaît entre les paupières comme une masse charnue d'un rouge livide, bourgeonnante ; la face palpébrale interne offre le même aspect. Sécrétion très-abondante. La conjonctive de l'œil droit est fortement boursouflée ; il ne subsiste de granulations que dans les angles.

L'acétate de plomb est appliqué à la paupière supérieure gauche le 18 ; il n'en existe plus de traces le 20. Nouvelle application. Le 23, application en bas.

Le sel plombique étant très-promptement éliminé, les applications, qui ont presque toutes été pratiquées par MM. Bosch et Henrotay, ont dû être renouvelées tous les quatre ou six jours. La dernière application a eu lieu il y a huit jours ; elle commence à disparaître.

La conjonctive a aujourd'hui repris son poli. A partir du 4 mai, la cornée, dont on ne voyait même plus la délimitation, a pu être distinguée. Aujourd'hui cette membrane dont la convexité est augmentée ne présente plus que quelques points opaques reliés par quelques troncs vasculaires. Depuis vingt jours déjà Darrien distingue les gros objets ; il affirme même qu'il peut se conduire.

Obs. IV. — Une servante d'estaminet se présente le 12 mai ; toute sa famille souffre de l'ophthalmie depuis le retour de son frère, militaire en congé du 3e chasseurs à pied ; elle a considérablement souffert il y a quelques mois. Lors de son arrivée à Bruxelles, dans les derniers jours d'avril, ses yeux étaient parfaitement sains en apparence. Les veilles l'ont bientôt fatiguée ; ses yeux sont devenus rouges ; ses paupières étaient collées le matin. Depuis le 11, les douleurs qu'elle éprouve l'ont mise dans l'obligation de cesser le travail. Il existe des granulations peu prononcées, disposées selon deux lignes, séparées par un sillon, à la paupière supérieure ; elles sont plus nombreuses et occupent surtout les angles externes aux paupières inférieures ; la conjonctive palpébrale est fortement boursouflée ; la conjonctive scléroticale offre une injection très-vive, s'arrêtant brusquement à la jonction scléro-cornéale ; le muco-pus sécrété est épais, il remplit tout le sillon oculo-palpébral ; il y a photophobie, sensation permanente de gravier entre les paupières, intolérance de la lumière.

Le sel de plomb est appliqué aux deux paupières supérieures ; un purgatif salin est administré.

Le 13, la malade dit que la sensation de cuisson qui s'est manifestée au moment de l'application a persisté pendant près d'une heure du côté droit. La sensation du gravier, qui avait immédiatement disparu, n'est pas revenue. La paupière supérieure droite est œdémateuse ; celle du côté gauche légèrement gonflée. L'injection du bulbe a beaucoup décru ; la sécrétion est moins abondante ; la lumière est supportée. (Lotions avec l'eau de Goulard camphrée ; pédiluve le soir.)

Le 15, l'œdème et le gonflement ont disparu ; il ne subsiste plus d'injection que dans la portion inférieure du globe ; la sécrétion est encore amoindrie.

L'application plombique a lieu aux paupières inférieures ; toute la surface malade peut être atteinte.

Le 17, le globe offre l'aspect normal; les paupières inférieures forment encore un léger bourrelet. Dès le 15, la malade a pu servir pendant toute la soirée, dans une pièce dont la température est très-élevée et qu'éclairaient de nombreux becs de gaz. Ses paupières n'étaient pas agglutinées ce matin; un bourrelet de muco-pus épaissi se remarque dans les angles internes.

Cette fille s'est, dès lors, considérée comme guérie. Je l'ai revue depuis chez elle; il subsiste quelques granulations dans les angles, en haut; le boursouflement des paupières inférieures a disparu; un paquet de granulations très-petites se remarque dans les angles externes. La malade affirme ne plus ressentir la moindre gêne, et elle déclare ne vouloir plus être traitée que pour autant qu'il y ait retour de la souffrance.

Le nommé Joseph de Meersman et une dizaine d'autres malades présentaient au moment de leur inscription au livre de l'Institut, les mêmes symptômes que la fille dont il vient d'être parlé. La maladie a été jugulée chez tous par une seule application à chaque paupière; une ou deux applications nouvelles ont eu lieu, et la guérison a pu être considérée comme obtenue après trois à cinq semaines.

Obs. V. — Un garçon de café, infecté par son camarade de lit qui avait contracté l'ophthalmie au service, était traité depuis sept mois, lorsqu'il m'a été adressé par M. Vleminckx. Il portait des granulations dans les angles; la conjonctive était fortement boursouflée, relâchée; la blennorrhée était considérable.

Trois applications à chaque paupière ont suffi pour amener une guérison radicale. Cet homme avait subi plus de quatre-vingts cautérisations; les remèdes les plus variés lui avaient été prescrits. En moins d'un mois le sel plombique avait terminé l'œuvre.

Obs. VI. — M. Clegg, teneur de livres de M. Dardenne, a été guéri par moi, il y a trois ans, d'un pannus vasculaire survenu à la suite d'une ophthalmie contagieuse des plus graves. Par intervalles ses yeux rougissent fortement; il arrive alors que le segment supérieur des cornées se vascularise, et la muqueuse des paupières supérieures prend un aspect grenu, plus prononcé dans les angles. La cautérisation avec le nitrate d'argent exaspère cet état plutôt qu'il ne l'amende; une solution de sublimé fortement laudanisée procure seule du soulagement, mais quelques jours se passent chaque fois avant que M. Clegg puisse reprendre le travail.

Le 16 mai, la légère recrudescence dont je viens de parler se manifesta aux deux yeux. Je me hâtai d'appliquer l'acétate de plomb; deux heures plus tard, M. Clegg put se mettre à écrire; le lendemain tout était fini.

Obs. VII. — De Redemaeker, ancien soldat au 4e de ligne, le nommé Peeters, ancien soldat de la 1re *afdeeling*, et deux autres malades, guéris, au moyen de la cautérisation, du pannus vasculaire dont ils avaient été affectés, ne pouvaient appliquer leurs yeux d'une manière soutenue, ni marcher contre le vent, ni séjourner dans une pièce chaude, etc., sans éprouver une gêne très-grande sous les paupières supérieures; il survenait du larmoiement, de l'injection; ces deux derniers symptômes une fois développés, persistaient quelquefois durant une couple de semaines. En retournant les paupières supérieures, on constatait que la portion de cette membrane qui avait été autrefois le siége de granulations, était remplacée par un tissu blanc, nacré, présentant à une demi-ligne environ en deçà du bord tarsal, quelques éminences molles, comme tuberculeuses. J'avais excisé, cautérisé ces éminences; toujours elles s'étaient reproduites. Deux ou trois applications de sel plombique en ont fait justice complète. Depuis lors les malades n'éprouvent plus aucune gêne quelconque (1).

Obs. VIII. — M. V... a été infecté par son domestique, soldat récemment congédié d'un régiment de cavalerie; il a communiqué la maladie à son frère, et celui-ci à son père et à sa sœur. J'ai été mandé dans cette maison sur la recommandation de notre savant collègue, M. le professeur François. M. V..., fils aîné, était seul atteint d'ophthalmie proprement dite, à l'état subaigu; les autres personnes de la famille présentaient des granulations nombreuses, bornées aux paupières inférieures; elles se plaignaient de la gêne très-forte qu'elles éprouvaient à la lumière, et de l'agglutination palpébrale qui les incommodait beaucoup le matin.

Une application plombique a lieu chez tous, aux deux paupières inférieures, vers midi; le lendemain MM. V... se rendent à cheval à la fête de Tervueren, par un temps très-chaud; cette course ne leur occasionne aucune gêne.

Les autres applications n'ont pas plus que la première dérangé MM. V... de leurs occupations habituelles et des courses à l'extérieur que nécessitent les opérations commerciales auxquelles ils se livrent.

Obs. IX. — Jean de Cock, de la commune de Boitsfort, a deux filles qui ont perdu la vue des suites de l'ophthalmie contagieuse. Ce malheur, qui aurait dû l'impressionner, n'a pas réussi à lui faire comprendre qu'il ne devait pas négliger l'affection dont il est lui-même atteint. Il est venu à trois reprises à la consultation; il a cessé de se présenter chaque fois dès que la rougeur du globe a disparu.

Il a été inscrit de nouveau au livre de l'Institut (sous le n° 10,463) en avril dernier; il était alors atteint d'ophthalmie purulente subaiguë; la cornée de l'œil gauche, entièrement vascularisée, offrait dans son segment interne une ulcération occupant le lieu d'élection et offrant toute l'étendue du ptérygion parvenu au centre de la cornée.

L'acétate plombique a été appliqué trois fois à chacune des quatre paupières; la vascularisation de l'œil gauche a disparu; la cicatrisation de l'ulcère s'est faite; on n'y remarque pas, même à l'examen à la loupe, la moindre trace d'un sel plombique.

Les faits que je viens de citer ont été choisis de manière à montrer l'efficacité de l'acétate de plomb dans les cas d'ophthalmie militaire, tels qu'ils se présentent ordinairement dans la pratique (1): la période aiguë n'a été observée chez aucun malade depuis l'époque où nos expérimentations ont commencé: je fais mes réserves pour les cas de cette nature. Toutefois les bons résultats que j'ai obtenus du sel plombique dans un cas d'ophthalmie gonorrhoïque de l'œil gauche, dont la marche a été incontinent arrêtée, me semblent autoriser son emploi dans la période aiguë de l'ophthalmie contagieuse.

Je devrais, pour vous présenter un exposé fidèle de ce que j'ai fait ou vu faire, vous donner ici l'histoire de ce cas d'ophthalmie gonorrhoïque, je devrais y joindre la relation de quelques cas d'ophthalmie catarrhale et d'ophthalmie scrofuleuse, traités par les applications d'acétate de plomb; mais ma communication a déjà pris une si grande partie de la séance, que je vous demanderai de pouvoir vous entretenir prochainement des résultats de cette extension que j'ai donnée à la méthode de M. Buys. Je me contenterai de vous dire aujourd'hui que l'application de l'acétate de plomb sur la conjonctive palpébrale est suivie des meilleurs effets dans l'ophthalmie catarrhale, aussi bien dans la période aiguë que dans la période chronique. J'ai soigné ces jours derniers, de concert avec M. Victor Uytterhoeven, un sujet excessivement irritable, M. Jules C... qui était atteint d'une ophthalmie catarrho-rhumatismale très-intense, avec photophobie, blépharospasme, douleur, etc. Deux attouchements plombiques, aidés d'une application de sangsues, ont jugulé cette affection, qui paraissait devoir être très-grave.

Des hypertrophies papillaires très-prononcées, des follicules muqueux conjonctivaux fortement engorgés, qui résistaient depuis longtemps, ont été promptement et radicalement guéris.

Une blennorrhée scrofuleuse avec boursouflement et relâchement des conjonctives, vascularisation des cornées et tuméfaction considérable des bords palpébraux, persistait depuis cinq années chez un nommé Louis Joris, âgé de 18 ans. L'usage de l'acétate de plomb a amené, au bout de six semaines, une cure complète; les bords palpébraux restent néanmoins gonflés.

Cinq malades affectés d'ophthalmie catarrho-scrofuleuse de longue date, avec ulcérations kératiques, ont été soumis aux applications plombiques; la photophobie rebelle qui existait a cessé en quelque sorte instantanément, et ne s'est plus reproduite depuis. Nous avons été conduits par ces faits à essayer la médication plombique dans l'ophthalmie scrofuleuse pure. M. Bosch a fait choix d'un enfant chez lequel l'affection récidivait pour la cinquième fois depuis un an. La photophobie et le blépharospasme étaient excessifs et duraient depuis près de trois mois; les cornées étaient le siége d'ulcères superficiels. Le petit malade ouvrit les yeux quelques minutes après que le plomb eut été appliqué à la surface interne des paupières inférieures. Dès le surlendemain, l'affection oculaire pouvait être considérée comme guérie. M. Bosch n'en a pas moins continué l'usage interne du muriate de baryte et de l'extrait de ciguë dans l'eau de laurier-cerise, qu'il avait prescrits quelques jours auparavant. Nous avons fait avorter, ces jours derniers, une ophthalmie scrofuleuse, avec phlyctènes sur les cornées, chez un sujet irritable; la photophobie et le blépharospasme, beaucoup plus prononcés que chez le malade dont il vient d'être question, se sont complétement dissipés en une couple d'heures. Le surlendemain, il n'existait plus de traces des phlyctènes.

Les conclusions que je crois pouvoir tirer de tous les faits que j'ai observés et de tous ceux qui m'ont été communiqués jusqu'à ce jour sont celles-ci:

Les ophthalmologues se sont beaucoup préoccupés de la recherche d'un moyen capable de produire le contact prolongé des remèdes ophthalmiques avec l'œil malade; naguère encore, M. Hairion a signalé la haute importance de ce problème, dont il croyait avoir trouvé la solution dans l'emploi de l'occlusion palpébrale déterminée par le collodion (2). La méthode de M. Buys lève très-heureusement la difficulté, du moins en ce qui concerne les granulations essentiellement propres à l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse, et quelques altérations de la conjonctive (surtout celles de

(1) Un malade qui se trouvait précisément dans les conditions que je viens de signaler, le frère Ferdinand, directeur de la prison militaire à Bruges, a été guéri par M. Buys, à la suite de six applications d'acétate de plomb.

(1) Voir, au sujet de la proportion dans laquelle la maladie se présente à l'un ou à l'autre degré, avec ou sans complications, les chiffres que j'ai groupés dans mon Mémoire sur l'ophthalmie contagieuse qui règne dans la classe pauvre et ouvrière, §§ 62 à 73.

(2) *Emploi de collodion en ophthalmologie*, dans le Bulletin de l'Académie, janvier 1849.

forme granuleuse) qui surviennent dans le cours de certaines ophthalmies. C'est bien évidemment au contact permanent, ou, si l'on veut, à la combinaison du modificateur avec la partie à modifier, qu'est due l'efficacité et la promptitude d'action de cette médication.

On n'est nullement fondé à dire que le nitrate d'argent pourra désormais être abandonné dans le traitement des affections qui viennent d'être citées; mais on peut énoncer dès à présent que, dans un très-grand nombre de cas traités aujourd'hui par la cautérisation avec le sel lunaire, il y a avantage considérable à remplacer cet agent par l'acétate de plomb employé selon la méthode de M. Buys.

Les applications plombiques peuvent être employées avec le plus grand avantage, comme *abortives*, dans toutes les inflammations où l'on recommande le nitrate d'argent, soit en application (en crayon ou en solution concentrée), soit en collyre ou en pommade, à doses plus ou moins élevées.

Les effets hyposthénisants sur le système sanguin et sur le système nerveux oculaire, que l'on reconnaît à l'acétate de plomb employé en collyre, sont en quelque sorte rendus instantanés et sont augmentés de la manière la plus remarquable, lorsque cet agent est déposé méthodiquement sur la conjonctive palpébrale.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE VALVULE EXISTANT NORMALEMENT A LA PARTIE POSTÉRIEURE DE LA FOSSE NAVICULAIRE; par M. le docteur GUÉRIN (de Vannes), prosecteur des hôpitaux.

Les organes génitaux formant un ensemble très-complexe de parties fort délicates, j'ai pensé qu'une étude approfondie de ces organes m'amènerait à découvrir quelque particularité ayant échappé jusqu'ici à l'investigation des anatomistes. Mes travaux étant surtout dirigés vers un but d'application à l'histoire des maladies du canal de l'urètre, j'ai dû pratiquer le cathétérisme sur un grand nombre de sujets.

Remplissant les fonctions de prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux, source inépuisable de richesses scientifiques, j'étais heureusement placé pour donner suite à des recherches commencées depuis longtemps déjà.

Dès les premières tentatives de cathétérisme pratiquées sur le cadavre, je rencontrai une grande difficulté à franchir la portion naviculaire du canal de l'urètre; mais il y a quinze jours ou trois semaines seulement que cette difficulté attira sérieusement mon attention.

Quelle en était la cause? Je pensai d'abord qu'il ne fallait l'attribuer qu'à la sécheresse de la partie antérieure du canal dans lequel j'introduisais une sonde non huilée. Afin de savoir à quoi m'en tenir, je remplaçai la sonde urétrale par une sonde cannelée, et alors rencontrant un obstacle infranchissable, j'incisai la partie inférieure du canal de l'urètre. Je ne fus pas médiocrement surpris de voir que le bec de la sonde avait pénétré dans une valvule semblable à une valvule veineuse des plus développées.

Je dus croire que cette valvule, n'ayant été décrite par aucun des anatomistes dont les ouvrages sont entre les mains des élèves, n'était qu'un état pathologique, peut-être un simple développement anormal d'une lacune de Morgagni. J'examinai donc un grand nombre de conduits urétraux, et toujours je trouvai la même valvule. Il n'y avait et il ne pouvait plus y avoir de doute pour moi. Je fis part de cette découverte à quelques élèves internes et externes qui fréquentent l'amphithéâtre de Clamart: aucun ne l'avait vue; mais une fois signalée par moi, tous l'ont rencontrée depuis.

Puisque cette valvule est constante, me dis-je, elle aura été décrite, et la description sera tombée dans l'oubli!

Je recherchai alors dans tous les ouvrages qui me tombèrent sous la main. Aucun n'en parlait. Plusieurs anatomistes ont bien signalé sur la membrane muqueuse de l'urètre une série d'orifices auxquels on a donné le nom de lacunes de Morgagni, mais personne ne parle d'une valvule.

Il n'y a donc point de doute à ce sujet, cette valvule a échappé à l'investigation des anatomistes et des chirurgiens.

Plus tard j'en ferai l'histoire complète, en publiant l'ensemble de mes recherches sur les organes génitaux. Aujourd'hui je me contenterai de la signaler aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

D'une forme semblable à celle des nids de pigeons, à celle des valvules des veines, d'une profondeur d'un centimètre environ, elle est placée à la partie postérieure de la fosse naviculaire qui se trouve avoir ainsi, en arrière, une limite des mieux tranchées. Elle existe sur la paroi supérieure de cette partie du canal, ce qui détruit toute la valeur du conseil donné par les anatomistes pour le cathétérisme. Huseke dit en effet que les lacunes de Morgagni étant exclusivement développées sur la face inférieure du canal de l'urètre, on doit glisser le bec de la sonde contre sa face supérieure. Or, en suivant ce conseil, une bougie, du volume d'une sonde cannelée, arrive immanquablement dans cette valvule que j'appellerai volontiers *valvule naviculaire*.

Enfin, quand on l'examine dans le relâchement, elle donne à la partie du canal qui lui correspond l'aspect du bec du *calamus scriptorii*.

Je ne terminerai point cette note sans parler d'une idée fort ingénieuse émise par M. le professeur Serres, aussitôt que je lui eus montré cette valvule sur un ensemble de pièces qui ne permettaient pas de douter de sa constance: C'est, me dit cet habile anatomiste, l'analogue de l'hymen. Je l'ai longtemps cherché, vous l'avez trouvé; et bientôt il eut la complaisance de me remettre le tableau suivant.

Gland de l'homme.	Clitoris.
Scrotum.	Grandes lèvres.
Prépuce.	Nymphes.
Entrée de l'urètre.	Entrée de l'urètre.
Entrée de la fosse naviculaire.	Ouverture du vagin.
Valvule *hyménale* de la fosse naviculaire, découverte par M. Guérin.	Hymen de la femme.

Ainsi cette valvule, du plus haut intérêt au point de vue de la pratique chirurgicale, se trouve avoir une grande importance en anatomie philosophique, puisqu'elle complète les analogies des organes génitaux de l'homme et de la femme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Nouvelles considérations sur l'évolution et la thérapeutique des granulations palpébrales*; par M. Scheltiens. (L'auteur préconise la cautérisation par le crayon de nitrate d'argent.) 2° *Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée*; par M. Hairion. 3° *Revue de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Jean*; par M. Lequime. 4° *Réflexions sur la fièvre typhoïde*; par M. Knapen. 5° *Mémoire sur l'emploi de la fourchette tonique* (*diapason*) *pour distinguer une dureté d'ouïe nerveuse de celle qui est causée par une obstruction*; par M. Édouard Schmalz. 6° *Mémoire sur l'art de saisir par la vue les mots parlés comme moyen de suppléer autant que possible à l'ouïe des personnes sourdes ou dures d'oreille*; par M. Édouard Schmalz.

RÉFLEXIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur KNAPEN.

Ces réflexions sont relatives aux deux points les plus importants de l'histoire de la fièvre typhoïde, puisqu'elles s'appliquent à la nature de la maladie et à son traitement. Au fond, elles n'enrichissent d'aucune donnée nouvelle, d'aucun aperçu, les deux questions dont elles font leur objet; elles arrivent, pour la première surtout, à la solution la plus généralement admise. Néanmoins la solidité, la sagesse de l'argumentation qui fait le fond essentiel de ce travail, méritent d'être signalées.

L'altération des follicules intestinaux est-elle le point de départ de la maladie, la cause réelle des phénomènes généraux, comme quelques auteurs le soutiennent encore? S'il en était ainsi, on devrait observer certain rapport de proportionnalité entre l'appareil symptomatologique et la lésion intestinale; mais surtout cette dernière ne devrait jamais manquer. De plus, s'il y a subordination des symptômes généraux à la lésion des follicules, les mêmes symptômes devraient toujours se retrouver, au degré près, avec la même lésion, et l'aggravation progressive de ceux-là suivre le développement graduel de celle-ci. Or l'étude attentive de la fièvre typhoïde montre clairement qu'un tel accord n'existe pas. Sur ce point, l'auteur fait preuve d'un véritable esprit philosophique. On constate parfois des désordres d'une extrême gravité du côté de l'encéphale, de l'abdomen, du système musculaire, chez des sujets à l'autopsie desquels les glandes de Peyer sont à peine tuméfiées. Bien plus, le savant pathologiste qui le premier a fait de la lésion des plaques agminées le caractère anatomique de la fièvre typhoïde a lui-même rapporté des observations où les symptômes les moins contestables de la fièvre typhoïde avaient eu lieu sans que la nécroscopie soit venue révéler non-seulement la moindre ulcération, mais le moindre développement des follicules. Quand la lésion existe, on constate encore fréquemment entre sa marche et celle des symptômes un désaccord très-prononcé. On avait dit que le développement des symptômes de putridité coïncidait avec la ré-

sorption de la couche putrilagineuse qui recouvre les ulcérations intestinales; mais il n'en est rien, du moins dans bon nombre de cas, et l'on voit des gangrènes envahir les membres, l'haleine devenir fétide chez des individus qui, à l'autopsie, n'offrent qu'une lésion intestinale peu avancée; en sorte que, dans ce cas-là, il faut bien chercher ailleurs que dans le tube digestif le principe de la putridité générale. Enfin les plaques de Peyer ne s'altèrent-elles pas dans certaines affections, telles que la phthisie pulmonaire, la scarlatine, etc., sans qu'il en résulte un ensemble de troubles fonctionnels comparables à ceux de la fièvre typhoïde?

Après avoir ainsi repoussé la théorie qui localise la maladie dans le tube intestinal, M. Knapen, prenant en considération la stupeur caractéristique qui apparaît dès le début, les épistaxis, le développement des taches rosées lenticulaires, l'altération des sécrétions, notamment la fétidité de l'urine, déclare se ranger à l'opinion qui place la cause initiale de tous les désordres, fonctionnels ou organiques, dans une altération du sang, consécutive elle-même à un empoisonnement miasmatique. Cette doctrine qui est à peu près généralement partagée, malgré les efforts récemment tentés en faveur des idées de Stoll sur le rôle de la bile dans les fièvres adynamiques, cette doctrine, disons-nous, est spécieuse et a, de plus, le mérite de s'appuyer sur un fait vrai et constant; mais la réalité et l'indéfectibilité de l'altération du sang ne peuvent être affirmées qu'à une période déjà assez avancée de la maladie; car au début ni l'inspection ni l'analyse chimique ne parviennent à constater une lésion quelconque dans le fluide sanguin. A ce moment pourtant, il y a déjà des vertiges, une céphalalgie intolérable, une extrême prostration. Aussi M. Andral lui-même s'est-il formellement refusé à placer dans l'altération du sang le point de départ de tous les désordres. On peut dire, il est vrai, que le miasme introduit dans le sang affecte instantanément ce liquide sans donner lieu à aucun changement appréciable; mais au fond cela revient à dire seulement que le sang sert de véhicule au miasme toxique et le porte dans toute l'économie, et il y a une différence essentielle entre cette formule et celle qui attribuerait l'évolution de tous les troubles fonctionnels ou organiques à une altération positive des éléments mêmes du sang. En d'autres termes, à consulter la filiation des différents symptômes et des différentes lésions matérielles propres à la fièvre typhoïde, il nous paraît que le système nerveux est affecté aussi promptement au moins que le sang par la cause, quelle qu'elle soit, de la maladie, et que l'altération du fluide sanguin est elle-même un effet, tantôt prompt, tantôt tardif, de cette même cause qui porte simultanément sa funeste influence sur l'économie tout entière. Seulement nous reconnaissons, avec Bordeu et la plupart des pathologistes modernes, que l'altération du sang, par le contre-coup si grave qui en résulte pour l'organisme, par le nombre et la gravité des désordres qui en sont la conséquence, épistaxis, hémorrhagies intestinales, congestions passives des viscères, etc., est le plus important de tous les éléments appréciables, matériels, de la maladie.

Quant à la seconde partie du mémoire, celle qui a trait à la thérapeutique, elle consiste dans un exposé raisonné, mais très-bref, des divers modes de traitement qui ont été tour à tour préconisés. Bornons-nous à dire que l'auteur montre une préférence marquée pour le traitement par les évacuants. Néanmoins, un peu trop esclave, suivant nous, de la méthode symptomatologique, il recommande la saignée dans les cas de forte réaction fébrile, de fréquence et de plénitude du pouls, etc., aussi bien que dans ceux où prédominent les accidents nerveux. Ces concessions nous semblent fâcheuses. Combien de fièvres typhoïdes commencent par une réaction fébrile intense, avec pouls fréquent et énergique, qui bientôt arrivent à l'adynamie la plus prononcée, et de quel dommage ne doivent pas être alors les saignées pratiquées au début! Mais c'est surtout dans la forme ataxique que nous avons peine à comprendre le conseil de recourir aux évacuations sanguines. S'il est un cas où nous nous en abstiendrions rigoureusement, c'e celui-là. Une soustraction de sang, dans de telles conditions, ne fait généralement qu'accroître les accidents, ou, s'il en résulte un peu de calme dans certains cas, c'est un calme insidieux qu'on ne tarde pas à payer cher.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE LA FOURCHETTE TONIQUE (DIAPASON) POUR DISTINGUER UNE DURETÉ D'OUIE NERVEUSE DE CELLE QUI EST CAUSÉE PAR UNE OBSTRUCTION; par M. ÉDOUARD SCHMALZ.

On savait déjà qu'un des bons moyens de distinguer la surdité nerveuse de celle causée par une autre lésion consiste en ce que, dans la première, le bruit d'une montre appliquée très-près ou même sur l'un des os crâniens voisins n'est pas perçu par cette oreille.

Le signe diagnostique que M. Schmalz signale ici repose sur des données différentes. Le son est toujours plus fort quand il se produit dans un espace fermé, dans une chambre par exemple, qu'en plein air. Aussi lorsque le conduit auditif externe ou bien la trompe d'Eustachi sont oblitérés, un son transmis à l'appareil nerveux auditif *par l'intermédiaire des os du crâne*, sera perçu plus intense du côté bouché que du côté sain. Tout le monde peut s'en assurer immédiatement par une expérience très-simple. Bouchez avec le doigt l'une des oreilles; puis mettez sur le milieu du front un diapason en vibration. Vous entendrez à peine un son du côté qui est libre, tandis que toute la sensation auditive se rapportera à l'oreille fermée.

Maintenant, au lieu de cette occlusion momentanée artificielle, supposez une obstruction persistante, pathologique; le résultat sera le même. Si vous êtes dans l'embarras pour déterminer la nature nerveuse ou autre d'une surdité, ce moyen pourra utilement servir d'auxiliaire. Placez un diapason en résonnance *sur le milieu* du front ou des dents supérieures: puis demandez au malade de quel côté il a le mieux entendu. Si c'est de l'oreille malade, c'est là la preuve que la cause du mal réside dans une oblitération dont il restera ensuite à déterminer l'espèce et le siége. Au contraire, l'oreille malade a-t-elle moins ou point du tout entendu les vibrations? C'est qu'alors le système nerveux auditif est lui-même altéré dans sa structure ou ses fonctions.

Il arrive parfois dans cette appréciation une cause de confusion qui rend l'emploi du moyen diagnostique très-difficile à utiliser. A la suite de toute obstruction, les nerfs de l'oreille finissent par perdre de leur sensibilité: il pourra donc, dans ces cas, y avoir un moment où l'obstruction tendant à augmenter l'intensité du son perçu pendant que l'altération nerveuse la diminue, il demeure en réalité tel du côté malade que du côté sain. Mais cette égalité, produit d'une compensation morbide, ne devrait, on le comprend bien, durer que peu de temps; et les progrès de la lésion nerveuse rompraient bientôt l'équilibre aux dépens de l'aptitude auditive de l'oreille malade.

Dans plusieurs observations, dont il publie les principaux détails, l'auteur a tiré de l'interprétation de ce signe physique de précieuses lumières pour le diagnostic et le traitement de surdités rebelles.

II. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros de janvier, février et mars 1849, renferment les articles originaux suivants: 1° *Observation d'un corps fibreux renfermé en totalité dans la cavité de l'utérus; excision par un procédé nouveau; guérison*; par M. Van de Vyver. 2° *Quelques réflexions sur l'étiologie du choléra*; par M. Berchem. 3° *Observation de mort subite à la suite d'une injection d'eau chlorurée dans la matrice; présence d'air dans les veines*; par M. Bessems. 4° *Observation de fièvre larvée simulant les douleurs de l'enfantement*; par M. Pastoors. (Vers le cinquième mois, des douleurs s'établirent tous les deux jours aux lombes, s'irradiant vers l'abdomen et simulant le travail. La saignée et les antispasmodiques échouèrent. Les fébrifuges, au contraire, guérirent ces accidents.) 5° *Du phlegmon diffus considéré sous le rapport de son traitement*; par M. de Herdt. (L'auteur vante la compression.) 6° *Nouvelle méthode thérapeutique pour les fractures du fémur*; par M. Hubert Rodrigues. (Faire succéder l'extension à la demi-flexion.) 7° *Observation de fracture de la clavicule déterminée par une légère contraction musculaire*; par M. Van Haesendouck.

OBSERVATION D'UN CORPS FIBREUX RENFERMÉ EN TOTALITÉ DANS LA CAVITÉ DE L'UTÉRUS; EXCISION PAR UN PROCÉDÉ NOUVEAU; GUÉRISON; par M. VAN DE VYVER.

L'ablation de polypes entièrement contenus dans la cavité utérine n'est pas une opération aussi nouvelle, aussi inusitée que semble le penser l'auteur. Cependant il est vrai de dire qu'elle présente toujours beaucoup de difficultés, qu'elle en offrait particulièrement dans le cas qu'il rapporte, et qu'elles ont été heureusement surmontées grâce à l'instrument de son invention. C'est donc comme fait instructif autant que curieux que nous allons en donner l'analyse.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, souffrant depuis quatre années des symptômes d'un polype utérin: flueurs blanches, tiraillements aux lombes et aux aines, menstruation extrêmement pénible, pertes sanguines abondantes. Cette malade, qui n'avait jamais voulu se soumettre à l'exploration directe, était arrivée à un état anémique très-grave.

Elle n'avait jamais été enceinte, de sorte que le doigt pouvant à peine s'engager dans le museau de tanche, toucha seulement la partie inférieure du polype. Mais, après avoir opéré la dilatation à l'aide de l'éponge préparée, le toucher permit de reconnaître une tumeur remplissant et distendant la matrice et tenant à cet organe par sa partie postérieure gauche au moyen d'une bride de l'épaisseur d'un tiers de pouce, mais dont on ne peut déterminer la limite en profondeur.

Les accidents pressaient: d'ailleurs la nature, qui pousse quelquefois les polypes au dehors chez les femmes dont le col a été dilaté et assoupli par

des couches antécédentes, ne faisait rien, n'avait rien fait depuis quatre ans pour préparer une terminaison favorable spontanée.

Après avoir inutilement essayé de placer une ligature, M. Van de Vyver s'arrêta donc à l'idée d'exciser le polype. Mais craignant de ne pouvoir terminer la section avec de longs ciseaux courbes, il fit construire une pince semblable à celle à faux-germe de Levret, mais sur de plus petites dimensions et à branches amovibles comme un forceps. Au bas de la partie concave de la cuiller droite, il fit fixer une lame de scie longue d'un pouce et demi, large de 2 lignes, dépassant le bord de la cuiller d'une ligne environ, et dont les dents arrondies allaient en s'amincissant comme le tranchant d'un couteau. Ce petit couteau-scie, que toute l'épaisseur de la cuiller devait tenir éloigné de la paroi utérine, était destiné à couper les adhérences qui fixaient la tumeur à la matrice.

Pour employer cet instrument, on commença par implanter dans le col deux érignes doubles afin d'entraîner et de fixer la matrice. La tumeur fut aussi saisie et attirée en bas, avec les pinces de Museux. L'opérateur parvint ensuite à détruire avec les ciseaux courbes conduits sur la pulpe de l'indicateur droit la partie accessible du pédicule, dans l'étendue d'un pouce environ. Ne pouvant aller au delà par suite du défaut de longueur du doigt, et le corps étranger paraissant adhérer dans toute sa hauteur, force lui fut de débrider le col utérin. Il introduisit ensuite son instrument armé de la scie, dont les dents avaient été recouvertes d'un ruban fort enveloppant toute la cuiller pour ne pas blesser le col. Ce ruban retiré, il parvint, au moyen de quelques mouvements de va-et-vient, à diviser le restant du pédicule, ce dont la main qui opérait et celle de l'aide qui tenait les pinces de Museux furent averties par le défaut subit de résistance de la part de la tumeur. La malade n'éprouva aucune douleur par l'action de la scie, et elle ne perdit pas plus d'une cuillerée de sang.

Après avoir retiré tous les instruments, sauf les pinces qui tenaient la tumeur, il suffit d'exercer sur elles quelques tractions pour amener celle-ci au dehors. Elle avait tous les caractères d'un corps fibreux; sa grosseur était celle d'un demi-poing, et sa figure exactement moulée sur la cavité utérine.

La guérison a été prompte; depuis cette opération la santé générale a subi une amélioration des plus satisfaisantes.

Quelque ingénieux que soit cet instrument, dit avec raison le rapporteur M. Van Camp, nous pensons néanmoins qu'il ne peut convenir que pour les polypes qui sont implantés sur les parois latérales de la matrice. Dans le cas où le polype s'attache au fond de l'utérus, nous ne voyons pas la possibilité de s'en servir.

OBSERVATION DE MORT SUBITE A LA SUITE D'UNE INJECTION D'EAU CHLORURÉE DANS LA MATRICE; PRÉSENCE DE L'AIR DANS LES VEINES; par M. BESSEMS.

OBS. — Une femme âgée de 35 ans avorta le 10 octobre 1848, à cinq mois et demi de grossesse. Seule et sans secours, elle voulut se délivrer elle-même, tira sur le cordon et le rompit. Quatre jours après, il survint une forte perte de sang. Conduite à l'hôpital, elle y entra dans un état assez satisfaisant, facies légèrement décoloré, pouls assez fort, matrice volumineuse, col très-mou et encore entre ouvert. Deux doigts y pénétrèrent aisément; mais, même aidés de la pince de Levret, ils ne purent amener que de très-petites portions du placenta.

La perte avait presque complétement cessé; on fit faire des injections avec de l'eau tiède dans la cavité utérine.

Le 15 octobre, M. Stévens fit pratiquer des injections d'eau chlorurée à 2 degrés; elles furent faites au moyen d'une sonde en gomme élastique, portée jusque dans la matrice, à laquelle venait s'adapter la canule d'une seringue à lavement remplie d'eau chlorurée et soigneusement privée des bulles d'air qui pouvaient s'y être glissées.

Le 16, même traitement.

Dans la nuit du 16 au 17, une perte sanguine abondante se déclare. Elle a cessé le matin, mais en laissant la malade sensiblement plus affaiblie. M. Stévens extrait encore quelques morceaux de placenta, puis il pousse une injection d'eau chlorurée, en se servant du même appareil et avec les mêmes précautions que précédemment. Aussitôt la femme se projette sur son séant, les bras étendus, en s'écriant qu'elle étouffe. La tête se renverse en arrière, la face pâlit, les yeux se convulsent en haut, le regard se fixe. On croit à un accès hystérique; mais la respiration se ralentit de plus en plus, le pouls s'enfuit, et malgré tous les excitants usités en pareil cas la mort a lieu tout au plus trois minutes après l'injection.

AUTOPSIE faite vingt-huit heures après la mort.

Aucune trace de putréfaction, aucune lésion dans l'abdomen ni dans la cavité encéphalique.

La matrice a plus que la grosseur du poing; pas d'inflammation ni de suppuration dans ses parois. La cavité contient encore une portion de placenta de la grosseur d'un petit œuf de poule.

La veine cave inférieure distendue renferme plusieurs bulles assez fortes de gaz, très-visibles à travers ses parois.

Les plèvres, le poumon, le péricarde sont sains. Le cœur paraît volumineux, ce qui tient à ce que les cavités droites sont distendues et ont à l'extérieur une élasticité toute particulière.

Après avoir lié les différents vaisseaux qui viennent s'aboucher au cœur, on l'ouvre sous l'eau; il en sort une grande quantité de gaz mêlé à du sang.

Les cavités gauches en contiennent aussi quelques bulles.

On put d'abord penser (ce gaz n'ayant point été analysé chimiquement) que c'était là du chlore, que la chaleur de l'utérus avait fait dégager de l'eau chlorurée; mais on dut renoncer à cette idée, en se rappelant le résultat des expériences où Nysten et M. Orfila, après avoir tué des animaux par l'injection de chlore gazeux dans les veines, ne trouvèrent sur leur cadavre aucun gaz dans le cœur ni dans les veines.

Le mécanisme de l'introduction de l'air, dans ce cas, se comprend aisément. Ce fluide était probablement contenu ou dans la matrice ou dans la canule de gomme élastique. Refoulé par le liquide de l'injection, il a bien pu s'engager dans les sinus utérins, qui n'étaient pas tous oblitérés puisqu'une hémorrhagie venait d'avoir lieu.

Cet accident n'est pas sans analogue. M. Nélaton a vu (1) le liquide injecté dans la matrice d'un cadavre pénétrer dans une veine du ligament large en poussant devant lui plusieurs bulles d'air.

Les conséquences pratiques à en tirer sont d'abord que le danger de l'introduction accidentelle de l'air dans le système veineux n'est pas limité aux régions qui avoisinent la poitrine. En second lieu, cet exemple, tout en rendant le praticien réservé sur l'emploi des injections utérines durant la période puerpérale, l'avertira aussi de ne jamais les pousser avec beaucoup de force, et d'avoir soin de priver préalablement d'air la canule qui sert à l'injection avec non moins de précaution qu'on le fait pour la seringue même.

OBSERVATION DE FRACTURE DE LA CLAVICULE, DÉTERMINÉE PAR UNE LÉGÈRE CONTRACTION MUSCULAIRE; par M. VAN HAESENDONCK.

OBS. — Une femme âgée de 46 ans, scrofuleuse, étant simplement occupée à niveler de la paille dans un lit, ressentit tout à coup à l'épaule une douleur vive, et en même temps un craquement. Elle crut qu'on lui avait jeté une pierre.

Le bras correspondant ayant immédiatement perdu ses mouvements, elle fit appeler M. Van Haesendouck, qui trouva une fracture de la partie moyenne de la clavicule, sans aucune trace de contusion aux téguments de la région.

La fracture fut réduite et maintenue facilement; elle se consolida complétement dans l'espace de temps ordinaire.

— Ce fait nous en rappelle un tout à fait analogue dont nous fûmes témoin en 1835, à la Salpêtrière. Une vieille femme de cet hospice, malade et hors d'état de pouvoir marcher, avait été reportée dans son lit par une veilleuse, qui s'y prit, comme à l'ordinaire, en passant un bras sous les jarrets, l'autre autour du tronc, et se faisant saisir autour du cou par la malade. Dans ce mouvement, celle-ci sentit un craquement, et accusa ensuite une vive douleur vers le moignon de l'épaule. Apportée dans le service chirurgical de l'infirmerie, nous reconnûmes une fracture de la clavicule gauche entre les articulations coraco et acromio-claviculaires. Au bout de huit jours, elle succomba aux suites de sa maladie primitive, et l'on put constater anatomiquement la réalité de la fracture, ainsi que son siége précis.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 JUILLET.

INJECTION MICROSCOPIQUE DES TUBES PRIMITIFS DES NERFS.

MM. COZE, professeur, et MICHEL, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, adressent la lettre suivante :

« Jusqu'à ce jour, on n'est point parvenu à injecter les tubes primitifs de la substance nerveuse; des micrographes célèbres refusent même aux nerfs une structure tubuleuse; nous avons complétement réussi à les injecter par le procédé suivant :

« Nous étalons sur une lame de verre un bout de nerf d'homme, de lapin ou de grenouille, long d'un millimètre environ, de façon que, vus avec un grossissement de 350 à 400 fois, les tubes nerveux paraissent nettement séparés. On mouille l'objet avec une goutte d'eau pendant qu'on l'étend; puis on verse quelques gouttes de chloroforme, d'éther ou d'essence de térébenthine sur la préparation, et le tout est recouvert d'une petite plaque de verre mince, sans pression, et on le soumet à l'appareil du microscope

» Alors on voit, quelquefois instantanément, tantôt après un temps plus ou moins long, au plus vingt minutes, les tubes primitifs se gonfler, la matière con-

---

(1) Voy. GAZ. MÉD., 1840, p. 568.

tenue dans leur intérieur devient fluide, et des courants plus ou moins rapides se développent dans toute la longueur des tubes, à l'extrémité desquels on voit s'échapper aussitôt de la manière la plus nette un liquide chargé de gouttelettes graisseuses. Ces courants peuvent durer un temps variable; on les voit cesser pour se reproduire. Enfin, si l'on continue l'expérience, les tubes se vident plus ou moins complétement, et deux lignes obscures accusent les contours du tube nerveux.

» Nous croyons avoir mis hors de doute, par ce fait, la disposition tubuleuse des nerfs et l'indépendance de ces tubes les uns à l'égard des autres dans les plexus et dans les anastomoses.

» Nous ajouterons, pour compléter le mode opératoire, qu'il nous est arrivé plusieurs fois de remettre de l'éther ou du chloroforme, ou de l'essence de térébenthine, en ayant soin de soulever la plaque de verre mince, avec précaution; que dans quelques rares exceptions, nous avons échoué, ce que nous attribuons au mode vicieux de préparation de l'objet; que l'injection peut se faire dans les nerfs d'un animal tué récemment ou vingt-quatre heures et plus après la mort. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle le scrutin de ballottage entre MM. Ricord et Robert. On procède au scrutin par appel nominal. Le scrutin reste ouvert jusqu'à quatre heures.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole, en attendant l'heure du dépouillement, à M. Lacauchie.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LES AMPUTATIONS.

M. LACAUCHIE lit les conclusions d'un mémoire ayant pour titre: UNE ÉTUDE DE CELSE AU POINT DE VUE DES AMPUTATIONS.

L'auteur annonce qu'il a entrepris ce travail dans le but d'engager, une fois pour toutes, un débat sérieux sur cette question: où en était la chirurgie, en matière d'amputation, au siècle d'Auguste? et par suite qui faut-il croire, ou de ceux qui pensent que Celse, l'historien de cette époque, contient tout ce que l'art moderne considère comme la perfection, et une perfection de date récente, ou de ceux qui prétendent qu'on ne saurait trouver dans le livre de cet élégant écrivain qu'*un commencement de méthode*, qu'*une description inexacte*, etc.?

M. Lacauchie montre qu'une lecture attentive du dernier paragraphe du 7e livre de Celse conduit à reconnaître que le *cætera postea sic facienda* n'est qu'un renvoi qui porte le lecteur à ce passage du second chapitre du livre V commençant par ces mots: *His cognitis, etiam nunc quædam alia noscenda sunt, ad omnia vulnera ulceraque, de quibus dicturi sumus, pertinentia;* qu'à partir de là on trouve huit sections qui ne sont autre chose que le complément naturel du 7e livre; que chaque ligne de cette importante portion de l'ouvrage de Celse est un démenti formel donné aux mille assertions affirmant qu'alors on ne connaissait rien du sang, de sa marche, des dangers des hémorrhagies, des moyens de s'en rendre maître; que tout était ignorance sur le pus, sur l'inflammation; que l'art des pansements était inconnu, etc.

L'auteur ne s'est pas borné à appeler l'attention sur un livre que chacun cite et que peu de personnes connaissent, il a voulu rechercher comment une doctrine si sage, et une pratique si bien appropriée à la doctrine, s'obscurcissent au point de disparaître presque complétement, et de devenir des découvertes des temps modernes, lorsque les efforts successifs des 16e, 17e et 18e siècles leur rendent la place qu'elles n'auraient jamais dû perdre. Il fait remarquer que Celse lui-même nous apprend que de son temps déjà tous les praticiens n'avaient pas pour les pansements simples la prédilection qu'il leur accordait; que beaucoup usaient largement des médicaments de toute sorte, dont le nombre était déjà considérable. On voit donc que l'antagonisme de la réunion immédiate et de la réunion médiate remonte à cette époque, ou plutôt qu'il lui est bien antérieur. Ce renseignement est précieux, il explique les oscillations de la pratique jusqu'à nous et même parmi nous. On conçoit avec lui comment les partisans de la réunion immédiate ont toujours attaché à la section des diverses parties une importance qu'elle n'a jamais eue, qu'à un bien moindre degré, pour les fauteurs de la réunion médiate; et l'auteur, après avoir mis hors de doute que de Celse à J.-L. Petit les premiers n'ont jamais méconnu la nécessité de conserver plus de peau que de muscles et plus de muscles que d'os, ajoute, en s'appuyant sur les textes, que les diverses méthodes dites de Petit, de Louis, d'Alanson, de B. Bell, etc., ne sont que la reproduction involontaire de celles employées par leurs devanciers.

Ce mémoire prouve aussi que les divers moyens hémostatiques employés ont exercé une grande influence sur la préférence qu'ont obtenue tour à tour ces deux méthodes de réunion. On voit en effet que, pour B. Maggi et quelques autres, l'emploi du feu s'associait à la réunion immédiate; que pour tous, au contraire, la compression directe exercée sur les orifices des vaisseaux l'excluait, quelle que fût l'opinion des praticiens sur son mérite: Héliodore en est la preuve.

M. Lacauchie fait ressortir tous les inconvénients de cette compression, plusieurs fois patronnée par de grands noms, Héliodore, J.-L. Petit, Thèden, etc., et toujours malheureuse. Il démontre qu'unie à la cautérisation, elle avait des résultats si funestes que les amputations de la cuisse, et même celles du bras, ont été regardées pendant longtemps comme mortelles.

Il fait ensuite l'analyse de quelques observations où l'on voit de quelle manière a été expérimentée en France la méthode de la réunion immédiate. De cette analyse il résulte que la constitution médicale de Paris n'est pour rien dans les insuccès de cette méthode, et qu'on en trouve facilement la cause dans les vices de son application.

A Paris, on a voulu obtenir une réunion immédiate dans toute l'acception du mot, une réunion immédiate primitive: on a rapproché avec soin les lèvres des plaies; on a multiplié les bandelettes agglutinatives, sans se préoccuper des exigences d'une inflammation inévitable, qui s'est accrue par le fait même des entraves mises à son développement. La suppuration s'en est augmentée; le pus n'a pas franchi ou n'a franchi qu'incomplétement les obstacles opposés à son libre écoulement; il a fait clapier, inondant les vaisseaux mal fermés et le tissu médullaire des os. Trop heureux, dans ces cas, lorsque l'intensité des accidents a obligé le chirurgien à abandonner une *pareille méthode;* car trop souvent, moins intenses, ils ont produit une funeste sécurité; on n'a pas voulu reconnaître la signification de certains symptômes, et lorsque les yeux se sont ouverts, on était arrivé à ce point si bien indiqué par Celse: *Ubi verò penitùs insedit, insanabile est, plurimique sub frigido sudore moriuntur.*

L'auteur pense que la réunion immédiate, appliquée aux plaies à un seul lambeau, est surtout féconde en pareils désastres, par la nécessité de donner à ce lambeau beaucoup de longueur, de le ramener sur toute la plaie par une forte flexion, et de l'y maintenir exactement appliqué; que ces désastres, après avoir tué le lambeau de Verduin, conduiront à l'abandon de tous les procédés de la même nature. Sur ce point encore, la réunion immédiate, il ne croit pas que le dernier mot soit dit quant à la valeur relative des bandelettes et des sutures; il craint que les premières n'aient une large part dans les malheurs qu'il vient de retracer. Il donne la préférence aux sutures, et en le faisant, il croit se conformer à la pensée de leurs partisans, Celse, Héliodore, Maggi, Paré, Pigray, Sharp, etc., qui prétendaient rapprocher les lèvres de la plaie, mais non pas les accoler. *Sutura oras jungit, quæ ne ipsæ quidem inter se contingere ex toto debent, ut si quid intùs humoris concreverit, sit quà emanet.* C'est dire qu'il veut plutôt le rapprochement immédiat que la réunion immédiate, et qu'il s'est pénétré de ce précepte: agir *ut in vulneribus, in quibus pus moveri non debet.* Enfin M. Lacauchie termine en disant que cette longue étude, qui embrasse dix-huit siècles, ne l'a conduit au progrès réel, à celui dont notre époque est fière, qu'en le ramenant, par un détour immense, au point d'où il était parti, à Celse, à l'historien du siècle d'Auguste.

— Le bureau procède au dépouillement du scrutin, qui donne le résultat suivant:

Nombre de votants, 89; majorité, 45.

M. Robert obtient. . . . . 49 suffrages.
M. Ricord — . . . . 40 —

M. Robert est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du chef de l'État.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE DES ENFANTS.

M. FERRUS lit un mémoire qui lui est commun avec MM. Lionnet (de Corbeil) et Petit, sur une épidémie de méningite cérébro-spinale qui a sévi sur les enfants de Petit-Bourg.

Il serait impossible de présenter une analyse sommaire de cet important travail, qui renferme des données entièrement neuves sur une maladie à peine connue chez les enfants et non encore décrite, sur son étiologie, sa marche, sa nature, ses caractères propres et sur son diagnostic différentiel d'avec diverses maladies, et notamment le typhus, avec lesquelles on l'a confondue dans ces derniers temps. Nous publierons prochainement ce travail *in extenso.* Nous nous bornerons pour le moment à reproduire la note ci-dessous, qui lui sert en quelque sorte d'introduction.

Chargé depuis quelques années, dit M. Ferrus, et concurremment avec l'inspecteur des asiles d'aliénés, de l'inspection sanitaire des maisons de détention, j'ai reçu, dans les premiers mois de l'année 1848, la mission de visiter les jeunes détenus enfermés dans la prison de la Roquette et aux Magdelonnettes, et de donner mon opinion sur l'opportunité qu'il pourrait y avoir à en transférer un certain nombre dans la colonie agricole de Petit-Bourg. Mon rapport a été favorable à cette mesure, et j'ai désigné 100 enfants choisis parmi les plus chétifs et surtout parmi ceux qui étaient atteints de scrofules à un haut degré. Ces enfants ont éprouvé une amélioration très-notable dans leur état de santé, et quelques-uns, ainsi que l'état joint au mémoire en fournit la preuve, ont trouvé à la colonie une guérison complète. J'ajoute que cette heureuse transformation s'est opérée en quelques mois sans le secours d'aucun médicament et seulement en livrant ces enfants à des travaux agricoles au grand air.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes:

CHOLÉRA.

M. ZANDICK (de Dunkerque) envoie une note sur la propagation du choléra. Il ne nous a pas été possible encore, dit l'auteur, de signaler plusieurs jours sans la présence de quelques cas plus ou moins graves, bien que Dunkerque ait été la première ville infestée par l'épidémie.

Pour ce qui est de la contagion, l'auteur dit que s'il lui a été impossible de citer des faits qui prouvent à l'évidence la contagion du choléra, il croit cependant, sous ce rapport, pouvoir se résumer en mentionnant le fait suivant: que la maladie a atteint huit personnes qui habitaient des quartiers éloignés les unes des autres, et que l'invasion du choléra chez chacune d'elles ne peut s'expliquer

que par les relations répétées qui ont existé entre ces personnes durant la maladie.

M. Delaporte, correspondant de l'Académie à Vimoutiers, communique une nouvelle observation de choléra; c'est le second cas qu'il observe à Vimoutiers.

M. le docteur Tourrette, de Chambly (Oise), informe l'Académie que depuis le 1er juin le choléra-morbus et la suette ont envahi Chambly, commune du canton de Neuilly-en-Thesse (Oise), dont la population est de 1,350 à 1,400 âmes.

Le nombre des personnes atteintes du choléra s'élève à cent environ. La mortalité comprend à peu près la moitié de ce nombre, et les vieillards y sont entrés pour les deux tiers.

Ce qui est remarquable dans cette épidémie, c'est que parmi les personnes atteintes, aucune n'a jamais été saignée; la saignée lui a paru être, sans exception, préservative du choléra. Pendant la durée du choléra à Chambly, M. Tourrette n'a pratiqué la saignée que sur onze personnes atteintes de pneumonie, et aucune d'elles n'a eu le choléra.

M. Girard (d'Auxerre) informe l'Académie que le choléra a diminué d'intensité dans l'asile d'Auxerre depuis le 14 juillet. Il fournit de nouveaux détails et un relevé statistique de l'épidémie, desquels il résulte :

1° Que la preuve de la contagion n'a pu être encore rigoureusement obtenue;

2° Que les bonnes conditions d'espace, de ventilation, d'expansion de l'âme sont puissantes pour préserver du choléra;

3° Que les conditions dépressives provenant d'une détérioration de l'organisme, des veilles, des passions tristes, du défaut d'espace, de ventilation, favorisent le développement de la maladie; ce qui expliquerait certains faits de soi-disant contagion observés dans les familles, où les membres se concentrent dans la chambre du cholérique pour lui prodiguer des soins, et où les veilles, les inquiétudes, les débilitent si profondément;

4° Que ces conditions cependant ne sont pas toujours suffisantes pour éloigner la maladie, lorsque l'épidémie se montre avec un certain degré d'intensité;

5° Que les prodromes s'annoncent d'une manière presque certaine, affectant des formes diverses, au nombre desquelles l'auteur signale comme formes nouvelles, tantôt la tristesse jointe à un sentiment indéfinissable de crainte, tantôt l'abattement avec stupeur, bouffissure de la face, œdème des paupières, yeux cernés, éteints, sans diarrhée ni vomissements;

6° Qu'enfin sur des constitutions affaiblies, le choléra peut apparaître d'une manière foudroyante et imprévue.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ALGÉRIE (1). — ÉTUDES SUR L'ALGÉRIE ET L'AFRIQUE (2); par M. Bodichon, docteur-médecin à Alger.

Les hommes auxquels sont confiés le gouvernement et la colonisation de l'Algérie, sont souvent le résultat de choix si précipités; les militaires aux mains desquels on remet cette tâche, ont quelquefois reçu une instruction et une éducation qui les rendent si peu aptes à s'en acquitter fructueusement; enfin l'autocratie, le manque de contrôle et de critique, conduisent, dans quelques circonstances, les hommes en place à de tels abus et surtout à de telles réticences, que le médecin désireux d'utiliser toutes ses connaissances et ses aptitudes, et d'user de son indépendance pour la recherche de la vérité, a devant les yeux une mission aussi étendue que périlleuse. Les dangers et les travaux sont assez multipliés pour que les plus hardis y renoncent le plus souvent. Honneur donc à ceux qui consacrent leur vie et sacrifient leurs intérêts au désir de servir la chose publique. La tentative seule est un mérite, et les succès obtenus sur ce champ de bataille contre l'erreur, le mensonge et l'intrigue, valent bien la palme du guerrier.

C'est dans la catégorie de ces hommes probes et laborieux, indépendants et penseurs, que se range M. le docteur Bodichon, fixé en Algérie depuis une époque voisine de la conquête.

Ce qui distingue les travaux de cet honorable confrère, c'est une entière indépendance dans un pays où il est dangereux de dire tout ce que l'on pense; c'est l'étude approfondie des races algériennes et des influences que le climat, la religion et le régime gouvernemental exercent sur elles; ce sont des aperçus sur les métamorphoses que ces races doivent nécessairement subir au contact des colonisateurs européens; enfin des déductions politiques que nous laisserons ici de côté pour ne nous occuper que de l'antropologie, parce que cette dernière science seule offre des points de contact avec la médecine.

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1845.
(2) Un vol. in-8°. Alger, 1847.

Les travaux de M. Bodichon l'ont mis assez en relief pour lui faire jouer un rôle social et politique en Algérie, et pour le porter à deux doigts de la représentation nationale. Le libre-parler, l'austérité et le libéralisme des principes, la franchise et la netteté des moyens, devaient nécessairement rattacher beaucoup de partisans à M. Bodichon, sous le régime actuel; mais, d'autre part, les critiques n'ont pas été épargnées, et voici le côté faible auquel elles ont pu s'attaquer. L'auteur ne tergiverse jamais avec les principes : une fois qu'une vérité a été par lui rigoureusement établie, il poursuit imperturbablement sa mise à exécution, et brise les obstacles plutôt que de consentir à se dévier un instant de la route pour les tourner. Or, lorsque ces obstacles sont inhérents à la civilisation, ancrés dans nos mœurs, infiltrés dans nos habitudes, il y a une sorte de témérité à ne pas en tenir un compte sérieux. Quand un état de choses factice est devenu pour nous une seconde nature, nous avons beau en apercevoir avec netteté les inconvénients radicaux, nous y tenons tellement qu'on ne peut nous arracher une seule concession. Et, pour le dire en passant, si les médecins sont loin d'avoir toujours réussi en politique, c'est parce qu'ils manquent tous un peu de flexibilité dans l'application des moyens, et que leur habitude de raisonner philosophiquement, leur absolue liberté de pensée, les transportent trop souvent dans un monde idéal, et leur fait perdre de vue les exigences de la réalité. Ne voulant faire aucune concession aux préjugés souverains, parce que ce sont des préjugés, ils se sont brisés en commençant leur œuvre. Avec moins de rigidité et plus de condescendance aux faiblesses humaines, ils l'eussent peut-être menée à bonne fin; car, mieux que les autres classes de la société, ils sont capables d'apercevoir ce but dans les nuages de l'avenir. Nous ne voulons pas dire que les médecins soient utopistes et rêveurs; loin de là, ils sont essentiellement pratiques, mais pratiques avec tyrannie, avec inflexibilité et leur emportement pour l'application immédiate perd leurs meilleurs projets.

On ne tardera pas à reconnaître que ces qualités et ces défauts, apanage de la classe médicale, sont manifestes au plus haut point chez le docteur Bodichon; mais ajoutons de suite que si les défauts sont très-accentués, les qualités ont suivi une progression ascendante plus rapide encore, de sorte que l'éloge doit l'emporter de beaucoup sur la critique, aux yeux de tout juge impartial.

D'après M. Bodichon, les deux peuples primitifs de l'Europe sont les bruns et les blonds, dont les caractères ont été, dans l'origine, des plus tranchés au moral comme au physique. Quand la simplicité primitive se fut altérée, les bruns furent surtout représentés par les Atlantes et les Ibériens; les blonds par les Germains et les Celtes. Race brune, race blonde, telle est la dichotomie radicale de l'anthropologie européenne.

Il est incontestable que M. Bodichon a établi, avec une profondeur de vues qui rappelle quelquefois Blumenbach et une sagacité qui nous reporte souvent à G. Forster, la comparaison entre les aptitudes physiques, sociales, affectives et intellectuelles des deux races primordiales. Nous devons renoncer à donner par l'analyse une idée de ce parallèle des plus complets. Passant de la théorie à l'application, M. Bodichon ouvre l'histoire, et explique par la prépondérance d'une race sur l'autre dans tel et tel pays, les grands événements qui s'y sont passés. L'agrandissement si rapide de l'empire romain serait dû à la diversité des peuples qui formèrent son noyau; sa corruption, sa chute, ne sont qu'une conséquence de la prééminence numérique et sociale de la race brune, je dirais presque de son existence absorbante et tyrannique, à l'exclusion de la race blonde, dans presque toute l'étendue de cet immense empire. Si ses qualités, centuplées par la concentration, ont pu amener rapidement un état de choses prospère, les défauts de la race se sont également exagérés par l'accumulation, et ont produit par leur excès une dissolution générale. Mais il n'est pas dans les desseins de la Providence qu'un grand peuple périsse; il est régénéré par des éléments destinés à changer sa constitution, à neutraliser ses défauts, à augmenter ses qualités. La race blonde, c'est-à-dire les peuples descendus des forêts de Germanie, des bords de la Baltique, des plateaux de l'Asie, était appelée à cette mission providentielle.

Le second point capital sur lequel insiste M. Bodichon, c'est l'utilité, la nécessité des croisements. Pour qu'une race soit vivace et ne s'use pas par l'exagération de son individualité, c'est-à-dire de son caractère, de ses aptitudes diverses, de ses passions, etc., il faut que des tendances contraires, puisées dans le mélange des deux sangs, viennent mitiger, neutraliser les manifestations outrées qui lui sont propres. Ainsi la sympathie, la chasteté, le spiritualisme, la sociabilité de la race blonde, contre-balanceront la tendance à l'isolement, les appétits physiques brutaux, la cruauté de la race brune, et les qualités de celle-ci doteront la première d'attributs qui lui manquent.

La loi de la régénération des espèces par le croisement, qui au fond est une espèce de greffe, peut se formuler ainsi : entre deux races qui s'amalgament, la plus belle reproduit son type de préférence à la plus laide; deux races laides qui se combinent engendrent néanmoins un métis plus beau

que les deux types procréateurs; les croisements embellissent les races au physique, et les perfectionnent au moral; le croisement des races est dans les tendances instinctives des peuples : il s'exécute par suite d'attractions inhérentes à la nature humaine; enfin, par le croisement des races, on détruira les idées exclusives de nationalité, les tendances à l'isolement, la combativité, et l'on parviendra à la fraternité universelle, à cette harmonie que des systématiques veulent créer de toutes pièces en devançant les temps, en bouleversant, au lieu de modifier insensiblement et sans cataclysme social. A un point de vue qui intéresse au plus haut degré le médecin hygiéniste, un autre bénéfice jaillira de la fusion des races : c'est le facile acclimatement des conquérants européens sous les cieux les plus brûlants; et ici l'histoire, c'est-à-dire l'expérience, l'application, sont entièrement d'accord avec les données du raisonnement.

Voilà à peu près la substance des idées de M. Bodichon à l'égard de la greffe humanitaire, et nous pensons que tout esprit dégagé de système préconçu se rangera de son côté. Mais quand il arrive à l'application, il esquisse de tels projets de fusion entre différents peuples; il jette de telles indications pour les unions royales, que, pour être la fidèle traduction de vérités acceptées, elles n'en sont pas moins irréalisables avec notre civilisation et l'état social comparé des différentes nations.

Arrivons à la question de l'Algérie. On pressent peut-être que ce ne sera qu'un corollaire des grandes règles que nous venons d'établir; mais, par malheur, il n'en est pas ainsi : le peuple arabe, d'après M. Bodichon, a des destinées contraires à celles qui président à la vie des peuples en général.

Et d'abord, après avoir jeté un coup d'œil sur l'histoire depuis la plus haute antiquité, M. Bodichon formule cette maxime peu encourageante pour les partisans de la colonisation :

« En Afrique, une modification climatérique porte à la cruauté et à la détérioration morale non-seulement les peuples d'une origine tout à fait indigène, mais encore ceux d'une origine étrangère. »

Après avoir puisé les éléments de sa conviction dans l'histoire, M. Bodichon étudie les influences du sol et du climat sur l'homme, et il complète ainsi sa pensée :

« A notre sens, c'est parce qu'une influence fatale tend incessamment à les mettre en rapport avec la nature africaine. Ils deviennent cruels et barbares, parce que la nature africaine l'est elle-même, et qu'en général chaque région du globe finit par s'assimiler les êtres qu'elle nourrit. »

Les partisans de la colonisation n'ont pas à se désespérer devant cette fatalité, car, de l'avis de l'auteur, la France, grâce à son génie particulier, a la mission de modifier profondément cette terre barbare qui, à son tour, adoucira l'humeur cruelle de ses enfants.

C'est à l'aide de faits, d'arguments puisés dans l'histoire, et d'analogies logiquement déduites, que M. Bodichon arrive à établir tous ces principes.

Que deviendra la race arabe? Elle périra, et nous devons employer tous nos efforts pour l'exterminer. Cet arrêt semble d'autant plus barbare, au premier abord, que l'auteur nous a habitués à des sentiments de conciliation, de démophilie, qui ont fait planer sur toutes ses œuvres une ardente aspiration à la fraternité, à l'harmonie universelles. Mais nous l'avons dit, c'est un des faits principaux du caractère de M. Bodichon, de sacrifier tout à la rigidité de ses principes et de sa conviction; or, des considérations que nous ne pouvons reproduire ici, malgré leur élévation et leur originalité profonde, lui ont démontré que certains peuples sont destinés à périr — ce qui s'aperçoit à des symptômes déterminés — et que la race arabe rentre dans la catégorie de ces races vouées à la mort. En suivant l'auteur pas à pas dans la discussion, on ne tarde pas à reconnaître que ses idées humanitaires ne lui ont pas un instant fait défaut, et le reproche de cruauté ne peut plus l'atteindre.

« La destruction violente de certaines races, quoique douloureuse aux yeux de l'humanité, est cependant conforme aux fins de la nature, » dit M. Bodichon, et cela arrive toutes les fois que cette peuplade ou cette race sont un obstacle à la marche de l'humanité tout entière vers la perfectibilité. L'extermination de ce peuple n'est alors autre chose que l'amputation d'un membre pour sauver l'individu.

« Aux yeux du véritable philanthrope, ajoute l'auteur, la prise de possession de l'Amérique a été un bonheur pour l'humanité, » malgré l'extinction des races qui peuplaient les deux péninsules avant la conquête. « La misanthropie seule peut mettre les malheurs de cette occupation au-dessus des bienfaits qui en ont résulté. »

Les Caraïbes ont disparu parce que leur état social était un attentat perpétuel contre l'humanité. Il était dans les fins providentielles qu'ils fussent rayés de la liste des nations; aussi la guerre en a fait périr, mais en temps de paix leur dissolution marchait plus rapidement encore. Le meurtre, les déprédations, les guerres intestines, les sacrifices humains et les mutilations, l'hostilité envers tout ce qui était étranger, la polygamie, l'esclavage de la femme, tout en faisait une nation dégradée qui, aux yeux de l'économie humanitaire, devait disparaître, car elle la rongeait comme une lèpre.

Dès l'origine, elle avait méconnu la loi suprême imposée à l'homme, savoir, l'obligation du travail; c'était donc un rameau parasite et gourmand qu'il importait d'élaguer de l'arbre de l'humanité.

Or la nation arabe offre, d'après M. Bodichon, une dégradation morale qui la voue au même sort. Elle se soustrait aussi à l'influence de la perfectibilité humaine, et ne sait pas seulement conserver et perpétuer les germes de civilisation que l'Europe plante de temps en temps sur sa terre ingrate; elle est paresseuse et ennemie des autres races, elle méprise l'agriculture, vole, pille, sodomise, se déchire de ses propres mains, n'a pas le sentiment du beau idéal, matérialise tout, est querelleuse et fanatique, n'écoute que ses instincts et n'entend pas la voix de la raison, elle accable la femme, elle a des esclaves..... elle périra comme les Caraïbes.

Voyez la race juive, au contraire : expulsée, persécutée partout, elle se perpétue et prospère ; et pourquoi ?

« Parce que, mieux que toute autre race, les Juifs ont mis en pratique la loi du travail; parce que, en face de la civilisation, ils ne sont pas demeurés stationnaires, parce qu'ils n'ont pas été rebelles au progrès, et que leur état social n'a pas été un outrage aux lois de l'humanité. Quand ils ont possédé une terre, ils ne l'ont pas laissée inculte. En somme, parce qu'ils ont été des travailleurs dans les champs du progrès. »

Ces paroles remarquables, écrites avant la fermentation produite par notre nouvel état social, donneront une juste idée du libéralisme de M. Bodichon, et de l'élévation de ses vues humanitaires et politiques. S'il nous était permis de pénétrer dans sa vie privée, nous trouverions (véritable anomalie en Algérie) une austérité de mœurs en parfaite harmonie avec les principes qu'il professe. On peut critiquer M. Bodichon, mais toujours on l'estimera.

F. J.

VARIÉTÉS.

ALLOCUTION DE M. LE DOYEN DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE AUX ÉLÈVES, POUR LES FÉLICITER DE LEUR NOBLE CONDUITE PENDANT L'ÉPIDÉMIE DU CHOLÉRA.

On sait que les élèves de nos écoles ont été envoyés dans tous les quartiers de la capitale et dans les communes environnantes, pour aider les médecins à combattre l'épidémie. Leur zèle et leur dévouement ont dépassé toutes les espérances. Le gouvernement, voulant reconnaître les services qu'ils ont rendus avec tant d'abnégation, a chargé M. le doyen de la Faculté de médecine d'aviser aux meilleurs moyens d'honorer leur belle conduite. A cet effet, M. Bérard, qui est toujours aussi bien inspiré par le cœur que par l'esprit, a réuni les élèves, leur a rendu compte, du ton le plus paternel, des témoignages de satisfaction qu'il avait reçus pour eux de tous côtés. Nous nous félicitons de pouvoir reproduire l'allocution de M. le doyen : elle relate, d'une manière aussi simple que touchante, toutes les circonstances qui ont trait à cette page de notre histoire médicale contemporaine; elle caractérise en même temps le premier acte d'un décanat dont nous avons été heureux de saluer l'avénement.

« Messieurs,

» Ce n'est point à une séance d'apparat que je vous ai invités : c'est à une conférence amicale, à une sorte de causerie, de laquelle, à la vérité, je ferai presque tous les frais, mais où, en revanche, il ne sera question que de vous.

» Placé comme intermédiaire entre le pouvoir, les municipalités de Paris, qui réclamaient votre assistance, et vous, qui l'avez accordée avec tant d'empressement, il est naturel que je vienne aujourd'hui vous apporter l'expression de la reconnaissance des municipalités, et que je vous informe de ce que j'ai fait auprès du pouvoir pour qu'une juste rémunération soit accordée à votre conduite.

» Je vais reprendre les choses d'un peu haut.

» Pendant l'hiver dernier, dans la prévision d'une épidémie dont il était impossible de calculer ou la bénignité ou la violence, le conseil de salubrité, qui compte toujours parmi ses membres le doyen de la Faculté de médecine, avait consacré un grand nombre de séances *ordinaires* et *extraordinaires* à arrêter l'organisation des bureaux de secours. Tout avait donc été préparé de longue main, lorsque survinrent les mauvais jours de l'épidémie. Je dis que tout était préparé, mais préparé seulement sur le papier. Or, avec des brigades de médecins et d'étudiants sur le *papier*, pas plus qu'avec des armées sur le papier, on ne peut conjurer les dangers qui menacent ou les populations ou l'État.

» Il fallait donc en venir à la réalisation de nos ressources. Sur l'invitation du conseil de salubrité, je fis ouvrir dans les bureaux de la Faculté une liste où s'inscriraient ceux des étudiants qui consentiraient à faire immédiatement le service des bureaux de secours. Dès le lendemain, messieurs, elle était couverte de signatures, et pas un de vous ne manqua à l'appel. Les quarante-huit bureaux de secours des mairies de Paris (il y en avait quatre au moins par arrondissement), presque toutes les communes de la banlieue, quelques villes de la province, recevaient le contingent d'élèves qu'ils avaient demandé.

» Voyez cet énorme dossier : il est formé tout entier de demandes qui m'ont été

adressées, et grâce à vous, il n'est pas une de ces demandes à laquelle il n'ait été fait droit.

» Ce n'était pas tout de se rendre dans les bureaux de secours, il fallait en assurer le service : vous n'y avez pas failli. Ni les fatigues excessives, ni le défaut de sommeil, ni, pour quelques-uns de vous, les premières atteintes du mal qui frappait la population, n'ont pu vous détourner un instant de la mission périlleuse et sainte que vous aviez acceptée. Grâce à Dieu, aucun de vous n'y a laissé la vie (dans le service des bureaux de secours). Mais, je vous le jure, mes appréhensions étaient vives lorsque je vous envoyais dans ces postes dangereux. En signant votre commission, il me semblait que je signais votre arrêt de mort, et je pensais à vos parents !

» Les témoignages qui me sont parvenus de MM. les maires parlent plus haut que tous mes éloges. Le plus grand nombre de leurs lettres sont entre les mains de ceux qu'elles concernent. Elles sont trop honorables pour que j'aie voulu les en priver; je leur ai conseillé de les conserver.

» Après avoir fait l'histoire de votre dévouement, je dois vous entretenir des démarches que j'ai faites pour obtenir qu'on l'honorât comme il le mérite. »

(M. le doyen donne lecture aux élèves de la lettre qu'il a écrite au ministre et de la réponse qu'il en a reçue; puis il continue en ces termes :)

« La petite anecdote que je vais vous rapporter vous montrera combien le ministre avait à cœur de récompenser votre zèle. Me trouvant, il y a quelques jours, près de lui, je lui dis : « Monsieur le ministre, je viens vous adresser une réclamation inouïe. » Il me regarda avec surprise. « Je réclame contre votre excès de générosité. Vous avez, sur ma demande, accepté le projet de récompenses universitaires pour les élèves qui ont fait le service des bureaux de secours; mais vous avez débuté avec tant de munificence, qu'il vous faudra plus de 120,000 fr. si vous voulez continuer comme vous avez commencé. » En effet, le ministre avait accordé à neuf élèves, dont les noms lui avaient été envoyés par le maire du 9e arrondissement, avec un témoignage flatteur, la remise entière des frais qu'ils auraient encore à payer pour leur réception. Or, parmi ces élèves, il s'en trouve un qui n'a que sept inscriptions, et qui reçoit par conséquent une somme d'environ 700 fr., non compris l'indemnité que la municipalité lui a accordée.

» Eh ! messieurs, je serais heureux que tous vous fussiez traités de la même manière; mais il ne faut pas oublier que c'est le trésor public qui paye, et qu'en temps de révolution, ce trésor n'est pas trop riche. Ainsi ce qui a été accordé aux élèves qui ont fait le service dans le 9e arrondissement ne peut être considéré que comme une méprise et ne constitue point un précédent qu'il soit loisible d'invoquer.

» Quelques jours après avoir reçu la lettre dont je vous ai donné connaissance, une deuxième lettre m'a été adressée du ministère.

» J'allai d'abord remercier le ministre de l'instruction publique, qui m'invita à me rendre sans retard chez son collègue de l'intérieur. J'y allai de suite, et là, grande fut ma surprise et grand fut mon désappointement en apprenant de M. Dufaure qu'il avait invité le directeur de l'assistance publique à rassembler tous les internes des hôpitaux, afin qu'ils fissent eux-mêmes la présentation pour les deux décorations.

» Je fis remarquer de suite à M. le ministre que pas un des élèves qui avaient fait le service des bureaux de secours n'appartenait au corps, d'ailleurs très-méritant, des internes; que cependant ces élèves avaient fait un service tout à fait bénévole, et auquel ne les astreignait point leur condition d'étudiants libres.

» Il me fut répondu par le ministre, qu'entre les élèves et lui, il n'y avait que deux intermédiaires officiels : d'une part le directeur de l'assistance publique (pour les internes des hôpitaux); d'une autre part, le président du conseil de salubrité, c'est-à-dire le préfet de police, pour le service des bureaux de secours. J'allai trouver M. le président du conseil de salubrité, je reproduisis devant lui les observations que j'avais présentées à M. le ministre de l'intérieur; je l'invitai à demander qu'une des deux croix fût donnée à un des élèves qui avaient fait le service des bureaux de secours, ou bien que si les deux décorations étaient distribuées aux internes, on en accordât un même nombre à deux d'entre vous.

» M. Rébillot entra chaudement dans ces vues; il se mit en campagne auprès du ministre de l'intérieur, et les choses me paraissaient en fort bon train, lorsque parut la lettre par laquelle les internes refusaient de désigner l'un des leurs pour la décoration.

» Dès lors je ne pensai plus à cela; mais persuadé que certaines personnes, préférant un témoignage durable de leur belle conduite à une rémunération pécuniaire, qui n'a qu'un caractère transitoire, j'ai demandé à M. le président de la république une audience qui m'a été accordée, et là, de concert avec M. Dumas, qui m'avait accompagné, j'ai mis en avant l'idée de frapper une médaille qui serait décernée en commémoration des services rendus pour le choléra; ce projet a été reçu avec faveur, et j'aime à croire qu'il lui sera donné suite.

» Tel est, messieurs, le récit de ce que vous avez fait et de ce que j'ai tenté de faire. J'espère qu'après cette explication, nous nous quitterons parfaitement satisfaits les uns des autres. »

MM. les élèves se sont montrés très-reconnaissants des chaleureux efforts de leur doyen. Des applaudissements unanimes, de véritables acclamations lui ont prouvé qu'il y avait entre eux et lui l'accord le plus sympathique. Cette première et décisive épreuve peut garantir à M. Bérard qu'en toute circonstance il retrouvera sur la jeunesse de notre École l'ascendant qu'a su si bien conserver M. Orfila jusqu'au dernier jour de son décanat.

— M. le ministre de l'instruction publique paraîtrait disposé à adjoindre de nouveaux membres à ceux qui composent actuellement la commission médicale qu'il a instituée près de la commission de l'enseignement supérieur. Les membres nouveaux seraient fournis par l'école de pharmacie de Paris, par le corps des agrégés, par les facultés de province et par les écoles secondaires. Cette adjonction aurait pour but de faire représenter plus complétement, dans la commission, tous les intérêts qui sont mis en cause.

— Le MONITEUR publie le rapport suivant de M. le ministre de l'intérieur au président de la république :

Monsieur le président,

L'épidémie qui a fait de si cruels ravages dans la population de Paris touche heureusement à son terme.

Le moment est venu d'accorder une légitime récompense à ceux qui, pendant de trop longs jours de deuil, se sont signalés dans le service des établissements hospitaliers, par le zèle le plus habile, le dévouement le plus actif et le plus entier accomplissement de périlleux devoirs.

Il était difficile sans doute de faire un choix au milieu de tous les nobles exemples de courage, d'abnégation et de charité qu'ont fait éclater ces douloureuses épreuves; et le gouvernement regretterait aujourd'hui les limites dans lesquelles il doit renfermer ces récompenses, si ces limites mêmes n'en relevaient le prix.

Les propositions que j'ai l'honneur de vous soumettre, monsieur le président, conformes aux présentations qui m'ont été faites, seront, je n'en doute pas, ratifiés par le sentiment de la reconnaissance publique. J'ai rempli un devoir de justice en y comprenant pour une plus large part le personnel attaché à la Salpêtrière, celui de tous les établissements hospitaliers qui a le plus souffert, et où l'activité des soins s'est sans cesse accrue avec l'intensité du mal.

Deux élèves internes de cette maison ont paru, entre tous, mériter une distinction spéciale; mais je dois ajouter que partout leurs jeunes collègues ont multiplié, pour combattre le fléau, les efforts d'un zèle sans relâche et d'un dévouement sans bornes.

Ces propositions, monsieur le président, n'acquitteront pas toutes les dettes du gouvernement. A d'autres degrés et dans d'autres rangs, la cause de l'humanité a été généreusement servie dans la capitale. Ces services, pour avoir été moins éclatants, ne doivent pas être oubliés, et je serai heureux de vous demander pour eux, plus tard, une autre nature de récompenses.

Agréez, monsieur le président, l'assurance de mon profond respect.

Le ministre de l'intérieur,
J. DUFAURE.

Au nom du peuple français,
Le président de la république,
Sur la proposition du ministre de l'intérieur,
Décrète :

Art. 1er. Sont nommés officiers de l'ordre national de la Légion d'honneur : MM. Husson, médecin à l'Hôtel-Dieu; Guillot (Nathalis), médecin de l'infirmerie de la Salpêtrière.

Sont nommés chevaliers du même ordre : MM. Tardieu (Ambroise), médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, chargé d'un service à l'Hôtel-Dieu. — Pidoux, médecin du bureau central, chargé d'un service à la Charité. — Legroux, médecin à l'hôpital Beaujon. — Baillarger, médecin, chargé d'un service d'aliénés à la Salpêtrière. — Mitivié, id. — Trélat, id. — Vincent, directeur de la Pitié. — Hannosset, directeur de l'hôpital Beaujon. — Durand, aumônier de la Salpêtrière. — Lebat, élève en médecine, interne à l'infirmerie de la Salpêtrière. — Poirson, élève en pharmacie, attaché à l'infirmerie de la Salpêtrière. — Wan Deursen, adjoint au maire du 7e arrondissement.

Art 2. Le ministre de l'intérieur et le grand chancelier de l'ordre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à l'Élysée-National, le 18 juillet 1849.

L.-N. BONAPARTE.

Le ministre de l'intérieur,
J. DUFAURE.

— Voici de nouveaux détails sur les services rendus par nos jeunes confrères de l'armée dans la cruelle épidémie qui a fait tant de victimes dans la capitale :

EXTRAIT DU RAPPORT ADRESSÉ PAR M. LE MAIRE DU 12e ARRONDISSEMENT A M. LE PRÉFET DE LA SEINE.

« MM. les médecins et élèves du Val-de-Grâce ont également mérité de l'humanité. Leurs dignes chefs ont bien voulu les organiser alternativement en service régulier, tant pour les visites aux malades que pour la constatation des décès.

» Aussi désintéressés après l'épidémie qu'ils avaient été dévoués pendant ses ravages, quelques-uns d'entre eux m'ont déclaré que leur intention et celle de leurs collègues était d'abandonner aux convalescents nécessiteux l'indemnité à laquelle ils auraient droit pour la constatation des décès.

» Lors donc que le travail des registres, que la mort a fait si volumineux, sera terminé, ce qui maintenant ne saurait tarder, et qu'ainsi il me sera possible d'établir les feuilles régulières d'émargement relatifs à cette indemnité, j'aurai soin, monsieur le préfet, de convoquer MM. les médecins et élèves du Val-de-Grâce, et je vous transmettrai les noms de tous ceux qui auront fait au secrétariat la remise de leurs honoraires.

» En attendant cette nouvelle preuve de leurs droits à la reconnaissance publique, j'appelle sur tous ces messieurs l'intérêt et l'attention du gouvernement.

» Entre eux se trouvent des médecins déjà distingués par leurs services et

leurs travaux scientifiques, notamment MM. Lauer et Serrier, qui m'ont été signalés par M. le chirurgien en chef du Val-de-Grâce; M. Serrier surtout, chirurgien et médecin militaire depuis neuf ans, et qui déjà, lors des ravages du choléra à Marseille, en 1835, avait été désigné au ministre de l'instruction publique comme ayant mérité une distinction spéciale.

» Pour extrait conforme :

» *Le maire du 12e arrondissement,*

» RIANT. »

— L'école du Val-de-Grâce, qui a donné tant de preuves de dévonement pendant le cours de l'épidémie cholérique, vient de perdre un de ses élèves : M. Slootmans a succombé à une attaque de choléra, dont il a été atteint dans le courageux exercice de ses fonctions. Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier. Le lieutenant général commandant la première division lui a fait rendre les honneurs militaires. MM. les maires des 9e et 12e arrondissements, qui pendant l'épidémie avaient été témoins du dévouement de cet élève, ont suivi le char funèbre jusqu'au cimetière, ainsi que tout le personnel de l'école du Val-de-Grâce. A ce cortége fort nombreux s'étaient jointes des députations des diverses écoles et un grand nombre de chirurgiens internes des hôpitaux.

— Le choléra continue à s'étendre dans les départements, et dans plusieurs endroits il signale son passage par des ravages peut-être plus terribles que ceux qui ont frappé la capitale. Dans le département des Ardennes, et dans la seule ville de Réthel, du 24 juin au 16 juillet, il y a eu plus de 60 décès cholériques. A Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), l'épidémie, qui s'était bornée jusque-là à quelques cas isolés, a éclaté tout d'un coup dans l'asile des aliénés où elle a frappé 150 personnes et moissonné 70 victimes en quelques jours sur une population de 800 individus. A Tours, d'après les derniers renseignements, sur 37 détenus transférés à l'hospice général, il n'en restait plus que 9 le lendemain, et sur 38 transportés à l'ambulance de la rue de Grammont, il n'en restait plus que 10 à la même époque.

— Le choléra continue à décroître sensiblement à Tours. Dans la journée du 18, il n'a été enregistré que 3 cas, et dans celle du 19 2 seulement.

Dans l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais), on compte encore quelques victimes, et à Montreuil-sur-Mer, où il a sévi avec intensité pendant quelques jours, il s'est concentré sur la ville basse, et paraît avoir atteint sa période de décroissance.

Une lettre de la Guerche (Cher), du 20 juillet, annonce que l'on compte déjà dans ce canton 22 cas, 19 décès et 3 guérisons.

— Le choléra s'est manifesté ces jours derniers dans la commune de Xaffévillers (Vosges), et sévit principalement sur les personnes du sexe féminin. Cinq personnes y ont succombé après dix, vingt ou vingt-cinq heures de maladie. On compte encore 30 malades environ; mais on a lieu d'espérer que la plupart d'entre eux ne seront point victimes de cette épidémie, qui est entrée dans sa période décroissante.

— Dans presque toutes les localités de la Nièvre où le choléra avait exercé des ravages, une notable diminution se fait remarquer; cependant à Nevers on compte chaque jour quelques victimes.

— On écrit de Bordeaux le 23 juillet :

« Le choléra sévit avec force dans les quartiers des terres de Bordes et de Saint-Seuvin. Les rues et place Delorme ont donné un chiffre élevé de décès. De plus, la cholérine et le choléra sévissent avec force également dans la commune d'Eysines. Il en est de même de plusieurs autres communes.

» Le choléra n'a pas encore paru à Limoges, à Auch ni à Tarbes. »

— Une recrudescence effrayante de l'épidémie vient de se manifester à Liége. Les cas de choléra se sont multipliés d'une façon vraiment extraordinaire, et ont offert un caractère de gravité tout à fait exceptionnel.

— Une lettre qui nous est parvenue de La Charité constate qu'il résulte des notes remises à la municipalité de cette ville que l'on compte jusqu'à ce jour 80 victimes de l'épidémie, dont un tiers a succombé.

— Le choléra vient d'éclater à Malines à la suite des fêtes; la même occasion a amené à Liége une recrudescence. Nous ne pouvons donc nous empêcher d'attendre avec crainte le résultat des prochaines kermesses de Gand et de Bruxelles.

— A Mons, il y a eu jusqu'au 12 juin 314 malades et 197 décès. — A Gand, il y a déjà eu 2,594 cas et 1,148 décès; à Termonde, 360 cas et 120 décès; à Bruges, 394 cas et 192 décès. — La Flandre orientale est actuellement la province où le fléau règne avec le plus d'intensité. (LA PRESSE MÉD. BELGE.)

— On peut juger des ravages que le choléra fait à Londres par l'article suivant du MORNING HERALD :

L'opinion publique demande de plus en plus énergiquement que des prières soient adressées à Dieu dans tout le royaume pour implorer sa miséricorde au sujet de l'horrible fléau qui décime la population. Jamais la génération actuelle n'avait été aussi rudement châtiée. En 1832, lorsque le choléra était dans sa période la plus intense, ce n'était rien en comparaison de ce que nous voyons aujourd'hui.

Organe de l'opinion publique, nous aimons à croire que le parlement ne se séparera pas avant d'avoir appelé l'attention du ministère sur l'opportunité d'une pareille manifestation.

Il y aura un conseil de ministres au Foreign-Office dans le courant de l'après-midi.

— État sanitaire de Londres pendant la semaine dernière : Les décès qui, dans les deux semaines qui ont précédé celle-ci n'allaient qu'à 1070 et 1369, se sont élevés à 1741, ce qui fait un excédant de 733 morts sur les époques correspondantes de cette saison.

Les décès par le choléra, qui, pendant les deux précédentes semaines, se montaient à 152 et 339, sont arrivés pendant celle-ci à 678, dont 355 mâles et 323 du sexe féminin.

— Cas de choléra du 13 au 23 juillet inclusivement :

Londres et le voisinage	1,601 attaques,	721 décès.
Angleterre et pays de Galles	2,557 —	1,036 —
En Écosse	81 —	41 —
Total	4,239 attaques,	1,798 décès.

— On lit dans le GLOBE, journal anglais, du 23 courant :

« La direction sanitaire générale, en grande assemblée, a reçu le président du comité d'hygiène de France, M. Magendie, qui vient à Londres remplir une mission d'enquête pour le gouvernement français sur la marche et le traitement du choléra en Angleterre. M. Magendie était accompagné par le docteur Mac-Longhin. Le professeur Owen et M. Hodgson, du collége des chirurgiens, assistaient à la conférence. »

— L'HIBERNIA n'apporte que des nouvelles peu importantes de New-York du 11, de Montreal du 9 et de Québec du 8. Le choléra étendait ses ravages dans toutes les directions et était extrêmement terrible. Le célèbre chanteur écossais Wilson est mort le 9 en trois heures.

— A la suite du concours ouvert pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, M. le docteur Guérin, ancien aide d'anatomie de la Faculté, a été nommé à l'unanimité.

Son compétiteur M. Triquet, interne à l'Hôtel-Dieu, a reçu une mention honorable.

Les épreuves de ce concours ont consisté dans les questions suivantes :

1° Épreuves de pièces d'anatomie à conserver : Les aponévroses des membres et les artères de l'épaule.

2° Leçon de vingt minutes sur l'anatomie : Des glandes salivaires.

3° Leçon de vingt minutes sur l'anatomie et la physiologie : Anatomie et physiologie de la rétine.

4° Composition écrite : Anatomie générale et pathologique du système veineux.

5° Opérations sur le cadavre : Ligature de l'artère sous-clavière et résection du coude.

6° Épreuve de dissection : La région sus-hyoïdienne.

— Nous apprenons que l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Orléans, qui, dit un journal de la localité, avait fini par ne plus exister que de nom, est supprimée.

— M. Baillarger n'a pu accepter la place que le sort lui avait assignée dans le jury du prochain concours du bureau central. Par suite de sa démission, ce jury reste définitivement constitué comme il suit :

Juges : MM. Duméril, Beau, Thévenot de Saint-Blaize, Hardy, Duplay, Clément, Piedagnel, Roux, Malgaigne.

Suppléants : MM. Rayer, P. Dubois.

— M. Romand, pharmacien aide-major au corps expéditionnaire de la Méditerranée, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Chauvin, chirurgien aide-major aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour le 9e dragons.

M. Marchessaux, chirurgien aide-major au 5e de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Dolisy, chirurgien aide-major commissionné au 9e dragons, est désigné pour le 5e de ligne.

M. Laparra, chirurgien aide major commissionné au 20e léger, est désigné pour le 8e de ligne.

M. Nicolas, chirurgien aide-major au 1er d'artillerie, est désigné pour être détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée.

M. Bercegol, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Toulouse, est désigné pour être détaché à celui de Vichy.

M. Haspel, médecin ordinaire aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital militaire de Toulon.

M. Burnet, médecin-adjoint aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital militaire de Bayonne.

M. Dieu, pharmacien-major à l'hôpital de Metz, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Golsrgeider, pharmacien-major à l'hôpital de Longwy, est désigné pour celui de Thionville.

M. Duchesne, pharmacien aide-major à l'hôpital de Thionville, est désigné pour celui de Longwy.

— DÉCOUVERTE DE L'ÉTHYLE. — M. Frankland, élève de M. Bunser (de Magdebourg) vient de découvrir un nouveau corps cherché depuis longtemps par les chimistes, l'*éthyle*, ou radical de l'éther.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

ORGANISATION MÉDICALE.

RÉORGANISATION DU CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES (1).

Ce qui constitue foncièrement l'armée, c'est l'homme qui porte le sabre ou l'épée, ou qui manie le fusil; le reste n'est qu'un accessoire plus ou moins important. Les officiers de santé militaires, l'intendance, l'administration, etc., ne peuvent pas réclamer une autre place dans les cadres de la guerre; leurs efforts doivent seulement tendre à obtenir, parmi ces accessoires, le rang qui leur est acquis et par leurs services et par les garanties qu'on exige d'eux. Or cette juste répartition, ce classement fondé sur la raison, n'ont pas été faits, l'intendance s'étant érigée en maîtresse absolue de ces différents corps, ayant absorbé leur individualité dans la sienne, au point d'arriver à se poser en rivale de l'armée proprement dite, grâce à la puissance qu'elle puise moins dans sa propre valeur que dans celle des éléments étrangers dont elle fait tourner les mérites à son profit.

C'est contre cette autocratie absorbante qui les efface et les rejette sur un plan postérieur, c'est pour conquérir l'individualité qu'implique nécessairement la spécialité de leurs études, que les officiers de santé ont réuni pendant trente ans de longs efforts qui ont abouti enfin au décret du 3 mai 1848. Ce décret les affranchit de la tutelle de l'intendance, les constitue en corps spécial, les assimile aux différents grades de l'armée.

Ce décret a été vu d'un œil jaloux par l'armée et par l'intendance. L'armée, qui n'a guère que des honneurs et qui estime considérablement, à juste titre, la seule chose qu'elle a, l'armée consentirait volontiers à accorder aux officiers de santé l'indépendance et une augmentation de solde; mais elle se montre peu favorablement disposée à l'endroit de l'assimilation stipulée par le décret, et cela non pas parce qu'elle n'estime point les médecins militaires, car elle les entoure au contraire d'une grande considération, mais parce que ce ne sont pas des officiers combattants; elle veut, en un mot, les exclure non pour infériorité, mais pour hétérogénéité. De son côté, l'intendance, qui a trop d'argent pour en faire beaucoup de cas, accorderait volontiers une solde supérieure aux officiers de santé; mais, avide d'honneurs et de commandement, dont elle n'est pas revêtue en proportion de sa fortune, elle s'oppose obstinément à laisser échapper les médecins militaires, à cause du reflet qu'ils jettent sur elle.

Telles sont les deux influences qui ont si longtemps retardé l'exécution du décret, que les moins pessimistes pouvaient le croire étouffé; tels sont les deux partis qui l'ont lacéré pièce par pièce au point de ne laisser que des ruines.

Cependant les dévorants se sont aperçus que si chacun emportait le morceau qui lui convenait, il ne resterait bientôt plus rien, absolument rien. Or le décret du 3 mai constitue un droit trop bien acquis, et les officiers de santé militaires sont en proie à une souffrance trop évidente, pour qu'on ose leur refuser toute amélioration. De là convention non pas formulée, mais instinctive, par laquelle les deux partis se sont arrêtés à ces dispositions : n'accorder aucune réforme radicale, mais des améliorations; s'en tenir, en un mot, au système des concessions.

Après avoir été fabriqué dans ce sens par les bureaux de la guerre, un nouveau décret vient enfin d'être mis sous les yeux du conseil d'État.

Mais le conseil d'État a-t-il bien mission de formuler un nouveau décret, ou, ce qui revient au même, de modifier le fond, la substance de l'ancien décret, et les bureaux de la guerre se trouvaient-ils bien en droit de faire subir à celui-ci une première altération?

Évidemment non. La GAZETTE MÉDICALE (1) a surabondamment établi que la chambre avait simplement renvoyé le règlement au conseil d'État pour le mettre en harmonie avec le décret du 3 mai, et que les délibérations de la constituante doivent être considérées comme une consécration de ce décret, auquel force de loi ne peut conséquemment pas être contestée.

Devant ces faits positifs, la conduite des officiers de santé est bien tracée : 1° engager la chambre à rappeler que, par son ordre du jour, le décret a été reconnu, et qu'il ne peut pas être modifié par les bureaux de la guerre; 2° représenter au conseil d'État que sa mission consiste à mettre le règlement en harmonie avec la loi du gouvernement provisoire, sanctionnée par le vote de la chambre, et non pas avec un décret émané de bureaux qui n'ont aucun pouvoir comme législateurs.

En supposant que ces raisons ne soient pas acceptées, en admettant que la nécessité d'un nouveau décret soit reconnue, la marche suivie n'en serait pas moins extrêmement irrégulière et radicalement vicieuse. Il tombe sous le bon sens qu'une loi fabriquée par les bureaux de la guerre, juges et parties, est une anomalie probablement sans exemple.

Lorsqu'il s'est agi de reconstituer le corps des médecins militaires en Belgique, le gouvernement a demandé successivement trois projets de loi, savoir : au conseil de santé des armées, au ministère, à la chambre; chaque corps a présenté ses modifications, a fait des additions ou des suppressions. Le triple projet a été ensuite renvoyé au conseil de santé qui a eu l'excellent esprit de sacrifier quelques-unes de ses prétentions, et a si bien concilié les trois libellés, que le gouvernement a adopté son travail définitif. Pourquoi le conseil de santé des armées françaises ne serait-il pas appelé à la même mission? pourquoi ne laisserait-on pas dire leur mot, sauf contrôle, aux médecins de l'armée, dans cette affaire qui, pour eux, est une question de vie ou de mort?

Un pareil mode, si nettement indiqué par la raison, n'a pas été adopté, et le projet émané des bureaux est aujourd'hui au conseil d'État.

Il porte le cachet que nous avons spécifié : rien que des concessions, pas de réformes radicales.

Le corps des officiers de santé militaires formera bien un corps distinct fonctionnant par lui-même, sous l'autorité supérieure du ministre; mais, comme on le sait, le ministre, ne pouvant être partout, se

(1) Voy. GAZ. MÉD., 1848, p. 115, 403, 665, et 1849, p. 235.

(1) GAZ. MÉD., 1849, p. 235.

Feuilleton.

IMPRESSIONS HYDROTHÉRAPIQUES.

> L'hydrothérapie est la plus bouffonne des choses sérieuses, la plus sérieuse des choses bouffonnes.

Vous me demandez, mon cher ami, le récit de mon traitement hydrothérapique. Soit : ce nouveau mode de médication est encore trop peu connu en France. Je voudrais pour ma part contribuer à le faire distinguer des folies du siècle. Il a contre lui sa nouveauté, sa patrie commune avec la grande mystification de l'homœopathie, l'étrangeté de ses procédés; pour lui la raison et de nombreux succès.

Vous savez dans quel état j'ai eu recours à l'hydrothérapie. Fatigué d'un long accès de goutte aiguë et de ses interminables rechutes, ma constitution était altérée par une goutte vague, produit des remèdes que j'avais employés pour combattre ce fléau. J'eus la visite d'un de mes doyens d'âge et de goutte. Il ne savait comment exprimer sa joie et les merveilles qui s'étaient opérées en lui : il marchait, courait, digérait; il portait légèrement la vie et un abdomen allégé de 7 kilogrammes. Je connaissais son état ancien, je voyais le présent. J'ai cru, j'avais besoin d'espérer. Vous m'avez recommandé Bellevue et son savant directeur. C'était à Marienberg que mon confrère avait recouvré la santé; c'est là que j'ai voulu aller la chercher: « *Major è longinquo reverentia.* » C'était se mettre à l'abri des tentations de la capitale et des erreurs de régime, et se donner le plaisir d'une promenade sur le Rhin.

Près de Boppard, la plus laide petite ville des bords du Rhin, au pied du Hundsruck, massif schisteux qui encaisse la rive gauche du Rhin et occupe tout le pays entre la Nahe et la Moselle, se trouve Marienberg, ancien couvent de chanoinesses, asile des nobles filles des Rhingraves. La source, que des tuyaux de 10 centim. amènent du pied de la montagne, fournit des eaux abondantes dont la température ne varie, pendant le cours de l'année, que de 10° à 13° centigrades. On pourrait les désirer plus froides, mais non plus limpides. Où trouver des promenades plus variées, de plus belles vues, des montées plus âpres? L'établissement peut loger commodément plus de 100 kurgasts (hôtes de la cure; ce mot nous manque; des Français qui y ont retrouvé la santé l'ont traduit par *curés*). La direction médicale est entre les mains du docteur Hallmann, connu par plusieurs écrits, entre autres par un mémoire sur le meilleur traitement du typhus. Ce médecin est un témoignage frappant de l'illibéralité de l'organisation médicale en Allemagne. Né à Hanover, il a fait avec distinction ses études médicales à Berlin, dans l'intention de suivre la carrière académique (l'enseignement de la médecine). Pour entrer dans cette carrière, il faut avoir pratiqué un certain temps la médecine; pour la pratiquer en Prusse, il faut être Prussien, ou avoir une autorisation du roi, qui lui fut refusée. Cette nouvelle fâcheuse le surprit à Bruxelles, où il se livrait à des travaux microsco-

fait représenter par des délégués; or le délégué du ministre envers les officiers de santé pourra être pris dans le commandement ou dans l'administration, ce qui revient à dire qu'on aura toujours dans les hôpitaux un intendant pour chef, au point de vue administratif et disciplinaire.

Scientifiquement, les officiers de santé seront, selon toute probabilité, entièrement affranchis par la lettre du règlement; les propositions se feront par les chefs des hôpitaux et par le conseil de santé, sans passer par l'appréciation de MM. les membres de l'intendance. Soit, mais, à notre sens, cet affranchissement ne sera pas aussi complet qu'on pourrait se le figurer à première vue; car, d'abord, les intendants, revêtus d'une autorité supérieure disciplinaire et administrative, influeront nécessairement sur ces propositions, et, en second lieu, le directeur de l'administration et les bureaux de la guerre auront une action puissamment perturbatrice sur elles, quand elles passeront des mains du conseil de santé dans celles du ministre.

Ainsi donc, pour que l'affranchissement des médecins militaires soit complet au point de vue scientifique, il faut qu'ils soient émancipés sous tous les autres rapports, et qu'ils aient des représentants au bureau des hôpitaux.

Voilà le morceau du décret que l'intendance a emporté; voyons la part de l'armée.

Le projet ne stipule pas une assimilation précise et complète, et il remet à un règlement à intervenir la fixation des honneurs et des préséances. Il établit seulement que les solde, prestations et retraite seront fixées comme il suit :

Inspecteur, membre du conseil de santé.	général de brigade.
Principal	colonel.
Vice-principal	lieutenant-colonel.
Major, ordinaire { 2 classes données moitié au choix, moitié à l'ancienneté. } . .	chef de bataillon.
Aide-major, Id. . . .	capitaine.
Sous-aide	lieutenant.
Élève sous-aide du Val-de-Grâce.	sous-lieutenant.

Deux écoles seront organisées : l'une à Lyon, et l'autre à Paris.

Quant à la création capitale des principaux inspecteurs, on prévoit qu'elle a été rejetée; c'était, en effet, le pivot sur lequel devait rouler le corps affranchi et se gouvernant par lui-même; or l'émancipation n'est que partielle et dans les mots, et des mains étrangères continueront à centraliser.

Il n'est pas question de la fusion de la médecine et de la chirurgie, ni de la spécialisation de la pharmacie mise à part; mais l'avenir nous donnera certainement cet élaguement si désirable.

Telle est la substance des 24 articles soumis au conseil d'État.

Ce projet ne dit pas le dernier mot sur le sort des officiers de santé militaires; le conseil d'État où, par malheur, la médecine n'est pas représentée, sera peut-être plus généreux que la guerre et que l'administration, malgré l'hostilité bien connue de l'un de ses membres, le général Tarlé. Oui, le conseil d'État qui n'a pas, comme l'armée et comme l'intendance, apprécié les médecins militaires dans la mêlée et en temps d'épidémie, fera, par sentiment de justice, ce que d'autres ne veulent pas accorder au nom de l'équité et de la reconnaissance. N'est-ce pas déjà un homme étranger à l'armée, Arago, qui a brisé le premier leurs chaînes?

S'il en arrive autrement, c'est pour les officiers de santé militaires une suite d'efforts à recommencer, jusqu'à ce qu'ils aient obtenu l'affranchissement complet et l'assimilation précise; là seulement nos confrères de l'armée doivent s'arrêter, parce qu'alors seulement ils auront obtenu justice.

F. J.

ANATOMIE.

EXAMEN HISTORIQUE DE LA MÉTHODE SUIVIE JUSQU'A CE JOUR DANS L'ÉTUDE DE L'ORGANISATION DES ANIMAUX ET EXPOSITION D'UN PLAN DÉFINITIF D'ANATOMIE HUMAINE; mémoire présenté à la Société de biologie, par M. le docteur L.-A. SEGOND, secrétaire de la Société; bibliothécaire à l'École de médecine.

Les sciences abstraites, successivement dominées dans le passé par la théologie et la métaphysique qu'elles ont elles-mêmes servi à dissoudre, sont arrivées à leur systématisation finale sous l'influence de l'état positif qui caractérise les sociétés modernes, et qui a commencé à se propager dans le monde par l'action combinée des préceptes de Bacon, des conceptions de Descartes et des découvertes de Galilée. Les esprits avancés, abandonnant désormais aux médiocres restaurateurs de la métaphysique ancienne la vaine prétention aux connaissances absolues, s'attachent de plus en plus, par une sage association du raisonnement et de l'observation, à découvrir les lois effectives des phénomènes, au lieu de disperser leurs efforts intellectuels dans l'orgueilleuse recherche de l'origine et de la destination de l'univers. C'est au milieu de cette direction progressive, résultant naturellement de la série des tentatives philosophiques accomplies jusqu'à ce jour, que l'ensemble des sciences abstraites a pu recevoir cette systématisation définitive. La grande loi du développement de l'humanité, découverte par M. Auguste Comte, est venue montrer que chaque branche de nos connaissances passe successivement par trois états théoriques différents: l'état théologique ou fictif, l'état métaphysique ou abstrait, l'état scientifique ou positif. Le complément indispensable de cette loi était la connaissance de l'ordre de progression suivi par ces divers genres de conceptions, et l'auteur du SYSTÈME DE PHILOSOPHIE POSITIVE a reconnu que cet ordre est conforme à la nature diverse des phénomènes et qu'il est déterminé par le degré de généralité, de simplicité et d'indépendance réciproque. Dès lors on a pu faire avec gratitude et impartialité l'appréciation du passé humain, et l'histoire des sciences, parallèle à celle des sociétés, a pu constituer la seule philosophie désormais acceptable.

La classification des sciences, basée sur la grande loi fondamentale que nous venons d'énoncer, représente à la fois leur filiation naturelle et l'ordre suivant lequel elles ont surgi dans le passé. La mathématique, la plus générale et la plus simple dans son objet, apparaît d'abord comme résultée des

---

piques. C'est alors qu'il se voua particulièrement à l'hydrothérapie. Après avoir visité les établissements qui sont consacrés à cette méthode en Allemagne, il fut choisi par le docteur Schmitz, créateur de Marienberg, pour le remplacer.

Les appareils hydrauliques de Marienberg sont très-complets. Avec quelques améliorations, le régime de la maison serait tout à fait satisfaisant, surtout si les Allemands savaient rôtir et griller, si leurs couvertures n'étaient pas trop petites, leurs draps grands comme des serviettes.

J'arrivais avec plus d'espérance, que de connaissance du traitement. Il est dur. Quoique le mois de mars tirât à sa fin, il faisait froid, il tombait de la neige. On n'y comptait guère qu'une trentaine de kurgasts qui y avaient passé l'hiver, presque tous Allemands, la plupart atteints d'hypocondrie. N'y avait-il pas à craindre la contagion? C'est précisément la bizarrerie et la dureté du traitement qui, au début, ont soutenu mon courage et ma gaieté.

Avant le jour entre, armé d'une lanterne, un serviteur allemand. Il faut déguerpir du lit : il se fait parfaitement comprendre en enlevant draps et couvertures. Sur le matelas, il étale une couverture de laine, propriété du patient, par-dessus un drap trempé dans l'eau froide et bien tordu. Un geste vous montre qu'il faut s'y placer nu, les bras collés au corps. En un tour de main, avec une adresse merveilleuse, vous voilà enseveli comme un mort, roulé comme une carotte de tabac. Par-dessus la couverture, deux édredons, les trois couvertures du lit, votre manteau, la maison si l'on pouvait; puis on vous laisse à vos réflexions :

Que faire en pareil gîte, à moins que l'on ne dorme?

J'avais fini par m'assoupir; le baigneur arrive, me place dans une petite voiture, me conduit à une trappe où un fauteuil à contre-poids me descend je ne sais où. Deux frotteurs me souhaitent en allemand la bienvenue, et du geste m'invitent à m'asseoir dans un baquet ovale qui contient 6 pouces d'eau dont, par égard pour la faiblesse d'un débutant, la température est de 20°. Les deux bourreaux m'y frottent à m'emporter la peau. Placé derrière eux, le bademeister surveille l'opération et me jette quatre ou cinq seaux d'eau sur la tête. N'est-ce pas une scène de l'inquisition? Plus tard j'ai reconnu, dans M. Loch, le digne bade-meister, rien moins qu'un suppôt du Saint-Office, mais l'homme le plus utile de l'établissement, dont il fait exécuter ponctuellement la sévère consigne.

Je remontais pour m'habiller, grelotant dans mon caban, le capuchon sur les yeux. Je rencontre une longue figure osseuse, un Écossais méthodiste. Ma vue l'effarouche, il court à sa femme : « Shocking, my dear, a monk is arrived! (Ma chère, fi! il vient d'arriver un moine!). » Je marche, je cours pour me réchauffer... Les courses forcenées qu'on commence l'hiver avant le jour — si bien que quelques zélés sortent avec une lanterne suspendue à un bouton — les gesticulations, les contorsions pour rappeler la chaleur et rétablir la circulation, les femmes se promenant les cheveux épars et flottant sur une serviette qui leur couvre les épaules, tout cela a donné une singulière réputation à l'établissement.

La grande route dominant les jardins du vallon, les paysans qui voient ce spectacle en passant se sont persuadé qu'on y traite des fous. Aussi dit-on souvent dans le pays : les fous de Marienberg! — La faim arrive et le déjeuner :

premières manifestations de l'esprit positif, et successivement les nombres, les figures, les surfaces donnent lieu à un ensemble de notions les plus simples et les plus générales. La science immédiatement dépendante de ces premières notions ne tarde pas à se développer, et la mécanique rationnelle et l'astronomie succèdent à la mathématique. Dans l'ordre de simplicité et d'indépendance réciproque, la physique succède à l'astronomie; mais son développement devait être très-postérieur à l'établissement du couple mathématico-astronomique; tandis que la mathématique et l'observation directe suffisaient pour l'élaboration des problèmes d'astronomie, il fallait encore apprendre à interroger la nature par les expériences; or ce n'est que dans les temps modernes que ce procédé a reçu son développement. La chimie, préparée au moyen âge et à la renaissance par l'alchimie, dépendait trop immédiatement de la physique pour ne pas s'organiser après elle; quant à la biologie, dépendante à la fois de toutes ces sciences, elle ne pouvait se constituer sur des bases solides qu'après la chimie; enfin la sociologie, par suite de l'élaboration finale de M. Auguste Comte, n'a pu entrer que de nos jours dans le cadre des sciences positives. Donc la mathématique, l'astronomie, la physique, la chimie, la biologie et la sociologie forment un tableau hiérarchique des connaissances humaines dont l'ensemble constitue, à vrai dire, une science unique embrassant tout le savoir humain.

Cette classification fondamentale doit être le point de départ de toutes les spéculations particulières sur une branche quelconque de la philosophie scientifique. Me proposant d'aborder l'étude de la méthode en anatomie, j'ai cru indispensable de marquer les véritables relations de la science dont l'anatomie dépend. Il me reste actuellement pour compléter ce préliminaire à déterminer la place de l'anatomie dans la science des corps vivants.

D'après une conception philosophique de M. de Blainville (1), tout être vivant peut être étudié dans tous ses phénomènes sous deux rapports fondamentaux, sous le rapport statique et sous le rapport dynamique, c'est-à-dire comme apte à agir et comme agissant effectivement. D'après ce principe, applicable à l'étude de tout être actif, on voit que la biologie se divise nettement en *biologie statique* et *biologie dynamique*. Mais l'être vivant ne saurait être entièrement conçu si on ne l'envisage pas dans ses rapports avec le monde extérieur. L'importance de ce dernier point de vue, si bien sentie par M. de Blainville, mais seulement envisagée, par cet éminent biologiste, relativement à la physiologie, doit donner lieu à une division plus complète. Il est tout d'abord évident que l'étude des milieux dans lesquels vivent les êtres organisés doit précéder celle de ces êtres eux-mêmes, c'est-à-dire qu'il faut procéder de l'extérieur à l'être vivant. Mais pour arriver à l'appréciation des rapports, il faut préalablement avoir examiné les deux termes, l'être vivant et le modificateur. Je pense donc que l'étude des influences réciproques doit arriver après l'étude subjective de l'homme et non entre l'anatomie de la physiologie comme dans l'ouvrage de M. de Blainville. Je dois, en outre, remarquer que cette étude des influences réciproques qu'on pourrait appeler biologie objective comprend, comme la biologie subjective, le point de vue statique et le point de vue dynamique. Cette nouvelle manière de coordonner la science biologique me paraît la plus propre à embrasser l'ensemble des phénomènes. Je puis actuellement, en poursuivant cette analyse scientifique, aborder l'examen de la méthode

(1) PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ANATOMIE COMPARÉE. Introduction.

dans la première division de la biologie subjective, en rattachant principalement l'ensemble des considérations à l'étude statique du type le plus élevé, c'est-à-dire à l'anatomie de l'homme.

Le principal des arts correspondant à la science de l'organisation, la médecine, a de beaucoup précédé dans le passé le développement de l'anatomie. La pensée que la connaissance de la structure de l'être vivant pouvait servir à remédier aux maladies qui en troublent les fonctions ne pouvait résulter que d'un progrès très-notable de l'esprit humain. C'est en étudiant les monuments historiques de cette nation grecque, qui, par une singulière anomalie de développement, commença par être spéculative avant d'être guerrière, qu'on trouve les premières traces de l'anatomie. Le progrès de cette partie de la biologie consista longtemps dans la simple acquisition d'un petit nombre de faits particuliers; et il fallut le puissant génie d'Aristote pour ébaucher une systématisation anatomique plus de trois cents ans avant l'ère catholique. Pendant cette période de préparation, il est important de déterminer d'une manière générale l'ordre suivant lequel se firent les découvertes. Ce point est d'autant plus essentiel à examiner que déjà l'étude de la classification des sciences nous a démontré que l'ordre hiérarchique des conceptions est aussi l'ordre historique. Cela se vérifie dans chaque science en particulier comme pour l'ensemble. Dans la mathématique, le parallèle est rigoureusement observable dans les plus petits détails, et on peut de même s'assurer qu'en astronomie et en physique l'esprit humain a procédé des notions les plus générales aux plus particulières; et bien que dans une science aussi complexe que la biologie nous n'espérions pas trouver une aussi grande rigueur, néanmoins les lois de développement doivent nous porter à étudier comment l'esprit humain a procédé dans l'étude abstraite de cette science, en nous bornant à l'anatomie qui a naturellement précédé la physiologie.

L'anatomie de l'homme a-t-elle débuté par l'étude des os, des muscles et des nerfs? en aucune façon; pas plus que la mathématique n'a commencé par l'étude des surfaces ou la physique par celle de l'électricité. Les dissecteurs modernes me diront que, pour connaître des muscles, il faut savoir disséquer; cependant je doute qu'il soit permis de suspecter l'habileté des anciens à cet égard, puisque nous voyons Alcméon, d'après Chalcidus (1), disséquer l'œil et l'oreille et découvrir la trompe qu'Eustache a retrouvée au seizième siècle, et Empédocle, au rapport de Plutarque (2), reconnaître dans l'oreille une construction en forme de limaçon. Mais, du reste, cette objection ne saurait s'appliquer à l'étude des os, qui, disséqués en quelque sorte par la putréfaction des corps, devaient fréquemment s'offrir à l'observation. Je ne pense donc pas qu'on doive juger la marche de l'esprit humain par des considérations aussi spéciales. Les organes de l'économie animale qu'on a connus en premier lieu sont les *viscères*, c'est-à-dire les organes de la nutrition, puis les organes de la génération; et il est très-remarquable de voir qu'Aristote lui-même a pu concevoir l'organisme, ainsi que je le démontrerai plus loin, tout en ayant sur les os et les muscles des idées très-inexactes. Il croyait, en effet, que tous les os proviennent de l'épine, qu'il y a trois sutures à la tête masculine et une seule au crâne de la femme, etc., etc. Quant aux muscles, ils n'ont été étudiés ni par Hippocrate, ni par Aristote, ni par les auteurs hippocratiques, et dans Galien

(1) COMMENT. IN TIMŒUM, PLATONIS DIALOGUM, p. 340.
(2) DE PLACITIS PHILOSOPHORUM, l. IV, c. 16.

---

lait caillé et pain noir émietté à discrétion; pour boisson, du lait; comme accessoires, deux très-bons petits pains et du beurre.

A onze heures, nouveaux plaisirs : bain de siége froid, pendant un quart d'heure au moins. Ce cercle de kurgasts assis à terre, le derrière dans l'eau, dont on ne voit que la tête sortant du drap qui les couvre, ressemble pas mal à des grenouilles sur les bords d'un étang.

A une heure, dîner : on mange de la viande suivant son appétit, et il est grand. Aux goutteux, on recommande la modération. La fontaine de Marienberg est le seul crû dont les produits soient admis : vins, café, liqueurs, thé, épices, tout est rigoureusement proscrit.

Dans l'après-dîner, pour les débutants, nouvel emmaillottement, nouveau demi-bain. Au bout de quelque temps, l'emmaillottement du soir est supprimé. Pendant chaque promenade, on boit deux ou trois verres d'eau. A toutes les cérémonies de la journée, il faut ajouter la ceinture humide portée nuit et jour et retrempée quatre fois en vingt-quatre heures.

A sept heures, souper pareil au déjeuner, avec addition de pruneaux ou de quelque régal de cette espèce. Les Allemands s'enferment au fumoir. La lassitude persuade bientôt qu'il est temps de se coucher.

L'originalité de ce traitement se soutient de jour en jour par une agréable variété d'applications ingénieuses ou bizarres dues au génie inventif de Priessnitz. Abreibung (frictions à travers un drap mouillé, avec accompagnement de seaux d'eau sur la tête); bains de tête, de pieds, de bras, de siége, en arrosoir circulaire, à gerbe ascendante, à eau courante; douches en pluie, verticales, horizontales, obliques, ascendantes; en colonne, moyennes et grandes; en lame, horizontales; douches pour les yeux, pour le nez, pour les oreilles; wellen bad (bain de vagues, douche horizontale large de 25 centim., épaisse de 2 centim., destinée surtout à pétrir le ventre); compresses humides de toutes formes, pour toutes les parties du corps; bains d'air; frictions à quatre hommes dans un demi-bain froid à eau courante (c'est le révulsif le plus énergique); woll-bad (plein bain pris dans des piscines doublées de faïence blanche, où l'on peut un peu nager). Ce bain est vraiment séduisant, tant l'eau légèrement azurée est pure, tant son aspect est glacial. Après quelques jours, c'est le régal de tous les matins, toujours précédé d'un emmaillottement poussé fréquemment jusqu'à la transpiration, soit dans le drap humide, soit dans la couverture de laine. Plus on est ruisselant de sueur, plus la sensation du woll-bad est agréable, et toujours elle devient telle au bout de peu de temps.

Les lieux d'eaux sont peuplés de désœuvrés, de chevaliers d'industrie. Une vie frugale, de sauvages et rudes promenades les éloignent de Marienberg. Mais on y trouve ces originaux, menus plaisirs des observateurs; et Dieu sait jusqu'à quel point intime est poussée l'observation. Trop souvent aussi des constitutions délabrées, sans ressource, y viennent en désespoir de cause, et après des épreuves de tout genre, chercher une santé impossible. Mais à côté de ces pauvres parias de notre espèce, les rhumatisants, les goutteux, les obèses, les peaux qui ne fonctionnent plus, les désordres abdominaux, les tempéraments épuisés par les abus de la civilisation, y éprouvent ou un grand soulagement ou un rétablissement merveilleux. On y retrouve une seconde jeunesse, si, oubliant les folles passions de la première, on appelle de ce nom ne plus souffrir et porter légèrement la vie.

même la myologie est extrêmement incomplète. Cette remarque sur l'ordre de développement de l'anatomie pendant la période de préparation sera appliquée au plan anatomique qui terminera cet examen.

Avant de passer à l'examen du premier système d'anatomie constitué par le chef de la philosophie ancienne, je dois établir dans mon travail deux divisions principales, sans lesquelles le vaste sujet que je veux étudier ne saurait se présenter à l'esprit avec une suffisante clarté. Je distinguerai dans la méthode anatomique deux choses, l'*ordre* et le *procédé*. Étudier tel organe après tel autre organe, tel appareil après tel autre appareil, c'est se conformer à un ordre; décrire un organe dans sa forme, ses rapports, suivant l'âge, le sexe, l'état normal ou anormal, etc., c'est employer à l'égard de cet organe des procédés de démonstration. En séparant l'examen de la série des perfectionnements relatifs à ces deux parties de la méthode, il sera plus facile de déterminer sans confusion les progrès successifs de cette méthode aux différentes époques de la culture de l'anatomie. En subordonnant l'appréciation des travaux à ces deux divisions, on doit arriver à un jugement plus équitable de l'importance des services rendus à la science par tel ou tel travailleur.

Les sources principales auxquelles on peut puiser la connaissance précise de la première méthode anatomique, fondée par le grand Aristote, sont les quatre livres de ce philosophe sur les PARTIES DES ANIMAUX, et surtout les neuf livres de l'HISTOIRE DES ANIMAUX. Quant aux huit livres de DESCRIPTIONS ANATOMIQUES indiqués par Diogène Laërce, ils devaient consister en études particulières d'anatomie, et leur perte ne saurait rendre impraticable une telle appréciation. Les remarques suivantes comprendront, d'une part, les principes généraux d'Aristote sur l'organisation des animaux; d'autre part, le plan de description. Comme l'ouvrage DE PARTIBUS ANIMALIUM contient essentiellement des généralités relatives aux causes, tandis que les organes y sont indiqués très-sommairement, on peut borner l'examen à l'histoire des animaux. Ce dernier traité, au point de vue de la constitution finale de la biologie, peut être considéré comme la conception scientifique la plus hardie des temps anciens. Ce jugement n'est pas une simple répétition des justes éloges fournis par les admirateurs d'Aristote : il résulte d'une appréciation particulière dirigée par les principes exposés au commencement de mon travail. On trouve, dans la série des neuf livres de l'HISTOIRE DES ANIMAUX, un sentiment profond de l'ensemble de la biologie. Dans les trois premiers livres et une partie du quatrième, les animaux sont considérés au point de vue statique; dans les trois suivants, les animaux sont comparés au point de vue dynamique. Enfin, dans les deux derniers, on trouve véritablement l'étude des milieux dans une série d'observations comparatives relatives à la nourriture, à l'habitation et aux mœurs des animaux. Évidemment les faits manquaient à Aristote pour accomplir cette vaste élaboration; mais il en a parfaitement senti le plan général, et l'on ne peut bien juger l'immense mérite de cette œuvre qu'en prenant pour base, comme je viens de le faire, les perfectionnements modernes de la classification particulière de la biologie. J'arrive actuellement à ne considérer que les premiers livres, dans lesquels Aristote fait préalablement l'examen des parties du corps avant d'étudier les fonctions. Le premier paragraphe du premier livre contient en quelque sorte le résumé de l'ouvrage; Aristote y expose des généralités sur les caractères distinctifs des animaux, tirés de la composition de l'organisme, des fonctions, de la manière de vivre et du caractère. Dès le second paragraphe, on trouve une appréciation générale de l'être vivant dans laquelle les organes sont indiqués spontanément dans l'ordre de généralité et d'indépendance réciproque. Cette remarque est si importante, qu'il devient indispensable de recourir à des citations. « L'organe par lequel se prend la nourriture, et le lieu où elle se rassemble ensuite, sont » des parties communes à tous les animaux, mais susceptibles des ressemblances, des différences qui viennent ou de la forme, ou de la grandeur, » ou de l'analogie, ou de la position. Après ces parties, celles qui sont » communes au plus grand nombre des animaux, quoiqu'elles ne se trouvent pas dans tous, sont les organes par lesquels ils se déchargent du » superflu des nourritures. L'organe par lequel se prennent les aliments » s'appelle *bouche*; celui où ils se rassemblent, *ventricule* et *intestins*. » Les autres parties ont plusieurs dénominations. Le superflu des aliments » étant de deux espèces, les animaux qui ont des parties destinées à recevoir le superflu des nourritures liquides en ont d'autres pour le superflu » des nourritures sèches; mais cela n'est pas réciproque. Ainsi tous ceux » qui ont une vessie ont des intestins; mais on ne peut pas dire que tous » ceux qui ont des intestins aient une vessie (1). » Aristote saisit donc avec précision le fait primordial dans l'organisation des animaux, les organes de la composition et de la décomposition. Au paragraphe III, suivant sa marche logique, il indique, dans l'ordre de généralité, les organes de la génération. « Les parties destinées à l'émission de la liqueur séminale sont encore » des parties communes à la plupart des animaux. Ceux qui ont la faculté » de se reproduire font cette émission ou en eux-mêmes ou dans un autre » individu : les premiers sont les femelles, les seconds les mâles. Dans » quelques genres d'animaux, il n'y a point de mâle et de femelle. La forme » des parties qui servent à la reproduction n'est pas la même dans tous. » Certaines femelles ont une matrice, d'autres une partie qui en tient lieu. » Telles sont les parties les plus nécessaires à l'animal, et dont les unes se » trouvent également dans tous, les autres dans le plus grand nombre. »

Aristote termine ce paragraphe par une observation sur le sens du toucher, qui constitue une véritable digression, car, au paragraphe IV, il reprend sa marche principale et indique la circulation, autant qu'il pouvait le faire. « Il faut encore remarquer que tous les animaux, sans exception, » ont un fluide dont la privation, soit naturelle, soit accidentelle, les fait » périr, et des vaisseaux dans lesquels ce fluide se forme. » Quel que soit le caractère incomplet de ces considérations générales, il ne faut pas moins y reconnaître les principes qui doivent présider à une exposition rationnelle de l'anatomie. Aristote, après avoir parcouru le premier ordre de phénomènes, passe à l'indication des organes de la vie de relation, en commençant par les organes des sens, et termine par l'appréciation générale et comparative des appareils de locomotion. Pour achever de caractériser les conceptions générales d'Aristote, nous terminerons les citations par deux passages du TRAITÉ DE L'AME :

« Parmi les corps naturels, les uns ont la vie, les autres ne l'ont pas; et » nous entendons par la vie ces trois faits : se nourrir par soi-même, se » développer et périr. » (Liv. II, ch. I, § III.)

Au chapitre III du même livre, il examine la loi de la série régulière des fonctions dans l'ordre de généralité et d'indépendance réciproque :

« Sans nutrition, point de sensibilité. Mais la nutrition dans les plantes » est séparée de la sensibilité. D'autre part, sans le toucher, aucun des » autres sens n'existe. Mais le toucher peut exister sans les autres : ainsi

(1) Livre I, paragr. II, trad. de Camus, t. I, p. 13.

Les débutants, leurs simagrées, leurs terreurs, deviennent un sujet de divertissement pour les anciens, blasés sur ces pratiques : les uns poussent des hurlements aux premières surprises, aux seaux d'eau jetés sur la tête; d'autres, refusant de plonger la tête dans le woll-bad, sont poursuivis par le bademeister armé du seau fatal. Cette vue terrible les décide à la finesse de *Gribouille*. Celui-ci fuit, comme M. de Pourceaugnac, l'instrument menaçant; moins heureux que lui, malgré sa belle défense, il est réduit à subir l'injection *froide*. On m'a conté qu'un débutant, révolté de sa première friction dans le demi-bain, culbuta d'un choc violent les deux frotteurs, et tout nu courut s'enfermer dans sa chambre, en poussant le verrou, de peur d'y être poursuivi. Il fit sa malle et repartit immédiatement.

Aucun éleveur en Normandie ne traite son bétail avec plus de soin que le docteur Hallmann ne gouverne le sien. Chacun, à son arrivée, est inscrit, pesé, catalogué. Vous connaissez M. Quételet, sa physique sociale, son homme moyen? M. Hallmann est grand partisan du système du savant directeur de l'Observatoire de Bruxelles. Marienberg doit ramener chacun à sa moyenne. Les uns sont destinés à maigrir; les autres, c'est le plus grand nombre, à engraisser. J'ai vu, malgré la frugalité du régime, 5 kilogrammes et demi acquis en six semaines. Tout cela se répartit en chair musculaire sur les membres. La perte tombe toujours sur la graisse et l'abdomen. Ah! si le docteur Hallmann, se livrant à ces ingénieuses recherches qui ont immortalisé le créateur de la race des moutons de Dishley, développait l'organoplastie hygiénique, si ingénieusement ébauchée dans la GAZETTE MÉDICALE, par un de vos savants collaborateurs, quel succès parmi le beau sexe, et même les beaux de l'autre. Voudrait-on des épaules, des hanches, des bras, de la gorge, des mollets? On n'aurait qu'à parler. En attendant ces merveilles, accourez à l'hydrothérapie, vous tous qui visez

A réparer des ans le réparable outrage,

à rendre à une peau fanée sa fraîcheur et son élasticité, à faire tomber la protubérance d'un gênant abdomen. L'hydrothérapie prétend encore à d'autres succès. Voici plusieurs automnes qu'un vieux conseiller de régence de Cassel vient se retremper à la fontaine de Jouvence. « Ma femme me querellait toujours, conte-t-il avec naïveté; elle me traitait de lourdaud, d'endormi, de fainéant; maintenant mon hiver se passe brillamment, et à la satisfaction de mon épouse. » Vous tous qui cherchez la paix du ménage, vous qui avez perdu ce qu'on ne retrouve guère, courez donc à la froide naïade.

On accuse les hydrothérapistes de charlatanisme; ce reproche ne peut être adressé à M. Hallmann; il mériterait plutôt celui de ne pas assez soutenir le moral de ses patients pendant les alternatives d'un long et pénible traitement. Il a foi dans la puissance de l'eau; comme ses confrères allemands, il fait ses prescriptions, et puis il se renferme dans le silence. Plusieurs médecins allemands m'ont déclaré que pour eux cette manière d'agir était une règle, un principe. Ils craignent d'éclairer le malade sur son état et peut-être de se commettre avec un peuple raisonneur comme nous autres. Je ne sais si le docteur Schmitz, fondateur de Marienberg, raisonnait avec ses malades, mais il ne se faisait pas faute de charlatanisme; les vieux habitués ne tarissent pas sur son compte. Un kurgast, vrai squelette arrivé de la veille, rencontre le docteur Schmitz dans le

» beaucoup d'animaux n'ont ni la vue ni l'ouïe, et sont tout à fait privés » du sens de l'odorat. Parmi les êtres doués de sensibilité, les uns possè- » dent la locomotion, d'autres ne l'ont pas. Enfin, très-peu d'animaux ont » le raisonnement et la pensée. Ceux qui, parmi les êtres périssables, ont » le raisonnement, ont aussi toutes les autres facultés; mais ceux qui » n'en ont qu'une n'ont pas tous le raisonnement. En outre, les uns sont » dénués de l'imagination, tandis que d'autres ne vivent que par elle. » Quant à l'intelligence spéculative, c'est une tout autre question. »

Dans le chapitre II, il dit explicitement que la nutrition subsiste indépendamment des autres fonctions, tandis qu'il est impossible que sans elle les autres subsistent. Il n'est donc pas permis de douter que la conception générale de l'organisation animale ne soit pas formulée dans Aristote; mais quand il entre dans l'exécution du plan, on le voit se diriger vers le seul but qu'il puisse atteindre, c'est-à-dire une coordination très-générale des animaux, basée sur l'étude des analogies et des différences dans les parties qui s'offraient spontanément à son observation. Aussi, en préparant cette coordination, dans les premiers livres, par l'examen des parties, et en prenant l'homme comme le type le mieux connu, il décrit extérieurement la tête, le cou, le thorax, le ventre et le membre; puis, dans le même ordre, il passe aux organes contenus dans chacune de ces parties. Cette méthode, la seule qu'il pouvait suivre, suffit au but essentiel pour cette époque.

Il résulte de cette appréciation sommaire deux choses: la conception générale de la méthode anatomique, d'après la considération de l'ensemble des êtres, et l'exécution d'un plan qui répondait fidèlement au besoin du temps et le seul système alors réalisable.

Après Aristote, Galien est le premier esprit généralisateur qui s'offre à nous; mais, au point de vue de l'ordre général, nous n'avons aucun progrès à lui attribuer; ce qui tient essentiellement à ce que Galien, considérant surtout le type humain et accessoirement des organismes très-voisins, s'est trouvé à cet égard dans des conditions moins favorables qu'Aristote.

Galien aborde l'étude de l'homme par les parties qui le distinguent des autres animaux, et prend véritablement la méthode au rebours; il examine les appendices avant les parties essentielles de l'animal. A côté de cette grave imperfection, on trouve, dans les œuvres anatomiques de Galien, des perfectionnements remarquables qui seront soigneusement appréciés dans la seconde partie de mon travail. Il faut arriver aux temps modernes pour trouver la suite de la systématisation d'Aristote.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHOLÉRA, extraites des Conférences cliniques de M. le professeur MICHEL LÉVY, médecin en chef au Val-de-Grâce; par M. THOLOZAN, chef de clinique.

(Troisième article. — Voir les numéros 29 et 30.)

POUMONS. — PLÈVRES.

Nous avons vu avec quels caractères fixes et d'après quelles lois générales se forment les ecchymoses du cœur chez les cholériques; ce ne sont point les pétéchies éparses et irrégulièrement distribuées des scarlatines, des varioles graves, des méningites épidémiques : c'est une lésion anatomique importante à cause de sa fréquence et de l'invariabilité de son type. C'est à une observation ultérieure, à des recherches combinées faites simultanément en des lieux divers sur la même épidémie, et à des époques éloignées sur des épidémies différentes, à déterminer jusqu'à quel point les lésions du cœur sont constantes dans le choléra. Nous appelons de nos vœux ces travaux; il serait désirable que les investigations qui peuvent mener à la connaissance des grands fléaux qui désolent l'humanité soient entreprises, non point isolément, mais d'après des règles posées à l'avance. Pour le moment, appliqué avec persévérance à l'étude de l'épidémie de 1849 à Paris, placé dans l'un des plus grands centres d'observation, ayant opéré sur un grand nombre de faits, nous ne craignons pas d'avouer que les ecchymoses du cœur doivent être inscrites dans l'histoire du choléra, et pour le moins dans celle de l'épidémie actuelle, parmi les faits les plus caractéristiques et les plus significatifs.

Parallèlement à ces lésions, et dans un ordre de fréquence plus considérable, des altérations analogues se produisent dans les poumons : *congestions, infiltrations, hémorrhagies.* Voici le résumé que nous a fourni l'analyse des 60 observations sur lesquelles nous avons opéré. Nous pouvons y ajouter 15 autres faits recueillis depuis le déclin de l'épidémie, sans changer nos résultats; car, en nombre et en espèce, les altérations sont les mêmes dans ces divers cas.

État algide, 38 cas; durée de six à quarante-huit heures.

Congestion légère des deux poumons.	5 fois.
Congestion légère d'un seul poumon.	2 fois.
Congestion prononcée aux parties postérieures et inférieures.	12 fois.
Infiltration séreuse.	1 fois.
Infiltration séro-sanguine, avec perte de cohésion	9 fois.
Œdème sous-séreux.	1 fois.
Infiltration sanguine légère et diffuse.	17 fois.
Apoplexie prononcée, partielle et lobulaire.	7 fois.
Congestion mélanigène.	4 fois.
Ecchymoses sous-pleurales	16 fois.
— sous et sus-pleurales	4 fois.
Épanchement sanguin sus-pleural	1 fois.
Commencement d'hépatisation lobulaire.	2 fois.

Réaction torpide, 12 cas; durée de cinq à dix jours.

Congestion légère.	5 fois.
Œdème des lobes supérieurs.	1 fois.
Infiltration sanguine diffuse et légère.	5 fois.
Ecchymoses sous-pleurales	3 fois.
Apoplexie partielle.	1 fois.
Granulations rouges lobulaires	5 fois.
Granulations grises.	1 fois.

Réaction faible, non établie franchement, 7 cas; durée de trois à quatre jours.

Congestion postérieurement et inférieurement	7 fois.
Ecchymoses sous-pleurales.	2 fois.
Infiltration sanguine postérieurement.	2 fois.

---

jardin, et lui exprime son violent désir de reprendre figure humaine : « Rien de plus facile, lui dit-il, voyez l'effet de six semaines de régime ! » et il lui montre de loin une espèce de tonneau ambulant. Le consultant part plein de joie; le tonneau approche, et se plaint amèrement au docteur de son excessif embonpoint : « Vous en serez délivré, un peu de courage; voyez l'effet de six semaines de régime! » et il lui montre le premier client qui s'en allait légèrement. Plus tard, les patients, faisant connaissance, apprirent qu'ils étaient arrivés à deux jours de distance, et que M. Schmitz leur avait donné une nouvelle représentation de la farce éternellement jouée entre le charlatanisme et la crédulité.

Au bout de peu de temps, l'habitude m'avait rendu monotone ce dure régime, qui d'abord m'avait paru bouffon et drôlatique. Mais le pli était pris; la santé, les forces revenaient de jour en jour; il s'était formé un cercle cosmopolite fort agréable, le printemps et le soleil paraient de tous ses charmes ce pays si varié. A mon arrivée, je croyais ne voir jamais venir le jour du départ, le moment de quitter cet odieux séjour. Cependant, dans cette heureuse matinée de juin, avant de me plonger pour la dernière fois dans une eau limpide et azurée, ce n'est qu'avec une espèce de regret que j'ai adressé à la naïade de Marienberg ce classique adieu :

Extremum hunc Arethusa mihi concede laborem.

C. DE S.

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, par un arrêté en date du 27 juillet, a complété de la manière suivante la commission instituée pour la préparation d'un projet de loi sur l'enseignement de la médecine et de la pharmacie :

MM. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg; Tardieu, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris; Nélaton, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris; Bonnet, professeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon; Barbier, directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens; Caventou, professeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris; Baudens, chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

— Par décret du président de la République, M. Fournier, chirurgien aide-major de 2e classe au 22e de ligne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Chappon, représentant de Seine-et-Marne, que le choléra a enlevé peu de jours après sa réélection, a voulu donner une dernière preuve de l'intérêt qu'il a toujours porté aux pauvres de la ville de Meaux. Voici un passage du testament de M. Chappon :

« Je donne et lègue aux hospices de la ville de Meaux une somme de 10,000 f., en reconnaissance de l'honneur que j'ai eu d'administrer le patrimoine des pauvres de cette ville. »

— La suette miliaire règne aux environs de Metz dans quelques communes, où elle sévit contre les enfants. Elle a fait plusieurs victimes déjà.

Réaction nulle; cyanose persistante avec algidité, 3 cas; durée de quatre, six et dix jours.

Congestion	1 fois.
Apoplexie lobulaire	2 fois.
— par noyaux abondants	1 fois.
Ecchymoses sus-pleurales	1 fois.
— sous-pleurales	2 fois.

Ces lésions, ainsi détaillées, se groupent de la manière suivante :

38 cas algides.

Congestion simple du tissu pulmonaire	7 fois.
Infiltrations sanguines diverses	29 fois.
Infiltrations sanguines avec granulations	2 fois.

22 cas torpides, à réaction faible et sans réaction.

Congestion simple	3 fois.
Infiltrations sanguines diverses	13 fois.
Inflammation avec granulations	6 fois.

Nous avons rencontré, comme on le voit ici, dans un sixième des cas seulement (10 fois sur 60), la *congestion simple*. Dans plusieurs autres observations, l'*infiltration sanguine* était peu prononcée ; dans plus d'un tiers des cas, les lésions pulmonaires n'étaient pas tellement marquées qu'elles n'eussent pu être négligées par certains observateurs. Nous en avons tenu compte dans la pensée que le tissu pulmonaire, si notablement altéré dans un certain nombre de cas, présenterait une progression non interrompue de lésions, depuis les cas les plus légers jusqu'aux faits les plus graves. C'est en étudiant cet enchaînement des lésions dans les différentes parties d'un même organe, et en répétant cette étude sur les mêmes organes altérés à des degrés divers, qu'on arrive non-seulement à décrire les faits d'anatomie morbide, mais à les comprendre et à les interpréter dans leur ensemble ; on voit alors quelle marche simple suit la nature dans la formation des lésions les plus variées : un seul phénomène général, la *congestion*. A côté d'elle viennent se grouper toujours avec des caractères spéciaux une foule de phénomènes essentiels, secondaires ou accidentels.

Avant les altérations très-avancées du tissu pulmonaire, que nous avons comprises sous le nom d'apoplexies *partielles* ou *lobulaires*, se montrent, dans tous les cas, des *infiltrations sanguines diffuses*, lésion moins profonde en ce que le sang est encore ici disséminé, et que les portions du poumon n'ont point été totalement envahies par des épanchements qui en détruisent la cohésion et la disposition anatomique, en séparant, brisant ou ramollissant les divers éléments du tissu. A un degré moindre encore, le sang est contenu dans les vaisseaux, qu'il distend outre mesure. C'est là le phénomène que nous avons désigné sous le nom de *congestion* (premier degré d'altération des poumons cholériques).

Des caractères particuliers bien tranchés permettent, dans un grand nombre de cas, de distinguer cette *congestion* des phénomènes du même genre qui se produisent dans une foule de maladies à la partie postérieure et inférieure des poumons. Le signe principal, distinctif de la congestion pulmonaire chez les cholériques, est tiré des qualités physiques du sang qui distend les vaisseaux. Dans la fièvre typhoïde, dans les fièvres éruptives, etc., l'hypérémie, due à l'accumulation vasculaire d'un sang toujours liquide, s'accompagne toujours d'infiltration séro-sanguine. Dans le choléra, lorsque la congestion existe seule, les portions postérieures laissent écouler sur la coupe de grosses gouttelettes de sang noir demi-liquide; le tissu comprimé ne laisse point échapper de sérosité ; il crépite peu, parce qu'il n'y a point d'air libre dans les vésicules. Le tissu pulmonaire, très-résistant, a subi une condensation remarquable ; on le débarrasse difficilement du sang, qui n'est ni épanché dans les tissus, de manière à s'échapper par les orifices des cellules divisées, ni abondant dans les gros troncs. Ceux-ci fournissent à peine quelques gouttelettes sirupeuses, et on ne parvient que difficilement à laver le tissu pulmonaire ainsi engoué dans ses vasculaires les plus fins. Notons ce premier fait ; il sera question plus bas de deux curieuses transformations anatomiques qui en dérivent bien évidemment.

La congestion pulmonaire est-elle générale, elle affecte à un degré plus prononcé, tantôt l'un des poumons, tantôt l'autre; rarement elle est égale des deux côtés; toujours elle prédomine aux parties postérieures et inférieures. Ces portions donnent une coupe d'un rouge foncé. Aux parties antérieures et supérieures, la coupe est toujours d'un rouge plus vif. Les gouttelettes sanguines qui s'échappent des vaisseaux divisés dans ces dernières portions, sont liquides et d'un rouge clair, tandis que les parties postérieures donnent, par la section, un sang noir et poisseux : différence constante et remarquable du liquide sanguin, en rapport avec les altérations du parenchyme pulmonaire, et permettant d'apprécier leur importance par le degré variable de gêne qu'apporte aux fonctions du poumon le degré de consistance du sang lui-même.

Cette simple observation d'anatomie pathologique, que l'on peut vérifier dans presque tous les poumons des cholériques algides, n'est-elle point de nature à faire voir que l'altération si capitale du sang, au moins quant à ses propriétés physiques, prend naissance dans la circulation capillaire? C'est dans les vaisseaux les plus ténus des poumons, au moment du passage du sang pour l'hématose, que cette altération caractéristique s'accomplit. Là où l'hématose a eu lieu jusqu'au dernier moment, le sang sort liquide et rutilant des vaisseaux; là, au contraire, où ce phénomène est très-probablement empêché, là où le tissu pulmonaire ne crépite plus, le sang s'écoule avec cet aspect poisseux, sirupeux, qu'il ne présente point dans les autres maladies où cependant le champ de la respiration est gêné, comme dans une foule d'affections pulmonaires, etc.

Objectera-t-on à cela que le sang est primitivement altéré dans toute sa masse? Mais alors, nous demanderons pourquoi, non-seulement dans les poumons, mais encore dans tous les autres systèmes capillaires où l'hématose est infiniment moins active, le sang sort toujours sirupeux des portions congestionnées, clair et limpide des autres parties des organes. Pour admettre qu'antérieurement à toute action des capillaires, les propriétés du sang viennent à se modifier d'une manière si remarquable, il faut accepter comme prémisse une hypothèse que rien ne légitime ni ne rend même probable. Dans les gros conduits vasculaires centraux qui servent seulement comme moyens de communication entre toutes les circulations capillaires, il ne s'opère aucun phénomène chimique ni physique autre que le brassage. D'ailleurs la symptomatologie ne parle-t-elle point en faveur de notre opinion? La cyanose de la peau des cholériques est-elle autre chose que la répétition, sur une autre surface respiratoire, du phénomène qui se passe dans les poumons? Nous disons *répétition*, hâtons-nous d'ajouter que nous n'entendons nullement inférer que la cyanose cutanée soit consécutive ou subordonnée à la cyanose pulmonaire. En même temps que l'engorgement des capillaires du poumon, quelquefois même avant cet engorgement, survient l'engouement du réseau capillaire de la peau, exprimant, sous les teintes les plus diverses, les degrés d'emblée, les phases successives et les modifications multiples d'un phénomène général que l'on ne peut nulle part analyser aussi bien que dans la trame lâche et si vasculaire du poumon ; cyanose pulmonaire, négligée dans l'étude du choléra en 1832, et qui, depuis le début de l'épidémie de 1849 jusqu'à ce jour, a été l'objet des plus attentives recherches au Val-de-Grâce.

Après la congestion pulmonaire, le premier phénomène, dans l'ordre du développement morbide, est l'*infiltration sanguine diffuse* (second degré d'altération des poumons cholériques). Constamment liée à un certain degré de congestion, l'infiltration sanguine n'exige pas toujours, pour se montrer, la turgescence la plus prononcée des vasculaires. On la rencontre surtout aux parties postérieures et inférieures des poumons. Ici le sang est extravasé, il s'écoule par la pression, quelquefois assez fluide, n'ayant aucun des caractères du sang des cholériques, d'autres fois demi-liquide et poisseux. C'est ordinairement tout à fait sous la plèvre, dans une épaisseur de 2 millim. à 1 centimètre, dans les cas légers, que se forment ces suffusions hémorrhagiques; elles apparaissent alors par transparence à travers la séreuse, comme des ecchymoses larges et diffuses situées sous cette membrane; dans des cas rares, elles s'accompagnent d'extravasations sous-séreuses; plus rarement on les rencontre au centre du poumon ; jamais nous ne les avons vues limitées exactement à quelques lobules.

Dans les cas plus prononcés, l'infiltration est d'un rouge foncé, vineux ou noirâtre; le poumon est complétement imbibé de sang dans une grande étendue, quelquefois dans les deux tiers postérieurs des lobes inférieurs, et dans quelques cas même dans la moitié postérieure du lobe supérieur. Par la pression, on fait écouler du sang épais, rouge brun, à peine aéré. Si l'on exerce des pressions un peu fortes, les doigts pénètrent facilement dans le tissu spongieux ramolli. Par des pressions modérées, on débarrasse difficilement le poumon du sang qui l'encombre ; on reconnaît alors que cet organe n'a point perdu sa texture celluleuse, et que le tissu n'est en aucun point rupturé. Mais s'il n'y a point destruction du parenchyme, il y a au moins dans cette *apoplexie par infiltration* des lésions telles que le poumon ne reprendra que difficilement ses fonctions, et au prix d'une série de modifications pathologiques; si toutefois le sujet porteur d'une lésion si considérable d'un organe essentiel, qu'elle donnerait infailliblement lieu à la mort dans l'état ordinaire, peut survivre, lorsqu'il s'ajoute à cette cause de léthalité l'influence cholérique.

Quelquefois les lésions, bien que moins étendues, sont plus avancées; le tissu pulmonaire est non-seulement imbibé de sang, mais détruit. Ces apoplexies sont assez rares; nous en avons rencontré plusieurs cas qui sont compris dans notre statistique sous le titre d'*apoplexies prononcées partielles et lobulaires* (*troisième degré d'altération des poumons cholériques*). Rarement cet état s'accompagne d'infiltration diffuse très-prononcée ; on dirait que l'effort hémorrhagique, se passant ici dans des points isolés, est plus grand que lorsque ce phénomène a lieu sur de grandes sur-

faces. Nous n'avons jamais rencontré, pour notre part, de noyaux apoplectiques très-considérables; dans les autopsies pratiquées par M. Masselot, ce fait a été reconnu un assez grand nombre de fois. Nous avons trouvé deux variétés qui ne sont peut-être que deux degrés dans ces apoplexies partielles : cinq fois nous avons rencontré des noyaux complétement indurés, faisant saillie à la surface de la coupe; leur couleur était d'un *noir charbonné* luisant; ils avaient d'un à deux centimètres; en les comprimant, on exprimait un peu de sang rouge brun et le tissu s'écrasait; jamais dans cet état la transformation granuleuse n'existait. Cinq fois les mailles du parenchyme pulmonaire étaient rompues, et le sang libre de s'écouler disparaissait au lavage. On voyait alors au fond de la cavité creusée par l'hémorrhagie, les vaisseaux et les cloisons celluleuses affaissées que le jet d'eau permettait d'étudier au milieu des restes du tissu détruit.

Quel est le mécanisme de ces infiltrations? Tiennent-elles seulement à l'intensité de la congestion? nous ne le pensons pas, d'après l'étude minutieuse des faits. A la déclivité? ce n'est là qu'une influence générale qui agit dans tous les cas, dans les simples congestions comme dans les inflammations et les infiltrations.

On sait qu'il y a dans le choléra diminution graduelle et régulière de l'impulsion circulatoire centrale; pendant un certain temps il y a même abolition complète de la circulation du centre à la périphérie. Ce n'est donc point sous l'influence de l'agent central que peuvent s'opérer les infiltrations; et il faut bien admettre ici une action toute spéciale du système capillaire. Nous avons vu d'ailleurs que c'était dans ce système que le sang subissait cette modification profonde, acquérait cette viscosité qui, à part toute autre influence sur les tissus, le rend impropre à la circulation. Pour les poumons comme sur le cœur, sur les muqueuses, à la peau et probablement dans tous les organes, l'infiltration sanguine s'opère sous l'influence de conditions particulières inconnues de la circulation capillaire. Apprécier toutes les modifications de cette circulation dans les poumons des cholériques, c'est sinon résoudre le problème, au moins l'envisager sous toutes ses faces.

Nous avons rencontré huit fois l'*infiltration séreuse;* six fois elle était accompagnée d'infiltration sanguine légère, et une sérosité sanguinolente ruisselait des différentes coupes du poumon; deux fois l'infiltration était purement séreuse, donnant lieu à un véritable œdème pulmonaire; dans un de ces cas l'accumulation de la sérosité était telle que le tissu sous-pleural était œdématié et la plèvre soulevée, séparée du poumon par un intervalle de 2 ou 3 millimètres. Les œdèmes du poumon coïncidaient toujours avec plus ou moins de congestion dans les parties inférieures. Dans les points où ils étaient plus marqués, nous avons rencontré quelquefois des noyaux où le tissu pulmonaire lavé par la sérosité était blanc et transparent comme le tissu cellulaire œdémateux, sans aucune trace d'injection, tandis qu'à côté d'autres lobules étaient congestionnés ou infiltrés.

C'est dans quatre de ces cas où l'infiltration séreuse était plus prononcée que nous avons rencontré l'état que nous désignons sous le nom de *congestion mélanigène*. Il nous est arrivé au moins une dizaine de fois de rencontrer dans les poumons des noyaux quelquefois considérables où la substance était d'un *blanc* ou d'un *gris rouillé;* à côté nous trouvions quelquefois des teintes *noirâtres mélaniques*. On ne pouvait s'empêcher de reconnaître la complète identité de coloration et d'aspect entre cette matière et la mélanose normale des poumons, à tel point qu'on aurait pris ces faits pour des variétés physiologiques, si la matière mélanique, disposée en noyaux ou en stries dans les conditions normales, ne s'était montrée ici à l'état diffus, et se fondant dans les teintes rouillées dont nous avons parlé; c'était bien un phénomène pathologique, comme le démontrait, du reste, l'inspection anatomique. En râclant légèrement avec le scalpel, on faisait partir le sang et la sérosité; en soumettant ensuite au lavage et en râclant encore, on trouvait un réseau vasculaire considérablement injecté, d'un noir indigo dans les gros troncs, tout à fait noir de charbon dans les vaisseaux capillaires qui venaient y aboutir. Ceux-ci très-nombreux, très-arborisés, parcouraient la surface de la coupe en s'entre-croisant, et produisaient par leur confluence la teinte mélanique générale.

Quelque étranges qu'ils paraissent au premier abord, ces faits ne doivent point étonner, si l'on se rappelle que rien n'est moins démontré que l'origine des colorations et des formations mélaniques; nous pensons qu'elles sont dues à une modification du sang contenue dans les capillaires, modification inconnue, et qui, d'après ce que nous avons vu depuis longtemps sur les ulcérations des intestins dans la fièvre typhoïde, s'accompagnerait constamment de l'œdème des tissus dont les vaisseaux viennent ainsi à s'engorger et à s'oblitérer même complétement (1). Quant à la rapidité de cette formation, elle n'est pas à nos yeux plus extraordinaire que la formation presque instantanée du pus dans les méningites épidémiques, dans la fièvre puerpérale, dans l'ophthalmie des armées, que le passage de l'albumine dans les urines dès le début du choléra et le gonflement instantané des glandules de l'intestin avec sécrétion intestinale si abondante. Ne sait-on pas du reste que dans les affections graves épidémiques ces transformations, que l'on ne constate point dans les cas pathologiques ordinaires, sont alors la règle. Quoi de plus rapide, par exemple, que l'altération du tissu musculaire dans le charbon? Dans l'espace de quarante-huit heures, nous avons vu, dans un cas semblable, les muscles du thorax et de la cuisse devenir tout à fait noirs et brillants avec la coloration et le reflet de la houille récemment divisée. Et dans les poumons mêmes des cholériques, n'avons-nous pas décrit une apoplexie sanguine à reflet luisant mélanique (premier degré de l'apoplexie pulmonaire des cholériques) où le sang a dû subir une modification analogue à celle qui existe dans les congestions mélanigènes?

Nous avons parcouru tout le cercle des lésions du parenchyme pulmonaire, depuis la congestion jusqu'à l'apoplexie, en passant par les lésions intermédiaires, infiltrations séreuses, congestion mélanigène, infiltration sanguine; restent 8 cas d'inflammation granuleuse du poumon : deux fois au second degré (hépatisation rouge lobulaire) dans la période algide, l'une après vingt-quatre heures, l'autre après quarante-huit heures; cinq fois au second degré encore, dans la période torpide; une fois au troisième degré (hépatisation grise lobulaire) dans la période torpide.

Ces altérations de nature manifestement inflammatoire, jusqu'à quel point appartiennent-elles en propre au choléra? Question importante à décider; car s'il est démontré que les lésions primitives du choléra, dont nous venons d'étudier les divers degrés, peuvent donner lieu à la pneumonie, c'est un état pathologique de plus à ajouter à la série des lésions cholériques. Les deux faits où nous avons rencontré l'hépatisation lobulaire avec état granuleux bien dessiné pendant la période algide, après vingt-quatre et quarante-huit heures de durée, semblent de nature à donner à cette question une solution négative. En effet, on voit dans ces deux observations l'inflammation pulmonaire coïncider avec la période algide du choléra, se développer parallèlement aux premières lésions cholériques du poumon, sans les suivre et sans s'y relier. Peu étendue, sans réaction sur l'économie, elle poursuit silencieusement sa marche pendant la période torpide, et arrive au degré de l'hépatisation comme elle y serait arrivée en dehors de l'*influence* épidémique, pour ne se révéler qu'à l'autopsie. Il faut donc admettre ici que la pneumonie a pu préexister au choléra. Si l'on ne rencontrait la pneumonie chez les cholériques qu'à la suite des engorgements ou des infiltrations sanguines du poumon, si l'anatomie établissait sa liaison avec ces divers états, substratum excellent des inflammations, on serait fondé à considérer les pneumonies trouvées par nous six fois dans la période torpide, comme des pneumonies de réaction. Mais, nous devons le dire, ces relations, que les symptômes ont paru indiquer chez quelques cholériques, et qui ont été aperçues dans les autopsies de la première période de l'épidémie, ne nous ont point frappé; et à quelque opinion que l'on s'arrête sur les pneumonies des cholériques, il faut retrancher de ce groupe de lésions consécutives les deux cas d'hépatisation observés chez des algides qui n'ont vécu que vingt-quatre et quarante-huit heures. Ce sont là des exemples de coïncidence, non d'enchaînement réactionnel ni de complication. Indépendants de la congestion et de l'infiltration cholériques, ces deux faits d'hépatisation tendent à confirmer l'une des plus curieuses propriétés des maladies épidémiques, savoir leur aptitude à envahir les sujets atteints d'autres affections déclarées, débutant ou bien encore à l'état d'incubation. Un fait bien plus notable encore, c'est que, dans un cas, malgré le développement de tous les phénomènes cholériques, nous voyons la pneumonie passer au troisième degré. Il est vrai que nous avions affaire à un sujet à réaction torpide, état de l'économie qui doit singulièrement prêter au développement des inflammations déjà existantes.

La *plèvre* nous offrira peu de détails nouveaux; nous avons mentionné les ecchymoses dont elle est le siége assez souvent. Ces épanchements sanguins, arrondis, de 1 à 3 millimètres de diamètre, ont pour siége le tissu sous-séreux. — Au début, petites et rosées, les ecchymoses des plèvres deviennent progressivement plus volumineuses et d'un rouge brun; elles siégent toujours aux parties postérieures et inférieures des poumons, soit dans le tissu sous-séreux dès le début, soit dans l'épaisseur même de la séreuse, et dans des cas rares inscrits dans la statistique qui précède, à la surface de la membrane (*ecchymoses sus-séreuses*). Une lame celluleuse très-fine enveloppe alors l'épanchement; point de pseudomembrane. Le plus souvent des ecchymoses sous-séreuses correspondent à ces suffusions. Une fois nous avons rencontré un véritable épanchement sanguin de 2 centimè-

(1) Voici en quelques mots le résumé de nos recherches sur la formation de la mélanose dans les ulcérations typhoïques :

Accumulation des globules dans les dernières ramifications visibles à l'œil nu, du système capillaire. Presque plus de sérosité dans ces capillaires et en même temps léger œdème du tissu. Enfin partout, dans ces parties des intestins, absence complète d'injection sanguine, tandis que les troncs capillaires du voisinage des ulcérations contiennent un liquide épais de couleur indigo.

tres de surface accolé à la séreuse, et assez adhérent par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire fin sans aucune trace de plasma.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA VALEUR DES INJECTIONS IODÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ; par M. BOINET.

L'emploi des injections dans la cure des maladies chirurgicales n'est pas une invention nouvelle : on en trouve des traces depuis la naissance de l'art jusqu'à nos jours ; mais cette ancienneté de services nous apprend peu de choses sur les indications qui doivent décider de leur nécessité, et sur les effets de ces injections suivant leur composition particulière. En 1757, l'Académie royale de chirurgie voulant approfondir ce point de thérapeutique et connaître les avantages et les inconvénients que les injections peuvent avoir dans les différentes espèces de maladies, proposa pour le prix de 1758 la question suivante : « Déterminer les cas où les injections sont nécessaires pour la cure des maladies chirurgicales, et établir les règles générales et particulières qu'on doit suivre dans leur usage. » Les conclusions du mémoire qui fut couronné sont que les injections offrent de nombreux inconvénients, et qu'elles ne peuvent soutenir le parallèle d'efficacité avec d'autres moyens dans bien des cas où elles sont comme eux praticables. Ce jugement de la savante Académie n'a pas peu contribué sans doute à répandre l'opinion qui paraît être généralement adoptée, et aujourd'hui les injections ne sont considérées par la plupart des médecins et des chirurgiens que comme moyens accessoires, et d'une utilité contestable dans bien des cas. Bien plus, quelques auteurs modernes, exagérant les inconvénients des injections, les ont bannies de leur pratique, et se sont efforcés de priver la chirurgie d'une ressource précieuse, que rien ne peut suppléer dans certains cas, et qui, dans des mains habiles, a été souvent couronnée des plus heureux succès. Nous ne nous engagerons pas dans une discussion inutile pour prouver la bonté des injections, et détruire les objections qu'on a élevées contre elles pour les rayer de la liste des moyens chirurgicaux ; nous ne nous occuperons que de la question spéciale des injections iodées.

Quoi qu'il en soit de toutes les raisons qui ont fait rejeter les injections, ou qui les ont réduites à n'être employées que pour favoriser la sortie des corps étrangers engagés dans des lieux inaccessibles aux instruments, ou dans des parties qu'il faut respecter, aider l'écoulement du sang ou du pus, s'opposer à sa stagnation ou à son croupissement, découvrir les tortuosités d'un sinus dans lequel nos sondes ne sauraient pénétrer, etc., etc., l'esprit du temps actuel semble vouloir prendre une autre tendance, et nous ne pouvons qu'approuver les chirurgiens qui ont jugé la méthode des injections iodées digne de leur profonde méditation. L'intérêt qu'inspire à présent ce point de thérapeutique fait espérer que le temps n'est pas loin où il sera mis en usage plus souvent, et avec des chances plus grandes de succès. Déjà l'Académie de Paris, dans un débat qui fut soulevé à propos du traitement des hydarthroses par les injections iodées, s'en est occupée sérieusement, mais sans avoir posé de principes, ni jugé cette nouvelle méthode thérapeutique. Approfondir cette nouvelle méthode, déterminer les cas où les injections iodées sont utiles, exposer les avantages et les inconvénients qui doivent avoir lieu dans les différentes espèces de maladies et suivant la nature différente des parties malades, tel est le but que nous nous sommes proposé dans ce mémoire. Pour y parvenir, il nous a paru convenable de rechercher toutes les observations publiées sur les injections iodées, de les analyser, de les comparer ensemble, pour juger sans partialité ni prévention de leurs avantages ou de leurs inconvénients respectifs par la voie de l'expérience et de la discussion.

Un premier fait qui est hors de doute pour tout le monde, et que nous nous contenterons de rappeler seulement, c'est l'efficacité des injections iodées dans l'hydrocèle. Ces injections iodées sont-elles supérieures aux injections vineuses ? La préférence déjà accordée à l'iode sur le vin par un grand nombre de praticiens était un argument en faveur des injections iodées ; mais les circonstances d'hydrocèles doubles, ayant la même marche, arrivées à un même développement, exemptes de complications générales et locales, étaient nécessaires, indispensables, pour dissiper les doutes relatifs à la valeur des deux moyens rivaux en thérapeutique chirurgicale. Ces faits se sont présentés, et des chirurgiens se sont empressés de profiter de cas aussi favorables, qui ont établi manifestement la prédominance du développement de l'inflammation du côté de l'injection vineuse, tandis que du côté où a été pratiquée l'injection iodée, tout s'est passé avec calme, sans inflammation violente, douloureuse. Ces faits ont été publiés par MM. Bouisson, professeur à l'école de Montpellier, et Fleury, professeur à l'école de médecine de Clermont. (JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, n° 1, janvier 1847, p. 3, et mars 1847, p. 93.)

Un autre fait très-important, que les injections iodées ont mis en évidence, et qui déjà a été signalé par plusieurs médecins, et particulièrement par le professeur Velpeau, c'est qu'elles agissent comme résolutifs sur le testicule et ses dépendances, lorsque ces organes sont engorgés et même tuberculeux. Ces remarques sont justifiées par des observations publiées par MM. Velpeau, Vidal (de Cassis), Serre (de Montpellier), etc. Le professeur de la Charité s'est assuré, par une douzaine de faits cliniques, que ces injections sont un bon moyen de traitement dans les hydrocèles compliquées de testicule tuberculeux. M. Vidal (de Cassis) en a également publié dans le n° 22 de L'UNION MÉDICALE, p. 92, année 1847, une observation remarquable. On en trouve encore plusieurs exemples dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, janvier 1843, p. 29.

Après les hydrocèles, les affections contre lesquelles les injections iodées ont été employées avec beaucoup de succès sont les kystes, soit hématiques, séreux ou synoviaux, etc. Déjà les exemples en sont nombreux. L'analogie si grande qui existe entre ces poches closes, tant sous le rapport de la nature anatomique que sous celui du liquide qu'elles renferment, a dû tout naturellement conduire les praticiens à employer les injections irritantes. Dans ces cas divers, comme dans l'hydrocèle, le but était le même : irriter ou modifier la cavité du kyste ou la tunique vaginale, afin d'y faire naître une inflammation adhésive. Cette idée, d'ailleurs, de guérir les kystes ou les bourses muqueuses par les injections irritantes n'est pas nouvelle. Déjà, en 1803, le docteur Asselin, dans sa thèse soutenue à l'école de Strasbourg, fait connaître des succès obtenus par cette méthode. Le mérite des modernes est d'avoir fait pour les kystes ce que M. Velpeau avait fait pour les hydrocèles, et ce qu'il avait indiqué aussi pour les cavités closes, c'est-à-dire de remplacer par les injections iodées toutes les autres injections irritantes. Les succès nombreux qui ont été obtenus dans ces dernières années ont prouvé bien des fois que, dans ces diverses affections, les injections iodées étaient de beaucoup préférables non-seulement aux injections irritantes, mais à tous les autres moyens préconisés contre ces affections. On en trouve des observations multipliées dans tous les journaux ou les livres de médecine.

L'usage des injections iodées était à peu près borné aux hydrocèles, aux hydropisies des bourses muqueuses sous-cutanées, des gaînes des tendons, des kystes séreux accidentels, lorsqu'en 1839, dans un cas grave, désespéré, où tous les moyens ordinaires avaient échoué, nous eûmes l'idée de les essayer. Il s'agissait d'un vaste abcès de la fosse iliaque interne, survenu à la suite d'un bubon, et dans lequel nous fîmes une injection iodée, qui produisit une guérison aussi prompte qu'inattendue. Cet abcès avait été traité sans succès pendant plus de six mois. Cette observation intéressante, qui a servi de point de départ pour l'emploi des injections iodées dans un grand nombre de maladies où l'on n'aurait jamais osé les mettre en usage, a été publiée avec de longues réflexions dans la GAZETTE MÉDICALE, année 1840, p. 605, et dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, août et septembre 1846 (MÉMOIRE SUR LES INJECTIONS IODÉES.)

Depuis cette époque, nous avons bien des fois employé ces injections pour guérir des abcès aigus et chroniques, des trajets fistuleux. (GAZETTE MÉDICALE, juillet 1846, p. 544 et 566.) M. Jobert les a employées aussi avec de grands avantages dans les abcès froids ; chez un sujet qui portait à la nuque un vaste abcès, il fit une injection de 200 grammes de teinture d'iode, qui eut pour résultat l'adhésion prompte et complète des parois de l'abcès. Il n'y eut pas le moindre accident. Un pareil abcès, beaucoup plus volumineux, situé à la face postérieure de la cuisse, a été traité et guéri de la même manière dans l'hôpital Saint-Louis. M. Jobert a encore employé l'iode avec succès dans des kystes tuberculeux. Il cite le cas d'un jeune homme qui avait un engorgement scrofuleux d'un testicule avec de nombreuses fistules. Une consultation avait eu lieu ; on avait proposé l'extirpation du testicule. Il se décida pour les injections iodées, et la guérison de cette grave affection fut radicale. (ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE, décembre 1845 ; ABEILLE MÉDICALE, mars 1846 ; JOURNAL DES CONNAISS. MÉDICO-CHIRURGICALES.)

Les injections iodées sont efficaces non-seulement dans les abcès froids, mais encore dans ceux qui reconnaissent pour cause une carie des os. L'exemple suivant en est une preuve remarquable.

OBS. I. — Une demoiselle âgée de 38 ans, rentière, d'une constitution lymphatique, sèche, d'un tempérament nerveux, hystérique, d'un caractère gai, n'ayant jamais eu une bonne santé, s'occupant habituellement du soin du ménage, me fit appeler pour une petite tumeur qu'elle avait remarquée à la partie inférieure du dos. Cette personne, que je soigne depuis longtemps, a été réglée à 18 ans. Depuis cette époque, ses mauvaises semaines ont toujours été régulières, mais l'écoulement menstruel est peu abondant. Jamais de flueurs blanches. Elle habite un premier sain, bien sec et bien aéré ; elle ne sort jamais, et ne prend d'exercice que celui que réclame le soin de son ménage. Sa nourriture est bonne.

Il y a environ quatre ans, elle ressentit dans la fesse et la cuisse droites une

douleur vive, continue, qui occupait tout le trajet du nerf sciatique. Cette douleur fut prise et traitée sans succès pendant deux ans pour une névralgie sciatique. Sa véritable cause n'avait pas été soupçonnée.

Dans les premiers jours du mois d'août 1847, je fus appelé pour donner mon avis sur une grosseur non douloureuse qui s'était développée à l'insu de la malade, et qui siégeait à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au-dessus de l'intervalle qui sépare les deux fesses, un peu à droite. La malade, que je n'avais pas visitée depuis plus de quatre mois, ne souffrait pas davantage de sa prétendue sciatique.

L'examen de cette tumeur m'apprit qu'elle était purulente et de la nature des abcès froids, et le résultat probable d'une carie du sacrum, ce qui d'ailleurs fut confirmé plus tard par l'introduction d'un stylet. Je ferai remarquer en passant que probablement la cause des douleurs de la jambe et de la cuisse, douleurs qui existaient depuis plus de deux ans et que nous avions prises pour une névralgie sciatique, était la carie du sacrum. Je ne sache pas que cette possibilité d'une erreur de diagnostic entre la carie vertébrale et la névralgie sciatique soit indiquée dans les auteurs; aussi ai-je cru devoir le faire remarquer ici pour mettre en garde les praticiens contre pareille erreur, et les empêcher de perdre leur temps à traiter une affection qui n'est que symptomatique d'une autre plus grave.

Le 8 août 1847, avec un trocart ordinaire, je fis une ponction à la base de la tumeur, mais avec la précaution, avant d'arriver dans le foyer purulent, de traverser environ 2 centimètres de parties saines. Le pus s'écoula facilement; il était clair, séreux, verdâtre, et sa quantité était d'environ 40 grammes. Un stylet, introduit par la canule du trocart, me donna la certitude que l'os était dénudé dans une étendue assez considérable. Cet examen était parfois très-douloureux pour la malade. Je fis immédiatement une injection iodée avec de la teinture pure, et environ 40 grammes. Mon but était de toucher toutes les parois de ce kyste purulent avec la préparation indiquée, que je laissai séjourner environ cinq minutes, ayant soin pendant tout ce temps de malaxer, de pétrir légèrement les parties, afin de bien faire pénétrer partout la teinture d'iode. J'en laissai sortir environ les trois quarts, et retirai la canule. Un morceau de diachylon fut placé sur la piqûre du trocart, qui le lendemain était cicatrisée. Au moment de l'injection, la douleur ressentie par la malade fut très-vive, et se prolongea pendant plusieurs heures. Aucun symptôme de réaction générale. La malade put se lever et vaquer à ses occupations ordinaires. Pendant quelques jours, il ne se passa rien de remarquable dans cette tumeur; mais elle revint peu après, et au bout de dix jours elle avait repris son développement primitif. Une seconde ponction et une seconde injection furent pratiquées de la même manière et avec les mêmes résultats. Jusqu'au mois de janvier huit ponctions et huit injections furent successivement pratiquées. Jamais il n'est survenu le plus petit accident. Les règles ont coulé comme d'habitude, et la malade ne s'est pas arrêtée un seul instant, si ce n'est le jour de la ponction, où je la faisais rester au lit. Après chaque injection, une certaine quantité de teinture d'iode a été laissée dans la cavité du kyste, et une compression avec de la charpie et du linge était exercée sur la tumeur. Après les quatre premières ponctions, la tumeur reprit assez rapidement son volume primitif, et la nature du pus était à peu près la même; mais à partir de ce moment, il éprouva les modifications suivantes : il devint de plus en plus séreux, aqueux, non coloré; à la fin, il ressemblait à de la sérosité roussâtre. Le volume de la tumeur diminuait en même temps; sa circonférence s'est rétrécie peu à peu, et le fond s'est rempli. A la pression on ne constate plus cette dépression, cette excavation qu'on sentait sous la peau. Celle-ci est adhérente dans toute son étendue; il existe au-dessous d'elle une espèce d'élasticité qui prouve la présence d'un tissu cellulaire de nouvelle formation. La malade ne souffre plus de ses douleurs de la cuisse et de la jambe; son état général est beaucoup meilleur.

Les conséquences à tirer de ce fait sont faciles : il prouve qu'on peut guérir en quelques mois, à l'aide des injections iodées répétées, des maladies qui le plus souvent ne cèdent ni aux remèdes locaux ni aux remèdes généraux. La simplicité de ce moyen fait son apologie; il n'a rien de cet aspect redoutable qui souvent fait préférer aux malades les infirmités qui les accablent à des guérisons douteuses, mais que la chirurgie ne peut leur donner que par des moyens douloureux. Ces injections, dans le cas de carie, seront donc des secours que les malades accepteront sans répugnance. Cette prérogative les rend infiniment recommandables. Si elles sont toujours aussi certaines dans leurs effets qu'elles sont faciles à pratiquer, l'art trouvera en elles le plus précieux des avantages, à cause de la petitesse des ouvertures, par lesquelles elles peuvent communiquer et parvenir jusqu'aux lieux qui les demandent.

On trouve encore dans les archives de la science d'autres exemples d'affections traitées avec succès par les injections iodées, dans des cas où les moyens connus ne pouvaient être employés sans inconvénient. Ainsi on lit dans les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS, août 1847; UNION MÉDICALE, n° 103, p. 431, août 1847, l'observation d'une fistule complète à l'anus guérie par les injections de teinture d'iode, par le docteur Van Camp. A cette observation nous joindrons la suivante, qui prouve que les injections iodées peuvent être d'un grand secours là où il est indiqué de ne pas faire une opération, et à cause de la constitution du malade de la nature et du siége de la maladie.

OBS. II. — Un homme de 30 ans environ, pâle, maigre, cachectique, s'enrhumant facilement, et ayant des tubercules au sommet des deux poumons, était depuis longtemps affecté d'une fistule à l'anus, formée à la suite d'un abcès qui s'était ouvert seul et avait donné issue à une grande quantité de pus. Cette fistule existait depuis près de deux ans, et divers praticiens consultés avaient engagé ce malade à ne rien faire; cette fistule se dirigeait en arrière vers le sacrum, et le stylet introduit pénétrait à 10 ou 12 centimètres de profondeur, et semblait ne pas arriver jusque dans l'intestin. Jamais le malade n'avait remarqué de pus sur les matières fécales. Il s'écoulait de cette fistule une humeur sanieuse et fétide. L'idée d'une opération ne me vint pas, chez un individu aussi chétif et pour une fistule si profonde et de cette nature. Je me décidai à faire une injection iodée, persuadé que j'étais que s'il n'en résultait rien de bien, il n'en adviendrait au moins rien de mal. C'était le 6 novembre 1846; une petite sonde en gomme élastique fut introduite aussi loin que possible, afin de porter la teinture d'iode jusqu'au fond de la fistule; 15 à 20 grammes environ de liquide iodé furent injectés. Le malade ressentit une vive douleur qui se dissipa aussitôt que le liquide de l'injection put s'écouler, ce qui eut lieu en partie quand je retirai la sonde, quatre ou cinq minutes après l'injection.

Les jours suivants, une matière purulente de bonne nature, ensuite séro-purulente, puis séreuse, s'écoula par la fistule, et au bout de quinze jours, la guérison était complète, et l'état général du malade paraissait lui-même s'être amélioré.

Une fois la propriété bien connue de ces injections, de favoriser la résorption de certains épanchements, de pouvoir être injectées sans danger dans les foyers purulents aigus ou chroniques, plusieurs médecins ont essayé de les employer même dans des affections où d'autres moyens réussissent également bien, mais où ils réussissent moins promptement. Dans le mois de septembre 1846, M. J. Roux, professeur d'anatomie de l'École de médecine de Toulon, publia, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, un mémoire intéressant sur la cure du bubon suppuré par les injections iodées. A l'appui de cette méthode, il rapporte, sur les quinze malades qu'il a traités ainsi et guéris radicalement, sept observations qui font connaître les résultats qu'il a obtenus. La solution iodée dont s'est servi M. Roux était la même que celle dont M. Velpeau se sert le plus ordinairement. Les conclusions à tirer des observations de M. J. Roux sont que, par la méthode des injections iodées, les guérisons des bubons sont plus certaines, plus rapides, accompagnées de moins de douleurs et de moins d'accidents que par les autres méthodes; que par ce traitement sont conjurés les dangers des suppurations prolongés, des ulcérations, des décollements, des fistules, des cicatrices, etc.

Quant à la prétention de M. J. Roux de se dire l'auteur de cette méthode de guérir les abcès chauds, les bubons, etc., par les injections iodées, il est facile de lui prouver qu'il en a puisé l'idée dans toutes les observations et les travaux publiés depuis 1840.

Il est donc évident, d'après cette nouvelle série de faits, que l'efficacité des injections iodées, dans les abcès chauds ou froids, aigus ou chroniques, avec ou sans carie, ne peut être mise en doute, et qui plus est, qu'elle est le seul moyen possible, utile, indispensable, pour produire une guérison que souvent on avait demandé en vain à beaucoup d'autres médications.

Là ne se borne pas le champ déjà si vaste des injections iodées; des affections d'une autre nature, d'une nature même bien différente, ont été guéries par elles. L'impossibilité où l'on se trouve souvent de soulager ses malades avec le secours des moyens ordinaires, généralement employés, fait quelquefois sortir le praticien observateur des voies ordinaires, et l'engage à tenter des moyens nouveaux, qui parfois lui donnent des résultats inespérés. En voici un exemple remarquable, publié dans les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES, par P.-J. Van Wageninge, et rapporté par le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (mars 1843, p. 117). Il s'agit d'un vieillard de 80 ans qui rendait des urines sanguinolentes. Une injection iodée (eau froide, 90 grammes; teinture d'iode, 4 grammes), pratiquée dans la vessie, arrêta promptement l'hématurie en provoquant une action astringente. En réfléchissant aux effets innocents de la teinture d'iode sur la muqueuse des organes génito-urinaires, l'auteur, croyant que ce moyen pourrait être suivi d'un résultat heureux dans les blennorrhagies et les fleurs blanches passives, engage ses confrères à essayer de la teinture d'iode dans ces affections. Pour répondre à cet appel, le docteur Heenkiste a publié deux observations de leucorrhée qu'il a traitée avec succès d'après ces préceptes (JOURN. DES CONN. MÉD.-CHIR., mars 1843, p. 116). Dans un cas, il fit, dans le vagin, plusieurs injections (l'injection était composée avec : iode, 4 grammes; alcool, 60 grammes; eau, 125 grammes), mais il en injecta seulement 30 grammes deux fois, et la troisième fois il mit dans le vagin des boulettes de charpie trempées dans la préparation iodée. La guérison fut radicale. Une seconde malade, offrant les mêmes symptômes, obtint des résultats aussi satisfaisants à l'aide du même moyen.

D'après la recommandation faite par Wageninge d'essayer la teinture d'iode dans les blennorrhagies, nous avons traité avec succès plusieurs écoulements chroniques qui avaient résisté à tous les moyens connus. Nous pourrions en rapporter sept exemples qui sont venus confirmer les bons effets de la médication, et prouver qu'il suffit de pratiquer ces injections

pendant trois ou quatre jours, soir et matin, pour obtenir la guérison de ces écoulements, qui quelquefois font le désespoir des malades et le tourment des médecins. Voici à quelle occasion nous avons employé cette méthode. Nous avions parmi nos malades un malheureux qui, depuis plus de six mois, cherchait par tous les moyens à se débarrasser d'un écoulement peu abondant, mais que rien ne pouvait tarir. Il s'était adressé en vain à plusieurs médecins; de notre côté, nous avions épuisé à peu près toute la série des remèdes conseillés en pareille circonstance : injections de toute espèce, copahu sous toutes les formes, capsule de composition différente, bougies dans l'urètre, un traitement mercuriel, etc., tout avait échoué. Notre malade était au désespoir et dans une position particulière telle qu'il aurait donné tout au monde pour se débarrasser promptement : il était sur le point de se marier, et déjà trois fois, pour des motifs plus ou moins plausibles, il avait été forcé d'ajourner l'époque de son mariage. Il fit soir et matin une injection avec : eau, 100 grammes; teinture d'iode, 10 grammes. Ces injections, répétées pendant trois jours, le guérirent radicalement.

Arrivons à un autre ordre de faits, et cherchons à démontrer, par des observations authentiques, que les injections iodées peuvent encore être employées avec autant d'avantage sur les séreuses, enflammées ou non, que sur les muqueuses. Seulement, nous ferons remarquer que leur mode d'action sur ces différents tissus nous paraît produire des effets bien différents. Dans ces dernières années, une idée nouvelle, hardie, fut émise par plusieurs praticiens : c'était d'obtenir la cure radicale des hydropisies articulaires, comme celle de la tunique vaginale, en injectant un liquide dans les articulations malades. En 1830, M. Jobert s'était servi trois fois d'eau d'orge alcoolisée, mais les résultats peu satisfaisants qu'il obtint le firent renoncer à ce moyen. L'idée était bonne, mais les moyens thérapeutiques ne valaient rien. L'innocuité constatée des injections iodées sur tous nos tissus, dans les muqueuses comme dans les séreuses, dans l'hydrocèle, les hydropisies des bourses sous-cutanées, des kystes de toute nature, des abcès froids ou chauds, fistuleux ou non, les nouvelles remarques faites sur le mode d'action de la teinture d'iode sur nos tissus enflammés ou non, engagèrent, en 1841 et 1842, MM. Velpeau et Bonnet (de Lyon), à essayer la teinture d'iode étendue d'eau dans les cavités articulaires. Ces tentatives paraissaient d'autant plus convenables, que le liquide injecté, pouvant pénétrer dans toutes les sinuosités des cavités articulaires, apporte sur tous les points de leur étendue l'agent modificateur des surfaces et des parties molles qui doublent ces surfaces elles-mêmes. Les habiles chirurgiens que nous venons de citer obtinrent des succès qu'ils publièrent dans le temps, et qu'ils ont définitivement consignés, M. Velpeau, dans son travail sur les cavités closes, M. Bonnet, dans son TRAITÉ DES MALADIES DES ARTICULATIONS. Depuis, d'autres chirurgiens distingués, MM. Bérard jeune, Robert, J. Roux (de Toulon), ont également publié des observations intéressantes qui apportent des preuves sérieuses en faveur de l'injection iodée dans les cavités des articulations. Dans les cas qui ont été publiés, deux espèces de preuves sont venues démontrer les avantages de cette méthode; les unes sont le résultat des autopsies faites chez des sujets qui ont succombé à une autre affection. Dans cette première série de faits, on a toujours observé que les articulations affectées dans lesquelles on avait pratiqué une injection iodée présentaient les mêmes caractères anatomiques que les articulations restées saines, qu'elles offraient la même dimension, la même mobilité que la séreuse articulaire, les surfaces articulaires, les fibro-cartilages. Les ligaments offraient les mêmes dispositions normales, sous le rapport de la consistance, de la couleur et de la synovie sécrétée; qu'il n'existait nulle part de traces d'adhérences, en un mot, que les articulations malades où on avait fait des injections iodées, comparées aux articulations saines, décelaient une ressemblance et une identité parfaite. Dans les cas où les cartilages avaient été altérés par la maladie, on trouvait que les surfaces séreuses avaient été avantageusement modifiées par l'injection, mais que là où les mouvements devaient s'effectuer et s'effectuaient, les surfaces étaient redevenues mobiles et s'étaient recouvertes d'un liquide onctueux, comme synovial. Dans les points où les mouvements ne s'étendaient pas, il y avait vascularisation des tissus et même production de fausses membranes; pas de grumeaux ni de foyer purulent. Dans les cas où les malades ont guéri, on n'a jamais observé d'ankylose, tous ont recouvré une suffisante liberté de mouvements. Ces faits sont donc la preuve incontestable de l'efficacité des injections iodées, et il ne peut entrer le plus petit doute sur leur innocuité dans les hydropisies articulaires et dans les maladies des articulations, dans les tumeurs blanches fistuleuses, par exemple. (GAZ. DES HÔP., 18 novembre 1847, n° 136; JOURN. DES CONN. MÉD.-CHIR., janvier 1846, p. 10, n° 1; GAZ. MÉD., 1847, p. 145.)

A ces faits si positifs, si probants, nous en ajouterons d'autres dont l'importance n'est pas moins grande, nous voulons parler des injections iodées dans le péritoine. L'application à l'ascite des idées qui dirigent dans le traitement ordinaire de l'hydrocèle a paru possible à quelques médecins. En effet, quelques tentatives ont été faites dans ce sens, et des praticiens ont été assez hardis pour agir directement sur le péritoine; mais la crainte de donner lieu, de cette manière, à une péritonite promptement mortelle n'a pas permis de suivre ces procédés. En 1825 ou 1826, M. Lhomme (de Château-Thierry), dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, proposa contre l'ascite l'introduction de vapeurs vineuses dans la cavité péritonéale. Depuis cette époque, M. le docteur Vassal a lu, à la Société de médecine d'émulation, un cas d'ascite guérie à la suite d'une inflammation provoquée par l'irritation du péritoine, au moyen de l'instrument dont on s'était servi pour donner issue au liquide. En 1831 et 1832, à Louvain, MM. Rul-Ogez, Craninx et Van Roosbroeck ont fait dans le péritoine des injections avec le gaz protoxyde d'azote. M. Vivielle dit avoir guéri un cas d'ascite par des injections d'eau tiède, etc. Les résultats de toutes ces tentatives n'ont pas été satisfaisants, puisque tous ces procédés ont été abandonnés; mais aujourd'hui, que les beaux succès de l'emploi de l'iode dans les cavités closes, dans les séreuses, par exemple, que les exemples que nous connaissons d'ascites guéries par les injections iodées, comme ceux de MM. Leriche (de Lyon), de M. Dieulafoy, et celui plus nouveau de M. Rul-Ogez, qu'il a communiqué à l'Académie de médecine de Belgique, et qui a été publié dans ce journal (GAZ. MÉD., 1848, p. 165), démontrent qu'il est permis d'espérer quelque chose pour le traitement curatif de l'ascite, et qu'en admettant même que ce procédé nouveau puisse devenir quelquefois funeste, de deux maux il faut choisir le moindre. Ce moyen pourrait surtout être avantageux dans les ascites dues à la tuberculisation des ganglions mésentériques, et produire dans ces cas des effets semblables à ceux que nous avons signalés dans les hydrocèles avec engorgement tuberculeux du testicule. L'observation de M. Dieulafoy est trop intéressante et trop peu connue pour ne pas trouver sa place ici, en même temps qu'elle prouve l'efficacité des injections iodées dans le péritoine, elle prouve encore qu'on peut, sans crainte d'accident, pratiquer plusieurs injections de teinture d'iode dans le péritoine du même individu, et qu'il ne faut pas se rebuter si l'on échouait une première et une deuxième fois.

INJECTION IODÉE DANS LE PÉRITOINE DANS UN CAS D'ASCITE; PLUSIEURS PONCTIONS; PLUSIEURS INJECTIONS DE TEINTURE D'IODE; GUÉRISON; par M. DIEULAFOY. (JOUR. DES CONNAISS. MÉDICO-CHIRURG. Mars 1846, p. 126, n° 3.)

OBS. III. — Un teinturier, âgé de 42 ans, de constitution cachectique, affecté d'une diarrhée chronique qui durait depuis plus de deux ans, se trouva exposé au froid pendant une course entreprise dans la nuit du 18 octobre 1840, après quelques excès de boisson. Le lendemain, malaise général suivi de douleurs dans le ventre et suppression totale de diarrhée. Des calmants et un bain apaisent les douleurs, mais le malade s'aperçoit que son ventre grossit. Le 29 octobre, on constate un épanchement abdominal. Le 15 janvier 1841, après un traitement inutile, on appelle M. Dieulafoy, comme chirurgien, pour faire la ponction. Le malade était alors très-affaibli; son ventre était entièrement distendu, et il avait les extrémités infiltrées. La ponction fournit vingt litres d'un liquide clair et mousseux. Le 3 février on retire dix-huit litres de liquide; le 20, vingt-quatre litres; le 9 mars, une nouvelle ponction fournit à peu près la même quantité de liquide, mais le malade entièrement affaibli éprouve pendant l'opération une syncope presque mortelle.

Ce fut alors que M. Dieulafoy eut la première idée d'oblitérer la cavité péritonéale au moyen d'une injection iodée. Le 20 mars, la gêne de la respiration était telle qu'on craignait à chaque instant que le malade n'expirât. On fit une nouvelle ponction. On avait préparé d'avance l'injection iodée suivante :

Teinture d'iode	32	grammes
Iodure de potassium	4	—
Eau	150	—

Cette solution fut encore affaiblie au moment de l'injection par l'addition d'une certaine quantité d'eau; elle fut ensuite poussée dans le péritoine et étendue dans la cavité abdominale, au moyen de la pression de la main. Le malade dit qu'il éprouvait une sensation de chaleur agréable. Après qu'on eut laissé séjourner quelque temps l'injection, le malade auparavant couché à plat fut remis sur le côté, et il sortit par la canule la moitié du liquide injecté. Le soir il y eut un peu de réaction fébrile et une légère douleur de l'abdomen que l'on combattit par des frictions mercurielles et un cataplasme. Le lendemain le malade se trouvait mieux.

M. Dieulafoy ne fut rappelé que le 19 avril; il fit une nouvelle ponction. La cavité péritonéale avait été oblitérée par moitié. C'était la partie supérieure et droite de l'abdomen qui s'était de nouveau développée; huit à dix litres de liquide en furent retirés. Une nouvelle injection iodée y fut pratiquée; elle présenta à l'observation les mêmes phénomènes que la première.

Le 30 mai, M. Dieulafoy fut encore rappelé; il constata la réapparition d'une tumeur globuleuse, arrondie, qui fournit à la ponction trois litres de liquide environ. On pratiqua une troisième injection iodée; même phénomène, état fébrile, douleurs abdominales.

Huit jours après, le malade était dans un état d'anasarque générale, mais la cavité abdominale ne contenait plus de liquide. M. Dieulafoy cessa de voir le malade qui se débarrassa de son infiltration à l'aide de purgatifs. La convalescence fut longue, mais enfin la santé se rétablit complétement; le malade re-

prit son état ; seulement lorsqu'étant couché il se relevait, il éprouvait des tiraillements dans le ventre, comme si les deux feuillets du péritoine ne jouaient plus l'un sur l'autre avec facilité.

A présent que nous avons indiqué à peu près toutes les affections où la méthode des injections iodées a été employée avec succès, nous allons examiner les avantages et les inconvénients de ces injections, et surtout leur mode d'action sur nos tissus. Déjà, dans des discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine, à propos du traitement des hydropisies articulaires par les injections iodées, des reproches ont été adressés à cette médication ; mais ces reproches n'étaient basé que sur des vues théoriques et non sur l'observation ; les faits nombreux qui sont consignés dans tous les ouvrages de médecine et dans les journaux ont réduit à néant les diverses critiques qui furent faites aux injections iodées. Ces faits, que nul ne peut contester, démontrent non-seulement que les injections iodées ne sont pas dangereures, inutiles, mais au contraire qu'elles sont très-innocentes, très-utiles et très-efficaces, là où tous les moyens connus restent impuissants. Qui contesterait aujourd'hui, nous ne disons pas l'efficacité mais la supériorité de ces injections dans les hydrocèles simples, dans les hydrocèles compliquées d'engorgement simple ou tuberculeux du testicule, dans les cavités closes comme les bourses muqueuses, les kystes, dans les abcès froids et par congestion, dans certaines fistules, etc.? Personne assurément, à moins de vouloir nier les faits les mieux observés et les plus concluants.

Dans un autre travail que nous avons publié sur le même sujet (JOUR. DES CONNAIS. MÉDICO-CHIRURG, année 1846, août et septembre), nous avons démontré que cette méthode était nouvelle, qu'elle avait été suggérée à MM. Martin et Velpeau par les préparations d'iode appliquées en topique sur le scrotum, dans le cas d'hydrocèle, et que c'est d'après les travaux de M. Velpeau, sur la cure des hydrocèles par les injections iodées, que nous avons été conduit à pratiquer une injection de cette nature, dans un abcès fistuleux vaste et profond; que depuis la publication de cette observation et les réflexions dont nous l'avons accompagnée, d'autres chirurgiens ont mis à profit les conséquences pratiques que nous avions indiquées.

On a dit que cette méthode était dangereuse, irrationnelle. Etudions d'abord l'action de l'iode sur nos tissus ; il nous sera facile ensuite de montrer que la méthode n'est ni dangereuse, ni irrationnelle. Nous avons déjà laissé entrevoir, et l'observation le prouve, que l'action de la teinture iodée produit des résultats différents, suivant les cas et peut-être aussi la nature des tissus avec lesquels on la met en contact. La concentration plus ou moins grande de la teinture iodée, peut bien aussi apporter quelques modifications dans les résultats produits. Ici on obtient une inflammation adhésive, comme dans les abcès, les kystes, les fistules, etc.; là, cette inflammation adhésive n'a pas lieu, mais les tissus malades sont modifiés, changés, et reprennent toutes leurs propriétés normales, comme dans les hydropisies, l'hydrocèle, les hydrarthroses, etc.

Avant d'aller plus loin, nous voulons résoudre une question qui a été posée par plusieurs membres de l'Académie de médecine, à savoir si l'efficacité des injections iodées dépend de l'iode ou de l'alcool qui sert de véhicule à l'iode. Pour comprendre que l'alcool ne joue pas le rôle le plus important dans ce moyen thérapeutique, comme l'ont soutenu plusieurs académiciens qui ont dit que ces injections agissaient malgré l'iode plutôt que par l'iode, il suffit d'observer ce qui se passe sur les tissus où l'on fait des applications d'iode, sur les tumeurs, par exemple. Soit qu'on fasse usage de l'iode en teinture alcoolique ou aqueuse, soit qu'on s'en serve mélangé avec de l'axonge, on remarque les mêmes phénomènes; d'abord les malades éprouvent une sensation de chaleur assez vive, une cuisson plus ou moins forte, la peau devient brune, rouge brun, chagrinée, sèche; il survient de la rubéfaction, de la vésication; quelquefois même l'inflammation s'étend aux parties sous-jacentes. Sur les parties recouvertes par l'épiderme, ce dernier est détruit et disparaît promptement par petites parcelles; desséché, il se parchemine et forme des écailles qui, en se détachant, laissent au-dessous une transpiration abondante. A chaque nouvelle application, nouvelle exfoliation, nouvelle transpiration. Sur les parties dépourvues d'épiderme, sur les plaies, par exemple, les ulcères, on remarque de petites escarres superficielles qui se détachent promptement. Il est évident que, dans ces cas, ni la graisse, ni l'eau dans lesquelles on avait mélangé l'iode, n'ont produit ces phénomènes d'irritation, de sécrétion, d'exfoliation, et qu'il faut bien les attribuer à l'iode, qui seul a agi. C'est donc une substance active et d'autant plus active que la dissolution est plus complète; or comme l'alcool dissout beaucoup mieux l'iode que l'eau et la graisse, il en résulte nécessairement que la teinture alcoolique d'iode doit être plus forte, plus active que la teinture aqueuse, et que si cette dernière produit les phénomènes que nous venons d'énumérer, on a grand tort de les attribuer à l'alcool et de croire cet agent plus actif que l'iode, lorsqu'on se sert de la teinture alcoolique de l'iode. Nous avons d'ailleurs cherché à éclairer ce fait qui n'était pas douteux pour nous, par l'expérimentation. Chez un malade ayant de vastes abcès de même nature et à peu près de même étendue dans chaque épaule, nous avons injecté dans l'un 120 grammes d'eau-de-vie et la guérison n'a pas eu lieu; dans l'autre qui était le plus considérable, 200 grammes de teinture alcoolique d'iode, et l'abcès a guéri rapidement.

Cette observation, que nous avons publiée dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, prouve d'une manière positive que non-seulement l'alcool ne peut pas remplacer la teinture d'iode, mais encore que ce n'est pas l'alcool qui agit dans les injections iodées; elle prouve aussi que ces deux préparations, l'alcool seul et la teinture alcoolique d'iode, n'agissent pas de la même manière. Quoique dans certains cas donnés, dans l'hydrocèle par exemple, l'iode et l'alcool puissent produire des effets identiques, il est bien démonque ces deux substances n'ont pas les mêmes propriétés et n'agissent pas de la même manière. L'iode n'agit pas à la manière des irritants; il semble agir comme les caustiques, comme la pierre infernale, et les escarres qu'il produit n'ont aucune analogie avec les escarres gangreneuses. L'irritation produite par le vin ou l'alcool dans les séreuses est donc différente de celle produite par l'iode. Cela est devenu évident par les faits que nous avons observés et rapportés; l'iode est donc doué d'une propriété particulière, spéciale, que n'a pas l'alcool.

Les autres objections qu'on a faites à la méthode des injections iodées sont qu'elles produisaient des gangrènes et quelquefois une intoxication grave. Ces objections sont, comme les premières, sans valeur ; tous les faits que nous avons cités, toutes les observations que nous avons analysées, le prouvent d'une manière irrécusable. Plusieurs fois nous avons employé la teinture d'iode pure et à des doses considérables, et jamais nous n'avons vu les accidents dont on accuse les injections iodées. A cet effet, on a invoqué les expériences de M. Babault sur les chiens ; mais ces expériences et ces observations ne prouvent rien, absolument rien, puisque les conditions physiologiques dans lesquelles il a expérimenté diffèrent essentiellement de celles où se trouvent les individus que nous soumettons aux injections iodées. On n'a pas fait attention sans doute que M. Babault injectait de la teinture d'iode étendue d'eau dans des tissus qui sont susceptibles d'absorption, tandis que nous faisons nos injections dans des cavités ou trajets à parois denses, épaissies, tapissées d'une fausse membrane, par conséquent imperméables et peu favorables à l'absorption. Il n'est pas même nécessaire d'invoquer ces conditions des abcès pour démontrer l'innocuité de ces injections. Les faits nombreux de MM. Lugol, Martin, Velpeau, les nôtres et ceux de beaucoup d'autres dans ces derniers temps, prouvent combien ces craintes d'empoisonnement et de gangrène sont chimériques. Si, comme nous le pensons et comme l'observation le démontre, l'iode racornit, cautérise les tissus qu'il touche, cette cautérisation doit être d'autant plus forte et plus profonde que la préparation iodée est plus concentrée, et alors l'absorption devient plus difficile. Soit cette raison ou une autre que nous ne connaissons pas, à chaque fois que nous avons employé la teinture d'iode pure, nous n'avons jamais eu la moindre raison de soupçonner l'influence toxique de l'iode, ni déterminé la plus petite gangrène. Les craintes qu'on a sur l'emploi des injections iodées sont donc loin d'être justifiées par les faits.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA FORMATION DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE DANS LE CHOLÉRA; par M. E. STROHL, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Monsieur le rédacteur,

Dans la remarquable discussion sur le choléra qui a eu lieu à l'Académie de médecine de Belgique, j'ai enfin rencontré l'exposé d'un fait que je m'étais attendu à trouver bien plus tôt, et surtout chez nous, où l'anatomie pathologique est pratiquée sur une si large échelle. Ce fait, j'en avais pressenti l'existence, et je l'avais signalé dans mon mémoire sur le mécanisme d'après lequel se produit l'emphysème pulmonaire (GAZ. MÉD. DE PARIS, 1848, numéros 33, 36, 40, 42 ; numéro 40, p. 768), en indiquant les raisons physiques qui le déterminent dans les circonstances données.

M. Lombard s'exprima en ces termes à l'Académie de médecine (GAZ. MÉD., 1849, p. 511) : « C'est un fait bien étrange, inexplicable pour moi, je dois le dire, alors que nous trouvions la partie postérieure des poumons dans un état d'engouement hypostatique, toujours la partie antérieure, au contraire, était exsangue et s'affaissait de telle sorte que le thorax était au quart vide : on eût dit qu'on ouvrait un pneumothorax. Cette partie du

poumon était moelleux, non crépitant, exsangue, décoloré, semblable au poumon des jeunes animaux, et ne contenait pour ainsi dire pas de bulles d'air. Il est évident que le poumon semblait emphysémateux ; mais alors, pourquoi ne tendait-il pas à l'expansion au moment où on ouvrait le thorax ? Ce n'était donc pas un emphysème, quoiqu'il en présentât l'aspect. »

Oui, c'était un emphysème pulmonaire, mais un emphysème non persistant, dont le docteur Fuchs a signalé l'existence dans son remarquable ouvrage, et le mémoire cité plus haut, contient l'explication simple et naturelle d'un fait qualifié d'étrange et d'inexplicable par M. Lombard. Voici en quelques mots comment cet emphysème se produit : la cage pectorale forme une cavité parfaitement close de tous les côtés, et renfermant les poumons, spongieux et dilatables. Dans l'état normal, la surface externe des poumons est partout en contact immédiat avec les parois du thorax, mais glisse librement sur elle. Ce contact, une fois obtenu, ne cesse pas, car si ces deux surfaces pouvaient se séparer, il se formerait entre elles un vide impossible; car il ne pourrait survenir que de deux manières : ou le poumon posséderait une force de rétractilité supérieure à la pression de l'atmosphère qui le tient dilaté, ou bien son élasticité n'est pas assez considérable pour suivre la dilatation des parois thoraciques. Personne n'a encore songé à soutenir la première hypothèse et à douer le poumon d'une puissance musculaire énorme; je ne m'y arrêterai donc pas. La seconde est tout aussi peu à défendre, car les expériences directes ont prouvé qu'il fallait une pression de beaucoup inférieure à l'atmosphère, non-seulement pour dilater, mais même pour rompre les cellules pulmonaires; l'obstacle ne peut donc venir du poumon sain. Et le pût-il même, le vide n'en serait pas moins impossible, parce que les forces musculaires qui déterminent la dilatation de la poitrine dans l'inspiration auraient alors à surmonter toute la pression de l'atmosphère, qui pèse sur les parois du thorax. Or j'ai rapporté, dans mon mémoire, des expériences qui prouvent que la plus forte inspiration est loin d'atteindre cette puissance.

De ce qui précède, il résulte qu'aussi longtemps que la pression de l'air extérieur agit librement à travers les canaux aériens, sur la surface interne des poumons, ces organes ne peuvent quitter les parois thoraciques, qu'ils sont obligés de se mouler sur elles et de remplir ainsi toute la capacité de la cavité thoracique.

Ce dernier fait bien établi, il est facile d'en déduire la formation de l'emphysème dans le choléra. Le volume du poumon est déterminé par la masse du tissu, par le sang qui s'y trouve en grande abondance, et par l'air. Mais comme ce volume ne peut être moindre que la capacité de la cage thoracique, il en résulte que lorsqu'un de ces facteurs diminue, les autres sont obligés de suppléer à ce manque, à moins que le thorax lui-même ne vienne à se rétrécir dans la même proportion. Ce dernier cas ne peut arriver que lentement et après un temps prolongé, circonstances qui existent dans quelques affections chroniques, mais qui manquent dans le choléra. On y observe une forte diminution de la masse sanguine; les poumons en reçoivent moins qu'à l'état normal; une des causes de leur volume leur est presque entièrement enlevée, et cependant celui-ci doit rester le même. Ce n'est pas la masse du tissu qui peut combler ce déficit, mais c'est l'air. L'atmosphère continue à peser avec la même force sur les vésicules, qui, ne pouvant opposer à cette pression une résistance assez énergique, sont obligées de céder et de se dilater. A mesure donc que, le sang arrivant en moindre quantité dans les poumons, diminue leur volume, les vésicules soumises à la pression de l'atmosphère, se dilatent outre mesure, et rendent aux poumons leur volume nécessaire. Les poumons deviennent ainsi emphysémateux.

Il me reste encore à examiner le second point, qui a vivement frappé M. Lombard, et qui lui a fait refuser le nom d'emphysème à la lésion que nous avons vue se former dans le paragraphe précédent. « Il est évident que le poumon semblait emphysémateux ; mais alors pourquoi ne tendait-il pas à l'expansion, au moment où on ouvrait le thorax? Ce n'était donc pas un emphysème, quoiqu'il en présentât l'aspect. »

M. Fuchs a pleinement démontré que les idées sur l'emphysème pulmonaire qui ont cours dans la science sont beaucoup trop restreintes et souvent erronées : ainsi celle d'après laquelle le caractère anatomique de cette affection consisterait toujours dans un mouvement d'expansion, lors de l'ouverture du thorax. Or il n'en est pas ainsi; il est des emphysèmes qui, à l'autopsie, présentent un collapsus du poumon. Dans le cadavre, cet organe remplit également la cavité thoracique, comme on peut s'en convaincre en détachant la peau et les muscles intercostaux, sans intéresser la plèvre ; c'est que dans ce cas les circonstances physiques sont exactement les mêmes après qu'avant la mort. Dès que l'on incise le sac séreux, le poumon s'affaisse, perd de l'air et quitte les parois thoraciques, car l'atmosphère presse alors également sur sa surface externe et sur sa surface interne; ces deux pressions se neutralisent, et le collapsus est produit par le poids propre de l'organe, comme une vessie mouillée et insufflée, quand on y fait une ouverture. Mais la vessie se vide entièrement d'air, tandis que le poumon ne parvient jamais à ce résultat; en effet, bientôt le collapsus s'arrête, il ne s'échappe plus d'air par la trachée-artère, quoique le poumon en contienne encore une grande quantité, et aucune pression, quelque forte qu'elle soit, ne peut chasser par les voies naturelles tout le gaz renfermé dans un poumon. D'où provient cet arrêt? Il est à peu près constant que les derniers canalicules bronchiques se terminent par des renflements d'un diamètre plus considérable que les petites bronches; le poids du poumon comprime également les renflements et leurs canaux; mais vu la différence des diamètres, les parois de ceux-ci doivent nécessairement se trouver en contact bien plus tôt que celles des vésicules; et cet effet produit, l'écoulement de l'air cesse. La pesanteur du poumon, de même que les pressions artificielles que l'on exerce sur sa surface, n'agissent pas plus sur les renflements que sur les dernières bronches à parois minces, tout à fait molles et dépressibles : la même force qui détermine l'expulsion du gaz produit donc aussi à cet écoulement un obstacle proportionnel.

Si, dans des maladies, le rapport du diamètre des petites bronches à celui des vésicules se trouve changé au détriment du premier, soit que le calibre de ces bronches soit devenu plus petit, soit que la capacité des vésicules ait augmenté, le poumon ne perd pas autant d'air, il s'affaisse moins. Lorsque, au contraire, par suite d'une dilatation des petites bronches, leur diamètre se rapproche de celui des vésicules, l'occlusion de ces canaux a lieu plus tard; les vésicules perdent plus d'air et le poumon s'affaisse davantage. Cette dilatation est un fait plus que probable, quand un poumon devient emphysémateux, surtout par une cause étrangère à cet organe, sans être le siége d'aucune autre altération pathologique; c'est là un cas qui se rencontre dans le choléra.

Il y existe peut-être encore une autre cause d'affaissement, cause que l'on doit trouver assez souvent dans les emphysèmes étendus: c'est la raréfaction du tissu pulmonaire. Elle est déterminée par la distension des parois des vésicules et des petites bronches, par suite de la dilatation de ces parties; les vaisseaux qui y rampent sont comprimés, de là gêne de la circulation pulmonaire et de l'hématose, et défaut de nutrition. Cette diminution du tissu doit faciliter l'écoulement de l'air et le collapsus du poumon. La courte description que donne M. Lombard de cet emphysème prouve que la dilatation ne va pas jusqu'à la rupture, car alors on trouverait des collections aériennes et les poumons ne s'affaisseraient pas, ou du moins très-peu.

La maladie signalée par M. Lombard est donc un emphysème pulmonaire, s'accompagnant d'affaissement des poumons à l'ouverture du thorax; emphysème déterminé par le manque de sang dans ces organes, et collapsus rendu possible par la diminution de l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de l'air. Depuis la publication de mon mémoire, de nombreuses autopsies m'ont prouvé la vérité des points que j'y avais établis; mais le fait de M. Lombard en est une preuve des plus éclatantes, car je l'avais annoncé théoriquement, et l'expérience est venue me donner raison.

Comme mon mémoire sur l'emphysème pulmonaire a paru dans votre journal, permettez, monsieur le rédacteur, que je m'adresse encore à vous pour vous demander l'insertion de cette note. Je suis heureux d'avoir pu contribuer à éclairer un fait qui avait paru obscur à un confrère aussi distingué que M. Lombard; ma réponse lui parviendra, je l'espère, et je la lui soumets avec confiance.

Agréez, etc.

OBSERVATIONS RELATIVES A L'APPLICATION DE LA MÉTHODE HÉMOSPASIQUE (1) AU TRAITEMENT DES PLAIES PAR ARMES A FEU ET DE DIVERSES AFFECTIONS CHIRURGICALES ; lues à l'Académie des sciences le 18 juin 1849; par M. T. JUNOD, D. M. P.

Video meliora proboque
Deteriora sequor. (OVIDE.)

S'il est une loi pathologique démontrée, c'est qu'aucune solution de continuité, soit dans les parties molles, soit dans les os, ne se guérit sans une inflammation préalable.

Mais si l'inflammation prouve les efforts de la nature médicatrice pour la guérison, efforts plus ou moins prompts, plus ou moins heureux, l'expérience constate aussi que cette inflammation est la source, la cause d'une infinité de graves accidents. C'est par elle et par ses suites que succombent presque toujours les individus qui sont atteints de blessures graves.

Sans doute il n'en serait pas ainsi lorsque le *molimen* conservateur de la nature a lieu, si les efforts de réaction qui se manifestent étaient constamment dans une mesure proportionnée au but à atteindre.

(1) De αἷμα, sang, et σπάω, j'attire.

Malheureusement ils dépassent presque toujours les limites compatibles avec l'ordre régulier des fonctions. Une blessure grave étant reçue, il se passe pour ainsi dire un temps d'arrêt pendant lequel la nature semble recueillir et ramasser ses forces, puis elle réagit avec une violence, une impétuosité souvent suivie d'accidents plus ou moins formidables.

Sans vouloir en faire le tableau, car ils sont généralement connus et appréciés, nous signalerons les principaux : la fièvre à tous les degrés, le délire, la douleur dans toutes ses gradations les plus vives, et avec la douleur, l'afflux de sang, les congestions, les engorgements des organes, des tissus et des parenchymes; car : *ubi dolor, ibi fluxus;* puis viennent les spasmes, les convulsions, le tétanos; plus tard enfin les longues suppurations, l'épuisement, la fièvre de résorption.

Il en résulte que l'inflammation, utile et salutaire dans son principe, devient parfois une cause de désorganisation de l'économie, soit par ses excès, soit par sa continuité. Aussi les chirurgiens, à toutes les époques, ont-ils cherché à la combattre dans ses écarts. Régulariser, modérer, tempérer, diminuer et même éteindre l'inflammation, suite de blessures graves, a toujours été le but essentiel, le grand *desideratum* de l'art chirurgical.

Il faut l'avouer, ce but n'est pas encore complétement atteint par les moyens ordinaires de la pratique, et cependant ces moyens ne sont pas sans résultats, sans une utilité incontestable.

Les plus importants sont au nombre de trois :

1° La saignée;

2° La diète;

3° La réfrigération.

Mon intention n'est pas d'entrer dans une série de détails relatifs à l'emploi de ces divers moyens; je me contenterai d'affirmer que si ces moyens sont utiles dans bien des cas, ils présentent aussi de nombreux inconvénients. Il y a mille circonstances où la saignée présente une contre-indication formelle, positive, prise dans l'état du sujet.

La diète poussée trop loin, comme on le faisait il y a peu de temps, offre de graves inconvénients; trop négligée, elle n'en a pas de moins importants, et réclame la plus sérieuse attention de la part des praticiens. Une juste mesure à cet égard est très-difficile à établir de l'aveu même des médecins les plus judicieux.

Quant à la réfrigération, on l'a beaucoup vantée pour modérer la réaction inflammatoire dans les blessures, et prévenir les accidents; mais les inconvénients qu'elle entraîne ont tellement frappé les chirurgiens, que beaucoup d'entre eux y ont renoncé ou ne l'emploient que dans des cas particuliers.

L'insuffisance de ces agents dans tous les cas de plaies et de lésions graves, m'a amené à me demander si l'appareil hémospasique ou la méthode de déplacement du sang ne pourrait pas être employée dans les circonstances où l'on est privé de tout autre secours, et cela avec autant d'avantages que dans le traitement d'un grand nombre d'affections internes où il a produit des résultats si heureux. Cette question ne peut être résolue qu'en la considérant sous son double point de vue de la théorie et de la pratique.

Au point de vue théorique, nous demandons ce qui se passe dans une plaie au bout d'un temps plus ou moins long :

Une exaltation de la sensibilité, bientôt suivie d'un *raptus du sang* et d'engorgement inflammatoire local.

Que faut-il faire pour contrebalancer autant que possible ce mouvement fluxionnaire? Il faut en diminuer l'énergie, en amoindrir la violence; or c'est là précisément l'effet de la méthode hémospasique, qui, par une puissance supérieure de révulsion, détourne un cinquième au moins de la masse du sang, finit, au moyen d'applications réitérées, par empêcher non-seulement le mouvement fluxionnaire de s'accroître, mais le neutralise complétement, et facilite ainsi la guérison des blessures.

Non-seulement ces applications occasionnent une dérivation salutaire, mais elles établissent une sorte de contro-stimulisme, dont le résultat est de diminuer instantanément la douleur, et avec elle la congestion inflammatoire. Sous l'influence de ce moyen, nous avons vu les blessés éprouver un calme tout particulier, dont ils ne pouvaient se rendre compte. Il en est même qui, tourmentés par une insomnie cruelle, finissaient par s'endormir plus ou moins longtemps, et réparer ainsi le trouble général des fonctions.

La pratique elle-même n'a pas tardé à confirmer ce point de vue théorique.

Nos discordes civiles, qui nous ont donné le triste privilége de voir dans la cité ces plaies graves par armes à feu et autres, qu'on n'observait autrefois que sur les champs de bataille éloignés, nous ont fourni tout récemment de nombreuses occasions d'expérimenter la méthode dont nous parlons, et de reconnaître toute son efficacité, qu'elle se soit trouvée combinée avec les autres moyens, ou qu'elle ait été exclusivement destinée à les remplacer.

Pendant les journées de février et de juin, j'ai été appelé un grand nombre de fois dans les ambulances et les hôpitaux, pour appliquer l'appareil hémospasique sur des blessés, chez lesquels les saignées et autres moyens antiphlogistiques ne pouvaient plus être employés.

J'ai recueilli des notes sur tous ces cas; mais, pour ne pas abuser de l'attention de l'Académie, je me borne à reproduire ces quelques faits nouveaux.

Obs. I. — Le nommé Macel, âgé de 22 ans, entra, le 27 juin, à l'ambulance des Tuileries, et fut couché au n° 36 de la galerie de Diane, service de M. Richet.

Il avait reçu un coup de feu au-dessus du front, et la balle, en contournant le sommet de la tête, y avait creusé un large sillon.

Durant les quinze jours qui suivirent, on dut porter jusqu'à ses dernières limites le traitement antiphlogistique, pour modérer la congestion cérébrale qui survint; quatre saignées avaient été pratiquées, et, pour ne pas épuiser les forces, on avait dû renoncer à tout traitement débilitant.

Cependant, au moment où l'on s'y attendait le moins, le blessé fut pris de frisson; il y eut un redoublement de fièvre, tendance au coma, et il survint un érysipèle qui, se développant dans le voisinage de la blessure, gagna rapidement toute la face et la nuque.

Il y avait nécessité d'agir, et cependant l'état général des forces contre-indiquait rigoureusement tout traitement débilitant.

Comme je me trouvais témoin de cette difficulté, qui se rencontre si fréquemment dans la pratique, et que j'avais mis mon temps et mes appareils à la disposition des chefs de service des diverses ambulances, M. Richet accepta pour ce malade l'offre que je lui fis d'appliquer l'appareil hémospasique et de remplacer le traitement employé jusque-là par la méthode de déplacement.

En présence de M. Duval et de plusieurs élèves attachés à l'ambulance, je plaçai immédiatement l'une des extrémités inférieures sous l'influence du vide, qui d'abord ne fut que d'un sixième d'atmosphère; après quinze minutes, le malade nous dit qu'il sentait sa tête se dégager de plus en plus, que non seulement la céphalalgie dont il souffrait se trouvait entièrement dissipée, mais qu'il pouvait parler avec facilité, ce qu'il ne faisait pas quelques minutes auparavant, à raison du gonflement considérable des lèvres qu'il sentait devenues assez libres pour lui permettre de boire à la cuiller.

Comme le changement qui s'opérait sur la face était visible aux yeux de tous les assistants, notre honorable confrère, M. Duval, frappé de l'extrême rapidité avec laquelle cette amélioration s'était opérée, s'écria « que cette méthode ressemblait si peu aux moyens ordinaires qu'elle agissait en quelque sorte instantanément et comme par *un coup de baguette de fée.* »

Le pouls étant devenu filiforme, je le maintins à cet état pendant toute la séance, qui fut prolongée jusqu'au moment où je pensai que j'avais déplacé une suffisante quantité de sang.

Après cette application, qui eut près d'une heure de durée, nous mesurâmes la circonférence de la jambe au niveau du mollet, qui indiqua une augmentation de 0,07, tandis qu'il y avait une diminution de 0,02, dans la circonférence de la face mesurée d'une oreille à l'autre, à l'aide d'un ruban qui passait sur la lèvre supérieure.

Cette première application ayant produit tout l'effet que l'on pouvait désirer, fut renouvelée encore trois fois les jours suivants, et la guérison eut lieu sans nouveaux accidents.

Obs. II. — Helmud, âgé de 18 ans, fut reçu le 27 juin à l'ambulance des Tuileries, et couché au n° 75 de la salle de billard, service de M. Huguier.

Il avait reçu un coup de feu à la tête; la balle, en le frappant de haut en bas, avait intéressé le sourcil et la paupière du côté gauche, où elle avait déterminé une plaie contuse. Les tissus des paupières et des organes avoisinants ne tardèrent pas à doubler, à tripler de volume, et malgré le traitement le plus énergique, de fréquentes applications de sangsues à la base du crâne, et l'usage non interrompu des réfrigérants, une violente inflammation s'étendit néanmoins au globe de l'œil.

M. Huguier ayant cru reconnaître un commencement de fièvre typhoïde, et jugeant qu'il ne fallait plus insister sur l'emploi réitéré des émissions sanguines, accepta l'offre que nous lui avions faite de soumettre ce blessé au déplacement hémospasique du sang.

Le malade était, en effet, tombé depuis quelques jours dans un état de prostration et de stupeur tel, qu'il ne s'aperçut point du moment où nous plaçâmes sa jambe dans la ventouse, et ce n'est que lorsque nous eûmes déplacé plusieurs livres de sang, que, revenant graduellement à lui, il manifesta sa surprise en voyant fonctionner l'appareil; pendant l'application, la face avait pâli, et tous les tissus voisins de l'œil paraissaient moins injectés.

Un petit thermomètre, auquel nous avons donné une forme particulière, avait été placé dans le voisinage de la blessure, au début de la séance; il nous indiqua une diminution de 6 degrés.

Comme il était urgent d'agir de suite avec énergie, je prolongeai encore la séance pendant une heure, et pendant tout ce laps de temps, je ne laissai à la circulation générale que la quantité de sang qui lui était absolument nécessaire pour mettre en jeu tous les organes, dont elle alimente les fonctions.

Après la séance, le volume de la jambe indiquait que nous avions déplacé de 1.500 à 1,600 grammes de sang. La peau de la jambe était fortement injectée et présentait une chaleur halitueuse, tandis que dans tous les autres points du corps, même dans le voisinage de la blessure, elle était devenue au-dessous de la température normale. Depuis lors, sans avoir eu besoin de renouveler plus de deux fois l'emploi du même moyen, ce malade a marché rapidement vers la guérison (1).

(1) En 1842, nous avons été appelé par les médecins du duc d'Orléans pour

OBS. III.—Rollin, âgé de 29 ans, fut admis à l'ambulance de la Chaussée-d'Antin le 29 juin; il avait reçu sur la région thoracique plusieurs coups de crosse de fusil, et fut renversé sans connaissance sur le pavé.

Revenu à lui, il resta pendant vingt-quatre heures dans une espèce de stupeur. Il eut des hémoptisies réitérées, de la dyspnée; la voix était éteinte; la vue était considérablement affaiblie, le pouls fréquent et déprimé.

Lorsque je vis pour la première fois ce blessé, le 11 juillet, il accusait de la douleur à la région précordiale, où il croyait ressentir un énorme poids qui l'opprimait.

L'extinction de voix persistait encore ainsi que la fièvre, et malgré les préparations opiacées les mieux dirigées, les nuits se passaient sans sommeil.

L'insuffisance des moyens ordinaires ayant décidé les chirurgiens de l'ambulance à recourir à l'emploi de notre ventouse, je procédai à neuf heures du soir, en présence de deux d'entre eux, MM. Grimaut et Charruau, à l'application de ce moyen.

La respiration devint presque aussitôt plus libre, et l'extinction de voix céda complétement en moins de trente-cinq minutes.

Le malade reposa pendant toute la nuit suivante, sans cette fois éprouver ces secousses spasmodiques qui, depuis son entrée à l'ambulance, l'avait constamment réveillé en sursaut dès l'instant où il aurait cru pouvoir reposer.

Le lendemain, son état était considérablement amélioré. L'extinction de voix ne s'était pas reproduite; la respiration était plus libre, et l'état de la vue était devenu meilleur.

Le soir, à la même heure, nous renouvelâmes le déplacement du sang, et dès ce moment a commencé la convalescence; la guérison a eu lieu sans nouveaux accidents.

OBS. IV. — Au n° 24 de la galerie de Diane, service de M. Richet, aux Tuileries, se trouvait le nommé Duvivier (Firmin), âgé de 42 ans, tailleur.

Il était entré le 28 juin, à la suite d'un coup de feu à la main droite. La balle avait traversé la main dans le sens de sa plus grande largeur, en fracturant plusieurs os du carpe.

Durant les quinze jours qui suivirent, bien que le traitement antiphlogistique ainsi que les préparations opiacées eussent été portées de jour en jour aussi loin que cela était possible, soit que le blessé se fût habitué à l'effet des médicaments, soit que la douleur fût devenue plus vive par suite des phlegmons qui étaient survenus dans le voisinage de la blessure, toujours est-il que durant la nuit il ne pouvait plus reposer, et qu'il troublait par ses plaintes continuelles le repos des autres blessés. C'est là ce qui conduisit M. Richet à tenter l'emploi de notre ventouse, qui déjà nous avait si bien réussi en pareil cas pour provoquer le sommeil.

Vers le soir, nous appliquâmes l'appareil sur l'une des extrémités inférieures. Nous maintînmes le pouls pendant près d'une heure à un degré de faiblesse tel qu'il était presque insensible. Le blessé se trouva instantanément soulagé.

Comme il venait de prendre un bain de bras, nous en mesurâmes la circonférence, et nous pûmes constater une diminution de près d'un centimètre dans cette mesure depuis le début de la séance, c'est-à-dire en moins d'une heure.

Durant la nuit suivante, il ne troubla plus le sommeil des autres malades par ses gémissements, comme nous l'avons rapporté, et depuis cette époque, son état, qui s'est amélioré graduellement, n'a plus réclamé qu'une nouvelle application hémospasique.

OBS. V.—Cointin, âgé de 28 ans, soldat du génie, blessé dans la nuit du 26 juin, place du Carrousel, fut couché au n° 49 de l'ambulance des Tuileries, salon Louis XIV, service de M. Filhos.

Il avait reçu un coup de feu à la région lombaire; la balle y avait fait une plaie en séton, en passant au devant des vertèbres.

Après quinze jours de traitement, comme une rétention d'urine et une paralysie incomplète des extrémités inférieures, qui étaient survenues après la blessure, semblaient vouloir résister à tous les moyens, le chef de service voulut tenter l'emploi de notre procédé. Le malade était en même temps affecté d'une insomnie cruelle: c'est pour cela que nous choisîmes de préférence la soirée pour pratiquer l'hémospasie.

Au bout de quelques minutes, le blessé nous dit qu'il ressentait dans la jambe une chaleur nouvelle et des picotements particuliers, qui parurent lui inspirer une grande confiance dans l'emploi de ce moyen.

Après la séance, il essaya pour la première fois de se soutenir sur ses jambes en s'appuyant sur son lit; mais son état de faiblesse, augmenté encore par la dérivation que nous avions opérée, ne lui permit pas, pour le moment, de prolonger ses essais.

Tous les soirs, durant quatre jours, nous renouvelâmes l'application.

La rétention d'urine avait cédé après la seconde séance; le malade commença à marcher, et depuis ce moment cette amélioration s'est maintenue jusqu'à la guérison (1).

Au bout de quelques minutes du déplacement hémospasique, cette tumeur sembla diminuer de volume, et la rétention d'urine céda.

Nous avons eu occasion d'obtenir le même résultat chaque fois que cette personne, rentrée dans son domicile, fut affectée des mêmes accidents.

OBS. VI. — Au n° 79 de l'ambulance des Tuileries, salon de famille, service de M. Richet, se trouvait M. Tiercelin, médecin des environs d'Orléans, accouru en simple garde national, pour se joindre à ceux de Paris.

Dans la nuit du 26 juin, sur la place du Carrousel, il reçut un coup de feu à la jambe droite; le projectile fractura le tibia à la partie moyenne, et resta dans le foyer de la blessure.

La jambe et une partie de la cuisse furent placées dans une gouttière en fil de fer garnie de charpie, et soumises à l'irrigation (1).

Comme le gonflement inflammatoire devint considérable et douloureux, tous les moyens employés en pareil cas furent mis en usage, sans que la douleur cessât d'être intolérable, surtout pendant la nuit.

Le 7 juillet, M. Richet proposa à notre honorable confrère l'emploi de notre procédé de dérivation.

Dans la soirée du même jour, nous appelâmes ainsi à la jambe gauche près de 1,500 grammes de sang. C'était le moment où les douleurs revenaient plus intenses et privaient le blessé de sommeil.

Le lendemain, il y eut une amélioration notable; M. Tiercelin nous dit qu'il n'avait pas encore passé une nuit aussi calme depuis le jour de son entrée à l'ambulance.

L'application fut encore renouvelée trois fois, et elle eut toujours pour effet de calmer la douleur et de provoquer le sommeil.

Depuis ce moment les moyens ordinaires suffirent pour amener une guérison complète.

Tels sont les faits que j'ai cru devoir mettre sous les yeux de l'Académie et que j'aurais pu multiplier. Elle comprendra que j'ai voulu démontrer l'influence salutaire de la méthode hémospasique employée avec mesure et insistance dans un grand nombre de cas de blessures, où les accidents marchaient avec une rapidité fatale, et où les centres de la vie étaient fortement menacés.

Elle verra que cette méthode a produit une amélioration prompte, quelquefois instantanée, alors que les ressources ordinaires de la chirurgie étaient épuisées.

D'un autre côté, il n'échappera point à l'Académie que notre méthode possède une précision toute mathématique, puisqu'elle permet d'apprécier d'une manière rigoureuse la quantité de sang déplacée et la durée de ce déplacement. Il faut remarquer aussi que, non-seulement les battements du cœur sont moins forts, mais que cette dérivation si énergique va chercher le sang jusque sous les aponévroses; ce qui, chez les blessés, est d'une haute importance pour prévenir les phlegmons consécutifs et d'autres accidents inflammatoires.

Je ne veux pas dire que les applications de l'appareil hémospasique soient d'une efficacité constante. La certitude dans nos moyens thérapeutiques n'est qu'une source plus ou moins grande de probabilités; mais je puis affirmer que ces applications ont été extrêmement utiles. On doit s'en rapporter ici à l'expérience, car elle est le souverain juge du vrai et du faux dans l'art de guérir.

Que l'Académie me permette encore de faire remarquer la grande analogie que présentent les observations qui viennent d'être citées avec celles que j'ai souvent recueillies dans le traitement de l'épidémie régnante.

D'habiles praticiens évitent, même lors de la période de la réaction, l'emploi des émissions sanguines, qu'ils considèrent comme dangereuses dans le traitement d'une maladie qui attaque si profondément la vitalité.

Je ne laisserai donc pas échapper cette occasion sans déplorer de n'avoir pas été assez heureux pour fixer, autant qu'il aurait été à désirer, l'attention des praticiens sur un procédé qui, pour l'épidémie dont il s'agit plus que dans tout autre cas pathologique, présente un immense avantage sur les émissions sanguines, celui de ne pas épuiser les forces. Ce moyen nous a réussi mieux que tout autre pour combattre la dyspnée, les crampes, les coliques, ainsi que les congestions cérébrales, le coma et les méningites. Ce qui a été souvent constaté dans les hôpitaux et tout récemment dans le service de M. Briquet à la Charité, qui nous a exprimé le regret de n'avoir pas eu recours à ce procédé dès le début de l'épidémie.

---

modérer la réaction qui se serait infailliblement manifestée vers la tête s'il eût survécu quelques jours à la chute déplorable qui a mis fin à ses jours.

(1) Souvent notre procédé nous a donné d'heureux résultats pour combattre les rétentions d'urine, lorsque tout autre moyen, même le cathétérisme, était devenu impraticable.

Il y a quelques années, ayant été appelé à l'hôpital Beaujon, service de M. Laugier, afin de faciliter par la dérivation hémospasique la réduction d'une hernie, nous fûmes à même d'observer dans ce service une femme affectée d'une tumeur abdominale, qui prenait de temps à autre un développement si considérable, qu'elle faisait obstacle à l'émission des urines et rendait le cathétérisme impossible.

(1) Comme rien ne pouvait garantir le lit du blessé, qui se trouvait pénétré de toutes parts par l'eau qui servait à l'irrigation, je parvins, après bien des recherches, à parer à cet inconvénient en employant un long cylindre en coton cordé, recouvert de toile. Ce cylindre, ou syphon, absorbait d'un bout l'eau qui s'accumulait sur une toile cirée placée sous la jambe; de l'autre il la déversait dans un vase placé en dehors du lit. A l'aide d'un appareil fort simple, ce moyen nous a réussi depuis pour garantir le lit de personnes affectées d'incontinence d'urine.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

III. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les livraisons du premier trimestre de 1849 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Annotations cliniques sur la phthisie pulmonaire, d'après des cas qui ont été traités à la clinique de l'École de médecine de Rotterdam, pendant le cours de 1846-47*; par M. Groshaus. 2° *Du décubitus, de la gangrène qui en résulte; des moyens de la prévenir et de la guérir*; par M. Miquel. 3° *Quels sont les meilleurs procédés à suivre dans l'administration des médicaments qui répugnent au goût des malades?* par M. Jacquez.

ANNOTATIONS CLINIQUES SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur GROSHAUS.

Nous avons remarqué, dans ces annotations, embrassant une grande partie de l'histoire de la phthisie, deux points qui appellent plus particulièrement une mention. Ils sont relatifs au diagnostic et à la curabilité de la phthisie pulmonaire.

L'auteur cherche à établir que le diagnostic différentiel est quelquefois impossible entre les diverses formes d'induration que la pneumonie laisse après elle et la phthisie pulmonaire tuberculeuse. Il est juste de remarquer qu'il entend surtout parler du diagnostic *physique*, de celui qui se tire des résultats de la percussion et de l'auscultation. En réalité, chez un sujet qui offrirait à la partie supérieure du poumon une matité prononcée et une absence de murmure respiratoire, il serait bien difficile de dire, sur cela seul, à quelle lésion on aurait affaire, d'une induration simple ou d'une agglomération de tubercules crus. A cette période de la phthisie, le stéthoscope ne fournit aucun signe caractéristique, et l'auteur a raison d'affirmer que le diagnostic ne peut se tirer alors que de l'ensemble des circonstances étiologiques ou symptomatiques que peut fournir l'examen du malade. Il en serait de même dans un cas de pneumonie lentement développée et n'occupant qu'une partie circonscrite du poumon. Néanmoins, l'exemple rapporté par l'auteur ne nous paraît pas fort concluant, bien que, ici, le diagnostic ait pu être égaré par la symptomatologie elle-même. Il s'agit d'un homme de 34 ans, qui, depuis un mois, toussait et expectorait abondamment des crachats purulents. Il y avait amaigrissement et sueurs nocturnes. A l'auscultation, on entendait clairement le bruit respiratoire dans toute la partie antérieure de la poitrine; mais en arrière, au niveau de l'omoplate gauche, le son était tout à fait mat et on n'y entendait nullement le bruit respiratoire. Il y avait en ce point de la bronchophonie. A l'autopsie, on trouva le poumon droit sain dans toute son étendue, mais la partie *inférieure* du poumon gauche était passée à l'état d'hépatisation grise. Sans doute l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, l'expectoration purulente étaient de nature à faire craindre l'existence de tubercules pulmonaires, et d'un autre côté, l'absence du murmure respiratoire et la matité dans un point sont des signes qui appartiennent à la tuberculisation. Mais l'auteur n'a pas réfléchi sans doute à cette coïncidence d'une expectoration purulente (annonçant une désorganisation profonde du poumon, surtout en présence de phénomènes de colliquation) avec une simple absence du murmure respiratoire, sans craquements, sans râle muqueux, sans gargouillement. Jamais, on peut le dire, une réunion de pareilles circonstances ne se présente dans la phthisie. En outre, bien que l'observation place au niveau de l'omoplate le siége de la matité (indication assez vague, du reste), il nous paraît certain qu'il eût été possible de reconnaître, pendant la vie, cette délimitation de la lésion matérielle *dans le lobe inférieur* du poumon, et cette circonstance eût suffi pour éloigner l'idée d'une phthisie tuberculeuse. Voilà des éléments positifs et très-clairs de diagnostic, et l'on pourrait en signaler d'autres dans l'observation.

Relativement à la curabilité de la phthisie, l'auteur se prononce sans hésiter pour l'affirmative. Néanmoins, il croit qu'on a beaucoup exagéré la fréquence relative des cas de guérison, et que bien souvent il ne s'agissait que d'une forme particulière de pneumonie terminée par de petits abcès dont le pus a graduellement disparu et a été remplacé par de la substance calcaire. Il est, en effet, une forme d'altération du poumon insuffisamment étudiée en France, et sur laquelle Addison, en Angleterre, a publié de bonnes remarques, c'est l'*induration granulée*. Il semble que les vésicules pulmonaires, exemptes elles-mêmes de lésion, soient remplies d'une substance albumineuse solide. Quand on extrait un peu de cette substance avec une lancette, il est facile de voir qu'elle n'a rien de commun avec la matière tuberculeuse. D'ailleurs l'altération dont il s'agit s'observe chez des sujets fort avancés en âge, et MM. Hourmann et Dechambre paraissent l'avoir rencontrée plusieurs fois à la Salpêtrière. Eh bien! M. Groshaus affirme que les indurations de cette espèce peuvent devenir le siége de ramollissements partiels, donnant lieu à de petites cavernes susceptibles de s'oblitérer, soit par adhésion de leurs parois, soit par le dépôt d'une substance crétacée, et il incline à croire que bon nombre de cicatrices pulmonaires invoquées comme exemples de guérison de phthisie tuberculeuse n'avaient pas d'autre origine. C'est une opinion qui n'est pas sans mériter considération.

DU DÉCUBITUS; DES MOYENS DE LE PRÉVENIR ET DE LE GUÉRIR; par le docteur MIQUEL.

Sous ce titre assez peu correct, l'auteur entend traiter des moyens de prévenir les rougeurs, les ulcérations et la gangrène, qu'entraîne si souvent le décubitus prolongé sur le dos ou sur le côté. Il avertit que son travail, qui a pour but de répondre à une question proposée par la Société de médecine de Gand, n'a pu être commencé que quinze jours avant le délai imposé aux compétiteurs; néanmoins le prix lui a été décerné. Ce n'est pas tant sans doute pour l'examen abrégé des moyens employés jusqu'ici dans le but de prévenir les fâcheux résultats d'un décubitus prolongé, abrégé contenu dans quatre ou cinq pages des ANNALES, que pour la proposition d'un moyen particulier et appartenant en propre à l'auteur.

Voici d'abord comment M. Miquel pose les indications à remplir :

Puisque le corps doit naturellement reposer sur quelqu'une de ses parties, il faut s'arranger de façon que ce soit sur la surface la plus large possible; il faut faire porter ce poids par la partie la plus résistante, si cela se peut, et tâcher d'effacer les saillies sur lesquelles la pression doit nécessairement se faire sentir. Il faut aussi que les objets composant la couche soient faciles à changer, et que cela se fasse sans le moindre risque de produire des excoriations. Il faut enfin que le malade puisse être tenu très-proprement, que le patient ne macule pas ses linges, que les parties déjà malades puissent être facilement pansées.

Le moyen de remplir la principale indication, l'auteur la trouve dans une simple attitude du corps.

Si l'on fait, dit-il, fléchir les cuisses sur le bassin et les jambes sur les cuisses, la colonne vertébrale tend de plus en plus à perdre sa courbure sacro-lombaire; la pointe sacro-coccygienne ainsi que les ischions cessent de faire une saillie considérable; la main, qui auparavant pouvait passer fermée sous la courbure sacro-lombaire, porte un poids assez notable. Si l'on rapproche de plus en plus les talons des fesses, la main placée sous le sacrum est libre, et les jambes supportent une partie du poids qui tout à l'heure pesait sur le sacrum. Si en outre on croise les bras sur sa tête, on achève d'effacer toutes les saillies qui portaient principalement sur la couche, et l'on fait que le poids du corps est reporté sur la surface la plus uniforme et la plus large possible.

En conséquence, l'auteur propose de substituer aux moyens généraux employés un simple changement dans la position des membres. Ce changement consiste à mettre les bras sur la tête, ce qui n'a pas d'inconvénient, même en hiver, si le malade a soin de porter des gilets à manches; à fléchir les membres pelviens de manière à faire faire au malade ce que le vulgaire appelle la *grange*. Pour faciliter le maintien prolongé de cette position, voici comment s'y prend M. Miquel.

Une planche entourée d'un linge, rembourrée au besoin, est fixée par des lacs à la place où les pieds doivent porter; elle offre à son milieu deux boucles et un ruban de fil. On adapte aux pieds du malade une bande ou plutôt une cravate en étrier, dont les deux bouts viennent par derrière passer dans une des boucles de la planche et s'y fixer par un nœud. Pour maintenir les genoux, il suffit de deux coussins latéraux qui supportent les couvertures et entretiennent la chaleur.

Quand on lit avec attention le travail de M. Miquel, on reste convaincu qu'il n'a pas soumis ce moyen à des expériences positives; c'est, du reste, ce qu'attestent les paroles suivantes : « Est-ce à cette manière de faire que je dois de n'avoir plus depuis longtemps de malades *affectés de décubitus? Je le pense, et n'ai point de meilleure preuve à donner de son efficacité.* » Quant à nous, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que si le corps, dans l'attitude indiquée, repose un peu plus uniformément sur le lit, ce ne peut être qu'à la condition d'une résistance continue des membres inférieurs, sur lesquels se trouve déversé en partie le poids du corps. Or nous craignons bien qu'une telle situation ne puisse durer longtemps sans une fatigue insupportable, à laquelle doit singulièrement ajouter la flexion permanente des genoux. Il nous paraît impossible qu'il n'en résulte pas de vives douleurs dans l'articulation fémoro-tibiale. La planche qui soutient les pieds ne saurait empêcher le tronc de tendre perpétuellement à descendre, à augmenter ainsi la double flexion des cuisses

et des jambes, et le malaise qui en est inséparable. Nous nous tenons donc, quant à présent, en garde contre le moyen proposé par M. Miquel.

IV. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de janvier, février, mars et avril 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur l'anatomie de la conjonctive, au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement;* par M. de Condé. 2° *Considérations théoriques sur l'amaurose;* par M. Hégésippe Duval. 3° *De l'opération du staphylôme de la cornée, considérée sous le rapport de son manuel et de ses suites;* par M. Deval. (Il recommande surtout de laisser en place un petit cercle de la cornée, et d'exciser d'abord la moitié supérieure avant l'inférieure.) 4° *Emploi du collodion en ophthalmologie;* par M. Hairion. 5° *Des granulations conjonctivales; nouvelle doctrine, de M. Thiry;* par M. Crocq. 6° *Observations de mélanose de l'œil, recueillies dans le service de M. Pétrequin;* par M. Foltz. 7° *Observation d'un exophthalmos survenu après la scarlatine;* par M. Deval. 8° *De l'emploi du camphre dans le traitement de l'amblyopie;* par M. Frédéricq. (Un sachet de camphre pendu devant les yeux a suffi à lui seul pour procurer, au bout de deux mois et demi, la guérison d'une amblyopie.) 9° *Grandeur de l'œil aux différents âges de la vie;* par M. Quetelet. 10° *Relevé statistique des malades traités pendant l'année 1848, au dispensaire ophthalmique, sous la direction de M. Ansiaux.*

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE DE LA CONJONCTIVE, AU POINT DE VUE DE SES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT; par M. DE CONDÉ.

Un examen attentif révèle entre les diverses parties de la conjonctive des différences très-appréciables de structure; et l'on voit d'autre part les maladies respecter ces divisions, se bornant chacune à un département de la muqueuse oculaire, sans empiéter sur le domaine contigu réservé à une autre affection. On peut subdiviser, sous ce rapport, la membrane muqueuse de l'œil en trois parties : conjonctive tarsienne, conjonctive du repli et conjonctive oculaire.

La première, conjonctive tarsienne, est unie dans toute son étendue par un tissu cellulaire serré à la face postérieure des cartilages tarses. C'est là que se trouvent les follicules de Meibomius, organes sécréteurs de la chassie. Là aussi est, pathologiquement, le siége des granulations dites charnues, phénomène secondaire de l'ophthalmie contagieuse, et qui n'est point nécessairement lié à son existence. On les rencontre surtout confluentes, sur la paupière supérieure, à une ligne environ en deçà du bord adhérent du tarse.

La seconde subdivision de la conjonctive commence à une demi-ligne au delà du bord adhérent du tarse, et se continue jusqu'à son application au globe de l'œil; elle n'adhère à la graisse molle sous-jacente que par un tissu cellulaire très-lâche. — M. de Condé a observé qu'un vaisseau assez volumineux, souvent le seul qu'on aperçoive sur toute l'étendue de la conjonctive palpébrale, parcourt cette région en se partageant en une foule de ramuscules, dont les divisions ultérieures donnent fréquemment à cette partie de la conjonctive une coloration jaunâtre qui tranche sur le blanc du reste de la muqueuse.

C'est cette seconde partie de la conjonctive qui, seule, dans l'ophthalmie contagieuse, est susceptible de se couvrir des vésicules (granulations vésiculeuses) qui caractérisent ces affections, lesquelles ne s'étendent jamais au delà, soit sur la première portion, *tarsienne*, soit sur la troisième, *oculaire*. D'autre part, on ne rencontre jamais de granulations charnues sur la conjonctive *du repli*. Elle diffère donc de la première subdivision en ce qu'elle ne possède point l'élément de la granulation charnue, attribut exclusif de celle-ci, et en ce qu'elle contient l'élément de la granulation vésiculeuse, et le contient seule.

Or, ces granulations vésiculeuses sont-elles un produit nouveau, ou le développement morbide d'une organisation existant déjà à l'état normal sur la membrane? M. de Condé penchait depuis longtemps pour cette dernière opinion, mais sans avoir pu jusque-là la démontrer anatomiquement, lorsque M. Spring, professeur à l'Université de Liége, lui dit que, tous les ans, il faisait voir à son cours d'anatomie la présence, dans la conjonctive palpébrale rétro-tarsienne, d'une foule de petites glandules disséminées sur la surface. On les rend très-visibles au moyen d'une loupe ordinaire, en ayant seulement la précaution de mouiller pendant peu de temps le tissu cellulaire sous-conjonctival de cette partie.

En suivant ce procédé, on découvre en effet deux séries linéaires de petits points saillants comme des pointes d'épingles, des perles très-fines, de petits mamelons représentant parfaitement, mais à l'état microscopique, les corps qui constituent plus tard les granulations dites vésiculeuses. Nul doute que ce ne soient ces petits corps glanduleux ou folliculaires qui, accrus pathologiquement, et leur sécrétion, détournée de ses caractères habituels, acquérant une spécialité de composition, constituent la granulation vésiculeuse qui caractérise l'ophthalmie dite *militaire*.

Quant à la troisième partie, conjonctive oculaire, M. de Condé en admet l'existence, si souvent contestée. On peut, dit-il, la séparer de la cornée par vastes lambeaux, en macérant l'œil dans de l'eau chaude. Dans le ptérygion, elle subit une dégénérescence spéciale, qui le plus souvent ne s'étend pas au delà de son tissu.

Cette membrane est dépourvue tout à la fois de papilles, ou éléments de la granulation charnue, et des petits organes glanduleux ou éléments de la granulation vésiculeuse. C'est à cette dernière circonstance, et à l'emploi d'un traitement éradicatif borné à la conjonctive palpébrale qu'on doit d'avoir pu garantir si fréquemment le globe de l'œil.

Certaines influences morbifiques s'attaquent à la conjonctive dans toute son étendue et à titre de muqueuse; telles sont la rougeole, la scarlatine, la variole. Comme les pustules varioliques n'apparaissent que là où il y a du tissu muqueux de Malpighi, on est fondé à croire que la membrane superficielle de la cornée est une muqueuse pourvue, sinon de chorion, au moins de tissu muqueux et d'épithélium.

M. de Condé a vu chez une dame un érysipèle de la face se porter sur la cornée transparente et y produire des taies. L'érysipèle étant une maladie des tissus élémentaires de la peau, n'est-on pas en droit d'admettre qu'il y a autre chose dans la kératite érysipélateuse qu'une maladie de l'épiderme cornéen, qu'il y a là en outre un élément dermique?

Enfin il est digne de remarque, au point de vue de cette étude spéciale des divers départements de la conjonctive, que la diathèse scrofuleuse se traduit dans cette membrane par l'intumescence des follicules de Meibomius et l'augmentation du fluide mucoso-sébacé qu'ils sécrètent. Il en résulte un épaississement et une rougeur de la muqueuse palpébrale voisine du bord libre et ne s'étendant guère à plus d'une ligne au delà. Lorsque l'inflammation scrofuleuse envahit la conjonctive scléro-cornéenne, elle se distingue encore en ce que, dans l'immense majorité des cas, elle ne s'étend pas aux parties plus profondes.

EMPLOI DU COLLODION EN OPHTHALMOLOGIE; par M. HAIRION.

Deux objets bien distincts sont proposés et réalisés par l'occlusion des paupières au moyen du collodion : l'un est de mettre l'œil à l'abri de l'irritation qu'y déterminent l'influence de l'air, le contact des corps étrangers, et le frottement répété qui résulte du jeu des paupières. L'autre but consiste à retenir plus longtemps contre la surface oculaire les médicaments topiques, collyres, pommades, etc., dont, sans cette précaution, l'action n'est que peu durable et partant souvent illusoire.

La manière de procéder est des plus simples. Les paupières étant rapprochées, on applique sur la fente palpébrale, à l'aide d'un pinceau de poils de blaireau, trempé dans le collodion, une couche légère de cette substance. La dessiccation qui s'en opère rapidement lui donne l'aspect d'une pellicule mince, grisâtre et très-adhérente, laquelle se détache ordinairement au bout de quarante-huit heures, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, ce qui d'ailleurs dépend non-seulement de son degré d'épaisseur, mais aussi de l'état des bords palpébraux plus ou moins fournis de cils, et de l'abondance des matières sécrétées par l'œil. Il est généralement avantageux de ne pas laisser trop longtemps les paupières en liberté, et de pratiquer de nouveau sans tarder l'occlusion.

M. Hairion a obtenu de grands avantages de cette méthode, principalement contre les maladies de la cornée et les inflammations de la conjonctive. Il avertit seulement que, avant de traiter les phlegmasies oculaires par le secours combiné de l'occlusion palpébrale et des collyres hyposthénisants, il faut d'abord avoir ramené l'inflammation des membranes externes à un degré modéré et éloigné toute complication locale ou générale. Jamais les accidents dus à l'accumulation des matières sécrétées par l'œil dans la cavité oculo-palpébrale ne sont à craindre : ou ces matières s'échappent immédiatement de l'œil en se frayant une voie à travers la couche de collodion non encore complétement solidifiée, ou seulement plus tard, après la dessiccation de cette substance, en soulevant à l'angle interne de l'œil la pellicule qu'elle forme.

— C'est là sans doute un ingénieux procédé; mais nous devons rappeler que l'idée d'utiliser l'occlusion palpébrale pour le traitement des ophthalmies avait déjà été émise dès l'année 1838 par M. Pétrequin, qui en formula les indications rationnelles, et avait obtenu de son emploi de remarquables succès.

GRANDEUR DE L'ŒIL AUX DIFFÉRENTS AGES DE LA VIE; par M. QUETELET.

Les données ci-dessous, relatives à la grandeur de l'œil dans le sens horizontal (c'est-à-dire d'un angle palpébral à l'autre) aux divers âges de la vie, montrent que, vers l'âge de cinq ans, l'œil a déjà pris une bonne partie

de son développement, et qu'il ne fait plus ensuite que croître d'une manière presque insensible et très-lente.

Ages.	Hommes.	Femmes.
0 à 1 an. .	19 millimètres.	18 millimètres
1 à 3 ans. .	21 —	20 —
3 à 5 —. .	25 —	25 —
5 à 7 —. .	26 —	26 —
7 à 9 —. .	25 —	26 —
9 à 11 —. .	27 —	27 —
11 à 13 —. .	27 —	27 —
13 à 15 —. .	28 —	27 —
15 à 18 —. .	29 —	28 —
18 à 20 —. .	30 —	28 —
20 à 25 —. .	30 —	28 —
25 à 30 —. .	30 —	28 —
30 ans et plus.	30 —	27 —

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 JUILLET.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Mérat demande la parole à l'occasion du procès-verbal pour une motion d'ordre. Il propose de revenir sur la décision qu'a prise récemment l'Académie et de reprendre l'ancien usage de dépouiller la correspondance au commencement de la séance. Après une discussion assez animée, cette proposition est mise aux voix et adoptée.

TRAITEMENT DE L'ANÉVRISME PAR L'ÉLECTRO-PUNCTURE.

M. Abeille, médecin adjoint au Val-de-Grâce, lit sur ce sujet un mémoire que nous reproduisons sommairement.

Il s'agit dans ce travail d'une opération d'anévrisme de la sous clavière gauche à l'aide de l'électro-puncture et d'expériences faites sur les animaux pour coaguler, à l'aide de l'électricité, le sang dans les tubes artériels.

La malade qui fait le sujet de l'observation est une vieille fille de 65 à 67 ans. La tumeur, située entre les scalènes, de la grosseur d'un œuf de poule, fut jugée anévrismale par nombre de médecins et par l'auteur, d'après les signes non douteux que voici : tumeur pulsative non-seulement en élévation et en abaissement, mais encore avec systole et diastole isochrones aux battements du cœur; affaissement partiel de la tumeur par la compression de l'artère au-dessus et cessation des pulsations dont elle est le siége; tension plus grande au contraire quand on comprime l'axillaire. Bruit de souffle prononcé perçu par l'oreille appliquée sur la tumeur et dû probablement au frottement du sang sur les concrétions plastiques du sac. Sensation de frémissement à la main qui presse. Anomalie de l'artère sous-clavière qui, naissant d'un tronc commun avec la carotide primitive, s'élève en arcade au-dessus de la clavicule pour venir s'engager entre les scalènes. Preuve convaincante que c'est bien la sous-clavière, c'est qu'en comprimant l'artère au-dessus de la tumeur on arrête les battements de l'axillaire et de la radiale.

L'opération fut pratiquée le 10 février 1849 au moyen d'une pile à auges de vingt couples zinc et cuivre de 10 centimètres de côté, et de quatre aiguilles en acier de 2 pouces à 2 pouces et demi, recouvertes jusqu'à une ligne de la pointe et 2 lignes de la tête d'un mastic isolant. Pile chargée avec de l'eau saturée d'un mélange d'acides acétique et sulfurique.

La malade, couchée horizontalement, la tête tournée à droite, fut préalablement endormie avec l'éther. Des aiguilles furent implantées sans entre-croisement de pointes par paires jusqu'à trois quarts de pouce environ et dénotant leur présence dans l'intérieur du sac par le défaut de résistance. Électricité très-forte, belles étincelles. La séance dura trente-sept minutes. Toutes les cinq minutes les pôles étaient mis en contact avec la paire opposée.

Réveil de la malade au bout d'une minute; douleurs atroces, vociférations, agitation, mouvements convulsifs de tout le corps et surtout du bras gauche. La tumeur commence à durcir au bout de cinq minutes, devient rénitente, tendue, cesse de battre, et le pouls exploré constamment devient filiforme, presque introuvable. Extraction des aiguilles après trente-sept minutes; deux d'entre elles nécessitent par leur résistance des mouvements de rotation, et laissent après elles de petites escarres superficielles de la peau qui suppurent très-peu plus tard.

Demi-compression avec le pouce sur la sous-clavière au-dessous de la tumeur pendant l'opération; compression pendant dix heures après l'opération au moyen d'une pelote sur laquelle pèse un poids d'un kilo.

Après l'opération, tumeur dure, tendue, sans pulsation, sans battement; absence de bruit de souffle entendu dans le sac avant l'opération. Vingt-quatre heures après, cessation du pouls radial, refroidissement et engourdissement du membre thoracique gauche qu'on est obligé de réchauffer avec des sachets de sable chaud. Absence du pouls; roideur pendant près de quarante-huit heures. Il reparaît très-faible avec le retour de la chaleur au membre. Une congestion cérébrale nécessite deux saignées du bras, le troisième et le quatrième jour de l'opération.

Dès le quatrième jour de l'opération la tumeur commence à décroître; le dixième jour elle était notablement diminuée; le dix-huitième, diminution de plus de moitié. Etat stationnaire pendant quelques jours, puis disparition lente et graduée. Le trente-septième jour de l'opération, absence de toute saillie, sensation profonde d'un corps ovalaire, aplati, dur, à la place de la tumeur. Trois mois après on percevait encore un peu ce corps dur; le pouls restait beaucoup plus faible que l'autre. A cette même date, l'artère avait acquis au-dessus un peu d'ampliation, et l'on pouvait voir partir de ce point trois troncs secondaires qu'on n'avait jamais vus avant l'opération, troncs qu'on présume être la vertébrale, la thyroïdienne inférieure et la scapulaire postérieure.

Aujourd'hui, deux ans et demi après l'opération, l'artère conserve le même aspect sans avoir augmenté de volume, et il existe encore à la place de la tumeur un corps dense et résistant, mais il faut une forte pression du doigt pour le sentir; sa dimension paraît bien moins grande.

Dix expériences sur des chiens, une sur un mouton, ont été entreprises dans le but d'obtenir la coagulation du sang dans les tubes artériels, au moyen de l'électricité. Ces expériences ont été faites devant les confrères qui ont assisté à l'opération de l'anévrisme.

1° Chien de moyenne taille; aiguilles implantées dans l'artère à travers la peau et le tissu cellulaire. Séance de cinq minutes. Réussite. Le lendemain même tentative sur l'artère crurale opposée du même animal. Les aiguilles n'arrivent pas dans l'artère. Chien sacrifié quarante-huit heures après l'opération précédente. Première artère présentant un caillot obturateur d'un pouce environ en longueur, s'étendant jusqu'à la collatérale voisine. Ce bouchon est rosé, très-résistant, adhérent aux parois artérielles de façon à s'en détacher difficilement. Par une section transversale à la partie moyenne, on reconnut une série de couches concentriques, circulaires, intimement unies les unes aux autres.

2° Chien de grosse taille. Artère crurale mise à découvert; les mouvements de l'animal font échapper les aiguilles implantées; hémorrhagie à deux jets; aiguilles replacées sur les ouvertures; bouillonnement du sang autour de leur pointe et coagulation qui arrête l'hémorrhagie. Implantées plus bas. Séance de cinq minutes. Bouchon obturateur; pulsations de l'artère visibles à l'œil au-dessus du bouchon; absence des systole et diastole au-dessous. Chien abandonné sans précaution dans une chambre.

Deuxième opération le lendemain. Séance de cinq minutes; même réussite. L'animal est sacrifié deux heures après la deuxième opération. Les deux artères sont détachées. Un stylet introduit par le bout supérieur et inférieur de chacune d'elles rencontre dans le bouchon un obstacle infranchissable. Coupés transversalement, les bouchons présentent les mêmes couches que dans le cas précédent. Premier bouchon, rosé; second d'un rouge encore vif.

Dans les autres expériences sur les chiens, les résultats obtenus ont été identiques.

Dans l'expérience sur le mouton, une fois l'artère mise à découvert et l'opération commencée, comme dans les cas précédents, les aiguilles furent déjetées quatre fois coup sur coup et quatre fois replacées dans les mêmes ouvertures. La pile fonctionna sept minutes. On croyait l'expérience manquée, et pourtant, en examinant l'artère, on put reconnaître la présence du caillot.

L'animal fut abandonné dans le troupeau pendant quinze jours sans aucune précaution, et sacrifié après.

Artère difficile à trouver, enfoncée qu'elle est dans des tissus indurés par suite de cicatrisation.

En introduisant un stylet par le bout supérieur, on rencontre un obstacle infranchissable. Le bout inférieur ne permet point l'introduction du stylet; il est aplati comme un ruban jusqu'au caillot. Les parois artérielles adhèrent ensemble.

Le caillot, mis à découvert, est plus volumineux supérieurement qu'inférieurement, où il est un peu aplati et se confond insensiblement avec le ruban formé par l'artère. Impossible de le séparer distinctement, par la distension, des parois artérielles. Coupé transversalement, il est opalin, blanchâtre dans toute son étendue, ne présentant aucun point rosé même à son centre.

Quant à ce qui est de la valeur de l'opération, M. Abeille formule son opinion dans les réflexions suivantes :

Les douleurs que cause l'électro-puncture ne lui paraissent comparables à aucune autre. Ce motif lui paraît assez puissant pour lui faire céder le pas à la ligature toutes les fois que celle-ci pourra être employée avantageusement, comme dans les anévrismes siégeant sur des membres. Les dangers de l'électro-puncture, les accidents qu'elle peut susciter, équivalent, s'ils ne dépassent pas ceux de la ligature : hémorrhagies en cas que l'opération ne réussisse pas, cautérisation de la peau et des parois du sac si on ne prend pas bien les précautions; inflammation, suppuration de celui-ci et hémorrhagies consécutives graves, tels sont les dangers qu'elle fait courir. Si elle était beaucoup moins douloureuse que la ligature, on pourrait la tenter d'abord, pour recourir à celle-ci ensuite en cas d'échec. Mais comme elle n'épargne ni danger ni douleur au malade, elle ne pourra jamais rivaliser avec elle pour les anévrismes des membres.

En résumé, l'électro-puncture peut être d'un immense secours dans quelques

cas exceptionnels, malgré les douleurs atroces qui l'accompagnent. C'est le seul avantage qu'on puisse lui reconnaître. Cet avantage serait sans égal s'il devenait avéré, par des faits nombreux et par les pièces anatomo-pathologiques, que, sur le sang artériel humain, la coagulation est l'effet constant de son emploi.

MORT APPARENTE CHEZ LE FOETUS.

M. CAPURON lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Van Hengel (d'Helversum), relatif à la mort apparente chez le fœtus. Nous avons déjà fait connaître le contenu de cette communication.

Ce court mémoire, dit M. le rapporteur, renferme beaucoup d'intérêt, et mérite l'attention des praticiens. Il propose, en conséquence, de conserver ce mémoire dans les archives, d'écrire une lettre de remercîments à l'auteur, et d'inscrire son nom parmi ceux des candidats qui aspirent au titre de correspondants étrangers de l'Académie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

RESSERREMENT DE L'ORIFICE UTÉRIN SUR LE COL DE L'ENFANT.

M. CAPURON lit un second rapport sur un travail de madame Coquillard, sage-femme à Belleville, relatif au resserrement de l'orifice utérin sur le col de l'enfant, lorsqu'il présente les pieds. Madame Coquillard recommande, dans ce cas, l'emploi du seigle ergoté en poudre par la bouche, ou mieux encore en décoction injectée par le vagin. M. le rapporteur propose de passer à l'ordre du jour, et de répondre au ministre que ce mémoire ne contenant que des choses qu'on trouve dans les traités élémentaires d'accouchement, toute discussion serait inutile. (Adopté.)

— Le même membre fait un troisième rapport sur un pessaire de l'invention de la même sage-femme.

M. le rapporteur propose à l'Académie d'accorder son approbation à ce pessaire, qui est, dit-il, le plus ingénieux qu'on ait imaginé jusqu'à présent.

M. MOREAU trouve, en effet, ce pessaire ingénieux théoriquement, mais il doute qu'il puisse être d'aucune utilité dans la pratique. Il ne faudrait pas se prononcer, d'ailleurs, avant qu'il ait été soumis à l'expérience.

Un autre membre demande l'ajournement.

L'ajournement du rapport est mis aux voix et adopté.

— La parole est à M. le secrétaire pour le dépouillement de la correspondance.

La correspondance officielle ne comprend qu'une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant une communication de M. Justin Sabatté, médecin à Pont-Sainte-Marie, qui propose le seigle ergoté comme remède contre le choléra. (Comm. du choléra.)

— Des élèves de Vauquelin, MM. Bouchardat, Caventou, Chevallier, Guérard, Lassaigne et Robinet, en offrant à l'Académie nationale de médecine le portrait de ce savant, exécuté par mademoiselle Bathilde Goblin, adressent la lettre suivante :

« Le souvenir que garde religieusement l'Académie de médecine de ses anciens membres qui se sont le plus distingués pendant leur vie, dans la carrière des sciences médicales, nous fait présager qu'elle voudra bien agréer avec sa bienveillance accoutumée l'hommage que nous lui faisons aujourd'hui d'un portrait de Nicolas-Louis Vauquelin.

» C'est dans cette pensée que quelques élèves de ce chimiste, présents à Paris, se sont réunis et ont fait exécuter une copie fidèle du portrait de cet académicien, persuadés que les traits de cet illustre savant, dont la modestie égalait le profond savoir, seraient vus avec plaisir par ses anciens collègues, ses élèves reconnaissants et ses nombreux amis. »

On sait que Vauquelin, chimiste distingué autant que modeste, est l'auteur d'un très-grand nombre de mémoires scientifiques d'une haute importance, et qu'on lui doit particulièrement : 1° la découverte du *chrome*, qui fournit aux arts, à la cristallerie et aux fabriques de porcelaine ces belles et brillantes couleurs qu'on admire à l'exposition ; celle d'un procédé pour retirer les métaux précieux des *eaux des bijoutiers*, métaux qui, à cette époque, étaient en partie perdus ; 3° celle de la formation de l'*outremer* dans les fours à soude. C'est par suite des travaux de ce savant chimiste que la fabrication de l'*outremer factice* s'est établie en France et qu'on peut avoir cette précieuse couleur à 12 fr. le kilogramme, tandis que le bleu d'outremer du *lapis lazuli* coûtait jusqu'à 1,500 f. les 500 grammes.

Vauquelin, lorsqu'il fit l'analyse de l'*outremer* qui s'était formé dans un four à la belle fabrique de Saint-Gobin, avait prévu tout ce que pouvait produire la formation de cette substance, et il s'était exprimé formellement à cet égard.

Vauquelin, né en 1763, à Saint-André-d'Hébertot, comme les biographes l'ont fait connaître, était le fils d'un laboureur ; à 14 ans, il entrait comme garçon de peine chez M. Mezaize, pharmacien à Rouen ; plus tard, venu à Paris, il se livra à l'étude avec excès, tomba malade et fut conduit à l'Hôtel-Dieu. A sa sortie de cet hôpital, il entra en pharmacie ; là il fut distingué par Fourcroy, qui l'appela près de lui et l'associa à ses travaux. Auprès de ce grand maître, Vauquelin fit des progrès étonnants et devint l'un des hommes les plus illustres dont s'honore la France. Le fils d'un pauvre et obscur laboureur devint inspecteur des mines, membre de l'ancienne Académie des sciences, puis de l'Institut. Il fut professeur au Muséum d'histoire naturelle, directeur et professeur de l'École de pharmacie, professeur à la Faculté de médecine, inspecteur général de la Garantie, député du Calvados, chevalier de la Légion d'honneur et chevalier de l'ordre de Saint-Michel, destiné alors aux savants, aux artistes et aux personnes qui se distinguaient par de nouvelles inventions ou des entreprises utiles à l'État.

Vauquelin est mort le 14 novembre 1829, âgé de 66 ans ; mais lorsqu'on considère ses nombreux travaux et ses nombreuses occupations, on se demande comment, en un si court espace de temps, un homme sorti des derniers rangs du peuple a pu, par la seule force de son génie, monter au premier rang et rendre d'aussi importants services à son pays.

— M. JUNOD communique un nouveau mémoire sur l'application des grandes ventouses au traitement du choléra.

— M. FAYE, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Christiana, présente un mémoire renfermant des détails sur le traitement qu'il emploie contre les affections puerpérales, spécialement la fièvre de ce nom.

L'auteur dit avoir eu de bons résultats de l'administration des émissions sanguines générales au début, des émissions sanguines locales plus tard, ainsi que des narcotiques et des purgatifs salins.

(Commissaires : MM. Gibert et Renauldin.)

CHOLÉRA.

M. GUILLABERT, étudiant en médecine, communique le fait suivant dont il a été témoin, et qui à son avis milite en faveur de la contagion.

Dans la commune de Courdimanche (Seine-et-Oise), où je fus délégué par le ministre du commerce, vivait une famille composée de six personnes : cinq furent atteintes successivement de l'épidémie ; les trois premières résistèrent à l'attaque ; après la guérison de l'une, la seconde était envahie, puis celle-ci rétablie, la troisième, et ces trois personnes vivent encore. Il s'écoula un intervalle : un enfant fut atteint ; il succomba et presque immédiatement sa mère eut le même sort.

M. GIRARD (d'Auxerre) donne de nouveaux détails sur la marche du choléra dans l'asile des aliénés de cette ville.

Il résulte de ces détails que, parmi les aliénés, il y en a eu 1 sur 5 d'affectés de cholérine et de choléra, et parmi le personnel, 1 sur 10.

L'auteur joint à sa communication un tableau représentant les conditions pathologiques et hygiéniques dans lesquelles se trouvaient les malades atteints, et qui permet d'apprécier l'influence que peut avoir eue chaque affection cérébrale sur le développement de la maladie.

M. Girard donne d'abord l'état des diverses affections dont sont atteints les malades renfermés dans l'asile.

Voici cet état :

	Hommes.	Femmes.
Manie	12	15
Manie chronique	30	32
Lypémanie	15	43
Monomanie	7	12
Démence	16	34
Idiotie	15	25
Épilepsie	14	11
Épilepsie—démence	2	3
Épilepsie—idiotie	2	1
	113	176

Le choléra a frappé dans les proportions suivantes quelques-unes des catégories précédentes :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Manie	1	»	1
Manie chronique	3	»	3
Lypémanie	6	9	15
Démence	3	5	8
Idiotie	7	4	11
Épilepsie	7	2	9
Épilepsie—démence	1	1	2
Épilepsie—idiotie	1	1	2
			51

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE, PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PAR M. ANDRAL ; recueilli et publié par le docteur AMÉDÉE LATOUR. — 3 vol. in-8°. — 2e édition. — Chez Germer Baillière.

Ceux qui appartiennent à la même génération médicale que M. Latour n'ont pas oublié ce célèbre cours de pathologie interne. Ils se rappellent, non sans charme, ces portes assiégées longtemps d'avance avec un empressement tapageur et une ardeur d'émulation qui n'était pas physiquement sans danger ; cet auditoire compact, débordant par les vomitoires de la grande salle, et dans lequel se faisaient remarquer çà et là, au milieu d'une moisson de jeunes têtes, quelques figures graves de vieux praticiens ; la parole simple,

claire, nette, du professeur; son geste dogmatique, certain mouvement de tête venant après la phrase comme une muette confirmation, ce didactisme d'exposition si régulier, si facile, si accessible à toutes les intelligences; cette analyse minutieuse et toujours vraie des phénomènes pathologiques, et par-dessus tout cette inexorable guerre à l'esprit de système. C'est, avec le talent remarquable du professeur, ce dernier caractère du cours qui en explique le mieux son grand succès. Broussais déclinait de jour en jour avec une rapidité croissante; M. Andral, un des premiers, dans ses leçons de l'École pratique, avait porté la main sur l'arche nouvelle. On aimait à le voir, fortifié par une expérience plus étendue, par une raison plus mûre, porter des coups mieux assurés. L'immense réputation qui avait environné Broussais tournait au profit de M. Andral, et le critique semblait endosser toute la gloire dont il dépouillait l'homme de système. En même temps, entraîné par la disposition bienveillante de son caractère autant que par la tendance de son esprit vers les opinions conciliatrices, il ne rompait pas complétement avec le physiologisme; loin de là, il en conservait l'esprit dans plusieurs parties de son enseignement, notamment dans sa classification des maladies, et cette vertu de *mitoyenneté* était encore un moyen de succès auprès de la génération médicale, qui n'aurait pas, sans regimber, reculé d'un seul coup jusqu'aux grands principes de l'ancienne médecine.

On peut deviner l'intérêt qui devait s'attacher à la publication d'un cours qui a eu ce caractère. Aussi cette publication avait-elle été entreprise par M. Latour dès 1836 ou 1837. Un *veto* du professeur, suivi, si notre mémoire nous sert bien, d'une menace d'action en justice, ne l'empêcha pas d'arriver à bonne fin; mais depuis longtemps l'édition était épuisée. En donnant aujourd'hui une édition nouvelle, M. Latour se trouve placé dans des conditions beaucoup moins favorables. Voilà dix ans que M. Andral a quitté sa chaire de pathologie interne. Dans cet intervalle, la science a progressé; elle a en beaucoup de points subi des modifications notables, et M. Andral lui-même y a contribué autant que personne. Un seul bon moyen se présentait de rendre au cours toute son autorité et tout son intérêt : c'était de soumettre la publication à la direction du professeur, de recevoir de ses propres mains ou de soumettre à son jugement la matière des additions et des changements, et d'obtenir de lui l'aveu de l'œuvre ainsi parachevée. Cette faveur a manqué à M. Latour; elle lui a manqué après avoir été promise, par suite d'un conflit d'exigences inconciliables, et à cet égard sa discrète préface ne dit pas tout.

Dans cette situation, M. Latour a cru devoir, tout en conservant le cadre primitif et les principales divisions du cours, y introduire de son propre chef des parties considérables « qui en font, dit-il, sur plusieurs points essentiels un traité nouveau. » Cet expédient était-il le meilleur? Nous n'oserions l'affirmer. Dans cette espèce de fusion, et nous en parlons après un examen attentif, il est impossible très-souvent de reconnaître ce qui émane du professeur et ce qui appartient en propre au rédacteur, ce qui est du cours primitif et ce qui est des additions ou des changements. M. Latour s'est lui-même embrouillé plusieurs fois dans ce rôle complexe d'auteur et d'éditeur, et son langage en porte les traces. Tantôt c'est M. Andral qui parle dans sa chaire. Exemple : « Voici ce que nous disions dans notre TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, etc.... » Ou encore : « Nous avons décrit les caractères anatomiques dans notre traité, etc. » (T. I. p. 190 et 191.) Tantôt c'est M. Latour qui disserte, en son propre et privé nom, sous la formule *je* ou *moi*. Il est même bon nombre de passages où il cite M. Andral à la troisième personne, comme il ferait tout autre auteur, ce qui paraît assez singulier dans un ouvrage qui a pour titre COURS DE M. ANDRAL. Ainsi, t. I, p. 433 : « M. Andral, s'appuyant sur ses observations microscopiques, etc. » T. II, p. 247 : « Ajoutons les réflexions suivantes, prises dans la *clinique* de M. Andral. » Il y a même un endroit du même volume auquel la CLINIQUE MÉDICALE fournit une citation de quatre pages. Devant une telle promiscuité, la critique est mal à l'aise, parce qu'elle ne sait à qui s'adresser. M. Latour, offre, il est vrai, un moyen de lever la difficulté; il revendique pour lui seul *toutes les critiques que pourrait susciter l'ouvrage*. Mais ce n'est là qu'une fiction, et une fiction qui ne peut même pas passer pour un sacrifice; car la responsabilité d'un livre a deux revers : en l'acceptant, si on s'expose au blâme, on a droit au bénéfice de l'éloge, et le marché, dans le cas présent, pourrait n'être pas mauvais. En réalité, la responsabilité de l'ouvrage n'appartient à personne, parce que l'ouvrage se trouve dans cette condition inouïe et anormale d'avoir deux auteurs, dont l'un a corrigé l'autre, et qui ne s'avouent pas réciproquement. C'est, si on peut le dire, l'œuvre d'une *société anonyme*.

On eût pu, ce nous semble, éviter ce grave inconvénient, sans cesser de tenir compte des progrès récents de la pathologie. Le cours de M. Andral, par le cachet qui le distinguait, par l'influence qu'il a exercée sur la jeunesse médicale, valait la peine d'être conservé tel quel, ne fût-ce qu'à titre de document historique. Ce n'était pas précisément une école de progrès; l'honorable professeur n'ouvrait pas de perspectives bien hardies ; il n'affirmait pas souvent; mais en revanche il niait avec conviction et autorité. Ce travail de démolition était des plus instructifs; il avait pour la science, encombrée de fausses théories, une utilité vivement appréciée. Nous aurions donc vu un grand avantage à le reproduire fidèlement et intégralement. Rien n'empêchait ensuite d'y joindre des *annotations* aussi étendues qu'il eût été nécessaire pour le résumé des acquisitions plus modernes de la pathologie, et un *supplément* pour l'histoire des affections non comprises dans le cadre nosographique du cours.

Quoi qu'il en soit de ces réflexions, elles ne sauraient rien préjuger quant au mérite intrinsèque de l'œuvre, et le caractère abstrait, impalpable, de la responsabilité en présence de laquelle nous sommes placé, ne nous empêche pas d'examiner en lui-même, avec toute liberté de conscience, le COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. Nous dirons quelques mots successivement du plan et de l'exécution.

La partie fondamentale d'un traité de pathologie, c'est incontestablement la classification, parce que la classification est toujours l'expression plus ou moins fidèle d'une doctrine. Idéalement, nous ne concevons qu'une bonne méthode de classification : ce serait celle qui aurait pour principe et pour base l'étiologie et la nature des maladies. Nous ne la croyons pas applicable pour le moment, du moins d'une manière générale. A son défaut, quelle est la méthode à laquelle il convient de se rattacher? C'est la méthode dite *nosologique*, celle qui groupe les maladies d'après leurs analogies de caractères symptomatologiques, et divise chaque groupe en genres, espèces et variétés. La raison en est simple : c'est que les caractères symptomatologiques d'une maladie étant des effets de la cause morbide, l'accusent, la reflètent, alors même qu'on ne peut la saisir, et en sont pour ainsi dire les représentants dans la pathologie. La méthode nosologique, bien qu'elle soit le *pis-aller* de la méthode étiologique, est encore celle qui en procède le plus directement, et qui, à ce titre, mérite le mieux de lui être provisoirement substituée. Quant à la méthode *anatomique*, qui fait abstraction complète de la nature intime des maladies, elle vient en dernière ligne et ne doit être appliquée, suivant nous, qu'aux divisions secondaires de la pathologie. Or ce n'est pas ainsi que procède le COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. La méthode nosologique y est subordonnée à la méthode anatomique, loin de la primer. Ainsi, un premier *livre* comprend les maladies du tube digestif, un second les maladies de la circulation, un troisième les maladies de l'appareil respiratoire, et ainsi de suite jusqu'à la fin, à cette exception près qu'un livre spécial est consacré aux empoisonnements, et un autre aux fièvres. Ce n'est que secondairement, et à l'usage des subdivisions, qu'interviennent les analogies symptomatologiques : chacune des catégories indiquées plus haut est divisée en plusieurs classes de maladies qui sont : les lésions de circulation, celles de sécrétion, celles de nutrition, les productions morbides et les lésions d'innervation.

On pourrait croire que cette subordination du principe nosologique à l'expédient anatomique, a peu d'importance du moment où les droits du premier sont reconnus et consacrés. Ce serait une grave erreur. Une telle entorse à la philosophie médicale ne saurait être dans un ouvrage de ce genre un vice isolé. Elle porte avec elle suspicion légitime d'une tendance vers la stérile doctrine de l'anatomisme. Et l'appréhension, en effet, n'est que trop justifiée. On ne rencontre presque nulle part de considérations un peu approfondies sur le mode d'action des causes morbides, sur la genèse des phénomènes, sur la nature enfin des maladies. Et quand nous voyons cette stérilité dans une œuvre à laquelle ont concouru un penseur comme M. Andral et un esprit sagace comme M. Latour, nous n'en sommes que plus disposé à accuser la doctrine et la méthode, à moins de chercher une excuse dans la jeunesse et l'inexpérience de l'auditoire auquel le cours était particulièrement adressé.

C'est encore à cet excès de préoccupation anatomique qu'il faut s'en prendre de l'oubli complet d'une partie essentielle, à notre sens, de tout traité de pathologie. Nous voulons parler des généralités sur des éléments morbides fondamentaux. Qu'est-ce qu'une inflammation? qu'est-ce qu'un cancer? qu'est-ce qu'une hypertrophie? Pas une réponse à ces questions et à beaucoup d'autres de ce genre dans tout le cours de l'ouvrage. C'est à ce point que la première page du premier tome commence par cette phrase qui fait l'effet d'une explosion : « Il n'est peut-être pas de maladie dont il soit plus difficile de faire l'histoire que la *gastrite*. » Que si l'on dit que les généralités dont il s'agit sont du domaine exclusif de la pathologie générale, nous citerons d'autres lacunes analogues, portant bien évidem-

ment, celles-là, sur la pathologie spéciale, et que le plan du cours rigoureusement suivi ne permettait pas de remplir. Cherchez, par exemple, des considérations générales sur la percussion et l'auscultation. On dit à l'élève que la bronchite se révèle par des râles sibilants, ronflants, muqueux, et on ne lui a pas dit tout d'abord ce qu'on entend dans la respiration normale, ni ce que c'est que le sifflement, le ronflement, le bruit muqueux. Dans ce même article sur la bronchite, il est déjà question du râle crépitant, et ce n'est que dans le volume suivant, à l'article pneumonie, qu'on trouve les premières indications sur les caractères de ce râle. Même remarque au sujet de l'auscultation du cœur et des artères. Le lecteur est obligé de deviner le sens de ces appellations : *bruit de souffle*, *son étouffé*, etc., etc.

Nous signalerons enfin comme un inconvénient moins grave, mais toujours fâcheux de la classification adoptée, la séparation obligée de certaines maladies ayant entre elles la plus étroite connexité; par exemple la pneumonie et la pleurésie, l'entérite et la péritonite. La première et la troisième sont décrites aux chapitres des organes respiratoires et des organes digestifs; la seconde et la quatrième à celui des appareils sécrétoires. Quant à nous, anatomie pour anatomie, nous eussions préféré ici, à l'anatomie générale qui disjoint des affections identiques quant à leur nature et le plus souvent concomitantes, l'anatomie purement topographique qui eût eu du moins l'avantage de les rapprocher. Du reste, le COURS lui-même est infidèle sur ce point à sa classification; car, après avoir séparé la pleurésie de la pneumonie et la péritonite de l'entérite, il rapproche dans le même livre, nous ne savons trop pourquoi, la péricardite des affections organiques du cœur, et, dans un autre livre, la méningite des maladies du cerveau. Nous ne nous expliquons pas bien non plus comment la gale se trouve rangée parmi les phlegmasies de la peau, ainsi que la variole et la rougeole, quand une case était ouverte à la première affection parmi les *produits morbides*, et une autre aux deux dernières parmi les *fièvres*. Cela eût paru d'autant plus naturel que le COURS appelle quelque part la variole une *fièvre exanthématEusé*.

On nous pardonnera sans doute de nous être si longuement étendu sur des questions dont on ne peut s'empêcher de reconnaître l'importance capitale. Si nous avions à le regretter nous-mêmes, ce ne serait qu'en raison du peu de place qui nous reste à consacrer aux détails de l'œuvre. Disons-en cependant quelques mots.

L'histoire des maladies est en général traitée avec une connaissance approfondie du sujet, révélant à la fois une grande expérience pratique et une érudition éclairée. On est surtout frappé du classement régulier, de l'exactitude et de la clarté des descriptions anatomiques et symptomatologiques. Nous pouvons citer plus particulièrement les chapitres relatifs à la phthisie pulmonaire, et à quelques autres affections des voies respiratoires, à l'hémorrhagie des centres nerveux, aux maladies chroniques du tube digestif, aux altérations du fluide sanguin. C'est une exposition lucide, facile à suivre, où il semble qu'on puisse reconnaître l'heureuse alliance d'un haut savoir, d'une expérience clinique consommée, avec une grande facilité de conception et de style. On lira encore avec beaucoup de fruit les articles relatifs aux sécrétions anormales, notamment à la bronchorrhée, à la gastrorrhée, à l'entérorrhée. Parmi les maladies des organes sus-diaphragmatiques, il en est une dont l'histoire nous semble donnée pour la première fois dans un traité de pathologie; c'est la phlegmasie granuleuse du pharynx. Cette histoire est, du reste, empruntée tout entière à une leçon de M. le professeur Chomel, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE de 1846.

Nous devons dire pourtant que nous avons été frappé d'une grande diversité, quant aux soins de l'exécution, entre les différentes parties de l'ouvrage. A côté des articles travaillés et nourris que nous rappelions plus haut, il en est qui semblent porter l'empreinte d'une grande précipitation. La différence, par exemple, est fort notable entre la méningite simple et la méningite tuberculeuse. La première est fort convenablement exposée, mais à la seconde il est consacré à grand'peine, pour l'étiologie, pour la symptomatologie, pour le diagnostic, le pronostic et le traitement, quatre ou cinq pages. On sait pourtant à combien de discussions importantes ont donné lieu, dans ces derniers temps, les questions de l'étiologie, de la symptomatologie, du pronostic et du traitement différentiels de la méningite simple et de la méningite tuberculeuse. On aurait peine à s'en douter à la lecture du COURS, qui ne s'occupe pas même du rapport des tubercules encéphaliques avec la tuberculisation générale, sur lequel une vive controverse s'est établie il n'y a pas longtemps. Plus d'un exemple du même genre pourrait être cité. Dans le livre des *Fièvres*, l'histoire des *pernicieuses* comprend trois pages, et celle des *larvées* une demi-page seulement. L'histoire du ramollissement des centres nerveux, coupée en petits alinéa, semble, dans quelques-unes de ses parties, rédigée avec de simples notes, et il serait impossible d'en tirer des notions précises sur le diagnostic différentiel de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement. L'article *Mélanose* ne dit rien des travaux de M. Natalis Guillot; l'article *Cystite*, rien ou à peu près de la cystite cantharidienne; l'article *Hypertrophie concentrique du cœur*, rien des recherches de M. Valleix et autres; l'article *Maladies organiques du cœur*, rien de ce qui a été écrit touchant l'influence de ces maladies sur la mort subite; l'article *Concrétions intestinales*, rien des observations si curieuses des Anglais sur cette matière. L'histoire de l'asthme thymique est tracée tout entière d'après MM. Kopp et Hirsch, sans aucune mention des objections soulevées de toutes parts contre l'introduction de cette forme d'asthme dans la nosologie. Nous avons enfin vainement cherché dans tout l'ouvrage quelque chose sur les perforations de l'appendice cœcal, sur le goître, sur l'ozène, sur les urines phosphorescentes, sur les sueurs de sang. Ce sont autant de lacunes plus ou moins importantes que nous croyons devoir indiquer dans l'intérêt de la prochaine édition.

En terminant ici cette insuffisante analyse, nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter une réflexion. Nous avons fait un peu grosse peut-être la part de la critique; mais on irait contre nos intentions et contre l'équité si l'on mesurait sur cette règle la valeur de l'ouvrage. Dans un traité général, qui est surtout un exposé de la science et ne peut offrir rien de bien original, la critique relève de point en point les lacunes ou les imperfections qu'elle croit apercevoir; elle n'a, au contraire, qu'une formule générale pour louer les parties de l'œuvre auxquelles elle ne trouve rien à reprendre. Cette formule, elle se fait un plaisir de l'appliquer, et dans une large mesure, au COURS DE PATHOLOGIE INTERNE.

VARIÉTÉS.

NOUVELLES DU CHOLÉRA EN FRANCE.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX A PARIS.

Dates.	Hôpitaux civils. Entrées.	Hôpitaux civils. Décès.		Hôpitaux militaires. Entrées.	Hôpitaux militaires. Décès.
27 juillet	23	16	Pour les 5 jours.	20	7
28 —	24	15			
29 —	25	10			
30 —	22	07			
31 —	21	16			
	115	64			

MORTALITÉ DE LA VILLE.

25 juillet	6
26 —	6
27 —	8
28 —	12
29 —	9
	41
Montant jusqu'au 25 juillet	8961
Total général	9002

— Le choléra s'est abattu sur le dépôt de mendicité de Montreuil-sous-Laon (Aisne), comme sur le Pénitencier de Tours, et en quelques heures il a fait d'assez grands ravages. Dans la journée d'hier (31 juillet), 85 cas étaient déjà déclarés, et 23 des mendiants atteints avaient succombé.

L'établissement de Montreuil est cependant situé dans les meilleures conditions hygiéniques; les bâtiments sont parfaitement sains et aérés, les cours grandes et multipliées, et le sol convenablement sec. Mais cette population de mendiants, débilités en partie par de longues privations, en partie par l'inconduite et les excès de boisson, devait plus que toute autre subir l'influence de l'épidémie. Ce qui le prouve, c'est qu'aucun cas de choléra ne s'est fait remarquer dans le faubourg de Laneuville, au milieu duquel est bâti Montreuil.

— On écrit de La Charité (Nièvre) :

« Le choléra fait d'affreux ravages dans notre localité; les personnes aisées émigrent en foule dans le Cher pour échapper à ses atteintes; les pauvres seuls, attachés au sol par leurs travaux, restent exposés aux coups du fléau; aussi fait-il une grande quantité de victimes parmi ces derniers. Ici comme à Paris, les privations, la misère, viennent puissamment en aide à l'épidémie, qui semble n'être que la triste conséquence de ces deux déplorables causes. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

RÉORGANISATION DE LA MÉDECINE. — ENSEIGNEMENT LIBRE.

Nos lecteurs savent qu'une commission médicale annexée à la commission de l'enseignement supérieur a été chargée de préparer un projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. La GAZETTE MÉDICALE a publié les noms des personnes qui composent cette commission, et elle s'est bornée à reproduire sans commentaire l'exposé des motifs de l'arrêté ministériel. Des raisons de convenance, que tout le monde appréciera, nous ont empêché d'aller au delà. Cependant qu'elle signification avait cette institution? sous qu'elle inspiration se produisait-elle? à quels besoins avait-elle la prétention de satisfaire? que pouvait-on en espérer pour la science, l'art et la profession. En des circonstances ordinaires, nous ne nous serions laissé devancer par personne, et nous n'eussions attendu la provocation de personne pour examiner ces questions. Mais plus notre opinion se rattachait aux solutions demandées par l'autorité, moins nous nous croyions le droit de la répandre dans le public avant l'achèvement de l'œuvre où elle avait à intervenir. Il n'y a donc eu de notre part ni insouciance ni dédain pour la critique, comme on a paru le croire, et encore moins le parti pris de nous soustraire au contrôle de la presse. Toutes ces suppositions manquent au moins d'à-propos. La GAZETTE MÉDICALE a donné trop de preuves de son souci de sauvegarder, que dis-je? d'étendre, s'il est possible, les droits de la presse pour que personne puisse se méprendre sur la franchise de ses intentions.

Nous ne devions donc rien savoir par nous-même, et nous nous étions interdit de publier ce que nous ne devions pas savoir. Cependant un journal de médecine, qui n'a pas les mêmes motifs de réticence, nous a appris ce qui se dit, se fait, se projette, au sein de la commission; il a surtout attribué au *rédacteur en chef d'un journal de médecine* certains projets nébuleux de réforme contre lesquels il a cru devoir prémunir ses lecteurs. Nous nous sommes demandé à plusieurs reprises si nous étions tenu de redresser ce qu'il y avait d'inexact dans cette publication anticipée de nos idées, et si l'intérêt de la vérité nous commandait de traiter des questions qui devaient être examinées plus utilement et plus complétement ailleurs. Quelle que fût notre circonspection, nous avons dû moins songer à nous qu'à la vérité. Si des principes utiles sont mal compris et présentés sous un faux jour, on court risque de laisser s'accumuler contre eux des préventions qu'il deviendra impossible de dissiper plus tard. Ces considérations nous ont paru toutes-puissantes pour nous faire sortir de la réserve que nous nous étions imposée. Nous n'irons d'ailleurs pas au delà de ce que nous permet et nous commande une juste appréciation de nos droits et de nos devoirs.

La question soulevée est celle de l'enseignement libre de la médecine. Que doit-on entendre par là? Nous ne sommes pas surpris du sens erroné qu'on a attribué à ce mot: il exprime un ordre d'idées et de choses si nouveau, que nous comprenons jusqu'à un certain point les méprises dont il a été l'objet et les critiques prématurées qu'il nous a values. Un philosophe a dit qu'il fallait commencer par savoir de quoi on veut parler pour comprendre le sens des mots dont on se sert pour les exprimer. Or peu de personnes, à ce qu'il paraît, étaient au courant de ce que c'est que l'enseignement libre. Ce que nous en avons lu, aussi bien que ce que nous en avons entendu, ne nous a pas laissé le moindre doute à cet égard. Commençons donc par bien nous expliquer sur ce qu'il faut comprendre par enseignement libre; et pour ne rien donner à l'arbitraire, précisons l'origine et le développement des choses en regard de l'origine et du développement des mots.

La charte avait reconnu à tous les Français le droit de publier leurs opinions en se conformant aux lois. C'était leur reconnaître implicitement la liberté d'enseigner. Enseigner est une espèce du genre. Cependant, soit à cause de l'incertitude qui s'attache toujours à l'interprétation et aux applications des principes les plus clairs, soit à cause des réserves de l'art. 69, qui laissait à l'avenir le règlement définitif DE LA LIBERTÉ D'ENSEIGNEMENT, beaucoup d'esprits étaient restés dans le doute: les uns ne reconnaissant pas même au principe fondamental son sens le plus restreint; les autres allant au delà, et n'admettant à la liberté d'enseignement d'autres restrictions que celles commandées par l'absence de résolutions législatives plus explicites. En promettant de pourvoir le plus tôt possible par une loi à l'instruction publique et à la liberté d'enseignement, la charte avait donc déposé dans les esprits progressifs les espérances d'une réforme à laquelle il ne manquait pour eux que la délimitation légale. Mais le temps est d'un grand secours pour obscurcir des interprétations qui seraient trop claires si elles étaient immédiates; et la promesse de l'art. 69 de la charte, toujours ajournée, a fini par n'être plus que l'occasion et le prétexte d'une dissertation ingénieuse contre la véritable liberté d'enseignement comparée à la liberté du commerce (1).

Comme circonstance atténuante, on peut bien reconnaître que l'habile rapporteur de la loi de 1844 avait puisé ses motifs moins dans le caractère véritable des promesses de la charte que dans les inspirations du libéralisme de cette époque, qui n'avait d'autre préoccupation que d'opposer une barrière aux envahissements d'une corporation active, de soustraire l'éducation de la jeunesse à l'accaparement du clergé. Sous l'influence de cette vue partiale, on aima mieux rétrécir et fausser le principe de la liberté d'enseignement que de le reconnaître au profit de puissants adversaires. Or qu'est-il advenu? C'est qu'au lieu d'une réforme dans les choses, on a abouti à une confusion dans les mots. La liberté d'enseignement a été remplacée par la liberté d'enseigner, si bien que les esprits les plus intéressés à ne pas être plus longtemps victimes de cette confusion se décident aujourd'hui avec la plus grande peine du monde à ne pas y rester: semblables à ces animaux qui ont été privés trop longtemps de leur liberté ou qui ne l'ont jamais connue, et qu'on est obligé de contraindre pour les faire sortir de l'esclavage.

Or quelle différence y a-t-il entre la liberté d'enseigner et l'enseignement libre?

Nous l'avons dit, la liberté d'enseigner est une simple variété de la liberté de la presse: consacrée par la charte, elle existe depuis 1830; elle existait même avant cette époque. Mais avant comme après, il s'est trouvé des personnes pour n'en pas user jusqu'où elles en avaient le droit, comme il s'en est trouvé d'autres pour la restreindre, ou lui susciter des entraves quoiqu'elle ne fût pas contestable. C'est ainsi que de 1830 à 1848 on a cité des médecins qui avaient coutume chaque année de demander à l'Université l'autorisation d'ouvrir un cours sur telle ou telle branche de l'art, et celle-ci, au lieu de mieux informer les pétitionnaires sur l'étendue de leur droit

(1) RAPPORT FAIT AU NOM D'UNE COMMISSION CHARGÉE DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI RELATIF A L'INSTRUCTION SECONDAIRE, SESSION DE 1844; par M. THIERS.

Feuilleton.

PROMENADE MÉDICO-CHIRURGICALE A L'EXPOSITION DES PRODUITS DE L'AGRICULTURE ET DE L'INDUSTRIE NATIONALES.

(Premier article.)

Les dentistes. Le roi des fous. Petits conseils aux professeurs de prothèse dentaire. — Anatomie clastique du docteur Auzoux. Des hannetons pour 250 fr.!! Le ver à soie monstre. Exhibitions peu décentes et nécessité de la feuille de vigne. — Anatomie pathologique de MM. Thibert et Robert (de Strasbourg). Appétence et inappétence. La nature et les imitations.

L'humeur gaie ou maussade qu'on a tout un jour dépend bien souvent de la première impression reçue à son réveil. Si on s'est levé de travers, comme on dit, on sera pessimiste du matin à la nuit, on verra tout en noir, et les yeux prévenus ne trouveront que teintes sombres dans les frais tableaux dont les couleurs roses et fraîches sourient à l'œil. Si, au contraire, on a commencé sa journée sous l'influence épanouissante d'une impression agréable, on apercevra tous les petits événements de sa journée à travers un prisme qui jettera sur eux son reflet. Heureux ceux qui se lèvent avec un sourire sur la bouche, car ils se coucheront avec une joie au cœur!

Ce début, qui tourne visiblement à la philosophie, ne veut pas dire autre chose que ceci: Puissions-nous trouver, en entrant à l'exposition des produits de l'industrie, quelque bonne petite chose qui nous fasse bien rire, afin qu'un air de gaieté nous accompagne dans ces longues et nombreuses galeries. Or le hasard nous sert parfaitement, car nous voilà devant les tableaux de MM. les dentistes.

Chacun a lu sa Notre-Dame de Paris. Quel épisode désopilant que celui de la fête des fous! Le plus grave personnage peut-il garder un front austère, quand il se figure toutes ces drôles de têtes paraissant tour à tour au guichet, et luttant à qui fera la plus laide grimace? C'est Quasimodo qui l'emporte; vive le roi des fous!

Pas n'est besoin de remonter si loin dans le moyen âge, pour trouver un aussi réjouissant combat; les tableaux de MM. les chirurgiens et médecins dentistes, professeurs de prothèse, etc., sont là pour vous le dire. N'ayez pas peur d'eux, ils montrent tous les dents, mais ils ne sont pas méchants au fond; seulement n'approchez pas trop, car ces râteliers qui fonctionnent sous l'influence d'invisibles masséters, mordent bel et bien, et ne vous rendraient que hachés menu comme chair à pâté.

Ne vous arrêtez pas longtemps devant M. Dés....; ses mécaniques sont d'une

et la superfluité de leur demande, accordait l'autorisation suivant toutes les règles.

Bien que le plus grand nombre ne vécût pas dans la même ignorance, il régnait cependant encore assez d'incertitude sur l'existence du droit d'enseigner, pour que les membres du congrès médical réuni à l'Hôtel-de-ville, en fissent l'objet de plusieurs dispositions particulières. Mais quelle que fût cette incertitude, on n'entendait à cette époque par enseignement libre que la faculté d'ouvrir des cours particuliers, de faire des cliniques dans les hôpitaux : c'était l'*enseignement particulier*. Quelques personnes inattentives ont supposé, d'après la seule apparence des termes, qu'il avait été question d'autre chose dans le congrès; mais outre que le rédacteur des actes, le secrétaire de l'assemblée, a lui-même reconnu le contraire, nous nous sommes assuré qu'en aucun endroit il n'a été question que de la liberté d'enseigner, c'est-à-dire du droit attribué à tout docteur en médecine d'enseigner les sciences médico-chirurgicales. Pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard, voici une disposition adoptée par l'assemblée, et qui vient immédiatement après le vœu émis par elle, « que la liberté de l'enseignement médical soit aussi *large* et aussi » *étendu* que possible; » cette disposition est ainsi conçue : « . . . 3° L'enseignement libre ne peut ni ne *doit porter atteinte à l'enseignement* » *officiel*, l'enseignement libre *ne conférant aucun grade universitaire*, » soutenant seulement des opinions et des doctrines, et *venant en aide à* » *l'enseignement officiel*. » Il ne peut donc être ici question que de la liberté d'enseigner; car, ainsi que nous allons le démontrer, le caractère de la véritable émancipation de l'enseignement, du véritable enseignement libre, consiste précisément dans l'abolition du monopole de la collation des grades par l'enseignement officiel et l'établissement de l'enseignement général universel, personnel ou collectif, en concurrence complète, égale et libre avec l'enseignement de l'État.

« Le droit n'est plus qu'un mot, a dit un publiciste, lorsque son exercice » est subordonné à l'appréciation intéressée du pouvoir. » Toute la théorie de l'enseignement libre est dans cet axiome. Si la tradition n'avait pas consacré le véritable sens de ces mots : *liberté d'enseignement, enseignement libre*, on pourrait le retrouver à la lumière de ce principe. Mais les écrivains, les députés, les pétitionnaires qui, avant 1848, ont réclamé la liberté de l'enseignement, ceux qui l'ont défendue, les pays dans lesquels on l'a obtenue et appliquée, ont compris qu'il n'y avait et qu'il ne pouvait y avoir de véritable enseignement libre là où l'État conserve le privilége et le monopole de la collation des grades. Pour que l'enseignement soit libre, il faut non-seulement que celui qui enseigne ne soit pas obligé de tailler sa science et ses doctrines sur le patron de l'enseignement officiel, mais il faut que celui qu'on enseigne soit libre de chercher la science non pas là où elle ressemble à la science officielle, mais où elle est la meilleure. A ce point de vue incontestable, la Constitution de 1848 a décuplé les libertés de l'enseignement. Sous l'influence de l'ancien ordre de chose, l'enseignement particulier n'était qu'un superflu, et il ne pouvait être qu'un succédané de l'enseignement de l'État; aujourd'hui l'enseignement de l'État, descendu au niveau de l'enseignement libre, n'est plus lui-même son appréciateur et son contrôle; mais il doit être tributaire au même titre et au même degré que tous les enseignements d'un contrôle séparé, indépendant, impartial, d'un contrôle, en un mot, qui tient la balance entre tous les enseignements et qui ne donne la préférence qu'au plus utile et au meilleur. C'est donc à la séparation du corps enseignant d'avec le corps recevant qu'aboutit l'enseignement libre, et c'est là son caractère essentiel.

En résumé, la charte de 1830, en consacrant la *liberté d'enseigner*, avait établi un droit : la Constitution de 1848, en décrétant l'*enseignement libre*, a détruit un monopole.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DES PREMIER ET DEUXIÈME TRIMESTRES DE L'ANNÉE 1849.

Nous avons toujours, dans nos *Revues sanitaires*, fait la part d'un élément étiologique indépendant des variations appréciables de l'atmosphère, inaccessible à nos moyens actuels d'investigation, et par conséquent inconnu dans sa nature intime : c'est l'élément désigné par le vieux mot de *génie épidémique*. Nous n'avons pas cru que l'impossibilité de le voir et de le toucher fût une raison de ne pas admettre son existence; et, au contraire, l'étude des constitutions médicales n'a fait que nous fortifier dans la croyance à la réalité d'une cause spéciale que l'air contient sans doute, mais ne montre pas. Les changements qui se succèdent dans les conditions atmosphériques rendent compte de beaucoup de traits des constitutions médicales; elles en rendent compte non-seulement parce que l'esprit conçoit entre les uns et les autres un rapport rationnel, physiologiquement explicable, par exemple la relation des congestions cérébrales avec une grande chaleur, mais encore parce que l'observation constate entre les deux ordres de faits une coïncidence dont la presque invariabilité révèle un rapport quelconque de causalité. Mais il en est, dans les maladies régnantes, de certains caractères (et ce sont souvent les caractères les plus importants) qu'on voit coïncider avec les états atmosphériques les plus divers, avec le froid et le chaud, le sec et l'humide, la condensation ou la raréfaction de l'air. Comment dès lors les rattacher aux conditions météorologiques connues? comment ne pas les attribuer à une autre cause, cette *cause secrète et inexplicable* dont parle Sydenham? Assurément il ne faut pas laisser l'étude des maladies régnantes là où Sydenham l'avait portée. La météorologie est plus puissante de beaucoup que ne l'avait cru ce profond observateur; elle intervient très-efficacement jusque dans les constitutions à génie spécial, pour en augmenter, en atténuer les effets, et même pour en altérer jusqu'à un certain point les caractères. Mais elle n'est pas à elle seule toute l'étiologie des épidémies et des constitutions; et nous ne craignons pas d'ajouter que très-fréquemment elle ne joue qu'un rôle secondaire.

L'épidémie qui vient de régner à Paris nous offre une belle occasion d'étudier de nouveau cette importante question. Rien de plus tranché que le caractère des maladies régnantes pendant cette période; et autour du type fondamental, on a vu se grouper des formes diverses, moins accentuées, quoique de la même physionomie; puis çà et là se sont montrées des affections d'un autre ordre, produits ordinaires de la saison. Quelle a été sur l'ensemble de cet état sanitaire l'influence des conditions atmosphériques? Cette influence appréciée et mesurée, quelle part restera-t-il à l'inconnu? Voilà ce qu'il sera instructif de rechercher.

Nous commençons par donner les éléments météorologiques du pre-

---

désespérante immobilité, et il n'y a pas une seule grimace à étudier. C'est que le célébrissime dentiste se repose sous ses lauriers; il a été déjà roi des fous, et on ne l'est pas deux fois dans sa vie. Il faut que chacun vive et fasse rire à son tour.

Depuis longtemps on reproche à la clef de Garengeot de faire basculer la dent, au grand dommage de l'alvéole, trop souvent brisée sous cette pression qui la saisit en flanc. Le remède est facile à indiquer : il faut tirer droit. Malheureusement les instruments inventés pour obéir à l'indication, ne sont pas aussi simples que la formule est courte, à telle enseigne que le davier perpendiculaire exposé par M. Dés...... constitue à lui seul un véritable petit arsenal monté sur un piédestal de telle dimension, qu'il pourrait presque supporter la statue ozanore de son maître. Sachons gré néanmoins à l'auteur de ses louables efforts et de sa tentative d'exécution, mais répétons, en paraphrasant, un mot bien connu de ceux qui lisent les préfaces : le besoin d'une clef ou d'un davier à traction perpendiculaire continue à se faire généralement sentir.

Quand on emprunte à l'art un ornement que la nature a refusé ou qu'une caducité précoce a détruit, on ne cherche pas son modèle dans les défectuosités, mais dans les beaux types. Ainsi, un dentiste ne s'avisera pas de fabriquer des râteliers de dents artificielles mal alignées, noires et minées par la carie. Un autre ne paraît pas avoir été pénétré de ce principe, ou bien il a eu le malheur de ne rencontrer que des individus anémiques et frappés de scorbut, car toutes les gencives de son tableau sont d'un bleu ecchymotique ou d'une teinte pâle et blafarde tout à fait maladive.

Ici, au contraire, une exhibition champenoise nous étale une suite de gencives d'un rose à faire envie à la reine des fleurs. L'enseigne porte : *Orthodontie*. Quel parfum grec dans ce mot! mais pas une seule grimace! C'est désolant.... Passons.

Enfin nous avons trouvé notre affaire, car nous voici devant le mirifique étalage de M. Paul S..., médecin et chirurgien dentiste de la Faculté de Paris. Quels mouvements variés, combinés, décomposés! Comme tout cela joue, se trémousse, bâille et rebâille, croque et recroque dans le vide! Les dents se livrent à de véritables figures chorégraphiques. Voyez ces trois ostéides qui se détachent de la mâchoire inférieure pour aller au-devant d'une dent qui s'avance blanche et solitaire; ça vous représente à merveille la pastourelle, trois personnes d'un côté, une dame seule de l'autre. Là ne se borne pas le ballet des ostéides : avec un peu de bonne volonté, on retrouverait en avant deux et la poule.

Nous avons enfin élu le roi des fous pour 1849. Écoutons son discours d'installation :

« On ne saurait trop se mettre en garde contre certains charlatans éhontés *qui ne s'appliquent* qu'à exploiter la crédulité publique; ils font précéder leur nom des abréviations Me ou Mn, pour faire croire qu'ils sont *médecins dentistes*. Ils se disent aussi *inventeurs* de procédés plus ou moins problématiques; enfin, ils poussent l'effronterie jusqu'à se dire auteurs d'ouvrages sur l'art du dentiste. Il faut, pour confondre ces empiriques, leur demander une ordonnance. *Ils ne sauraient l'écrire.* » *Plaudite, cives.*

Malgré la grande variété des dents, minérales ou non, à une ou deux teintes,

mier semestre de 1849, en étudiant séparément chacun des deux trimestres, pour conserver nos termes habituels de comparaison avec les années précédentes.

On trouvera d'abord dans le tableau suivant les moyennes mensuelles de la température et de la pression atmosphériques, la quantité de pluie tombée, la direction et la fréquence relative des vents.

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DES PREMIER ET DEUXIÈME TRIMESTRES DE 1849, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN.		MIDI.		3 HEURES DU SOIR.		9 HEURES DU SOIR.		THERMOM.	PLUIE EN CENTIMÈTR.		Vents qui ont régné classés d'après leur ordre de fréquence (observés à midi).
	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Moyenne du mois.	Cour de l'Observ.	Terrasse. de l'Obser.	fois. fois. fois. fois.
Janvier	757,60	+ 4,8	757,20	+ 6,1	756,98	+ 6,8	757,83	+ 4,9	+ 5,3	5,413	4,820	S. 15. O. 8. E. 4. N. 4.
Février	766,18	+ 5,5	766,00	+ 8,0	765,14	+ 8,9	765,06	+ 6,6	+ 6,5	1,830	1,640	S. 11. O. 10. N. 5. E. 2.
Mars.	758,97	+ 5,5	758,77	+ 8,2	758,18	+ 9,2	758,93	+ 5,5	+ 6,2	3,076	2,491	N. 11. S. 9. O. 8. E. 3.
Avril.	749,09	+ 9,1	748,80	+ 11,0	748,44	+ 11,4	749,14	+ 7,7	+ 8,7	6,234	5,553	S. 20. N. 7. O. 3. E. 0.
Mai	755,05	+ 16,2	754,75	+ 18,6	754,34	+ 19,0	754,84	+ 14,5	+ 15,5	6,660	6,208	S. 20. N. 8. O. 2. E. 1.
Juin.	756,34	+ 19,3	756,24	+ 21,4	755,70	+ 22,5	756,24	+ 17,9	+ 18,4	8,707	8,263	S. 9. O. 9. N. 7. E. 5.

La *température* moyenne du *premier trimestre* offre ce caractère particulier qu'elle se maintient, d'un bout à l'autre du trimestre, à un degré modéré, peu différent de celui qui avait été noté en novembre et décembre 1848. En sorte que nous avons eu cinq mois consécutifs de température douce à Paris. On en peut juger par les chiffres suivants. En novembre 1848, + 6,6 ; en décembre, + 5,8 ; en janvier 1849, + 5,3 ; en février, + 6,5 ; en mars, + 6,2. L'année dernière a été fort différente de celle-ci sous ce rapport. La température moyenne avait été en janvier de — 1,0 (Gaz. Méd., 1848, p. 565 ; on avait imprimé par erreur — 0,6). puis était montée tout à coup à + 6,9 en février, et + 7,8 en mars. Ainsi, après avoir été beaucoup plus basse que cette année au commencement du trimestre, elle avait été sensiblement plus élevée à la fin.

Dans le *second trimestre*, la température moyenne monte d'abord doucement ; elle est de + 8,7 en avril ; mais ensuite elle franchit d'un mois à l'autre environ 7 degrés et arrive en mai à + 15,5. Enfin, en juin, elle est de + 18,4. Ce dernier chiffre appartient assez fréquemment au mois de juin, et est même un peu plus élevé que celui du mois correspondant de 1848 (+ 18,0). Pour mai et avril, au contraire, pour le premier surtout, les chiffres sont inférieurs à ceux de l'année dernière (+ 11,5 et + 16,3). En résumé, la température douce du premier trimestre s'est prolongée pendant le premier mois du second, pour s'élever tout à coup, mais sans atteindre des proportions supérieures à celles qu'on observe habituellement dans cette saison. Nous insistons spécialement sur le mois de juin, qui a été, comme on sait, si maltraité par l'épidémie ; la température *moyenne* de ce mois n'a rien eu d'exceptionnel ; elle a été inférieure, par exemple, à celle de 1846, où nous avions noté + 21,0.

Sous le rapport de la *pression atmosphérique*, on observe une notable différence entre le *premier trimestre* de cette année et celui de l'année dernière. En 1849, la pression *moyenne* est beaucoup plus considérable qu'en 1848. Nous avons d'un côté (à neuf heures du matin) 757,60 pour janvier, 766,18 pour février, et 758,97 pour mars; de l'autre, 755,70 — 752,30 — 749,10. Le chiffre 766,18 de février 1849 est particulièrement considérable, et celui de 749,10 de mars 1848 est très-faible.

Mais les choses changent un peu dans le *second trimestre;* la colonne barométrique tombe en avril juste au niveau inférieur que nous venons d'indiquer, à 749,09. Le mois suivant, elle se relève de 6 millimètres (755,05) et atteint en juin un niveau assez ordinaire (756,34). Ces chiffres, du reste, diffèrent peu de ceux que nous avions notés l'année dernière, et qui sont : 750,33 pour avril, 757,64 pour mai, et 754,02 pour juin.

On peut voir, par ce qui précède, que la température et la pression atmosphériques ont marché en sens inverse dans le cours du premier *semestre* de 1849, la chaleur étant modérée et la pression atmosphérique considérable dans le premier trimestre, et, au contraire, la pression atmosphérique étant faible et la chaleur assez élevée dans le second.

La quantité de pluie tombée pendant le *premier trimestre* est médiocre. Les tables de l'Observatoire notent 10c,319mm pour la cour, et 8,951 pour la terrasse. Le premier trimestre de 1848 avait donné, pour la cour, 12,819, et pour la terrasse, 11,574. Le mois de janvier entre pour près de moitié dans la quantité totale, puisqu'il donne à lui seul 5,413 et 4,820. Vient ensuite le mois de mars, et enfin le mois de février, qui a été remarquable par sa sécheresse.

Dans le *second trimestre*, il est tombé, au contraire, une très-grande quantité de pluie : 21,601 dans la cour et 20,024 sur la terrasse. Des trois mois, c'est le mois de juin qui en a fourni le plus (8,707 et 8,263). Ce second trimestre a donc été encore plus abondant en pluies que le trimestre correspondant de l'année dernière, lequel avait déjà été assez remarquable sous ce rapport. En 1848, en effet, nous avions trouvé 18,624 pour la cour et 17,700 pour la terrasse. Dans le dernier trimestre de cette même année, également fort pluvieux, nous n'avions encore que 13,238 et 11,391.

Quant à la *direction et à la fréquence relative des vents*, on peut

empruntées à l'hippopotame ou au cheval marin, on ravirait néanmoins assez facilement la palme au roi d'aujourd'hui.

Ses râteliers n'exécutent qu'une vulgaire mastication par élévation et abaissement successifs; le mouvement de latéralité, de broiement, ajouterait beaucoup au naturel et au pittoresque de la chose. Enfin, la démonstration de l'efficacité des râteliers ne sera pas complète ni bien convaincante, tant qu'une enseigne vivante ne restera pas là toute la journée, entamant toutes sortes de mets avec des dents artificielles. Par les temps qui courent, on trouverait facilement des gens qui se feraient arracher toutes leurs vraies dents, privées du plaisir de la mastication faute de matière, et qui accepteraient un faux râtelier, à condition qu'on fournirait à celui-ci des occupations variées et garanties durables. En attendant ces perfectionnements, vive le roi des fous de 1849!

Mais, en conscience, nous ne pouvons pas le quitter encore, car c'est un si bon roi! Henri IV voulait que chaque paysan pût mettre la poule au pot; M. Paul S...., veut que tous ses sujets ait un palais bien meublé, et, croyez moi, c'est un homme assez habile pour y parvenir, plaisanterie à part.

Une foule compacte se presse un peu plus loin, autour de la riche collection clastique du docteur Auzoux. Quand nous passâmes, un enfant poussait des cris de joie en apercevant un hanneton monstre, douze fois plus grand que nature; puis, tendant ses deux petits bras, il pria sa bonne de satisfaire sa fantaisie. Mais, par malheur, ce gigantesque coléoptère n'a rien de commun avec ceux qu'on vend dans les rues pour 2 liards : il coûte 250 francs!! Aussi la bonne refuse, l'enfant pleure, et personne n'achète le hanneton. Il n'y a guère qu'un fils de France qui pourrait se passer un si cher caprice; or nous sommes en république, mauvais temps pour les hannetons Auzoux.

Le colimaçon de 2 pieds, le ver à soie de 80 centimètres, la sangsue de 60 centimètres, sont également des petites bêtes bien grosses et fort chères; car le prospectus nous apprend que cela coûte de 200 à 250 francs. Mais le ver à soie présente un intérêt réel, qui lui vaudra certainement plus d'amateurs qu'au hanneton monstre.

Cette pièce, qui ne figurait pas à la dernière exposition, mérite une mention spéciale, à cause de son heureuse exécution et du curieux mécanisme dont elle montre les plus secrets rouages. Après avoir successivement découvert et examiné, dans tous leurs détails, les systèmes musculaire, vasculaire et nerveux, on arrive à l'appareil sécréteur de la soie. C'est dans deux canaux repliés sur eux-mêmes, à peu près comme l'épididyme, que le liquide est fabriqué. De là il se rend dans deux réservoirs allongés, donnant chacun naissance à un tube, double tuyau qui se résume bientôt en un seul canal. Celui-ci est l'aboutissant de deux bouquets de muscles composés de quatre faisceaux; chaque paire de muscles se contracte alternativement, ce qui fait subir au fil de soie la torsion nécessaire pour lui donner de la ténacité et de la résistance. Une dernière filière tasse et condense la matière, l'étend et l'allonge, polit sa surface, abat les spires produites par la torsion, et le fil est enfin sécrété par le ver à soie. Le petit ouvrier a fini sa besogne; c'est à l'homme à reprendre le produit, et à le soumettre aux manipulations qui le rendront propre aux usages auxquels il le réserve.

Dans le parterre figuraient des femmes et des vierges, dont aucune ne regardait en face l'exposition, mais obliquement et de côté. Cela nous donna à deviner quel-

s'assurer par le tableau ci-dessus que le vent du sud l'emporte et de beaucoup sur les autres. Il a soufflé plus ou moins directement 35 fois *dans le premier trimestre* contre 26 fois le vent d'ouest, 20 fois le vent du nord et 9 fois le vent d'est; 49 fois, dans le *second trimestre*, contre 22 fois le vent du nord, 14 fois le vent d'ouest et 6 fois le vent d'est. La prédominance du vent du sud a été, comme on le voit, plus marquée dans le second trimestre que dans le premier; mais cette supériorité ne se trouve que dans les mois d'avril et mai, dans chacun desquels le vent du sud a régné 20 fois, tandis qu'en juin on ne le trouve noté que 9 fois; juste autant que le vent d'ouest.

L'année dernière le même vent avait également prédominé d'une manière remarquable pendant le premier trimestre, où il avait régné 40 fois; mais pendant le second il avait partagé la prééminence avec le vent du nord, chacun d'eux ayant soufflé 31 jours. Quant au mois de juin spécialement, le vent du sud y avait été noté 13 fois contre 8 fois le vent d'ouest, 6 fois le vent du nord et 3 fois le vent d'est.

Nous venons d'exposer les conditions moyennes de l'atmosphère, c'est-à-dire le degré moyen de température, de pression atmosphérique, etc. Il nous reste maintenant à rechercher les *variations* météorologiques qui se sont succédé pendant la durée du semestre. Voici le tableau de ces variations, comprenant : 1° les oscillations barométriques et thermométriques survenues brusquement d'un jour à l'autre et mesurées par 6mm au moins pour le baromètre et 4 degrés pour le thermomètre; 2° les *minima* et les *maxima* des niveaux barométriques et thermométriques notés pour chaque mois, du 1er au 10, du 10 au 20 et du 20 à la fin du mois.

TABLEAU DES VARIATIONS BAROMÉTRIQUES ET THERMOMÉTRIQUES, OBSERVÉES A NEUF HEURES DU MATIN.

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat. (mm)	Abais. (mm)	Thermomètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat. (°)	Abais. (°)	Baromètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim. (mm)	Maxim. (mm)	Du 10 au 20. Minim. (mm)	Maxim. (mm)	Du 20 à la fin du mois. Minim. (mm)	Maxim. (mm)	Thermomètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim. (°)	Maxim. (°)	Du 10 au 20. Minim. (°)	Maxim. (°)	Du 20 à la fin du mois. Minim. (°)	Maxim. (°)
	Du 2 au 3	»	9	Du 1 au 2	»	9												
	Du 7 au 8	»	7	Du 3 au 4	5	»												
	Du 8 au 9	»	6	Du 8 au 9	7	»												
	Du 11 au 12	19	»	Du 10 au 11	»	4												
	Du 20 au 21	7	»	Du 13 au 14	6	»												
Janvier.	Du 21 au 22	»	6	Du 14 au 15	»	7	742,43	760,00	741,26	762,86	743,31	773,86	— 6,9	+ 8,7	+ 1,6	+11,6	+ 2,8	+ 8,4
	Du 22 au 23	9	»	Du 16 au 17	5	»												
	Du 24 au 25	»	6	Du 30 au 31	5	»												
	Du 25 au 26	»	7															
	Du 27 au 28	»	16															
	Du 29 au 30	17	»															
	Du 8 au 9	7	»	Du 7 au 8	»	5												
	Du 19 au 20	»	7	Du 14 au 15	5	»	765,14	772,59	760,51	777,15	746,04	759,68	+ 3,3	+ 8,0	— 0,6	+ 7,2	+ 4,6	+10,7
Février.	Du 23 au 24	7	»	Du 17 au 18	»	4												
	Du 26 au 27	»	11	Du 19 au 20	7	»												
				Du 21 au 22	4	»												
				Du 26 au 27	»	4												
	Du 1 au 2	17	»	Du 8 au 9	»	4												
	Du 6 au 7	»	10	Du 11 au 12	5	»												
	Du 7 au 8	»	9	Du 15 au 16	4	»												
	Du 9 au 10	8	»	Du 23 au 24	»	4	748,72	774,10	757,13	770,48	738,17	759,98	— 0,8	+ 8,0	+ 1,8	+10,0	— 0,2	+10,5
Mars.	Du 10 au 14	7	»	Du 28 au 29	5	»												
	Du 22 au 23	»	6															
	Du 26 au 27	»	9															
	Du 27 au 28	»	6															
	Du 30 au 31	7	»															
	Du 4 au 5	»	7	Du 2 au 3	»	5												
	Du 11 au 12	6	»	Du 5 au 6	4	»												
	Du 12 au 13	»	8	Du 9 au 10	»	4	742,10	751,39	740,07	752,91	749,41	763,32	+ 5,7	+12,8	+ 2,5	+10,6	+ 6,0	+12,9
Avril.	Du 18 au 19	»	9	Du 17 au 18	»	7												
	Du 20 au 21	13	»	Du 18 au 19	5	»												
	Du 22 au 23	»	8	Du 19 au 20	»	4												
	Du 28 au 29	10	»															

que crudité médicale indiscrètement exhibée devant le public; effectivement, en suivant ces regards timides, notre œil a rencontré une douzaine de matrices accrochées par rang de taille. Que les hommes déjà barbus approchent; après les avoir soumis à un coup d'œil investigateur, comme cela se pratiquait jadis envers les amateurs du n° 113, on leur ouvrira, comme des boîtes à bonbons, toutes ces matrices, au fond desquelles ils pourront voir les métamorphoses que subit le germe, du premier au trentième jour, du premier mois au neuvième. C'est avec le plus vif intérêt qu'on suit pas à pas le développement de l'embryon, la formation de la vésicule vitelline et sa disparition; on compte les membranes, on apprécie leur épaisseur, on peut mesurer du regard la poche amniotique. Tout cela est d'une vérité frappante, trop frappante peut-être pour le public qui afflue dans les galeries; car cette énorme matrice coupée en deux et montrant ces flancs ouverts, ces trompes qui s'érigent, ces cols qui font saillie et s'entr'ouvrent avec une sorte d'indiscret appétit, sont d'une crudité que le médecin seul peut supporter sans la feuille de vigne. Certes l'on ne pourrait pas inscrire en tête du musée Auzoux, comme sur le fronton du théâtre Comte :

Par les mœurs, le bon goût, modestement il brille;
Et la mère sans crainte y conduira sa fille.

Dans un musée d'anatomie, nous concevons cette nudité sans voile; le médecin doit pénétrer tous les secrets de l'économie, et la vue d'un organe caché ne réveille pas dans son esprit d'autres idées que l'aspect des parties qui se montrent toujours à découvert; mais, dans un lieu ouvert à tout le monde, la pudeur a des exigences auxquelles il faut savoir obéir. Le public est un enfant qui ne doit pas être initié à certains mystères de notre art; ne découvrons donc pas tout à coup le fond du sanctuaire à ses yeux surpris et offensés.

Maxima debetur pueri reverentia....

C'est également par suite de ses études spéciales que le médecin est parfois un tant soit peu décolleté dans ses paroles et légèrement libre dans ses écrits. Eh bien! autant ce laisser-aller et cette franchise d'expression nous paraissent naturels et sans inconvénient, bien plus, nous semblent utiles quand on s'adresse à des hommes de l'art, autant elle mérite le blâme lorsque des étrangers figurent dans le cercle. Imitons alors la retenue de ces peintres dont les mannequins nus, admis à l'exposition, disparaissent sous une enveloppe de gaze. La jeune femme qui passe devine qu'il y a là un mystère; elle continue sa route, et sa main discrète s'est bien gardée de soulever ces voiles pudiques. N'imposez pas vos crudités à la vue du public; laissez-les seulement pressentir, et attendez la première demande pour soulever la gaze et faire valoir vos richesses aux yeux des curieux.

Si M. Auzoux n'est pas le premier qui ait représenté l'anatomie en relief et à l'aide de pièces mobiles qui permettent pour ainsi dire de les disséquer et de les recomposer; s'il a été précédé, dans ce travail, par un homme auquel nous consacrons ici un souvenir, par l'ingénieux Bros, il est au moins incontestable qu'il a imprimé à cet art un cachet tout particulier de vérité, et qu'il l'a rendu populaire. Les perfectionnements introduits par le docteur Auzoux, et les nombreuses

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais.	Thermomètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais.	Baromètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim.	Thermomètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim.
		mm	mm				mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
	Du 11 au 12	9	»	Du 3 au 4	4	»												
	Du 13 au 14	»	10	Du 7 au 8	»	10												
Mai...	Du 18 au 19	9	»	Du 12 au 13	7	»	748,56	756,96	747,09	761,68	751,00	762,81	+ 8,6	+20,0	+ 9,9	+18,6	+15,5	+25,2
	Du 22 au 23	6	»	Du 15 au 16	4	»												
				Du 28 au 29	»	5												
				Du 30 au 31	5	»												
	Du 11 au 4	7	»	Du 5 au 6	»	7												
	Du 14 au 15	»	7	Du 6 au 7	»	4												
	Du 17 au 18	6	»	Du 7 au 8	4	»												
	Du 29 au 30	»	8	Du 8 au 9	»	8												
				Du 11 au 12	»	5												
				Du 14 au 15	5	»												
Juin...				Du 15 au 16	»	4	749,34	760,54	748,50	761,25	751,26	761,74	+13,0	+29,0	+10,0	+22,4	+14,5	+22,9
				Du 17 au 18	4	»												
				Du 18 au 19	4	»												
				Du 21 au 22	»	6												
				Du 22 au 23	8	»												
				Du 23 au 24	»	4												
				Du 25 au 26	»	5												

Si l'on voulait exprimer d'une manière générale le caractère des variations du baromètre et du thermomètre dans le cours du semestre, on pourrait dire que les oscillations barométriques brusques ont été, somme toute, plus fréquentes que les oscillations thermométriques pendant le premier trimestre, tandis que c'est le contraire qui a eu lieu pendant le second. Il faut cependant noter à part le mois de février où ces deux ordres d'oscillations ont été très-rares, celles du baromètre encore plus que celles du thermomètre. En janvier, on ne compte pas moins de 11 soubresauts barométriques dépassant 6 millimètres et dont quelques-uns atteignent 16 et 19 millimètres. Les soubresauts thermométriques dans ce même mois sont au nombre de 8 et presque tous peu considérables. En mars, nous comptons 9 des premiers contre 5 des seconds. On pourra s'assurer (Gaz. Méd., 1848, p. 566) que ces résultats diffèrent sensiblement de ceux qu'avait donnés l'époque correspondante de 1848, où les variations brusques de température avaient été extrêmement rares pendant les trois mois, tandis que les variations de pression atmosphérique avaient été très-nombreuses, spécialement en février.

Pendant le second trimestre, les oscillations barométriques diminuent graduellement; on n'en compte que 7, la plupart peu étendues, en avril, 4 en mai, et autant en juin. Les oscillations thermométriques restent, en avril et en mai, à peu près ce qu'elles étaient en mars; mais en juin elles s'élèvent au nombre de 13. L'année dernière déjà la température avait été très-variable en juin, mais à un moindre degré.

Ces données, jointes à celles qui résultent du premier tableau, conduisent à ce résultat que la pression atmosphérique, en même temps qu'elle était assez considérable (premier trimestre), subissait de fréquentes variations, sauf en février; et que, à l'époque où elle était plus faible (second trimestre), elle l'était d'une manière continue et uniforme, principalement en mai.

Il peut arriver que le baromètre et le thermomètre n'éprouvent pas fréquemment d'oscillations soudaines d'une certaine étendue, et que néanmoins il existe des différences considérables entre les *minima* et les *maxima* des variations graduellement survenues dans une période de temps déterminée, de dix jours par exemple. Que dit à cet égard notre tableau?

Dans le *premier trimestre*, les différences entre les *minima* et les *maxima barométriques* sont assez considérables; elles s'expriment en effet par les chiffres suivants : en *janvier*, 18mm pour la première période de dix jours; 21 pour la seconde et 30 pour la troisième (en tout, 69); en *février*, 7—17—13 (total, 37); en mars, 26—13—21 (total, 60). Ces différences néanmoins sont moindres que celles de 1848, qui étaient vraiment exceptionnelles et s'exprimaient par le chiffre 62 pour le mois de janvier, 87 pour février et 79 pour mars. Dans le second trimestre, où nous venons de voir tout à l'heure que les oscillations quotidiennes avaient été rares, les différences entre les *minima* et les *maxima* sont moindres que dans le premier : ainsi, en avril, 9mm pour la première période, 12mm pour la seconde, 14mm pour la troisième (total, 35); en mai, 8—14—11 (total, 33); en juin, 11—13—10 (total, 34). Ces derniers chiffres sont très-modérés.

Quant aux différences entre les *minima* et les *maxima thermométriques*, elles ont été peu prononcées dans le mois de janvier où nous trouvons 2 pour la première période, 10 pour la seconde et 6 pour la troisième (total, 18), ainsi que dans le mois de février qui donne 5—8—6 (total, 19). Dans les mois correspondants de 1848, les totaux étaient de 32 et 22, et

---

applications nouvelles qu'il a faites de l'art plastique, l'ont posé en véritable fondateur. Les pièces sorties de ses mains figurent aujourd'hui non-seulement dans nos écoles et dans nos Facultés, mais dans toute l'Europe, qui ne peut atteindre notre habileté en ce genre de reproduction; on les rencontre en outre jusque parmi les collections d'histoire naturelle que l'amateur étale dans son muséum. Enfin, le gouvernement en a doté quelques institutions supérieures, l'École polytechnique, par exemple. L'homme du monde, qu'un attrait si puissant invite à étudier les secrets mécanismes de son économie, s'adonne avec ardeur à cette étude, quand le contact répulsif et la vue hideuse du cadavre ne sont plus là pour arrêter la tentation de sa curiosité. Un peu d'anatomie finira probablement par être le complément de toute éducation libérale bien soignée.

Le vétérinaire trouvera aussi dans le musée Auzoux des pièces qui pourront singulièrement faciliter ses études. Le modèle de cheval de 1 m. 30 cent., sans être aussi parfait que le grand modèle humain, est néanmoins suffisamment détaillé pour les études d'hippiatrie. En outre, une série de mâchoires accusent nettement l'âge du cheval aux différentes époques de la vie, et d'autres pièces représentent, à tous leurs degrés de développement, les différentes tares du cheval : courbes, jardes, éparvins, formes, suros, osselets, etc.

L'anatomie plastique de M. Thibert et les pièces de M. Robert (de Strasbourg) ne pâlissent pas devant la riche collection de M. Auzoux; si elles n'attirent pas autant les regards, c'est parce que, moins nombreuses et moins variées, elles ne sont pas groupées en un véritable musée d'anatomie humaine et zoologique. D'ailleurs, M. Thibert s'est restreint à la reproduction de l'anatomie pathologique, et, si nous ne nous trompons, c'est là peut-être la véritable, la plus utile mission de l'art plastique. En effet, l'anatomie normale peut se faire à peu près en tous lieux; on trouve toujours aisément au bout de son scalpel l'objet qu'on désire revoir, tandis que certains désordres créés par la maladie se présentent bien rarement, et leur image demande à être fixée sur le carton-pâte.

L'opération délicate de la ligature des artères ne nous semble pas devoir être facilitée bien notablement par les incisions simulées, car celles-ci ne peuvent représenter qu'un temps de la manœuvre; or, on n'arrive sur le vaisseau qu'après des recherches et des dissections dans lesquelles on est guidé par des points de repère successifs, et une entaille à physionomie immobile et invariable ne saurait donner une idée de ces manœuvres, dont l'objet change à chaque instant.

Après avoir fait une petite moue de dégoût devant les cervelles dénudées, les muscles disséqués et les chairs saignantes, le public repose volontiers la vue sur deux tableaux de fruits et de poissons en relief. Les poissons sont jetés avec tant de naturel et leur corps paraît si bien enduit de glissante viscosité, qu'on craint de les voir à chaque instant rouler les uns sur les autres et détruire ainsi le pittoresque du groupe. Une collection de fruits, moulés et peints par M. Thibert, garnit les tablettes inférieures. Les pêches sont d'un velouté parfait; les aubergines chatoient et miroitent; on croit apercevoir les pepins à travers la pellicule semi-transparente des tomates; et la reine-claude est crevassée de petites fissures béantes d'un naturel exquis. On aurait réellement envie de manger ces beaux fruits, si l'appétit n'était coupé par ces hideuses figures stigmatisées par les plus laides dermathoses. Les nez d'argent de M. Biondetti ne sont pas faits non plus pour délecter le spectateur.

cette différence prouve bien ce que nous disions tout à l'heure du désaccord possible entre le degré des variations brusques quotidiennes et celui des variations graduelles, puisque dans le mois de janvier de 1849, assez fécond en soubresauts thermométriques, les *minima* et les *maxima* observés dans les périodes de dix jours n'offrent pas de différences considérables. En mars, ces différences s'accroissent sensiblement; elles sont de 9—8—11 (total, 28). Cet accroissement ne se soutient pas en avril, qui donne 7—8—7 (total, 22); mais le chiffre des différences devient très-élevé en mai et surtout en juin. Pour le premier de ces deux mois, nous avons 12—9—10 (total, 31), et pour le second, 16—12—8 (total, 36).

Voici de quelle manière on peut résumer, d'après ce qui précède, les caractères généraux de la constitution atmosphérique du premier semestre de 1849.

Température douce pendant le premier trimestre, peu différente de ce qu'elle était dans les deux derniers mois de 1848; montant peu en avril, mais acquérant tout à coup en mai, pour le garder jusqu'à la fin du second trimestre, un degré élevé, mais non exceptionnel.

Pression atmosphérique considérable pendant le premier trimestre, faible au contraire pendant le second, surtout en avril et mai.

Pluies médiocrement abondantes pendant le premier trimestre, presque nulles notamment en février; très-copieuses, au contraire, dans le second trimestre, surtout en juin.

Prédominance du *vent* du sud pendant tout le semestre, plus marquée dans le second trimestre, spécialement en avril et mai.

Variations brusques du baromètre assez fréquentes en janvier et mars, rares en février, avril, mai et juin. Variations *graduelles* considérables en janvier et mars, modérées dans les autres mois.

Variations *brusques* du thermomètre assez fréquentes en janvier, très-fréquentes en juin, rares dans le reste du semestre. Variations *graduelles* faibles en janvier et février, plus fortes dans le reste du semestre, surtout en mai et juin.

ANATOMIE.

EXAMEN HISTORIQUE DE LA MÉTHODE SUIVIE JUSQU'A CE JOUR DANS L'ÉTUDE DE L'ORGANISATION DES ANIMAUX ET EXPOSITION D'UN PLAN DÉFINITIF D'ANATOMIE HUMAINE; mémoire présenté à la Société de biologie, par M. le docteur L.-A. SEGOND, secrétaire de la Société; bibliothécaire à l'École de médecine.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Sans entrer ici dans de longs détails pour expliquer le retard du mouvement intellectuel correspondant au moyen âge (1), nous devons remarquer qu'à défaut d'une saine théorie historique, des critiques superficiels ont exagéré, à l'égard de ce ralentissement, l'influence des invasions germaniques; car ces bouleversements politiques ne se sont produits que plusieurs siècles après l'établissement du régime propre au moyen âge. C'est également par suite d'une fausse appréciation qu'on a cru trouver dans les institutions et les événements de cette époque une tendance à comprimer l'esprit humain. L'intelligence n'était certes pas engourdie; mais en vertu de l'inévitable obligation d'appliquer toujours les plus hautes capacités aux opérations exigées, à chaque époque, par les plus grands besoins de l'humanité, on voit, dans la première phase du moyen âge, tous les penseurs occupés du développement progressif des institutions catholiques. Mais dès que ce régime est arrivé à sa pleine maturité, on voit dès la seconde phase la culture des sciences s'organiser, et c'est précisément en Italie, au centre même de l'autorité spirituelle, que s'effectue un mouvement très-notable au point de vue philosophique, scientifique et esthétique. Je dois observer qu'on a exagéré l'action des Arabes au milieu de cette recrudescence mentale. Comme l'organisation du monothéisme mahométan n'exigeait pas une élaboration aussi pénible que celle du catholicisme, les principaux esprits n'ont pas été distraits de l'étude des sciences; aussi voit-on, en effet, les Arabes figurer avantageusement pendant l'interrègne occidental, et ce sont eux qui, pendant les premières phases du moyen âge, représentent la transition générale de l'évolution grecque à l'évolution moderne. Néanmoins, dans le sujet que nous examinons, nous n'avons à signaler aucun progrès essentiel effectué par les penseurs orientaux, qui, à cet égard, n'ont fait que transmettre la science d'Aristote et surtout de Galien. Dans les ouvrages de beaucoup d'entre eux, on ne rencontre même qu'une petite partie des connaissances anatomiques sorties de l'école d'Alexandrie.

Dans la troisième phase du moyen âge, le monothéisme occidental reprend la direction intellectuelle, et l'organisation scolastique, en établissant l'ascendant de l'esprit métaphysique sur l'esprit théologique, prépare l'avénement de l'esprit positif. Toutes les conceptions humaines, liées par l'entité générale de la *nature*, formèrent alors un premier système scientifique fort imparfait, mais satisfaisant pour l'époque. A partir du quatorzième siècle, l'accroissement fondamental de la philosophie naturelle s'opéra précisément dans l'anatomie, par suite d'une série de dissections humaines que les préjugés religieux avaient entravées jusqu'alors, et la médecine, se joignant à l'astrologie et à l'alchimie, rendit plus énergique l'antipathie de la science envers la théologie, soit en concevant l'invariabilité des lois physiques dans la science des êtres organisés, soit en suscitant d'audacieuses espérances sur l'action rationnelle de l'homme pour modifier utilement son propre organisme. Pendant l'évolution moderne, l'anatomie ne pouvait que rassembler des matériaux; et malgré l'impulsion physiologique de Harvey, l'étude des êtres organisés était soumise aux explications mécaniques et ontologiques.

Au seizième siècle, l'anatomie subit, sous l'influence de Vésale, une révolution remarquable que nous apprécierons dans la deuxième partie de ce travail, et qui porta essentiellement sur la description particulière des organes sans réagir d'une manière notable sur l'ordre. Pendant la dernière phase de l'évolution moderne, l'élément scientifique reçoit un accroissement fondamental, et les préliminaires de la biologie prennent une admirable extension. L'analyse mathématique vient coordonner les conceptions géométriques et mécaniques; la physique se complète par la thermologie et l'électrologie; la chimie vient caractériser cette phase, et se constitue dans l'ordre hiérarchique à la suite de la physique. Enfin la biologie, qui ne devait s'organiser que de nos jours, reçoit une préparation remarquable en

(1) Voir pour de plus grands développements les deux derniers volumes du SYSTÈME DE PHILOSOPHIE POSITIVE de M. A. Comte.

L'étude de l'anatomie développe à un haut point l'esprit d'observation physique et l'entente des détails; M. Thibert l'a prouvé par ces imitations de fruits. Nous n'en avons pas trouvé qui fussent supérieurs aux siens dans les étalages des exposants spécialistes, et plusieurs de ceux-ci sont certainement bien au-dessous de M. Thibert.

C'est aussi naturel et au moins aussi beau que la nature, s'écrie-t-on en passant devant ces habiles imitations; mais si l'on vient à apercevoir, dans la cour des fleurs, les fruits vrais de Chevet, on est obligé de revenir un peu de son enthousiasme. Les plastiques brillent quand on les considère isolément, tandis que, côte à côte avec leurs modèles, ils sont immédiatement écrasés.

Mais ne sentez-vous pas le torticolis, la migraine, des bourdonnements dans les oreilles et des lassitudes dans les jambes? On est vite harassé et rompu, à regarder tant d'objets divers, en haut, en bas, à droite et à gauche, au milieu de cette foule qui vous heurte à chaque instant et vous vole la moitié de l'oxygène atmosphérique. Remettons, si vous voulez m'en croire, la fin de la promenade à un autre jour.

F. J.

(*La suite au prochain numéro.*)

— Nous avons la douleur d'apprendre la mort de notre savant confrère et ami M. Risueño d'Amador, professeur de pathologie générale à la Faculté de Montpellier. C'est une perte irréparable pour la science et pour l'école, dont il était un des plus glorieux soutiens.

— Nous lisons dans THE LANCET du 4 août: « CONDUITE GÉNÉREUSE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. » — Nos lecteurs savent que le faubourg Saint-Antoine est habité en grande partie par la classe ouvrière. Le choléra ayant beaucoup sévi dans ce quartier, les autorités ont engagé les élèves du Val-de-Grâce de visiter toutes les habitations pour faire un rapport sur la mortalité. Ces jeunes gens devaient recevoir 2 fr. pour chaque visite; mais d'un commun accord ils ont appliqué la totalité de cette rétribution à soulager la misère des orphelins que le choléra avait faits. Ainsi 1,250 fr. ont été distribués dans le 12e arrondissement par leur canal. Nous sommes heureux de mentionner des actes de cette nature et de féliciter ces jeunes gens de leur noble conduite. »

— Il y a quelques jours le choléra a fait sa terrible apparition dans une chambre de la cour de l'Assommoir, à Lille, occupée par plus de quinze personnes. Un des locataires est enlevé en quelques heures et quatre à cinq autres sont atteints des premiers symptômes de l'épidémie. Un médecin est appelé, et la première impression qu'il reçoit en pénétrant dans cette chambre est celle d'un profond dégoût. Une odeur insupportable y régnait, et l'on osait à peine y respirer. Il interroge, cherche et finit par découvrir sous un des nombreux lits une tête de cheval en putréfaction et rongée par des centaines de vers qui y avaient élu leur domicile. Plus de doute pour le médecin, les émanations causées par la présence de cette tête de cheval avaient eu une funeste influence sur les habitants de la chambre, et il demande avec étonnement pour quelle raison on conservait cela sous un lit. C'est avec la plus entière bonhomie qu'on lui répondit que c'était afin d'avoir des vers pour aller pêcher à la ligne.

taxonomie, par les travaux de Linné et de Bernard de Jussieu ; en anatomie, par les analyses comparatives de Daubenton et les vues générales de Vicq-d'Azyr ; en physiologie, par les recherches de Haller et de Spallanzani. En me bornant ici à l'examen de l'anatomie, je dois étudier particulièrement le tableau systématique tracé par Vicq-d'Azyr pour l'étude anatomique, physiologique et naturelle des corps vivants. Avant de jeter les yeux sur ce tableau, je ferai, comme pour Aristote, un examen des vues générales qui ont dirigé cet observateur, afin de voir dans quel rapport se trouve l'exécution de son plan relativement à ses principes. Voici comment il s'exprime dans les considérations qui précèdent le plan d'un cours d'anatomie et de physiologie : « Il n'existe certainement aucun corps vivant qui ne se meuve, » au moins en lui-même, qui ne se nourrisse et qui ne se reproduise. L'irritabilité, la nutrition, dont la digestion fait partie, et la génération, sont » donc les trois premières fonctions qu'on doit admettre dans la comparaison des corps organisés. » A part l'irritabilité, qui est une propriété générale de tissu, on voit que Vicq-d'Azyr a le sentiment des caractères primordiaux de l'organisme. Dans son troisième discours sur l'anatomie, il étend davantage cette conception : « Nous reconnaissons neuf caractères ou » propriétés générales de la vie, savoir : 1° la digestion ; 2° la nutrition ; » 3° la circulation ; 4° la respiration ; 5° les sécrétions ; 6° l'ossification ; » 7° la génération ; 8° l'irritabilité ; 9° la sensibilité. »

Si Vicq d'Azyr avait rigoureusement suivi cette classification, il aurait effectué une systématisation bien plus complète que tout ce qui existait avant lui ; mais en s'engageant dans l'exécution du plan, il considère l'irritabilité comme une propriété spéciale, et en étudie le développement dans l'activité musculaire, qu'il fait précéder de l'étude des os. Il débute donc par l'*ossification*, tandis que la seconde fonction comprend les organes de l'irritabilité. La troisième division comprend la *circulation* ; la quatrième, la *sensibilité* ; la cinquième, la *respiration*. Enfin la *digestion* n'arrive qu'au sixième rang, entre les *sécrétions* et les *organes de la voix*, et la *nutrition* n'arrive qu'en dernier lieu, après les organes de la *génération*. Il est inutile de s'arrêter sur un plan que les idées mêmes de Vicq-d'Azyr condamnent. Ce n'est donc qu'en exposant le procédé comparatif que nous aurons l'occasion de rendre pleine justice aux travaux de ce savant. Ce n'est plus maintenant que dans les œuvres de notre siècle que nous pouvons poursuivre les derniers perfectionnements de l'ordre anatomique. Le principal et le plus remarquable est résulté de la conception analytique de Bichat, qui a énergiquement senti qu'en anatomie il y avait quelque chose de plus général que les organes et les appareils, et il a fondé l'étude des tissus et des systèmes, tout en provoquant les derniers degrés de l'analyse anatomique, que l'imperfection des instruments d'optique de son temps ne lui permettait pas d'atteindre. Outre l'introduction de cet élément fondamental, Bichat, sous l'influence de la direction physiologique, a définitivement accompli, dans la méthode d'examen des organes et des appareils, la division principale entre les organes de la vie animale et ceux de la vie organique ou végétative. Mais il a fait défaut au principe de généralité, en méconnaissant la subordination de la vie animale à la vie organique, et il a commencé son anatomie descriptive par les organes de la locomotion et de la sensibilité, et il termine par les organes de la composition, de la décomposition et de la génération. On peut assurer que si Bichat avait appliqué le procédé comparatif à l'ensemble des animaux, au lieu de le borner aux âges et aux sexes, il eût certainement interverti l'ordre qu'il adopta, et son anatomie descriptive aurait commencé par les appareils de la vie organique. Après Bichat, nous n'avons à signaler qu'un dernier effort caractéristique tenté par M. de Blainville, et que nous allons chercher à apprécier. Cet éminent biologiste a formulé d'une manière remarquable l'idée générale d'un plan d'anatomie. Voici ses propres réflexions à ce sujet : « Dans l'étude des » organes, des appareils et des fonctions des animaux, quel ordre suivrons-» nous ? Cette question n'est rien moins qu'indifférente, puisque l'ordre, » dans quelque science que ce soit, en est réellement une analyse exacte, » et sert considérablement à aider la mémoire et par conséquent la compa-» raison. Or, dans l'objet que nous nous proposons de remplir par ces prin-» cipes d'anatomie, il est évident que l'ordre qui offre la série des fonctions » en action doit être préféré à tout autre. Cherchons donc quelle est la suc-» cession naturelle de ses fonctions.

» On admet généralement, et il est évident que le but ou le terme de » toutes les fonctions qu'exécutent les organes plus ou moins nombreux » des animaux est la génération ou l'entretien, la succession et quelquefois » le perfectionnement de l'espèce ; mais pour y parvenir dans le très-grand » nombre des cas, pour ne pas dire dans tous, il faut que l'animal soit ar-» rivé à un certain état de développement, ou soit ce que l'on nomme » adulte ; et comme il ne naît pas tel, mais à des degrés très-différents de » développement, et qu'en outre il peut souvent se reproduire un grand » nombre de fois dans le cours de la vie, il a fallu une autre série de fonc-» tions pour ainsi dire préparatoires, pour le faire parvenir à cet état ou » pour l'y maintenir. C'est cette série d'où résultent l'entretien et l'accrois-» sement de l'individu, c'est-à-dire la nutrition. Ainsi nous devons traiter » d'abord de l'appareil et des nombreux organes dont résulte la nutrition, » puis de ceux qui servent à la génération.... »

Malheureusement M. de Blainville ne s'en tient pas là, et absorbé par l'intensité des fonctions sensoriales ou locomotrices chez les animaux supérieurs, il arrive à concevoir que ces deux dernières fonctions servent à *animaliser* les grandes fonctions, qu'il a soin d'appeler primaires. Il reconnaît bien que cette partie est accessoire dans la considération de l'ensemble des corps organisés ; mais quand il arrive à exécuter son plan, il commence par l'étude de l'enveloppe extérieure, et nous fait connaître les organes qui perçoivent la lumière et le son avant de nous faire connaître ceux de l'assimilation et de la désassimilation. Il est évident que les raisons données par M. de Blainville pour justifier ce plan d'anatomie sont recherchées en vue de satisfaire au but principal que s'est proposé ce biologiste dans la plupart de ses travaux : je veux parler de la démonstration de la série animale, basée sur les caractères fournis par l'enveloppe extérieure.

Après l'examen de ces tentatives particulières, il nous reste à indiquer les influences générales qui ont exercé une influence notable sur l'ordre anatomique. Nous les rattacherons à trois directions principales résultées de la zoologie, de la chirurgie et de la physiologie. Il faut sans aucun doute reconnaître les admirables progrès subis par l'anatomie sous l'influence de la zoologie et de la chirurgie, mais on doit déplorer que leur action prolongée ait éloigné jusqu'à ce jour le véritable point de vue physiologique qui doit essentiellement dominer, soit dans l'ensemble, soit dans le détail, l'étude statique de l'organisme. La zoologie, trop exclusivement préoccupée de constituer la taxonomie, a dirigé les recherches sur les organes dont elle tire des caractères artificiels pour ses classifications ; il faut observer, du reste, que c'est à ses propres dépens qu'elle a opéré de si grands progrès en anatomie comparée, car cette direction exclusive, en absorbant la majorité des esprits, les a éloignés des véritables recherches d'histoire naturelle qui doivent surtout constituer la zoologie, pour que sa culture soit en rapport avec la destination sociale qui est le point de vue final de toutes les sciences. C'est à la direction zoologique qu'on doit en grande partie l'habitude routinière de commencer l'étude des vertébrés par l'examen du squelette, étude fort intéressante au point de vue de la forme et de la taxonomie, mais complétement irrationnelle quant à la notion de l'organisme. Dans cette direction, on va même jusqu'à commencer l'étude de certains mollusques par les parties solides qu'on rencontre dans leur tégument extérieur. Certes, en considérant les admirables découvertes faites en paléontologie, nous ne pouvons que louer l'étude approfondie du squelette des animaux ; mais que, dans l'étude systématique d'un être organisé supérieur, on commence par décrire des os, c'est ce que tout esprit progressif doit énergiquement repousser. La chirurgie, de son côté, a considérablement contribué à imprimer à l'anatomie une direction spéciale, et si l'éminent Bichat, dans son ANATOMIE DESCRIPTIVE, a manqué au principe de généralité, peut-être faut-il accuser l'influence chirurgicale d'avoir balancé chez lui cet essor physiologique qu'il a si bien manifesté dans les RECHERCHES SUR LA VIE ET LA MORT.

En terminant cette première partie de notre examen par l'étude de la réaction physiologique, nous aurons parcouru d'une manière générale ce qui se rattache à l'ordre, et nous pourrons ensuite aborder l'étude du procédé.

Tous les arts dépendant de la science des êtres organisés ne sauraient progresser sans l'organisation préalable de la biologie. Par conséquent, la physiologie doit exercer la domination générale en anatomie, afin que celle-ci soit étudiée en vue de sa destination principale, et non pour faire spécialement face à telle ou telle application. Or si on envisage l'état actuel de l'anatomie, on s'aperçoit manifestement que l'influence de la physiologie y est bornée au procédé anatomique, tandis qu'elle est nulle pour l'ordre général. On constate, dans les successeurs de Vésale, et surtout depuis les travaux de Vicq-d'Azyr et de Bichat, des perfectionnements véritables et acquis dans l'étude des appareils. On a très-bien senti l'utilité de la description du cœur à propos des artères et des veines, celle du cerveau à propos des nerfs. Mais cette action physiologique ne se montre que dans des groupes d'organes, et nullement dans l'ensemble. Or, de même qu'il est plus utile pour l'esprit de commencer tel appareil par tel organe, de même, dans l'étude des appareils, il y a un ordre plus rationnel que les autres, basé sur le degré de généralité. Dire que la vie est un cercle, ce n'est pas se dispenser d'adopter une méthode, et cette manière de raisonner n'est admissible que pour une époque où l'ignorance complète de la filiation des phénomènes ne permettait pas d'en saisir la subordination.

Or, en appliquant à l'étude de l'anatomie le principe de généralité et d'indépendance réciproque, on arrive à concevoir sans hésitation qu'il faut commencer par les organes de la vie végétative, nutrition et génération, si l'on veut se baser sur la physiologie. Cet ordre a été envisagé d'une manière abstraite par tous les hommes dont je viens de faire une étude par-

ticulière. Il n'y a donc qu'à exécuter le plan conçu par Aristote et reproduit avec des perfectionnements importants dans les vues générales de Vicq-d'Azyr, de Bichat et de M. de Blainville; c'est-à-dire qu'après l'étude de l'anatomie générale comprenant les éléments anatomiques, les tissus et les systèmes, on doit, dans l'étude des organes et des appareils, consacrer la division fondamentale de Bichat et commencer par la vie organique, puisqu'elle domine la vie animale.

La nature de ce travail m'interdit d'entrer dans le plan détaillé de chacune de ces deux grandes divisions. Cette analyse essentielle, susceptible de nouvelles réformes, sera faite plus à propos en tête de l'ouvrage que je me propose de soumettre à ce plan général. Il me reste actuellement à envisager de la même manière l'histoire des procédés anatomiques et leur systématisation finale sous la direction de la philosophie positive.

Chaque science a des procédé d'exploration qui lui sont propres, et les différents moyens de l'art d'observer comprenant l'observation proprement dite, l'expérimentation et la comparaison, ne sont pas simultanément applicables à toutes les sciences. Les questions astronomiques dépendent de l'observation directe, et se résolvent en grande partie par le raisonnement. Cette observation, bornée pour les astres à la contemplation visuelle, s'étend, en physique, à l'emploi de l'oreille et du toucher, et dans cette dernière science, la plus grande complication des phénomènes conduit à l'institution possible du procédé expérimental, qui, en permettant la modification artificielle des conditions naturelles d'un phénomène, en fait mieux saisir toute la signification. La chimie fait concourir tous nos sens à l'analyse des phénomènes, étend l'expérimentation, et par un premier essai du procédé comparatif, range les corps qu'elle étudie en classes et familles. Mais c'est en biologie que la méthode comparative acquiert sa véritable importance, tandis que l'emploi simultané de la plus large observation directe et de l'expérimentation est également applicable à cette science. Enfin, pour compléter ce tableau, dans lequel le nombre des procédés d'exploration croît en raison directe de la complexité des phénomènes, nous avons à signaler le procédé historique qui est propre à l'étude des problèmes sociologiques. Par la seule considération de l'art d'observer, on s'explique la position de la biologie dans la hiérarchie scientifique. En effet, outre le procédé qui devait résulter de sa culture particulière, elle était encore assujettie à l'application préalable de l'observation directe et de l'expérimentation, aux phénomènes les plus généraux et les plus simples. Néanmoins nous voyons la préparation de ses différentes parties suivre les phases du développement de l'art d'observer; l'anatomie d'abord s'enrichit de tous les faits accessibles à l'observation directe; l'expérimentation fait surgir les notions fondamentales de physiologie; enfin le procédé comparatif prenant son extension philosophique, l'ensemble de la biologie s'organise; l'histoire vient pleinement confirmer le parallèle entre l'évolution partielle de la biologie et la marche de l'esprit humain dans l'art d'observer : on fait de l'anatomie à l'école d'Alexandrie, de la physiologie au dix-huitième siècle, et ce n'est qu'aujourd'hui qu'on fait de la biologie. Ces observations, relatives au développemeet des différentes branches de la science des êtres organisés, sont indispensables pour ne pas envisager d'une manière absolue la grande loi d'évolution formulée par M. A. Comte, qui, dans sa grande élaboration, a dû rester à un point de vue très-général.

Il est en effet incontestable que l'organisation complète d'une science est assujettie à la constitution préalable de celle dont elle dépend; mais il faut remarquer qu'il peut s'opérer des développements partiels de plusieurs sciences, et cela tient à ce qu'un même procédé d'observation peut conduire à la connaissance de phénomènes de différentes natures. Seulement cette connaissance est d'autant plus imparfaite que le phénomène lui-même appartient à un ordre de faits plus complexes. Aussi, bien que la biologie n'ait pu se constituer qu'après la chimie, c'est-à-dire dans notre siècle, on rencontre néanmoins dans la plus haute antiquité des notions relatives aux êtres organisés, dont l'acquisition dépendait simplement de l'emploi de la contemplation directe. Ainsi s'explique, à propos d'une science qui date d'hier, la nécessité de remonter très-haut dans le passé humain pour en saisir les premiers développements.

Si je n'avais entrepris cet examen qu'en vue de l'anatomie descriptive, mon travail se bornerait à l'étude de la série des perfectionnements effectués sous la seule influence de l'observation directe; mais puisque c'est pour jeter les bases d'un plan général d'anatomie humaine, et que cette anatomie ne saurait remplir sa véritable destination qu'en s'appuyant sur l'expérimentation et la méthode comparative, je dois comprendre, dans cette rapide indication, tous les mouvements accomplis en anatomie sous l'influence des trois procédés généraux de l'art d'observer.

L'observation directe étendue à l'usage de tous nos sens a pu, dès les premières manifestations de l'esprit positif, commencer l'analyse de l'organisme des animaux.

Cette analyse se traduit, dans le grand Aristote, par la division en parties *similaires*, et parties *dissimilaires*, établie au commencement du premier livre de l'histoire des animaux.

« Les parties de l'animal sont ou simples ou composées. Les premières » sont celles qui peuvent être divisées en parties similaires : telle est la » chair; elle n'offre dans ses divisions que de la chair. Le caractère des » secondes est de ne pouvoir être subdivisées en parties similaires : ainsi » la main ne se divise pas en plusieurs mains ni le visage en plusieurs » visages. Entre celles-ci, quelques-unes ne s'appellent pas simplement » parties : on leur donne le nom de membres lorsqu'elles forment un tout » qui a ses parties propres. La tête, la cuisse, la main, le bras entier, la » poitrine, sont des membres, parce que ces parties forment un tout et » ont d'autres parties qui leur appartiennent. Les parties composées sont » formées de la réunion des parties simples : la main, par exemple, est » formée de chairs, de nerfs et d'os. »

La séparation des organes, très-imparfaite dans Aristote, se perfectionne dans Galien; mais c'est dans l'évolution moderne, par suite de la liberté ouverte aux dissections humaines, que s'organise l'anatomie descriptive. Le mouvement préparé par Benedetti, Bérenger, Massa, Sylvius, Guinther prend un caractère définitivement progressif, par les tentatives hardies de Vésale et de son école; et depuis, le perfectionnement des descriptions d'organes a assez outre-passé le besoin du détail pour que de bons esprits n'aient pas craint de l'arrêter. L'analyse anatomique en était néanmoins réduite à la séparation minutieuse des organes, lorsqu'enfin l'éminent Bichat vint la poursuivre dans les systèmes et les tissus, tandis qu'il prévoyait même les éléments anatomiques dont la distinction exacte ne pouvait s'opérer que de nos jours, sous l'influence des derniers perfectionnements des instruments d'observation. A l'égard de ces moyens artificiels, par lesquels l'action de nos sens reçoit une si grande extension, je signalerai comme devant m'épargner ici toute appréciation particulière, l'intéressant TRAITÉ SUR LE MICROSCOPE ET LES INJECTIONS que vient de publier M. Ch Robin, et dans lequel tout ce qui est relatif aux moyens artificiels d'observation se trouve judicieusement exposé, de manière à faire nettement sentir tout ce que les observateurs doivent attendre de ces procédés techniques.

L'observation directe ne devait pas seulement conduire à l'analyse complète de l'organisme, elle devait dès l'origine introduire dans la détermination d'un organe la considération de son usage. Bien que les grandes notions positives de physiologie soient résultées de l'application du procédé expérimental, cependant bien des relations d'organe à fonction ont dû être spontanément saisies par la seule observation directe. Aussi dans Aristote et surtout dans Galien trouve-t-on les parties du corps caractérisées par l'indication de leur usage. Le mémorable traité DE USU PARTIUM représente à cet égard une tendance remarquable, aussi manifeste qu'elle pouvait l'être du temps de Galien. Mais pour admirer cet ouvrage, il faut bien se garder de le considérer comme un traité de physiologie; car ce serait exiger de Galien une conception qui n'a pu se réaliser que dans la dernière phase de l'évolution moderne, sous l'influence du procédé expérimental; il faut voir dans le traité DE USU PARTIUM un ouvrage d'anatomie, dans lequel l'observation directe surtout et quelques expériences faites par hasard et sans direction ont permis d'introduire, très-imparfaitement il est vrai, la considération de l'usage à propos de chaque organe. Cet heureux perfectionnement, ultérieurement rectifié par les découvertes de physiologie, constitue un des principaux mérites de nos ouvrages actuels d'anatomie, bien qu'il y soit malheureusement subordonné à des points de vue plus spéciaux.

Pour compléter ce qui est relatif à ce premier procédé, il faut ajouter que l'anatomie des rapports, dans laquelle la chirurgie a finalement provoqué tant de perfection, a primitivement résulté de la simple observation directe. C'est également à ce procédé que répondent les premières observations d'anatomie anormale, dont nous trouvons déjà une assez riche collection à la fin du TRAITÉ D'ANATOMIE de Colombo, mais qui s'étendit principalement sous l'impulsion caractéristique des travaux de Morgagni.

L'anatomie réduite au procédé de la contemplation directe eût, sans résultat effectif pour la constitution définitive de la biologie, accru indéfiniment son domaine, si l'expérimentation et la méthode comparative n'étaient venues en systématiser les éléments.

L'expérimentation, en servant particulièrement à l'exploration des problèmes de physiologie, a réagi sur le perfectionnement de l'anatomie d'une manière très-efficace quoique indirecte. Il est évident que malgré la considération de l'usage, systématiquement introduite depuis Galien dans l'anatomie, la description des organes et des appareils devait manquer d'une direction propre à conduire cette description et à la faire peser sur les choses capitales. Du moment où les principales notions de physiologie furent basées sur l'expérience, il n'y eut pas seulement rectification des points particuliers relatifs à l'usage des parties, il se manifesta en outre une réaction caractéristique portant sur le mode de description et sur la subordination des différents organes composant un appareil. Le mémorable exemple de la

découverte de Harvey fera mieux saisir ma pensée en rappelant les perfectionnements rapides accomplis en peu de temps dans l'exploration du système circulatoire sous l'influence de la direction physiologique, et si de nos jours encore M. Cl. Bernard, dont je me plais à reconnaître ici les tendances positives, a fait de nouvelles découvertes anatomiques dans ce même système, c'est encore une conception physiologique qui a été le point de départ. Mais pour achever de caractériser une telle réaction, qu'il me suffise de parler du système nerveux dont l'étude et l'exploration n'ont été faites d'une manière rationnelle que sous l'influence préalable de la physiologie expérimentale qui seule a pu en faire comprendre l'ensemble. Donc il est bien évident que l'expérimentation, en servant à la solution des problèmes de physiologie, ne contribue pas seulement à une meilleure coordination, elle provoque en outre des progrès dans la connaissance intime des organes.

Cette relation est d'autant plus importante à signaler qu'elle me paraît devoir contribuer de plus en plus aux progrès ultérieurs de l'anatomie.

En poursuivant cet examen général, essentiellement entrepris en vue d'une construction finale, nous arrivons à envisager le développement du troisième procédé d'observation, c'est-à-dire de la méthode comparative.

Ce dernier mode, tout intellectuel, dont l'étude des êtres organisés a surtout provoqué la féconde application, ne doit pas être considéré comme le produit original d'aucun esprit isolé, mais bien comme le résultat de la marche intellectuelle de l'humanité. Déjà nous le voyons se manifester dans le grand Aristote, que nous avons apprécié à divers points de vue et qu'il nous reste à considérer relativement à la comparaison. Ce qui frappe dans l'histoire des animaux, c'est que l'auteur y développe surtout ce qui établit des différences et beaucoup moins ce qui constitue des analogies; néanmoins on ne peut se refuser à reconnaître que même l'idée des analogies ressort implicitement de cette grande élaboration. Ce sentiment ne se développe que plus tard : nous le trouvons pleinement caractérisé dans les vues générales de Vicq-d'Azyr dont l'évolution mentale fut principalement secondée par les travaux particuliers de Cl. Perrault, de Daubenton et de J. Hunter. Mais le principe des analogies reçoit sa plus large extension par les conceptions de Geoffroy-Saint-Hilaire, dont la doctrine ne constitue pas, comme on l'a pensé, un système particulier, mais bien un développement remarquable du procédé comparatif embrassant à la fois l'état normal et anormal.

C'est ici le lieu de signaler plus explicitement que nous ne l'avons fait dans la première partie, les perfectionnements et les progrès considérables effectués en anatomie comparée sous l'influence de la direction zoologique qui, tout en conduisant à des abus en biotaxie, a produit de grands bienfaits pour l'anatomie.

Après ces indications sommaires, il me reste à parler de la comparaison suivant le sexe, ou simplement appliquée aux différentes parties d'un même organisme, puis de la comparaison des différentes phases de chaque développement.

Il est naturel de concevoir que c'est par les deux premiers modes qu'a dû s'introduire l'usage du procédé que nous examinons. Quant au troisième, bien que depuis Galien il y ait des ouvrages sur la formation du fœtus, et que dans les anatomistes de l'école de Vésale on trouve des indications sur les différences organiques que présente le vieillard par rapport à l'adulte, néanmoins c'est dans Bichat que la comparaison suivant les différentes parties de l'organisme, suivant le sexe et suivant l'âge, se systématise définitivement. Mais comme l'histoire complète des premières phases du développement dépendait non-seulement des progrès de la physiologie, mais encore du perfectionnement des moyens artificiels d'observation directe, ce n'est que de nos jours qu'on a pu recueillir tous les éléments de cette histoire.

Enfin, sous l'influence d'une saine théorie historique et de la fondation de la science sociale, la comparaison suivant les races, qui doit principalement servir à l'élaboration des problèmes de la physiologie individuelle ou collective, est venue porter ses fruits en anatomie.

Cet examen rapide, entrepris dans le but de justifier et d'expliquer les réformes que je propose d'introduire en anatomie, devait se borner à des aperçus très-généraux. L'ensemble de ces considérations doit suffire pour prouver qu'il faut renoncer désormais à assujettir l'étude de l'organisme à un point de vue spécial. L'anatomie descriptive, pas plus que l'anatomie comparée, que l'embryogénie, etc., ne sont propres à fonder des notions positives sur l'organisation quand on les prend isolément; ce n'est donc qu'en systématisant l'ensemble de nos procédés d'exploration et en suivant l'ordre déterminé par le principe de généralité et d'indépendance réciproque qu'on peut espérer de constituer la statique des êtres organisés. Cette seconde partie de mon travail complète donc le cadre général que je m'étais proposé en faisant sentir, outre l'ordre indiqué, la nécessité de faire concourir à l'élaboration des problèmes d'anatomie l'ensemble des procédés fournis par l'observation directe, l'expérimentation et la comparaison.

Cette entreprise paraîtra peut-être inutile aux esprits spéciaux ou routiniers, mais je suis sûr d'y voir concourir tous les hommes animés d'un véritable sentiment du progrès.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA VALEUR DES INJECTIONS IODÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE; par M. BOINET.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Pour bien faire comprendre l'action des injections iodées sur les parois des abcès, des kystes, des fistules, des séreuses et des muqueuses enflammées, etc., et pour montrer jusqu'à quel point elles sont innocentes, rappelons en peu de mots l'anatomie pathologique des abcès, des fistules, des kystes, des membranes enflammées, etc. Toutes ces cavités sont revêtues d'une fausse membrane; derrière cette fausse membrane, il existe une couche plus ou moins épaisse de lymphe plastique infiltrée dans le tissu cellulaire; cette fausse membrane et cette lymphe plastique, en même temps qu'elles isolent les parties environnantes, les préservent du contact immédiat du liquide contenu dans l'abcès ou la poche membraneuse et les mettent à l'abri de l'absorption. Si ce liquide est de la teinture d'iode injectée, l'absorption n'en sera pas plus possible que ne l'était celle du pus avant l'évacuation de ce liquide. Il en est de même dans les abcès récents et circonscrits; l'absorption est encore impossible, puisque le tissu cellulaire qui a été enflammé devient plus dur, plus dense, plus resserré, est infiltré de sérosité de lymphe plastique qui le prive de ses facultés absorbantes. Les mêmes phénomènes ont lieu pour les membranes muqueuses et les membranes séreuses, par conséquent les mêmes remarques leur sont applicables. Dans de semblables conditions est-il possible avec les injections iodées, en supppsant que les effets qu'elles produisent elles-mêmes sur nos tissus soient insuffisants pour s'opposer à leur absorption, est-il possible, disons-nous, d'avoir des phénomènes d'intoxication ? L'expérience et le raisonnement démontrent le contraire, quand même l'absorption serait démontrée physiologiquement, ce qui n'est pas.

On sait d'ailleurs que des liquides de même nature produisent des effets différents quand ils sont en contact avec des tissus de composition et de texture différentes. L'urine, par exemple, qui ne produit aucune lésion sur la muqueuse vésicale ou urétrale, produit des infiltrations rapides et promptement gangreneuses dans le tissu cellulaire; il en est de même du vin, de l'alcool, de l'eau pure, de l'air et de bien d'autres liquides, et cependant ces liquides, dont le contact est si pernicieux pour le tissu cellulaire, ne déterminent plus les mêmes accidents lorsqu'ils sont en contact avec la tunique vaginale, les parois des abcès, des fistules, etc. La différence de texture des tissus, que cette différence soit naturelle ou causée par l'inflammation, est donc importante à noter. Nous ne devons pas moins tenir compte de la nature du liquide injecté et de ses effets sur les tissus avec lesquels il est mis en contact; et ici nous avons encore cette remarque à faire, c'est que la teinture d'iode, introduite dans le tissu cellulaire, ne s'y infiltrera pas comme de l'eau ou du vin; et si elle produit la gangrène, elle ne la produira pas de la même manière que certains autres liquides, que ceux que nous venons d'indiquer par exemple. La raison de cette différence d'action nous paraît facile à expliquer. Si, en effet, on injecte dans le tissu cellulaire qu'une petite quantité de teinture d'iode, cette petite quantité n'y produira pas les mêmes accidents que la même quantité d'eau ou de vin, ou même n'y produira aucun accident; et cela parce que l'infiltration de l'iode est sinon impossible, au moins plus difficile, en raison du racornissement, du resserrement, de la cautérisation que l'iode produit immédiatement sur les tissus qu'il touche. M. Velpeau a dit, sans en donner l'explication, que la teinture d'iode était *absorbable* et qu'elle ne produisait pas la gangrène lorsqu'elle s'épanchait quelquefois dans le tissu cellulaire; M. Velpeau a vu le fait, nous croyons l'avoir expliqué. Nous ne disons pas que la teinture d'iode, infiltrée ou injectée dans nos tissus, n'y déterminera jamais la gangrène, nous disons seulement que lorsque cet accident surviendra une grande quantité de tissu cellulaire aura été mise en contact avec la teinture d'iode; alors cette grande quantité de tissu cellulaire, cautérisée, transformée en escarres, mortifiée, deviendra corps étranger et tombera en gangrène; ce ne sera plus par suite de l'infiltration que telle mortification arrivera, mais par suite de la destruction du tissu cellulaire, la teinture d'iode agissant comme caustique. Il n'y aurait peut-être que le cas où la teinture d'iode étant très-étendue d'eau, on pourrait observer les phénomènes de gangrène par infiltration. C'est probablement ce qui a eu lieu dans les expériences de M. Babault. Mais, nous ne pouvons trop le répéter, les expériences faites sur le tissu cellulaire à l'état normal ne peuvent pas être comparées aux faits d'injection iodée que nous avons rapportés. Il n'existe entre ces expériences et ces faits pathologiques aucune similitude.

Les phénomènes qu'on observe constamment après ces injections sont les uns primitifs, les autres consécutifs; les premiers, qu'on a regardés à tort comme des accidents, sont une douleur plus ou moins vive, du gonflement, de la fièvre, de l'agitation, etc. Tous ces phénomènes sont nécessaires et d'un bon augure pour la guérison ; quand ils ne se produisent pas assez vivement, on doit craindre que le but qu'on se propose par ces injections soit manqué. Ces phénomènes ne sont jamais si manifestes que plusieurs heures après les injections et durent plus ou moins longtemps, quelquefois douze ou quinze heures; mais ils se dissipent peu à peu et sans laisser aucune trace fâcheuse ; des cataplasmes émollients les calment assez promptement.

A quoi sont-ils dus? Évidemment à l'action de l'iode sur les parois du kyste ou de la cavité où est injectée la teinture d'iode, il survient bientôt une véritable fluxion qui revêt les caractères de la phlegmasie la plus légère, jusqu'à ceux de l'inflammation la plus violente, selon que la teinture d'iode est plus ou moins concentrée, que son contact a duré plus ou moins longtemps et que la partie est pourvue naturellement d'un plus grand nombre de vaisseaux et de nerfs. Alors, que se passe-t-il dans ces circonstances? Le sang afflue en plus grande abondance dans les parois du kyste ou du foyer, le tissu cellulaire environnant est infiltré d'une sérosité plus considérable; il est gonflé et tend à rapprocher les parois du foyer, qui elles-mêmes sécrètent, ou, si l'on peut ainsi dire, suent la matière unissante qui réunit le tout en une seule masse. Alors naît l'inflammation adhésive, qui sert comme de barrière à l'inflammation suppurative, en déterminant la réunion des parties qui, sans cela, deviendraient infailliblement le siége de cette dernière. Si le rapprochement du foyer a lieu dans tous ses points, si la période adhésive de l'inflammation se développe sur toutes les parois du foyer, suivant l'intention du chirurgien, sa cure radicale a lieu et les récidives ne sont plus à craindre.

Quelquefois il ne s'établit qu'une inflammation partielle, soit parce que toutes les parois du kyste ou de l'abcès fistuleux n'ont pas été également enflammées, et que le gonflement n'a pas été assez considérable pour les mettre en contact, ou parce que l'inflammation, au lieu d'être restée adhésive, est allée trop loin et est devenue suppurative ; dans ces cas, lorsque la période inflammatoire est passée, il faut revenir à une nouvelle injection.

Ces phénomènes consécutifs varient suivant les tissus sur lesquels portent l'injection ; ainsi, si, dans certains cas, le but du chirurgien est d'obtenir une inflammation adhésive, dans les kystes, les abcès, les fistules, etc., en un mot, dans les cas où le liquide iodé est en contact avec du tissu cellulaire et des vaisseaux capillaires enflammés ; dans d'autres, cette inflammation adhésive n'a pas lieu, et cependant il y a guérison, disparition du liquide contenu dans les poches closes, et retour des tissus affectés à leur état normal ; c'est ce qu'on observe dans les cavités séreuses et dans les canaux tapissés d'une membrane muqueuse. Ainsi, on croit encore généralement aujourd'hui que la guérison de l'hydrocèle s'obtient par l'adhésion des parois de la tunique vaginale entre elles, et cette idée est tellement répandue, qu'on lit dans tous les auteurs classiques, qu'après la guérison de l'hydrocèle par l'injection, le testicule est plus exposé aux contusions, aux froissements que dans l'état normal, parce qu'il a perdu la faculté de ses mouvements, de ses glissements, par suite des adhérences de la tunique vaginale. Quelques faits récents d'anatomie pathologique sont venus renverser cette opinion. En 1847, chez un malade mort dans le service de M. Velpeau, et qui, quelque temps auparavant avait subi l'opération de l'hydrocèle, par l'injection iodée, on a trouvé à l'autopsie, faite avec le plus grand soin, qu'il n'existait aucune adhérence entre les parois de la tunique vaginale, et que sa cavité était parfaitement libre. Cette pièce intéressante d'anatomie pathologique a été vue et vérifiée par tous les médecins et les élèves présents, à la clinique de M. Velpeau, et par tous les membres de la Société anatomique de Paris, etc. D'un autre côté, les résultats d'autopsie d'individus atteints d'hydropisies articulaires, chez lesquels des injections iodées ont été faites, ont démontré que les genoux affectés ont présenté les mêmes caractères anatomiques que les genoux restés sains. Les cas d'hydarthroses où les malades ont guéri en recouvrant la mobilité des articulations, sont la preuve incontestable et de l'efficacité et de l'innocuité de ces injections iodées. Nous en avons rapporté plusieurs exemples dans le cours de ce mémoire. Dans les cas de cette espèce, l'effet de l'injection iodée n'est donc plus le même que dans ceux où on cherche à obtenir une inflammation adhésive. Que se passe-t-il, en somme, dans les hydropisies, quel que soit leur siége, évidemment il y a défaut d'harmonie entre les deux phénomènes qui constituent la fonction recrémentitielle des séreuses, et qui consiste, dans des cas, dans une suractivité de vaisseaux exhalants de ces membranes, coïncidant avec l'insuffisance des vaisseaux absorbants, et pour d'autres cas, dans une activité à peu près normale des vaisseaux exhalant des séreuses, coïncidant avec un état d'atonie ou de défaut d'activité des vaisseaux absorbants. Qu'a produit l'injection iodée dans les cas de cette espèce où elle a été mise en usage? Évidemment un changement du mode anormal de vitalité de l'exhalation et de la résorption des membranes séreuses, en ce sens que l'irritation ou l'inflammation causée par l'injection iodée a rétabli l'équilibre rompu entre ces deux fonctions, modifié les surfaces articulaires et ramené la santé dans les parties malades. L'action de l'iode, dans ces circonstances, se limite à activer, à ranimer ses fonctions absorbantes, et à provoquer ainsi la résorption des épanchements. Cette action est spéciale, spécifique pour ainsi dire.

On peut se demander maintenant, tout en admettant le principe des injections iodées dans les hydropisies, les fistules, le abcès, etc., quelle est l'époque de la maladie qu'il faut choisir pour pratiquer ces injections, et à quelle dose faut-il donner la préférence? Nous pensons que l'on peut hardiment répondre au premier point, que l'on doit pratiquer l'injection aussitôt qu'on donne issue au liquide renfermé dans la cavité, et cela n'a ordinairement lieu que lorsque tous les symptômes d'irritation ont disparu. Il ne faut jamais attendre que la désorganisation des parties soit déclarée ; nous dirons aussi qu'on peut pratiquer plusieurs injections de suite, ou à des distances de temps plus ou moins éloignées, sans craindre qu'il en advienne rien de fâcheux. Un autre fait qui nous a été démontré par les injections iodées, c'est qu'on peut se dispenser de fermer l'ouverture de la ponction ; après l'injection iodée, l'introduction de l'air dans la cavité injectée ne paraît offrir aucun inconvénient.

Il est probable que l'innocuité de l'air, dans les foyers soumis aux injections iodées, vient de ce que les parois de ces foyers ne sont plus susceptibles d'absorption, par suite de la modification qu'ils subissent, par le contact de la teinture iodée, et probablement aussi parce qu'il n'existe plus de liquide purulent qui puisse être altéré par l'air. On sait avec quelle rapidité se remplit de nouveau un foyer purulent qu'on vient de vider, et quels grands dangers il y a à laisser ces foyers en communication avec l'air extérieur. Assurément M. J. Guérin a rendu un service immense aux malades et à la chirurgie en créant la méthode sous-cutanée ; mais cette méthode si utile, si avantageuse dans tant de circonstances, n'a plus la même valeur dans les cas où l'on pratique, immédiatement après la ponction, une injection iodée, et cela pour les raisons que nous venons de dire, ensuite parce que, après l'injection iodée, si les parois du foyer n'absorbent plus, ils ne sécrètent plus, au moins dans les deux ou trois premiers jours (1). Il en résulte donc que l'air qui peut s'introduire dans un foyer purulent ne peut pas vicier le pus qui n'y existe plus; qu'il n'y a plus par conséquent d'altération, de viciation et d'absorption possibles du pus, et qu'enfin ces accidents si terribles d'infection purulente, de résorption et d'infection putrides n'ont pas lieu. Ne se passerait-il pas, après ces injections iodées, ce qui a lieu après la cautérisation des plaies proposées par M. Bonnet (de Lyon) pour s'opposer à la résorption purulente? Il est bon sans doute de prendre toutes les précautions conseillées pour les ponctions sous-cutanées ; mais la plupart des faits que nous avons recueillis nous prouvent que ces précautions ne sont pas indispensables.

Quant à la composition de l'injection et à sa dose, tout cela dépend de l'inflammation plus ou moins grande qu'on veut produire, des tissus sur lesquels on va agir, de l'étendue des parties qui doivent éprouver le contact de la teinture d'iode. On peut dire d'une manière générale qu'on doit donner la préférence à la teinture d'iode mélangée de partie égale d'eau, et qu'on doit y ajouter un peu d'iodure de potassium pour rendre plus complète la dissolution de l'iode. Nous avons souvent employé la teinture d'iode pure, sans qu'il en soit résulté le plus petit accident.

Tout porte donc à penser que c'est un service réel, précieux, rendu à la pratique, d'avoir employé les injections iodées dans des affections regardées souvent comme incurables, d'avoir substitué une méthode aussi efficace et aussi innocente que celle des injections iodées à des méthodes insuffisantes et quelquefois même dangereuses. Autrefois on faisait des injections dans les abcès fistuleux, mais dans le but seulement de les déterger, de les débarrasser du pus qui y séjournait, et l'on avait recours à ces injections surtout lorsque le pus était, disait-on, de mauvaise nature, qu'il répandait une odeur désagréable, insupportable. Les injections de cette espèce ne doivent pas être omises encore aujourd'hui, et dans le but de bien nettoyer le foyer purulent, de le tarir de tout le pus qu'il peut contenir, nous conseillons de faire ces injections détersives avant d'en venir aux injections io-

(1) Quelle que soit la bienveillance avec laquelle l'auteur de ce mémoire parle de la méthode sous-cutanée, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer qu'il n'a pas abordé le point capital du parallèle à établir entre cette méthode et la méthode des injections iodées. Or voici ce point : nous posons en fait que la *succion* exercée sur les parois des kystes ou foyers, après l'évacuation du liquide produit exactement le même effet que l'action cautérisante de l'iode ; avec cette différence que la méthode sous-cutanée, bien employée, ne produit jamais d'accidents d'aucune sorte. C'est à quoi les injections iodées ne peuvent pas prétendre : nous ne citerons comme exemple que les hydarthroses.

(Note du Rédacteur.)

dées. Cette méthode devra donc être généralement adoptée un jour. Déjà plusieurs chirurgiens l'ont mise en usage avec beaucoup de succès dans ces derniers temps et dans un grand nombre de circonstances : dans l'hydrocèle de la tunique vaginale, où non-seulement elle a guéri, mais même dissipé merveilleusement des engorgements testiculaires chroniques volumineux, dans l'hydrocèle enkystée du cordon, dans les tumeurs enkystées du cou, dans la grenouillette, dans l'hydropisie de plusieurs bourses muqueuses, dans celles du péritoine, des articulations, des ovaires dans les abcès chauds ou froids, avec ou sans carie des os, dans les trajets fistuleux, dans les inflammations chroniques des muqueuses, etc., toujours avec un plein succès et un grand avantage pour les malades, qui préfèrent les moyens les plus doux à chances égales, les suites des injections iodées ayant toujours été fort légères, et n'ayant même le plus souvent pas réclamé l'alitement. Ce résultat s'explique d'ailleurs par le mode d'action de la teinture iodique, après une excitation locale, temporaire, modérée et avantageuse, que l'on chercherait vainement dans une autre substance.

Dans tous les cas où les injections iodées ont été employées chez l'homme, il n'est jamais survenu d'accidents ni généraux ni locaux, et cependant plusieurs fois on a injecté de la teinture d'iode pure à la dose de 120 à 200 grammes, et plusieurs fois de suite chez le même individu. On ne pourra donc plus arguer des prétendus accidents auxquels les injections iodées peuvent donner lieu. Dans tous les cas où on a eu recours à cette méthode, les guérisons ont été souvent promptes et toujours définitives; l'inflammation adhésive dans certaines maladies et le retour des parties à leur état normal dans d'autres ont toujours lieu. Ceci n'est pas une vaine allégation, puisque, dans les cas publiés jusqu'à ce jour, il n'est survenu aucun accident d'aucune espèce, et que la douleur, la sensibilité, le gonflement, la fièvre, quelquefois l'agitation et l'insomnie, que provoquent pendant quelques heures ces injections, se dissipent peu à peu, et cèdent rapidement à l'usage de cataplasmes émollients.

Des faits et des considérations énoncés dans ce mémoire, il résulte :

1° Que les injections iodées peuvent être employées avec beaucoup d'avantages dans le traitement des hydrocèles simples ou compliquées, des kystes séreux, synoviaux, etc., des hydarthroses, des hydropisies, des abcès chauds ou froids, etc.;

2° Qu'elles ne sont pas dangereuses; qu'elles ne peuvent produire ni gangrène ni intoxication, employées convenablement et dans les cas que nous avons indiqués;

3° Qu'elles produisent des effets différents, suivant les tissus avec lesquels elles se trouvent en contact;

4° Que leur action produit des résultats différents sur les séreuses, les muqueuses et le tissu cellulaire, qui ont été le siége d'inflammation ou d'irritation;

5° Enfin qu'elles agissent à la manière des caustiques, tout en ayant une action spéciale relative sur les tissus.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Gastrorrhagie active grave, suivie d'anasarque;* par M. Michel. 2° *Mémoire sur les polypes développés dans les cavités nasales;* par M. de Ceuleneer. 3° *Observations pratiques*; par M. Midavaine. 4° *Amaurose complète guérie par les préparations ferrugineuses;* par M. Gaillard (de Poitiers). 5° *Observation de carie scrofuleuse; sortie de l'os; guérison au moyen de l'huile de foie de morue;* par M. de Coninck. 6° *Des blessures des yeux par armes à feu;* par M. Hégésippe Duval.

DES BLESSURES DES YEUX PAR ARMES A FEU; par M. HÉGÉSIPPE DUVAL.

Parmi les remarques judicieuses que contient le mémoire de notre savant confrère, nous avons surtout remarqué ce qui a rapport aux projectiles abandonnés dans l'œil. L'issue, dans ce cas, n'est pas à beaucoup près toujours funeste pour la vision. Le fait suivant le prouve; nous le citons en entier à cause des circonstances curieuses qui l'accompagnent, quoique ici le corps étranger ne fût pas un projectile lancé par la poudre.

OBS. — M. Duval opéra en 1840 un nommé Déterville, de la cataracte par extraction. L'arc sénile était très-prononcé. La section de la cornée sur le premier œil avait été fort difficile. Aussi ne commença-t-il la seconde qu'après avoir bien éprouvé la pointe et le tranchant de son couteau. Mais à peine eut-il commencé que la partie du couteau engagée entre les lames de la cornée fut tellement retenue, prise et serrée, qu'il comprit de suite qu'il ne pourrait jamais achever son incision en la poussant simplement comme on le fait d'ordinaire. Il hasarda donc un mouvement léger de rotation afin de le dégager; mais ce fut impossible. Finalement, l'extrémité aiguë de l'instrument se cassa dans une étendue de 2 millimètres environ et resta dans la cornée.

M. Duval retira le couteau, et termina cette section avec des ciseaux à branches courbées sur le côté et à extrémité boutonnée. Il essaya alors d'extraire ce fragment; il le saisit à grand'peine, mais il échappa encore du mors de ses pinces au moment où il allait pouvoir le retirer, et, passant à travers la pupille, alla se loger dans la chambre postérieure. L'opérateur, renonçant dès lors à continuer d'aller à sa recherche, termina l'extraction de la cataracte. Il espérait encore que le corps étranger serait resté entre les adhérences qui liaient la capsule et l'iris, et sortirait en même temps qu'elle; mais il l'y chercha vainement.

J'augurais fort mal, ajoute l'auteur, de l'opération de cet œil, voire même de l'autre, qui n'avait pas été moins laborieuse. La pointe perdue de mon bistouri, restée dans l'œil, me faisait craindre et supposer une réaction inflammatoire formidable, désorganisatrice. Erreur : mon malade guérit sans éprouver le moindre accident, y vit parfaitement à la levée de l'appareil, et a continué d'y voir sans s'être jamais douté qu'il eût dans l'œil une partie de l'instrument qui avait servi à son opération.

VI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

La première livraison de l'année 1849 contient les travaux originaux suivants : 1° *Compte rendu des travaux de la Société médico-chirurgicale de Bruges pendant l'année* 1848; par M. Wemaer. 2° *Analectes médicaux, ou recueil de faits qui ont rapport à l'art de guérir, et qui se sont passés dans le ressort de la ville et du franc de Bruges*; par M. de Meyer. 3° *Choléra-neuronisme*; par M. Van Wageninge. 4° *Notice sur les malades traités au dispensaire ophthalmique d'Ypres et de son arrondissement, depuis le 1er juillet 1847 jusqu'au 30 juin 1848*; par MM. Hammelrath et Laheyne. 5° *Syphilis secondaire; iritis; guérison*; par M. Laheyne. 6° *Analyse critique de différents procédés proposés pour constater la présence du sulfate de cuivre dans le pain, suivie de quelques réflexions de physiologie végétale sur l'absorption des corps inorganiques et organiques par les plantes;* par MM. d'Hanw et Van de Vyvère. 7° *Flore de la Flandre occidentale;* par M. Van de Vyvère.

EMPLOI DU NEURONISME DANS LE CHOLÉRA; par le docteur P.-J. VAN WAGENINGE.

Il faut soigneusement distinguer dans ce travail la partie théorique et la partie pratique : la première comprenant des considérations sur la nature du choléra, propres, suivant l'auteur, à légitimer le traitement de cette maladie par le *neuronisme* ou *magnétisme animal;* la seconde relative aux résultats obtenus par l'emploi de ce moyen.

La partie théorique est, à certains égards, celle qui se recommande le plus à l'attention. L'auteur, en effet, s'attaquant à une question fort débattue il y a peu de temps encore en Belgique, la question des éléments pathologiques primordiaux du choléra, montre fort bien que le premier effet appréciable de la cause morbide n'est pas la coagulation du sang. Aux raisons que nous avons données nous-mêmes à l'appui de cette opinion, en rendant compte de la discussion de l'Académie de médecine belge sur le choléra, il en ajoute plusieurs, dont la plus décisive est sans doute la suivante. « Si, dit-il, le sang avait été affecté d'abord et non pas le plexus solaire et les nerfs sympathique et pneumo-gastrique, la première sensation morbide prédominante aurait lieu dans le cœur et les poumons (anxiété, palpitations, syncope), et non pas du côté de l'estomac et des intestins (vomissement, diarrhée). » Comme on peut le voir, c'est dans le système nerveux ganglionnaire que l'auteur place la première modification pathologique imprimée à l'organisme par la cause cholérigène.

Maintenant, que ce soit là une raison suffisante de soumettre le choléra au traitement magnétique; que le magnétisme réussisse parce qu'il est de sa nature tonique et excitant, tandis que le choléra énerve : c'est sur quoi nous sommes plus réservés que l'auteur, malgré les quelques observations apportées à l'appui de sa thèse. A cet égard et pour en venir au point de vue pratique, nous nous contenterons de citer le seul passage qui ait trait au traitement magnétique dans le RAPPORT GÉNÉRAL des commissions instituées par le gouvernement pour étudier la question thérapeutique du choléra. L'auteur nous en voudra d'autant moins de nous en tenir à cette citation qu'elle n'est pas absolument défavorable à l'emploi du neuronisme. « Nous n'avons vu, dit le rapport, employer qu'une fois le magnétisme animal chez un nègre qui souffrait des crampes les plus violentes aux extrémités; et, quoiqu'une détente générale des parties spasmodiquement contractées en suivît l'application, elle n'était que d'une

très-courte durée; de telle manière que, si la manipulation était exercée sur les extrémités inférieures, les membres supérieurs se contractaient de nouveau (il en avait été de même dans une des observations rapportées par M. Van Wageningen). Le malade succomba quelques heures après. *Quoique nous n'ayons pas vu que l'application du magnétisme animal ait été suivie d'une amélioration durable de la maladie, son action a suffisamment démontré, dans ce cas désespéré, son efficacité à diminuer les crampes, pour le recommander à l'attention des médecins, surtout au début de la maladie.* »

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LA FLANDRE OCCIDENTALE.

Les trois premières livraisons de l'année 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rupture de quelques muscles qui fixent l'omoplate*; par M. Fredericq. 2° *De l'emploi du deuto-chlorure de mercure contre les rhumatalgies*; par M. Vanoye. 3° *De la mort apparente chez le fœtus*; par M. Vanhengel. (Quand un enfant est venu au monde dans un état de mort apparente, on n'a, pour s'assurer s'il est vivant, qu'à pousser dans le rectum un lavement stimulant (eau et eau-de-vie) : s'il est mort, le lavement sort à l'instant et sans jet; en cas de vie, il est retenu un moment et est ensuite lancé avec une certaine force.) 4° *Cas de fracture du condyle externe du fémur*; par M. Lagae. 5° *Exposé d'un cas de phthisie pulmonaire dans lequel une caverne s'est fait jour à travers les parois thoraciques*; par M. Pollet. 6° *Observation de fièvre intermittente pernicieuse apoplectique*; par M. Plettinck. 7° *Insomnie chez un jeune enfant guéri par les antisyphilitiques*; par M. Vanoye. 8° *Observations sur les effets du muriate de baryte dans le traitement des ostéites scrofuleuses*; par M. Comyn. 9° *Encore quelques mots sur l'emploi du sulfate de quinine dans le typhus*; par M. Fredericq. 10° *Observation de grossesse extra-utérine*; par M. Philippart. (La temporisation indéfinie causa la perte de cette malade, qui eût peut-être été sauvée par la gastrotomie. L'autopsie ne fut point faite.

RUPTURE DE QUELQUES MUSCLES QUI FIXENT L'OMOPLATE; par M. FREDERICQ.

Le fait suivant, qu'on rapprochera avec intérêt de celui publié dans les LEÇONS ORALES de Dupuytren, offre l'exemple d'une lésion à la fois trop rare et trop curieuse pour que nous hésitions à le reproduire ici malgré la brièveté avec laquelle l'auteur a dû se contenter de le rapporter.

OBS. — En août 1848, un ouvrier éprouva, en faisant un effort pour faucher, vers le bord interne de l'omoplate, une sensation de craquement et de rupture en même temps qu'une très-forte douleur.

Depuis lors il se trouve dans l'impossibilité de se servir librement de son bras. Examiné au mois d'octobre suivant, il dit qu'il n'avait plus dans ce membre la force nécessaire pour se livrer à son travail. Cependant tous les mouvements sont possibles, sauf qu'il ne peut lever le bras verticalement. En essayant ce mouvement, il n'a jamais réussi à dépasser l'horizontale, le bras faisant alors un angle à peu près droit avec le corps.

L'articulation scapulo-humérale, soigneusement examinée, ne présenta aucune lésion, ni déplacement, ni fracture. Mais le malade, en imprimant des mouvements d'élévation au bras, opérait en même temps un déplacement considérable de l'omoplate. Le bord interne de cet os s'approchait un peu de la colonne vertébrale et se relevait de manière à former sous la peau une saillie si forte qu'entre elle et les parois thoraciques il existait la largeur du poignet. Ce déplacement n'était pas également prononcé sur tout le bord interne du scapulum; il diminuait graduellement à partir de l'angle inférieur de cet os, où il était le plus marqué jusqu'à son bord supérieur où il était à peine appréciable. Le malade, en relevant le bras, abaissait l'articulation scapulo-humérale tout en relevant le bord interne de l'omoplate et surtout, comme nous venons de le dire, son angle inférieur; mais le chirurgien, en appliquant les deux mains sur cet os pour le fixer et empêcher son déplacement, mettait le malade dans la possibilité de relever son bras comme s'il n'eût été atteint d'aucune infirmité.

Quoique le malade, malgré les plus grands efforts, ne pût pas parvenir à relever complétement le bras, le chirurgien en le saisissant le relevait avec facilité, sans susciter de la douleur et sans aucun obstacle. Mais alors il remarquait que l'angle inférieur de l'omoplate s'abaissait et suivait les mouvements du bras déplacé.

On conseilla au malade de maintenir son membre dans l'immobilité complète; mais il s'y refusa et n'a pas été revu depuis lors.

OBSERVATION DE CAVERNE PULMONAIRE OUVERTE A L'EXTÉRIEUR; par le docteur POLLET.

Les faits de ce genre sont assez rares pour que nous examinions de près si l'observation de M. Pollet a véritablement la signification qu'il lui attribue. S'agit-il, en effet, d'une perforation directe de la paroi thoracique par le pus d'une caverne tuberculeuse, comme il en existe plusieurs exemples bien constatés, ou d'un abcès de la paroi qui se serait mis ultérieurement en communication soit avec une caverne, soit seulement avec la cavité pleurale? On en jugera par le récit abrégé du fait :

Le sujet de l'observation était une fille âgée d'environ vingt ans, d'une constitution scrofuleuse très-prononcée. Elle offrait, dit l'auteur, tous les symptômes rationnels et physiques de la phthisie pulmonaire à un degré avancé. Trois mois à peu près avant la mort, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon se développa à 1 pouce au-dessous et en dehors du sein gauche; elle s'accrut lentement, et finit par acquérir le volume du poing. Cette tumeur était fluctuante *dès le principe;* elle s'effaçait sous une pression douce et uniforme pour reprendre peu à peu son volume ordinaire. Des mouvements de dilatation et de retrait, appréciables à la vue et correspondant aux mouvements d'inspiration et d'expiration, s'y faisaient remarquer. Le foyer finit par s'ouvrir dans un accès de toux. La quantité de pus qui s'en échappa était considérable. M. Pollet vit la malade le lendemain, et constata que l'ouverture qui avait donné issue au pus était circulaire et *passait à travers le corps d'une côte.* Cette ouverture était absolument semblable à celle que l'on ferait avec une petite couronne de trépan. Un stylet mousse pénétra sans résistance à une profondeur de trois travers de doigt. La matière qui sortit les jours suivants par l'ouverture était semblable à celle que les phthisiques rendent par l'expectoration; de plus, un souffle très-marqué se distinguait nettement à chaque mouvement respiratoire. La malade expira quatre jours après la rupture du foyer. L'autopsie n'a pu être faite.

Telles sont les circonstances du fait. Nous éprouvons à leur égard les mêmes scrupules que l'honorable rapporteur de l'observation à la *Société médicale d'émulation de la Flandre occidentale*, le docteur Joseph Ossieur. La perforation si nette, si régulièrement circulaire, d'une côte, sans ulcération ni criblure, nous porte à penser qu'elle a été produite par un tubercule siégeant au centre de l'os, et non par le pus venu d'une caverne pulmonaire. Dans les cas jusqu'ici relatés de cavernes ouvertes à l'extérieur, ce n'est pas à travers les côtes, mais par les espaces intercostaux, que le pus s'est fait jour, et il n'est pas nécessaire d'en dire la raison. L'auteur assure, il est vrai, que la tumeur était fluctuante *dès le principe* et s'effaçait par la pression. Mais ces mots *dès le principe* équivalent au fond à ceux-ci : *dès que la tumeur a été aperçue.* Or à ce moment, les termes de l'observation en font foi, elle était déjà de la grosseur d'un œuf. Que peut-on en conclure? Que la tumeur, à un certain moment de son développement, a communiqué avec la plèvre; rien au delà. Et cette circonstance n'a rien que de très-concordant avec l'hypothèse d'un simple abcès des parois thoraciques par destruction tuberculeuse d'une côte.

Maintenant la communication de la fistule avec les organes intérieurs allait-elle plus loin que la cavité de la plèvre? S'étendait-elle à l'intérieur du parenchyme pulmonaire, devenu caverneux? Dans ce cas, il faudrait admettre, avec M. Ossieur, qu'une vomique superficielle existait juste au niveau du tubercule osseux, et que les deux foyers purulents se sont réunis. Une seule circonstance plaide en faveur de cette supposition : c'est la déclaration faite par l'auteur que la matière versée par l'ouverture extérieure ressemblait aux crachats des phthisiques. Nous nous en rapportons volontiers sur ce point à son expérience, mais non sans regretter qu'il ne soit pas entré dans des détails étendus et précis sur les signes stéthoscopiques. C'était la seule manière de suppléer autant que possible au défaut d'autopsie. Le seul signe qu'il mentionne, le bruit de *souffle* constaté après l'ouverture de l'abcès au dehors, n'a pas lui-même une signification fort claire, surtout isolé des autres signes par lesquels a dû nécessairement se traduire, si elle a existé, une caverne pulmonaire communiquant à l'extérieur.

VIII. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches sur les tumeurs sublinguales*; par M. Bertherand. (Voy. l'analyse détaillée de cette monographie dans GAZ. MÉD., 1847, p. 228.) 2° *De l'emploi des diurétiques dans le traitement de la lienterie et de toutes les espèces de flux de ventre*; par M. Helin. 3° *Mémoire sur la coqueluche, sur sa nature et le traitement qui lui convient*; par M. Duhamel. 4° *Recherches cliniques sur l'emploi du kermès minéral*; par M. Hélin. 5° *Phlegmasie chronique du péritoine et des bronches*; par le même. 6° *Essai thérapeutique sur l'iode, ou applications de la médication iodée ou iodurée au traitement des maladies*; par M. Payan (Plusieurs fois déjà nous avons eu occasion de faire connaître les idées du savant praticien d'Aix sur ce sujet, auquel il a su si légitimement attacher son nom.) 7° *Traitement abortif du choléra*; par M. Hélin. 8° *Des subterfuges employés par les conscrits pour simuler ou dissimuler certaines maladies oculaires*; par M. Vallez. (Excellents

préceptes, très-précieux à consulter, mais dont la reproduction intégrale pourrait seule faire connaître l'utilité.) 9° *Hernie inguinale gauche étranglée;* par M. Van Hoeter. (L'auteur croit avoir rencontré, dans l'opération, deux sacs emboîtés l'un dans l'autre.) 10° *Une visite à l'hôpital de Gand au mois de novembre* 1848; par M. Crocq.

DE L'EMPLOI DES DIURÉTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA LIENTERIE ET DE TOUTES LES ESPÈCES DE FLUX DE VENTRE; par le docteur HÉLIN.

C'est en général contre les diarrhées qui paraissent produites par l'hypersécrétion des follicules mucipares des intestins que l'auteur conseille l'emploi des diurétiques. Ce mode de traitement, en ce qui concerne spécialement la lienterie, est fondé sur cette observation, trop généralisée, croyons-nous, par M. Hélin, que la suppression du flux intestinal par les astringents ou les opiacés est suivie, dans certains cas, d'ascite, et que si celle-ci vient à disparaître, la diarrhée se montre de nouveau. En provoquant la sécrétion urinaire, en détournant les liquides de leur tendance anormale vers le système digestif, et la diarrhée et l'ascite disparaissent à la fois. Voici un aperçu du traitement de l'auteur dans les cas dont il s'agit.

Le traitement pharmaceutique se réduit à l'emploi du nitrate de potasse, depuis 5 jusqu'à 20 et 30 grains par jour, avec addition d'un tiers de grain jusqu'à 2 grains de poudre scillitique dans un véhicule convenable. Aux personnes aisées, il administre le nitre et la scille dans des potions gommeuses. Point de toniques, d'astringents ou d'opiacés. Quand les sujets refusent les médicaments et que le tube digestif est hors d'état de les supporter, on a recours à la méthode endermique : on frictionne la peau avec de la poudre de scille et du nitre légèrement humectés avec la salive. Quant au régime, il se compose de soupes, bouillons, crèmes au riz ou au vermicelle, bouillons aux croûtes de pain, quelquefois du lait s'il n'est pas un laxatif pour le sujet, gelées de viandes, œufs mollets, *etc.*

L'auteur assure que l'usage des diurétiques modère les évacuations dans la fièvre typhoïde, et il se propose de les essayer dans la dyssenterie. La réputation dont certains diurétiques, tels que la feuille de fraisier sauvage, jouissent auprès de certains praticiens, comme propres à arrêter les diarrhées chroniques, autorise à attacher une certaine importance aux idées de M. Hélin. On peut regretter seulement qu'il ne soit pas sorti des indications générales, et que la seule observation qu'il a cru devoir rapporter avec détails, empruntée aux premiers essais de son mode de traitement, nous montre les toniques constamment associés aux diurétiques; d'où résulte l'impossibilité absolue de faire équitablement la part des uns et des autres.

RECHERCHES CLINIQUES SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU KERMÈS MINÉRAL; par le docteur HÉLIN.

Ce n'est pas seulement contre les phlegmasies aiguës des voies respiratoires, à l'exemple de M. Tessier (de Lyon) et de plusieurs autres praticiens, que M. Hélin administre le kermès minéral à haute dose et pendant plusieurs jours consécutifs; c'est encore contre les affections où le tube digestif paraît jouer le principal rôle, et il laisse entrevoir que l'emploi de ce médicament pourra devenir le principal remède contre un grand nombre de maladies aiguës ou chroniques. Sa foi va même jusqu'à lui inspirer ces paroles : « La médication faite avec le kermès minéral, pour combattre les phlegmasies aiguës et chroniques, sera, si mes collègues obtiennent les mêmes résultats que moi, *la plus belle conquête de notre époque.* »

En attendant, l'auteur rapporte succinctement deux observations où des phénomènes gastriques, accompagnés de réaction générale, ont cédé assez rapidement après l'emploi du kermès.

Dans le premier cas, il s'agit d'une demoiselle de 15 ans qui éprouvait depuis huit jours des lassitudes spontanées, des frissons vagues, de la soif, de l'anorexie, de la céphalalgie, des vertiges; l'épigastre était très-sensible à la pression, la langue rouge et pointue, l'haleine acide, la peau sèche et chaude, le pouls à 105 et irrégulier. On administra une pilule d'un grain de kermès minéral toutes les heures. Un vomissement eut lieu à la troisième et une autre à la quatrième. La céphalalgie était déjà considérablement diminuée. A partir de ce moment, on ne donne plus de pilules que de deux heures en deux heures. La malade ne transpire pas beaucoup la première nuit, ce qu'on attribue à l'agitation musculaire; la seconde, une sueur abondante se manifeste; le pouls tombe à 90; une selle avait eu lieu dans la journée. On continue les pilules. La sueur ne s'arrête pas, bien que moins abondante, pendant les troisième, quatrième et cinquième nuits, avec diminution marquée de tous les symptômes. Le sixième jour, la malade était en convalescence.

La seconde observation, relative à un enfant de 5 ans, ressemble beaucoup à la précédente. La céphalalgie diminue aussi d'une manière remarquable après les premiers vomissements; la sueur commence à se montrer la première nuit, augmente la seconde et continue les nuits suivantes en diminant graduellement. La convalescence était assurée le cinquième jour.

En général, voici le mode d'administration du kermès adopté par l'auteur. Il en donne d'abord d'un quart de grain à un grain d'heure en heure jusqu'à provocation des nausées ou des vomissements. Il s'ensuit ordinairement un grand soulagement et une agréable sensation de détente. Alors la dose du kermès adaptée à l'âge du sujet ou à d'autres circonstances n'est plus donnée que toutes les deux heures, et ce pendant trois, quatre, cinq, six, sept jours au plus, excepté dans les cas d'affection chronique. Quant à ce qui concerne ces derniers cas, l'auteur ne s'explique ni sur le mode d'administration du médicament, ni même sur l'effet qu'il en obtient.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 AOUT.

REMÈDE CONTRE LA PHTHISIE.

M. LE COUPPEY lit une note sur la curabilité de la phthisie.

Nous aurions sous la main, suivant l'auteur, une préparation pharmaceutique ayant puissance de faire rétrograder la tuberculisation, de la réduire à zéro: cette substance, c'est la pommade mercurielle, inscrite au Codex sous le n° 559. Il administre ce médicament à l'intérieur, ordinairement en pilules, à la dose de 5 à 40 centigr. par jour, moitié le matin, moitié le soir. Sous l'influence de ce modificateur, employé durant la première phase, les phénomènes morbides ne tardent pas à décroître, à s'annihiler, et quelques-uns selon un ordre constant et invariable. Ainsi l'hémoptysie, quand elle existe, disparaît tout d'abord, alors même qu'elle a résisté à une thérapeutique raisonnable. Les sueurs se dissipent à leur tour; vient ensuite la cessation de la toux, enfin celle des symptômes révélés par la percussion et par l'auscultation. En somme, la guérison a lieu infailliblement et dans l'espace de peu de mois.

L'auteur pense et conclut en disant qu'on combattra toujours victorieusement la tuberculisation pulmonaire à l'avenir, pourvu seulement qu'on n'attende pas la dernière phase de la maladie. En un mot, la question de la curabilité de la phthisie lui paraît résolue affirmativement.

TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR L'INJECTION D'AMMONIAQUE.

M. BONNAFONT, chirurgien-major à l'hôpital militaire d'Arras, adresse l'observation d'un cas d'hydrocèle guérie par la ponction et par l'injection gazeuse d'ammoniaque liquide. L'auteur pense que cette médication nouvelle, dont l'innocuité vient d'être par lui constatée, pourra devenir d'une application plus générale.

Ce que l'auteur a voulu constater surtout par cette observation, c'est l'innocuité des injections ou des insufflations ammoniacales dans les cavités closes. S'il pouvait être démontré, dit-il, que les insufflations gazeuses chargées de différents principes jouissent de propriétés au moins égales aux injections liquides, elles devraient toujours être préférées, puisque, avec elles, on ne devra pas craindre d'introduire dans les cavités aucun corps étranger, qui, réfractaire à l'absorption, devient ou peut devenir la cause de nombreux accidents.

TRANSFUSION VEINEUSE.

M. FOURCAULT adresse, à l'occasion des expériences communiquées dans l'une des précédentes séances par M. Flourens, une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

La transfusion veineuse doit être de nouveau étudiée chez les animaux, d'après de nouveaux principes, soit dans l'état normal, soit dans les diverses conditions de l'état morbide; ainsi, par exemple, dans le tétanos, dans la rage, on doit spécialement injecter dans l'appareil vasculaire à sang noir les éthers sulfurique, acétique, oxalique, le camphre, l'alcool, l'ammoniaque, enfin les substances qui produisent la paralysie musculaire avec relâchement, suivant les observations de M. Flourens. Il conviendrait aussi d'injecter dans les veines les substances qui déterminent des effets opposés, en commençant par des doses infinitésimales, et en en augmentant progressivement la quantité dans diverses séries d'expériences jusqu'à la mort ou la guérison des animaux malades.

ÉLECTRO-PHYSIOLOGIE.

M. DUCROS adresse le résumé suivant d'une nouvelle série d'expériences électro-physiologiques qu'il vient de faire chez l'homme et chez les plantes.

Déviation de l'aiguille astatique du galvanomètre entouré de son bocal en verre, en plaçant les deux mains par leur face palmaire à 15 centim. de chaque pôle et en employant ou simplement l'apposition circulaire des doigts des deux mains sans mouvement, ou la douleur sans disposition circulaire, ou la douleur avec la contraction musculaire. Agents excitateurs de ce phénomène : camphre, iode, sel de cuisine, carbonate d'ammoniaque, étamines, pistils, etc., etc. agents contre-excitateurs : éther sulfurique, chloroforme, eau froide, eau glacée,

glace, vinaigre, huile d'olive et la plupart des acides. Tous ces moyens excitateurs et contre-excitateurs sont mis dans les mains de manière à exagérer le phénomène magnétique ou à le suspendre comme le font l'éther sulfurique, le chloroforme, la glace, ou à l'affaiblir comme le font l'huile d'olive, les acides, etc.

Déviation de l'aiguille astatique par la fermeture des feuilles de la sensitive à 15 centim. de l'aiguille astatique et à travers le globe en perce. Déviation de l'aiguille astatique par les plaies faites à des sensitive ou à des *éthinocactus*, à diverses variétés de plantes charnues et grasses et à d'autres plantes, en les plaçant à 15 centim. de chaque pôle de l'aiguille atsatique. Agents excitateurs du phénomène pour la sensitive : camphre, poivre. Agents contre-excitateurs : glace, courant magnéto-électrique qui l'endort comme il peut endormir l'homme. Agents excitateurs du phénomène chez les *echinocactus* et les diverses variétés de *cactus* : eau de javelle, huile, huile essentielle de térébenthine. Agents contre-excitateurs : eau froide, acides et glace.

1° En présence de ces expériences si fécondes en résultats que puis-je conclure, si ce n'est que désormais la *phytologie* et la physiologie humaine et animale doivent être indispensablement unies ; elles s'éclaireront mutuellement.

2° Le principe animateur du règne animal et du règne végétal est le même que celui qui préside aux grandes lois d'attraction, de gravitation et d'affinité moléculaire et de cohésion.

3° L'électro chimie, le magnétisme terrestre, le magnétisme *minéral* et *végétal* forment une trilogie physiologique qui reconnaît le même agent universel qui est la crase de l'ancienne philosophie s'appuyant sur l'*anima mundi*.

4° Mais ces lois sont le piédestal de la divinité et de l'âme ou du moi. Aucune puissance humaine physique créée ne pourra jamais atteindre ces régions si admirables du moi et de l'être suprême : seulement l'intuition peut nous permettre des rapprochements plus ou moins justes ; mais il serait ridicule et immoral de vouloir assimiler la grandeur des idées humaines à des actes purement physiques. Seulement les actes intuitifs peuvent réagir sur des actes physiques et sur des instruments physiques et se marier avec eux ; mais en vertu de la liaison des phénomènes physiques avec les phénomènes moraux qui remontent à Dieu.

M. Duval, membre de l'Académie de médecine, adresse une note descriptive sur l'anomalie des défenses de l'éléphant.

M. Junod envoie un mémoire sur l'emploi de la méthode hémospasique dans le traitement du choléra asiatique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° La lettre du ministre de l'instruction publique transmettant ampliation de l'arrêté du président de la République qui approuve l'élection de M. Robert.

(M. le président invite M. Robert à prendre place parmi ses collègues.)

2° Lettre du ministre de l'agriculture et du commerce transmettant deux lettres explicatives, une corbeille de médicaments anticholériques préparés d'après les indications du docteur Fiévet, ancien chirurgien aide-major au 3e bataillon de la garde mobile. (Commission du choléra.)

3° Lettre du même ministre avec envoi de deux boîtes cachetées contenant divers bandages et instruments pour la guérison des hernies, par le sieur Touchard. (Commissaires : MM. Thillaye et Robert.)

CHOLÉRA.

M. Delfrayssé, ex-médecin militaire, pense que le choléra, comme une foule d'autres maladies, se transmet d'individu à individu par voie de contagion, chez les personnes douées d'une idiosyncrasie prédisposante ou préparées à la contracter par des influences spéciales, mais que le génie épidémique est impuissant contre celles qui jouissent d'une immunité suffisante, etc.

M. Vallot, correspondant de l'Académie à Dijon, écrit qu'aucun cas de choléra n'a éclaté jusqu'ici dans cette ville, et qu'il n'a par conséquent aucun document à transmettre à l'Académie.

M. Mazier, médecin de l'hospice de l'Aigle (Orne), transmet quelques notes sur le choléra et particulièrement sur la question de la contagion, à l'égard de laquelle il formule son opinion dans les propositions suivantes :

1° En allant dans un lieu où le choléra règne épidémiquement, on peut contracter la maladie même en y séjournant moins de vingt-quatre heures, et en s'abstenant d'entrer dans les maisons où se trouvent des malades.

2° L'entrée de nombreux cholériques dans un établissement habité par des vieillards et des infirmes n'y propage point la maladie, quand la cause qui l'a fait développer ailleurs n'agit point sur cet établissement.

3° Si un de ces infirmes (ce qui a eu lieu à l'Aigle), effrayé par l'arrivée des cholériques, quitte l'établissement pour habiter la ville d'où viennent les malades, il peut être pris de la maladie.

4° On peut coucher dans le lit encore chaud d'un cholérique sans contracter la maladie.

5° Les cholériques qui succombent dans les lieux où ils passent n'y propagent point cette maladie.

M. Padioleau (de Nantes) adresse une note intitulée : Nouvelles réflexions sur le choléra.

L'auteur traite, dans cette note, de plusieurs points relatifs à l'histoire du choléra, notamment de la contagion et du traitement.

En ce qui concerne la contagion, l'auteur, après avoir rappelé succinctement les faits qui l'avaient conduit à adopter l'opinion de la contagion, ajoute les faits suivants qu'il a nouvellement observés :

1° L'importation du choléra à Beautems, village à une lieue et demie de Nantes. Un enfant de 12 ans, à son arrivée à Nantes, tombe malade et meurt du choléra. La personne qui l'ensevelit est prise dès le lendemain de la même maladie et meurt. A compter de ce moment, le choléra exerce ses ravages à Beautems.

2° L'introduction du choléra à Faimbamp, situé à l'embouchure de la Loire, et son développement dans cette localité par suite du décès d'un matelot cholérique. Un navire arrive de Nantes à Faimbamp, avec quelques hommes malades du choléra ; on les débarque dans la ville ; un matelot succombe promptement, et la maladie se communique à un très-grand nombre d'habitants.

3° Un troisième fait à ajouter aux deux autres précédemment cités. Celui d'une femme succombant à une attaque de choléra après avoir lavé du linge ayant servi aux cholériques.

4° Appelé en consultation auprès d'une femme paraissant éloignée de tout centre d'influence cholérique, l'auteur apprend qu'elle avait soigné, dans un autre quartier de la même ville, une nièce de 16 ans, morte du choléra. Trois jours après, une autre nièce, grosse de quatre mois, rentre chez elle après avoir assisté au convoi de sa tante, et succombe en quelques heures foudroyée en quelque sorte par le choléra.

Au reste, tout en admettant la contagion, M. Padioleau convient volontiers que le choléra ne se développe dans un pays et chez un individu qu'autant qu'il y trouve des circonstances favorables.

M. le docteur Leprédour, médecin en chef de la marine à Rochefort, rend compte des faits qu'il a observés pendant l'épidémie qui a régné dans cette ville, particulièrement en ce qui touche à la question de la contagion.

L'épidémie a débuté à Rochefort le 31 mai ; 10 cas dont l'auteur rapporte brièvement l'histoire ont eu lieu depuis ce jour jusqu'au 13 juillet. A partir du 13 juillet, l'épidémie s'étend dans l'hôpital, en ville et dans le faubourg, sans qu'on puisse soupçonner sa transmission d'un individu à l'autre. Le mode de propagation de la maladie est, suivant l'auteur, assez difficile à préciser, et il ne voit, dans les faits dont il a été témoin, aucun motif qui puisse porter à soupçonner la contagion.

M. Rouget de Lisle annonce que, dans un établissement industriel placé sous sa direction, on a obtenu la guérison de tous les ouvriers atteints du choléra, en les emmaillottant dans des couvertures trempées dans l'eau bouillante et en les plaçant au-dessus des chaudières des machines à vapeur.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Collineau lit, au nom de M. Louis et au sien, un rapport sur un travail de M. le docteur Poisson, médecin à Chantenay (Loire-Inférieure), intitulé : Note sur les fièvres essentielles et sur leur traitement.

L'auteur ne parle, dans ce travail, que des fièvres intermittentes, non pernicieuses, qui se manifestent en grand nombre, dit-il, dans un pays très-salubre, à l'abri de toute infection miasmatique ; sévissant sur des populations saines et robustes, et particulièrement sur des sujets pléthoriques atteints de congestion, et sous l'influence d'inflammations cérébrales et pulmonaires. M. Poisson ayant porté son attention sur les individus pléthoriques de la localité, n'en a pas observé moins de 20, tous en danger de mort prochaine par suite d'hémorrhagies ou de congestions cérébrales imminentes, que des fièvres tierces ou quartes ont rappelés à une santé parfaite. Il viendra un moment, dit l'auteur, où les médecins enverront les malades aux fièvres comme on envoie tous les goutteux aux eaux.

D'après de pareilles données, M. Poisson n'administre pas le sulfate de quinine dès les premiers accès, ni sans avoir eu plusieurs fois recours à la saignée pour diminuer la pléthore, qui, dit-il, accompagne ces fièvres dans la localité où il exerce. Mais lorsque la pléthore est détruite, lorsque l'individu semble presque épuisé, lorsque la fièvre intermittente *non marécageuse*, qu'il regarde comme essentielle, est devenue en quelque sorte une affection constitutionnelle, il a recours, de préférence à tout autre moyen, au sulfate de fer.

M. le rapporteur est d'avis que les vues étiologiques et thérapeutiques de l'auteur ne sont pas sans valeur, et qu'on doit lui savoir gré d'avoir rappelé l'attention sur des vues pratiques importantes. Il propose pour conclusion le dépôt du travail aux archives et des remercîments à l'auteur.

M. Rochoux est d'avis que le travail de M. Poisson ne mérite pas les éloges que lui accorde le rapporteur. Lancisi s'est prononcé avec raison contre l'usage des saignées dans la fièvre intermittente.

M. Girardin est du même avis que M. Rochoux. Ce travail, dans lequel il n'est même pas question de l'exploration des viscères abdominaux, ne lui paraît pas au niveau de la science.

M. Collineau fait remarquer que l'auteur a particulièrement insisté sur un fait d'une importance pratique réelle, savoir que la fièvre diminue le danger des congestions. Il ne propose d'ailleurs d'autres conclusions que le dépôt aux archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

MALADIES DES VALVULES AORTIQUES.

M. Monneret lit un travail ayant pour titre : Recherches sur les maladies des valvules aortiques.

Ce travail, exclusivement consacré à l'étude des maladies qui ont leur siége sur les valvules aortiques, est fondé sur des observations nombreuses, que l'auteur a recueillies depuis plusieurs années dans les hôpitaux de Paris. La pre-

mière partie de ce mémoire contient l'histoire des bruits normaux et morbides qui se passent à l'origine de l'aorte. Dans la seconde partie, il se propose de faire connaître le mode d'enchaînement, l'influence réciproque, la cause des diverses congestions et hydropisies mécaniques auxquelles donnent lieu ces maladies.

L'auteur considère tous les bruits anormaux déterminés par la maladie des orifices aortiques et de l'aorte ascendante comme des bruits de courants interrompus, et comme leur cause, tout obstacle placé en un point quelconque du conduit membraneux qui peut faire varier la vitesse du courant. Il arrive, en résumé, à une proposition générale qu'il formule ainsi : La vitesse du sang, la longueur de son excursion, l'état plus ou moins rugueux de la face interne du conduit naturel ou morbide que traverse le sang, expliquent d'une manière simple et conforme aux lois de l'acoustique les bruits occasionnés par les maladies valvulaires. Cette formule conduit nécessairement à repousser les distinctions admises entre l'insuffisance et le rétrécissement. (Comm. : MM. Louis, Roche et Bricheteau.)

SYSTÈME PÉNITENTIAIRE CELLULAIRE.

M. DE CASTELNAU termine la lecture de son mémoire intitulé : CONSIDÉRATIONS MORALES ET HYGIÉNIQUES SUR LE SYSTÈME PÉNITENTIAIRE DIT CELLULAIRE ET SUR LES SYSTÈMES DE RÉPRESSION EN GÉNÉRAL.

Les principales conclusions de ce travail étendu sont les suivantes :

1° Contrairement à ce qui a été avancé par la presque totalité des publicistes qui se sont occupés de réforme pénitentiaire, le nombre des criminels n'a point augmenté en France depuis vingt ans. La proportion du chiffre des criminels à celui de la population a été la suivante, pendant les quatre périodes des vingt dernières années :

De 1826 à 1830,	1	criminel sur	4,511	habitants.
1831 à 1835,	1	—	4,429	—
1836 à 1840,	1	—	4,296	—
1841 à 1845,	1	—	4,898	—

2° Le chiffre des délits est resté, depuis vingt ans, tout aussi invariable que celui des crimes.

3° La proportion des récidives est également la même en 1845 qu'en 1826.

Tels sont les trois faits fondamentaux que M. de Castelnau a voulu établir dans la première partie de son mémoire, consacrée à l'étude de la criminalité en France.

Dans la seconde partie, M. de Castelnau étudie l'influence qu'a le régime cellulaire sur la santé et sur l'intelligence des détenus.

Après avoir établi que les documents statistiques recueillis dans les prisons cellulaires des États-Unis pas ne sont assez nombreux ni même assez authentiques pour servir de base à des raisonnements positifs; après avoir montré qu'alors même que ces documents seraient suffisants et d'une exactitude rigoureuse, ils ne pourraient encore être comparés à ceux qu'on recueillerait dans des établissements situés dans des localités différentes, attendu que la mortalité peut varier et varie en effet beaucoup chez les détenus soumis au même régime, mais dans des établissements éloignés les uns des autres, M. de Castelnau démontre, par l'exemple suivant, ce fait curieux.

Dans la prison centrale de Poissy (Seine-et-Oise), la mortalité moyenne de sept années (1837-1843) a été de 3,82 pour 100; dans la prison centrale d'Eysses (Lot-et-Garonne), soumise exactement à la même règle, cette mortalité a été, pendant la même période, de 13 pour 100.

En comparant la mortalité moyenne parmi les jeunes détenus du département de la Seine, dont une partie (les jeunes garçons) est soumise au régime cellulaire, et l'autre (les jeunes filles) au régime commun, on arrive aux résultats suivants :

Mortalité moyenne dans le régime commun . .	5,37 pour 100.
Mortalité moyenne dans le régime cellulaire . .	10,50 pour 100.

Ces résultats, que M. de Castelnau considère seulement comme établissant une forte probabilité en faveur du régime commun à cause de l'insuffisance des chiffres sur lesquels ils sont basés, sont d'ailleurs corroborés par les principes les mieux établis de la physiologie, principes qui à eux seuls suffiraient, suivant M. de Castelnau, pour démontrer *à priori* la supériorité du régime commun sur le régime cellulaire, au point de vue hygiénique. Ces principes sont que la santé de l'homme comme celle des animaux sera d'autant plus parfaite qu'il pourra remplir d'une manière plus complète toutes ses fonctions, satisfaire tous ses besoins. Or il suffit de comparer un seul instant le genre de vie des détenus dans les deux régimes pour voir que ceux qui vivent en cellule sont beaucoup plus défavorablement placés que ceux qui vivent en commun.

Abordant la troisième question qu'il s'était posée, à savoir l'utilité du régime cellulaire sous le rapport de la moralisation, M. de Castelnau établit par les proportions suivantes, qui ne sont que l'expression de résultats numériques, que cette utilité est absolument nulle.

En Pensylvanie, le nombre des crimes est exactement le même depuis l'établissement du régime cellulaire qu'auparavant. A Paris, le nombre des jeunes détenus qui à leur sortie de prison commettent des crimes après leur majorité, est aussi le même que lorsque ces jeunes détenus étaient soumis au régime commun.

Enfin, d'une manière générale, M. de Castelnau considère comme impuissants tous les systèmes de répression, attendu qu'il voit dans l'invariabilité absolue de la criminalité l'expression d'une loi naturelle aussi immuable que celle de la chute des corps graves. Il faut donc moins songer à corriger les criminels qu'à les mettre dans l'impossibilité de nuire et même à les faire servir au bien-être général de la société. M. de Castelnau propose d'indiquer les moyens d'atteindre ces derniers résultats tout en améliorant la condition des détenus. (Comm. MM Ferrus et Mélier.)

CATHÉTÉRISME DANS LES RÉTENTIONS D'URINE PRODUITES PAR DES DÉVIATIONS DE LA PARTIE PROFONDE DE L'URÈTRE.

M. MERCIER lit sur ce sujet un mémoire qui peut se résumer de la manière suivante :

L'auteur signale les diverses difficultés qu'on éprouve à pratiquer le cathétérisme lorsqu'il existe une déviation de la partie profonde de l'urètre. Il établit quatre ordres de difficultés différentes, qui peuvent toutes être vaincues par l'usage d'une sonde coudée qu'il a imaginée à cet effet :

1° Lorsqu'on a franchi une antéflexion de la portion membraneuse qui a été si souvent prise pour un rétrécissement spasmodique, le bec de sonde ne doit pas marcher de bas en haut et d'avant en arrière, comme dans les cas ordinaires, mais de bas en haut et d'arrière en avant. Il faut qu'il se dirige pour ainsi dire vers la partie postérieure de la symphyse pubienne, ce qu'on ne peut bien faire qu'avec la sonde coudée en question.

2° Lorsque le centre de la région prostatique est dévié à droite ou à gauche par l'hypertrophie d'un de ses lobes latéraux, et que les sondes ordinaires ne peuvent franchir cette déviation, on réussit à la franchir avec la sonde coudée, en procédant de la manière suivante : « J'introduis, dit l'auteur, la sonde coudée jusqu'à l'obstacle; alors je rapproche sa tige de l'axe du tronc, et je pousse de manière que le dos de la portion recourbée marche en avant. On conçoit que de la sorte on peut toujours sans danger employer une force suffisante pour refouler la tumeur à droite ou à gauche, selon le côté où elle se trouve, et triompher de l'obstacle.

3° Lorsque l'obstacle est au col de la vessie, comme M. Mercier dit n'avoir jamais trouvé de saillie au devant de cet orifice, il introduit la sonde jusqu'à l'obstacle; puis, sans s'inquiéter quelle est la nature ni quel est le siége précis de cet obstacle, il pousse directement en portant peu à peu le bec en avant, et il arrive infailliblement dans la vessie, parce qu'il est impossible qu'avec le dos de son instrument on ne parvienne pas à soulever la saillie qui ferme le canal.

4° Enfin, ajoute M Mercier, la sonde coudée n'aurait-elle d'autre avantage que d'avoir une courbure différente de celle des sondes ordinaires, que ce serait déjà beaucoup dans des cas où des fausses routes auraient été faites avec ces dernières, parce que ce serait le meilleur moyen de les éviter.

M. Mercier affirme, en terminant, qu'avec sa sonde coudée, les praticiens même médiocrement expérimentés éviteront toujours les fausses routes.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1849. —PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

M. le ministre de l'intérieur soumet à l'examen de la compagnie une série de dispositions formulées en vue de la création d'un service médico-rural, à organiser dans le triple but d'assurer des secours convenables aux malades indigents, d'étendre les bienfaits de la médecine à toutes les parties du territoire, et de faire exercer une surveillance active et continue sur tous les objets qui rentrent dans le domaine de l'hygiène et de la salubrité publiques.

(Renvoi à l'examen de la quatrième section.)

M. le ministre de l'intérieur adresse un échantillon d'une plante dont les médecins turcs ont recommandé l'emploi dans le traitement du choléra, et qui a déjà fait l'objet de quelques communications à l'Académie de médecine de Paris.

(Renvoi à l'un des membres de la compagnie pratiquant dans une des localités où règne le choléra.)

M. le ministre de l'intérieur communique, avec l'extrait d'un rapport de la commission médicale de la province de Liége, les rapports qu'il a reçus sur le mouvement des hôpitaux du choléra dans la ville de Liége, ainsi que sur les modes de traitement adoptés par MM. les médecins qui ont desservi ces établissements.

DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI SUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, RELATIVES AUX PROFESSIONS MÉDICALES. — Rapport de la quatrième section.

(M. VLEMINCKX, rapporteur.)

Messieurs,

La quatrième section s'est occupée de l'examen des questions que soulèvent les dispositions du projet de loi sur l'enseignement supérieur, relatives aux professions médicales.

Je suis heureux de pouvoir vous dire, en commençant ce rapport, que les propositions du gouvernement témoignent en général d'une grande déférence pour les décisions de l'Académie. Si elles s'en éloignent dans quelques points secondaires, elles s'en approchent dans les parties les plus importantes, et les reproduisent même quelquefois intégralement.

La comparaison que la section m'a chargé d'établir entre vos décisions de 1842 et ces propositions vous mettra à même de juger du fondement de cette appréciation.

MÉDECINE.

§ I. Pour une foule de motifs qu'il nous semble inutile de rappeler ici, et que vous trouverez exposés, au surplus, dans le Ier volume du BULLETIN de vos séances, p. 252 et suivantes, vous aviez admis en 1842 :

« Que les titres de docteur en médecine et de docteur en chirurgie seraient seuls conservés, celui de docteur en accouchements, supprimé ;

» Qu'au dernier examen du doctorat en médecine serait ajouté un examen pratique sur les opérations chirurgicales et obstétricales;

» Que les aspirants, tant au titre de docteur en médecine qu'à celui de docteur en chirurgie, y seraient également soumis ;

» Que seulement les épreuves pour les opérations chirurgicales seraient différentes, suivant le titre soit de docteur en médecine, soit de docteur en chirurgie, que l'aspirant voudrait obtenir. »

Avant d'aller plus avant, messieurs, je dois vous faire remarquer que ce système n'a été accepté qu'après des discussions assez vives et comme par une sorte de transaction. La commission de législation, dont j'avais également l'honneur d'être l'organe, avait proposé le suivant :

« Le deuxième examen pour le doctorat en médecine portera également sur les opérations chirurgicales et obstétricales, ou plutôt, aux deux premiers examens, on en ajoutera un troisième roulant exclusivement sur la médecine opératoire et sur la pratique des accouchements.

» On cessera de conférer des diplômes spéciaux de docteur en chirurgie et de docteur en accouchements. »

Les opposants à ce système avaient surtout en vue la conservation du titre de docteur en chirurgie qu'il faisait disparaître; la commission de législation n'éprouvait, elle, de son côté, aucune répugnance à se ranger à leur avis, moyennant qu'on lui concédât que tous les docteurs sortis des mains du jury auraient fourni la preuve de leur aptitude à l'exercice de la médecine, de la chirurgie et des accouchements.

Le gouvernement, dans le projet qu'il vient de soumettre à la chambre des représentants, a préféré le système de la commission à celui de l'Académie, tout en cherchant à ménager les susceptibilités que froissait surtout la disparition du titre de *docteur en chirurgie*.

Voici sa proposition :

« Le premier examen du doctorat sera maintenu à peu près tel qu'il est aujourd'hui, sauf qu'une partie de la matière médicale se trouvera reportée dans la candidature; l'autre partie restante (pharmaco-dynamique) sera jointe à la thérapeutique générale, ces deux dernières branches ayant entre elles une affinité incontestable. En outre, on fera entrer dans le premier examen l'anatomie pathologique.

» Le second examen portera sur l'hygiène publique et privée, au lieu de la police médicale, ainsi que sur toutes les matières inscrites dans la loi de 1835, et on y ajoutera les opérations chirurgicales et obstétricales.

» Le premier examen du doctorat sera invariablement d'une heure et demie, le second de deux heures, *pour chaque récipiendaire.* »

Il résulte en outre de l'exposé des motifs que celui qui aura satisfait au dernier examen aura le droit de porter le titre de docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements.

Messieurs, la section a été unanimement d'avis que le système du gouvernement ne saurait rencontrer d'objection sérieuse, non qu'elle admette, avec lui, qu'il y a lieu de diminuer les difficultés que présente l'achèvement des études médicales, et de donner plus de facilités pour l'obtention du triple diplôme (il ne lui est pas démontré le moins du monde que ces difficultés seront amoindries, et que l'obtention du triple diplôme exigera moins de peines et de travaux), mais parce qu'elle reconnaît que les motifs qui vous ont fait réclamer, en 1842, cette modification radicale à la loi de 1835 n'ont pas cessé d'exister, qu'ils sont même devenus plus puissants depuis cette époque, et que les besoins de la société belge exigent impérieusement, et pour le présent et pour l'avenir, que le droit d'exercice ne soit plus accordé qu'à ceux qui auront fait preuve de connaissances chirurgicales et obstétricales pratiques. Nous ajoutons que la modification proposée n'est pas moins favorable aux intérêts et à la dignité des personnes qui se voueront à la pratique médicale qu'à ceux de la généralité des habitants du pays. Il importe que tous les docteurs, ayant les mêmes droits, possèdent les mêmes connaissances, et que nul ne soit placé vis-à-vis de son confrère dans un état d'infériorité relative.

§ II. Je ne suis pas chargé, messieurs, d'appeler votre attention sur les modifications apportées à la distribution des branches des divers examens. Il est connu de plus d'un d'entre vous que la distribution proposée a fait de tout temps l'objet des réclamations des divers jurys.

§ III. Vous avez également demandé, en 1842 (séance du 26 juin), que le gouvernement fît cesser tout doute sur le point de savoir si les commissions médicales avaient encore le droit de recevoir des oculistes, et vous avez demandé qu'on les en privât.

Votre réclamation a été accueillie; nul ne pourra désormais exercer la profession d'oculiste s'il n'a le diplôme de docteur.

§ IV. Aux termes du projet du gouvernement, les dentistes continueront à être reçus par les commissions provinciales. Nous avons vainement cherché les motifs qui ont pu engager le gouvernement à ne pas adopter votre proposition de 1842, en vertu de laquelle cette profession ne serait plus exercée que par des docteurs. Nous sommes convaincus qu'elle ne le sera convenablement que lorsqu'elle sera exclusivement dévolue à ces derniers. Nous ne craignons pas le moins du monde que le besoin de dentistes spéciaux se fasse jamais sentir; il nous paraît, au contraire, indubitable que plus d'un docteur se livrera avec goût à l'exercice d'une profession honorable et lucrative, quand il n'éprouvera plus la crainte d'être confondu avec les dentistes institués par notre législation actuelle.

La section vous propose, en conséquence, par mon organe, messieurs, de vouloir bien insister auprès du gouvernement pour qu'il adopte l'opinion que vous avez émise en 1842 relativement à ce point, et la fasse passer dans la loi nouvelle, comme s'y rattachant essentiellement.

§ V. Dans le projet présenté en 1842 par le gouvernement à la chambre des représentants, se trouvait la disposition suivante :

« Les brevets et commissions de médecin et de médecin adjoint militaire, d'officier de santé, de chirurgien de ville et de campagne, délivrés en Belgique, en conformité des lois en vigueur avant le 1er juillet 1836, sont assimilés aux diplômes de candidat en médecine, pour les cas où les titulaires voudraient acquérir le grade de docteur. »

Cette disposition n'est point reproduite dans le projet de 1849.

Nous pensons que ce n'est qu'un oubli.

Il n'y a, dans l'opinion de la section, aucun inconvénient à faciliter aux personnes dont il vient d'être question l'accès au doctorat, qui, sous l'empire de notre législation actuelle, leur est complètement interdit. Vous êtes pleinement convaincus comme nous, messieurs, que les hommes capables que la profession renferme ne pourraient être obligés de recommencer un cours complet d'études, et que, lorsqu'ils auront satisfait au double examen exigé par la loi nouvelle pour être admis au doctorat, ils seront à tous égards dignes de porter le titre de docteur.

Nous vous proposons en conséquence de prier le gouvernement de faire reparaître, dans son projet, la disposition du projet de 1842; seulement nous pensons qu'elle devrait être rédigée comme suit :

« Les brevets de médecin militaire, d'officier de santé, de chirurgien de ville et de campagne, délivrés en Belgique en conformité des lois et *arrêtés* en vigueur avant le 1er juillet 1836, etc. »

Il n'y a plus de médecins militaires *commissionnés*, et les brevets qui ont été accordés l'ont été en conformité d'un arrêté royal.

§ VI. Le projet de l'Académie, en 1842, avait été en grande partie basé sur la nécessité de modifier la législation de 1818, en ce qu'elle restreignait l'exercice de l'art de guérir, et ne permettait qu'exceptionnellement la pratique des trois branches.

Mais s'il convient de ne plus admettre désormais à la pratique que des hommes reconnus aptes à exercer la médecine, la chirurgie et les accouchements, il est également convenable de donner aux docteurs en médecine reçus sous l'empire de la législation actuelle, et qui ne possèdent pas les diplômes de docteur en chirurgie et en accouchements, le droit de se faire reconnaître aptes, comme leurs futurs confrères, à l'exercice des opérations chirurgicales et obstétricales.

Il est donc indispensable que la disposition suivante soit ajoutée au projet du gouvernement :

« Les docteurs en médecine qui, à la date de la promulgation de la présente loi, ne possèdent pas les diplômes de docteur en chirurgie et de docteur en accouchements, sont autorisés à subir les examens spéciaux et pratiques sur les opérations chirurgicales et les accouchements, conformément à la loi du 27 septembre 1835. »

PHARMACIE.

§ VII. En 1842, l'Académie avait adopté les dispositions suivantes :

« Indépendamment du titre de *pharmacien* actuellement existant, il sera créé un titre de *docteur en pharmacie.*

« Nul ne sera admis à l'examen pour le titre de docteur en pharmacie s'il n'a reçu celui de docteur en sciences naturelles.

» Les aspirants, tant au titre de *pharmacien* qu'à celui de *docteur en pharmacie*, devront prouver en outre qu'ils ont fréquenté avec assiduité et succès, pendant trois années consécutives, l'officine d'un pharmacien. Toutefois ils pourront se présenter à l'examen après la deuxième année de stage révolue.

» Dans l'examen pour le doctorat en sciences naturelles, comme grade préparatoire au titre de docteur en pharmacie, des épreuves sur l'analyse chimique seront substituées à celles qui sont exigées des candidats, sur l'astronomie physique et sur la géologie.

» Les grades de *docteur en pharmacie* et de *pharmacien* seront conférés par un jury central composé de sept membres. Ce jury siégera à Bruxelles, à des époques à déterminer.

» Les grades tant de *docteur en pharmacie* que de *pharmacien* donneront le droit d'exercer l'art de la pharmacie dans toute l'étendue du royaume.

» L'examen pour l'obtention du titre de *docteur en pharmacie* et de *pharmacien* sera divisé en trois parties.

» La première comprenant l'histoire des drogues et des médicaments, leurs altérations et leurs falsifications, les doses auxquelles on administre ces derniers, la pharmacie théorique et pratique; la seconde, la toxicologie et la chimie médicale; la troisième, cinq opérations chimiques et pharmaceutiques à désigner par le sort sur un nombre double de questions mises dans une urne et tirées par le candidat en présence du jury.

» Le récipiendaire fera lui-même les opérations sans aucune intervention ou assistance étrangère, et il en décrira les matériaux, les procédés et les résultats.

» Les deux premières parties de l'examen auront lieu par écrit et oralement.

» Le gouvernement pourra, sur un avis conforme du jury d'examen, accorder des dispenses aux pharmaciens étrangers qui viendraient à s'établir dans le royaume.

» Les pharmaciens reçus avant la promulgation de la présente loi, et qui se

seront signalés par des travaux remarquables sur la pharmacie ou sur les sciences accessoires, pourront, sur l'avis favorable du jury d'examen rendu à la majorité des trois quarts des voix, recevoir le diplôme de docteur en pharmacie.

» Il sera accordé aux élèves en pharmacie, actuellement inscrits en cette qualité par les commissions médicales, dix-huit mois pour leur examen de pharmacien; cet examen, conforme en tout à celui indiqué par la loi du 12 mars 1818, aura lieu à Bruxelles, devant le jury. »

Voici les propositions du gouvernement :

« Il y aura un titre de *docteur en pharmacie*, indépendamment de celui de *pharmacien*.

» Le titre de docteur en pharmacie sera accordé au docteur en sciences naturelles, qui subira l'examen de pharmacien.

» La candidature en sciences ne sera pas exigée de l'aspirant au titre de pharmacien.

» L'examen pour le titre de pharmacien sera subi devant un jury désigné par le gouvernement : il portera sur le latin, les éléments de physique et de botanique, la chimie inorganique particulièrement dans ses applications à la médecine, la pharmacie théorique et pratique.

» Il comprendra, en outre, des opérations chimiques et pharmaceutiques, et le récipiendaire justifiera de trois années de stage officinal par la production de certificats approuvés par une des commissions médicales provinciales.

» Les pharmaciens établis depuis cinq ans au moins avant la promulgation de la présente loi peuvent obtenir le grade de docteur en sciences naturelles et en pharmacie, en subissant l'examen requis pour le grade de docteur en sciences naturelles. Ils sont dispensés de tout examen ou grade préparatoire. »

Vous voyez tout d'abord, messieurs, les points de ressemblance et de dissemblance que présente cette double série de propositions.

Il y a accord entre le gouvernement et l'Académie sur deux points essentiels : le premier relatif à l'institution d'un jury nommé par le gouvernement chargé de l'examen des aspirants au titre de pharmacien; le second relatif à la création du titre de docteur en pharmacie.

Pour le gouvernement comme pour l'Académie, les pharmaciens ne seront plus reçus à l'avenir par les commissions médicales provinciales; pour le gouvernement comme pour l'Académie, la condition *sine quâ non*, pour être autorisé à porter le titre de *docteur en pharmacie*, sera d'être en possession du diplôme de docteur en sciences naturelles. Seulement le gouvernement n'entend pas substituer, comme l'Académie, *des épreuves sur l'analyse chimique*, à l'examen sur *l'astronomie physique* et *la géologie*. La seule chose qu'il concède, c'est que l'examen sur cette dernière branche ne soit pas approfondi.

§ VIII. —Vidons d'abord ce différend.

La quatrième section ne voit qu'avantage à admettre le système du gouvernement : elle ne comprendrait que difficilement qu'un docteur en pharmacie, ne dût-il pas même porter le titre de docteur en sciences naturelles, pût rester complétement étranger à l'astronomie physique et à la géologie. D'un autre côté, elle sait que *les épreuves sur l'analyse chimique* feront nécessairement partie de l'examen pour le titre de pharmacien, et elle pense dès lors qu'il est complétement superflu de les rattacher à l'examen du doctorat en sciences.

Elle n'hésite donc pas à reconnaître que le projet du gouvernement est préférable en ce point à celui de l'Académie.

§ IX. — L'Académie avait demandé que nul ne fût admis à l'examen de pharmacien, s'il n'était candidat en sciences.

Le gouvernement repousse ce système.

Le désaccord est donc ici radical sur un point essentiel.

Lequel des deux systèmes est le meilleur, celui du gouvernement ou celui de l'Académie?

Je vais avoir l'honneur de vous exposer les motifs qui ont engagé la section à se ranger en définitive à l'opinion du gouvernement.

La profession de pharmacien est utile, nécessaire, indispensable. Il convient par conséquent de n'en pas rendre les abords impossibles.

La condition de la candidature en sciences naturelles, jointe à celle de trois années de stage officinal, ne produira-t-elle pas cette impossibilité pour le plus grand nombre, et permettra-t-elle de satisfaire dans de justes limites aux besoins de la société? D'un autre côté, la profession de pharmacien exige-t-elle absolument la réunion des connaissances dont le diplôme de candidat en sciences naturelles fait supposer la possession?

Messieurs, après un examen approfondi de ces deux questions, la section a été amenée à reconnaître qu'il n'arrivera que très-rarement qu'un jeune homme passera à travers les épreuves exigées pour l'obtention du diplôme de candidat en sciences naturelles (épreuves que l'examen d'élève universitaire vient rendre beaucoup plus difficile que jadis) pour se borner à rechercher le titre de *pharmacien*. Candidat en sciences, il voudra devenir docteur en médecine; car il aura franchi les premiers pas et les plus difficiles. Il préférera se livrer aux études nécessaires pour atteindre ce but qui lui paraîtra pendant bien longtemps encore beaucoup plus avantageux que de commencer les études non moins arides qui devront le mener à la profession de pharmacien.

Messieurs, si cette prévision est fondée, et nous le croyons, il s'ensuit nécessairement que les études pharmaceutiques ne tarderont pas à tomber dans un abandon presque complet, ou tout au moins que ceux qui continueront à s'y vouer seront en si petit nombre que l'exercice de la profession lui-même finira par en être entravé. Il ne peut y avoir de bonnes officines sans de bons élèves. Et qui donc se résignera aux rudes travaux d'élève, s'il a pour ainsi dire perdu l'espoir d'arriver un jour à la maîtrise?

Toutefois, nous nous hâtons de le dire, ces considérations, si puissantes qu'elles soient, ne sont pas les seules qui nous ont déterminés à accepter le projet du gouvernement.

Quelque bonne volonté que nous y ayons mise, nous n'avons pas pu reconnaître que la profession de pharmacien exigeait pour être exercée avec honneur et dignité la réunion des connaissances qu'il sera désormais nécessaire de posséder pour arriver à la candidature en sciences.

Certes, il faut demander le nécessaire, l'utile même, mais il ne faut pas exiger le superflu. Il ne convient pas surtout, dans l'espoir d'obtenir le *maximum* du bien, de mettre la profession elle-même en péril, en lui enlevant jusqu'à ses moyens de recrutement.

Nous comprenons parfaitement ces exigences de la part de ceux qui veulent en quelque sorte monopoliser l'exercice entre les mains des pharmaciens actuels, et dont presque pas un, pour le dire en passant, n'a passé à travers les dures épreuves qu'on cherche à imposer aux futurs aspirants, mais l'Académie ne doit pas donner les mains à ces prétentions exagérées; c'est son devoir, au contraire, de les repousser, parce qu'ainsi le veulent la justice et l'intérêt général.

Mais tout en nous rangeant, sous ce rapport, à l'avis du gouvernement, nous ne saurions admettre qu'il a assigné à l'examen pour le titre de pharmacien toutes les matières qui doivent nécessairement en faire partie.

Le pharmacien exerce une profession honorable; il importe donc qu'il ait dans la société un rang digne d'elle, et ce rang il ne saurait espérer de l'occuper, s'il ne joint aux connaissances approfondies de son art une éducation soignée et une certaine culture d'esprit. Trop souvent, il faut bien l'avouer, nous avons vu créer, sous l'empire de la législation actuelle, des pharmaciens qui ne réunissaient pas ces qualités indispensables, chose fâcheuse et regrettable à tous égards, car si la profession n'a pas toujours été entourée de la considération qui lui est due à tant de titres, c'est sans doute à cette cause qu'il faut l'attribuer.

Il importe donc tout d'abord de chercher un remède à cette mauvaise situation, et nous croyons l'avoir trouvé en imposant à l'aspirant pharmacien un examen préparatoire convenable sur les matières suivantes :

Le français et le latin, les éléments de géographie moderne, les mathématiques élémentaires, les principaux faits de l'histoire universelle, l'histoire de la Belgique.

Cet examen serait subi devant le jury chargé d'accorder le grade d'élève universitaire.

Pour ce qui concerne les matières de l'examen de pharmacien, nous pensons qu'il faut ajouter à celles proposées par le gouvernement, la chimie organique, l'histoire naturelle des médicaments, de leurs altérations et de leurs falsifications, et la posologie, mais qu'il est convenable d'en retrancher la toxicologie et la chimie médicale mentionnées dans le projet de l'Académie de 1842, ces dernières branches rentrant absolument dans la chimie organique et inorganique. Nous pensons, en outre, que, dans l'intérêt des études, il convient de faire de l'ensemble de ces matières l'objet de deux examens distincts.

Le premier porterait sur les éléments de physique générale, sur la botanique et sur la chimie inorganique;

Le second sur la chimie organique, sur l'histoire naturelle des médicaments, de leurs altérations et de leurs falsifications, sur la posologie et sur la pharmacie théorique et pratique.

Ce dernier comprendrait, en outre, cinq opérations chimiques et pharmaceutiques, et le récipiendaire justifierait, en s'y présentant, de trois années de stage officinal par la production de certificats approuvés par une des commissions médicales provinciales.

Le jury pourrait se dispenser de procéder à l'examen sur les opérations chimiques et pharmaceutiques, si le deuxième examen prouvait suffisamment qu'il y a lieu de prononcer l'ajournement ou le rejet.

Chacun des deux examens se ferait par écrit et oralement.

Chaque examen oral aurait une durée d'une heure et demie, non compris le temps nécessaire pour les opérations.

Il reste bien entendu aussi que les aspirants pourraient être reçus à tout âge, contrairement aux dispositions de la loi du 21 germinal an XI, qui avait établi que, pour être reçus, ils doivent être âgés d'au moins 25 ans. Alors que nos lois ne stipulent point des conditions d'âge pour être investi du droit de traiter les malades, il serait absurde d'en fixer pour être autorisé à préparer les médicaments qui leur sont prescrits.

§ X. Vous avez demandé, messieurs, en 1842, que les pharmaciens reçus avant la promulgation de la présente loi, et qui se seraient signalés par des travaux remarquables sur la pharmacie ou les sciences accessoires, pussent, sur l'avis favorable du jury d'examen rendu à la majorité des trois quarts des voix, recevoir le diplôme de docteur en pharmacie.

Le gouvernement n'a pas admis cette proposition, et l'a remplacée par la suivante :

« Les pharmaciens établis depuis cinq ans au moins avant la promulgation de la présente loi pourront obtenir le grade de docteur en sciences naturelles et en pharmacie, en subissant l'examen requis pour le grade de docteur en sciences naturelles. Ils seront dispensés de tout autre examen ou grade préparatoire. »

Laquelle des deux propositions est préférable? Nous penchons pour la seconde, déterminés surtout par ce puissant motif que tous les pharmaciens doivent être mis sur un pied d'égalité parfaite vis-à-vis de la loi, et soumis aux mêmes obligations pour jouir des mêmes faveurs. Et certes, on ne saurait méconnaître qu'il en est plus d'un qui serait à même de subir l'examen de docteur en sciences naturelles, sans néanmoins être en état de se signaler par des travaux remarquables sur la pharmacie ou les sciences accessoires.

§ XI. Enfin, messieurs, le gouvernement propose, en ce qui concerne les pharmaciens militaires actuellement au service, et qui ont subi l'examen pres-

crit aux pharmaciens de seconde classe, par le règlement annexé à l'arrêté du 15 mars 1836, de les assimiler, quand ils quittent l'armée, aux personnes qui ont subi l'examen de pharmacien établi par la nouvelle loi.

Cette disposition est devenue inutile : à l'heure qu'il est, il n'y a plus qu'un seul pharmacien militaire qui se trouve dans cette situation, et celui-là même se trouve être en possession du triple diplôme de docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements.

§ XII. Les propositions soumises aux chambres présentent deux lacunes qu'il convient de combler. Il est utile de prévoir les cas où des pharmaciens étrangers viendraient s'établir dans le royaume; il est équitable de prendre, à l'égard des élèves pharmaciens actuels (pour autant que le gouvernement accepte nos propositions), une disposition semblable à celle qui a été admise par le dernier paragraphe de l'art. 69 de la loi du 27 septembre 1835, en faveur des élèves chirurgiens et accoucheurs.

Nous vous proposons, en conséquence, de demander au gouvernement qu'il veuille bien inscrire dons son projet les deux dispositions suivantes :

1° « Le gouvernement peut accorder des dispenses aux étrangers munis d'un diplôme de pharmacien, sur un avis conforme du jury d'examen.

2° » Les élèves actuellement inscrits en cette qualité, par les commissions médicales provinciales, sont dispensés de l'examen préparatoire et autorisés à subir, jusqu'au 1er janvier 1851, les examens de pharmacien devant le jury, conformément aux prescriptions de la loi du 12 mars 1818. »

§ XIII. L'examen de pharmacien ne doit coûter, aux termes du projet du gouvernement, que 50 fr. Sous la législation actuelle, les frais sont réglés à 200 fr. au moins. Nous ne trouvons aucun motif pour modifier cet état de choses. Nous vous proposons, en conséquence, de prier le gouvernement de fixer l'examen d'élève à 20 fr., et chacun des examens de pharmacien, à 100 fr.

Nous ne croyons pas devoir insister pour démontrer la convenance de cette proposition.

Les membres composant la quatrième section se réservent de faire valoir, dans le cours de la discussion, d'autres arguments à l'appui de leurs propositions, et de répondre aux objections qu'elles rencontreront, au fur et à mesure que celles-ci se produiront.

MODIFICATIONS A PROPOSER AU PROJET PRÉSENTÉ, CONFORMÉMENT AUX CONCLUSIONS DU PRÉSENT RAPPORT.

Art. 50. Ajouter le paragraphe suivant :

« Les docteurs en médecine qui, à la date de la promulgation de la présente loi, ne possèdent point les diplômes de docteur en chirurgie et de docteur en accouchements, sont autorisés à subir les examens spéciaux et pratiques sur les opérations chirurgicales et sur les accouchements, conformément à la loi du 27 septembre 1835.

Art. 53. « Examen de pharmacien, une heure et demie, » à remplacer par ces mots : « Premier examen de pharmacien, une heure et demie ;

» Deuxième examen de pharmacien, une heure et demie. »

Art. 62. « Pour l'examen de pharmacien, 50 fr., » à remplacer par ces mots : « Pour le premier examen de pharmacien, 100 fr. ;

» Pour le deuxième examen de pharmacien, 100 fr. »

Art. 65. Remplacer les mots « d'accoucheur ou d'oculiste, » par les mots suivants : « d'accoucheur, d'oculiste ou de dentiste. »

Remplacer les divers paragraphes relatifs aux pharmaciens, par les paragraphes suivants :

« Nul ne peut exercer la profession de pharmacien, s'il n'a subi, devant les jurys désignés par le gouvernement les examens suivants :

» Devant le jury chargé de la réception des élèves universitaires : un examen sur le français et le latin, les éléments de géographie moderne, les mathématiques élémentaires, les principaux faits de l'histoire universelle, l'histoire de la Belgique.

» Les frais de cet examen sont fixés à 20 fr.

» Devant le jury chargé de la réception des pharmaciens : un premier examen comprenant les éléments de physique générale, la botanique et la chimie inorganique; un second examen sur la chimie organique, sur l'histoire naturelle des médicaments, de leurs altérations et de leurs falsifications, sur la posologie et sur la pharmacie théorique et pratique.

» Ce dernier examen comprendra, en outre, cinq opérations chimiques et pharmaceutiques, et le récipiendaire justifiera, en s'y présentant, de trois années de stage officinal par la production de certificats approuvés par une des commissions médicales provinciales.

» Le jury peut se dispenser de procéder à l'examen sur les opérations chimiques et pharmaceutiques, si le second examen prouve suffisamment qu'il y a lieu de prononcer l'ajournement ou le rejet.

» Celui qui a subi les examens de pharmacien et les examens prescrits pour le doctorat en sciences naturelles, peut prendre le titre de docteur en sciences naturelles et en pharmacie.

» Les pharmaciens établis depuis cinq ans au moins avant la promulgation de la présente loi peuvent obtenir le grade de docteur en sciences naturelles et en pharmacie, en subissant l'examen requis pour le grade de docteur en sciences naturelles. Ils sont dispensés de tout autre examen ou grade préparatoire.

» Le gouvernement peut accorder des dispenses aux étrangers munis d'un diplôme de pharmacien, sur l'avis conforme du jury d'examen. »

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Après l'art. 71, les paragraphes suivants :

« Les brevets de médecin militaire, d'officier de santé, de chirurgien de ville et de campagne, délivrés en Belgique, en conformité des lois et arrêtés en vigueur avant le 1er juillet 1836, sont assimilés aux diplômes de candidat en médecine, pour le cas où les titulaires voudraient acquérir le grade de docteur.

» Les élèves actuellement inscrits en cette qualité par les commissions médicales provinciales sont dispensés de l'examen préparatoire, et autorisés à subir, jusqu'au 1er janvier 1851, les examens de pharmacien devant le jury, conformément aux prescriptions de la loi du 12 mars 1848. »

M. LE PRÉSIDENT : Je demanderai à l'Académie si elle entend ouvrir une discussion générale sur l'ensemble du rapport ou successivement sur chacune de ses deux parties?

L'Académie décide qu'il y aura une discussion générale, d'abord sur la partie du rapport qui concerne la médecine, et ensuite sur la partie qui a rapport à la pharmacie.

M. LE PRÉSIDENT : La discussion est ouverte sur l'ensemble des dispositions du projet de loi relatives à la médecine.

M. DIDOT : Messieurs, dans les séances du 31 janvier et du 1er mars 1842, vous vous êtes longuement occupés d'une question qui se représente aujourd'hui à propos de l'examen des dispositions du projet de loi sur l'enseignement supérieur dans leurs rapports avec les professions médicales.

A cette époque, messieurs, votre commission vous demandait « s'il ne serait pas convenable de supprimer les grades spéciaux de docteur en chirurgie et en accouchements; d'ajouter aux matières de l'examen de docteur en médecine, des examens pratiques sur les opérations chirurgicales et les accouchements; et enfin d'accorder aux docteurs en médecine reçus suivant ces formes, la faculté d'exercer simultanément ou séparément les trois branches de l'art de guérir, ainsi que cela se pratique en France? »

Aujourd'hui, messieurs, le gouvernement propose de modifier la loi de 1835, en décidant que le second examen pour le doctorat, outre les matières ordinaires, comprendra les opérations chirurgicales et obstétricales, et que la durée de l'épreuve sera de *deux heures pour chaque récipiendiare.*

La question est identiquement la même, comme vous le voyez, et vos premières discussions peuvent être utilement invoquées pour en amener la solution. Permettez-moi de vous soumettre les considérations que la lecture attentive et du Bulletin de vos séances et du rapport de la commission m'a suggérées; ce sera le moyen le plus convenable d'abréger les débats.

En 1842, les conclusions du rapport furent vivement soutenues par MM. Vleminckx, Fallot, Seutin, Michaux, François, Sauveur, Lebeau, Craninx, Froidmont et Stas ; tandis que MM. Baud, Lombard, de Lavacherie, Vottem et Martens les repoussèrent avec non moins d'énergie.

Les derniers, c'est-à-dire les partisans du triple diplôme, prétendirent en substance :

1° Qu'il y avait surabondance de produits universitaires aussi bien qu'encombrement de produits industriels ; qu'en conséquence, les jeunes médecins étaient exposés à mourir de faim (M. Baud) ;

2° Que les docteurs en médecine se trouvaient dans une position d'infériorité vis-à-vis des chirurgiens du plat-pays qui pouvaient tout faire; qu'en conséquence, la réforme proposée ne pourrait remédier à cet abus que dans vingt ou vingt-cinq ans (MM. Baud et de Lavacherie);

3° Qu'il n'était pas convenable d'emprunter à la France un système qui, chez elle, était plus défectueux que chez nous, puisque dans ce pays la collation du diplôme n'était précédée que de cinq heures d'examen et d'une thèse, tandis qu'en Belgique on exigeait cinq examens par écrit, cinq examens oraux, deux sur le cadavre et un sur le fantôme obstétrical (M. Baud);

4° Que la triple épreuve, imposée à tous les candidats indistinctement, en ferait reculer plus de la moitié, parce que toutes les organisations ne se prêtent pas à la pratique des opérations (M. Baud);

5° Que si, au contraire, on rendait les examens plus faciles, c'en était fait de la chirurgie en Belgique (M. Baud);

6° Que les docteurs en médecine possèdent des connaissances *chirurgicales* plus que suffisantes pour compenser la suppression des officiers de santé et autres praticiens non diplômés (M. Lombard);

7° Que beaucoup d'élèves affectés de certaines infirmités, telles que la myopie, etc., ne pouvant pratiquer une opération chirurgicale, seraient forcés de renoncer au doctorat en médecine (M. Martens);

8° Que la suppression du doctorat en chirurgie et en accouchements affaiblirait les études au point de ravaler les nouveaux docteurs au niveau des anciens médecins de campagne (M. Lombard);

9° Que les docteurs en médecine sont aptes à exercer la chirurgie partout où il ne se trouve pas de docteurs en chirurgie (M. de Lavacherie);

10° Que le titre de docteur en chirurgie, conquête du dix-huitième siècle, fruit des longs et pénibles travaux des spécialités, est une propriété dont on ne peut les dépouiller (M. de Lavacherie);

11° Qu'il n'est pas exact de dire que la division de la médecine et de la chirurgie soit illusoire, et que c'est à tort que l'on prétend que les médecins font de la chirurgie, et les chirurgiens de la médecine (M. Vottem).

12° Que le cumul de la médecine et de la chirurgie est impossible, parce que l'intelligence la plus vaste ne saurait approfondir les deux sciences (MM. Vottem et Lombard);

13° Qu'il n'est pas donné à tous les hommes d'être opérateurs; qu'en conséquence, celui qui ne sera que médecin sera dans un degré d'infériorité vis-à-vis de celui qui sera chirurgien (MM. Lombard et Martens);

14° Et enfin, qu'à la rigueur le cumul ne peut être autorisé que dans les campagnes et dans les lieux où il n'existe pas de commission médicale (MM. Lombard et de Lavacherie).

Telle est, messieurs, la substance des arguments qui ont été mis en avant pour combattre les propositions de la commission; tel est le résidu pur des discours prononcés dans les deux séances par les partisans de cette opinion.

Les défenseurs du rapport, au contraire, soutinrent :

1° Que la statistique officielle démontrait que le chiffre des docteurs, loin de s'être accru depuis l'institution du jury, avait singulièrement diminué, tandis que l'on avait tari la source d'où provenaient les chirurgiens de ville et du plat pays (M. Sauveur); que, puisque la Belgique ne fournissait plus que quinze chirurgiens et demi et vingt-six accoucheurs un tiers par an, il n'y aurait plus, dans un laps de temps très-court, un nombre suffisant de ces hommes de l'art, le gouvernement dût-il accorder *à tous* l'autorisation de cumuler la pratique des trois branches (Rapport).

2° Si la réforme proposée ne doit avoir d'effet utile que dans vingt ou vingt-cinq ans, il faudrait se hâter de l'adopter; car les lois ne sont pas faites pour l'heure seulement, et celle-ci produira certainement son effet dès le lendemain de l'introduction des mesures qu'elle comprend (M. Fallot).

3° La loi de 1818 impose des restrictions ridicules aux attributions des docteurs en médecine, qui cependant doivent faire preuve de connaissances chirurgico-obstétricales dont on leur interdit l'application pratique. Il y a donc anomalie entre les devoirs et les droits (M. Fallot).

4° Le cumul doit être permis à tous les docteurs en médecine indistinctement, et non concédé par arrêté exceptionnel, comme cela se fait trop souvent. Accorder cette faculté à l'un, la refuser à l'autre, quoique les titres soient égaux, constitue une criante injustice (M. Fallot).

5° Le système proposé par la commission (en 1842) existe en France, en Allemagne, dans toutes les armées, sauf chez nos voisins du Midi, et les docteurs pratiquent cumulativement les trois branches (Rapport). L'expérience est faite, pourquoi ne pas en profiter (M. François).

6° Les hommes qui ont imprimé les plus grands progrès à la science, en Allemagne et en France, pratiquent la médecine et la chirurgie, ou en ont le droit. En Allemagne, les élèves prennent tous les titres de docteurs en médecine et en chirurgie, et ceux que l'on désigne sous le nom de *medici puri* n'y sont pas en haute estime (M. Vleminckx). Aussi un système qui a produit en Allemagne les Rust, les Graefe, les Dieffenbach, les Wutzer, les Walther, les Textor, les Stromeyer, les Jüncken; en France, les Leroy-d'Étiolles, les Amussat, les Andral, les Louis, les Rayer, les Bouillaud, et tant d'autres, un pareil système a fait ses preuves, il est jugé au point de vue de l'art et de la science. Le repousser pour la Belgique, serait une aberration (M. Sauveur).

7° Le cumul est admis et prescrit dans notre médecine militaire; la science y a-t-elle perdu (MM. Fallot et Vleminckx)?

8° Les élèves ne reculeront pas plus devant les nouvelles stipulations que devant les anciennes. Les obligations qui seront insérées au programme universitaire n'effrayeront personne; il y a donc superfluité à maintenir des titres différents ou multiples, puisque l'épreuve est une (Rapport; M. Fallot). D'ailleurs, à de très-rares exceptions près, les jeunes gens ne quittent plus l'école qu'après s'être fait recevoir successivement docteurs en médecine, en chirurgie et en accouchements (M. Michaux).

9° On prétend que depuis la législation de 1835 des praticiens instruits remplacent les chirurgiens de campagne, dont l'ignorance ne fut que trop souvent constatée, et l'on voudrait encore resserrer les liens qui garrottent ces docteurs! Singulière contradiction (M. Fallot)!

10° Tous ceux qui se feront recevoir ne cumuleront pas la pratique des trois branches; mais tous seront reconnus aptes et pourront user du droit qui leur aura été conféré, selon les circonstances et les exigences du moment (Rapport). Il faut distinguer la théorie de la pratique (M. Lebeau).

11° *Savoir* et *pouvoir* sont deux choses différentes. Les cinq huitièmes de ceux qui se font recevoir docteur négligent le doctorat en chirurgie, et prennent seulement le diplôme de docteur en accouchements. Il est bien plus rationnel d'astreindre tous les candidats aux mêmes épreuves, à un seul et même examen pour les trois choses (Rapport).

12° Un grand nombre de docteurs en médecine pratiquent plus ou moins la chirurgie et les accouchements, sans être en possession des diplômes voulus; tous les docteurs en chirurgie exercent la médecine, en contrevenant pour la plupart aux prescriptions de la loi (Rapport; MM. Fallot, Michaux, Lebeau et Vottem).

13° Si la loi était bien exécutée, on s'exposerait parfois à manquer de praticiens pour sonder, saigner et panser les malades, les chirurgiens pouvant peut-être refuser de se transformer en exécuteurs des prescriptions d'autrui; et dans ce cas, les docteurs en médecine se trouveraient dans une position d'infériorité (Rapport).

14° Le cumul aura l'avantage de rendre les hommes de l'art aptes à donner des secours à ceux qui pourraient en avoir besoin, aussi bien par suite d'un accident qu'à cause d'une maladie (MM. Seutin et Vleminckx).

15° Les personnes affectées d'infirmités corporelles, telles que la myopie, sont peu propres à la chirurgie; c'est un malheur pour elles, mais la médecine leur restera. Ce sont du reste de rares exceptions qu'une législation ne peut prendre en considération (M. Fallot). Au surplus, l'expérience prouve que plus d'un myope est devenu chirurgien distingué (MM. Vleminckx et Seutin).

16° S'il est des organisations qui répugnent à la pratique de la chirurgie, ceux qui en sont doués se borneront à la médecine...... La chirurgie ne sera obligatoire pour personne.... elle ne sera que facultative..... (M. Fallot), et chacun optera pour celle des trois branches pour laquelle il se sent plus de dispositions (M. François).

17° Il est impossible d'être bon médecin sans être chirurgien, et d'être bon chirurgien sans être médecin (M. Fallot).

18° La médecine, la chirurgie et l'obstétricie ne sont point des sciences isolées et distinctes; ce sont des parties d'un même tout (Rapport; M. Fallot). Si on veut diviser les sciences médicales, pourquoi s'arrêter à cette première division, alors que chacune peut se partager elle-même en beaucoup de branches qui suffiraient pour occuper toute la puissance intellectuelle d'un homme (M. François)?

19° Il faut féconder les sciences les unes par les autres; en les isolant, on les condamne à rester stationnaires (M. Fallot).

20° Les droits acquis par les docteurs en chirurgie sont illusoires. S'il est vrai qu'ils se sont fait recevoir sous l'empire de la loi qui interdit le cumul, n'est-il pas incontestable que cette loi donne au gouvernement le pouvoir de permettre ce cumul à tous ceux qui possèdent plusieurs diplômes? D'ailleurs on ne peut engager l'avenir (Rapport).

21° De toutes les lois, la plus mauvaise est une loi inexécutable. Celle du 12 mars 1818 est de ce nombre. Outre qu'elle est vicieuse, elle fourmille d'abus..... Les restrictions qu'elle apporte aux attributions respectives des docteurs en médecine et en chirurgie donnent lieu chaque jour à des infractions graves et inévitables, et l'on est d'accord pour reconnaître que les mesures proposées par la commission remédieraient à tous ces abus (M. Fallot).

22° La loi de nécessité oblige souvent les médecins aussi bien que les chirurgiens à transgresser la loi écrite. Les propositions de la commission concilient ces deux lois sans blesser aucun intérêt (M. Fallot). Si on les rejette, c'est faire consacrer la violation d'une loi par la loi nouvelle (M. François), tandis que les adopter, c'est légaliser ce que tout le monde fait, même ceux qui ont l'air de repousser le système (M. Stas).

23° S'il se trouve une intelligence rebelle, obtuse, qui ne puisse acquérir les notions de chirurgie théorique requises pour l'obtention du grade de docteur, il faut la repousser. Mieux vaut renvoyer un individu que sacrifier une population (M. Lebeau).

Telles sont, messieurs, les opinions qui ont été produites et les arguments qui ont été formulés en 1842, pour ou contre la suppression des titres de docteur en chirurgie et en accouchements. Tels sont les motifs qui ont été développés pour amener le vote de transaction qui, en ménageant d'honorables susceptibilités, a fort peu servi l'art et la science.

Aujourd'hui, messieurs, je cherche en vain parmi vous les principaux opposents, les plus chaleureux antagonistes de la proposition qui vous fut soumise et qui est renouvelée en ce moment : leurs places sont vides, et la voix de ces éloquents défenseurs de la chirurgie ne se fera plus entendre dans cette enceinte. Cependant, messieurs, nous aussi nous comprenons l'intérêt et la dignité de la chirurgie; nous aussi nous avons voué toutes nos facultés et toutes nos sympathies à cette science; et si nous avons des pensées et des vues qui se rencontrent peu avec celles que MM. Vottem et de Lavacherie ont exposées en 1842, nous croyons servir aussi utilement la cause de la spécialité que nous avons embrassée.

Quoi qu'il en soit, ce qui était vrai en 1842 ne saurait être faux en 1849, alors que sept années à peine se sont écoulées depuis cette époque, et que des motifs plus impérieux encore exigent que la société puisse toujours et partout, dans le présent comme dans l'avenir, dans les villes comme dans les campagnes, compter sur des secours éclairés et sur l'aide de praticiens éprouvés au creuset d'examens aussi complets que sévères.

Sans rentrer dans l'argumentation que que je viens d'avoir l'honneur d'analyser, je dirai qu'aujourd'hui il est indispensable que tout docteur en médecine soit à même de donner des secours chirurgicaux ou obstétricaux dans toutes les circonstances imprévues. C'est pour lui un *devoir* que les nécessités sociales lui imposent; mais ce devoir doit nécessairement entraîner un *droit* que vous ne sauriez lui dénier sans injustice. Le chirurgien de campagne peut tout faire, tout cumuler, et vous savez s'il use largement de la faculté. Mais, dira-t-on, cette classe de praticiens est supprimée depuis 1835. Cela est vrai, mais on n'a pas supprimé les chirurgiens de campagne qui existaient, et vis-à-vis de ceux-là les docteurs en médecine sont et seront longtemps dans une position d'infériorité, à moins que vous ne réclamiez immédiatement le cumul en leur faveur.

Si le cumul est admis, tout docteur en médecine pourra indistinctement et cumulativement pratiquer les trois branches, cela est incontestable. Or les droits étant égaux pourquoi admettre la multiplicité des titres, pourquoi supprimer le grade de docteur en accouchements seul, et conserver celui de docteur en chirurgie? S'il est ou plutôt s'il fut d'honorables susceptibilités en chirurgie, croyez-vous donc, messieurs, que nous, docteurs en accouchements, qui en faisons aussi une spécialité, nous ne soyons pas en droit de réclamer contre l'arrêt qui supprimerait l'indication de notre pratique principale contre la décision qui nous réduirait au rang des simples mortels, c'est-à-dire des docteurs en médecine tout court? Non, non, les prétendus droits des docteurs en accouchements sont aussi réels que ceux des docteurs en chirurgie, et cependant moi, messieurs, docteur en chirurgie et docteur en accouchements, je déclare que toutes ces distinctions sont inutiles et parfaitement illusoires. Je voudrais qu'il n'existât qu'un seul titre, celui de *docteur-médecin*, il dit tout, il comprend tout.

M. le Président : Voici comment se présente la question générale; elle est résumée, p. 3 du rapport, en ces termes :

« La section a été unanimement d'avis que le système du gouvernement ne saurait rencontrer d'objection sérieuse. »

Je demanderai s'il s'élève quelque objection contre le système du gouvernement, en ce qui concerne les examens pour la médecine.

Si personne ne demande la parole, je mettrai aux voix la conclusion dont je viens de donner lecture.

La conclusion est mise aux voix et adoptée.

(La suite prochainement.)

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'INSERTION DU PLACENTA SUR L'ORIFICE INTERNE DE L'UTÉRUS; thèse de Montpellier, 1848, par M. CHARLES-GUSTAVE GRUNER (de Mitau).

Un motif tout personnel, indépendamment de ceux qui forcent tous les jeunes médecins à devenir au moins une fois auteurs, nous a valu cette thèse. M. Gruner avait observé un cas d'implantation du placenta sur le col. Curieux de consulter sur ce point si difficile de pratique l'opinion de tous les hommes de l'art, il réunit dans une série de notes l'avis des plus accrédités, et reconnut, en les confrontant ensuite, que de leur appréciation comparative et raisonnée pourrait résulter une monographie qui ne serait pas sans intérêt. L'ouvrage était donc préparé depuis longtemps : l'occasion d'une thèse inaugurale en a décidé la publication.

On reconnaît sans peine, en feuilletant ces pages, la source d'où elles sortent. Fastidieux sans doute pour celui qui ne demande qu'une invention, un fait nouveau ou soi-disant tel, l'opuscule de M. Gruner recevra au contraire l'accueil le plus distingué de ces lecteurs aux yeux de qui la tradition n'est pas un vain mot, et qui trouvent quelque plaisir à savoir comment nos dogmes actuels ont pris naissance et se sont modifiés en traversant les âges. Sous ce point de vue, l'auteur a jeté de vives lumières sur l'une des questions les plus délaissées peut-être par les érudits. Il montre l'origine et les progrès de l'explication qui, en éclairant sur le mécanisme du décollement placentaire, a révélé à la fois la cause du danger et son remède.

Ses descriptions reçoivent aussi de ce procédé de rédaction une qualité toute particulière; elles sont complètes, parce qu'il n'écrit point de souvenir, mais s'attache, au contraire, à prendre de chaque accoucheur le sujet dont il a le mieux approfondi l'étude. Ce système a surtout produit de précieux résultats dans le tableau symptomatologique de l'hémorrhagie, de son époque de début, de ses variations, de ses terminaisons. Là tout paraît traité de main de maître; et c'est en effet de la main des meilleurs maîtres, compilés et annotés par un disciple intelligent.

Du milieu de ces rapprochements surgissent entre temps quelques aperçus vraiment piquants. C'est ainsi que, cherchant à déterminer le degré de fréquence de l'insertion du placenta sur le col, M. Gruner a trouvé la dissidence la plus extrordinaire entre les renseignements fournis par les diverses autorités. Tandis que Rigby assure avoir observé 43 hémorrhagies utérines dues à cette cause sur un total de 106 ; que Burns lui attribue les deux tiers des pertes abondantes, on ne l'a observée que 4 fois sur 1,800 accouchements dans le service du dispensaire général de Westminster ; Ramsbotham ne l'a noté que 42 fois sur un total de 26,676 accouchements ; Riecke ne la mentionne qu'à peu près 300 fois sur 219,353 cas ; Collins 14 fois sur 16,654 ; enfin à l'hospice de la Maternité, on ne l'a rencontré que 11 fois sur 20,357.

De ces données réunies, il résultera que l'insertion du placenta sur l'orifice utérin n'a été constatée que 368 fois sur un total de 304,040 accouchements faits dans des pays et des temps différents; ce qui donne la proportion de 1 à 818 1/23.

Le diagnostic différentiel a reçu de M. Gruner des développements plus qu'intéressants, véritablement instructifs. Il a pris à tâche de le fonder, non sur le coup d'œil, sur l'aptitude divinatoire du praticien, mais sur une série d'appréciations toujours possibles à faire, et plaçant la notion qu'elles ont pour but d'éclairer hors de la sphère des conjectures, dont l'abus a été si souvent reproché à la science médicale.

Dans cette recherche, il faut d'abord laisser de côté les hémorrhagies par les voies génitales, qui peuvent survenir à toutre autre époque qu'à celle de la grossesse et de l'accouchement. On peut encore exclure du parallèle les hémorrhagies dites internes ; car, dans le cas qui nous occupe, l'auteur prouve, contrairement à l'opinion de M. Velpeau, que la perte est toujours externe.

Ces légitimes défalcations opérées, il importait d'établir d'abord les caractères auxquels se reconnaît la métrorrhagie provenant de l'insertion du placenta sur le col. Ils sont de deux ordres, durant la grossesse et pendant le travail. Or, quant au premier cas, on observe que :

1° Elle ne se déclare ordinairement pour la première fois qu'après la première moitié de la grossesse, et le plus souvent du sixième au septième mois ;

2° Elle survient le plus fréquemment sans symptômes précurseurs, indépendamment de toute cause occasionnelle manifeste ;

3° Elle ne s'accompagne pas de contractions utérines très-prononcées ni douloureuses ;

4° Loin d'exercer une influence salutaire sur la santé, elle produit après elle un état de souffrance plus ou moins prononcé;

5° Elle s'arrête le plus souvent d'elle-même pour reparaître avec plus d'intensité après un certain intervalle de temps ;

6° Le toucher fait reconnaître à l'orifice, qui est dilaté, un corps mollasse, le placenta.

Parmi les causes d'hémorrhagie qui peuvent simuler celle-ci, on doit placer en première ligne la *persistance des règles pendant la grossesse*. Mais ici, il y a des symptômes précurseurs; la périodicité est régulière ; la santé se trouve ensuite améliorée après l'évacuation sanguine.

La métrorrhagie *par pléthore générale* se distingue également aux prodromes, au soulagement qui s'ensuit, à l'absence de signes propres perçus par le toucher. Quant à l'*avortement*, on a d'abord à noter qu'il s'observe plus souvent aux trois premiers mois de la grossesse; les signes de la mort du fœtus compliquent de bonne heure les symptômes dus à la perte de sang. Si l'avortement a lieu avec une certaine acuité, il y a des douleurs utérines violentes.

Passons maintenant aux caractères que la perte de sang provenant de l'insertion anormale du placenta présente durant ce travail :

1° Avant même que la dilatation du col se fasse d'une manière bien sensible, il se déclare une hémorrhagie.

2° Elle redouble d'intensité au fur et à mesure que la dilatation de l'orifice devient de plus en plus complète.

3° Elle augmente visiblement pendant les douleurs, et diminue d'intensité dans leurs intervalles.

4° Le doigt ne peut reconnaître la partie du fœtus qui se présente, ou du moins n'y parvient qu'avec peine.

5° Il rencontre le corps mou, spongieux et inégal que forme le placenta, au lieu de la tumeur lisse et polie que constitueraient les membranes de l'œuf.

Au nombre des hémorrhagies qui seraient susceptibles de se confondre avec celles-ci durant le cours du travail, on peut ranger celle, très-rare, que produirait la *rupture partielle ou totale du cordon ombilical*. Mais la perte due à cette cause ne devient externe qu'après que les membranes sont percées. Il s'écoule alors par la vulve une certaine quantité de fluide amniotique sanguinolent, mêlé aux caillots de sang. L'écoulement du sang n'est pas sensiblement modifié par les contractions utérines. Enfin le toucher ne fait rien découvrir d'insolite.

La perte de sang qu'entraîne la *rupture de l'utérus* sera ordinairement différenciée sans peine par la constatation des autres signes bien caractéristiques qui accompagnent ce terrible accident, le bruit de craquement, la suspension subite du travail, le changement de forme du ventre et les résultats du toucher.

Quant au *suintement sanguin provenant du parenchyme de l'utérus*, il ne s'observe que lorqu'un travail très-prolongé et pénible a provoqué un état d'irritation de la matrice, ou à la suite de tentatives répétées et infructueuses faites pour opérer la version du fœtus, la perforation du crâne, etc.

Il suffira de mentionner d'autres espèces de perte dont la cause, évidente et facile à saisir, établit une différence assez tranchée entre elles et celles dont nous nous occupons. Telles sont celles qui tiennent à des lésions traumatiques du vagin et de la portion vaginale de l'utérus, à la dégénérescence squirrheuse et carcinomateuse du col utérin, à la présence de polypes volumineux ou d'autres tumeurs, à la rupture de veines variqueuses, etc.

Tels sont les préceptes les plus utiles que renferme cette thèse. Sous d'autres point de vue, sa rédaction trahit parfois l'œuvre du débutant, auquel tous les côtés de la science ne sauraient encore être également familiers. On remarque surtout, dans le chapitre consacré à la thérapeutique, que le procédé conseillé par Sympson, l'extraction artificielle du placenta avant d'amener l'enfant, n'a pas même été l'objet d'une mention. — A mesure qu'il trouvera dans la pratique l'occasion d'appliquer ses idées, l'auteur, avec le talent d'observation dont il nous paraît doué, en augmentera le cercle, et les contrôlera par l'expérience. Le plan de son travail actuel lui fournira alors les moyens de la reviser plus aisément et d'en faire, avec quelques légères additions, une monographie complète de l'histoire du *placenta prævia*.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

RÉORGANISATION MÉDICALE.

CARACTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT OFFICIEL ET DE L'ENSEIGNEMENT PARTICULIER.

Un des premiers et des principaux arguments qu'on ne manquera pas de faire valoir contre l'établissement de l'enseignement libre, c'est l'absence de besoin d'une telle révolution, et l'absence de toute réclamation tendant à l'obtenir. Les conservateurs du *statu quo*, partant de cette idée que tout est bien ou à peu près, prétendent qu'il n'y a pas lieu de tenter un bouleversement, qui, sous le prétexte d'améliorer, pourrait n'aboutir qu'à désorganiser. L'exemple de ce qui s'est fait depuis février 1848 dans un ordre de choses plus général et plus élevé ne leur paraît pas encourageant. Il ne convient donc pas seulement de démontrer tout le bien inhérent au nouveau système, ce que nous ferons en temps et lieu, mais il importe aussi de bien établir d'abord que ce qui existe n'est pas la perfection idéale.

Nous en convenons volontiers, peu de personnes jusqu'ici avaient songé à l'enseignement libre comme capable de tous les avantages que nous lui supposons; nous convenons même qu'on n'y songeait pas du tout. Nous nous rappelons, non sans quelque satisfaction, que lors de la présentation du projet de loi de M. de Salvandy, nous nous sommes trouvés dans l'isolement de nos abstractions — c'est ainsi qu'on les appelait, — alors que d'autres se félicitaient d'être les organes des réclamations et des désirs plus positifs de la foule. Mais ce qu'on ne nous refusera pas, c'est qu'à cette époque, comme aujourd'hui, nous ne voyions aucun remède efficace dans les palliatifs proposés de toute part, c'est que les idées auxquelles nous préludions alors n'étaient autres que celles dont nous sommes heureux d'espérer la prochaine réalisation. Sur ce premier point donc, qui est un point de fait, il ne peut y avoir entre nos adversaires et nous aucune contestation : nous étions seuls à désirer autre chose que ce que tout le monde demandait, et ce quelque chose était précisément ce que nous voulons aujourd'hui.

Cependant, si nous différions sur le remède, nous étions tout à fait d'accord sur le mal. Il n'y avait qu'une voix pour le signaler. Depuis vingt ans les mêmes réclamations retentissaient d'un bout de la France à l'autre. Dans la science, c'était l'incohérence des doctrines, l'absence de tout principe; dans la pratique, l'anarchie la plus complète. La profession, sans unité ni solidarité, sans force ni frein, discréditée par la concurrence, déshonorée par le charlatanisme, avait perdu tout prestige. Voilà ce qu'on écrivait partout, et nous convenons qu'on avait raison. Mais, dira-t-on, qu'y a-t-il de commun entre ce mal général, reconnu de tous, et les vices de l'enseignement, que personne n'aperçoit, et auxquels vous prétendez remédier par l'enseignement libre? Ce qu'il y a de commun, nous le montrerions immédiatement si nous ne craignions d'effaroucher nos contradicteurs par une déclaration anticipée. Contentons-nous de leur dire pour le moment que les résultats les plus généraux passent par des intermédiaires qui les éloignent en apparence de leurs causes, et masquent leur liaison génésique. Or l'état de la médecine est précisément dans ce cas : l'absence de science constituée, stable, positive, la même pour tous et appliquée par tous, est la cause de l'incohérence dans les principes, de l'antagonisme dans l'art et du désordre dans la profession. Et cet état d'instabilité de la science, si fécond en mauvais fruits, à quoi peut-il tenir, sinon aux sources mêmes d'où elle émane, à l'enseignement qui se répand comme une semence, mélange de bon grain et d'ivraie, et se renouvelle incessamment? Qu'on ne se méprenne pas sur la portée et le caractère de cette articulation. Loin de nous toute application personnelle; nous visons plus haut. Il ne s'agit pas des hommes, mais des choses; et si, pour se dispenser de nous suivre jusqu'où nous portons notre observation, on voulait la faire retomber comme une averse de récriminations sur tout ce qui personnifie les effets d'un mauvais système, nous protesterions d'avance contre cette violence faite à notre volonté et à nos idées. Nous le déclarons très-explicitement : les hommes actuels sont les indispensables produits de choses qui les dominent; ils sont ce qu'ils doivent être comme des effets nécessaires de causes auxquelles il ne leur est pas donné de se soustraire. Ils n'encourraient de blâme que si, mieux informés, ils n'en persistaient pas moins à vouloir s'immobiliser dans le *statu quo*. Mais nous sommes très-disposés à espérer le contraire.

En quoi le système actuel de l'enseignement peut-il être considéré comme propre à perpétuer l'instabilité de la science et l'état de choses pratique et professionnel que nous avons dit en résulter? La réponse à cette question se trouve dans une juste appréciation du caractère de l'enseignement actuel des Facultés, et de l'enseignement particulier, improprement appelé libre enseignement.

Pour qui veut se rendre compte de l'esprit doctrinal qui distingue les écoles de Paris, Strasbourg et Montpellier, il est impossible de méconnaître entre ces trois grands foyers de l'enseignement médical le contraste le plus complet. Les professeurs de Montpellier n'enseignent pas plus qu'ils ne pratiquent les doctrines de l'école de Paris; et quoique animée d'un moindre antagonisme, l'école de Strasbourg, considérée dans son expression la plus élevée, ne professe ni l'organisme de l'école de Paris, ni le dynamisme de l'école de Montpellier. Qu'on n'objecte pas qu'en dehors de ces grands traits de leur physionomie scientifique, ces trois rivales ont beaucoup d'autres traits de ressemblance; que les éléments matériels et positifs des choses y sont partout à peu près les mêmes, que la partie expérimentale de la science et de l'art y diffère peu : ce serait se payer facilement d'une méprise. Ces éléments ne sont que des éléments, et ils n'ont de vie et de signification que par les doctrines qui les relient et les fécondent. Les attaches d'un muscle, les caractères chimiques et physiques d'une substance, la valeur d'une méthode ou d'un procédé opératoire peuvent bien être les mêmes à Paris, à Strasbourg et à Montpellier; mais ce n'est pas là la science : la science est dans la conception de l'ensemble, et la conception de l'ensemble se résout dans la pratique. On saigne, on purge, ou on stimule, suivant qu'on est dominé par tel ou tel ordre d'idées. Or nous maintenons que la conception qui décide du choix de l'une ou de l'autre de ces méthodes est différente à Paris, à Strasbourg et à Montpellier. Nous dirons plus, c'est qu'elle diffère souvent du tout au tout chez les différents professeurs de la même école. Que faut-il conclure, sinon que le véritable esprit scientifique, cet esprit qui fait que l'astronomie, la physique et la chimie de Paris ressemblent à celles de Londres, de Stockholm ou de Berlin, n'existe pas encore dans les régions les plus élevées de la médecine? sinon que, dans un même examen, l'élève pourrait répondre

---

Feuilleton.

PROMENADE MÉDICO-CHIRURGICALE A L'EXPOSITION DES PRODUITS DE L'AGRICULTURE ET DE L'INDUSTRIE NATIONALES.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

Un plessimètre d'or et un guerrier de fer. Amour + 4, et jugement — 1. Les sangsues de M. Alexandre. Miscellanées. Intermède au bénéfice des huîtres. Richesses de cette bonne Algérie. Graves études en dînant M. Bouchardat fait fermer les fabriques de sucre. Les conserves alimentaires; petit souper fin d'Ulysse et de Pénélope Méthode Boucherie pour la conservation du bois. Un bouquet de mille couleurs. Cinquième acte et dernier tableau : le palais du roi des fous.

Décidément l'exposition des produits de l'industrie est la terre promise pour beaucoup; mais parmi cent vulgaires personnes en extase à la vue de cette multitude d'objets, nous remarquons un savant en jubilation devant les étalages de Charrière. Cette admiration n'a rien que de très-naturel en pareil lieu; car tous les instruments de notre ingénieux artiste sont si fins, si délicats, si élégants! Mais les yeux de l'extatique demeuraient toujours fixes au même endroit, ce qui ne laissait pas que d'intriguer fort les passants. Quelles richesses dans cette verrière! Une foule de petites plaques ailées, en ivoire, en argent, voire même en or, les unes unies et brillantes comme une glace, les autres couvertes d'arabesques, de grecques, de chinoiseries, sont les objets qui monopolisaient l'attention de l'heureux M. Piorry. Jamais on n'avait vu des plessimètres aussi splendides. La femme sur la poitrine de laquelle on les appliquerait, serait tentée de les retenir comme un médaillon ou comme un précieux bijou. Je ne connais que les spéculums de sir Henry qui pourraient lutter de luxe avec les plessimètres Charrière, et encore n'a-t-on pas poussé le raffinement jusqu'à illustrer les spéculums.

Quel est ce guerrier moyen âge dont la cuirasse, le casque, les cuissards et les brassards sont en montre parmi les appareils orthopédiques de M. Biondetti? Nous ne songeons pas à contester l'efficacité de cette armure pour renfoncer les bosses et les courbures; nous pensons même qu'elle pourrait broyer un homme du premier coup, car elle doit avoir la force de six à huit chevaux au moins.

Madame Martigni veut arriver au même but par la douceur. Cette méthode est conforme au caractère de son sexe. Lisez plutôt : « Chaise-tabouret qui prévient et redresse les déviations de la taille, sans l'emploi d'aucun appareil; et elle exclut tout moyen de pression. » Avec deux ou trois chaises pareilles par famille, la classe spirituelle des bossus et des claudicants disparaîtra de la surface du globe.

Le système de Gall vient de recevoir un complément par le céphalomètre ou idjioscope, inventé par M. Idjiez, comme son nom l'indique. Savoir qu'on a la bosse de la collectivité ou de l'amativité, ce n'est pas savoir grand'chose; car parmi les voleurs il y a tant de degrés, et parmi les amoureux tant de variétés! M. Idjiez mesure mathématiquement les bosses; de sorte que le phrénologiste peut dire aujourd'hui à son sujet : Vous êtes amoureux comme 1/2, ou comme

blanc ou noir, suivant qu'il serait interrogé par tel ou tel professeur? C'est la faute du caractère propre de la médecine, dira-t-on, plutôt que des écoles et des professeurs. Nous nions positivement cette assertion, et nous l'avons tant de fois réfutée dans ce journal, que nous regardons comme superflu de la réfuter de nouveau. Nous maintenons donc comme un fait d'abord, et comme un mal ensuite, l'instabilité, sinon l'absence des principes de la science, perpétués par les écoles de l'État. En est-il autrement dans l'enseignement particulier, improprement appelé enseignement libre?

L'enseignement privé d'aujourd'hui est la doublure de ce qui se dit et se fait en lieu plus élevé, ni plus ni moins. La raison en est simple. Ceux qui professent dans nos hôpitaux ou qui se livrent à l'enseignement particulier sont pour la plupart des agrégés, des aspirants à l'école, des hommes qui ont sucé les doctrines de leur mère et qui n'ont de chances de succès dans le présent et dans l'avenir qu'à la condition de les conserver intactes. Nous tromperions-nous par hasard? Qu'on nous cite une exception à la règle. Mais non; on n'en citera point parce qu'il n'en existe point et qu'il n'en saurait exister. L'enseignement privé n'est qu'un calque de l'enseignement officiel; il ne peut donc que perpétuer ses tendances et ses défauts, et c'est précisément pour cela que l'enseignement particulier tel qu'il existe aujourd'hui ne peut, à aucun titre, être appelé enseignement libre. Le véritable enseignement libre, avons-nous dit, est celui qui marche de pair avec l'enseignement officiel, qui ne s'inspire que de la science et non de la tradition des écoles, qui, animé d'une noble émulation et soutenu par l'espoir d'un contrôle impartial, ne craint pas de s'avancer dans la voie du progrès. Eh bien! c'est à son avénement qu'est réservée, suivant nous, la gloire de constituer la science, la science stable, celle qui, animée du véritable esprit scientifique, dégagera la médecine des diversités doctrinales qui la bariolent, et lui ôtent, aux yeux des esprits sérieux, le caractère d'une science positive et d'un art véritablement utile. Ceci n'est qu'une proposition : nous espérons, dans un prochain article, en faire une vérité.

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHOLÉRA, extraites des Conférences cliniques de M. le professeur MICHEL LÉVY, médecin en chef au Val-de-Grâce; par M. THOLOZAN, chef de clinique.

(Quatrième article. — Voir les numéros 29, 30 et 32.)

BRONCHES, PHARYNX, ŒSOPHAGE, ESTOMAC, INTESTINS.

L'étude que nous venons de faire des lésions anatomiques du poumon nous a conduit à cette conclusion générale : Troubles variés et nombreux avec simple engouement de la circulation capillaire, arrêt total de cette circulation, extravasion du sang, changement complet des propriétés physiques de ce liquide dans le réseau vasculaire le plus délié. C'est dans son point de contact le plus intime avec les tissus que nous avons vu le sang se modifier par un phénomène inconnu, mais duquel on peut dire, en voyant le lieu où il se développe, qu'il résulte d'une action combinée du solide et du liquide vivant.

Cette première donnée, en établissant les liaisons intimes qui existent entre les altérations du poumon et l'état du sang, éloigne complétement de notre pensée toute théorie tendant à établir un rapprochement de cause à effet entre les sécrétions intestinales et l'altération du sang. Il faudrait, pour admettre ces idées, non-seulement qu'il fût démontré que la composition chimique du sang des cholériques s'explique par les déperditions intestinales à la fois si abondantes dans certains cas et presque nulles dans un certain nombre de faits, mais encore que la même altération n'a point lieu dans les autres systèmes capillaires de l'économie. Nous comprenons combien il est séduisant pour l'esprit, à la vue de symptômes aussi prédominants que le sont les selles et les vomissements dans le choléra, de conclure que tous les autres phénomènes morbides se rattachent à ceux-là; mais qui a pu suivre jusqu'à leur origine tous les symptômes d'une maladie si peu connue? qui a pu en étudier le développement de manière à les subordonner les uns aux autres? Les preuves matérielles fournies par la chimie manquent de l'accord et de l'ensemble indispensables; l'anatomie, d'après ce que nous avons déjà vu, est contraire à cette hypothèse; la symptomatologie en démontre d'une manière positive l'inexactitude en faisant voir que, dans la majorité des cas, les malades ont éprouvé, avant aucun symptôme du côté de l'appareil digestif, des modifications prononcées de l'innervation, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vue, de la prostration, de l'abattement, quelquefois même des crampes. En présence de ces faits, que conclure, si ce n'est la nécessité d'une extrême réserve dans les essais de coordination des phénomènes morbides? Nous allons voir du reste, dans les altérations de la muqueuse respiratoire et digestive, combien l'étendue même des lésions anatomiques et leur presque universalité, d'une part, ainsi que leur fugacité, d'un autre côté, militent peu en faveur de l'opinion que nous combattons.

BRONCHES, TRACHÉE, LARYNX.

BRONCHES. — Sur 15 cas algides, nous avons rencontré à la bifurcation de la trachée quatorze fois les follicules plus ou moins développés; une fois ils étaient à peine visibles; quatre fois ils étaient assez volumineux, blanchâtres et abondants; deux fois seulement ils se prolongeaient jusque dans les troisièmes divisions bronchiques; six fois dans les secondes; six fois ils étaient bornés à la bronche mère.

Ordinairement arrondis et un peu saillants, du volume d'une tête d'aiguille et légèrement nacrés, ils étaient une fois tout à fait translucides, une fois légèrement aplatis; plusieurs fois, en passant la lame du scalpel sur la muqueuse, on les enlevait complétement, et on aurait été tenté de penser que ces petits corps ne siégeaient pas dans l'épaisseur de la membrane.

Dans la moitié des cas au moins, les bronches présentaient une injection considérable dans les gros troncs, tandis que, dans les petites ramifications, la muqueuse était à peine injectée, à moins qu'on ne se rapprochât des parties du poumon fortement altérées.

Deux fois les bronches étaient, à leur origine, d'un rouge vineux; une fois nous avons rencontré dans les divisions moyennes un piqueté ecchymotique rouge brun rare, et situé au milieu d'un tissu peu injecté.

+ 4; vous avez de l'imagination comme + 2, du jugement comme — 1, etc., etc.

Passons devant ces yeux d'émail pour la pathologie, qui nous regardent les uns strabiquement, les autres avec une pupille déformée, avec des taies, des pannus et mille agréments pareils, et arrivons aux sangsues mécaniques de M. Alexandre. Mais M. Alexandre a une mauvaise affaire avec l'Académie, dont il a reproduit les éloges en supprimant les phrases restrictives. Laissons le procès se juger, et, en attendant, continuons à mettre de véritables sangsues.

Un coup d'œil rapide sur les appareils orthopédiques de MM. Bechard, Lemann, sur la cage à fumigations de M. Poiret, sur le lit mécanique Valerius, sur les armatures Luër contre les crampes des cholériques, sur les nouveaux appareils à fracture du docteur Lemaux, sur des bandages de toute sorte, sur une foule de clyso-pompes, irrigateurs, téterelles, biberons, cornets acoustiques, urinoirs, portant mille noms et affectant mille formes, nous conduira hors de cette galerie, où la médecine, la chirurgie, l'orthopédie, etc., accumulent leurs chefs-d'œuvre ou leurs drôleries. Mais, de grâce, laissez-nous voir fonctionner, en passant, cette mécanique à ouvrir les huîtres, car nous avons toujours aimé les huîtres, — vous aussi probablement, — et nous les aimons encore mieux depuis que M. Réveillé-Parize nous en a si bien démontré l'excellence dans ses charmants feuilletons de la GAZETTE MÉDICALE.

Maintenant je suis à vous. Voilà l'appareil électro-médical de Clarke, modifié par Breton; ici les enveloppes médicamenteuses ou capsules-boîtes du pharmacien Lehuby. C'est là un moyen fort commode d'avaler toute espèce de médicaments, pour les personnes dont le pharynx ne refuse pas de se contracter sur ces boîtes un peu volumineuses.

Mais quel est ce massif autour duquel la foule circule curieuse et satisfaite? Ce sont les produits de l'Algérie, de notre bonne, de notre excellente colonie algérienne. Voyons ce que tu as à nous montrer, *cara mia*. Ah! que de richesses pour une fille si délaissée par ses parents! Croyez-le bien, on en fera quelque chose de cette fille-là; mais, de grâce, quand, toute jeune encore, elle a besoin qu'on la soutienne, ne lui dites pas cruellement : Marche, défends-toi, habille-toi, nourris-toi toute seule. Un peu de charité aujourd'hui; demain elle vous fera l'aumône.

M. de Humboldt, un homme très-fort sur toute sorte de choses, dit qu'un acre de terre, semé de froment, nourrit à peine trois personnes, tandis que le même espace, planté de bananes, en nourrirait cinquante! Or voyez ce magnifique régime de bananes que nous envoie un agronome aussi modeste qu'habile, M. Hardy, directeur du jardin d'essais, à Alger. Que la parmentière se cache honteusement au fond de son trou, car voici des patates roses et des colocases d'Égypte (caladium esculentum) plus grosses que la tête; sans compter d'autres tubercules à nom baroque (boussingaultia, basselloïdes) qui passent pour ne pas être excellents, tandis que nous vous donnerons tout à l'heure de si bonnes nouvelles des deux premiers, que l'eau vous en viendra à la bouche.

Vous vous êtes sans doute récrié d'admiration dans la cour des fleurs, en voyant une gerbe de quatre-vingts épis produite par un seul grain. C'est fort beau sans doute; mais l'agronomie française doit ici encore baisser pavillon, car l'Algérie nous montre cent vingt-deux, puis cent cinquante épis obtenus avec un seul grain! Voilà des oignons de taille à rappeler les Israélites regrettant la terre d'Égypte à cause de l'excellence de ces bulbes. Cannes à sucre, oranges, citrons,

Nous avons toujours trouvé dans l'arbre aérien les produits de sécrétion ordinaire plus ou moins augmentés : quatre fois le mucus était abondant, filant, translucide; deux fois légèrement opaque; une fois très-aéré, formant une mousse blanchâtre.

Sur 6 cas torpides, trois fois seulement les follicules de l'origine des bronches étaient un peu saillants; deux fois une mousse blanchâtre existait dans les conduits. La muqueuse était une fois blanchâtre ou grisâtre, comme macérée à la bifurcation.

TRACHÉE.—Dans 10 cas algides, cinq fois les follicules étaient abondants et blanchâtres; deux fois très-petits; une fois petits et translucides; une fois aplatis; une fois seulement ils manquaient. La trachée était fortement injectée dans ce dernier cas : quatre fois l'injection était d'un rouge foncé, trois fois d'un rouge vif, deux fois peu prononcée, une fois nulle.

Quelquefois les follicules nous ont paru plus abondants vers l'extrémité inférieure de la trachée; ils disparaissaient ordinairement au voisinage du larynx. L'injection vasculaire était presque toujours plus prononcée inférieurement que supérieurement, et vers la bifurcation plus que partout ailleurs. Deux fois nous trouvons dans nos observations l'annotation suivante : trachée pâle supérieurement, noirâtre inférieurement et postérieurement. Nous nous rappelons avoir rencontré depuis lors un assez grand nombre de fois cette teinte noirâtre de la partie postérieure de la trachée; elle tenait à l'altération et à l'infiltration du sang contenu dans les vaisseaux profonds qui rampent entre les cerceaux, phénomène analogue à celui qui a lieu fréquemment dans les vaisseaux profonds du grand cul-de-sac de l'estomac, et qui donne lieu au phénomène connu sous le nom de lividités.

Sur 6 cas torpides, la trachée était pâle une fois, injectée fortement deux fois; trois fois seulement elle présentait des follicules légèrement saillants au voisinage de la bifurcation.

LARYNX. — Le larynx, pâle huit fois sur les 10 cas algides, présentait deux fois des follicules au-dessus, au-dessous et entre les cordes vocales; ils étaient aplatis. Les mêmes glandes faisaient saillie une fois sur la face postérieure de l'épiglotte, une fois entre cet organe et le larynx. Rien de noté dans les cas torpides.

En résumé, la muqueuse aérienne présente dans presque tous les cas algides une éruption folliculeuse abondante accompagnée le plus souvent d'une injection notable. Les points où cette éruption fugace persiste le plus dans la période torpide sont la partie inférieure de la trachée et l'origine des bronches, régions où l'injection est aussi plus prononcée dans le choléra, de même que dans beaucoup d'autres affections. L'hypérémie est toujours plus marquée dans la moitié postérieure du tube trachéal, tandis que l'éruption est aussi abondante antérieurement que postérieurement.

LANGUE, PHARYNX, ŒSOPHAGE.

Les follicules de la base de la langue sont, dans le choléra, le siége d'un gonflement très-prononcé. Ordinairement blanchâtres ou grisâtres, du volume d'un pois, ils forment une saillie arrondie et un peu aplatie, déprimée et perforée à son centre. Par la pression, on fait sortir de leur orifice une matière tantôt entièrement liquide et opaline, tantôt blanchâtre semi-consistante qui s'enroule en tire-bouchons.

Sur 10 cas algides, 10 fois ces follicules étaient plus ou moins tuméfiés; 4 fois les amygdales participaient au gonflement, et la pression en faisait sortir le même liquide blanchâtre; 3 fois une réplétion vasculaire considérable existait à la base de la langue, autour des amygdales, au pharynx. Les troncs, ainsi injectés, avaient la teinte indigo ou rouge brun.

Sur 6 cas torpides, 2 fois nous n'avons point rencontré cette tuméfaction des follicules de la base de la langue; 2 fois elle existait à un degré peu prononcé; 1 fois elle était accompagnée d'une exsudation pultacée des amygdales; 1 fois d'œdème des replis arythéno-épiglottiques et des ventricules du larynx. Dans ces deux derniers cas, une injection vasculaire très-intense, d'un rouge brun, se faisait remarquer et semblait se lier, d'une part à l'œdème sous-muqueux, d'autre part à la formation pultacée et peut-être même à l'altération de la sécrétion des follicules et des amygdales, qui était devenue, dans ces cas, jaunâtre, demi-liquide, ayant la consistance et l'aspect du pus phlegmoneux.

Les autres régions de la muqueuse buccale ont été peu étudiées, parce qu'elles ne présentaient rien de saillant; mais nous avons examiné bon nombre de fois la langue elle-même, et nous avons reconnu assez souvent l'augmentation de volume et la turgescence de tout le système papillaire et folliculaire de cet organe.

PHARYNX.—La muqueuse y présente des follicules isolés, ou agglomérés et formant de petites plaques anguleuses légèrement saillantes, de 2 à 4 millimètres de diamètre, placées le plus souvent dans les gouttières latérales du larynx, en dehors des cartilages arythénoïdes, en rapport de développement avec l'éruption folliculaire de l'œsophage.

ŒSOPHAGE. — Les follicules étaient plus abondants dans les deux tiers supérieurs, 6 fois sur 15 cas algides; 2 fois ils étaient plus prononcés inférieurement, 2 fois épars, une fois fixes, 2 fois saillants, 2 fois ils manquaient totalement; 1 fois la muqueuse était dépolie au tiers inférieure et infiltrée de sang; 2 fois elle présentait un piqueté ecchymotique; 3 fois nous avons noté des ecchymoses à la face postérieure de ce conduit dans la gaîne celluleuse lâche qui l'enveloppe.

Dans les cas torpides, l'éruption existait 3 fois seulement sur 6; elle était 2 fois plus prononcée inférieurement que supérieurement.

On reconnaît encore dans ces faits la même loi en vertu de laquelle l'éruption disparaît graduellement dans la période torpide; on y peut constater la facilité avec laquelle les glandes se gonflent et s'altèrent de prédilection dans les deux régions suivantes : base de la langue et partie supérieure de l'œsophage. Quant au premier point d'élection, l'anatomie en rend compte parfaitement. La structure, le volume et les usages des glandes de la langue sont connus depuis longtemps; mais nous ne savons pas si l'on a assez insisté sur les rapports anatomo-pathologiques de ces glandes et des amygdales, rapports qui sont si manifestes dans le choléra et dans quelques autres affections.

Dans trois cas de scarlatine observés pendant l'épidémie de choléra, les follicules de la base de la langue et des amygdales étaient tuméfiés d'une manière notable. On faisait suinter des orifices excréteurs de ces glandes une matière tout à fait jaunâtre, comme purulente.

ESTOMAC, DUODÉNUM, JÉJUNUM, ILÉUM, GROS INTESTIN.

La muqueuse gastro-intestinale, siége primitif et lieu d'élection principal du choléra suivant la plupart des observateurs de 1832, présente des altérations très-prononcées et importantes à étudier. Nous ne voyons pas mieux aujourd'hui ces lésions anatomiques, sur lesquelles des études précises n'ont point été faites jusqu'à ce jour; mais nous les interprétons peut-être

---

dattes, lumies, limons, jujubes, orseille, miel et cire, vins, garance, fèves de marais, pommes de terre, riz, pois chiches, anis, céréales de toute sorte, essences, safran, cochenille, etc., que de choses bonnes ou précieuses font craquer les tablettes sous leur poids! Nous demandons chaque année à peu près pour 50 millions d'huile et de graines oléagineuses à l'étranger. Ces bataillons de bouteilles d'huile d'olive, d'arachide, de sésame, de lin, de navette, de madia sativa, vous disent assez que l'Algérie peut facilement nous approvisionner. Nous jetons hors de France, chaque année, 50 millions pour avoir de la soie, 40 pour acheter de la laine, 30 pour nous fournir de tabac.... Demandons ces produits à l'Algérie, qui nous les promet et tiendra sa parole. La pioche du mineur a tiré du sein de la terre, antimoine, fer, cuivre; les forêts pullulent en bois d'essences estimées; les marbres blancs n'attendent que le ciseau de l'artiste; l'*agave americana* (1) et le *chamarops humilis*, qui foisonnent partout, donnent un papier de qualité convenable et d'une texture remarquablement solide. La médecine trouve le ricin, et un opium plus riche en morphine que l'opium ordinaire d'Orient; les troupeaux tondent luzerne, vesce, sainfoin, si grandement venus que, n'était-ce leur tendreté, ils les prendraient pour des arbres.

Cara mia, vous êtes une fille précoce, et non pas une enfant rachitique et usée, comme le disent vos ennemis. Vous étalez bien un peu trop de clinquant et d'oripeaux, mais cette folle parure tient à votre âge; vous pourriez même aller nue, vos jeunes formes ne perdraient rien à être vues sans voile.

(1) Ce papier, sorti de la fabrique de M. Roque est exposé dans la cour des fleurs, et non parmi les provenances de l'Algérie.

Tout cela peut être beau, diront les algérophobes, mais cela est-il bon? Le jury central de l'exposition s'est chargé de répondre à cette demande, au sortir des salons du restaurateur Ledoyen, aux Champs-Élysées. Quelle excellente idée, quel lieu de réunion bien choisi! Comme nous aurions fait honneur aux produits de notre belle colonie, si nous avions été de la fête! Au reste, les convives, leur président Blanqui le premier, s'en sont fort bien acquittés. La monstrueuse patate algérienne et l'énorme caladium, mis à toutes les sauces, ont été trouvés un fort bon mets. Les huiles d'olive ont vivement excité l'admiration du jury; elles sont d'une qualité tellement supérieure, et leur prix de revient est tellement minime, qu'elles promettent à l'Algérie une source inépuisable de richesses. La ville de Tlemcen, il y a trois ans à peine, demandait encore ses huiles comestibles à Marseille; en 1848, elle produisait 1,500,000 litres d'huile d'olive! L'Algérie, comme l'Attique, a pour bienfaiteurs Minerve et Neptune, mais tandis que, dans la vieille Athènes, la déesse avait droit à une statue d'or, le dieu à une statue d'argent, dans notre Afrique, les deux images doivent être reproduites avec le plus précieux métal.

Cependant les études coloniales marchent toujours, de concert avec les études gastronomiques; le jury mange..... De temps en temps un citron de Tlemcen verse dans les sauces un filet piquant destiné à réveiller l'appétit des juges. Le dessert arrive, et les oranges de Blidah font oublier celles que nous envoyaient Malte et le Portugal. Enfin, on boit à la prospérité de l'Algérie; mais il paraît qu'il est sage, jusqu'à présent, de boire avec d'autres vins que ceux de la colonie, et de goûter seulement du bout des lèvres son anisetta de figues, son eau-de-vie de cactus opuntia, etc. La plus belle fille du monde a rarement tout pour elle.

plus exactement qu'alors, parce que l'esprit actuel de l'observation, en médecine, est plus dégagé d'idées systématiques, et libre des entraves de toute théorie exclusive. Ici, comme dans les résultats que nous avons déjà cités, nous distinguerons soigneusement les altérations de la période algide ou initiale, de celles de la période torpide ou consécutive, laissant de côté une foule de faits relatifs au liquide intestinal, au poids des intestins, à l'état du péritoine, etc., dont nous tiendrons compte plus tard.

MUQUEUSE GASTRO-INTESTINALE.

38 cas algides.

ESTOMAC.	DUODÉNUM.	JÉJUNUM.	ILÉUM.	GROS INTESTINS.
Pâle. . . . . 3 fois.	Piqueté noir, mélanique des villosités . . . . 6 fois.	Pâle. . . . . 6 fois.	Pâle. . . . . 2 fois.	Pâles . . . . . 7 fois.
Stase sanguine ardoisée, gris noirâtre, etc., du grand cul-de-sac . . . 15 fois.	Piqueté rouge brun. . . 3 fois.	Rosé. . . . . 3 fois.	Arborisé finement . . . 15 fois.	Arborisés par places . . . 5 fois.
Rosé . . . . . 5 fois.	Psorentérie duodénale. . 10 fois.	Arborisations épaisses. . 4 fois.	Suffusion rouillée. . . . 2 fois.	Arborisés finement . . . 6 fois.
Piqueté ecchymotique . . 8 fois.		Idem fines . . . . . 7 fois.	Psorentérie valvulaire seulement . . . . . 5 fois.	Infiltration sanguine, rouge brun, locale, avec ou sans érosion. . 5 fois.
Ramollissement cadavérique des parties déclives. . . . . 8 fois.		Psorentérie éparse . . . 10 fois.	Psorentérie d'abord rare 9 fois.	Ramollissement du cœcum. . . . . 3 fois.
Psorentérie cardiaque et pylorique. . . . . 10 fois.		Idem fine . . . . . 8 fois.	Psorentérie générale . . 20 fois.	Ramollissement général de la muqueuse. . . 1 fois.
Psorentérie des deux courbures. . . . . 1 fois.		Psorentérie inférieurement seulement . . . 3 fois.	Plaques grisâtres légèrement saillantes. . . 18 fois.	Psorentérie à orifices noirâtres. . . . . 12 fois.
Psorentérie pylorique. . 10 fois.		Psorentérie plus marquée supérieurement. 4 fois.	Plaques rosées . . . . 4 fois.	Psorentérie blanche . . 7 fois.
		Plaques. . . . . 5 fois.	Idem rouges . . . . 4 fois.	
		Idem granulées. . . . 4 fois.	État macéré . . . . . 1 fois.	
		État macéré au quart supérieur . . . . . 1 fois.		
		État macéré général . . 1 fois.		

42 cas torpides.

ESTOMAC.	DUODÉNUM.	JÉJUNUM.	ILÉUM.	GROS INTESTINS.
Stase sanguine . . . . 1 fois.	Piqueté rouge brun. . . 3 fois.	Pâle . . . . . 1 fois.	Arborisations fines . . . 3 fois.	Arborisations. . . . . 5 fois.
Piqueté rouge brun. . . 9 fois.	Psorentérie . . . . . 1 fois.	Arborisé. . . . . 2 fois.	Psorentérie au quart inférieur . . . . . 9 fois.	Psorentérie. . . . . 8 fois.
Ramollissement cadavérique. . . . . 1 fois.		Verdâtre et jaunâtre . . 2 fois.	Psorentérie éparse . . . 3 fois.	Psorentérie rosée. . . . 1 fois.
Psorentérie. . . . . 8 fois.		Psorentérie. . . . . 3 fois.	Plaques. . . . . 3 fois.	Ulcérés. . . . . 1 fois.
			Psorentérie rosée en quelques points . . . 4 fois.	Cœcum ramolli. . . . 1 fois.
				Cœcum rouge veineux. 1 fois.

7 cas à réaction faible.

ESTOMAC.	DUODÉNUM.	JÉJUNUM.	ILÉUM.	GROS INTESTINS.
Stase sanguine . . . . 3 fois.	Piqueté rouge foncé . . 4 fois.	Pâle. . . . . 3 fois.	Pâle. . . . . 2 fois.	Pâles . . . . . 2 fois.
Piqueté ecchymotique . . 5 fois.		Arborisations fines . . . 2 fois.	Arborisations fines par places . . . . . 3 fois.	Arborisés. . . . . 1 fois.
Psorentérie pylorique. . 4 fois.		État macéré du cinquième supérieur. . . 1 fois.	Psorentérie volontaire . 5 fois.	Psorentérie légère . . . 4 fois.
		Psorentérie rare . . . . 2 fois.	Psorentérie fine . . . . 2 fois.	Psorentérie rosée au tiers inférieur . . . . . 1 fois.
			Psorentérie rosée inférieure . . . . . 1 fois.	
			Plaques grisâtres. . . . 1 fois.	
			Plaques rosées . . . . 1 fois.	

3 cas à réaction nulle.

ESTOMAC.	DUODÉNUM.	JÉJUNUM.	ILÉUM.	GROS INTESTINS.
Piqueté rouge brun. . . 1 fois.	Rien de noté.	Arborisations fines . . . 1 fois.	Arborisations fines avec imbibition légère. . . 1 fois.	Arborisation fine . . . . 1 fois.
Grisâtre. . . . . 1 fois.		Plaques grisâtres . . . . 1 fois.	Psorentérie. . . . . 2 fois.	Suffus. sang. avec ulcération au quart infér. 1 fois.
		Plaques rosées . . . . 1 fois.	Plaques. . . . . 2 fois.	Id. au tiers supérieur. . 1 fois.
		Psorentérie. . . . . 2 fois.	Psorentérie valvulaire seulement. . . . . 1 fois.	Psorentérie . . . . . 1 fois.
		État macéré à la fin de la première moitié . . 1 fois.		

Ces tableaux donnent la mesure de la fréquence des diverses lésions aux différentes périodes du choléra.

Sous ce rapport, un fait capital est la rapidité avec laquelle l'éruption folliculeuse apparaît au commencement du jéjunum, y atteint son maximum de développement, et la facilité avec laquelle elle disparaît avec la réaction ou même sans réaction après le deuxième ou le troisième jour.

On a fait grand cas du gonflement des glandules isolées de l'intestin grêle ; on a pensé que tout le fluide cholérique était déversé par ces orga-

---

Puisque nous en sommes au chapitre si important des *ingesta*, nous devons un coup d'œil aux conserves et aux pâtes féculentes. Quand bien même ce domaine ne serait pas scientifiquement du ressort du médecin, la réputation que le monde lui fait d'être fin gourmet nous autoriserait encore à explorer ce terrain.

Et d'abord, M. Bouchardat a dû bondir de joie en voyant cette belle semoule de gluten et ce magnifique gluten rubané. Voilà de quoi contenter l'appétit des glucosuriques; sans introduire dans leur économie un atome de fécule. L'usine pathologique de sucre sera alors évidemment obligée de fermer, faute de denrées pour exercer sa malfaisante industrie. Nous avons dans le saccharimètre de M. Soleil, qui figure aussi à l'exposition, un sûr et facile moyen de découvrir les plus minimes parcelles de glucose qu'elle pourrait encore fabriquer en fraude, et nous nous promettons bien de ne pas tolérer la moindre utricule amylacée, tant que l'aiguille de l'instrument se déviera du mauvais côté.

Le mauvais usage qu'une diastase sécrétée en lieu anormal fait des féculents, ne doit pas nous empêcher d'avoir un regard pour ces pâtes, dites d'Italie nous ne savons pourquoi, car, sauf le macaroni peut-être, nous les faisons aussi bien que les habitants de la botte italique.

Le chocolat appelle aussi l'attention du médecin, puisqu'il sert à l'incorporation de cent médicaments divers. Mais il serait fort malaisé de recommander tel ou tel fabricant, car c'est à s'y perdre dans les véritables rochers qui hérissent les tables, dans les stratifications superposées, dans les blocs erratiques jetés épars çà et là. A cette longue étude, il faut renoncer; nous nous contenterons de dire que le cacao, employé quelquefois à de si bas usages, a revêtu ici l'aspect le plus appétissant.

La mauvaise réputation qu'on a faite aux viandes salées, à raison ou à tort, a engendré l'art des conserves alimentaires. On peut aujourd'hui faire son tour du monde sans s'embarrasser de bêtes vivantes et sans jeter nulle part un pied d'ancre pour se ravitailler; une boîte de conserve ouverte chaque jour donnera de la viande toujours fraîche. Que dis-je ! le tour du monde ! Ce n'est là, au maximum, qu'une promenade de quatre ans ! Ulysse lui-même aurait pu manger, pendant toute son odyssée, des viandes préparées à Troie, car M. Pastier a trouvé le moyen de conserver onze ans sa fraîcheur primitive à la chair musculaire. Le roi d'Ithaque, en arrivant à sa pauvre île, aurait donc encore avisé à fond de cale une vieille boîte pour faire un petit souper fin avec Pénélope.

Non-seulement la fibre musculaire peut se conserver longues années par les procédés aujourd'hui connus, il en est de même des sauces et des épices dans lesquels on l'a fait cuire, afin d'obtenir un mets *sui generis*. Les salmis de volaille de Chevet ont paru aussi délectables, après plusieurs années que le premier jour, à MM. les membres du jury, qu'on peut en croire, dit-on, sur cette matière comme en mainte autre expériment…tion.

Les conserves de fruits de M. J… lain ont résisté à cinq ans d'épreuves. Les tablettes de lait de M. de Lign… méritent une mention tout à fait spéciale. Le rôle que joue ce liquide comme aliment est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'insister sur l'importance du procédé à l'aide duquel on parvient, avec un peu d'eau chaude et une tablette, à obtenir une tasse de lait. Reste aux chimistes à déterminer si le liquide alimentaire ainsi reconstitué contient les éléments essentiels du lait. Nous savons déjà que M. de Lignac est parvenu à conserver la crème dans ses tablettes, surmontant ainsi une des difficultés les plus sé-

nes. Quel que soit le nombre des glandes ainsi tuméfiées, l'altération qu'elles subissent dans le choléra n'est rien comparativement à celle dont la muqueuse elle-même est le siége dans certains cas. L'attention presque exclusive que l'on a portée au développement des glandes solitaires a laissé dans l'ombre les altérations de texture; nous n'avons nous-même dirigé notre observation sur ce fait qu'après la première moitié de l'épidémie.

C'est en examinant la matière crémeuse, blanchâtre, que l'on obtient en raclant la muqueuse intestinale, que nous avons été frappé plusieurs fois de l'état de cette membrane au commencement du jéjunum. Voici comment elle s'est présentée dans 5 cas, que nous avons compris sous le titre d'*état macéré :* absence complète de stries vasculaires dans toute la paroi de l'intestin; muqueuse ayant l'aspect et la consistance d'une membrane qui aurait macéré pendant plusieurs jours dans de l'eau ou de l'alcool : elle se détache facilement, par le raclage, en larges lambeaux. Sa coloration est tantôt celle que l'on a désignée sous le nom de feuille morte, tantôt elle est d'un jaune ou d'un blanc grisâtre. A côté de ces portions, qui sont tellement altérées que la muqueuse paraît avoir perdu toute trace d'organisation, on remarque des anses intestinales dont l'aspect et la texture sont restés à l'état normal; elles sont rosées et finement injectées. C'est surtout au commencement du jéjunum, quelquefois en même temps dans le duodénum, que cette altération est plus manifeste. Joue-t-elle un rôle dans la symptomatologie du choléra? Nos observations comparatives sont en trop petit nombre pour rien décider à cet égard, bien que le siége presque exclusif de cette lésion dans la partie supérieure de l'intestin grêle nous soit un motif de penser qu'elle intervient dans la période de réaction comme cause des vomissements persistants et tenaces. Horner, dans le JOURNAL AMÉRICAIN DES SCIENCES MÉDICALES, août 1835, a signalé une altération de la muqueuse intestinale chez les cholériques, qui consisterait, suivant lui, dans l'enlèvement de la couche superficielle de cette membrane et la mise à nu du *réseau veineux superficiel*. Il représente en même temps, dans une planche curieuse, une portion d'intestin dans laquelle la muqueuse est à demi enlevée, et détachée par le fait de la maladie. Nous pensons que ces cas doivent être fort rares, puisque nous n'avons jamais rien rencontré de semblable; mais il n'est pas sans importance ici de rapprocher de l'altération que nous venons de décrire un cas qui n'en est probablement qu'un des degrés extrêmes.

A côté de cette lésion toute spéciale, nous mettons en ligne le ramollissement de la muqueuse dans la portion déclive du grand cul-de-sac de l'estomac, lésion en grande partie cadavérique; le ramollissement avec amincissement de la muqueuse du cœcum, que nous avons plusieurs fois enlevée sous forme d'une couche mince gélatineuse, et enfin la même altération qui siégeait une fois dans toute la longueur du colon.

Nous avons désigné sous le nom de psorentérie de l'estomac de petits corps ovalaires friables et blanchâtres, du volume d'une tête d'épingle, siégeant spécialement au pourtour des orifices ou le long de la petite courbure. Dans le duodénum et le tiers supérieur du jéjunum, les follicules sont en général plus gros et plus saillants, rarement opalins; ils sont entourés de villosités baignées et imbibées dans le liquide cholérique. Dans les portions inférieures du jéjunum et dans l'iléum, la psorentérie est blanchâtre ou nacrée. Quelquefois on pourrait compter le nombre des follicules; d'autres fois entre les follicules un peu gros on remarque un semis innombrable de petites granulations soulevant à peine la muqueuse. Ce sont sans doute ces glandes que Horner a évaluées à 40 ou 50 millions.

On rencontre la psorentérie dans d'autres maladies que dans le choléra; mais ce n'est qu'en cette maladie qu'elle a lieu dans de telles proportions; dans la méningite cérébro-spinale, dans la scarlatine, il n'est pas rare de trouver l'éruption folliculeuse de l'intestin; mais le liquide cholérique manque totalement. Quant à la psorentérie elle-même, le volume des glandules, leur confluence au commencement de l'intestin grêle et leur coloration la caractérisent dans le choléra.

On se demande maintenant comment il faut comprendre cette sécrétion intestinale si instantanée, et si abondante dans certains cas. Les explications précises nous échappent complétement à cet égard. Y a-t-il sécrétion, simple transsudation, ou ces deux phénomènes réunis? Devant ces modifications complètes, devant ces perversions subites des phénomènes sécrétoires ordinaires, la physiologie et l'anatomie sont restées muettes jusqu'à ce jour, et ce serait en vain qu'on voudrait bâtir des hypothèses pour les expliquer. Pour le médecin épidémiste, ces faits se rapprochent de phénomènes analogues tout aussi inexpliqués qui semblent renverser les lois ordinaires de la physiologie pathologique. Nous citerons la production presque subite et si abondante du pus dans certains cas de méningite cérébro-spinale épidémique, de péritonite puerpérale, d'ophthalmie des armées presque sans inflammation préalable, et même sans injection visible dans certains cas, et les altérations si rapidement mortelles et si profondes de la dyssenterie grave, du charbon et d'autres affections épidémiques encore peu connues et imparfaitement analysées.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DES APPAREILS DU MOUVEMENT ET DE LEUR UTILITÉ DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES (1); par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite. — Voir les numéros de 1848, pages 850, 874, 886, 950.)

A la hanche, l'exercice artificiel des mouvements n'a pas été aussi fréquemment suivi de succès qu'au genou et au coude, et dans les cas de réussite le traitement a dû être prolongé plus longtemps. Ce résultat m'a paru dépendre, entre autres causes, de ce que dans les appareils décrits jusqu'ici

(1) Plusieurs mois se sont écoulés depuis la publication des premières parties de ce travail. Ce long retard a dépendu du complément que j'ai voulu donner à mon mémoire en y ajoutant la description des appareils de rotation, dont je n'ai eu l'idée que depuis quelques mois. Les mécanismes dont il a été question jusqu'à présent se bornent à produire la flexion, l'extension, l'adduction, l'abduction; en un mot à incliner en divers sens une partie sur une autre. Ils ne permettent pas ou ne permettent que d'une manière imparfaite de reproduire les mouvements de rotation qui ont une si grande importance à la hanche, à l'épaule, au poignet, au pied et même au coude et au genou. Pour traiter d'une manière aussi complète que possible de la production artificielle des mouvements, j'ai donc dû faire construire, appliquer, dessiner et décrire ces appareils de rotation On concevra sans peine, en lisant les articles qui vont suivre, tout le temps qu'a dû nécessiter cet ensemble de travaux.

---

rieuses qui se soient présentées.

M. Boucherie a bien droit, comme confrère, à quelques mots sur l'ingénieuse et utile méthode dont il est l'inventeur. On sait qu'au moyen d'arrosage à l'aide d'un liquide chargé de sels métalliques, M. Boucherie parvient à faire absorber aux radicules des bois les plus tendres et les plus communs, des substances qui les rendent compactes, incorruptibles, et les jaspent de couleurs indélébiles aussi vives que variées. Un tronçon de bois coupé peut également recevoir le liquide qui doit opérer la métamorphose; il suffit, pour obtenir ce résultat, d'un bien simple petit appareil, qu'on peut voir fonctionner sous ses yeux à l'exposition. Le bahut moyen âge, construit avec des bois boucherisés, miroite de couleurs si éclatantes, les stries de son moiré et les courbes de ses ondulations contrastent si vivement sans choquer le sentiment du coloris, grâce au mélange des tons perdus les uns dans les autres, qu'ici l'art a réellement surpassé la nature. Le bois de boule n'est pas plus fantastique de dessin, et les essences les plus brillamment colorées pâlissent devant ces teintes franches et riches.

M. Boucherie a institué des expériences dans le but de comparer l'action conservatrice des sels de cuivre et des sels de mercure. Ces derniers, comme on le sait, sont surtout vantés en Angleterre. Le résultat de ses expériences mérite d'être rapporté ici, car il peut fournir des indications qui sont loin d'être indifférentes au médecin. Un fragment de bois, scié dans les trois quarts de sa longueur en trois planchettes, a servi à l'expérience : la première planchette n'a subi aucune préparation, la seconde a été boucherisée avec des sels de mercure, la troisième avec des sels de cuivre; puis le tout a été laissé dans la terre pendant cinq ans. Après ce laps de temps, on a trouvé la première planchette très-altérée et détruite en partie, la seconde mal conservée et la troisième en parfait état.

L'imprégnation au moyen de l'arrosage des racines du végétal encore sur pied, exigeait un temps très-prolongé; le nouveau mode ne demande plus qu'un certain nombre de jours. La maison Bénard, Périn et comp., est arrivée à colorer plus rapidement encore, puisque huit à dix heures suffisent. C'est là un procédé nouveau dans la méthode Boucherie; mais notre confrère reste toujours le véritable créateur, le découvreur. MM. Bénard et Périn, en se servant, non plus de sels métalliques, mais de substances végétales, ont résolu ce problème du bon marché; leurs bois exotypes, comme ils les appellent, ne reviennent pas plus cher que l'acajou de médiocre qualité. A eux échoira donc probablement le monopole pour meubles, mais M. Boucherie restera chargé de la conservation des bois; car les substances végétales ne jouissent pas, comme les sels empruntés aux métaux, du privilége de les rendre incorruptibles.

La chimie domestique a fait une utile conquête dans ces petits appareils qui fabriquent de l'eau gazeuse sur la table même, et qui, à l'aide d'un simple mécanisme, permettent de modérer le jet et de l'arrêter à temps voulu. La civilisation ne pouvait réellement pas tolérer plus longtemps ces vulgaires bouteilles qui crachaient impertinemment au nez la moitié de leur contenu, sitôt qu'on venait à enlever le bouchon. Les estomacs paresseux, les appétits languissants sous l'influence des chaleurs de l'été, puiseront une nouvelle énergie au gazolacteur Polge, au gazogène Briet, au seltzogène de je ne sais plus qui, et à mille autres petites fabriques portatives dont les noms sont aussi variés que les formes, mais dont le produit est toujours le même : une eau gazeuse égale en valeur à celle

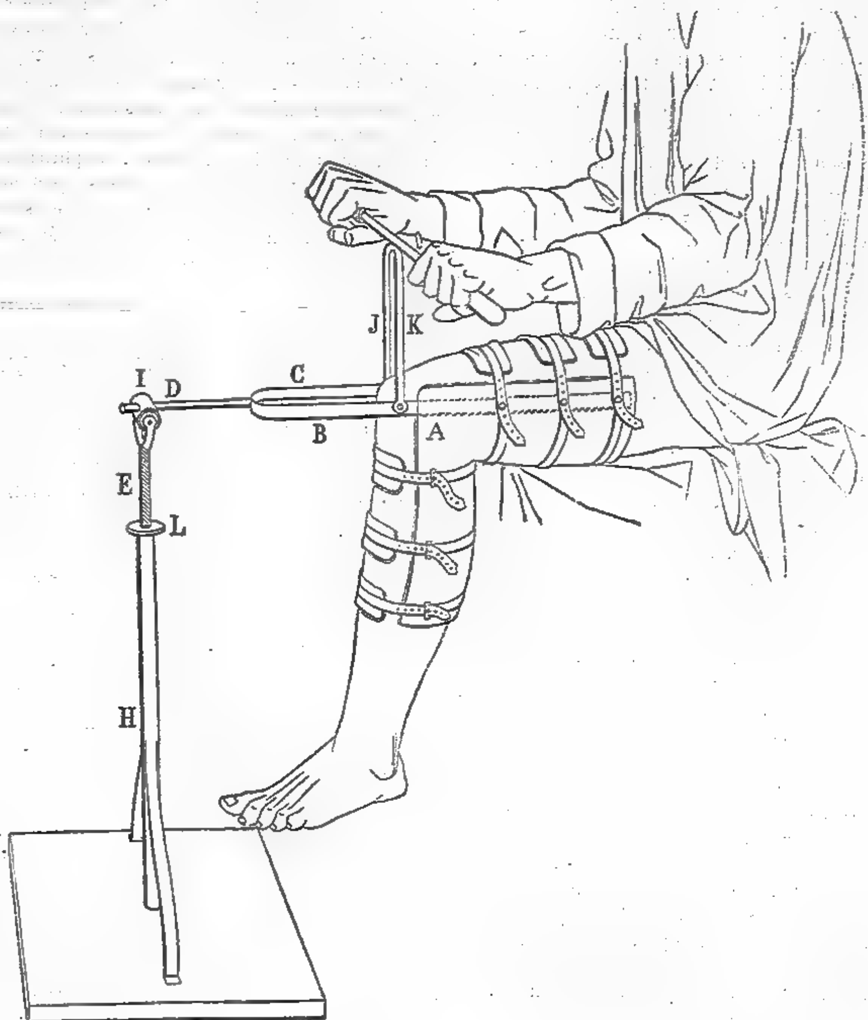
le bassin n'était pas fixé avec assez de solidité pour que les mouvements imprimés à la cuisse pussent se transmettre à l'articulation coxo-fémorale d'une manière suffisante, et surtout de ce que le mouvement de rotation de la cuisse n'était pas convenablement exercé. Pour éviter ces imperfections, que diverses modifications des appareils précédents n'avaient fait cesser qu'incomplétement, j'ai pensé qu'il était nécessaire de construire pour le mouvement de rotation un appareil spécial qui agît sur le fémur, non lorsque le malade est couché, mais lorsqu'il est assis; non lorsque le membre est étendu, mais lorsque la jambe est fléchie. Voici la description de cet appareil.

APPAREIL DESTINÉ A PRODUIRE LES MOUVEMENTS DE ROTATION DE LA CUISSE.

Une gouttière coudée A enveloppe la cuisse et la partie supérieure de la jambe, pliée à angle droit sur la cuisse.

Deux tiges métalliques BC, fixées à la gouttière, longent le côté interne

N° 6.



qu'on obtient, à plus grands frais, en incorporant le gaz en nature à l'aide de plusieurs pressions atmosphériques. Pour arriver à ce résultat, il faut, à l'aide d'un diaphragme, empêcher les sels solubles purgatifs qui se forment pendant l'opération, de se mêler à la liqueur mousseuse. En négligeant cette précaution, dont plusieurs appareils ont fait bon marché, on obtient, au lieu d'une boisson hygiénique, un liquide qui, à la longue, devient malfaisant.

Ne pouvant pas trouver, pour clore notre promenade, un bouquet comparable au spectable qui a ouvert la séance, nous vous en offrons un qui, au moins, ne laisse rien à désirer pour la vivacité et la variété des couleurs. Nous sommes devant les produits chimiques. Le médecin n'en finirait pas s'il voulait consacrer un regard seulement à chaque substance dont le nom se trouve dans sa matière médicale. Le curieux a plus tot fini; car, tandis que l'homme de l'art sonde de l'œil tous les flacons, sachant bien que les substances les plus héroïques se cachent souvent sous la plus modeste apparence, le visiteur n'honore d'un coup d'œil que les cristaux aux angles réguliers et aux brillantes couleurs, qui s'étagent en montagnes, se creusent en grottes, s'élèvent en palais, ou s'alignent parallèlement au fond d'une coque cristalline.

Dans l'embarras du choix, nous signalerons les substances qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt, tout en avertissant que notre attention, surchargée de besogne, a fait de nombreuses omissions involontaires. L'usine de Noisiel a obtenu des extraits secs fort remarquable de quinquina, ipéca, safran, ratanhia et bulbes de colchique. Ce sont de petites paillettes nacrées qui se prêtent à l'administration sous mille formes commodes. L'urée, en passant par les manipulations de MM. Boyvau, Pelletier et comp., s'est effilée en longues aiguilles soyeuses du plus bel aspect; la mannite de la maison Biron-Devèze mérite aussi des éloges; enfin la digitaline de MM. Homolle et Quevenne ne doit pas non plus être oubliée.

Si, affamé et fatigué de la course, vous désirez prendre un bouillon, vous plonger dans un bain et laver votre linge couvert de poussière, nous vous recommandons la marmite-baignoire-buanderie que vous avez sans doute aperçue. Avec cette ingénieuse invention on peut tout faire dans le même appareil : on se baigne dans sa soupière, on cuit son pot au feu dans son bain, on fait sa lessive avec son bouillon, et l'on peut même aller en voiture dans sa soupière et dans sa baignoire; à la rigueur pourquoi n'y habiterait-on pas? Voilà un palais tout trouvé pour notre roi des fous, dont nous nous promettions bien de dire encore un mot avant de nous quitter. Premier acte, premier tableau : élection du roi des fous. Cinquième acte, dernier tableau : palais du roi des fous. Que le lecteur nous fasse la grâce de ne pas nous y placer pour nous remercier de lui avoir servi de cicerone.

F. J.

— M. le docteur Bretonneau (de Tours) vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

et le côté externe de la cuisse, suivant l'axe du fémur, et se réunissent à 0,25 centimètres au devant du genou. Elles se continuent par une tige arrondie D, dont l'extrémité vient s'appuyer sur un support vertical EH.

L'extrémité supérieure de ce support présente une disposition importante à noter. Un cylindre I est soutenu à ses deux extrémités par une tige bifurquée E, de manière à pouvoir tourner sur son axe à la manière d'un treuil. Ce cylindre est percé, suivant son épaisseur, d'un trou arrondi au travers duquel passe la tige D. Ce trou est assez large pour permettre à la tige qui le traverse des mouvements de rotation et des mouvements de va-et-vient. La hauteur du support peut être modifiée à volonté. La tige E, reçue dans la colonne H, est taillée en pas de vis; on peut l'enfoncer ou la retirer plus ou moins, et la fixer à la hauteur que l'on désire au moyen de la virole L.

Le malade, pour se servir de l'appareil, doit être dans la position assise. Deux manches, à la portée de ses mains, lui servent à le mettre en jeu. Ces manches sont placés aux deux bouts d'un levier O, dont la partie moyenne est fixée à l'extrémité de deux branches métalliques JK, lesquelles s'articulent en charnière au niveau du genou avec les tiges entre lesquelles est maintenue la cuisse.

Il est aisé de comprendre comment la rotation de la cuisse est produite à l'aide de cet appareil. Les mouvements alternatifs d'abaissement et d'élévation, exercés par le malade sur chacune des extrémités du levier O, se transmettent aux tiges BC, ainsi qu'à la gouttière qui enveloppe la cuisse. Celle-ci, soutenue par le support IEH, devient le centre de ces mouvements; elle forme un axe dont les points d'appui sont, d'une part, à l'articulation coxo-fémorale, d'autre part à l'extrémité du support.

En plaçant la cuisse à divers degrés d'adduction ou d'abduction et en élevant plus ou moins le support, on peut exercer les mouvements de rotation dans toutes les attitudes désirables.

Les applications qui ont été faites de cet appareil de rotation permettent d'assurer qu'il remplit parfaitement le but mécanique en vue duquel il a été construit, et bien que peu nombreuses, elles peuvent en faire apprécier la valeur thérapeutique.

Dans la position assise, le bassin, retenu par le poids du corps, ne suit pas aussi facilement les mouvements de rotation de la cuisse que dans la position horizontale. C'est dans l'articulation de la hanche elle-même que le mouvement se passe. La tête du fémur et la cavité cotyloïde éprouvent alors dans leurs points de frottement des changements étendus et alternatifs qui assouplissent les ligaments et polissent les surfaces osseuses. On comprendra combien il est important d'exercer la rotation de la cuisse, si l'on réfléchit que ce mouvement se trouve combiné avec la plupart de ceux qu'exécute la cuisse à l'état normal. Cet exercice doit contribuer puissamment à rétablir les fonctions de la hanche, et il est le complément de ceux dans lesquels on se borne à incliner la cuisse en avant, en arrière ou sur les côtés.

Dans les mouvements de rotation imprimés à la cuisse suivant l'axe du fémur, la tête de cet os arrondit et creuse en quelque sorte l'acétabulum, en même temps qu'elle se façonne elle-même pour accommoder ses contours à ceux de la cavité qui doit la recevoir.

Il est des cas où les appareils destinés à produire la rotation de la cuisse peuvent avoir pour cette raison une utilité particulière : ce sont ceux dans lesquels tout symptôme d'inflammation étant dissipé, l'étendue limitée des mouvements de la hanche et les difficultés de la marche paraissent tenir spécialement à la déformation des surfaces articulaires. L'observation suivante est un exemple d'un fait de ce genre.

ARTHRITE CHRONIQUE DE LA HANCHE GAUCHE, DÉVELOPPÉE A LA SUITE D'UN MOUVEMENT FORCÉ DE LA CUISSE; RACCOURCISSEMENT RÉEL DE 2 CENTIMÈTRES; EXERCICE DE LA MARCHE TRÈS-DIFFICILE ET DOULOUREUX; EMPLOI DES APPAREILS DE MOUVEMENTS, ET SPÉCIALEMENT DE CELUI QUI PRODUIT LA ROTATION; AMÉLIORATION TRÈS-MARQUÉE.

OBS. — Jean-Claude Champagnieux, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, s'était fait, au mois de mai 1844, une entorse de la hanche gauche. A la suite de cet accident, dans lequel la cuisse avait été entraînée dans un mouvement violent d'abduction et de renversement en arrière, il avait pu se relever et marcher pendant plusieurs heures. Une inflammation, peu grave en apparence, ne tarda pas à se développer dans l'articulation coxo-fémorale et nécessita six semaines de repos. Après ce temps, le malade se remit à marcher; mais sa guérison était loin d'être complète. Depuis cette époque, en effet, les douleurs de la hanche l'ont fréquemment obligé d'interrompre son travail. La claudication est devenue de plus en plus prononcée, et au commencement du mois de novembre 1848, la gêne extrême qu'il éprouvait à marcher l'a déterminé à venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

On constate alors l'état suivant : le membre inférieur gauche est notablement atrophié; la circonférence du mollet droit est de 0,33 centimètres; celle du mollet gauche n'est que de 0,31. Le pourtour de la hanche gauche ne présente pas de gonflement inflammatoire appréciable. La jambe gauche paraît de 3 centimètres plus courte que la droite; sur cette quantité, 1 centimètre doit être attribué à ce que l'épine iliaque gauche est plus haute que la droite. Le reste de la différence est le résultat d'un raccourcissement réel. La distance qui sépare le grand trochanter de l'épine iliaque supérieure est de 2 centimètres moindre à gauche qu'à droite.

La mobilité de la hanche n'est pas entièrement perdue; le mouvement de flexion est assez étendu pour que le genou puisse être rapproché du front jusqu'à une distance de 0,25 centimètres. Le mouvement d'extension ne dépasse pas le point où la cuisse et le tronc sont sur le même plan. L'abduction et l'adduction, ainsi que la rotation, sont presque nulles. Lorsque l'on imprime à la cuisse des mouvements un peu violents, on entend des craquements qui se produisent aussi pendant la marche. Lorsque celle-ci s'effectue, le malade sent la tête du fémur s'élever et s'abaisser le long de l'os des iles.

Je m'expliquai ces divers symptômes en admettant qu'à la suite de l'inflammation dont l'articulation coxo-fémorale avait été le siége, les surfaces articulaires ayant été déformées, le poids du corps, ainsi que l'action des muscles, avaient fait remonter la tête du fémur contre l'os des iles, en agrandissant en haut la cavité cotyloïde. L'anatomie pathologique montre de nombreux exemples de cet ordre de lésions. C'est une espèce particulière de déplacement qui, à proprement parler, ne mérite pas le nom de luxation.

Le bon état de la santé générale et l'absence de tout signe d'inflammation articulaire me firent penser qu'il n'y avait ici qu'une indication à remplir, celle de rétablir les fonctions de la cuisse, en exerçant méthodiquement les mouvements de la hanche, et en perfectionnant pour ainsi dire la nouvelle articulation qui résultait du déplacement en haut de la tête du fémur.

Le traitement, qui dura deux mois, consista exclusivement dans l'usage des appareils de mouvements. A l'aide de cordes réfléchies par des poulies (voy. fig. 5), le malade imprimait chaque jour à la cuisse gauche pendant plusieurs heures des mouvements de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction. Après les trois premières semaines, on ajouta à ces exercices l'usage de l'appareil de rotation (fig. 6), qui fut employé également deux fois par jour et pendant une heure chaque fois.

Le malade, qui éprouvait une amélioration graduelle et de plus en plus sensible dans son état, mettait beaucoup d'exactitude et d'ardeur dans l'emploi de ce mode de traitement. Cette circonstance ne fut pas étrangère sans doute à la promptitude des résultats obtenus.

Champagnieux se sentant capable de reprendre les travaux de sa profession de cultivateur, quitte l'Hôtel-Dieu le 8 juin 1849. Voici quelle est alors sa situation. La jambe gauche a augmenté de volume de plus d'un centimètre par suite du développement musculaire. Le mouvement de flexion est assez étendu pour que le genou puisse être amené en contact avec le front. Lorsque le malade est couché, il peut, à l'aide des muscles de la cuisse, soulever sa jambe étendue; il peut aussi, en montant un escalier, franchir deux marches d'un seul pas. Il était tout à fait incapable de faire cela au début, et même après un mois de traitement. Les craquements qui se produisaient pendant les mouvements de la cuisse ont cessé entièrement, et la démarche est devenue plus ferme et plus assurée.

On constate encore l'existence d'un raccourcissement de 2 centimètres, résultat du déplacement de la tête du fémur. Je n'ai pas pensé qu'il fût convenable de chercher à le faire disparaître en exerçant des tractions sur la jambe gauche. Si l'on avait fait cesser ainsi la différence de longueur qui existe entre les deux membres inférieurs, la tête du premier n'aurait eu aucune solidité dans la position où on l'aurait ramenée, et dès que le malade aurait marché, le déplacement se serait reproduit. Il m'a paru qu'il fallait accepter comme un fait irremédiable le raccourcissement de la jambe gauche et la claudication qui en était la conséquence. J'ai cherché seulement à mettre le malade en état de marcher sans souffrance et avec solidité, et de pouvoir travailler. Sa situation, au moment où il a quitté l'Hôtel-Dieu, montre que ce but a été atteint.

CHAPITRE IV.

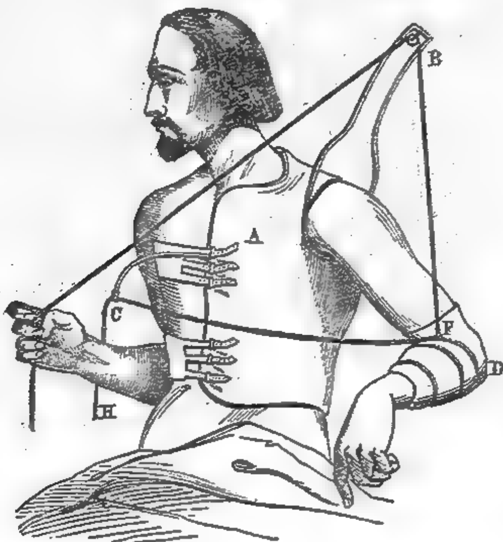
APPAREILS DE MOUVEMENT POUR L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE.

Il est inutile de reproduire ici les considérations générales dont nous avons fait précéder les articles précédents; il suffira de faire remarquer que les inflammations chroniques de l'épaule laissent fréquemment à leur suite des roideurs qui exigent des mouvements artificiels. Dans ces maladies, les mouvements de l'omoplate suppléent avec tant de facilité aux mouvements du bras, que l'articulation scapulo-humérale est dans des conditions particulières d'immobilité qui favorisent la production des adhérences et de l'ankylose.

Cette mobilité de l'omoplate rend très-difficile l'exercice des mouvements artificiels de l'articulation scapulo-humérale, lorsqu'ils sont imprimés à l'aide des mains seulement. Le concours de deux personnes au moins est alors indispensable : l'une pour assujettir l'épaule, ce qu'elle ne fait qu'avec beaucoup de peine et de difficulté, l'autre pour mouvoir le bras. Sous ce rapport, les appareils de mouvement qui fixent l'omoplate et le maintiennent immobile sont plus nécessaires ici que pour toute autre articulation. J'en ai fait construire de deux espèces : les uns simples, destinés seulement à faciliter l'exercice des mouvements; les autres, plus compliqués et munis d'un arc de cercle, servant à mesurer l'étendue de la mobilité.

1° Les premiers, analogues aux appareils simples destinés aux autres articulations, présentent une disposition dont on peut se faire une idée en consultant la figure n° 7.

N° 7.



Une cuirasse matelassée A, offrant une ouverture pour le passage du bras, enveloppe l'épaule malade et le côté correspondant de la poitrine. A cette cuirasse sont fixées des tiges métalliques qui servent de support à trois poulies de réflexion. De ces poulies, l'une B est placée au-dessus du bras à mouvoir; l'autre C est placée en dedans et en avant, l'autre en dedans et en arrière. (Cette dernière, à raison de la position du sujet, ne peut pas s'apercevoir sur le dessin qui représente l'appareil.) Sur chaque poulie vient se réfléchir une corde dont une extrémité est fixée à un bracelet large et solide qui entoure la partie supérieure de l'avant-bras, et dont l'autre extrémité, soumise par le malade lui-même à des tractions plus ou moins fortes, sert à transmettre le mouvement au bras que l'on veut mouvoir.

La figure n° 7 montre la manière de se servir de l'appareil pour imprimer le mouvement d'élévation latérale du bras; s'il s'agissait de porter le bras en avant, on comprend qu'il faudrait le soutenir d'abord, à l'aide de la corde verticale dont on fixerait l'extrémité libre, et exercer ensuite des tractions sur la corde horizontale F H.

2° Les autres appareils offrent pour l'épaule une disposition que l'on voit réalisée pour le genou dans les figures n° 2 et n° 3. Ainsi, à l'ouverture brachiale de la cuirasse qui entoure la poitrine, sont fixées à charnière deux tiges parallèles, l'une antérieure, l'autre postérieure, ayant toutes deux une longueur un peu supérieure à celle du bras, et réunies à leur extrémité par une traverse à laquelle est adapté un tourniquet. La poulie de réflexion, nécessaire pour que le malade puisse imprimer lui-même les mouvements, est placée comme dans la figure n° 7; seulement l'extrémité de la corde, au lieu d'être fixée à l'avant-bras, est attachée à la traverse qui réunit les deux tiges parallèles. Le bras, compris entre ces deux tiges, y est maintenu par un bracelet muni de courroies, et l'on peut au besoin exercer sur lui des tractions à l'aide du tourniquet. Un arc de cercle, fixé à la paroi dorsale de la cuirasse est placé verticalement, de manière que, dans les mouvements d'élévation du bras, l'une des tiges mobiles, celle qui est en arrière, glisse sur la face antérieure du cadran, sur lequel elle peut être arrêtée au moyen d'une vis de pression.

Cet appareil ne permet, comme on le voit, que des mouvements d'élévation latérale, et pour cette raison, il est beaucoup de cas où l'appareil simple (fig. n° 7) est préférable. Le dernier que nous avons décrit convient spécialement lorsque le bras étant habituellement appliqué contre le tronc, on veut faire cesser cette attitude vicieuse en le maintenant pendant un certain temps à divers degrés d'écartement. La faculté que l'on a de faire des tractions sur le bras est d'un grand secours dans le cas où la roideur de la jointure est excessive. En effet, ces tractions distendent les parties molles rétractées et les tissus fibreux de nouvelle formation qui s'opposent à la mobilité de l'articulation, et rendent ainsi plus facile l'exercice des mouvements. Enfin ces tractions pouvant être maintenues dans toutes les attitudes que peut prendre le bras dans le mouvement d'élévation latérale, peuvent être très-utiles dans quelques luxations anciennes; c'est même pour un de ces cas, qu'il n'y a pas lieu de rapporter ici, que j'eus pour la première fois l'idée de faire construire un appareil de ce genre.

J'ai fait l'application de ces appareils sur deux malades dont je vais rapporter les observations. Si l'on trouve dans la première quelques détails qui ne se rapportent pas aux descriptions qui viennent d'être faites, cela tient à ce qu'aucun système de poulies ne facilitait au malade l'exercice des mouvements artificiels. Malgré cette différence, ce fait est important comme venant à l'appui des principes développés dans ce mémoire.

INFLAMMATION CHRONIQUE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE; ABSORPTION DES CARTILAGES; ULCÉRATION DES SURFACES ARTICULAIRES; TRAITEMENT PAR DES MOUVEMENTS ARTIFICIELS, DES DOUCHES FROIDES, ETC.; RÉSULTATS TRÈS-SATISFAISANTS.

Obs. — Le sujet de cette observation est un jeune homme (J. Benoit) bien constitué, qui était âgé de 24 ans lorsqu'il entra au n° 11 de la salle Saint-Philippe dans le mois de novembre 1846. Ce jeune homme souffrait depuis quatre ans dans l'articulation de l'épaule du côté droit; la cause de sa maladie paraissait être le séjour dans une chambre humide et exposée à des courants d'air; les douleurs et la gêne des mouvements firent des progrès pendant trois ans, et depuis une année la roideur du bras était portée si loin, que le malade avait été obligé de suspendre tous les travaux de sa profession de serrurier. Pendant ce temps, il était entré dans un service d'hôpital où il avait été traité pendant quatre mois, et sans aucune espèce d'amélioration, par des douches de vapeur, l'application de deux moxas et l'immobilité la plus complète.

Lorsque je le vis pour la première fois, il était véritablement estropié; le bras, pendant sur le côté du tronc, ne pouvait s'en écarter d'un centimètre sans que l'épaule l'accompagnât. Cependant l'ankylose n'était pas complète; je réussis par des efforts énergiques à faire mouvoir l'humérus sur l'omoplate. Je produisis alors des craquements assez forts pour être perceptibles non-seulement au toucher, mais à l'oreille. Au-dessous de l'acromion existait un enfoncement si marqué que l'on aurait pu croire, à première vue, à une luxation de l'humérus dans le creux de l'aisselle; je pensai qu'il y avait là absorption et déformation des surfaces articulaires. Evidemment il devait y avoir aussi rougeur et épaississement de la membrane synoviale et des tissus fibreux environnants.

Malgré les vives douleurs qu'éprouvait le malade dès qu'on imprimait au bras le moindre mouvement, j'exerçai des tractions énergiques sur l'humérus, et j'écartai violemment le coude du tronc; je ne pus le porter une première fois qu'à 10 centim. à peu près de la poitrine. Pendant deux mois, ces efforts furent renouvelés deux fois par jour pendant cinq ou six minutes chaque fois, et exercés en avant, en arrière, en un mot dans tous les sens que le bras doit normalement parcourir.

Je fis construire en outre un appareil qui exerçait sur le bras une traction continue, et au moyen duquel on pouvait écarter graduellement le coude de la poitrine: le malade passait deux à trois heures par jour dans cet appareil; enfin il prit matin et soir des douches froides sur tout le corps et en particulier sur l'épaule droite.

Ce traitement dura sept semaines et fut suivi d'une amélioration graduellement croissante. Quand il fut terminé, le bras malade s'écartait assez pour faire un angle droit avec la poitrine, et tous les mouvements, pouvaient s'exécuter dans l'étendue d'un huitième de cercle sans que l'on entendît aucun craquement. Ceux-ci ne se faisaient sentir que quand on produisait artificiellement un écartement plus étendu.

Les douleurs avaient complétement cessé, et sans doute par suite du développement qu'avait acquis le muscle deltoïde, l'enfoncement sous-acromial avait disparu.

Quinze jours après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, le malade reprit les travaux de sa profession interrompus depuis plus d'une année, et trois mois après il les continuait avec une facilité que l'exercice avait rendue chaque jour plus grande.

RHUMATISME CHRONIQUE DE L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE, AVEC ABSORPTION DES CARTILAGES; EMPLOI DE L'APPAREIL DE MOUVEMENT; AMÉLIORATION TRÈS-SENSIBLE.

Obs. — Jean-Claude Poyet, âgé de 58 ans, d'une constitution moyenne, s'est luxé l'épaule gauche en juin 18 6; la réduction a été opérée, dit-il, le même jour; mais il a conservé pendant plusieurs semaines une difficulté assez grande de mouvements. Il reprit néanmoins ses occupations de cultivateur après un mois de repos. Depuis cette époque, ayant habité une maison humide, il ne tarda pas à éprouver dans l'épaule qui avait été luxée des douleurs vives qui se reproduisirent chaque fois qu'il travaillait pendant plusieurs heures de suite. Ces douleurs avaient assez d'intensité pour le forcer à se reposer pendant plusieurs jours. Il faisait alors des frictions avec des liniments camphrés et se remettait au travail quand le mal avait suffisamment diminué.

Poyet était entré à l'Hôtel-Dieu en 1847 pour un lupus qui lui avait rongé une partie du nez.

Je pratiquai sur lui, le 8 mars 1847, une opération de rhinoplastie, à l'aide d'un lambeau pris sur la lèvre, suivant un procédé que j'ai décrit dans la Gazette Médicale (année 1847, p. 611).

Revenu dans le service au mois de février 1848, parce que le lupus dont il était atteint n'était pas complétement guéri au front, ce malade appela alors l'attention sur la douleur qu'il éprouvait à l'épaule gauche, et raconta ce qui a été dit plus haut.

On remarqua que pendant que l'on imprimait des mouvements au bras, on produisait une crépitation particulière, indiquant l'inégalité des surfaces articulaires et sans doute l'absorption partielle des cartilages; les mouvements spontanés d'élévation du bras étaient très-limités et ne dépassaient pas le point où le bras fait angle droit avec le tronc. Si l'on entraînait le bras au delà de ce point, le mouvement se passait entre l'omoplate et le tronc, et non dans l'articulation

scapulo-humérale. Il n'y avait pas de rougeur, pas de tuméfaction des parties molles. On diagnostiqua une inflammation rhumatismale de la jointure, inflammation passée à l'état chronique, et ne se révélant plus que par la gêne des mouvements et par le défaut de poli des surfaces articulaires.

Le 22 février, le malade commença à se servir de l'appareil de mouvement représenté dans la fig. 7. Il faisait ainsi chaque jour une gymnastique de deux à trois heures, imprimant à son bras, avec la corde réfléchie par les poulies, des mouvements d'élévation, d'abduction et d'adduction. Il faisait aussi sur l'épaule des frictions avec un mélange de baume de Fioraventi et d'eau-de-vie camphrée.

Le résultat de ces exercices fut promptement satisfaisant. Après trois semaines, les craquements avaient beaucoup diminué et ne se produisaient que lorsque l'on portait les mouvements très-loin. Les douleurs habituellement si vives ne se faisaient plus sentir, et soit l'effet de l'exercice, soit celui des frictions stimulantes, le sentiment de froid que le malade éprouvait depuis longtemps sur le moignon de l'épaule avait disparu.

Le malade quitta l'Hôtel-Dieu le 31 mars 1848; les mouvements du bras étaient plus faciles et plus étendus qu'ils ne l'avaient jamais été depuis la luxation; les craquements avaient presque entièrement cessé; la force et le volume des muscles de l'épaule et du bras étaient notablement augmentés; tout faisait penser que Poyet pouvait retourner à sa profession de cultivateur, sans crainte d'être forcé par la douleur et la fatigue d'interrompre, comme précédemment, son travail après une demi-heure d'exercice.

Les résultats avantageux obtenus à l'aide des appareils précédents ne m'empêchèrent pas de reconnaître leur insuffisance. En effet, ils ne reproduisent pas tous les mouvements normaux de l'articulation scapulo-humérale, et laissent sans exercice l'un des plus importants, le mouvement de rotation. Ce que j'ai dit, à propos de la hanche, de l'utilité des mouvements de rotation pour polir les surfaces articulaires, rétablir la mobilité, est tout à fait applicable à l'épaule. Je ferai remarquer en outre qu'il n'est pas indispensable, lorsque l'on exerce la rotation du bras, de fixer l'omoplate. Dans ce mouvement de rotation, l'omoplate ne peut suivre qu'à un faible degré les mouvements de l'humérus; elle est retenue par la paroi postérieure du thorax ou par les muscles trapèze, rhomboïde, dentelés et grand dorsal.

Voici le dessin et la description de l'appareil que j'ai fait construire pour produire les mouvements de rotation de l'épaule; il offre beaucoup d'analogie avec celui qui est destiné à la hanche.

APPAREIL DESTINÉ A PRODUIRE LES MOUVEMENTS DE ROTATION DU BRAS.

N° 8.



Une gouttière coudée à angle droit enveloppe la partie inférieure du bras et la partie supérieure de l'avant bras. Au niveau du coude, cette gouttière présente deux prolongements : 1° en arrière, une tige dont la direction est la continuation de l'axe de l'avant-bras et qui se termine par une boule de plomb A du poids d'un kilogramme environ; 2° en bas et en dehors, une autre tige B de 0,25 cent. à 0,30 cent. de longueur, dirigée suivant l'axe de l'humérus. L'extrémité de cette tige est soutenue par un support D qui est disposé de manière à lui permettre des mouvements de glissement, de rotation et de bascule. Ce support est tout à fait semblable dans sa disposition et dans son mécanisme à celui de l'appareil de rotation pour la cuisse (fig. 6).

Pour mettre en jeu cet appareil, le malade imprime, à l'aide de la main qui est libre, des mouvements d'élévation et d'abaissement à l'extrémité inférieure de l'avant-bras, qui est soutenu par la gouttière. Chacun de ces mouvements donne lieu à un certain degré de rotation alternative de l'axe représenté par l'humérus et par la tige B. La rotation de l'humérus en dedans correspond à l'abaissement du poignet; la rotation en dehors, à l'élévation de cette partie. Ce dernier mouvement deviendrait bientôt fatigant à produire pour le malade, s'il n'était rendu facile par l'action du contre-poids A, lequel fait équilibre à l'avant-bras et tend à produire la rotation de l'humérus en dehors.

Les mouvements de rotation de l'humérus peuvent être exécutés avec divers degrés d'écartement du bras et le coude étant dirigé plus ou moins en avant ou en arrière. Il suffit pour cela d'enfoncer ou d'élever d'une certaine quantité la tige du support, et de placer celui-ci plus ou moins en avant ou en arrière par rapport au plan antérieur du corps.

J'ai eu jusqu'ici peu d'occasions de mettre en usage cet appareil. Deux malades seulement s'en sont servis : tous deux avaient eu une inflammation rhumatismale de l'articulation scapulo-humérale et consécutivement une ankylose incomplète avec impossibilité de se servir du bras. Les résultats n'ont pas été également favorables dans les deux cas. Dans l'un (Bernard), où le moindre mouvement imprimé à l'humérus occasionnait beaucoup de douleur et donnait lieu à des craquements nombreux, et où par conséquent il existait une lésion profonde des surfaces articulaires, il n'y a, après trois mois de traitement, qu'une amélioration encore insuffisante. Dans l'autre (Magnot), où les surfaces articulaires étaient probablement moins altérées, bien qu'il y eût une ankylose presque complète de l'épaule gauche, le malade a pu quitter l'Hôtel-Dieu dans un état satisfaisant, après trois mois d'exercice des mouvements artificiels.

Voici les principaux détails de ces deux observations.

IMPOSSIBILITÉ ABSOLUE DES MOUVEMENTS SPONTANÉS DU BRAS DROIT A LA SUITE D'UNE INFLAMMATION RHUMATISMALE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE; ATROPHIE DU DELTOÏDE; MOUVEMENTS COMMUNIQUÉS PEU ÉTENDUS, DOULOUREUX, S'ACCOMPAGNANT DE CRAQUEMENTS; EMPLOI DES APPAREILS DE MOUVEMENTS; DOUCHES DE VAPEUR; AMÉLIORATION NOTABLE.

Obs. — Joseph Bernard, âgé de 28 ans, d'une bonne constitution, est entré dans la salle de clinique le 16 décembre 1848. Il présentait alors l'état suivant. Le bras droit était considérablement atrophié. Au-dessous de la saillie formée par l'acromion, le moignon de l'épaule était aplati et déprimé. Les mouvements spontanés du bras étaient à peu près nuls; le malade y éprouvait en outre un sentiment de faiblesse extrême; il ne pouvait pas soulever avec la main le moindre fardeau. Si l'on essayait de faire mouvoir l'humérus, on produisait beaucoup de douleurs et des craquements nombreux. Les mouvements de rotation, très-limités d'ailleurs, étaient ceux qui donnaient lieu à la crépitation la plus intense. En dehors, on ne pouvait écarter le bras du tronc que de 45 degrés; en arrière, on l'écartait de la perpendiculaire d'une quantité égale; et en avant, de 80 degrés environ. Une bonne partie de ces mouvements se passaient, non dans l'articulation, mais entre l'épaule et la poitrine; on put constater toutefois qu'il n'y avait pas d'ankylose complète. Dans l'état de repos, il n'y avait pas de douleur, et il n'existait nulle part, autour de l'articulation, de gonflement inflammatoire.

D'après le récit du malade, le début de cette affection remontait à quatorze mois; elle avait commencé par une douleur peu intense de l'épaule droite. Cette douleur, attribuée à l'action de l'humidité, durait depuis une quinzaine de jours lorsque le malade fut atteint, dit-il, d'une fièvre grave qui mit sa vie en danger et qui le retint au lit pendant six semaines. A l'issue de cette fièvre, son épaule droite était encore douloureuse et il ne pouvait pas remuer le bras.

Des frictions de toutes sortes furent employées, des cautères volants furent appliqués autour de la jointure et firent cesser les douleurs spontanées; mais tout travail fut impossible, à raison de la faiblesse du bras et de son inaptitude à se mouvoir.

A l'époque où j'examinai le malade, la difficulté des mouvements paraissait produite par la déformation des surfaces articulaires, ainsi que par la roideur des ligaments et des muscles.

L'atrophie de ces derniers, suite d'une longue immobilité, était la cause de la faiblesse du membre droit.

En l'absence de tout symptôme inflammatoire, je pensai qu'il fallait chercher à rétablir les fonctions de l'épaule en exerçant méthodiquement et d'une manière graduelle les mouvements du bras. Je prescrivis en outre des douches de vapeurs d'eau chaude, dans le but d'activer la circulation dans les parties molles qui entourent l'articulation, et d'ajouter ainsi à l'action des mouvements artificiels pour assouplir les ligaments et faire cesser l'atrophie.

Le malade fit usage chaque jour, pendant une heure ou deux, des appareils pour les mouvements d'élévation du bras et l'appareil de rotation (fig. 7 et 8). Les douleurs provoquées par les mouvements diminuèrent progressivement, la

crépitation cessa, et peu à peu la mobilité s'accrut. Cependant la faiblesse du bras droit persistait toujours, j'eus l'idée a ors d'assujetir l'épaule et de soulever la tête de l'humérus au moyen d'une sorte de tuteur. Cet appareil consiste en une ceinture de peau de chamois convenablement rembourrée, dont la partie moyenne est placée sous l'aisselle droite, et dont les chefs, se croisant au-dessus de l'épaule du même côté, viennent se jo ndre sous le bras gauche. Lorsque l'épaule est ainsi soutenue, le malade se sent plus de force dans le bras droit et il peut le mouvoir avec plus de facilité.

Le traitement par les douches de vapeur et par l'exercice des mouvements artificiels n'est pas encore achevé. Voici quels sont, après trois mois, les résultats obtenus :

Le bras droit a acquis un volume presque égal à celui du côté opposé, le moignon de l'épaule a pris une forme arrondie qui contraste avec l'aplatissement qui existait antérieurement.

Les douleurs ont cessé entièrement, les craquements ne se produisent que lorsque l'on imprime au bras un mouvement de rotation étendu, ou lorsqu'on l'élève au delà du point où il fait angle droit avec le tronc.

Les mouvements spontanés commencent à être possibles. Le bras s'écarte en dehors, de manière à ce que le coude s'éloigne du corps de 0,30 centimètres. La main peut être portée sur l'épaule et au front.

Ce résultat est incomplet et insuffisant, mais il faut espérer que l'emploi des appareils plus longtemps continué permettra au malade de recouvrer assez de force et de liberté dans les mouvements de l'épaule pour pouvoir se servir de son bras droit pour les usages ordinaires de la vie.

RHUMATISME DE L'ÉPAULE GAUCHE; ANKYLOSE INCOMPLÈTE; IMPOSSIBILITÉ DE MOUVOIR LE BRAS; BAINS DE VAPEURS SUIVIS DE LA DOUCHE FROIDE; TRAITEMENT HYDROTHÉRAPIQUE; RUPTURE DES ADHÉRENCES PAR DES MOUVEMENTS FORCÉS; EMPLOI DES APPAREILS DE MOUVEMENTS; AMÉLIORATION TRÈS-MARQUÉE.

Obs. — Joseph Magnot, cultivateur, âgé de 48 ans, d'une bonne constitution, se laissa tomber du haut d'un arbre dans le courant du mois de février 1848, et demeura étendu sur la terre humide pendant plusieurs heures avant de recevoir du secours. Des douleurs vagues se déclarèrent à la suite de cet accident, et se fixèrent spécialement sur l'épaule gauche. Ce rhumatisme ne s'accompagna pas, au début, de la fièvre ni de symptômes inflammatoires très-marqués; mais le malade fut obligé néanmoins de garder le lit pendant trois mois. Après ce temps, le bras gauche était devenu impossible à mouvoir; tous les traitements entrepris chez lui étant infructueux, Magnot se décida à venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au mois de septembre; le chirurgien chargé du service dans lequel il entra combattit la douleur qui persistait encore et qui paraissait s'opposer aux mouvemens du bras, par des douches de vapeur, des vésicatoires et par des raies de feu sur le moignon de l'épaule. Ces moyens furent insuffisants, car le malade, au moment de son entrée dans la salle de clinique, le 6 octobre 1848, présentait l'état suivant : Les musc es du bras gauche, et spécialement le deltoïde, étaient considérablement atrophiés; il n'y avait pas de gonflement appréciable autour de la jointure. Le mouvement d'abduction du bras était nul; si l'on fixait l'omoplate, les mouvements d'avant en arrière existaient à un faible degré, le malade, en abaissant un peu la tête, pouvait porter la paume de la main à son front. Le mouvement de rotation était très-limité et ne permettait pas de faire le signe de la croix. Quand on écartait le bras du tronc, on sentait que les muscles grand dorsal et grand pectoral étaient durs et enroidis; le malade disait que, trois mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, son épaule faisait entendre des craquements lorsqu'il la faisait mouvoir; ce symptôme n'existait plus, soit que les mouvements produits fussent trop peu étendus pour y donner lieu, soit que des tissus fibreux de nouvelle formation eussent remplacé les cartilages absorbés.

La santé générale était bonne; mais, indépendamment de la maladie de l'épaule, il existait dans les membres inférieurs des douleurs et un sentiment de froid qui dénotaient la persistance de l'affection rhumatismale. Le traitement fut à la fois général et local, dirigé contre le rhumatisme chronique et contre la lésion de l'épaule. Je prescrivis les bains de vapeur, suivis de la douche d'eau froide, et plus tard les enveloppements dans la couverture de laine suivis des frictions avec le drap mouillé ou du bain froid.

Avant d'avoir recours à l'emploi des appareils de mouvement dont l'action est lente et graduée, je pensai qu'il fallait, dans ce cas, essayer par des mouvements brusques de rompre l'ankilose incomplète, de nature fibreuse, qui s'opposait à la mobilité de l'épaule.

Le 15 octobre 1848, le malade ayant été endormi à l'aide du chloroforme, je fis assujettir l'omoplate par des aides, et j'im rimai au bras des mouvements en divers sens. Quelques craquement se firent entendre, il fut possible d'écarter l'humérus de manière à lui faire faire un angle droit avec le tronc. Il n'y eut pas d'inflammation ni de douleurs après cette opération; mais les mouvements spontanés ne furent ni plus étendus ni plus faciles. Ce n'était pas la première fois que je remarquais un semblable résultat. Les mouvements violents produits à des intervalles plus ou moins éloignés sont tout à fait insuffisants, si l'on n'y joint pas l'exercice persévérant des mouvements doux, gradués et longtemps continués.

Le 19 octobre, on met en usage l'appareil destiné aux mouvements d'élévation en avant et en arrière, ainsi qu'à l'abduction du bras (fig. 7). Plus tard, le 20 décembre, on eut recours à l'appareil pour la rotation (fig. 8). Le malade consacrait deux ou trois heures par jour à l'exercice de ces mouvements; le traitement général indiqué plus haut était continué avec assiduité.

Les résultats obtenus le 16 janvier, au moment où le malade quitte l'Hôtel-Dieu après trois mois de séjour, sont les suivants : augmentation de volume du bras gauche et surtout du deltoïde; le moignon de l'épaule, précédemment aplati, a repris sa forme normale; mouvement de latéralité assez étendu pour que le bras puisse faire angle droit avec le corps; mouvement d'élévation permettant à la main de saisir facilement le sommet de la tête; mouvement de rotation assez libre pour que le malade puisse faire le signe de la croix et porter la main derrière le dos. L'accroissement de la force musculaire ne se montre pas seulement par la facilité plus grande de mouvoir le bras, mais encore par la possibilité de porter des fardeaux, impossibles à soulever précédemment. Le traitement général a fait disparaître la sensation du froid qui existait dans les membres inférieurs; la peau est devenue moins sèche, plus souple et plus colorée.

L'épaule gauche n'a pas recouvré l'exercice de tous ses mouvements; mais les fonctions du bras sont rétablis d'une manière suffisante pour que le malade puisse reprendre son travail interrompu depuis plus d'une année. Ce résultat, entièrement dû à l'exercice des mouvements, est d'autant plus important à noter qu'une médication énergique (les vésicatoires et la cautérisation au fer rouge) avait été tout à fait insuffisante.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du spasme de la glotte chez les enfants, et du changement d'air comme remède;* par M. J. Roberton. 2° *Du climat de Malte considéré relativement aux maladies des indigènes, des résidents anglais et des invalides;* par M. Wells. 3° *Sur l'emploi des vomitifs dans le choléra;* par M. Milroy. 4° *Sur les mouvements et le rhythme de la respiration dans l'emphysème vésiculaire et la bronchite;* par M. Sibson. 5° *Cas de ramollissement du cerveau, suivi de remarques;* par M. Wells. 6° *Sur la question de contagion du choléra;* par M. Noble. 7° *Sur la structure du placenta et le mode de communication entre le fœtus et la mère dans la matrice;* par M. Francis Adams. (Article de polémique.) 8° *Observations de chorée, goutte rhumatismale et ramollissement tuberculeux du cerveau, avec remarques;* par M. Owen Rees. 9° *Sur les corpuscules du sang de l'embryon humain;* par M. J. Paget. 10° *Observations pratiques sur le traitement des aliénés; des mauvais effets des saignées générales et autres médications déplétives dans le traitement ordinaire de la folie;* par M. W. Smith. 11° *Cas d'abcès du cordon spermatique, compliqué de hernie et d'inflammation péritonéale;* par M. Brookes. 12° *Examen du liquide vomi durant une attaque de choléra;* par M. Taylor. 13° *Sur le narcotisme par inhalation de vapeurs;* par M. Snow. 14° *Observations de laryngite aiguë, avec remarques;* par M. Everett. 15° *Hernie réduite en masse;* par M. J. Luke. 16° *Maladies de l'Inde : hépatite suivie d'abcès et son traitement;* par M. Macaulay. 17° *Observations de chirurgie : trachéotomie;* par M. H. Smith. 18° *Sur la pathologie de la peau;* par M. Burgess. 17° *Mort par inanition;* par M. Brookes. 20° *Sur la manière d'employer le* mensurateur de la poitrine *pour reconnaître les mouvements respiratoires dans l'état de maladie, et sur les indications qu'il fournit;* par M. Sibson. 21° *De la cure de l'épilepsie par le jus exprimé du cotylédon ombilicus;* par M. Th. Salter. 22° *Érysipèle traité par le froid intense ou congélation; supériorité de cet agent comme remède pour les inflammations externes;* par M. Arnott. (Voy. Gaz. Méd., 1849, p. 425.) 23° *Miscellanées médicales et thérapeutiques;* par M. R. bert Dick. 24° *Sur l'art de rendre transparentes les préparations du cerveau pour les soumettre au microscope, avec quelques remarques sur la structure intime de cet organe;* par M. Swan. (Ce procédé consiste seulement à placer des tranches de substance cérébrale entre deux lames de verre. Il faut pour cela qu'elles soient coupées sur un cerveau frais.) 25° *Remarques sur l'obésité;* par M. Wardell. 26° *Notice sur le choléra en Russie en 1848;* par M. Mackensie. 27° *Sur la valeur de l'hémoptysie comme symptôme de phthisie chez les individus au-dessus de l'âge de 50 ans;* par M. Parkes. 28° *Symptômes résultant de l'irritation nerveuse;* par M. Rowland.

DU SPASME DE LA GLOTTE CHEZ LES ENFANTS, ET DU CHANGEMENT D'AIR COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE; par le docteur JOHN ROBERTON.

Ce travail renferme vingt et une observations plus ou moins détaillées, recueillies sur des enfants (douze garçons et neuf filles), dont dix-huit avaient de 5 à 12 mois, et trois seulement de 12 à 15 mois. On peut préjuger, d'après ce renseignement, le rôle qu'a pu et dû jouer la dentition

dans la production de l'affection spasmodique. Les dents qui ont paru devoir être accusées des accidents appartenaient, dans dix-sept cas, aux incisives, dans trois aux petites molaires, et dans un seul aux canines

Bien que le changement d'air soit indiqué, dans le titre du travail, comme le moyen dont l'auteur se propose spécialement de faire ressortir les bons effets, et soit en effet celui dont l'efficacité est rendue le plus évidente par les observations, cependant il ne néglige pas d'indiquer les quelques autres moyens dont l'emploi a été commandé par des indications de diverse nature. Ainsi toutes les fois qu'il y avait du dérangement du côte du tube intestinal, que les selles étaient liquides, pâles et d'une odeur fétide, il avait recours avec le plus grand avantage à la rhubarbe ou au calomel à petites doses, et parfois à l'huile de ricin. Il s'est bien trouvé de l'application de sangsues derrière les oreilles dans les cas rares où existaient des convulsions, de l'assoupissement et de la chaleur à la tete. L'enfant était tenu à un régime sévère, et c'est un point sur lequel l'auteur insiste avec raison; un excès d'alimentation, dans les cas de ce genre, augmente les accidents avec une remarquable facilité. — On donnait fréquemment, et c'est encore une pratique excellente, de l'eau fraîche par petites doses, administrée au moyen d'une éponge bien propre, que l'enfant suçait presque à discrétion. Nous dirons seulement que, quelque lavée que soit une éponge, même très-fine, elle trouble toujours l'eau d'une manière sensible, et nous ne sommes pas sans quelque appréhension touchant les effets de cette eau sur les intestins; nous préférons donc à l'éponge une petite cuiller, ou, si l'on craint la déglutition d'une trop grande quantité de gaz, un simple biberon. — Enfin on a soin de scarifier les gencives pour les dégorger et faciliter la sortie des dents.

Quant au changement d'air, ou, pour parler plus exactement, au transport de l'enfant dans un air vif et pur, nous le déclarons, avec l'auteur, un des moyens les plus efficaces et les plus prompts. Nous avons vu de ces spasmes glottiques, déjà anciens, dont chaque accès semblait une menace de mort, tant la face devenait bleue, tant la suffocation était grande, s'amender au bout d'un jour ou deux de séjour à la campagne, et guérir complétement en une semaine ou deux. Parmi les observations rapportées par M. Roberton, il y en a de très-remarquables à cet égard. Nous citerons surtout la XXe, où le récit des bienfaits du changment d'air est fait par la mère de l'enfant avec une simplicité qui est la plus grande garantie de son exactitude.

DES MOUVEMENTS ET DU RHYTHME DE LA RESPIRATION DANS L'EMPHYSÈME VASCULAIRE ET LA BRONCHITE; par le docteur FRANCIS SIBSON.

SUR LES USAGES DU MENSURATEUR DE LA POITRINE; par le même.

M. Sibson a déjà publié, dans le premier volume des TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES, à Londres, un travail sur le *mensurateur thoracique* de son invention. Les deux mémoires que nous avons sous les yeux reproduisent, avec quelques additions, les données du premier travail. L'un donne la description de l'instrument, la manière de l'appliquer, et indique les résultats qu'il a obtenus de son emploi dans la détermination de l'étendue des mouvements thoraco-abdominaux pendant la respiration, tant à l'état de santé que dans le cas de maladies des voies respiratoires, et de certaines affections abdominales; l'autre mémoire a trait spécialement aux mouvements du thorax dans les cas d'emphysème et de bronchite chronique.

Nous n'entrerons pas, sur la composition de l'instrument, dans de longs détails, que rendrait difficilement intelligibles l'absence de la figure annexée au mémoire; disons seulement qu'elle se compose essentiellement de deux pièces. La première est une règle droite destinée à être appliquée d'avant en arrière le long d'un des côtés de la poitrine; pour pouvoir être maintenue facilement dans cette position, elle porte à angle droit, à l'extrémité dorsale, une longue plaque de cuivre recouverte d'étoffe, laquelle, passant transversalement derrière le dos, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, est aisément assujettie dans cette position, et par le poids du corps, le sujet étant ordinairement couché pour l'expérience, et par la main de l'expérimentateur. Cette règle porte des divisions, mais qui n'ont pas de rapport avec la destination essentielle de l'instrument, et servent seulement à mesurer le diamètre de la poitrine. La seconde pièce principale consiste en une tige destinée à passer devant la paroi thoracique antérieure, parallèlement à la plaque de cuivre, se réunissant par un bout à angle droit avec l'extrémité antérieure ou sternale de la règle graduée, mais pouvant glisser à volonté sur elle, et portant à l'autre bout une petite tige perpendiculaire qui, lorsque l'instrument est en place, touche directement la poitrine ou l'abdomen, suivant la hauteur à laquelle on expérimente. Au moyen d'un engrenage, dès que la tige perpendiculaire est repoussée par le mouvement d'inspiration, elle fait mouvoir une aiguille qui marque sur un cadran des centièmes de pouce. L'espace parcouru par l'aiguille est donc égal à l'étendue du déplacement de la paroi thoracique ou abdominale dans le point précis que touche la tige à engrenage.

Or voici, d'après l'auteur, les moyennes de l'étendue des mouvements, dans différents points du thorax et de l'abdomen, chez les individus du sexe masculin, âgés de 40 à 50 ans. Les chiffres expriment des centièmes de pouce.

	Respiration tranquille.	Respiration forcée.
Centre du sternum entre les cartilages des secondes côtes	3 à 6	100
Deuxième côte, près du cartilage costal, à droite	3 à 7	110
Id., id., à gauche	3 à 7	110
Extrémité inférieure du sternum	2 à 6	95
Cinquième cartilage costal, près de la côte, à droite	3 à 6	95
Id., id, à gauche	2 à 5	85
Sixième côte, sur la partie latérale, à droite	5	70
Id., id., à gauche	3	60
Dixième côte, à droite	10	65
Id., à gauche	9	60
Abdomen : centre { enfant	25	90
Abdomen : centre { homme	25 à 30	100
Id. : droit	9	»
Id. : gauche	8	»

Chez les petites filles de 12 ans, ajoute l'auteur, les mouvements respiratoires ne diffèrent pas sensiblement de ceux des garçons du même âge.

Chez les tout jeunes enfants, les mouvements du thorax sont relativement très-étendus, ils vont de 2 à 12 centièmes, tandis que les mouvements de l'abdomen vont de 8 à 20. En outre, la partie inférieure du sternum et les cartilages qui s'y insèrent, au lieu de se projeter en avant, se dépriment au contraire, surtout quand la respiration est gênée.

Ces faits établis, M. Sibson ajoute quelques mots sur les modifications imprimées à l'étendue des mouvements respiratoires par certaines maladies, telles que l'excurvation et la déviation de l'épine, la péritonite, la laryngite, le croup, la bronchite, les fractures de côtes, la pleurésie, la pneumonie, la phthisie, l'emphysème pulmonaire. Mais, comme nous le disions plus haut, ses recherches ont porté plus spécialement sur cette dernière affection.

La modification principale, observée par lui, est la suivante.

Durant l'inspiration, pendant que l'abdomen s'élève, que la partie supérieure de la poitrine se porte en haut et en avant, la partie inférieure, c'est-à-dire les quatrième, cinquième et sixième cartilages costaux et l'extrémité inférieure du sternum, se portent en arrière. C'est à peu près, comme on voit, le phénomène signalé tout à l'heure chez les tout jeunes enfants à l'état de santé. Il manque rarement chez les emphysémateux et les catarrheux qui n'ont pas atteint 40 à 45 ans. Sur 12 cas appartenant à des enfants affectés de bronchite ou de coqueluche, on l'a rencontré 8 ou 9 fois; sur 14 cas d'emphysème ou de bronchite appartenant à des individus du sexe masculin âgés de moins de 50 ans, 9 fois; enfin, sur 8 cas du même genre appartenant à des femmes, 6 fois.

L'auteur donne de ce phénomène une explication. Dans l'emphysème et la bronchite, dit-il, les bronches sont obstruées; l'air ne peut entrer dans la poitrine qu'à l'aide de fortes inspirations. Le diaphragme s'abaisse donc outre mesure, et, en s'abaissant, il entraîne les poumons par en bas, en les allongeant. Mais en même temps, la partie supérieure de la poitrine se dilate fortement, la portion correspondante du parenchyme pulmonaire s'amplifie, et l'air s'y précipite plus rapidement qu'il ne peut le faire dans la portion entraînée par le diaphragme, et allongée. Cette portion reste donc affaissée sous le poids de la colonne d'air extérieur. L'auteur ajoute que le phénomène n'est pas particulier à l'emphysème et à la bronchite, et qu'on peut le reproduire sur soi-même en s'entourant momentanément le cou d'un lacet de manière à fermer le passage de l'air et en faisant de grands efforts de respiration.

Cette explication n'est peut-être pas aussi satisfaisante que se le persuade l'auteur. Elle serait susceptible de plus d'une objection tirée soit de la physiologie, soit de la pathologie des organes respiratoires. On peut contester, par exemple, que, dans l'emphysème simple, l'air éprouve de la difficulté à passer à travers les bronches; l'existence de la dyspnée ne porte pas du tout avec elle cette conséquence et l'état du parenchyme pulmonaire suffit pour en rendre compte. Mais cela fût-il, l'air trouvât-il de la difficulté à traverser les canaux bronchiques, on n'en pourrait pas encore inférer qu'il se précipitât plus facilement et plus vite dans les portions supérieures du parenchyme que dans les portions inférieures. Cette particularité du *retrait* de la portion inférieure et antérieure du thorax pendant l'inspiration, retrait qui a une

tout autre signification que celle d'un simple défaut de soulèvement, nous semble accuser une *traction* exercée de dehors en dedans, et il est assez naturel de la rapporter à une action du diaphragme. Le phénomène n'ayant lieu que dans les cas de gêne considérable de la respiration et pendant les mouvements *inspiratoires*, coïncide par conséquent avec d'énergiques contractions de ce muscle. Or on conçoit très-bien qu'il en résulte un retrait de la partie antéro-inférieure du thorax, c'est-à-dire de celle qui est presque entièrement cartilagineuse, et cette supposition tire une nouvelle force de cette observation de l'auteur lui-même que ce retrait ne se lie étroitement à l'emphysème que chez les sujets âgés de moins de 40 à 45 ans. Plus les cartilages sont souples, plus prononcé doit être le mouvement de retrait. Il faut ajouter que, dans les cas d'emphysème, le diaphragme est ordinairement plus abaissé qu'à l'état normal, même après l'expiration, par suite de l'augmentation de volume du poumon, et que c'est une raison de plus pour qu'une contraction énergique de ce muscle déjà tendu attire de dehors en dedans les parois du thorax, dans les points où la flexibilité de celles-ci leur permet de céder.

DE LA CONTAGION DU CHOLÉRA ; par le docteur NOBLE.

Nous nous bornons à rapporter les conclusions de ce travail où se trouvent consignés des faits particuliers d'un grand intérêt, mais dans le détail desquels le défaut d'espace ne nous permet pas d'entrer. On verra avec quelle hardiesse nos voisins abordent et résolvent une question devant laquelle les médecins français hésitent si singulièrement. Voici les propositions soutenues par M. Noble :

1° Le choléra résulte de l'absorption d'un virus spécifique.

2° Introduit dans l'organisme, ce virus se multiplie, se dégage et contamine l'atmosphère de manière à influencer les individus qui le respirent.

3° Le germe contagieux non-seulement se répand dans l'air, mais peut imprégner certains corps et infecter par cette voie des personnes qui n'auraient eu aucune communication avec le malade.

4° Ce ne sont pas seulement les cas graves qui peuvent être médiatement ou immédiatement contagieux, mais tous les cas sont susceptibles d'acquérir cette propriété.

5° Sous ces différents rapports, le choléra est l'analogue de la petite vérole, de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, etc.

CAS D'ABCÈS DU CORDON SPERMATIQUE, COMPLIQUÉ DE HERNIE ET D'INFLAMMATION PÉRITONÉALE ; par M. BROOKES.

Le principal intérêt que présente ce fait est la ressemblance que la réunion des divers symptômes lui donnait avec une hernie étranglée.

OBS. — Un homme de 51 ans n'avait jamais eu d'autre maladie qu'une seule attaque de gravelle. Le 28 juin 1848, l'auteur fut appelé auprès de lui pour de la fièvre, avec constipation et une douleur à la pression dans tout l'abdomen. Cet homme avait depuis plusieurs années une double hernie inguinale. La pelote de son bandage était convexe et très-dure. A droite elle était remontée, et la pression qu'elle exerçait avait produit au-dessus du ligament de Fallope une dépression siége de vives douleurs qui augmentaient au moindre contact, avec rougeur et chaleur des téguments. Pouls petit et rapide ; constipation depuis deux jours. La hernie se réduit aisément.

Deux applications de sangsues, aidées du calomel uni à l'opium, apaisèrent les symptômes généraux. Le ventre s'ouvrit; il survint même de la diarrhée. Mais le malade fut pris, au bout de trois jours, d'un hoquet très-fatigant qui le tourmenta quatre ou cinq jours.

Cependant la tumeur formée à l'aine droite, à la place du bandage, allait en augmentant de volume et devenait très-douloureuse. Le cordon spermatique, situé derrière elle, était tuméfié, dur et sensible au toucher. Anxiété ; pouls à 90.

Vers le 10 juillet, la tumeur était si considérable qu'on ne pouvait plus distinguer l'intestin au-dessous. On y percevait un peu de fluctuation, avec bruit de gaz, à la pression. Ventre libre; langue rouge et humide.

Le 16, la tumeur continuant à prendre plus de grosseur, mais sans manifester de tendance à s'ouvrir, on se résolut à en inciser, couche par couche, la paroi antérieure avec les plus grandes précautions, comme si l'on opérait une hernie. Après avoir divisé deux feuillets, il sortit environ une demi-pinte de matière purulente très-fétide, avec quelques bulles d'air. (Diète généreuse.)

A la suite d'un cataplasme froid qu'on eut l'imprudence de mettre sur des parties déjà si disposées à la mortification, la gangrène s'empara de la région, et il s'en détacha de larges escarres. Le malade finit cependant par se rétablir, et même avec assez de facilité. M. Brookes a constaté, après sa guérison, que la hernie de ce côté descend moins bas que la gauche, et ne sort plus qu'à la suite de fatigues ou d'efforts violents, ce qui est probablement dû à ce que l'anneau inguinal profond a été oblitéré en grande partie par l'inflammation développée au-dessous et autour de lui.

— Le cas effectivement a pu, à un instant donné de son évolution, causer quelque embarras dans le diagnostic ; mais il n'eût pas été possible à celui qui en avait suivi la marche avec attention de prendre ces symptômes pour ceux d'une hernie étranglée. La persistance et même la fréquence des selles à l'époque où les autres phénomènes de l'étranglement herniaire étaient le plus accentués, la modération de la réaction inflammatoire sur le péritoine, auraient, selon nous, suffi pour dissiper toute incertitude dans l'esprit de celui-là même qui n'eût été appelé que tardivement à observer ce malade.

HERNIE RÉDUITE EN MASSE ; par M. LUKE.

Il n'y a dans le résultat de cette observation rien de fort instructif ; car la réduction en bloc a seulement été soupçonnée ; mais rien ne la démontre. Une hernie inguinale s'étant étranglée, un chirurgien la réduisit sans difficulté ; cependant les accidents persistaient. M. Luke sentant obscurément une tumeur profonde au-dessus du ligament de Fallope, incisa les couches qui l'en séparaient, et reconnut avec l'extrémité du doigt une tumeur dure, qu'il mit à découvert en prolongeant la section des parties molles. Mais dans cet intervalle, la tumeur s'échappa des mains de l'opérateur. On la ressaisit ; mais alors elle était vide, et l'ayant ouverte, on n'y trouva plus d'interstice. Il y avait seulement un rétrécissement très-serré à l'intérieur du sac. On supposa que l'interstice était rentré durant les manœuvres de l'opération, et l'on s'en tint là.

Les selles ne se rétablirent que tardivement et incomplétement, et le malade mourut le sixième jour. L'autopsie ne fut point faite.

M. Luke note que, en commençant l'opération, il trouva le cordon spermatique libre, sans aucun sac herniaire devant lui. Or, comme avant les premières tentatives de réduction la tumeur herniaire avait été reconnue se prolonger sur la partie antérieure du cordon, cette circonstance lui devint un indice pour affirmer que le sac avait été, par le premier chirurgien, repoussé dans l'abdomen en même temps que son contenu.

Ce serait effectivement là un bon signe de la réduction en masse toutes les fois qu'on le reconnaîtra ; mais il ne nous paraît pas appelé à rendre *cliniquement* de grands services, puisque, au moment où on le reconnaîtrait, l'opération, dont il a pour but de fixer l'indication, serait déjà commencée.

DE L'HÉMOPTYSIE COMME SYMPTÔME DE PHTHISIE ; par le docteur PARKES.

Ce travail consiste dans un exposé fort succinct de résultats numériques dont la signification, au point de vue du diagnostic, peut être donnée comme il suit :

En mettant de côté les cas où l'hémoptysie se lie à une affection facile à distinguer de la phthisie, telle que l'apoplexie pulmonaire ; ceux où elle dépend d'une affection extrêmement rare, comme un cancer du poumon; ceux enfin d'hémoptysie supplémentaire de menstruation, on peut affirmer qu'une hémoptysie profuse est, par elle-même, une grave présomption en faveur de l'existence de tubercules pulmonaires. Sur 5 cas de phthisie compliquée de crachements de sang, l'hémorrhagie sera abondante dans 2 cas au moins. Liée à des irrégularités menstruelles, à une maladie du cœur ou à une simple bronchite chronique, l'hémorrhagie sera légère 4 fois sur 5.

Ces résultats concordent assez bien avec ceux de M. Louis. Sur 57 phthisiques hémoptoïques, M. Louis en a compté 25 dont l'hémoptysie avait fourni au moins 100 grammes de sang. Aussi considère-t-il tout crachement de sang un peu abondant comme un indice très-grave, sinon infaillible, de la présence de tubercules dans les poumons. M. Andral partage également cette opinion, et d'une manière si ferme qu'il juge inutile d'ajouter en sa faveur de nouveaux faits à ceux des autres observateurs. « L'observation, dit-il, a depuis longtemps démontré la liaison très-fréquente de l'hémoptysie à l'existence actuelle ou future de tubercules pulmonaires; il nous semble donc inutile de rapporter ici de nouveaux faits à l'appui d'une vérité si généralement reconnue. » (CLINIQ. MÉD., 2e éd., t. II, p. 162.)

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA MÉTHODE NOSOLOGIQUE ET LA MÉTHODE ÉTIOLOGIQUE, DANS LEUR RAPPORT AVEC LA CLASSIFICATION DES MALADIES; par M. J.-F. TESSIER.

Monsieur,

Vous savez que depuis longtemps *je lis* la GAZETTE MÉDICALE, et vous savez ce que j'entends par ces mots : *je lis*. Or, depuis assez longtemps aussi,

Il me semble que la question nosologique n'y est pas traitée avec toute la clarté possible. Quand il s'agit de rendre compte d'un traité de pathologie, la question de classification se présente, et chaque fois il m'est impossible de comprendre la solution qui est proposée : vous devez penser que je n'y mets pas de mauvaise volonté. Un exemple va rendre ma pensée plus claire. Dans le compte rendu du cours de pathologie interne de M. Andral, rédigé et édité par M. Am. Latour (Gaz. Méd., 4 août 1849), je lis le passage suivant :

« La partie fondamentale d'un traité de pathologie, c'est incontestablement la classification, parce que la classification est toujours l'expression » plus ou moins fidèle d'une doctrine. Idéalement, nous ne concevons » qu'une bonne méthode de classification : *ce serait celle qui aurait pour* » *principe et pour base l'étiologie et la nature des maladies.* Nous ne » la croyons pas applicable pour le moment, du moins d'une manière gé- » nérale. A son défaut, quelle est la méthode à laquelle il convient de se » rattacher ? C'est la méthode dite *nosologique*, celle qui groupe les ma- » ladies d'après leurs analogies de caractères symptomatologiques, et divise » chaque groupe en genre, espèce et variétés. La raison en est simple : » c'est que les caractères symptomatologiques d'une maladie étant des effets » de la cause morbide, l'accusent, la reflètent, alors même qu'on ne peut » la saisir, et en sont pour ainsi dire les représentants dans la pathologie. » La méthode nosologique, bien qu'elle soit le *pis aller* de la méthode » étiologique, est encore celle qui en procède le plus directement, et qui, » à ce titre, mérite le mieux de lui être provisoirement substituée. Quant » à la méthode anatomique..... »

Mon cher confrère, *quant à la méthode anatomique ou organicienne*, que la terre lui soit légère !

Mais ce que je ne puis comprendre, c'est en quoi la méthode nosologique est le *pis aller* de la méthode étiologique, et en quoi la méthode étiologique est le *mieux aller* de la méthode nosologique.

Veuillez, cher confrère, developper cette pensée, afin que nous puissions engager, sur cette immense question, un débat digne du sujet et de vos lecteurs.

Recevez, etc.

Note du rédacteur. — Nous ne voyons aucune difficulté d'obtempérer au désir de notre honorable correspondant. Nous admettons qu'une courte appréciation d'un mode déterminé de classification ne soit pas dégagée de toute obscurité pour le lecteur qui n'a pas sous les yeux l'énoncé des principes au nom desquels est faite cette appréciation. Nous développerons avant peu notre pensée sur ce grave sujet de philosophie médicale, et nous espérons faire saisir à tous le caractère particulier des méthodes étiologique et nosologique, et les raisons de la supériorité de la première sur la seconde.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 AOUT.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'INJECTION DES GLANDES.

M. Michel, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, expose un nouveau mode d'injection des glandes à l'aide du mercure. Une des grandes causes d'insuccès des procédés usités jusqu'ici, suivant l'auteur, serait la rupture qui a lieu sous l'influence des puissances les plus minimes; rupture attribuée par la plupart des expérimentateurs, au poids même du mercure employé, contre lequel la résistance des parois des organes glandulaires ne peut lutter avec avantage. M. Michel, sans nier d'une manière absolue l'action de cette cause, est loin de lui accorder la valeur qu'on lui donne. A son avis la cause de ces ruptures ne se trouverait ni dans le poids du mercure, ni dans la faiblesse relative des parois de l'organe glandulaire. Elle réside dans les produits mêmes de leur sécrétion, qui, par leur présence dans les tubes et les extrémités terminales des glandes, s'opposent à la progression du mercure. Voici les faits que M. Michel cite à l'appui de son idée : d'abord, on observe rarement une rupture pendant l'injection, sans arrêt préalable du liquide métallique sur un point quelconque ; en second lieu, une glande s'injecte d'autant plus facilement qu'on a mieux privé ses canaux de leur contenu. Voyant là la cause réelle des insuccès de ses prédécesseurs, il a pensé que toute la difficulté consistait à trouver un liquide capable d'extraire ce contenu des tubes, en l'injectant préalablement dans le canal vecteur principal. Voici comment il procède : « J'injecte préalablement un liquide dans le canal vecteur de la glande, je répète cette injection tant qu'il reste quelques portions des *secreta* glandulaires; puis, à l'aide de légères pressions, j'extrais à chaque fois le liquide injecté. Lorsque celui-ci sort pur et sans mélange, on peut commencer l'injection mercurielle. Un seul liquide ne peut pas servir pour toutes les glandes; jusqu'à ce jour, l'auteur n'en a employé que deux différents. — L'injection du mercure se fait à l'aide d'un appareil à lymphatiques très-simple et depuis longtemps employé dans l'école. Ce procédé se résume en ces deux temps : 1° extraction du contenu des tubes glandulaires à l'aide d'un liquide approprié ; 2° pression brusque et forte, opérée à l'aide d'une colonne de mercure d'une hauteur déterminée. Les causes suivantes peuvent faire manquer l'opération : 1° un commencement de putréfaction de la glande ou une atrophie morbide ; 2° la violence ou l'insuffisance de l'injection préalable.

EXEMPLES D'ACHROMATOPSIE COMPLÈTE.

M. d'Hombres-Firmas, correspondant de l'Académie, adresse des observations d'achromatopsie.

L'une de ces observations est relative à un M. de..., d'Anduze, d'un tempérament sec, bilieux, mélancolique, menant une vie très-active, et qui parvint à un âge assez avancé sans que la plupart de ses concitoyens eussent rien remarqué d'extraordinaire dans sa vision ; ceux qui le fréquentaient habituellement, et quelques-uns de ses condisciples, savaient cependant, ainsi que sa femme, sa fille et son gendre, qu'il ne connaissait pas les couleurs, qu'elles lui paraissaient toutes des nuances plus ou moins grises entre le noir et le bleu. M. de .... étant venu demander à son tailleur un habit noir, vit sur l'étalage une belle pièce d'Elbeuf marron, et la choisit, sans vouloir convenir qu'il eût changé d'idée lorsqu'on lui déplia le drap noir. Il avait des gravures coloriées et des gravures ordinaires; leur principale différence à ses yeux était que les unes étaient un peu plus claires que les autres. M. de .... savait par tradition que les feuilles des végétaux et les herbes étaient vertes, que le ciel était bleu, que le sang était rouge, mais il n'aurait pas appliqué les noms de vert, bleu, rouge à des étoffes, à des fleurs, à des papiers de tenture de ces couleurs. Ce fait est d'autant plus intéressant, que les ouvrages d'oculistique et les savants qui s'en occupent, mentionnent fort peu d'exemples d'achromatopsie complète.

Un M. de .... d'Alais, âgé de 38 ans, d'une santé parfaite; personne ne se doute de l'imperfection de sa vue. Il distingue les objets de très-loin, vise fort juste à la chasse, lit sans lunettes, même à la lampe. Un oculiste qui examinerait comment ses yeux s'accommodent selon la distance et la grandeur des objets qu'il fixe, selon que ces objets sont placés au soleil ou à l'ombre, n'y remarquerait rien de particulier et serait réellement étonné d'apprendre que M. de .... ne connaît que la couleur jaune et ses nuances entre le blanc et le noir. Il ne distingue les fleurs du grenadier que par leur forme, ne faisant aucune différence du rouge au vert. Il confond les fleurs de l'hortensia ordinaire avec celles de l'hortensia bleu. Les roses blanches lui paraissent seulement plus claires que les pourpres; quant aux roses jaunes et aux capucines, il les voit comme tout le monde. Les reines marguerites rouges, violettes, bleues, blanches, lui paraissent plus ou moins foncées; mais il voit si bien leurs centres jaunes, qu'il reconnaît, comme tout le monde, les disques plus bruns, dorés et plus pâles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, avec une légère rectification réclamée par M. Mérat.

La correspondance officielle comprend neuf lettres de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, soumettant à l'Académie, à part quelques formules et quelques indications de remèdes secrets contre diverses maladies, 1° une note relative à l'emploi de la camomille comme préservatif du choléra, par M. Defourneaux, médecin à Auzances (Creuse); 2° une note d'un pharmacien relative à l'emploi du sous-acétate de plomb dans le traitement de la dyssenterie et du choléra; 3° la formule de deux préparations anti-cholériques par M. Debaise-Laroche, médecin à Vire (Calvados). L'une de ces préparations destinée à l'usage externe, est composée d'alcool, de baume de Fioraventi, d'éther sulfurique, de camphre, d'essence de menthe, de thym, lavande et romarin ; la seconde, pour l'usage interne, est composée d'alcool, de camphre, d'alcoolats de mélisse, de cannelle et de girofle, d'essence de menthe, etc., 4° une autre formule anti-cholérique de M. le docteur Delarue, désignée sous le nom d'élixir de genièvre, et composée de racines d'aulnée, de gentiane, d'angélique et de roseau odorant bouillies dans de l'esprit de genièvre; 5° autre consistant dans l'administration de l'eau de cannelle ; 6° enfin une communication de M. le docteur Fiévet relative à l'application du chloroforme au traitement de diverses affections.

CHOLÉRA.

M. Billod médecin de l'asile des aliénés de Blois (Loir-et-Cher), rend compte des faits qu'il a observés pendant le règne de l'épidémie de choléra dans cet établissement.

La marche du choléra dans l'asile de Blois lui paraît avoir offert cela de remarquable, que débutant le 15 juillet par un cas isolé et deux cholérines chez les hommes, l'épidémie reparut le 26 juillet, et après avoir frappé de nouveau le premier sujet qui en avait été atteint et qui en était convalescent, elle commença à sévir chez les femmes où elle le fit exclusivement jusqu'au 7 août, et où elle marqua nettement son influence par quatre cas de choléra dont deux foudroyants et par quatre cholérines; qu'abandonnant alors le service des femmes pour s'abattre sur celui des hommes où elle a frappé du 7 au 13 seule-

ment huit individus de choléra et un de cholérine, tandis qu'elle révélait son reste d'influence chez les femmes par un cas de choléra et deux cholérines.

Une autre particularité de la marche de cette épidémie, c'est qu'après un certain temps d'arrêt, elle reprenait d'une manière presque foudroyante d'abord, les premiers cas entraînant toujours la mort en quelques heures, et qu'elle allait ensuite en s'affaiblissant à mesure qu'elle se généralisait. Cette particularité s'est montrée deux fois très-tranchée; ainsi le 31 juillet le choléra éclatant chez les femmes, les deux premiers cas sont rapidement mortels, mais ils sont suivis de deux cas moins graves qui guérissent et de quatre cholérines. S'abattant ensuite chez les hommes, le premier cas est littéralement foudroyant, le deuxième est moins grave et les autres vont en diminuant d'intensité à mesure que le mal se propage et s'étend, comme si l'influence épidémique s'épuisait par les premiers cas ou s'affaiblissait en se divisant.

Le traitement que M. Bilod a été conduit à préférer, sauf des indications spéciales, consiste dans les moyens de révulsion et de caléfaction les plus usités.

M. Morlière propose, comme préservatif du choléra, un système de traitement qui consiste à laver tout le corps, et plus particulièrement le ventre, avec une dissolution très-étendue d'hypochlorite de soude, les hypochlorites passant, comme on le sait, pour les meilleurs agents de désinfection.

— M. Bonnafont, chirurgien-major à l'hôpital militaire d'Arras, adresse l'observation d'une hydrocèle guérie par la ponction et les insufflations gazeuses ammoniacales. Nous avons déjà rendu compte de ce travail. (Comm. : MM. Velpeau et Robert.)

LÉSIONS DES VALVULES AORTIQUES.

M. Forget (de Strasbourg) adresse, à l'occasion de la communication de M. Monneret sur les lésions des valvules aortiques, quelques réflexions destinées à appuyer les observations de ce médecin, et tendant comme elles à renverser la doctrine classique de Corrigan.

Depuis trois ans, dit l'auteur, je professe à la clinique de Strasbourg que :

1° L'insuffisance valvulaire ne donne lieu par elle-même à aucun bruit anormal du cœur;

2° Les bruits qui se rencontrent, dans les cas d'insuffisance valvulaire, tiennent aux altérations de tissu des valvules, et non pas à leur écartement;

3° La preuve clinique, directe, de ces théorèmes existe dans les cas fréquents de dilatation du cœur droit suite de lésions pulmonaires, sans altération des valvules du cœur gauche. Alors, en effet, il n'existe aucun bruit anormal dans le cœur, bien que l'insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire droit soit rendue manifeste pendant la vie par le reflux veineux, l'œdème, la cyanose, etc., et puisse être vérifiée directement après la mort.

UTILITÉ DE L'HYDROTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES AIGUËS.

M. J. Guérin présente, de la part de M. le docteur Halmann, directeur de l'établissement hydrothérapique de Marienberg, un mémoire, sous forme de rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique en Prusse, sur l'utilité qu'il y aurait à établir, dans les hôpitaux, un traitement hydrothérapique pour les maladies aiguës. Des faits et des raisonnements consignés dans le travail de M. Halmann, il résulte que cette innovation aurait pour avantage de produire des guérisons plus rapides, et par conséquent de diminuer les frais du traitement des malades en diminuant leur séjour dans les hôpitaux. M. J. Guérin ajoute que, l'hydrothérapie ayant acquis, dans ces dernières années, une grande vogue en Allemagne, et paraissant avoir produit des résultats avantageux entre les mains de médecins français dignes de confiance, le moment lui paraît venu de soumettre cette méthode à une expérimentation régulière, capable d'éclairer la science et la pratique. En conséquence, il demande que le travail de M. Halmann soit l'objet d'un rapport.

Après quelques remarques de M. Gérardin, le travail de M. Halmann est renvoyé à une commission composée de MM. Bricheteau, Poiseuille et Gibert.

TUMEURS FIBREUSES DU SEIN.

M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur une observation de tumeur fibreuse du sein, présenté par M. H. Larrey.

L'observation de M. Larrey, dit M. le rapporteur, est d'une grande importance pour l'histoire exacte des tumeurs fibreuses du sein Depuis la discussion de 1844 sur les tumeurs du sein, un assez grand nombre de faits bien observés, sont venus donner gain de cause à l'opinion si habilement défendue par M. Cruveilhier sur l'existence des tumeurs simplement fibreuses du sein. Sous ce rapport, et au point de vue de l'exposition si précise, si méthodique de tout ce qui a rapport à l'origine de la tumeur qu'il a décrite, M. H. Larrey a rendu un véritable service à l'histoire spéciale de ces tumeurs. C'est un fait complet à ajouter à ceux qu'a recueillis M. Cruveilhier et à tous ceux qui se trouvent consignés dans la physiologie pathologique de M. Lebert.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son observation au comité de publication. (Adopté.)

CHOLÉRA.

M. Colas lit le résumé suivant d'un mémoire ayant pour titre : Lettres sur l'épidémie cholérique, en 1849, a Paris :

La cause épidémique est uniquement prédisposante; elle prépare la forme prédominante des maladies et leur grand nombre pendant son règne; elle précipite leur terminaison funeste; elle n'est pas susceptible de déterminer directement l'évolution des affections individuelles, encore moins de développer, sans la participation des causes particulières, la troisième période au milieu de la santé; elle gouverne l'épidémie, mais non pas directement les maladies dont se compose l'épidémie.

Les causes particulières déterminent directement, comme toujours, l'évolution des maladies individuelles. Ce sont elles qui décident en dernier ressort du nombre, de la forme, de la durée, de l'intensité, de l'étendue et de la rapidité des affections. Elles sont, comme dans les temps ordinaires, les seules connues, les seules dont nous puissions directement détourner ou modérer l'influence. Elles méritent à tous ces titres, bien plus que la cause prédisposante générale, d'exciter l'attention du praticien.

L'épidémie actuelle se compose d'affections de toute sorte, mais surtout d'affections cholériques.

La première et la deuxième période pathologique ne sont guère plus actives que dans les autres temps, même quand elles ont la forme spéciale du choléra. Toutes les affections étrangères au choléra tendent à revêtir sa forme d'autant plus qu'elles sont avancées dans leur marche.

La troisième période, dans l'affection cholérique en particulier, est toujours très-voisine de la terminaison mortelle. Cette période est loin de former à elle seule l'affection nommée choléra; elle en est au contraire la partie la plus courte et la moins intéressante, à cause de son incurabilité radicale.

La plus grande facilité que donne aux causes particulières la prédisposition épidémique pour développer des maladies plus nombreuses et plus graves pendant l'épidémie que dans les autres temps; le nombre relativement considérable des affections cholériques; la facilité de la transformation des autres affections en choléra; la rapidité inusitée de la deuxième et particulièrement de la troisième période; l'aggravation de toutes les maladies à certaines époques du règne, par le développement accidentel ou prévu de causes puissantes, et la terreur publique en particulier; enfin, la rapidité de la terminaison mortelle de la troisième période, constituent aux affections de l'épidémie actuel e un pronostic très-grave, comparativement, mais qu'il est facile de modifier considérablement par des précautions et des soins méthodiques.

La facilité avec laquelle se transforment toutes les affections diverses en choléra, et l'uniformité du traitement que l'on peut opposer avec succès à toutes les affections développées pendant l'épidémie dans leurs périodes curables, permettent au *diagnostic* beaucoup de simplicité.

Il offre de l'intérêt, sans doute, quand il s'agit de distinguer les différentes affections les unes des autres, en tant qu'elles peuvent exiger quelquefois de préférence l'emploi de certaines parties du traitement général; mais il en a bien plus au point de vue de la distinction des diverses périodes, et surtout dans les cas exceptionnels et douteux; ainsi la faiblesse du sujet, les maladies antérieures et concomitantes, la fin de la deuxième période et le commencement de la troisième, qui sont difficiles à distinguer et peuvent exiger plus de circonspection, de hardiesse, de force ou de rapidité dans le traitement.

Il est fâcheux qu'on décore exclusivement du nom de choléra, la troisième période et même sa terminaison mortelle, et qu'on leur réserve toute son attention. Un tel diagnostic est tout à fait sans profit, en ce qu'il s'adresse à des accidents presque toujours mortels.

Les maladies peuvent être prévenues par la diminution de l'intensité des causes particulières, en restreignant le cercle de la vie pendant la santé; le traitement curatif de la première période est celui des maladies ordinaires. Celui de la deuxième doit être plus prompt et plus actif, excepté dans les cas exceptionnels de cachexie ou d'extrême faiblesse. Celui de la troisième période arrivée à l'époque de refroidissement et de cyanose générale, peut permettre de tenter l'effet des spécifiques les plus hasardeux et de la dérivation externe la plus énergique, mais sans aucun espoir d'obtenir en aucun temps des succès meilleurs que par le passé.

Le succès des précautions hygiéniques destinées à conserver la santé, n'a de bornes que dans les exigences de la position sociale de chacun, et les accidents ou les causes impossibles à prévoir. Il pourrait donner, malgré ces obstacles, et si l'on s'évertuait à modifier un peu les préjugés et l'ignorance des populations, une diminution de moitié sur l'invasion pour le moins, et par conséquent diminuer les décès de 5 pour 100.

Celui du traitement de la première et de la deuxième période n'est douteux que dans un très-petit nombre de cas. Il peut à son tour diminuer aisément le nombre des affections de la troisième période de 5 pour 100. C'est ainsi qu'avec un traitement préservatif et curatif pratiqué méthodiquement, le nombre des pertes ne saurait dépasser le quart des décès advenus en 1849 ; encore, serait-il pris sur les sujets les moins précieux à la société ; on aurait 25.000 morts au lieu de 100,000, ce qui se rapprocherait beaucoup du nombre ordinaire.

Il faut ajouter au traitement des affections de l'épidémie, pour arriver à en faire la plus large application qu'il est possible et la plus efficace, des avertissements propres à guider les populations dans l'emploi des moyens hygiéniques appropriés, et dans la connaissance des cas où il doit réclamer l'intervention du médecin. Il faut d'abord pour établir la confiance indispensable en nos prescriptions, faire entendre et prouver aux gens du monde que nous sommes d'accord sur les principes de la science des épidémies; il faut que chacun de nous répande autour de lui l'enseignement des choses qu'ils doivent faire et de celles qu'ils doivent éviter pendant le règne épidémique. Il faut aussi que nous évitions d'être contredits par l'administration mal instruite.

Le public doit être averti soigneusement de la lenteur avec laquelle se prépare presque toujours la troisième période chez les sujets forts et bien portants; de l'impossibilité absolue d'une invasion subite et sans avertissement, à moins

de l'action violente d'une cause telle que la frayeur de la mort, l'action intense et prolongée du froid, l'ivresse, etc.; de la facilité qu'il y a de reconnaître la deuxième période; de la lenteur ordinaire de la première, et de la certitude qu'on a de la guérir ainsi que la deuxième, par le traitement applicable aux affections de tous les temps.

Il faut par opposition que le public soit pénétré de la crainte salutaire de voir un simple accident développer les symptômes les plus funestes, pendant la durée d'un simple dévoiement qu'il négligerait ou les prodromes les plus insignifiants en apparence.

Il faut lui faire redouter la presque infaillibilité de la transformation, mortelle en quelques heures, de la troisième période, à laquelle on aurait donné, par simple négligence, le temps de faire son invasion si redoutable.

— M. Rochoux commence la lecture d'un grand travail d'application du calcul à l'étude de la circulation du sang.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1849; par M. le docteur Brown-Séquard, secrétaire.

I. — ANATOMIE NORMALE.

1° EXAMEN HISTORIQUE DE LA MÉTHODE SUIVIE JUSQU'À CE JOUR DANS L'ÉTUDE DE L'ORGANISATION DES ANIMAUX, ET EXPOSITION D'UN PLAN DÉFINITIF D'ANATOMIE HUMAINE; par M. Segond.

Ce travail important est imprimé en entier (1), et fera partie des mémoires de la Société.

2° DESCRIPTION DES PREMIERS ÉTATS DE DEUX COLÉOPTÈRES, LES ANOBIUM ABIETIS ET PERTINAX; par M. Laboulbène.

« J'ai reconnu, dit l'auteur, qu'il existe chez ces insectes une collerette élégante, située à l'extrémité du jabot, au commencement du ventricule chylifique. Elle est constante, aussi bien chez la larve que chez l'insecte parfait. M. L. Dufour, qui a découvert cet organe (Ann. des sc. nat., première série, t. XIV, p. 219, pl. 12), le regarde comme très-remarquable et tout à fait particulier. Il a figuré cette collerette avec six appendices en forme de cœur de carte à jouer. J'ai vu sur un grand nombre d'individus une disposition un peu différente : les appendices ne pouvaient être comptés exactement; le bord de leur extrémité était sinueux, comme celui d'une manchette, ou comme le bord libre du mésentère, et découpé en lobes arrondis.

» Je crus d'abord à une glandule simple, à une utricule bosselée et à un seul canal excréteur; mais j'ai été assez heureux pour reconnaître sur une larve, sacrifiée en pleine digestion, comme le témoignait son tube intestinal, gorgé d'une pulpe brunâtre, que les appendices glandulaires, au nombre de six, étaient entiers, arrondis au sommet, et comparables, à leur grand développement près, à ceux qui se trouvent chez les larves d'*oryctes* et de *cetonia*. Les rides, les échancrures variables de ces poches, me paraissent évidemment tenir à leur état de flaccidité, et dans la turgescence digestive, elles offrent leur véritable forme, qui est celle d'un ovoïde, renflé à son extrémité libre.

» J'ai essayé de dérouler et de compter les vaisseaux biliaires, et comme un débutant entomotomiste doit toujours se défier des résultats qu'il obtient, surtout quand ils ne sont point conformes à ceux qu'indique un maître habile et consciencieux, je dis, timidement et en appelant de nouvelles recherches, que je n'en ai pu compter que six sur plusieurs larves et insectes parfaits. Mais l'insertion de ces vaisseaux à l'extrémité inférieure du ventricule chylifique était incontestable. Je n'ai pu voir, malgré le secours d'un bon microscope et de patientes recherches, les huit insertions signalées par M. Dufour.

» Une autre particularité, dont j'ai longtemps cherché l'explication, c'est l'existence d'un corps allongé sur les côtés de l'intestin ou du rectum; or j'ai bien constaté que les vaisseaux biliaires vont se rendre, non dans le rectum, mais dans cet organe elliptique, puis remontent et vont s'ouvrir dans le tube digestif. Y a-t-il seulement trois vaisseaux repliés et en anse comprimée, ou bien six vaisseaux émanant d'un organe particulier? Quoi qu'il en soit, on voit une sorte de poire allongée d'où naissent six filets pédonculaires. Les filets sont un peu variqueux en sortant de ce corps; mais plus haut et à leur insertion ventriculaire, ils sont tout à fait cylindriques. » (7 juillet.)

3° RECHERCHES SUR LA GÉNÉRATION DE L'HUÎTRE (OSTREA EDULIS); par MM. Chaussat et Davaine.

Depuis le 27 mai de cette année jusqu'aujourd'hui, MM. Chaussat et Davaine se sont livrés, dans le laboratoire de M. Rayer, à des recherches suivies sur une question difficile et souvent controversée, relativement à la génération des huîtres. — Nous présentons ici, sous forme de propositions, les premiers résultats de leurs observations, qui ont porté sur 300 huîtres environ, qu'ils ont examinées en s'aidant constamment du microscope.

Dans l'espace compris entre les palpes labiales et le muscle adducteur des valves, et au-dessous de la membrane du manteau, existe un organe qui entoure le foie, l'estomac et une portion de l'intestin : cet organe est la glande qui produit le sperme et les ovules.

L'étude de cette glande a présenté, à partir du mois de juillet, trois caractères différents au microscope, suivant des conditions qui ne peuvent être encore précisées. Ainsi elle peut présenter les caractères d'un testicule, par la présence des zoospermes d'un ovaire, par la présence des ovules et d'une glande ovo-spermagène, par la présence simultanée d'ovules bien caractérisés et d'animalcules spermatiques. — Sur les 300 huîtres environ qui ont été examinées : 1° deux fois cette glande n'a paru contenir que des œufs, et en si grand nombre, qu'ils paraissaient former toute la substance de l'organe. 2° Dans des cas moins rares, environ dix fois sur trois cents, cette glande contenait des œufs bien caractérisés et des animalcules spermatiques. 3° Le plus ordinairement elle ne paraissait contenir que des animalcules spermatiques. 4° enfin cette glande contenait des animalcules spermatiques dans toutes les huîtres connues sous le nom d'huîtres laiteuses, et dont le liquide blanchâtre renfermait une innombrable quantité d'œufs ou de larves d'huître.

Avant le mois de juillet, la glande peut offrir un aspect différent de ceux qui viennent d'être signalés, et qui probablement est celui qu'elle offre aux époques étrangères à la reproduction de ce mollusque. En effet, il n'a été trouvé ni zoospermes ni ovules sur 24 huîtres dont la glande ovo-spermagène a été examinée au microscope à la fin du mois de mai.

Les huîtres laiteuses forment à peu près le septième du nombre total des huîtres étudiées par MM. Chaussat et Davaine; elles étaient beaucoup plus rares au commencement de juillet qu'à la fin du même mois. Ils ont toujours trouvé la matière laiteuse répandue entre les lobes du manteau et les lames branchiales. Cette matière était formée tantôt, mais rarement, par des œufs fractionnés, ne présentant point de cils vibratiles, tantôt par des œufs plus avancés, offrant des cils vibratiles, tantôt par des larves plus ou moins développées. Les œufs ou les larves, dans une même huître, paraissaient tous au même degré de développement. Au commencement de juillet, les œufs fractionnés étaient plus communs, tandis qu'à la fin du même mois, c'étaient les larves qu'on trouvait plus fréquemment.

Les œufs fractionnés et pourvus de cils vibratiles se meuvent à l'aide de ces organes; ils en présentent d'abord sur toute leur circonférence. A mesure que le développement de l'œuf s'opère, les cils deviennent plus apparents sur un tiers environ de cette circonférence, et surtout aux deux extrémités de cette partie ciliée; plus tard, quand déjà la coquille de la larve est reconnaissable, on les voit naître d'un appendice qui fait saillie entre les valves. Ces cils, par leur plus grandes dimensions, sont bien distincts de ceux qui existent sur le bord du manteau de l'huître adulte.

L'appendice pourvu de cils vibratiles, continuant à se développer, forme, en dehors de la coquille, un appareil de locomotion très-remarquable, à l'aide duquel la larve nage très-rapidement dans le liquide ambiant. Enfin l'appendice cilié se sépare de la petite huître qui reste immobile, tandis que cet appareil locomoteur continue à se mouvoir et à circuler comme un être indépendant.

Les huîtres qui ont servi aux recherches de MM. Chaussat et Davaine ont été pour la plupart pêchées en mer, au *chalut* (instrument dont on se sert pour pêcher le poisson), sur le banc de la rade du Havre.

Après cette communication, MM. Chaussat et Davaine mettent sous les yeux de la Société 32 belles figures représentant toutes les particularités principales de leurs recherches. (14 juillet et 3 août.)

4° COMMUNICATIONS ENTRE LA VEINE PORTE ET LA VEINE CAVE; par M. Cl. Bernard.

En outre des communications qu'il a déjà trouvées entre les deux systèmes veineux de l'abdomen, M. Cl. Bernard annonce qu'il en existe aussi entre les veines diaphragmatiques et les veines sus-hépatiques, d'une part, et la veine porte de l'autre. Ces anastomoses ont lieu par un assez grand nombre de veinules. (14 juillet.)

5° TERMINAISON DES FIBRES NERVEUSES DANS LES MUSCLES; par M. Lebert.

M. R. Wagner vient de publier des recherches dont il résulte que dans les muscles, et particulièrement ceux des grenouilles, les fibres nerveuses se terminent comme dans l'appareil électrique des torpilles et dans celui découvert par M. Robin chez la raie. Les fibres nerveuses primitives se diviseraient en un nombre plus ou moins considérable de fibrilles très-ténues, allant se perdre dans les fibres musculaires.

M. Lebert a cherché avec le plus grand soin à vérifier le fait important annoncé par Wagner. Il a vu de nouveau, et de la manière la plus certaine, des terminaisons en anse, et il n'a pas rencontré une seule division de fibre nerveuse en plusieurs fibrilles. Il sait combien un résultat négatif est ordinairement peu propre à infirmer un résultat positif, mais, dans le cas actuel, la négation a de la valeur. En effet, comment croire qu'une disposition organique qui est signalée comme constante, pourrait échapper à un examen fait attentivement et de bonne foi avec d'excellents instruments?

A l'occasion de cette communication, M. Brown-Séquard rappelle que déjà Remak avait annoncé comme existant quelquefois, la division de fibres nerveuses en ramuscules, allant se perdre dans le myolème. Il ajoute que J. Mül-

---

(1) Voir Gazette Médicale, numéros 31 et 32.

ler et Brücke avaient aussi rencontré une terminaison analogue dans les muscles de l'œil du brochet.

A ce sujet, M. Robin dit avoir, lui aussi, cherché en vain le mode de terminaison des fibres nerveuses indiqué par Wagner. Il fait remarquer que c'est précisément chez les grenouilles, où l'on reconnaît avec le plus de facilité les anses nerveuses, que M. Wagner déclare n'en plus trouver.

6° SUR UN NOUVEAU MODE D'ÉCLAIRAGE DU MICROSCOPE INVENTÉ PAR M. NACHET; par M. LEBERT.

M. Nachet, à qui l'on doit déjà d'importants perfectionnements pour les forts grossissements, la chambre claire, les microscopes de dissection, etc., vient de confectionner des diaphragmes verticaux munis d'un système de lentilles et permettant de varier excessivement la lumière et l'ombre sur les objets soumis à l'inspection microscopique. On comprendra toute la valeur d'un tel appareil en se rappelant que c'est surtout en ombrant qu'on arrive, avec de forts grossissements, à voir très-nettement des détails diffus et mal indiqués par les moyens ordinaires. Cet appareil a assurément de l'avenir; il donne l'espoir qu'on pourra arriver à trouver, pour les objets d'une étude difficile, le point où tous les détails accessibles à la vue offriront un degré de lumière qui ne soit ni exagéré ni insuffisant. (28 juillet.)

II. — PHYSIOLOGIE.

1° SEGMENTATION DU JAUNE SANS FÉCONDATION; par M. DE QUATREFAGES.

Des œufs d'unio non fécondés sont mis sous les yeux de la Société; au bout de quelques instants de séjour dans l'eau, ces œufs présentent un commencement de segmentation. M. de Quatrefages a voulu confirmer, par cette expérience, les faits déjà observés par lui sur les hermelles, et qui l'avaient conduit à admettre que les œufs, même non fécondés, peuvent manifester la vie qui leur est propre par des phénomènes spéciaux et entièrement indépendants de toute action provenant du mâle. (7 juillet.)

2° PROPRIÉTÉS DU SUC CONTENU DANS L'INTESTIN; par M. CL. BERNARD.

Le suc qu'on trouve dans l'intestin grêle, et qui est un mélange de salive, de suc gastrique, de bile et de suc pancréatique, possède à la fois les propriétés de chacun de ces liquides. Il transforme l'amidon en sucre, digère les aliments azotés et quelques autres à la manière du suc gastrique, et dissout les corps gras comme le suc pancréatique. Ce liquide intestinal paraît même posséder, avec plus d'énergie que les éléments physiologiques dont il est composé, les propriétés de ces éléments. On peut faire de toutes pièces un liquide semblable: il suffit de mêler dans certaines proportions les quatre éléments qu'on y trouve. Si, au lieu de réunir ces quatre matériaux formateurs, on se contente d'en mêler deux, la bile et le suc gastrique, ce dernier liquide perd ses propriétés, ainsi que Schwann l'a constaté.

M. Bernard signale, en outre, un fait très-curieux: c'est que le pancréas, plongé dans de la bile, s'y fond comme du suif sous l'action de la chaleur.

A propos de cette communication, M. Rayer rapporte qu'en faisant des expériences sur des chevaux, il avait été frappé de l'énorme quantité de liquide que contient l'intestin. Chez ces animaux l'estomac est si petit et l'intestin si vaste qu'il était difficile de croire que les principaux phénomènes digestifs eussent pour théâtre unique la cavité stomacale. (7 juillet.)

3° EMBRYONS DE POISSONS SE DÉVELOPPANT SUR DES MOLLUSQUES VIVANTS; par M. DE QUATREFAGES.

Des œufs de poissons, contenant des embryons en train de se développer, viennent d'être trouvés par M. de Quatrefages sur des mollusques vivants. (14 juillet.)

4° RECHERCHES SUR UNE CAUSE DE MORT QUI EXISTE DANS UN GRAND NOMBRE D'EMPOISONNEMENTS; par M. BROWN-SÉQUARD.

MM. Chaussat et Prévost ont constaté, par des expériences dont M. Brown-Séquard a reconnu la parfaite exactitude, que la mort survient, chez les mammifères, quand on abaisse leur température d'un certain nombre de degrés. Dans un cas, le simple abaissement de la température à 26° c. a suffi pour causer la mort; dans un autre, la mort n'est arrivée qu'après l'abaissement de la température à 17° c.

M. Brown-Séquard, expérimentant sur des cochons d'Inde adultes et des lapins âgés d'environ 2 mois, a trouvé: 1° que l'abaissement de la température avait lieu plus lentement pour les cochons d'Inde que pour les lapins; 2° que chez les lapins la température peut s'abaisser davantage que chez les cochons d'Inde, avant de causer la mort; 3° que la mort est causée par un abaissement de température moindre chez les cochons d'Inde que chez les lapins; ainsi, chez les premiers, la mort est survenue une fois à 24°,5 et plusieurs fois à 22° ou 23°, tandis que chez les lapins elle n'a eu lieu qu'une fois à 22°; 4° que dans chacune de ces espèces, prise à part, la mort a lieu à une température d'autant moins abaissée que l'abaissement a été plus rapide, ainsi que Chaussat l'a déjà trouvé chez les chiens.

Ces faits établis, il devient très-probable, sinon certain, que dans tous les cas où, par suite d'une maladie, d'une blessure ou d'un empoisonnement, la température de l'homme s'abaissera d'un certain nombre de degrés, il y aura danger de mort par le seul fait de cet abaissement; et c'est ce qui arrive dans le choléra, dans le sclérème, dans certaines paralysies, dans les cas où les phénomènes respiratoires sont profondément altérés, dans les fractures ou luxations du rachis avec écrasement ou déchirure de la moelle épinière, dans les hémorrhagies considérables, et enfin dans la plupart des empoisonnements, pourvu qu'ils laissent survivre le malade pendant plusieurs heures.

On sait depuis très-longtemps que la température s'abaisse chez les empoisonnés; il n'est guère d'observation d'empoisonnement où l'on ne lise que le malade était froid. M. Chaussat a vu la température d'un chien, dans les veines duquel il avait injecté de l'opium, s'abaisser de 40°,3 à 17°, vingt-deux heures après l'injection. MM. Demarquay et Duméril fils ont trouvé un abaissement de température de plusieurs degrés sur des chiens empoisonnés par divers agents toxiques. M. Brown-Séquard a reconnu que tous les poisons qu'il a jusqu'ici mis à l'épreuve, soit en les injectant dans les veines, soit en les faisant absorber dans l'estomac ou dans le rectum, sont capables d'abaisser la température des cochons d'Inde et des lapins, suffisamment pour causer la mort toutes les fois que leur dose permet à l'animal de survivre plus de quatre ou cinq heures à l'introduction du poison. Ainsi agissaient l'opium, l'acide cyanhydrique, la jusquiame, la digitale, la belladone, le tabac, l'euphorbe, le camphre, l'alcool, les acides acétique, oxalique, sulfurique, azotique, chlorhydrique très-dilués et quelques oxalates.

Une dose de poison qui est suffisante pour tuer lorsque la température de l'animal s'abaisse sans obstacle, peut ne pas tuer lorsqu'on maintient la température à son degré normal ou à peu près. C'est ce que M. Brown-Séquard a constaté par des expériences ainsi conduites: une même dose de poison était donnée à deux animaux de même espèce et de semblables dimensions; l'un était tenu dans une atmosphère à 8° ou 10° c., et l'autre dans de l'air à 28° ou 30°. Dans ces circonstances, le premier mourait au bout d'un certain temps qui a varié entre quatre et quarante-huit heures, et l'autre, dont la température ne s'abaissait qu'à peine ou pas du tout, survivait. C'est donc par l'abaissement de la température que les poisons indiqués tout à l'heure, occasionnent la mort quand on en donne une certaine dose. Il suit de là cette conséquence des plus importantes que, dans les cas d'empoisonnement chez l'homme, on devra s'occuper tout autant de maintenir la température à son degré normal que d'expulser le poison ou de le combattre par des antidotes ou autrement. Peut-être sera-t-il possible de cette manière de diminuer notablement la léthalité des empoisonnements.

Aux faits qui précèdent, M. Brown-Séquard ajoute le suivant: on sait qu'il suffit en général d'étaler une ou deux couches d'huile ou de vernis sur toute la surface cutanée d'un animal pour le faire périr, empoisonné probablement par une substance toxique éliminée du sang avec la sueur et qui, ne pouvant plus s'échapper par la peau, s'accumule dans l'économie, et y cause les accidents si bien étudiés par M. Fourcault, MM. Becquerel et Breschet et M. Magendie. M. Brown-Séquard a trouvé que les animaux dans cet état peuvent survivre à l'expérience, si l'atmosphère où ils sont placés est à une température supérieure à 26° ou 28° c. Dans ces conditions, leur température ne s'abaisse pas, tandis qu'à une température plus basse elle s'abaisse notablement; c'est donc surtout par l'abaissement de la température que meurent les animaux dont le corps a été enduit de vernis ou d'huile.

M. Brown-Séquard se propose de compléter les données insuffisantes que nous venons de rapporter, par une série de communications à la Société, sur chacun des poisons expérimentés par lui. (14 juillet.)

5° PROCÉDÉ NOUVEAU POUR COUPER LA CINQUIÈME PAIRE DE NERFS DANS LE CRANE; par M. CL. BERNARD.

On fait glisser l'instrument en dedans de la mâchoire, on l'introduit dans le crâne par le trou déchiré antérieur, on l'enfonce sous la tente du cervelet et au-dessous du nerf trijumeau, que l'on peut alors couper soit en avant soit en arrière du ganglion. L'expérience, faite sous les yeux de la Société sur un jeune lapin, paraît avoir réussi. (21 juillet.)

6° PRODUCTION DE SUEUR SOUS L'INFLUENCE D'UNE EXCITATION VIVE DES NERFS DU GOUT; par M. BROWN-SÉQUARD.

On a beaucoup moins étudié les sécrétions sympathiques ou *réflexes* que les mouvements réflexes. Cependant on sait que, dans certains cas, plusieurs sécrétions sont produites par l'*action* dite *réflexe;* telles sont: la sécrétion de la salive et du suc gastrique par suite de l'excitation des nerfs du goût; la sécrétion de la bile, du suc gastrique et du suc pancréatique, quand les nerfs de la muqueuse stomacale reçoivent une excitation; la sécrétion de larmes provenant d'une seule des glandes lacrymales quand on pince un des côtés du visage; la sécrétion du sperme, sous l'influence de l'excitation du pénis; la sécrétion du lait par l'excitation des nerfs de l'utérus, etc. Dans tous ces cas, un nerf sensitif est excité; ce nerf agit sur une partie spéciale des centres nerveux, qui *réagit* sur tel ou tel organe sécrétoire, et détermine ainsi la sécrétion par *action réflexe.*

Une sécrétion très-abondante de sueur au visage (lèvres, nez, front), a lieu, chez M. Brown-Séquard, toutes les fois qu'il excite ses nerfs du goût par un aliment très-salé, très-épicé ou très-sucré, en un mot d'une saveur très-vive. La sécrétion a lieu également en hiver et en été. Le mouvement des mâchoires n'y est pour rien; car avec des aliments très-peu savoureux, mâchés très-longtemps, l'effet n'a pas lieu, tandis qu'il se produit alors même qu'il n'y a pas de mastication et qu'un aliment très-sapide est tenu pendant quatre ou cinq minutes dans la bouche. M. Brown-Séquard a constaté l'existence du même phénomène, mais avec moins d'intensité que chez lui, sur six personnes. Il fait l'expérience de-

vant la Société. La substance savoureuse employée est du chocolat. En moins de cinq minutes, son visage a été baigné de sueur. (21 juillet.)

7° INFLUENCE DU RÉGIME DÉBILITANT SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FOETUS; par M. DEPAUL.

M. Depaul ajoute de nouveaux cas à ceux mentionnés dans le compte rendu du mois de mai, ayant pour but de faire connaître l'importance du régime débilitant comme moyen de rendre faciles ou moins difficiles certains accouchements.

8° DU SANG VEINEUX COMME EXCITATEUR DE CERTAINS MOUVEMENTS; par M. BROWN-SÉQUARD.

Dans des communications antérieures, M. Brown-Séquard a essayé de démontrer : 1° que le sang veineux est capable d'exciter et de mettre en action les centres nerveux et les muscles de la vie animale et de la vie organique; 2° que, dans certains cas d'asphyxie, et particulièrement chez les nouveau-nés, les mouvements respiratoires convulsifs qu'on observe sont dus à l'excitation de la moelle allongée par le sang veineux, ainsi que M. Marshall Hall l'a soutenu; 3° que, même dans l'état normal, le sang veineux paraît être l'excitant principal, sinon le seul, qui mette en jeu la moelle allongée et la moelle épinière pour produire les mouvements respiratoires.

M. Brown-Séquard rappelle à ce sujet une de ses expériences qui donne des résultats très-nets : on sait que quand on asphyxie un animal, des mouvements convulsifs violents éclatent dans tout son corps. Ces mouvements sont dus à l'excitation du sang veineux sur la moelle épinière. En effet, ils ne sont pas produits par l'encéphale; car si l'on coupe la moelle épinière transversalement au cou et au dos, toutes les parties séparées de l'encéphale ont pendant l'asphyxie des mouvements convulsifs, comme si la séparation n'avait pas eu lieu. Mais si l'on détruit une des parties de la moelle épinière qui donnent naissance aux nerfs d'une des paires de membres, ces membres pendant l'asphyxie n'ont pas de mouvements convulsifs, et l'on n'y voit que de légers tremblements. L'intensité des mouvements convulsifs, qui ont lieu pendant l'asphyxie, est d'autant plus grande que l'asphyxie est plus complète, ou, en d'autres termes, que le sang est plus veineux.

M. Brown-Séquard attribue au sang veineux l'excitation qui met en jeu les intestins et la vessie chez les mourants, et cause ainsi l'action de *se vider*, qualification donnée à l'expulsion des urines et des matières fécales au moment de la mort. On dit généralement que les intestins se mettent en mouvement par l'excitation du froid ou celle de l'air, quand on ouvre la cavité abdominale. Cela n'est pas exact : on a pris des mouvements excités par le sang veineux pour des effets du froid ou de l'air. Si l'on ouvre avec précaution l'abdomen d'un animal dont la respiration n'est pas gênée, on ne voit pas de mouvements dans les intestins, ou si l'on en voit, ce sont des mouvements péristaltiques, réguliers, servant à la digestion, et non des mouvements brusques, saccadés, existant presque dans toutes les parties de l'intestin à la fois ou se suivant de près. Gêne-t-on la respiration, ces derniers mouvements ne tardent guère à se montrer; laisse-t-on l'animal respirer de nouveau librement, ces mouvements diminuent peu à peu et finissent par disparaître. Si on asphyxie un animal dont l'abdomen n'a pas été ouvert, on sent parfaitement les mouvements violents de l'intestin, qui certainement alors ne sont pas produits par l'impression d'un air froid.

On a dit que c'était le défaut de circulation dans les vaisseaux des intestins qui occasionnait ces mouvements. On donne en preuve de cette étrange manière de voir qu'après avoir coupé une des artères nourricières de l'intestin, on voit apparaître des mouvements dans la portion qui n'est plus nourrie. Le fait est vrai; mais il ne prouve rien. Les choses ont lieu alors pour une partie de l'intestin comme elles ont lieu pour l'intestin entier chez tous les cadavres récents, quelle qu'ait été la cause de la mort : la circulation cesse; mais il reste néanmoins du sang, et du sang veineux, dans l'intestin, comme dans les autres parties du corps, après la mort. Tout mouvement implique l'existence d'une cause; quelle est donc la cause qui excite les intestins à se mouvoir quand la circulation a cessé dans leurs vaisseaux? Voici des faits qui paraissent prouver que cette cause excitatrice est le sang veineux, soit qu'il agisse directement sur les fibres musculaires, soit qu'il agisse sur elles par l'intermédiaire du nerf ganglionnaire, ou qu'il ait simultanément ces deux modes d'action.

1° Si l'on injecte du sang veineux dans une des artères de l'intestin, quand il est devenu très-peu excitable, après la mort, des mouvements assez énergiques ne tardent pas à survenir.

2° Si on injecte de l'air dans les vaisseaux d'un intestin qui se meut encore vivement, peu après la mort, on le vide en partie du sang veineux qu'il contient, et l'on trouve que ses mouvements cessent plus tôt que si on n'avait pas chassé le sang veineux.

3° Quand on tue un animal par hémorrhagie, l'intestin, de même que tous les autres organes, contient bien moins de sang veineux qu'habituellement. Les mouvements sont moins forts, et durent moins qu'à l'ordinaire.

4° Quand, sur un animal venant d'être asphyxié, on coupe les vaisseaux d'une partie de l'intestin, les mouvements de cette partie deviennent moins énergiques, et durent moins que ceux des autres parties de l'intestin. (28 juillet.)

9° RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS VITALES, ET PARTICULIÈREMENT SUR LES PROPRIÉTÉS DES TISSUS CONTRACTILES; par M. BROWN-SÉQUARD.

Dans les séances des 7, 14 et 28 juillet, M. Brown-Séquard a communiqué les résultats de nombreuses recherches, ayant pour objets principaux l'irritabilité musculaire et la faculté que possèdent les muscles de produire, pendant leur contraction, un agent excitateur des nerfs.

Le travail de M. Brown-Séquard sera publié en entier, et fera partie des mémoires de la Société.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° REIN TRANSFORMÉ EN UNE VASTE POCHE CLOISONNÉE PLEINE DE PUS; par M. BAUCHET.

M. Cl. Bernard, au nom de M. Bauchet, montre à la Société un rein très-volumineux, recueilli chez une femme morte dans le service de M. Monneret. Ce rein forme une poche, divisée en sept ou huit loges, remplies d'un pus verdâtre, bien lié. L'une des loges, passant à travers le diaphragme, adhérait au poumon. On a trouvé deux calculs, l'un volumineux, dans l'uretère, près du bassinet, l'autre petit, dans une des loges du rein. L'enveloppe de ces loges, examinée au microscope par M. Monneret, n'est rien que du tissu cellulaire condensé. (14 juillet.)

A propos de cette pièce, M. Chaussat fait remarquer que, dans un cas analogue, M. Rayer a pu, en reconnaissant de l'acide urique dans les crachats, diagnostiquer la communication du rein avec le poumon.

2° CANCER DU TIBIA; CARIE TUBERCULEUSE DES VERTÈBRES DORSALES; par M. LEBERT.

M. Lebert présente, dans la séance du 21 juillet, deux pièces de maladies du système osseux, qu'il a observées en commun avec M. Roccas, interne des hôpitaux.

1° *Cancer du tibia.* Cette pièce provient du service de M. Guersant, qui avait été obligé de pratiquer l'amputation. La jeune malade, âgée de 13 ans, ne fait remonter le début de ce mal local qu'à cinq mois environ. L'accroissement de la tumeur du genou avait été rapide et accompagné de douleurs vives et presque continues, et avait déjà fait éprouver une atteinte profonde à la santé générale.

Le tibia, siége principal de la tumeur encéphaloïde, présente déjà à la simple coupe les caractères non douteux de l'ostéosarcome cancéreux. Celui-ci occupe une étendue de 15 centimètres de long sur 1 décimètre de large. Tout autour se trouve une substance molle, d'un jaune pâle, élastique, d'un jaune rosé dans quelques endroits, tirant sur le gris dans d'autres, d'un blanc mat enfin et à aspect presque fibreux sur plusieurs points. La pression fait sortir partout le suc trouble et lactescent propre au cancer, et le microscope y fait reconnaître des cellules cancéreuses à forme irrégulière de $0^{mm},02$ à $0^{mm},03$ de diamètre, renfermant un noyau de $0^{mm},01$ à $0^{mm},015$, muni d'un à deux nucléoles de $0^{mm},0025$ de largeur. Un grand nombre de ces cellules sont infiltrées d'une graisse granuleuse. Près de la surface de l'os, les éléments du cancer sont mêlés avec beaucoup d'éléments fibro-plastiques provenant du périoste hypertrophié.

Le tibia, tout en étant généralement infiltré de matière cancéreuse, a cependant plutôt subi un travail d'hypertrophie condensante. On voit de plus, dans la moitié supérieure de la pièce, de nombreuses jetées osseuses qui se répandent dans le périoste altéré et dans le tissu cérébriforme. Ces jetées partent des limites de l'os, tantôt dans une direction oblique, tantôt presque horizontale, et en saisissant l'ensemble de l'aspect de la coupe, on dirait que par places le tissu osseux s'est épanoui pour ainsi dire en forme d'éventail entouré et renfermant du tissu osseux nouveau et de la substance cancéreuse.

2° *Carie tuberculeuse des vertèbres thoraciques.* Cette pièce provient d'un enfant de 2 ans et demi qui a été paraplégique dès l'âge de 9 mois. La partie malade de la colonne vertébrale offre au niveau du tiers supérieur de la portion thoracique une gibbosité formant un angle d'à peu près 135°. Au devant des vertèbres, dans la partie concave de la gibbosité, se trouve une poche à parois épaisses, close de toutes parts, capable de loger une pomme d'apis.

En tirant la portion malade par le milieu dans le sens de l'axe, à travers les apophyses épineuses, on constate les altérations suivantes : les apophyses sont saines; la maladie a porté principalement sur les troisième, quatrième et cinquième vertèbres, qui ont en majeure partie disparu; il n'existe des troisième et sixième corps vertébraux que quelques vestiges de tissu osseux, attachés aux disques intervertébraux. Le sixième corps vertébral est légèrement décoloré et condensé dans sa structure.

Le vide produit par la perte de substance des vertèbres malades est limité à sa circonférence par la poche prévertébrale mentionnée; elle a de 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

Tout autour des portions malades des vertèbres et à la surface interne de la poche se trouve de la matière tuberculeuse en majeure partie ramollie, crue, et par tubercules isolés dans quelques endroits, crétacés dans d'autres. Le microscope montre les éléments caractéristiques du tubercule, et ses différences avec le pus qui baigne par places ces parties. Le siége principal et probablement primitif du dépôt tuberculeux est sous le périoste.

La moelle épinière était peu malade; ses méninges étaient très-rouges et injectées au niveau de l'incurvation, et à la surface externe de la dure-mère se trouvaient plusieurs tubercules crus.

La moelle était rouge et légèrement ramollie dans sa partie centrale au niveau de la gibbosité; elle ne renfermait point de tubercules.

IV. — TÉRATOLOGIE.

1° ANATOMIE D'UN MONSTRE DU GENRE RHINOCÉPHALE; par MM. CH. ROBIN et DAVAINE.

Les particularités suivantes sont signalées :

1° Existence de deux yeux réunis dans le même orbite, avec un nerf optique unique;

2° Absence complète de la mâchoire inférieure;

3° Bouche formant un cul-de-sac et ne contenant pas de langue;

4° Absence des hémisphères cérébraux, qui sont remplacés par un lobe unique, ne recouvrant ni les couches optiques ni les tubercules quadrijumeaux.

Un mémoire développé sur l'anatomie de ce monstre sera prochainement publié. (7 juillet.)

2° NOTE SUR UN POULET MONSTRUEUX; par M. VALENCIENNES.

M. le secrétaire donne lecture d'une note ainsi conçue de M. Valenciennes, membre de l'Institut, l'un des membres associés de la Société :

« En disséquant ce matin des œufs à divers degrés d'incubation devant des élèves de l'École normale, j'ai trouvé un cas assez rare, que je mets sous les yeux de la Société.

» C'est un fœtus de *huit jours* d'incubation.

» L'allantoïde et la figure veineuse ne présentaient rien de remarquable à l'ouverture de l'œuf; les mouvements du fœtus étaient sensibles.

» L'amnios ne me parut pas normal; il faisait en avant une poche oblongue, beaucoup plus allongée que de coutume; le liquide était brunâtre.

» En ouvrant cette membrane, je tirai le petit fœtus qui n'avait que le seul œil droit développé et beaucoup plus gros que de coutume.

» Il est facile de reconnaître que le bec et la face sont déviés de leurs conditions normales. L'œil gauche ne se voyait pas : un simple tubercule blanchâtre paraît en tenir lieu.

« Les pattes, les ailes et les autres parties du corps ne montrent rien de particulier à l'extérieur.

» Il est difficile de faire de plus longues recherches sur un fœtus aussi peu avancé.

» J'ai cru devoir communiquer cette anomalie à la Société, parce que je crois qu'on en a peu observé de cet ordre sur les fœtus d'oiseaux; les cas anormaux qui sont observés le plus fréquemment sont ceux de tératologie double. » (14 juillet.)

M. DE QUATREFAGES met sous les yeux de la Société le fœtus monstrueux dont il est question dans cette note.

V. — PATHOLOGIE HUMAINE ET COMPARÉE.

1° COÏNCIDENCE DU CHOLÉRA ASIATIQUE AVEC LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. TAILHÉ.

Il s'est présenté à l'hôpital de la Charité, service de M. Rayer, pendant l'épidémie de choléra qui règne à Paris, deux cas de syphilis constitutionnelle coïncidant avec cette affection. Dans l'un, la syphilis se manifestait par une éruption pustuleuse générale dont les caractères spécifiques étaient très-évidents : auréole de chaque pustule d'un rouge cuivré, base indurée, quelques-unes recouvertes de croûtes très-dures, enfin, douleurs nocturnes à la tête et dans les os des bras. Dans le second cas, c'était une syphilide tuberculeuse, datant de six mois, avec des douleurs ostéocopes dans les os des jambes et dans les os de la tête. Les phénomènes cholériques étaient des plus intenses. Ces deux malades ont succombé, le premier après un jour de maladie, le second après trente-six heures de l'invasion du choléra. Aucun d'eux n'avait encore subi de traitement mercuriel. (7 juillet.)

2° DE LA NÉPHRITE DANS LES CAS DE FUSION DES DEUX REINS; par M. TAILHÉ.

La fusion des reins est assez fréquente pour qu'il en soit fait mention dans tous les ouvrages d'anatomie normale. Le plus ordinairement ils sont réunis par leurs extrémités inférieures et forment, au devant de la colonne vertébrale, un croissant à concavité supérieure. Ces reins, ainsi adhérents, s'enflamment quelquefois, et jettent le pathologiste dans une incertitude de diagnostic très-grande. Cependant M. Rayer en a déjà signalé trois exemples dans son ouvrage sur les maladies des reins.

Il s'est présenté récemment, à l'hôpital de la Charité, service de M. Rayer, un quatrième cas de néphrite avec jonction des deux reins. Ces organes étaient criblés de petits abcès formés d'un pus phlegmoneux.

Le vice de conformation dont nous parlons doit être connu des médecins praticiens, car il est arrivé que des reins, ainsi situés anormalement, ont été pris pour des tumeurs morbides et traitées comme telles. On conçoit qu'il sera toujours difficile de reconnaître de semblables lésions. Néanmoins, lorsque des reins ainsi réunis s'enflamment, le siége de la douleur vers la région ombilicale, l'existence d'une tumeur au milieu de l'abdomen, ayant la forme du rein et se continuant par un pédicule à une tumeur semblable, la dépression des régions rénales peuvent mettre sur la voie; les urines purulentes, les frissons répétés et d'autres phénomènes propres aux néphrites, concourraient aussi beaucoup à faire reconnaître cette affection qui peut s'offrir quelquefois. Le médecin clinicien devra placer toutes ces considérations dans son esprit; elles aideront peut-être à jeter quelque lumière sur le diagnostic si souvent obscur des tumeurs abdominales. (28 juillet.)

3° TUMEUR FIBRO-CARTILAGINEUSE SUR UNE COULEUVRE; par M. FOLLIN.

M. FOLLIN montre à la Société un tumeur trouvée sur une couleuvre. Au microscope, on reconnaît que cette tumeur est composée de tissu fibreux et de cellules de cartilage.

M. DE QUATREFAGES demande si, sur la surface ulcérée de cette tumeur, M. Follin a constaté la présence du pus. On sait que l'existence de l'inflammation et de la suppuration a été niée chez les animaux à sang froid. Cependant M. Lereboullet (de Strasbourg) a trouvé du pus dans l'abdomen d'un crocodile mort de péritonite.

M. FOLLIN rappelle à ce sujet des recherches faites par M. Brown-Séquard sur la suppuration chez les animaux à sang froid, recherches qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de cette production pathologique. Ainsi, chez des grenouilles ayant eu la cuisse fracturée, des abcès véritables se sont montrés. M. Follin a trouvé de vrais globules de pus dans un abcès du foie, rencontré sur une grenouille par M. Brown-Séquard.

M. BROWN-SÉQUARD dit que l'erreur à cet égard provient de ce qu'on n'a pas tenu compte de l'influence des saisons. En effet, pendant les trois saisons froides de l'année, la circulation étant très-lente chez les animaux à sang froid, l'inflammation et la suppuration ne peuvent pas avoir lieu et manquent réellement chez eux. Mais il en est tout autrement en été, saison pendant laquelle d'ailleurs les animaux à sang froid se comportent comme les animaux à sang chaud, pour les phénomènes pathologiques comme pour les phénomènes physiologiques. Toutefois, l'inflammation et la production du pus sont possibles, même en hiver, chez les animaux à sang froid, puisque M. Lebert a constaté leur existence dans cette saison sur des reptiles. (21 juillet.)

VI. — CHIMIE.

1° PROCÉDÉ D'ANALYSE QUANTITATIVE DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE; par M. LECONTE.

A l'aide d'une liqueur titrée d'azotate d'urane, M. Leconte opère, sous les yeux de la Société, une analyse quantitative de l'acide phosphorique. Il démontre expérimentalement la promptitude et l'exactitude de son procédé.

2° EMPLOI DU SUC GASTRIQUE POUR EXTRAIRE DES SUBSTANCES MINÉRALES CONTENUES DANS LES TISSUS ANIMAUX; par M. LECONTE.

M. Follin ayant remis à M. Leconte un ganglion lymphatique coloré en bleu et provenant de l'aisselle d'un homme dont le bras était tatoué, M. Leconte pensa que le tatouage avait eu lieu avec du bleu de Prusse. Ne voulant pas détruire les matières par la chaleur, dans la crainte d'obtenir, dans les cendres, de l'oxyde de fer qui eût pu provenir du sang aussi bien que du bleu de Prusse, M. Leconte eut l'idée d'employer du suc gastrique afin de faire digérer les matières animales et d'en séparer les substances minérales. Il a réussi parfaitement, et il présente à la Société les matières colorantes isolées à l'aide de ce procédé. Il espère que de cette manière on pourra à l'avenir déterminer l'état dans lequel les poisons se trouvent dans l'économie animale, ce que l'on ne peut faire à l'aide des procédés d'analyse employés jusqu'ici. (21 juillet.)

BIBLIOGRAPHIE.

LE CLIMAT DE L'ITALIE, SOUS LE RAPPORT HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL; par le docteur ED. CARRIÈRE. — Un vol. in-8° — Paris, chez J.-B. Baillière.

Une bonne climatologie ne peut naître qu'à une époque avancée dans les sciences physiques et naturelles, par la raison toute simple que ce sont les sciences physiques et naturelles qui fournissent les matériaux de la climatologie. Le génie ancien, par la puissance avec laquelle il maniait l'observation, par la fermeté de son coup d'œil, a bien pu extraire de notions assez vagues sur les *airs*, les *eaux* et les *lieux* et d'imparfaites connaissances anthropologiques, quelques grands principes de physiologie ou d'hygiène; mais il n'a pu être donné à personne de devancer la science et de perfectionner une œuvre pour laquelle les instruments n'étaient pas trouvés. Aussi ne faut-il chercher dans les auteurs antérieurs à la fin du siècle dernier, et nous n'en exceptons pas les observateurs les plus clairvoyants, autre chose que des aperçus généraux dont une science exacte ne saurait toujours se contenter; témoin Fréd. Hoffmann (DE MEDENDI METHODO VARIA PRO CLIMATIS DIVERSITATE), et Zimmermann (ZOOLOGIE GÉOGRAPH. DE L'HOMME); témoin encore les auteurs de

ces climatologies spéciales publiées à l'occasion de maladies épidémiques ou endémiques; par exemple, l'étude sur Naples intercalée par Sarcône dans son histoire des maladies qui ont régné dans cette ville à la fin du dix-huitième siècle, et les nombreux travaux sur les maladies tropicales que ne pouvait manquer d'amener le développement progressif des établissements coloniaux. Mais on commence à sortir de cette voie restreinte; on entrevoit dans toute sa grandeur le cercle de connaissances dans lequel doit se mouvoir l'étude raisonnée et complète d'un climat : on s'applique mieux à déterminer le lien étiologique qui unit les diverses conditions du sol et de l'atmosphère aux divers états physiologiques ou pathologiques de l'individu; on pose enfin, pour une future géographie médicale, des jalons précieux, et nous sommes heureux de dire qu'on en doit une partie à deux collaborateurs de ce journal, MM. Fuster et Boudin.

Le temps est venu, en effet, d'appliquer aux études climatologiques le bénéfice des progrès accomplis dans les sciences physiques et naturelles. La *physique* météorologique proprement dite est loin encore d'avoir atteint sa perfection; mais elle permet de fixer la température moyenne d'un pays, soit pour l'année entière, soit pour chacune des saisons; d'en mesurer les variations, surtout celles qui ont lieu du jour à la nuit et qui exercent, dans certains pays, une si grande influence sur la santé publique; elle permet de peser exactement la colonne atmosphérique, au sommet des montagnes, au fond des vallées, dans les plaines, quand l'air est calme ou quand il est agité, toutes déterminations qui s'ajoutent avec grand avantage aux uniques données que pouvaient fournir aux anciens la direction et la force des vents; elle permet d'apprécier la tension électrique de l'atmosphère, son degré d'humidité aux différentes saisons, sous le règne des différents vents et sous les diverses expositions du sol. La *chimie*, quoique moins utile quant à présent, a déjà fourni néanmoins son contingent, et il a été constaté, par exemple (si les expériences sont exactes), qu'il se produit moins d'acide carbonique dans l'acte de la respiration sous une latitude chaude que sous une froide. La physiologie botanique et la science agricole disent l'influence de la respiration des plantes sur la constitution de l'atmosphère, celle des plantations sur la constitution du sol. La *géologie* enfin, avec les remarquables développements qu'elle a pris dans ces derniers temps, apporte à la climatologie un tribut varié; elle n'enseigne pas seulement les inégalités des terrains, les obstacles ou les gorges qu'y rencontrent les vents, les diverses orientations, les conditions hydrographiques, les dispositions des grandes masses de végétations, etc.; elle tend aujourd'hui à pénétrer, et pénètre chaque jour de plus en plus, dans la composition anatomique du sol; elle va jusqu'à constater dans le sein de la terre de grands courants électriques qui ne peuvent pas être absolument sans correspondance avec l'électricité atmosphérique et qui exercent certainement une action quelconque sur les êtres vivants. Que de matériaux à demander à toutes ces sciences pour l'édification d'une géographie médicale! que d'observations à rassembler! que d'expériences à entreprendre! Admettez maintenant qu'on mette en regard des conditions propres à chaque climat déterminé les caractères de la race qui l'habite et les maladies qui y règnent habituellement; en regard des variations climatologiques amenées par la succession des saisons, par les changements survenus dans la température, la pression atmosphérique, la direction des vents, etc., les différences coïncidentes dans la nature et la forme des maladies; admettez qu'on poursuive ces études parallèles dans les diverses parties d'un même climat, dans les diverses localités d'une même contrée, dans les diverses expositions d'une même localité, et jusque dans les divers quartiers d'une même ville; et vous comprendrez de quelle difficulté et de quelle utilité tout ensemble peut être un ouvrage de climatologie, largement, sérieusement entrepris.

Les conditions que nous venons de rappeler, il serait injuste de les exiger, au pied de la lettre, de M. Carrière. Une climatologie de l'Italie, telle qu'on peut l'imaginer et comme il est facile d'en dessiner le plan sur le papier, serait dans la pratique une œuvre considérable dont la réalisation exigerait, avant tout, une durée de séjour nécessairement interdite à un praticien de Paris. Il ne faut pas oublier que l'œuvre est à faire presque entièrement. La géologie de la péninsule italienne est bien connue depuis les travaux de Silla, de Collegno et quelques autres; mais il en est autrement du climat *médical*, qui n'a encore été étudié avec quelque rigueur que sur plusieurs points isolés. Ce sont des monographies plus ou moins étroites, dont quelques-unes d'ailleurs ne commandent pas sur tous les points une confiance entière. Et, comme le dit M. Carrière, ces études partielles, sans lien ni rapport, sans vues d'ensemble, exposent à beaucoup d'erreurs d'application. On ne connaît bien un climat que si l'on a des notions précises sur la ceinture qui l'environne et même à une grande profondeur, parce que les diverses conditions atmosphériques de ce climat, plus particulièrement son anémologie, varient suivant que l'air qui y pénètre a balayé des espaces secs ou des espaces humides, s'est précipité à travers d'étroites brèches du sol ou s'est avancé doucement sur des plaines unies. Voilà pourquoi de semblables études gagnent beaucoup à être entreprises sur une grande échelle, et aussi à embrasser un espace circonscrit par des limites fortement accentuées, telles que de hautes montagnes ou la mer. Ceci s'applique spécialement à l'Italie.

L'ouvrage de M. Carrière a un peu souffert de cette pénurie de documents que nous signalions à l'instant. Il n'a pas toujours pu apporter, à l'appui de ses appréciations météorologiques ou médicales, une masse suffisante de données mathématiques ou statistiques, et plus d'une fois il a dû exprimer le regret de ne pouvoir placer son opinion sous une autre garantie que celle de son affirmation. Les lacunes se remarquent principalement dans les parties du livre consacrées au tableau des maladies régnantes, soit endémiques, soit saisonnières, et aux indications concernant les avantages thérapeutiques du climat. Néanmoins nous nous hâtons de reconnaître que, sous aucun de ces rapports, sous le rapport météorologique et sous le rapport médical, les documents ne sont réellement insuffisants pour les principales stations de la péninsule. Naples, Rome, Venise, Pise, le Milanais, sont même assez largement dotés. Aux articles qui concernent ces localités, on trouve des détails étendus et précis, des documents positifs, sur la température moyenne des saisons, sur la direction des vents, sur le degré d'humidité de l'atmosphère, sur l'influence médicale du lieu, etc. Et si l'on veut avoir une idée de la supériorité des déterminations modernes, en fait de climatologie, sur celles qui ne remontent encore qu'à une quinzaine de lustres, il n'y a qu'à comparer le tableau géographique, géologique et météorologique de Naples dans le livre que nous analysons, au tableau tracé dans cet ouvrage de Sarcône dont nous parlions plus haut, et ignoré peut-être de M. Carrière lui-même. Nous profiterons même de cette occasion pour faire remarquer qu'il existe des différences assez notables entre les deux auteurs, relativement aux données anémologiques. Si l'un et l'autre s'accordent sur la prédominance du sud-ouest, il n'en est plus de même quant à la fréquence relative des autres vents. Suivant Sarcône, ceux qui ont le plus libre accès sur la ville, après le sud-ouest, sont le sud-est et le nord-est. M. Carrière, au contraire, range le sud-est parmi les vents qui soufflent le plus rarement, et dresse l'échelle de proportion suivante : « Le sud-ouest étant représenté comme 5 pendant le cours des vicissitudes annuelles, le vent du sud s'exerce comme 3, le nord comme 2 1/2, le nord-ouest comme 2 1/4, l'ouest comme 2, le nord comme 1 3/4, le sud-est comme 1 1/5, et l'est comme 1.

Le *plan* suivi par l'auteur est simple et régulier. L'ouvrage s'ouvre par de courtes considérations historiques sur le climat de l'Italie et un aperçu détaillé de la topographie, de la géologie, des conditions agricoles du territoire, de celles qui ont rapport aux eaux, à l'atmosphère, aux vents, à la température, à l'électricité et aux météores. Cette première partie est largement traitée; on y remarquera un utile rapprochement entre la terminologie anciennement usitée dans les études anémologiques et celle qui prévaut aujourd'hui. Ce rapprochement est rendu plus facile à saisir par un tableau comparatif qu'on trouvera sans doute ici avec intérêt, en remarquant du reste que, en dehors de ce tableau, existent encore quelques vents intermédiaires, tels que le *borée* ou l'*aquilon*, correspondant au nord-nord-est.

Le septentrion, ou l'aparctias de l'antiquité, correspond. .	au vent du nord.
Le cæcias.	au nord-est.
Le subsolanus, ou l'apeliotes.	à l'est.
L'eurus, ou le vulturne.	au sud-est.
L'auster, ou le notus	au sud.
L'africus, ou libs.	au sud-ouest.
Le favonius, ou le zéphyr.	à l'ouest.
Le corus, ou l'argestes.	au nord-ouest.

Les pages relatives aux conditions agricoles de l'Italie contiennent aussi des considérations d'un grand intérêt sur le déboisement de l'antique Italie, et sur les conséquences qui en sont résultées relativement au climat, notamment sur la diminution des eaux courantes, sur l'abaissement du niveau des fleuves. Enfin il est impossible de ne pas signaler, dans cette première partie, une ingénieuse application du système des lignes isothermes au territoire péninsulaire. On sait que les lignes dites *isothermes* partagent le globe en zones d'une ampliation de 5 degrés thermométriques, et dont chacune, quoique traversant des latitudes souvent fort différentes, offre néanmoins dans toute son étendue la même température moyenne. M. de Humboldt a ainsi tracé dix zones sur la mappemonde depuis les régions torrides jusqu'à celles des glaces permanentes. Deux zones isothermiques passent sur la péninsule : l'une, qui est la plus méridionale, s'étendant entre 15 et 20 degrés centigrades; l'autre, septentrionale, entre 10 et 15 degrés. M. Carrière remarque que la

ligne qui sépare la zone de 15 à 20 de celle de 10 à 15 s'infléchit brusquement vers le sud après avoir franchi l'Apennin, et laisse derrière elle une grande surface territoriale dépendant des campagnes bordés par l'Adriatique. Cette isotherme, avant de se continuer sur la mer, divise donc la rive orientale en deux sections, dont l'une doit présenter une moyenne plus élevée et l'autre une moyenne plus basse. Or l'influence qui fait ainsi dévier la ligne, M. Carrière l'attribue aux mouvements de l'atmosphère, à la prédominance du nord-est dans la zone à température inférieure, et à celle du sud-est dans la zone à température supérieure. C'est une vue que nous ne sommes pas en mesure d'apprécier en connaissance de cause, mais qui mérite certainement l'attention des cosmologues. Disons enfin que, à l'aide d'analogies déduites des lignes isothermiques, l'auteur a cru pouvoir fixer approximativement la moyenne la plus élevée du chaud et la moyenne la plus basse du froid qu'atteignent les deux extrémités opposées de la péninsule; il pense que la température moyenne de l'extrémité méridionale parvient jusqu'à 19 et ne s'écarte guère de cette limite, tandis qu'à l'extrémité septentrionale la moyenne s'élève à 13 ou 14 et ne descend jamais à 10.

L'Italie, dans l'ouvrage de M. Carrière, se divise en trois régions, une méridionale, une moyenne et une septentrionale. Cette division, bien différente de celle qu'indique naturellement la configuration physique du sol, la chaîne de l'Apennin séparant la péninsule dans sa longueur en deux parties, l'une orientale et l'autre occidentale, cette division se justifie pourtant par des considérations plus directement inhérentes à l'étude des climats et tirées de l'aspect du ciel, des modifications de température et des différences de culture. Chacune de ces trois régions est d'abord étudiée dans sa climatologie générale, puis dans la climatologie propre aux différentes stations médicales qui y sont comprises. L'auteur passe successivement en revue : 1° dans la région méridionale, le climat de Salerne; celui de la rive orientale du golfe de Naples, comprenant Caprée, Massa, Sorrente, Castellamare, Torze del Greco, Resina, Portici; celui de Naples; celui de la rive septentrionale du golfe de Naples, comprenant Pouzzoles, Baïa et Ischia; celui enfin du golfe de Gaëte; 2° dans la région moyenne, le climat des Maremmes, comprenant les marais Pontins, la campagne de Rome et les maremmes de la Toscane; celui de Rome, de Sienne, de Florence et de Pise; 3° dans la région septentrionale, le climat de Venise, de Milan et des lacs, de Gênes, de Menton et Villefranche, de Nice, d'Hyères. C'est une bonne pensée d'avoir compris dans les stations septentrionales ce délicieux golfe d'Hyères, qui offre en effet l'Italie sous le ciel de France, auquel les malades vont si souvent redemander la santé, et qui a été déjà l'objet de quelques importantes notices climatologiques.

Pour ce qui est de chaque station en particulier, M. Carrière trace d'abord à grands traits les dispositions géographiques, topographiques et géologiques du lieu, insistant spécialement sur les grandes inégalités du sol, de manière à laisser entrevoir tout de suite par quel côté la station sera ouverte aux vents, ne négligeant rien non plus de ce qui concerne l'hydrographie. Puis il recherche les températures moyennes et extrêmes, les fixe autant que possible à l'aide de chiffres authentiques; assigne, moins fréquemment, le *minimum*, le *maximum*, la *moyenne* des oscillations annuelles du baromètre; détermine les conditions anémologiques sans oublier de rappeler sur quelles surfaces les vents ont dû passer avant de souffler sur la station; signale, quand il y a lieu, la fréquence ou la rareté des orages; déduit aisément de toutes ces données l'état hygrométrique de l'atmosphère; s'arrête quelque temps aux sources minérales, particulièrement à celles de Castellamare, et arrive enfin à l'appréciation des vertus médicales du climat. La manière dont ce cadre est rempli atteste chez l'auteur une grande qualité dont le développement va même quelquefois jusqu'à nuire à d'autres qualités moins hautes sans doute, mais indispensables encore dans un ouvrage scientifique. La qualité prédominante de M. Carrière, c'est la préoccupation étiologique, c'est la recherche continue des rapports de causalité. Placé en présence d'un certain nombre d'éléments climatiques, il ne peut se résoudre à en faire d'abord le dénombrement avant d'en déduire la signification; mais, apercevant tout de suite les rapports qui les lient entre eux (par exemple, le rapport de la disposition topographique avec la direction des vents ou la température), il fait marcher de front, dans son appréciation, ces divers éléments, sauf à revenir plus loin et plusieurs fois sur ceux dont l'étude n'a pas été épuisée par ce travail de comparaison. Il en résulte parfois un peu de confusion dans l'agencement et la déduction des faits, et cet autre inconvénient de rendre la recherche difficile à qui voudrait consulter quelque point particulier de climatologie.

L'étude du climat italien, ainsi comprise, devait conduire et a conduit en effet à des notions positives, rigoureuses, qui seront fort utiles, et à ceux que le soin de leur santé conduit dans la Péninsule, et aux médecins eux-mêmes, si souvent embarrassés dans les avis qui leur sont demandés au sujet de stations qu'ils ne connaissent pas. M. Carrière précise beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait avant lui les indications thérapeutiques que chaque station est plus particulièrement propre à satisfaire. Il dit dans quelle saison doit être recherchée telle station, quel côté de la ville il faut habiter l'été, quel côté l'hiver, ou l'automne, ou le printemps. Ainsi Sorrente, où les vents du nord, soufflant presque sans interruption dans les mois caniculaires, entretiennent une douce fraîcheur, Sorrente sera un bon séjour d'été pour les malades qui ont besoin d'être tonifiés sans excitation et auxquels pourrait être préjudiciable l'affaissement produit dans d'autres stations par une température plus élevée (p. 149). Ainsi encore Naples présente pour ainsi dire deux climats différents : l'un qui correspond à la partie septentrionale de la ville et où souffle librement le nord-ouest; l'autre qui correspond aux quartiers de l'est et du sud, et où s'exercent plus ou moins librement les influences australes. Le premier véritablement dangereux en automne et dans la froide saison, très-fécond surtout en phlegmasies aiguës des voies respiratoires, ne peut convenir qu'à des organisations vigoureuses. Le second serait favorable aux affections chroniques de poitrine si le quai étendu le long de la plaine n'était exposé à des rafales humides et orageuses (p. 182). On pourrait trouver, dans le livre de M. Carrière, beaucoup d'autres exemples analogues, parmi lesquels nous nous contenterons d'indiquer la division du sol sous-vésuvien en trois zones douées de qualités climatologiques et médicales différentes (p. 162 et suiv.).

Le style de l'ouvrage est très-habilement adapté à la nature du sujet, mi-partie littéraire et scientifique. On y reconnaît comme un reflet des paysages brillants et animés où se sont promenées l'imagination et la science de l'auteur. Les tracés topographiques se distinguent spécialement par l'élégance et la vivacité du pinceau. Nous en offririons ici quelque spécimen si l'espace ne nous faisait défaut, et si nous ne nous adressions pas aux lecteurs d'un journal qui a donné l'hospitalité aux premières études de M. Carrière sur le climat de l'Italie.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

— Nous croyions en avoir fini avec le choléra. Depuis notre dernier bulletin, l'épidémie semble renaître de ses cendres. Il suffira de parcourir le relevé du mouvement des hôpitaux pour ne conserver aucun doute à cet égard. La progression du nombre des entrées et des décès n'a pas cessé un seul jour. Serions-nous menacés d'une nouvelle recrudescence? Nous espérons que non. Restons cependant sur la réserve; nous avons tant de fois été trompés dans nos prévisions que nous devons nous attendre à tout. La seconde épidémie de Londres en est une preuve. Dans huit jours, les faits auront parlé de manière à nous permettre de raisonner dans un sens ou dans un autre. Pour aujourd'hui, nous nous bornons à constater le réveil de l'épidémie. Puisse-t-elle en rester là!

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX A PARIS.

Dates.	Hôpitaux civils. Entrées.	Hôpitaux civils. Décès.		Hôpitaux militaires. Entrées.	Hôpitaux militaires. Décès.
10 août	23	14	Pour 7 jours.	12	4
11 —	26	10			
12 —	35	20			
13 —	43	17			
14 —	50	16			
15 —	54	31			
16 —	56	29			
	287	137			

RELEVÉ DES CAS DE CHOLÉRA EN ANGLETERRE.

	Londres et son voisinage.		Angleterre et pays de Galles.		Écosse.		Total.	
	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.
2 août.	259	119	271	122	32	18	562	253
3 —	331	137	305	131	40	19	676	287
4 —	193	75	243	131	46	18	482	224
5 —	265	110	271	122	23	9	559	241
6 —	454	182	375	162	72	37	900	381
7 —	332	135	418	191	27	17	777	343

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

RÉORGANISATION MÉDICALE.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — SITUATION DE LA QUESTION. — PREMIER VOTE DE LA COMMISSION. — DEUX SYSTÈMES D'OPPOSITION.

Tout système d'idées nouvelles, qu'il touche à la science ou aux institutions scientifiques, est voué d'avance à deux sortes d'opposition : celle des premiers occupants qu'il tend à déposséder et qu'il froisse plus ou moins à leur insu dans leurs habitudes et leurs intérêts ; celle des personnes dont l'instinct de répulsion naturelle contre tout ce qui dépasse l'horizon sensible, est la négation de tout progrès. A peine l'enseignement libre a-t-il fait son apparition qu'il s'est trouvé naturellement placé sous cette loi nécessaire de proscription. Que les hommes de la première catégorie lui aient fait un accueil médiocre, cela se conçoit ; mais que ceux de la seconde se trouvent précisément parmi les personnes qui se disent chargées de défendre le progrès contre la routine, voilà ce qu'on ne saurait trop regretter. Telle est cependant la situation des choses. De ces deux sortes d'oppositions, l'une tout intérieure jusqu'ici n'aurait été ni révélée, ni recherchée par nous dans ses motifs, si l'autre ne s'en était servie, en la travestissant, pour donner quelque crédit à des attaques détournées. Mais nous l'avons déjà dit : l'intérêt de la science parle plus haut à nos yeux que notre intérêt propre ; et quelque respect que nous ayons pour nous-même nous n'hésiterons pas à affronter les petites colères de quiconque n'a pas d'autres arguments à faire valoir contre nos idées.

La question de l'enseignement libre, telle que nous l'avons posée, a préoccupé la commission pendant ses premières séances. Un journal, dont on appréciera plus loin les motifs, a écrit que cette manière de voir n'avait éveillé aucune sympathie ni obtenu aucune attention. Nous devons cette justice à nos adversaires du dedans, qu'ils n'ont été ni aussi nombreux ni aussi expéditifs qu'on l'affirme. Six séances ont été consacrées à discuter le caractère général du système de l'enseignement libre, soit en vue du principe, soit en vue de ses applications. Quand il s'est agi du premier vote tendant à investir de prérogatives égales le nouveau système et l'enseignement universitaire, veut-on savoir à quelle majorité le premier a été vaincu par le second? *A une seule voix!* Il était question d'établir une scolarité égale et uniforme pour les deux enseignements : huit membres ont voté contre, sept pour. Et c'est là ce qu'on a osé donner comme une réprobation immédiate et unanime du système. Nous nous bornons à cette déclaration, la seule qui soit nécessaire pour rétablir la vérité, et pour conserver à un ordre d'idées dans lequel nous faisons reposer tout l'avenir de la médecine française, l'autorité des noms aussi bien que l'autorité des raisons.

Nous avons à justifier maintenant ce que nous avons dit du caractère de la double opposition contre laquelle l'enseignement libre aura à se défendre.

La très-grande majorité des membres de la commission est composée de professeurs ou d'agrégés de l'École de Paris, c'est-à-dire de personnes plus ou moins intéressées au maintien du système actuel. Cela ne peut faire aucun doute. A Dieu ne plaise que nous suspections le moins du monde la franchise et la loyauté des convictions de cette première classe d'opposants : ils veulent la perpétuité du système universitaire, parce qu'ils le croient la perfection même, ainsi que l'un d'eux l'a déclaré ; et ils le croient, parce qu'ils n'en connaissent ni n'en veulent connaître d'autre. Veut-on une preuve, et une preuve sans réplique, de la vérité de cette assertion? La voici. Quand il s'est agi d'obtenir pour l'enseignement libre la première prérogative d'une scolarité égale et uniforme, les partisans de ce système ont offert toutes les garanties, et accepté toutes les restrictions commandées par l'intérêt de la science et de la société : ils ont proposé le stage authentique dans les hôpitaux ; le contrôle de la scolarité libre par un commissariat officiel ; les examens faits par un jury de l'État: bien plus, par les membres mêmes de l'enseignement officiel ; aucune de ces concessions, qui allaient jusqu'à l'anéantissement du caractère essentiel de l'enseignement libre, l'anéantissement de la véritable concurrence, n'a trouvé grâce. Les membres de la majorité l'ont déclaré avec une franchise qui les honore : ils ne veulent de l'enseignement libre comme concurrence de l'enseignement universitaire à aucun prix. En présence d'une opposition aussi systématique, ne sommes-nous pas fondé à dire que cette opposition ne tire pas ses motifs d'une appréciation logique et réfléchie des faits? La contre-épreuve de cette proposition est fournie par le caractère du personnel composant la minorité. Il y a en effet dans la commission trois membres qui n'appartiennent à aucun titre à l'enseignement de l'École : tous trois ont voté en faveur de l'enseignement libre. Il est donc permis de croire que si la commission eût été composée en nombre égal, de membres appartenant à l'École et de membres étrangers, l'enseignement libre eût commencé sa campagne par une première victoire. Cela est d'autant moins douteux, que parmi les membres de la minorité du premier vote, se trouvaient trois professeurs de Faculté et non des moins éminents. Ces détails, indispensables à la rectification des faits qu'on avait malignement dénaturés, sont destinés à maintenir au système de l'enseignement libre toute l'autorité de ses motifs, contre des préventions toujours faciles à établir quand il s'agit de choses nouvelles, et surtout de mesures radicales.

Est-il nécessaire d'approfondir les motifs de l'opposition extérieure qui a éclaté dès les premières manifestations de l'enseignement libre? Il suffit de rappeler d'où elle vient pour montrer où elle veut aller.

On n'a pas oublié l'assemblée de médecins qui, vers la fin de 1846, se réunit à l'Hôtel-de-Ville sous le nom de *congrès médical*. Cette assemblée, aussi respectable par le nombre que par les lumières, n'en fut pas moins l'œuvre et l'instrument d'une coterie. Or, ainsi que nous l'avons déclaré ouvertement alors, les hommes et les idées sous l'inspiration desquels le congrès médical avait pris naissance ne pouvaient et ne devaient le conduire qu'à une œuvre de stérile replâtrage ou d'incohérente organisation. Personne n'avait songé à l'enseignement libre; quoiqu'on ait dit le contraire, il n'en fut aucunement question dans les délibérations du congrès. Or un système qui se présente aujourd'hui avec la prétention de faire autrement, plus et mieux que les grands esprits du congrès, ne pouvait trouver grâce devant ces sublimes aristarques. *Inde iræ.*

Maintenant que nous avons dégagé la question de ses complications personnelles, nous déclarons que nous sommes fermement résolu à la traiter au seul point de vue des idées et des principes. S'il convient,

---

Feuilleton.

ÉTUDES SUR LE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE EN FRANCE ; par M. BÉGIN, membre du conseil de santé des armées, professeur honoraire de la Faculté de Strasbourg, membre de l'Académie de médecine, du conseil de salubrité, etc.

Le livre que M. Bégin vient de publier est le mâle produit d'une pensée d'utilité générale; s'il aide, comme nous l'espérons, à la constitution définitive de la médecine militaire sur les bases de la justice et de l'égalité avec les autres corps de l'armée, l'auteur aura bien mérité de la profession tout entière ; qui souffre de l'insuffisance de ses attributions publiques. La cause des médecins militaires se lie aux principes de l'organisation sociale; les problèmes qu'elle soulève ne sont qu'un côté d'une question plus vaste, jusqu'ici plutôt éludée que traitée, et qui, toujours vive à travers les ajournements, toujours urgente à travers les péripéties du provisoire, aura son jour de controverse et de solution au profit du plus grand nombre, armée et peuple, qu'elle atteint directement dans l'intérêt de son existence. Cette question générale, la voici : Quel rôle est dû à la médecine dans les institutions dont elle est l'âme, et le moteur? Quelle part d'autorité et d'initiative peut-elle revendiquer dans tout ce qui concerne la conservation des hommes? Est-elle apte à fonctionner par elle-même là où il s'agit de prévoir et d'écarter ce qui est nuisible à la santé des populations, d'atténuer et de guérir les maladies dont on n'a pu prévenir le développement, d'appliquer les ressources de la chirurgie aux blessures et accidents variés qui résultent de la guerre, etc.? Dans la limite de ces actes, qui tous relèvent de la spécialité scientifique et professionnelle, les médecins ont-ils un droit de compétence absolue? ont-ils raison d'aspirer à l'indépendance? ont-ils besoin d'une impulsion étrangère pour se mouvoir eux-mêmes et pour assurer le concours de leurs subordonnés? Et, comme les effets de leur ministère s'appliquent à des groupes de population, comme ils ont à concerter leurs vues et leurs efforts avec les droits et les attributions ou du pouvoir et du contrôle civils, ou du commandement et de l'administration militaires, se peut-il que là où toutes les positions sont définies et classées, leur position reste seule vague et problématique; que là où toutes les hiérarchies sont directes, naturelles, efficaces, en possession de la sanction légale et des marques de distinction extérieure qui en établissent les degrés et leur assurent une juste proportion d'honneurs et de considération publique, la hiérarchie médicale soit placée sous la main de chefs étrangers, fouillée sur tous ses échelons par une intervention étrangère, dépourvue de signification réelle, impuissante dans le conflit des prétentions contraires dont elle subit les tiraillements, flottante entre les assimilations civiles et militaires, oubliée dans la législation, qui fixe les honneurs et préséances, tourmentée par le régime mobile des décisions et règlements, vivant dans une

comme cela est probable, à nos adversaires du dehors de continuer leur système d'insinuations et de dénigrement (1), nous leur laisserons ce facile triomphe, et n'y verrons qu'un aveu de l'impuissance de leur système.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DES PREMIER ET DEUXIÈME TRIMESTRES DE L'ANNÉE 1849.

Le caractère principal de la constitution médicale du premier semestre de 1849, dont nous devons nous occuper aujourd'hui, on le connaît, c'est le caractère *cholérique*. C'est lui, par conséquent, qu'il s'agit d'étudier dans son évolution, dans ses expressions diverses, et de mettre en regard de la constitution atmosphérique déterminée dans notre précédent article. On ne s'attend pas, néanmoins, à ce que nous entreprenions ici l'histoire de l'épidémie que nous venons de traverser. Ce n'est pas le rôle de la *Revue sanitaire*, qui ne doit retracer que les traits principaux des maladies régnantes, sous le rapport de leur étiologie comme sous celui de leur caractéristique et de leur traitement. Ajoutez que l'histoire nosologique de l'épidémie a été assez longuement exposée dans des comptes rendus spéciaux pour qu'il n'y ait aucun avantage à y revenir en ce moment. Notre but est donc uniquement : 1° de suivre dans ses divers accidents, soit d'intensité soit de physionomie, la marche générale du choléra, depuis les signes précurseurs de l'épidémie jusqu'à son déclin, cadre d'autant plus naturel que cette période correspond précisément à la période semestrielle dont nous nous occupons ; 2° de rechercher quelles ont été, dans cet espace de temps, les affections intercurrentes, si elles ont été aussi fréquentes qu'aux époques correspondantes des années antérieures, si elles ont emprunté à l'épidémie régnante une physionomie spéciale ; 3° d'étudier l'influence qu'ont pu avoir les vicissitudes atmosphériques et sur l'épidémie et sur les affections intercurrentes.

Commençons donc par retracer à grands traits, sous le rapport du nombre des malades et de la gravité de la maladie, la marche du choléra pendant le premier semestre de 1849.

Dès le mois d'octobre, nous avions rencontré et signalé (voir notre *Revue sanitaire* du second semestre de 1848) un certain nombre d'affections gastro-intestinales dont la physionomie spéciale permettait, surtout en présence de l'épidémie sévissant déjà dans certaines provinces, de prévoir l'invasion prochaine du choléra à Paris. Ces affections différaient pourtant à beaucoup d'égards du choléra proprement dit ; mais elles lui empruntaient, à n'en pas douter, quelques-uns de ses caractères. Douleurs abdominales extrêmement aiguës, occupant principalement la région hypogastrique, parfois continues, d'autres fois rémittentes ; vomissements abondants de matières bilieuses, se répétant surtout pendant les exacerbations de la douleur ; ventre ordinairement ballonné ; pouls petit, dépressible, tantôt précipité, tantôt d'une extrême lenteur ; peau froide, face grippée ; le plus ordinairement pas d'évacuations alvines, pas de crampes, mais tiraillements douloureux dans les membres inférieurs ; terminaison en quelques jours par la guérison. Tels étaient les caractères principaux de ces affections, qui se continuèrent avec plus ou moins de fréquence jusque dans le mois de janvier où M. Hervez de Chégoin en faisait le sujet d'une note dans l'UNION MÉDICALE.

Cependant, les mois de janvier et février se passent sans choléra confirmé. Mais dans les premiers jours de mars, il éclate au dépôt de Saint-Denis. Vers le 10 ou le 11, quelques cas sont observés à l'Hôtel-Dieu et à la Charité. A partir de ce moment, l'épidémie se développe d'une manière à peu près continue, sauf quelques oscillations dans le nombre des entrées et des décès dans les hôpitaux. Ce développement se fait avec lenteur jusque vers le milieu d'avril. En même temps, on observe en ville un très-grand nombre de cholérines, le plus souvent sans gravité. Vers le milieu d'avril, l'épidémie semble reculer ; le nombre des entrées dans les hôpitaux diminue, aussi bien que celui des décès. En ville, si la fréquence des cholérines paraît la même, du moins le chiffre de la mortalité s'abaisse. Mais dans les premiers jours de mai, un mouvement d'ascension se manifeste. L'augmentation n'est pas d'abord considérable, et les symptômes ne paraissent pas s'aggraver ; mais, dans la semaine comprise entre le 5 et le 12 mai, l'épidémie prend plus d'activité. Le chiffre des entrées et des décès dans les hôpitaux s'élève sensiblement, les caractères de la maladie s'accentuent davantage ; la mort est plus rapide ; en ville, on observe un plus grand nombre de choléras graves et de cholérines. Cet état reste à peu près stationnaire jusque vers le 20 mai. A partir de ce moment, abaissement notable du chiffre des invasions et de la mortalité, atténuation simultanée des caractères de la maladie. On est fondé à croire que l'épidémie décline définitivement ; mais dans les derniers jours de mai commence une véritable recrudescence, se manifestant tout à la fois par l'augmentation du nombre des malades et de celui des morts, une accentuation beaucoup plus prononcée de la symptomatologie cholérique, et une plus grande fréquence du choléra foudroyant. Les jours suivants, l'activité du fléau redouble, tellement

(1) Suivant son habitude, le journal dont nous relevons aujourd'hui les attaques ne manquera pas de nous accuser de provocation. Les passages suivants, empruntés à ses articles, déjoueront d'avance cette petite tactique, et montreront de quel côté est partie la provocation. « Nous avons dit que la question n'a jamais été nettement posée. Nous l'avions bien vue s'élever *dans les nuages des spéculations philosophiques*, mais de ces *spéculations à haute portée*, comme on le dit, nous n'avons jamais pu énucléer une idée d'application. »

..... « On nous assure que le rédacteur en chef d'un journal de médecine a soulevé cette discussion. Comment se fait-il que son journal ne traduise aucune de ses idées?.. Ferait-on à la presse *l'injure de la tenir hors du débat.* » (UNION MÉDICALE, 4 août.)

..... « Si nous sommes bien informés, cette idée de la liberté de l'enseignement, exposée et longuement développée dans le sein de la commission ministérielle, n'y aurait *rencontré aucune espèce de faveur*.

..... » Dans ces circonstances, qui pourrait s'étonner que nous demandions, avant d'aller plus loin, s'il est opportun, convenable, utile surtout, que nous suivions partout où on voudra nous conduire, le développement d'une idée *complétement isolée*, dont l'opinion publique ne se préoccupe en aucune façon, que la *commission officielle ne veut pas même* examiner, et qui ne trouve *nulle part ni attention* ni sympathie.

..... » Si nous nous lançons dans cette polémique, nous voulons éviter tout *prétexte à des récriminations*, chose qui n'est pas toujours *facile avec certains* adversaires. » (UNION MÉDICALE, 21 août.)

---

sorte de crépuscule officiel, entre les caresses de la veille et l'ingratitude du lendemain?

Voilà la question pour les médecins des hôpitaux civils, pour les médecins cantonaux des cinq départements où il en existe, pour les comités d'hygiène publique et le conseil de salubrité, pour les médecins légistes, pour les médecins quarantainaires, etc., aussi bien que pour les officiers de santé de l'armée. Multiple, ramifiée dans la plupart des institutions qui constituent les ressorts de l'organisme social, elle se résume en deux termes qui sont identiques : utilité publique, honorabilité professionnelle ; elle est de celles que les révolutions réveillent infailliblement dans les esprits pendant les courtes heures d'illusions et de perspectives enchantées qu'elles improvisent, et qui se perdent presque aussitôt dans le tourbillon des préoccupations politiques, dans la lutte des intérêts de partis.

Pratiquement, il s'agit pour la médecine civile comme pour celle des armées d'entrer dans le groupe des administrations publiques, et de s'établir, dans la sphère de sa légitime activité, avec l'organisation hiérarchique et les conditions de force et d'initiative qui n'ont été refusées, dans l'ordre civil, ni aux ponts et chaussées ni aux mines, etc. ; dans l'ordre militaire, ni aux armes spéciales ni à l'intendance, etc.

Absorbés dans la poursuite des intérêts matériels ou dans les travaux de la science, isolés d'ailleurs ou ne participant que d'une manière incomplète, fugitive, à la vie d'association, les médecins civils sentent moins l'infériorité publique de la profession, et n'ont à revendiquer les prérogatives de leur ministère que dans les rares occasions qui les forcent d'approfondir le vice ou les difficultés de leur situation dans les établissements hospitaliers. Mêlés à l'armée, associés à toutes les vicissitudes d'une carrière qui présente le type de la constitution hiérarchique et où les éléments d'existence et d'action sont sévèrement coordonnés, les officiers de santé militaires sont incessamment ramenés à la comparaison de leur faiblesse avec la puissance incontestée des hiérarchies qui les enveloppent ou les dominent ; ils ont à déplorer les limites précaires de leurs pouvoirs, contrastant avec l'étendue de leur mission ; à disputer aux vanités de l'épaulette les témoignages de la considération due au mérite, aux travaux accomplis, aux services rendus, à la valeur morale. De là leur tendance aux polémiques de revendication et de redressement ; de là leurs efforts incessants pour la reconstitution de leur corps sur de meilleures bases ; de là tant de luttes et de récriminations, de vœux et de projets, de livres et de brochures.

Il faut le dire, beaucoup de publications ont nui à la cause qu'elles avaient pour objet d'appuyer, de défendre ; les unes ont mis en lumière une prodigieuse diversité de vues et de propositions, un fâcheux défaut de convergence des esprits vers un but nettement déterminé ; les autres ont cru servir les intérêts de leur corporation par l'éclat de leurs polémiques injurieuses, par la sonorité des déclamations. Rappelons-nous la part malheureuse qu'ont prise à ces débats des jeunes gens qui n'avaient pas encore pris pied dans la carrière, et qui se sont imaginé que l'un des moyens de la rehausser et d'assurer à sa hiérarchie l'indépendance d'action, consistait à avilir cette hiérarchie, à la harceler par une guerre de désobéissance et de dénigrement, à tirer sur elle derrière la barricade du journalisme anonyme. — Combien peu ont compris la force que donne aux causes justes le ton calme et élevé de la défense, la compétence approfondie de

que, dans un intervalle de huit jours, du 1er au 8 juin, le chiffre des entrées dans les hôpitaux est de 1979, au lieu de 665 qu'il avait été dans la semaine précédente, et le chiffre des décès, de 941 au lieu de 361. Mais vers le 10 ou le 11 commence un mouvement de décroissance qui, d'abord modéré, devient bientôt rapide. Le chiffre de la mortalité diminue proportionnellement moins que celui des invasions, alimenté qu'il est sans doute par les attaques antérieures au déclin de l'épidémie. Ce mouvement ne se fait pas toutefois avec une régularité parfaite, et suivant une progression mathématique. Des oscillations se remarquent à la fin de juin ; mais, somme toute, la dernière semaine du semestre (voir Gaz. Méd., p. 495) ne donne plus que 218 décès dans les hôpitaux civils et militaires.

On peut voir par ce rapide résumé que l'épidémie a offert dans sa marche trois mouvements successifs d'accroissement séparés ou suivis par des mouvements de décroissance, dont le dernier annonce (il faut l'espérer, malgré les dernières nouvelles), l'extinction prochaine et définitive du fléau. Le premier mouvement d'accroissement commence avec l'épidémie vers le 10 ou le 11 mars, et finit au milieu d'avril ; puis le fléau s'apaise. Second mouvement d'accroissement des premiers jours de mai au 20 du même mois. Nouvelle décroissance. Troisième mouvement d'ascension à la fin du mois, se prolongeant jusqu'au 10 ou au 11 juin. A partir de ce moment, décroissance définitive.

Voyons tout de suite (car un rapprochement immédiat rendra l'examen plus facile et plus sûr) s'il a existé quelque rapport entre ces oscillations et les variations météorologiques.

On peut voir tout d'abord, sans qu'il soit besoin d'insister là-dessus, que rien, dans la constitution atmosphérique, ne peut rendre compte du caractère général de l'épidémie, du caractère cholérique. Il ne viendra à l'esprit de personne de rechercher dans les conditions barométriques, ou thermométriques, ou hygrométriques du dernier semestre les raisons de l'invasion du choléra. Outre que le seul fait de ses longues pérégrinations, avant de visiter Paris, sous des latitudes et au milieu de circonstances météorologiques bien différentes, suffirait à renverser cette supposition, si elle pouvait être faite, on pourra s'assurer, en recourant à nos *Revues* antérieures, que la météorologie du dernier semestre n'offre rien qui ne se soit présenté dans d'autres années absolument exemptes du choléra. Le caractère cholérique des maladies régnantes a donc été le produit d'une cause autre, d'une cause insaisissable jusqu'ici, et c'est un des faits les plus remarquables qu'on puisse citer en faveur de cette doctrine du *génie épidémique* à laquelle l'étude attentive des épidémies et des constitutions médicales force à se ranger les esprits non prévenus. Nous n'insistons pas sur un point si peu contestable.

Mais de ce qu'une épidémie est en elle-même essentiellement indépendante des influences météorologiques, s'ensuit-il que ces influences ne puissent la modifier ni dans sa marche ni dans son intensité ? Examinons.

L'épidémie, après avoir diminué dans la seconde quinzaine d'avril, se ranime dans les premiers jours de mai jusque vers le 20 de ce mois ; elle attaque plus de monde, s'accentue davantage dans ses caractères pathognomoniques, tels que crampes, vomissements, cyanose, algidité, etc., et fait plus de victimes. Que se passe-t-il à cette même époque du côté des conditions météorologiques ? La température s'élève tout à coup. Jusqu'au 24 avril, elle avait été le plus souvent de 3, 6, 7 degrés, rarement de 9, une seule fois de 10° (à neuf heures du matin). Du 25 avril au 2 mai, elle oscille entre 11° et 13° ; puis, les deux jours suivants, elle monte à 16°, à 20°, qui sont des degrés très-élevés pour la saison. La recrudescence épidémique a donc commencé vers le milieu à peu près de cette période d'augmentation de la chaleur, et au moment où celle-ci atteignait son maximum. Cette circonstance mérite assurément d'être remarquée. Il est naturel que la chaleur n'active le foyer de l'épidémie qu'après avoir influencé l'organisme pendant quelques jours.

A partir du 5 mai, la température oscille entre 8 et 18°, sans monter au delà ; ce degré de chaleur est assez élevé, et pourtant l'épidémie décroît vers le 20. Cela dépose-t-il contre l'influence pernicieuse de la chaleur ? En aucune façon, suivant nous. L'organisme, après avoir été défavorablement impressionné par l'élévation rapide de la température, s'habitue à une chaleur continue, surtout quand elle est moindre de plusieurs degrés, et dès lors il perd ce qu'il avait contracté en prédisposition à l'affection épidémique, et recouvre sa force normale de résistance. La preuve que cette explication n'a rien de trop hasardé, c'est que la recrudescence se reproduit dès que survient une nouvelle et rapide augmentation de chaleur. En effet, du 24 au 25 mai, le thermomètre monte de 15° à 19°, puis, les jours suivants, à 22, 25, pour osciller ensuite jusqu'au 8 juin de 18° à 29° (toujours à neuf heures du matin). Du 8 au 9 juin, le thermomètre tombe de 25° à 13°, et nous nous rappelons encore le sentiment de bien-être que produisit dans la population cet abaissement si subit de la température. Ultérieurement et jusqu'à la fin du mois, l'oscillation a lieu entre 10 et 22, le mercure se tenant assez fréquemment à 13 ou à 15. Or, nous l'avons dit, à la fin de mai, trois ou quatre jours après l'augmentation subite des chaleurs, commençait le dernier mouvement de recrudescence de l'épidémie, pour se prolonger jusque vers le 10 ou 11 juin, c'est-à-dire quelques jours seulement après la chute instantanée des grandes chaleurs.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail des oscillations moins prononcées, qui ont souvent, dans le cours de l'épidémie, traversé les grands mouvements que nous venons d'étudier. Le rapport de ces oscillations avec les variations météorologiques, s'il y en a un, serait trop difficile à saisir, et nous craindrions de nous égarer.

Les données générales qui précèdent suffisent, ce nous semble, pour mettre hors de doute l'influence des changements de température sur la marche et l'intensité de l'épidémie. Quant aux autres éléments météorologiques, il nous a été impossible de leur reconnaître d'une manière évidente une action du même genre. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'en avril et en mai la pression atmosphérique était faible, les pluies abondantes et la prédominance du vent du sud beaucoup plus marquée que dans les autres mois. Ces conditions paraissent *à priori* favorables au développement d'une affection comme le choléra ; mais nous nous sommes assuré sur les Tables de l'Observatoire que leurs variations dans le cours du semestre n'avaient eu aucun rapport manifeste avec les variations de l'épidémie. Si donc ces conditions ont exercé une influence quelconque, ç'a été une influence générale qui par elle-même ne peut être aussi hardiment affirmée que cette influence plus immédiate de la température accusée par une relation directe entre les oscillations thermométriques et les fluctuations du fléau régnant.

Voilà pour ce qui concerne le choléra proprement dit. Autour de ce type principal, dont nous négligeons, comme nous l'avons annoncé plus haut,

---

la discussion ! La passion donne au style couleur et mouvement ; elle ne saurait tenir lieu d'arguments ni d'études spéciales sur la matière en controverse.

L'un des hommes qui ont le plus poussé les officiers de santé militaires à l'étude des conditions réglementaires de leur existence et de leur fonctionnement, c'est sans contredit M. Bégin ; lui-même a donné l'exemple de cette application persévérante, minutieuse. Dans les situations qui, comme les nôtres, aboutissent au détail administratif et s'y engrènent, il est indispensable de se familiariser avec la lettre et l'esprit des règlements, de les confronter, de les examiner dans leur valeur et portée, d'en suivre les effets à travers les phases de la pratique journalière, de remonter aux principes parfois très-anciens des conditions actuelles qui président au service, de rechercher les origines et la filiation de tout ce qui fait règle ou tradition. L'institution militaire tirant sa force de l'unité et de la stricte appropriation des moyens au but, il importe aux officiers de santé d'étendre leurs vues et leurs explorations au delà des limites de leur spécialité, de s'enquérir du mécanisme général de l'armée, du mode d'organisation et de fonctionalité de corps qui la composent ; il faut qu'ils se dégagent des sollicitudes exclusives de corporation et de prépondérance scientifique, pour s'élever à des idées d'ensemble, à l'exacte appréciation de tous les services, de toutes les coopérations, à la prévision des besoins généraux d'une si vaste association, au sentiment des difficultés qui naissent et se croisent incessamment dans toutes ses parties : c'est à cette hauteur d'expérience et de jugement que l'impartialité commence, que les vaines irritations s'apaisent, que les obstacles et les retards s'expliquent, que les progrès ne se laissent entrevoir que laborieux et disputés ; c'est à ce degré d'initiation que l'officier de santé se révèle administrateur, et est assuré de fixer sur ses propositions l'attention des esprits sérieux.

Qui refuserait à M. Bégin ces qualités qu'il a développées à côté d'une spécialité scientifique dont il a pendant trente ans administré les viriles preuves ? Milicien de la presse médicale au début de sa carrière, écrivain éminent à l'âge où d'autres s'exercent à la publicité, clinicien regretté sur les théâtres de l'Université et de la médecine militaire, chirurgien de classique aloi, professeur dont se souviennent les nombreux auditoires qu'il a éclairés de sa lucide science et charmés de sa parole vive et accidentée, peu de confrères ont poussé plus loin l'étude des choses administratives qui sont afférentes à la profession, et ont acquis une meilleure entente de leur gestion. Dans les commissions universitaires où il a siégé, dans les conférences des écoles et hôpitaux dont il a fait partie, à l'Académie de médecine, au conseil de salubrité de Paris, partout M. Bégin se détache par la netteté de ses appréciations, par la connaissance des faits, par la rectitude des solutions. Après trente-cinq ans de services qui n'ont pas été inutiles à l'illustration de la médecine militaire, après une expérience si multipliée et si réfléchie de toutes ses conditions d'exercice et de perfectionnement, après une participation aussi longue que brillante à tous les débats qu'a soulevés l'organisation du service de santé, après une telle série d'efforts tantôt notoires, tantôt ignorés ou méconnus pour la régénération d'un corps auquel il a prouvé son attachement par des sacrifices, il appartenait à M. Bégin de lui présenter son histoire et sa tradition, de lui enseigner ses droits et ses intérêts ; de lui raconter ce qui a été tenté autrefois et de nos jours pour les faire reconnaître et pour les satisfaire ; de résumer ses doléances presque séculaires et de les fixer dans une formule définitive ; de lui tracer la voie et l'exemple d'une

de rappeler les diverses expressions symptomatologiques, parce qu'elles ont été soigneusement relevées en temps opportun dans nos comptes rendus de l'épidémie, se sont groupées, on le sait, un grand nombre d'affections à déterminations gastro-intestinales, et désignées en commun par le terme de *cholérines*. L'étude de ces affections, qui sont manifestement sous la dépendance de la cause inconnue de l'épidémie, et diffèrent néanmoins extérieurement du choléra confirmé, se place naturellement, comme une transition, entre l'étude de cette dernière affection et celle des maladies véritablement intercurrentes qui ont leur raison d'être ailleurs, que la cause épidémique peut modifier, mais ne produit pas.

Dans la dernière épidémie, les praticiens ont appliqué le nom de cholérine à toutes les diarrhées, quel que fût leur caractère, et il faut reconnaître que la distinction n'est pas facile entre celles qui doivent être regardées comme les précurseurs du choléra, qui, étant pour ainsi dire le choléra à l'état rudimentaire, méritent bien réellement d'être appelées cholérines, et celles qui procèdent directement des influences saisonnières, n'offrant aucun caractère pernicieux et se terminant souvent d'elles-mêmes en quelques jours. L'apparence riziforme des selles, jointe à l'existence de tiraillements ou de crampes légères dans les extrémités, à un peu d'abaissement du pouls et de la température du corps, différencierait sans doute très-bien la vraie cholérine de la diarrhée simple; mais combien de fois le choléra le plus tranché, le plus grave, n'a-t-il pas été précédé de diarrhée jaunâtre ou verdâtre, sans crampes et sans refroidissement! N'a-t-on pas vu même la *constipation* se lier à l'existence de crampes violentes et à la chute du pouls et de la chaleur? Dans ces deux derniers cas, on peut très-bien soutenir que les symptômes abdominaux ont eu, aussi bien que dans le premier, le caractère *prodromique*, et constituaient à ce titre de véritables cholérines. Pour ne pas tomber dans ces difficultés, nous allons indiquer toutes les formes quelconques d'affection gastro-intestinale qui nous ont paru faire cortége à la forme morbide principale de l'épidémie, au choléra.

Il nous a semblé que les affections gastro-intestinales s'étaient présentées sous sept formes symptomatologiques différentes, qui sont: 1° la diarrhée séro-muqueuse apyrétique; 2° la diarrhée fébrile; 3° l'appareil ordinaire des phlegmasies intestinales avec peu ou point de diarrhée; 4° la dyssenterie apyrétique; 5° la dyssenterie fébrile; 6° la constipation; 7° les coliques nerveuses.

Un mot sur chacune de ces formes.

La diarrhée séro-muqueuse simple s'est montrée surtout au fort de l'épidémie, en avril, mai et juin; nous en avons pourtant rencontré quelques exemples dès le mois de février. Comme nous l'avons dit, elle ne s'accompagnait pas de fièvre; le pouls était même petit et lent. Quelquefois il s'y joignait du refroidissement, quelques crampes et un peu de diminution dans la quantité des urines; mais souvent aussi la peau conservait sa température normale et l'on n'observait aucun des signes pathognomoniques des affections cholériques. La matière des selles était constituée par un liquide jaune noirâtre qui devenait chaque jour plus clair et moins coloré. Il y avait jusqu'à 20, 30, 40 selles par vingt-quatre heures. Les vomissements existaient parfois dès le début; sinon, ils ne tardaient pas à se joindre à la diarrhée, quand celle-ci se prolongeait. Ils étaient constitués par des matières muqueuses, d'abord un peu jaunâtres et devenant bientôt blanchâtres et un peu filantes comme de la salive. Administré au début de cette affection, un purgatif salin arrêtait quelquefois avec une rapidité merveilleuse la diarrhée, et, chose digne de remarque comme enseignement clinique, nous avons vu fréquemment des sujets qui, après avoir eu antérieurement jusqu'à 20 et 30 selles tout à fait liquides par lesquelles on avait pu croire le tube intestinal parfaitement balayé, rendaient, sous l'influence d'un purgatif, des matières dures et noires. Un cas surtout mérite d'être rappelé. Le malade avait été à la garde-robe toutes les demi-heures au moins pendant douze heures, *ne rendant que de l'eau*, suivant son expression. Une bouteille de limonade purgative fut administrée, le flux intestinal étant encore dans toute son activité. Soit par suite des contractions de l'intestin, soit par toute autre raison, les selles s'arrêtèrent court après l'ingestion du remède. Le lendemain, sentant des duretés au voisinage du cœcum, nous n'hésitâmes pas à administrer encore deux verres de limonade. Trois ou quatre garde-robes eurent lieu qui amenèrent des boules fécales extrêmement compactes. Le malade était entièrement guéri le soir même.

Les choses ne se passaient pas toujours si heureusement. Si la diarrhée était presque toujours modérée par le purgatif, elle se prolongeait quelquefois les jours suivants ou, après quelques jours de diminution, reprenait une nouvelle intensité. C'était le cas d'avoir recours à l'opium uni aux astringents. Il était bon aussi, quand l'extrême déperdition séreuse amenait des défaillances, d'y joindre de légers toniques, tels que l'extrait de quinquina à petites doses.

La *diarrhée fébrile*, qui nous a paru s'établir vers le mois d'avril, a régné surtout en mai et s'est prolongée jusqu'à la fin du semestre; elle a été sensiblement plus rare que la précédente. Elle s'accompagnait beaucoup moins souvent de vomissement. Les selles étaient plus ou moins liquides, mais toujours colorées. Pouls fréquent et élevé, chaleur à la peau, sueurs abondantes. Contre cette forme, il n'y avait à opposer que les boissons adoucissantes, les demi-lavements fréquents, les cataplasmes sur l'abdomen, les bains prolongés. Cette forme morbide se terminait quelquefois par de petits accès de fièvre quotidienne non précédée de frisson, revenant le plus souvent le soir, mais dans certains cas vers le milieu du jour. Quand ces accès ne disparaissaient pas promptement d'eux-mêmes, il était facile de les couper avec de faibles doses de sulfate de quinine.

Les affections intestinales à caractère *phlegmasique* ont régné en même temps que les diarrhées fébriles, mais plus rarement encore. Elles n'en différaient, sous le rapport phénoménal, que par la prédominance des symptômes locaux sur les symptômes généraux. Tandis que l'appareil fébrile était faible ou nul, l'abdomen était brûlant, tendu, sensible au toucher. Les garde-robes, d'abord solides, devenaient bientôt liquides et brûlantes; mais elles étaient ordinairement assez rares. Dans quelques cas, elles étaient rendues douloureuses par l'extrême sensibilité du ventre, qui se réveillait sous l'influence de la contraction des parois abdominales. Même traitement général que dans la forme précédente; emploi plus actif et plus persistant des antiphlogistiques locaux. Nous avons vu un certain nombre de malades chez lesquels les principaux symptômes abdominaux, particulièrement la douleur, la chaleur et la tension, n'ont disparu qu'après de larges applications de sangsues, soit à l'anus, soit autour du nombril. Dans ces cas, l'administration des purgatifs, même doux, dans la période d'acuité, aggravait sensiblement les symptômes et rallumait la fièvre. Il nous a fallu une expérience bien positive pour nous amener à y renoncer pendant cette période, convaincu comme

---

discussion à la fois sobre et péremptoire; de concentrer toutes ses polémiques ultérieures sur les véritables points de la question, et de lui épargner des déperditions de force par la divergence des vues et des systèmes; de régulariser ses tendances; de remplacer les paroxysmes intermittents de l'impatience ou de la colère par un effort calme et continu vers le but de la réforme désirée, les soubresauts irréguliers de la maladie par les pulsations énergiques et non interrompues d'une vie qui va grandissant à travers les obstacles, et qui tend irrésistiblement à la maturité.

Je plains le corps médical de l'armée, s'il ne comprend pas à cette guise l'œuvre que M. Begin vient de publier avec la sanction du conseil de santé; je n'admets, à le juger dans sa portée et dans ses intentions, que ceux qui l'auront lu avec la suite et l'attention que j'y ai mises; ce livre est complet: il offre à la fois une esquisse historique du service de santé de l'armée en France, le tableau des institutions qui lui ont servi d'instruments et d'appuis, la série compliquée des ordonnances, règlements, lois, décrets dont se compose notre législation, une discussion lumineuse des principes, motifs et influences diverses qui ont tour à tour dirigé la réglementation nosocomiale et l'organisation de notre personnel, l'investigation ferme et suivie des causes qui ont amené graduellement la situation actuelle, l'appréciation des résultats parfois désastreux, toujours mauvais, qu'ont produits pour l'armée la mobilité et l'arbitraire des régimes subits par les officiers de santé, la réfutation de doctrines administratives qui se sont introduites à la faveur des circonstances, et qui, appliquées au service de santé, ont entraîné sa décadence en destituant les hommes spéciaux de l'initiative et de l'autorité que leur assuraient des décrets antérieurs, la révélation des actes qui ont préparé de longue main le décret du 3 mai 1848, l'examen des bases et de l'esprit de ce décret, une nouvelle réfutation des objections et des difficultés dont on lui a fait cortége à travers l'assemblée constituante; enfin, se reposant sur cette conquête qu'il regarde comme définitive, et rappelant que le vote de l'assemblée constituante, provoqué par M. de Lamoricière, a chargé le conseil d'État, non de remanier le décret du 3 mai, mais d'en assurer promptement l'exécution par la confection d'un règlement complémentaire, l'auteur couronne son œuvre par une série de propositions destinées à fixer les points les plus importants de la réglementation attendue.

Les matériaux immenses, confus, contradictoires, souvent obscurs et tronqués que renferment les archives de la médecine militaire, sont à peu près inconnus de la majorité des officiers de santé de l'armée. M. Gama en a rassemblé les plus importants dans le livre qu'il a écrit depuis sa mise à la retraite; M. Bégin, qui n'a pas attendu ce moment pour écrire et publier le sien, a profité de sa position officielle pour interroger les documents originaux, pour fouiller à toutes les sources, et grâce à des recherches dont le labeur se dérobe sous l'élégance et le courant de la rédaction, mais qui, en raison de leur minutie et de leur multiplicité, constituent une œuvre de véritable codification, chaque officier de santé, chaque élève peut désormais mettre la main, dans un volume de moins de 400 pages, sur tous les détails de la législation antérieure et présente de sa corporation. Par un artifice de composition qui émane d'une pensée d'utilité générale, l'auteur a su encadrer, soit dans l'exposé des faits historiques, soit dans les discussions qu'il applique aux données de chaque époque, la substance des dispositions réglementaires qui président à tous les actes de l'officier

nous l'étions de l'avantage qu'il y aurait toujours à évacuer les intestins. Nous cherchions à obtenir autant que possible ce résultat au moyen de boissons miellées et de lavements répétés; puis, quand les symptômes s'étaient adoucis, nous tentions l'usage de laxatifs salins à petites doses.

Nous n'insisterons pas sur les *dyssenteries*, soit *apyrétiques*, soit *fébriles*; elles n'ont offert dans leurs symptômes ou leur marche aucune particularité digne de remarque. Disons seulement qu'elles ont été plus rares encore que les formes morbides précédentes, et que nous les avons surtout remarquées dans les premiers temps de l'épidémie, au mois de mars, et dans son déclin, vers la fin du mois de juin.

Mais les affections intestinales dont la *constipation* a formé le caractère primordial, quelle qu'ait été leur physionomie ultérieure, méritent qu'on s'y arrête davantage. Habitué qu'on est à ne voir le prodrome du choléra que dans la diarrhée, on attache généralement peu d'importance à l'état contraire; et peut-être, si l'on eût interrogé avec soin, sous ce rapport, les malades qui ont été pris de choléra sans avoir été avertis par la diarrhée, en eût-on trouvé un certain nombre chez lesquels ce signe précurseur aurait été remplacé par une rétention trop prolongée des matières fécales. Or pourquoi la constipation, qui est pour les intestins une cause permanente d'irritation, qui se prête à la résorption de substances putrides, qui est fréquemment, en temps ordinaire, une cause de fièvre, de prostration, d'anorexie, de coliques, etc., ne pourrait-elle pas, comme le dévoiement qu'elle engendre d'ailleurs elle-même, provoquer dans l'organisme un mouvement pathologique susceptible, le génie épidémique aidant, d'aboutir au choléra. Nous sommes autorisé à ces réflexions par plusieurs cas de notre pratique. Des individus pris subitement de crampes, de contorsions des poignets, de flexion permanente des doigts ou des orteils, avec refroidissement général et dépression considérable du pouls, nous ayant déclaré n'avoir pas eu de dévoiement, nous avons poussé l'enquête plus loin et nous avons appris que, bien au contraire, les garde-robes étaient depuis quelque temps plus rares et plus difficiles que de coutume. L'abdomen était en effet tendu, mat au niveau des fosses iliaques, et, si l'on donnait un purgatif, ce à quoi nous ne manquions jamais, on obtenait des garde-robes noirâtres, mélange de liquide bilieux foncé et de fèces durs, secs à l'intérieur. La sortie de ces matières était toujours suivie d'un soulagement durable, et on peut dire le garant de la guérison.

Quant à la forme caractérisée par des *coliques nerveuses*, elle était ce qu'on la voit d'ordinaire aux époques de température élevée où a régné le choléra sporadique, ce que nous l'avons vu particulièrement dans l'été de 1846, si remarquable par l'intensité et la continuité des chaleurs. C'est dans ces cas que l'on pouvait user avec avantage de ce mélange d'éther et de laudanum qui a été si vanté et si employé depuis quelque temps.

Ces diverses formes morbides ont suivi dans ses variations de fréquence et d'intensité l'affection épidémique principale; elles ont donc eu la même relation que cette dernière avec les conditions atmosphériques, et ce que nous avons dit plus haut de cette relation peut leur être appliqué. Nous ajouterons seulement que la forme dont les diverses recrudescences ont été le plus marquées, en même temps que les recrudescences du véritable choléra, est celle qui est caractérisée par la diarrhée séreuse. Or, si l'on remarque que cette nature de diarrhée se lie d'ordinaire aux augmentations rapides et à la prolongation de la chaleur, comme l'attestent nos *revues sanitaires*, ce sera une garantie de plus que les recrudescences de cette affection, en mai et juin, étaient réellement sous l'influence des grandes chaleurs notées aux époques correspondantes. Et, s'il en est ainsi, l'opinion que nous avons soutenue plus haut touchant la même influence sur le choléra proprement dit, y gagne aussi quelque chose; car si une élévation de température multiplie et aggrave les atteintes de cholérine, il est difficile de concevoir qu'elle reste sans action sur les maladies dont la cholérine est le prodrome, c'est-à-dire sur le choléra.

Disons maintenant quelques mots des maladies véritablement intercurrentes, de celles qui ne procédaient pas de la source épidémique, et n'ont pu qu'y puiser certains caractères accidentels et secondaires.

Le premier fait à signaler, c'est la rareté relative de ces affections. Cette proposition paraît être difficile à établir en ce qui concerne le mois de juin et, jusqu'à un certain point, le mois de mai, ces deux mois étant habituellement féconds en affections gastro-intestinales, et le partage ne pouvant être fait d'après des règles sûres entre celles de ces affections imputables à l'influence saisonnière et celles dont il fallait accuser l'influence épidémique; mais en mars et avril, où règnent ordinairement d'autres formes morbides, leur rareté était facile à constater. Nous ne sommes pas à même de fournir des chiffres, mais nous pensons que tout le monde sera d'accord pour reconnaître qu'on rencontrait surtout peu de rhumatismes et d'affections aiguës des voies respiratoires. Et cependant, on l'a vu dans le précédent extrait, et nous le rappelions plus haut, la température n'a commencé à s'élever notablement qu'à la fin d'avril; le mois de mars n'avait guère été plus chaud que le mois de janvier. C'est donc là une vérification particulière d'une loi posée par les épidémistes, à savoir que les épidémies se substituent en grande partie aux maladies habituelles de la saison, qui deviennent plus rares qu'en d'autres temps.

En outre, et c'est un second fait aussi important que le premier, les maladies intercurrentes étaient souvent l'occasion d'attaques de choléra, devant lesquelles s'effaçait l'affection primitive; on l'a remarqué dans tous les hôpitaux. Il semblait que l'organisme, enveloppé de l'atmosphère épidémique, n'attendait qu'un dérangement accidentel, n'importe de quelle nature, n'importe de quel viscère, pour céder à l'action du poison. Dans d'autres cas, l'affection intercurrente continuait à dominer la scène; mais une diarrhée inattendue, des crampes, un abaissement ou une lenteur insolites du pouls, venaient la traverser. C'étaient autant de traits isolés de l'épidémie, décalqués pour ainsi dire sur le fond ordinaire de la maladie.

Antérieurement à l'épidémie, en janvier et février, une bonne partie des affections propres à cette époque de l'année avaient été également remplacées par d'autres affections, non pas précisément cholériformes, mais ayant beaucoup de rapports avec les maladies de printemps et d'été. Ainsi janvier a fourni dans la pratique civile un nombre remarquable de prurigos et d'urticaires. On voyait aussi déjà soit des fièvres synoques simples, soit de légères intermittentes, soit des affections hépatiques. Le nombre en fut plus grand encore dans le mois suivant. Alors les fièvres étaient plus graves et plus durables; elles débutaient quelquefois par un frisson qui était promptement suivi de chaleur et de sueur, ou bien la chaleur s'établissait d'emblée. A partir de ce moment, la fièvre était continue, et tombait graduellement en quelques jours, ou bien elle revenait par accès précédés ou non de légers frissons Ces accès étaient facilement coupés par les antipériodiques; mais si on les abandonnait à eux-mêmes, ils cessaient

---

de santé dans les positions de régiment et d'hôpital, de pratique et d'enseignement, de paix et de guerre; de telle sorte que ce qui semble un livre de haute polémique ou le compendium historique du service de santé, se trouve être en même temps un excellent guide pour l'exercice quotidien des fonctions du médecin militaire à tous les degrés de la hiérarchie; c'est un mauvais tour que l'auteur a joué aux manuels spéciaux qui, réduits aux proportions d'une aride énumération, ne sauraient offrir l'attrait de cette savante combinaison des éléments historiques, critiques et réglementaires.

Un ordre rigoureux était ici la condition absolue de la clarté, tant est grande et confuse l'accumulation des documents officiels de toutes sortes et de tous les temps. M. Bégin l'a dit: il n'est pas une corporation, pas une administration qui ait été tourmentée par une telle diversité de règlements et d'organisations. Quelques grandes divisions ont permis à l'auteur d'utiliser tous les matériaux, d'exposer toutes les phases, toutes les transformations des institutions, d'établir la liaison des faits, d'éviter les redites, de conduire le lecteur à travers le labyrinthe des législations et des règlements, à travers les ruines et les masures de cet édifice mouvant que l'on appelle, sans doute par euphémisme, la constitution du service de santé. L'ouvrage entier se compose de trois parties : le passé qui s'étend de l'origine de ce service jusqu'en 1834, vaste période où deux dates reposent l'esprit : 1792 et 1834, et sont marquées par des résumés qui aident à la mémoire et généralisent les impressions du lecteur; le présent qui est limité de 1834 à 1838; enfin, sous ce titre : l'avenir, M. Bégin formule l'état de la question, et, comme nous l'avons dit, les principes d'une réglementation définitive. Chacune de ces parties comprend des détails historiques, réglementaires et critiques sur l'organisation, le recrutement, la hiérarchie, la subordination, l'assimilation, les retraites assignées au personnel, sur le conseil de santé et l'inspection, sur les écoles du service de santé, sur le service des hôpitaux, sur le service de santé dans les corps de troupes, en campagne, etc. Le retour des mêmes divisions dans les trois parties du livre obligeait l'auteur à une précision et à un complément de détails que l'on ne retrouve nulle part ailleurs; en même temps, il procure aux lecteurs la facilité de suivre l'évolution d'une même institution, la série des modifications successives d'une branche quelconque du service à travers les vicissitudes de l'ancienne monarchie et le tourbillon de nos révolutions. A la fin de chacune des grandes époques qu'il a déterminées dans l'histoire des nos institutions, M. Bégin se replie sur l'ensemble des données qui s'y rapportent, s'applique à en tracer la physionomie générale, à préciser le bien et le mal qu'elle lègue à l'époque suivante. Ces résumés sont écrits de main de maître; ils prêtent au déploiement des meilleures qualités de cette intelligence analytique; et quand il a dressé avec la sévérité de l'historien le triste inventaire des misères et des difficultés qui ont fatigué les générations antérieures, il se tourne aussi vers la science, et il se plaît à lui demander ses irrécusables témoignages en faveur de notre pauvre corps, toujours prêt à oublier sous un rayon de gloire les froides averses de l'humiliation officielle. Alors le chirurgien qui a pratiqué dans les grands hôpitaux, l'écrivain qui a, lui aussi, doré son nom au soleil des consolations intellectuelles, s'anime et s'élève au rhythme littéraire :

« Le service de santé militaire, dont les progrès furent aussi rapides que » ceux d'aucun des autres services de l'armée, fournit, pendant les deux siècles

d'ordinaire spontanément. Nous avons vu des cas où la maladie offrait pendant deux ou trois jours la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde à son début, vertiges, prostration, rougeurs plaquées de la face, diarrhée, etc.; puis tout cet appareil de symptômes disparaissait en quelques jours, ou finissait, comme nous venons de le dire, par de petites intermittences. Dans certains hôpitaux, à la même époque, les services de femmes en couches offraient une fréquence insolite des fièvres puerpérales, des érysipèles chez les nourrices et chez les enfants. Un médecin de l'hôpital Beaujon, M. le docteur Legroux, a même publié une note sur ce sujet. Il va sans dire que les autres affections d'hiver étaient rares en proportion de la fréquence anormale de celles-ci.

Cette physionomie des maladies régnantes, antérieures à l'invasion du choléra, est telle, qu'on est tenté d'y voir, comme dans les affections plus graves que nous signalions au début de cet article, un signe précurseur de l'épidémie. Néanmoins il ne faut pas oublier que la température de janvier et de février avait été élevée pour la saison, qu'elle avait atteint en moyenne le même degré qu'en 1846, et que dans cette année précisément, les mois de janvier et de février avaient été exceptionnellement féconds en fièvres continues et en affections abdominales.

Il ne nous reste plus qu'à faire connaître le mouvement des hôpitaux pendant le premier semestre de 1849. Nous en donnons ici le tableau comme c'est notre habitude, mais en faisant remarquer qu'il n'offre pas cette fois, en raison des circonstances, l'utilité qu'il a pu avoir dans d'autres Revues. Le mouvement spécialement relatif à l'épidémie y est confondu dans le mouvement général; en sorte qu'il est impossible de faire la part proportionnelle du choléra et celle des affections intercurrentes; nous ne le pourrions même pas à l'aide des chiffres publiés par la GAZETTE MÉDICALE sur la marche de l'épidémie, les totaux partiels n'embrassant pas, dans nos tableaux, les mêmes périodes de temps que dans celui ci-après de l'administration, que nous donnons sans commentaire.

TABLEAU DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX PENDANT LES PREMIER ET DEUXIÈME TRIMESTRES DE 1848.

Mois.	Établissements.	Malades existants le 1er du mois.	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Janvier	Hôpitaux.	5,961	6,631	12,592	5,683	619
	Hospices.	10,811	1,101	11,656	789	308
Février	Hôpitaux.	6,290	6,210	12,500	5,658	584
	Hospices.	10,815	1,244	11,844	898	226
Mars	Hôpitaux.	6,258	7,284	13,542	6,680	941
	Hospices.	10,935	1,224	12,159	1,016	455
Avril	Hôpitaux.	5,921	6,805	12,726	5,800	1,182
	Hospices.	10,688	912	11,600	824	749
Mai	Hôpitaux.	5,744	8,183	13,927	6,667	1,825
	Hospices.	10,027	1,158	11,185	884	600
Juin	Hôpitaux.	5,435	9,094	14,529	7,046	2,305
	Hospices.	9,701	1,275	10,976	867	777

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHOLÉRA, extraites des Conférences cliniques de M. le professeur MICHEL LÉVY, médecin en chef au Val-de-Grâce; par M. THOLOZAN, chef de clinique.

(Cinquième article. — Voir les numéros 29, 30, 32 et 33.)

Nous avons indiqué brièvement l'état de la muqueuse intestinale dans le choléra; nous nous sommes appesanti surtout sur les changements organiques qui persistent après la mort. Évidemment nous n'avons pas la pensée d'avoir été complet en ce point; l'étude pure des lésions anatomiques ne donne pas nécessairement la valeur des modifications de l'action organique des tissus. Sous ce rapport, tout est aussi inconnu en pathologie qu'en physiologie, et quand on s'étonne de ce que les sécrétions ou les exhalations sont accrues et altérées à un tel degré, on peut se demander si les conditions physiologiques de ces phénomènes nous sont tellement connues qu'il nous soit plus difficile de comprendre l'état morbide que l'état normal. Un seul phénomène au moins concomitant, s'il n'est point initial, nous est démontré par l'anatomie et l'induction: c'est l'afflux du sang vers les tissus, qui versent ainsi à leur surface cette pluie de matériaux morbides; c'est l'appel sur une surface, et même dans des membranes d'un développement considérable, d'une partie notable de la masse sanguine. Les injections si fines de l'intestin, dans certains cas, démontrent bien cette congestion; mais à défaut, et pour expliquer à la fois les sécrétions intestinales et ces alternatives de pâleur et d'injection de la muqueuse, nous invoquerions les phénomènes qui se passent à la peau. Ceux-là, nous les suivons sous nos yeux. Cette cyanose cutanée qui est sujette à tant de variations nous montre, mieux que tous les raisonnements ne pourraient le faire, l'état de la muqueuse intestinale pendant la vie, et nous explique bien ses phases multipliées et ses aspects divers après la mort. C'est d'elle que dérivent sans doute en grande partie les différentes actions morbides qui se passent dans la peau et qui présentent les plus grandes analogies avec ce qui a lieu dans l'intestin. A côté de la cyanose, il y a en effet, chez les cholériques, augmentation et perversion des sécrétions cutanées; il y a aussi le gonflement des follicules, il y a l'état visqueux, argileux, le derme se pétrit comme une pâte. Dans certains cas, nous avons même remarqué aux mains, aux avant-bras, sous les clavicules, de larges surfaces où la peau était entièrement *macérée*, le plus souvent blanche, pâle et ridée. L'épiderme en était irrégulièrement épaissi, comme chagriné; quelquefois on y remarquait quelques sudamina translucides. Ce symptôme, rencontré ordinairement dans les cas graves, s'est montré quelquefois dans des cas heureux. Cette peau, qui semblait si altérée, reprenait alors son aspect ordinaire et toutes ses propriétés physiques normales.

GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES.

A côté de la muqueuse intestinale, il faut placer les glandes du mésentère, qui ont des connexions si nombreuses avec cette membrane. Dans les cas algides, 16 fois elles ont été légèrement tuméfiées, 12 fois elles

---

» que nous venons de parcourir, des hommes dont les noms sont glorieusement inscrits dans les fastes de l'humanité pour leurs services, et dans ceux » de la science pour leurs travaux. Parmi eux, nous citerons, en première » ligne, Ambroise Paré, qui fut non-seulement le père de la chirurgie française, » mais le rénovateur de la chirurgie scientifique dans les temps modernes: » homme de sens, de raison et de savoir, qui puisa dans les armées les matériaux de sa vaste expérience, et dont l'entrée dans Metz assiégée ranima les » courages et contribua au succès de la défense. Après Ambroise Paré, la » chirurgie acquit dans les camps français une considération qui rejaillit, aux » siècles suivants, sur la chirurgie des cités: et c'est des armées, où, chez les » anciens, la médecine avait pris naissance, que sortirent les Lapeyronie et les » autres chirurgiens qui réintégrèrent leur art et l'élevèrent au rang dont de sots » préjugés l'avaient fait descendre. J.-L. Petit, l'esprit le plus ferme, l'observateur le plus exact, le praticien le plus judicieux du dix-huitième siècle, » avait été, à 18 ans, chirurgien militaire, et n'avait quitté le poste de chirurgien en chef de l'hôpital de Tournay que pour devenir le précurseur de » l'Académie de chirurgie. Louis, le législateur de cette Académie, l'émule de » Vicq-d'Azyr, était élève de l'hôpital militaire de Metz, dont son père était chirurgien-major; il occupait une place de chirurgien-major d'un régiment, » lorsque Lapeyronie l'appela pour lui ouvrir une carrière plus digne de son » génie. Lapeyronie lui-même, un des fondateurs de l'Académie de chirurgie, » honoré et estimé entre tous par les hommes les plus considérables de son époque, et qui consacra sa fortune presque entière aux établissements d'enseignement de la chirurgie, Lapeyronie avait été chirurgien-major de l'armée, » puis chirurgien-major des chevau-légers de la garde, et chirurgien-major de » la Charité. A cette époque, et pendant toute la durée du dix-huitième siècle, » la chirurgie française a été, sans aucune opposition, la première chirurgie de » l'Europe, et la chirurgie française était en grande partie la chirurgie de nos » armées. Après les noms que nous venons de citer, il suffira de rappeler ceux » de Ledran, de Morand, de Bagieu, de Dufouart, de Ravaton, de Garengeot, » de Levacher, de Saucerotte, de Belloste, qui brillèrent dans l'Académie et » l'aidèrent efficacement à fixer la science, et à lui imprimer l'impulsion d'où » sont dérivés ses progrès ultérieurs. Dans nos villes de garnison, et même » dans nos campagnes, la tradition de l'habileté des anciens chirurgiens-majors » des régiments est encore vivante, et l'on y conserve le souvenir de leurs lumières et de leur désintéressement, autant que celui des services qu'ils ont » rendus.

» Parmi les médecins, les noms de Chapelain et de Castellan sont restés pendant longtemps populaires dans l'armée. « Tous deux amis, tous deux savants, tous deux comblés des bienfaits de la cour et des généraux, ils ne » quittèrent jamais les troupes. On aurait dit qu'ils n'avaient l'un et l'autre » qu'une âme. Frappés tous deux de la peste qui désola le camp de Saint-Jean-d'Angely, en 1569, ils perdirent la vie au même jour et presque à la même » heure. » Plus tard, on trouve au nombre des médecins militaires Renauldin, » inspecteur des hôpitaux du Roussillon; Menuret, collaborateur de l'ENCYCLOPÉDIE; Lebègue de Presle, traducteur de l'ouvrage de Monro, qu'il enrichit » de recherches étendues sur l'administration des hôpitaux et les moyens de » conserver la santé du soldat; Richard de Hautesierck, rédacteur des premiers

étaient à la fois ramollies et plus volumineuses, 10 fois leur état n'a point été noté (total, 38 cas). Dans les cas avec ou sans réaction, au nombre de 22, 8 fois ces ganglions avaient très-légèrement augmenté de volume, 6 fois ils étaient en même temps ramollis et tuméfiés, 8 fois leur état n'a point été noté. — Chez quelques sujets obèses, dont le mésentère était chargé de graisse, jamais nous n'avons trouvé ces organes altérés. Dans le tiers des cas à peu près, les ganglions tuméfiés ou ramollis étaient entièrement jaunâtres; dans les autres cas, ils présentaient un mélange de portions jaunâtres et rougeâtres. Tantôt l'injection siégeait au centre, tantôt à la périphérie. Dans les cas les plus prononcés, ils étaient seulement doublés de volume, leur tissu, en s'écrasant par la pression laissait suinter une matière jaunâtre ou blanchâtre demi-liquide.

Ces lésions, que nous avons mentionnées pour tenir compte de toutes les déviations de l'état normal, sont, en somme, très-peu prononcées; jamais ces ganglions n'arrivent à présenter le volume et le ramollissement qu'ils offrent dans la fièvre typhoïde, et tout démontre que les altérations que nous avons notées ici sont très-secondaires.

RATE.

Il en est de même de la rate, organe qui se rapproche beaucoup des ganglions par ses fonctions, et qui, dans certaines maladies générales, la fièvre typhoïde, par exemple, présente une série d'altérations, parallèles à celles des ganglions mésentériques. Dans les cas algides, 24 fois la rate était augmentée notablement de volume, 17 fois un peu ramollie en même temps, 6 fois était parsemée d'un tacheté ecchymotique rouge-brun, 3 fois elle présentait des noyaux apoplectiques. Dans les 22 cas à durée plus longue, 7 fois elle était augmentée de volume, 8 fois simplement ramollie, 5 fois ecchymosée à l'intérieur, dans les différents cas.

L'augmentation de volume, bornée dans la majorité des cas à un accroissement de moitié, s'élevait quelquefois jusqu'au double du volume normal. Le ramollissement était rarement très-prononcé; la teinte du tissu était rougeâtre presque constamment. Il ne faut point oublier de noter, à côté de ces lésions, que la rate présentait, dans un tiers des cas au moins, des adhérences à sa face convexe, des cartilaginifications ou des épaississements de la capsule. En outre, cette membrane était flasque et ridée dans la plupart des cas, avec augmentation de volume, fait important à considérer, car il exclut totalement l'idée d'une turgescence de cet organe, non admissible d'ailleurs avec la teinte rougeâtre et la forme aplatie de l'état physiologique.

Le piqueté ecchymotique a été rarement général, le plus souvent par places, aussi abondant antérieurement que postérieurement.

Les noyaux apoplectiques siégeant ordinairement au voisinage de la capsule et visibles même à travers cette membrane sont d'un rouge-brun, durs, compactes, peu nombreux, du volume d'une noisette à celui d'un pois. Quelquefois ces apoplexies par infiltration se fondent insensiblement dans les tissus voisins; d'autres fois elles sont brusquement délimitées. Au premier aspect, on dirait une altération ancienne, à cause de la densité et de la résistance plus grande du tissu. Une seule fois une rate de 12 centimètres de long sur 7 de large, présentait de 15 à 20 foyers apoplectiques; dans le même cas, on remarquait vers le milieu de la face concave un groupe de petites ecchymoses d'un rouge brun de 1 à 2 millimètres de diamètre.

D'après la marche que nous suivons, on voit que nous comptons comme lésions propres au choléra même les altérations qui ne se présentent que très-rarement, lorsque ces altérations ont une communauté d'origine avec celles que nous avons rencontrées fréquemment dans d'autres organes. Cette manière d'agir nous semble rigoureuse, elle permet mieux que toute autre les vues d'ensemble sur les altérations anatomiques; et dans l'étude des détails, elle facilite, par la comparaison et le rapprochement de l'état des divers organes, l'interprétation des lésions et de leur mode de développement. Nous verrons du reste bientôt combien ces infiltrations sanguines, ces ecchymoses, ces apoplexies sont importantes à considérer partout, puisqu'elles se produisent dans les centres nerveux, de même que, dans les poumons, le foie et dans la trame lâche et aréolaire de la rate. En ce moment, nous nous bornerons à remarquer un fait que dans aucun autre organe on ne peut mieux apprécier que dans la rate, c'est la coïncidence de ces hypérémies locales avec l'absence de toute congestion générale. La combinaison ou l'infiltration du sang dans les tissus se fait donc dans le choléra au moins, non pas sous l'influence de la circulation centrale, mais en vertu d'une action toute locale du sang, des capillaires et des tissus eux-mêmes.

FOIE.

Le *foie* est congestionné à des degrés si divers dans un grand nombre d'affections, les altérations de cet organe présentent tant d'obscurité et sont si peu étudiées dans les affections les plus connues, qu'il est difficile de faire la part du choléra dans les lésions que nous allons décrire. Nous allons cependant les exposer avec tous les détails que comporte l'étude complète d'une maladie dont les effets sont aussi variés et aussi nombreux. — Dans 38 cas algides nous avons trouvé que le foie était congestionné d'une manière notable 25 fois; ramolli dans toute son étendue 4 fois; 9 fois il présentait un piqueté rouge brun comme ecchymotique. Sur 22 cas avec ou sans réaction, 14 fois il était congestionné, 4 fois ramolli. Dans tous les cas ces lésions étaient plus prononcées à droite et en arrière; presque constamment il y avait dans cette région une injection et un ramollissement marqués; le piqueté rouge brun y était plus étendu et plus confluent. Nous y avons rencontré 3 fois des lobules apoplectiques d'un centimètre d'étendue; ils étaient d'un rouge foncé, situés à la surface du foie dans l'épaisseur duquel ils pénétraient. Le tissu hépatique, devenu friable en ce point, disparaissait sous la plus légère pression et laissait à nu une vacuole arrondie à parois tomenteuses. Ces noyaux rencontrés si rarement n'ont jamais été au delà du nombre de deux ou trois à la fois.

A côté de cette altération vient celle que nous avons désignée sous le nom de piqueté rouge brun. Dans beaucoup de cas on apercevait à la face convexe du foie, quelquefois à la face concave, des arborisations d'un rouge brun à rameaux gros et courts, formant avec les espaces non injectés compris entre leurs anastomoses un dessin de mosaïque assez régulier. Quelquefois presque toute la face convexe offrait cet aspect; 12 fois sur 60 cas, ces arborescences presque ecchymotiques étaient disposées par bandes parallèles à la direction des côtes, dans l'intervalle desquelles elles se développaient, tandis que les parties situées contre la face interne des côtes étaient pâles ou moins injectées. Dans les 9 cas de piqueté rouge brun ces injections, au lieu de se relier entre elles par des anastomoses, formaient un pointillé à gros grains isolés. Souvent nous avons rencontré en même temps des étoiles vasculaires à stries volumineuses. En pénétrant dans le tissu hépatique on voyait les mêmes dispositions anatomiques,

---

» volumes des MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE; Colombier, émule des Van » Swieten, des Pringle et des Monro, à qui l'armée et la science sont redevables » d'un code de médecine militaire, d'un traité d'hygiène militaire, et enfin d'un » traité général de médecine militaire, ouvrages remarquables par l'exactitude » des observations et la sagesse des préceptes; Dehorne, qui rédigea la pre- » mière collection du JOURNAL DE MÉDECINE MILITAIRE, avec l'approbation et » les encouragements de l'Académie; Simon Vacher, médecin des hôpitaux » militaires de la Corse, auteur d'un excellent travail sur les eaux minérales de » cette contrée, et membre distingué de l'Université de Besançon; Thion de » la Chaume, qui rendit d'éminents services pendant l'expédition de l'île de » Minorque et le siége de Gibraltar, plusieurs fois couronné par la Société » royale de médecine; les Lorentz, qui ont fourni à l'armée trois générations de » médecins, tous remarquables par leur habileté et recommandables par leurs » écrits. Enfin, pour ne pas pousser plus loin cette énumération, il suffira de » rapporter que c'est à l'école de la médecine des armées, ainsi que le fait » remarquer avec raison le respectable Coste, déjà célèbre lui-même, que s'é- » taient formés Dumoulin, Senac, Baron, Helvétius et tant d'autres, que leur » réputation a élevés au premier rang de la pratique et de la science. Enfin, le » service de santé militaire attirait alors les hommes les plus distingués de Pa- » ris : Vicq-d'Azyr, Desault, Pelletan, Doublet, Lassone, tinrent à honneur » d'être associés à ses travaux.

» La pharmacie, dont les entraves n'étaient pas rompues, et qui entrevoyait à » peine son émancipation, ne comptait dans toute l'armée que quatre apothi- » caires-majors; mais elle se préparait à entrer dans la carrière, et commençait » à s'enorgueillir de Bayen et de Parmentier. »

Chemin faisant, M. Bégin laisse tomber les axiomes qui résument son expérience personnelle, les aperçus auxquels se complait sa pensée de réorganisation, parfois des saillies de fine logique contre les utopistes et les faiseurs, gent contre laquelle il ne déguise point sa robuste antipathie; mais jamais rien qui ressemble, nous ne disons pas à l'injure, mais à l'aggression. Esprit positif et pratique, il réfute les erreurs, il met à nu l'infirmité des projets qui se sont heurtés en foule; mais il évite, avec un soin visible et persévérant, tout ce qui pourrait rappeler les habitudes de polémique, justement reprochées à plus d'un d'officier de santé. Comme la brochure Cerfbeer, son livre prouve que l'on peut combattre avec succès les thèses et les prétentions des administrateurs, sans violer les égards dus à l'éducation, à la distinction personnelle, au rang, au caractère, aux sentiments privés; encore moins a-t-il laissé percer à travers les événements qu'il raconte et les discussions qu'il soulève, les linéaments de son individualité. Prodigue de mentions, heureux de faire retentir des noms honorables pour la profession, il n'oublie que le sien; et si d'autres plumes ne prennent souci de ses droits à la reconnaissance du corps médical de l'armée, celui-ci pourra en ignorer une ample portion, ou même s'ouvrir de temps en temps à ces courants délétères que l'injustice ou l'envie font naître et propagent dans l'atmosphère morale des masses. Chirurgien, ayant le vif amour de sa spécialité, et peut-être convaincu de sa prévalence, M. Bégin a su parler dignement, et de la médecine et de la pharmacie. Dans un livre destiné à concourir au succès d'une cause commune, il n'a pas cru devoir renouveler une puérile tradition de jalousie et de rivalité; et quand il s'arrête un instant sur les conditions d'infériorité que des règlements anciens im-

mais moins prononcées que sous la capsule. 10 fois sur 60 cas le péritoine présentait à la face convexe des traces d'un travail phlegmasique ancien; 3 fois c'étaient des cartilaginifications par plaques ou par noyaux qui atteignaient de 1 à 2 millimètres d'épaisseur; 2 fois des adhérences presque générales avec le diaphragme, 5 fois l'état blanchâtre de la séreuse, simple ou dépoli, ou avec lacis et réseau celluleux. Dans tous ces cas le tissu du foie était peu injecté, jaunâtre, très-dense.

Les surfaces des différentes coupes du tissu étaient ordinairement jaunâtres ou peu colorées à gauche, rougeâtres ou d'un rouge vineux uniformément ou par places dans les autres parties de l'organe. La pression faisait écouler des gros vaisseaux un sang rougeâtre ou rouge foncé toujours liquide; le sang ne sortait demi-liquide et rouge brun que des parties où le piqueté isolé ou arborescent dont nous avons parlé était presque confluent. 3 fois sur 75 autopsies nous avons trouvé le péritoine soulevé à la manière d'une phlyctène, par du sang liquide rougeâtre.

Si nous comparons maintenant les données fournies par les lésions du foie, centre de la circulation abdominale, à celles que nous ont présentées les poumons, centre de la circulation générale, nous sommes frappé de l'intensité différente des lésions anatomiques de ces viscères. De ces deux systèmes capillaires si importants, alimentés l'un par le sang qui a déjà fourni la matière des exhalations et sécrétions intestinales, l'autre par celui qui revient de toute l'économie où les phénomènes de déperdition d'eau et d'autres principes ne sont ni très-prononcés ni même visibles le plus souvent; c'est le dernier qui présente les altérations les plus marquées du sang en rapport avec des lésions de tissu bien avancées. — Comment concilier ce fait avec l'opinion de ceux qui prétendent que la modification du sang est engendrée par le fait même des exhalations intestinales? comment comprendre, dans cette hypothèse, que le sang de la veine-porte et du foie, qui devrait être le premier modifié et le plus profondément altéré, le soit à un degré moins prononcé, quant aux propriétés physiques au moins, que celui qui s'écoule des poumons, du cœur et des gros troncs vasculaires? — Ces questions ne sauraient être décidées qu'après l'analyse comparative du sang provenant des différents tissus. Nous n'essayerons donc pas de les juger ici; il nous suffira d'avoir posé le problème et d'avoir inscrit un doute de plus dans cette question délicate et encore litigieuse de l'évolution pathologique du choléra.

Mais si nos recherches sont insuffisantes en ce point pour ce qui a trait à la théorie générale de cette affection, elles mettent sur la voie des particularités cliniques et des épiphénomènes qui sont loin d'avoir été bien appréciés à leur juste valeur et qui ressortent avec un chiffre de fréquence bien notable de l'observation clinique faite au Val-de-Grâce à toutes les périodes de l'épidémie et sur un nombre considérable de malades: nous voulons parler des ictères liés bien évidemment aux congestions du foie que nous avons décrites, et qu'une interprétation clinique aussi vraie qu'ingénieuse tend à faire considérer comme un phénomène critique. Constamment les cas de choléra qui ont offert l'ictère, se sont terminés d'une manière heureuse, à ce point que M. Lévy a pu formuler avec vérité cet axiome pratique: dans le choléra, qui jaunit guérit. Nous pouvons déjà voir quel rôle joue dans le choléra la congestion des organes, quels caractères particuliers elle affecte, depuis ceux que nous avons décrits dans les poumons jusqu'à ceux qui nous échappent en partie dans l'intestin. Cette réplétion des capillaires avec simple engouement qui suffit, si elle persiste, à anéantir la vie en arrêtant partout les fonctions des organes, rend parfaitement compte, quand elle vient à cesser rapidement comme cela arrive souvent à la suite de modifications générales inconnues, des retours si brusques à l'état de santé qui s'opèrent dans le choléra. Ces alternatives presque incroyables par leur rapidité de l'état de santé à l'état de maladie, et réciproquement de l'état de maladie à l'état de santé, ne sont possibles que dans les cas et dans les affections où la texture des organes n'est point altérée profondément. Sous ce rapport le choléra fournit à l'étude clinique les plus utiles enseignements. On voit en effet dans cette affection, plus que dans aucune autre peut-être, les phénomènes critiques les plus tranchés accompagner ces retours à la santé. Nous venons de parler de l'ictère dont la production est sans doute intimement liée au rétablissement de la circulation capillaire du foie; rappelons ici en même temps, on n'y saurait trop insister, les crises par les sueurs et par les urines qui ont été mises hors de doute et complétement appréciées au Val-de-Grâce, symptômes qui reconnaissent une origine analogue, car ils coïncident tous avec l'acheminement graduel du sang dans les réseaux capillaires congestionnés et engoués.

REINS.

Les reins, congestionnés 25 fois d'une manière très-prononcée dans la période algide et 16 fois dans les autres cas, ont présenté 3 fois dans la période torpide l'augmentation de volume de la substance corticale avec état jaunâtre. Les calices et le bassinet étaient injectés dans presque tous les cas; rarement ils étaient ecchymosés. La substance tubuleuse et mamelonnée, d'un rouge brun presque noirâtre, surtout dans quelques cas torpides, laissait échapper à l'extrémité des cônes une matière jaunâtre ou blanchâtre, muqueuse, quelquefois comme purulente. Cette substance demi-liquide, qui est moins abondante et plus claire à l'état normal, se retrouvait dans les calices, le bassinet, l'uretère et la vessie; elle avait des degrés de consistance et des aspects très-divers. En exprimant les mamelons, 5 ou 6 fois au moins dans la période de réaction, nous avons fait sortir, avec cette matière urineuse trouble, des gouttelettes très-fines jaunâtres, huileuses, qui nageaient à la surface du liquide.

La congestion de la substance corticale mériterait surtout une étude particulière; voici les renseignements que nous fournissent à ce sujet nos observations les plus récentes. Dans la période algide et quelquefois même dans la période torpide, point d'augmentation de volume très-notable, consistance généralement un peu diminuée. A travers la capsule se dessinent, surtout à la face postérieure, des arborescences nombreuses d'un rouge noirâtre; quelquefois des portions entières sont d'un bleu ardoisé ou d'un noir indigo. En coupant la substance corticale par des tranches parallèles à la surface, il se présente un piqueté à gros grains très-abondant d'où l'on fait suinter du sang noir par la pression. Les coupes perpendiculaires sont parcourues du dedans au dehors par de grosses lignes vasculaires parallèles et rapprochées l'une de l'autre, striées elles-mêmes transversalement. Entre la substance corticale et la tubuleuse, des bouches vasculaires abondantes fournissaient un sang noir épais.

Ces altérations, comparativement bien plus prononcées que celles que nous avons rencontrées dans le foie, sont-elles la cause de la cessation de la sécrétion urineuse? Nous le pensons à cause de l'engouement et de la stase sanguine des capillaires. La même cause persistant en totalité ou en partie rend compte du passage de l'albumine dans les urines, phénomène si constant qu'il doit même avoir lieu dans des cas nombreux sous l'influence de congestions légères.

---

posaient à la chirurgie, c'est pour tirer de ces préventions éteintes quelques réflexions élevées sur l'égalité des travaux scientifiques et des services rendus. La gravité, la dignité calme sont le cachet de son livre, et le corroborant de sa dialectique.

En le publiant à la suite des élucubrations inspirées par le même sujet, M. Bégin semble avoir voulu répondre à deux indications principales: 1° Apporter une lumière de souveraine compétence aux délibérations du conseil d'État sur un projet de loi qui lui est soumis actuellement, et qui doit remplacer le décret du 3 mai. On se récriera contre l'étendue du plaidoyer; mais il est écrit, il prête à une lecture rapide; l'intelligence de ceux auxquels il s'adresse saura glisser sur quelques parties dépourvues d'actualité, et s'attacher à la charpente logique, qui est d'une rare vigueur; d'ailleurs justice oblige, et puisqu'il s'agit de statuer sur le sort de 1,400 officiers de santé, comment supposer que les arbitres de ce litige de vie collective se dispenseront de lire les pièces du dossier? — 2° Substituer aux écrits disparates, incomplets, déclamatoires, personnels, mal coordonnés et surtout dénués de doctrine qui composent, à peu d'exceptions près, notre bibliothèque apologétique, un résumé substantiel, exact, complet, raisonné de tous les éléments de notre long procès, de tous les griefs de notre corps, de tous les titres et arguments qui militent pour notre cause, de tous les principes qui doivent gouverner l'organisation et la direction du service de santé de l'armée. Ce que Bailyet, et plus récemment M. Vauchelle, ont fait pour l'intendance, à l'aide de leurs fermes et laconiques écrits, M. Bégin a voulu le tenter en faveur du corps médical de l'armée. Il a exposé la doctrine historique de son service, ses raisons d'être dans l'armée; il s'est efforcé d'établir la jurisprudence de ses droits, la légitimité de ses revendications: en un mot, il a montré dans le décret du 3 mai, non un accident, non une largesse de révolution, mais le produit nécessaire d'une longue élaboration par les événements et par l'expérience des régimes antérieurs: c'est ce que je proclamais moi-même dans l'exorde du discours que j'ai eu l'honneur de prononcer au Val-de-Grâce, à la distribution des prix de 1848. Alors une jeunesse, mal inspirée par la vanité des circonstances, appelait le décret du 3 mai, sa conquête propre, et en faisait octroi à notre corps, énervant ainsi la loi nouvelle avant le jour de son application.

Il est impossible de défendre avec plus de raison, de force et de convenance, les principes essentiels de la réorganisation. Il faudrait citer des chapitres entiers, comme exemples de cette argumentation serrée, progressive, irrésistible; il faudrait transcrire les passages où l'auteur s'élève contre l'immixtion de fonctionnaires étrangers dans l'appréciation du personnel médical, où il montre les officiers de santé privés « de la dignité et de l'initiative qui sont la vie et la récompense des hommes de science qui se dévouent au service du pays et au soulagement de leurs semblables » (p. 321 et suiv.), ceux où il fait ressortir leur besoin d'indépendance pour l'exercice de fonctions qui réagissent sur les intérêts les plus importants des personnes, des familles, du trésor public, etc.

Il nous reste à prouver aux lecteurs le désintéressement et l'impartialité des éloges que nous accordons au livre de M. Bégin. Ce livre nous a froissé dans la fibre de l'amitié et dans celle de notre juste amour-propre; double et grave reproche; nous sentons bien qu'il faut le justifier: ce qui va être fait catégoriquement.

1° Parmi les publications qui ont pour objet la défense du corps médico-mili-

Une altération bien autrement importante que nous avons rencontrée rarement est l'augmentation de la substance corticale avec transformation jaunâtre. Dans un cas torpide de six jours de durée où cette lésion était bien dessinée, voici l'état que présentaient les reins : à la surface, arborisations très-fines, étoilées, avec piqueté ecchymotique sur un fond d'un jaune clair. Sur la coupe, séparation tranchée des deux substances. La substance corticale pâle, jaunâtre, notablement tuméfiée, s'insinue entre ces cônes, d'un rouge brun, presque ecchymotiques. Les mamelons sont noirs et laissent écouler par la pression une matière demi-liquide, jaunâtre, abondante, accompagnée de gouttelettes huileuses.

C'est là sans doute une des phases les mieux caractérisées de la néphrite albumineuse. On voit avec quelle rapidité, sous l'influence des congestions cholériques, ont lieu ces transformations des tissus dans les parenchymes les plus compactes, transformations dont le mécanisme nous est complétement inconnu, car nous ne savons point comment elles procèdent de l'hypérémie que nous remarquons au début. Cette hypérémie très-prononcée, avec cessation de la sécrétion urinaire ou avec albumine dans les urines, voilà les caractères des altérations primitives des reins chez les cholériques. A côté de ces lésions initiales, nous ne doutons point que puissent naître et progresser dans la convalescence toutes les altérations propres à la maladie de Bright. On voit là un des points de contact du choléra avec un grand nombre d'affections diverses, et plus particulièrement avec les fièvres éruptives. On y voit la démonstration anatomique d'un fait nouvellement acquis à l'histoire du choléra, l'albuminurie cholérique constatée au Val-de-Grâce 511 fois sur 697 cas; découverte importante au point de vue clinique et physiologique, et due en premier lieu à M. le professeur Lévy. On y trouve l'explication de la suppression complète des urines, observée 149 fois sur 697 cas, et de la polyurie, qui s'est montrée 111 fois sur le même chiffre de malades.

PHARMACOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

EXPÉRIENCES SUR L'ACIDE CYANHYDRIQUE CONSIDÉRÉ COMME ASTRINGENT DIFFUSIBLE; par M. le professeur Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Monsieur et excellent confrère,

Vous avez bien voulu insérer dans votre journal les conclusions d'un travail sur l'acide prussique qui est en ce moment soumis à l'examen de l'Académie des sciences.

Comme ces conclusions s'éloignent beaucoup des idées généralement admises en thérapeutique sur cet acide, je crois devoir, sans m'écarter du respect dû à mes juges, vous prier de donner à vos lecteurs connaissance des expériences sur lesquelles j'ai appuyé mon opinion relativement à ce médicament, que je regarde comme un énergique *astringent diffusible*.

La première objection que j'eusse faite moi-même, en voyant poser cette assertion, eût été tirée de la rapidité foudroyante qui caractérise l'action de l'acide cyanhydrique. Mais ce que l'on ne sait pas, c'est que cette rapidité tient au mode d'application de l'acide à l'économie. La mort n'a lieu rapidement que lorsque les vapeurs de l'acide pénètrent dans les voies pulmonaires. Coullon avait déjà démontré que cet acide, appliqué sur la peau, était à peu près inoffensif. Les expériences de Krimer ont montré que cet acide, porté avec précaution dans une plaie faite au cerveau ou à la moelle épinière, ne produisait pas non plus l'empoisonnement. J'ai, je crois, obtenu une démonstration plus rigoureuse en adaptant une sonde à la trachée-artère d'un lapin : alors l'acide, qui tuerait inévitablement, peut être placé en quantité même plus considérable sur l'œil, dans les narines, dans la bouche de l'animal, sans que l'empoisonnement se manifeste.

Mais que l'on mette une seule goutte d'acide à l'orifice de la sonde, cet acide, entraîné par l'air respiré, va immédiatement influencer le poumon, et la mort a lieu.

Cette expérience et toutes celles que je citerai dans ce travail ont été exécutées par M. Michel, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg. Le savoir et l'habileté de cet excellent collaborateur m'ont été du plus grand secours.

Le poumon, cet organe si vasculaire, est donc l'organe de transmission de ce poison. Il reste maintenant à prouver que cet acide agit sur la circulation plutôt que sur le système nerveux. Voici une première induction : l'état pléthorique, ainsi que l'a démontré si incontestablement M. Magendie, retarde l'action des substances toxiques; or j'ai fait naître cet état pléthorique en liant l'aorte ventrale, et j'ai vu, en variant ce genre d'expériences sur un grand nombre d'animaux, que plus la ligature était portée en haut, vers le cœur, entre les piliers du diaphragme, plus l'empoisonnement était retardé. Je me suis presque toujours servi, pour produire l'empoisonnement, de l'inhalation des vapeurs d'eau, 10 à 12 grammes, auxquels j'ajoutais 5 à 10 gouttes au plus d'acide dit médicinal. Au bout de 8 à 10 inspirations l'empoisonnement se déclare.

Cet acide, une fois arrivé dans le système circulatoire, détermine une astriction qui offre un double caractère, selon le moment où on l'observe. La première impression consiste à pousser vivement le sang dans les capillaires artériels, et de là dans les capillaires qui forment les racines de l'arbre veineux. Ainsi, empoisonnez par inhalation cyanhydrique un lapin auquel on a fait une plaie saignante, on voit le sang devenir vermeil au moment où l'empoisonnement débute; la seconde impression est l'astriction, et, en définitive, l'occlusion complète des dernières divisions artérielles.

On peut s'en assurer de la manière suivante : on éventre un lapin, on fait plonger son paquet intestinal dans un bocal en verre contenant de l'eau tiède; on peut suivre sur diverses portions du mésentère et des intestins le mouvement circulatoire avec la plus grande facilité. Lorsqu'on s'est bien assuré de l'état des parties sous ce rapport, on fait respirer à l'animal des vapeurs d'eau contenant de l'acide : la première impression est, comme je l'ai dit, la rutilation et la turgescence des capillaires des deux ordres, mais un instant après, l'action astrictive étant accrue, on voit la circulation cesser dans les dernières divisions artérielles, les capillaires s'affaissent, se décolorent, tandis que les gros troncs artériels deviennent plus pleins, et l'animal venant à mourir, on trouve le cœur, l'aorte et les grosses divisions gorgées par le sang qui n'a plus été admis à franchir les capillaires.

Ce phénomène d'astriction n'est pas borné aux capillaires, les gros vaisseaux et le cœur lui-même se resserrent, durcissent. On peut démontrer ce fait, pour le cœur au moins, de différentes manières : ainsi en injectant de l'acide cyanhydrique médicinal par la carotide, ou en faisant arriver cet acide au cœur par l'aorte ventrale, ou bien par la simple injection dans le péricarde. Mais de tous ces moyens, celui qui produit les effets le moins contestables consiste à injecter l'acide par la trachée-artère : l'animal fait encore un certain nombre d'inspirations et il se sécrète, au moment même

---

taire, il n'en est aucune qui ait plus remué ce corps et l'administration elle-même que la brochure de mon ami le colonel Cerfbeer. Quelques éclaircissements sur l'origine de ce mémorable opuscule trouvent ici leur place. Sous le ministère du général Schneider, son chef de cabinet, M. Cerfbeer, eut la pensée d'aider à l'émancipation des officiers de santé; elle fut accueillie par le ministre, qui demanda au directeur de l'administration un résumé succinct de toutes les législations et réglementations antérieures du service de santé. Ce travail me fut communiqué, et à mon tour je le prêtai à M. Gama, qui en a profité pour la rédaction d'une partie de son livre. Un lieutenant général reçut en dépôt tous les documents relatifs à la question, avec mission de préparer un projet de loi. La chute du ministère mit fin à cette pensée de réparation, à peine ébauchée. Secrétaire du comité d'infanterie, député, M. Cerfbeer n'y renonça point; il avait vu de près, à l'armée, les imperfections du service médical et les tribulations des officiers de santé; il se sentait comme engagé envers eux. L'avénement au ministère du digne et loyal M. Trézel lui parut une occasion favorable, et M. Bégin n'ignore pas comment fut préparée et résolue la publication de la brochure; quelle impression profonde elle produisit et dans notre corps, et dans l'armée, et dans le sein du gouvernement, tout le monde le sait. M. Trézel la lut deux fois; le duc de Nemours la lut et en déclara hautement sa satisfaction à M. Cerfbeer en plein comité d'infanterie, dont tous les généraux s'associèrent aux félicitations du prince. Hélas! le décret du 3 mai n'a point obtenu même succès auprès des généraux!... Trois réfutations parurent successivement, mais quelles réfutations? L'une signée par un soi-disant officier d'administration, la seconde de M. l'intendant Deniée, la troisième avec supplément par M. l'intendant Paris. Le ministre, qui avait reçu précédemment un mémoire excellent du conseil de santé, sans paraître y donner suite, fut ébranlé par la brochure de M. Cerfbeer, et il lui annonça la nomination prochaine d'une commission. Puis éclata le 24 février..... qui n'arrêta point la polémique soulevée par la brochure Cerfbeer; et celle-ci continua de propager l'évangile de nos droits.

En somme, cette publication eut deux mérites qui ont manqué à toute autre : d'abord elle fit cesser les dissidences des officiers de santé en posant nettement la question, et elle fortifia leur cause par l'unité de vues; secondement, elle jeta l'émotion en haut lieu et dans la conscience du ministre : le système des ajournements avait reçu le coup mortel.

Cela dit, nous apprendrons aux lecteurs que M. Bégin a cru payer la dette de l'histoire à M. le colonel Cerfbeer par une mention banale de trois ou quatre lignes à la suite de je ne sais quelles élucubrations dont M. Bégin a trouvé piquant de dresser le nécrologe.

2° Après février, l'auteur de cet article a publié des REMARQUES SUR L'ORGANISATION PROJETÉE; encore ici quelques mots d'éclaircissements qui auront de l'intérêt. J'avais eu connaissance du projet de décret du 3 mai; il s'y trouvait une clause fatale, introduite sur les instances d'un général, laquelle maintenait à notre égard la loi du 11 juillet 1831 sur les retraites; cette loi est une loi d'inégalité et d'exception pour le corps médical; elle lui refuse l'assimilation, elle le traite avec une infériorité non méritée; M. Bégin a soin de faire ressortir cela aujourd'hui dans son excellent livre; la sauvegarder dans le décret de notre réorganisation, c'était frapper de nullité implicite le principe même de notre assimilation, c'était renoncer au droit commun. J'écrivis alors ces REMAR-

de l'injection, une écume sanguinolente qui s'échappe en abondance par la bouche et par les narines. A l'autopsie, on trouve les poumons excessivement distendus par ces mucosités; le cœur, fortement tendu, extrêmement durci, est dressé sur ses attaches; les ventricules ont la forme d'un gland de chêne; les oreillettes, également distendues et durcies, sont séparées des ventricules par un sillon très-profond. Je ne puis comparer cette sorte d'érection qu'à l'effet produit par l'injection du chloroforme dans l'artère d'un membre. Mes recherches ont démontré que, dans ce cas, le système vasculaire devenait d'une dureté extraordinaire.

Le même phénomène a lieu lorsque l'on applique l'acide au cœur d'un animal mort récemment. Que l'on plonge le cœur d'un animal tué par un moyen traumatique dans de l'acide cyanhydrique étendu d'eau, ou qu'on instille cet acide dans les cavités de cet organe, ou qu'on l'injecte par l'artère coronaire, toujours on obtiendra les effets d'une astriction très-prononcée.

Cette astriction est même telle que des cœurs ainsi préparés peuvent se conserver fort longtemps sans offrir les risques de la putréfaction. Ainsi j'ai examiné récemment un cœur de lapin durci, six semaines auparavant, en instillant dans les cavités un peu d'acide. Il était resté dans une pièce exposée au midi et pendant de fortes chaleurs; je n'ai pu y apercevoir aucun signe de putréfaction. Ne trouve-t-on pas dans cette condensation des tissus, et dans l'inaltérabilité qui en est la conséquence, le caractère le plus essentiel de toutes les substances astringentes? Comme elles, du reste, cet acide a la propriété, lorsqu'il est concentré, de coaguler fortement l'albumine; étendu d'eau, il précipite la solution de blanc d'œuf en flocons abondants.

Tel est l'exposé des faits directs qui m'ont porté à considérer l'acide cyanhydrique comme un puissant astringent; mais je sais bien que pour détruire les idées qui sont incontestablement admises dans la science, il faut multiplier les preuves, varier les démonstrations. Je vais donc extraire de mon travail les preuves du rôle absolument passif que joue le système nerveux dans l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique.

L'empoisonnement par l'acide prussique présente trois caractères constants : les convulsions, les contractions fibrillaires des muscles et l'exagération du mouvement vermiculaire des intestins. Les mouvements convulsifs me paraissent résulter de la cessation *prompte*, instantanée, de l'abord du sang dans la moelle épinière. On sait effectivement que les animaux que l'on fait périr d'hémorrhagie sont pris de convulsions plus ou moins violentes quand la plus forte quantité de leur sang s'est écoulée. J'ai fait périr des lapins en leur coupant les carotides, d'autres en ouvrant les iliaques, ou bien en enlevant le cœur, ou bien encore en détachant tout leur paquet intestinal; dans toutes ces circonstances où l'hémorrhagie était abondante et brusque, les convulsions se sont manifestées. J'ai vu aussi qu'en comprimant l'aorte, à sa sortie du cœur, entre les mors d'une pince, on produisait un violent état convulsif. On peut donc, par analogie, admettre qu'une substance telle que l'acide cyanhydrique, qui a la propriété d'arrêter la circulation capillaire périphérique, doit, par cela même, empêcher l'accès du sang dans la moelle épinière et produire secondairement des convulsions.

Cette manière de voir me semble fortifiée par les expériences suivantes.

On peut faire périr des animaux au moyen de l'inhalation des vapeurs d'acide cyanhydrique sans aucune manifestation de mouvements convulsifs, en chloroformant fortement l'animal avant de lui faire respirer les vapeurs acides, ou bien en liant l'aorte entre les piliers du diaphragme.

Dans le premier cas, l'animal meurt par arrêt *lent* de la circulation. Le chloroforme, en effet, détermine d'abord l'accumulation du sang dans le cœur et l'acide cyanhydrique vient ensuite, par sa puissance astrictive, suspendre complétement les contractions de cet organe. Dans ce cas, les capillaires continuent à renfermer leur quantité normale de sang : l'animal meurt par le cœur et non par les capillaires.

Les choses se passent à peu près de même, à mon avis, lorsque l'on a fait naître une pléthore artificielle de tous les organes sus-diaphragmatiques au moyen de la ligature de l'aorte entre les piliers du diaphragme, aussi haut que possible, dans la poitrine. Alors le cœur est plus distendu que dans l'état normal, ses contractions sont plus énergiques, mais bien moins fréquentes; le sang séjourne plus longtemps dans ses cavités; l'action astrictive de l'acide cyanhydrique peut s'exercer avec plus de permanence sur les parois de cet organe; l'animal meurt encore par défaut de contractions normales du cœur, résultant de l'astriction de ses parois, et on n'observe pas la moindre convulsion.

On peut amoindrir les convulsions accompagnant l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique, en faisant varier les conditions de l'expérience. Ainsi, rendez le sang plus aqueux, en plongeant dans l'eau tiède le paquet intestinal de l'animal dont on a largement ouvert la paroi abdominale, l'inhalation des vapeurs cyanhydriques ne produira plus que de faibles convulsions, qui ne rappelleront nullement l'énergie de celles que l'on observe dans l'empoisonnement ordinaire.

Le mouvement convulsif sera, au contraire, exagéré si avant l'inhalation de l'acide vous pratiquez la ligature des artères lombaires; cette ligature ne détermine pas l'interception d'une quantité de sang assez notable pour qu'il en résulte un état pléthorique prononcé, et cependant elle met la moelle épinière dans les conditions les plus favorables pour que la cessation brusque de l'abord du sang puisse avoir lieu. Aussi, dans ce cas, l'acide prussique inhalé produit-il des convulsions d'une énergie remarquable.

Pour fortifier encore les raisons que je viens d'exposer relativement à la cause des convulsions et à l'action primitive de l'acide cyanhydrique, j'ajouterai que le cerveau et la moelle épinière des animaux morts par l'acide prussique, sont si exangues, que la pesanteur spécifique du cerveau et de la moelle épinière d'un lapin mort par application de l'acide cyanhydrique anhydre est moins considérable que celle des centres nerveux d'un lapin mort par l'acide étendu, et que cette dernière pesanteur spécifique est moindre que celle d'un lapin que l'on fait périr en lui luxant les vertèbres cervicales.

Les pesanteurs spécifiques que je vais indiquer ont été déterminées avec le plus grand soin par M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg, savant aussi modeste qu'habile et consciencieux.

	Cerveau et moelle épinière.	Cerveau seul.	Moelle seule.	Tiers supér. de la moelle.	2 tiers inf. de la moelle.
Lapin mort par cause traumatique	1,1023	1,0685	1,0347	1,0110	1,0235
Lapin mort par inhalation de vapeurs aqueuses contenant de l'acide cyanhydrique . .	1,0634	1,0320	1,0335	1,0105	1,0230
Lapin mort par inhalation d'acide cyanhydrique, anhydre . . .	1,0339	1,0192	1,0250	1,0082	1,0172

QUES; le sous-secrétaire d'État de la guerre les lut, et à la suite d'une discussion qu'il voulut bien instituer en sa présence, et dont M. Bégin connaît les interlocuteurs, il déclara qu'il bifferait le malencontreux article; et c'est ce qui fut fait. De plus, M. Bégin n'ignore peut-être point la part d'influence que ma brochure a exercée sur M. Arago, qui m'a fait en outre l'insigne honneur de transcrire deux phrases d'une mienne épître dans le rapport sur sa gestion, lu à l'ouverture de l'assemblée constituante. M. Arago, en me signalant un jour spirituellement cet emprunt, ne m'a point refusé, lui, une modique proportion dans les causes qui l'ont décidé à promulguer le décret du 3 mai; il paraîtrait peut-être même difficile à plus d'un officier de santé que l'on pût écrire l'histoire de notre corps pendant ces deux dernières années, sans y introduire seulement mon nom; c'est pourtant ce qu'a fait M. Bégin.

Et voilà de quoi inspirer aux lecteurs pleine confiance aux éloges que la justice m'oblige à donner au livre de M. Bégin; ce livre concentre la tradition éparse de la médecine militaire; il en est tout à la fois l'histoire et la charte; il servira de régulateur à la conduite de cette cause importante pour l'armée et pour l'honneur de la profession médicale; il est le couronnement naturel des travaux auxquels s'est livré M. Bégin depuis près de deux ans, d'abord pour la rédaction du mémoire présenté à M. Trézel, ensuite pour la préparation du décret du 3 mai et du règlement si considérable, si complet, qui était destiné à le rendre exécutoire, sans les sophismes résolus de certain rapporteur qui a si noblement contribué à la déception des officiers de santé militaires. Certes, l'honorable inspecteur a rempli une rude tâche, au milieu des difficultés de toute espèce; les intentions qui l'ont guidé éclatent dans l'ouvrage que nous avons essayé d'apprécier; que ce livre devienne le *vade-mecum* de tout officier de santé jaloux de s'instruire de ses propres droits et des intérêts les plus réels du corps auquel il appartient.

M. L.

— L'association médicale d'Amérique s'est réunie cette année à Baltimore. Cette association est destinée à réunir tous les médecins des États-Unis dans une seule et même famille. Tous les ans, les sociétés médicales, les facultés de médecine et les grands hôpitaux enverront leurs délégués jusqu'à quinze cents lieues de distance au centre de la réunion pour y discuter les intérêts, les devoirs et les droits de la profession.

— Les médecins prussiens avaient décidé déjà depuis quelque temps de se réunir à Berlin en un congrès pour y traiter de la réorganisation de la profession médicale. Mais ils n'en ont pas pu obtenir l'autorisation du gouvernement, qui de son côté avait proposé des médecins de son choix pour traiter les mêmes questions. La société de médecine et de chirurgie, ayant tout lieu de croire qu'une réforme obtenue par ce canal ne répondrait pas suffisamment aux besoins de la profession, a nommé une commission spéciale appelée à rédiger un rapport qui, après avoir été soumis à la sanction des provinces, serait présenté au gouvernement.

Ce nouveau code médical aura quatre grandes divisions : 1° hygiène publique; 2° règlement relatif à l'exercice de la profession; 3° enseignement : 4° académie de médecine.

Chez les grenouilles dont les globules sanguins sont beaucoup plus gros que chez l'homme, les capillaires ont aussi nécessairement un calibre plus fort et tel que l'astriction par l'acide prussique ne peut point suspendre brusquement la circulation ; aussi rien n'est plus difficile que de faire périr une grenouille par inhalation de vapeurs d'acide prussique. J'en ai tenu pendant un quart d'heure, une demi-heure, dans une atmosphère d'acide cyanhydrique sans pouvoir les engourdir. Je crois que les contractions fibrillaires des muscles ainsi que l'accroissement des mouvements péristaltiques des intestins dépendent aussi de la propriété astrictive de l'acide cyanhydrique. J'ai étudié les conditions dans lesquelles elles se produisent, j'ai vu que là où j'empêchais le sang d'arriver par des ligatures, là où, par conséquent, la matière astringente ne parvenait pas, il ne se produisait aucune contraction musculaire. J'ai vu aussi que ces effets ne se produisaient qu'après la rutilation des capillaires, rutilation qui indique toujours la première impression de l'acide sur l'économie ; mais je comprends très-bien qu'une coïncidence n'est point une démonstration rigoureuse. Les recherches auxquelles je me livre sur le système musculaire et sur le système nerveux me permettront, je l'espère, d'approcher de plus près le but que je me suis proposé. En tout cas, ces phénomènes de contractions fibrillaires sont complétement indépendants des grands centres nerveux. Décapitez un animal, détruisez chez d'autres la moelle épinière, soit partiellement, soit en totalité, l'injection par les artères ou l'inhalation de l'acide lorsqu'elle sera encore possible, produira toujours et nécessairement la contraction des fibres musculaires.

Ces recherches amèneront, je l'espère, les praticiens à faire un emploi plus méthodique, mieux raisonné, du puissant agent dont la chimie les a armés.

Pour moi, j'ai pu arrêter très-rapidement des hémorrhagies scorbutiques par l'emploi de l'acide cyanhydrique et de l'eau distillée de laurier cerise. J'ai vu disparaître rapidement la faiblesse qui accompagne certaines anémies. J'ai combattu avec succès, par les mêmes moyens, des états hémorrhoïdaires exagérés, des embarras dans la circulation veineuse. Sous son influence, j'ai vu diminuer les varices des membres inférieurs.

Je pense enfin que l'acide cyanhydrique employé avec prudence pourrait plus rapidement encore que le seigle ergoté provoquer les contractions utérines.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DES APPAREILS DU MOUVEMENT ET DE LEUR UTILITÉ DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES ; par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite. — Voir les numéros de 1848, pages 850, 874, 886, 950, et le numéro 33 de cette année.)

CHAPITRE V.

APPAREILS DE MOUVEMENT POUR LES ARTICULATIONS DU PIED.

L'action des mains appliquée aux articulations du pied ne tend à y rétablir la mobilité qu'avec les caractères d'imperfection que la même méthode présente dans les autres jointures. Il est donc utile d'y suppléer au moyen d'appareils spéciaux.

Ceux que l'on peut faire construire dans ce but doivent être nombreux, si l'on veut que tous les mouvements normaux du pied soient reproduits artificiellement à leur aide. Il est important de remarquer aussi que les divers mouvements du pied se passent dans des articulations différentes. Ainsi la flexion et l'extension ont pour centre l'articulation tibio-tarsienne, laquelle est étrangère aux mouvements de rotation par lesquels le pied s'incline en dedans ou en dehors. Quand les mouvements d'inclinaison s'accomplissent, ils ont lieu spécialement dans les articulations astragalo-scaphoïdienne et astragalo-calcanéenne : le scaphoïde et le calcanéum glissent sur l'astragale qui reste immobile entre les deux malléoles. Enfin la flexion et l'extension, ainsi que l'adduction et l'abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied, ont pour siége l'articulation médio-tarsienne.

L'exercice de la flexion et de l'extension du pied est le premier que je me suis appliqué à réaliser, et il a pu réussir dans quelques cas ; mais je n'ai pas tardé à reconnaître que cette gymnastique uniforme et incomplète était souvent insuffisante, et j'ai été conduit à faire construire une série d'appareils qui produisent les mouvements suivants :

1° A. Flexion et extension de la totalité du pied.

B. Flexion et extension de la totalité du pied et extension de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

C. Flexion et extension de la totalité du pied, flexion et extension de l'avant-pied et des orteils.

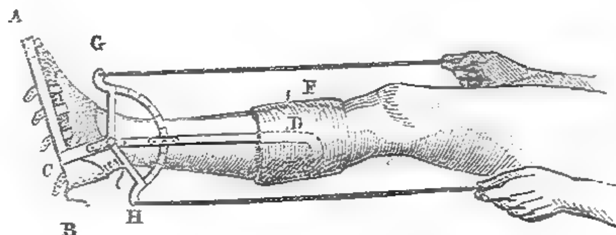
2° Rotation du pied, en d'autres termes, mouvements d'inclinaison latérale du pied suivant son axe longitudinal.

3° Adduction et abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

Je passe immédiatement à la description de ces appareils. Je montrerai leur utilité et les indications qu'ils sont destinés à remplir lorsque je ferai connaître les cas dans lesquels je les ai appliqués.

1° A. Appareil destiné à produire la flexion et l'extension de la totalité du pied.

N° 9.



La plante du pied repose sur une semelle en bois AB, garnie en arrière d'un rebord en cuir qui entoure le talon. Le pied est maintenu appliqué sur cette partie de l'appareil par une sorte de guêtre en peau qui, fixée à l'un des bords de la semelle, vient se boucler sur l'autre bord. Deux tiges en fer (la disposition du dessin ne permet d'en voir qu'une seule CD) s'élèvent parallèlement sur les côtés de la semelle, à l'union de ses trois quarts antérieurs avec son quart postérieur. Elles sont disposées ainsi de manière à correspondre avec l'axe du tibia. Ces deux tiges sont assez longues pour atteindre le quart supérieur de la jambe ; elles sont réunies en haut par un bracelet en cuir F qui entoure la jambe et fixe sur elle la partie supérieure de l'appareil. Dans le point correspondant à l'articulation tibio-tarsienne, les tiges parallèles qui remontent le long de la jambe, offrent une brisure articulée qui permet entre la portion inférieure et la portion supérieure de l'appareil des mouvements analogues aux mouvements d'abaissement et d'élévation du pied. Deux leviers (GI, HI) d'égale longueur, de 0,12 centimètres environ, sont adaptés sur l'un des côtés de la portion inférieure de l'appareil, immédiatement au-dessous de l'articulation de cette portion inférieure avec la partie supérieure. Ces leviers sont dirigés obliquement en haut, l'un en avant, l'autre en arrière ; c'est à leur extrémité libre que sont attachées les cordes qui servent à imprimer les mouvements. A l'extrémité de ces leviers est aussi fixé un demi-cercle métallique dont la circonférence est tournée en haut, de manière que sa partie moyenne correspond avec l'axe de la tige supérieure de l'appareil, lorsque celle-ci est perpendiculaire avec le plan sur lequel s'appuie le pied. Pendant les mouvements de la portion inférieure de l'appareil, de celle qui entoure le pied, le demi-cercle glisse sur la face externe de la tige qui est appliquée le long de la jambe. Il est maintenu contre cette tige par un anneau de fer muni d'une vis de pression, au moyen de laquelle il est facile de fixer le pied dans les diverses attitudes qu'on peut lui faire prendre à l'aide de l'appareil. Enfin le demi-cercle étant gradué, on peut mesurer l'étendue de la mobilité de la jointure, en examinant le chiffre auquel correspond la tige supérieure dans l'extension ou la flexion du pied, et en comparant ce chiffre à celui qui correspond à la position moyenne.

On comprend aisément à la vue du dessin comment le malade peut se servir de cet appareil, et comment il peut lui-même, sans fatigue et sans être obligé de s'assujettir à une position incommode, imprimer à son pied des mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

B. Appareil destiné à produire la flexion et l'extension de la totalité du pied, ainsi que l'extension de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

Une modification légère de l'appareil précédent permet d'ajouter à son mode d'action le moyen de produire l'extension de l'avant-pied sur l'arrière-pied, indication qui se présente à remplir dans plusieurs maladies du pied et spécialement dans différentes variétés de pieds-bots équins. Voici quelle est cette modification :

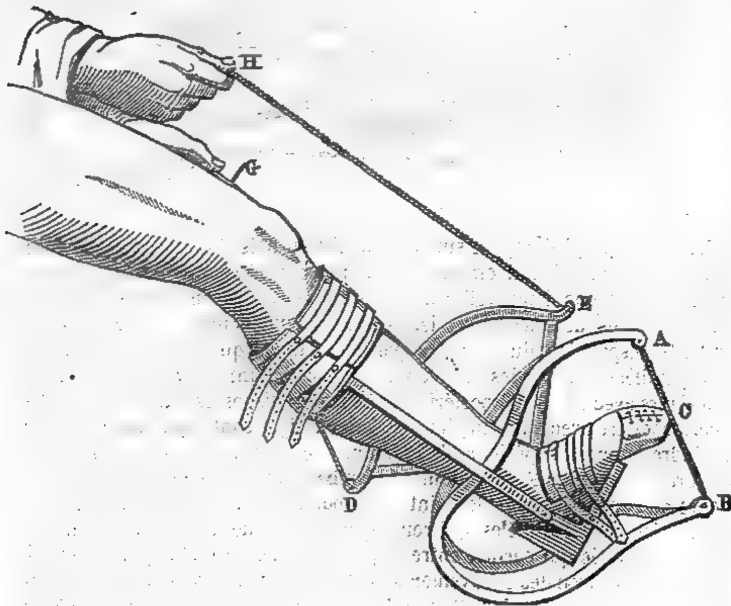
La semelle AB, au lieu de se continuer sans interruption jusqu'à l'extrémité du pied, est composée de deux portions réunies à charnière au niveau de l'extrémité postérieure des métatarsiens. La guêtre qui assujettit le pied se lève seulement sur la portion postérieure de la semelle, de manière à ne pas gêner la mobilité de la portion antérieure. Celle-ci se prolonge en avant au moyen d'une tige de 15 centim., à l'extrémité de laquelle est attachée une corde qui sert à imprimer les mouvements. Lorsque le malade exerce

des tractions sur cette corde, il attire en haut la portion antérieure de la semelle AB, sur laquelle repose le pied, et produit ainsi l'extension de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

C. Appareil destiné à produire la flexion et l'extension de la totalité du pied, de l'avant-pied et des orteils.

Cet appareil agit tout à la fois sur les articulations tibio-tarsienne, médio-tarsienne et sur celles des phalanges des doigts. J'ai atteint le but qu'il est destiné à remplir, en ajoutant au mécanisme décrit plus haut, et qui produit la flexion et l'extension de la totalité du pied (fig. 9), quelques parties accessoires qui agissent sur l'avant-pied et sur les orteils.

N° 10.



On voit, en examinant ce dessin, que l'appareil qui y est représenté est semblable à celui de la figure précédente, sauf quelques additions dont le but est facile à comprendre.

Les deux appareils sont fixés sur la jambe de la même manière, et dans tous les deux le pied est mis en mouvement par des cordes qui vont se rendre aux extrémités d'un arc de cercle mobile; les nouvelles dispositions sont les suivantes :

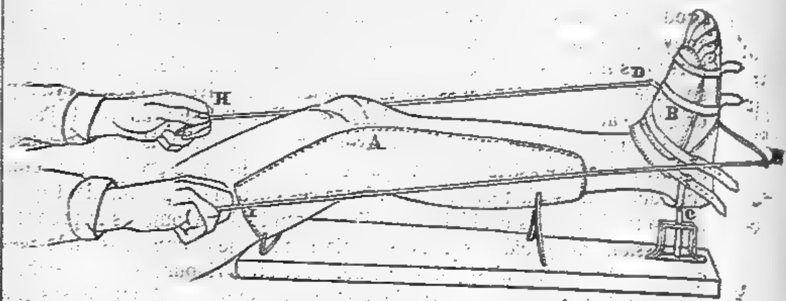
La semelle sur laquelle repose la plante du pied ne s'étend pas jusqu'au-dessous des orteils, et n'est pas solide dans toute sa longueur; elle est articulée vis-à-vis l'union de l'avant-pied et de l'arrière-pied, et elle se termine vers le milieu du métatarse. La portion antérieure du métatarse et les orteils sont enveloppés dans une sorte de chausson en cuir souple, dont la face plantaire est fixée par son bord postérieur au rebord antérieur de la semelle en bois sur laquelle est appuyé l'arrière-pied. L'extrémité antérieure du chausson est maintenue dans un certain degré de fixité par les deux cordes AC, BC, lesquelles sont attachées à deux tiges courbes qui partent des montants latéraux placés sur les côtés de la jambe.

Supposons maintenant que le malade (ainsi que la figure l'indique) exerce des tractions sur la corde antérieure HE; la portion du pied qui est appliquée sur la semelle de bois sera portée dans la flexion, tandis que l'avant-pied enveloppé par le chausson sera retenu par la corde CB. Il ne pourra pas dès lors être entraîné dans le mouvement d'élévation imprimé à la région tarsienne, et subira au contraire un certain degré de flexion en bas qui se transmettra aux diverses articulations des orteils à celles du métatarse et même à l'articulation médio-tarsienne. Un mouvement de traction exercé sur la corde postérieure DG produirait un résultat inverse, c'est-à-dire l'abaissement de la région tarsienne et le redressement des orteils ainsi que du métatarse.

2° Appareil destiné à produire les mouvements d'inclinaison latérale de la totalité du pied en dedans ou en dehors.

Cet appareil agit sur les articulations inférieures de l'astragale, car c'est autour de cet os solidement fixé dans la mortaise tibio-péronnière que se meuvent le calcanéum et le scaphoïde, lorsque le pied s'incline en dedans ou en dehors.

N° 11.



Le membre inférieur, placé horizontalement et légèrement fléchi, est reçu dans une gouttière A qui s'étend du tiers inférieur de la cuisse au quart inférieur de la jambe. Le pied est enfermé dans une sorte de soulier dont la portion supérieure B, celle qui couvre le dos du pied, est mobile et peut être serrée plus ou moins à l'aide de courroies : au talon de ce soulier est fixée une tige de fer arrondie C, ayant 1 centimètre de diamètre et 10 de longueur. Cette tige, qui fait l'office de pivot, repose par son extrémité libre sur le support de l'appareil ; elle est maintenue dans une direction perpendiculaire à ce support par un collier de fer, dans l'ouverture duquel elle peut tourner à frottement doux.

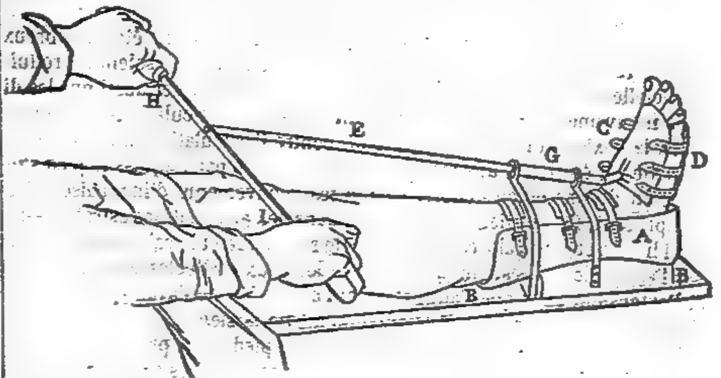
A la partie moyenne de la semelle contre laquelle appuie le pied est adapté un levier transversal dont les deux extrémités D, E, écartées de 18 à 20 centimètres des bords du pied, servent de point d'attache à des cordons dont les bouts H,I sont à la portée des mains du malade. Celui-ci, en exerçant des tractions alternatives sur chacun de ces cordons, imprime au pied placé dans l'appareil des mouvements de latéralité dont le mode de production est facile à comprendre. Supposons que la traction ait lieu d'abord sur le cordon EI : l'extrémité E du levier entraînera en haut le bord externe du soulier, et le pied sera de la sorte porté en dehors. En tirant sur la corde DH, un effet inverse sera produit; le pied sera ramené d'abord dans la position droite et tourné ensuite en dedans.

Ces mouvements sont régularisés sans être gênés par le pivot qui soutient le pied. Grâce à ce support, les tractions exercées sur les cordons produisent seulement l'inclinaison latérale, sans fléchir le pied sur la jambe et sans presser de bas en haut les os du tarse contre l'extrémité inférieure du tibia.

4° Appareil destiné à produire l'adduction et l'abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

L'action de cet appareil porte spécialement sur l'articulation médio-tarsienne, au niveau de laquelle se passent les mouvements de l'avant-pied sur l'arrière-pied. La fig. 12 montre la disposition de cet appareil, que quelques mots de description achèveront de faire connaître.

N° 12.



La jambe et la partie postérieure du pied sont maintenues immobiles au moyen d'une gouttière A fixée sur un plateau en bois B, dont les dimensions en largeur sont assez grandes pour empêcher les mouvements de latéralité. Des courroies assujettissent la jambe et le talon dans la gouttière qui les reçoit. Deux plaques en cuir solide CD s'appliquent, l'une sur le dos

du pied, l'autre sur la face plantaire. Ces deux plaques ne s'avancent pas du côté du tarse, au delà de l'articulation médio-tarsienne; elles sont réunies entre elles au moyen de courroies qui permettent de les rapprocher plus ou moins l'une de l'autre, et d'exercer sur l'avant-pied le degré de constriction que l'on désire.

A la partie inférieure de la plaque dorsale C est adaptée une tige arrondie E, qui sert de levier pour imprimer les mouvements; elle traverse à frottement doux un cylindre G, lequel est soutenu par deux branches recourbées, scellées dans le support de l'appareil. Cette tige a une direction à peu près parallèle à celle de l'axe de la jambe, son extrémité supérieure correspondant à 0,20 centimètres environ au-dessus du genou, se fixe perpendiculairement sur le milieu d'une autre tige HI, parallèle au plan sur lequel repose la jambe. Deux manches, placés à égale distance de la partie moyenne, terminent ce levier transversal; c'est sur eux que s'appliquent les mains du malade pour exercer les mouvements.

Il est facile de comprendre le mécanisme de cet appareil et la manière dont il fait mouvoir l'avant-pied. On voit que les mouvements d'élévation et d'abaissement imprimés aux deux extrémités du levier HI font tourner alternativement de gauche à droite et de droite à gauche la tige longitudinale E. Ce mouvement est transmis par l'intermédiaire des plaques CD à l'avant-pied, qui se trouve ainsi porté dans l'adduction ou l'abduction.

La tige longitudinale E peut glisser de haut en bas ou de bas en haut dans le cylindre G, qu'elle traverse, et l'union de cette tige avec la plaque C se fait au moyen d'une articulation à charnière.

Par suite de cette disposition, le pied, en même temps qu'il est incliné en dedans ou en dehors, peut se fléchir et s'étendre dans une certaine mesure. L'exercice des mouvements de latéralité est rendu par là plus facile et exempt de douleurs.

Le malade, pour se servir de l'appareil, peut être dans son lit ou sur une chaise. Dans ce dernier cas, le support de l'appareil sera disposé de manière à former un plan légèrement incliné, de haut en bas et d'arrière en avant.

APPLICATION DES APPAREILS DE MOUVEMENT POUR LE PIED AUX LÉSIONS, SUITES DE L'IMMOBILITÉ.

J'ai employé deux fois les appareils pour la flexion et l'extension du pied chez des malades qui, à la suite de fractures de jambe, dont la consolidation avait été longue à se faire, avaient conservé une grande roideur dans l'articulation tibio-tarsienne avec abaissement considérable de la pointe du pied. Ces deux malades, dont il a déjà été question dans l'article consacré aux maladies du genou, avaient cessé d'être en appareil, l'un depuis trois mois, l'autre depuis trois mois et demi. Malgré tout ce qu'ils avaient fait pour recouvrer la mobilité de l'articulation tibio-tarsienne, leurs pieds étaient maintenus dans une extension si permanente qu'ils marchaient sur l'extrémité inférieure du métatarse, le talon ne pouvant reposer à terre. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne étaient si limités, qu'ils étaient à peine perceptibles.

Afin d'aider au redressement du pied, je fis sur l'un de ces malades la section du tendon d'Achille; mais la roideur de la jointure et l'extension du pied, tenant moins à la rétraction musculaire qu'à l'endurcissement et à l'épaississement des parties molles qui entourent l'articulation, le résultat de cette opération fut très-incomplet.

L'emploi de l'appareil destiné à produire la flexion et l'extension de la totalité du pied (c'était le seul fait que j'eusse fait construire à l'époque de ces traitements), continué chaque jour avec persévérance pendant cinq à six semaines, fut de la plus grande utilité; il produisit chez ces deux malades qu'on pouvait considérer comme estropiés une amélioration très-notable dans l'étendue des mouvements; et fit cesser l'extension permanente du pied. Je suis convaincu que si j'eusse possédé à cette époque tous les appareils décrits plus haut, j'aurais obtenu un résultat plus prompt et plus complet.

APPLICATION DES APPAREILS DE MOUVEMENT AU TRAITEMENT DES PIEDS-BOTS.

Les pieds-bots sont d'autant plus difficiles à guérir, toutes choses égales d'ailleurs, qu'ils datent d'une époque plus ancienne. Chez les enfants, il suffit le plus souvent de détruire l'influence de la rétraction musculaire par la section des tendons, et d'y joindre l'emploi de quelques appareils simples pour rétablir la forme et les fonctions du membre. Mais chez les adolescents et les adultes, malgré les sections tendineuses et l'emploi prolongé des appareils de redressement, la forme ne se rétablit d'ordinaire que d'une manière incomplète et la marche ne s'exécute qu'avec difficulté. La raison de cette imperfection dans l'exercice des fonctions du pied se trouve dans l'absorption partielle des cartilages et dans la déformation des os, lésions consécutives à l'immobilité dans laquelle ces derniers ont été maintenus, et aux pressions qu'ils ont exercées les uns sur les autres.

L'efficacité des mouvements artificiels, pour combattre les effets de l'immobilité et pour rétablir le poli des surfaces articulaires, conduit dès lors à recourir à l'emploi de ce moyen dans le traitement des pieds-bots, toutes les fois que le rétablissement de la forme est incomplet et que l'exercice de la fonction est impossible ou imparfait. Depuis Venel, tous les chirurgiens conseillent dans ces cas le massage et des manipulations; mais ces pratiques exigent une personne qui en soit chargée, et elles ne sont jamais faites qu'avec irrégularité et pendant un temps trop court. Lorsque aidés des appareils décrits plus haut, les malades imprimeront eux-mêmes à leur pied des mouvements convenables pendant trois à quatre heures par jour, les résultats seront infiniment plus complets et plus rapides.

On connaît la belle analyse que M. Jules Guérin a faite des éléments anatomiques du pied-bot, analyse dont le rapport, récemment publié sur les travaux de cet auteur, offre de si remarquables applications. Cette analyse démontre que les pieds-bots, envisagés au point de vue des rapports contractés par les os, se composent des éléments suivants : 1° flexion ou extension de la totalité du pied ; 2° flexion ou extension de l'avant-pied sur l'arrière-pied; 3° adduction ou abduction de la totalité du pied ; 4° adduction ou abduction de l'avant-pied.

Des sections tendineuses ou musculaires et des appareils de redressement doivent être mis en pratique en vue de chacun de ces éléments de la difformité.

Des mouvements alternatifs du pied exercés dans chacune des jointures affectées peuvent concourir soit au rétablissement de la forme, soit à celui des fonctions, et ils doivent être produits avec toutes les variétés de siége et de direction qu'exige la complication du pied-bot.

Les malades atteints de pied-bot, pour lesquels j'ai fait usage des appareils de mouvement, sont au nombre de deux. Le premier, nommé Ch. Douillet, était âgé de 14 ans. Il avait un pied-bot équin congénital avec flexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied. Je lui fis la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. Trois semaines après cette opération et lorsqu'un redressement presque complet avait été obtenu, on eut recours à l'appareil de mouvement représenté fig. 9. Le malade en fit usage pendant deux semaines, deux ou trois heures chaque jour. Une amélioration rapide dans la marche et dans la liberté des mouvements de flexion et d'extension se produisit sous l'influence de ce moyen. Le malade quitta l'hôpital cinq semaines après son entrée, marchant avec une facilité qui, d'après le rapport qui m'a été fait, est devenue complète dans les mois qui ont suivi sa sortie.

Le second malade, nommé L. Domange, était âgé de 15 ans. Son pied-bot se composait des éléments suivants: extension et adduction de la totalité du pied, flexion et adduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied, extension des cinq orteils sur le métatarse. Suivant les règles posées par M. Jules Guérin, je lui fis la section du tendon d'Achille, des jambiers antérieur et postérieur, de l'aponévrose plantaire, de l'adducteur du gros orteil et des tendons extenseurs des cinq orteils. Une inflammation, suite d'une imprudence, ne permit de commencer l'usage des appareils de mouvement qu'un mois après cette opération. Le redressement était très-peu sensible à cette époque, car il s'agissait d'un de ces pieds-bots que M. Jules Guérin a appelés fixes et ligamenteux. L'appareil employé fut celui qui produit la flexion et l'extension de la totalité du pied, ainsi que l'extension du pied sur l'arrière-pied. L'exercice des mouvements était un peu douloureux au commencement; il produisait dans le pied un sentiment de chaleur incommode, et il s'accompagnait de quelques craquements. Ces symptômes ne tardèrent pas à se dissiper, et l'on put voir progressivement le redressement du pied s'augmenter et l'aptitude à la marche s'accroître. A mesure que le pied se redressait dans le sens antéro-postérieur, l'adduction disparaissait, et il fut inutile de combattre cet élément de la maladie d'une manière spéciale. Deux mois après le début de ce traitement, on constata les résultats suivants: la longueur du pied s'est accrue d'un centimètre et demi; la direction de la face plantaire est telle qu'elle fait avec l'axe de la jambe un angle de 70 degrés, tandis que cet angle avant l'usage des appareils de mouvement était de 0,40°. La flexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied, ainsi que l'extension des orteils ont disparu. Tous les mouvements normaux s'exécutent, quoique limités du côté de l'extension. L'exercice de la marche n'est plus douloureux, mais il nécessite encore le secours d'un bâton. Le pied appuie directement sur la face plantaire, et le malade éprouve dans la station et dans la marche une remarquable fermeté.

Dans ces deux cas, et surtout dans le dernier, les appareils de mouvement m'ont paru d'un puissant secours; soit pour compléter le redressement dans les limites qu'il a été possible d'atteindre, soit pour faire cesser les douleurs qui se produisaient lorsque les malades essayaient de marcher. Cependant, j'ai rapporté brièvement ces observations, parce qu'on est si convaincu aujourd'hui que la science a dit son dernier mot sur le traite-

ment des pieds-bots, que l'on doit être porté à croire que les résultats que je signale auraient été obtenus sans recourir à des moyens nouveaux. Je ne partage point cette opinion, et je suis convaincu que les praticiens apprécieront l'auxiliaire puissant que peuvent leur donner les appareils de mouvements, lorsqu'ils auront à traiter des pieds-bots sur des malades âgés, comme ceux dont il vient d'être question, de 14 à 15 ans. Indépendamment des appareils dont j'ai fait usage, ils pourront employer, dans les pieds-bots varus équins, si difficiles à guérir chez les adolescents et les adultes, les appareils représentés fig. 11 et fig. 12.

L'observation suivante est celle d'un pied-bot consécutif à une grave maladie du pied, et appartenant à un ordre de lésions beaucoup moins étudié que les pieds-bots simples, suite de rétractions musculaires.

PIED-BOT ÉQUIN CONSÉCUTIF A UN ABCÈS DE L'ARTICULATION TIBIO TARSIENNE GAUCHE ; SECTION DU TENDON D'ACHILLE ; EMPLOI DES APPAREILS DE MOUVEMENTS ; REDRESSEMENT COMPLET DU PIED ; AMÉLIORATION NOTABLE DANS L'EXERCICE DE LA MARCHE.

OBS. — Claude Lorin, âgé de 11 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la salle de clinique chirurgicale, le 13 décembre 1848. Cet enfant, d'un tempérament lymphatique, avait été atteint, deux ans auparavant, d'une tumeur fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne gauche. La maladie avait donné lieu à plusieurs abcès ; on comptait autour de la jointure les cicatrices de sept trajets fistuleux dont le dernier n'était tari que depuis deux mois.

Après quatre ou cinq mois de repos au lit, le malade s'était remis à marcher depuis sept semaines ; il avait besoin d'être soutenu par une béquille, et son pied gauche appuyait sur le sol par l'extrémité des métatarsiens et les orteils seulement. Il existait un véritable pied-bot équin ; la jambe et le cou-de-pied formaient une ligne droite. La position du pied dans cette attitude était fixe; car c'est à peine si l'on pouvait faire mouvoir la jointure dans l'étendue de 5 à 6 degrés. La rétraction du tendon d'Achille, ainsi que l'endurcissement des parties molles qui entourent l'articulation s'opposaient à l'immobilité ; mais il n'y avait pas d'ankylose véritable. Quand on faisait mouvoir le pied, on produisait une crépitation très-marquée, indice certain de l'absorption des cartilages. La jambe était atrophiée, le mollet gauche avait 0,247 millimètres de circonférence, celui du côté droit 0,275 millimètres. La maladie paraissait avoir été bornée à l'articulation tarsienne; autour de cette articulation, et spécialement au côté interne, il existait encore du gonflement, sans fluctuation et sans douleur. Les mouvements de l'articulation médio-tarsienne étaient libres, ainsi que ceux des articulations inférieures de l'astragale.

La maladie articulaire proprement dite était guérie, mais il y avait à remédier à la difformité qui en avait été la conséquence ; avant de pratiquer la section du tendon d'Achille, dont la rétraction était le principal obstacle au redressement du pied, je fis exercer de légers mouvements à l'aide de l'appareil destiné à la flexion et à l'extension du pied (fig. 9). Les résultats de ces exercices pratiqués pendant une vingtaine de jours furent peu appréciables. Ce fait, et d'autres analogues, m'ont montré que les mouvements artificiels seuls étaient insuffisants dans ces cas. Destinés à rétablir les fonctions, ils doivent être précédés de l'emploi des moyens qui tendent à rétablir la forme, c'est-à dire de la section des tendons des muscles rétractés, lorsque ceux-ci s'opposent au redressement.

Je coupai le tendon d'Achille le 2 janvier; dix jours après, le malade ayant été endormi par le chloroforme, j'imprimai au pied, à l'aide des mains, quelques mouvements de flexion forcée, afin de rompre les adhérences qui s'opposaient au rétablissement de la mobilité. Ces mouvements produisirent quelques craquements au niveau de l'articulation tibio-astragalienne. Je pus d'ailleurs, sans trop d'efforts, fléchir le pied de manière à ce que la face plantaire fit angle droit avec la jambe.

Le malade reprit les jours suivants l'usage de l'appareil de mouvements.

Au commencement de février, il commençait à marcher avec l'aide d'un bâton, et le redressement du pied était tel, que la surface plantaire s'appuyait dans presque toute son étendue sur le sol. Dans ses premiers essais pour marcher, le malade se plaignait d'une douleur siégeant sur le dos du pied, au niveau de l'astragale. Cette douleur et la crépitation produite dans l'articulation tibio-tarsienne diminuèrent progressivement à mesure que l'exercice des mouvements fut plus longtemps prolongé.

Le 19 mars, l'amélioration a fait de nouveaux progrès, le volume de la jambe s'est accru d'un centimètre. On constate que l'articulation tibio-tarsienne a recouvré une partie de ses mouvements, et que les craquements cessent de se produire. Le résultat est encore incomplet néanmoins, le pied est toujours porté dans un certain degré d'extension, et il n'a pas encore acquis la souplesse nécessaire à l'exercice régulier de la marche.

Les lésions graves dont l'articulation a été le siége expliquent la lenteur et l'imperfection de la guérison. Il n'est pas douteux d'ailleurs qu'un usage plus longtemps continué des mouvements artificiels n'améliore encore l'état du malade. Ce cas était important à citer, parce qu'il est un de ceux dans lesquels on renonce ordinairement à tout traitement chirurgical, et que le malade ainsi abandonné à lui-même n'aurait jamais marché qu'avec une extrême difficulté, par suite de l'extension extrême du pied.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'EXISTENCE D'UNE VALVULE DANS LA FOSSE NAVICULAIRE DE L'URÈTRE, ET SUR UNE NOUVELLE SONDE APPLIQUÉE AU CATHÉTÉRISME DANS LES DÉVIATIONS DE LA PORTION PROFONDE DE CE CANAL; par M. le docteur AUG. MERCIER.

Mon cher confrère,

M. Guérin (de Vannes) a annoncé dernièrement à vos lecteurs qu'il existe *constamment* à la paroi supérieure de la fosse naviculaire une valvule qui, bien qu'ayant 1 centimètre de saillie, a échappé à tant de recherches faites sur l'urètre. Pour moi, je n'ai été surpris que de la constance d'une telle disposition ; car j'avais constaté quelque chose d'analogue, mais ce n'était que dans des cas extrêmement rares, et j'en avais conclu, par cela même, que ce n'était qu'une anomalie. Néanmoins, avant de répondre à l'assertion de M. Guérin, j'ai cru ne devoir pas m'en rapporter seulement au nombre considérable d'autopsies que j'avais faites antécédemment, et j'ai voulu consulter de nouveau la nature ; mais sur cinq cadavres dont j'ai ouvert exprès l'urètre, je n'ai pas rencontré une seule fois cette valvule. Ainsi donc l'un ou l'autre, de M. Guérin ou de moi, a été très-malheureux dans ses recherches.

Quoi qu'il en soit, j'ai rencontré en effet deux ou trois fois une valvule sur la paroi supérieure de l'urètre ; je soigne même en ce moment un malade chez lequel il s'en trouve une. Je vais dire l'idée que je m'en suis formée.

Il n'est pas rare de rencontrer des sujets chez lesquels le gland est perforé comme à l'état normal, et chez lesquels cependant le canal s'ouvre au-dessous de la verge, plus ou moins près de son extrémité. Baillie cite un cas où l'orifice du gland conduisait dans un canal de 2 pouces de profondeur, tandis que l'urètre s'ouvrait au-dessous du gland.

Chacun reconnaît ici l'hypospadias. Mais comment appeler le vice de conformation suivant ?

Un homme que j'ai guéri de la pierre et d'une valvule du col de la vessie a le gland perforé à son sommet comme dans l'état normal ; mais cette ouverture se termine en cul-de-sac à 1 centimètre de profondeur. Le véritable canal s'ouvre immédiatement au-dessous ; de sorte qu'au premier abord on n'aperçoit qu'un orifice très-allongé ; mais en y regardant de plus près, on voit qu'il est divisé par une cloison disposée transversalement et ayant la forme d'un V. L'orifice supérieur représente une fente comme l'orifice normal, tandis que l'inférieur se bifurque en haut pour embrasser la partie inférieure du précédent.

A mes yeux, c'est encore évidemment un exemple d'hypospadias.

Mais admettons maintenant que le rapprochement des deux canaux soit encore plus intime, et que la cloison qui les sépare ne s'étende pas jusqu'au sommet du gland, est-ce que ce vice de conformation, qui représenterait la valvule de M. Guérin, serait de nature autre que les précédents? Je ne le pense pas.

Il me semble, j'emploie cette expression à dessein, que les parties antérieure et postérieure de l'urètre se canalisent indépendamment l'une de l'autre ; si les deux canaux se rencontrent directement et se joignent, ils se confondent sans trace de démarcation, et c'est ce qui arrive le plus souvent. S'ils se rencontrent, mais pas exactement bout à bout, l'antérieur forme, au point de jonction, un cul-de-sac d'autant plus profond, et par conséquent une valvule d'autant plus saillante, que le défaut de rapport est plus marqué. Enfin, si ce défaut est tel que les deux canaux ne se rencontrent pas, le postérieur s'ouvrira ou bien immédiatement au-dessous de l'antérieur, au sommet du gland, ou bien au-dessous du gland, ou bien au-dessous du corps de la verge, ou même au périnée, etc. Tous ces cas constituent, suivant moi, des formes diverses de l'*hypospadias*.

D'autres fois la partie postérieure de l'urètre s'ouvre au contraire au-dessus de l'antérieure et constitue l'*épispadias ;* d'autres fois encore la première n'arrive pas jusqu'à la seconde, mais ne s'ouvre pas non plus au dehors, et alors il y a *oblitération congénitale ;* enfin, dans ces divers cas, on peut voir la seconde manquer complétement. Je ne rappelle ces diverses circonstances que pour faire voir comment elles se lient entre elles ; car je n'ai pas besoin de m'en occuper ici.

Quant au précepte donné par M. Guérin de ne pas faire suivre aux sondes la paroi supérieure de l'urètre pour traverser la portion balanienne de ce conduit, il n'en est pas moins juste : il y a près d'une dizaine d'années que je l'ai donné pour d'autres raisons, il est vrai (RECHERCHES SUR LES MALADIES URINAIRES DES HOMMES AGÉS, p. 304 ; RECHERCHES SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, p. 72). L'urètre, dans le gland,

change à la fois de largeur, de forme et de direction; en même temps qu'il devient plus ample, il s'aplatit d'un côté à l'autre, et remonte plus ou moins de la face inférieure de la verge vers le sommet du gland. Plus cette dernière disposition est prononcée, plus la paroi supérieure est oblique, et plus la sonde serait exposée à heurter contre elle si l'on n'avait pas la précaution, en l'introduisant, de diriger son bec vers la face inférieure de la verge. Une conduite différente n'a pas grand inconvénient lorsqu'on se sert d'une grosse sonde, à moins qu'il n'y ait une valvule assez saillante; mais elle en a presque constamment lorsqu'on fait usage de bougies fines et pointues, à cause des lacunes qu'elles rencontrent en cet endroit.

Passons à un autre sujet, et permettez-moi, mon cher confrère, de vous faire observer que celui de vos collaborateurs qui a rédigé le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 7 août, n'a pas saisi le véritable objet du mémoire que j'ai lu à cette Société savante. Je rappelle en effet ce que j'ai dit, il y a bien longtemps déjà, des avantages de ma sonde coudée (1); mais c'était pour remédier à quelques inconvénients que cet instrument présente dans certains cas.

Parfois cette sonde pénètre difficilement : tantôt c'est parce que le ligament suspenseur est trop court et ne permet pas d'abaisser suffisamment la tige de l'instrument; tantôt c'est parce que la vessie, considérablement distendue, remonte dans l'abdomen, comme l'utérus à une certaine période de la grossesse, et entraîne la prostate avec elle en haut et en avant, ce qui force à abaisser la tige au delà de ce que ce ligament, en le supposant même de longueur ordinaire, permet d'exécuter sans tiraillements. Ainsi, en dernier résultat, l'embarras vient, dans les deux cas, de ce que la tige n'est que difficilement abaissée autant qu'il le faut.

Il ne me restait que bien peu de chose à faire pour faire disparaître cette difficulté, et c'est à quoi je suis parvenu en imprimant à la tige de ma sonde coudée une seconde courbure du même côté que la première, à 3 centimètres au devant, de manière à former un angle obtus de 145 degrés environ.

A l'aide de cette modification, je conserve tous les avantages de ma sonde coudée, puisque le bec est à peu près le même, sauf que je n'ai pas cru devoir lui donner autant de longueur : 10 à 11 millimètres suffisent. De plus, la seconde courbure permet à ce bec de se présenter par son dos à l'obstacle, sans qu'on soit obligé de déprimer autant, à beaucoup près, le canal au niveau du ligament suspenseur. Et quand la difficulté tient à ce que le col de la vessie est entraîné en haut et en avant, il est bien plus facile de l'aller chercher qu'avec ma sonde à une seule courbure, qui n'agit alors qu'en déprimant la paroi postérieure de la région prostatique et le bord postérieur du col de la vessie, en abaissant forcément cet orifice à son niveau.

Il est bien entendu que cette sonde n'est destinée qu'au cathétérisme évacuatoire : quand il s'agit d'explorations, il faut toujours que la tige qui traverse l'urètre soit entièrement droite, et c'est ma sonde à coude unique qui doit être employée dans cette circonstance. Heureusement qu'on peut ordinairement alors choisir l'heure et le moment, et se placer dans les conditions les plus favorables; tandis que, lorsqu'un homme ne peut uriner, il faut vider sa vessie au plus vite, puisque tout retard, toute hésitation ne font qu'aggraver les difficultés.

Agréez, mon très-cher confrère, les nouveaux témoignages de ma haute considération.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier, février et mars 1849, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Description d'un instrument pour l'application du caustique de Vienne sur le col utérin*; par M. Mitchell. 2° *Cas de guérison à la suite d'un empoisonnement par l'acide carbonique*; par M. H. Thompson. 3° *Observation d'anévrisme poplité communiquant avec l'articulation du genou : amputation de la cuisse*; par M. Adams. 4° *Cas d'anévrisme fémoral*; par M. Tufnell. 5° *Cas d'empoisonnement par la créosote*; par M. Macnamara. 6° *Observations de choléra*; par M. Mosse. 7° *Calcul urinaire, avec fistule au périnée*; par M. Stewart. 8° *Quelques considérations sur un nouveau sel de fer et d'alumine*; par M. Murray. 9° *De l'inflammation traumatique de l'œil*; par M. Jacob. 10° *Du jus de citron dans le rhumatisme*; par M. Th. Thompson. 11° *Hémorrhagie secondaire le dix-huitième jour d'une amputation de la cuisse; ligature de la fémorale; récidive; ligature de l'iliaque externe; guérison*; par M. Bellingham.

(1) Voir mes Recherches sur les maladies urinaires des hommes agés et la Gazette Médicale de 1845.

DESCRIPTION D'UN INSTRUMENT POUR APPLIQUER LE CAUSTIQUE DE VIENNE SUR LE COL UTÉRIN; par M. MITCHELL.

L'auteur commence par critiquer les procédés dans lesquels le caustique n'est maintenu en contact avec la partie qu'il doit attaquer que par du linge ou de la charpie dont on remplit le vagin. Il n'est, en effet, pas douteux qu'il ne puisse alors s'opérer des déplacements, toujours dangereux pour les parties voisines.

L'appareil que M. Mitchell propose est composé d'un tube de verre, long de 7 pouces, et se terminant par une extrémité évasée en forme de cloche. A travers ce tube, on introduit une longue tige pleine, aussi en verre, garnie au bout d'une rondelle ou disque de la même substance. On ajuste le caustique sur cette dernière partie; et lorsqu'il a été appliqué, on retire le spéculum, une pression continue exercée sur la tige suffisant pour empêcher la cautérisation de s'étendre en dehors du col. Après environ dix minutes, on retire l'instrument.

— Construit en vue de limiter la cautérisation, cet appareil nous paraît de beaucoup inférieur à celui que M. Bonnet (de Lyon) emploie, et dont nous avons récemment (v. Gaz. Méd., 1849, p. 568) donné la description. Une différence tranchée se remarque surtout entre les deux mécanismes, sous le rapport de la sécurité qu'ils donnent contre la diffusion du caustique. Celui de M. Mitchell ne maintient en place que l'agent de la cautérisation; tandis que, avec celui dont notre compatriote se sert, l'opérateur fixe à la fois, de la manière la plus convenable, et la pièce porte-caustique, et le tube qui prévient l'extension de son action sur les parois du vagin.

HÉMORRHAGIE SECONDAIRE LE DIX-HUITIÈME JOUR D'UNE AMPUTATION DE LA CUISSE; LIGATURE DE LA FÉMORALE; RÉCIDIVE; LIGATURE DE L'ILIAQUE EXTERNE; GUÉRISON; par M. BELLINGHAM.

La science s'éclaire toujours par la connaissance détaillée de faits tels que ceux-ci, où l'accident le plus formidable en chirurgie est combattu avec une persévérance égale à sa ténacité, et finit par céder devant le sang-froid et le courage, alors qu'abandonné à lui-même il eût certainement entraîné la mort en peu de jours.

Obs. — Un jeune homme de 18 ans fut amputé, le 24 novembre, au tiers inférieur du fémur, pour une ancienne maladie scrofuleuse du genou. On lia la fémorale avec huit ou neuf autres artères. L'artère fut fendue dans l'étendue d'un pouce et demi, mais on lia au-dessus. On ne pansa le moignon qu'au bout de cinq heures, après que tous les vaisseaux eurent cessé de donner.

Le 12 décembre; tout a été parfaitement bien jusque-là. Une partie de la plaie est déjà réunie; toutes les ligatures sont tombées, à part celles de la fémorale et de la profonde. Le patient dit seulement que pendant la nuit il a ressenti quelques tressaillements dans le moignon et un peu de douleur sur le trajet des ligatures. (Il faut observer que, la veille, on avait un peu tiré sur celle de la profonde pour essayer si elle se détacherait.) A quatre heures et demie, une hémorrhagie artérielle se déclara subitement par le moignon. Le patient perdit environ 20 onces de sang. Heureusement M. Tufnell, qui se trouvait présent, parvint à l'arrêter en comprimant l'artère à l'aine. La compression au tiers supérieur de la cuisse fut ensuite établie d'une manière permanente.

Pendant quatre jours, l'appareil fut maintenu sans inconvénient; la suppuration continuait à être de bonne nature, sans teinte de sang, lorsque le 16, quoique le tourniquet eût été très-serré, l'hémorrhagie reparut. On l'arrêta au moyen d'une clef garnie de linge appliquée sur l'artère à son passage au devant de la branche du pubis.

Trois quarts d'heure après, M. Bellingham fit la ligature de la fémorale. Après avoir mis le vaisseau à découvert, on ne put y sentir de pulsation (la compression au-dessus étant, bien entendu, supprimée) : il était seulement douloureux au toucher. Cette particularité détermina l'opérateur à dénuder une certaine longueur de l'artère, et à y appliquer deux ligatures à un demi-pouce l'une de l'autre. — Cela fait, on enleva les deux ligatures qui tenaient encore au moignon.

Cinq heures après l'opération, l'hémorrhagie reparut encore par le moignon. On la suspendit de nouveau au moyen de la clef pressant sur l'aine, et il fut résolu, en consultation, de pratiquer le lendemain matin la ligature de l'iliaque externe. Effectivement, le 17, après avoir chloroformisé le patient, on lia ce vaisseau à sa partie inférieure, afin de se ménager encore une dernière ressource en le liant plus haut si l'hémorrhagie revenait.

Heureusement cela ne fut pas nécessaire. A part quelques douleurs dans l'aine et un gonflement du moignon, occasionné par l'accumulation du sang entre ses lèvres, tout marcha bien.

Le 22, il perdit encore par le moignon environ 8 onces de sang; mais c'était probablement celui qui s'était déposé là lors de l'hémorrhagie antérieure; car il n'en résulta aucun affaiblissement.

Une suppuration plus abondante et fétide continua pendant quelques jours.

Les ligatures nouvellement mises tombèrent naturellement et sans accidents, savoir : l'inférieure de la fémorale le vingtième jour, la supérieure le dix-huitième, et celle de l'iliaque externe le vingt-troisième. Les plaies marchèrent rapidement à la cicatrisation, et le malade était guéri le 13 février.

— Bien que ce cas soit, en définitive, un heureux exemple à ajouter à ceux plus ou moins analogues que possède l'histoire de la science, on peut néanmoins se demander si tous les soins ont été donnés à propos, ou plutôt s'il n'y a pas eu excès dans le nombre et la précocité des opérations tentées pour conjurer le danger.

Et d'abord les deux ligatures placées à la fois sur la fémorale étaient-elles bien nécessaires? Cette précaution n'a été prise qu'en raison de ce qu'on ne sentait pas l'artère mise à nu battre entre les doigts. Mais cette singularité s'observe très-souvent ; aucun chirurgien n'en ignore la possibilité, et jamais on n'a pour cela regardé l'artère comme malade ; jamais surtout on n'a songé à y voir une indication de dénuder le vaisseau dans un pouce de son étendue, et de l'exposer par là à devenir dans ce point une nouvelle source de l'hémorrhagie qu'on voulait arrêter.

En second lieu, quel motif a pu engager, après cette ligature secondaire, à tirer sur les fils qui pendaient hors du moignon, à les enlever, et à ébranler ainsi les extrémités artérielles déjà si disposées à livrer passage au sang ? Ce tiraillement a-t-il été sans influence sur l'hémorrhagie qui, malgré la ligature toute récente du vaisseau au-dessus, s'est reproduite *cinq heures* après cette opération?

Enfin nous aurions encore à demander si la dernière ligature de l'iliaque externe n'a pas été faite un peu prématurément. En principe, nous convenons bien qu'il ne faut pas, dans ces cas, perdre aux vains essais d'une compression illusoire un temps précieux ; et c'est, en général, plutôt l'excès de temporisation qu'on a ici le plus souvent à critiquer. Mais il est un terme moyen entre les deux extrêmes, et l'opérateur pourrait, ce nous semble, se reprocher dans ce cas de l'avoir un peu devancé.

CAS DE CYRRHOSE DU FOIE, AVEC DE GRAVES DÉSORDRES DES ORGANES ABDOMINAUX ; par le docteur CREIGHTON.

Cette observation est vraiment remarquable par la gravité et l'étendue des lésions, qui paraissent avoir été néanmoins pendant longtemps compatibles avec la vie. L'abdomen renfermait trois ou quatre pintes de sérosité dans laquelle nageaient des flocons albumineux. Tout le contenu de la cavité abdominale était si altéré, si aggloméré, qu'il était difficile de distinguer les différents viscères. L'œil rencontrait d'abord une masse comme visqueuse qui, par son siége, semblait appartenir à l'estomac ; mais en l'examinant avec plus d'attention, on reconnut qu'elle n'était autre chose que le colon transverse, fortement adhérent aux parois du ventre et au diaphragme. Cette portion des intestins formait avec l'estomac, le foie et le pancréas, une seule masse d'aspect homogène. L'estomac était plus petit que de coutume, et contenait un peu de sang grumeleux ; le pancréas, au contraire, paraissait augmenté de volume. Le foie offrait, dans toute son étendue, un degré de cyrrhose tel qu'il devait avoir été totalement impropre à l'accomplissement de ses fonctions. Développement énorme de la rate, qui pesait 4 livres ; coarctations et dilatations alternatives dans toute la longueur des intestins grêles, paraissant de nature congénitale; cœcum très-étroit, et ressemblant à une portion de petits intestins.

Le sujet porteur de toutes ces lésions avait 45 ans, et était adonné à l'intempérance. Il avait été successivement traité pour une fistule à l'anus, une affection des reins et une pleuropneumonie. C'est peu de temps après cette dernière maladie et environ deux ans avant la mort que se présentèrent les premiers symptômes de l'affection abdominale. Il s'est agi sans doute primitivement d'une péritonite chronique. L'observation manque à cet égard de certains détails, comme aussi elle ne mentionne pas l'état des vaisseaux. Il eût été curieux de savoir, par exemple, si la veine porte et la veine cave n'avaient pas subi quelque lésion particulière, quelque déviation ou compression, soit par suite d'une participation à l'état pathologique général, soit par l'effet des adhérences si nombreuses établies entre les viscères et des déplacements subis par ces derniers. Comme nous l'avons dit tout à l'heure, l'intérêt de l'observation est surtout dans la continuation assez prolongée de la vie, malgré des désordres abdominaux aussi graves et aussi étendus.

CAS DE CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DANS LES CAVITÉS DU CŒUR, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR L'ORIGINE ET LE MODE DE DÉVELOPPEMENT DE CES DÉPÔTS ; par le docteur O'B. BELLINGHAM.

Les observations détaillées de ce mémoire se réduisent à deux. Il s'agit de concrétions purement fibrineuses occupant, dans un cas, les cavités droites, et dans l'autre les deux ventricules du cœur. Ces observations, qui n'offrent rien de particulièrement remarquable, sont pour l'auteur une occasion de présenter ses vues propres sur la question générale des concrétions cardiaques. Suivant lui, il y en a de quatre espèces : les premières consistent en un coagulum sanguin recouvert de fibrine blanche ; les secondes sont formées de fibrine exclusivement ; les troisièmes de lymphe seulement ; les quatrièmes enfin de lymphe recouverte de fibrine.

Il est inutile de reproduire la description que l'auteur donne des deux premières espèces; elle est conforme à celle de tous les autres anatomo-pathologistes, et il n'est personne qui n'ait eu occasion de rencontrer de ces dépôts fibrineux, soit purs et d'un blanc plus ou moins jaunâtre, soit retenant encore à leur centre une certaine quantité de la matière colorante du sang. Mais il importe de bien spécifier ce que M. Bellingham entend par concrétions de lymphe seule ou de lymphe recouverte de fibrine. Là est en effet l'idée fondamentale de son travail.

Les concrétions de lymphe, dit-il, diffèrent des concrétions fibrineuses en ce que celles-ci naissent d'une séparation opérée entre la fibrine et les autres éléments constitutifs du sang, tandis que les premières *sont déposées par les vaisseaux qui doublent la membrane du cœur* (are deposited by the vessels themselves which supply the lining membrane of the heart). Cette forme de concrétion se rencontre dans les cas d'inflammation de cette membrane, et siége ordinairement sur les valvules ou les orifices du cœur. Quant aux concrétions de lymphe recouvertes de fibrine, elles sont une combinaison de la seconde espèce et de la troisième ; elles ont pour noyau un dépôt de lymphe plastique, produit d'une endocardite partielle, lequel s'enveloppe graduellement de couches fibrineuses.

L'auteur établit entre les concrétions fibrineuses et les concrétions lymphiques une distinction capitale. C'est que les premières sont absolument incapables d'organisation, tandis que les secondes s'organisent facilement, semblables en cela aux autres dépôts de lymphe plastique qu'on observe dans la pleurésie, la péritonite, et en général dans la phlegmasie des membranes séreuses.

C'est, comme on voit, la reproduction d'une doctrine déjà soutenue par plus d'un auteur, tant en Angleterre qu'en France. On sait que tous les prétendus polypes cardiaques, depuis le coagulum purement fibrineux jusqu'aux tumeurs organisées, jusqu'à ces petites saillies appelées végétations qu'on rencontre principalement sur les valvules ou aux environs des orifices du cœur, avaient été rattachés par Laennec à une concrétion primordiale du sang, soit que cette concrétion fût le résultat d'un obstacle à la circulation ou d'une altération du sang lui-même, soit qu'elle fût produite par une phlegmasie partielle de la membrane interne du cœur. Ce savant observateur croit que le sang ainsi coagulé peut devenir le siége d'un travail d'organisation analogue à celui qui se passe dans les fausses membranes sécrétées à la surface des membranes enflammées. Mais tel n'est pas l'avis de tous les auteurs. Beaucoup soutiennent que le noyau des concrétions organisées est toujours dans le dépôt d'une lymphe plastique sur un point enflammé de l'endocarde ; ce n'est qu'ultérieurement que la fibrine se dépose autour de ce noyau. M. Bouillaud défend cette opinion en ce qui concerne les végétations valvulaires ; il croit que la lymphe sécrétée peut se ramasser, se rouler pour ainsi dire en boule et former une tumeur plus ou moins arrondie qui s'organisera par la suite.

A quelle opinion s'arrêter au milieu de ces dissidences? On comprend qu'il soit assez difficile de déterminer jusqu'à quel point le dépôt de lymphe plastique joue un rôle dans la production de la végétation et dans l'organisation de la tumeur. Un des premiers effets de la phlegmasie partielle de la membrane vasculaire interne, soit dans le cœur, soit dans les vaisseaux, est la production d'une concrétion sanguine à cet endroit ; en sorte que le dépôt de lymphe, à supposer qu'il existe toujours (ce qui est fort douteux), est pour ainsi dire étouffé par le dépôt de sang. Aucune raison physiologique ou pathologique n'implique, sans doute, l'impossibilité d'une organisation de la lymphe sécrétée à la surface interne du cœur ; mais le fait de cette organisation, comme condition essentielle, *sine quâ non*, de la formation d'une végétation organisée, n'est rien moins que démontré. Ajoutons qu'il nous paraît assez difficile de concevoir comment cette lymphe pourrait se disposer de manière à constituer ces petites masses arrondies qu'on appelle *végétations* ou *verrues*.

Maintenant, quelle que soit la part de l'exsudation membraneuse dans l'organisation de la tumeur, il est manifeste que cette question perdra beaucoup de son importance, si l'on vient à démontrer que le sang lui-même, le sang tout seul, concrété dans les cavités du cœur, peut s'organiser. Or il est difficile de ne pas l'admettre. Sans recourir aux analogies qu'on pourrait puiser dans certaines suites des opérations chirurgicales, principalement des opérations sous-cutanées, on peut, ce nous semble, invoquer des faits directs et bien constatés de concrétions sanguines organisées. M. Bouillaud lui-même en a rapporté des exemples, et l'on en pourrait citer dans lesquels l'absence de toute adhérence avec les parois

de la cavité cardiaque excluait toute idée d'exsudation primordiale; car c'est le propre de tout produit anormal résultant de la transformation d'une exsudation pseudo-membraneuse, d'adhérer à la membrane qui a fourni l'exsudation.

Nous n'avons fait ressortir, dans les considérations précédentes, que les parties essentielles du travail de M. Bellingham. Il nous reste maintenant, pour compléter cette analyse, à indiquer deux autres propositions développées par l'auteur.

La première, qui n'offre rien de nouveau, c'est que certaines maladies des poumons, telles que la bronchite, la pleuro-pneumonie, se terminent quelquefois par la formation de concrétions. La seconde est relative aux symptômes de ces dépôts sanguins dans les cavités du cœur; ce sont, suivant l'auteur, un malaise croissant dans la région précordiale et des battements du cœur confus et irréguliers, *accompagnés d'un murmure anormal*.

III. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations dans les ambulances du continent après les révolutions de* 1848; par M. Kidd. 2° *Du trichlorure de carbone comme remède contre le choléra*; par M. Lamprey. 3° *Sur la scarlatine*; par M. Tripe. 4° *Sur la topographie médicale de la Syrie méditerranéenne*; par M. T. Kay. 5° *Contraste dans la conformation des os du crâne et de la face chez les Celtes et les Saxons*; par M. Massy. 6° *Choléra épidémique; histoire médicale du 47e régiment*; par M. Saunders. 7° *Du choléra asiatique qui a sévi sur l'établissement des indigents, de M. Drouet*; par M. Balley. 8° *De l'hydrocèle*; par M. John Hunter. (Ce fragment, extrait d'une lettre inédite du célèbre médecin, ne contient absolument rien qui mérite d'être reproduit.) 9° *Du nitrate d'argent dans le choléra, et de son mode d'application*; par M. Garlike. 10° *Du chloroforme comme remède contre le choléra*; par M. Lamprey. 11° *Deux observations d'empoisonnement par la poudre de cantharides*; par M. Saunders. 12° *Hémorrhagie excessive pendant les règles*; par M. Tuthill Massy. 13° *Observation de marasme produit par l'albuminurie et l'oxalurie réunies*; par M. Harapath. 14° *Du chloroforme dans le choléra*; par M. Moffatt. 15° *Hernie crurale étranglée; opération de M. Guy; guérison*; par M. Broughton. (On n'incisa que dans une petite étendue, au niveau du col de la tumeur; le sac fut ouvert.) 16° *Quelques pensées sur le choléra*; par M. Reid. 17° *Considérations sur le choléra*; par M. Crummey. 18° *De l'électro-galvanisme pour la cure des affections névralgiques résultat d'accidents, et de son utilité dans d'autres cas*; par M. Tuson. 19° *Remarques sur l'épidémie qui a régné à Penzame durant l'été et l'automne de* 1848; par M. Couch. 20° *Sur le choléra à Colliery Monkwearmouth*; par MM. Fergusson et Ch. Lamott. 21° *Observations d'hydatides intracrâniennes*; par M. G. Gregory. 22° *Notes de mon livre particulier*; par M. Th. Brown. 23° *Nouveau double plan incliné pour les fractures*; par M. Gibbons. (Les parties sur lesquelles la jambe et la cuisse reposent offrent des cavités exactement en rapport avec les éminences naturelles de ces membres; le poids étant ainsi réparti plus uniformément, les escarres sont moins à craindre.) 24° *De l'oxyde d'argent*; par M. Eyre. 25° *Recherches sur les pertes séminales involontaires, et sur les désordres qui les accompagnent*; par M. M'Dougall. 26° *Cas d'irritabilité morbide du système excito-moteur, produisant des symptômes semblables à ceux d'un tétanos chronique*; par M. Hérapath. 27° *Hernie crurale étranglée guérie par l'opération de M. Gay*; par M. Burchell. 28° *De l'empoisonnement par l'alcool*; par M. Williamson. 29° *Empoisonnement par le laudanum*; par M. Osborn. 30° *Remarques sur l'ochlésis, ou sur les désordres engendrés par l'accumulation des maladies*; par M. G. Grégory. 31° *Excision de la tête du fémur*; par M. Walton. (Deux observations terminées par la mort.) 32° *Réduction d'une hernie crurale par l'emploi du chloroforme*; par M. Tuson. 33° *Cas d'amputation coxo-fémorale*; par M. Jones. (L'indication était une hémorrhagie survenue le quinzième jour d'une vaste plaie de la cuisse avec dilacération et sinus multipliés. Le malade succomba.)

DE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT DANS DE CHOLÉRA; par le docteur GARLIKE.

Le nitrate d'argent est indiqué par le docteur Garlike comme un des moyens les plus propres à arrêter le flux intestinal. Quand la déperdition séreuse menace d'épuiser le malade, l'emploi de cette substance à l'intérieur a, dit-il, au moins l'avantage d'enrayer le mouvement de débilitation et de donner le temps de recourir aux autres moyens indiqués par le cas particulier. Cette assertion, il la fonde sur trois faits seulement, dont il se contente de donner un *specimen* dans l'exposé d'une seule observation détaillée. Il serait inutile de rapporter cette observation qui n'offre rien de spécialement digne d'être mentionné, et nous nous contenterons d'en extraire les circonstances propres à faire juger de l'efficacité du moyen et à en faire connaître le mode d'administration et les effets.

Le sujet était âgé de 50 ans. C'était un ouvrier qui avait été pris de vomissements, de diarrhée et de crampes. La matière des selles ressemblait à de l'eau de riz, ainsi que celle des vomissements. L'une et l'autre étaient alcalines. Le pouls était à 35, intermittent; voix éteinte; sueurs froides. On ordonna d'abord deux grains d'opium et deux grains de calomel toutes les demi-heures, avec une mixture d'ammoniaque et de chlorure de soude, à prendre dans l'intervalle des doses précédentes. Au bout de six heures, ces moyens n'avaient amené aucun bon résultat. C'est alors qu'on a recours au nitrate d'argent administré de la manière suivante : Prenez : nitrate d'argent, 16 grains; eau distillée, 4 onces, pour un lavement qu'on eut soin de pousser fortement. Six minutes après, on injecta dans le rectum 6 onces de mucilage additionné d'une *demi-once* de laudanum (de Sydenham, sans doute). Pendant qu'on préparait ces deux lavements, ce qui prit environ vingt minutes, le malade rendit par l'anus deux à trois pintes de liquide analogue à l'eau de riz.

L'introduction du nitrate d'argent dans le rectum produisit une vive douleur qui dura bien deux heures. Une petite partie du second lavement fut rendu peu de minutes après l'injection; mais à partir de ce moment il n'y eut pas de selles pendant quarante-huit heures. Néanmoins, l'état général ne s'amendait pas; les crampes, la dépression des forces, la physionomie morbide restaient les mêmes. Au bout de quarante-huit heures, une nouvelle selle eut lieu, de même apparence que les premières, et il resta pendant une dizaine de jours encore *une grave disposition à l'irritation intestinale*.

Nous ne voulons pas nier l'utilité du nitrate d'argent dans les cas de flux intestinal excessif, même dans ceux qui se lient au choléra; nous savons même que ce moyen a été employé avec succès dans les hôpitaux. Mais on conviendra que l'observation qui précède, en y ajoutant même les deux cas sur lesquels on ne fournit aucune indication précise, ne saurait suffire à établir solidement les avantages du nitrate d'argent. Il y aurait à voir si le moyen réussit également dans tous les cas, soit que la diarrhée ait son point de départ dans un état pathologique des gros intestins, soit qu'elle dépende d'une hypersécrétion de l'intestin grêle; s'il convient uniformément à toutes les périodes du flux cholérique, etc. Il ne faudrait pas surtout, pour juger sainement de la vertu thérapeutique d'un remède, employer concurremment un autre remède aussi puissant que l'est le laudanum à la dose énorme d'une demi-once. L'absence de phénomènes narcotiques consécutifs atteste que le lavement laudanisé n'a été absorbé qu'en petite quantité, et l'observation dit d'ailleurs qu'une portion de lavement a été rendue *peu de minutes* après son administration.

SUR LES HYDATIDES INTRACRANIENNES; par M. G. GRÉGORY.

Après avoir énuméré les cas peu nombreux de kystes hydatiques encéphaliques qu'il a trouvés dans les auteurs, M. Grégory en rapporte trois dont il doit la communication à ses confrères. Les deux premiers ont été observés par M. French.

OBS. I. — Th. Williams, âgé de 41 ans, mourut d'une dyssenterie chronique. On n'avait noté, durant sa vie, aucun symptôme du côté du cerveau. En ouvrant la tête, on trouva des kystes hydatiques disséminés dans le plus grand nombre des parties de l'encéphale. Ils occupaient principalement la surface des deux hémisphères, et étaient situés immédiatement au-dessous de la pie-mère. L'un d'eux cependant fut trouvé dans la partie antérieure du corps strié droit, et un autre dans la substance du cerveau, au voisinage du corps strié.

OBS. II. — Th. Christmas avait eu plusieurs attaques de rhumatisme aigu en 1830. En 1833, il entra deux fois à l'hôpital pour la fièvre. En avril et juin 1834, il eut des accès épileptiques accompagnés de symptômes de dyssenterie : les accès se reproduisirent à fréquentes reprises jusqu'au 8 septembre 1837, époque à laquelle il prit le choléra. Il y résista; mais les accès épileptiques se rapprochèrent, et il succomba le 20 du même mois, âgé de 31 ans.

En plusieurs points, le cerveau était entièrement transparent. Au-dessous de la pie-mère, très-vascularisée et d'un rouge écarlate par places, on voyait un grand nombre de petits corps ronds, du volume d'un pois et semblables à des hydatides. Quelques-uns offraient une dureté presque cartilagineuse; d'autres se trouvaient dans l'épaisseur des hémisphères. On en rassembla assez pour peser une once. Chacun d'eux consistait en un sac membraneux distinct et un fluide clair, avec une matière caséeuse.

Le cas suivant se distingue de ceux du même genre par le siége des kystes hydatiques. Tandis qu'ordinairement ces productions se rencontrent sous la pie-mère ou dans la substance cérébrale, ici elles occupaient manifestement la surface extérieure de la dure-mère.

OBS. III. — J. Broughton, âgé de 21 ans, fut reçu le 29 avril 1848 à l'hôpital

de Woolwich, ayant des maux de tête depuis février 1847, et des accès épileptiques depuis le mois de novembre de la même année. A partir de cette époque, il tomba dans l'imbécillité, sa mémoire s'abolit, et la vue s'affaiblit. Les pupilles demeuraient paresseuses même sous l'action d'une forte lumière.

A l'hôpital on nota, outre ces symptômes, qu'il chancelait comme un homme ivre. Il riait aux éclat dès qu'on lui parlait. Les deux yeux étaient devenus amaurotiques ; l'ouïe n'était que peu affectée.

Le 22 mai, à dîner, un morceau de viande qu'il voulait avaler comprima l'œsophage et l'eût étouffé si l'on n'avait pratiqué la trachéotomie. Il parut d'abord aller mieux; mais les accès épileptiques reparurent, et il mourut le lendemain.

Autopsie. Système musculaire développé ; face congestionnée. En enlevant la boîte osseuse, on remarqua du côté gauche, située entre le crâne et la dure-mère, et remplissant complétement la fosse moyenne de la base de cette région, une masse morbide du volume environ du poing fermé qui, après examen, fut reconnue être un nid d'hydatides. Ces hydatides étaient très-nombreuses ; elles variaient pour la grosseur de celle d'un pois à une petite orange. Les os qu'elles touchaient étaient rugueux.

Le cerveau avec la dure-mère qui le recouvre paraissait refoulé du côté droit. La substance cérébrale avait son aspect naturel. Les ventricules du cerveau étaient remplis d'un fluide clair.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 AOUT.

RECHERCHES SUR LA SUEUR VISQUEUSE DES CHOLÉRIQUES.

M. Dumas présente, au nom de M. Doyère, la note suivante, contenant le résultat des recherches qu'il a faites sur la sueur visqueuse des cholériques.

M. Doyère a reconnu que, sur quatre malades atteints de choléra, la sueur visqueuse recueillie avec soin sur le front, les joues, les bras, les avant-bras, renfermait une substance capable de réduire les composés de cuivre, du réactif de M. Bareswil, à la manière du sucre de fruits.

Cette matière est-elle du sucre? C'est ce que l'on ne pourra savoir qu'après des épreuves plus décisives, sur lesquelles M. Doyère appelle l'attention des observateurs.

La sueur non visqueuse, le sérum du sang, n'ont pas produit de réduction; l'urine et les selles non plus. Le liquide vomi par une malade qui n'avait pris que de l'eau de Seltz a fourni un précipité assez abondant. La sueur visqueuse a été recueillie avec des pelotes de coton en cardes, humectées d'eau distillée, avec lesquelles on lavait doucement les places humectées de sueur visqueuse.

AUGMENTATION DE LA FIBRINE DU SANG PAR LA CHALEUR.

M. Marchal (de Calvi) adresse une note sur l'augmentation de la fibrine du sang par la chaleur. Il annonce avoir fait une expérience qui paraît confirmer l'hypothèse de Rasori, en ce qui concerne l'influence exercée par l'élévation de température. Voici cette expérience, qu'il a répétée sept fois: « J'ai reçu dans deux capsules de porcelaine, l'une entourée d'eau à 55 ou 60° cent., l'autre entourée d'un mélange de glace et de sel, d'un côté le 1er et le 4e quarts, d'autre part le 2e et le 3e quarts du sang d'une saignée. J'ai laissé la coagulation s'opérer, puis la fibrine du sang des deux capsules a été extraite séparément et pesée. »

Cette dernière partie de l'expérience a été faite par M. Poggiale. Ces messieurs ont trouvé dans tous les cas un excès notable de fibrine dans le sang coagulé à chaud.

Dans la première expérience la différence était de 24 centigr. pour 1,000 gr. de sang; dans la deuxième de 26 centigr.; dans la troisième de 25 centigr.; dans la quatrième de 9 centigr.; dans la cinquième de 37 centigr.; dans la sixième de 27 centigr.; dans la septième de 23 centigr.

On peut donc affirmer que l'élévation de température augmente le chiffre de la fibrine dans le sang.

Toutefois, si l'on fait coaguler le sang à la température de 70°, c'est-à-dire près du point de coagulation de l'albumine, la fibrine diminue notablement, du moins à en juger par la seule expérience que M. Marchal a pu faire.

D'après ce qui précède, l'augmentation de la fibrine dans l'inflammation tiendrait, au moins en partie, à l'élévation de la température, et à cet égard l'hypothèse de Rasori serait démontrée. Restait à savoir si l'accélération du mouvement a part à ce phénomène. M. Marchal a entrepris à ce sujet une série d'expériences dont il se propose de faire connaître le résultat.

En résumé, l'auteur déduit de ce travail les conclusions suivantes :

1° L'élévation de température augmente la quantité de fibrine dans le sang;

2° L'excès absolu de fibrine, dans l'inflammation, est dû, au moins en partie, à l'élévation de la température;

3° La fibrine ne serait autre chose que de l'albumine coagulée moléculairement sous l'influence de la chaleur animale.

RACE DES GHILANES (HOMMES A QUEUE).

M. du Couret, explorateur en Afrique et en Asie, communique un extrait de ses notes de voyage relatif à la race des Ghilânes, race intermédiaire entre l'homme et le singe, et qui habite l'intérieur de l'Afrique (le Soudan méridional). Voici les renseignements que l'auteur donne sur cette peuplade, d'après ce qu'il en a appris des Djelabs arabes et nubiens et d'après ce qu'il a vu lui-même sur un individu de cette race.

Les Ghilânes forment une race nègre particulière, parce qu'elle a beaucoup de similitude avec le singe.

Plus petits que les autres nègres, leur taille dépasse rarement cinq pieds. Ils sont communément mal proportionnés. Leur corps est maigre et paraît faible. Leurs bras sont longs et grêles. Leurs mains et leurs pieds sont plus longs et plus plats que chez les autres races humaines. Ils ont la mâchoire inférieure forte et très-allongée. Leurs joues sont saillantes; leur front est court et fortement incliné en arrière. Leurs oreilles sont longues et difformes. Leurs yeux sont petits, noirs, brillants et d'une mobilité extrême. Leur nez est gros et plat. Leur bouche est grande, garnie de dents aiguës, fortes et d'une blancheur extrême. Leurs lèvres sont grosses et épaisses. Leurs cheveux frisent, mais sont peu laineux, peu épais et restent courts. Mais ce qui les distingue particulièrement, c'est le prolongement extérieur de leur colonne vertébrale, ce qui donne à chaque individu mâle ou femelle une queue de 2 à 3 pouces de longueur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CHOLÉRA.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmettant à l'Académie un mémoire de M. le docteur Valat (d'Autun) sur l'épidémie de choléra dont la commune de Château-Chinon (Nièvre) vient d'être affligée.

Parmi les particularités que signale l'auteur, il est un fait tout à fait nouveau, dit-il, dans l'histoire du choléra asiatique, sa constatation à une hauteur de 551 mètres 8 c. au-dessus du niveau de la mer (hauteur du sol de Château-Chinon. Indépendamment de sa hauteur, Château-Chinon est placé sur un terrain granitique. C'est à peine s'il y a au-dessus une croûte de 20 à 25 c. de terre végétale. Château-Chinon est un mont largement ouvert à tous les vents; sa position est aussi parfaite que les hygiénistes peuvent le désirer.

Conclusions : — Du 21 mai au 20 juin 1849, il y a eu à Château-Chinon sur une population de 3,500 âmes, 25 morts, sur 98 cholériques ou malades atteints par l'épidémie de choléra asiatique. La moyenne de la durée de la maladie pour que la mort arrivât a été de vingt-deux heures, ou plutôt la mort est arrivée moyennement au bout de vingt-deux heures de maladie. — L'épidémie de choléra asiatique est venue s'installer à Château-Chinon à 551 mètres 8 c. au-dessus du niveau de la mer, sur un terrain granitique au point de partage des eaux de la Loire et de l'Yonne.—L'épidémie paraît être arrêtée pour le moment en France, par une ligne transversale qui, courant de l'ouest à l'est, semblerait indiquer le trajet de la Loire, entre Nantes et Château-Chinon, après avoir parcouru successivement les 50e, 49e, 48e et 47e degré de latitude.

2° Une lettre du même ministre qui invite l'Académie à lui faire un rapport sur un fauteuil mécanique propre à faciliter les opérations chirurgicales. (Commissaires: MM. Jobert et Poiseuille.)

3° Lettre du même ministre avec envoi d'échantillons et de documents sur une source d'eau minérale de Fraysse. (Commission des eaux minérales.)

RÔLE DU SEL DANS L'ALIMENTATION.

M. Plouviez (de Lille) adresse un premier mémoire sur le chlorure de sodium et le rôle que joue ce sel dans l'alimentation chez l'homme. L'auteur conclut des expériences auxquelles il s'est livré que le sel est: 1° un condiment jusqu'à son entrée dans l'estomac; 2° un réactif par ses bases dans ce viscère et les intestins ; 3° un producteur d'une quantité plus considérable de chyle, par son influence sur les éléments du chyme; 4° un excitateur des vaisseaux absorbants intestinaux ; 5° un modificateur avantageux du sang en diminuant ses proportions d'eau; 6° un agent principal de dissolution de la fibrine et de l'albumine; 7° un des agents qui poussent à l'augmentation ou à la création des globules ; 8° un coadjuteur de la plus haute importance dans l'acte de l'hématose, aide sans lequel le sang ne rougirait pas par le contact de l'oxygène de l'air; 9° enfin un auxiliaire de grande valeur dans l'acte intime d'assimilation et de désassimilation.

D'UNE LÉSION DU COEUR CONSIDÉRÉE COMME CAUSE PROBABLE D'UNE MORT ATTRIBUÉE AU CHLOROFORME.

M. Gros, médecin à Boulogne-sur-mer, adresse une observation sur une particularité de l'autopsie de mademoiselle Stock, de Boulogne, particularité qui ne lui paraît pas avoir suffisamment attiré l'attention de la commission; l'état du cœur. Le ventricule droit était dilaté, ses parois amincies; le tissu musculaire de ce viscère était pâle et se déchirait facilement. Or il était constant, d'un autre côté, que Maria Stock avait été longtemps chlorotique. L'auteur pense que cette lésion n'a pas été étrangère à la cause de la mort. Il ajoute que lors de l'autopsie, tous les médecins présents ont été portés à considérer l'existence d'un fluide gazeux, si abondant dans les veines, comme un résultat cadavérique. Il pense que quand ces faits ne feraient qu'appuyer le conseil donné par la commission du chloroforme, de n'employer les agents anesthésiques que dans des conditions de parfaite intégrité des organes thoraciques, il serait encore utile de les rappeler.

— M. Rochoux a la parole à l'occasion du procès-verbal. Tout le monde, dit-il, a pu voir dans les journaux l'accueil sauvage, mais très-rationnel dans l'hy-

pothèse de la contagion, que les habitants d'un petit village, aux environs de Bourges, ont fait aux sœurs de la charité qui venaient leur prodiguer leurs secours contre le choléra. Faut-il le dire? l'Académie nationale de médecine n'est peut-être pas à l'abri de toute complicité *morale* avec ce triste événement. En effet, depuis l'instant où la question de la contagion du choléra, prise en considération dans cette enceinte, a été renvoyée à l'examen d'une commission chargée de vous faire un rapport sur ce point important d'étiologie, chacune de vos séances amène la lecture ou l'analyse de lettres, de récits presque toujours favorables à la contagion, qu'on laisse passer sans réfutation pour ne pas empiéter sur une discussion qui perdrait beaucoup à être morcelée. Cependant, ceux pour qui l'erreur est une délicieuse pâture profitent de ce silence pour propager sans contradicteur la croyance en la contagion du choléra sans que votre commission paraisse s'en émouvoir le moins du monde. Une pareille nonchalance, un retard aussi prolongé à s'acquitter d'un travail de la plus grande urgence et impatiemment attendu sont assurément peu dignes d'éloges.

M. Desportes parle dans le même sens que M. Rochoux; il cite une localité envahie par le choléra, où les malades ont été transportés en plein champ, et lorsque le temps de la moisson est venu, on n'a trouvé personne pour la faire, si ce n'est le curé. M. Desportes insiste pour que la commission hâte son rapport.

M. le Président. Le président ne peut que faire des instances auprès de la commission pour la presser de faire son rapport : c'est ce qu'il a fait; mais, comme il n'a pas en sa possession de moyens coercitifs, la commission reste toujours maîtresse de décider l'époque où le rapport sera présenté.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission de onze membres choisis dans chacune des onze sections de l'Académie, pour déterminer le choix de la section dans laquelle devra être faite la prochaine nomination.

Pendant qu'on procède au scrutin, la parole est donnée à M. Bouland pour une lecture.

PRINCIPE SULFUREUX DES EAUX D'ENGHIEN.

M. le docteur Bouland, médecin inspecteur, lit un travail intitulé : Recherches sur les variations du principe sulfureux contenu dans les eaux d'Enghien.

Il résulte de ce travail :

1° Que le caractère essentiel de ces variations est l'*intermittence irrégulière*. Telle source reste constante pendant deux, trois et six mois, qui présente tout à coup de brusques changements.

Le 1er mai 1842, un litre d'eau puisée à la source Catte contenait : soufre, 0g,0309;

Et le 2 mai, il contenait : soufre, 0g,0330;

2° Que les saisons chaudes ou froides, sèches ou pluvieuses, ne paraissent pas exercer une influence marquée sur ces variations.

Après les pluies d'automne, 1,000 grammes d'eau puisée à la source Cotte ont donné :

Sulfure d'argent pur, 0g,38, soit soufre, 0g,048.

Aux mois de juillet et d'août précédents, on obtenait de la même quantité d'eau :

Sulfure d'argent pur, 0g,35 — 0g,37.

Il serait intéressant, ajoute l'auteur, d'étudier après l'automne les évolutions du principe sulfureux des eaux thermales : on sait qu'à cette époque leur température diminue; l'élément sulfureux diminue-t-il aussi?

3° Que, malgré la probabilité d'un foyer minéralisateur commun et très-voisin du griffon des sources, le principe hépatique se conduit dans chacune d'elles d'une manière indépendante.

Dans la source *Catte*, la proportion du principe sulfureux a augmenté d'une manière lente et continue; la moyenne de 1841 et celle de 1844 présentent une différence de soufre 0g,0133 au profit de cette dernière année.

Dans la source *Deyeux*, au contraire, cette proportion a été décroissant, et la différence entre la moyenne des mêmes années a présenté une diminution de soufre 0g,0094, etc.

En comparant la marche du principe hépatique dans les différentes sources, année par année, on remarque que la source *Catte* a présenté, au commencement de 1841, soufre 0g,0113 de moins que celle *Deyeux*, et qu'à la fin de 1844, la source *Catte*, au contraire, l'emportait sur celle Deyeux de soufre 0g,0114;

Que les deux autres sources étaient, avec celle *Catte*, à peu près dans le même rapport que celle *Deyeux*, et qu'elles ont suivi son mouvement, etc.

Ainsi des sources presque contiguës, essentiellement solidaires, d'origine qu'on est fondé à croire commune, présentent ce singulier spectacle d'un accroissement dans les unes, coïncidant à une diminution dans les autres du même principe constituant. Et après quelques années, toutes choses égales d'ailleurs, cette marche cesse pour recommencer plus tard, et présenter peut-être des phénomènes inverses.

Si maintenant on réunit tous les essais partiels, ainsi que l'auteur l'a fait dans un tableau très-étendu, pour en tirer des moyennes annuelles, on voit la moyenne de 1844 l'emporter de soufre 0g,0020 sur celle de 1841, et la variation d'une année à l'autre être peu importante.

M. Bouland pense qu'il est nécessaire de faire des observations quotidiennes pour apprécier exactement les évolutions des principes des eaux minérales.

Il n'est pas rare de trouver, dit-il, dans le courant d'une période des points identiques, et si le hasard faisait, ce qui a dû arriver, que ces analyses coïncidassent avec ces époques, on conclurait que telle source ne présente pas de variations, alors qu'elle aurait pu en éprouver de très-grandes pendant le temps qui a séparé les essais.

Par contre, on est amené à comprendre pourquoi des observateurs également consciencieux, également habiles, mais opérant à des époques différentes, ont obtenu des résultats différents, bien que de part et d'autre les opérations fussent faites avec une scrupuleuse exactitude;

4° Que, contrairement à l'opinion émise par M. O. Henri et d'autres observateurs, la richesse hépatique n'est pas fatalement en raison inverse de l'écoulement.

Les résultats de huit années d'observations consignées dans le tableau dont nous avons parlé plus haut, font voir que l'accroissement du volume d'eau, et partant, de *la rapidité de l'écoulement* coïncide tantôt avec une augmentation, tantôt avec une diminution du principe sulfureux; si bien que l'année 1846 a présenté à la fois, et l'écoulement le plus considérable, et le chiffre le plus élevé du soufre.

M. Bouland pense néanmoins que l'écoulement peut exercer une influence sur la richesse saline d'une eau minérale.

Mais se fondant sur les observations faites pendant les travaux d'aménagement qui ont été exécutés aux sources d'Enghien depuis 1835, il croit qu'il faut distinguer deux modes d'écoulement pour une même source.

« Le premier, dit-il, *libre*, est réglé par la nature. Il peut offrir des variations brusques ou lentes, sans qu'on puisse dire *à priori* quelles en seront les conséquences pour la constitution de l'eau.

» Le deuxième, forcé, résulte de l'emploi de moyens artificiels, tels que pompes, etc. C'est à celui-là que doit s'appliquer le principe posé par M. O. Henri. C'est dans ce cas seulement qu'il est rigoureusement vrai. L'explication qu'il en donne est ingénieuse et paraît très-probable; cependant il reste toujours à déterminer comment la nature s'y prend pour augmenter le volume d'eau sans diminuer la proportion de quelques-uns des principes constituants de cette eau? Comment il se fait, que dans certains cas, cette proportion et la rapidité du courant se trouvent simultanément accrus? »

—M. le Président : Avant de passer à une autre lecture, je dois prévenir les membres de l'Académie d'une décision qui vient d'être prise par le conseil. Un très-grand nombre de rapports sont en retard; l'Académie reçoit tous les jours des réclamations des médecins qui ont envoyé des travaux et qui attendent encore leur rapport depuis deux, quatre, six et dix ans; elle reçoit aussi les plaintes de l'autorité pour des rapports officiels qui ne devraient pas souffrir de retard. L'administration, impatiente d'attendre en vain la solution d'une question importante qu'elle a soumise à l'Académie, nous menace de porter cette question devant un autre corps savant. Dans cet état de choses, le conseil a cru de son devoir de se conformer aux dispositions de l'article 30 (1) de son règlement. En conséquence, M. le secrétaire perpétuel va donner lecture des titres des rapports arriérés et des noms des commissaires qui en sont chargés. Je prie les membres que cela concerne de faire attention que cet appel implique un blâme; c'est l'équivalent de l'insertion au Moniteur.

M. le Secrétaire perpétuel fait l'appel d'une vingtaine de rapports qui ne remontent pas au delà des deux dernières années.

—M. le Président fait connaître le résultat du scrutin pour la nomination de la commission des onze membres. Cette commission se trouve composée comme il suit :

MM. Bourdon, Dubois (d'Amiens), Cloquet, Patissier, Laugier, Rochoux, Devilliers, Chevallier, Huzard, Caventou, Robinet.

—M. Rochoux termine la lecture de son mémoire sur la circulation. Ce travail, dans lequel l'auteur s'est proposé de réunir et de lier entre eux, au moyen du calcul, les phénomènes les plus importants de la circulation signalés par Harvey, échappe à toute analyse.

IMPRESSION TACTILE DES ONDES SONORES.

M. Blanchet lit un mémoire intitulé : De l'impression tactile des ondes sonores et de leur transmission a l'appareil central encéphalique par d'autres organes que le nerf spécial de l'ouïe.

Les vibrations des corps élastiques qui produisent le son, à part l'impression qu'elles opèrent sur le nerf auditif, transmettent à nos organes une autre sensation, à laquelle l'auteur a donné le nom d'*impression tactile des ondes sonores*.

Il a déterminé par des expériences nombreuses que les nerfs sensitifs sont les seuls organes de la perception et de la transmission des ondes sonores. Les vibrations sonores n'agissent conséquemment que sur les nerfs sensitifs

Les nerfs sensitifs sont aptes à apprécier, mais d'une manière limitée, l'intensité, le ton et le timbre des ondes sonores.

Les sons sont d'autant mieux perçus dans certaines limites, qu'ils sont composés d'un nombre de vibrations moins considérables.

L'auteur termine ce mémoire en exposant l'utilité et la possibilité de donner au sourd-muet et au sourd-muet aveugle incurable les notions du son par les parties du corps qui perçoivent le mieux les ondes sonores.

—M. Morel, médecin à Montdidier (Somme), présente à l'Académie une malade opérée par le procédé qu'il a imaginé pour la désarticulation tibio-tarsienne. Cette malade, aujourd'hui parfaitement guérie, s'appuie et marche facilement sur l'extrémité du moignon, garnie par la peau et le tissu adipo-cellulaux du talon.

La séance est levée à 5 heures.

---

(1) Cet article est ainsi conçu : « Il est fait tous les trois mois appel des rapports arriérés et des noms des commissaires qui en sont chargés. »

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA PARALYSIE DU NERF OCULAIRE EXTERNE (SIXIÈME PAIRE); par M. E. BADIN D'HURTEBISE. — (Thèse pour le doctorat en médecine). Broch. in-4° de 40 pages. Paris, 1849.

Les paralysies partielles sont un des sujets d'étude les plus intéressants et les plus féconds en enseignement, par leur application immédiate à la physiologie du système nerveux, qu'elles éclairent souvent beaucoup mieux et beaucoup plus sûrement que la simple observation des phénomènes normaux et les expériences physiologiques elles-mêmes. Ce sont comme autant d'expériences naturelles qui nous révèlent, par leur trouble même, la nature et le siége des fonctions affectées aux diverses portions du système nerveux, et qui nous font connaître les principales conditions de leur mécanisme, avec plus de netteté et de précision qu'on ne saurait le faire par des vivisections presque toujours compliquées d'éléments étrangers qui obscurcissent l'expression du phénomène qu'on veut étudier. Le point de pathologie dont M. Badin d'Hurtebise a fait le sujet de sa dissertation inaugurale, présente, sous ce rapport, un intérêt qui justifiera la mention spéciale que nous avons cru devoir faire de ce travail. Témoin de plusieurs cas de paralysie de la sixième paire dont on n'observe, qu'à de longs intervalles, d'assez rares exemples dans les hôpitaux, M. Badin d'Hurtebise a eu l'heureuse idée de grouper autour du petit nombre de faits qu'il a pu recueillir lui-même, toutes les observations publiées sur ce sujet, tant dans les traités de médecine ou d'anatomie pathologique que dans les recueils périodiques. Il est parvenu ainsi à réunir un nombre d'observations suffisant, sinon pour tracer une monographie complète de cette affection, au moins pour en déduire quelques données utiles sur ses causes, ses symptômes et son diagnostic.

Les observations qui constituent le fond de ce travail sont groupées en trois séries. L'une comprend les cas dans lesquels la paralysie de la sixième paire, seule ou compliquée d'autres phénomènes de paralysie, est symptomatique d'une affection cérébrale siégeant spécialement près de l'origine de ce nerf. La seconde se compose des cas dans lesquels il y a paralysie de la sixième paire sans affection cérébrale évidente. L'auteur a réuni enfin dans un troisième groupe un petit nombre de cas dans lesquels une lésion du muscle abducteur de l'œil, distincte de la paralysie de la sixième paire, simule cette dernière maladie.

La première donnée qui ressort de l'analyse comparative de ces observations, c'est la détermination précise du siége de l'affection. On sait que les anatomistes modernes s'accordent généralement à reconnaître que les filets originels du nerf moteur oculaire externe plongent entre les fibres transversales les plus inférieures de la protubérance annulaire, pour se continuer avec le prolongement des fibres des éminences pyramidales; puis ces filets réunis en un seul tronc, s'engagent entre la protubérance annulaire et la gouttière basilaire. Or voici ce que démontre à cet égard l'observation pathologique. Dans celles de ces observations où il a été possible de constater par la nécropsie le siége de la lésion qui donnait lieu à la paralysie de la sixième paire, on l'a constamment trouvé, soit dans le trajet même du nerf, soit dans la protubérance annulaire. Dans un cas, la lésion s'étendait jusqu'au corps pyramidal; dans un autre elle avait gagné le nerf lui-même; dans un troisième cas, emprunté à un travail publié dans la *Gazette médicale*, la sixième paire se trouvait enlacée et fortement comprimée par la veine ophthalmique variqueuse.

De ce rapport entre le siége de la lésion et l'origine de la sixième paire, on est autorisé à conclure, comme le fait l'auteur, que chaque fois qu'une production morbide, telle que le tubercule ou le cancer, affectera la protubérance annulaire, les pyramides, ou un point assez rapproché de ces parties pour comprimer la sixième paire, ou que l'affection se sera propagée jusqu'à cette dernière, on verra survenir la paralysie de ce nerf; et réciproquement les symptômes de cette paralysie devront porter à soupçonner l'existence d'une lésion sur l'un de ces points. Le peu d'étendue des points d'origine et, par suite, des rapports de la sixième paire, rend compte aussi de la rareté de cette affection.

S'il ressort manifestement de la première série des observations recueillies par M. Badin d'Hurtebise que les seules lésions cérébrales qui entraînent après elles la paralysie de la sixième paire, sont celles qui siégent sur la protubérance annulaire, c'est-à-dire sur le point d'origine du nerf, ou sur le nerf lui-même, il n'en résulte pas nécessairement que tous les cas de paralysie de ce nerf reconnaissent pour cause une lésion matérielle d'une de ces parties. La seconde série des observations consignées dans ce travail est là pour témoigner contre cette conséquence prématurée qu'on pourrait tirer du premier ordre de faits.

Cependant tout en assignant à ce second groupe d'observations un titre qui tendrait à les faire considérer comme indépendantes d'une lésion cérébrale, l'auteur a fait ses réserves à l'égard de quelques-unes, réserves fondées, comme on va voir. En effet, sur six observations dont se compose ce groupe, deux ont trait à des sujets anciennement atteints de maladies vénériennes. Or ne doit-on pas considérer comme très-probable, dans ces cas, l'existence d'une exostose dans le voisinage du point d'émergence du nerf oculaire externe? Quant aux autres cas où rien ne révèle les signes d'une lésion matérielle et qu'il a bien fallu admettre comme des exemples de paralysie essentielle, l'auteur leur assigne comme seule cause appréciable l'action d'un courant d'air, l'impression de l'air froid et humide, à la suite desquels on a vu souvent se produire diverses paralysies partielles, et notamment celle de la septième paire. Un fait assez digne de remarque, c'est qu'il n'a été observé aucun cas de paralysie de la sixième paire qui ait pu être attribué à l'influence de l'intoxication saturnine. Cette remarque est confirmée du reste par les observations si complètes et si précises à cet égard de M. Tanquerel des Planches. Nous signalerons enfin comme une circonstance particulière qui ressort du rapprochement des observations réunies dans ce travail, la fréquence beaucoup plus grande de cette affection sur le côté gauche. Sur neuf observations où le côté de l'affection a été indiqué, elle a eu lieu sept fois à gauche, deux fois seulement à droite. La cause de cette disproportion, qui peut très-bien d'ailleurs n'être que fortuite, serait fort difficile à expliquer.

Nous arrivons à une partie du travail de M. Badin d'Hurtebise qui n'a pas moins d'intérêt que la précédente, nous voulons parler de celle qui a trait à la symptomatologie et au diagnostic de cette paralysie. Rien de plus facile assurément que de reconnaître une paralysie du moteur oculaire externe, à la déviation en dedans du globe oculaire avec impossibilité d'effectuer le mouvement d'abduction. Mais la paralysie de la sixième paire ne se présente pas toujours avec ce caractère de simplicité qui ne permettrait pas de la méconnaître au premier coup d'œil. C'est même le cas le plus rare. Le plus ordinairement on observe en même temps, soit la paralysie de la troisième paire, soit celle de la cinquième ou de la septième. La première de ces complications a eu lieu trois fois sur onze, la seconde deux fois, la troisième une fois. Dans le premier de ces cas la paralysie de la sixième paire ne survient, le plus souvent, que secondairement et comme complication de celle de la troisième. Quoi qu'il en soit de cette succession, lorsqu'on a affaire à un de ces cas de paralysie simultanée de la sixième et de la troisième paire, il faut une certaine attention pour discerner, au milieu de la combinaison des phénomènes qui en résulte, la part qui revient à chacun de ces éléments composants. L'adduction permanente de l'œil, caractéristique des cas simples, n'existe plus; l'œil ne peut plus être mû dans aucun sens, la paupière supérieure fait prolapsus, la pupille est dilatée et immobile, il y a exophthalmos. La vue est généralement troublée, affaiblie; les objets ne sont vus que d'une manière confuse, la diplopie qui est constante dans la paralysie de la sixième paire seule, n'existe, dans ce cas, que lorsqu'on parvient à faire regarder le malade dans toute autre direction qu'en avant. Tel est l'ensemble des phénomènes qui s'est constamment offert à l'observation de l'auteur dans les complications dont il s'agit. Quant aux complications de la paralysie de la sixième avec la cinquième ou la septième paire, elle n'offre rien d'important à signaler et qui ne soit parfaitement connu.

Ce qui résulte manifestement de ces recherches, c'est qu'il existe pour la sixième paire comme pour tous les autres nerfs, deux ordres de paralysies qui, bien qu'identiquement les mêmes dans leur expression symptomatique locale, accusent deux ordres de causes différentes, les unes dépendant d'une lésion matérielle de la substance nerveuse ou d'une compression mécanique exercée sur l'un des points du trajet du nerf paralysé, les autres dépendant de lésions vitales, ou plutôt de causes morbides spéciales, qui pour être plus abstraites et moins accessibles à nos investigations, n'en sont pas moins réelles. C'est sur cette distinction étiologique que repose tout l'intérêt pratique de ce genre de recherches. Il est regrettable que l'auteur ne se soit pas attaché, avec le même soin qu'il a mis dans l'examen des autres points de cette question, à étudier les différences symptomatiques tant locales que générales et accessoires, capables de faire distinguer à priori celles de ces paralysies qui sont susceptibles de céder à un traitement, d'avec les paralysies nécessairement réfractaires. L'auteur trouvera du reste une excuse facile dans le nombre trop restreint des faits dont il a eu à disposer pour permettre des recherches de ce genre. Ce n'est donc qu'à titre d'avis, pour l'avenir, et dans le cas où il pourrait multiplier ses observations, que nous lui adressons cette remarque.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

EXPÉRIMENTATION OFFICIELLE DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Le ministre de la guerre, sur la proposition du conseil de santé des armées, vient d'ordonner l'expérimentation officielle de l'acide arsénieux à l'hôpital militaire du Roule, sur lequel sont dirigés, de Paris et de la banlieue, tous les hommes atteints de fièvre intermittente. Une circulaire enjoint à MM. les chirurgiens du corps de tenir exactement note des accidents et récidives qui pourraient survenir chez les militaires rentrés au quartier.

On sait que M. Boudin, médecin en chef de cet établissement, emploie cette substance comme fébrifuge, à l'exclusion du quinquina, depuis huit ans ; mais on ignore généralement que l'acide arsénieux ne constitue qu'une partie de la médication antipériodique instituée par ce médecin. Une sorte d'*entraînement*, à l'aide d'un régime substantiel et animalisé, du vin largement versé, et des vomitifs ouvrant le traitement et répétés plus ou moins fréquemment pendant son cours, voilà le complément de sa médication. Exemple : un sujet entre à six heures du soir pour une fièvre quotidienne dont le frisson commence à midi ; on le fera vomir le soir même. Il prendra le lendemain matin, quatre à cinq heures avant l'accès, une potion avec 3 centigrammes d'acide arsénieux, et son alimentation n'éprouvera aucun arrêt. Si l'accès revient, l'acide sera donné à 6 centigrammes, en deux prises. En cas de fièvre rebelle, on peut ajouter à cette dose 3 autres centigrammes administrés en lavement. Le retour au vomitif est également indiqué dans ces cas. L'acide arsénieux sera continué, après la cessation des accès, à 3 centigrammes, pendant un temps variable, de dix jours à un mois, selon l'ancienneté de la fièvre et sa tendance à reparaître. La dose est alors généralement de 3 centigrammes chaque jour. Le régime continue à être succulent pendant toute cette période.

Tels sont la médication et le dosage auxquels M. Boudin s'est arrêté, après avoir administré à Marseille, avec autant de succès, de minimes fractions de grain. Il est singulier de voir qu'un vingt-cinquième de grain ait suffi, dans cette dernière ville, à couper des fièvres dont un grand nombre avaient été contractées en Algérie, tandis qu'on a été obligé d'augmenter considérablement la dose à Versailles et à Paris, où le cachet paludéen est beaucoup moins prononcé. Nous constatons le fait, sans chercher à l'expliquer ni à le commenter.

Les statistiques de M. Boudin portent sur 2,500 fiévreux, et les résultats qu'elles constatent sont de nature à appeler une sérieuse attention sur l'acide arsénieux. Il est rare, d'après ces statistiques, que les accès n'aient pas été coupés après la première dose. M. Boudin nous apprend qu'à Turin, à Montpellier, au Brésil, l'acide arsénieux a aussi reçu la sanction de plusieurs praticiens. En Algérie, les uns s'en sont bien trouvés, mais nous ajouterons que les autres y ont renoncé. Reste à savoir si ces derniers ont eu recours à la médication complète, et ont porté les doses assez haut. C'est évidemment en Algérie que la question pourrait se vider péremptoirement ; en regard de fièvres profondément paludéennes, l'acide arsénieux recevrait bientôt un brevet d'efficacité, ou bien serait définitivement exclu pour impuissance.

Aucun symptôme d'empoisonnement n'a jamais été observé par le médecin en chef de l'hôpital du Roule; pas le plus petit accident de cette nature n'a suivi l'ingestion de 9 centigrammes, dose que M. Boudin avait d'ailleurs courageusement expérimentée sur lui-même avant de l'administrer à ses malades. Rarement l'impression locale du médicament s'est trahie par de la douleur épigastrique et par le vomissement.

Le sulfate de quinine n'est pas non plus toujours bien supporté par l'estomac, quand on l'administre à dose un peu élevée. Voilà pour son action topique. Après l'absorption, il produit quelquefois de graves accidents, même la mort, ainsi qu'on a pu le voir deux fois dans les hôpitaux de Paris; mais dans les fièvres intermittentes de nos pays, on n'aborde jamais les doses toxiques.

L'acide arsénieux est incontestablement un des poisons les plus énergiques; néanmoins l'espèce de terreur qu'il inspire s'affaiblit beaucoup quand on le compare au deuto-chlorure de mercure, administré journellement dans les hôpitaux. Certes un sujet ne tolérerait pas de 3 à 6 centigrammes de sublimé corrosif, tous les jours, pendant un mois. M. Boudin cite plusieurs centaines de cas où l'acide arsénieux a été supporté à cette dose et pendant un pareil espace de temps. D'autres sujets ont pris 18 centigrammes par jour, et jusqu'à 5 grammes et demi en un mois.

La question de l'acide arsénieux peut être envisagée à un double point de vue : 1° l'acide arsénieux, employé exclusivement et constituant à lui seul toute la médication, est-il un fébrifuge assez efficace pour prétendre à remplacer la quinine ? 2° la médication complexe instituée par M. Boudin, dans laquelle l'acide arsénieux remplit le rôle principal, mais non pas tous les rôles, est-elle assez constamment couronnée de succès pour qu'on puisse la substituer au sulfate de quinine ?

La première question ne sera pas définitivement jugée par l'expérimentation officielle. Mais au fait, ce n'est guère, sous un certain point de vue, qu'une pure curiosité thérapeutique. Il n'importe pas beaucoup, sous le rapport pratique, de savoir si c'est tel élément d'une médication qui guérit une maladie, ou si, pour atteindre ce but, une médication composée est indispensable. Nous pensons du moins qu'il en est ainsi quand on envisage les fièvres intermittentes de Paris, et celles des autres localités où le règne paludéen est peu prononcé. Mais il n'en serait plus de même en Algérie et dans les pays marécageux ; là il faut agir promptement et sûrement, et la rapidité des accidents est telle que l'emploi du vomitif et de l'entraînement à l'aide d'un régime très-réparateur, devient souvent tout à fait impossible. En second lieu, on doit aussi rechercher de quel degré d'efficacité jouit l'acide arsénieux par lui-même, si l'on veut l'employer contre les accidents intermittents qui surchargent certaines affections dans lesquelles il ne serait pas sage d'avoir recours à la médication complète.

M. Boudin a parfaitement senti ces *desiderata*, et, ne voulant pas devancer dans sa pratique des démonstrations encore à venir, il ne conseille l'acide arsénieux ni dans les accès pernicieux ni dans les paroxysmes qui marchent avec une affection grave. Nous ajouterons que l'action de cette substance sur la rate restée engorgée après la cessation de la fièvre, a besoin d'être étudiée. Enfin, *à priori*, il est bien évident que l'acide arsénieux ne peut pas rendre sa crase normale au sang appauvri par la cachexie paludéenne, sa couleur à la peau jaunie, leur fermeté aux chairs flasques et molles, son état normal au tissu cellulaire infiltré, sa vigueur à la constitution ruinée. Il pourra empêcher le retour des accès, mais l'entraînement par un régime succulent, les amers, le quinquina et le fer, seront seuls efficaces contre la cachexie. Il n'est pas besoin de l'expérience pour prouver

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Mission de M. Alquié à Rome; nouvelles médico-chirurgicales de l'armée d'Italie; une histoire du temps de l'empire. — Le choléra en Belgique; maisons interdites. — Élection de M. Robert; la petite guerre à l'Académie; razzia du ministère sur les Facultés. — Une procession. — Une sage-femme féconde et un rapporteur infatigable. — Les sangsues mécaniques; danger de trop parler. — Médecine algébrique. — Petits malheurs d'un homœopathe heureux. — Les intendants militaires médecins et musiciens. — Fleurs du parterre de Vénus. — Le calife Haroun-el-Raschid et le ministre de l'intérieur.

— M. Alquié, inspecteur général, membre du conseil de santé des armées, vient de partir pour Rome, où il a mission d'installer le service hospitalier, et probablement aussi d'aviser aux moyens propres à arrêter le développement des nombreuses maladies qui assiégent aujourd'hui le corps expéditionnaire.

L'envoi d'un homme de l'art, pour présider à la création des ambulances et au choix des localités destinées au traitement des malades, est chose si naturelle qu'on s'étonnera peut-être d'entendre louer une mesure aussi simple. Et pourtant c'est une véritable conquête de la médecine militaire ! car, — qui le croirait ? — les intendants seuls ont été jusqu'à présent chargés officiellement de tout ce qui a rapport à l'assiette des établissements hospitaliers. Quand Larrey, Gama, Percy et tant d'autres installaient des hôpitaux provisoires, sans le secours de MM. de l'intendance, absents ou empêchés, c'était à leurs risques et périls : ils brûlaient leurs vaisseaux ; ils s'exposaient au blâme, si quelque malencontreuse circonstance venait les contrarier ; mais ils n'obtenaient jamais de louanges pour leurs utiles créations non réglementaires, quand le succès couronnait leurs efforts. Il y a évidemment progrès aujourd'hui; Dieu veuille que cela dure !

Certes l'envoi de M. Alquié ne sera pas une de ces missions qu'on donne par complaisance pour mettre un favori en évidence, et avec la persuasion qu'elle n'a réellement pas d'utilité. M. Alquié n'a pas besoin de ce subterfuge, et on va voir que sa présence n'est que trop nécessaire; car il reste bien à faire pour l'installation du service hospitalier.

Lors des affaires meurtrières des 3 et 4 juin, l'ambulance du quartier général ne disposait que d'une grange et de deux chambres, dont l'une fut occupée par MM. les administrateurs, et l'autre réservée aux officiers. Cependant les blessés arrivaient en foule; le local était trop étroit, les cinq chirurgiens ne suffisaient pas, les infirmiers manquaient, et la tisane même ne pouvait être préparée en temps opportun. L'activité suppléa au zèle, et des tentes furent dressées pour les malades qui continuaient à affluer. La chaleur était étouffante; le thermomètre marquait près de 40° sous les tentes. La nuit arriva ; mais l'envoi des blessés ne se ralentit pas. On fut obligé de rôder dans l'ombre avec les brancards,

cela ; c'est aussi clair que le jour. Mais, dira-t-on, l'arsenic, envisagé jusqu'ici comme un altérant, est un excitant, et les maquignons de certaines parties de l'Allemagne en donnent aux vieux chevaux pour leur rendre une vigueur factice. Excitant, soit ; mais tonique, jamais.

On se rappelle que vingt ou trente substances vantées comme succédanées du quinquina ont toutes vu s'évanouir leur réputation éphémère, devant une expérimentation rigoureuse et bien instituée. A Paris, les fièvres intermittentes non symptomatiques sont généralement si fugaces, qu'elles cessent d'elles-mêmes sous l'influence d'un régime d'hôpital, et qu'un vomitif les arrête presque toujours. Il serait conséquemment peu logique d'attribuer la guérison au succédané qu'on expérimente ; il y a coïncidence et non curation par le médicament employé.

Pour éviter les causes d'erreur, il faut agir comme M. Chomel expérimentant le houx. 22 individus atteints de fièvre intermittente ayant été placés dans son service, furent abandonnés aux seules forces de la nature et à l'influence des nouvelles conditions dans lesquelles ils se trouvaient ; 7 n'eurent plus un seul accès ; 4 présentèrent des accès décroissants qui s'évanouirent bientôt, et chez 8 autres les accès, liés comme accident symptomatique à des phlegmasies légères des muqueuses, disparurent à l'aide de quelques antiphlogistiques. Ainsi, sur 22 individus, 3 seulement se trouvaient réellement dans les conditions favorables à l'expérimentation décisive. Le houx ne produisit aucun résultat sur ces 3 malades, tandis que le sulfate de quinine fit prompte justice de leur fièvre. Si pourtant l'on eût administré d'emblée le houx aux 22 entrants, le prétendu succédané eût revendiqué pour lui un beau nombre de succès.

Ainsi donc, pour établir la part de l'acide arsénieux dans la curation des accès, il faut ne s'adresser qu'aux fièvres qui ne cèdent pas au simple régime ; de plus, il serait nécessaire de ne pas recourir à l'alimentation forcée et de supprimer les vomitifs, lesquels, comme on le sait, remplissent un rôle dont il faut dégager l'expérimentation.

Or cela n'a pas été fait.

La question nous paraît au contraire mieux posée sous le second point de vue : la médication complète est-elle évidemment fébrifuge ? M. Boudin invoque dix années d'expérience en sa faveur. Puisque, sur plusieurs milliers de fièvres, cette médication a été à peu près constamment efficace, il faut bien admettre que, dans ce nombre, se trouvaient des accès qui n'eussent pas cédé d'eux-mêmes ; et cette conclusion paraît d'autant plus légitime que beaucoup de fièvres d'Afrique ont été traitées à Marseille par M. Boudin.

Mais, nous le répéterons, un petit nombre de faits homogènes triés comme ceux de M. Chomel, seraient aussi probants que cette masse énorme de cas, dont les trois quarts peut-être ont une signification douteuse.

Le point de vue économique et la prévoyance pour l'avenir, est ordinairement le dernier auquel se place le médecin, mais c'est le principal aux yeux de l'autorité. Ce fut en parlant d'économie au ministre de la guerre, qu'on a obtenu l'expérimentation officielle qui se poursuit aujourd'hui.

Le sulfate de quinine est monté au prix exorbitant de plus de 800 fr. le kilog., et ce renchérissement est sans doute la suite de l'épuisement du pays en *cinchona*. Sans être alarmiste, on peut craindre qu'un jour ne vienne, où l'Amérique du Sud ne pourra plus répondre aux demandes. Sans doute cette lacune ne sera pas de longue durée, car alors, au lieu de détruire sans songer au repeuplement, on cultivera le quinquina comme la canne à sucre, comme le café ; mais toujours est-il qu'un certain nombre d'années seront nécessaires pour obtenir des arbres adultes et productifs. Si l'on n'a pas appris à suppléer au quinquina, que fera la thérapeutique en attendant l'âge mûr des plantations nouvelles et aménagées (1) ?

M. Boudin a établi le calcul suivant, dans le mémoire qu'il a lu à la séance du 28 août de l'Académie de médecine.

En supposant qu'en France et dans les colonies, il y ait un accès de fièvre par jour sur 1,000 habitants, et que 3 décigrammes de sulfate de quinine soient administrés, on arrive à :

36,000 accès par jour ;

131,140,000 accès par an ;

3,600,000 grammes de sulfate de quinine consommés par an, quantité qui monte à un prix de revient de 2,880,000 fr. par an pour les pharmaciens, qui payent le sulfate de quinine 800 fr. le kilog., et à 7,200,000 pour les consommateurs, auxquels le pharmacien prend 2 fr. par gramme. Le budget de la guerre seul aura, approximativement, à verser 450,000 fr. pour l'année 1849, en comptant sur la consommation probable de 500 kilogrammes.

En supposant — et nous sommes disposé à penser que ce sera le résultat définitif — que l'acide arsénieux ne détrône pas du tout le quinquina, mais qu'il puisse se substituer à la quinine dans un certain nombre de cas, par exemple dans la moitié ou les deux tiers des fièvres intermittentes simples, nous arrivons encore à une économie de près de 200,000 fr. pour le budget de la guerre, et de plusieurs millions pour les consommateurs. Enfin la classe nécessiteuse ne sera pas menacée de voir la maladie se perpétuer dans son sein, le travail de la famille ne suffisant pas à payer les médicaments.

Tout cela vaut assurément bien la peine qu'on y songe.

(1) Le conseil de santé des armées, prévoyant que les *cinchona* viendront un jour à être insuffisants, a proposé au ministre de la guerre leur importation dans nos colonies. L'Institut s'est aussi, postérieurement, occupé de cette question. Mais rien n'a encore été fait à ce sujet. Pourtant, les premiers frais ne seraient-ils pas largement couverts par le rapport des *cinchona*, quand l'Amérique ne pourra plus assez fournir ?

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHOLÉRA, extraites des Conférences cliniques de M. le professeur MICHEL LÉVY, médecin en chef au Val-de-Grâce ; par M. THOLOZAN, chef de clinique.

(Sixième et dernier article. — Voir les numéros 29, 30, 32, 33 et 34.)

CENTRES NERVEUX.

Les faits que nous avons observés pour les poumons et le cœur, nous les avons vus se reproduire toujours les mêmes dans les autres viscères, le foie, la rate, les reins. Rien d'essentiel ne nous a paru modifié ; c'est toujours le même phénomène : congestion spéciale avec disposition aux infiltrations

---

frappant à toutes les maisons de campagne, à toutes les chaumières, dans un cercle de 2 ou 3 kilomètres, pour faire déguerpir les habitants endormis et y installer les blessés, dont le nombre peut être évalué à 3 ou 400. Il existait bien, plus près de l'ambulance, de commodes demeures ; mais ces villas étaient *tabou*, comme disent les insulaires de la mer du Sud. Inutile d'indiquer qui les habitait, mais on peut conter une petite histoire qui montrera ce qu'auraient dû faire les personnages logés dans ces confortables villas.

A je ne sais plus quelle bataille de l'empire, il n'y avait, au quartier général, qu'une étable pour tout abri. L'empereur s'y était installé avec quelques généraux. Il faisait froid, bien froid, et les mains impériales s'étendaient en tremblotant sur un petit brasier d'assez triste mine. Larrey entra, sans dire mot, au moment où l'empereur grelotait le plus fort. Le chirurgien portait des instruments, et des infirmiers le suivaient chargés d'un blessé. C'est juste, dit l'empereur, en cédant immédiatement la place. Voilà deux hommes qui se comprenaient et qui étaient sûrs l'un de l'autre ! Pour que de si bons exemples ne se perdent pas, il faut les renouveler de temps en temps. Honneur à ceux qui n'ont pas besoin qu'on les leur rappelle ! Mais, hélas ! qui honorerons-nous ?

Vers le 7 juin, une ambulance fut créée à 8 kilomètres du quartier général, dans une villa assez bien disposée. C'est là que les amputés furent dirigés. Ils y reçurent les soins de M. le docteur Monier, qui, pendant quinze jours, eut une rude besogne.

A cette époque, vers le 22, des chirurgiens arrivèrent de France, et le service put mieux s'organiser. M. l'intendant Pâris y mit tout le zèle possible.

Ce renfort fut reçu à temps, car aussitôt après la prise de Rome, l'*aria cattiva* fit sentir sa pernicieuse influence ; la dyssenterie et la fièvre typhoïde paraissent aussi vouloir se mettre aujourd'hui de la partie. L'hôpital civil du Saint-Esprit admit près de 800 malades, et ne tarda pas à devenir insuffisant. On ouvrit alors deux nouveaux établissements près du mont Quirinal. On parle maintenant d'évacuer tout à fait l'hôpital du Saint-Esprit, situé dans le domaine du *malaria*, ou au moins de l'*aria sospetta*, pour chercher quelque sommet de colline rafraîchi par la bienfaisante haleine de l'*aria fina*. Mola paraît réunir les conditions désirables.

On dit que l'armée compte plusieurs milliers de malades, tant aux hôpitaux qu'à la chambre. Les batteries d'artillerie logées au fort Saint-Ange ont surtout souffert. Dans quelques-unes de ces batteries, on ne trouvait pas, pendant les mauvais jours, plus de 30 hommes tout à fait bien portants, sur un effectif de 130 à 140 soldats. Les fossés à demi secs du château et les fatigues réellement excessives auxquelles ont été soumis les artilleurs, sont accusés d'avoir produit ce déplorable état sanitaire.

Outre les malades dirigés sur la Corse, on compte, à Toulon, 1,000 évacués d'Italie ; 400 seulement ont pu être reçus à l'hôpital militaire de cette ville ; 600 sont couchés dans les salles de l'hôpital de la marine (St-Mandrier), où, du reste, ils se trouvent infiniment bien, car le simple matelot y est aussi bien dorloté, soigné, traité, que l'officier de l'armée de terre dans les hôpitaux militaires.

— La presse médicale belge est tout en émoi et en polémique, au sujet des mesures de police sanitaire prises par le bourgmestre de Bruxelles, relativement aux indigents atteints de choléra. Comme les soins qu'ils pourraient recevoir chez eux seraient souvent tardifs, à cause des occupations nombreuses des médecins

sanguines. Les divers aspects de l'injection vasculaire, sa disposition anatomique, la fréquence des infiltrations, leur étendue, tous ces détails ont sans doute beaucoup varié, suivant la texture anatomique des organes et suivant leurs fonctions; mais au fond on reconnait à quelques traits les mêmes caractères généraux, et sans rien forcer, on arrive à cette conclusion : que l'examen anatomique des centres nerveux, dans le choléra, doit former une partie importante de son étude, à cause de la gravité des congestions et des infiltrations dans l'encéphale, à moins que, par une exception à la règle générale, la substance nerveuse, à la fois si délicate, si molle et si vasculaire, ne soit, dans cette affection, le siége d'aucune congestion ni d'aucune hémorrhagie.

Aussi, dans les recherches que nous avons faites, à mesure que les autopsies devenaient plus nombreuses et que les observations s'accumulaient, la nécessité de préciser l'état des centres nerveux se montrait à nous de plus en plus. Nous n'entreprendrons point l'exposé des recherches que l'on a déjà faites sur ce sujet. Le manque de coordination dans les données qu'ont obtenues les divers observateurs, les descriptions vagues et contradictoires qu'on nous a laissées, nous ont mis dans la nécessité de faire table rase de tous ces matériaux et de procéder comme en pays inconnu, recueillant seulement l'impression des faits nombreux que nous avons décrits d'après nature.

C'est ainsi que nous avons rassemblé les matériaux des 60 observations dont nous nous sommes déjà servi dans le courant de ce travail. L'analyse de ces faits forme un premier tableau de lésions que nous allons énumérer.

CERVEAU.

38 cas algides, dont la durée a varié de six à quarante-huit heures.

PIE-MÈRE.		SUBSTANCE CORTICALE.		SUBSTANCE MÉDULLAIRE.	
Injection prononcée et très-fine.	34 fois.	Hypérémie. . . .	1 fois.	Piqueté moyen. .	14 fois.
Suffusions séro-sanguines. . .	33 fois.	Etat rosé par places.	4 fois.	Piqueté fin. . . .	12 fois.
Infiltration séreuse	1 fois.	Etat rosé avec piqueté fin. . . .	5 fois.	Piqueté très-fin par places . . .	1 fois.
Sans injection des gros troncs . .	1 fois.	Etat rosé avec piqueté à gros grains.	3 fois.	Etat rosé par places.	1 fois.
Normale	2 fois.	Comme meurtrie.	1 fois.	Consistance augmentée.	5 fois.
Non notée	1 fois.	Simple piqueté fin superficiel. . .	3 fois.	Consistance diminuée.	3 fois.
		Cendrée, pâle . .	2 fois.	Non notée	4 fois.
		Un peu ramollie par places. . .	1 fois.	Normale	5 fois.
		Non notée	16 fois.		
		Normale	3 fois.		

12 cas à réaction torpide, dont la durée a varié de cinq à dix jours.

PIE-MÈRE.		SUBSTANCE CORTICALE.		SUBSTANCE MÉDULLAIRE.	
Pas d'injection. .	6 fois.	Piqueté peu prononcé	2 fois.	Piqueté moyen. .	4 fois.
Injection prononcée et fine. . .	5 fois.	Coloration rosée par places avec piqueté fin. . .	2 fois.	— fin. . . .	5 fois.
Suffusions séro-sanguines. . .	8 fois.	Piqueté à gros grains	1 fois.	— ecchymotique.	1 fois.
Infiltrat. séreuse.	4 fois.	Ramollissem. pulpeux localisé. .	1 fois.	Apoplexie cérébelleuse.	1 fois.
Non notée	1 fois.	Pâle	1 fois.	Ramollissement étendu	1 fois.
		Consistance augmentée.	1 fois.	Pâle	1 fois.
		Non notée	5 fois.		

7 cas à réaction faible, non établie franchement, tantôt somnolence, tantôt délire avec algidité. Durée de trois à quatre jours.

PIE-MÈRE.		SUBSTANCE CORTICALE.		SUBSTANCE MÉDULLAIRE.	
Injectée	5 fois.	Teinte rosée avec reflet jaunâtre et rouge brun.	1 fois.	Piqueté fin. . . .	4 fois.
Suffus. sanguine.	5 fois.	Simplement rosée.	1 fois.	Piqueté moyen. .	3 fois.
Infiltrat. séreuse.	3 fois.	Piqueté superficiel par places.	1 fois.	Consistance augmentée.	2 fois.
		Cendrée	1 fois.		
		Normale.	1 fois.		
		Non notée	2 fois.		

3 cas à réaction nulle, cyanose persistante avec algidité; durée, quatre, six et dix jours.

PIE-MÈRE.		SUBSTANCE CORTICALE.		SUBSTANCE MÉDULLAIRE.	
Injection fine. . .	3 fois.	Piqueté superficiel par places.	1 fois.	Piqueté fin. . . .	2 fois.
Suffus. sanguine.	3 fois.	Consistance augmentée.	1 fois.	Piqueté à gros grains	1 fois.
		Non notée	1 fois.		

Il ressort de ces faits plusieurs enseignements. En premier lieu, on peut remarquer que l'injection des méninges, presque toujours prononcée dans la première période, disparait en partie avec la réaction qui apporte dans la pie-mère des suffusions séreuses. En même temps les suffusions séro-sanguines se résorbent.

En effet, sur 38 cas algides, nous avons trouvé 34 fois l'injection fine de la pie-mère, 33 fois des suffusions séro-sanguines, 1 fois une infiltration séreuse, tandis que, sur 12 cas torpides, 5 fois seulement l'injection était prononcée, 8 fois existaient des suffusions séro-sanguines, 4 fois l'infiltration séreuse. En outre, dans 7 cas où la réaction a existé, bien que faible, il y a eu 3 fois infiltration séreuse, et dans les 3 cas où la réaction a été complétement nulle, on n'a pas noté cet œdème sous-arachnoïdien.

L'injection de la pie-mère a toujours été d'un rouge plus ou moins foncé, quelquefois vineux. Les suffusions sanguines ont occupé principalement la moitié inférieure des faces latérales. Elles étaient au moins aussi prononcées antérieurement que postérieurement. Quelquefois ces suffusions occupaient en même temps la base du cerveau, particulièrement la face inférieure des lobes antérieurs, la partie postérieure du cervelet, le pourtour des pédoncules. La pression du scalpel les faisait cheminer dans le tissu lâche de la pie-mère.

Les infiltrations séreuses ont été rencontrées quelquefois au-dessus du vermis supérieur; dans tous les cas elles étaient légères, et se montraient surtout à la partie convexe et supérieure des hémisphères.

Les lésions de la couche grise corticale sont les plus fréquentes des altérations du cerveau dans le choléra.

Sur 22 cas algides où cette substance a été examinée après l'enlèvement de la pie-mère et le lavage au jet d'eau, 3 fois elle était normale, 2 fois pâle, 15 fois rosée ou piquetée par places, 1 fois comme meurtrie en un point, 1 fois ramollie par places. Sur 7 cas torpides où son état a été aussi soigneusement étudié, 1 fois elle était pâle, 1 fois elle offrait un piqueté ecchymotique, 1 fois un ramollissement pulpeux, 4 fois le piqueté ou l'état rosé local.

De la comparaison de ces deux séries d'observations, il semble résulter

---

en temps d'épidémie, et que le dénûment qui règne dans les pauvres familles s'oppose presque toujours à l'exécution rigoureuse des prescriptions, l'autorité, aidée des lumières de la commission médicale, a décidé que les cholériques seraient transportés d'office à l'hôpital, sitôt leur affection constatée. Non-seulement un intérêt d'humanité pour les classes indigentes a dicté cette mesure, mais l'hygiène publique peut revendiquer aussi sa part dans cette détermination. L'accumulation des cholériques dans un étroit espace n'est-il pas, en effet, une cause d'aggravation de leur mal, et en même temps un danger pour le voisinage?

Le médecin des pauvres signe un billet d'hôpital dès qu'il a reconnu la maladie régnante, et la police est chargée de faire exécuter immédiatement l'évacuation. Par malheur les agents chargés de ce soin, qui exige de la douceur et une certaine délicatesse, ne savent pas toujours comprendre leur mission et traitent quelquefois les indigents avec brutalité, comme des marchandises, ou tout au moins comme des animaux dont ils auraient soumissionné le transport. Ces faits, rares il est vrai, mais bien avérés, puisqu'ils sont reconnus par les journaux qui ont pris le parti de l'autorité, ces faits ont porté d'autres organes de la publicité à représenter les évacuations d'office comme une violation de la liberté individuelle, une flagrante inhumanité, une profanation du sanctuaire de la famille.

Mais quelle est la mesure, aussi excellente qu'on puisse la supposer, qui n'ait quelque côté faible? quelle est l'autorité, aussi bien constituée qu'on l'imagine, qui parvienne à empêcher tout abus de la part des agents subalternes?

C'est une question à la fois grave et délicate que celle-ci : jusqu'à quel point l'autorité, gardienne de la santé publique, a-t-elle le droit de s'immiscer dans les affaires privées pour y rechercher et y éteindre les causes de maladies qui pourraient avoir une double action et sur la famille et sur la population entière? Déjà l'entretien de la propreté est l'objet d'une surveillance assez active et assez efficace, et les questions *de commodo et incommodo* ont pour objet de statuer sur la salubrité de certains établissements; mais cela suffit-il bien, et n'existe-t-il pas d'autres causes de maladies que les lois et les règlements de police pourraient battre en brèche? La réponse ne saurait être qu'affirmative; il reste encore beaucoup à faire, et les dispositions légales qui ont pour but de sauvegarder la santé publique ne peuvent pas être considérées comme une violation de la liberté individuelle, quand même il devient nécessaire, pour la mettre à exécution, de s'immiscer dans la famille. Dans un autre ordre de choses, les agents du fisc ne fouillent-ils pas les secrètes affaires des intérieurs pour asseoir équitablement l'impôt?

La Belgique, qui pourrait quelquefois montrer le chemin à la France en fait de mesures sanitaires, entre évidemment dans la voie qui vient d'être indiquée. Elle a compris, par exemple, qu'il ne doit pas être permis à un propriétaire de spéculer sur la misère des pauvres, en les entassant dans des bouges infects et sans air, où naissent les scrofules, la phthisie, la caducité précoce, la détérioration de l'espèce.

A l'exemple des conseils municipaux de Bruxelles, Liége et Tournay, vingt autres villes viennent de décider qu'un écriteau portant : *Maison interdite pour cause d'insalubrité*, serait placé sur les habitations dont la construction vicieuse et la malpropreté menaceraient de compromettre la salubrité publique. Une

que les altérations de la substance grise survenues dans l'algidité persistent dans la période torpide et ont de la tendance à se prononcer davantage.

Même résultat pour la substance médullaire. Sur 34 algides, on l'a trouvée hypérémiée à divers degrés 23 fois, à consistance diminuée 3 fois, à consistance augmentée 5 fois, normale 5 fois. Dans les 12 cas torpides, 9 fois elle était hypérémiée, 2 fois hémorrhagique, 1 fois pâle.

Afin de donner plus d'autorité à ces faits, dans une nouvelle série d'observations comprenant 16 cas terminés par la mort, nous avons noté, avec plus de détail encore, l'état des centres nerveux. Voici le résultat de l'analyse de ces observations.

Sur 12 cas algides dont la durée a varié de douze à soixante-douze heures, plus 4 cas torpides dont la durée a été de trois a cinq jours, la substance corticale a présenté les états suivants : pâleur remarquable à la convexité avec coloration d'un blanc cendré, 2 fois ; teinte rosée générale, prononcée surtout inférieurement, 3 fois ; teintes rosées partielles prédominant aux parties antérieures et inférieures, 12 fois ; teintes orangées par circonvolutions entières ou par petits îlots, 4 fois. En suivant ces colorations dans l'épaisseur de la substance corticale, on remarquait, dans la majorité des cas, que la couche profonde de cette substance était plus colorée que la couche superficielle ; dans 4 cas seulement, nous avons noté en quelques points la teinte plus foncée de la partie externe, la partie interne demeurant pâle, d'un gris nacré. Quelquefois la coloration rosée était superficielle ; il en a toujours été ainsi de la teinte orangée.

Le piqueté et l'injection étaient toujours en rapport avec les colorations rosées ; quelquefois ils n'existaient que dans la couche profonde, plus rarement dans la couche externe ; dans la majorité des cas, on les suivait dans toute l'épaisseur de la substance grise ; dans certains cas, la surface des circonvolutions présentait un aspect comme criblé tout à fait superficiellement. Depuis le simple pointillé à gouttelettes très-fines jusqu'au piqueté à gros grains ecchymotiques, la substance grise présentait une foule de degrés intermédiaires. Ces états divers toujours localisés, se montraient de préférence aux parties antérieures et inférieures, sur la convexité, à l'extrémité antérieure et inférieure du lobe moyen ; 2 fois nous avons noté le piqueté à gros grains ecchymotiques, 1 fois avec ramollissement pulpeux de la substance corticale, 2 fois un piqueté presque confluent, d'un rouge brun, dans une étendue de 3 à 4 millimètres, 1 fois un piqueté rouge foncé presque confluent, se continuant dans la substance médullaire avoisinante, 8 fois le piqueté fin par places. Dans deux cas, la couche corticale nous a semblé épaissie, 1 fois elle était notablement ramollie et s'enlevait avec la pie-mère.

Dans la substance médullaire (centre ovale), altérations analogues, mais moins prononcées : 2 fois piqueté fin presque confluent avec îlots de coloration légèrement violacée diffuse ; 6 fois piqueté fin abondant, surtout au tiers postérieur du centre ovale, moins marqué au tiers antérieur, encore moindre au tiers moyen. Sur le pointillé fin que donnent les différentes coupes du cerveau, on voyait sourdre, après un certain temps d'exposition à l'air, de grosses gouttelettes de sang liquide rosé ou rouge clair.

A la surface des ventricules, les lésions sont plus marquées : 6 fois la turgescence des vaisseaux ventriculaires était considérable ; 2 fois il existait en même temps des suffusions sanguines le long des vaisseaux ; 1 fois infiltration sanguine localisée du plexus choroïde ; 1 fois suffusion sanguine à la surface du corps strié gauche, avec piqueté à gros grains sous-jacent, et pointillé, généralement plus prononcé à gauche qu'à droite ; 1 fois injection rouge brun du quatrième ventricule avec piqueté ecchymotique ; 1 fois injection rosée très-prononcée, dans toute la partie postérieure du ventricule droit, avec coloration hortensia et piqueté fin abondant au voisinage du trigone ; 2 fois ramollissement de la partie postérieure du trigone ; 1 fois la membrane ventriculaire se détache facilement.

La consistance générale du cerveau était augmentée notablement 4 fois ; 1 fois la face convexe des hémisphères et la face interne des ventricules étaient d'une dureté anormale, coïncidant avec un épaississement de l'arachnoïde ; cette lésion indiquait sans doute les traces d'une phlegmasie ancienne. Dans les autres cas, la consistance du cerveau était en rapport avec le peu de temps écoulé depuis la mort, six heures, douze heures, dix-huit heures.

L'arachnoïde présentait 5 fois un aspect blanchâtre, nacré ; elle était glutineuse et un peu épaissie dans ces cas. Cette altération était plus appréciable dans le rachis qu'autour du cerveau ; la séreuse, devenue légèrement blanchâtre, se voyait distinctement dans les points où elle est aperçue difficilement à cause de sa transparence et de sa ténuité.

Dans un petit nombre d'observations, des granulations blanchâtres très-fines ont été rencontrées à la face convexe du cerveau ; elles siégeaient dans la couche profonde de l'arachnoïde et n'étaient guère visibles après l'ablation de cette membrane.

Si nous nous arrêtons maintenant pour considérer la valeur de toutes ces altérations, nous trouvons qu'en mettant même de côté les injections et es suffusions sanguines des méninges, qui, bien que très-prononcées dans la majorité des cas de choléra, ne peuvent fournir aucun trait carectéristique de cette affection, parce qu'on les rencontre dans beaucoup de maladies ; il reste encore dans la pulpe cérébrale un groupe de lésions propres au choléra et non entrevues jusqu'ici. Ces altérations relèvent toutes d'une même loi. Nous en avons indiqué les degrés divers, depuis l'état rosé local (suffusion rosée), jusqu'au pointillé hémorrhagique avec ou sans ramollissement, et à l'état meurtri, avec mélange de teintes jaunâtres et rougeâtres, et piqueté ecchymotique du volume d'une tête d'épingle. Nous avons en outre trouvé, dans les ventricules, des suffusions sanguines dans la pulpe médullaire elle-même. Ces lésions dénotent bien une tendance aux hémorrhagies des centres nerveux. Il restait une question à résoudre : les lésions propres au choléra s'arrêtent-elles à ces piquetés hémorrhagiques, à ces ramollissements partiels ? Dans quelques cas, ne peuvent-elles point, ici comme dans les poumons et les autres organes, s'étendre à des espaces considérables et créer de véritables foyers d'apoplexie et de ramollissement ? L'observation suivante, dans laquelle nous retrouvons les différents degrés du phénomène, depuis la congestion jusqu'à l'apoplexie capillaire, et l'hémorrhagie fait cesser complétement tout doute à cet égard.

Obs. — Metté, sous-officier vétéran, âgé de 45 ans, vingt-deux ans de service, constitution médiocre, muscles grêles, cheveux gris, était en parfaite santé lorsqu'il fut pris, le 13 juin, de diarrhée ; le 16, crampes, vomissements.

A son entrée à l'hôpital, selles involontaires, face violacée et fraîche, yeux très-excavés avec cercle bleuâtre.

Le 17, pouls filiforme, voix éteinte, extrémités froides.

Le 18, 80 pulsations, constriction thoracique, coloration presque normale du visage, moins d'excavation orbitaire.

Le 19, chaleur bonne, 66 petites pulsations, face colorée, pas de céphalalgie, urine nulle, hypérémie conjonctivale.

A neuf heures du soir, délire fugace, hoquet.

---

amende et la prison attendent le propriétaire qui n'apporte pas, dans les quinze jours, remède aux maux signalés par la commission, et, pour chaque quinzaine de retard, un verdict de récidive est prononcé, avec un *crescendo* qui ne s'arrête qu'à des peines réellement rigoureuses.

Décidément nos voisins sont de vrais sages. On parle de tant de sortes de droits en France ! Mais le premier de tous n'est-il pas une part du grand élément vital, de l'aliment par excellence, du *pabulum vitæ*, de l'oxygène de l'atmosphère ? Quand nos voisins veulent bâtir un solide édifice, ils commencent par les fondements, et nous, le peuple le plus spirituel du monde, par quoi commençons-nous ? Trop souvent par les girouettes !

—M. Robert a été élu par 49 voix sur 89 votes. M. Ricord, avec ses 40 bulletins, a de quoi se consoler, en attendant le prochain fauteuil vacant, qui lui ouvre déjà les bras.

La *Chronique* a conté comment l'urne de ballottage du 3 juillet avait versé deux nombres 44, aux pieds des candidats stupéfaits de cette application inattendue du communisme égalitaire aux choses académiques. Renvoyés dos à dos, ils se retrouvèrent face à face le 17, pour être remis encore au 25, clôture définitive des débats.

La séance du 17 n'a pas été une aménité académique, mais une véritable petite guerre. MM. Chomel et Piorry, appelés par des devoirs officiels, avaient déposé leur vote dans l'urne, sous les yeux du président et du bureau, et s'étaient retirés ensuite. La légalité de ces deux votes fut contestée par les uns, soutenue par les autres. La chronique ne suivra pas les plaidoiries ; c'est trop malaisé : il s'agissait de savoir si les deux académiciens étaient présents quoique absents, et absents quoique présents, si le scrutin était ouvert quoique fermé, et fermé quoique ouvert.... De là grand tapage, feux croisés et bien nourris d'interpellations, feux à volonté d'apostrophes et de réclamations, décharge universelle de mille coups de langue peu académiques. Le général en chef, pour mettre fin à la bataille, a été obligé de faire avancer la grosse artillerie, sous forme d'une sonnette dont les détonations sans cesse répétées ont fini par faire taire tous les autres bruits. Les feux de la batterie Roux ont été les derniers éteints ; qu'il a fallu de mal pour la démonter ! Il n'y avait qu'un seul servant, mais qu'il servait bien !

Quand la grosse artillerie eut parlé en maîtresse et que le silence se fut rétabli, le champ de bataille se fit immédiatement désert, quoique d'autres affaires restassent à vider. Le public trouve quelquefois les séances de l'Académie trop longues, souvent trop courtes ; mais il paraît que pour les membres de l'assemblée elles sont toujours trop longues. Dans la séance du 25, le désolé secrétaire perpétuel hésitait à lire la correspondance... il ne restait que les bras décharnés des stalles et huit membres,

.... rari nantes in gurgite vasto.

L'Académie a été obligée de refaire ce qu'elle avait défait la veille, de remettre après la lecture du procès-verbal le dépouillement de la correspondance, rejeté naguère à la fin de la séance. Sans ce retour sur sa décision, les communications et les demandes du ministre risquaient de retentir dans le vide. Or, comme l'Académie a été instituée pour éclairer le pouvoir et pour émettre son avis sur les questions qui lui sont soumises, comme les académiciens sont, à la rigueur, des fonctionnaires publics agissant dans une direction donnée et pour un but précis, il

Le 20, 72 pulsations, peau visqueuse, face violâtre, distension des veines tégumentaires, regard vague, attention non soutenue, réponses négatives, respiration bruyante, comme *apoplectique*. (12 sangsues aux tempes, sinapismes, applications froides.)

Le 21, 70 pulsations molles, face vultueuse, paupières hypérémiées, yeux sans regard, hoquet, respiration saccadée. (20 sangsues, compresses froides.)

Le soir même, vésicatoire à la nuque.

Mort le 22 à une heure du matin.

Autopsie neuf heures après la mort.

Crane. — Dure-mère pâle à l'extérieur. Sérosité citrine assez abondante à la base, dans les fosses cérébelleuses. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne à la convexité; infiltration rosée ou rouge veineux sur les faces latérales et inférieures des hémisphères, ainsi qu'aux parties postérieures et inférieures du cervelet. La face inférieure de l'hémisphère gauche de ce dernier organe présente, dans une étendue d'un centimètre carré, un foyer apoplectique dont le sang noirâtre coagulé en partie seulement, communique avec les suffusions sous-séreuse; avoisinantes. Autour de cette excavation irrégulière, la substance nerveuse rougeâtre présente un piqueté à gros grains et l'aspect pulpe de fraise.

40 grammes de sérosité sanguinolente dans les ventricules du cerveau; la partie postérieure du trigone est un peu ramollie, le piqueté est très-fin et presque confluent sur les coupes du centre ovale.

Des suffusions rosées se montrent sur quelques circonvolutions de la convexité et à la partie postérieure de l'hémisphère gauche. A la partie moyenne de cet hémisphère, entre deux circonvolutions, on rencontre un petit noyau rouge brun du volume d'une tête d'épingle. *La substance grise disséquée autour de ce point a été trouvée infiltrée de sang, ecchymosée et ramollie dans l'étendue d'un demi-centimètre*; la substance blanche avoisinante était aussi un peu altérée.

Quoique le cerveau pris en masse soit flasque, la pulpe cérébrale examinée partiellement est assez consistante. La pie-mère s'enlève facilement de la partie antérieure de l'hémisphère droit; vers la partie postérieure et latérale, elle entraîne avec elle des portions considérables de pulpe cérébrale ramollie. La substance grise présente en ce point une teinte d'un rouge vineux sur les circonvolutions, avec pointillé très-prononcé; la substance médullaire sous-jacente est réduite en pulpe dans l'épaisseur de 1 à 5 millimètres.

Si maintenant on rapproche ces faits des deux cas d'apoplexie cérébrale observés par M. le professeur Lévy et publiés dans la Gazette des hôpitaux du 7 juillet dernier, tous deux à urine albumineuse, l'un à liquide riziforme et psorentérie abondante dans l'intestin, l'autre à ecchymoses du cœur et à psorentérie bornée au tiers inférieur de l'intestin grêle, on se demande si l'on ne doit point admettre que le choléra a joué ici, chez des sujets prédisposés par l'âge, le rôle d'agent excitateur de l'hémorrhagie.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet, les altérations si remarquables et si importantes de la moelle, que nous allons décrire, formant le complément naturel et irréfutable de cette discussion.

Moelle.

Nous trouvons, dans le résumé des soixante premières observations, l'annotation suivante: La moelle examinée 5 fois n'a rien présenté de notable; dans la sixième autopsie, *piqueté ecchymotique avec ramollissement de la pulpe avoisinante*. Depuis cette époque, dans la crainte que nos recherches n'aient point été faites avec assez de soin et sur un assez grand nombre de cas, nous avons apporté les plus grandes précautions à l'examen de la moelle épinière dans 13 autopsies, et nous avons procédé de la manière suivante: 1° enlèvement de la moelle avec la dure-mère, section longitudinale de cette membrane; 2° la moelle couchée sur sa face postérieure, on introduit des ciseaux fins sous le névrilemme et on le sectionne ainsi sur la ligne médiane dans toute la longueur; la commissure antérieure devenant apparente, on achève la section avec un scalpel tranchant; 4° on étudie au jet d'eau le degré de consistance des différentes portions de ces deux moitiés de la moelle; s'il existe un ramollissement, on en reconnaît ainsi tout de suite l'étendue; 5° on déplisse ensuite chacune de ces moitiés, en séparant les colonnes médullaires qu'unit sur la ligne médiane une couche de matière grise d'inégale épaisseur. Par cette dernière opération on met à nu toute la substance grise, on en apprécie l'injection, le piqueté, les ecchymoses.

Cette étude ainsi faite, nous a donné les résultats suivants: congestion des sinus rachidiens, 4 fois; sang extravasé dans les graisses du rachis, surtout autour de l'origine des gaines fournies par la dure-mère, 6 fois; injection médiocre des vaisseaux de la moelle, 3 fois; injection fine, 4 fois, dont une à la moitié inférieure seulement; suffusion rosée sous-séreuse au commencement de la région dorsale, 1 fois.

Dans la substance nerveuse nous avons trouvé 5 fois la consistance normale, 8 fois du ramollissement partiel. 5 fois on a noté: consistance diminuée à la région cervicale. Dans les autres cas de ramollissement, au nombre de 3: 1 fois ramollissement prononcé au milieu de la région dorsale; le jet d'eau dissèque facilement les fibres médullaires jusqu'au milieu de la région cervicale où l'on rencontre un piqueté rouge brun formé par du sang épanché et coagulé; 1 fois un ramollissement d'un centimètre siégeant à la fin de la région cervicale; sur le même sujet, on trouvait un ramollissement prononcé de 2 cent. 1,2 au commencement de la région dorsale et un piqueté ecchymotique fin avec suffusion rosée plus marqué à droite. Dans le dernier cas, ramollissement siégeant au milieu de la région cervicale avec piqueté fin des cordons médullaires.

Dans toutes les observations où la substance blanche se trouvait altérée, la matière grise était le siége de lésions correspondantes et encore plus prononcées. Sur les 13 cas, 1 fois elle ne présentait qu'une teinte légèrement rosée au renflement inférieur, 4 fois l'état rosé général avec injection fine ou pointillé à grains inégaux et suffusion violacée, 3 fois un piqueté fin, 3 fois un piqueté rouge clair, assez gros, entre la substance grise et les cordons médullaires; 1 fois au tiers moyen de la région cervicale, une coloration d'un rouge veineux avec tacheté abondant à gros grains, d'un rouge brun (ecchymoses d'un millimètre où le sang est liquide); 1 fois enfin dans la partie inférieure de la région cervicale et dans un longueur de 2 centim., groupe de petites ecchymoses au nombre de 10 à 12 sur la coupe; les plus grosses où le sang est liquide ont un millimètre de diamètre.

Pour donner un exemple bien tranché de toutes les lésions que nous venons d'énumérer ici, nous ne saurions mieux faire que de transcrire le résultat de la dernière autopsie que nous avons pratiquée au Val-de-Grâce le 23 août.

Choléra algide, 48 heures de durée. (Nécropsie, 7 heures après la mort.)

Rachis. — Beaucoup de sang dans les sinus, infiltration sanguine du tissu graisseux, arachnoïde légèrement blanchâtre, opalescente, visqueuse. Injection assez prononcée des vaisseaux spinaux qui rampent dans la pie-mère. Sur la section longitudinale de la moelle, on rencontre une injection très-fine de la substance grise avec teinte rosée. A la fin de la portion cervicale, plusieurs taches bleuâtres apparaissent par transparence dans la

---

eût été trop singulier qu'elle fît de sa mission principale un accessoire, en lui consacrant à peine les lumières de quelques membres attardés. L'Académie est si bien revêtue d'un caractère public, outre sa spécialité scientifique, que le ministre se réserve le droit de sanctionner les nominations sorties du scrutin.

L'enseignement des facultés a, sous certain point de vue, ce double caractère; mais le pouvoir se glisse peut-être trop souvent par la porte qui lui est ouverte. En 1840, on a destitué des professeurs qui, scientifiquement et au point de vue de l'honorabilité, occupaient dignement leur chaire, et aujourd'hui un professeur de Strasbourg vient d'être suspendu pour quelques mois (M. Küs) à cause de ses opinions politiques, dont il ne s'était pourtant pas fait, cela est présumable, le propagandiste auprès de ses élèves.

Le ministre de l'instruction publique, gardien des intérêts scientifiques et des droits acquis à chacun par son travail, s'est immiscé plus heureusement dans la question des permutations de chaires, à propos de la demande adressée par M. Denonvilliers dans le but de succéder à Blandin. La Faculté de médecine et le conseil de l'Université avaient consenti à cette permutation, mais le ministre s'y est formellement opposé, par la raison que les candidats qui, dans l'espoir de cette chaire, s'étaient livrés à des études spéciales, seraient ainsi frustrés dans leur espoir et perdraient le fruit légitime de leurs labeurs.

— La *Chronique* n'est pas ordinairement bien guerrière; elle ne fait pas manœuvrer de gros bataillons; elle se contente d'envoyer des éclaireurs et de déployer des tirailleurs. Pourquoi alors, dira-t-on, ne prend-elle aujourd'hui ses comparaisons que dans les canons en batterie et les régiments en bataille? La *Chronique* ramasse partout où elle trouve; c'est une glaneuse qui erre dans tous les champs. Soyez aussi bon pour elle que le vieillard de la Bible l'a été envers la fille de Noémi. Mais, si vous êtes las de jouer aux soldats, on va vous montrer autre chose:

> Voilà un évêque,
> Voici un abbé,
> Puis un autre abbé, etc.

Qu'est-ce que cela? — Le commencement d'une procession, sans doute. — Pas le moins du monde: c'est la liste de la commission de l'enseignement supérieur.

— La pléiade des sages-femmes a compté plusieurs astres parmi ces nébuleuses, madame Boivin, par exemple. Aujourd'hui un nouveau météore se lève, et pas une séance de l'Académie ne se passe sans qu'un de ses rayons ne vienne l'éclairer et la réjouir. Le vénérable académicien qui a accepté la rude besogne de rendre compte des travaux, découvertes et perfectionnements de la sage-femme de Belleville, monte tous les mardis à la tribune avec une énorme liasse dont la vue seule jette l'effroi dans l'assemblée. Il lit un premier fascicule signé Coquillard, un second signé encore Coquillard....; et, quand il descend de la tribune, il promet un autre Coquillard pour la séance suivante. Il tient sa parole, et le nom de madame Coquillard, femme féconde s'il en fut jamais, revole de bouche en bouche.

Le vénérable rapporteur sait trop bien ce qu'il doit au beau sexe pour critiquer crûment les inventions d'une dame; aussi ses conclusions ont-elles été un peu à l'eau de rose. Mais M. le secrétaire perpétuel, qui n'entend pas de cette oreille-là, a rendu inutiles ces procédés courtois par le petit tour qu'on va voir,

substance médullaire; en incisant sur ces taches, on tombe sur de petites ecchymoses du volume de 1 à 2 millim. La matière grise offre des lésions profondes dans toute la hauteur de la région cervicale. On y rencontre un piqueté à grains inégaux, d'un rouge vif, irréguliers et se touchant souvent par leurs extrémités. Ces altérations sont généralement plus prononcées à gauche qu'à droite. De ce dernier côté cependant, et dans une étendue d'un centimètre au niveau de la troisième vertèbre cervicale, on rencontre un piqueté confluent d'un rouge vif. Une seule petite ecchymose dans les cordons médullaires des deux tiers inférieurs de la moelle.

L'étude de la moelle au jet d'eau fait voir encore mieux ces ecchymoses qui sont situées en plus grand nombre dans le réseau celluleux qui sépare la substance grise des colonnes médullaires, et démontre que le tiers supérieur de la moelle est notablement moins consistant que les deux tiers inférieurs; car cette région devient plus facilement floconneuse, surtout du côté gauche.

Nous n'insisterons point sur les autres détails de l'autopsie, qui n'offrent d'ailleurs rien de particulier.

En résumé, on voit que la moelle épinière à sa partie supérieure est souvent, dans le choléra, le siége de lésions très-importantes, eu égard à la délicatesse du tissu et à la valeur des moindres altérations anatomiques dans cette région des centres nerveux. Si les ramollissements et les ecchymoses que nous avons rencontrées dans les deux tiers des cas au moins, se présentaient dans toutes les observations, ils suffiraient pour expliquer la gravité du choléra épidémique; mais ces lésions manquent complétement dans quelques cas. Le choléra a donc sa raison d'être, sa cause efficiente, ailleurs que dans les lésions jusqu'ici appréciables à nos sens. Toutefois on ne saurait se refuser maintenant à faire entrer dans l'étude de cette affection des altérations pathologiques qui se lient d'une manière si évidente au groupe important et pathognomonique des symptômes nerveux, crampes, constriction thoracique, dyspnée dans la maladie déclarée, vertiges, bourdonnements, troubles de la vision dans les prodromes cérébraux que M. le professeur Lévy a vus précéder toute autre manifestation morbide dans la grande majorité des cas.

Tous ces faits nouveaux ou à peine entrevus pourraient sans doute donner matière à bien des développements théoriques; mais nous craindrions de mêler à nos recherches des hypothèses qui ne peuvent mener à aucun résultat positif; aussi serons-nous sobres d'inductions.

CONCLUSIONS.

Dans cette revue rapide des lésions matérielles engendrées par le choléra, nous voyons surgir deux faits principaux à évolution parallèle :

1° Un mode particulier de congestion simple ou avec hémorrhagie;

2° Les phénomènes de sécrétion intestinale.

Aucun de ces deux faits ne domine l'autre; bien que nés sous l'influence générale d'une même cause spécifique, ils ont une marche indépendante et sont loin d'être tous deux en rapport constant de gravité.

A considérer ces lésions au point de vue de leur origine et de leur étendue, la congestion cholérique semble dominer la localisation intestinale; elle débute avec les prodromes et procède quelquefois lentement, quelquefois avec une formidable instantanéité. Ses caractères particuliers sur lesquels nous avons insisté, l'altération si spéciale du sang qui l'accompagne, son siége de prédilection dans les parenchymes importants, cœur, poumons, foie, cerveau et surtout la moelle épinière en font le phénomène qui décèle le mieux l'action générale de la cause morbifique. Cette cause porte-t-elle primitivement son action sur le sang, le système nerveux, ou sur les parois des systèmes capillaires et le tissu même des organes quelquefois atteints de ramollissement général ou partiel? Aucune de ces hypothèses n'est justifiée par les faits. Ce que l'analyse anatomique minutieuse permet de croire, la conclusion à laquelle aboutissent les investigations les plus complètes, c'est que le choléra, loin de débuter par tel ou tel appareil, attaque d'emblée tous les tissus et porte en même temps dans le réseau capillaire une action spéciale et non définie sur le fluide sanguin qu'il altère profondément. Est-il besoin d'ajouter que si la constatation de toutes ces altérations est essentielle à la physiologie pathologique du choléra, à la compréhension des phénomènes algides et à l'explication de l'état torpide, elle n'aide aucunement à faire entrevoir la nature intime de la cause spécifique qui engendre le mal? En somme, nous ne voyons dans les recherches anatomiques que les symptômes profonds et nullement la cause de la maladie. Comment dépasser, en restant dans le domaine des choses positives, cette barrière qui semble opposer un obstacle constant aux déductions étiologiques. La réponse nous sera facile. Qu'on attende du temps et des observateurs des recherches anatomo-pathologiques complètes sur les différentes affections épidémiques, la comparaison pourra s'établir alors sur des bases certaines, et le travail de classification nosologique pourra commencer.

A notre sens toutes les classifications artificielles pèchent nécessairement quand il s'agit de déterminer la nature de ces grands fléaux épidémiques qui ont en même temps plusieurs actions locales et une action générale des plus prononcées. Laquelle choisir comme caractéristique, laquelle l'emporte en valeur dans les progrès du développement morbide? Nous sommes trop peu avancés dans l'étude des altérations anatomiques ou fonctionnelles pour indiquer la coordination des phénomènes nombreux dont nous avons décrit les résultats, produits directs ou indirects du choléra. Mieux est de renoncer, dans l'état actuel de nos connaissances, à toute tentative de ce genre qui n'aboutirait qu'à reproduire sous une physionomie nouvelle les essais infructueux de nos devanciers. *Cholera inter intestina, stomachumque versatur, ita ut cujus potissimum partis sit, non facile dici queat.* A une expression près, cette sentence de Celse traduit encore aujourd'hui l'état de doute des esprits. Localisé d'abord dans le colon, considéré ensuite comme une maladie de la bile par Hippocrate, Galien, Celse, Cœlius Aurelianus; mieux étudié ensuite, mais toujours à un point de vue exclusif sur la muqueuse intestinale, le choléra nous apparaît aujourd'hui comme une affection primitive, *totius substantiæ*, à laquelle rien ne ressemble et dans le cadre symptomatologique et dans l'ordre anatomique. Il faudrait pour arrriver à des considérations générales sur sa nature comparer entre elles, dans un certain nombre d'épidémies, les altérations anatomiques, avoir des données positives sur l'état anatomique des centres nerveux dans les autres maladies épidémiques, et enfin étudier la constitution médicale qui prépare de longue main, comme tout tend à le démontrer, ce fléau épidémique. On aurait alors un ensemble de faits desquels ressortirait, pour le choléra comme pour toutes les affections épidémiques, les éléments d'une classification naturelle, but principal vers lequel doivent se diriger les efforts de l'observation et auquel doivent tendre les recherches destinées à rester dans la science.

Il se penche vers l'épaule du lecteur et lance un coup d'œil furtif sur les manuscrits. Grand Dieu! ou madame Coquillard peut en vérité faire sa cuisine elle-même, car il ne lui manque rien pour cela; ou bien, grande dame, elle a sans doute un secrétaire et une cuisinière réunis dans la même personne. Quoi qu'il en soit, des mots estropiés, louches et boiteux, ornés de membres surnuméraires, sont jetés au public par le malin secrétaire, et Coquillard — comme qui dirait Leverrier ou Herschell — pâlit et s'éteint au milieu de la gaîeté.

Mais madame Coquillard ne meurt pas ainsi; elle présente à l'Académie un nouveau pessaire en caoutchouc, en forme de ballon à jour, qui se dilate à volonté et se referme en se blottissant sur lui-même. L'idée est réellement ingénieuse. On dirait une petite cage, ou plutôt une loge de portière, à laquelle il ne manque ni le cordon, ni le crochet, ni même la position topographique. Quand vous voulez faire entrer le pessaire, tirez le cordon, disait le vénérable démonstrateur; quand vous désirez qu'il reste dedans, mettez le crochet. De grâce, que l'Académie n'approuve pas ce vilain instrument, de peur que la mode n'en prenne. C'est assez d'un vestibule, pas de cérémonial, pas de portier; les petites entrées valent mieux que tout cela.

Si l'Académie fait l'aumône d'un mot d'éloges, comme correctif de vingt mots de blâme, on imprimera le premier sur toutes les affiches, tandis que le reste demeurera enfoui dans les oubliettes du BULLETIN. C'est ce que vient de faire l'auteur des annélides postiches dites sangsues artificielles. Malheureuse invention! car si les sangsues naturelles sont assez bonnes bêtes pour prendre le mauvais sang, tout en laissant le bon, certes les petits tubes de M. Alexandre n'auront pas le même discernement thérapeutique. Ce raisonnement bien simple suffira pour faire exclure la sangsue artificielle de la pratique des bonnes femmes, et ici, guidé par d'autres considérants, le médecin se rencontrera avec les commères.

Au fait, il n'est pas question de cela, mais de la dispute que l'Académie aurait velléité de chercher au père des néo-annélides. On a parlé de procès, ni plus ni moins; mais après avoir réfléchi, on s'est aperçu que la loi ne peut pas forcer les intéressés à crier à tous les coins de rue le mal qu'on dit d'eux. Voilà l'Académie fort embarrassée. Donnez-moi deux lignes de l'écriture d'un homme, disait Talleyrand, et je me charge de le faire pendre. Avis aux rapporteurs.

— Nous avons eu des iatro-chimistes et des iatro-mécaniciens, sans compter une foule de gens qui ont tour à tour chanté et crucifié le principe vital, bâti des romans sur les archées ou l'*impetum faciens*, et ceux qui, aujourd'hui encore, font exécuter des pantomimes aériennes et des groupements pittoresques aux atomes d'Épicure, etc. Tout cela est fort joli sans doute, mais ce n'est rien pourtant en comparaison du système algébrique que M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise) vient d'exposer à l'Académie. Fi du *strictum* et du *laxum*; foin de l'hypesthénie et de l'asthénie; haro sur l'irritabilité : le fondement de l'édifice médical, c'est le binôme de Newton. Les maladies se marient les unes aux autres, le plus souvent en combinaisons binaires, — notre confrère n'est pas polygame, — et forment des affections que le médecin ne peut se représenter qu'à l'aide de formules algébriques. Aussi voici venir des régiments de M, M', M'', qui s'allongent, se superposent et se livrent de grands combats pour s'éliminer réciproquement et arriver à dégager l'inconnu X. Cette petite guerre se fait avec force accompagnement de $+$, $-$, $\times$, $::$, $:$, $\sqrt{\quad}$, etc, etc. Ces bataillons de grands M, empanachés de petits ex-

CHIRURGIE PRATIQUE.

DES APPAREILS DE MOUVEMENT ET DE LEUR UTILITÉ DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES ; par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite. — Voir les numéros de 1848, pages 850, 874, 886, 950, et les numéros 33 et 34 de cette année.)

APPLICATION DES APPAREILS DE MOUVEMENT AUX SUITES DES ENTORSES.

Ces applications peuvent être faites : 1° à des entorses récentes, lorsque les symptômes d'inflammation aiguë se sont dissipés ; 2° à des entorses chroniques.

Le premier ordre d'application a été trois fois pratiqué. Les résultats ayant été à peu près identiques, je me contenterai de citer, comme exemple, l'observation suivante :

ENTORSE RÉCENTE DU PIED GAUCHE ; BAIN DE PIED FROID ET IMMOBILITÉ PENDANT LA PÉRIODE INFLAMMATOIRE ; EMPLOI DE L'APPAREIL DE MOUVEMENT APRÈS CETTE PÉRIODE ; GUÉRISON PROMPTE.

OBS. — André Leroux, âgé de 63 ans, cultivateur, d'une stature grêle, mais d'une assez bonne constitution, se fit une entorse du pied gauche le 24 décembre 1847. D'après les souvenirs du malade, le pied aurait été entraîné en dehors et la pointe portée en haut ; la jambe se serait fléchie, et la fesse gauche serait venue reposer sur le côté externe du pied. Après cette chute, la marche fut impossible, le pied et la jambe se gonflèrent et devinrent très-douloureux. En ville, on appliqua successivement des cataplasmes émollients de farine de graine de lin, des compresses froides trempées dans l'eau salée, et on fit des frictions avec l'huile camphrée. On ne mit d'ailleurs aucun appareil, et le malade garda le repos d'une manière incomplète.

Après dix jours de ce traitement, Leroux entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 3 janvier 1848. L'engorgement du pied et de la jambe persistait toujours. C'était surtout au côté externe du cou-de-pied et au-dessous de la malléole que cet engorgement était le plus considérable ; mais il occupait aussi tout le pourtour de la jambe à sa partie inférieure, ainsi que la totalité du pied. Des ecchymoses se remarquaient en dehors, depuis la malléole jusqu'au tiers supérieur de la jambe. En dedans, elles n'existaient qu'à la partie moyenne, au niveau des muscles jumeaux. La marche était impossible ; les mouvements imprimés à la jointure et les pressions exercées sur les parties voisines étaient très-douloureux.

Malgré le temps écoulé depuis l'accident, je fis prendre au malade un bain de pied froid le jour de son arrivée, et un autre le lendemain. La durée de ces bains fut de deux heures et demie pour le premier et de deux heures pour le second. Le membre inférieur gauche fut ensuite placé dans une gouttière qui maintenait le pied immobile dans une bonne position. Après huit jours de ce repos absolu, le gonflement disparut d'une manière à peu près complète. Les ecchymoses passèrent de la couleur bleue à la couleur jaune, et les douleurs se dissipèrent entièrement. Les mouvements imprimés à la jointure étaient encore douloureux. On ne remarquait d'ailleurs aucune déformation indiquant qu'il y eût une fracture ou une luxation. La marche était cependant impossible.

Dans ces conditions, on commença, le 10 janvier 1848, l'emploi de l'appareil destiné aux mouvements de flexion et d'extension de la totalité du pied (fig. 9). Les premiers jours, les mouvements étaient limités et un peu douloureux. Cependant le malade, les mesurant lui-même sur le degré de sensibilité de la jointure, arriva progressivement à des mouvements plus étendus et à un exercice plus prolongé. L'amélioration fut prompte et le résultat très-satisfaisant ; car après une semaine de ce mode de traitement, le 17 janvier, Leroux demanda à quitter l'hôpital, la marche étant devenue facile et exempte de douleurs.

Les applications des appareils de mouvement aux entorses chroniques ont beaucoup plus d'importance que celles que l'on peut faire aux entorses aiguës. Dans les dernières, on peut toujours supposer que le mal se serait amélioré si on l'eût abandonné à lui-même, tandis que lorsque la marche est difficile depuis plusieurs mois ou depuis plusieurs années, que les moyens mis en pratique sont restés infructueux, l'on ne peut douter que l'amélioration obtenue dans le cours d'une médication ne doive être attribuée à celle-ci.

ENTORSE CHRONIQUE DU PIED DROIT SUR UN SUJET QUI PRÉSENTE LA CONFORMATION CONNUE SOUS LE NOM DE PIED PLAT ; FRICTIONS STIMULANTES ; APPAREIL DE MOUVEMENT ; GUÉRISON.

OBS. — Étienne Gros, âgé de 18 ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, entre dans la salle Saint-Philippe, le 8 décembre 1847.

Ce jeune homme présente aux deux extrémités inférieures la disposition anatomique désignée sous le nom de *pied plat*. De tout temps la marche, lorsqu'elle était prolongée pendant deux ou trois heures, produisait des douleurs à la plante du pied et dans la région tarsienne. Il y a dix-huit mois qu'eut lieu une entorse qui porta le pied droit en dehors. Bien que depuis ce moment la marche fût devenue difficile et douloureuse, le malade n'interrompit pas le travail assez pénible de sa profession de boucher ; seulement il fatiguait le moins possible sa jambe droite, et lorsqu'il marchait, il appuyait spécialement sur le talon. Le soir, le pied était le siége d'un peu d'œdème ; la douleur s'aggravait à l'occasion des changements de température. Aucun traitement n'a été fait jusqu'au moment de l'admission du malade à l'Hôtel-Dieu. A l'examen du pied, on constate qu'au-dessus et en avant de la malléole interne existe une tumeur dure et inégale, formée par la scaphoïde et par le premier cunéiforme. La plante du pied est légèrement tournée en dehors ; de telle sorte que, pendant la marche, le poids du corps porte sur le bord interne. Indépendamment de cette saillie fournie par les os, il existe un peu d'engorgement des parties molles. Lorsque l'on imprime au pied des mouvements de flexion et d'extension un peu étendus, le malade se plaint de souffrir au-dessous des deux malléoles, spécialement au côté interne, ainsi que sur le dos du pied, en avant de l'articulation tibio-tarsienne. La même douleur se fait sentir pendant la marche. La jambe et la cuisse du côté malade sont notablement atrophiées. La santé générale est bonne.

Pour tout traitement on fait faire des frictions avec la pommade à l'essence de lavande (2 grammes sur 30 grammes d'axonge), et l'on imprime au pied, à l'aide des mains, des mouvements dans divers sens.

15 décembre. Les mouvements imprimés au pied par les aides paraissant insuffisants, on a recours au moyen suivant : une bande est enroulée sur l'avant-pied de dedans en dehors, en passant de la face dorsale à la face plantaire ; on fait quelques tours seulement, de manière à fixer la bande dans cette position. En tirant de bas en haut sur son extrémité libre par petites secousses, on fait exécuter au pied des mouvements d'adduction. C'est le malade lui-même qui, pendant deux ou trois heures par jour et par séances de demi-heure, pratique cette sorte de gymnastique.

22 décembre. Après huit jours, l'abduction et l'engorgement du pied ont déjà notablement diminué ; on met alors en usage l'appareil de flexion et d'extension (voy. fig. 9). Le malade consacre chaque jour trois ou quatre heures à cet exercice.

29 décembre. Le résultat de ce traitement mécanique a été des plus favorables ; la marche est devenue beaucoup plus facile ; le pied repose à plat sur le sol ;

---

posants, ont eu l'air de faire bien peur à MM. les académiciens, dont la mémoire n'est plus bien ornée sans doute des matières du baccalauréat ès sciences. M. Bayard va être obligé, s'il veut être compris, de les remettre sur les bancs, avec un morceau de craie dans les mains et un tableau noir devant les yeux, hardie tentative dans laquelle il succombera si son patron, le preux Bayard de Montauban, ne vient à son secours.

En mêlant un peu de chimie à l'algèbre, on ferait pourtant merveille avec le système de M. Bayard. Ainsi, par exemple, soit une pleurésie subaiguë survenant sous l'influence d'une phthisie pulmonaire au deuxième degré ; que de mots il faut pour exprimer ces deux maladies et leur filiation ! Un hypopleurite de deutotuberculisation ne représente-t-il pas tout cela d'une manière aussi concise que bien sonnante ? Deuxième exemple : Dites hyperhématémesate cancérogastreux ou cancérogastrique, au lieu de : hématémèse très-abondante survenant chez un individu affecté de cancer de l'estomac au premier et au deuxième degré. O Piorry ! pends-toi ; et vous, ombres de Chaussier et de Guyton-Morveau, tressaillez sous vos pierres sépulcrales !

— L'homœopathie n'est pas partout aussi heureuse qu'en Belgique, où elle arrive au pacifique fauteuil académique, et aspire à trôner sans orage dans la chaire officielle. En France, elle est bien parvenue à la représentation nationale, mais c'est pour y être victime de voies de faits qui n'ont pas été du tout dosées d'après ses recettes infinitésimales. L'honorable représentant et confrère si maltraité est un des plus fervents apôtres de l'homœopathie ; il fait de la propagande et par lui et par ses missionnaires, au nombre desquels il faut compter son gendre qui, médecin par vocation, sinon par diplôme, distribue gratuitement des globules aux montagnards et aux montagnardes des Vosges. C'est sur ces natures vierges qu'il expérimente le système prophylactique dont son beau-père est l'auteur. A l'aide de granules si petits, que ce n'est réellement pas la peine d'en parler, et qu'on parviendrait probablement aux mêmes effets en n'en donnant pas du tout, à l'aide de ces granules distribués chaque matin aux enfants, on les préserve de la variole, de la scarlatine, des gourmes et de mille autres calamités. Tous ces vices, émanés de cet éternel principe psorique qui joue de si vilains tours à l'humanité, sont éliminés peu à peu sans l'intermédiaire de ces grandes crises si souvent funestes, appelées des noms que nous venons d'indiquer. Le propagandiste vosgien ayant administré les bienfaisants globules à vingt enfants du même village, le psore, qui veut absolument des victimes, s'est rejeté sur vingt autres enfants, qui ont été abîmés de gourmes, gale, variole, scarlatine, crétinisme, scrofules, rachitisme, éruptions, anémie, goître, maladies intestinales, convulsions, etc., etc., tandis que leurs vingt petits camarades homœopathisés sont gros, dodus, rouges, et joufius à faire pâlir l'enfant Jésus rebondi que la madone tient dans ses bras au bord du chemin.

Mais voilà que les petits montagnards deviennent grands, tirent au sort et passent au conseil de révision. Cet affreux psore a été si cruel envers les vingt pauvrets négligés par l'homœopathie, que pas un n'est reconnu bon pour le service militaire, de sorte que la voracité du contingent consomme les vingt avaleurs de granules : fureur des pères, douleur des mères, larmes des amantes réduites à vingt mâles tortus, bossus, cagneux, goitreux et crétins ; le maire s'en mêle, craignant de voir la belle race montagnarde dégénérer dans le pays qu'il administre, et le gendre du représentant maltraité risque fort d'être expulsé de l'endroit. On n'est

l'abduction a presque entièrement cessé, ainsi que la saillie formée par le scaphoïde. On ne remarque plus d'engorgement des parties molles.

6 janvier 1848. Le malade a quitté la salle depuis le 31 décembre; il a repris le travail de sa profession. Le bas de la jambe et le pied ne sont plus le siége d'aucun gonflement, même le soir, après une journée de fatigue. Cependant la marche ou la station debout sont encore douloureuses lorsqu'elles sont prolongées pendant plus d'une heure et demie.

Les deux observations précédentes ont été recueillies à une époque où je n'avais fait construire pour le pied que l'appareil destiné à la flexion et à l'extension de l'articulation tibio-tarsienne. Depuis lors j'ai eu à traiter un certain nombre d'entorses plus ou moins récentes, dans lesquelles j'ai employé avec avantage les autres appareils de mouvement décrits plus haut. Ces faits ne présentant pas de particularités assez saillantes pour être cités d'une manière spéciale, je terminerai ce paragraphe par l'histoire d'une entorse chronique des plus graves dans laquelle les nombreuses lésions du pied ont été combattues par des moyens appropriés à chacune d'elles.

PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX RÉSULTAT D'UNE ENTORSE ANCIENNE; IMPOSSIBILITÉ DE MARCHER; EMPLOI DES APPAREILS DE MOUVEMENT; SECTION DES PÉRONIERS; DOUCHE D'EAU FROIDE; RÉTABLISSEMENT INCOMPLET DE LA FORME ET DES FONCTIONS DU PIED.

OBS. — Le sujet de cette observation (Jean Coste) est un homme de 33 ans, d'une bonne constitution. Entré à l'Hôtel-Dieu le 14 octobre 1848 pour s'y faire traiter d'une maladie du pied gauche qui l'empêchait entièrement de marcher, il raconte qu'il s'était fait, à l'âge de 16 ans, une entorse qui lui avait laissé un peu de claudication. Malgré cela, il pouvait, sans trop de fatigue, faire de longues courses à pied. Il y a huit mois, ayant marché une journée entière avec un fardeau de 20 kilogr. environ sur les épaules, il ressentit dans le pied droit une douleur qui n'a fait que s'accroître depuis cette époque, et qui rend maintenant l'exercice de la marche tout à fait impossible.

Voici quel est l'état du malade au début du traitement :

Atrophie de la jambe droite; 0,17 centimètres de circonférence au-dessous des chevilles, 0,266 millimètres au niveau du mollet. Les mêmes mesures, prises sur la jambe gauche, donnent 0,19 et 0,33 centimètres. Il n'y a pas de différence appréciable dans la longueur des deux membres inférieurs. La malléole interne du pied droit est saillante. Au-dessous d'elle, l'astragale et le scaphoïde forment une tumeur dure recouverte par un tissu cellulaire lardacé qui rend la peau adhérente aux parties profondes. L'endurcissement du tissu cellulaire et l'adhérence de la peau se remarquent aussi sur le dos du pied et sur sa face externe au niveau des articulations tibio-tarsienne et médio tarsienne. Nulle part il ne paraît y avoir de tendance à la suppuration. La circonférence du cou-de-pied, au niveau du bord antérieur de la malléole interne, est de 0,26 centimètres à gauche et de 0,275 millimètres à droite.

Le pied droit présente à un haut degré la conformation décrite sous le nom de pied plat valgus : abaissement du talon; flexion de l'avant-pied sur le tibia; extension de l'avant-pied sur l'arrière-pied; absence de concavité de la surface plantaire; renversement du talon en dehors; abduction de la totalité du pied; abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied. Par suite de l'extension de l'avant-pied sur l'arrière-pied, la longueur de cette dernière partie est accrue d'un centimètre et demi. Mesurée sur le dos du pied, de la mortaise tibiale à l'extrémité du gros orteil, elle est de 0,195 à droite et 0,15 à gauche.

La mobilité du pied est à peu près nulle. Cette absence de mouvement ne se remarque pas seulement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne; mais elle existe aussi pour les articulations astragaliennes inférieures, pour l'articulation médio-tarsienne et pour les phalanges elles-mêmes. Elle est le résultat de l'inflammation chronique des jointures et des gaines tendineuses. La tension des péroniers latéraux et du péronier antérieur n'est ici qu'un obstacle secondaire au redressement du pied. A l'état de repos, il n'y a pas de souffrance; si l'on essaye d'imprimer des mouvements, on provoque de vives douleurs. Le malade est tout à fait incapable de faire un pas en appuyant le poids du corps sur le pied droit. Le secours de deux béquilles lui est indispensable. Le pied droit est en outre le siége d'une sensation incommode de froid; la peau qui le recouvre est sèche, et la transpiration y est totalement supprimée.

L'absence complète de douleurs pendant le repos et de tout gonflement inflammatoire montrait qu'un traitement antiphlogistique était inutile dans ce cas. L'immobilité ne pouvait qu'augmenter encore la roideur des articulations. Les indications à remplir me parurent être les suivantes : combattre l'inflammation chronique par des douches froides et par des mouvements artificiels imprimés aux jointures. Tenter de rendre au pied sa forme et sa mobilité, par l'exercice des mouvements et par les sections tendineuses.

La roideur des jointures me paraissant être, plus que la tension des muscles, la cause de la difformité, je fis exercer les mouvements avant de pratiquer les sections tendineuses. Comme toutes les articulations étaient enroidies, le malade employa successivement tous les appareils qui sont destinés au pied. Chacun d'eux produisait un peu de douleur dans les premiers jours, parce que le pied était soumis à un mouvement nouveau. Cette douleur cessait à mesure qu'un exercice prolongé assouplissait les parties molles et polissait les surfaces articulaires.

Les orteils dont l'enroidissement dépendait de l'adhérence des tendons, et non d'une lésion des jointures, ne tardèrent pas à recouvrer leurs mouvements. La mobilité de l'articulation médio-tarsienne se rétablit assez promptement sous l'influence des mouvements produits entre l'avant-pied et l'arrière-pied, et en même temps la plante du pied reprit peu à peu sa concavité.

L'articulation tibio-tarsienne et les articulations astragaliennes inférieures étaient celles où existaient les lésions les plus graves; aussi la mobilité normale n'y revint-elle que lentement et d'une manière incomplète.

La section des deux péroniers latéraux et du péronier antérieur fut pratiquée le 2 janvier 1848.

Sept semaines après cette opération, comme la tension des péroniers latéraux semblait gêner encore le mouvement d'adduction du pied, je fis une seconde section de ces muscles. Je la pratiquai cette fois à 5 centimètres au-dessus de l'extrémité de la malléole, je glissai le ténotome d'avant en arrière sous la peau à travers une piqûre faite sur le bord externe de la face antérieure de la jambe.

A part les intervalles de repos nécessités par les sections tendineuses, le malade faisait usage tous les jours pendant deux ou trois heures, d'un ou de plusieurs des appareils de mouvements destinés au pied, il prenait presque chaque jour une douche d'eau froide sur tout le corps et spécialement sur le pied droit. En même temps que, sous l'influence de ces moyens, les mouvements du pied se rétablissaient, on voyait les signes de l'inflammation chronique disparaître, le tissu cellulaire reprendre sa souplesse et la peau devenir le siége d'une transpiration abondante.

Le traitement, continué avec persévérance pendant cinq mois, a produit sur les divers éléments de la maladie les changements suivants :

Diminution de l'atrophie de la jambe droite; augmentation de la circonférence du membre de plus d'un centimètre; rétablissement des fonctions de la peau; résolution de l'engorgement du tissu cellulaire; redressement complet du pied; diminution de près d'un centimètre dans la longueur de l'avant-pied et dans la circonférence du cou-de-pied; rétablissement des mouvements, à l'exception de la flexion et de l'extension de l'articulation tibio-tarsienne, ainsi que de l'adduction et de l'abduction de la totalité du pied.

Ces mouvements, tout à fait nuls au début, existent maintenant, mais d'une manière insuffisante. Je trouve la cause de cette imperfection dans l'inflammation des articulations astragaliennes et dans un certain degré de déformation des os. La douleur que provoque encore la marche est une preuve de la persistance

---

jamais prophète dans son pays. Faites donc du bien aux gens. Talleyrand l'a encore dit : « Et surtout, pas de zèle! »

— Il y a bien longtemps que les intendants militaires sont médecins, et ils continueront à l'être comme par-devant, si le conseil d'État sanctionne la loi élaborée par les bureaux de la guerre, pour la reconstitution du corps des officiers de santé militaires; mais, se dit L'ÉCHO DU VAL-DE-GRACE, nous ne savions pas qu'ils fussent musiciens.

L'Écho est trop jeune pour avoir été témoin du fait que voici : Un soldat présenté pour la réforme, atteint d'hypertrophie du cœur avec rétrécissement de l'orifice aortique, avait une mine si rubiconde, que le général hésitait à accorder le renvoi du malade dans ses foyers. Il y a un magnifique bruit de souffle, ajouta le chirurgien-major, avocat du patient. Voyons, dit l'intendant, c'est-à-dire l'autre médecin, le premier en grade, celui qui contrôle, voyons.... et il appliqua gravement son oreille sur la poitrine du malade. Vous vous trompez, docteur, dit-il au second médecin, à l'élève, c'est le brouhaha d'une chaudière à vapeur. Le général fut convaincu, et le soldat réformé.

Vous voyez bien, chers amis de L'ÉCHO, que les intendants sont musiciens depuis longues années. L'histoire que la CHRONIQUE va rapporter, après vous, ne fait que sanctionner leur diplôme.

On lit dans LE SIÈCLE :

« La place d'organiste de la paroisse Saint-Louis-des-Invalides est devenue vacante : pour pourvoir au remplacement de l'ancien titulaire, M. le curé a fait appel aux *lumières réunies* de MM. Auber, Carafa, Halevy, et de MM. *les intendants militaires.* »

— Il n'y a guère qu'aux gens d'esprit qu'arrivent de jolies aventures comme celle-ci; et certes, celle que nous allons laisser conter à M. Diday (de Lyon) ne s'est pas trompée d'adresse. C'est à la GAZETTE MÉDICALE DE LYON que la CHRONIQUE en emprunte le récit.

« Tout récemment une femme m'a consulté, en disant qu'elle avait des boutons à la vulve, et, selon moi, n'en ayant point. A la seconde visite, comme, malgré mes dénégations, elle persistait dans son idée, après m'avoir infructueusement présenté plusieurs places crues malades, que je refuse d'accepter comme telles, — Pour celle-ci, me dit-elle, vous ne me direz pas qu'il n'y a pas de mal! Et c'était le clitoris sur lequel elle fixait ainsi mon attention. — Le trait est d'autant plus étourdissant que cette malade, jeune femme de 22 ans, ayant reçu les soins de mon honorable collègue M. Bottex, pour une syphilis confirmée, ne pouvait faire moins que de posséder une certaine notion de l'anatomie et de la physiologie de ces organes. — Je ne pus lui répondre, tant je me sentis pressé de courir pour prendre bonne note du cas. »

M. Diday était alors en train d'écrire un curieux article intitulé : DE QUELQUES CONFORMATIONS NATURELLES PRISES POUR DES MALADIES. Le bouquet ne laisse rien à désirer, comme on a pu en juger; mais les fleurs du parterre de Vénus, que notre spirituel confrère nous a découvert en entr'ouvant les persiennes de son cabinet mystérieux, ne perdent pourtant pas à être vues, comme on va en juger.

« Je reçus à deux reprises, l'été dernier, la visite d'un fermier de Brignais. Ce brave homme venait me consulter pour un écoulement *intermittent.* Cet écoulement, disait-il, reparaissait notamment après l'érection; et, pour me faire per-

de l'inflammation. La saillie que formaient au côté interne du pied l'astragale et le scaphoïde est un indice du gonflement et de la déformation des os.

Le malade peut faire quelques pas sans bâton; mais l'exercice de la marche est encore si difficile qu'il se sert habituellement d'une béquille pour diminuer la pression du poids du corps sur le pied droit.

On voit que la difficulté de la marche était entretenue dans ce cas : 1° par la déformation désignée sous le nom de pied plat valgus; 2° par des adhérences dans les articulations tibio-tarsienne, médio-tarsienne et astragalo-calcanéenne, dans la gaîne des tendons extenseurs et dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique; 3° par l'inflammation chronique de ces diverses parties.

1° Les détails de l'observation suffisent pour prouver l'existence du pied plat valgus douloureux. Les observations contenues dans le rapport sur les travaux de M. J. Guérin, et celles que j'ai publiées dans mon TRAITÉ DES SECTIONS TENDINEUSES, démontrent quelles douleurs ce genre de difformité entretient dans la marche. Ces douleurs proviennent surtout de la distension qui s'opère sur la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne, et en dedans des articulations antérieures et inférieures de l'astragale.

2° Les adhérences existaient dans toutes les articulations désignées plus haut. Pour se convaincre de la justesse de ce diagnostic, il suffit de se rappeler que les mouvements du pied s'exécutent chacun dans des jointures propres. La flexion et l'extension se passent dans l'articulation tibio-tarsienne; le renversement en dedans ou en dehors de la totalité du pied dans les articulations antérieures et inférieures de l'astragale, et enfin, l'adduction ou l'abduction de l'avant-pied, dans l'articulation médio-tarsienne. Puisque tous les mouvements que je viens d'énumérer étaient presque impossibles, les articulations dans lesquelles ils se passent étaient donc enroidies.

Si l'on était ainsi conduit à admettre une ankylose incomplète dans les articulations tibio-tarsienne, astragalo-calcanéenne et médio-tarsienne, il était aussi aisé de démontrer qu'il y avait des adhérences dans la gaîne des tendons extenseurs. En effet, bien que les orteils fussent parfaitement sains, le malade ne pouvait les relever qu'incomplétement; évidemment cette difficulté devait être attribuée à ce que les tendons extenseurs ne pouvaient glisser dans leurs gaînes.

Enfin, l'impossibilité de faire mouvoir dans un sens ou dans un autre la partie de peau qui recouvrait le tarse, prouvait que celle-ci était unie aux tissus profonds.

3° Les adhérences dont je viens de démontrer l'existence, jointes à la dureté et à la tuméfaction des parties molles, ainsi qu'aux douleurs vives que produisait chaque espèce de mouvement ne laissent pas de doutes sur l'existence d'une inflammation dans toutes les articulations du tarse, dans les gaînes des tendons et dans le tissu cellulaire.

Le rétablissement de la forme et celui d'une partie de la fonction ont suffi pour faire disparaître l'engorgement, et, ce qui est peut-être plus digne de remarque, ont ramené la transpiration naturelle du pied.

Des lésions osseuses et la persistance d'un certain degré d'inflammation ont empêché jusqu'ici que la marche pût s'exécuter avec facilité; sous ce rapport, le traitement est encore incomplet; mais, en tenant compte des difficultés et des résultats, on est encouragé à imiter la pratique qui a été suivie, ou à employer une conduite analogue.

APPLICATION DES APPAREILS DE MOUVEMENTS A DES TUMEURS FONGUEUSES DU PIED.

Parmi ces tumeurs, il en est d'un volume considérable qui sont la suite d'affections scrofuleuses constitutionnelles, et dans lesquelles des fongosités et de la suppuration envahissent simultanément les articulations et les os. Évidemment, l'on ne saurait attendre aucun résultat avantageux des appareils de mouvements dans des cas de ce genre. Cette impuissance m'a été démontrée, du reste, expérimentalement chez un malade sur lequel j'associai, pendant trois mois, les mouvements artificiels aux moyens locaux et généraux habituellement mis en usage. Lorsqu'il n'y a aucune tendance à la suppuration, le traitement mécanique peut être suivi de résultats avantageux, ainsi qu'on le voit dans les deux cas dont je vais rapporter brièvement l'histoire.

Chez le nommé Terrol, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, le gonflement de l'articulation tibio-tarsienne datait de quinze mois; il avait été la suite d'une contusion. Un traitement de six mois, dans un hôpital, par les moyens habituellement usités, tels que les sangsues, les vésicatoires et deux moxas, n'avait produit qu'une amélioration sans importance. Les mouvements du pied étaient toujours très-bornés, la marche impossible sans l'aide de deux béquilles, et les parties molles environnant la jointure étaient toujours extrêmement tuméfiées. Le traitement par les douches de vapeur et l'appareil de mouvement (fig. 9) fut continué pendant trente-deux jours et avait produit une amélioration graduelle.

Mon éloignement du service m'obligea de l'interrompre après cette durée. A cette époque, l'engorgement avait presque disparu, les mouvements se rapprochaient de l'état normal, et la marche dans une chambre pouvait s'effectuer sans aucun appui. Un mois de plus de traitement aurait sûrement complété cette cure.

Le résultat ne fut pas moins favorable chez une jeune fille de 15 ans (mademoiselle Ambert) qui avait une tumeur fongueuse du pied droit. Cette tumeur, après quatre années de traitement, avait presque entièrement disparu; mais il restait dans la jointure une roideur et des craquements qui me firent présumer l'absorption des cartilages. La marche était impossible avec une canne, elle nécessitait deux béquilles. Le pied et la jambe du côté malade étaient considérablement atrophiés.

Je prescrivis l'emploi de l'appareil de mouvement, les bains de pied dans le sang de bœuf, le massage et les bains froids d'immersion, précédés des enveloppements dans la couverture de laine. Ce traitement fut continué pendant plus de cinq mois avec assiduité et persévérance.

L'amélioration fut lente à se produire, surtout relativement à la marche. Au bout de trois mois, les craquements avaient disparu, la mobilité de la jointure était notablement accrue, et cependant les deux béquilles étaient toujours nécessaires.

Mademoiselle Ambert ne pouvait appuyer que très-légèrement le pied malade sur le sol, et sautillant à chaque pas ne marchait en réalité que sur la jambe gauche. Les deux derniers mois de traitement ont fait cesser en grande partie cette difficulté de la marche.

Mademoiselle Ambert n'a besoin maintenant que de l'appui d'une canne, et à son aide elle peut marcher pendant un quart d'heure.

J'espère qu'il sera possible d'arriver à une entière guérison en faisant profiter la malade des perfectionnements introduits depuis son traitement dans les appareils destinés aux pieds. En mettant en usage ceux qui agissent

---

dre le moins de temps possible, l'aimable client s'était préalablement mis en mesure de me présenter la maladie pendant un de ses accès. — Je n'eus pas de peine à reconnaître le mucus transparent, produit normal et accompagnement obligé de l'érection. Après avoir cherché à lui expliquer comme quoi la nature, heureusement copiée en ceci par nos arts mécaniques, a placé de l'huile partout où elle a voulu un frottement, je le renvoyai satisfait. Satisfait, je me trompe, car, au bout de six semaines, il venait de nouveau me conter ses doléances! ».

— Puisque nous en sommes aux belles histoires, en voici, pour la clôture, une qui a bien son charme.

On se rappelle cette femme voilée qui, un petit panier mystérieux sous le bras, se présentait chaque jour au palais d'Haroun-el-Raschid, demandant à être admise près du commandeur des croyants. Ce manége, disent les MILLE-ET-UNE-NUITS, dura toute une grande année. La curiosité du calife finit par être piquée, et l'inconnue put étaler aux yeux du calife surpris une foule de pierres précieuses dont la plus mince faisait honte au plus beau fleuron de son turban. Sindbad le marin, dans ses sept voyages, n'avait rien rencontré de pareil.

Le ministre de l'intérieur a pu se croire, pour un moment, au milieu des féeries de la fantastique Bagdad. Une dame venait chaque jour aussi à son hôtel, cherchant à parvenir jusqu'à lui; mais Son Excellence, moins curieuse et moins courtoise que Haroun-el-Raschid, a résisté à la prière de la femme mystérieuse.

Bien lui en a pris, car la surprise, quoique grande, n'eût pas valu les pierreries de la musulmane voilée. La dame voulait tout simplement faire goûter à Son Excellence un remède par elle inventé contre le choléra : de l'urine et du pain trempé dans de bon vin (*sic*). Désespérée, la dame s'est rabattue sur cette pauvre Académie, qui, depuis six mois, en avale de toute façon.

X.

— L'épidémie touchant à sa fin, nous devons rendre hommage aux élèves en médecine de l'Université de Bruxelles, qui tous ont rivalisé de zèle et de dévouement.

Beaucoup d'entre eux, se préparant aux examens, firent marcher d'un commun accord les études et les devoirs.

Parmi ceux qui se sont distingués, nous citerons M. Florent Hanoteau (de Gilly), interne à l'hôpital Saint-Pierre, qui vient d'être reçu docteur en chirurgie avec grande distinction.

— L'hôpital qui a été construit à Molenbeck-Saint-Jean, pour y recevoir les personnes atteintes de la maladie du choléra, a été fermé hier, il n'y a plus dans la commune aucun cas.

— On lit dans la TRIBUNE de Liége :

« Trois épidémies déciment en ce moment concurremment notre population, le choléra, la suette et la variole. C'est une chose fort remarquable, puisque les médecins prétendent que deux épidémies ne peuvent régner ensemble. »

sur les articulations du tarse, et représentés fig. 11 et 12, j'achèverai sans doute l'œuvre que je poursuis depuis longtemps avec des succès encourageants, mais incomplets.

APPLICATION DES APPAREILS DE MOUVEMENT A LA GOUTTE FIXÉE DANS LES PIEDS.

J'ai fait l'application de l'appareil représenté fig. 10, et qui produit la flexion et l'extension de toutes les articulations du pied à un goutteux dont j'ai cité l'observation dans un autre mémoire (1), comme un exemple des effets salutaires que peuvent produire les frictions avec le drap mouillé.

Ce malade, fortement constitué, actuellement âgé de 71 ans, a commencé à ressentir des attaques de goutte il y a trente-six ans. Les accès se reproduisaient chez lui plusieurs fois par an. Depuis quelques années, ils n'étaient séparés que par des intervalles de quelques semaines et leur durée avait été graduellement croissante. Le dernier s'était prolongé six mois, pendant lesquels le malade n'était pas sorti du lit. Le traitement hydrothérapique a été commencé au mois d'avril 1845. Des bains de pieds froids ont été pris chaque jour, des frictions générales de deux à trois minutes avec le drap trempé dans l'eau froide, ont été répétées matin et soir avec une assiduité constante; depuis cette époque il n'y a eu qu'un faible accès de huit jours. Cependant cette amélioration si remarquable n'eut pas pour résultat de faire disparaître la roideur des articulations qui avaient été tant de fois et pendant si longtemps le siége d'inflammations goutteuses. Les pieds ne furent plus atteints de souffrances aiguës revenant par accès, mais ils restèrent gonflés et enroidis. La douleur qu'y réveillait la marche permettait au plus une progression de 3 à 400 mètres; le malade ne pouvait parcourir cette distance qu'en se reposant de temps à autre, et en faisant de pénibles efforts pendant une demi-heure.

En présence de cette impuissance du traitement général à faire disparaître les effets produits par des accès antérieurs, j'ai pensé, mais seulement dans ces derniers temps, qu'il serait utile d'employer des appareils de mouvement pour rendre aux pieds une partie de leur souplesse. Ce mode de traitement a été commencé le 15 août 1848.

L'appareil de mouvement qui est décrit plus haut (voy. fig. 9) a été appliqué à chaque pied deux ou trois fois par jour, et pendant vingt-cinq à trente minutes chaque fois. Les résultats ont été sensibles au bout de trois ou quatre jours; la roideur et le gonflement ont diminué graduellement à partir de cette époque. L'amélioration obtenue par l'emploi de ce moyen a fait de radides progrès; en même temps que l'on constatait la diminution du gonflement du pied ainsi que l'augmentation de la souplesse des ligaments et l'accroissement de la mobilité des jointures, la marche devenait moins fatigante. Le malade remarquait que les instants où il marchait avec le plus de facilité étaient ceux qui suivaient immédiatement chaque séance de mouvement artificiel. Le 12 septembre, moins de trois semaines après le début du traitement, il a pu faire près de 3 kilomètres à pied, sans intervalle de repos, ce qui lui avait été impossible depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis le temps de calme qui précède un accès de six mois.

(30 septembre.) Le gonflement des pieds continue à diminuer et les mouvements deviennent plus libres; tout fait espérer qu'avec quelques mois de traitement la marche deviendra de plus en plus facile et cessera de provoquer des douleurs.

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES CHOLÉRAS DANS LE MIDI DE LA FRANCE; par M. Fuster, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Montpellier, le 18 août 1849.

Monsieur le rédacteur,

Vous entendez dire et répéter que le choléra a éclaté ou règne à Lunel, à Nîmes, à Marseille, à Montpellier. Des médecins même font chorus avec le peuple et n'hésitent pas à signaler dans ces localités l'explosion définitive de l'épidémie cholérique.

Qu'y a-t-il de vrai dans ces appréhensions, dans ces alarmes? Vous devez être bien aise d'avoir une opinion nette sur ce sujet. Voici le résultat de notre enquête personnelle : vous y verrez avec plaisir qu'elle ne confirme que sous certains rapports les bruits et préjugés propagés depuis déjà deux ou trois mois dans les départements des bords de la Méditerranée.

On ne peut douter que des choléras n'aient sévi et ne sévissent encore sporadiquement à Lunel, à Nîmes, à Marseille et même à Montpellier. Mais il s'agit de savoir si c'est le choléra épidémique dont P ris et le Nord sont à peine débarrassés, qui vient d'y faire son apparition, ou si ces choléras de fraîche date sont autres que le choléra de nos contrées méridionales.

Vous ne l'ignorez pas, tous les ans, à l'époque des chaleurs orageuses de ces contrées remplies de miasmes paludéens, surviennent des choléras terribles, tels que ceux dont Sydenham a retracé l'histoire, et qui emportent leurs victimes en vingt-quatre heures et quelquefois moins.

Autre remarque qui ne vous a pas non plus échappé, comme je m'en souviens fort bien.

Depuis l'ère fatale où le choléra épidémique envahit la France, on citerait très-peu de cas de choléra indigène sur lesquels, si je puis ainsi dire, le choléra épidémique n'ait largement déteint. Entre les symptômes qu'il emprunte à son homonyme, il faut compter les évacuations riziformes et un certain degré de cyanose. Quant aux crampes, à l'imperceptibilité du pouls, à la suppression des urines, à l'algidité plus ou moins grande, etc., ils sont communs à tous les deux.

Eh bien! les choléras actuellement répandus dans les contrées que j'ai citées, ne sont autre chose que des cas plus ou moins multipliés de choléra indigène, revêtus, selon la coutume en province comme à Paris depuis la grande épidémie, de quelques symptômes du choléra épidémique.

Il faut reconnaître néanmoins que, parmi les prétendus choléras épidémiques observés en ce moment dans le Midi, il s'en rencontre où les symptômes propres à la grande épidémie cholérique sont plus accusés, et où surtout le grand nombre de cas, non moins que la rapidité de leur marche, les rapprochent de plus près de la redoutable épidémie : tels sont ceux qui ont régné à Lunel dans les mois de juin et de juillet, et que M. le docteur Alp. Menard vient de décrire. Cependant, malgré ces rapports et ces analogies, il y a tant et de si graves différences entre les deux classes qu'il suffira, je crois, de les mettre en lumière pour prévenir toute confusion.

Je serai bref dans ce parallèle, sans omettre pourtant aucun signe capital. Il portera, comme il convient, et sur les cas particuliers et sur leur ensemble, car, à titre de maladie individuelle comme à titre d'affection épidémique, l'un et l'autre choléra se tranchent très-nettement.

Envoyé à Lunel par M. le préfet du département de l'Hérault, au fort de la prétendue épidémie, j'y ai pu visiter plusieurs malades auprès desquels les médecins du pays, et M. Alp. Menard en particulier, m'introduisirent avec l'obligeance la plus empressée. Ces malades étaient des plus graves, puisque la plupart ne tardèrent pas à succomber. A mon observation personnelle, je joindrai les renseignements historiques publiés par M. Alp. Menard.

Et d'abord pour les cas individuels, les déjections riziformes, l'algidité et la cyanose ne constituent pas à beaucoup près les cas du choléra épidémique. Nous l'avons déjà dit, tous les choléras indigènes depuis 1832, partout où la grande épidémie s'est fait jour, réunissent à un degré quelconque les trois symptômes. Je dois ajouter que dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, pendant que Lunel souffrait de son choléra, c'est-à-dire durant les mois de juin et de juillet, j'ai eu sous les yeux et j'ai montré aux élèves de la clinique, une trentaine de malades atteints de fièvres rémittentes paludéennes qui avaient à la fois un pouls filiforme, une cyanose plus ou moins profonde et un refroidissement général auquel participaient la langue et les lèvres, mais tout cela sans vomissements d'aucune sorte et avec des déjections modérées jaunes ou bilieuses. Je n'oublierai pas de reproduire ces cas intéressants dans le compte rendu de mon service que je vous adresserai très-prochainement. Qui ne sait d'ailleurs que plusieurs des victimes de l'épidémie cholérique n'ont ni vomissements ni déjections; enfin les déjections riziformes, l'algidité et la cyanose ne sont que des symptômes du choléra épidémique, ils n'en composent pas le fond.

Le fond de cette affreuse maladie brise directement, vous le savez, les forces de la vie, ce que témoignent les deux périodes également caractéristiques. Dans la première, c'est une interception plus ou moins complète des fonctions principales, spécialement de la respiration, de la circulation et de l'hématose. Dans cet état la face et toute l'habitude du corps portent une empreinte tellement spécifique qu'on ne peut plus la méconnaître dès qu'on l'a vue une seule fois. Or aucun des malades si gravement atteints, puisqu'ils sont morts peu d'heures après, qu'il m'a été donné de voir à Lunel, sous les auspices de mes confrères, ne m'a présenté cet aspect saisissant. Tous, je ne parle que de ceux que j'ai visités, avaient la face pâle, l'œil demi-clos, la voix faible sans timbre particulier, la cyanose réduite à un simple bleuissement et bornée encore aux mains et aux jambes; leur froid, fort différent de ce froid pâteux et pénétrant si connu, n'atteignait même pas au degré de celui qu'on perçoit au premier stade d'une fièvre d'accès; il n'affectait ni la tête, ni la face, ni le tronc; la respiration était calme et l'air expiré chaud. En un mot, je n'ai pu, il faut l'avouer, reconnaître sous cet ap-

(1) DES PRATIQUES VICIEUSES GÉNÉRALEMENT EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES. (BULLET. DE THÉRAP., 1847.)

pareil symptomatique l'état d'asphyxie, l'aspect ni la voix cholériques qui m'avaient été annoncés.

La seconde période du choléra épidémique n'est pas moins frappante. La réaction orageuse qui la signale ne m'a pas apparu davantage chez les malades qu'on a bien voulu me présenter. L'un d'eux, qui était échappé de la veille, me dit-on, aux accidents les plus graves, avait déjà tous les attributs de la plus parfaite convalescence le jour où je l'ai vu.

Reste enfin un dernier trait non moins saillant du choléra épidémique : je veux parler de l'état du sang. Eh bien ! on a pu appliquer des ventouses scarifiées, ainsi que des sangsues, et saigner même aux diverses phases de la maladie, preuve que le sang n'avait pas subi la désorganisation si remarquable qui en empêche la fluidité. En effet, à l'ouverture de cadavre, le sang pouvait ruisseler des organes engorgés, il était diffluent quoique poisseux ; mais il ne présentait pas ce magma résinoïde dans lequel il dégénère pendant la vie et qui persiste après la mort.

Vous le voyez, mon cher ami, il n'y a dans tout cela rien d'identique au fond à ce que vous connaissez du choléra épidémique ; aussi je n'y vois et ne puis y voir qu'une assimilation symptomatique partielle.

Comme affection épidémique, la dissemblance de la maladie de Lunel à l'égard de l'épidémie cholérique est encore, s'il est possible, plus marquée. Les premiers cas de cette maladie remontent au 18 juin, d'aucuns disent même au 9 de ce mois. Alors l'épidémie cholérique n'avait pas franchi la Loire ; en sorte qu'on ne saurait, à dire vrai, d'où et par quelle route elle serait venue à Lunel, à moins qu'elle n'y soit tombée des nues. Et comment en est-elle sortie ? S'est-elle, selon sa coutume invariable, propagée en long et en large, marchant toujours en avant, conformément à son mouvement général ? Point du tout. Seulement quelques cas analogues ont été vus dans trois ou quatre localités du voisinage ; mais la prétendue épidémie cholérique, née sur place, s'est éteinte à Lunel. On aurait tort d'y rattacher les exemples de choléra qu'on rencontre en ce moment à Nîmes, et qu'on a vus le mois dernier à Marseille. La vraie épidémie cholérique, partout où elle se montre, éclate en épidémie, monte et s'abaisse par degrés, sauf des oscillations et des recrudescences ; mais elle ne s'épuise nulle part dans un certain nombre de cas isolés.

Dans notre opinion, et d'après les circonstances topographiques très-bien présentées par M. Menard, le choléra de Lunel n'est nullement le choléra épidémique, si improprement appelé indien, oriental ou asiatique : c'est une affection fort grave à formes cholériques engendrée dans cette localité, et destinée à y mourir. Elle ne nous paraît pas du tout un foyer de la grande épidémie cholérique, d'où elle doit envahir les autres contrées du Midi.

Quant aux choléras qui se voient en ce moment à Nîmes, qu'on a vus naguère à Marseille ainsi qu'à Montpellier, et dont on ne peut manquer d'avoir encore de nombreux exemples ce mois-ci et le mois prochain, ils ne diffèrent pas de ceux qu'on observe annuellement dans les départements voisins de la Méditerranée à pareille époque ; ils ne sont, à nos yeux, que le choléra *nostras* plus ou moins enveloppé des formes du choléra épidémique.

Nous pensons en définitive que ces belles provinces du midi de la France ne sont pas quittes pour ces apparitions pathologiques des atteintes du fléau qui les enserre de plus en plus par le nord et par l'ouest à la fois, et que, loin de s'endormir dans la fausse confiance qu'elles lui ont payé leur tribut, les autorités préposées à la garde de la santé publique doivent redoubler de vigilance afin d'amortir, par les précautions de l'hygiène, la rigueur des coups qu'il leur destine.

LETTRE SUR L'EXISTENCE (A L'ÉTAT NORMAL) DE LA VALVULE DE LA FOSSE NAVICULAIRE ; par M. le docteur GUÉRIN (de Vannes).

Mon cher confrère,

Dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, M. Mercier a cru devoir *répondre* à une note qui ne lui était point adressée et nier l'existence de la valvule de la fosse naviculaire. Cela m'a surpris de la part de M. Mercier dont jusqu'ici je n'aurais pas soupçonné la clairvoyance en fait de valvule ; mais à coup sûr il a été malheureux dans ses recherches, puisque tous les anatomistes qui ont voulu voir la valvule décrite par moi l'ont trouvée sans peine, et que pour ma part je l'ai vue sur plus de quarante cadavres.

M. Mercier conteste l'existence de cette valvule.
autre prétendant au prix d'Argenteuil en réclamera la découverte.

En attendant je suis heureux de pouvoir consigner ici que M. Leroy-d'Étiolles a souvent rencontré cette valvule qu'il croyait être un état pathologique, tandis qu'elle est pour moi un état *normal*, et que, dans plusieurs passages de son TRAITÉ DES ANGUSTIES, il semble l'avoir trouvée indurée et formant une bride à la partie postérieure de la fosse naviculaire.

Quant à l'opinion de M. Mercier qui fait de la valvule naviculaire le vestige de la réunion de deux culs-de-sac qui marcheraient l'un vers l'autre pour constituer le canal de l'urètre, je dois apprendre à ce médecin, s'il ne le sait déjà, que cette théorie a été développée par M. Deville à la Société anatomique quinze jours environ avant la publication de la lettre à laquelle je réponds. Seulement M. Deville, qui a toujours trouvé la valvule depuis que je l'ai décrite, la regarde comme un *rudiment constant* de la cloison qui sépare les culs-de-sac antérieur et postérieur, avant la formation complète du canal de l'urètre.

J'espère, mon cher confrère, que cette réponse suffira à M. Mercier et qu'il ne voudra pas donner à ma valvule trop de célébrité.

Agréez, etc.

LETTRE SUR LA VALVULE DU MÉAT URINAIRE ; par M. le docteur CH. PHILLIPS.

Monsieur,

L'importance qu'on vient de donner à un fait connu depuis plusieurs années dans la chirurgie des voies urinaires, m'engage à indiquer une de ses conséquences pratiques.

Les chirurgiens savent combien sont tenaces certains écoulements de l'urètre, bien que le canal ne soit ni rétréci ni dévié. Ces écoulements ont leur source dans le cul-de-sac formé par la valvule placée à un centimètre du méat urinaire ; il suffit de la détruire en l'incisant pour tarir ces écoulements. Ce résultat est évident chez les sujets atteints d'hypospadias, où l'on voit à découvert les phases diverses de la maladie.

J'ai eu l'occasion de traiter un malade qui avait cette valvule si développée qu'elle divisait au dehors le méat urinaire en deux parties. Je l'ai décrite et dessinée, ainsi que le procédé opératoire pour la détruire, dans mon atlas des opérations qu'on pratique sur les voies urinaires (liv. de janvier 1849, pl. 8, fig. 2).

Cette valvule a aussi été signalée en 1847 par M. Leroy. En parlant de la cavité qu'elle forme, ce chirurgien l'appelle *nid de pigeon*, nom qui tout récemment lui a été conservé par M. Guérin (de Vannes).

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

THE LANCET.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur les causes et la nature de la fièvre continue* ; par M. Todd. 2° *Détails sur un cas de choléra, et guérison* ; par M. Gardner. 3° *Exemple d'une maladie de l'antre d'Hygmor produite par une chute* ; par M. Levison. 4° *Nouvel appareil pour arrêter l'hémorrhagie utérine* ; par M. Slyman. 5° *Sur la syphilis* ; par M. Christophers. (Suite.) 6° *Excision de la tête du fémur* ; par M. Fergusson. (L'opération seule est racontée ; on ne dit rien de ses suites.) 7° *Hydropathie, et ses dangers* ; par M. Garrett. 8° *Remarques sur un cas de hernie étranglée* ; par M. Dixon. 9° *Choléra asiatique guéri par le chloroforme* ; par M. Moffat. 10° *Cas de mort par rupture de la crosse de l'aorte* ; par M. Parkin. 11° *Considérations sur le développement des vésicules graisseuses* ; par M. Hassall. 12° *Cas mortel de rhumatisme et de péricardite* ; par M. Armstrong. 13° *Sur le traitement de la dyspepsie* ; par M. Robert Dick. 14° *De quelques causes de stérilité, curables par un traitement mécanique* ; par M. Gream. 15° *Structure et fonctions des poumons* ; par M. Th. Williams. 16° *Autopsie d'une atrophie du cerveau* ; par M. Barlow. 17° *Cas de choléra malin ; guérison* ; par M. Baines. 18° *Blessure grave du coude, guérie* ; par M. Roberts. (Un bandage assurant l'immobilité, tout en permettant de panser la plaie, et l'application du froid, ont été les agents de la guérison.) 19° *Cas de choléra laissé longtemps sans secours et néanmoins guéri* ; par M. Crawford. 20° *Instrument pour le tamponnement des fosses nasales* ; par M. Edwards. 21° *Cas de luxation de l'humérus* ; par M. Hoskins. 22° *Du traitement du choléra à Leith* ; par M. Livingston. 23° *Traitement des ulcères des membres inférieurs* ; par M. Chapman. 24° *Du traitement du choléra d'après les principes algébriques* ; par M. John Thomas. 25° *Sur le traitement du choléra* ; par M. Niddrie. 26° *Des symptômes présentés dans le choléra des pauvres enfants de l'établissement de Drouet* ; par M. Popham. 27° *Du cou comme ré-*

gion médicale, et de la paralysie paroxysmale; par M. Marshall-Hall. (Coup d'œil sur la physiologie et la pathologie des organes de cette région.) 28° *Cas d'inanition;* par M. Brookes. 29° *Cas grave d'hématémèse suivie de delirium tremens;* par M. Emmett. 30° *De l'effet des différents vents sur la constitution humaine;* par M. Atkinson. 31° *Sur une tumeur hydatique du foie évacuée par le canal intestinal;* par M. Thompson. 32° *Essai sur la nature et le traitement des diverses formes d'ovarite;* par M. Tilt. 33° *Sur la structure des papilles de la langue;* par M. Hill Hassall. (Il établit que les papilles dites coniques sont creuses.) 34° *Des erreurs qui ont cours sur certaines opinions concernant la nature du choléra;* par M. Ayre. 35° *Remarquable exemple du choléra sur le cheval;* par M. Ferguson. 36° *Injection gélatineuse chimique, et de la manière de l'employer pour les préparations anatomiques;* par M. Goadby. 37° *Nouvelle substance pour remplacer le pain dans le traitement des diabétiques;* par M. John Percy. 38° *De l'éther-glu ou liqueur astringente, et de ses usages en chirurgie;* par M. Schœnbein. 39° *Sur l'importance de la distinction pathologique des affections de l'urètre;* par M. Bartlet. 40° *Sur l'empoisonnement par l'opium, et sur son traitement par l'électro-galvanisme;* par M. Iliff. 41° *Cas d'hydrophobie, avec autopsie;* par M. Fife. 42° *Exemple de l'heureux traitement de l'asthme par le chloroforme, et de l'efficacité du valérianate de zinc contre la chorée;* par M. Beardsall. 43° *Cas d'urine albumineuse pendant la grossesse, suivie d'attaques d'épilepsie durant le travail;* par M. Mathews. 44° *Sur la nécessité de l'instruction pratique dans le traitement des maladies des enfants;* par M. Hess.

NOUVEL APPAREIL POUR ARRÊTER L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE; par M. SLYMAN.

La description et le but de cet appareil sont également faciles à comprendre. Il se compose de deux vessies unies par un tube, lequel est muni d'un robinet qui permet ou empêche à volonté le liquide contenu dans une vessie de passer dans l'autre. L'une des deux vessies, vide, est introduite dans une canule de gomme élastique; cela sert à la pousser facilement jusque dans l'utérus. Une fois qu'elle y est placée, on ouvre le robinet, et en pressant sur la vessie extérieure, qui avait préalablement été remplie d'eau froide, on fait refluer ce liquide dans celle qui est à l'intérieur de la matrice.

— Le mécanisme ci-dessus est particulièrement conseillé par son auteur pour les hémorrhagies puerpérales. Nul doute qu'il n'y puisse parfois rendre d'utiles services. Mais il faudrait faire une exception pour les pertes qui suivent la délivrance. Dans cette classe d'hémorrhagies, en effet, le tamponnement, même intérieur de la matrice, est formellement contre-indiqué, parce que les parois de ce viscère sont alors tellement distensibles que, malgré cette occlusion, il peut se dilater encore de manière à contenir une quantité de sang dont la perte peut devenir mortelle. En second lieu, l'espèce de tamponnement que nous examinons ici serait de nature à contrarier le seul mécanisme par lequel l'hémorrhagie puisse définitivement cesser dans ces cas, c'est-à-dire la contraction de l'utérus. — Pour obvier à cet inconvénient majeur, tout en profitant des avantages du procédé, il conviendrait de laisser le robinet de communication constamment ouvert. De cette façon, à mesure que la contraction des parois utérines reviendrait (spontanément ou provoquée), elle trouverait à s'exercer sans obstacle. La vessie aurait donc *servi* comme agent réfrigérant, sans être exposée à *nuire* en entravant le retour de la contractilité.

DANGERS DE L'HYDROTHÉRAPIE; par le docteur C.-B. GARRETT.

Il ne s'agit pas ici d'une appréciation générale du traitement hydrothérapique, mais seulement d'un fait propre à montrer le danger de ce traitement appliqué à certains cas particuliers. M. Garrett soignait à la fois cinq enfants d'une même famille, tous atteints de scarlatine. Les choses allèrent bien d'abord; mais un des enfants ayant été exposé à un froid humide, fut pris d'une méningite. Les moyens *appropriés* (sans doute le calomel et les évacuations sanguines locales) furent mis en usage dès le soir même; mais les symptômes augmentèrent pendant la nuit. Ce fut alors (4 novembre) que les parents appelèrent un médecin hydropathe. Aussitôt draps mouillés, lavements froids, eau froide pour boisson. M. Garrett cessa de visiter le malade à titre de médecin, mais non à titre d'ami et de curieux. Le soir, la douleur de tête était plus aiguë, les convulsions plus fréquentes, le pouls très-faible. Le 5, dilatatation des pupilles, faiblesse croissante et lenteur du pouls, coma, insensibilité, affaissement général. Le traitement fut néanmoins continué jusqu'au 10; mais ce jour-là le médecin hydropathe déclara que l'enfant était dans un état désespéré. On revint alors à M. Garrett, qui trouva le petit malade plongé dans une vraie mare d'eau (*in a positive pond of water*), tout enveloppé de linge mouillé, n'ayant plus la conscience de ce qui se passait autour de lui et ne reconnaissant pas sa mère. Les excrétions étaient involontaires, le pouls imperceptible. Un lit chaud et sec, des vêtements secs, l'usage d'eau chaude coupée de lait, de légers toniques ramenèrent peu à peu la chaleur naturelle. Les pupilles se resserrèrent, la conscience revint. Dès le lendemain, l'enfant conversait avec les personnes qui l'entouraient, et mangeait avec appétit du mouton. La guérison complète ne se fit pas attendre.

Telles sont les particularités essentielles du fait. Il est clair qu'on n'en saurait tirer aucune induction défavorable à l'hydropathie en général, et qu'il dépose seulement contre un emploi intempestif et exagéré de cette médication. Les circonstances de l'observation semblent montrer que l'usage de l'eau froide *intùs* et *extùs*, prolongé jusqu'à une époque déjà éloignée du début de la méningite, s'opposait au développement de la convalescence alors même que l'affection encéphalique était guérie; car il a suffi de remplacer le linge mouillé par du linge sec, l'eau froide par de l'eau chaude, et d'administrer quelques toniques pour ramener la santé avec une telle promptitude que, dès le lendemain, l'enfant mangeait, comme le dit l'auteur, *avec beaucoup de goût une tranche de mouton* (with much goût a mutton-chop). Assurément, si la méningite eût été en pleine activité au moment de la cessation du traitement hydrothérapique, on n'en eût pas eu aussi bon marché par les autres moyens employés. Aussi nous paraît-il que, dans le cas présent, l'hydrothérapie doit être moins accusée d'avoir entretenu et aggravé l'affection cérébrale que d'avoir enrayé, par une sorte d'engourdissement des forces vitales, le mouvement de réaction nécessaire au développement de la convalescence.

DE QUELQUES CAUSES DE STÉRILITÉ, CURABLES PAR UN TRAITEMENT MÉCANIQUE; par M. GREAM.

Renonçant à examiner les causes de stérilité qui peuvent résider dans la constitution, telles qu'une pléthore ou une anémie excessive, l'auteur s'occupe seulement des différentes obstructions des voies génitales, et naturellement il commence par l'hymen. Cet obstacle, dont le traitement est bien rarement du ressort de la médecine, devient néanmoins quelquefois une occasion pour le praticien de mettre en œuvre les ressources de son art. Plus fréquemment qu'on ne le suppose, cette membrane demeure et est trouvée intacte dans un ménage vieux de plusieurs mois et même de plusieurs années.

M. Gream a vu l'hymen persister encore après dix ans de mariage entre des époux qui étaient assez indifférents l'un pour l'autre. Le mari céda de bonne heure et sans trop insister devant la résistance qu'on lui opposait, et prit l'habitude des émissions extérieures. Mais plus tard, pressés du désir d'avoir un enfant, ils vinrent tous deux solliciter de l'auteur un traitement qui leur permît d'employer les moyens voulus pour réaliser la fin souhaitée. Leurs vœux furent aisément exaucés, grâce à une dilatation graduellement obtenue.

Le plus ordinairement c'est à l'âge du mari que le tort est imputable. Une dame amena à M. Gream sa fille, mariée depuis quelque temps; elle attribuait le dérangement de sa santé à des relations sexuelles incomplètes. En effet, le gendre avait un grand nombre d'années de plus qu'elle. Après examen, l'auteur ordonna pour la jeune femme des douches de vapeurs et des applications onctueuses. Je conseillai aussi à la mère, dit-il, d'expliquer à sa fille « *qu'elle devait offrir au rapprochement le contraire de la résistance.* » Quelques semaines après, il apprit que ces judicieuses indications avaient produit à la fois une grossesse et la cessation des symptômes qui fatiguaient cette jeune femme.

Nous avons vu dans cette observation des phénomènes morbides survenir chez une femme par suite des essais incomplets de copulation auxquels elle était soumise. Ce n'est point, en effet, une chose rare. M. Gream a, à maintes reprises, constaté cette influence. Appelé un jour auprès d'une dame qu'il trouva sans connaissance, étendue sur un canapé, il apprit des assistants qu'elle était sujette à des attaques d'hystérie, mais que cette fois l'insensibilité s'était prolongée à un degré inquiétant. Après avoir provoqué le retour de la connaissance, il sut d'elle que, mariée depuis quatre mois, elle avait eu tous les symptômes apparents de la grossesse, aménorrhée, tension de l'abdomen, nausées, vomissements, titillation des seins; qu'enfin elle avait eu depuis peu une perte subite de sang qu'on regardait autour d'elle comme l'avant-coureur d'un avortement.

Le mari, interrogé à part, répondit que puisque tout le monde voyait sa femme enceinte, il n'avait pu s'opposer à ce qu'elle le pensât; mais que, quant à lui, il était sûr du contraire, à cause des relations toujours très-incomplètes qu'il avait eues avec elle. En effet, M. Gream trouva l'hymen entier et une grande rigidité du vagin. — La dilatation progres-

sive de l'orifice, en permettant des rapports plus normaux, rétablit d'abord la santé, et fut plus tard suivie d'une grossesse véritable (1).

Des bougies introduites chaque jour et d'un volume graduellement croissant; une éponge préparée, destinée à maintenir la dilatation obtenue, voilà les agents ordinaires du traitement mécanique que M. Gream conseille.

CAS REMARQUABLE D'ATROPHIE DU CERVEAU, CONSTATÉE PAR L'AUTOPSIE; par le docteur WILLIAM FREDERICK BARLOW.

L'auteur a publié autrefois (23 juillet 1840), dans THE LANCET, une observation intitulée « CAS D'HÉMIPLÉGIE CHEZ UN ENFANT DE 5 ANS, AVEC PERTE COMPLÈTE DE LA CONTRACTILITÉ VOLONTAIRE, ET CONSERVATION DE L'ACTION RÉFLEXE » Chez cet enfant, les muscles, impuissants à se contracter sous l'influence de la volonté, entraient soudainement et vivement en action quand une émotion venait à l'agiter. Depuis cette époque, un heureux changement était survenu; la contractilité volontaire avait reparu dans les muscles de la jambe gauche; mais cette amélioration n'a été qu'illusoire. L'état cérébral s'est aggravé; la vue s'est perdue; le corps a cessé de croître; l'intelligence s'est affaiblie; les passions brutales se sont développées. Le bras paralysé s'est fléchi et appliqué d'une manière permanente contre le côté de la poitrine; les muscles ont néanmoins continué à se contracter sous l'influence des émotions. La mort est arrivée au commencement de 1849. L'auteur n'entre pas dans des détails plus circonstanciés.

Voici maintenant les particularités constatées à l'autopsie, et qui font le sujet du présent travail.

A l'extérieur, rien de remarquable, qu'une émaciation du corps semblable à celle qu'on rencontre souvent dans la phthisie pulmonaire.

Le crâne était excessivement épais, spécialement le frontal et l'occipital. Cette augmentation d'épaisseur avait lieu au profit du diploë, les tables externe et interne de l'os étant séparées par un intervalle considérable. A l'ouverture de la dure-mère, il s'échappa une grande quantité de sérosité. On vit alors que le cerveau était très-diminué de volume et ne remplissait pas la boîte crânienne. L'arachnoïde était épaissie, opaque en beaucoup de points, parcourue par un nombre insolite de vaisseaux dilatés, tortueux, de couleur pourprée. Au-dessous de cette membrane était amassée une grande quantité de fluide séreux. Le cerveau était ratatiné, ridé, plus particulièrement au niveau de la région frontale et sur la partie supérieure et latérale de l'hémisphère gauche. Sa surface était plus pâle que de coutume, irrégulière; les circonvolutions étaient tellement atrophiées que, au lieu de s'adapter les unes aux autres par leurs faces latérales, elles formaient des élevures de diverses hauteurs séparées par des dépressions. La substance grise était très-peu abondante, peu fournie de vaisseaux; la substance blanche, dense, dure à la coupe et également peu vasculaire.

Dilatation considérable des ventricules latéraux, remplis de sérosité, tapissés par une membrane notablement hypertrophiée et dense. A la place du *septum lucidum* se trouve une cloison opaque, tellement résistante, qu'on peut lui faire subir de fortes tractions sans la déchirer. Les nerfs optiques, les corps striés, les couches optiques, les cuisses du cerveau, et, à vrai dire, tout le cerveau, sont atrophiés. Néanmoins, cet état est beaucoup moins prononcé dans la partie postérieure des hémisphères que partout ailleurs.

Le cervelet était au contraire plus développé que de coutume, bien que participant aux altérations notées dans le cerveau (sans doute la dureté du tissu et l'atrophie des circonvolutions).

Dans le reste du corps, tous les organes, la peau, les muscles, les viscères, étaient comme rabougris. Le cœur, en particulier, était étonnamment petit et ses parois d'une minceur extrême.

Cette observation, comme fait anatomique, ressemble à beaucoup d'autres déjà déposées dans les archives de la science. On sait qu'il n'y a pas de parties de l'encéphale qu'on n'ait vues manquer avec les circonstances de l'atrophie, qu'il faut bien distinguer, par parenthèse, de l'*agénésie*. Mais deux questions surgissent naturellement en présence de ce fait particulier : 1° quelle est l'origine de l'affection de la masse encéphalique? 2° Comment expliquer la persistance si remarquable de la contractilité involontaire jusque dans les derniers temps de la vie, alors que la contractilité volontaire était si complétement abolie? Malheureusement nous n'avons de renseignements suffisants ni sur l'un ni sur l'autre de ces deux points. Nous ne savons si les premiers symptômes avaient été ceux d'une méningite ou d'une encéphalite, soit aiguë, soit chronique; mais l'état de l'arachnoïde, qui était à la fois si opaque et si vasculaire, l'état des circonvolutions, qui étaient très-dures en même temps que ratatinées, autorisent à le penser, et dans ce cas l'atrophie du cerveau n'aurait été que la conséquence d'un état pathologique antérieur. Sur le point spécial de la conservation de la contractilité instinctive des muscles paralysés, nous ne trouvons aucune explication plausible dans l'état anatomique de l'encéphale. Il est à regretter que l'observation ne dise absolument rien de la protubérance annulaire ni du reste de la moelle.

Nous appelons l'attention sur l'émaciation générale du corps et le rapetissement de tous les viscères. C'est un fait qui a été noté dans la plupart des observations un peu complètes d'atrophie de la masse encéphalique.

(1) M. Devay (de Lyon) avait déjà parfaitement signalé la fâcheuse influence que des sensations de ce genre, laissées volontairement incomplètes par le mari, exercent sur la santé de la femme. Il leur attribue avec raison la production d'une surexcitation nerveuse habituelle et de ces névroses multiples, de ces affections bizarres qui ont le système général pour point de départ. (Voy. HYGIÈNE DES FAMILLES, t. II, p. 77.) (NOTE DU RÉDACTEUR DE LA REVUE.)

DU TRAITEMENT DES ULCÈRES DES MEMBRES INFÉRIEURS, par M. CHAPMAN.

L'auteur conseille seulement une addition au pansement avec l'eau froide (*water-dressing*), qui est en usage pour ces ulcères dans une grande partie des hôpitaux anglais.

Après avoir mis sur l'ulcère une compresse imbibée d'eau, et avant d'appliquer la bande, on entoure la partie du membre sur laquelle l'ulcère est situé d'un nombre plus ou moins considérable de bandelettes en toile ou en calicot, ayant la même longueur et la même largeur que les bandelettes employées par Baynton. On les place, comme celles-ci, bien tendues, transversalement à la direction du membre, et se recouvrant les unes les autres du tiers ou de la moitié de leur largeur. Avec ces précautions, elles adhèrent à la peau aussi intimement que le diachylon, et sans produire d'irritation comme lui, fournissent un soutien et déterminent une compression égale ou du moins très-peu inférieure à l'effet du bandage de Baynton.

Les ulcères caractérisés par une extrême sensibilité morbide, et qui ne supportent aucun topique, se trouvent bien de ce mode de pansement.

TUMEUR HYDATIQUE DU FOIE, ÉVACUÉE PAR LE CANAL INTESTINAL; par M. R. THOMPSON.

Quoique l'auteur n'hésite pas à attribuer la terminaison heureuse de la maladie à l'*influence* de ses prescriptions, on regardera sans doute plutôt cette intéressante observation comme un exemple d'expulsion entièrement spontanée, due en grande partie à la situation que le kyste hydatique occupait dans le foie.

OBS.—Un cordonnier âgé de 36 ans, d'habitudes tempérées, consulta M. Thompson en novembre 1848, étant souffrant d'une affection chronique du foie. Cet organe était un peu augmenté de volume. Pâle et anxieux, il ne se plaignait d'aucune douleur, si ce n'est lorsqu'on pressait sur le siége de la maladie. Les sécrétions présentaient l'état naturel.

Il continua depuis lors à aller de pis en pis; le foie devint énormément hypertrophié, se prolongeant en bas jusqu'à l'ombilic, à gauche jusqu'à l'hypocondre, et soulevant fortement les côtes à gauche et à droite. La respiration était accélérée; une toux causée par sympathie et par la pression exercée sur le diaphragme le fatiguait beaucoup. La jaunisse finit par se déclarer, et les sécrétions prirent une teinte argileuse.

Le 7 février, dans la matinée, M. Thompson fut appelé en toute hâte par cet homme, qui disait que *quelque chose venait de se rompre au dedans de lui*. Quand il arriva, il trouva qu'une grande quantité d'hydatides étaient sorties par le rectum. Le foie diminua de volume, et le malade, quoique ayant été très-épuisé sur le moment, se sentit mieux au bout d'une heure. Maintenant il reprend une physionomie plus naturelle; aucun fâcheux symptôme ne s'est manifesté jusqu'ici.

Le traitement consista d'abord en sangsues, vésicatoires, calomel et opium. N'en obtenant aucun soulagement, on employa des frictions iodées. Sous l'influence de ce traitement, dit M. Thompson, les hydatides furent évacuées. Quelques-unes, conservées presque intactes, ont été présentées par l'auteur à la Société pathologique de Norfolk et Norwich.

SUR UN NOUVEL ALIMENT PROPRE AUX DIABÉTIQUES; par le docteur JOHN PERCY.

L'aliment préconisé ici par M. Percy est de l'invention de M. Palmer. En voici la composition. Prenez 16 livres de pommes de terre râpées, privées de leur fécule par le lavage, 3 quarts de livre de graisse de mouton, demi-livre de beurre frais, 12 œufs, demi-once de carbonate de soude et 2 onces d'acide hydrochlorique étendu. Divisez le mélange en 8 tourteaux et faites cuire dans un four fortement chauffé jusqu'à ce que la pâte soit devenue brune.

M. Palmer ajoute quelquefois à ce mélange, d'après les indications de M. Evans, une certaine quantité de son.

Suivant l'auteur, les pains de M. Palmer ont déjà été expérimentés à l'hôpital général de Birmingham, notamment par le docteur James Johnstone, et aussi dans la pratique civile. Les résultats ont été, dit-il, très-avantageux; mais il n'entre à cet égard dans aucun détail précis. C'est

pour nous une question de savoir jusqu'à quel point peuvent servir à l'alimentation des pommes de terre privées de leur fécule et réduites à la substance ligneuse.

Il faut ajouter, du reste, que la confection de pains avec la pomme de terre ainsi préparée est due originairement à M. Rigg, et que M. Palmer l'a seulement perfectionnée en rendant la pâte légère et poreuse sans l'aide de la fermentation, par la simple addition de carbonate de soude et d'acide hydrochlorique étendu.

EMPLOI DU CHLOROFORME DANS LE TRAITEMENT DE L'ASTHME; par le docteur J. LANGLEY BEARDSALL.

Ce travail se compose de trois observations détaillées, sans aucun commentaire, et il n'est dit nulle part que l'auteur ait eu recours au même moyen dans d'autres cas analogues. L'expérience n'est donc pas assise sur des bases bien larges. Néanmoins, nous devons dire que, dans chacun de ces trois cas, les bons effets du chloroforme paraissent évidents. On en jugera par le fait suivant, que nous choisissons comme étant celui dont l'exposé est le plus complet.

OBS. — Un pasteur anglais, âgé de 37 ans, souffrait d'un asthme essentiel ou spasmodique depuis dix ans. Il avait consulté plusieurs illustrations médicales, dont il avait suivi avec le plus grand soin les prescriptions, mais infructueusement.

Le 20 juin, la difficulté de respirer était très-grande. Le plus léger exercice ou les contrariétés l'augmentaient. Le pouls était irrégulier, à 120 environ. Un drachme de chloroforme fut versé sur un linge fin, et le malade en respira la vapeur. L'effet se prononça en moins de deux minutes; le malade fit deux ou trois inspirations profondes, resta immobile pendant cinq minutes, puis se prit à dire : « Ma respiration est beaucoup plus libre. » Le pouls était tombé à 81. On crut convenable d'ajouter un demi-drachme de chloroforme. L'effet en fut admirable, dit l'observation. Le malade respira alors avec une entière liberté et accusait un bien-être inexprimable. Le lendemain matin, il eut une expectoration très-abondante.

Depuis ce moment jusqu'au 24, le calme continua. Mais ce jour-là survint un nouvel accès de dyspnée. Le malade, qui habitait loin de M. Beardsall, eut recours aux moyens ordinaires de traitement, et avec si peu de succès que, le lendemain dimanche, il ne put vaquer aux devoirs de son ministère.

Le 26 au matin, la dyspnée ayant beaucoup augmenté, il vint trouver l'auteur et fut soumis à l'inhalation d'un drachme de chloroforme. L'effet sur le pouls ne fut pas si marqué qu'à la première expérience; mais il en fut autrement de l'effet sur la respiration. Au bout de très-peu de temps, le malade s'écria : « C'est merveilleux ! » et respira très-librement. Il n'avait pas perdu le sentiment des choses extérieures, mais il s'en fallait de peu. Dix minutes plus tard, il inhala encore un demi-drachme de chloroforme, qui amena une perte complète de connaissance et un sommeil de près d'une heure. Une expectoration eut lieu le lendemain matin, mais non si copieuse que la première.

Le malade fut revu le 17 juillet : la dyspnée n'était pas revenue.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 AOUT.

COMPOSÉS CHIMIQUES NOUVEAUX ANALOGUES A L'AMMONIAQUE.

M. DUMAS lit, au nom d'une commission composée de MM. Thenard, Chevreul et Dumas, rapporteur, un rapport sur un mémoire de M. Wurtz, relatif à des composés nouveaux analogues à l'ammoniaque.

« Il existe dans le domaine de la chimie organique, dit M. le rapporteur, une classe de corps composés qui, par la simplicité de leurs formules, la sûreté de leurs réactions, la symétrie de leurs rapports, ont, depuis vingt ans, le privilége d'attirer tous les regards, d'exciter les recherches les plus ardentes et de récompenser tous les efforts; mine inépuisable, d'où sortent à la fois les lois les plus élevées de la philosophie naturelle, les applications les plus heureuses de la pratique.

» C'est le groupe des alcools, des éthers, des acides gras, des corps gras, dont l'étude a tant contribué à rattacher la chimie organique à la chimie minérale, à prouver que les lois générales qui groupent les faits dans ces deux branches de la science, loin de les séparer, tendent, au contraire, à les confondre de plus en plus.

» Mais les corps renfermés dans ces quatre séries, pour la plupart déjà connus des chimistes depuis longtemps, n'ont été assimilés entre eux et groupés en familles naturelles que par une étude lente et opiniâtre de leurs propriétés. Découvrir une série nouvelle de la même nature, de toutes la plus importante peut-être par le nombre et la variété de ses dérivés; montrer, par un exemple éclatant, que la science peut entrer avec confiance dans ces voies que la synthèse lui ouvre, c'est à la fois un honneur insigne et un rare bonheur.

» Or, M. Wurtz vient de révéler aux chimistes l'existence d'une série nouvelle de composés qui, partant de l'ammoniaque, se rangent sous la formule générale que nous voyons se reproduire si constamment dans tous les cas précédents.

» De même, qu'en ajoutant à 2 équivalents d'eau 1 ou plusieurs équivalents de carbure d'hydrogène, on fait des alcools; de même, qu'en ajoutant à 1 équivalent d'eau 1 ou plusieurs équivalents de ce même carbure d'hydrogène, on fait des éthers; de même, qu'en ajoutant à 4 équivalents d'oxygène 1 ou plusieurs équivalents de ce même carbure d'hydrogène, on fait des acides; de même, enfin, en ajoutant à 1 équivalent d'ammoniaque 1 ou plusieurs équivalents de ce même carbure d'hydrogène, on fait des alcalis organiques.

» Du même coup, M. Wurtz enrichit donc la science de beaucoup d'alcalis organiques nouveaux et d'une loi qui nous apprend à la fois quels sont les rapports de ces alcalis entre eux, et comment on peut rattacher à la série qu'ils ouvrent les alcalis déjà connus.

» Il fournit aux recherches un champ vaste et nouveau, en montrant quel est le mode de génération le plus simple, le plus général des alcalis organiques, et en mettant ainsi la chimie sur une voie qui lui permettra de produire de toutes pièces les alcalis organiques les plus compliqués et les plus utiles, la quinine, la morphine, par exemple.

» Nous terminerons ce rapport en déclarant à l'Académie, qu'à notre avis, il y a longtemps que la chimie ne s'était pas enrichie d'une série de corps aussi importante, d'une théorie aussi féconde, et qu'à ces deux titres la place du Mémoire présenté par M. Wurtz est marquée de la manière la plus honorable dans le *Recueil des Savants étrangers*. »

Les conclusions de ce Rapport sont adoptées.

DÉVIATION DE L'AIGUILLE AIMANTÉE PAR L'ACTION DES CORPS CHAUDS OU FROIDS.

M. DESPRETZ lit sur ce sujet et sous ce titre une note dans laquelle il expose le résultat des expériences qu'il a faites, dans le but de constater la réalité des faits avancés dans les communications de M. Ducros.

Voici le contenu de cette note :

La main tenue à quelques centimètres de la cloche d'un galvanomètre sensible détermine au bout de quelques minutes, comme l'a dit M. Ducros, une déviation de 5, de 10 et même quelquefois de 20 degrés dans la position de l'aiguille.

Si l'on fait l'expérience avec les deux aiguilles, sans le fil du multiplicateur, la déviation est plus marquée. Si je n'ai pas réussi à produire un effet à distance par la main contractée ou non contractée dans les expériences qui ont fait l'objet de ma note sur les travaux de M. Dubois-Raymond, de Berlin, c'est que j'ai attendu seulement le temps qui suffit à la manifestation des actions magnétiques ou galvaniques.

Le fait du déplacement de l'aiguille aimantée par la présence de la main étant bien constaté, il reste à rechercher si ce déplacement est produit par le rayonnement calorifique de la main ou par toute autre cause. Les expériences suivantes, que nous avons répétées plusieurs fois et dans des jours différents, nous semblent propres à décider la question.

Une bougie fixée sur une lame de verre, des charbons rouges sur une planche ou sur une brique, exercent une action plus énergique que celle de la main. Un carreau de terre chauffé au point de produire sur le thermo-multiplicateur un effet égal à celui de la main dévie à peu près l'aiguille comme la dévie celle-ci. Ce carreau était d'ailleurs sans action à froid. La glace à zéro exerce aussi une action très-marquée.

Si l'on met entre la main et la cloche sous laquelle sont suspendues les aiguilles magnétiques deux feuilles de papier blanc ou une lame de verre, la puissance de la main est singulièrement réduite. Si l'on applique une feuille d'étain flexible sur la partie de la cloche devant laquelle est tenue la main, l'effet est complétement nul. Cependant une pointe de Garis, substituée à la main, déplace l'aiguille dans un instant très-court.

Enfin de petites bandes de papier, des fils de verre, des brins de paille, des substances quelconques, métalliques ou non métalliques, suspendues légèrement comme les aiguilles astatiques, sont agités ou déplacés par l'action de la main, ils le sont bien davantage par des corps plus chauds.

De ce petit nombre d'expériences il suit, si je ne me trompe, que la cause principale, j'oserais dire la cause unique, du fait communiqué par M. Ducros doit se trouver dans le rayonnement calorifique de la main. C'est un phénomène de chaleur et non de magnétisme.

Il suit encore de ces essais qu'on ne saurait trop éviter la présence des corps froids ou chauds quand on emploie des galvanomètres sensibles.

M. POUILLET : Les expériences que vient de rapporter M. Despretz ont été déjà faites par plusieurs personnes, et je les ai répétées moi-même il y a vingt ans; or, il m'a été parfaitement démontré par ces expériences que les effets dont il s'agit sont tout simplement dus à des courants d'air déterminés dans l'intérieur des vases qui renferment l'aiguille soit aimantée, soit non aimantée. Parmi toutes les expériences qui démontrent cette assertion, je ne citerai que la suivante :

En plaçant dans une boîte trois aiguilles suspendues à des hauteurs différentes, on les voit se dévier en sens contraire les unes des autres lorsqu'on approche des vases la main ou tout autre corps d'une température différente de celle de l'air contenu. Le magnétisme ni l'électricité ne jouent donc absolument aucun rôle dans la production de ces phénomènes tout mécaniques.

HERNIE OMBILICALE CONGÉNIALE OPÉRÉE PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

M. VELPEAU communique, au nom de M. CARDAN, une observation de hernie ombilicale congéniale opérée avec succès par la méthode sous-cutanée.

Il s'agit d'un enfant de 8 ans, porteur d'une hernie congéniale tellement volumineuse, que lorsqu'il avait couru, plus du tiers du paquet intestinal descendait dans le sac; dans ces moments, la hernie dépassait le milieu de la cuisse et gênait la marche. L'ouverture du sac herniaire allait de la symphise pubienne jusque vers l'épine iliaque inférieure à un travers de doigt près. Pendant le décubitus, on faisait rentrer facilement les intestins dans la cavité abdominale.

Voici de quelle manière M. Cardan a procédé à l'opération :

L'enfant étant couché sur le dos, les jambes relevées, les genoux fléchis et écartés, il fit rentrer les intestins et tira le sac de haut en bas, de manière à conserver à ses parois toute leur grandeur, malgré la contraction des tissus qui se rétractaient. Un aide appuya l'index de la main gauche au-dessus de l'arcade pubienne, de manière à comprimer les deux parois du sac l'une contre l'autre sur le bord supérieur de l'arcade; le doigt était dans une position presque parallèle à l'os pubis, placé au-dessus et débordant un p u en avant. Les choses ainsi disposées, on sépara les deux parois du sac et on introduisit un trocart. Aussitôt que l'instrument eut pénétré dans le sac, on retira le dard de quelques lignes, afin de porter directement le bout de la canule à l'ouverture du sac entre l'os pubis et le doigt qui comprimait. Une fois le bout de la canule arrivé en ce point sans s'être accroché en route, on repoussa le dard à sa place, et on fit sur les deux lèvres de la séreuse plusieurs éraillures desquelles s'écoula un peu de sang qui sortit par la canule à la fin de l'opération. Un bandage solide fut appliqué avant que l'aide eût ôté son doigt et cessé la compression.

Pendant six semaines que l'enfant passa au lit, et qu'on veilla au maintien du bandage, le sac perdit peu à peu de son volume; ses parois se rétractèrent sur elles-mêmes. Au bout de dix-huit mois on a supprimé le bandage; la hernie n'a pas reparu, et la guérison a été radicale.

J'ai eu l'occasion, ajoute M. Velpeau, de faire une fois une opération semblable sur une adulte; l'opération n'a pas été suivie de succès; mais elle n'a pas produit d'accidents. En sorte que, bien que je n'accorde qu'une médiocre confiance à ce procédé, je crois cependant qu'on peut le mettre en usage, puisqu'il ne semble pas de nature à causer des accidents sérieux, et qu'il a pu donner une fois au moins un résultat très-satisfaisant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend que des états de vaccination et une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce transmettant diverses lettres relatives au traitement du choléra. (Comm. du choléra.)

ÉTAT DE L'ARSENIC DANS LES DÉPÔTS D'EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES.

M. Lassaigne adresse des recherches entreprises dans le but de déterminer sous quel état existe l'arsenic dans certains dépôts d'eaux minérales, et l'action qu'exercent ces dépôts sur l'économie animale. Depuis que l'on a démontré la présence de l'arsenic en assez grande quantité dans certains dépôts d'eaux minérales ferrugineuses, on s'est demandé si les propriétés toxiques de ce corps n'étaient pas neutralisées par l'état sous lequel il se trouve. L'auteur a tenté plusieurs essais pour résoudre ce point. Une première expérience a été d'abord faite sur le dépôt des eaux de Wattwiller (Haut-Rhin). 100 parties de ce dépôt contenaient 1,42 pour 100 d'acide arsénique, représentant 2,8 d'arsenic métalloïde.

L'auteur a tenté une expérience directe pour déterminer l'effet de ce dépôt sur l'économie animale. Les conclusions qu'il en tire sont les suivantes :

1° Dans les dépôts naturels des eaux minérales de Wattwiller, l'arsenic s'y rencontre dans la proportion de 2,8 p. 100.

2° Une partie de ces dépôts, représentant 1g,76 d'acide arsénique ou 1g,14 d'arsenic, n'a produit aucun effet sur la santé d'un chien.

3° Cette nullité d'action dénote que la propriété toxique de l'arsenic renfermé dans ces dépôts est détruite par la combinaison dans laquelle il est engagé avec le peroxyde de fer.

4° Ce résultat vient donc confirmer ce que l'expérience a déjà fait constater, que le peroxyde de fer, en s'unissant aux acides arsénieux et arsénique, annihile leurs propriétés vénéneuses et en devient conséquemment l'antidote.

CHOLÉRA.

M. Billod, médecin de l'asile d'aliénés de Blois, par lettre datée du 20 août, rend compte à l'Académie des faits qu'il a observés dans son service depuis sa dernière communication. L'épidémie a pris depuis lors des proportions telles que plus de la moitié de la population de l'établissement a subi à des degrés divers son influence, et qu'un peu moins d'un septième a succombé.

L'épidémie a été relativement beaucoup plus meurtrière chez les femmes que chez les hommes. L'auteur a pu confirmer sur quelques malades, atteints de manie chronique, le fait relatif à l'amendement ou à la suspension momentanée du trouble mental pendant toute la durée de l'affection cholérique.

Sur 29 cholériques, 16 ont présenté des prodromes. Sur 11 décédés, 7 ont été frappés sans prodromes.

Dans une seconde lettre, datée du 27, M. Billod annonce qu'il ne s'est plus déclaré de nouveau cas depuis sa dernière, et que l'influence épidémique n'est plus attestée dans l'établissement que par quelques cas de cholérines. Le nombre des décès s'étant accru depuis sa dernière lettre (celle du 20), la mortalité représente exactement le cinquième de la population, et un peu plus de la moitié des individus atteints. Le nombre de ceux-ci dépasse le tiers de la population.

M. Michel, de Foulain (Haute-Marne), fait part à l'Académie de deux cas particuliers de choléra qu'il a eu à traiter, et desquels il résulterait, suivant lui, une preuve nouvelle de contagion. Un enfant de 4 ans a été atteint parce qu'il avait habité un pays en proie à l'épidémie; une femme, parce qu'elle avait reçu chez elle des personnes qui l'avaient habité, quoique se portant bien et n'ayant eu ultérieurement aucun accident. Le choléra, dit l'auteur, serait donc contagieux, et peut-être transmissible par tout moyen. Certaines dispositions, certaines conditions, seraient seulement nécessaires pour le voir se développer là où le germe aurait été déposé.

M. Limousin, médecin à Paris, soumet quelques faits relatifs à la transmission du choléra. Il rapporte l'histoire de cinq personnes atteintes par l'épidémie, qui avaient des logements bien aérés, qui se nourrissaient bien, etc.; la seule circonstance qui leur fût commune fut leur séjour auprès de deux cholériques. L'influence épidémique n'était pas en ce temps très-intense; elle ne suffit pas à expliquer la coïncidence que présenta l'état morbide de ces cinq individus. Tous, du reste, s'étaient sentis très-incommodés par l'odeur des liquides cholériques.

M. Lejeune (de Boulogne-sur-Mer) adresse une note intitulée : Traité du choléra. Cette note ne renferme que des formules et recettes pour la plupart connues.

M. Delfraysse adresse de nouvelles observations dans lesquelles il appelle avec une nouvelle insistance l'attention de l'Académie sur la découverte qu'i croit avoir faite d'un prophylactique du choléra dans le quinquina.

Il envoie sous le même pli le dessin d'un appareil de son invention pour la réduction des hernies. (Comm. : M. Malgaigne.)

CHOLÉRA ET SUETTE; RAPPORTS ET SIMULTANÉITÉ DE CES DEUX MALADIES.

M. Lachaise adresse quelques réflexions sur la simultanéité du choléra et de la suette, et sur l'interprétation dont elle lui paraît susceptible. Voici ce qu'il a observé à cet égard dans le département de l'Yonne, où il a été envoyé par le ministre.

Toutes les fois que, dans une localité en proie au choléra, la suette s'est déclarée d'une manière générale, le choléra s'est amendé et a bientôt touché à sa fin; toutes les fois que cette suette a marqué le début de l'épidémie, le choléra a été peu intense et n'a pas été de longue durée.

M. Lachaise adresse sous le même pli le tableau figuratif de la marche de l'épidémie pendant les quinze premiers jours de sa durée, document d'après lequel il se croit autorisé à conclure :

1° Que la suette apparaissant épidémiquement avec le choléra peut être considérée comme un diminutif ou un état abortif de cette dernière maladie;

2° Que, dès le moment où la suette apparaît dans une épidémie de choléra, on peut prédire que celle-ci sera peu intense, ou généralement de courte durée;

3° Que quand la suette et la cholérine marchent concurremment et se transforment l'une et l'autre, il est prudent de chercher à ramener la cholérine à l'état de suette et dangereux de laisser cette dernière passer à l'état de cholérine, qui dégénère souvent en choléra.

M. Dufay, médecin des épidémies à Blois, adresse une note sur le mode de transmission du choléra de 1849. L'auteur rapporte des faits desquels il lui paraît résulter qu'à Oncques comme à Villexanton, petites communes de l'arrondissement de Blois, où il a eu l'occasion d'observer l'épidémie, il y a eu évidemment communication de proche en proche, et surtout des malades à ceux qui restent près d'eux. M. Dufay ajoute que, vers le déclin de l'épidémie de Villexanton, il a observé quelques suettes sans gravité. A Oncques, dans plus de la moitié des maisons (1,500 habitants), il y a au moins une personne qui a la suette. Cette maladie se termine par le retour à la santé après trois, quatre, cinq jours de sueurs très-abondantes, avec coliques légères, quelquefois des crampes, de la céphalalgie, et rarement de la fièvre. L'auteur se demande si la peau ne serait pas, dans ce cas, chargée de remplacer la membrane muqueuse intestinale, si ce ne serait pas réellement un choléra externe.

— M. Charcellay, correspondant de l'Académie à Tours, adresse un tableau de l'épidémie de choléra développée à Cinq-Mars-la-Pile, en 1849. Il enverra plus tard des explications en réponse à la circulaire académique.

— M. Germain, médecin des épidémies à Salins, adresse un mémoire sur les rapports de la météorologie et de le géologie avec les maladies populaires, les épizooties, la végétation et les récoltes, dans la partie orientale du département du Jura, depuis 1843 jusqu'à 1849.

(Commissaires : MM. Mélier, Soubeyran et Guéneau de Mussy.)

— M. Bouyer (de Saintes) adresse une note sur l'hypertrophie des mamelles, avec une observation d'extirpation des deux mamelles à vingt-six jours d'intervalle.

(Commissaires : MM. Amussat et Robert.)

— M. Bally a la parole à l'occasion de la correspondance.

A propos de la communication de M. le docteur Lachaise, dit M. Bally, je dirai que je n'ai jamais vu le développement de la suette modifier en rien le choléra dans les localités où ils ont sévi simultanément; mais je noterai ce fait remarquable que jamais la suette et le choléra n'ont sévi sur le même individu.

J'ajouterai que la ville a perdu exactement le dixième de sa population, 400 sur 4,000.

M. le Secrétaire perpétuel : La règle posée par M. Bally souffre au moins quelques exceptions, puisque l'auteur d'une des communications étudie précisément l'action réciproque des deux maladies chez les malades sur lesquels il les a observées toutes les deux.

CORPS ÉTRANGER DANS LE RECTUM.

M. Velpeau : Je crois que l'Académie n'entendra pas sans un certain intérêt quelques détails sur un fait que j'ai observé ce matin dans mon service.

Un homme est entré présentant une tumeur sous les fausses côtes droites ; cette tumeur, dont on appréciait parfaitement la forme à travers les parois abdominales, qui étaient repoussées en avant, était causée, au dire du malade, par une longue fiole à eau de Cologne, qu'il s'était introduite dans l'anus et qu'il n'avait pas pu retirer ensuite, l'ayant poussée trop avant. Quelque extraordinaire que nous parût cette assertion, nous introduisîmes cependant le doigt dans le rectum, et il nous fut en effet possible de sentir la petite extrémité ou l'orifice de cette fiole ; nous parvînmes à la saisir et à en opérer facilement l'extraction ; elle a 28 centimètres de long. En même temps que l'extraction s'opérait, la tumeur de l'hypocondre droit disparaissait, et il n'a pas été possible de douter un instant que cette tumeur ne fût en effet produite par le corps étranger. Une fois l'extraction pratiquée, le malade s'est trouvé tout aussi bien portant qu'avant l'introduction du corps étranger ; il ne se ressent en aucune façon de cet accident.

Ce qui me semble digne d'être remarqué, c'est qu'un corps rigide ait pu aller directement de l'anus jusque sous les fausses côtes droites sans produire absolument aucune lésion de quelque importance.

DES PRÉPARATIONS ARSENICALES DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Boudin lit un travail intitulé : Études sur l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres paludéennes.

L'auteur résume les faits renfermés dans ce travail, ainsi qu'il suit :

Huit années d'expérimentation, tant sur moi-même que sur plusieurs milliers de malades;

Absence complète de tout accident, même passager, imputable au médicament ;

Résultats tels que, pendant les cinq dernières années, j'ai pu ne pas recourir une seule fois au sulfate de quinine ;

Renvoi des approvisionnements de quinine, rendu possible, à la pharmacie centrale ;

Économie considérable dans la dépense ; réduction du prix de journée ; diminution de la durée de séjour à l'hôpital et de la proportion des récidives.

Tels sont les résultats obtenus. D'un tel ensemble de faits, l'auteur se croit autorisé à conclure :

1° Que les préparations arsenicales, maniées avec la prudence que commandent tous les médicaments héroïques peuvent être employées sans danger ;

2° Que, dans l'immense majorité des cas, elles peuvent remplacer avec succès le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres dites jusqu'ici fièvres à quinquina.

La vulgarisation de leur emploi intéresse la santé et la vie des populations pauvres, en même temps qu'elle touche, au point de vue financier, à un intérêt national dont il n'est plus possible de méconnaître l'importance.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Chomel, Bégin et Gibert.)

REMÈDES CONTRE LE CHOLÉRA.

M. Dubois lit, pour M. Joly absent par indisposition, et au nom de la commission du choléra, un rapport demandé par le ministre de l'instruction publique sur un mode de traitement proposé par M. Montigny (de l'Aigle) contre le choléra, et soumis à l'approbation de l'Académie.

La commission du choléra, dont M. Joly est l'organe, a été unanimement d'avis de répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu d'accueillir la demande du sieur Montigny, attendu que, dans aucun cas, il ne peut être indifférent de livrer la santé publique à un aveugle empirisme, et que, dans l'espèce, le traitement proposé ne paraît nullement devoir répondre aux indications et à la gravité de la maladie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

MÉDECINE COMPARÉE.

M. Dupuy lit une première partie d'un travail intitulé : Considérations nouvelles sur la médecine comparée, et sur les maladies de l'homme originaires de celles des animaux.

L'auteur se borne, dans cette première partie de son travail, à quelques considérations générales par lesquelles il s'est proposé de prouver l'importance d'un sujet suivant lui trop négligé, et qui se rattache sous plus d'un rapport à la prospérité et au repos publics.

L'ordre du jour est épuisé.

La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

(Suite. — Voir le n° 32.)

DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI SUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, RELATIVES AUX PROFESSIONS MÉDICALES. — Rapport de la quatrième section.

(M. Vleminckx, rapporteur.)

M. le Président : Nous passons maintenant au quatrième paragraphe du rapport, dans lequel la quatrième section demande à l'Académie d'insister auprès du gouvernement pour qu'il adopte l'opinion qu'elle a admise en 1842, concernant la profession de *dentiste*, qui ne serait plus exercée que par les docteurs, et pour qu'il la fasse passer dans la loi nouvelle comme s'y rattachant essentiellement. En conséquence, l'article 65 du projet du gouvernement devrait être modifié en ce sens que les mots « *d'accoucheur* ou *d'oculiste* » seraient remplacés par les mots suivants : « d'accoucheur, d'oculiste ou de dentiste. »

La conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. le Président : Voici le cinquième paragraphe : il consiste à ajouter après l'art. 71 le paragraphe suivant :

« Les brevets de médecin militaire, d'officier de santé, de chirurgien de ville et de campagne, délivrés en Belgique, en conformité des lois et arrêtés en vigueur avant le 1er juillet 1836, sont assimilés aux diplômes de candidat en médecine pour le cas où les titulaires voudraient acquérir le grade de docteur. »

Voici un amendement présenté par M. Thiernesse ; il propose de substituer aux mots : *aux diplômes de candidat en médecine*, ceux-ci : « *aux diplômes de candidat en sciences.* »

Suivant M. François, adopter l'amendement de M. Thiernesse ce serait fermer la porte qu'on veut bien ouvrir aux officiers de santé. La disposition, dit-il, doit être conservée telle qu'elle est formulée.

M. Burggraeve fait observer qu'il n'y a aucun inconvénient à maintenir la législation actuelle. Rien ne motive, suivant lui, la faveur qu'on veut faire aux officiers de santé.

M. Seutin : M. Burggraeve ignore sans doute que beaucoup de nos confrères sont dans une position insupportable. Relativement aux craintes qu'il semble témoigner, qu'il se rassure : le jury n'acceptera pas les candidats, s'il n'a l'assurance qu'ils connaissent tout ce qu'il faut pour former un bon praticien.

M. Lombard déclare qu'il votera pour la proposition de la quatrième section, convaincu que les officiers de santé qui se présenteront aux examens pour le doctorat sont des hommes capables et qui étudient.

M. Thiernesse retire son amendement.

La proposition de la quatrième section est mise aux voix et adoptée.

M. le Président : Il reste encore la proposition suivante qui fait l'objet du sixième paragraphe du rapport :

« Les docteurs en médecine qui, à la date de la promulgation de la présente loi, ne possèdent point les diplômes de docteur en chirurgie et de docteur en accouchements, sont autorisés à subir les examens spéciaux et pratiques sur les opérations chirurgicales et sur les accouchements, conformément à la loi du 27 septembre 1835. »

La proposition est mise aux voix et adoptée.

M. le Président : Nous avons maintenant à nous occuper de la disposition additionnelle proposé par MM. Lebeau, Fossion et Varlez. Elle est ainsi conçue : « Nous proposons à l'Académie de décider qu'un examen de clinique sera ajouté aux matières du deuxième examen. Cet examen sera ultérieurement réglementé. »

M. Lebeau voit avec surprise que le projet actuel ne parle pas d'examens de clinique. S'il est une plaie de notre profession, dit-il, c'est l'absence de bonnes études de clinique, et cela vient de ce que jusqu'à présent on ne s'est jamais occupé spécialement de cet objet dans les examens.

Si la proposition est adoptée, cela engagera les jeunes gens à faire plus d'attention à la clinique, et les médecins chargés de donner des leçons, à les faire avec plus de soin qu'ils ne l'ont fait jusqu'à présent.

M. Lombard partage l'opinion de M. Lebeau sur l'utilité qu'il y aurait à exiger des examens de clinique, mais il n'est pas de son avis sur les motifs qu'il a fait valoir en faveur de ces examens. Il ne pense pas qu'on puisse citer un seul élève qui, après avoir suivi pendant deux années la clinique, comme le veut la loi, ne soit aussi fort qu'un médecin ayant dix années d'expérience pratique. Mais il y a, suivant lui, quelque chose d'irrégulier à exiger des examens sur toutes les autres parties de la science, et à ne pas en exiger sur la clinique.

M. Sauveur fait la même observation que M. Lombard.

M. Vleminckx convient que les raisons données pour faire entrer la clinique dans les matières de l'examen pour le doctorat sont nombreuses et fortes, mais il se demande comment on parviendra à mettre le principe à exécution. Il craint que le mode actuel de réception ne rende très-difficile la confection d'un bon règlement d'examen clinique.

M. Seutin appuie la proposition de M. Lebeau, mais il demande qu'il y ait autre chose qu'un examen de deux heures ; il voudrait que le candidat qui désire obtenir le diplôme de docteur en médecine dût subir une espèce de stage dans un hôpital, ou qu'il dût traiter un certain nombre de malades en présence d'un examinateur ; que le récipiendaire, en un mot, fît ses preuves au lit du malade tant pour la médecine que pour la chirurgie et les accouchements.

M. Lombard rappelle à l'appui de cette proposition que tout à l'heure on a pris une décision à l'égard des médecins militaires et des chirurgiens de ville et de campagne, qui entraîne l'idée d'un certificat constatant qu'ils ont suivi la clinique. Il faut donc ajouter quelque chose à l'article voté, car il n'y aurait pas d'application possible de la résolution qui a été prise.

M. Raikem pense qu'on pourrait concilier les opinions divergentes, relativement à ce qu'on exigerait des récipiendaires qui se présentent pour le doctorat en médecine, en obligeant l'élève à suivre la clinique, la première année comme assistant et la seconde comme traitant, ainsi que cela se fait dans les Universités de Toscane et d'Allemagne.

M. Lebeau insiste sur l'adoption de son amendement, qui paraît rallier presque toute l'Académie.

M. Vleminckx signale les difficultés qu'il y aurait à faire subir un examen clinique complexe qui entraînerait la permanence du jury.

M. Carlier cherche à établir qu'une épreuve clinique est extrêmement utile, qu'elle aurait un immense avantage, qu'elle est parfaitement praticable avec l'institution du jury actuel, et qu'elle ne pourrait froisser en rien la justice qu'on veut rendre à d'anciens officiers de santé.

M. Fossion est d'avis que l'Académie devrait d'abord se prononcer sur le principe de l'examen clinique sur lequel tout le monde paraît d'accord, sauf à statuer plus tard sur l'application. Il propose formellement de statuer maintenant sur le principe de la proposition.

M. Vleminckx persiste à penser qu'on ne saurait accepter le principe, sans s'être assuré d'avance du moyen d'en réglementer l'application.

M. Seutin : Avant de formuler ma proposition par écrit, je désire m'expliquer sur la portée que j'entends lui donner. L'examen de clinique devrait durer pendant un mois au moins. On commencerait par l'examen de clinique, et on n'admettrait aux examens écrits et oraux que ceux qui auraient prouvé pendant deux, trois, quatre matinées, qu'ils possèdent les connaissances cliniques nécessaires, non-seulement pour reconnaître la maladie, mais encore pour l'apprécier d'une manière exacte, complète, et pour indiquer un traitement propre à la combattre. Les examens de clinique devraient durer pendant toute la session ; un ou deux membres du jury pourraient se détacher afin de conduire les récipiendaires auprès des malades. Le médecin de l'hôpital, sans avoir voix délibérative, désignerait aux examinateurs et aux élèves les malades qui feraient le sujet de l'examen.

Cette mesure, si elle était adoptée, donnerait des garanties certaines de savoir et d'aptitude à la pratique. Je ne saurais assez insister pour qu'elle soit prise en considération.

M. Varlez appuie tout ce que vient de dire M. Seutin. On ne trouvera, dit-il, des garanties réelles que dans l'exécution franche et complète de cette proposition.

M. Vleminckx demande que M. Seutin formule sa proposition par écrit pour qu'on puisse l'examiner à tête reposée.

M. Burggraeve résume en ces termes ce qu'il voudrait : on laisserait subsister le premier examen du doctorat qui est exclusivement théorique ; le second deviendrait pratique ; il se ferait d'une manière extrêmement simple. Une série de trois élèves serait appelée le matin à l'hôpital, et ces élèves auraient à faire le diagnostic des différents cas de maladie qui leur seraient soumis. On tirerait les lits au sort. Un récipiendaire aurait à faire le diagnostic des trois malades qui lui seraient échus.

Pour s'assurer qu'il possède les connaissances nécessaires, on lui ferait faire dans la même journée, et alors que tous les faits sont encore présents à sa mémoire, l'histoire de ces trois cas de maladie ; cette histoire, il la produirait soit le même jour, soit le lendemain à l'examen, et le jury jugerait. Si l'élève faisait preuve d'une ignorance complète au lit du malade, on l'ajournerait. De cette manière les choses se passeraient facilement et régulièrement. Jusqu'aujourd'hui les examens de chirurgie se sont faits ainsi ; pourquoi n'en serait-il pas de même des examens pour la médecine ?

M. Lombard, d'accord avec M. Seutin sur la nécessité de l'examen clinique, n'adopte pas ce qu'il a dit relativement à la durée de cet examen. L'honorable membre voit surtout la garantie de la société dans le certificat de fréquentation plus que dans l'examen lui-même.

M. le Président : Voici les divers amendements qui ont été déposés sur le bureau :

1° Par MM. Fossion et Varlez : « Nous proposons à l'Académie de décider qu'un examen de clinique sera ajouté aux matières du deuxième examen de docteur ; cet examen sera ultérieurement réglementé. » M. Lebeau s'est rallié à cet amendement.

2° Par M. Joseph Bosch : « Comme complément aux examens théoriques et pour dernière épreuve à subir par le candidat au doctorat en médecine, il sera subi des examens cliniques au lit de deux malades.

» Ces examens dureront une heure pour chaque candidat et rouleront sur le diagnostic, le traitement et le pronostic de la maladie. »

3° Par M. Raikem : « Pendant la première année de clinique, l'élève sera assistant ; pendant la deuxième année, il sera praticien, sous la direction du professeur de clinique. »

4° Par M. Craninx : « Deux épreuves cliniques auront lieu, l'une sur les maladies internes après le premies examen du doctorat, l'autre sur les maladies chirurgicales après le deuxième examen.

» L'examen clinique consistera : 1° à interroger et examiner deux malades pendant une demi-heure ; 2° à établir, pendant une demi-heure ensuite, le diagnostic et le traitement. »

5° Par M. Seutin : « Les récipiendaires seront soumis aux épreuves cliniques pendant toute la durée de la session du jury. »

M. Vleminckx, rapporteur, propose de renvoyer tous ces amendements à l'examen de la quatrième section.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. le Président : Avant de terminer ce chapitre, je dois soumettre à l'Académie une observation qui a été faite par M. Lombard, et d'après laquelle les officiers de santé militaires, ainsi que les chirurgiens de ville et de campagne reçus avant 1835, qui voudraient subir les examens de docteur en médecine, devraient être dispensés de l'obligation de produire un certificat de fréquentation de clinique.

M. Lombard : Sans cela ils ne profiteraient pas des avantages accordés.

M. Vleminckx : Il est bien certain que les chirurgiens civils et les médecins militaires que vous avez déclarés pouvoir être admis à l'examen pour le doctorat ne pourront pas se présenter au jury avec des certificats de clinique ; mais vous supposez que le meilleur certificat pour eux, c'est une pratique de dix, quinze ou vingt années ; vous devez donc dire positivement dans la loi que le deuxième paragraphe de l'art. 39 de la loi du 27 septembre 1835 ne leur est pas applicable, c'est-à-dire le paragraphe en vertu duquel le récipiendaire doit fournir des certificats de fréquentation de clinique.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Mareska appelle l'attention de l'Académie sur l'examen pour la candidature en sciences.

« L'art. 47, dit le projet de loi présenté par le gouvernement, est remplacé par ce qui suit :

« L'examen pour la candidature en sciences naturelles est de deux sortes ; si » le récipiendaire se destine à la médecine, l'examen comprend la chimie inorganique ou organique, etc. »

M. Mareska réclame contre cette disposition. La chimie inorganique et la chimie organique étant toutes deux également indispensables pour l'étude de la médecine et devant être comprises dans l'examen, il propose de remplacer la conjonction *ou* par *et*.

Cet amendement, appuyé par M. Martens, est mis aux voix et adopté.

— On passe à la discussion générale sur le chapitre intitulé : *Pharmacie*.

M. Mareska propose d'apporter au projet de loi les modifications suivantes :

1° Comprendre la chimie organique dans le même examen où a été placée la chimie inorganique ;

2° Faire subir l'examen de la candidature en pharmacie devant le jury d'examen ;

3° Scinder l'examen de pharmacien, comme le fait le projet, mais laisser entre la première et la seconde partie tout l'intervalle du stage dont la durée serait réduite à deux années ;

4° Confier la seconde partie de l'examen de pharmacien aux commissions médicales.

Comme conséquence de toutes ces considérations, l'honorable membre propose que, dans le projet de loi présenté par le gouvernement, les paragraphes relatifs aux pharmaciens soient remplacés par les paragraphes suivants :

« Il y a pour la pharmacie trois grades : celui de candidat en pharmacie, celui d'aspirant pharmacien et celui de pharmacien.

» Nul n'est admis à l'examen de candidat en pharmacie s'il n'a subi préalablement devant le jury chargé de la réception des élèves universitaires, un examen sur le français, le latin, les principaux faits de l'histoire universelle et les mathématiques élémentaires, comprenant la géométrie plane, l'arithmétique et l'algèbre jusqu'aux équations du deuxième degré inclusivement.

» Les frais de cet examen sont fixés à 20 fr.

» L'examen de candidat en pharmacie a lieu devant le jury des sciences, et comprend la botanique descriptive, la physiologie et l'anatomie des plantes, la chimie inorganique et organique et les éléments de physique expérimentale.

» Le gouvernement nomme un jury spécial pour la réception des aspirants pharmaciens. Pour être admis au grade d'aspirant pharmacien, il faut être candidat en pharmacie et subir un examen sur l'histoire des drogues, leurs altérations et leurs falsifications, le dosage des médicaments et la pharmacie théorique et pratique.

» Pour obtenir le titre de pharmacien et être autorisé à exercer la pharmacie, le récipiendaire doit, en outre, justifier qu'il a fait, à partir de l'admission au grade d'aspirant pharmacien, deux années de stage dans l'officine d'un pharmacien, et subir un examen pratique consistant en cinq opérations, dont trois chimiques et deux pharmaceutiques à désigner par le sort.

» L'examen pratique se fera devant des commissions médicales provinciales au choix du récipiendaire. »

Si l'Académie croyait que le stage légal dû commencer avant que l'élève ait subi la première épreuve de l'examen final ou de pharmacien, et que les commissions médicales ne dussent plus intervenir même dans l'examen pratique, le stage légal ne devrait commencer qu'à partir de la candidature en pharmacie. Dans cette hypothèse, les paragraphes du projet de loi seraient remplacés par ceux-ci :

« Il y a pour la pharmacie deux grades : celui de candidat en pharmacie et celui de pharmacien.

» Nul n'est admis à l'examen de candidature en pharmacie s'il n'a subi préalablement, devant le jury chargé de la réception des élèves universitaires, un examen sur le français, le latin, les principaux faits de l'histoire universelle et les mathématiques élémentaires, comprenant la géométrie, l'arithmétique et l'algèbre jusqu'aux équations du second degré inclusivement.

» Les frais de cet examen sont fixés à 20 fr.

» L'examen de candidature en pharmacie a lieu devant le jury des sciences, et comprend la botanique descriptive, la physiologie et l'anatomie des plantes, la chimie inorganique et organique, et les éléments de physique expérimentale.

» Un jury spécial sera nommé par le gouvernement pour l'examen de pharmacien. Cet examen comprend l'histoire des drogues, leurs altérations et leurs falsifications, le dosage des médicaments et la pharmacie théorique et pratique. Le récipiendaire devra, en outre, faire cinq opérations, dont trois chimiques et deux pharmaceutiques à désigner par le sort.

» Nul ne sera admis à subir l'examen de pharmacien s'il ne justifie, par un certificat délivré par une commission médicale, qu'il a fait, dans l'officine d'un pharmacien, deux années de stage à dater de l'époque de son admission au grade de candidat. »

M. Vleminckx : Entre M. Mareska et la section, il n'y a véritablement pas de dissentiment. Nous voulons tous la même chose au fond ; nous partons des mêmes prémisses, nous devons arriver aux mêmes conséquences. Lorsque nous examinerons ces propositions, nous verrons ce que nous pouvons en accepter, ce que nous devons en rejeter.

M. Pasquier ne pense pas que les raisons données par la quatrième section soient suffisantes pour engager l'Académie à substituer une négation à l'affirma-

tion qu'elle a prononcée en 1842, concernant la candidature en sciences naturelles à exiger des aspirants au grade de pharmacien.

A son avis, le programme que l'Académie a arrêté en 1842, pour l'examen des pharmaciens, est préférable à celui que la quatrième section lui soumet en ce moment.

M. Martens ne voit aucun avantage à créer le titre de docteur en pharmacie. Quand un pharmacien voudra se distinguer, il prendra le titre de docteur en sciences naturelles; mais il ne croit pas qu'il faille créer deux grades, celui de pharmacien proprement dit et celui de docteur en pharmacie; car la même objection qu'on a faite pour les médecins viendrait à se présenter. Il croit qu'il faut qu'il n'y ait plus qu'une catégorie de pharmaciens, comme il n'y a plus qu'une catégorie de médecins.

M. Stas abonde complétement dans le sens des observations faites par M. Mareska. Il demande que, parmi les opérations chimiques et pharmaceutiques que l'on exigera du pharmacien, il y ait deux opérations toxicologiques.

M. Vleminckx, rapporteur : Nous nous rangeons à l'avis de M. Stas. La section demande également par mon organe que des épreuves toxicologiques soient jointes aux épreuves pratiques du second examen.

La suite de la discussion est renvoyée à demain à neuf heures.

Séance du 27 avril.

La discussion continue sur l'ensemble du chapitre concernant la pharmacie.

M. Davreux pense qu'il serait plus convenable et plus juste de n'admettre qu'un seul grade : celui de docteur en pharmacie ou celui de pharmacien, pourvu qu'à ce dernier titre soient attachés les droits et les prérogatives du doctorat, comme cela avait été adopté dans la dernière assemblée des présidents des commissions médicales, tenue au ministère de l'intérieur.

Personne ne demandant la parole, la discussion générale est close. On passe à l'examen des conclusions du rapport de la quatrième section.

M. Vleminckx : la section accepte la plus grande partie de l'amendement de M. Mareska, mais elle en repousse une dernière. Elle accepte, avec l'honorable membre, l'épreuve préparatoire devant le jury d'examen d'élève universitaire, épreuve qu'elle-même, au surplus, avait proposée.

Elle accepte l'examen pour la candidature en pharmacie, qui porterait, comme M. Mareska l'a demandé, sur les éléments de la physique générale, sur la botanique et sur la chimie organique et inorganique. Elle accepte également que cet examen soit subi devant le jury pour la candidature en sciences naturelles. Enfin elle accepte la dernière partie de l'amendement concernant l'examen de pharmacien. Cet examen porterait sur l'histoire naturelle des médicaments, leurs altérations et leurs falsifications, sur la posologie et sur la pharmacie théorique et pratique, et serait subi devant un jury à nommer par le gouvernement.

Ce que la section n'accepte point, ce sont les épreuves pratiques devant les commissions médicales provinciales. Si elle est convaincue qu'il est des commissions provinciales devant lesquelles ces épreuves pourraient être très-convenablement subies, elle pense aussi qu'il en est d'autres où il n'en est pas de même. Elle insiste donc pour que ces épreuves soient subies, comme la dernière, devant le jury central.

Il est bien entendu aussi qu'il y aurait deux années de stage, commençant à courir à partir de l'obtention du grade de candidat en pharmacie.

MM. de Hemptinne et Pasquier proposent un amendement qui se rapproche beaucoup de la proposition que M. le rapporteur vient de faire connaître.

Ils proposent de remplacer tous les paragraphes du rapport relatifs aux pharmaciens par les dispositions suivantes :

« Les droits et les prérogatives du doctorat seront attachés au titre de pharmacien.

» Il y aura pour la pharmacie deux grades : celui de *candidat en pharmacie* et celui de *pharmacien*.

» Nul ne sera admis à l'examen de candidat en pharmacie s'il n'a préalablement subi, devant le jury chargé d'accorder le grade d'élève universitaire, un *examen préparatoire* sur le français et le latin, les éléments de géographie moderne, les mathématiques élémentaires (comprenant la géométrie plane, l'arithmétique et l'algèbre jusqu'aux équations du second degré inclusivement), les principaux faits de l'histoire universelle, l'histoire de la Belgique).

» Cet examen coûtera 20 francs.

» L'examen de *candidat en pharmacie* aura lieu devant le jury des sciences naturelles, et comprendra :

» Les éléments de physique ;

» La botanique descriptive et la physiologie végétale ;

» Les éléments de chimie inorganique et organique ;

» Les premiers éléments de minéralogie.

» Cet examen durera une heure et demie, et coûtera 100 francs.

» L'examen de *pharmacien* aura lieu devant un jury spécial nommé par le gouvernement, et comprendra :

» L'histoire des drogues et des médicaments, leurs altérations et leurs falsifications;

» Les doses *maxima* auxquelles on peut administrer les médicaments;

» La pharmacie théorique et pratique.

» Cet examen durera une heure et demie.

» Le récipiendaire aura ensuite à exécuter :

» Deux préparations pharmaceutiques ;

» Deux opérations chimiques;

» Une analyse toxicologique.

» Cet examen coûtera 100 francs. En s'y présentant, le récipiendaire justifiera de deux années de stage officinal, fait après la candidature en pharmacie, par la production de certificats approuvés par une des commissions provinciales.

» Le jury peut se dispenser de procéder à l'examen sur les opérations chimiques, pharmaceutiques et toxicologiques, si le second examen prouve suffisamment qu'il y a lieu de prononcer l'ajournement ou le rejet.

» Le gouvernement peut accorder des dispenses aux étrangers munis d'un diplôme de pharmacien, sur l'avis conforme du jury d'examen chargé de la réception des pharmaciens. »

M. le Président : La quatrième section se ralliant à l'amendement de ces messieurs, c'est sur cet amendement qu'il s'agit de voter.

Il est ainsi conçu :

« Il y aura pour la pharmacie deux grades : celui de *candidat en pharmacie* et celui de *pharmacien.* »

Ce paragraphe est adopté.

Deuxième paragraphe. — « Nul ne sera admis à l'examen de candidat en pharmacie s'il n'a préalablement subi devant le jury chargé d'accorder le grade d'élève universitaire, un examen préparatoire sur le français et le latin. » (Adopté.)

M. le Président : Nous mettons aux voix la partie suivante du paragraphe : « les éléments de géométrie moderne. » (Adopté.)

« Les mathématiques élémentaires comprenant la géométrie plane, l'arithmétique et l'algèbre jusqu'aux équations du second degré inclusivement. »

M. Mareska propose de dire seulement : « la géométrie; » cela comprend la géométrie plane et la géographie des solides.

M. Martens est d'avis qu'il faut maintenir la mention des deux branches.

M. le Président : La disposition serait rédigée de la manière suivante : « Les mathématiques élémentaires, comprenant les éléments de géométrie, l'arithmétique et l'algèbre jusqu'aux équations du second degré inclusivement. »

Cette rédaction est adoptée.

« Les principaux faits de l'histoire universelle. — L'histoire de la Belgique. » (Adopté.)

« Cet examen coûtera 20 francs. » (Adopté.)

« L'examen de candidat en pharmacie aura lieu devant le jury des sciences naturelles. » (Adopté.)

« Il comprendra les éléments de physique. » (Adopté.)

« La botanique descriptive et la physiologie végétale. » (Adopté.)

« Les éléments de chimie inorganique et organique. »

M. Vleminckx, rapporteur, propose de supprimer le mot *éléments*, et de dire simplement : « la chimie inorganique et organique. »

L'amendement de M. Vleminckx est adopté.

« Les premiers éléments de minéralogie. »

M. Vleminckx demande le retranchement de ces mots.

Le retranchement des mots : « les premiers éléments de minéralogie » est mis aux voix et adopté.

« Cet examen durera une heure, et coûtera 100 francs. » (Adopté.)

« L'examen de pharmacien aura lieu devant un jury spécial nommé par le gouvernement. « (Adopté.)

« Il comprendra l'histoire des drogues et des médicaments, leurs altérations et leurs falsifications. » (Adopté.)

« Les doses *maxima* auxquelles on peut les administrer. »

M. François croit inutile d'examiner le récipiendaire sur cette partie de la posologie.

M. Vleminckx croit que le mot *posologie* est plus convenable; il comprend d'ailleurs ces doses *maxima* que veut M. Pasquier.

Les mots : « *la posologie* » sont mis aux voix; ils ne sont pas adoptés.

Les mots : « *les doses maxima auxquelles on peut administrer les médicaments* » sont adoptés.

« La pharmacie théorique et pratique. (Adopté.)

« Cet examen durera une heure et demie. » (Adopté.)

« Le récipiendaire aura ensuite à exécuter deux préparations pharmaceutiques, deux opérations chimiques et une analyse toxicologique. » (Adopté.)

« Cet examen coûtera 100 francs. »

M. Mareska fait remarquer qu'il n'y a aucun rapport entre le coût du premier examen et celui du second, qui est beaucoup plus long.

M. Vleminckx : Proposez 150 francs.

Le chiffre de 150 francs est adopté.

« En s'y présentant, le récipiendaire justifiera de deux années de stage officinal, fait après la candidature en pharmacie, par la production de certificats approuvés par une des commissions médicales provinciales. »

M. Stas : Les signataires de la proposition ont entendu que le stage devait commencer à l'époque où le récipiendaire a obtenu le grade de candidat en pharmacie. Rien n'empêche qu'il soit stagiaire avant cette époque; mais il doit l'être, au *minimum*, pendant deux ans, depuis son admission comme candidat en pharmacie.

M. Lombard : Il faudrait dire : « dans une ou plusieurs pharmacies, » afin qu'il n'y ait point de doute.

Le paragraphe est adopté avec cette addition.

« Le jury peut se dispenser de procéder à l'examen sur les opérations chimiques et pharmaceutiques, si le second examen prouve suffisamment qu'il y a lieu de prononcer l'ajournement. »

M. Stas : Il faudrait dire : « sur les opérations chimiques, pharmaceutiques et toxicologiques. »

Le paragraphe ainsi modifié est adopté.

« Le gouvernement peut accorder des dispenses aux étrangers munis d'un diplôme de pharmacien, sur l'avis conforme du jury d'examen chargé de la réception des pharmaciens. » — Adopté.

M. Sauveur : Je crois qu'il est entendu que chaque examen a lieu par écrit et oralement.

M. Vleminckx, rapporteur : C'est comme pour tous les examens.

M. le Président : La discussion est maintenant ouverte sur le paragraphe suivant :

« Les droits et les prérogatives du doctorat sont attachés au titre de pharmacien, obtenu conformément aux dispositions de la présente loi. »

Ce paragraphe est adopté.

M. le Président : Nous avons maintenant la proposition suivante :

« L'examen de pharmacien équivaudra à la candidature en sciences, pour les pharmaciens qui voudraient acquérir le titre de docteur en sciences naturelles et en pharmacie. »

M. Stas : J'appuie l'amendement de M. Pasquier; mais je voudrais qu'on y dit : « les pharmaciens admis aux examens conformément aux dispositions de la présente loi. »

M. Vleminckx, rapporteur : J'abonde dans le sens de l'honorable M. Stas, et demande que la disposition ne soit applicable qu'aux pharmaciens reçus conformément à la présente loi. Je reconnais toutefois, ajoute M. Vleminckx, qu'il y a quelque chose à faire pour les pharmaciens reçus avant la publication de cette loi, et c'est pour ce motif que j'insisterai pour l'adoption d'une disposition du projet de loi du gouvernement, qui est ainsi conçue :

« Les pharmaciens établis depuis cinq ans au moins avant la promulgation de la présente loi pourront obtenir le grade de docteur en sciences naturelles, en subissant l'examen requis pour ce grade. Ils sont dispensés de tout autre examen ou grade préparatoire. »

Le mot *établis* serait remplacé par le mot *diplômés*.

M. Stas demande qu'on supprime : « depuis cinq ans. »

M. Martens croit qu'il faudrait substituer au mot *docteur* celui de *candidat*, car autrement on serait beaucoup plus exigeant pour les pharmaciens anciennement reçus que pour ceux à recevoir d'après la nouvelle loi.

M. Mareska pense que la proposition, telle qu'elle a été formulée par M. Stas, est la seule admissible.

M. le Président : Je mets aux voix ce paragraphe :

« L'examen de pharmacien admis conformément aux dispositions de la présente loi équivaudra à la candidature en sciences pour les pharmaciens qui voudraient acquérir le titre de docteur en sciences naturelles. »

Ce paragraphe est adopté.

« Les pharmaciens diplômés depuis cinq ans au moins avant la promulgation de la présente loi, peuvent obtenir le grade de docteur en sciences naturelles, en subissant l'examen requis pour ce grade. Ils sont dispensés de tout examen ou grade préparatoire. » — Adopté.

« Les élèves actuellement inscrits en cette qualité par les commissions médicales provinciales sont dispensés de l'examen préparatoire, et autorisés à subir, jusqu'au 1er janvier 1851, les examens de pharmacien devant le jury, conformément aux prescriptions de la loi du 12 mars 1818. » —Adopté.

M. le Président : La parole est à M. le rapporteur pour faire un rapport sur les amendements présentés dans la séance d'hier, relativement à l'examen clinique.

M. Vleminckx, rapporteur : Messieurs, vous avez renvoyé à l'examen de la quatrième section les amendements présentés hier relativement à l'examen clinique que vous désirez imposer aux récipiendaires en médecine

La commission a reconnu que tous ces amendements, à l'exception d'un ou de deux, tendaient au même but. Tous exigent l'examen clinique; quelques-uns déterminent la durée de cet examen, quelques autres les matières qu'il doit comprendre.

M. Raikem seul ne veut pas de l'examen; il demande seulement que, dans la première année de clinique, l'élève soit assistant et praticien dans la seconde, sous les yeux de son professeur.

Un amendement de M. Seutin impose une espèce de stage, un examen clinique longtemps prolongé.

La section s'est réunie à l'unanimité au principe de l'adjonction de l'examen clinique aux examens pour le doctorat; je vais vous dire pourquoi elle a repoussé et l'amendement de M. Raikem et celui de M. Seutin : l'amendement de M. Raikem, parce que déjà les choses se pratiquent comme le désire l'honorable membre, attendu que, dans toutes les cliniques, les élèves sont d'abord assistants, puis ensuite praticiens, sous la direction de leur maître ; celui de M. Seutin, parce que sous l'empire de notre législation, il serait impossible d'exécuter son projet. On conçoit qu'en Prusse, rien ne s'y oppose; mais on ne procède pas là aux réceptions dans les réunions de jurys. Chez nous, le système de M. Seutin nous mènerait infailliblement à la permanence de la commission d'examen; or cette permanence ne pourrait être établie en Belgique.

Nous avons pensé qu'il serait satisfait, même aux exigences les plus fortes, par le système que nous allons avoir l'honneur de vous soumettre.

Le premier examen du doctorat comprendrait tout ce qui est écrit dans le projet soumis aux chambres; c'est-à-dire la pathologie, la thérapeutique générale et spéciale des maladies internes. l'anatomie pathologique et la pharmaco-dynamique.

Le deuxième, la pathologie externe, la théorie des accouchements, l'hygiène publique et privée et la médecine légale.

Mais après ce deuxième examen en viendrait un troisième exclusivement pratique : celui-ci porterait sur la clinique interne et externe, sur les opérations chirurgicales et obstétricales.

Voici l'avantage que présente ce système : c'est que l'élève, complétement débarrassé de tout examen théorique, pourra pendant cinq, six mois, une année entière, se livrer aux exercices opératoires et cliniques, et arriver ainsi devant le jury, non-seulement avec les certificats dont nous continuons à exiger la production, mais avec la preuve que ces certificats ont été bien donnés. L'examen clinique sera le contrôle de ces certificats.

Nous n'avons pas voulu spécifier de quelle façon il serait procédé à cet examen.

La loi de nivôse an XI ne spécifie rien non plus à cet égard, et on ne s'en est pas mal trouvé. Nous nous sommes rappelé ensuite que la loi de 1835 n'avait pas déterminé de quelle façon il fallait procéder à l'examen pratique en chirurgie et en accouchements; le mode de cet examen a été abandonné au jury, et nulle plainte n'a surgi depuis son institution. Seulement ce que nous avons voulu établir comme garantie pour les récipiendaires, c'est que le dernier examen n'ait que deux heures de durée.

Tel est l'ensemble des propositions que nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie.

M. le Président : La discussion est ouverte sur ce rapport

M. François propose de dire : « Le troisième examen durera au moins deux heures et pourra se prolonger pendant quatre heures. »

M. Seutin maintient que l'examen sur la clinique médicale, chirurgicale et obstétricale devrait se faire non pas dans les amphithéâtres, mais au lit des malades. Il voudrait que pendant la durée de la session, qui est de six semaines ou deux mois, le jury pût détacher deux de ses membres pour aller chaque jour, avec deux ou trois récipiendaires, passer une heure, deux heures, trois heures dans les hôpitaux, afin de s'assurer si les élèves savent ce que c'est que l'application des principes.

MM. Lebeau et François s'opposent aux prétentions de M. Seutin.

La première partie de la proposition de la quatrième section amendée par M. François est mise aux voix et adoptée.

M. le Président : La seconde partie de la proposition est ainsi conçue :

« Le premier et le second examen coûteront chacun 80 fr., le troisième 100 fr. »

M. Craninx a déposé l'amendement suivant :

« Les frais de tous les examens du doctorat en médecine seront les mêmes que ceux du doctorat en droit, à condition que la patente soit définitivement abolie. »

M. Vleminckx, rapporteur, fait remarquer qu'il ne s'agit en ce moment que d'observations au gouvernement relativement à une loi présentée aux chambres; or cette loi est une loi d'examens et de grades, et il est impossible d'y faire entrer la question des patentes.

M. Craninx retire son amendement.

La proposition de la section est mise aux voix et adoptée.

M. le Président : Voici une proposition présentée par M. Craninx :

« Tout en adoptant le rapport, l'Académie ne donne en aucune manière son assentiment à ce qui concerne l'organisation du jury d'examen proposée par le projet ministériel; la compagnie n'a en vue que les questions de détail relatives à l'exercice de l'art médical et pharmaceutique. »

M. Vleminckx demande sur cette proposition la question préalable.

M. Craninx retire sa proposition après quelques explications données par M. le rapporteur.

L'ensemble des dispositions votées par l'Académie est mis aux voix et adopté.

BIBLIOGRAPHIE.

Mélanges de médecine et de chirurgie pratique; par M. Levieux. — Un vol. in-8o. — Paris, chez Germer Baillière; Bordeaux, chez Lawalle, libraire, allées de Tourny. — 1849.

Il ne faut pas chercher dans ce recueil le développement d'un système médical ou la description d'une nouvelle méthode thérapeutique : ce sont tout simplement des faits pratiques, isolés le plus souvent, groupés, quand il y a lieu, par le seul lien de l'analogie naturelle, et accompagnés de réflexions. On peut dire que l'auteur a déposé là une note exacte de ce qui l'a le plus frappé, soit durant ses fonctions comme interne et comme chef de clinique à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, soit ensuite dans sa clientèle particulière. Aussi sont-ce des faits de choix qu'il a rassemblés ici, et leur intérêt nous a paru tel que nous n'avons pas cru pouvoir nous dispenser de donner de chacun d'eux à nos lecteurs une analyse succincte.

Trois faits de *kélotomie* sont rapportés : l'un relatif à une hernie du cœcum avec double sac et double étranglement, cas dont les difficultés multipliées exigèrent de la part de l'opérateur un haut degré d'habileté et de patience.

Dans le second, deux hernies crurales s'étaient étranglées simultanément chez une femme de 58 ans. On parvint, non sans peine, à réduire la droite; mais la gauche dut être opérée. Tout marchait bien, lorsque, le cinquième jour, de nouveaux accidents annoncèrent que l'étranglement avait encore reparu du côté droit. Heureusement on parvint, par le seul taxis, à détruire cette complication, qu'on voit bien rarement survenir à cause du repos absolu auquel les opérés de hernie sont assujettis jusqu'à guérison de leur plaie.

La dernière observation est celle d'une malade qui, par la kélotomie, fut à la fois débarrassée d'une ascite et de son étranglement herniaire. Au sujet de quelques accidents qui traversèrent la convalescence, M. Levieux cite les réflexions suivantes. Nous les reproduisons comme doublement intéressantes pour leur justesse, et à cause de l'autorité de celui à qui elles sont dues.

Un homme, dit M. Levieux, avait été opéré de la taille par Moulinié; huit jours s'étaient écoulés depuis lors, et le malade était dans les conditions les plus favorables, lorsque tout à coup, pendant la nuit, il est pris de délire et de hoquet. Le pouls est petit et fréquent, la langue sèche, le ventre ballonné; la plaie est devenue blafarde. Moulinié, averti de ce qui se passait, dit aux élèves : « Ce sont là des signes fallacieux par lesquels il ne faut pas se laisser imposer. La tympanite qui simule une péritonite dépend de ce que les intestins affaiblis se laissent distendre par des gaz; le hoquet tient au soulèvement du diaphragme par les organes digestifs gonflés outre mesure; la sécheresse de la langue et le mouvement fébrile tiennent à l'ardeur de l'économie, occasionnée par la privation des matériaux de nutrition; enfin le délire s'explique par l'exaspération du système nerveux. Ce malade, contre notre gré, s'est imposé une diète trop sévère; demain tout cela n'existera plus.... C'est de la faim; c'est du besoin d'alimentation. » Il exigea que, sous ses yeux, on donnât à manger au malade, dont l'état s'était amélioré au bout de quelques heures, et qui sortit de l'hôpital peu de jours après.

La *mort subite* dépend sans doute toujours d'une lésion de fonctions du cerveau, du cœur ou des poumons. Mais c'est à tort qu'on voudrait rapporter, dans tous les cas, la cause de la terminaison fatale à une altération morbide de ces organes; elle peut exister ailleurs, dans l'abdomen, par exemple. M. Levieux a rassemblé, pour soutenir cette thèse, de nombreuses histoires de morts soudainement arrivées, où l'autopsie ne démontra pas d'autre affection que des désordres des organes abdominaux. Tantôt ç'a été une distension extrême du canal intestinal, tantôt une rupture ou éraillure de la rate, du foie, une rupture, une ulcération spontanée de l'estomac. Mais de tous ces cas, le plus intéressant, sous le rapport chirurgical, est celui d'un homme qui, après avoir été atteint d'un coup de stylet dans la fesse droite, put d'abord marcher, et n'offrit qu'une piqûre à peu près insignifiante; mais à peine étendu dans son lit, il fut pris d'une agitation terrible. Sa peau devint froide, son pouls petit; des cris continuels désignaient seuls le ventre comme le siége de ses douleurs. Mort au bout de quelques instants, avant qu'on ait pu lui donner les premiers soins.

La nécropsie fit reconnaître à l'extérieur une infiltration sanguine qui, le long du nerf sciatique, se prolongeait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. La veine ischiatique avait été atteinte par l'instrument vulnérant; il en était résulté un épanchement considérable dans la cavité abdominale, qui était remplie de sang et tapissée de caillots noirs. Il fut dès lors très-facile d'expliquer l'apparition des symptômes, en réfléchissant que, tant que le blessé s'était tenu debout, l'hémorrhagie s'était frayé une voie, dans les tissus extérieurs, au bassin, tandis qu'au moment où il prit la position horizontale, le sang n'eut plus de tendance à sortir, mais bien au contraire à s'épancher dans le ventre par la seule voie qui lui fût ouverte.

A propos de l'*emploi du tabac comme moyen thérapeutique*, l'auteur raconte avec une louable sincérité l'histoire d'un jeune homme qui faillit succomber, empoisonné par un lavement de tabac prescrit contre des ascarides du rectum. Pendant vingt-quatre heures sa vie fut en danger très-sérieux. La dose cependant n'avait été que le quart de celle qu'indique un formulaire fort répandu. Malgré la gravité de cet effet, les ascarides persistèrent, et ne cédèrent que plus tard à l'usage des bains de mer.

Une dame âgée était atteinte d'un spasme des paupières du côté gauche qui, revenant de douze à quinze fois par jour, durait à chaque reprise de cinq à six minutes. Fatiguée de cette secousse et de la grimace qui en résultait, elle avait essayé sans succès mille moyens. Elle se mit enfin à priser du tabac. Le soulagement fut immédiat : à peine est-il mis en contact avec la muqueuse nasale que l'œil s'ouvre et que subitement le spasme cesse. Maintenant les crises sont rares, et chaque fois qu'elles reparaissent encore, elles sont arrêtées instantanément par le même moyen. M. Levieux explique ce succès par l'action dérivative du tabac : c'est aussi notre avis. Cet effet est, à nos yeux, l'analogue de celui qu'on obtient en prévenant l'éternuement ou la toux par la titillation des narines (voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 103); car, chez sa malade, le spasme des paupières était bien certainement comparable au phénomène convulsif qui constitue l'éternuement.

Huit observations de *pneumonie*, reproduites avec les détails les plus minutieux, montrent des exemples instructifs de la difficulté que les complications de cette maladie, si souvent simple dans son évolution, peuvent apporter au traitement. Dans la plupart de ces cas, les difficultés, toutes graves qu'elles paraissaient, ont été heureusement surmontées par l'application judicieuse de ce plan thérapeutique, qu'on a appelé la médecine des symptômes.

A la suite d'un *écrasement* qui avait porté sur les deux membres supérieurs d'un enfant, M. Levieux eut à pratiquer l'amputation de l'humérus droit à son tiers supérieur, et la désarticulation du pouce, de l'annulaire et du petit doigt de la main gauche. Ces opérations, malgré la complication que leur nombre constituait par lui-même, eurent un succès complet, et les appendices laissés au patient lui sont maintenant d'un très-grand secours. L'auteur insiste sur la nécessité d'agir de suite, dans des cas pareils. Ainsi qu'il le dit très-bien, attendre quelques jours, tenter la conservation, donner le temps à l'inflammation de se déclarer, à la suppuration de s'établir, et opérer ensuite en désespoir de cause, ce serait faire de la mauvaise chirurgie; ce serait compromettre l'art, l'opérateur, et avant tout la vie du patient.

Une véritable épidémie de *phlébite*, qui régna en mai et juin 1839 sur tous les sujets saignés à l'hôpital Saint-André, a fourni à l'auteur de précieux documents sur l'origine et la nature de cette grave complication. Il existe, selon lui, deux espèces bien distinctes de phlébite : l'une débute par la membrane interne de la veine; l'autre se développe par la propagation de l'inflammation des couches sous-tégumentaires vers la membrane extérieure du vaisseau, et commence par cette dernière. Celle-ci est par conséquent moins une phlébite véritable qu'un phlegmon ou un érysipèle phlegmoneux contigu à la vessie.

Cette seconde espèce, bien que plus effrayante en apparence par la gravité des désordres locaux qu'elle occasionne, offre cependant un pronostic moins défavorable. D'abord, elle donne moins facilement lieu au mélange du pus dans le sang, puisqu'ici le pus est sécrété en dehors du vaisseau. En second lieu, elle est beaucoup plus accessible aux moyens de traitement. Et en effet, M. Levieux l'a vue céder plusieurs fois au système thérapeutique mis en usage, dans lequel les sangsues, les onctions mercurielles, et surtout de larges incisions faites de bonne heure sur le siége de l'inflammation, tiennent le premier rang.

Un des faits les plus anciens que l'on trouve dans ce recueil est celui d'un douanier, affecté de rhumatisme, retraité depuis plusieurs années et vivant dans les fatigues et la misère. Il n'avait, du reste, que 41 ans et jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il fit appeler M. Levieux, le matin du 11 octobre 1847, pour une vive douleur du poignet gauche qu'il prenait pour un retour de son rhumatisme. Le médecin, partageant cette opinion, prescrivit huit sangsues et des cataplasmes. Mais quel ne fut pas son étonnement de trouver, au bout de quinze heures, la main et le tiers inférieur de l'avant-bras complétement sphacelés. La gangrène fit rapidement de nouveaux progrès, et la mort eut lieu en trente-six heures. L'autopsie montra une intégrité apparente parfaite de tous les organes. Seules, les veines radiale et cubitale offraient sur leur membrane interne une teinte rouge assez prononcée; mais comme elle n'existait qu'au niveau des parties mortifiées, ne s'accompagnait d'aucun signe de phlegmasie ni surtout d'oblitération des vaisseaux, il est infiniment probable (et c'est aussi l'avis de M. Levieux) qu'elle était l'effet, et non la cause de la gangrène.

Un dernier fait est remarquable par le *nombre des lésions oculaires* qu'une seule cause traumatique détermina. Violemment atteint dans l'œil gauche par la projection d'une poignée de très-petits graviers, le blessé eut d'abord à supporter les manœuvres d'extraction, qui ne durèrent pas moins de deux heures. Une inflammation intense avec kératite se déclara. Plus tard la cornée se perfora; il y eut une hernie de l'iris. La paupière inférieure contracta des adhérences avec la conjonctive oculaire, ce qui produisit un entropion avec déviation des cils. Un traitement antiphlogistique fort actif dans le début; ensuite l'application réitérée du nitrate d'argent sur la portion herniée de l'iris; l'arrachement des cils, la cautérisation des adhérences, tels furent les moyens qui, à l'exception de quelques adhérences rebelles, délivrèrent le blessé de tant de causes morbides accumulées, et rétablirent la vision de cet œil dans un état parfaitement sain.

Une *épidémie de variole*, qui sévit à Bordeaux en juillet et août 1847, a été l'occasion d'une monographie très-détaillée. M. Levieux a reconnu que, dans le nombre des sujets qui ont été frappés de variole, il y en a eu en tout au plus un dixième chez lesquels on a découvert des traces de vaccination. Chez presque tous les malades qui ont succombé à la variole, la mort a été due à la résorption purulente, à l'irritation nerveuse du cerveau ou au développement de pustules sur la muqueuse laryngée.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

EXPÉRIMENTATION OFFICIELLE DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Dans notre dernière Revue hebdomadaire, consacrée à l'examen de l'expérimentation officielle de l'acide arsénieux dans les fièvres intermittentes, nous disions que M. Boudin avait pu se passer entièrement de sulfate de quinine pendant des années, l'acide arsénieux ayant été administré dans tous les cas qui réclament le sulfate de quinine. Notre honorable confrère nous fait observer que notre expression n'est pas strictement conforme à la vérité, car si le sel de quinine en nature n'a pas été prescrit, on a eu recours, pendant un an, à l'arséniate de quinine. Il était en effet assez naturel d'espérer de bons résultats de l'alliance de deux médicaments dont l'un, la quinine, a une vieille et inébranlable réputation, et dont l'autre, l'arsenic, semble à M. Boudin tout aussi efficace. Mais l'arséniate de quinine n'a pas répondu à ce qu'on attendait de lui, et l'acide arsénieux est bientôt venu le remplacer, comme supérieur au double point de vue économique et thérapeutique.

Un mot sur la préparation pharmaceutique à laquelle s'est arrêté M. Boudin pourra être utile à ceux de nos confrères qui voudraient essayer l'antipériodique arsenical. C'est une solution faite à chaud de 100 milligr. d'acide arsénieux pour 100 grammes d'eau; le dosage est des plus faciles, puisque 1 gramme d'eau représente 1 milligr. d'acide. Nous avons dit que 3 centigr. d'acide arsénieux, c'est-à-dire 30 grammes de la solution, est la quantité par laquelle M. Boudin débute ordinairement. Il est bien entendu que 18 centigrammes, dose exceptionnelle à laquelle M. Boudin est arrivé sans accidents, n'a pas été administrée d'emblée, mais graduellement et en tâtant avec grand soin l'impressionnabilité du sujet.

Dans ces derniers temps, M. Boudin administrait la liqueur arsenicale dans du lait; mais aujourd'hui il la donne dans 70 grammes de vin sucré aromatisé avec la teinture de cannelle et de mélisse. L'arsenic est ainsi fort bien déguisé et pris sans aucune espèce de répugnance.

L'arsenic est un poison auquel le crime a recours si souvent, et la terreur qui s'attache à ce nom est si universelle, qu'il sera prudent de ne jamais appeler ce médicament par son nom devant le malade, mais d'adopter une expression conventionnelle, par exemple : *vin minéral*, *vin fébrifuge*, etc. C'est l'expérience qui nous suggère ces réflexions. Chez les militaires, habitués pourtant à l'obéissance, nous avons vu de vives répulsions excitées par le mot *arsenic ;* elles ont entièrement cessé avec le changement de nom, et le vin qui sert aujourd'hui de véhicule à l'acide arsénieux ne contribue pas peu à garantir au médecin que le médicament sera pris régulièrement.

Quelques-uns des chiffres sur lesquels s'appuie M. Boudin, pour établir la prééminence de l'acide arsénieux au point de vue économique, n'ayant pas été exactement consignés dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, nous les rétablissons ici.

En supposant un accès de fièvre paludéenne par jour sur 1,000 habitants de la métropole et des colonies, et 3 décigr. de sulfate de quinine administrés par accès, on arrive à :

36,000 accès par jour;
13,000,000 — par an;
3,942 kilog. de sulfate de quinine par an;
3,153,600 fr. de dépense pour les pharmaciens;
7,884,000 fr. pour les consommateurs.

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES COMATEUSES QUI ONT RÉGNÉ EN 1847, DANS LA SUBDIVISION DE TLEMCEN, NOTAMMENT A SEBDOU; par MM. E. SONRIER, chirurgien en chef de l'hôpital de Sebdou, lauréat de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, et FÉLIX JACQUOT, médecin de l'hôpital militaire du Roule.

(Suite. — Voir les numéros 4, 10, 23 et 27.)

VIII. — NATURE.

Dans tout accès paludéen, il y a molimen, raptus sanguin vers les viscères: la rate est l'organe qui se congestionne le plus facilement, puis vient le foie ; les autres organes de l'abdomen, et quelquefois le poumon et le cerveau, sont aussi l'aboutissant du flux sanguin. M. le professeur Michel Lévy a fait souvent remarquer, à sa clinique du Val-de-Grâce, que, chez les vieux fébricitants d'Afrique, le retour seul d'un accès accumule fréquemment assez de sang dans la rate, pour que son accroissement de volume soit appréciable à la percussion et même à la palpation. Dans certaines fièvres paludéennes qu'on a appelées pneumoniques, hépatiques, etc., le sang engorge le poumon, le foie, etc., et il peut arriver que ces organes s'enflamment, sous l'influence de cette congestion inaccoutumée. Le raptus sanguin peut être assez violent pour déchirer la rate, ou pour produire une hémorrhagie cérébrale, soit avec rupture soit par simple transsudation. Des hémorrhagies peuvent aussi avoir lieu par les membranes olfactive, bronchique, intestinale, et jusque dans le tissu cellulaire. On trouve, dans nos observations, des exemples de presque tous ces cas. Hâtons-nous d'ajouter, pour qu'on sache notre pensée tout entière, que, outre le raptus, l'intoxication du sang joue certainement un rôle actif pour la production de ces hémorrhagies.

Dans les pyrexies paludéennes, il n'y a pas seulement raptus sanguin, mais aussi raptus séreux, ce qui veut dire que le sang ne se précipite pas toujours en nature, mais laisse s'échapper sa sérosité, limpide ou chargée de quelques principes colorants. Notre épidémie offre de remarquables exemples de ce raptus, et plusieurs de nos malades n'ont même présenté à l'autopsie que des accumulations séreuses dans les méninges et dans quelques autres enveloppes viscérales; or, dans ce cas, on ne peut pas mettre l'hydropisie sur le compte de la compression veineuse exercée par l'hypertrophie des organes, puisque ceux-ci avaient leur texture et leur volume ordinaires; donc il peut y avoir raptus séreux dans les accès paludéens.

Feuilleton.

DE L'IMITATION DU CRI DES ANIMAUX DANS PLUSIEURS AFFECTIONS NERVEUSES.

En lisant l'histoire des singulières épidémies qui ont éclaté au moyen âge dans un grand nombre de couvents, et qui se sont reproduites jusqu'à des temps assez rapprochés de notre époque, on constate dans un assez grand nombre de cas l'existence d'un symptôme qui consiste dans des aboiements, des miaulements, des hurlements, etc., en un mot, dans l'imitation du cri des animaux. Ce phénomène, qui était alors presque constamment associé à l'hystérie, à la démonopathie, à la chorée, quoique beaucoup plus rare de nos jours, s'observe encore dans quelques cas.

L'observation que nous allons rapporter est intéressante par l'ancienneté de la maladie, son caractère, son identité avec les faits dont nous donnerons bientôt un extrait, et par l'absence du désordre intellectuel, si commun dans les anciennes épidémies.

OBS. I. — Le 17 janvier 1849, la nommée A. L..., âgée de 47 ans, née à Bologne, célibataire, sans profession, entra à l'hospice de la Charité, dans le service de M. Rayer.

Cette fille, petite, maigre, sèche, pâle, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux, nous donna, sur l'affection pour laquelle elle était entrée, les renseignements suivants :

Réglée à 11 ans, sans douleurs bien tranchées, elle continua de l'être régulièrement et fortement pendant huit jours. A l'âge de 28 ans, elle éprouva un violent chagrin; elle était alors à son époque; les règles s'arrêtèrent, et lorsqu'elles reparurent, elles avaient diminué de moitié et ne coulaient plus que trois à quatre jours ; en même temps, elle ressentit une vive oppression à l'épigastre, elle poussait des soupirs continuels. Pendant quatre ou cinq ans, le malaise consista dans des palpitations, des étouffements et des soupirs, qu'elle poussait presque malgré elle et sans relâche. L'apparition des règles était suivie d'une amélioration qui persistait pendant plusieurs jours. Ses fonctions digestives se faisaient bien.

En 1835, la malade eut de nouveaux chagrins qui aggravèrent son état, en même temps qu'ils en changèrent la forme ; aux soupirs succédèrent des aboiements ; sans motif, entraînée par une force irrésistible, elle se mettait à aboyer, à japer, et ce singulier spasme durait quelquefois deux ou trois mois, ayant à peine que ques instants de calme. D'autres fois, au lieu d'imiter le chien, elle était forcée de répéter pendant des heures entières les mêmes mots ; ainsi, nous l'avons entendue, en 1838, dans la salle de M. Magendie, à l'Hôtel-Dieu, à l'époque où nous faisions nos recherches sur la menstruation, prononcer avec une

Bien plus, nous pensons qu'on doit aussi admettre un raptus nerveux. Nous ne faisons pas ici une création, puisque l'apoplexie nerveuse est chose reconnue; d'ailleurs Nepple a déjà pressenti l'existence de ce raptus *sine materiâ*, témoin la manière dont il cherche à expliquer les fièvres comateuses sans lésions : il accuse « la concentration *nervoso-sanguine* qui se fait vers l'abdomen à chaque accès et jette le cerveau dans l'anémie, *ou bien une concentration nerveuse qui se fait vers le cerveau et épuise sa vitalité.* »

Étant admis ce triple raptus, nous pouvons accepter les résultats nécroscopiques si divers donnés par les auteurs, et expliquer néanmoins le mécanisme pour ainsi dire par lequel un accès de fièvre devient comateux. Il suffit, pour que la fièvre revête cette forme, que le raptus, au lieu de se porter sur tous les organes en général et particulièrement sur la rate et les viscères abdominaux; il suffit, disons-nous, qu'il s'effectue préférablement vers le cerveau, pour que cet organe, lésé dans son jeu, ne remplisse plus ses fonctions et laisse tomber l'économie dans le collapsus du coma. Restera à rechercher dans quelles circonstances a lieu cette action élective du raptus sur l'encéphale.

Dans les fièvres comateuses sans lésions cadavériques, il y a eu simple raptus nerveux; dans celles qui ont laissé des traces, le sang et la sérosité, soit séparément, soit simultanément, ont afflué vers le cerveau. Chez le sujet de notre huitième observation, qui eut une apyrexie à peu près complète, entre deux accès carotiques dont le second l'emporta, et qui offrit à l'autopsie une hydropisie méningienne considérable, on ne peut pas supposer que le premier accès se soit accompagné des mêmes désordres que le second, quoique ayant été caractérisé à peu près par les mêmes symptômes; il n'est pas admissible, en effet, que l'apyrexie soit possible avec un cerveau comprimé par une masse de sérosité, et il n'est pas plus acceptable que le liquide sécrété puisse être repris assez rapidement pour disparaître entre deux accès séparés par un espace de temps si court. Donc s'il y a eu raptus séreux dans le premier accès, il a été peu considérable, et c'est surtout le raptus nerveux qui a occasionné la gravité des symptômes.

Il est à remarquer que, dans notre épidémie, le raptus ne s'est pas exclusivement porté sur la tête, car nous avons observé des congestions sanguines ou des hémorrhagies en différents endroits, et des collections de sérosité dans la plèvre, le péricarde, le péritoine.

Dans les *fièvres paludéennes comateuses*, c'est l'accès qui produit le raptus et conséquemment les désordres cérébraux qui commandent la forme de la maladie. Nous appellerons *fièvres paludéennes compliquées de coma* celles qui, survenant chez un individu affecté d'une maladie cérébrale quelconque, revêtent la forme comateuse à cause de l'état pathologique *antérieur* de cet organe. M. Gilette a cité un cas qui rentre dans cette catégorie (1). La distinction que nous proposons est celle des auteurs du COMPENDIUM DE MÉDECINE; elle nous paraît tout à fait rationnelle.

Bailly a insisté avec raison sur l'indépendance de la fièvre et des lésions locales; celles-ci ne sont, à proprement parler, que des épiphénomènes. Si elles sont peu graves, si elles ne consistent qu'en une légère congestion ou dans la sécrétion d'un peu de sérosité, on comprend qu'elles disparaissent après chaque accès, ainsi que le coma qui en est la conséquence. Mais si ces congestions sont étendues et profondes, si le sang s'est incorporé à la pulpe, s'il y a hémorrhagie par transsudation ou par rupture, ces lésions pourront entraîner la mort; ou, si l'individu survit, elles ne disparaîtront que peu à peu avec les symptômes qu'elles produisent : ainsi le coma s'est prolongé quatre, six et même onze jours chez certains sujets qui ont pourtant guéri. Nous avons dit ailleurs que c'est en partie à ces reliquats qu'il faut attribuer la céphalalgie qui a persisté quelque temps chez des convalescents; nous ajouterons que la persévérance des troubles des organes des sens, de la déviation de la langue, du bredouillement et de l'affaiblissement si considérable des membres pelviens chez certains sujets, n'ont sans doute pas d'autre cause.

Si les lésions accidentelles peuvent survivre à la fièvre, celle-ci peut, de son côté, reparaître quand les lésions ont cessé d'exister; on comprend en effet que l'économie ne se soit pas purgée de tout le toxique paludéen, et que celui-ci puisse manifester postérieurement sa présence. C'est ainsi que deux de nos malades ont eu des accès simples quelques jours après leurs accès comateux, et que bon nombre des hommes évacués sur Tlemcen ont présenté plus tard des fièvres intermittentes bénignes, des céphalalgies rémittentes et la cachexie paludéenne.

Nous ne pouvons pas terminer ce chapitre sans tirer de l'absence si fréquente de lésions de la rate, des conclusions propres à éclairer la question du rôle attribué à cet organe par quelques médecins, notamment par MM. Audouard et Piorry (1).

Si c'est une affection de la rate qui produit les accès, il est évident que cet organe doit être trouvé malade chez les sujets qui succombent au premier ou au second accès. Les nécroscopies faites dans de telles circonstances sont extrêmement rares en France, heureusement pour la théorie de M. Piorry; mais il n'en est pas de même en Afrique. Voyons ce qu'elles nous enseignent.

Plusieurs de nos collègues ont écrit ou nous ont rapporté l'histoire de fièvres mortelles au premier ou au second accès; la rate était le plus souvent, mais non toujours, tuméfiée. Faisons remarquer que ces fièvres ont principalement été observées chez des individus vivant depuis longtemps au sein des miasmes limniques, ayant déjà eu antérieurement de nombreux accès; la rate devait donc à peu près nécessairement se trouver engorgée. La question est ici complexe; mais elle devient simple dans notre épidémie, puisque celle-ci a sévi sur des hommes arrivés en Afrique depuis moins de deux ans et ayant parcouru, dans la province d'Oran, des localités qui présentent peu de sources miasmatiques.

Sept de nos autopsies comprennent l'anatomie pathologique de l'abdomen.

Sur 3 sujets qui ont succombé au premier accès, l'un a offert une rate un peu tuméfiée, mais sans changement de consistance (obs. 2). N'oublions pas que cet individu, convalescent d'une fièvre quotidienne qui l'avait retenu trente et un jours à l'hôpital, n'en était sorti que depuis huit jours seulement. Le second nous a présenté la rate dans le même état; nous manquons de renseignements sur ses antécédents (obs. 3). Le troisième enfin, atteint de fièvre carotique hémorrhagique (obs. 4), avait la rate gorgée de sang et un peu plus volumineuse qu'à l'état normal.

(1) Gilette, *in* JOURN. DE MÉD., 1843, p. 82. Voy. aussi Itard, MÉM. SUR QUELQUES PHLEGMASIES CÉRÉBRALES PRÉSENTÉES COMME CAUSE DE FIÈV. INTERM. PERNIC. (REVUE MÉD., octobre 1823.)

(1) Voy. la note lue en notre nom dans la séance du 11 juillet de l'Académie nationale de médecine et insérée au BULLETIN.

---

volubilité extrême : *Vous l'avez dit, vous l'avez dit! Non, non, non!* Les aboiements, les répétitions de mots s'entendaient d'un bout de la salle à l'autre. La nuit elle criait comme le jour.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle avait un écoulement qui durait depuis un an. La matrice était douloureuse. L'examen au spéculum fit reconnaître un engorgement du col, de l'ouverture béante duquel sortaient des matières blanchâtres et filantes. Pendant son séjour chez elle, on lui fit prendre un certain nombre de bains; elle fut aussi soumise à l'usage du quinquina. Un médecin consulté par la famille dit que la maladie ayant été causée par une émotion violente ne pourrait être guérie que par une émotion imprévue. La violence des accès détermina les parents à la faire entrer à l'Hôtel-Dieu; elle y fut traitée par les calmants, les antispasmodiques, le laurier-cerise; les médications qui la soulagèrent davantage furent les bains simples sulfureux, les sangsues, les saignées et les boutons de feu. A l'aide de ces derniers moyens, les accès devinrent de plus en plus rares pendant la nuit.

Lors de ses accès, cette fille avait parfaitement conscience de ce qu'elle faisait; mais elle ne pouvait s'en empêcher. Cette impossibilité de résister lui faisait venir des larmes aux yeux. Elle craignait beaucoup qu'on l'accusât de le faire exprès; elle disait qu'elle avait toute sa tête et qu'elle n'était point folle. La conversation ne révélait en effet aucun trouble intellectuel. La médication qui, dit-elle, l'a plus soulagée, est la saignée au pied et l'application du cautère actuel à l'improviste. Elle affirme qu'à la suite de ces médications, elle a eu deux et trois mois de calme. Pendant son séjour à la Charité, elle a plusieurs fois aboyé, mais par intervalles et beaucoup moins fortement que lorsque je l'observais il y a onze ans. M. Rayer lui a appliqué une fois par surprise le fer rougi à blanc derrière la nuque; ce moyen ne paraît pas avoir eu cette fois sur elle une action bien marquée. Sa maladie nerveuse ne l'affecte que médiocrement pendant l'été; elle se ranime aux approches de l'hiver. Autrefois, quand les accès étaient longs et forts, elle éprouvait une vive irritation aux parties sexuelles; elle en est aujourd'hui complétement débarrassée, ce qu'elle attribue aux cautérisations, à l'application des moxas, des boutons de feu, des bottes de Junod

La menstruation est régulière, mais depuis longtemps elle a lieu tous les quinze jours et dure deux à trois jours. Les aboiements deviennent plus fréquents et plus forts aux approches des règles et à leur terminaison.

Les facultés intellectuelles ne nous ont présenté aucun désordre. La malade affirme que ses idées sont plus claires, plus lucides qu'elles n'étaient autrefois; elle dit aussi qu'elle comprend beaucoup mieux. Il y a cinq ou six ans, sa mémoire était plus confuse, elle avait de la peine à se rappeler le passé. Après les accès, elle agissait automatiquement, portait les objets qui se trouvaient sous sa main dans différents endroits, et ne s'en souvenait pas. Lorsque nous l'examinâmes en 1838, sa raison ne nous parut aucunement altérée; parfois elle pleurait du regret que lui causait sa maladie; elle craignait qu'on ne lui reprochât d'en imposer; elle avoue que ses idées se sont troublées par moments, mais elle attribue ce résultat aux accès, et soutient qu'elle a toujours été maîtresse d'elle-même. Son sommeil est bon, elle ne rêve point. Elle n'a jamais eu qu'une seule hallucination : un jour elle vit un homme noir au pied de son lit; mais elle avait la fièvre.

La sensibilité et la motilité sont normales. La contractilité musculaire est mé-

Trois sujets ont succombé à leur second accès, les troisième et quatrième jours de leur maladie; tous avaient la rate normale (obs. 7, 8 et 10).

Un sujet a succombé le dixième jour à son troisième accès; sa rate n'était le siége d'aucun désordre (obs. 9).

Ces faits sont extrêmement significatifs. Aucun des malades qui ont succombé au deuxième accès n'a présenté de lésion de la rate, et, chose plus remarquable encore, celui qui est mort le dixième jour a offert la même intégrité de ce viscère. Nous avouons, du reste, que ce dernier cas nous paraît tout à fait exceptionnel.

Nous avons dit que les individus qui ont survécu à la fièvre carotique n'ont eu qu'un seul accès, deux au plus, grâce à l'administration hardie du sulfate de quinine. Chez quelques-uns la convalescence a été franche et sans accès nouveaux; chez d'autres nous avons vu survenir, après un temps variable, des accès simples, ou une céphalalgie rémittente dont le paroxysme était précédé d'un frisson, ou une simple céphalalgie également rémittente, mais sans aucune perturbation de la calorification, c'est-à-dire une véritable fièvre larvée. Eh bien! chez bon nombre des sujets appartenant à chacune de ces quatre catégories, se sont peu à peu dessinés les signes qui trahissent ce que nous appelons le cachexie paludéenne; à savoir : l'anémie, la teinte jaunâtre de la peau, la langueur des fonctions, l'anasarque ou des œdèmes, diverses hydropisies surtout abdominales, enfin la tuméfaction des organes de l'abdomen, notamment de la rate.

Ainsi nous voyons, d'une part, des accès tellement graves qu'un de nos sujets a été emporté en moins de deux heures, sans qu'il existe aucune altération de la rate; et, d'autre part, la rate, laissée intacte par un ou deux accès comateux, se prendre consécutivement sous l'influence de nouveaux accès simples et bénins, *ou même sans qu'aucun nouvel accès ne survienne.*

Nous pensons que, devant ces faits, il n'est plus permis de considérer les accès fébriles comme le résultat d'une affection de la rate (1).

(1) M. Piorry a cherché en vain, dans les séances des 11, 18 et 21 juillet 1848, à se soustraire à la pression de notre simple note, de nos faits, dans lesquels ont successivement puisé des arguments MM. Bousquet et Martin-Solon. Les objections de M. Piorry peuvent se résumer ainsi :

1° Nous n'aurions pas indiqué les dimensions de la rate. Or deux sujets nous ont présenté 0,08 et deux autres 0,09 de matité splénique sur la ligne axillo-iliaque. Pour M. Piorry il y aurait déjà hypersplénie dans ces deux derniers cas. Nous ne sommes pas d'accord ici avec ce professeur, car, pour nous, la rate à l'état physiologique oscille entre 0,08 et 0,10, et 0,09 serait la moyenne. M. Piorry n'a pas toujours autant rapetissé la rate: dans son TRAITÉ DE PERCUSSION IMMÉDIATE. il lui donne 4 pouces de longueur, ou 0,112 (M. Assolant lui attribue 4 pouces 1/2 ou 0,126, dans sa dissertation inaugurale, RECH. SUR LA RATE. Paris, an X); puis, dans son TRAITÉ DE DIAGNOSTIC ET DE SÉMÉIOLOGIE, M. Piorry restreint ce diamètre de 3 pouces 1/2 à 3 pouces 9 lignes, ou 0,098 à 0,102; enfin aujourd'hui c'est à peine si une rate est encore normale, pour M. Piorry, quand elle offre 0,08 de hauteur! Il est bien évident que la théorie a faussé l'observation; M. Piorry a été obligé de rogner la rate jusqu'à la faire plus petite que nature, afin de pouvoir la trouver hypertrophiée dans les fièvres paludéennes.

2° Si nous avons rencontré la rate normale, c'est que le sulfate de quinine administré l'avait ramenée à ses dimensions physiologiques. M. Piorry ne nous échappera pas pour cela. Nos observations nous ayant montré des rates constamment normales chez des individus ayant présenté plusieurs accès, que cette dimension physiologique soit due ou non au sulfate de quinine, il n'en reste pas moins toujours patent *qu'il y a eu des accès avec une rate normale.*

La congestion de ce viscère nous semble naître : 1° sous l'influence d'accès répétés; 2° quelquefois par suite de la présence dans l'économie du poison paludéen, quand même celui-ci, après avoir produit un ou deux accès graves, n'a plus trahi sa présence par aucun autre accès, ou n'a donné lieu qu'à des accès simples ou larvés peu nombreux. Dans le premier cas, ce sont principalement les accès qui agissent pour congestionner la rate; dans le second, l'intoxication semble avoir une action directe sur ce viscère. 3° Les deux causes que nous venons de nommer sont le plus souvent simultanément en œuvre.

Dans nos cas foudroyants de fièvre carotique, l'imprégnation de l'économie par le poison miasmatique a probablement été prompte et énergique; elle s'est manifestée par des accès de la plus haute gravité, avant d'avoir produit aucun des signes physiques qui caractérisent les vieux fébricitants; donc il faut distinguer, à propos du poison paludéen, l'*intoxication* d'avec la *cachexie*. de même qu'on distingue, par exemple, l'empoisonnement par un sel vénéneux de mercure d'avec la cachexie produite par l'usage prolongé des mercuriaux (1). L'*intoxication* paludéenne peut très-bien exister sans gonflement de la rate; notre épidémie le prouve péremptoirement; et ce gonflement nous semble bien plutôt un des phénomènes de la *cachexie limnique* que l'attribut de l'*intoxication*. Il y a plus : *ce n'est pas toujours l'engorgement de la rate qui commence la série des désordres qui suivent la fièvre, puisque nous avons trouvé de la sérosité dans les diverses séreuses et dans le tissu cellulaire, alors que la rate n'était encore le siége d'aucune lésion appréciable.*

Enfin, nous pouvons conclure de l'histoire de notre épidémie, que l'hydropisie abdominale consécutive aux pyrexies limniques n'est pas toujours et exclusivement produite par la gêne que l'hypertrophie de la rate fait éprouver à la circulation veineuse abdominale, puisque nous avons rencontré quelques hydropisies péritonéales chez des sujets dont la rate était saine. L'intoxication du sang par le miasme limnique joue donc, avec le *raptus*, un rôle comme cause des hydropisies, abstraction faite de la gêne de la circulation.

IX. — TRAITEMENT.

Ce que nous venons de dire à propos de la nature de la maladie, indique nettement les principes sur lesquels sera basée la thérapeutique; il y a deux éléments auxquels on doit s'attaquer : 1° la fièvre, cause de tous les accidents : il faut en empêcher le retour; 2° les lésions produites par la première, lésions qui sont souvent tellement graves qu'elles ne peuvent disparaître avec la cause qui les a amenées, mais qu'elles exigent un traitement spécial. On a nommé le spécifique qui remplit la première indication : c'est le sulfate de quinine. Pour obéir à la seconde, on a à sa disposition des moyens variés selon les cas, et que nous tâcherons de formuler.

1° TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Nous avons dit que presque jamais, jamais peut-être, un accès coma-

(1) Pour que cette comparaison reste juste, il ne faut pas lui donner trop d'extension; en effet les sels vénéneux agissent plus ou moins rapidement après leur ingestion, tandis que le poison paludéen peut rester dans notre économie à l'état de *latence*, comme l'a prouvé M. Boudin, et ne manifester sa présence que par intervalles.

---

diocre, mais en rapport avec son organisation.

Lorsque l'accès commence, elle éprouve un picotement dans le vagin, surtout au moment de crier. Le plus ordinairement elle est avertie de son approche par une envie de dormir, et sa terminaison a lieu de la même manière. La région qui lui a paru plus affectée est l'épigastre, où elle éprouve un resserrement; à la fin de l'accès, elle a tous les membres brisés. Le cou est parfois le siége d'une espèce de strangulation; elle n'a jamais senti qu'une fois la boule hystérique. Elle a de temps en temps des envies de vomir; les nausées n'amènent aucun liquide. Lorsqu'on la regarde ou qu'on lui parle, elle n'en continue pas moins à aboyer, mais elle se trouve gênée et éprouve même une sorte d'irritation. Il suffit quelquefois d'un regard ou d'une parole pour provoquer l'accès. A l'Hôtel-Dieu, ses accès étaient presque sans intermittence; à diverses reprises, on a constaté qu'elle n'avait qu'une demi-heure de repos. Maintenant les accès sont beaucoup plus courts et plus légers. L'amélioration remonte à cinq ans. Elle est souvent quinze jours sans éprouver aucune crise. Depuis quelque temps, son sommeil est plus agité, ce qu'elle attribue au besoin de la saignée, qu'on n'a point pratiquée depuis six mois. quoiqu'on eût l'habitude de la saigner au pied tous les deux mois, ce qui, d'après elle, la soulageait beaucoup.

Après un séjour d'environ deux semaines, cette femme a quitté la Charité, ne criant presque plus.

Cette observation soulève plusieurs questions intéressantes; mais avant de les passer en revue, il nous a paru utile de dire quelques mots de faits analogues que nous avons pu recueillir. C'est surtout parmi les aliénés et chez les monomanes tristes que nous avons noté les cris des animaux. Dans le mois de janvier 1844, nous reçûmes dans notre établissement un littérateur habituellement hypocondriaque, qui était dans un état d'angoisse inexprimable. Il s'imaginait avoir été mordu huit jours auparavant par un chat enragé, et depuis ce moment il n'avait pas un instant de repos. Il criait, aboyait, hurlait; ses yeux devenaient hagards; il suppliait les personnes proches de s'éloigner, parce qu'il voulait les mordre. C'était surtout la nuit que ses crises étaient plus fréquentes et plus fortes. Les premières fois, je me réveillai en sursaut, croyant entendre un chien pousser ces hurlements plaintifs si pénibles au milieu du silence des nuits. Dans cet état, il se plaignait d'un spasme qui partait du bas-ventre, lui étreignait la poitrine et la gorge; il ne pouvait avaler. Depuis huit jours, il n'avait pris que de l'eau. Son sommeil était nul; la nuit, l'anxiété était extrême; il bavait sans cesse, répétait qu'il allait mourir. Toutes les fois qu'il voyait le mot *eau* ou la lettre *o*, il éprouvait un tremblement spasmodique des lèvres, surtout de la lèvre inférieure. Vingt ans auparavant, sans cause connue, il avait eu un accès d'hydrophobie, par suite de l'idée qui s'était emparée de son esprit qu'il avait été mordu par un chien enragé. Après plusieurs mois de soins physiques et moraux, il put reprendre ses travaux sans être complétement débarrassé de son hypocondrie. Cet infortuné, sur lequel j'avais pris un grand ascendant venait me voir de temps en temps; c'était surtout lorsqu'il était tourmenté par des idées de suicide ou d'homicide, car il éprouvait souvent le besoin de faire du mal aux autres, qu'il venait me consulter. Admis dans la familiarité de personnages marquants qui connaissaient sa maladie, jamais je n'ai mieux compris combien la vie de l'homme tenait à un fil; il n'eût fallu qu'un tour de cheville de plus

teux ne s'est déclaré sans antécédents, dans notre épidémie : cette circonstance est extrêmement heureuse. Quand on aura acquis la certitude qu'on est sous l'influence d'une épidémie telle que les accès tendent à revêtir la forme comateuse et surtout la variété carotique, on devra attaquer énergiquement les céphalées rémittentes et les fièvres paludéennes bilieuses, aussitôt qu'elles se déclarent. On empêchera ainsi les accès comateux de survenir. C'est à une médication prompte et hardie que nous avons dû, à l'Isser, à Oued-Chouli et à Sebdou, de prévenir beaucoup de fièvres graves ou pernicieuses. Aux deux camps de l'Isser et d'Oued-Chouli, bien peu des hommes qui nous ont consultés dès la première apparition du mal, ont eu des accès somnolents consécutifs, tandis que beaucoup de ceux qui ont négligé d'avoir recours à nos conseils dès l'origine ont été en proie à la fièvre comateuse. Nous ne craignions pas de donner par jour 1 ou 2 gr. de sulfate de quinine, que nous distribuions nous-mêmes aux heures voulues, et que nous faisions avaler devant nous, pour être sûrs de leur ingestion. Quand on est appelé lors du premier accès simple, 1 gramme suffit ordinairement ; mais si le sujet est à son deuxième ou troisième accès et qu'on craigne un danger prochain, on augmentera la dose. Ce médicament nous a rendu à peu près les mêmes services dans les céphalalgies rémittentes de Sebdou, que dans les fièvres bilieuses de l'Isser et de Oued-Chouli. Pour éviter les rechutes, nous continuions de six à dix jours, d'abord aux mêmes doses, puis à doses décroissantes. Quand on débute par 2 grammes, il peut y avoir quelques inconvénients à persévérer ainsi quelques jours ; nous administrions la même dose le lendemain seulement, puis commençait notre progression descendante. Nous n'avons jamais eu d'intoxication alarmante : des tintements d'oreille, de légers troubles de la vue, de l'incertitude dans la marche et des éblouissements, nous indiquaient qu'il fallait nous arrêter. Ces accidents ne nous donnaient pas d'inquiétude, l'expérience nous ayant appris qu'ils s'évanouissent rapidement quand on cesse la médication ; nous ajouterons même que, dans certains cas, au risque de maintenir le sujet deux ou trois jours dans cette semi-intoxication, nous nous contentions de diminuer les doses sans suspendre. Cette dernière conduite peut paraître un peu hardie dans une épidémie de fièvres le plus souvent somnolentes et rarement soporeuses, comme celles de l'Isser et de Oued-Chouli ; mais elle sera sans aucun doute jugée nécessaire quand les fièvres tendent à la forme carotique, ainsi que cela a eu lieu à Sebdou ; dans ces cas, il faut à tout prix empêcher l'accès.

Le sulfate de quinine n'a pas constitué notre médication tout entière : l'état bilieux si prononcé et la céphalalgie, nous ont dicté des indications spéciales.

Les vomitifs empêchent souvent l'accès simple et même somnolent d'avoir lieu et font cesser quelquefois la céphalalgie rémittente ; mais leur action est passagère et le mal reparaît plus tard, si l'on n'administre pas en même temps le remède héroïque. Quand nous ne craignions pas un accès grave trop prochain, nous faisions vomir le matin et nous administrions le sulfate de quinine dans la journée. Cette méthode a deux avantages : 1° Le sulfate de quinine paraît agir avec plus d'efficacité, à dose égale, administré après le vomitif que donné sans avoir préalablement fait vomir. M. Boudin a, dans ces derniers temps, démontré l'utilité des vomitifs chez les malades traités pour fièvres paludéennes. Or l'indication était bien plus pressante chez nous, à cause de l'état bilieux si caractérisé. D'ailleurs le vomitif seul ayant souvent empêché l'accès attendu de paraître, son efficacité est ainsi directement mise hors de doute. 2° Les vomissements bilieux, si fréquents dans la forme qui nous occupe, deviennent bien moins communs ou même disparaissent tout à fait dans la journée, quand on a eu soin de donner un vomitif le matin ; le sulfate de quinine est ainsi gardé par l'estomac qui, sans cette précaution, l'eût probablement rejeté.

Quand nous redoutions un accès grave pour le jour même, nous administrions immédiatement le sel quinique ; s'il n'était pas conservé par l'estomac, nous appliquions de suite un large vésicatoire à l'eau bouillante et nous saupoudrions de sulfate de quinine la surface dénudée ; nous faisions en même temps donner un lavement avec 2 grammes du fébrifuge ; mais ces deux modes sont assez difficiles au camp, où l'on manque de presque toute espèce de ressources.

Les vomitifs étaient répétés dans le cours de la maladie, et nous ne craignions pas de les ordonner plusieurs jours de suite si la persistance de l'état bilieux était révélée par la fréquence des vomissements, l'empâtement et l'amertume de la bouche, les enduits jaunâtres de la langue, l'anorexie et la soif, la céphalalgie, la pesanteur à l'hypogastre et la constipation. Cette dernière nous a souvent fait substituer les éméto-cathartiques aux émétiques : nous accordions la préférence à la potion avec ipécacuanha et calomel. Nous ne craignions pas, dans beaucoup de cas, de porter d'emblée cette potion à 1 gramme de l'une et l'autre substance. Ces proportions étaient également famières à M. Mayer, alors médecin en chef de Mascara, qui en obtenait d'excellents effets.

Nous avons eu rarement recours aux antiphlogistiques. Les ventouses scarifiées à la nuque nous ont rendu service quand la tête était congestionnée, la face vultueuse, le pouls élevé, le sujet sanguin. Nous avons pratiqué quatre ou cinq fois une petite saignée de 300 grammes, quand l'indication en était bien formulée par l'exagération des caractères que nous venons de nommer.

2° TRAITEMENT DE LA FIÈVRE COMATEUSE DÉCLARÉE.

Quand on apporte un malade plongé dans le coma, il faut diriger le traitement dans le double but de remédier aux accidents actuels, et de prévenir un autre accès qui ramènerait les mêmes accidents.

A. Remédier aux accidents actuels.

La conduite du médecin ne doit pas être la même pour tous les sujets. Nous avons établi, à notre article *Diagnostic*, les principaux signes auxquels on reconnaîtra la forme syncopale de la forme apoplectique. On ne devra pas perdre de vue cette distinction ; elle est capitale pour la thérapeutique.

Dans la première, le pouls est presque insensible, la respiration à peine marquée ; les extrémités et quelquefois toute la surface du corps sont glacées. L'indication est évidemment de ranimer la vie prête à s'éteindre. On y parviendra à l'aide de frictions, de l'urtication, de sinapismes promenés largement sur les membres et même sur le tronc, de vésicatoires appliqués avec l'eau bouillante ou le marteau de Mayor, enfin par l'administration de toniques et d'excitants diffusibles par l'estomac ou en lavements. Nous nous sommes bien trouvés des injections intestinales avec camphre 0,5 à 1, et extrait mou de quinquina 3 à 6 grammes. 10 à 12 gouttes d'éther, projetées dans la bouche, produisent souvent aussi une vive sensation, une sorte d'explosion qui réveille le malade. Il nous a semblé enfin que les lavements de sulfate de quinine ont agi non-seulement en conjurant l'accès à

---

pour qu'il devînt l'acteur principal d'un de ces drames lugubres que la folie seule peut expliquer. Pendant une absence que je fis de Paris, ce pauvre malade s'ouvrit le ventre et mourut sur-le-champ.

OBS. II. — Il y a plusieurs mois, je reçus dans mon établissement de la rue Neuve-Sainte-Geneviève une dame de 56 ans, qui présentait tous les signes de la démonomanie, dont elle avait déjà été atteinte et guérie vingt ans auparavant. Cette malade était un exemple isolé de ces folies religieuses épidémiques dont Bodin, Delancre et M. Calmeil nous ont rapporté de si curieuses histoires. Elle croyait que le diable lui était entré dans le corps et qu'elle était à tout jamais damnée. Cette pensée faisait son désespoir et donnait lieu à des crises très-fréquentes pendant lesquelles elle s'écriait qu'elle était perdue, qu'elle serait étranglée, que la mort la plus terrible lui était réservée. Pendant les crises, elle poussait des hurlements perçants qui ne lui laissaient pas un moment de repos. Par moments, elle aboyait comme un chien, et prétendait qu'elle était changée en cet animal ; d'autres fois elle faisait entendre des miaulements et affirmait qu'elle était un chat. Ces accès étaient très-fréquents et se répétaient dix ou douze fois dans la journée ou dans la nuit. Comme dans le cas précédent, il ne pouvait y avoir aucun doute sur l'aliénation mentale ; entre autres symptômes, elle s'imaginait que le diable lui lançait son urine dans la gorge, ce qu'elle trouvait détestable.

Dans deux autres cas, nous avons noté les aboiements chez des femmes dont l'une était monomane et l'autre démente. Les cris d'animaux, les rugissements ne sont pas rares chez les aliénés : nous avons eu à diverses reprises des paralytiques qui poussaient des cris semblables à ceux des bêtes féroces. Dans les observations assez nombreuses de ce genre que nous avons recueillies, la peur ou la croyance à une transformation en animal quelconque paraissent avoir été les principaux mobiles de ces cris. On trouve ici les vestiges d'une ancienne folie très-répandue, la zoanthropie dont les principales variétés étaient la lycanthropie (changement en loup), la cynanthropie (changement en chien), etc.

Ce désordre phonétique a surtout été très-commun autrefois, ainsi que l'attestent les descriptions des épidémies de démonomanies observées surtout dans les couvents. Nous allons en citer plusieurs extraits, en nous bornant surtout au symptôme qui fait le sujet de ce travail.

Bodin, dans sa DÉMONOMANIE DES SORCIERS (éd. in-4°, p. 162), rapporte que dans le monastère de Brigitte les religieuses imitaient les cris des animaux et le bêlement des troupeaux.

On lit dans les HISTOIRES ADMIRABLES ET MÉMORABLES de Goulard (t. I, p. 46 jusqu'à 60, année 1600) le passage suivant :

« Ce qui jadis avint aux nonnains de Brigitte, en leur couvent près de Xante, » convient aux nonnains d'Uvertet. Maintenant elles tressailloient ou bêloient » comme brebis, ou faisoient des cris horribles. Quelquefois elles étoient pous- » sées hors de leurs chaises, au temple ou à la messe ; on leur arrachoit le voile » de dessus la teste ; et quelquefois leur gariou (gosier) étoit tellement étouppé » (fermé) qu'impossible leur étoit d'avaler aucune viande. »

« La folie des religieuses des différents couvents d'Allemagne, dit M. Calmeil, » présentait certainement beaucoup de gravité. Dans les moments où ces filles

venir, mais aussi en réveillant la vitalité. Pour favoriser ce dernier effet, nous ajoutions de l'éther, adjonction dont se louait beaucoup, dans des circonstances pareilles, un estimable praticien, M. Trastour, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon.

Il va sans dire que les évacuations sanguines seraient mortelles dans la forme syncopale.

Dans la forme apoplectique, et en général toutes les fois que le molimen sanguin se fait énergiquement vers la tête, la conduite du médecin sera différente, selon que la vie est menacée ou non d'extinction immédiate. Dans les premiers cas, les symptômes ont de l'analogie avec ceux de la forme syncopale : le pouls est petit, la peau froide, la respiration languissante; mais la face peut être violacée et turgescente. Dans ces circonstances, il faut recourir aux moyens sur lesquels nous venons d'insister, sauf à leur substituer plus tard, quand la réaction viendra, ceux que nous allons spécifier.

Quand les lésions cérébrales ne sont pas très-graves, et que la vie n'est pas menacée d'un prochain péril, le pouls est développé et fréquent, la respiration large et sonore, la peau chaude, la face fortement colorée; il faut débarrasser les organes du sang qui les obstrue et les empêche de fonctionner. Dans ces circonstances, le coma et le collapsus sont *jusqu'à un certain point* plutôt *indirects* que *directs;* il y a plutôt oppression que destruction des forces. Le cerveau étant l'organe vers lequel le raptus s'est porté avec le plus d'intensité, c'est à son dégorgement qu'on devra viser d'abord. Les ventouses scarifiées à la nuque nous ont rendu des services incontestables. Leur action est plus prompte que celle des sangsues, auxquelles elles devront conséquemment être préférées; les sangsues, d'ailleurs, manquent souvent dans les postes avancés de l'Algérie. Lorsque la roideur ou l'incurvation de la colonne vertébrale feront craindre que la moelle ne soit le siége d'une congestion, on appliquera aussi des ventouses scarifiées le long du rachis. Le vésicatoire à la nuque ne nous paraît pas indiqué pendant l'accès; mais plus tard on pourra quelquefois avoir recours à ce moyen. La nuque doit être conservée intacte pour qu'on puisse y appliquer des ventouses scarifiées toutes les fois, que le besoin s'en fera sentir. Le vésicatoire s'opposerait à cette médication, à laquelle nous attachons une grande importance. Si l'on croit devoir poser quelques vésicatoires, soit pour rappeler la vie par l'excitation qu'ils causent, soit comme révulsifs, on les mettra sur les membres. Pour obéir à ces dernières indications, on pourra aussi recourir aux sinapismes.

Dans nos 13 cas, nous avons pratiqué six saignées, et c'est peut-être déjà trop. La phlébotomie n'a été faite deux fois sur aucun sujet. Nous avons ordonné les évacuations sanguines générales toutes les fois que les signes qui commandent les évacuations locales ont été portés à un haut degré d'intensité chez un sujet robuste. Si les premiers médecins militaires qui ont traité les maladies d'Afrique, *alors très-peu connues*, ont abusé des saignées, par suite d'idées préconçues puisées dans la doctrine de Broussais, il nous semble que beaucoup de médecins de Paris et surtout de Montpellier, qui n'ont pas vu l'Afrique, prêchent une conduite opposée presque également fâcheuse, en proscrivant d'une manière trop générale les saignées dans les fièvres pernicieuses. L'emploi de la saignée, et de tous les moyens autres que le sulfate de quinine, est une pure affaire de diagnostic; nous ne saurions trop le répéter : il n'existe pas *d'être* qu'on appelle *fièvre pernicieuse*. Les fièvres dites pernicieuses sont constituées, comme les types les plus simples, par l'intoxication paludéenne (à un plus haut degré en général), et de plus par un assemblage de phénomènes dynamiques et de lésions physiques qui, réunis à la plus grande intensité de l'intoxication, *donnent la forme* à la pyrexie. *Le sulfate de quinine ne peut donc pas à lui seul suffire à toutes les exigences.*

Nous ne terminerons pas ce qui est relatif aux saignées sans faire soigneusement observer que les congestions et les divers autres phénomènes qui, survenant sur un individu sain, exigent une phlébotomie, parce qu'on peut les croire le commencement d'une affection qui va progresser; nous ne terminerons pas, disons-nous, sans faire observer que ces phénomènes ne dictent pas les mêmes indications chez le fébricitant, s'ils ne sont pas trop considérables, parce qu'ils disparaissent alors avec l'accès qui les a produits, loin d'être le premier pas d'une affection organique qui va poursuivre sa marche. En second lieu, on sera réservé dans les évacuations sanguines, parce qu'elles ont pour effet d'affaiblir l'économie, surtout dans les pays chauds, et de diminuer la force avec laquelle l'organisme lutte contre le toxique paludéen.

B. Prévenir un nouvel accès.

On ne ferait qu'une pauvre médecine des symptômes si l'on se bornait à employer la médication que nous venons d'indiquer. Comme la fièvre carotique est presque toujours mortelle au second accès, il faut s'efforcer de prévenir cet accès. On administrera immédiatement le sulfate de quinine, *au milieu des accidents*, de manière que le sel ait le temps d'agir avant l'époque à laquelle doit surgir l'accès suivant. On n'attendra pas l'apyrexie ou la rémission, parce que ce serait perdre un temps précieux; d'ailleurs nous avons vu que le coma peut continuer pendant plusieurs jours de suite: dans ces cas on espérerait en vain l'instant désiré, et l'accès ne serait pas conjuré.

Toutes les fois qu'il y aura possibilité, on confiera simultanément l'absorption du sulfate de quinine à l'estomac et à l'intestin, soit 1 gramme et jusqu'à 2 grammes en potion et la même quantité en lavement; de cette façon on aura la chance que le médicament soit supporté d'un côté, s'il n'est pas gardé de l'autre. Nous avons dit que dans notre épidémie ces deux voies nous ont été rarement ouvertes : le rectum, dans la majorité des cas, a pu seul recevoir le médicament que nous avons dosé à 1, 2, 3 et même 4 grammes. Il est utile de débarrasser l'intestin, à l'aide d'une injection émolliente, avant de faire administrer le lavement médicamenteux. Nous avons été assez heureux pour que celui-ci fût presque toujours gardé et absorbé; peut-être l'adjonction d'éther émousse-t-elle la sensibilité de l'intestin et favorise-t-elle la tolérance.

Si le lavement est rendu, soit parce que le malade est affecté de flux diarrhéique ou dyssentérique, soit parce que le rectum est momentanément paralysé et son sphincter sans pouvoir contractile, il faut immédiatement appliquer des vésicatoires et les saupoudrer comme nous l'avons recommandé à notre article *Prophylaxie*. Les indications sont ici bien plus pressantes; il faut se hâter. Si le lavement est conservé pendant un temps insuffisant à l'absorption du médicament en totalité, il faut également recourir au vésicatoire. Il sera même prudent, dans certains cas, d'incorporer le sulfate quinique avec de l'axonge et de frictionner les aisselles et les parties supérieures et internes des cuisses; ce moyen a donné de bons résultats à M. Boudin.

Pour l'administration ultérieure du sulfate de quinine, on se conformera aux règles que nous avons établies en parlant du traitement prophylac-

---

» s'échappaient pour grimper sur les arbres, où elles cherchaient à se culbu-
» ter, à se mordre les unes les autres, où elles imitaient les cris des animaux,
» où elles exécutaient des mouvements lascifs, l'exaltation cérébrale devait être
» portée jusqu'à la fureur. »

Bodin pense que la violence de la nymphomanie les faisait rechercher le commerce des animaux; mais ces chats, ces chiens que les religieuses voyaient sur leurs lits et sous leurs accoutrements, n'existaient réellement que dans leur imagination. (DE LA FOLIE, t. I, p. 276.)

Delancre, dans son tableau de l'INCONSTANCE DES MAUVAIS ANGES (in-4°, Paris 1613, p. 67 et 68), après avoir parlé des filles et femmes qui imitent les cris des animaux, donne la description du démon qui les pousse, et, entre autres attributs, il le représente *avec une grande queue au derrière et une forme de visage au-dessous*, duquel visage il ne profère aucune parole, mais lui sert à donner à baiser à ceux que bon lui semble, honorant certains sorciers ou certaines sorcières plus les unes que les autres. On voit qu'en fait de plagiat les modernes ont fait plus d'un emprunt aux anciens.

Parmi les faits curieux consignés par cet auteur, les convulsions et aboiements des femmes d'Amon, près de Dax, où plus de cent vingt personnes furent prises à la fois de cette folie impulsive dite *maladie de Laïra*, méritent une mention spéciale.

Beaucoup de femmes de la commune d'Amon, près de Dax, furent atteintes en 1613 d'une maladie convulsive qu'on est tenté de rapprocher de celle qui avait régné précédemment dans plusieurs maisons religieuses d'Allemagne. Tantôt les accès s'annonçaient par des contractions musculaires violentes et étaient confondus avec les symptômes de l'épilepsie, tantôt ils se manifestaient par des espèces d'aboiement qui faisaient donner le nom de *mal de Laïra* ou de *maladie d'ab[illegible]i* à cette bizarre affection : « C'est chose monstrueuse, dit De-
» lancre, de voir parfois à l'église, en cette petite paroisse d'Amon, plus de
» quarante personnes, lesquelles toutes à la fois aboient comme chiens, faisant
» dans la maison de Dieu un concert et une musique si déplaisante qu'on ne
» peut même demeurer en prière; elles aboient comme les chiens font la
» nuit lorsque la lune est en son plein, laquelle, je ne sais comment, remplit
» alors leur cerveau de plus de mauvaises humeurs. Cette musique se renou-
» velle à la vue de chaque sorcière qui a donné parfois ce mal à plusieurs; si
» bien que son entrée dans l'église en fait layra, qui veut dire aboyer, une infi-
» nité, lesquelles commencent à crier dès qu'elle entre. Et lorsqu'en l'absence
» de la sorcière le mal les prend, ce qui advient aussi fort souvent, car elles
» peuvent leur avancer le mal et les faire aboyer quand elles veulent, elles (les
» malades) les réclament et les appellent par nom. » (Ouvr. cité, p. 357.)

Bekker, en décrivant la maladie des enfants trouvés d'Amsterdam, assure qu'ils miaulaient comme des chats. (LE MONDE ENCHANTÉ, t. IV, p. 517.)

Les aboiements ou plutôt les hurlements que faisaient entendre malgré elles, et jusque dans le sanctuaire de la dévotion, les femmes d'Amon, dit M. Calmeil, pendant le paroxysme du mal de Laïra, rappellent l'espèce de ramage des filles de Kintorp, le bêlement des nonnes de Sainte-Brigitte, le concert miaulique des orphelins d'Amsterdam. Cette affection doit être considérée comme une variété de l'hystéro-démonomanie.

En Angleterre, à Blackthorn, comté d'Oxford, on observa en 1700 une mala-

tique; la hardiesse est ici non-seulement permise, mais formellement commandée.

Voici un exemple de notre mode d'administration.

Premier accès carotique le 12 août	. . .	4 grammes de sulfate de quinine.
Plus d'accès le 13	— . . .	3,00
— le 14	— . . .	3,00
— le 15	— . . .	3,00
— le 16	— . . .	2,00
— le 17	— . . .	2,00
— le 18	— . . .	1,00

Après quelques jours d'interruption, nous donnons encore quatre ou cinq prises de 0,5.

On voit que, grâce à la médication, il n'y a eu qu'un seul accès; que nous avons prolongé l'administration du sel à haute dose pendant sept jours, de peur de récidive; qu'enfin, après un peu de repos, nous l'avons repris. Sydenham recommandait déjà la cessation du quinquina après le septénaire, et sa reprise quelques jours plus tard.

Dans d'autres cas, que nous opposons à celui que nous venons de résumer, 3 et même 4 grammes de sulfate quinique n'ont pas empêché l'accès du lendemain. Enfin, notre obs. I, relative à une fièvre de forme soporeuse, est un exemple de l'opiniâtreté des récidives, malgré l'administration quotidienne du fébrifuge.

Pendant l'accès, nous n'avons pas donné de vomitif, à cause de l'impossibilité ou des grandes difficultés de la déglutition. Nous n'avons pas non plus toujours cherché à remédier immédiatement à la constipation qui souvent datait de plusieurs jours, parce que les lavements purgatifs eussent pu fatiguer l'intestin, de l'intégrité duquel nous avions besoin pour l'absorption du fébrifuge. C'est pour la même raison que nous n'avons jamais essayé le lavement vinaigré que J. Frank recommande dans les fièvres pernicieuses comateuses.

C. Entre les accès, après la cessation des accès, dans la convalescence.

Lorsque l'accès se termine le soir même du jour où il a paru, on donne de nouveau du sulfate de quinine, si la quantité administrée pendant l'accès n'a pas été considérable, ou si l'absorption n'est pas jugée complète, ou si, la première dose ayant été de 2 ou 3 grammes, on ne remarque néanmoins aucun symptôme de l'ivresse quinique. Si l'on ne juge pas à propos d'ordonner le fébrifuge, et qu'on le remette au lendemain matin, on pourra administrer un vomitif ou un purgatif, selon les exigences de l'état bilieux ou de la constipation. Au lieu de purgatif, on aurait au contraire recours à des lavements amylacés-opiacés, s'il existait un flux intestinal, ainsi que cela s'est rencontré plusieurs fois pendant notre épidémie. Dans l'apyrexie, la déglutition devient le plus souvent facile et le sulfate de quinine peut être confié à l'estomac. La persistance de la pesanteur de tête et de la congestion cérébrale demandent de nouvelles ventouses scarifiées à la nuque.

Si le coma se prolonge plusieurs jours, on ne devra pas moins administrer quotidiennement le sulfate de quinine: c'est ce que nous avons fait dans notre cinquième observation; en négligeant ce soin, on exposerait le malade à un nouvel accès qui pourrait peut-être passer inaperçu au milieu du collapsus général, mais qui n'en emporterait pas moins le sujet. Les vésicatoires, les sinapismes, les moxas le long de la colonne vertébrale ou à la nuque, les lavements avec camphre ou quinquina, les affusions, enfin un vésicatoire sur le cuir chevelu préalablement rasé, pourront trouver leur indication pendant la période comateuse.

Nous avons toujours nourri de bonne heure nos malades, et nous les avons mis à la décoction ou au vin de quinquina, au vin de cannelle, aux tisanes amères ou de petite centaurée. Les ferrugineux nous ont rendu service quand l'anémie était annoncée par la pâleur générale et le souffle carotidien.

Toutes les fois que nous avons pu évacuer nos malades ou nos convalescents sur Tlemcen, nous nous sommes hâtés de le faire: le changement de lieu, le séjour à Tlemcen, cité populeuse et gaie en comparaison de Sebdou perdu au bout du monde et ravagée par la maladie, influaient de la manière la plus avantageuse sur la santé. L'un de nous, chargé d'une évacuation considérable, hésitait à accepter certains individus qu'il craignait de perdre en route; mais ils arrivèrent sans accidents et se rétablirent avec une rapidité inespérée.

(La fin au prochain numéro.)

ERRATA. — P. 522, 2e col., l. 18, au lieu de *le cours des accès*, lisez *le coma des accès*. — P. 523, 1re col., l. 24, au lieu de *fièvre jaune*, lisez *fièvre comateuse*.

TOXICOLOGIE.

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC, SUIVI DE LA GANGRÈNE DITE SPONTANÉE D'UN DES MEMBRES INFÉRIEURS; par M. le professeur FORGET (de Strasbourg).

LETTRE A M. ORFILA.

Pardonnez-moi, très-honoré maître, de venir vous distraire un instant de vos graves préoccupations: c'est pour soumettre à votre savante analyse un fait qui, par sa nature même, relève de votre haute expérience; car il s'agit d'un effet singulier de l'arsenic, ce poison dont l'histoire a fait longtemps l'objet de vos élucubrations, et auquel votre nom se trouve inséparablement lié désormais, en raison des lumières que vous avez répandues sur les obscurs problèmes que soulève cet agent sinistre et redoutable.

OBS. — Un homme de 63 ans, de forte constitution, teinturier, est judiciairement poursuivi pour cause de viol; il cherche à se donner la mort en avalant, nous a-t-il dit, environ 60 grammes d'acide arsénieux délayé dans un demi-verre d'eau-de-vie. Cela se passait le 10 juin 1848, à onze heures du soir. Une heure après survinrent des vomissements abondants, puis des coliques et des selles répétées. Trouvant la mort trop lente à venir, le patient se rend sur les bords du Rhin, remplit ses poches de cailloux et va se précipiter à l'eau, lorsque des douaniers l'aperçoivent, le saisissent et le conduisent à l'hôpital civil, où il arrive le 11 juin, à huit heures du matin, neuf heures après l'ingestion de l'arsenic.

ÉTAT ACTUEL. Corps robuste, trapu et doué d'embonpoint; facies pâle, altéré; faiblesse extrême; froid des extrémités, du nez et des oreilles; pouls petit et

---

die semblable dont le docteur Willis (t. II) a rendu compte en ces termes: « Dans la famille que j'allai voir, il y avait cinq filles attaquées du mal qui faisait tant de bruit dans le pays. En arrivant dans le village, j'entendis de fort loin leurs cris, et lorsque je fus entré dans la maison où elles étaient, je remarquai qu'elles branlaient la tête avec beaucoup de violence; il ne paraissait aucune convulsion sur leur visage, si ce n'est qu'elles baillaient fort souvent. Elles avaient le pouls bon; on s'apercevait seulement qu'à la fin de leur mal il devenait un peu plus faible. Leurs cris ne ressemblaient pas tant au bruit que font les chiens quand ils aboient qu'à celui qu'ils font quand ils hurlent ou qu'ils se plaignent. Ils étaient aussi plus fréquents que ne le sont ceux des chiens; les malades poussaient comme autant de sanglots à chaque respiration. Elles étaient cinq sœurs à qui le mal avait pris, quoiqu'elles fussent d'un âge très-différent, car la plus jeune n'avait que six ans et la plus âgée en avait environ quinze. Quelquefois elles avaient de bons intervalles pendant lesquels elles pouvaient s'entretenir, et alors elles avaient l'usage de tous leurs sens. Quelquefois le mal revenait tout à coup; elles se mettaient à hurler comme auparavant jusqu'à ce que les forces leur manquant, elles tombaient comme d'épilepsie sur des lits qu'on leur avait étendus par terre...... La grande jeunesse de ces filles, ajoute Willis, le désintéressement de leur père et mère et leur état ne me permettent pas de soupçonner en cela aucun artifice. » (JOURNAL DE TRÉVOUX, novembre 1701, p. 261.)

Raulin et Hecquet ont consigné dans leurs écrits le récit suivant: « Les filles d'une communauté très-nombreuse des environs de Paris se trouvaient saisies, tous les jours à la même heure, d'un accès de vapeurs le plus singulier et par sa nature et par son universalité, car tout le couvent y tombait à la fois. On entendait un miaulement général par toute la maison, qui durait plusieurs heures, au grand scandale de la religion et du voisinage. On ne trouva pas de moyen meilleur et plus prompt ou plus efficace pour arrêter ces imaginations blessées qui faisaient miauler toutes ces religieuses, qu'en les frappant d'une autre imagination qui les retînt toutes à la fois, et qui rappelle l'histoire des filles de Milet: ce fut de leur faire signifier par ordre des magistrats qu'il y aurait à la porte du couvent une compagnie de soldats, lesquels, au premier bruit qu'ils entendraient de ces miaulements, entreraient aussitôt dans le couvent et fouetteraient sur-le-champ celle qui aurait miaulé. Il n'en fallut pas davantage pour faire cesser ces ridicules clameurs. » (Raulin, TRAITÉ DES AFFECTIONS VAPOREUSES, 2e éd., p. 125. Hecquet, RÉPONSE A LA LETTRE D'UN CONFESSEUR, p. 30.)

Parmi les convulsionnaires de Saint-Médard, on note un certain nombre de femmes qui faisaient entendre des cris d'animaux. La fille Lopin, surnommée l'Aboyeuse parce qu'il lui arrivait toujours d'aboyer, ainsi qu'à plusieurs de ses compagnes, pendant ses attaques hystériques, avait promis de ressusciter un enfant; elle s'étendit sur son corps à l'exemple d'Élie et d'Élysée, et y resta collée jusqu'à ce que les chairs tombassent en putréfaction. (Calmeil, t. II, p. 303.)

Les filles de la commune de Landes, près Bayeux, présentèrent en 1733 les symptômes de ces démonopathies, autrefois si communes, et dont j'ai toujours eu depuis dix ans des exemples dans mon établissement de la rue Neuve-Sainte-Geneviève, contigu au quartier Saint-Médard. Lorsqu'elles étaient à l'office, elles étaient dans une agitation extrême; elles proféraient mille blasphèmes contre le

fréquent ; langue humide et froide ; vives douleurs abdominales ; selles liquides ; intelligence nette ; réponses lentes ; préoccupations sinistres ; refus d'accepter les secours qui lui sont offerts, et que nous lui imposons de force. (On administre immédiatement une solution épaisse d'*hydrate de peroxyde de fer*, comme antidote ; on la fait alterner, en raison du refroidissement général et de la petitesse du pouls, avec une *potion éthérée* (2 grammes d'éther sulfurique dans 100 grammes d'eau édulcorée.) En même temps des sinapismes sont promenés sur les jambes et les bras.)

A neuf heures, surviennent des vomissements répétés qui suivent l'ingestion de la solution ferrugineuse. La prostration, le froid des extrémités, la petitesse du pouls augmentent On continue néanmoins le même traitement.

A dix heures, la réaction se déclare. Retour de la chaleur aux extrémités ; face moins grippée, plus colorée ; réponses plus faciles. Le malade raconte en détail sa tentative de suicide. (Même traitement.)

A midi, la réaction est assez vive : face rouge, vultueuse ; pouls plein, fréquent ; peau chaude. Les vomissements et les selles liquides persistent encore. (On suspend l'administration de l'hydrate ferrique et de l'éther. Nous prescrivons : *saignée* de 400 grammes, 20 *sangsues* à l'épigastre, chiendent avec *nitrate de potasse*, 4 grammes, *lavement émollient*.)

Vers le soir, la réaction est moins forte, la chaleur et la fièvre sont diminuées. Point de vomissements ; coliques moins vives ; selles plus rares ; un peu de tension abdominale ; abattement. (*Limonade citrique*.)

La nuit est assez bonne ; léger délire pourtant.

Le 12, facies naturel ; pouls à 116, assez développé ; langue jaunâtre, un peu sèche ; abdomen moins sensible et moins rénitent ; une selle naturelle ; urines normales en apparence. (*Limonade ; un lavement émollient ; diète*.)

Le 13, les accidents toxiques sont complétement dissipés ; mais le malade dit ressentir depuis hier dans la jambe gauche d'assez vives douleurs qui ont troublé son sommeil. Cette jambe ne paraît pas sensiblement altérée dans son volume ni dans sa couleur ; mais elle est un peu froide au toucher et douloureuse à la pression. (*Limonade ; extrait d'opium*, 0,05 ; *liniment d'huile de jusquiame laudanisée ; bouillon*.)

Le 14, même état général ; douleur très-vive à la jambe gauche. Les orteils sont notablement froids et décolorés. (Même traitement ; *sachets chauds* autour du membre inférieur gauche.)

Le 15, état général très satisfaisant ; mais le pied et la jambe gauches sont froids, livides, comme cyanosés par plaques jusqu'au genou et très-sensibles à la pression. La gangrène initiale est évidente. Recherchant la cause organique de cette mortification, nous constatons que les pulsations de l'artère crurale gauche sont moins fortes et moins larges peut-être que celles du côté opposé ; il en est de même de la poplité. Les pulsations de l'artère tibiale postérieure ne se perçoivent plus au bas de la jambe gauche. Conjointement avec notre collègue M. le professeur Rigaud, que nous appelons en consultation, nous concluons à l'existence d'une artérite comme cause de cette gangrène spontanée. Prévoyant la nécessité de graves opérations, nous offrons à M. Rigaud, qui l'accepte, de prendre le malade dans son service. (On applique 20 *sangsues* autour du genou, et des *cataplasmes arrosés d'alcool camphré* autour de la jambe.)

Malgré les saignées locales, les applications d'alcool camphré et de thérébentine, les laxatifs, etc., la mortification fait des progrès. Cependant la gangrène paraît vouloir se limiter au-dessous du genou. Le malade, qui s'affaisse, réclame l'amputation, que M. Rigaud se décide à pratiquer le 20 juin, dix jours après l'empoisonnement.

Le malade est soumis aux inhalations de chloroforme. L'amputation est pratiquée à la partie inférieure de la cuisse sans que le malade, plongé dans le sommeil, en ait la moindre perception. L'opération, faite avec habileté, n'a présenté aucune circonstance particulière, si ce n'est que les muscles incisés ont paru très-peu rétractiles, et que la crurale seule a été liée, aucune autre artère n'ayant fourni de sang. L'extrémité de l'artère liée n'a pas présenté de propulsions appréciables ; le malade a perdu peu de sang.

Les jours suivants, le malade s'affaisse graduellement ; le sphacèle se déclare sur le moignon. Les tempérants, les opiacés, les antispasmodiques, les stimulants, joints aux pansements les plus rationnels, sont vainement mis en usage, et le malade succombe le 1er juillet, vingt jours après l'empoisonnement, dix jours après l'amputation.

La dissection de la jambe amputée a fait constater : 1° la mortification des parties molles dans presque toute leur étendue ; 2° la rougeur par plaques des artères principales, qui sont obstruées dans quelques points par des caillots sanguins ; 3° l'intégrité des veines qui contiennent cependant quelques caillots, mais sans trace de phlébite ni de suppuration.

La dissection du moignon crural, après la mort du sujet, révèle un commencement de gangrène des téguments et des muscles. Les artères principales sont épaissies, rougeâtres, contenant quelques caillots sanguins mollasses, non adhérents. La veine crurale contient un caillot consistant, au voisinage de la section du membre. Incisée au-dessus de ce caillot, cette veine contient une matière purulente et sanieuse qui remonte jusqu'à la veine cave. On ne trouve nulle part dans les viscères d'abcès métastatiques.

Nous complétons cette observation en transcrivant la note que nous devons à l'obligeance de M. Hepp, pharmacien en chef et chef des travaux chimiques de l'hôpital civil : « Avant l'arrivée du malade à l'hôpital, on m'a remis, comme ayant été trouvés sur lui, une flacon renfermant une poudre blanche délayée dans de l'eau-de-vie et un paquet contenant un sel cristallisé, blanc : la première substance était de l'acide arsénieux ; la seconde était de l'acétate de plomb. Les aveux du malade ne pouvant laisser de doutes sur la substance qui avait servi à son empoisonnement, de l'hydrate ferrique lui fut administré en quantité suffisante pour mettre obstacle, autant que pouvait se faire, à l'absorption de la matière toxique, en transformant l'acide arsénieux en arsénite de fer insoluble.

» Les matières vomies, ainsi que les évacuations provenant des selles, traitées convenablement en suivant les procédés employés en pareil cas, fournirent des quantités considérables d'arsenic.

» Désirant constater l'élimination de l'arsenic par les urines, je m'appliquai à retrouver cette substance jour par jour pendant toute la durée de la maladie. La négligence avec laquelle les urines m'ont été conservées s'oppose à ce que je puisse indiquer avec exactitude la première apparition de l'arsenic dans les urines ; car après avoir examiné celles des 11, 12, 13 et 14, j'éprouvai un intervalle d'un jour jusqu'au 16, où je pus constater la présence de l'arsenic sans qu'il me restât le moindre doute. Le 17, tout en suivant les mêmes procédés d'extraction, je ne pus trouver d'arsenic, tandis que cette substance se montrait de nouveau dans les urines du 18, du 21 et du 25. Les intermittences dans l'élimination de l'arsenic étaient plus longues à mesure qu'on s'éloignait du moment de l'ingestion de la matière toxique.

» La mort du malade, en mettant un terme à ce travail, ne m'a pas permis de constater la dernière limite à laquelle l'arsenic eût encore pu se rencontrer dans les urines ; mais comme le foie, examiné après l'autopsie, contenait encore de notables quantités d'arsenic, je me crois en droit de penser que l'élimination de cette matière aurait encore pu avoir lieu pendant plusieurs semaines peut-être.

» C'est en vain que j'ai cherché de l'arsenic dans le sang provenant d'une saignée pratiquée le second jour de l'entrée du malade. J'ai cherché de même l'arsenic dans le cœur, sans qu'il m'ait été possible de l'y trouver en quantité appréciable.

Ce fait curieux peut donner lieu à plusieurs considérations d'un certain intérêt. Et d'abord, si l'on considère l'énorme quantité du poison ingéré, on s'étonnera que la mort n'ait pas eu lieu, et très-promptement. Mais si l'on songe que des déjections répétées se sont produites peu de temps après l'ingestion, on sera autorisé à penser que la quantité même du poison, en provoquant les vomissements, a pu prévenir le résultat fatal, la promptitude

---

saint sacrement ; elles aboyaient en même temps, sifflaient, criaient, hurlaient. Il est dit dans un autre endroit de l'ouvrage cité par M. Calmeil (Le pour et le contre de la possession des filles de la paroisse de Landes, diocèse de Bayeux, t. I, vol. in-8°) : Elles aboient comme des chiens ; mais une entre autres le fait avec tant de force et ressemblance aux plus grands chiens, qu'on aurait peine à distinguer ses aboiements des leurs, si on n'en était pas témoin ou qu'on n'en fût pas prévenu, quoiqu'elle soit souvent tombée en syncope (dans le somnambulisme).

Nous pourrions encore ajouter à ces faits l'anecdote d'un prince de Conti, dont parle Saint-Simon dans ses mémoires, qui ne pouvait s'entretenir avec quelqu'un sans faire les contorsions les plus ridicules et être obligé de pousser des cris absolument semblables à ceux d'un chien. Lorsqu'il était en présence de Louis XIV, il se retirait dans quelque lieu écarté de l'appartement, se couvrait la figure et étouffait à grand'peine ses aboiements. Beaucoup de personnes à Paris ont connu une dame de distinction qui avait également la manie de japer, d'aboyer et de prononcer de ces mots qui étonnent chez une personne bien élevée, à plus forte raison chez une femme. Fort souvent, quand cette dame avait laissé échapper une de ces prodigieuses paroles, elle s'écriait avec douleur : Mais je ne voulais pas dire cela, c'est malgré moi.

On s'est demandé si la malade de MM. Magendie et Rayer avait pu simuler cette affection. Les observations nombreuses que nous avons citées prouvent que l'imitation du cri des animaux a régné épidémiquement pendant plusieurs siècles, qu'elle s'observe encore fréquemment chez les aliénés, et qu'on en rencontre des cas isolés dans la pratique. Ce premier point ne laisse donc aucun doute sur l'existence de cette maladie. Quant au sujet de notre observation, comme nous l'avons eue sous les yeux à deux différentes reprises dans un espace de douze ans, nous croyons, comme tous ceux qui l'ont vue, qu'il n'y a, dans ce cas, rien de simulé. Le caractère de cette femme, la marche de la maladie, son amélioration, sont autant de preuves à l'appui de notre opinion.

Ici se présente une question qui n'est pas sans quelque intérêt : en admettant une simulation, ne peut-il pas arriver que la répétition du même acte le fasse passer à l'état de réalité ? La science contient des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard. M. Rayer nous racontait qu'une dame sujette à des convulsions hystériques qui ne lui permettaient pas de marcher droit fut invitée par son médecin à faire tendre une corde dans son appartement, afin de régulariser ses mouvements et d'amener une fatigue qui détruisît l'exagération musculaire. Cet exercice, qu'elle répétait des milliers de fois, eut un heureux résultat ; mais pendant longtemps cette dame croyait encore tenir la corde, et la voyait même comme si elle eût été réelle. Nous avons rapporté, à l'article *Aliénation mentale* de l'Encyclopédie catholique, l'histoire de deux matelots français, prisonniers sur les pontons anglais, qui simulèrent si bien la folie qu'ils furent, après plus d'une année d'observation, renvoyés comme aliénés en France. A leur arrivée dans ce pays, on fut forcé de les faire entrer dans un établissement spécial, et ce ne fut qu'après avoir subi un traitement à la suite duquel ils revinrent complétement à la raison, qu'on apprit d'eux que, dans le principe, la maladie était complétement simulée, mais qu'à force de dire et de faire les mêmes choses, ils avaient fini par jouer leur rôle au naturel.

Quelque obscure que soit la partie physiologique, nous avons cherché à nous

et le nombre des évacuations n'ayant pu permettre l'absorption que d'une petite quantité d'arsenic. Cependant comment concilier le prompt rétablissement du malade, en ce qui concerne l'empoisonnement, avec la persistance dans l'économie de cet arsenic rencontré dans les urines jusqu'à la mort, et dans le foie après la mort? C'est là, ce nous semble, un point de vue nouveau de ce genre d'intoxication.

Si nous nous plaçons au point de vue de la doctrine italienne représentée par M. Giaccomini, nous pourrions croire que le véhicule alcoolique employé par le malade a pu jusqu'à un certain point servir d'antidote, en combattant l'action prétendue hyposthénisante de l'acide arsénieux; mais nous croirions plutôt que l'alcool a favorisé le vomissement, et peut-être impressionné les surfaces digestives de manière à diminuer l'absorption. Néanmoins l'alcool n'est probablement pas étranger à la promptitude et à la force de la réaction qu'il nous a fallu combattre.

Quoi qu'il en soit, les accidents toxiques primitifs étaient assez graves pour avoir légitimé notre inquiétude lors de l'entrée du malade à l'hôpital. La prostration était très-prononcée, et nous aimons à croire que l'hydrate ferrique a pu produire d'heureux effets en neutralisant une partie du poison resté dans les voies digestives, et surtout en provoquant son élimination par les vomissements qui ont suivi l'administration de l'antidote. Toujours est-il que les accidents se sont dissipés en quelques heures, et que la réaction s'est promptement et vivement produite, au point qu'il a fallu recourir aux évacuations sanguines, qui ont procuré d'heureux résultats.

Jusqu'ici le fait actuel n'offre rien de bien extraordinaire; mais ce qui est très-remarquable, c'est cette gangrène spontanée du membre inférieur, dont les premiers symptômes ont suivi de si près l'ingestion de l'arsenic, qu'il est impossible de méconnaître ici la relation de cause à effet. Mais comment cet effet s'est-il produit?

Si l'on avait égard à la doctrine qui cherche à faire considérer comme résultant de la simple coagulation spontanée du sang certaines oblitérations vasculaires, on pourrait penser raisonnablement que la prostration et la petitesse du pouls signalées au début ont pu amener l'oblitération des artères du membre inférieur, par coagulation du sang résultant du ralentissement de la circulation, hypothèse qui cadre très-bien avec les effets hyposthénisants attribués à l'arsenic. Sous un autre point de vue, ayant égard à la quantité d'eau-de-vie contenant l'arsenic, et aux propriétés coagulantes de l'alcool, l'idée pourrait surgir que celui-ci a pu déterminer l'arrêt du sang par coagulation chimique. Mais à ces deux suppositions, il serait facile d'objecter : 1° que le ralentissement de la circulation artérielle chez notre malade n'a pas été jusqu'à la stase; que des arrêts de circulation bien plus considérables ne donnent pas lieu à la coagulation du sang, et que celle-ci, qui se comprend assez bien pour les veines, se conçoit moins bien pour les artères; 2° que dans le fait actuel, dès le début, le membre affecté était extrêmement douloureux, soit spontanément, soit à la pression, ce qui ne cadre pas avec un simple arrêt mécanique de la circulation; 3° que les phénomènes observés sont ceux généralement attribués à l'artérite. Mais cette artérite est un fait complétement anormal dans l'empoisonnement par l'arsenic, en tant du moins qu'elle amènerait le sphacèle des membres..... Ne pourrait-on pas supposer, avec une apparence de raison, que le véhicule alcoolique a été pour quelque chose dans la production de l'inflammation vasculaire, non pas, sans doute, par le fait d'une action directe, mais plutôt par la vive et prompte réaction que l'alcool a pu favoriser et qui se serait traduite en une phlegmasie des artères?....

Quoi qu'il en soit, et malgré quelques incertitudes laissées à cet égard par l'examen anatomique des parties, nous croyons à l'artérite comme cause la plus probable de cette gangrène spontanée, et sans prétendre expliquer absolument de quelle manière l'arsenic ou l'alcool ont pu la produire, nous faisons remarquer de nouveau qu'elle a pris naissance en même temps que la vive réaction qui a suivi le collapsus ou première période de l'intoxication arsenicale.

Au demeurant, et à part toute interprétation, c'est un fait remarquable, on en conviendra, que ce sphacèle d'un membre se produisant immédiatement après un empoisonnement par l'arsenic! Je n'en trouve d'analogue ni dans ma mémoire ni dans les auteurs que j'ai sous la main. Cela m'a suffi pour que je voulusse consigner dans la science et placer sous votre patronage, très-honoré maître, une observation qui peut avoir sa valeur dans un cas donné de clinique ou de médecine légale; car les cas rares ou exceptionnels, comme on les appelle, ne sont après tout que des manifestations de certaines combinaisons mystérieuses des lois immuables de la nature, combinaisons qui, pour s'être rencontrées une fois, peuvent se produire d'autres fois encore.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DES APPAREILS DE MOUVEMENT ET DE LEUR UTILITÉ DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES; par M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite. — Voir les numéros de 1848, pages 850, 874, 886, 950, et les numéros 33, 34 et 35 de cette année.)

CHAPITRE VI.

APPAREILS DE MOUVEMENTS POUR L'ARTICULATION DU POIGNET.

Le poignet peut exécuter des mouvements de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction, ainsi que des mouvements intermédiaires, il peut en outre passer de la pronation à la supination, et réciproquement.

Deux appareils m'ont été nécessaires pour permettre aux malades d'imprimer artificiellement ces mouvements variés.

Un même appareil sert à produire, suivant la manière dont il est placé, la flexion et l'extension, l'adduction et l'abduction, ainsi que les mouvements intermédiaires; un second appareil est destiné aux mouvements de pronation et de supination.

Cependant, pour rendre complétement le jeu normal aux diverses parties qui composent le poignet, il ne suffit pas d'agir sur les surfaces articulaires, il est utile d'imprimer aux tendons fléchisseurs et extenseurs des mouvements alternatifs de traction et de relâchement, afin de les faire jouer dans leurs gaînes, avec lesquelles ils contractent ordinairement des adhérences. Sous ce rapport, des appareils qui font mouvoir les doigts peuvent être utilement employés dans les lésions du poignet. L'indication de les mettre en usage est d'autant plus évidente que la roideur des doigts ac-

rendre compte de l'action des muscles et des nerfs; il nous a paru que les muscles respirateurs et vocaux étaient seulement intéressés. La femme L.... éprouvait un sentiment de pression à l'épigastre, vers la région diaphragmatique, lors de ses crises; l'application de la main en cet endroit lui était également sensible. Fort souvent elle commençait par pousser des soupirs, des espèces de sanglots, phénomène qu'on a également observé dans les épidémies précédentes. Bailly, dans son célèbre rapport à l'Institut sur le magnétisme, avait fait remarquer que les pleurs, les ris, les hoquets, les sanglots, et en général tous les effets observés dans ce qu'on appelle les crises, naissent ou de ce que les fonctions du diaphragme (du plexus nerveux diaphragmatique) sont troublées par ces moyens physiques, tels que l'attouchement et la pression, ou de la puissance dont l'imagination est douée pour agir sur cet organe et en troubler les fonctions. Mais les muscles de la respiration ne sont pas seulement en jeu : les aboiements, les paroles, ne peuvent avoir lieu sans les muscles vocaux. La manière rapide, convulsive, presque toujours la même, par laquelle ils sont mis en jeu n'a-t-elle pas les plus grands rapports avec les symptômes si bizarres de la chorée? Pourquoi ces muscles ne se contracteraient-ils pas d'ailleurs convulsivement et involontairement comme ceux des autres parties du corps? Toutes les variétés de l'hystérie et de la chorée sont loin d'être connues. En lisant l'histoire de Carré de Montgeron sur les convulsionnaires de Saint-Médard, nous avons trouvé un grand nombre de faits extraordinaires que nous croyons évidemment liées à la chorée et à l'hystérie. Aussi inclinons-nous à voir dans l'observation de la femme L.... une sorte d'affection choréiforme.

A un point de vue plus général, ces affections rentrent dans la classe des impulsions morbides irrésistibles, des perversions de la volonté, des folies impulsives, dont les annales des maladies nerveuses sont remplies (1). Pour notre part, nous avons donné des soins à des femmes qui juraient par accès, sans qu'elles pussent faire autrement. Une personne religieuse, d'une moralité incontestable, d'un esprit supérieur, au milieu de la conversation la plus sensée, relevait brusquement ses vêtements. Il y a des hommes déjà parvenus à un âge avancé qui éprouvent le besoin de sauter, de battre, de briser quelque chose, et qui sont obligés de s'enfermer chez eux pour ne pas se donner en spectacle ou ne pas céder à ces désirs insolites. Chez les personnes les mieux organisées, il se présente quelquefois à l'esprit des mots qui sont répétés mentalement pendant quelques instants. Tissot a rapporté l'observation d'un vieillard qui ne pouvait s'empêcher de faire tous les gestes et tous les mouvements des personnes avec lesquelles il se trouvait. Nous avons cité dans notre mémoire SUR L'INFLUENCE DE LA CIVILISATION un passage relatif à une affection nerveuse particulière aux Samoïèdes, et que nous avons empruntée au voyageur anglais Cochrane. Cette maladie, nommée *imérachisme*, est caractérisée par des accès isolés de fureur, dans lesquels les individus sont poussés par un penchant irrésistible à l'imitation. Tout ce qu'on dit ou tout ce qu'on fait en présence d'un imérach est

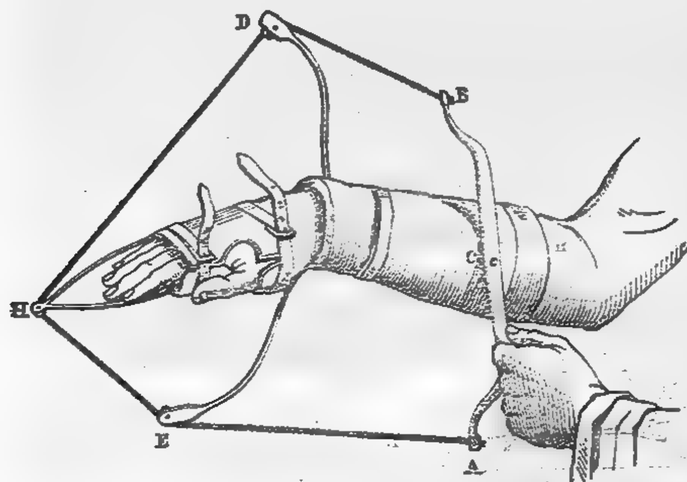
(1) Voir nos OBSERVATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA MONOMANIE HOMICIDE, REVUE MÉDICALE, oct. 1826, et nos REMARQUES MÉDICO-LÉGALES SUR LA PERVERSION DE L'INSTINCT GÉNÉSIQUE, GAZETTE MÉDICALE, 21 juillet 1849.

compagne constamment la roideur de l'articulation radio-carpienne. J'ai donc été conduit à ajouter un troisième appareil à ceux qui agissent directement sur le poignet, afin de faire fléchir et étendre alternativement les articulations des doigts.

1° Appareil destiné à fléchir le poignet dans tous les sens.

Un même appareil permet de produire, suivant la manière dont il est placé, la flexion et l'extension, l'adduction et l'abduction, ainsi que les mouvements intermédiaires.

Nº 15.



Un brassard matelassé, maintenu par des courroies, entoure l'avant-bras, depuis le pli du coude jusqu'au voisinage de l'articulation radio carpienne. A l'extérieur et sur le côté interne de ce brassard est fixé un levier *AB*, supporté à sa partie moyenne par un pivot *C* qui permet aux deux extrémités A et B des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement. De la portion inférieure du brassard partent, en sens opposé, deux branches recourbées, à l'extrémité desquelles sont adaptées des poulies D, E; celles-ci se trouvent ainsi placées dans le même plan que le levier AB; elles sont écartées l'une de l'autre de 0,40 centimètres environ, et une ligne droite qui les unirait passerait à peu près au niveau de la racine des doigts.

La main est enveloppée d'un gantelet, au dos et à la face palmaire duquel sont adaptées deux tiges qui se réunissent à quelques centimètres au delà de l'extrémité des doigts, et servent de point d'attache à des cordes à l'aide desquelles les mouvements sont imprimés. Ces cordes, fixées au point H, sont réfléchies sur les poulies E et D, et se terminent à chacune des extrémités du levier AB.

La fig. 10 représente l'appareil dans la position où il convient de le placer pour produire les mouvements de flexion et d'extension du poignet droit. Le malade tient avec la main gauche un bouton fixé sur le levier AB, et par l'intermédiaire de ce levier, dont il ramène en haut et en arrière l'extrémité A, il exerce une traction sur la corde AH. Sous l'influence de cette traction, la main droite, enveloppée dans le gantelet, est entraînée dans la flexion. Supposons maintenant que le malade, au lieu de tirer sur le levier CA, repousse celui-ci, il s'opérera un mouvement de bascule en vertu duquel la corde BH sera tendue à son tour, et la main droite sera redressée, puis renversée en arrière. Ainsi, les mouvements de *va-et-vient* imprimés à l'extrémité inférieure du levier, produisent alternativement la flexion et l'extension du poignet. Pour produire l'abduction et l'adduction, il suffit de changer la position de l'avant-bras dans le brassard, c'est-à-dire de le mettre dans une attitude moyenne entre la pronation et la supination, au lieu de le placer dans la pronation complète. Alors les extrémités du levier et les poulies de réflexion, au lieu de correspondre au dos de la main et à sa face palmaire, se trouvent sur le même plan que le diamètre transversal du poignet, et les tractions exercées sur les cordes qui font mouvoir la main inclinent successivement celle-ci sur son bord radial et sur son bord cubital. En changeant encore la position de l'avant-bras, qui est maintenu dans l'appareil, en le plaçant dans la demi-pronation ou la demi-supination, on pourrait faire mouvoir la main suivant des directions obliques; mais le plus souvent il suffira d'imprimer les mouvements principaux de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction.

Lorsqu'on veut se servir de l'appareil, on fait reposer l'avant-bras sur le bord d'une table ou de tout autre meuble, ou mieux encore, on le suspend horizontalement au moyen d'un lien vertical. Ce dernier procédé est le meilleur pour soutenir l'avant-bras sans gêner les mouvements.

2° Appareil destiné à produire la rotation du poignet, en d'autres termes, la pronation et la supination.

Constamment dans les maladies du poignet, les mouvements de pronation et de supination sont difficiles, et la main, placée dans la pronation, a besoin d'être ramenée graduellement à une position différente. Voici le dessin et la description de l'appareil que j'ai fait construire en vue de remplir les indications que présente cette disposition.

Un plateau horizontal A sert de support à l'appareil. A l'une des extrémités de ce support est fixée verticalement une gouttière matelassée B qui enveloppe et immobilise le bras. Cette gouttière, dont les parois flexibles peuvent être rapprochées plus ou moins à l'aide de courroies, présente à sa partie inférieure une ouverture pour le passage de l'avant-bras, lequel est plié à angle droit sur le bras. La main est enveloppée d'un gantelet C composé de deux plaques de cuir solide, convenablement rembourrées et serrées par des courroies. Des faces palmaire et dorsale du gantelet partent deux prolongements métalliques qui, réunis au delà des doigts, se continuent avec une tige horizontale DE placée dans la direction de l'avant-bras. Cette tige est soutenue par deux supports IG, à travers lesquels elle passe et sur lesquels elle peut tourner à la manière d'un essieu mobile. L'appareil est mis en jeu au moyen d'un levier fixé à angle droit sur l'axe DE et terminé par un manche H. La main et l'avant-bras ne reposent pas sur le plateau A: ils sont soutenus à 5 centimètres au-dessus de ce niveau par deux points d'appui: au coude par la gouttière, au poignet par le gantelet C.

On comprend comment les mouvements imprimés à l'axe horizontal à l'aide du manche H se transmettent à la main enveloppée du gantelet, et comment par conséquent les mouvements de pronation et de supination sont produits. L'axe horizontal DE pouvant éprouver un mouvement de va-

---

aussitôt répété par lui. (NARRATIVE OF A PEDESTRIAN JOURNEY THROUGH RUSSIA AND SIBERIAN TARTARY. London, 1824.)

Ces faits sont à l'infini; ceux que nous venons d'énumérer suffisent pour établir que la volonté peut être pervertie, entraînée, et que si ces lésions existent le plus ordinairement avec la folie, elles peuvent se montrer sans elles, comme dans le cas de cet homme qui, causant tranquillement avec ses amis, les quitta pour s'élancer dans la rivière devant eux. Retiré de l'eau et interrogé sur les motifs de cette action extraordinaire, il répondit qu'il n'en savait rien, qu'il avait senti quelque chose qui le poussait malgré lui, et qu'il s'était précipité dans la rivière. Enfin, et c'est notre dernière conclusion, ces observations particulières d'aboiements, etc., sont des vestiges de ces anciennes épidémies qui ont régné pendant plusieurs siècles.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

— A la suite d'un concours ouvert il y a deux mois à la Faculté de médecine de Paris pour une place de prosecteur, M. Follin vient d'être nommé.

Les concurrents étaient au nombre de deux, M. Follin et M. Beyraud, tous deux aides d'anatomie de la Faculté.

Par suite de la fermeture des amphithéâtres d'anatomie pendant l'épidémie de choléra, les candidats avaient été dispensés de l'épreuve des pièces d'anatomie à conserver. La question qui leur avait été posée était ainsi conçue: « Les artères du rachis. »

Les autres épreuves ont été les suivantes:

Épreuve écrite: « Les capillaires, anatomie et physiologie; phénomènes locaux de l'inflammation. »

Épreuve orale de dix minutes sur l'anatomie et la physiologie: « La muqueuse de l'estomac. »

Épreuve orale de chirurgie: « Le cancer de l'œil. »

Épreuve de médecine opératoire sur le cadavre: « La ligature des artères carotides primitive et tibiale postérieure.

» Désarticulation du premier métatarsien. »

— M. Mansuy, chirurgien-major de 2e classe au 2e lanciers, est promu à la 1re classe au même régiment.

M. Gueit, chirurgien-major de 2e classe au 63e de ligne, est promu à la 1re classe au même régiment.

M. Pujade-Anjon, chirurgien major de 2e classe au 27e de ligne, est promu à la 1re classe au même régiment.

M. Mestre, chirurgien-major de 2e classe au 3e de ligne, est promu à la 1re classe au même régiment.

N° 14.



et-vient en glissant dans les orifices des supports IG, la position du gantelet peut varier suivant la longueur de l'avant-bras, et la main est soutenue sans être gênée. Cette mobilité de l'axe DE prévient toute compression, tout tiraillement douloureux pendant l'exercice des mouvements; elle permet en outre d'appliquer l'appareil à des individus de taille différente, ce qui est d'un grand avantage dans la pratique des hôpitaux.

3° Appareil destiné à fléchir et à étendre les articulations des doigts.

Deux appareils ont été construits dans ce but. Dans le premier, le mouvement communiqué aux doigts est produit par la flexion et l'extension du coude. Je crois inutile de le décrire, parce qu'il a été impossible d'en faire l'application. Pour qu'il puisse fonctionner, il faut que les malades placent la main dans la supination, et aucun de ceux sur lesquels je l'ai essayé ne pouvait éloigner assez complétement le poignet de la pronation, qui était habituelle, pour que la main regardât en avant. Je pense que cet empêchement s'observera dans la presque totalité des cas.

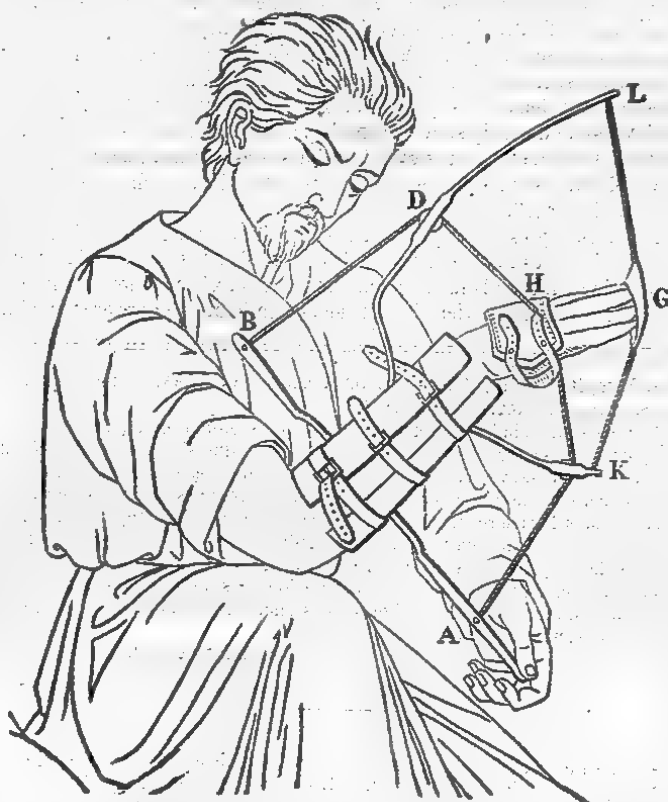
Le second appareil est construit de telle manière que les mouvements du poignet entraînent ceux des doigts. Il est à la main l'analogue de celui qui a été décrit plus haut et qui fait mouvoir toutes les articulations du pied.

On voit, au premier coup d'œil, que cet appareil offre beaucoup de ressemblance avec celui qui est destiné aux mouvements de flexion du poignet. Les seules différences qu'il soit nécessaire de décrire se rapportent à la manière dont les doigts sont mis en mouvement.

On remarquera que les cordes qui font mouvoir le poignet viennent se fixer sur un gantelet de cuir solide H qui embrasse seulement le carpe et le métacarpe, et dont le bord inférieur ne dépasse pas la racine des doigts. Ceux-ci, à l'exception du pouce, sont engagés dans un gant de peau souple dont l'extrémité digitale G est maintenue dans un certain degré de fixité par deux cordes LG, KG. Ces cordes, modérément tendues, sont attachées à deux tiges recourbées fixées sur la gouttière qui enveloppe l'avant-bras. Les deux extrémités L et K de ces tiges sont placées de telle sorte que celle qui correspond à la face dorsale de la main dépasse le bout des doigts de 0,10 centimètres environ, celle qui correspond à la face palmaire ne descend pas plus bas qu'au niveau de la racine des doigts. Cette disposition donne à la corde LGK une direction oblique qui est nécessaire pour que le mouvement des doigts ait toute l'étendue désirable.

Supposons, ainsi que la figure le représente, que le malade appuie sur l'extrémité A du levier AB, de manière à porter le poignet dans la flexion;

N° 15.



les doigts retenus par leur extrémité au point G ne pourront pas suivre le mouvement du poignet, et seront ainsi portés dans l'extension.

Si le malade, relevant l'extrémité A du levier AB, fait tendre la corde BDH de manière à produire le redressement du poignet et son renversement en

arrière, les doigts dont le bout reste fixé se fléchiront progressivement à mesure que le poignet se portera en arrière.

Ainsi, deux mouvements inverses seront produits simultanément : flexion du poignet et extension des doigts dans le premier cas; extension du poignet et flexion des doigts dans le second cas (1).

APPLICATION DES APPAREILS DE MOUVEMENTS DESTINÉS AU POIGNET.

Les appareils de mouvements pour le poignet peuvent, comme ceux qui sont destinés au pied, être employés dans les maladies diverses où se présente l'indication de faire mouvoir les jointures. Ainsi, on peut les mettre en usage dans les roideurs suite de l'immobilité, dans les entorses chroniques et dans différentes formes d'arthrite. Je n'ai pas eu jusqu'ici l'occasion d'en suivre l'application dans des cas appartenant à chacune de ces maladies; mais l'analogie conduit à penser qu'il y a lieu d'en attendre des résultats semblables à ceux que l'on obtient des appareils du même genre dans les autres articulations. Le seul fait que j'aie recueilli se rapporte à une tumeur fongueuse du poignet. Bien que, dans ce cas, le traitement n'ait eu qu'un succès incomplet, on a pu constater que les appareils remplissaient parfaitement le but mécanique en vue duquel ils avaient été construits, et qu'ils avaient produit en partie les résultats thérapeutiques que l'on en espérait.

MALADIE DU POIGNET DROIT DATANT DE SIX ANS; TUMEUR FONGUEUSE DE L'ARTICULATION RADIO-CARPIENNE; GONFLEMENT; DOULEURS VIVES; PRONATION DE LA MAIN; ABSENCE DE MOBILITÉ; TRAITEMENT PAR DIVERS MOYENS ET EN PARTICULIER PAR LES MOUVEMENTS ARTIFICIELS; AMÉLIORATION.

Obs. — J.-Phil. Farges, âgé de 44 ans, d'une bonne constitution, est entré dans la salle de clinique le 8 octobre 1848. A cette époque, il souffrait du poignet droit depuis six ans, et depuis une année il avait été forcé d'interrompre le travail de sa profession de cultivateur. Il attribue sa maladie à l'influence de l'humidité, et il raconte que, pendant plusieurs années, la douleur ne se faisait pas sentir d'une manière constante. Après avoir suivi chez lui divers traitements infructueux, il vint une première fois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au commencement de l'année 1848. Le chirurgien dans le service de qui il fut placé combattit l'inflammation et la douleur dont le poignet était le siége par des applications de sangsues, par des cataplasmes émollients et par l'immobilité. Plus tard, il eut recours au cautère actuel et il fit sur le poignet cinq raies de feu. Ces moyens, ainsi que les douches de vapeurs et les divers liniments mis en usage, ne produisirent aucune amélioration, et le malade, sorti de l'Hôtel-Dieu dans le courant de septembre 1848, y rentrait le mois suivant par suite des douleurs qu'il éprouvait et de l'impossibilité où il était de se servir de la main droite.

Lorsqu'il fut soumis à mon examen, il était dans l'état suivant : il existait, au niveau de l'articulation radio carpienne, une tumeur molle et sans fluctuation qui, plus saillante en arrière, s'étendait aussi en avant et sur les côtés. La circonférence du poignet, mesurée au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus, était de 0,20 centimètres du côté droit ; à gauche, elle n'était que de 0,168 millimètres. La peau était légèrement rouge et tendue sur la tumeur; celle-ci était le siége d'un sentiment de chaleur et d'une douleur vive, surtout pendant la nuit.

La main était dans la pronation, elle était en même temps légèrement fléchie et inclinée sur son bord radial. Cette habitude avait été contractée pendant les traitements antérieurs. En effet, la main avait été appliquée pendant huit mois sur une planchette, et sa face antérieure avait longtemps appuyé sur une écharpe dont le malade faisait usage pour soutenir son avant-bras.

Il y avait luxation incomplète de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière; les doigts étaient dans l'extension et rapprochés les uns des autres.

Les mouvements spontanés étaient tout à fait impossibles. Si l'on essayait de faire mouvoir les jointures, on provoquait des douleurs très-vives et on constatait que toutes les articulations étaient enroidies. Il n'y avait pas de craquements produits, mais, au dire du malade, ils avaient existé à une époque antérieure. Les doigts, bien que leurs articulations ne fussent pas malades, étaient fixés dans la position étendue; cet état était produit par l'adhérence des tendons à leurs gaînes. L'enroidissement du poignet, résultat de la maladie de l'articulation radio-carpienne et de la longue immobilité dans laquelle elle avait été maintenue, était entretenue par le développement des fongosités et par l'ulcération des cartilages. L'absence des mouvements normaux coïncidait avec le ramollissement des ligaments, on en trouvait la preuve dans la luxation incomplète du cubitus et dans la facilité avec laquelle on imprimait à la main des mouvements de glissement sur l'extrémité inférieure du radius.

De l'ensemble de ces symptômes, il résultait que nous avions affaire à une arthrite avec production de fongosités; en d'autres termes, à une tumeur blanche du poignet. La maladie paraissait avoir occupé d'abord l'articulation radio-carpienne; mais elle avait envahi aussi l'articulation radio-cubitale inférieure, l'articulation médio-carpienne et les gaînes tendineuses.

Les traitements antérieurs avaient été dirigés contre quelques-uns des éléments du mal : l'inflammation aiguë, la douleur et l'engorgement. Les moyens employés n'avaient produit aucun résultat utile. Il me parut qu'il y avait lieu de recourir à une autre méthode de traitement, et spécialement de substituer à l'immobilité un exercice méthodique des mouvements.

Comme on l'a vu par les détails précédents, tous les mouvements normaux de la main et des doigts étaient perdus. Pour les exercer tous, on mit en usage successivement et alternativement tous les appareils destinés au poignet.

Le 18 octobre, on commença l'emploi de l'appareil destiné aux divers mouvements de flexion du poignet (fig. 13). Le 11 novembre, on appliqua celui qui est destiné à produire la pronation et la supination (fig. 14). Enfin, le 20 du même mois, on compléta l'ensemble des mouvements artificiels en faisant usage de l'appareil destiné à fléchir les doigts (fig. 15). Pour faire cesser la sensation de chaleur dont le poignet était le siége, je prescrivis des applications fréquemment renouvelées de compresses trempées dans l'eau froide.

Les premiers résultats du traitement furent la diminution de la douleur et du gonflement et la cessation du sentiment de chaleur. Après un mois, ce dernier symptôme s'était entièrement dissipé et les compresses froides étaient devenues peu à peu inutiles. La diminution du gonflement se reconnaissait aux plis que formait la peau et à la facilité avec laquelle on la faisait glisser sur les parties profondes. Les mouvements, d'abord très-limités, étaient devenus plus étendus, plus faciles et moins douloureux ; cependant l'amélioration était sous ce rapport lente et imparfaite. Je me déterminai à imprimer aux articulations des mouvements plus étendus à l'aide des mains, de manière à détruire les adhérences qui pouvaient s'opposer au rétablissement de la mobilité.

Le 19 janvier 1849, le malade fut soumis à l'action du chloroforme, et pendant son sommeil j'imprimai au poignet et aux doigts des mouvements modérés dans tous les sens. Je m'appliquai surtout à faire cesser l'état de pronation dans lequel la main était fixée. Je la ramenai sans beaucoup d'efforts dans une position moyenne entre la pronation et la supination. Dans cette attitude, la saisie en arrière de l'extrémité inférieure du cubitus disparaissait. Je fis exercer aux doigts des mouvements de flexion dans toutes leurs articulations.

Les jours suivants, il survint un peu de gonflement et de douleur; ces symptômes furent combattus par des bains locaux frais, et le 27 janvier le malade recommença l'emploi des appareils. Il mettait à ces exercices beaucoup de zèle et y consacrait régulièrement deux à trois heures par jour. Les mois de février et de mars furent exclusivement consacrés à ces mouvements artificiels. L'amélioration fit de nouveaux progrès, et le 28 mars on constatait les changements suivants :

Cessation complète des douleurs dans l'état d'immobilité; elles ne se produisent que lorsque lorsqu'on exerce des mouvements un peu étendus. Diminution de l'engorgement du poignet; la circonférence n'est plus que de 0,19 centim. A la vue, cette diminution qui est d'un centimètre semble être plus considérable encore et l'on observe le plissement de la peau.

Les divers mouvements de flexion du poignet sont encore très-limités. La main peut se porter dans une attitude moyenne entre la pronation et la supination. Les doigts ont recouvré beaucoup de mobilité dans leurs articulations métacarpiennes, les articulations des phalanges ne se fléchissent pas encore spontanément; le malade peut saisir avec le pouce et l'index les objets peu lourds et d'un petit volume. La laxité des ligaments du poignet est moindre; on le reconnaît à ce que les mouvements de glissement du corps sur le radius sont moins faciles à produire et qu'il est plus difficile de réduire la luxation du cubitus.

Il y a amélioration dans la plupart des éléments de la maladie, mais ce n'est encore qu'un résultat bien incomplet; car le malade est dans l'impossibilité de se servir de sa main pour les usages ordinaires de la vie. On a pu rendre aux doigts une mobilité suffisante pour l'exercice de leurs fonctions; mais je crains que l'on ne parvienne pas à obtenir pour le poignet un résultat semblable. Par le fait de la maladie grave dont l'articulation radio-carpienne a été le siége, les moyens d'union des os entre eux ont été tellement altérés et les surfaces osseuses elles-mêmes ont été si profondément modifiées, que le rétablissement des fonctions normales est probablement impossible. En dernier lieu, j'ai entouré le poignet et la partie supérieure de la main d'un bracelet qui soutient les articulations et qui, pressant sur la tête du cubitus, tend à réduire la luxation de cet os. A l'aide de ces tuteurs, le malade peut se servir de sa main un peu mieux qu'il ne le faisait auparavant. D'ailleurs l'exercice des mouvements artificiels ne saurait être considéré comme ayant été infructueux en ce qui concerne l'articulation radio-carpienne; car s'ils ont été impuissants à rétablir une mobilité suffisante, ils ont été très-utiles comme moyen de diminuer la douleur et l'engorgement.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Tous les appareils décrits dans ce mémoire ont été construits par M. Blume, rue Bourgchanin, 2, à Lyon. Cet artiste ingénieux a ajouté un grand nombre de perfectionnements de détails aux plans que je lui ai donnés.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'APPARITION DU CHOLÉRA A STRASBOURG; par M. A. Lereboullet.

Mon très-cher confrère,

Le choléra, comme vous le savez maintenant, vient de nous montrer sa hideuse figure. Comme un reptile immonde, il s'est glissé à travers les défilés des Vosges jusque dans la plaine d'Alsace. Le dernier numéro de la Gazette médicale de Strasbourg rend compte des cas observés à Pierre-aux-Bois, dans le val de Villé. C'est le 23 août qu'il a éclaté ici dans une

petite rue étroite, humide, malsaine, habitée par plusieurs tanneurs. Il est juste de dire cependant que, dans la première huitaine de juillet, un voyageur venant de Leipzig était mort à l'hôpital d'un choléra confirmé, et que, le 23 juillet, un vieillard habitant une petite rue très-malsaine, la rue des Meuniers, avait été apporté à l'hôpital avec tous les symptômes du choléra; il est mort dans la période de réaction. Mais ces deux cas isolés ne peuvent guère être comptés comme appartenant à l'épidémie qui s'est déclarée un mois plus tard. Ainsi donc, le 24 août meurt un ouvrier tanneur logé rue des Dentelles, 26, au bout de treize à quatorze heures de maladie. Le même jour, un négociant israélite, habitant la même maison, tombe malade à sept heures du soir et meurt à deux heures du matin.

Un des enfants de ce particulier tombe malade dans la nuit et offre tous les symptômes d'un choléra algide; les autres enfants sont éloignés de la maison et n'éprouvent aucune indisposition. Le lendemain et les jours suivants, plusieurs autres habitants de la même maison sont frappés et meurent successivement, soit à domicile, soit à l'hôpital. La veuve du deuxième malade devient elle-même victime du fléau. En tout, il est mort, je crois, dix à douze habitants de cette maison n° 26. Deux personnes, une jeune fille et sa mère, meurent dans la maison n° 8, située en face de la précédente. Le choléra a épargné jusqu'à présent les autres maisons de cette rue, à l'exception d'un cas qui a été signalé le 4 septembre au matin dans la maison n° 23; la malade, atteinte aussi de choléra algide, a été transportée à l'hôpital. En ville, on n'a pas signalé d'autre cas de choléra algide; mais trois cas qui s'étaient déclarés dans la Grand'Rue (même quartier à peu près que la rue des Dentelles) ont guéri.

Les quelques malades transportés à l'hôpital y sont morts et ont infecté l'établissement.

Quatre pensionnaires du quartier des femmes, âgées et infirmes, et deux ou trois autres habitants de l'hôpital, ont été frappés et sont morts en peu de temps (six, huit ou douze heures).

Ces faits, que je ne vous retrace pas avec toute l'exactitude des chiffres, parce que je n'ai pas entre les mains les documents officiels, ces faits, dis-je, vous montrent, mon cher confrère, que le choléra semble vouloir progresser chez nous par foyers d'infection. Il est remarquable par la violence des cas, qui ne laissent pas au médecin le temps de les traiter. Cette allure remarquable du fléau indien semble nous indiquer la marche à suivre pour le combattre avec succès, et j'ai plusieurs fois recommandé à mes confrères, et surtout aux membres du comité de salubrité, la lecture de vos sages réflexions à l'occasion du choléra de Paris : je veux parler de la nécessité de *disséminer* les malades, ou tout au moins *de ne pas les concentrer dans un hôpital.* Les moyens de dissémination étaient ici bien faciles, puisque, dans le principe, une seule maison se trouvait infectée. Mes observations n'ont pas été goûtées par tout le monde; on a craint de répandre la maladie dans tous les quartiers. On n'a pas fait la réflexion si simple que plusieurs malades réunis dans une seule maison forment un foyer dangereux, tandis que tous ces malades disséminés ne forment plus *chacun séparément* que des foyers peu, très-peu intenses. Je reviendrai sur ce point important si l'épidémie prend de l'extension. Strasbourg est entouré d'habitations, de fermes, etc. Il ne s'agirait que d'assurer la location de quelques-unes pour y placer des malades. Mais cette mesure paraîtra trop excentrique, *impraticable* même; on aimera mieux *laisser faire,* et se courber pour laisser passer l'orage. Que voulez-vous? c'est l'histoire de l'humanité.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Avril, mai et juin 1849.)

A QUELLE LIMITE CONVIENT-IL DE PORTER LA DILATATION DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE POUR EN OBTENIR LA GUÉRISON RADICALE ET COMPLÈTE ? par M. BÉNIQUÉ.

La question qui constitue l'énoncé de ce titre est une des plus pratiques, mais aussi des plus difficiles qu'on puisse se poser. M. Béniqué, dont nous avons déjà (voyez GAZ. MÉD., 1845) fait connaître la méthode thérapeutique, était sans contredit l'un des chirurgiens les mieux placés pour aborder avec avantage ce problème.

Et d'abord la dilatation est-elle de nature à produire une guérison définitive des rétrécissements ? Beaucoup de médecins conservent à cet égard un doute et un doute sincère. M. Béniqué lui-même, quoiqu'il prétende qu'aucun autre procédé ne réalise sous ce rapport des effets meilleurs que la dilatation, semble bien avouer qu'il est très-difficile de vérifier si les malades, qui se portent bien avec le soin de passer une bougie de temps en temps, continueraient à uriner normalement du moment qu'ils auraient renoncé à cette précaution usuelle. La prudence impose ici au praticien des limites qu'il ne saurait franchir sans danger pour son client. Ainsi, dit M. Béniqué, j'éprouve un assez grand embarras pour démontrer que les malades qui ont le mieux suivi mes conseils sont désormais préservés de toute récidive. En effet, je leur ai recommandé avec les plus vives instances de faire environ tous les mois l'introduction d'un instrument dilatateur. Puis-je aujourd'hui leur dire, quand je les rencontre : Cessez brusquement ces introductions dont je vous avais fait comprendre la nécessité; cessez-les afin de satisfaire ma curiosité et de me permettre de juger ce que deviendraient vos rétrécissements abandonnés à eux-mêmes pendant une longue période ? Un grand nombre d'entre eux suivraient, je crois, impunément ce conseil, mais je n'aurais pas le courage de le leur donner.

Mais enfin qu'on ait la certitude ou seulement une forte probabilité d'obtenir une cure durable, un état permanent de dilatation, jusqu'à quel degré faut-il porter l'ouverture du cercle coarcté pour réaliser à ce point de vue les plus grandes chances? M. Béniqué n'hésite pas à déclarer que, le plus souvent, il sera nécessaire de continuer l'introduction des bougies jusqu'à ce qu'on puisse en faire pénétrer une de *dix millimètres.* Ce diamètre paraît ordinairement trop fort aux malades. Soit illusion, soit frayeur, soit par souvenir de la manière dont l'excrétion urinaire s'opérait chez eux durant les dernières années, ils disent en général qu'ils ont toujours eu le canal étroit, qu'ils ne l'ont pas naturellement plus large que 6 ou 7 millimètres.

Beaucoup de médecins restreignent eux-mêmes à ce dernier chiffre le maximum de la dilatation qu'ils conseillent d'obtenir. M. Béniqué tient d'un de ses clients dont Richerand avait d'abord commencé le traitement, que ce chirurgien étant arrivé chez lui à une dilatation d'environ 7 millimètres, se refusa à la pousser plus loin, affirmant que c'était inutile et que le malade n'en urinerait pas mieux pour cela.

Ce qui en impose la plupart du temps, c'est que le méat étant plus étroit que le reste de l'urètre, rend l'introduction d'une volumineuse bougie difficile ou impossible, et fait croire à tort qu'on a atteint la limite de la dilatabilité du canal. Mais cette cause d'erreur sera facilement écartée, si l'on se persuade bien de la nécessité de débrider l'orifice du canal sur tous ceux chez qui il ne permettrait pas l'introduction d'un instrument de plus de 7 millimètres.

Enfin, il faut bien se rappeler que derrière le rétrécissement, une portion de l'urètre s'est dilatée anormalement par l'effet de la distension que l'urine exerce incessamment contre elle au moment de son expulsion. Il importe donc, en raison de cette circonstance, de pousser la dilatation plus loin que la stricture elle-même ne semblerait l'exiger. Amener celle-ci à donner un passage facile à l'urine est un palliatif et non une guérison; et, en laissant subsister dans l'urètre des différences notables de diamètre, on rendrait inévitable le séjour habituel de quelques gouttes d'urine dans les parties excavées. De là l'origine de certains suintements considérés comme incurables.

DE LA RESTAURATION DU PRÉPUCE DANS L'OPÉRATION DU PHYMOSIS ET DU PARAPHYMOSIS; par M. PÉTREQUIN.

Le but que M. Pétrequin se propose, dans ces deux cas, est de faire servir la membrane muqueuse à rétablir la conformation naturelle de la partie.

Pour le phymosis, il coupe la peau à peu près comme dans le procédé de M. Ricord. Une fois ce premier temps accompli, la peau se retire, la muqueuse reste accolée au gland, ou à une plaie circulaire. Alors, pour donner plus de largeur encore à l'ouverture préputiale et prévenir toute récidive de rétrécissement du prépuce, il fait trois légères incisions sur la muqueuse en passant les ciseaux entr'ouverts entre le gland et la membrane : la première sur le dos de la verge, et les deux autres à gauche et à droite du frein, afin d'en dégager cette portion muqueuse du nouveau prépuce. Pour prévenir toute chance de large plaie et de cicatrisation lente, M. Pétrequin renverse ensuite la muqueuse et passe quatre points de suture qui réunissent d'une manière immédiate ses bords à ceux de la peau. La restauration du prépuce se trouve ainsi complète. On panse avec de la charpie et des bandelettes agglutinatives pour maintenir les parties en place; la guérison est prompte, et le résultat très-satisfaisant. Nous avons pu en juger nous-mêmes *de visu.*

Quant au paraphymosis, lorsqu'il est indiqué de le traiter par débridement, on peut réaliser le même avantage par une légère modification au manuel opératoire employé habituellement. M. Pétrequin fait une incision

double : il pratique un débridement très-étendu du côté du dos de la verge, puis un autre près du frein, allant tous deux jusqu'à la commissure. Ces deux incisions faites, on a deux lambeaux semi-circulaires qu'on renverse et qu'on sectionne circulairement avec des ciseaux, de manière à avoir une plaie régulière, il faut prolonger l'incision plus loin sur la peau que sur la muqueuse; puis, l'incision des parties œdématiées terminée, on renverse la muqueuse sur la plaie, et enfin, on suture circulairement la peau et la muqueuse en quatre points, puis on applique par-dessus le pansement ordinaire.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LAGNEAU demande la parole à l'occasion du procès-verbal. M. Bally, dit-il, a annoncé que les personnes qui ont eu la suette étaient par cela même toujours préservées du choléra. Je viens d'une localité où les faits ne se sont nullement passés conformément à l'assertion émise par notre honorable collègue. Un grand nombre d'individus qui ont eu la suette ont eu aussi le choléra, et *vice versâ*.

— La correspondance officielle comprend trois lettres du ministre du commerce, qui soumet à l'Académie : 1° un appareil de l'invention du sieur Hérouard, ouvrier mécanicien, pour la guérison du choléra; 2° une recette d'un élixir digestif; 3° une notice et un nouveau pessaire inventé par madame Coquillard.

MM. MARTINET, BOUDIN et GRISOLLE écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale, et ils envoient la liste de leurs titres à l'appui.

CHOLÉRA.

M. LEMAZURIER, correspondant de l'Académie à Versailles, soumet à l'Académie le résultat des recherches qu'il a faites sur ce qui s'est passé à Versailles et dans les communes qui en dépendent depuis l'invasion du choléra; dans le but de montrer à quel point cette ville a été épargnée, cette année, par le fléau qui ravage la France. « Il est d'autant plus difficile, dit M. Lemazurier, de se rendre raison de la rareté des cas mortels de choléra à Versailles, que l'influence cholérique s'y est fait sentir en même temps qu'à Paris et dans le département de Seine-et-Oise. Le tiers au moins de la population a été atteint successivement, et à des degrés divers, par les cholérines plus ou moins caractérisées, par les simples dérangements gastro-intestinaux, les coliques, les borborygmes, l'inappétence, les dyssenteries, etc. Pendant plus d'un mois, à partir de l'invasion du choléra dans le département, Versailles n'en a offert aucun cas grave; c'est le 13 avril qu'un premier décès a été constaté. Les premiers malades enlevés par le choléra se sont montrés dans les divers quartiers de la ville, sans distinction.

» Depuis l'invasion du choléra jusqu'à ce jour, l'épidémie a enlevé, tant dans la ville qu'à l'hospice, 61 malades, dont 49 étaient de Versailles et 12 de l'extérieur. Sur les 49, 28 n'avaient pas quitté la ville, 21 avaient séjourné à Paris.

» La commune qui a le plus souffert est celle de Viroflay, qui, en 1832, avait déjà été ravagée par le choléra (46 décès sur plus de 100 malades). »

M. Lemazurier attribue la gravité de l'épidémie dans cette localité à l'influence réunie de la chaleur atmosphérique et de l'action délétère des eaux des buanderies et des eaux vannes qui arrivent de Versailles à Viroflay, déjà corrompues, et qui y sont retenues par des barrages.

M. GODELIER communique la relation des 8 premiers cas de choléra qu'il a observés à La Rochelle. Il y a maintenant cent jours, dit l'auteur, que le premier cas s'est présenté; dans ce laps de temps, 50 personnes environ sont mortes. La maladie a constamment suivi la même marche et présenté à peu près les mêmes symptômes, sévissant sur les vieilles personnes de la classe indigente, plus sur les femmes que sur les hommes. L'auteur dit ne pouvoir se permettre de se prononcer sur le mode de propagation du mal, son apparition à La Rochelle n'ayant été signalée sur aucun point du département lorsque le premier cas s'est déclaré à La Rochelle.

M. ZANDICK (de Dunkerque) adresse une seconde communication sur la propagation du choléra, dans laquelle il s'efforce de démontrer que, si les relations répétées sont une cause puissante de la propagation de la maladie, à elles seules elles ne pourraient pas avoir d'aussi fâcheux résultats si d'autres circonstances ne contribuaient pas à faire de ces relations une cause déterminante. Voici, du reste, quelles sont les conclusions que M. Zandick tire lui-même de cette nouvelle communication :

1° Depuis le commencement de l'épidémie à Dunkerque (octobre 1848), le choléra n'a choisi ses victimes que parmi les malheureux.

2° Il a sévi indistinctement dans les quartiers les plus sains, les plus aérés, comme dans les parties de la ville les plus insalubres.

3° Le choléra n'est pas nécessairement contagieux; mais sa transmission est incontestable dans certaines circonstances.

4° Cette transmission ne s'opère jamais par le contact unique d'un homme cholérique avec un homme bien portant.

5° Elle a lieu au contraire presque toujours :

a Lorsqu'il existe une atmosphère cholérique, c'est-à-dire lorsqu'il y a épidémie;

b Par les relations répétées qu'ont avec les malades les personnes dominées par la peur et dont l'organisme est affaibli par l'ivrognerie, l'intempérance, la débauche, la misère, les maladies chroniques et les mille causes d'insalubrité qui peuvent les entourer.

M. BILLARDET, médecin en chef de l'hôpital de Beaune, donne des renseignements sur la marche de l'épidémie dans cette ville et dans l'arrondissement. A Meursant, village peu distant de Beaune, l'invasion a été subite, sans qu'on ait pu soupçonner la moindre communication directe ou indirecte entre le premier individu atteint et des individus venant d'un foyer épidémique. A Beaune, un individu introduit à l'hôpital le 11 août a été la cause originelle et déterminante de l'infection cholérique. L'infection a été manifeste, dit M. Billardet, aux yeux de tous les médecins du pays.

M. BONFILS père, médecin à Nancy, donne quelques renseignements sur les cholériques qu'il a soignés en 1832 et depuis cette époque. Il entre à cet égard dans des détails de thérapeutique connus. Quant à la question de la contagion, si quelques faits, dit-il, ont semblé prouver le caractère contagieux de la maladie, un plus grand nombre de faits ont attesté le contraire.

AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE.

M. JULES ROUX adresse la lettre suivante à l'occasion de la communication de M. le docteur Morel (de Montdidier).

J'ai lu, dit-il, dans plusieurs journaux scientifiques que, dans la séance du 21 août dernier de l'Académie nationale de médecine, M. le docteur Morel, de Montdidier (Somme), a présenté une femme qui avait subi, avec un plein succès, l'amputation tibio-tarsienne par un procédé que M. Morel aurait imaginé *à priori* et inséré dans sa thèse inaugurale soutenue devant la Faculté de Paris en 1847.

« Un procédé tout à fait conforme, dit M. Morel (GAZ. DES HÔP., n° 98, p. 393), et qui semble être le résumé parfait de ma thèse, a été décrit par M. Jules Roux (de Toulon), dans le n° 85 de la GAZETTE DES HÔPITAUX de l'année 1848. » Plus bas, M. Morel ajoute : « Ce que je tiens à constater, c'est que le procédé opératoire dont il est question n'a été décrit avec exactitude par M. Jules Roux que six ou huit mois environ après l'impression de ma thèse, écrite et publiée en 1847. » Il dit enfin : « M. Robert n'ayant pas eu connaissance de ma thèse, dont il n'a pas été rendu compte dans les journaux, croyait avoir mis en usage le procédé de M. Jules Roux. »

Veuillez me permettre, monsieur le président, de relever devant l'Académie l'inexactitude de ces trois assertions.

1° Le procédé d'amputation tibio-tarsienne que j'ai décrit ne peut pas *sembler être le résumé parfait de la thèse* de M. Morel, puisque sa publication est antérieure de plus d'une année à celle de la thèse de ce médecin, comme ce qui suit va le démontrer.

2° M. Morel a soutenu sa thèse le 23 décembre 1847, et j'ai publié avec une exactitude scrupuleuse mon procédé d'amputation tibio-tarsienne en novembre 1846 (V. ANN. DE THÉRAP., n° 8, p. 306, année 1846), par conséquent treize mois environ avant la dissertation inaugurale de M. Morel.

3° M. Robert, qui a pratiqué l'amputation tibio-tarsienne en ma présence et par mon procédé, ne s'est donc pas trompé en croyant avoir mis en usage le procédé de M. Jules Roux.

Mais M. Morel se trompe certainement encore quand il avance qu'il n'a pas été rendu compte de sa thèse dans les journaux, puisqu'il en est fait mention dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, mai 1848, p. 121.

Je comprends que M. Morel n'ait pu avoir connaissance de mon procédé opératoire au mois de septembre 1846, lorsque j'en entretenais à Marseille la section de médecine de la 14e session du congrès scientifique, en faisant suivre ma communication d'une démonstration pratique à laquelle assistèrent un grand nombre de médecins français et étrangers, et entre autres M. Goyrand (d'Aix), démonstration que j'ai répétée, du reste, au mois de septembre 1847, à l'hôpital de Montpellier devant M. Serre et ses élèves, et à l'Hôtel-Dieu de Lyon devant M. Pétrequin.

Je pourrais à la rigueur admettre qu'en composant sa thèse M. Morel n'ait pas eu connaissance de mon procédé opératoire, publié pourtant avec un succès à l'appui en novembre 1846, dans les ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE, reproduit dans les ARCHIVES MÉDICALES DU MIDI (ann. 1846, p. 33), dans le JOURNAL DE CHIRURGIE de M. Malgaigne (nov. 1846, p. 342), dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (ann. 1846, p. 522), dans la GAZETTE MÉDICALE (mars 1847, p. 240), et qu'il l'ait lu pour la première fois dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (1848), qu'il cite lui-même.

Mais ce que je ne saurais concevoir, c'est que M. Morel, qui m'avait fait connaître ses prétentions dans une lettre particulière en date du 16 janvier 1849, les reproduise au mois d'août devant l'Académie, nonobstant ma réponse en date du 2 février, qui devait l'édifier sur les indications que je viens de rappeler.

J'aime à penser que M. Morel n'a pas reçu ma lettre explicative, et que lorsqu'il aura lu ma légitime réclamation, il s'empressera de reconnaître que, si

nos procédés opératoires se ressemblent, je suis en droit, par mon incontestable priorité, de lui assigner devant l'Académie la place qu'il avait voulu me donner.

M. Wanner adresse une nouvelle note sur la théorie des bruits du cœur, qu'il explique différemment que le font la plupart des physiologistes. Suivant lui, le premier bruit a lieu par le claquement des valvules auriculo-ventriculaires dans la systole, et le second bruit par le choc en retour de la colonne sanguine entre les valvules sygmoïdes pendant la diastole.

— M. le Secrétaire perpétuel fait un nouvel appel aux membres chargés de rapports arriérés; il annonce à ce sujet que M. le docteur Guillon réclame celui qu'il attend depuis 1839, sur sa méthode de traitement pour la guérison des rétrécissements fibreux qui, à cette époque, étaient encore considérés comme inguérissables. M. Dubois fait observer que le rapport dont il s'agit sera entendu avec un intérêt d'autant plus grand, qu'il élucidera une question dont l'Académie doit s'occuper prochainement.

M. Lagneau demande la parole. Il dit qu'une commission composée de MM. Cullerier, Sanson, Roux, Velpeau et lui, a été nommée il y a en effet plus de dix ans pour examiner les sujets soumis au traitement employé par M. Guillon pour guérir les rétrécissements fibreux de l'urètre; que, n'ayant été nommé rapporteur que depuis la mort de Cullerier, qui l'était avant lui, il n'avait pu faire le rapport avant qu'un temps assez long se fût écoulé pour qu'il pût apprécier le résultat définitif de cette méthode nouvelle, introduite par M. Guillon dans la pratique chirurgicale. Ayant vu avant, pendant et longtemps après les opérations qu'on leur avait pratiquées, un assez bon nombre de sujets, son rapport était achevé depuis plus d'un an. S'il ne l'a pas lu, c'est parce qu'il avait cru que tout ce qui était relatif à cette grave question devait être renvoyé à la commission d'Argenteuil, qui est chargée de juger quel est le perfectionnement le plus important introduit dans la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre.

M. Guillon, dit-il, sur les travaux duquel on n'a point encore prononcé, me paraît avoir des droits incontestables à un rapport sur sa méthode de traitement, et il est juste que le jugement que la commission de 1839 doit porter sur la méthode dont il s'agit entre comme pièce importante dans les documents qui doivent servir de base au rapport de la commission des prix d'Argenteuil.

M. Lagneau termine en disant qu'il est à la disposition de l'Académie, et qu'il fera son rapport très-prochainement.

— M. Dubois (d'Amiens) lit, au nom de M. Poiseuille, absent, deux petits rapports demandés par le ministre du commerce.

Le premier est relatif à un ceinturon dit hygiénique sur lequel M. Poiseuille déclare n'y avoir point lieu à faire un rapport.

Le second a pour objet l'examen d'une chaise percée. Le rapporteur, tout en reconnaissant à cet appareil quelques avantages, propose de répondre au ministre qu'il n'est point de la compétence de l'Académie. (Adopté.)

MANIÈRE DE RECUEILLIR LES DÉPÔTS ET LES PRODUITS DE L'ÉVAPORATION DES EAUX MINÉRALES CONTENANT DE L'ARSENIC.

M. Guibourt lit, au nom de la commission des eaux minérales, une instruction rédigée sur la demande du ministre, à l'usage des propriétaires et fermiers des eaux, sur la manière de recueillir les dépôts ou les produits de l'évaporation des eaux minérales contenant de l'arsenic.

La collection des dépôts, dit le rapport, ne présente aucune difficulté et n'exige aucune instruction particulière. Il suffira que les médecins inspecteurs, propriétaires ou fermiers d'eaux minérales s'assurent de leur pureté et qu'ils veuillent bien préciser les circonstances de leur formation, leur gisement particulier, et, autant que possible, leur abondance ou leur proportion, relativement à la quantité d'eau écoulée.

Quant aux produits de l'évaporation, voici la manière dont l'Académie pense qu'elle devra être obtenue :

On prendra une bassine en cuivre rouge, non étamée, d'une contenance de 4 à 5 litres. On y fera évaporer l'eau à l'aide d'une légère ébullition, en y remettant à mesure du liquide, jusqu'à ce qu'on en ait employé la quantité de 50 litres. Vers la fin de l'évaporation, il faudra modérer le feu et détacher les parties du dépôt fixées à la paroi supérieure de la bassine, de manière à réunir tout le dépôt vers le fond du vase, et à pouvoir le recueillir à l'état pulvérulent et sans perte sensible. On renfermera le produit dans un petit vase de verre, qui sera cacheté, etc.

M. le rapporteur termine cette instruction en indiquant la liste des eaux dont l'Académie désire obtenir les produits desséchés.

M. Chevallier : Les bassines de cuivre ne me paraissent pas heureusement choisies pour l'opération dont il s'agit. Indépendamment de ce que plusieurs eaux renferment des traces de cuivre et qu'il serait impossible de savoir si c'est à l'eau ou au vase ayant servi à l'évaporation qu'il faudrait attribuer le cuivre qu'on pourrait trouver à l'analyse des dépôts, il y aurait cet inconvénient plus grave encore que plusieurs cuivres contiennent de l'arsenic, et qu'ils pourraient parfaitement en céder une partie pendant l'évaporation. Il y aurait donc avantage à substituer aux bassines de cuivre des vases de grès.

M. Gaultier de Claubry : Je partage tout à fait l'avis de M. Chevallier. Il est si peu vrai que les cuivres même rouges soient habituellement à l'état de pureté, que dans une fourniture considérable de cuivre faite au ministère de la guerre par une compagnie anglaise, fourniture qui avait pour condition expresse que le métal fourni ne contiendrait pas d'arsenic, on fut obligé de renvoyer tous les échantillons reçus, parce qu'ils contenaient des traces sensibles de ce métal. On s'est assuré depuis que tous les cuivres d'Allemagne et d'Angleterre contenaient de l'arsenic. Les cuivres Demidoff seuls en sont exempts; mais, comme on ne peut pas toujours connaître *à priori* leur origine, il est évident qu'il vaut mieux ne pas s'en servir. On construit dans ce moment en grande quantité des vases de fer tapissés à l'intérieur d'une couche de silicate de plomb; ces vases se vendront à très-bon marché, et ils me paraissent très-propres à l'usage indiqué par M. le rapporteur.

M. Bussy : Les meilleurs vases, à mon avis, sont ceux de porcelaine. Malgré leur prix élevé, ils sont parfaitement à la portée des médecins inspecteurs et des propriétaires des eaux. M. le rapporteur pourrait donc en conseiller l'emploi, sauf à laisser aux inspecteurs ou propriétaires la faculté de se servir d'autres vases quand ils ne pourraient s'en procurer en porcelaine.

M. Guibourt consent à modifier l'instruction dans ce sens et à substituer aux mots vases de cuivre, ceux-ci : vases de grès ou de porcelaine.

RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES SUR L'IDENTITÉ.

M. Ambroise Tardieu lit un mémoire sur les modifications physiques et chimiques que détermine, dans certaines parties du corps, l'exercice des diverses professions, pour servir à la recherche médico-légale de l'identité.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, d'établir sur des caractères anatomiques certains et faciles à constater sur le vivant aussi bien que sur le cadavre les changements de conformation résultant du genre de travail. Il a fait connaître, dans ce but, une première série d'observations qui ne comprennent pas moins de quarante-trois professions différentes, dans lesquelles l'exercice quotidien de tel ou tel organe, l'attitude du corps, le maniement des outils, le contact de certaines substances laissent une empreinte, une marque distincte, qui peuvent servir d'indication précieuse dans la recherche souvent si difficile de l'identité.

Nous reviendrons sur ce travail.

RÔLE QUE JOUE LE CHLORURE DE SODIUM DANS L'ALIMENTATION CHEZ L'HOMME.

M. Robinet fait, en son nom et au nom de MM. Mélier et Orfila, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Plouviez (de Lille), ayant pour objet le rôle que joue dans l'alimentation chez l'homme le chlorure de sodium.

M. le rapporteur, après avoir cité toute la partie expérimentale du travail de M. Plouviez, et les conclusions, que nous avons textuellement reproduites dans notre numéro du 25 août, résume ainsi son rapport :

Ces expériences ne laissent aucun doute sur le courage et le dévouement à la science qui distinguent M. le docteur Plouviez. Il en faut beaucoup pour se soumettre pendant 735 jours, répartis dans vingt-cinq mois de trois années différentes, à un régime salé qui n'avait pas seulement l'inconvénient d'être désagréable, puisqu'il a conduit plusieurs fois à un état de souffrance auquel on a dû remédier par des émissions sanguines.

Les expériences de M. Plouviez sur l'homme viendront prêter un utile et important concours à celles entreprises sur les animaux. Jusqu'à présent leurs résultats nous paraissent s'accorder.

C'est une raison de plus pour que nous n'entreprenions pas de discuter les conclusions du travail de M. Plouviez. Ce serait, selon nous, devancer le temps. La question du sel est plus que jamais à l'ordre du jour. Le travail de M. Barral, celui de M. Plouviez, contribueront à mettre en lumière ce qui paraît définitivement acquis à la science et ce qui reste à faire. Nous pensons qu'il est trop tôt pour conclure d'une manière générale; mais nous vous proposerons de faire publier dans votre bulletin, comme une très-bonne pièce de l'enquête ouverte en ce moment, la partie expérimentale du mémoire de M. Plouviez et ses conclusions. Le surplus de son travail serait honorablement déposé aux archives afin d'être consulté au besoin.

Après une courte discussion, qui n'entraîne aucune modification aux termes des rapports, les conclusions en sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 16 JUIN 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

DISPOSITIONS FORMULÉES PAR LE GOUVERNEMENT, EN VUE DE LA CRÉATION D'UN SERVICE MÉDICO-RURAL. — Rapport de la quatrième section.

(M. Mascart, rapporteur.)

Messieurs,

Les secours sanitaires à donner aux malades indigents ne sont pas uniformément répartis entre les différentes localités du pays.

Dans nos campagnes, l'insuffisance ou l'emploi peu intelligent des revenus dont disposent les bureaux de bienfaisance, et le refus des administrations communales d'intervenir dans les frais auxquels donne lieu le traitement des pauvres, ne permettent pas de généraliser l'organisation des secours publics. Cette organisation, fût-elle possible, serait inefficace dans certaines contrées du territoire, par le défaut d'un nombre suffisant de praticiens pour traiter les malades.

Les préceptes de l'hygiène sont méconnus, et les règlements sanitaires sont inexécutés dans nos villages. La police médicale est entièrement négligée par les autorités locales, et les infractions les plus graves aux lois qui régissent les différentes branches de l'art de guérir restent impunies.

Cet état de choses a fixé l'attention du gouvernement, et M. le ministre de l'intérieur a adressé à l'Académie une série de dispositions formulées par son département et par celui de la justice, en vue de la création d'un service mé-

dico-rural à organiser dans le triple but d'assurer des secours convenables aux malades indigents, d'étendre les bienfaits de la médecine à toutes les parties du territoire, et de faire exercer une surveillance active et continue sur les objets qui rentrent dans le domaine de l'hygiène et de la salubrité publiques.

Ces dispositions sont rédigées dans les termes suivants :

TITRE Ier. — OBLIGATIONS DES COMMUNES ET DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Art. 1er. — Les communes rurales et les villes dont la population est inférieure à 5,000 habitants, sont tenus de pourvoir, avec les bureaux de bienfaisance, au traitement de leurs malades pauvres et au service des accouchements pour les femmes indigentes.

A cet effet, il sera nommé, pour chaque commune, un ou plusieurs médecins et une ou plusieurs sages-femmes.

Les médecins ont le titre de médecin communal.

Art. 2. — Plusieurs communes peuvent se réunir pour avoir un même médecin et une même sage-femme.

Cette agrégation de communes est subordonnée à une autorisation de la députation permanente du conseil provincial, donnée sur l'avis de la commission médicale de la province. Elle ne peut avoir lieu qu'exceptionnellement entre des communes non-limitrophes.

Art. 3. — Le traitement des médecins communaux et les rétributions à accorder aux sages-femmes sont supportés par les bureaux de bienfaisance, les communes et les provinces. Des subsides pourront être accordés par l'État, si les ressources locales sont reconnues insuffisantes.

Art. 4. — Le traitement des médecins communaux est fixé à raison de 100 f. par 1,000 habitants des communes ou des agrégations de communes auxquelles ils sont attachés. Toutefois il ne peut être inférieur a 600 fr. ni excéder 1,000 f., à moins de circonstances extraordinaires.

Ce traitement est indépendant des honoraires ou émoluments que les médecins obtiennent pour les services qu'ils rendent aux administrations étrangères aux communes qu'ils desservent.

Les sages-femmes sont rétribuées par accouchement.

La rétribution est fixée d'après un tarif arrêté par la députation permanente, la commission médicale provinciale ayant été consultée sur les propositions des bureaux de bienfaisance et des administrations communales.

Art. 5. — En cas de refus par les communes de procéder à la nomination des médecins et des sages-femmes mentionnés aux articles ci-dessus, et de voter les fonds nécessaires pour leur traitement ou leurs rétributions, il y sera pourvu d'office.

TITRE II. — DE LA NOMINATION, DES ATTRIBUTIONS ET DES DEVOIRS DES MÉDECINS COMMUNAUX.

Art. 6. — Les médecins choisis par les conseils communaux pour être exclusivement attachés à leur commune sont nommés par ces collèges.

Ceux qui doivent desservir plusieurs communes sont nommés par la députation permanente, sur une liste de deux candidats présentés par les conseils communaux de chacune des localités de la circonscription, la commission médicale provinciale ayant été entendue.

Les uns et les autres sont soumis aux conditions et aux obligations énoncées dans le présent titre et dans les titres suivants.

Art. 7. — Quand la députation nomme un médecin déjà commissionné pour le service particulier d'une autre commune, elle pourra subordonner cette nomination, à la condition que le titulaire renonce au bénéfice de sa première commission.

Art. 8. — Le médecin communal est tenu de résider dans la localité qui lui est assignée.

Art. 9. — Pour être nommé médecin communal, il faut jouir des droits civils et être porté sur une des listes des personnes de l'art, dressées annuellement par les commissions provinciales comme ayant le droit d'exercer la médecine, la chirurgie et les accouchements.

Art. 10. — Les médecins communaux sont suspendus et révoqués par les autorités qui font les nominations. Ils sont préalablement entendus, et quand les plaintes articulées à leur charge sont relatives à des faits qui concernent le service public qui leur est confié, ces plaintes sont soumises à l'avis de la commission médicale provinciale.

La suspension ne peut excéder un mois. Pendant la durée de la suspension, le titulaire est remplacé par le médecin de l'un des ressorts voisins ; il sera désigné par la députation permanente.

Art. 11. — Les médecins communaux sont chargés dans les communes de leur circonscription :

Du traitement des malades indigents ;

Des vaccinations ;

De la vérification des décès ;

De l'inspection des écoles communales, faite d'après les dispositions de l'arrêté du 15 août 1846, et en outre, chaque fois qu'il y a lieu de craindre qu'une maladie épidémique ou contagieuse ne se propage parmi les élèves ;

De la surveillance sanitaire et du traitement des enfants trouvés et abandonnés placés en pension dans les communes ;

De veiller à tout ce qui intéresse la santé publique, et de signaler aux autorités dont ils dépendent tous les faits sur lesquels ils jugent utile d'appeler leur attention.

Ils sont tenus, en outre :

1° De déférer aux réquisitions et aux demandes qui leur sont faites dans les limites de leurs attributions par les bourgmestres et par les présidents de bureaux de bienfaisance ;

2° De déférer en tout temps aux réquisitions des officiers de police judiciaire, et de les aider dans l'instruction des crimes et délits commis dans leur ressort.

Ils recevront, de ce chef, les honoraires fixés par les tarifs en vigueur.

Art. 12. — Les médecins communaux sont consultés par les administrations communales sur tous les points qui se rapportent au maintien de la santé publique, y compris le choix de l'emplacement et la construction des bâtiments communaux et de ceux qui sont érigés par les administrations de bienfaisance.

Ils font de droit partie des conseils de salubrité et des commissions sanitaires qui peuvent être établis dans les localités de leur ressort.

Art. 12. — Les médecins communaux adressent tous les six mois à la commission médicale de leur province, un rapport indicatif des mesures qu'ils ont conseillées ou provoquées dans les limites de leur compétence, et ils communiquent à ces collèges les faits et documents relatifs à la science et à l'hygiène publique, qu'ils auraient recueillis.

Art. 14. — Une retenue est faite sur le traitement des médecins pour l'établissement d'une caisse de retraite et de secours.

TITRE III. — DU TRAITEMENT DES INDIGENTS.

Art. 15. — Les médecins communaux traitent gratuitement les malades indigents dont les noms se trouvent portés sur les listes dressées par les bureaux de bienfaisance et approuvées par les administrations communales.

A cet effet, ils donnent des consultations dans le lieu de leur résidence et dans les communes, et ils visitent les malades à domicile, aussi souvent que l'état de ceux-ci l'exige. Ils s'entendent avec les administrations communales pour fixer les lieux, jours et heures des consultations.

Art. 16. — Les autorités communales et les administrations des bureaux de bienfaisance veillent à ce que les indigents n'abusent pas de la faculté qui leur est donnée de recevoir des soins gratuits, et à ce qu'ils ne réclament le déplacement du médecin que pour les affections qui ne leur permettent pas de se rendre au lieu de sa résidence.

Art. 17. — Le médecin communal appelé dans une des localités de son ressort, soit pour le service public qui lui est confié, soit pour sa clientèle particulière, est tenu de s'informer s'il existe des malades indigents qui peuvent réclamer des soins à domicile, et, dans ce cas, il doit les visiter.

Art. 18. — Les médecins communaux donnent leurs soins aux malades indigents, sur la présentation d'un billet délivré par l'un des membres du bureau de bienfaisance.

Cependant, lorsqu'un accident subit et grave rend les secours promptement nécessaires, les médecins doivent répondre au premier appel, quelle que soit la personne qui réclame leurs soins.

Art. 19. — Dans les cas graves, et spécialement lorsqu'il s'agit d'opérations chirurgicales dangereuses ou difficiles, les médecins communaux peuvent demander le concours de l'un de leurs collègues les plus rapprochés.

Art. 20. — Le médecin communal, empêché de faire son service pour cause de maladie ou pour tout autre motif, doit se faire remplacer. S'il néglige de pourvoir à son remplacement en temps utile, ou si la cause qui l'oblige à suspendre son service n'est pas essentiellement temporaire, l'administration communale porte immédiatement le fait à la connaissance de la députation permanente, qui requiert, s'il y a lieu, le médecin communal de l'une des localités limitrophes.

Art. 21. — Lorsque le médecin communal estime qu'un malade indigent ne peut être convenablement traité à domicile, il en prévient le bourgmestre qui prend, avec le président du bureau de bienfaisance, telles mesures qu'ils jugent nécessaires pour placer le malade à l'hôpital de la commune, et à défaut, dans l'un des hôpitaux voisins, s'il en existe.

Art. 22. — Les médecins communaux tiennent, pour chaque commune, un registre de toutes les personnes indigentes auxquelles ils ont donné leurs soins.

Ce registre, dont le modèle est arrêté par la députation permanente des conseils provinciaux sur l'avis des commissions médicales provinciales, leur est fourni par les administrations des communes. Une copie de ces registres, faite par les soins de ces administrations, est transmise, chaque année, à la commission médicale de la province.

TITRE IV. — DE LA VACCINATION.

Art. 23. — Les médecins communaux vaccinent gratuitement les indigents.

Les vaccinations se font au moins deux fois par an, aux époques, jours et heures fixés entre le bourgmestre et le médecin. Celui-ci vérifie sur les lieux, dans les huit jours, les résultats de ses opérations.

Le vaccin est fourni aux médecins, sur leur demande, par la commission médicale provinciale.

Art. 24. — Les parents des enfants vaccinés reçoivent du bourgmestre un certificat signé par le médecin.

Les noms, prénoms et l'âge de ces enfants sont, en outre, inscrits sur un registre ouvert à cet effet, dans chaque commune.

Art. 25. — Lorsque la petite vérole se manifeste dans une localité de son ressort, le médecin communal est tenu de s'y rendre dans un bref délai, à l'effet de vacciner les enfants qui doivent être soumis à cette opération.

TITRE V. — DE LA VÉRIFICATION DES DÉCÈS.

Art. 26. — Les médecins communaux opèrent la vérification des décès, en se conformant aux règlements rendus sur la matière.

TITRE VI. — DU SERVICE SANITAIRE DES ENFANTS TROUVÉS ET ABANDONNÉS.

Art. 27. — Les médecins communaux visitent, quatre fois par an, les enfants trouvés et abandonnés, placés en nourrice ou en pension dans les localités de leur ressort.

Ils s'assurent des soins qui sont donnés à ces enfants, de leur santé et de celle des nourrices, de la manière dont ils sont nourris et vêtus, ainsi que de toutes les circonstances qui peuvent intéresser leur conservation.

Les résultats de ces inspections sont consignés sur un état contenant les noms et prénoms de chaque enfant, son âge, son sexe et le numéro de son inscription sur les registres de l'hospice. Le médecin indique sur ce même état les déclarations, observations ou réclamations qui lui seraient faites, soit par la nourrice, soit par l'enfant, s'il est en âge d'être interrogé. Il certifie les états avant d'en faire l'envoi au commissaire de l'arrondissement. Ce fonctionnaire les transmet à l'administration des hospices.

Art. 28. — Les dispositions de l'art. 18 ci-dessus sont applicables aux soins médicaux à donner aux enfants trouvés ou abandonnés, étrangers à la commune, d'après les conventions à faire par le médecin communal et par les administrations de bienfaisance, chargées d'élever ces enfants.

TITRE VII. — DE LA FOURNITURE DES MÉDICAMENTS.

Art. 29. — Dans les communes où la loi autorise les médecins et les chirurgiens à fournir des médicaments, le médecin communal délivre aux indigents les remèdes qu'il leur prescrit. Les préparations chimiques et les médicaments composés qui entrent dans la composition de ces remèdes doivent avoir été pris chez un pharmacien.

Dans les communes autres que celles ci-dessus mentionnées, la fourniture des médicaments est faite par les pharmaciens que désigne la députation permanente.

Art. 30. — Aucun marché global (*sic*) ne peut être contracté avec le médecin communal ni avec le pharmacien pour la fourniture des médicaments.

Art. 31. — Les recettes des remèdes prescrits par les médecins doivent être écrites sur le billet dont il est parlé à l'art. 18. Le billet est rendu au porteur avec le remède délivré, pour être remis par ses soins au membre du bureau de bienfaisance qui l'a signé.

Art. 32. — Le payement des médicaments se fait d'après un tarif arrêté par la députation permanente sur les propositions de la commission médicale provinciale.

Il n'est rien compté pour la manipulation des médicaments, les boîtes, bouteilles et autres accessoires.

Art. 33. — Les difficultés relatives à la livraison et au payement des médicaments seront jugées par la députation permanente du conseil provincial, sur l'avis motivé de la commission médicale de la province.

TITRE VIII. — DES SAGES-FEMMES.

Art. 34. — Les dispositions des art. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15 et 20 ci-dessus sont applicables aux sages-femmes, chargées du service des accouchements pour les femmes indigentes.

Ces sages-femmes remettent tous les trois mois, aux médecins communaux des localités où elles exercent, les états indicatifs des accouchements auxquels elles ont assisté. Les médecins envoient ces états avec leurs observations, s'il y a lieu, à la commission médicale provinciale.

Le cadre de l'état est fourni aux sages-femmes par les communes. Il est formulé par la commission médicale, et approuvé par la députation permanente.

Art. 35. — Dans les accouchements qui deviennent difficiles et dangereux par une cause quelconque, la sage-femme est tenue de réclamer aussitôt l'assistance du médecin communal, et, à son défaut, d'un autre homme de l'art ou d'une sage-femme exerçant dans la localité ou dans une des communes voisines.

Art. 36. — Les rétributions accordées aux sages-femmes sont soumises à la retenue mentionnée à l'art 14.

TITRE IX. — DE LA POLICE MÉDICALE.

Art. 37. — Les médecins communaux signalent aux bourgmestres et aux commissions médicales provinciales :

1° Les cas de maladies épidémiques qu'ils ont à traiter ; ils joignent à leur déclaration une description exacte de ces maladies et l'indication du traitement qu'ils ont jugé devoir adopter ;

2° Les infractions aux lois et règlements qui régissent l'exercice de l'art de guérir.

Ils exercent une surveillance immédiate sur les sages-femmes qui pratiquent dans leur ressort.

Votre quatrième section, messieurs, s'est livrée à un examen attentif des principales dispositions de ce projet ; elle vient, par mon organe, vous communiquer le résultat de ses délibérations.

Le droit des indigents malades à l'obtention de soins médicaux gratuits est consacré par l'article 131 de la loi communale : le conseil communal est tenu de porter annuellement au budget de ses dépenses celles qui sont relatives à la salubrité publique. La légalité de la disposition qui obligerait les communes de pourvoir, avec les bureaux de bienfaisance, au traitement des indigents, ne paraît donc pas contestable.

Mais toutes les communes ne sont pas pourvues de médecins, et dans plusieurs provinces elles ne sont pas assez populeuses pour former une circonscription médicale suffisamment étendue ; on doit accorder à ces localités la faculté de se réunir pour avoir un même médecin et une même sage-femme. Toutefois cette autorisation ne doit pas être donnée sans réserve : les communes, dans un but d'économie facile à comprendre, formeraient des agrégations trop considérables pour permettre au praticien investi de leur confiance de remplir convenablement ses fonctions. Le projet du gouvernement prévient cet abus, en soumettant la réunion de plusieurs communes à une autorisation de la députation permanente du conseil provincial, rendue sur l'avis de la commission médicale.

Les médecins, réunis en trop grand nombre dans les villes, manquent dans les villages de certaines provinces. Si on veut qu'ils s'y établissent, on doit leur assurer des moyens d'existence qui soient, autant que possible, en rapport avec la longueur de leurs études, avec les frais qu'ils ont supportés, et avec les nombreuses obligations que leur imposera le titre de médecin communal.

La section, messieurs, a été unanime pour admettre que le *minimum* de traitement du médecin communal, fixé à 600 francs, n'est point exagéré : elle vous proposerait même d'élever ce traitement, s'il n'était pas indépendant des honoraires que les médecins recevront pour les services à rendre aux administrations étrangères aux communes qu'ils seront appelés à desservir.

Les dispositions du projet du gouvernement, relatives à la nomination, aux obligations et aux devoirs des médecins communaux, ne soulèvent pas d'objections sérieuses.

Il est des communes assez populeuses et qui disposent de revenus suffisants pour former un ressort médical. Dans ces localités, il est juste que les médecins soient nommés directement par les conseils communaux ; mais des contestations ne manqueraient pas de surgir entre les administrations locales si elles étaient investies du droit de désigner le praticien qui serait appelé à exercer dans une agrégation de communes. Pour prévenir ou terminer ces conflits, il importe que les nominations soient faites par la députation permanente, sur une liste de candidats présentés par les conseils communaux de la circonscription. L'avis préalable de la commission médicale désignera au choix de la députation le candidat le plus capable.

L'inscription sur une des listes des personnes de l'art de guérir, dressées annuellement par les commissions médicales provinciales comme ayant le droit d'exercer la médecine, la chirurgie et les accouchements, constituerait la condition d'éligibilité du médecin communal.

Cette disposition, messieurs, soulève la question de savoir si le mandat de médecin communal pourrait être confié à la plupart des praticiens actuellement fixés dans les campagnes.

Les chirurgiens admis en vertu de la loi du 12 mars 1818 peuvent, en vertu d'une dispense qui leur serait accordée conformément aux prescriptions de l'art. 7 de la même loi, exercer la médecine interne. Ils seraient donc aptes à remplir les fonctions de médecin communal.

Les docteurs en médecine, non diplômés en chirurgie et en accouchements, sont autorisés, en vertu de l'art. 50 de la loi du 27 septembre 1835, à subir un examen spécial et pratique sur les opérations chirurgicales et les accouchements. En usant de cette faculté, ils seraient également éligibles.

Enfin, si les modifications que l'Académie a récemment proposées à la loi sur l'enseignement supérieur, en ce qui concerne les professions médicales, sont adoptées par la législature, on n'admettra plus qu'une seule catégorie de praticiens, qui seront autorisés à exercer toutes les branches de l'art de guérir.

La durée du mandat du médecin communal n'est pas limitée, et sa suspension et sa révocation sont soumises à des formalités qui lui garantissent la conservation de ses fonctions, aussi longtemps qu'il les remplit avec zèle et exactitude. S'il n'en était pas ainsi, la crainte de perdre l'appui des administrations locales l'empêcherait souvent de signaler à l'attention des autorités dont il dépend les faits qui intéressent l'hygiène publique.

L'institution des médailles, décrétée par l'arrêté du 18 avril 1818, n'a été favorable à la propagation de la vaccine que dans les localités où les médecins et les chirurgiens ont pu réunir un nombre suffisant de vaccinations gratuites pour prétendre à l'obtention de ces médailles. Des moyens peu délicats et même immoraux ont été employés pour obtenir ces récompenses.

Dans sa séance du 25 février 1844, l'Académie a exprimé le vœu qu'il soit établi partout des vaccinateurs salariés, et que la distribution des médailles annuelles à accorder aux vaccinateurs ayant fait au moins cent vaccinations gratuites pendant l'année soit supprimée.

La création du service médico-rural permettrait d'appliquer à tout le royaume un système de propagation de la vaccine dont l'expérience a sanctionné l'efficacité dans plusieurs provinces du pays.

Vous vous êtes également occupés, messieurs, des mesures à prendre pour prévenir le danger des inhumations précipitées, et empêcher que des crimes ne soient tenus cachés par la soustraction du corps de délit. Vous avez admis en principe que des médecins spéciaux seraient chargés de la constatation des décès.

La vérification des décès, faite par un médecin investi de fonctions publiques et révocables, donnerait aux familles et à la société toutes les garanties qu'elles peuvent réclamer. Toutefois la section exprime le désir que l'Académie soit appelée à donner ses conseils sur le règlement à intervenir sur la matière.

Les autres obligations que les médecins communaux auront encore à remplir sont d'une importance qui ne demande pas à être justifiée.

Pour donner la preuve du zèle qu'il aura montré dans l'accomplissement de ses fonctions, le médecin communal devra adresser tous les six mois, à la commission médicale de la province, un rapport sur les principales attributions qui

lui sont confiées : la science puisera dans ces documents des données intéressantes pour l'hygiène publique.

Nous ne terminerons pas ce rapport, messieurs, sans appeler votre attention sur les amendements que la quatrième section propose à quelques articles du projet du gouvernement.

La corporation médicale s'est livrée à de vaines et inutiles tentatives pour établir une caisse de retraite et de secours, au profit des médecins qui, à cause de leur âge ou de leurs infirmités, ne peuvent plus continuer l'exercice de leur profession. Ce but pourra être atteint dans les campagnes par une retenue faite sur le traitement des médecins communaux.

La section demande que le bienfait de l'institution d'une pareille caisse ne s'étende pas seulement aux médecins, mais encore à la femme et aux enfants mineurs du médecin décédé.

Aux termes de l'article 20 du projet, le médecin communal, empêché de faire son service pour cause de maladie ou pour tout autre motif, devrait se faire remplacer, et le médecin remplaçant serait substitué à la jouissance des émoluments du médecin titulaire, aussi longtemps que durerait son service.

Il serait peu équitable de priver entièrement le médecin de son traitement, à l'occasion de maladies qu'il aurait souvent contractées dans l'exercice de ses fonctions.

Nous proposons que le traitement soit partagé entre le médecin titulaire et celui qui le remplace.

Les mesures prescrites par l'article 31 du projet, en vue d'exercer un contrôle convenable sur la livraison des médicaments, seraient d'une application difficile dans la pratique ; les indigents seraient obligés de faire un parcours plus ou moins considérable pour renouveler le billet dont il est parlé à l'art. 18, et souvent ils ne rencontreraient pas le membre du bureau de bienfaisance qui a signé celui-ci. En attendant l'autorisation exigée, le médecin communal devrait ajourner la prescription des remèdes que réclame l'état du malade.

Ces inconvénients disparaîtraient en rendant le billet valable pour toute la durée de la maladie, à la charge par les indigents de remettre les recettes au bureau de bienfaisance.

En conséquence, messieurs, la section vous propose :

1° D'ajouter à l'art. 14 du projet la disposition suivante : « Il est entendu qu'en cas de décès la femme et les enfants jouiront de la pension. »

2° De rédiger en ces termes le dernier paragraphe de l'art. 20 :

« Le médecin remplaçant est substitué à la jouissance de la moitié du traitement et des émoluments du médecin titulaire aussi longtemps que dure son service. »

3° D'ajouter à l'art. 31 une disposition ainsi conçue :

« Les recettes postérieures pourront se donner sans billet pendant toute la durée de la maladie, à la condition d'être remise immédiatement après leur préparation au membre du bureau de bienfaisance qui a signé le billet prescrit par l'art. 18. »

— M. le Président : Avant d'ouvrir la discussion, je donnerai, si personne n'y fait opposition, lecture de la lettre de M. Sovet.

« Beauraing, le 12 juin 1849.

» Messieurs et honorés collègues,

» Je croirais manquer à mes devoirs de correspondant, si je ne vous transmettais quelques observations sur le projet d'organisation du service médico-rural qui est actuellement soumis à votre examen. L'ensemble des mesures proposées dans ce projet ne peut être l'objet d'une critique de ma part, car il est parfaitement conforme à celui qu'en 1846 j'ai moi-même exposé dans un travail spécial dont j'ai eu l'honneur d'adresser un exemplaire à la compagnie (1). Je me bornerai donc à signaler quelques lacunes et à proposer des amendements additionnels destinés à les combler.

» L'article 6 n'indique aucune mesure propre à prévenir la mise au rabais ni les marchés clandestins qui pourraient être conclus avec les communes par des médecins oublieux de leur dignité. L'expérience a cependant prouvé dans notre pays (2) et dans d'autres royaumes que des mesures préventives sont nécessaires ; ainsi c'est pour empêcher des abus de ce genre qu'ont été rédigés les premiers articles du règlement promulgué en Angleterre, le 12 mars 1842, lors de la réforme du service sanitaire des indigents (3). L'Académie comprendra que pour que l'organisation nouvelle porte de bons fruits, il ne faut pas qu'elle devienne une source de mauvaises passions ni d'abaissement pour la profession médicale, et qu'il est nécessaire que les médecins communaux en reçoivent des avantages proportionnés aux devoirs qui leur seront imposés ; s'il n'en était point ainsi, les indigents en seraient les premières victimes. Je proposerai donc l'addition suivante à l'art. 6 : « *S'il était constaté que, pour amener son élection, un médecin aurait fait des offres de rabais sur les émoluments à percevoir pour le traitement des indigents, sa nomination serait annulée, et son éligibilité serait suspendue pendant dix ans.* »

» L'art. 8 ainsi conçu : *Le médecin communal est tenu de résider dans la localité qui lui est assignée*, » me paraît trop absolu. Il est certain que beaucoup de praticiens établis depuis plusieurs années dans le centre d'un canton où ils possèdent leurs propriétés et des liens de famille, ne pourront accepter l'emploi de médecin communal. Si on exige d'eux qu'ils se déplacent, il me semble qu'ils ont droit à certains ménagements compatibles avec les besoins du service, et je proposerai en leur faveur l'amendement suivant : « *Néanmoins les médecins établis avant la promulgation de la présente loi pourront conserver leur résidence actuelle, à moins qu'ils n'acceptent l'emploi de médecin des pauvres dans des communes éloignées de plus de 12 kilomètres de leur domicile actuel.* »

» Enfin l'art. 15 statue que les médecins communaux traiteront gratuitement les malades indigents dont les noms se trouvent portés sur les listes dressées par les bureaux de bienfaisance et approuvées par les administrations communales, et, d'un autre côté, on propose de fixer leur traitement à raison de 100 fr. par mille âmes de population.

» Ces dispositions renferment un immense danger pour la clientèle de beaucoup de médecins. Ou il faut limiter le chiffre proportionnel des indigents à inscrire par mille âmes de population, ou il faut fixer le traitement annuel du médecin par tête d'indigents inscrits ; sans ces précautions, beaucoup de médecins verront passer les trois quarts de leurs clients solvables sur la liste des personnes à traiter gratuitement, et il en résultera inévitablement que les 600 fr. de traitement formeront les trois quarts ou au moins la moitié de tout leur revenu annuel. Or ce résultat serait désastreux pour eux, et le projet, au lieu de fixer un plus grand nombre de médecins à la campagne, ferait fuir plusieurs d'entre eux vers la ville, ce qui serait contraire au but que se propose le pouvoir. Pour l'enseignement primaire, les bureaux de bienfaisance et les conseils communaux font, il est vrai, les listes d'écoliers indigents, mais comme ces administrations sont tenues de payer 5 fr. pour chacun d'eux, elles ne sont pas portées à en exagérer le nombre ; mais je suppose une commune de mille habitants payant annuellement pour sa quote-part du traitement du médecin communal 100 fr. Eh bien ! comme cette quote-part ne serait augmentée que proportionnellement au chiffre de la population générale et non à celui de la population indigente, vous verriez l'administration locale porter sur la liste du traitement gratuit sept à huit cents personnes, et bientôt la clientèle des médecins du plat pays se trouverait presque uniquement composée de personnes traitées gratuitement. Il me suffit de vous signaler ce danger pour que vous en compreniez la gravité au point de vue professionnel. Pour le prévenir, il faut, à mon avis, que l'inscription soit limitée au sixième de la population (1), ou bien que le traitement du médecin communal soit proportionné au chiffre des indigents portés sur la liste.

» Telles sont, messieurs et honorés collègues, les lacunes les plus importantes que j'ai remarquées dans le projet qui vous est soumis, projet qui va décider de l'avenir de la plupart des médecins établis dans les communes rurales et qui peut avoir une immense influence sur le bien-être des populations.

» Il ne me reste qu'un regret à exprimer, c'est celui de voir ces importantes mesures réglées par des arrêtés provinciaux. Il pourra en résulter, dans certaines provinces, des ajournements très-préjudiables aux intérêts des classes pauvres. Il eût été préférable, à mon avis, que cette organisation fût dévolue à la législature, et qu'une loi générale réglât l'assistance due aux malades nécessiteux, comme une loi règle l'enseignement dû par les communes aux enfants indigents ; je laisse à l'Académie le soin d'apprécier s'il convient qu'elle émette un vœu dans ce sens, et vous prie d'agréer, etc.

« Sovet, D. M. »

— M. le Président : Quelqu'un d'entre vous pourra, au besoin, reprendre, dans la discussion, ces propositions.

La discussion générale est ouverte sur le rapport de la quatrième section.

M. Joseph Bosch signale une lacune dans les devoirs imposés au médecin communal, qu'il regarde comme fort importante, et qu'il désire voir comblée.

L'article 11 du projet des dispositions ministérielles, qui traite des attributions et des devoirs des médecins communaux, dit qu'ils seront chargés de la vérification des décès, et il n'y est pas fait mention de la vérification des naissances. Cette dernière cependant lui paraît bien plus importante encore que celle des décès. Les principales applications d'utilité qu'elles présentent sont les suivantes :

1° La constatation du sexe, qui, dans certains cas d'hypospadias et autres anomalies de structure, peut être douteuse et exiger l'examen attentif d'un homme de l'art ;

2° La constatation et la guérison de certaines difformités, comme l'occlusion du canal de l'urètre, celle du rectum, etc. ;

3° La constatation prompte de l'existence de la syphilis, celle des ophthalmies gonorrhéiques, des ophthalmies purulentes des nouveau-nés, etc. ;

4° La découverte des infanticides ou des sévices graves exercés dans un but coupable, etc.

M. Mascart, rapporteur, croit qu'il ne convient pas d'étendre encore les devoirs déjà très-nombreux des médecins communaux. Il y a du reste une très-grande différence entre la constatation des décès et la vérification des naissances : la vérification des naissances est une affaire d'administration civile, et il ne serait pas possible que les médecins communaux examinassent tous les enfants, afin de s'assurer s'ils ne sont pas atteints de l'une des nombreuses affections que M. Bosch vient de citer. Cet examen appartiendrait plutôt à l'accoucheur qui a délivré la femme, ou au médecin auquel la famille accorde sa confiance.

TITRE PREMIER. — OBLIGATIONS DES COMMUNES ET DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

« Art. Ier. — Les communes rurales et les villes dont la population est infé-

(1) Du service sanitaire des indigents dans les communes rurales de Belgique, considéré dans son influence sur le paupérisme. Mém. couronné par la Société de méd. de la prov. d'Anvers. Boom, 1846.

(2) Mém. précité, p. 72.

(3) Mém. précité, p. 37.

(1) Mém. précité, p. 47.

rieure à 5,000 habitants sont tenues de pourvoir, avec les bureaux de bienfaisance, au traitement de leurs malades pauvres et au service des accouchements pour les femmes indigentes.

» A cet effet, il sera nommé pour chaque commune un ou plusieurs médecins et une ou plusieurs sages-femmes.

» Les médecins ont le titre de médecin communal. »

M. Didot propose de porter le chiffre de 5,000 à 10,000 âmes.

M. Sauveur : On s'est arrêté au chiffre de 5,000 habitants, parce que les villes dont la population est inférieure à ce chiffre sont assimilées aux campagnes. Or il s'agit uniquement ici du service médical des campagnes; plus tard le gouvernement avisera à l'organisation du service médical dans les villes.

M. Joseph Bosch propose d'ajouter après les mots : « *avec les bureaux de bienfaisance*, » ceux-ci : « *et le gouvernement.* » Le médecin des pauvres étant un officier public, le gouvernement doit intervenir dans ses émoluments.

M. Craninx et M. Seutin appuient l'amendement sur des motifs analogues.

M. le Président : Cela est prévu par les art. 3 et 5 du projet. L'art. 3 déclare que des subsides pourront être accordés par l'État, si les ressources locales sont reconnues insuffisantes. L'art. 5 impose d'office les communes qui refuseraient de porter à leur budget les traitements des médecins et des sages-femmes.

L'amendement, mis aux voix, n'est pas adopté.

Le premier paragraphe de l'article est adopté.

M. le président donne une nouvelle lecture du paragraphe 2, qui est adopté ainsi que le paragraphe 3.

L'ensemble de l'article 1er est adopté.

» Art. 2. — Plusieurs communes peuvent se réunir pour avoir un même médecin et une même sage-femme.

» Cette agrégation de communes est subordonnée à une autorisation de la députation permanente du conseil provincial, donnée sur l'avis de la commission médicale de la province. Elle ne peut avoir lieu qu'exceptionnellement entre des communes non limitrophes. »

M. Craninx voudrait qu'on n'accordât pas à toutes les communes la faculté de se réunir pour avoir un médecin commun; voici ses motifs :

Il y a dans plusieurs localités des médecins établis. Si différentes communes peuvent se réunir, plusieurs de ces médecins seront privés du service des pauvres. Il en arrivera nécessairement que le service médical de ceux-ci se fera beaucoup moins bien qu'il se ne fait en ce moment. Il voudrait donc que toute commune où un médecin est établi dût prendre ce médecin comme médecin communal, et surtout comme médecin chargé du service des pauvres. Il propose en conséquence l'amendement suivant :

« Dans les communes où un médecin est établi, le service des pauvres doit être abandonné à ce médecin, s'il n'y a pas de motifs graves. »

Cet amendement, combattu par MM. Lombard, Faliot, Mascart et Sauveur, n'est point adopté.

L'ensemble de l'article 2 est adopté.

« Art. 3. — Le traitement des médecins communaux et les rétributions à accorder aux sages-femmes sont supportés par les bureaux de bienfaisance, les communes et les provinces. Des subsides pourront être accordés par l'État, si les ressources locales sont reconnues insuffisantes. »

M. Seutin propose de dire après les mots : *les provinces*, ceux-ci : *et l'État*, et de supprimer la dernière phrase.

L'amendement de M. Seutin est mis aux voix; il n'est pas adopté.

L'art. 3 est adopté.

« Art. 4. — Le traitement des médecins communaux est fixé à raison de 100 fr. par mille habitants des communes ou des agrégations de communes auxquelles ils sont attachés. Toutefois il ne peut être inférieur à 600 fr. ni excéder 1,000 fr., à moins de circonstances extraordinaires.

» Ce traitement est indépendant des honoraires ou émoluments que les médecins obtiennent pour les services qu'ils rendent aux administrations étrangères aux communes qu'ils desservent.

» Les sages-femmes sont rétribuées par accouchement.

» La rétribution est fixée d'après un tarif arrêté par la députation permanente, la commission médicale provinciale ayant été consultée sur les propositions des bureaux de bienfaisance et des administrations communales. »

M. Craninx propose de substituer à l'article celui que voici : « Le traitement du médecin communal sera fixé à raison du nombre des pauvres, non à raison du nombre des habitants. »

Cette proposition n'est pas adoptée.

Les paragraphes 1 et 2 de l'article 4 sont adoptés.

« § III. — Les sages-femmes sont rétribuées par accouchement. »

M. le Président : Voici un amendement présenté par M. Michaux : « Dans les localités où il ne se trouvera pas de sage-femme, les accouchements pourront être faits par le médecin communal. »

Un autre amendement de M. François est ainsi conçu : « A défaut de sage-femme dans une circonscription de cinq ou six communes, les hommes de l'art qui opéreront les accouchements seront rétribués par accouchement. »

M. Michaux se rallie à cette rédaction.

M. Seutin : Il vaudrait mieux ne pas désigner par qui les accouchements seront faits, et dire : « Les accouchements seront rétribués d'après un tarif, etc. »

L'amendement de M. François formant une disposition additionnelle, on vote d'abord sur les paragraphes 3 et 4.

Ces paragraphes sont adoptés.

M. le Président : Vient la proposition additionnelle de M. François.

M. Sauveur : Je propose par amendement de dire simplement : « A défaut de sage-femme, les accouchements seront faits par le médecin communal. »

M. Verheyen demande le renvoi des amendements à la quatrième section pour qu'elle puisse les examiner et proposer une rédaction convenable.

Cette proposition est adoptée.

« Art. 5. — En cas de refus par les communes de procéder à la nomination des médecins et des sages-femmes mentionnés aux articles ci-dessus, et de voter les fonds nécessaires pour leur traitement ou leurs rétributions, il y sera pourvu d'office. » — Adopté.

TITRE II. — DE LA NOMINATION, DES ATTRIBUTIONS ET DES DEVOIRS DES MÉDECINS COMMUNAUX.

« Art. 6. — Les médecins choisis par les conseils communaux pour être exclusivement attachés à leur commune, sont nommés par ces collèges.

» Ceux qui doivent desservir plusieurs communes sont nommés par la députation permanente, sur une liste de deux candidats présentés par les conseils communaux de chacune des localités de la circonscription, la commission médicale provinciale ayant été entendue.

» Les uns et les autres sont soumis aux conditions et aux obligations énoncées dans le présent titre et dans les titres suivants. »

M. Michaux propose la rédaction suivante :

« Les médecins communaux qui doivent desservir une ou plusieurs communes sont nommés par la députation permanente sur une liste de deux candidats présentés par les conseils communaux de chacune des localités de la circonscription, la commission médicale provinciale ayant été entendue. »

M. Boulvin appuie l'amendement de M. Michaux et propose une rédaction analogue.

La discussion est close.

M. le Président : La rédaction de l'amendement de M. Michaux me paraissant devoir être modifiée, je ne mets aux voix que le principe qu'il propose, à savoir que dans tous les cas, pour toutes les communes, ce seront les députations permanentes qui nommeront les médecins communaux sur la proposition des conseils communaux, la commission médicale provinciale ayant été entendue.

Ce principe est mis aux voix; il n'est pas adopté.

Les divers paragraphes de l'art 6 ainsi que l'ensemble sont adoptés.

« Art. 7. — Quand la députation nomme un médecin déjà commissionné pour le service particulier d'une autre commune, elle pourra subordonner cette nomination à la condition que le titulaire renonce au bénéfice de sa première commission. » — Adopté.

« Art. 8. — Le médecin communal est tenu de résider dans la localité qui lui est assignée. »

M. Michaux demande qu'on termine l'article par ces mots : « qui lui est assignée *lors de sa nomination*. »

M. Didot demande la suppression de l'article.

M. le Président : M. de Meyer vient de déposer la proposition suivante :

« Je propose le rejet de l'article comme inutile. »

M. Raikem propose une disposition qui lui paraît devoir être substituée à l'article. La voici :

« Le médecin communal est tenu de résider dans la circonscription de communes dont le service médical des pauvres lui est confié. »

M. le Président : C'est de droit. On ne permettra pas à un médecin de résider hors de sa circonscription.

La suppression de l'article proposée par M. de Meyer est mise aux voix et adoptée.

« Art. 9. — Pour être nommé médecin communal, il faut :

» Jouir des droits civils et être porté sur une des listes des personnes de l'art, dressées annuellement par les commissions provinciales comme ayant le droit d'exercer la médecine, la chirurgie et les accouchements. »

M. Michaux propose l'amendement suivant :

« Pourront, par exception et sur l'avis de la commission médicale, être admis à remplir les fonctions de médecin communal, les docteurs en médecine qui auront rendu des services à la classe pauvre antérieurement à la promulgation de la présente loi. »

M. Martens : Je propose d'ajouter après les mots : « à remplir les fonctions de médecin communal, » ceux-ci : « avec l'adjonction d'un chirurgien. »

M. Craninx : J'appuie l'amendement de M. Michaux.

M. le Président : Je vais mettre aux voix l'art. 9; nous voterons ensuite sur la disposition transitoire proposée par M. Michaux, sous-amendée par M. Martens.

L'art. 9 est adopté.

M. Sauveur demande le renvoi de la proposition de M. Michaux à la section.

Ce renvoi est admis.

La discussion est suspendue.

L'Académie décide qu'elle se réunira samedi prochain à onze heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL DE CLINIQUE MÉDICALE, OU PRINCIPES DE CLINIQUE INTERNE; par J.-V. HILDENBRAND; traduit du latin et augmenté d'une préface et de notes historiques, critiques, dogmatiques et pratiques, par le docteur G. DUPRÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — In-12. — A Paris, chez Germer Baillière; à Montpellier, chez Castel et Sevalle. — 1849.

Il existe dans la plupart des enseignements cliniques de France, plus spécialement à Paris, une lacune regrettable. Les élèves ont à peine mis le pied dans un hôpital qu'on les initie, sans autre préliminaire, à la connaissance des signes physiques ou des symptômes des maladies. On leur montre tout de suite ce que c'est qu'un son clair ou un son mat, un râle crépitant ou muqueux, un bruit de souffle, un crachat rouillé, une toux croupale, etc..., le tout au hasard, sans règle, sans notion préalable des principes qui doivent guider l'élève dans cette étude si nouvelle pour lui, si accidentée, si facile à l'erreur, de la médecine clinique. Qu'en résulte-t-il? Une chose déplorable. L'esprit de l'élève, assailli chaque matin d'une foule de petits faits particuliers, bourré de menues connaissances, n'apprend jamais à embrasser fermement et largement le problème d'une maladie; il ignore la voie par laquelle, un groupe de symptômes étant constaté par l'observation pure, l'esprit peut remonter à l'étiologie, à la nature du mal, à la détermination de la forme morbide, et arriver jusqu'à la déduction légitime d'une prognose et d'un traitement. Le mal ne s'arrête pas là. On ne devine pas facilement un horizon entièrement caché. Élevé dans le domaine exclusides faits particuliers et matériels, on se figure qu'il n'y a rien au delà, semblable à ces sauvages qui croient le monde borné aux forêts qui les abritent, et l'on devient de jour en jour plus réfractaire à la conception des principes généraux. Ainsi se trouvent faussées des intelligences très-vives, très-bien douées, à qui il n'a manqué qu'une bonne direction: les unes faussées pour toujours, et ce sont celles qui se doutent le moins de ce qui leur manque, les autres faussées jusqu'à l'époque où les avertissements de la pratique viennent réveiller en eux les heureuses dispositions de la nature, et leur faire sentir le besoin d'une science clinique plus large et plus féconde.

C'est à ce besoin que s'adresse le livre que nous annonçons. Le successeur de Stoll à la clinique de Vienne ne manquait jamais, au commencement de l'année, d'exposer à ses élèves les préceptes généraux de la médecine clinique, avant de les introduire dans la pratique proprement dite. Son MANUEL n'est que le résumé de ces préceptes, ou, comme il l'appelle lui-même, *une ébauche de clinique médicale, une espèce de bréviaire des devoirs du médecin*. On y chercherait donc en vain quelque proposition relative à un cas de pratique déterminé, à une difficulté spéciale de diagnostic ou de thérapeutique. Les règles d'une bonne clinique, voilà tout le MANUEL. Seulement aux règles scientifiques, qui font la partie essentielle et la plus grosse du livre, il a joint quelques préceptes concernant les devoirs professionnels et les devoirs moraux. Disons tout de suite que la préface et les notes du traducteur forment à cet enseignement un supplément précieux, développant et confirmant presque toujours les vues du médecin allemand, les complétant ou les rectifiant quelquefois.

Hildenbrand appelle à l'étude des faits de l'ordre médical deux puissances de l'esprit, l'observation et le raisonnement; mais on voit qu'il accorde à l'observation pure une prééminence marquée. Il donne les plus grands éloges aux empiriques pour avoir avoir « éloigné les hypothèses du sanctuaire de la médecine, et ne lui avoir donné pour guide que l'expérience et l'analogie. » Ce n'est qu'ultérieurement et sous une forme vague qu'il rappelle les droits de la raison. « Je ne fais, dit-il, l'éloge que de cette pratique médicale que l'expérience dirige sous l'égide de la raison. *Sans la raison, l'expérience mène souvent à l'erreur.* Je repousse avec énergie toutes les théories hypothétiques; elles donnent, comme conséquence, une pratique toujours incertaine et souvent dangereuse. La nature ne doit pas recevoir des lois de la pensée humaine, mais lui imposer les siennes. *Sans l'expérience, la raison nous égare.* » Le traducteur a raison de le dire, de telles formules sont insuffisantes. L'expérience peut être bonne ou mauvaise, et il y en a de telle nature qu'elles se gâtent en vieillissant. Il faudrait donc bien s'entendre sur la valeur du mot expérience. Le traducteur a cherché à le définir et à le caractériser dans sa préface. Y a-t-il réussi en proportion du talent qu'il y a développé? C'est une question. La doctrine de M. Dupré sur ce point est plutôt celle de Montpellier que la sienne propre. Elle se fonde sur cette définition de Wolff: « L'expérience est la connaissance des choses que nous découvrons en réfléchissant sur nos perceptions. » Par conséquent elle se compose de deux opérations distinctes, à savoir: l'application des sens aux phénomènes, c'est-à-dire l'observation, et de plus l'application de l'esprit à l'analyse de ces phénomènes, à leur interprétation, à la connaissance de leurs causes, c'est-à-dire le raisonnement. Telle est sa doctrine. Quant à nous, nous croyons que l'expérience est plus que cela, ou, si elle n'est que cela en soi, que le rôle respectif des sens et de la raison ne sont pas tels qu'on le dit; nous croyons, pour nous servir de la terminologie usitée, que le raisonnement n'est pas à ce point-là l'esclave de l'observation, et qu'il parle souvent, en médecine surtout, plus tôt et plus haut qu'elle. Mais ce n'est pas le lieu d'entrer dans une discussion aussi grave, et qui demanderait trop d'espace.

Quoi qu'il en soit, l'observation et le raisonnement interviennent donc dans l'étude clinique. Hildenbrand détermine les objets respectifs et les limites de cette double intervention, et l'on pourrait à cet égard, bien que cette division ne soit pas celle du MANUEL, et uniquement pour le besoin de la critique, examiner séparément les parties du livre consacrées aux règles de l'observation pure et celles qui concernent les règles du raisonnement. On le pourrait d'autant mieux que ces deux ordres de préceptes sont loin d'avoir la même valeur ni le même degré d'utilité.

Le premier a trait *à la connaissance du malade et de ses prédispositions aux causes de la maladie, à sa marche et à ses symptômes*. On recommande à l'élève de s'informer successivement du sexe, de l'âge, du tempérament, de l'habitude extérieure du corps, du genre de vie, des occupations habituelles, des conditions héréditaires, de l'idiosyncrasie, des conditions particulières imprévues, des maladies extérieures. On lui rappelle que certaines causes morbides sont assignées par les malades eux-mêmes, que d'autres sont découvertes par l'examen médical, qu'elles résident quelquefois dans une endémie, une épidémie ou un principe contagieux; qu'il importe également de noter les circonstances commémoratives, telles que les symptômes du début, ceux de la maladie dans son cours, les moyens employés jusqu'au moment actuel. Enfin, quant à l'état présent du sujet, on passe en revue toutes les particularités qu'on peut être appelé à constater à la tête, à la face, au cou, à la poitrine, à l'abdomen, bref dans toutes les parties du corps, depuis la tête jusqu'aux pieds. Et si l'on veut avoir idée du soin minutieux et méthodique déployé dans cette énumération, on n'a qu'à jeter les yeux sur le passage suivant: « Le premier devoir du clinicien est donc de recueillir *avec les yeux, les oreilles, le nez, la langue et les doigts* le plus grand nombre possible de phénomènes qui se passent *chez le malade et autour de lui*. Les *yeux* voient le décubitus du patient, l'état de sa physionomie, celui de la langue, de la respiration, etc. *Par les oreilles*, on perçoit les plaintes du malade, la nature de la toux, les altérations de sa voix, la *sibilance* ou le stertor de la respiration, etc. Les *narines* apprécient les exhalaisons bonnes ou mauvaises de la bouche, de l'urine, des selles, de la sueur, etc., etc., etc. » Or, sans manquer de respect à un clinicien comme Hildenbrand, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer combien sont stériles de pareilles indications, lors même qu'elles s'adressent à l'élève le plus novice. Nous comprenons à la rigueur un tableau abrégé, indiquant l'ordre à suivre dans le relevé d'une observation, les organes à interroger successivement, et même les principaux phénomènes morbides qu'on peut y rencontrer. Mais une longue et sèche énumération des choses possibles et impossibles, comprenant 130 pages sur 286 dont se compose l'ouvrage entier, voilà ce qui nous paraît infiniment moins profitable à l'élève qui, s'il est attentif, saura bien prendre note de ce que lui apprendront ses yeux et ses oreilles et, s'il ne l'est pas, ne retiendra rien de tant de préceptes au moment où il faudra s'en servir.

Nous ferons encore une remarque sur cette partie du MANUEL, mais d'une autre nature; c'est qu'elle est fort au-dessous de l'état actuel de la science. La faute en est à l'époque où l'ouvrage a été composé. C'était à la fin du dix-huitième siècle, à l'époque où Avenbrugger venait de publier son INVENTUM NOVUM. L'auscultation, la chimie organique, la micrographie étaient encore à naître. M. Dupré a comblé en grande partie ces lacunes. En ce qui concerne spécialement la percussion et l'auscultation, il a dressé trois tableaux synoptiques dans lesquels les différentes modifications des bruits normaux ou les différents bruits anormaux de la respiration ou du cœur sont mis en regard des altérations pathologiques auxquelles ils sont liés. Ces tableaux sont empruntés à peu près textuellement au MANUEL PRATIQUE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION de M. Andry. De même au sujet de l'*état du sang*, le traducteur a soin d'indiquer le procédé du docteur Polli, dont il a le premier en France fait l'application, et qui permet d'apprécier sans grandes connaissances chimiques et au moyen d'un appareil très-simple, les proportions de fibrine, d'albumine, de globules, de sels et d'eau, contenues dans un sang donné. Comme ce procédé est encore peu connu et qu'il peut rendre de vrais services au commun des praticiens, nous l'exposerons ici brièvement.

« Au moment où la saignée se fait, on reçoit dans une éprouvette une certaine quantité de sang et l'on détermine sa température et sa densité en y plongeant un aréomètre et un thermomètre. Ce sang est ensuite mêlé avec celui qu'a fourni la saignée et battu immédiatement jusqu'à ce que la fibrine soit complétement séparée. Celle-ci étant recueillie avec la main, en ayant soin de la serrer fortement, on remplit de nouveau l'éprouvette du sang ainsi défibriné, et on explore celui-ci avec l'aréomètre. Alors on plonge cette éprouvette dans un bain d'eau chaude jusqu'à ce que le sang ait repris la température indiquée par l'expérience précédente, et le chiffre de l'aréomètre indique dans ce moment la densité du sang *défibriné*, c'est-à-dire du sérum contenant en suspension les globules et les sels. Le sang défibriné est laissé en repos dans un récipient convenablement chaud et étroit, de manière à ce que le cruor se précipite. Le sérum, devenu clair et limpide, est décanté dans l'éprouvette et essayé à son tour avec l'aréomètre et le thermomètre, ce qui donne la densité du *sérum pur*, c'est-à-dire du sang dépourvu de globules et de fibrine. On finit en faisant coaguler par la chaleur le sérum étendu d'une quantité déterminé d'eau distillée, et l'on sépare par filtrage les grumeaux d'albumine. L'aréomètre plongé dans le liquide restant, toujours à la même température, indique la densité du *sérum sans albumine;* et en comparant cette densité à celle de l'eau distillée (aréomètre à 0), on arrive à connaître la quantité de matières salines et organiques contenues dans le sang. »

Nous disions tout à l'heure que les parties du MANUEL consacrées aux règles du raisonnement, en médecine clinique, étaient de beaucoup préférables à celles qui s'occupent surtout des règles de l'observation. En effet, c'est là que sont recherchées et creusées avec profondeur, quoique en termes très-généraux, les sources du diagnostic et du pronostic; c'est là que sont posées, sur une base large et solide, les indications thérapeutiques. L'auteur étudie successivement le diagnostic, par rapport à la nature des maladies, par rapport à leurs formes, à leurs stades et à leur intensité. Les considérations relatives à la nature des troubles pathologiques sont particulièrement remarquables. Les prédispositions du sujet, les causes de la maladie, sa marche, ses symptômes, le génie de la constitution épidémique, sont tour à tour appelés à fournir leur contingent à la détermination du caractère essentiel de l'affection; mais l'étiologie est mise en première ligne. « Le diagnostic des maladies, *d'après leurs causes*, dit l'auteur, est de tous le plus certain; c'est celui qui conduit le plus directement à la connaissance de leur nature et à l'interprétation des symptômes qui la caractérisent. » Et il ajoute une grande vérité : c'est que, si les formes morbides sont multipliées, la diversité de nature est loin d'être aussi grande qu'on le croit communément. La pratique médicale, une pratique large et non asservie aux fausses indications de l'anatomie, montre chaque jour davantage l'exactitude de cette proposition.

Hildenbrand, bien que rallié sur presque tous les points aux doctrines de Montpellier, n'entend pas le pronostic comme dans cette célèbre École. Suivant lui, tout l'art du pronostic consiste en ce que le médecin, guidé par la raison ou éclairé par l'expérience, précise la terminaison d'une maladie donnée, et annonce d'une manière certaine, probable ou douteuse, ce qu'on doit craindre, ce qu'on doit espérer. » Cette formule, et le traducteur en fait la remarque, est loin d'être assez compréhensive. La prognose ne se borne pas à prédire la terminaison heureuse ou fatale d'une maladie; mais elle doit, à l'aide de notions acquises sur celle-ci, sur sa marche habituelle, sur les principaux éléments pathologiques enfin, signaler les phénomènes futurs quels qu'ils soient, non au point de vue exclusif de la terminaison définitive, mais aussi au point des changements qui pourraient survenir dans la forme ou l'enchaînement des symptômes : dire, par exemple, si telle fièvre actuellement continue doit finir par devenir intermittente, etc.; si les accès *s'useront* d'eux-mêmes, comme on le dit, ou ne disparaîtront que devant les antipériodiques, etc.

Quant à ce qui concerne l'indication thérapeutique, une dissidence existe entre l'auteur et le traducteur sur le sens du mot lui-même. Hildenbrand définit l'indication « ce que réclame une maladie curable pour être guérie, et une maladie incurable pour être adoucie. » *Ce que réclame une maladie pour être guérie*, remarque M. Dupré, c'est un *remède*, et non pas une indication. Cela est juste. Mais il ajoute : « L'opération de l'esprit par laquelle on arrivera à la connaissance du moyen indiqué, du remède, *constitue* l'indication. L'indication est donc le *résultat* du jugement que le médecin porte sur ce qu'il doit faire dans un cas donné; elle n'est qu'un *signe indiquant* ce qu'il y a à faire. » Si nous ne nous trompons, ces trois propositions ne s'accordent pas très-bien entre elles. Si, comme le dit la première proposition (à moins d'une ambiguïté de langage), l'indication est l'*opération de l'esprit* par laquelle on arrive à la connaissance du remède, elle ne peut pas être, comme le veut la seconde proposition, le *résultat* de cette opération de l'esprit; autrement l'opération de l'esprit qui juge serait la même chose que le résultat du jugement, ce qui est contradictoire. D'un autre côté, que l'indication soit une opération de l'esprit ou un résultat de cette opération, dans l'un et l'autre cas, elle ne peut être en même temps un *signe* indicateur du remède. Il nous semble, quant à nous, que l'indication en soi ne consiste ni dans le travail de l'esprit qui la cherche ni dans la notion même qu'il en acquiert, mais dans le *fait* qu'il s'agit de trouver, et ce fait c'est l'*opportunité* d'une médication ou d'un remède.

Nous nous bornons à ces remarques, que la nature du MANUEL, où se trouvent réunies les plus graves questions de la pathologie, permettraient d'étendre presque indéfiniment; mais nous ne voulons pas manquer d'ajouter que M. Dupré a rendu un service réel à la science et à l'art en vulgarisant en France l'œuvre d'un praticien aussi habile, aussi consommé que l'a été Hildenbrand. Les élèves surtout, qu'il est si utile de familiariser de bonne heure avec de saines doctrines cliniques, devront l'en remercier.

—Par décision ministérielle, M. Michel Lévy, médecin en chef du Val-de-Grâce, est nommé président des jurys d'examen pour l'admission à l'emploi de chirurgien-élève dans les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement; l'arrondissement assigné à la présidence de M. Lévy comprend les jurys de Paris, de Lille, Metz, Strasbourg et Lyon.

Le concours de Paris vient de se terminer; 102 candidats s'étaient fait inscrire; 96 ont soutenu les épreuves. Le nombre total des emplois à donner n'est que de 75. On présume que celui des candidats atteindra 300. Preuve nouvelle que le recrutement de la médecine militaire dépend de sa constitution et du rang qui lui est accordé dans l'armée, puisque la seule perspective de l'exécution plus ou moins prochaine du décret du 3 mai 1848 suffit pour attirer cette affluence de compétiteurs au seuil d'une carrière naguère délaissée, et qui le sera encore, si, par un coupable oubli des vrais intérêts de l'armée, l'administration de la guerre préparait au corps des officiers de santé militaires de nouvelles déceptions, sous l'artifice d'une nouvelle conception législative.

— Nous lisons dans le MONITEUR l'arrêté suivant :

« Le président de la République,

» Considérant que la peste a cessé, depuis plusieurs années, de se montrer dans les diverses provinces de l'empire ottoman, et que l'administration possède maintenant les moyens d'obtenir les renseignements les plus prompts et les plus positifs sur les changements qui pourraient survenir dans l'état sanitaire des différents ports du Levant;

» Considérant que les institutions et les établissements sanitaires de la Turquie d'Europe, de la Turquie d'Asie et de l'Égypte présentent aujourd'hui des garanties contre la propagation des épidémies pestilentielles;

» Considérant qu'il importe de faciliter les relations commerciales de la France avec le Levant, autant qu'il est possible de le faire sans péril pour la santé publique;

» Le comité consultatif d'hygiène publique entendu;

» Décrète :

» Art. 1er. Les navires à voiles venant en patente nette de la Turquie d'Europe, de la Turquie d'Asie, de l'Egypte et de la régence de Tripoli, seront admis à libre pratique dans tous les ports de la République, immédiatement après la vérification des papiers de bord, si les communications à la mer et l'état sanitaire des équipages et des passagers ne donnent lieu à aucun soupçon. Les bâtiments à vapeur seront reçus aux mêmes conditions dans les ports français de l'Océan.

» Art. 2. Lorsqu'il sera écoulé huit jours pleins à dater du départ, les bâtiments à vapeur, tant de la marine militaire que de la marine postale et de la marine marchande, venant des mêmes lieux en *patente nette*, seront immédiatement admis à libre pratique dans les ports de la Méditerranée, les premiers, lorsqu'ils auront à bord un médecin de la marine militaire, et les autres lorsqu'ils auront à bord un médecin sanitaire. Ces médecin, seront tous commissionnés par le ministre de l'agriculture et du commerce.

» Art. 3. Les bâtiments à vapeur en *patente nette* qui n'auraient pas de médecin sanitaire à bord subiront, dans les ports de la Méditerranée, une quarantaine d'observation de trois jours, soit qu'ils viennent de l'Égypte ou de la Syrie, soit qu'ils viennent des Turquies ou de la régence de Tripoli.

» Fait à l'Élysée-National, le 10 août 1849. »

— Le gouvernement turc vient de prendre un arrêté relatif à la création de médecins salariés par l'État. Le médecin salarié par l'État est tenu de visiter tous les malades, riches ou pauvres, soit en se transportant à leur domicile, soit en les recevant chez lui, et de les traiter tout le temps nécessaire. Il ne doit jamais rien accepter des malades pauvres, et, s'il s'attache exclusivement aux riches et aux grands, il peut être mis en jugement.

» Ce médecin est tenu, tous les trois mois, d'envoyer à la direction générale un rapport détaillé constatant le nombre des malades soignés, celui des décès, la nature des affections régnantes, les épidémies et les phénomènes météorologiques observés durant le trimestre. Des instructions relatives à la conduite à tenir en temps d'épidémie et aux inhumations en dehors des villes complètent cet arrêté. »

— Le gouvernement espagnol vient de publier une longue ordonnance sur les établissements de bienfaisance. Cette ordonnance divise ces établissements en trois classes : les établissements généraux, les établissements provinciaux et les établissements municipaux. Suivant qu'ils sont rangés dans telle ou telle classe, ces établissements sont gouvernés par l'État, par le conseil provincial, ou par les conseils municipaux.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ÉTAT STATIONNAIRE DU CHOLÉRA. — RETOUR DU CHLOROFORME A L'ACADÉMIE. — VACCIN ANTISYPHILITIQUE.

Il semble vraiment que le choléra épidémique prétende au droit de domicile parmi nous. Voilà bientôt trois mois qu'il a fait naître, par une atténuation subite de ses ravages, l'espoir de sa prochaine disparition, et il persiste encore dans le *statu quo*. Bien plus, il ne s'en tient pas au nombre de victimes dont il se contentait dans le mois de juillet; il a porté plus de coups et des coups plus graves pendant tout le cours du mois d'août et dans la portion écoulée du mois de septembre. A ne consulter que sa marche actuelle, rien donc ne permet encore d'entrevoir l'instant d'une libération définitive. Mais il ne s'ensuit pas qu'on ne puisse, sans trop de témérité, puiser ailleurs des motifs d'espérance, et nous ne sommes pas, pour notre part, sans faire quelque fond sur le changement de saison qui est sur le point de s'opérer.

Assurément, il y aurait exagération à subordonner les oscillations de l'épidémie aux variations atmosphériques, et telle n'a jamais été notre pensée. L'épidémie a une cause spécifique; cette cause est indépendante des qualités propres de l'air, elle doit donc pouvoir réaliser, indépendamment d'elles, de certains effets. Mais cette puissance individuelle et spontanée n'est pas sans limites; son action est nécessairement réglée par le rapport de fait et le rapport d'intensité qui peuvent exister entre la cause spécifique et les autres causes qui s'y joignent, soit pour la servir, soit pour la contrarier, de la même manière que deux mouvements en puissance dans un même corps ajoutent leurs quantités ou se neutralisent plus ou moins, suivant leurs directions et leurs intensités respectives. Ainsi, telle condition météorologique, une chaleur élevée, par exemple, pourra agir dans le sens de la cause épidémique et augmenter son action; c'est ce que nous croyons avoir démontré (voir la dernière *Revue sanitaire*). Telle autre, comme la condition opposée, c'est-à-dire le froid, pourra enchaîner plus ou moins son action. Et ces effets auxiliaires ou contraires de la cause météorologique varieront suivant son intensité par rapport à l'intensité de la cause spécifique. Une cause spécifique d'une intensité donnée, sera plus aidée par une grande chaleur que par une chaleur modérée. Un certain degré de froid enchaînera plus facilement l'action d'une cause spécifique faible que d'une cause spécifique très-active. Cela étant, il est très-vrai que la proximité des froids n'est pas en soi une garantie valable de la cessation prochaine de l'épidémie, puisque la cause de cette épidémie peut se perpétuer d'elle-même et s'exercer par une action spontanée; mais la garantie ou, pour mieux dire, la probabilité se trouve dans le degré d'affaiblissement où cette cause sera surprise par les froids d'octobre ou de novembre. Ce n'est là qu'un raisonnement, et ce raisonnement ne conduit qu'à une probabilité; nous ne craignons pourtant pas de la présenter, l'induction n'étant pas, que nous sachions, interdite en science médicale.

Nous ne concluons pas de ce qui précède, et cela est d'accord avec les principes mêmes qui s'y trouvent, que la persistance et les fluctuations de l'épidémie depuis quelques mois aient eu leur raison d'être dans les conditions météorologiques. C'est une question rendue fort délicate par le très-grand nombre des fluctuations et qui ne peut être vidée qu'à l'aide de documents très-précis sur l'état de l'atmosphère. Aussi la réservons-nous pour la prochaine *Revue sanitaire*, alors que nous serons en possession de ces documents. Nous nous contenterons aujourd'hui de dire quelques mots de certains changements qu'il nous a semblé apercevoir dans la physionomie du choléra et des affections abdominales concomitantes.

Si nous nous en rapportons à nos observations et à celles de plusieurs confrères, médecins des hôpitaux ou répandus dans la pratique civile, les symptômes névralgiques du choléra sont, depuis le commencement de juillet, notablement moins fréquents et moins prononcés qu'auparavant. Les crampes, les contractions musculaires, les douleurs transversales et suraiguës de l'épigastre, manquent fréquemment d'une extrémité à l'autre de la maladie. Quand elles existent, elles disparaissent très-rapidement. Dans la généralité des cas, l'affection s'annonce et se caractérise uniquement par quelques vomissements et d'abondantes selles, d'abord séreuses, puis bientôt riziformes, la suppression des urines, la petitesse croissante et la disparition du pouls, le refroidissement de la peau, une sueur froide et visqueuse, un amaigrissement rapide, l'excavation des yeux, le froid de l'haleine, l'extinction de la voix, la soif, l'anxiété générale. Pas de douleurs aiguës ni dans les membres ni ailleurs. La cyanose nous a paru également assez rare, et, en tout cas, beaucoup moins intense que par le passé. La peau prend la teinte mate du cadavre, et donne, en effet, au toucher la sensation que ferait éprouver un cadavre humide à la surface.

La diarrhée, quand son extrême intensité et la sidération de l'organisme n'ont pas permis d'employer les évacuants au début, et qu'on s'est borné à l'usage des stimulants diffusibles et des alcooliques, la diarrhée s'arrête assez rapidement; mais c'est alors que commence une période souvent fatale. Le pouls se relève un peu, la peau devient moins froide, les urines reparaissent même quelquefois assez promptement; il semble qu'on entre dans une voie d'amélioration. Néanmoins la figure reste cadavérisée, les yeux enfoncés, le pourtour des orbites bleuâtre; le sujet reste les yeux à demi fermés, s'éveillant aux questions et répondant avec justesse, mais pour retomber aussitôt dans la torpeur. Il reste dans cet état, exempt de toutes souffrances, n'accusant guère qu'un sentiment d'étouffement et souvent de la soif, devenant d'instant en instant moins accessible aux impressions extérieures, jusqu'à ce qu'il tombe dans une insensibilité complète, bientôt suivie de la mort. Cette seconde période ne dure souvent que quelques heures.

Peut-on conjurer ce danger? Nous croyons l'avoir fait dans quelques cas, à l'aide de deux ordres de moyens : premièrement, en administrant le calomel, uni quelquefois à la scammonée, par petites doses fréquemment répétées, et en donnant des lavements salés dès le moment où les garde-robes s'arrêtaient et où commençait la période dite typhoïde; secondement, en insistant sur l'usage des stimulants internes et externes, qu'on abandonne généralement trop tôt. Le rétablissement des selles, dans une mesure modérée, nous paraît une indication capitale, quand elles se sont supprimées rapidement; les lavements purgatifs y pourvoient instantanément, en attendant que le calomel ait eu le temps d'exercer son action spéciale sur le système digestif. Et quant aux stimulants, nous ne sommes guère détourné de leur emploi par la crainte d'aggraver les congestions consécutives, tant qu'une réaction franche et assez forte n'est pas établie, et établie d'une manière durable; car il y a des réactions passagères

Feuilleton.

UN MÉDECIN COMME IL Y EN A PEU.

Nous en convenons facilement, c'est une belle et bonne chose qu'une grande clientèle, de voir chez soi une grande affluence de consultants, *maxima turba clientum*, d'emplir ses coffres, son secrétaire, son portefeuille, d'avoir une table somptueuse, un cabinet richement meublé, une bibliothèque à compartiments magnifiques, une ou deux voitures dont on peut disposer, enfin tout ce confortable si brillant, si désiré notamment à cette époque de la vie où l'on n'a que la jeunesse et l'espérance, ces deux fées à la baguette miraculeuse. Le malheur est qu'il y a toujours et à tout un revers de médaille; le bonheur parfait est un monstre qui ne se perpétue pas dans notre espèce; il est très-vrai

Que la fortune vend ce qu'on croit qu'elle donne.

Ces grandes affaires de la profession, cette clientèle étendue, ces dignités, ces places multipliées, exigent des devoirs, des soins, des fatigues, des occupations sans fin, sans cesse renaissantes. On est comme enveloppé, saisi par un tourbillon d'obligations journalières; pas un moment pour soi-même, jamais un vrai, un parfait loisir, rien pour l'étude, pour féconder par la méditation, par un travail assidu, une masse de connaissances acquises. Si l'on se livre aux plaisirs, à ses goûts particuliers, c'est à la volée, comme furtivement, l'heure s'écoule, le temps presse, les jours sont rapides, les nuits ne sont pas sûres; toujours aller, toujours courir, toujours remplir et vider son *agenda* de visites, de consultations, de rendez-vous; toujours être en mouvement, sans pouvoir dire tel jour est pleinement à moi, je ne suis soumis à l'appel de personne, ma volonté, mes actions, ma personne m'appartiennent bien réellement et complétement. Quelle vie! quel glèbe! quelles chaînes! et l'on appelle cet éclat, ce mirage, une brillante position; c'est sans doute par antithèse ou par forme de consolation. Ils vendent cher leur temps, comment le donneraient-ils au bonheur? D'ailleurs, on se figure difficilement de quel acier il faut être trempé pour supporter une pareille existence, de quelle force de corps, de quelle vigueur d'esprit, de quelle patience de l'âme, il faut être doué pour tourner sans relâche, sans se lasser, cette roue de la fortune, comme l'esclave de l'antiquité condamné aux mines. Aussi plusieurs tombent avant que la vieillesse soit arrivée; la fortune les a comblés; mais la nature n'a pu y suffire; l'âcre soif qui les dévorait n'ayant jamais pu s'éteindre les a consumés avant qu'ils aient pu s'arrêter un instant, modérer s'il se peut leur fougue d'ambition et de fortune. [illegible] tant par an... voilà le grand mot de l'époque, voilà l'éternelle mesure appliquée non toujours au mérite, mais au succès : tel est souvent l'aiguillon acéré

qui ne sont pas bien utiles. Il ne faut pas oublier que les congestions consécutives au choléra sont d'abord passives. Dès lors les stimulants, en fouettant la circulation, offrent plutôt la chance de faciliter le cheminement du liquide sanguin que celle d'en enrayer le cours; seulement, comme dans la première période on a généralement fait usage des alcooliques, qui, à trop haute dose, finissent par sidérer l'organisme au lieu de l'exciter, il n'est pas prudent d'en continuer l'emploi dans la seconde. Mieux vaut recourir aux infusions un peu concentrées de plantes aromatiques, additionnées de quelques gouttes d'essences des mêmes espèces, en même temps qu'on frictionne toute la surface du corps avec des préparations ammoniacales et cantharidées.

Au reste, nous devons reconnaître que, somme toute, la forme morbide dont nous venons de tracer les principaux traits n'a guère été moins funeste que la forme plus névralgique des premiers temps. Peut-être seulement la gravité du mal est-elle un peu moindre depuis une dizaine de jours.

Autour du choléra proprement dit continuent à se grouper un assez grand nombre d'affections intestinales. On observe des flux intestinaux séreux ou muqueux, des diarrhées simples, avec ou sans fièvre, etc.; mais il est une forme dont nous avons vu depuis quelque temps d'assez nombreux exemples, et dont le caractère principal est aussi la diarrhée, mais une diarrhée particulière Les malades rendent pendant une ou deux semaines, quelquefois plus, et trois, quatre, cinq, six, dix fois par jour, des matières plus ou moins liquides, ordinairement très-fétides, d'une couleur noirâtre ou vert très-foncé, paraissant dues à de la bile altérée. Les premiers jours, les déjections sont composées de fèces délayées, puis elles deviennent de plus en plus liquides et moins colorées, et alors elles laissent déposer au fond du vase une matière pulvérulente noirâtre, beaucoup plus foncée que le liquide qui la tenait en suspension. Chaque garde-robe est précédée ou accompagnée de coliques très-vives; mais dans les intervalles, le ventre est indolent; la pression y développe à peine un peu de sensibilité, sauf dans quelques cas exceptionnels où nous avons trouvé l'abdomen douloureux et ballonné. L'appétit est nul; il y a parfois des nausées, toujours de la soif. La fièvre manque le plus souvent, si ce n'est la nuit, et n'est jamais très-prononcée.

Il y a avantage à faciliter la sortie des matières par des lavements fréquents et de légers laxatifs à l'intérieur; mais l'emploi de ce dernier moyen doit être tâté avec prudence, et, en tout cas, accompagné de l'usage de bains, de cataplasmes et de boissons adoucissantes, la susceptibilité intestinale, dans ces cas, se révoltant facilement contre les purgatifs et en général contre tout médicament. La guérison est lente et la convalescence demande les plus grands ménagements, principalement du côté de l'alimentation.

— Nous l'avions dit, et l'événement n'a pas tardé à vérifier nos prévisions, la question du chloroforme reviendra prochainement à l'Académie de médecine. Huit mois se sont à peine écoulés, et voilà l'Académie forcément mise en demeure d'entendre de nouveaux témoins, de rentrer dans la discussion trop tôt fermée. Pas plus qu'aucune association humaine, il n'appartient à un corps savant de prolonger bien longtemps le règne de l'erreur, même alors que l'union paraissait d'abord être la plus entière entre les membres de cette sorte de ligue. La vérité a pour elle un pouvoir dissolvant sans égal. Tôt ou tard, elle déborde et s'élève au-dessus des petites passions qui l'avaient momentanément obscurcie. La commission du chloroforme ne lui résistera pas davantage que l'ancien système planétaire à la théorie de Newton, que la barbarie devant la civilisation en progrès.

Cette fois c'est un chirurgien, M. Robert, qui s'est chargé de faire entendre le premier avertissement. Heureusement inspiré par sa position de membre nouveau qui le dégageait de toute contrainte, par son caractère loyal et indépendant, il a pu parler un langage sincère sans choquer aucune des susceptibilités qui l'épiaient. Il est d'abord venu raconter avec une louable franchise quelques faits de chloroformisation malheureuse récemment observés. Puis, insistant sur cette idée que l'agitation, la résistance instinctive, les mouvements violents de la part du malade chloroformisé dénotent un mode tout spécial et non sans danger de l'action chloroformique, il a cru pouvoir formuler le conseil de ne jamais persévérer dans l'administration du remède, du moment que des phénomènes de cet ordre se sont manifestés.

Nous ne ferons rien pour donner aux observations de M. Robert une couleur plus sombre qu'elles ne le comportent naturellement. Ce sont là des cas de *mort consécutive*, que, par conséquent, on peut toujours avec plus ou moins de vraisemblance, plus ou moins de succès rapporter à des causes autres que l'intoxication anesthésique. Ses adversaires n'ont pas manqué de le lui rappeler, tout comme il n'a pas manqué de revendiquer, lui, pour le chloroforme le déshonneur de ces funestes événements. Nous ne suivrons pas la discussion sur ce terrain vague et mal assis, où chacun peut si aisément se donner les apparences de la victoire. Les partisans du chloroforme ne se sont point départis de leur tactique usuelle à l'égard des faits de cet ordre; ils les ont tous sans façon rangés parmi ces exemples de mort imprévue, inexplicable, connus bien longtemps avant l'éthérisation, qui arrivent de temps en temps aux opérateurs les plus habiles et les plus attentifs. Est-ce réellement ainsi qu'il faut se résigner à accepter de pareils désastres? Nous ne savons; mais il nous semble, comme à M. Robert, que depuis deux ans, ces sortes de morts subites se renouvellent par trop fréquemment, que pour emprunter les paroles de l'honorable orateur, la chirurgie a trop souvent à s'en affliger!

Quant au conseil donné par M. Robert de suspendre les inhalations dès qu'elles excitent, au lieu de déprimer, une objection singulière s'est élevée contre cet avis, que confirme cependant la plus simple prudence; et l'on a dû s'étonner de voir le président descendre, comme l'a dit M. Roux, *de sa chaise curule*, pour venir lancer un tel argument. M. Velpeau a trouvé que cesser de bonne heure la chloroformisation ne parerait point à ses dangers, parce qu'il est d'observation que la mort, dans ces cas, peut arriver dès les premiers instants, au bout de quelques secondes.—Cela est parfaitement vrai; nous avons nous-mêmes signalé à plusieurs reprises cette remarque effrayante et trop exacte. Mais qu'importe-t-elle ici? De ce qu'un agent peut tuer en quelques moments, faut-il en conclure que si l'on a échappé à ce premier péril, on pourra ensuite impunément en élever la dose et en prolonger l'administration? Non sans doute; et, pour tout esprit libre d'engagement antérieur dans ce débat, la précaution qu'indique M. Robert, sera prise en très-sérieuse considération, quoique, de son aveu même, elle ne neutralise qu'une partie des chances fatales.

Si la discussion s'était bornée à l'examen des nouveaux éléments que M. Robert apportait à la solution du problème, elle eût pu aboutir à une conclusion précise et fût devenue profitable à la science. Mais cette malheureuse question, comme toutes celles qu'on a étouffées, non jugées, ne se présente jamais sans réveiller des passions mal éteintes. Comme un

---

qui les excite, qui les pousse à accumuler pour la plus grande joie de leurs héritiers, heureux encore si le satan politique qui agite le monde ne les a pas frappés d'une manière ou d'autre de son aile fatale!

On peut remarquer par opposition une autre classe de médecins qui sont loin de jouir des avantages qu'ils attendaient de leur profession. Soumis aux dures lois du strict nécessaire, ils ont cette existence besogneuse où chaque dépense est secrètement pesée, calculée d'après le petit revenu de l'année. Vrais souffre-douleurs de la fortune et de la profession, leurs labeurs, leurs efforts, leur modération, leur mérite, leur savoir-faire même sont à peu près inutiles. Beaucoup ont du savoir, de l'esprit et du sens et ne réussissent pas; leur temps n'est pas toujours leur capital, et dans cette roue aléatoire des intérêts en activité, il est bien rare qu'un bon lot leur advienne. Cette chance de succès qui fait et amène la supériorité financière, maladie de notre époque, ne leur vient jamais. *Res angusta domi*, voilà le supplice auquel ils sont condamnés; le mérite obscur, le défaut de protection, la modestie, la timidité, l'amour mal ordonné de la science, et le je ne sais quoi qui fait que l'un s'élève, tandis que l'autre reste cloué sur le sol ou dans le sillon vulgaire, en sont les causes probables. Mettons aussi en ligne de compte l'indifférence de cet aveugle-sourd, le public, dont l'immense oreille n'est jamais béante que pour l'homme qui, armé d'une crecelle sonore, crie fortement, crie toujours: me voilà, je suis savant, je suis habile, accourez, et l'on accourt; rarement avec le public on perd une partie avec les dés pipés.

Enfin il est une classe moyenne, comme intermédiaire, qui se compose des médecins également éloignés de la richesse et d'une étroite nécessité. A dire vrai, ce sont peut-être les heureux, parce qu'ils sont les plus indépendants. Exerçant leur profession avec une calme activité, une assiduité, une application soutenue sans ambition extrême, ils poursuivent leur carrière sans trop de soucis et de malencontre. Beaucoup d'entre eux comprennent toute la hauteur, toute la dignité, toute la portée sociale de la médecine. Du reste, cultivant également la science et l'art, ils sont très au courant des progrès réels qui s'y font; c'est parmi eux que vous trouverez de ces praticiens judicieux, sagaces, exercés, que l'innovation ne séduit pas, mais que la routine ne pétrifie jamais. Ils lisent, ils écoutent, ils attendent, puis ils expériment et jugent. Leur petit patrimoine et le fruit d'une clientèle plus ou moins fructueuse leur donnent une certaine aisance qu'ils cherchent à augmenter sans trop de hâte et de violent désir. On trouve beaucoup de ces médecins dans les petites villes et même dans les campagnes; presque toujours ils y jouissent d'une grande considération, parfois même d'une influence qui se remarque dans bien des circonstances. En voici un exemple pris parmi les médecins du siècle dernier. Nous l'avons emprunté à un auteur célèbre; nous taisons son nom, bien sûr que la justesse de ses idées et l'élégance de son style le feront facilement reconnaître.

« Dans une position délicieuse et tranquille, dit-il, au milieu de tout ce que la Suisse offre de riant, d'agréable et de majestueux, dans le village de Richterswyl, à quelques lieues de Zurich, réside un grand médecin. Sa maison est le temple de la santé, de l'amitié et de toutes les vertus paisibles. Le village de Richterswyl est situé dans l'endroit où deux langues de terre, qui s'avancent au milieu du lac de Zurich, forment un fort naturel d'environ une demi-lieue d'étendue. De l'autre côté, le lac, qui n'a pas tout à fait une lieue de large, est borné du

usurpateur tremblant dans sa possession injustement acquise, les partisans à tout prix du chloroforme se révoltent et s'indignent au plus léger doute émis sur son innocuité. A peine hasarde-t-on quelques réserves au sujet de son application qu'ils s'élancent pour défendre ce que, mieux qu'eux sans contredit, ceux qu'ils appellent des ennemis voudraient et sauraient sauver. Les grands plaidoyers ont donc recommencé: nous avons pu, de nouveau, entendre MM. Roux et Velpeau dire que le chloroforme est innocent, *parce qu*'il n'a jusqu'ici tué personne entre leurs mains!— On a aussi voulu expliquer les cas de mort par l'asphyxie. En vain M. Robert a-t-il pris la peine de déclarer à deux reprises que, depuis le commencement jusqu'à la fin, il a lui-même tenu l'éponge, et l'a constamment tenue à une assez grande distance des narines de l'opéré!..... Il est un coin de la salle où l'on persiste à crier à l'*asphyxie*. Heureusement, grâce aux explications si nettes de MM. Robinet et Gaultier de Claubry, le mot, cette fois, n'a pas eu son écho accoutumé!

Il est une seconde accusation que nous attendions et qui n'a pas fait défaut. « Vous effrayez les malades, a-t-on dit à M. Robert; vous jetez imprudemment le discrédit sur les propriétés du chloroforme; vos paroles, toutes mesurées qu'elles sont ici, alarmeront les gens du monde et autoriseront des doutes fâcheux contre la chirurgie. » Singulière manière, en vérité, de prendre les questions! Vous commencez par affirmer sans preuve, contre toute présomption, l'innocence d'un homme. Puis, si des crimes se multiplient autour de lui, si chaque jour on relève à côté de sa maison un nouveau cadavre, quelqu'un vient-il proposer une enquête, moins que cela, solliciter des mesures de sûreté publique... Prenez garde, s'écriera le défenseur quand même, prenez garde! Ne voyez-vous pas que vous allez compromettre la réputation de cet honnête citoyen! Vous seriez, en vérité, capable par vos menées de l'isoler de la société, d'empêcher qu'on aille lui rendre visite!!!

Tout ceci a été dit, tout ceci se répétera, en pleine Académie, toutes les fois qu'il y sera question du chloroforme. Et voilà pourquoi, à nos yeux, une réforme est imminente; voilà pourquoi il est grand temps que la controverse soit de nouveau et publiquement offerte à ceux qui ne veulent pas comprendre. Une fois le débat rouvert, qu'on ne le passionne pas, qu'il ne s'y mêle ni épigrammes ni noms propres, que chacun ait le courage de son vote, et la solution sera digne de l'importance du sujet, digne de ceux qui y auront travaillé.

— Depuis longtemps déjà l'identité signalée par M. Ricord entre la variole et la syphilis constitutionnelle faisait pressentir la découverte d'un moyen propre à empêcher celle-ci d'apparaître à la suite des chancres primitifs. C'est effectivement sur des données de cet ordre que M. Diday (de Lyon) a travaillé à cet important problème. La lecture qu'il a faite à l'Institut mentionne des expériences heureuses, des cas où la préservation antisyphilitique aurait été réelle. Mais la question est trop délicate pour que nous l'abordions dès aujourd'hui sans renseignements plus précis; nous attendrons donc, pour discuter les preuves et apprécier les conséquences de cette idée, que M. Diday ait fait paraître le mémoire détaillé qu'il nous a promis sur ce sujet.

ÉPIDEMIES.

MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES COMATEUSES QUI ONT RÉGNÉ EN 1847, DANS LA SUBDIVISION DE TLEMCEN, NOTAMMENT A SEBDOU; par MM. E. SONRIER, chirurgien en chef de l'hôpital de Sebdou, lauréat de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, et FÉLIX JACQUOT, médecin de l'hôpital militaire du Roule.

(Suite et fin. — Voir les numéros 4, 10, 23, 27 et 36.)

X. — TOPOGRAPHIE ET STATISTIQUE MÉDICALES, MÉTÉOROLOGIE ET ÉTIOLOGIE.

Sebdou, poste militaire de la province d'Oran, le plus avancé au sud-ouest vers la frontière du Maroc, gît par 3° 37' long. O., et 34° 36' 30" lat. N., à peu près au centre d'un vaste bassin dont le grand axe court de l'est à l'ouest, sur une étendue de 26 kilomètres, tandis que le petit ne dépasse pas 5 kilomètres. Ce bassin, élevé de 600 mètres au-dessus du niveau de la mer, est éloigné de 73 kilomètres de la Méditerranée. Entouré de montagnes de tous côtés, il n'est séparé du Goor, plaine monotone et aride qui précède le désert, que par les monticules boisés qui le ferment au sud. Au nord, il est plus fortement encaissé par des montagnes (razerali) qui le dominent de 2 à 300 mètres, et par le plateau d'Akbâlet, sur lequel prend sa source la Tafna. Le sol, d'une fatigante blancheur, est formé de beaucoup de sulfate et de carbonate calciques, de deux variétés de grès dures comme du silex, de masses énormes de pierres poreuses dues à la minéralisation de végétaux; on trouve d'excellent plâtre, quelques minerais de plomb, et des pyrites de fer; enfin, des roches de poudingue à gangue terreuse bordent souvent les cours d'eau. La végétation est assez riche et variée; nous ne pensons pas qu'il rentre dans notre sujet d'en indiquer les espèces, pas plus que d'énumérer celles qui composent la faune.

Plusieurs cours d'eau sillonnent le bassin de Sebdou; ce sont: l'Oued Sebdou, qui passe à 60 mètres de la redoute; l'Oued Tafaroua, qui coule non loin du poste et se réunit à l'Oued Sebdou; enfin la Tafna, artère principale, qui reçoit la petite rivière que nous venons de nommer, à 1 kilomètre du fort. On compte en outre de nombreuses sources et plusieurs ruisseaux tributaires de la Tafna. Presque toutes ces eaux contiennent beaucoup de sels de chaux (sulfates et carbonates) qui incrustent et pétrifient les végétaux qui croissent sur leurs bords.

Il existe dans les environs de Sebdou un assez grand nombre de *marais-types* (1) et de surfaces jouant le même rôle, sauf l'intensité des dégagements.

(1) V. le mémoire que l'un de nous a présenté à l'Académie nationale sous le titre: RECHERCHES SUR LES CAUSES DES FIÈVRES PALUDÉENNES EN GÉNÉRAL, ET EN PARTICULIER SUR LES FOYERS QUI LEUR DONNENT NAISSANCE EN ALGÉRIE; par le docteur Félix Jacquot. Rapport à l'Académie, en date du 29 février 1848, *in* GAZ. MÉD., 1848, et brochure in-8°, Paris, chez V. Masson.

---

nord au levant par des collines entremêlées de vignobles, de prairies, de vergers, de champs, de buissons, de bosquets, et couvertes de villages, d'églises, de maisons de campagne et de chaumières...

» Les montagnes se prolongent du midi vers le couchant. Le village de Richterswyl est situé à leur pied, sur les bords du lac. De noires forêts de sapin couvrent leurs flancs, au-dessous desquels sont des coteaux chargés d'arbres fruitiers, de riches guérets, de gras pâturages, où l'on aperçoit quelques maisons de distance en distance.... Le village est propre; les rues en sont pavées. Des allées d'arbres fruitiers sur les bords du lac et d'épaisses forêts sur les collines l'entourent de promenades offrant toutes des vues riantes ou magnifiques qui charment et ravissent.... Il n'y a pas un pouce de cette belle terre qui ne soit cultivé; tout le monde travaille. Enfants et vieillards, tous s'occupent utilement.

» Les deux maisons du médecin sont entourées d'un jardin, et quoique au milieu du village, aussi tranquilles et isolées que si elles se trouvaient en plein champ. Au-dessous de la chambre de l'ami de mon cœur, et le long du jardin, coule un ruisseau limpide côtoyé par la grande route, sur laquelle depuis des siècles on voit passer presque journellement une foule de pèlerins qui vont au couvent de l'ermitage. Des appartements et des jardins on découvre au sud le majestueux Ezelberg, qui n'est éloigné que d'une lieue.... On a devant soi le lac de Zurich, qui n'est jamais soulevé par les tempêtes, et dont les eaux, doucement agitées par les vents, se balancent en vagues qui ressemblent à des troupeaux de moutons, et dont le cristal limpide réfléchit ses délicieux rivages.

» Si durant une nuit obscure on se met à la fenêtre, ou que solitaire on aille respirer dans le jardin les émanations rafraîchissantes des fleurs, tandis que la lune, se levant derrière les montagnes, projette un grand sillon de lumière sur la surface du lac, au milieu de ce sommeil de la nature, on entend d'un côté du rivage le tintement des cloches villageoises, de l'autre la voix glapissante du crieur de nuit et l'aboiement des fidèles chiens de basse-cour; on distingue dans le lointain le bateau du pêcheur qui fend doucement l'onde de ses rames; on le voit traverser le sillon de lumière, et se jouer à la surface des vagues éclatantes. Quel est l'homme qui, découvrant le lac de Genève dans toute son étendue, ne demeurerait pas muet à cet aspect imposant, et ne croirait pas voir le chef-d'œuvre de toute la création? Mais à Richterswyl, sur les bords du lac de Zurich, tous les objets sont plus rapprochés, plus agréables et plus touchants.

» Il n'y a aucun étalage de richesse ni de luxe dans la maison de ce philanthrope; on s'y assied sur des chaises de paille. Il écrit sur des tables de bois indigène; il mange et fait manger ses amis dans de la vaisselle de terre. La propreté et la commodité règnent partout. Une collection nombreuse de portraits peints et gravés est sa seule dépense. Les premiers rayons de l'aurore éclairent la petite chambre où il repose en paix, et le réveillent pour une nouvelle vie, plein de reconnaissance et de gaieté. En quittant les bras du sommeil, il est salué par le roucoulement des tourterelles et par le chant matinal des oiseaux qui dormaient avec lui dans une chambre voisine.

» La première heure de la matinée et la dernière de la soirée sont à lui; toutes les autres, il les consacre à la foule de malades et d'affligés qui viennent

Au nord, à 800 mètres du fort, la fontaine de Sidi-Moussa se répand sur un terrain déclive et verdoyant. On n'y rencontre pas les amas en décomposition qui caractérisent le marais-type.

Au sud, pas de marais; mais nous en rencontrerons au sud-ouest.

A l'est, à 4 kilomètres du fort, se trouve le marais-type de Aïn-Teboudad, ayant 800 mètres de longueur sur 100 de largeur, mesure prise par le docteur Lafranque, chirurgien-major du 5e régiment de ligne.

Au nord-est, à 3 kilomètres de Sebdou, s'étend la prairie toujours humide de Sidi-Tahr, arrosée par le ruisseau qui vient des marais d'Aïn-Tebondah.

Les marais de l'ouest et du sud-ouest doivent particulièrement fixer notre attention, car si la mare d'Aïn-Teboudah se trouve presque toujours *sous le vent* en automne, les eaux stagnantes dont nous allons parler sont au contraire *sur le vent*; le sud-ouest, l'ouest et le sud sont en effet les points d'où le vent souffle à la fin de l'été et en automne. Pendant notre épidémie, c'est le sud-ouest qui a presque toujours donné.

Un ancien conduit arabe recueillait autrefois l'eau des sources qui naissent à quelque distance à l'ouest de Sebdou, et les amenait sur les jardins; aujourd'hui il est ruiné et obstrué presque partout, de sorte que les sources s'étendent sur la terre en plusieurs endroits. Un petit marais de 20 mètres sur chaque face, servant d'abreuvoir aux chevaux, est situé à 150 mètres du fort; à 200 mètres plus loin, on trouve également un terrain peu étendu détrempé par les eaux. Dans la direction du sud-ouest, près du marabout Sidi-Aissa, on rencontre un marécage qui n'a pas moins de 500 mètres : il donne naissance à l'Oued-Sebdou. En continuant d'avancer au sud-ouest, on trouve ensuite un vaste terrain qui forme, pendant l'hiver, un marais de 3,200 mètres : il est alimenté par les sources qui descendent de la Montagne-de-Plomb, et gît à 14 kilomètres de Sebdou. Enfin, au sud-1/4-ouest, à 30 kilomètres de la redoute, s'étend le lac de Tedjertila que les Arabes ont représenté à l'un de nous comme « une nappe transparente et limpide miroitant au fond d'un lit formé par quatre montagnes; » tandis que M. Lesecq, capitaine du génie, considère ce lac, qu'il a visité, comme offrant beaucoup des conditions du marécage. Quelques monticules séparent Tedjertila du bassin de Sebdou.

Le poste de Sebdou se trouve donc exposé à des causes permanentes d'insalubrité (1) qui résident dans les dégagements des marais proprement dits et dans les effluves qui s'élèvent, en Algérie, de toute plaine basse et encaissée, ainsi que l'un de nous l'a prouvé dans un mémoire déjà cité. Cette insalubrité est si connue des Arabes que, lors des travaux entrepris pour relever cette redoute, ils nous ont avertis que ce lieu est tellement malsain en automne qu'il devient inhabitable.

Cette assertion est très-exagérée, car, pendant nos quatre années d'occupation de Sebdou, les décès n'ont pas atteint, en moyenne, le chiffre de la proportion générale de la mortalité en Algérie. Mais les statistiques dressées à Sebdou en 1844, 1845, 1846, 1847, démontrent néanmoins que la permanence des causes d'insalubrité amène chaque année une assez forte mortalité par flux intestinaux et par fièvres pernicieuses; nous ajouterons que le chiffre des décès serait plus considérable si l'on conservait tous ses malades à Sebdou; mais un certain nombre de ceux-ci sont évacués et vont mourir à Tlemcen, à Oran et même en France.

En 1844 (pendant huit mois seulement), il y a eu 699 entrées à l'hôpital et 47 morts, ou 1 sur 14,4. Parmi les maladies suivies de mort, on remarque 31 affections du tube digestif (dyssenteries surtout) et 6 accès pernicieux seulement.

En 1845, 757 entrants et 38 morts, ou 1 sur 19,9. Parmi ces décès, 24 par affections du tube digestif, 4 par accès pernicieux.

En 1846, 326 entrants et 14 morts, ou 1 sur 23,3. Parmi ces décès, 7 par le tube digestif, 2 par accès pernicieux.

En 1847, 590 entrants et 29 morts, ou 1 sur 20,34. Parmi ces décès, 5 seulement par le tube digestif, et 16 par la fièvre comateuse.

Ces statistiques nous montrent que : 1° tandis que la moyenne des décès par suite de maladies du tube digestif, notamment par la dyssenterie, a été de 21 par an pendant les trois premières années; nous n'avons compté que 5 décès en 1847; 2° que, par opposition, la moyenne annuelle de décès par fièvres pernicieuses étant de 4 pendant ces trois années, nous avons atteint, en 1847, le chiffre 16; 3° enfin, ces statistiques nous prouvent que, les causes permanentes d'intoxication paludéenne donnant lieu chaque année à une mortalité connue dont le chiffre a été quadruplé en 1847, il y a lieu de rechercher si cette mortalité exceptionnelle ne tient pas à des causes accidentelles ayant créé de nouveaux foyers ou ayant activé la fabrication des miasmes dans les laboratoires déjà existants.

Nous allons terminer notre mémoire par des investigations dirigées dans ce but.

L'un de nous visitant, pendant l'épidémie, une tribu voisine de Sebdou, trouva la terreur et le deuil dans toutes les familles. « *Jamais*, lui dit le caïd, *nous n'avons vu pareille mortalité; mais on devait s'y attendre, car l'aloès a fleuri, la pioche a beaucoup travaillé cette année et l'hiver a été très-pluvieux.* » Or le chef arabe nous semble avoir aperçu les principales causes de l'épidémie, savoir, les remuements de terre, et surtout l'imprégnation tardive du sol par une quantité considérable d'eau dont le sirocco fit dégager les vapeurs chargées de miasmes. Quant à la floraison de l'aloès (*agave americana*), nous ne savons si elle est favorisée par les années pluvieuses, ou si les indigènes lui accordent une superstitieuse influence.

L'hiver de 1836 à 1837 a été très-rigoureux : des masses de pluie et de neige ont inondé le bassin de Sebdou. Ces neiges exceptionnelles se sont même étendues jusque dans le désert d'Anghad, où commence la région des dattiers. Au milieu d'avril, la colonne du général Cavaignac a eu plus d'un pied de neige près de l'oasis d'Asla (1), où l'on n'avait pas vu tant neiger, de mémoire d'homme. Le temps devint beau en mars, dans le bassin de Sebdou; mais vers la fin de mai, des pluies abondantes se renouvelèrent chaque jour. Le 8 juin, un effroyable orage ravagea la campagne par la chute de grelons qui pesaient jusqu'à 50 grammes et offraient 5 centimètres de diamètre Ce cours exceptionnel des agents météorologiques se prolongea même en 1848 : le 13 janvier, nous avons eu — 8° 1/2, et le thermomètre a marqué, pendant trois jours, — 7, — 6, — 5. Cette température

(1) L'un de nous (E. Sonrier) pense que ces marais sont à peu près sans influence délétère sur Sebdou, et que, dans l'épidémie dont il est question, leur rôle étiologique a été accessoire.

(1) Félix Jacquot. EXPÉDITION DU GÉNÉRAL CAVAIGNAC DANS LE SAHARA ALGÉRIEN; EXPLORATION SCIENTIFIQUE; RELATION DU VOYAGE, ETC. — Grand in-8° avec carte et lithographies. Paris, 1849, p. 97.

journellement le consulter. Sa vocation bienfaisante absorbe tous ses moments; mais elle fait aussi *le bonheur de sa vie et l'aliment de son cœur*. Le peuple des montagnes de la Suisse et des vallées des Alpes afflue chez lui, et cherche en vain des termes pour lui exprimer ses besoins; chacun est persuadé qu'il voit tout et sait tout. On répond à ses questions avec simplicité et franchise; on écoute toutes ses paroles; on ramasse tous ses conseils comme des grains d'or, et l'on sort de chez lui plein de consolation, d'espérance et de résolution, comme lorsqu'on quitte son confesseur à l'ermitage. Après une telle journée, croit-on qu'il manque quelque chose au bonheur de ce sage? Lorsqu'une paysanne ingénue, naguère encore tremblante pour les jours de son époux, entre dans sa chambre et lui dit en lui pressant la main : Mon mari était bien mal quand je suis venue chez vous, mais depuis deux jours il va beaucoup mieux. Ah! que je vous ai d'obligations, mon bon monsieur! son âme ressent ce qu'un roi doit éprouver à l'instant où il fait le bonheur de tout un peuple.

» Telle est la contrée de la Suisse où réside un des plus grands praticiens de notre siècle, le docteur Hotze, médecin et philosophe, que ses lumières, son jugement et son expérience placent sur la même ligne que les deux amis de mon cœur Tissot et Hirzel. C'est ainsi que s'écoulent ses jours uniformes. A la vérité, il ne vit seul que deux heures dans la journée; mais il consacre le reste au soulagement des infortunés qui viennent chaque jour s'adresser à lui dans cette admirable contrée. Son esprit actif et plein de vigueur ne se repose jamais; mais un calme céleste habite dans son cœur. Ah! il n'aurait pas trouvé ce bonheur à la cour; mais chacun peut en goûter un pareil, même sans habiter une demeure aussi belle que celle de mon cher Hotze, à Richterswyl, que le couvent des capucins, près Albano, ou que le palais du roi d'Angleterre, à Windsor. »

En effet, il est difficile, quand on a une certaine modération dans les goûts, quand le démon de la richesse ou de l'ambition ne vous surexcite pas sans cesse par ses inspirations malfaisantes, d'avoir une existence plus honorable, plus douce, plus digne d'envie. Une habitation délicieuse, une large aisance, une immense considération, ne sont-ce pas là les trois éléments d'un bonheur aussi parfait qu'il nous est donné de l'obtenir? Mais tous sont loin d'obtenir une pareille chose, et il faut avouer que le docteur Hotze était un médecin comme on en voit peu.

R.-P.

— On écrit de Pontremoli, 22 août :

« Le choléra s'est déclaré à Parme dans l'hôpital, d'où il s'est répandu en ville.

« Le 19 il y a eu 3 cas, dont 2 décès. On ne sait toutefois rien quant au nombre des malades et morts de l'hospice, attendu que tout s'y passe dans le plus grand secret. »

— Le choléra diminue à New-York; mais il règne une dyssenterie très-souvent fatale, dont on attribue l'origine à l'usage des stimulants énergiques, vantés comme préservatifs du choléra.

est tellement basse que nous avons douté un instant de la justesse de notre instrument.

Pour ne nous occuper que des phénomènes météorologiques qui ont précédé notre épidémie, nous dirons que le sein de la terre a été abreuvé d'une grande quantité d'eau pendant l'hiver de 1846-47, et que les pluies abondantes qui sont tombées à la fin de mai, époque où elles sont ordinairement assez rares, jointes à l'ouragan du 8 juin, ont achevé de saturer d'humidité tout le bassin. Or, comme la température est déjà très-élevée à la fin de mai, la végétation et les animalcules ont rapidement pullulé sous l'influence de la chaleur jointe à l'humidité ; puis la putréfaction mettant bientôt fin à leur existence éphémère, les eaux ont dissous le résidu de la décomposition. Le sirocco, qui a commencé à souffler par intervalles vers la mi-juin, et qui a continué avec une rare persistance jusqu'en octobre, a accéléré, par son haleine embrasée et aride, le desséchement du bassin de Sebdou ; par sa surface et par ses larges crevasses, s'est rapidement évaporée l'humidité qui remplissait ses pores engraissés par des détritus végéto-animaux. Ne voit-on pas là un immense marais dont chaque point vomit des effluves ?

On pourrait certainement établir que, abstraction faite des marais-types, de deux circonscriptions situées sous la même ligne isothermique, la plus malsaine est celle qui reçoit le plus d'eaux pluviales.

On serait aussi autorisé à poser en règle que, dans les pays chauds, après les pluies d'automne dont nous avons ailleurs (1) cherché à expliquer l'action si délétère, les plus funestes sont celles qui tombent au commencement de l'été, parce qu'elles mettent tous les lieux déclives dans des conditions qui les rapprochent des marais et exagèrent l'action des marécages déjà existants. Or nous pensons que Sebdou, situé dans la zone montagneuse, à 600 mètres au-dessus du niveau de la mer, *a reçu plus de pluie à cette époque que les terres bien moins élevées du Tell ;* ce qui expliquerait pourquoi l'épidémie a été incomparablement plus grave dans le premier lieu que sur le littoral. Les expériences pluviométriques nous font défaut ; il faut donc invoquer le raisonnement.

Ici se présente une question générale aussi neuve qu'importante, question qu'il faut absolument élucider pour faire servir sa solution au cas particulier qui nous occupe.

Il tombe annuellement plus d'eau dans les pays équatoriaux que dans les régions froides ou tempérées, quoique le nombre des jours pluvieux soit plus considérable dans celles-ci que dans les premiers. Mais, dans un pays donné, sont-ce les parties basses ou les parties hautes qui sont le plus abondamment arrosées ? *A priori*, on doit penser que les parties les plus basses, qui sont en même temps les plus chaudes, reçoivent plus de pluie que les parties les plus hautes, qui sont en même temps les plus froides. Ce résultat du raisonnement est confirmé par les expériences communiquées à l'Académie des sciences par M. Person, professeur de physique à l'Académie des sciences de Besançon. Voici comment M. Person explique ce phénomène : « Il est permis de croire, dit-il, que, en tombant des régions élevées de l'atmosphère où elles se sont formées, les gouttes d'eau, d'abord très-petites et très-froides, grossissent dans leur chute, par le fait de la condensation qu'elles exercent sur la vapeur contenue dans les couches d'air, de plus en plus échauffées, qu'elles traversent (2). » D'où il résulte que les gouttes sont moins volumineuses, et conséquemment fournissent moins d'eau pluviale sur une montagne que dans la plaine qui s'étend à ses pieds. »

Nous sommes tout disposés à accepter cette explication pour l'hiver, mais pendant les jours chauds elle n'est plus admissible, la condensation ne pouvant plus guère avoir lieu ; et les expériences de M. Person nous montrent en effet que, pendant l'été, la différence des quantités d'eau tombées à diverses altitudes est à peine sensible. Nous pensons pouvoir expliquer pourquoi les proportions varient ainsi selon les saisons et la température. Pendant l'été, les couches inférieures de l'atmosphère sont échauffées par le sol, et la vapeur d'eau prend une telle expansion que les gouttes qui la traversent ne peuvent presque pas grossir en route, à cause de la rareté des éléments aqueux propres à favoriser leur accroissement progressif.

Il y a plus : à mesure qu'on considère, toujours en été, les plaines de pays de plus en plus chauds, les pluies deviennent de plus en plus rares, et il arrive un moment où elles sont impossibles ; en effet, la goutte d'eau qui a pu se former dans les couches élevées et fraîches de l'atmosphère, traverse une étuve dont la température croît en approchant de la terre, et elle finit par se vaporiser avant d'atteindre le sol. Mais s'il ne pleut pas dans la plaine, il peut tomber de l'eau sur les montagnes, les points culminants allant, pour ainsi dire, trouver les gouttes dans les régions fraîches et élevées avant leur volatilisation.

Donc 1° dans les chaleurs moyennes, il doit tomber à peu près autant d'eau sur les hauteurs que dans les plaines ; 2° par les températures très-élevées, il peut tomber de l'eau sur les montagnes qui dominent une plaine, tandis que celle-ci n'est aucunement rafraîchie.

Une double observation prouve la vérité de ces deux principes que nous avons établis *à priori*. Dans les mois de printemps ou d'été où il ne pleut déjà plus, et en automne lorsqu'il ne pleut pas encore sur le littoral, on est assailli par des orages et même par des pluies de plusieurs jours sur les montagnes. C'est un fait que nous avons maintes fois vérifié sur les plateaux élevés qui séparent Aïn-Temouchent de l'Isser sur la route d'Oran à Tlemcen, ainsi que sur les hauteurs de Saïda, de Daya, de Sebdou. On comprend donc facilement que le bassin de Sebdou, et surtout les montagnes voisines qui lui envoient leurs eaux, aient été abondamment arrosés par les pluies de la fin de mai et par l'ouragan de juin, alors que les plaines du Tell ne recevaient pas d'eau. Pluies exceptionnelles, épidémie insolite : voilà la cause et voilà l'effet.

Tous les observateurs qui ont habité l'Afrique pendant quelques années, ont pu suivre bien des fois dans l'atmosphère les phases de ces orages qui se forment au sein des couches élevées et s'évaporent avant d'atteindre le sol. On entend des roulements de tonnerre, et l'on aperçoit quelques nuages, généralement peu épais, d'où la pluie s'échappe en traits verticaux et serrés ; puis ces traits deviennent épars et moins visibles, à mesure qu'ils descendent. Plus bas encore, leur parallélisme se brise, et ils semblent vaciller ; enfin, dans les couches les plus inférieures, l'on ne voit plus qu'une sorte de gaze transparente formée de stries et d'ondulations qui grisaillent à peine l'azur du ciel. Toutes les scènes de l'orage se sont passées dans les régions élevées de l'atmosphère, et la terre n'en a eu que le spectacle.

Nous croyons être arrivés, à l'aide du raisonnement et de faits, à prouver la proposition que nous avions entrepris de démontrer, et à mettre en relief le rôle de ces pluies de la fin de mai, qui, égarées pour ainsi dire dans la saison chaude et sèche, ont arrosé les plateaux de Sebdou.

Mais cette cause accidentelle n'est pas la seule qui ait contribué à faire naître l'épidémie. Les vents du sud-ouest ont soufflé pendant tout le temps qu'a duré la maladie ; or nous avons vu que des marais nombreux et étendus gisent dans cette direction. Ajoutons que ces marais, très-largement noyés par l'abondance des eaux pluviales d'hiver et desséchés ensuite en partie par la chaleur et le sirocco, ont présenté une plus large surface de dégagements miasmatiques que dans les années ordinaires. Nous ne devons pas oublier non plus les cultures considérables, je dirais presque les défrichements faits par les Arabes dans la plaine restée en friche pendant l'insurrection de 1845. Enfin nous signalerons les travaux entrepris dans le fort même, soit pour déblayer, soit pour creuser des fossés.

Ces nombreuses causes d'impaludation ont trouvé des organismes singulièrement disposés à recevoir l'imprégnation. La garnison se composait à peu près exclusivement d'hommes du 5e de ligne, arrivés en Afrique depuis moins de deux ans, et conséquemment peu faits aux nouveaux milieux dans lesquels ils vivaient. Bien plus, on nous avait envoyé, le 8 août, trente convalescents dont l'économie débilitée était bien moins apte encore à réagir contre le miasme. La chaleur concentrée dans le bassin de Sebdou et entre les murs blancs du fort, jointe au souffle énervant du sirocco, congestionnait la tête, et jetait toutes les fonctions dans l'éréthisme, le spasme et la langueur. Enfin le découragement, le désespoir de l'isolement et la crainte de la mort s'étaient emparés de presque tous les esprits. Quand l'un de nous vint, en octobre, prendre les malades qu'on évacuait sur Tlemcen, il sentit son cœur navré en entrant dans la redoute : la terreur et le silence régnaient partout ; tout le monde voulait fuir ce lieu désolé, et, à voir la morne tristesse de ceux qu'on ne pouvait emmener, on eût dit qu'on refermait sur eux la porte de leur tombeau un instant entr'ouverte.

Ces influences des *circumfusa* sur l'économie et le mauvais état moral de la garnison ont sans doute contribué à faire revêtir la forme comateuse à la maladie régnante, c'est-à-dire à la surcharger d'accidents et d'épiphénomènes ayant leur siége dans l'organe le plus prédisposé par son état de souffrance ; or cet organe, c'était le cerveau.

---

(1) F. Jacquot, RECHERCHES, etc. Chap. VI.

(2) Voyez aussi Bischof, THÉORIE DE LA CHALEUR INTERNE DU GLOBE, p. 72. Il donne la même explication.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DES APPAREILS DE MOUVEMENT ET DE LEUR UTILITÉ DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES ; par M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite et fin.—Voir les numéros de 1848, pages 850, 874, 886, 950, et les numéros 33, 34, 35 et 36 de cette année.)

CHAPITRE VII.

APPLICATION DES APPAREILS DE MOUVEMENT AU RHUMATISME CHRONIQUE DÉVELOPPÉ SIMULTANÉMENT DANS UN GRAND NOMBRE D'ARTICULATIONS.

Il n'a été question jusqu'à présent que des lésions bornées à une seule jointure ou à deux articulations de même ordre, comme les deux hanches ou les deux pieds. Cependant dans le rhumatisme et la goutte un grand nombre d'articulations peuvent être simultanément altérées. Cette multiplicité de lésions n'empêche pas de tirer un parti avantageux des appareils de mouvement, ainsi que le prouve l'observation d'une dame dont le traitement offre en quelque sorte le résumé pratique de tout l'ensemble de mon travail.

Affectée depuis plusieurs années d'un rhumatisme chronique qui avait enroidi et presque ankylosé toutes les articulations des membres, elle a fait usage pour le côté droit et pour le côté gauche de la plupart de mes appareils de mouvement. Elle en a employé pour le coude, pour l'épaule, pour le genou, et enfin pour le pied.

Le résultat a été des plus remarquables, et je ne saurais citer de fait qui prouve d'une manière plus évidente l'utilité des appareils de mouvement.

RHUMATISME CHRONIQUE AYANT PRODUIT DES ROIDEURS, DES GONFLEMENTS, DES ABSORPTIONS DE CARTILAGES DANS LES DEUX ARTICULATIONS DES ÉPAULES, DES COUDES, DES POIGNETS, DES GENOUX ET DANS TOUTES LES ARTICULATIONS DES DOIGTS ; TRAITEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET EMPLOI DES APPAREILS DE MOUVEMENT ; GUÉRISON PRESQUE COMPLÈTE.

Obs. — Madame M.., âgée actuellement de 54 ans, contracta en 1843, des douleurs rhumatismales dans toutes les articulations des membres et dans celles du cou, pour avoir habité une maison récemment bâtie et dont l'humidité était entretenue par sa position défavorable au pied d'un tertre élevé. La maladie eut dès le début un caractère chronique : pendant quatre ans, les douleurs, la roideur des jointures, ainsi que les malaises généraux qui les accompagnaient, firent des progrès graduels et constants, sans être modifiés par les moyens mis en usage, ni aggravés par des accès aigus. Pendant ces quatre années, madame M..... passa deux saisons aux eaux d'Aix en Savoie, qui la fatiguèrent au lieu de produire du soulagement ; elle consulta plusieurs médecins célèbres ; l'un d'eux lui dit avec une franchise un peu rude qu'elle était incurable, et que ceux qui tenteraient de la guérir la conduiraient à la mort.

Ce fut sous cette impression défavorable qu'elle vint me consulter au mois d'avril 1847. Elle présentait alors toutes les graves lésions articulaires que je décrirai dans un instant et qui la condamnaient à une immobilité à peu près complète de tous ses membres. Je prescrivis de faire chaque matin des frictions sur tout le corps avec le drap mouillé d'eau froide, de prendre un bain russe chaque jour, et de faire imprimer par les mains d'un aide des mouvements artificiels à toutes les articulations enroidies. Je conseillai en outre d'appliquer des compresses imbibées d'alcool camphré sur les parties qui étaient le siége d'un sentiment de froid. Ce traitement ne fut fait qu'incomplétement, et avec toute l'hésitation que devaient entraîner son étrangeté et les inquiétudes de la malade. Cependant au bout de cinq semaines, il avait produit une amélioration assez sensible sous le rapport de la marche ; les lésions anatomiques paraissaient du reste être restées les mêmes.

Une absence de trois semaines fit perdre complétement cette amélioration, qu'un nouveau traitement d'un mois ne put nous faire retrouver. La malade, découragée plus que jamais, demanda avec instance d'aller prendre les eaux de Néris. Ces eaux, quoique extrêmement douces, la fatiguèrent encore, et lorsque l'agitation qui en avait été la suite fut dissipée, elle se retrouva dans un état aussi déplorable que celui dans lequel elle languissait auparavant.

Pendant que cette dame subissait tant de traitements infructueux et désespérait de recouvrer l'exercice de ses mouvements, j'imaginai les appareils qui ont fait le sujet de ce mémoire. Dès que j'en eus constaté les bons effets, j'engageai la malade à revenir à Lyon et à tenter encore un nouveau traitement. Elle se rendit à mon invitation à la fin du mois de mai 1848. Voici quelle était alors sa situation :

Les articulations des *deux épaules* sont presque ankylosées ; l'omoplate étant fixée, on ne peut écarter le coude droit de la poitrine que de 10 cent. et celui du côté gauche de 22 à 23 cent. ; des craquements, indices de l'absorption des cartilages, se font entendre dans ces deux articulations, lorsqu'on cherche à les mouvoir avec force. Les tentatives de mouvement, même lorsqu'elles sont faites avec douceur, produisent de très-vives souffrances.

Les deux coudes sont également très-enroidis ; ils sont maintenus pliés à angle droit ; la flexion et l'extension sont de 10 degrés à peu près à droite, et de 20 degrés à gauche. L'avant-bras, qui est maintenu dans la pronation, ne peut pas être ramené à la position moyenne entre la pronation et la supination ; il n'y a du reste ni craquement ni gonflement dans ces jointures. Toutes les tentatives de mouvement y sont aussi très-douloureuses.

Les poignets des deux côtés ne sont pas moins roides que les épaules et les coudes ; mais, tandis que ces jointures ne sont le siége d'aucun gonflement, on remarque autour des deux poignets des nodosités qui les déforment entièrement et qui existent dans les parties molles ; je les présume constituées par des tissus lardacés.

Toutes les articulations des doigts ont perdu la plus grande partie de leur mouvement ; la plupart sont tellement roides qu'un examen attentif permet seul d'assurer qu'elles ne sont pas ankylosées ; elles sont du reste noueuses et tellement déformées que trois doigts se renversent en arrière, comme on le voit dans certaines variétés de la goutte.

Les articulations de la hanche ne présentent aucune lésion ni aucune roideur évidentes ; celles des pieds paraissent un peu moins souples que dans l'état normal.

Les deux genoux sont le siége des altérations les plus graves ; ils sont considérablement gonflés et ont la forme qu'on remarque dans les hydarthroses. Le toucher y fait reconnaître au premier abord ce gonflement mou que produisent des épanchements de fausses membranes imparfaitement organisées, et un examen attentif fait constater en dedans et en dehors de la rotule l'existence d'un certain nombre de petits corps durs et arrondis, productions nouvelles qui se forment assez fréquemment dans les arthrites choniques. Les mouvements produisent un léger craquement ; ils peuvent se faire, quoique avec douleur, dans l'étendue de près d'un angle droit. La flexion et l'extension complète sont impossibles.

On conçoit sans peine toutes les difficultés que des lésions aussi graves opposaient à la marche, à la préhension et à l'exercice de toutes les fonctions des membres. Madame M... ne faisait qu'avec peine quelques pas dans son appartement. Pour monter un escalier, il lui fallait l'appui de deux personnes. Cet appui lui était nécessaire pour marcher dans la rue, car l'état de ses membres supérieurs ne lui permettait l'usage ni des béquilles ni des cannes. Elle ne pouvait se mettre à genoux, ni se lever toute seule quand elle était assise. Pour manger, elle était obligée de se servir de la main gauche, l'épaule et le coude de ce côté étant un peu moins roides que ceux du côté opposé. Il fallait lui découper son pain et tous ses autres aliments solides. Enfin elle ne pouvait donner le bras tant l'écartement du coude était difficile, et les personnes qui l'aidaient à marcher devaient la soutenir avec les mains passées au-dessous de la partie supérieure des avant-bras.

Toutes ces lésions, tous ces troubles fonctionnels des articulations coïncidaient avec un état général également fâcheux. La peau était sèche, décolorée, et ne transpirait jamais, disposition inverse de celle qu'on remarque chez la plupart des rhumatisants qui transpirent après le moindre exercice. Le sommeil était preque nul, les nuits très-agitées, l'appétit complétement perdu, le teint pâle et les traits abattus.

Cet état, comparé à celui que j'avais observé un an auparavant, offrait peu de différence. Il faut noter cependant que depuis les bains russes et les frictions avec le drap mouillé pratiquées pendant six semaines, le sentiment de froid glacial que la malade éprouvait au niveau d'un grand nombre de jointures, et en particulier autour du coude, avait disparu. La mobilité des jointures était en outre un peu moins bornée qu'elle ne l'était l'année précédente, grâce aux mouvements artificiels opérés chaque jour depuis près d'un an par la femme de chambre de la malade.

Malgré la gravité et l'ancienneté de la maladie, je ne la crus pas au-dessus des ressources dont nous pouvons actuellement disposer. Les indications à remplir me parurent être les suivantes :

1° Rétablir les fonctions de la peau ; y ramener la transpiration et la circulation capillaire, en n'employant pour cela que des moyens qui fortifient, au lieu de produire l'affaiblissement qui suit l'usage des bains chauds ;

2° Rendre à toutes les jointures enroidies leur souplesse par l'exercice opéré au moyen des appareils de mouvement ;

3° Dès que la marche serait possible, la répéter chaque jour et en plein air.

Pour remplir ces diverses indications, voici quels furent les moyens prescrits :

Le matin, produire un peu de moiteur, en ajoutant une couverture de laine aux couvertures ordinaires, et faire en se levant une friction de deux minutes avec un drap imbibé d'eau froide. Dans le milieu du jour, faire une sudation de deux à trois heures dans la couverture de laine, et terminer par une nouvelle friction avec le drap mouillé. Après chacune de ces opérations, provoquer la réaction et se réchauffer, en faisant mouvoir les appareils du coude, du genou, des épaules, etc.

Le traitement fut commencé dans les premiers jours de juin ; il nécessita un nombre considérable d'appareils. La malade fit usage de ceux qui sont destinés à fléchir et à étendre les articulations du genou, du coude et du pied (voy. fig. 3, 4 et 9) ; elle employa aussi l'appareil représenté fig. 7., et qui sert à incliner le bras en divers sens sur l'épaule. Dans les premières semaines, quelques-uns de ces appareils furent seuls appliqués. Cependant, sauf quelques interruptions, l'ensemble des moyens fut mis en usage pendant tout le cours du mois de juin et la moitié de juillet. Il ne produisit pendant ces six dernières semaines aucun soulagement évident pour la malade ; elle voulait l'abandonner de nouveau. Cependant les degrés marqués sur le cadran des appareils du coude et du genou prouvaient que les mouvements étaient un peu plus étendus, et depuis la cinquième semaine des transpirations assez abondantes étaient obtenues par les

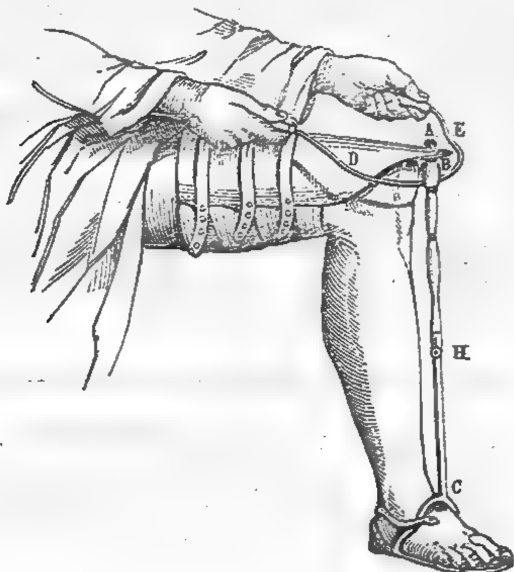
enveloppements dans la couverture de laine. Je voyais là un augure favorable, et j'insistai pour que l'on continuât. La suite ne tarda pas à démontrer l'utilité de cette persévérance.

Dès la septième semaine, l'amélioration fut évidente pour tous; chaque jour un nouveau mouvement pouvait s'exécuter. Une fois la malade avait pu donner le bras; plus tard elle pouvait se mettre à genoux. Quelques jours ensuite elle pouvait se servir de sa main droite pour porter des aliments à sa bouche.

Je rendis alors le traitement plus actif. Dès le commencement du mois d'août, un bain froid remplaça la friction que l'on faisait avec le drap mouillé après la sudation du milieu du jour. Deux semaines plus tard, la malade alla prendre au Rhône des bains de deux à trois minutes. Son zèle dans l'emploi des appareils de mouvement croissant chaque jour, elle s'en servit jusqu'à trois et quatre heures dans la journée, quittant celui de l'épaule pour celui du coude, ce dernier pour celui du genou, et faisant ainsi des autres jusqu'à ce qu'elle eût exercé toutes les articulations malades.

Cherchant à cette époque les moyens de compléter les résultats que j'avais obtenus, je me demandai si, indépendamment des mouvements d'inclinaison en divers sens que produisaient les appareils jusque-là employés, il ne serait pas utile de recourir à des appareils de rotation. Dans cette pensée, je fis construire pour la première fois un mécanisme destiné à produire la rotation du genou. L'invention de ce moyen étant postérieure à l'époque où j'ai rédigé le paragraphe relatif aux mouvements du genou, je place ici un dessin destiné à faire disparaître la lacune que j'ai laissée à cet égard.

N° 16.



Pendant l'usage de cet appareil, l'amélioration déjà obtenue fit des progrès; mais il fut difficile de distinguer ce qui pouvait dépendre de l'appareil de rotation et ce qu'il fallait attribuer à celui de flexion et d'extension. A cette époque, j'essayai aussi pour la première fois des appareils destinés à faire mouvoir le poignet et à produire la flexion et l'extension alternative des doigts; mais les mécanismes qui furent mis alors en usage ne remplissant pas bien le but qu'on s'était proposé, on dut se contenter des mouvements imprimés par un aide au poignet et aux doigts.

Le 24 août, madame M... quitte Lyon dans l'état suivant: des mouvements bornés de circumduction peuvent être imprimés aux deux bras sans produire de craquements ni de douleurs. Du côté droit, le coude peut être éloigné de 30 centimètres de la poitrine, du côté gauche, de 45 centimètres; en d'autres termes, le degré d'écartement s'est accru de 20 à 24 centimètres de chaque côté. Les mouvements extrêmes de flexion et d'extension sont seuls impossibles dans les deux coudes. L'engorgement des deux genoux a complétement disparu, et tous les mouvements normaux s'y exécutent sans difficulté.

L'importance de ces changements locaux s'apprécie encore mieux si l'on examine l'ensemble des fonctions locomotrices. Madame M... se met à genoux sans peine; elle peut faire jusqu'à deux ou trois kilomètres, en se reposant seulement quelques instants par intervalle; elle peut monter à un troisième étage et en descendre sans appui; elle coupe son pain et mange avec la main droite, etc.

En un mot, elle éprouve dans les mouvements une facilité et une souplesse qu'elle ne connaissait pas depuis plus de cinq ans.

Cependant cette grande amélioration n'est pas une guérison complète. Les mouvements des doigts, du poignet, des coudes et de l'épaule sont encore trop bornés pour le libre exercice de leurs fonctions.

Pour faire disparaître ces roideurs encore persistantes, je me propose d'utiliser, dès que cette dame viendra de nouveau se confier à mes soins, les appareils de rotation que j'ai tous fait construire, celui du genou excepté, depuis qu'elle a quitté Lyon. A l'aide de ces appareils appliqués au poignet, au coude et à l'épaule, je dépasserai sans doute le point auquel je me suis arrêté à la fin du mois d'août; j'emploierai aussi les deux appareils destinés aux mouvements du poignet et des doigts, lesquels étaient si imparfaits à l'époque dont je parle, qu'ils ne purent remplacer alors l'action des mains d'un aide.

RÉSUMÉ.

Ce mémoire n'est pas seulement l'étude d'une question spéciale, il est à mes yeux le premier pas fait dans une grande voie qui s'ouvre à la thérapeutique; *le traitement des maladies par l'exercice des fonctions*. Je ne sais si je suis dans l'erreur, mais j'ai la conviction que l'on réalisera les progrès les plus utiles, en soumettant les organes malades à des exercices spéciaux, secondés par des moyens en rapport avec leurs usages.

Cette idée générale m'a conduit à essayer le traitement des déviations de la colonne vertébrale par l'emploi des mouvements artificiels et par celui de certaines inclinaisons du cou qui forcent les malades à redresser les courbures du tronc, pour se maintenir en équilibre durant la marche. J'applique ces idées depuis cinq ou six mois seulement, et je ne suis pas en état de publier encore un travail complet sur la matière. Mais les faits que j'ai observés jusqu'à présent me font espérer que l'exercice des fonctions de la colonne vertébrale aidera au rétablissement de la rectitude du rachis avec autant de puissance que celui des articulations des membres, aide à la cure des lésions dont celles-ci sont affectées.

Préoccupé de l'idée générale que je formule, j'étais disposé à examiner avec attention les résultats obtenus par les oculistes qui se servent de l'exercice des yeux, aidés de certaines lunettes, pour améliorer la vue dans les amauroses commençantes, et dans les cas où l'œil ne peut supporter une longue action. Les faits que j'ai observés dans la pratique de ces oculistes, et ceux dont j'ai été le témoin dans les essais que j'ai tentés, me conduisent à attacher à cette méthode une grande importance, et à y voir la confirmation du principe thérapeutique que je voudrais voir présider aux recherches des expérimentateurs. Il faut le remarquer, du reste, quoique la science ait manqué jusqu'à présent de l'idée générale et systématisée de traiter les maladies par l'exercice des fonctions, on peut trouver dans la médecine usuelle ou dans celle de quelques praticiens des exemples nombreux de cet ordre de traitement. Ainsi, il n'est personne qui, pour combattre l'engorgement des membres et la roideur des articulations à la suite des fractures ou des entorses, ne conseille aux malades la marche et l'exercice graduel des mouvements.

L'expérience montre que, dans ces cas, les engorgements des membres inférieurs qui augmentent dès que le malade se lève, après être resté longtemps au lit, se dissipent peu à peu sous l'influence de la station et de la marche, prolongées chaque jour pendant un temps graduellement croissant.

Tous ceux qui ont étudié la question du bégaiement savent que le traitement le plus facilement accepté par les malades, et, je ne crains pas d'ajouter, le plus utile, quoique j'aie recommandé à une autre époque, la section sous-cutanée du génioglosse, c'est un exercice déterminé dans les inspirations, les expirations, la position de la langue et l'articulation des mots. Le moyen le plus sûr est donc celui dans lequel on combat le dérangement de la parole par un exercice déterminé de celle-ci.

A ces exemples, je pourrais ajouter, mais avec moins de preuves, le traitement des chutes de matrice par les effets que produit la grossesse, celui des douleurs de sein par un accouchement et par un allaitement consécutif.

En médecine, les exemples de traitement par l'exercice des fonctions sont très-nombreux. J'énumérerai les suivants: 1° traitement des gastralgies par une certaine alimentation; 2° traitement de la constipation par le soin de se présenter à la selle une fois chaque jour et à la même heure (Trousseau); 3° traitement des oppressions et de diverses lésions pulmonaires par les bains d'air comprimé (Pravaz); 4° traitement moral de la folie (Leuret); 5° excitation de la calorification languissante par une impression momentanée du froid (hydrothérapie); 6° rétablissement des fonctions de la peau par les sueurs provoquées et par les lotions froides (hydrothérapie); 7° conseils donnés par M. Lallemand dans les pertes séminales d'un exercice rare et régulier des organes génitaux.

Il est probable qu'en étudiant avec soin l'histoire de la thérapeutique, on trouverait d'autres exemples à ajouter à ceux que je viens de citer pour prouver tout le parti que l'on peut tirer de l'exercice des fonctions normales; mais, qu'on le remarque bien, il ne suffit pas, pour appliquer cette idée, de dire au malade de faire agir les organes d'abord avec modération, et plus tard pendant un temps et avec une activité graduellement croissants: il faut lui donner les moyens artificiels souvent indispensables pour que les fonctions s'exécutent et que leur exercice n'entraîne pas de douleurs. Un exercice de chacun des éléments de la fonction doit souvent précéder celui de la fonction complexe. Ainsi, dans l'emploi de mes appareils pour le mouvement des articulations, ce n'est pas la marche, la préhension, la

fonction complexe que l'on fait exécuter : ce sont les éléments de ces fonctions, la flexion et l'extension, l'abduction et l'adduction, etc., etc. Encore, dans ces mouvements simples, ce n'est pas du mouvement produit par la contraction musculaire qu'il s'agit : c'est d'un mouvement passif, analogue à celui qu'on imprimerait à un cadavre.

Quoi qu'il en soit de ces principes généraux et du développement qui pourra leur être donné par la suite, voici le résumé succinct des résultats des appareils de mouvement dans les maladies des articulations.

Toutes les observations que contient ce mémoire démontrent l'innocuité de la méthode. Quand on l'applique à des maladies chroniques, sans complication d'inflammation aiguë, on observe, il est vrai, dans les premiers temps et après chaque application, un peu de gonflement et de chaleur, comme si la jointure malade avait été soumise à l'action d'une douche; mais ces symptômes sont passagers, et au bout de quelque temps, ils ne se renouvellent plus. Loin de produire alors une douleur momentanée, les mouvements artificiels donnent aux jointures une souplesse que le malade reconnaît immédiatement au sortir des appareils. Une seule fois (Olagnier, maladie de la hanche), nous avons vu se manifester dans le cours du traitement des douleurs vives qui ont obligé de recourir au repos. La suite de la maladie, en démontrant l'existence d'un abcès profond qui a fini par se faire jour au dehors, m'a expliqué l'aggravation qui fut observée dans ce cas. Sans aucun doute, des revers de ce genre seraient assez fréquents, si l'on appliquait des appareils à des lésions en voie d'accroissement, et si on les rendait responsables de la marche ultérieure du mal. Toutefois cette crainte doit rarement se réaliser, puisque, dans les observations si nombreuses que contient ce mémoire, l'exaspération des symptômes n'a été observée qu'une seule fois.

Si, après avoir constaté l'innocuité de la méthode, on cherche quels sont les résultats curatifs qu'elle a produits, on remarquera qu'ils ont singulièrement varié, suivant les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades, et suivant le temps et les soins donnés à leur traitement.

Les résultats ont été nuls lorsqu'il existait une absorption des surfaces articulaires sans ankylose (Chatard, maladie de la hanche), ou avec ankylose (Laroche, maladie de la hanche; Gonnat, mademoiselle Carle, maladies du genou). Ces résultats ne doivent point étonner : le rétablissement de la motilité est impossible lorsqu'il existe une profonde excavation des surfaces articulaires. Dans ces cas, le traitement mécanique doit avoir seulement pour but : 1° de ramener les membres à la direction la plus favorable à la marche ou à la préhension; 2° de faciliter leur ankylose dans des rapports convenables. C'est d'après ces principes que j'ai agi récemment dans des cas que je me propose de faire connaître dans un autre travail relatif aux moyens de favoriser l'ankylose, lorsqu'il est impossible de rétablir les mouvements.

S'il est des cas exceptionnels dans lesquels les appareils de mouvement n'ont été d'aucune utilité, il en est un grand nombre d'autres où ils ont produit les résultats les plus favorables.

Que l'on passe en revue les observations de lésions articulaires produites par des causes extérieures chez des hommes bien constitués, celles qui sont relatives aux entorses (Mégemont, maladie du coude; Leroux, Gros, maladies du pied; Champagneux, maladie de la hanche), aux anciennes luxations réduites (Lacouture, Sublet), ou aux roideurs suites d'une longue immobilité (Chapotot, Blanc), et l'on verra dans tous les cas les appareils de mouvement produire une grande amélioration ou une guérison complète. Ces appareils n'ont pas eu moins d'utilité comme moyen complémentaire du traitement chirurgical des pieds-bots (Douillet, Domange, Lorin). Des résultats très-satisfaisants ont aussi été obtenus dans les inflammations chroniques rhumatismales ou goutteuses, maladies dans la plupart desquelles des végétations de la synoviale et des formations de tissus lardacés se joignaient à l'absorption plus ou moins étendue des cartilages. Dans ces cas, la mobilité a été rétablie d'une manière plus ou moins complète, et l'engorgement diminué ou guéri (maladies du genou, Fiard, Esculier, Gattel; maladies de la hanche, Charton, Pralus; maladies de l'épaule, Poyet, J. Benoît, Bernard, Magnot; goutte aux pieds, M. Ramel; rhumatisme généralisé, M. de M...).

Quant à ces engorgements mous, formés par l'épanchement de la lymphe plastique plus ou moins organisée, dans les synoviales et le tissu cellulaire environnant, épanchements qui produisent ce que l'on appelle les tumeurs blanches ou les tumeurs fongueuses, les appareils de mouvement tendent à les résoudre avec une remarquable puissance. On a vu la preuve de cette action résolutive dans les observations du jeune Perrin (maladie du genou), des demoiselles Simon et Carle (maladies du coude), de mademoiselle Ambert (maladie du pied), de Farges (maladie du poignet). Trois autres faits que j'ai actuellement sous les yeux achèveraient d'entraîner la conviction à cet égard, s'ils pouvaient trouver place dans ce travail.

Dans tous les cas d'engorgement que je viens de rappeler, il n'y avait point de suppuration; lorsque celle-ci existe, les chances de succès sont beaucoup moindres; cependant, dans ces cas graves et compliqués, l'art ne doit point se déclarer impuissant; en joignant l'emploi des appareils de mouvement aux méthodes qu'une science avancée met à notre disposition, il est possible d'obtenir, sinon des guérisons complètes, du moins des améliorations inespérées, ainsi que le prouve l'observation de Paul Millet (maladies de la hanche.)

Opposera-t-on aux conclusions précédentes qu'il est difficile de déterminer dans nos observations quelle a été la part des appareils de mouvement dans l'amélioration ou dans la cure ? Il est facile de répondre à cette objection.

Il faut remarquer d'abord que les appareils ont été seuls mis en usage pour rétablir la mobilité dans les roideurs consécutives à une longue immobilité, aux entorses ou aux luxations réduites. Dans ces trois ordres de faits, aucune confusion n'est possible, le succès est dû tout entier à l'emploi des appareils de mouvement.

Sans doute des traitements généraux, des applications, des opérations diverses ont été jointes aux mouvements artificiels dans les maladies complexes des jointures qui s'étaient développées sous l'influence d'une cause interne. Cette combinaison de moyens pouvait seule, dans ces cas difficiles, conduire à de bons résultats. Toutefois, au milieu de cette thérapeutique multiple, il a été facile de faire la part de ces appareils de mouvement.

Ils ont contribué à la guérison de deux manières : 1° par une action mécanique, en quelque sorte, en polissant les surfaces articulaires et en assouplissant les ligaments; 2° par une action vitale, en favorisant la résolution des engorgements chroniques et en provoquant un exercice musculaire utile à la santé générale.

Quoi qu'il en soit une méthode ne peut s'appuyer que pour un temps sur les observations de son auteur.

Pour qu'elle reste dans la pratique, il faut qu'elle soit trouvée bonne dans les essais tentés par ceux qui n'ont eu aucune part à sa création. C'est là la véritable condition de sa durée.

J'espère que cet élément de vie ne manquera pas à la médication que je propose. Sans, doute pour la mettre en pratique, il est nécessaire de faire construire des appareils plus ou mois dispendieux qui exigent des artistes spéciaux; mais en présence de maux graves qui résistent en général à tous les moyens connus, peut-on hésiter devant ces sacrifices et devant ces embarras ?

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR L'HISTOIRE DE LA CIRCULATION; par le docteur HERRGOTT, chirurgien de l'hôpital civil de Belfort.

L'histoire de la médecine pendant la seconde période, c'est-à-dire depuis Hippocrate jusqu'à Galien (de 430 avant Jésus-Christ jusqu'à 150 après Jésus-Christ), étant écrite dans presque tous les historiens, surtout les deux principaux, Daniel Leclerc et Sprengel, avec des documents exclusivement empruntés à Galien, dont les œuvres sont une véritable encyclopédie historique, à laquelle nous devons à peu près tout ce que nous savons sur Praxagoras, Hérophile et d'autres anatomistes célèbres, il m'a paru intéressant de rechercher dans des auteurs postérieurs à Hippocrate et Aristote, mais antérieurs à Galien, quel était l'état des connaissances sur quelques points d'anatomie et de physiologie afin de pouvoir fournir une base plus certaine à l'appréciation de la part qui revient à Galien dans certaines découvertes, sur l'origine desquelles il règne encore de l'incertitude dans les meilleurs auteurs. J'ai cru ne pas devoir négliger dans ces recherches des auteurs étrangers à la médecine; car, placés en dehors des luttes scientifiques du temps, ils donnent quelquefois les idées ayant cours dégagées d'explications fournies par les théories régnantes, et le plus souvent ils exposent ces idées avec simplicité et une grande précision.

Leclerc (1) ne donne que des renseignements vagues sur la différence que les anciens (avant Galien) faisaient entre les veines et les artères, et les fluides qui y étaient renfermés. Sprengel (2) n'est pas plus clair sur ce sujet; il avait cependant commencé ses publications historiques par un ESSAI SUR L'HISTOIRE DU POULS (BEITRAGE ZUR GESCHICHTE DES PULSES, Breslau, 1787); ce qui a dû l'entraîner à des recherches nombreuses

(1) HISTOIRE DE LA MÉDECINE. Amsterdam, 1723, p. 120 et 300.

(2) VERSUCH EINER PRAGMATISCHEN GESCHICHTE DER MEDIZIN HALL (3e édition), 1823.

sur ce sujet et lui fournir de nombreux documents; et cependant il dit (1) que Celse même ne distingue pas constamment la veines d'avec les artères (*die Schlagaderen unterscheidit* ER (Celse) *nicht bestandig von den Blütaderen*). Thomas Lauth (2) est plus précis; en résumant l'état des connaissances anatomiques de l'école d'Alexandrie, il dit : « Erasistrate... » croit que les artères ne contiennent que de l'air; il pense néanmoins que » le sang peut aussi en différentes circonstances être introduit dans les » artères. » Les notes de l'ouvrage de Lauth prouvent que ces documents sont extraits de Galien. Gerdy (3), dans son HISTOIRE DE LA CIRCULATION, laisse ce point dans une obscurité complète.

Or voici ce que dit Aulu-Gelle (4) dans un chapitre intitulé : *Errare istos qui in exploranda febri pulsus venarum pertentari putant, non arteriarum.* Aulu-Gelle écrivait à Rome vers l'an 130 de J.-C., tandis que Galien naquit à Pergame vers l'an 131, et ne commença à écrire que vers 155.

Aulu-Gelle raconte d'abord qu'étant allé passer un été à Céphise, dans une campagne appartenant à Hérode, il fut pris de diarrhée et de fièvre; un médecin des environs fut appelé près de lui; là, en présence de Calvisus Taurus, philosophe, et de ses disciples, l'homme de l'art donna des renseignements sur la maladie dont Aulu-Gelle était affecté, et entre autres choses, il dit de vérifier l'exactitude de ce qu'il avançait *en touchant la veine* (ἔαν ἅψῃ ἀυτον το φλεβός). Le philosophe et le malade furent scandalisés de cette incorrection de langage (5), et à ce propos, Aulu-Gelle établit de la manière suivante la distinction entre les veines et les artères (6). « Vena est conceptaculum sanguinis, quod ἀγγεῖον medici vocant, mixti » confusique cum spiritu naturali; in quo plus sanguinis est minus spiri- » tus; arteria est conceptaculum spiritus naturalis mixti confusique cum » sanguine; in quo plus spiritus est minus sanguinis. σφυγμὸς (pulsus) au- » tem est intentio motus et remissio in corde et in arteria naturalis non » arbitraria. A medicis autem *veteribus* oratione græca ita definitus est : » σφυγμὸς εστὶν διαστολὴ καὶ συστολὴ αδιάιρετος ἀρτηρίας καὶ καρδίας »

Cette distinction entre les artères et les veines et leur contenu est encore mieux établie dans Celse lorsqu'il décrit la saignée (7).

« Mittere autem sanguinem cum sit expeditissimum, usum habenti; tamen ignaro difficillimum est. Juncta enim est vena arteriis, his nervi : » ita, si nervum scalpellus attingit, sequitur nervorum distentio, eaque » hominem crudeliter consumit. At arteria neque coit neque sanescit; in- » terdum etiam ut sanguis vehementer erumpat, efficit. Ipsius quoque » venæ, si forte præcisa est, capita comprimuntur neque sanguinem emit- » tunt, etc. » Ainsi Celse connaissait très-bien l'anatomie du pli du bras, il connaissait le résultat de la piqûre d'un filet nerveux, il savait que la plaie artérielle ne se fermait pas, et ne se guérissait pas, *neque coit neque sanescit*, et entraînait une forte hémorrhagie, *ut sanguis vehementer erumpat, efficit*; que bien différente de celle-ci, la plaie des veines guérissait, même quand la veine était coupée en travers, qu'il suffisait pour cela de comprimer les extrémités béantes.

Il demeure donc établi qu'avant Galien, on savait :

1° Que les veines et les artères renfermaient du sang différent, non-seulement par la structure spéciale à chaque vaisseau, mais encore par la quantité d'air qui y était mêlée avec le sang (*spiritus naturalis* n'est autre chose que l'esprit naturel, l'air);

2° Que le pouls était le résultat de la contraction du cœur perceptible dans les artères seulement;

3° Que les plaies des artères ne se cicatrisaient pas;

4° Qu'elles entraînaient une forte hémorrhagie.

(1) *Ibid.*, t. II, p. 37.

(2) HIST. DE L'ANAT. Strasbourg, 1815, t. I, p. 130.

(3) DICT. DE MÉD. EN 30 VOL., t. VIII, p. 69.

(4) Auli Gellii, NOCTES ATTICÆ. Amstelod. ap. L. Elzev., 1653, lib. XVIII, cap. 10.

(5) Locution vulgaire probablement admise chez le peuple, ainsi que le démontre ce vers d'Ovide :

Dumque suo tentat salientem pollice venam.
(HEROID., epist. XIX, v. 139.)

D'après ce vers, ce serait avec le pouce qu'anciennement on aurait tâté le pouls.

Il n'y a pas longtemps que j'ai entendu un médecin d'un certain âge dire au malade qu'il soignait : Je vais *toucher votre veine* pour voir si vous avez beaucoup de fièvre. Dans le pays qu'il habite, cette locution a encore cours. On voit pendant combien de temps certaines notions fausses sont transmises par les traditions; ce serait une recherche curieuse à faire que celle de l'origine de certaines erreurs populaires, il en est que des siècles n'ont pu déraciner et qui remontent à Hippocrate, entre autres celle de la non-viabilité de l'enfant à huit mois (DE NATURA PUERI).

(6) *Loc. cit.*, p. 456.

(6) A. CORN. CELSI DE MEDICINA LIBRI OCTO EX RECENS. ET C. NOL. LEON TURGÆ. Argent., 1806, t. V. lib. II, c. X, p. 77.

OBSERVATIONS CHIRURGICALES; par le docteur E. SOULÉ, chirurgien adjoint de Bordeaux.

LUXATION COMPLÈTE DU COUDE EN DEHORS DATANT DE DEUX HEURES; — RÉDUCTION.

L'histoire des luxations latérales complètes du coude est, on peut le dire, toute moderne, et ne repose que sur un nombre de faits très-restreint qui se sont tous présentés à l'état d'irréductibilité. Je ne connais que deux observations authentiques de luxations complètes en dehors, l'une est consignée dans le traité de M. Nélaton, l'autre peut se lire dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (17 avril 1849). Chez l'un et l'autre malade la difformité remontait à plusieurs années, le diagnostic et l'existence de cette lésion ont seuls été établis. Plus servi par le hasard que MM. Nélaton et Robert, j'ai eu affaire à une luxation datant seulement de deux heures, qu'il m'a été possible de réduire. Je regrette que les douleurs très-vives que ressentait le malade ne m'aient pas donné le loisir de faire dessiner la déformation, que l'on eût trouvée analogue aux tracés qui ont été donnés dans les deux cas précédents. Il y avait des crampes et des élancements s'irradiant jusque dans les doigts qui, tout en me faisant soupçonner que quelque tronc nerveux était comprimé, me déterminèrent à agir immédiatement. Je me bornai à dicter les caractères principaux à mesure que mon examen m'en dévoilait l'existence.

OBS. I. — Le nommé Fort (François), âgé de 34 ans, marin, d'une constitution robuste, se présente à ma visite, à l'hôpital Saint-André, le 24 août 1849.

Cet homme nous raconte qu'il a fait, il y a environ deux heures, une chute sur le coude gauche, laquelle a été suivie d'une douleur très-forte et de la déformation qui existe.

L'articulation huméro-cubitale est le siége d'un gonflement médiocre, mais très-douloureux à la palpation ainsi qu'au mouvement. Par temps des crampes se manifestent et arrachent des cris au malade; cette douleur spontanée est, dit-il, plus forte que celle que l'on provoque par le mouvement. L'avant-bras est dans un état de demi-flexion, mais il peut être étendu presque complétement la flexion que l'on peut produire dépasse l'angle droit. En somme on voit que des mouvements d'une certaine étendue peuvent être imprimés à cette jointure.

La déformation est des plus prononcées; l'avant-bras est placé dans une pronation exagérée, de sorte que la région bicipitale du bras étant dirigée vers l'observateur, l'avant-bras et la main se présentent par leur face dorsale. Le coude a perdu sa forme pointue, et est constitué, à défaut de l'olécrâne, par une saillie mousse que l'inspection, aidée de la palpation, démontrent être l'extrémité inférieure de l'humérus. On apprécie en effet, en procédant de dedans en dehors : 1° l'épitrochlée; 2° la fosse olécrânienne, dans laquelle on peut loger le doigt; 3° la trochlée, qui limite la tumeur inférieurement; 4° l'épicondyle. Audessous et en dedans de l'extrémité de l'humérus, un vide dû au défaut des os de l'avant-bras dans ce point.

A la partie externe, on remarque de dehors en dedans et d'arrière en avant : 1° l'olécrâne; 2° le cubitus, lequel embrasse le bord externe de l'extrémité inférieure de l'humérus par sa grande cavité sigmoïde; 3° le radius, tout à fait placé à la partie antérieure, et offrant sa capsule au-dessous du tégument.

Après la constatation de ces caractères, le diagnostic ne me parut pas un seul instant douteux. Il fut démontré pour moi que j'avais devant les yeux une luxation complète des deux os de l'avant-bras en dehors, transformée en un déplacement mixte externe, mixte antérieur, par la contraction des pronateurs, ainsi que l'a établi M. Nélaton. Je procédai immédiatement à la réduction en présence de la presque totalité des élèves de l'hôpital.

Un aide fut chargé de maintenir solidement le bras, tandis qu'un second eut pour mission de soutenir la main. J'agissais en même temps sur le coude, en essayant de porter les os de l'avant-bras en bas et en dedans. Une première tentative, dans laquelle je ne gagnai rien, me suggéra l'idée d'agir en même temps sur les pronateurs, je recommandai à cet effet à l'aide qui soutenait la main de faire des efforts pour porter l'avant bras dans la supination. Cette modification réussit, et je pus immédiatement réduire en agissant, du reste, comme précédemment.

Cette observation peut servir à la solution de diverses questions que l'on se pose à la lecture des deux qui l'ont précédée, et où la luxation, ainsi que je l'ai déjà dit, s'est offerte à l'état irréductible. La lésion existait en effet depuis vingt ans chez le malade de M. Nélaton. Celui de M. Robert était âgé de soixante ans, et la cause était une chute qu'il avait faite pendant son enfance. La lecture de ces deux descriptions démontre une parfaite identité, à part toutefois cette exception que chez le premier malade les mouvements d'extension et de flexion étaient complétement abolis, tandis que le second pouvait exercer un métier pénible, celui de terrassier. Afin d'expliquer cette différence, le rédacteur de l'article de la GAZETTE DES HÔPITAUX fait intervenir l'âge des sujets au moment même de l'accident. Les mouvements ont pu, dit-il, se rétablir chez le second parce qu'il était plus jeune. Sans

nier ce qu'une pareille explication offre de rationnel, je suis cependant obligé de chercher à en substituer une autre, d'après ce que mon observation m'a présenté. Chez mon malade, en effet, la flexion et l'extension étaient, ainsi qu'on a pu s'en convaincre, possibles jusqu'à des limites assez avancées. Le mouvement difficile était la supination. Je suis donc logiquement conduit à renverser la proposition et à admettre au contraire que les premiers de ces mouvements sont possibles, même immédiatement après le déplacement, et que dans le fait de M. Nélaton il y a eu abolition secondaire. Ces nouveaux rapports n'ont-ils pas en effet pu s'ankyloser, si je puis m'exprimer ainsi, et cela sous l'influence d'un repos trop long, d'une inflammation et d'un gonflement articulaires considérables? Le sujet avait en effet fait une chute de trente pieds de haut.

D'un autre côté, il n'y a rien dans les nouveaux rapports des os qui s'oppose à la flexion et à l'extension : au contraire, l'examen de ce qui se passe doit théoriquement en faire reconnaître la possibilité. La flexion ne doit, en effet, être limitée que par les rencontres de la tête du radius, laquelle jouit d'une certaine mobilité; l'extension par l olécrâne. Or la grande cavité sigmoïde du cubitus, faite pour embrasser une extrémité volumineuse, est implantée sur une crête arrondie, se continuant avec des faces lissées et polies. Je dirai même que dans les limites que je leur ai assignées, ces mouvements, s'il n'y eût pas eu de douleurs, se seraient, je le crois, effectués avec autant de liberté qu'à l'état normal, et cela à raison des destructions ligamenteuses, que l'on conçoit être considérables, lorsque des surfaces aussi bien engrénées et aussi étendues que le sont celles qui constituent l'articulation huméro-cubitale viennent à s'abandonner dans le sens transversal.

J'ai été frappé des douleurs très-vives qu'a ressenties le malade jusqu'à la réduction; je ne peux me les expliquer que par la compression de quelque tronc nerveux important.

La réduction a nécessité la combinaison de deux temps sur lesquels je crois nécessaire d'insister, et à l'exclusion de l'un desquels il m'a, comme je l'ai dit, été de toute impossibilité de l'obtenir. En y réfléchissant, j'ai vu que c'était bien là le véritable moyen de réussir, l'insuccès de ma première tentative m'a été dévoilé.

Que se passe-t-il en effet dans la production d'une luxation complète des os de l'avant-bras en dehors? Une succession de temps, un phénomène complexe. La luxation n'est pas à proprement parler latérale en tout point, ou du moins elle ne l'est que pendant un temps fort court. La contraction des pronateurs la transforme presque immédiatement en un déplacement antéro externe, à raison du peu d'étendue des surfaces qui se correspondent en dehors. En procédant ainsi que je l'ai fait, j'ai imprimé aux extrémités articulaires une marche directement inverse, j'ai transformé le déplacement antéro-externe en une luxation interne proprement dite, qu'il m'a été aisé de réduire, précisément en vertu de la même raison que j'ai invoquée tout à l'heure pour la non-persistance de la lésion primitive, le peu d'étendue des surfaces accidentellement en rapport; sans cette modification, la réduction eût été difficile, si toutefois elle eût été possible. Les obstacles sont en effet multiples : la tête du radius venant arc-bouter contre la face antérieure de l'humérus, l'apophyse coronoïde du cubitus formant un crochet efficace en s'appuyant sur le bord externe de l'humérus.

Quant aux suites, elles ont été chez notre malade des plus heureuses. Malgré toutes mes instances, il me fut impossible de le retenir à l'hôpital; patron d'une barque sur la Garonne, il devait, me dit-il, revenir chez lui dans la journée auprès de sa femme dangereusement malade. L'avant-bras fut fixé dans la demi-flexion, des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée et une légère compression constituèrent la seule médication.

J'avoue que je n'étais pas sans redouter que le malade n'eût à se repentir de son peu de docilité; il n'en a été rien. Aujourd'hui, 30 août, je l'ai déjà vu deux fois. Ces grands désordres articulaires n'ont été suivis que d'un gonflement très-modéré et d'une ecchymose qui s'étend jusque dans le creux axillaire.

DOUBLE ÉPINGLE A CHEVEUX ABANDONNÉE DANS LE CANAL DE L'URÈTRE; EXTRACTION.

Obs. II. — Le nommé Simonot, âgé de 23 ans, se présenta à ma consultation le 15 juin 1848; il venait, disait-il, d'être la victime d'un acte de jalousie de la part de sa maîtresse. Après une vive discussion, il s'était couché la veille, et pendant son sommeil elle lui avait introduit un corps étranger dans le canal de l'urètre, sans qu'il en eût conscience. Réveillé le matin par des démangeaisons dans cette partie, il n'avait uriné qu'avec peine, et du sang était mêlé au produit de la miction.

L'examen me démontra la présence d'un corps offrant une certaine longueur dans le canal; il paraissait formé de deux tiges très-ténues, se rapprochant par la pression. Très-peu confiant dans le récit que m'avait fait le malade, et sachant que la plupart de ces vengeances amoureuses ne sont que des mensonges servant à cacher des manœuvres érotiques anormales, je fis tout mon possible pour obtenir la vérité, faisant entrevoir au patient que si je n'étais pas fixé sur la nature du corps, je ne pouvais qu'agir à tâtons et par conséquent le faire souffrir davantage. On m'avoua alors que l'on avait de fortes raisons de supposer que c'était une de ces longues épingles noires que les femmes emploient pour maintenir leurs cheveux le matin, qui, comme on le sait, sont composées de deux pièces parallèles se continuant l'une l'autre par une coudure mousse, que le corps avait été introduit par le bout mousse.

C'était là plus qu'un demi-aveu; aussi m'en contentai-je. Je donnai rendez-vous au malade à l'hôpital Saint-André, où je procédai à l'extraction à ma visite du soir.

Ce corps était dirigé transversalement; ses extrémités étaient distantes environ de 4 centimètres du méat urinaire. Je devais donc essayer de l'extraire par la voie naturelle. Pour cela la verge fut confiée à un aide, qui la pinça près de la racine, immédiatement au-dessous du corps étranger, de manière à empêcher sa progression dans le canal; puis, à l'aide de pinces déliées, j'essayai de l'attirer au dehors.

Je remarquai bientôt que cette voie ne m'était pas ouverte; la pince ne saisissait en effet qu'une des branches de l'épingle, et ne tardait pas à dérayer sous l'influence d'un arrêt. La douleur qu'éprouvait le malade indiquait assez que l'autre pointe était implantée dans la paroi du canal.

En présence d'une pareille complication, deux partis s'offraient à moi : ou pratiquer la boutonnière, ou bien procéder comme l'ont fait, dans deux cas à peu près analogues, Dieffembach et M. Boinet.

N'ayant pas affaire, comme ces chirurgiens, à une épingle simple, je procédai en employant les modifications suivantes :

En coudant fortement la verge, je parvins à faire traverser, non sans peine, la paroi inférieure de l'urètre par les deux chefs de l'aiguille. Une fois ce corps à l'extérieur, j'en redressai la courbure et sectionnai ras de la peau une des branches. Le reste de l'extraction ne nécessita qu'un léger effort.

Deux piqûres furent les seules suites de cette manœuvre, qui ne nécessita que quelques minutes.

La verge fut enveloppée de compresses imbibées d'eau froide.

Deux jours après, le malade demanda son *exeat;* on ne remarquait que deux petits points ecchymotiques correspondant aux piqûres. La miction était à peine douloureuse.

Cette observation milite en faveur de cette méthode à un plus haut degré encore que les deux que l'on connaît déjà, puisque les lésions ont nécessairement été doubles. Je crois que la conduite du praticien est tracée dans les cas analogues, et qu'il n'y a pas matière à litige, lorsqu'on compare cette innocuité avec les conséquences désastreuses d'une boutonnière dans la région pénienne anté-scrotale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1849 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Du typhus cérébro-spinal, ou études sur la nature de la maladie décrite sous le nom de méningite cérébro-spinale épidémique, et sur ses rapports avec la maladie qui a régné en 1814 dans une grande partie de l'Europe;* par M. Boudin. 2° *Recherches sur la maladie scrofuleuse, spécialement chez les enfants;* par M. Hérard. 3° *Notice étiologique sur l'affection typhoïde;* par M. Marc d'Espine. 4° *Deux observations de croup traité avec succès par la trachéotomie, avec quelques remarques;* par M. Laloy. 5° *De l'aprosopie, ou absence congénitale de la face;* par M. Vigla. 6° *Mémoire sur les fongus du testicule;* par M. Jarjavay. 7° *Considérations sur la névralgie faciale, pour servir à l'histoire de cette maladie;* par M. Neucourt. 8° *Recherches expérimentales sur la phonation;* par M. Segond.

DU TYPHUS CÉRÉBRO-SPINAL, OU ÉTUDES SUR LA NATURE DE LA MALADIE DÉCRITE SOUS LE NOM DE MÉNINGITE CÉRÉBRO SPINALE ÉPIDÉMIQUE, ET SUR SES RAPPORTS AVEC LA MALADIE QUI A RÉGNÉ EN 1814 DANS UNE GRANDE PARTIE DE L'EUROPE; par le docteur BOUDIN.

Comme ce titre l'indique, le travail de M. Boudin s'applique uniquement à la nature et à la signification nosologique de cette maladie qui, depuis 1837, où elle faisait son apparition dans le midi de la France, a fini par parcourir le pays presque tout entier. L'auteur examine successivement ces trois points. La maladie en question est-elle une inflammation, une méningite? est-elle communicable? est-elle nouvelle?

Sur le premier point, il se contente de rappeler les effusions purulentes multiples qu'on rencontre à l'autopsie dans les séreuses thoracique, abdominale, articulaires, et jusque dans la tunique vaginale; certaines nécropsies

entièrement négatives, comme en a rapporté M. Tourdes; la fréquence des complications vermineuses; celle des symptômes typhoïdes, tels que parotides, pétéchies, taches gangréneuses, pourprées, noires, violacées, avec ou sans odeur de typhus; les résultats peu favorables du traitement antiphlogistique, les succès obtenus par des médications d'un mode d'action tout opposé, etc. Il s'étend plus longuement sur la seconde question, relative à la contagion, et comme cette question est d'une haute gravité, nous résumerons fidèlement les données qui s'y rapportent.

Voici les faits qui paraissent à M. Boudin démontrer la communicabilité de la maladie :

1° En 1841, le 3e bataillon du 62e de ligne quitte Pont-Saint-Esprit où règne la *méningite*, pour se rendre à Marseille, où cette affection était restée jusque-là inconnue. Peu de temps après, les deux bataillons de guerre du 62e, venant d'Alger, débarquent à Marseille. Ils sont répartis entre les diverses casernes déjà occupées par le 3e bataillon, et ils ne tardent pas à être atteints de la même maladie que leurs nouveaux camarades.

2° Vers la fin de 1847, le dépôt du 3e léger, qui avait beaucoup souffert de la *méningite* à Avignon, se rend à Nîmes. Là, aucun nouveau cas ne se présente; mais en revanche, en janvier et février 1848, une trentaine d'hommes récemment arrivés d'Afrique sont pris de cette maladie, et neuf d'entre eux succombent. A Avignon, trois femmes attachées à l'hospice où sont traités les militaires sont atteintes successivement. Ce sont une sœur, une lingère et une infirmière.

3° A Orléans, en 1847, on voit, à deux reprises différentes, l'affection frapper des hommes couchant l'un à côté de l'autre. En dehors de la garnison, on ne constate que deux décès, mais l'un frappe l'enfant d'une cantinière habitant la caserne du 7e léger, l'autre une jeune fille qui avait des rapports intimes avec un soldat. Ces faits sont empruntés à un travail de M. Corbin, publié dans la GAZETTE MÉDICALE de 1848.

4° A Saint-Étienne, en 1848, deux hommes camarades de lit sont atteints en ville à deux jours d'intervalle et meurent. Un homme est transporté d'une caserne à l'hôpital pour un cas foudroyant; un soldat qui descend la garde se couche dans son lit et il est frappé à son tour vingt-quatre heures après.

5° A Dijon, en 1848, la maladie se manifeste peu de temps après l'arrivée du 14e de ligne, qui en a été atteint précédemment et dans l'année, à Verdun et à Châlons-sur-Marne. Elle se montre ensuite dans d'autres corps.

6° A Aigues-Mortes, la maladie épargne complétement la garnison. En revanche, sur dix personnes habitant la même maison, cinq sont atteintes et quatre succombent. Souvent la femme soignant son mari ou la mère sa fille sont bientôt après victimes de la même affection.

7° A Strasbourg, d'après les renseignements donnés par M. C. Tourdes, on signale parmi les individus atteints : deux chirurgiens, un élève en médecine, cinq infirmiers militaires, sept enfants de militaires, plusieurs ouvriers travaillant ensemble à l'arsenal. De plus, six cas se manifestent en peu de temps dans les rues voisines de ce bâtiment.

8° Pendant que la maladie règne à Strasbourg, le 29e de ligne se rend de cette ville à Schelestadt, où il arrive le 21 janvier 1841. Le 29, M. Mistler constate, dans la population civile, le premier cas chez l'enfant d'un cabaretier demeurant près de la caserne et dont la maison est exclusivement fréquentée par les soldats du 29e. Le 6 février, deux nouveaux cas se présentent sur les deux jeunes filles du boucher qui fournit l'administration militaire.

Quant à la troisième et dernière question : *La maladie est-elle nouvelle?* M. Boudin montre, à l'aide de citations, que le typhus observé en 1814 à Grenoble, par M. Comte, et, antérieurement, à Dresde, à Leipsig, à Mayence, se traduisait aussi par une exsudation purulente des membranes de la moelle et du cerveau; qu'il en était de même dans le typhus de Metz en 1815, dont la relation a été donnée par M. Rampont, et dans celui de Paris en 1814, comme le constatent les observations de Biett; enfin, que M. Billerey, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Grenoble, a signalé, en 1832, la simultanéité des phlegmasies du cerveau, de la moelle, de leurs enveloppes, de la plèvre et des membranes synoviales.

—Nous croyons, avec M. Boudin, que l'affection décrite dans ces derniers temps sous le nom de méningite cérébro-spinale épidémique, quoique ayant pour caractère anatomo-pathologique principal l'injection et la suppuration des membranes du cerveau et de la moelle, diffère essentiellement de la méningite aiguë simple, idiopathique. L'extension des lésions anatomiques à toutes les séreuses de l'économie, et, plus encore, l'absence de toute lésion des membranes encéphalo-rachidiennes dans certains cas, le démontrent péremptoirement. Il y a là manifestement un *processus* morbide, plus général, d'une origine plus éloignée, et dont la phlegmasie méningée est une manifestation habituelle, mais non nécessaire. Maintenant, pour être autorisé à identifier cette maladie, sous le rapport de la nature essentielle, avec le typhus de 1814 et de 1815, peut-être faudrait-il étendre la comparaison des lésions anatomiques dans l'une et l'autre affection plus loin que ne l'a fait M. Boudin, et la poursuivre, par exemple, dans les viscères abdominaux, notamment dans la muqueuse intestinale, au lieu de la limiter aux membranes séreuses. Ce qu'on sait des lésions intestinales dans le typhus de 1814 permet de les rapprocher de celles qui appartiennent à la fièvre typhoïde de nos jours, et à cet égard il existe des différences notables entre le typhus et la maladie décrite sous le nom de méningite cérébro-spinale épidémique.

Sur la question de transmissibilité, M. Boudin ne nous range pas sans doute parmi ces partisans d'un *scepticisme exagéré* qui ne veulent voir partout que *pures coïncidences*. Néanmoins nous sommes obligés de convenir qu'un bon nombre des faits qu'il invoque pourraient être passibles de sérieuses objections. A vrai dire, nous ne voyons même que les faits inscrits sous les numéros 1 et 8 qui nous semblent plaider fortement en faveur de la transmissibilité. Là, en effet, il s'agit de réunions d'hommes malades transportant la maladie dans un lieu où elle n'existait pas auparavant, et encore le premier fait gagnerait-il beaucoup à une désignation précise du temps écoulé entre l'arrivée des bataillons d'Afrique au milieu de soldats infectés et l'invasion de ces bataillons par l'épidémie. Quant aux six autres faits, ils nous semblent pécher tous par quelque côté. Ainsi le 3e léger (fait n° 2), une fois arrivé à Nîmes, n'a plus offert de nouveaux cas; comment donc aurait-il communiqué la maladie aux militaires arrivés d'Afrique un ou deux mois plus tard? En supposant qu'au moment même de l'arrivée à Nîmes, *à la fin de* 1847, quelques soldats eussent été encore sous le coup de l'affection, étaient-ils ou non guéris, et s'ils l'étaient, depuis combien de temps, quand les débarqués d'Afrique ont été atteints, c'est-à-dire *en janvier* 1848? Le fait de Dijon est encore moins probant. Le régiment qui est censé avoir apporté la maladie en avait été atteint, dit le mémoire, *précédemment et dans l'année;* mais depuis combien de temps en était-il débarrassé? Voilà ce qu'il faudrait absolument savoir. Dans les autres cas enfin, il s'agit de personnes tombées malades après un contact direct ou indirect avec un ou plusieurs individus infectés, mais qui avaient séjourné plus ou moins longtemps dans la même atmosphère, et avaient pu subir directement, pour leur propre compte, l'influence épidémique.

RECHERCHES SUR LA MALADIE SCROFULEUSE, SPÉCIALEMENT CHEZ LES ENFANTS; par le docteur HÉRARD.

Le but principal de l'auteur est d'établir que la scrofule existe comme maladie essentielle, et doit être distinguée des tubercules. Son argumentation repose surtout sur les données anatomo-pathologiques. Il constate que beaucoup d'altérations appartenant évidemment à l'affection scrofuleuse, par exemple des gonflements osseux, des ophthalmies, sont exemptes des caractères microscopiques exclusivement propres au tubercule, et il en conclut, d'accord en cela avec plusieurs auteurs qui avaient déjà mis le fait hors de doute et en avaient tiré la même conséquence, que la scrofule peut exister par elle-même et constituer une affection *sui generis*, ayant son évolution propre, sa terminaison, son traitement. La maladie scrofuleuse a des affinités remarquables avec la maladie tuberculeuse, à tel point que, sur 50 autopsies de scrofules, M. Hérard a rencontré 40 fois des tubercules dans les organes intérieurs; mais la première maladie ne s'absorbe pas dans la seconde.

Les partisans de cette doctrine se trouvent constamment (et l'auteur aussi bien que ses devanciers) en présence d'une difficulté assez sérieuse : c'est que les tumeurs du cou, à physionomie scrofuleuse, les engorgements ganglionnaires, les *écrouelles* en un mot, contiennent le plus souvent des tubercules (M. Hérard dit même *toujours*, bien que des observateurs aient rapporté des observations contraires). Or il est assez singulier que le type des manifestations dites scrofuleuses se lie à peu près constamment à l'existence d'un produit pathologique qu'on affirme être étranger à leur constitution essentielle. Aussi a-t-on songé depuis quelque temps, ceux surtout qui croient à la présence constante du tubercule dans les écrouelles, à distraire celles-ci de l'affection scrofuleuse pour l'attribuer à l'affection tuberculeuse. C'est ce que fait M. Hérard, après MM. Guersant et Lebert. Ce parti est peut-être un peu violent. Nous ne sommes pas, quant à nous, assez édifiés sur ce point pour accorder que tout engorgement ganglionnaire, même dans les conditions indiquées par l'auteur (volume notable, existence multiple, absence d'excoriation dans les parties voisines, pouvant expliquer l'engorgement), soit nécessairement lié à la présence de tubercules.

MÉMOIRE SUR LES FONGUS DU TESTICULE; par M. JARJAVAY.

Maladie peu connue, surtout des chirurgiens français, le fongus du testicule méritait cependant une étude clinique spéciale, à cause des conséquences graves qui peuvent résulter d'une méprise sur son diagnostic. Il

ressemble, en effet, par tant de points aux tumeurs de mauvaise nature, qu'à moins de connaître très-positivement ses causes, ses caractères et son évolution particulière, on sera souvent conduit à faire l'ablation d'un organe qui eût pu être conservé. C'est sur ces considérations que nous nous appuierons pour justifier l'analyse détaillée du mémoire que M. Jarjavay a rédigé dans le but de rendre impossibles de pareilles erreurs.

Les fongus du testicule se divisent, sous le rapport de leur siége, en deux grandes catégories, selon qu'ils végètent sur l'enveloppe fibro-séreuse, *fongus superficiels*, ou qu'ils surgissent du parenchyme même de l'organe à travers une perforation de la tunique albuginée, *fongus parenchymateux*.

A. Fongus superficiels. — Ces végétations se forment dans deux circonstances : tantôt les enveloppes extérieures du testicule ont éprouvé une solution de continuité, et la glande est mise à nu, tantôt elles sont intactes. Gooch a vu le premier cas se déclarer à la suite d'une excision qu'on avait pratiquée sur les parois d'une hydrocèle dans le but d'obtenir la cure radicale. Du reste, toute action qui produit une solution de continuité des bourses, telles qu'une incision, l'introduction d'une mèche ou d'un séton dans la tunique séreuse, peut être suivie du développement d'un fongus.

Les excroissances charnues qui se développent ainsi sur la membrane séreuse du testicule doivent être assimilées aux bourgeons que l'inflammation engendre dans d'autres points du corps, et qu'un état local fait accidentellement devenir exubérants.

B. Fongus parenchymateux. — On voit manifestement, dans ce cas, la continuité de la substance du fongus avec celle de la glande séminale. Le passage de la partie normale à la partie malade est insensible. A. Cooper, Carling, ont observé ce fait que M. Jarjavay a été deux fois à même de vérifier.

Le volume de ces fongus est variable; il peut atteindre celui d'un gros œuf. Moindre en général, il paraît être en raison inverse de celui de la glande, ce qui s'explique très-bien, comme nous le verrons tout à l'heure.

La tumeur a une forme ovoïde ou sphérique, parfois comme bilobée. Son aspect extérieur est à peu pres celui d'une mûre. Les granulations, qui se trouvent presque constamment à sa surface, sont plus ou moins saillantes.

Elle offre habituellement une couleur rouge pâle. Les sillons qui circonscrivent les végétations ont été vus par M. Jarjavay être remplis de pus.

Le fongus est toujours très-consistant. Il tient au corps de la glande par un pédicule plus ou moins large que la circonférence de l'ouverture scrotale embrasse à la manière d'un anneau.

Quant au testicule, il peut diminuer considérablement de volume. Quelquefois on a vu disparaître toute la substance de la glande, qui ne présentait plus qu'un petit noyau surmonté par l'épididyme tuméfié et induré.

Une coupe faite sur le fongus y démontre, au milieu des vaisseaux qui la sillonnent, la présence d'une substance jaune particulière, homogène, non organisée, dense et parsemée de granulations moléculaires. Elle est plus abondante dans certaines parties que dans d'autres. On reconnaît, en effet, à l'œil nu une couche corticale très-dure et un noyau plus foncé en couleur. Dans la couche corticale, la matière jaune est interposée aux fibres de tissu cellulaire et à l'élément fibro-plastique, qu'elle enveloppe et réunit d'une manière intime à tel point qu'il est très-difficile de les isoler. Dans le noyau, elle sert de gangue aux mêmes éléments, et de plus à des canalicules séminifères qui en renferment aussi dans leur cavité. Les vaisseaux spermatiques sont donc oblitérés par cette substance, qui d'ailleurs est la même que celle qui s'épanche dans l'interstice des fibres des tissus mous, des parenchymes principalement, lorsqu'ils ont été le siége d'une inflammation chronique.

La tunique albuginée ne présente aucune altération dans la partie qui correspond à la portion saine du testicule; mais vers le pédicule de la tumeur, elle commence à s'épaissir considérablement, se renverse en dehors comme pour permettre l'irruption du parenchyme glandulaire, et se perd insensiblement par une solution de continuité. De sa face profonde partent des prolongements fibreux, sorte de lames hypertrophiées qui accompagnent les vaisseaux dont le calibre est notablement accru.

Une contusion, une ulcération des bourses, l'orchite blennorrhagique, telles sont les causes les plus ordinaires de cette espèce de fongus. Leur mécanisme de formation est toujours le même : il résulte d'un défaut de compression sur une portion du parenchyme glandulaire. M. Jarjavay a constaté que si l'on excise sur des chiens une partie de la tunique albuginée et du scrotum, la pulpe séminale s'élève entre les lèvres de la solution de continuité, et ne se laisse refouler qu'avec peine pour reparaître dès qu'on cesse de la presser. Même, en abandonnant des chiens ainsi mutilés, il a constaté qu'au bout de huit à quinze jours un appendice digitiforme végétait de la surface du parenchyme chez quelques-uns d'entre eux. C'est par le même mécanisme que s'explique la procidence de l'iris à travers une perforation de la cornée, la hernie du cerveau qui accompagne si souvent les pertes de substance du crâne, et la saillie que la membrane médullaire vient faire à la surface d'un bout d'os coupé par la scie.

Le pronostic n'est point défavorable, et c'est à juste titre que l'auteur a pu donner à cette affection la dénomination de fongus *bénin*. Cependant, quand il est livré à lui-même, il augmente toujours de volume. Cette marche est le résultat inévitable auquel concourent simultanément la force rétractile de la tunique albuginée et l'épanouissement de la pulpe séminale où se dépose de plus en plus de la matière jaune, et où s'accroissent sans cesse le nombre et le calibre des vaisseaux. Il est possible que la guérison spontanée s'opère par suite de la gangrène du parenchyme et de la rétraction consécutive de la coque fibreuse; mais cette terminaison naturelle se fait longtemps attendre, et ne s'observe même point le plus ordinairement.

On voit déjà quelles différences séparent la tumeur que nous venons de décrire d'avec le cancer. On l'en distinguera aisément, dans tous les cas, en tenant compte de la nature *lancinante* des douleurs que cause le cancer, de la sanie fétide qu'il sécrète, des hémorrhagies qu'il occasionne, de l'engorgement des ganglions lymphatiques qui l'accompagne presque toujours à une période un peu avancée de son évolution.

Le traitement doit presque toujours être chirurgical; car, d'une part, les médications internes échouent à peu près constamment; et de l'autre, la maladie abandonnée à elle-même entraînerait la perte certaine du testicule, puisque la rétractilité permanente de la tunique albuginée ne ferait qu'accroître le volume de la tumeur en chassant la pulpe séminale au-dehors.

Compression. — M. Jarjavay fait parfaitement comprendre que si le fongus n'était qu'une simple hernie du testicule hors de la tunique albuginée, on pourrait espérer de la réduire à l'aide d'une compression méthodique. Mais d'un côté, il y a dans cette masse morbide production d'un tissu nouveau : de l'autre, la tunique fibreuse épaissie et rétractée n'aurait plus assez de capacité pour la loger de nouveau. Aussi ne doit-on nullement compter sur la réussite prompte et complète de la compression.— Ce n'est pourtant pas là un motif pour la repousser entièrement; car elle peut agir, pour réduire à la longue le volume de la tumeur, comme adjuvant de la force d'absorption interstitielle, à la façon de la pression continue exercée sur les squirrhes mammaires.

Astringents. — Insuffisants pour la plupart, ils possèdent cependant un pouvoir qui opère dans le sens de la guérison ; ce seront donc parfois d'utiles auxiliaires, mais toujours des auxiliaires.

Escarrotiques.—M. Jarjavay préfère l'excision aux caustiques, lesquels, dit-il, n'agissent que beaucoup plus lentement, dont l'emploi peut ne point donner lieu à une plaie nette, et se compliquer de douleurs vives et d'inflammation. (Sur ce dernier chef — la possibilité d'une inflammation concomitante — nous différons complétement d'avis avec M. Jarjavay. S'il est au contraire une propriété bien reconnue aux caustiques, un avantage qui compense l'inconvénient de leur lenteur d'action, c'est à coup sûr la rareté des accidents inflammatoires locaux ou généraux observés à la suite de leur emploi.)

Ligature. — On l'a vue causer, par la constriction qu'elle exerce sur les vaisseaux séminifères, des douleurs atroces compliquées de fièvre. C'est donc un moyen à rejeter d'une manière absolue.

Excision. — Cette méthode a, sur les précédentes, l'avantage de placer plus vite les bords de la perforation du scrotum dans des conditions favorables à la cicatrisation. La section du fongus n'est point douloureuse, puisque des malades en ont quelquefois eux-mêmes enlevé des portions avec l'instrument tranchant, mais elle expose à l'hémorrhagie. On la pratique avec le bistouri, et la plaie est ensuite pansée comme une plaie simple; ou bien on en seconde l'effet par la compression ou la suture.

Une seule objection s'élève contre elle : c'est qu'elle entraîne nécessairement la perte d'une portion du testicule. Mais la maladie n'avait-elle pas déjà par elle-même rendu la partie de parenchyme qu'elle affecte impropre à la sécrétion ou tout au moins à l'excrétion du sperme? — Les changements de texture que l'affection imprime à l'organe autorisent à supposer qu'il peut en être ainsi, mais non pas à l'affirmer, comme le fait l'auteur, encore moins à en conclure que l'excision n'a, sous ce rapport, aucun désavantage sur d'autres médications plus douces. — Du reste, il semble luimême reconnaître avoir produit cette conclusion sous une forme trop affirmative, lorsque dans son résumé il classe ainsi les divers modes de traitement.

L'application de topiques astringents aidée de la compression est indiquée dans les cas où le fongus bénin du testicule est récent et d'un petit volume. L'excision ou la castration ne doivent être mises en usage qu'autant qu'une très-grande partie de la pulpe séminale sera hors de la tunique albuginée considérablement revenue sur elle-même.

CONSIDÉRATIONS SUR LA NÉVRALGIE FACIALE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE CETTE MALADIE; par le docteur NEUCOURT.

Nous choisirons dans le travail très long de M. Neucourt un point qui nous a paru traité avec sagacité; il s'agit du rapport existant entre le siége de la douleur et la partie du nerf affectée. La douleur ne suit pas toujours les divisions du nerf, à partir du point malade jusqu'aux extrémités périphériques; souvent le foyer du mal paraissant résider dans une branche nerveuse, la douleur se fait seulement sentir à une distance plus ou moins considérable et dans un espace circonscrit. Comment expliquer ce phénomène ?

M. Neucourt distingue deux choses trop souvent confondues dans les investigations de ce genre : la douleur à la pression et la douleur spontanée. Sur 20 observations de névralgie de la face, il y avait 11 fois douleur *à la pression* au point d'émergence d'une ou de deux branches du trifacial; 2 fois la douleur existait *spontanément et à la pression* à la tempe; 1 fois à l'aile du nez et à la lèvre; 6 fois on ne constata nulle part de douleur à la pression. Quant au siége précis de ces douleurs il était réparti de la manière suivante : 6 fois sur le sus-orbitaire, 6 fois sur le sous-orbitaire, 1 fois sur le mentonnier; ce qui donne le nombre 13, quoiqu'il n'y ait que 11 observations, parce que dans un cas la douleur existait simultanément sur le sus-orbitaire et le mentonnier, et dans un autre cas sur le sus et le sous-orbitaire.

Quant aux douleurs *spontanées*, 9 fois elles se faisaient sentir à la tempe, 6 fois à la joue, 6 fois au front, 5 fois dans l'œil, 3 fois aux gencives, 1 fois à la lèvre, 2 fois à l'aile du nez, 1 fois au point d'émergence du sous-orbitaire; enfin la douleur s'est parfois irradiée sur le cuir chevelu, derrière l'oreille, à l'occiput, le long du cou.

La douleur spontanée et la douleur à la pression n'ont existé que 4 fois simultanément *dans le même lieu*.

On voit donc que, dans la même névralgie, le siége de la douleur spontanée et celui de la douleur provoquée sont souvent fort différents, et qu'il importe de tenir compte de cette différence quand on recherche le rapport du siége de la douleur avec les parties nerveuses affectées. Or M. Neucourt explique, à l'aide de notions physiologiques empruntées à Muller, la localisation de la douleur spontanée dans des parties parfois très-éloignées du point de départ du mal et très-circonscrites, par exemple à la tempe, à l'aile du nez, etc. C'est que l'irritation d'une branche nerveuse est souvent accompagnée d'une sensation limitée aux parties qui reçoivent les dernières ramifications de cette branche, sensation qui ne se prolonge pas le long du trajet des filets nerveux. De même on sait encore qu'en irritant séparément des points différents de la circonférence d'un nerf, à la même hauteur, on donne lieu à des sensations de siége différent dans les ramifications terminales du nerf. Et cela explique pourquoi la maladie d'une branche nerveuse donnée peut produire des douleurs névralgiques dans des parties différentes et assez éloignées les unes des autres; la douleur a lieu dans les filets émanés du point de la circonférence du nerf qui est plus spécialement affectée.

Ces interprétations sont légitimes; seulement il faut reconnaître, et M. Neucourt n'en disconvient pas, que, pour peu qu'on veuille creuser le problème un peu plus avant, on rencontre immédiatement des difficultés que la physiologie moderne est encore insuffisante à lever.

Nous engageons du reste le lecteur à prendre connaissance du travail entier de M. Neucourt. Il y trouvera d'utiles recherches sur les diverses névralgies du trifacial et une intéressante dissertation sur la névralgie de la septième paire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE.

M. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon, lit un travail ayant pour titre : NOTE SUR UN PROCÉDÉ DE VACCINATION ANTI-SYPHILITIQUE.

(Nous publierons ce travail textuellement dans un prochain numéro.)

EFFETS DE LA VACCINE EN FRANCE.

M. H. CARNOT adresse sur ce sujet une nouvelle note ainsi conçue :

L'Académie de médecine a constamment signalé, depuis l'année 1819, le département de la Côte-d'Or comme le plus zélé pour la propagation de la vaccine et le département de l'Aveyron comme le plus rebelle à cette pratique.

Dans le premier de ces départements, en effet, le nombre de vaccinations a, depuis trente ans, égalé à très-peu près le nombre des naissances. Dans le second, au contraire, à peine comptait-on, dans l'année 1844, une vaccination sur onze naissances!

M. Carnot a établi, entre ces départements extrêmes, un parallèle fondé sur des chiffres authentiques desquels il résulte :

1° Que la population moyenne s'est accrue en quinze ans, dans l'Aveyron, en proportion *double* que dans la Côte-d'Or, et que comme l'excédant des naissances sur les décès, dans les dernières années, 1845 et 1846, présente un accroissement *triple*, il faut en conclure que pendant ces quinze années, l'excédant a suivi une marche croissante dans l'Aveyron, décroissante dans la Côte-d'Or;

2° Que les produits légitimes du mariage sont de 45 p. 100 plus forts dans l'Aveyron que dans la Côte-d'Or; que les produits illégitimes du libertinage sont au contraire de 67 p. 100 plus considérables dans la Côte-d'Or que dans l'Aveyron, et qu'enfin les enfants mort-nés s'y présentent en nombre presque triple proportionnellement;

3° Que la mortalité du département de l'Aveyron est beaucoup plus forte que celle du département de la Côte d'Or, entre 0 et 20 ans. Comme d'un autre côté, la mortalité totale est moindre dans l'Aveyron, il faut en conclure que la jeunesse laborieuse et féconde de la Côte-d'Or succombe dans une proportion bien plus forte que celle de l'Aveyron, ce qui donne lieu à beaucoup de seconds ménages dans le premier de ces départements, tandis que le dernier en enregistre infiniment moins.

SUR LA COMMUNICATION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES AVEC LES VEINES.

M. le docteur MAURO-RUSCONI (de Pavie), adresse, à l'occasion des doutes qu'a soulevés son mémoire sur la circulation, quelques considérations nouvelles sur ce sujet, ayant spécialement pour objet de répondre à cette question : Les vaisseaux lymphatiques communiquent-ils directement avec les veines? L'auteur répond que jusqu'à présent il a toujours vu que les artères se continuent avec les veines, et que les vaisseaux lymphatiques forment un réseau à part, dont les mailles communiquent avec les capillaires sanguins d'une manière indirecte, c'est-à-dire par leur porosité. Ayant injecté les vaisseaux lymphatiques selon une nouvelle méthode, dit-il, j'ai vu mainte et mainte fois que la matière de l'injection avait passé dans les veines; mais après un examen attentif je me suis assuré que ce passage avait eu lieu en conséquence d'une lacération.

La matière injectée dans le canal thoracique passe très-facilement, chez les taupes et chez les couleuvres, dans l'oreillette droite; mais chez les salamandres et les grenouilles, il n'a jamais réussi à faire passer directement cette matière ni dans les veines sous-clavières ni dans les autres veines. Cependant, chez les grenouilles, il a vu tout récemment que la matière de l'injection passe dans les veines par endosmose.

CHOLÉRA.

M. HOSSARD (d'Angers) adresse un mémoire sur le choléra, dans lequel il cherche à prouver que ce fléau est dû en grande partie à la constitution atmosphérique, et que le gaz oxygène y joue le plus grand rôle, ainsi que le plus ou moins d'humidité en suspension dans l'air.

Le choléra, suivant l'auteur, est bien moins une maladie que la conséquence de la débilitation générale dont tout le monde a été atteint dans ces derniers temps de mortalité. M. Hossard ajoute qu'il a trouvé pour lui et pour les personnes qui l'environnaient, dans l'emploi du café pur comme tonique, du sucre surtout comme absorbant et échauffant, et du vin rouge comme astringent, fortement sucré toutefois, un remède certain contre les prodromes du choléra, et dans l'inhalation de l'oxygène pur un agent puissant de réaction quand le mal a atteint sa plus grande période d'intensité.

L'auteur regarderait, en un mot, l'affection qui porte aujourd'hui la terreur partout comme peu inquiétante au fond, si l'on savait recourir de suite aux toniques et aux moyens propres à surexciter la vitalité, et si le gouvernement surtout, encourageant les recherches et les essais, faisait disposer, dans les hôpitaux et au milieu des grandes cités, des pièces très-closes destinées à recevoir les cholériques et à faciliter l'inspiration de l'oxygène pur, et s'il retirait préalablement une partie des impôts qui grèvent le sucre, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend que des états de vaccination.

MM. LEGROUX, REQUIN et NONAT écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

PESTE ET TYPHUS.

M. MACLOUGHLIN écrit qu'il est chargé par le conseil général de santé d'Angleterre de transmettre à l'Académie de médecine de France copie d'un rapport qu'il vient de publier sur la question de la contagion ou non-contagion de la peste. M. Macloughlin offre aussi à l'Académie, de la part du conseil, copie de tous les documents sur la peste, qu'il a entre les mains.

Le rapport du conseil de santé d'Angleterre conclut, à peu près dans les mêmes termes que l'Académie de médecine de Paris, à l'abolition des quarantaines établies contre la peste.

L'une des conclusions de ce rapport exprime l'idée que la peste et le typhus d'Europe ne seraient au fond qu'une seule et même affection, modifiée par les influences topographiques et climatologiques.

M. Rochoux rappelle, à cette occasion, que l'Académie n'a pas voulu se prononcer sur l'identité de la peste et du typhus; il a soutenu depuis 1821 cette opinion, qui est maintenant exprimée dans l'une des conclusions de ce rapport.

CHOLÉRA.

M. Putégnat (de Lunéville) transmet, en réponse à la circulaire de l'Académie, des renseignements sur le mode d'apparition et de propagation du choléra dans cette localité.

A Lunéville, un tisserand de mauvaise conduite est pris de choléra et meurt. Quelques jours plus tard, une vieille fille, habitant une rue très-éloignée de celle du précédent malade, fut prise et mourut du choléra. Peu après, le nommé Dégout, demeurant à une autre extrémité de la ville, mourut aussi du choléra. Le soir de son enterrement, sa jeune fille de 15 ans fut prise de choléra foudroyant, et en mourut en quelques heures. Ces deux individus n'avaient eu aucune relation directe ou indirecte avec les deux précédents. Le lendemain, un ivrogne, ivre alors, mourut foudroyé dans le voisinage de la demeure du premier, avec lequel cependant il n'avait eu aucune communication. A partir de ce moment, de très-nombreux individus furent pris de la cholérine, laquelle se transformait en quelques heures en choléra.

Dans la ville de Baccarat, le choléra éclata dans la maison d'un individu qui avait fui Paris, et cela deux jours après son arrivée. De là le choléra gagna les maisons voisines et se répandit dans la ville.

M. Charcellay, professeur à l'École secondaire de médecine de Tours, ajoute quelques nouveaux détails sommaires aux documents qu'il a déjà communiqués sur l'épidémie de choléra du département d'Indre-et-Loire.

M. Padioleau (de Nantes) adresse quelques nouvelles réflexions sur la contagion du choléra. Aux faits qu'il a déjà cités en faveur de la contagion, il en ajoute un tout récent « Me trouvant, dit-il, il y a quelques jours aux environs de Nantes, dans une petite localité qui avait beaucoup souffert du choléra, je m'informai scrupuleusement de la manière dont il s'était propagé dans cette commune, et voici ce que j'appris :

» Une femme de l'endroit allait chaque jour à l'hospice Saint-Jacques laver les hardes des cholériques, et revenait chaque soir coucher chez elle. Un de ses enfants, âgé de 6 ans, est bientôt pris de choléra et meurt dans l'espace de quinze à vingt heures. Une parente, qui avait soigné cet enfant avec beaucoup de tendresse et d'affection, succombe à son tour quelques jours après, et voilà le choléra établi dans la localité.

» Ce fait, ajoute M. Padioleau, prouve :

» 1° Que si l'on recherchait toujours d'une manière exacte et scrupuleuse la cause première de l'envahissement d'une ville, d'une commune par le choléra, on finirait souvent par saisir des rapports directs ou indirects entre les personnes nouvellement attaquées et des individus précédemment malades;

» 2° Que le mode de transmission de la maladie n'est pas toujours facile à apprécier :

» *a* L'arrivée des personnes venant d'un pays infecté n'étant pas toujours exactement connue;

» *b* Les exhalaisons contagieuses étant susceptibles d'être transportés avec les marchandises, les vêtements, etc., et leur propriété infectieuse pouvant épargner des individus qui s'en sont servis impunément grâce à la résistance de leur constitution, pour se transmettre à d'autres que leur susceptibilité ou leur faiblesse rendra plus sensibles à la communication morbide. »

En résumé, tout en admettant la contagion, M. Padioleau reconnait néanmoins que le choléra ne se développe dans une localité, chez un individu, que quand il trouve des circonstances favorables.

(Ces trois communications sont renvoyées à la commission du choléra.)

— M. Tuefferd fils (de Montbelliard) écrit pour fournir quelques nouvelles explications sur le fait de grossesse extra-utérine guérie par la gastrotomie, qu'il a communiqué il y a plusieurs mois à l'Académie.

— M. Julien Descot écrit que ses recherches et ses longs travaux sur les moyens curatifs des maladies des dents lui ayant depuis longtemps démontré que la cautérisation de la carie et du nerf dentaire était le remède le plus efficace à opposer à ces affections, il s'est appliqué à combiner un petit appareil au moyen duquel il peut conduire un jet de gaz hydrogène dans la cavité d'une dent de manière à atteindre le nerf, le cautériser instantanément en séchant la dent, et neutraliser le mal dans son principe.

— M. Leroy-d'Étiolles écrit à l'Académie pour lui rappeler que le 22 septembre 1831, le 8 août 1837, le 23 juin 1838, le 20 novembre 1838, le 7 juillet 1840, le 14 mai 1844, il a lu ou adressé des mémoires relatifs aux rétrécissements de l'urètre et aux bourrelets et tumeurs formés au col de la vessie par le gonflement de la prostate. Il n'avait pas demandé la lecture ou le dépôt des rapports sur ces travaux, parce qu'il supposait la commission du prix d'Argenteuil complétement saisie de l'examen de la question; mais si l'Académie, faisant droit à la demande de M. Guillon, entend le rapport de M. Lagneau, M. Leroy-d'Étiolles demande que ses six rapports sur ses mémoires soient lus également; car un concours étant ouvert, le débat doit être contradictoire.

M. le Président : Je crois devoir, à propos de cette réclamation, faire une remarque générale sur toutes les autres réclamations de même nature qui pourraient se produire. Il y a une commission nommée pour apprecier le mérite respectif des travaux de tous les concurrents au prix d'Argenteuil; il est probable qu'aucun des contendants n'oubliera de faire valoir ses titres, et par conséquent ceux qui pourraient se fonder sur les travaux présentés à l'Académie. Il me semble que, dans cet état de choses, il pourrait y avoir quelques inconvénients à ce que toutes les commissions particulières nommées pour examiner tous les travaux particuliers des candidats fissent leurs rapports pendant que la commission générale prépare le sien. Les deux commissions pourraient ne pas juger de la même manière tel ou tel travail, et de là pourraient surgir des conflits regrettables, qu'il est, je crois, convenable d'éviter. Ne serait-il pas plus convenable de renvoyer toutes les communications sur ce sujet à la commission d'Argenteuil ?

M. Lagneau déclare partager complétement l'avis de M. le président.

La proposition est adoptée sans opposition.

— MM. Brassat et Franx adressent une note historique sur la source minérale du Fraissé, à Cransac (Aveyron).

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre un de ses correspondants, M. Moizin (de Metz), membre du conseil supérieur de santé des armées.

La parole est à M. Robert pour une communication.

DANGERS DU CHLOROFORME.

M. Robert lit un travail intitulé : Note sur les dangers du chloroforme. L'auteur, après avoir rappelé dans son préambule les faits déjà nombreux d'accidents mortels produits par le chloroforme, s'est proposé, dans ce travail, d'étudier les différentes phases de l'anesthésie produite par cette substance, et de rechercher si les symptômes variés que produisent les agents anesthésiques ne pourraient pas fournir des signes propres à faire pressentir le danger. Voici en quels termes il formule la question qu'il s'est proposé de résoudre, ou du moins à la solution de laquelle il a voulu, comme il le dit lui-même, apporter quelques matériaux :

Dans l'impossibilité où l'on est de discerner *à priori* les individus pour qui le chloroforme est un poison funeste, ne doit-on pas chercher si, dans les symptômes variés qu'il détermine, il en est dont la nature puisse faire pressentir le danger et servir ainsi de salutaire avertissement ?

Il est des individus, dit M. Robert, chez lesquels la première période d'éthérisation est signalée par des symptômes d'une grande intensité; l'agitation est continue, la respiration précipitée, il y a du délire et des mouvements d'une telle violence, que si l'on ne contenait pas les malades, ils pourraient attenter à leurs jours. Sur près de 120 opérations pratiquées avec le chloroforme, il a rencontré 3 individus présentant à divers degrés la circonstance dont il s'agit. C'est sur ce point principalement que M. Robert a voulu fixer l'attention de l'Académie.

Les faits qu'il rapporte dans ce travail, et qui en constituent le fond, lui paraissant suffisants pour établir que les effets du chloroforme et le trouble qu'il occasionne dans le système nerveux, ne sont point en rapport avec les quantités absorbées de ce médicament, mais qu'ils tiennent à des conditions individuelles, que l'observation ne nous a point encore révélées. Ce qu'il dit pour le chloroforme, M. Robert l'applique également à l'éther; et il s'appuie à cet égard sur un exemple choisi parmi plusieurs qu'il emprunte à la dissertation de M. Lach.

M. Robert rapporte en outre deux faits qui lui ont été communiqués par M. Giraldès, et qui confirment ce qu'il a dit de la gravité des éthérisations dont la première période est signalée par une excitation violente. Mais en même temps elles révèlent une cause nouvelle de danger, celle qui tient à l'emphysème pulmonaire, et qu'expliquent naturellement les efforts violents auxquels les malades se livrent presque toujours pendant cette période. Elles confirment pleinement aussi les belles observations de M. Piedagnel.

M. Robert résume son travail dans les conclusions suivantes :

Lorsque l'inhalation du chloroforme, au lieu d'amener l'insensibilité d'une manière calme et rapide, détermine au contraire une vive irritation sur le cerveau, et provoque de l'agitation, du délire, des mouvements convulsifs, *il y a danger*. La prudence veut que l'on suspende immédiatement l'inhalation et que l'on refuse aux malades le bienfait de l'anesthésie qui pourrait leur devenir funeste.

M. Velpeau, après avoir cédé le fauteuil à M. Bricheteau, demande la parole.

M. Velpeau : Je commencerai par établir que dans mon opinion ce n'est point une chose indifférente que l'emploi du chloroforme; je n'ai jamais nié que l'inhalation du chloroforme pût avoir des dangers; mais de ce que j'admets la possibilité de ces dangers, il n'en résulte pas que j'admette tout ce que l'on invoque pour en établir l'existence. Je ne trouve ni dans les faits récemment publiés dans les journaux, ni dans ceux que cite M. Robert, la preuve que cet agent ait produit la mort. Parmi les faits de mort que rapporte notre collègue comme devant être attribués au chloroforme, il en est qui sont de nature à dérouter complétement l'esprit. Je trouve entre autres celui-ci d'une femme qui meurt à l'instant même où l'on vient de lui placer le mouchoir sous le nez. J'avoue que c'est là un fait qui déroute entièrement; mais il me paraît impossible de l'attribuer au chloroforme, que la malade n'a même pas eu le temps d'inhaler.

Une autre série de faits comprend les cas dans lesquels les malades ont succombé quelque temps après l'inhalation du chloroforme. Ces faits ne me paraissent pas plus concluants que les précédents. Dans un des cas rapportés par M. Giraldès, que voit-on? Un homme affecté d'un rétrécissement du canal de

l'urètre, est soumis à l'inhalation; l'anesthésie est difficile à obtenir, elle est enfin obtenue, et le chirurgien se hâte de pratiquer le cathétérisme. L'opération terminée, le malade se réveille, il n'éprouve aucun malaise, il est bien; quelques heures se passent ainsi, puis il va aux latrines, et là il meurt. Je le demande, peut-on voir là la preuve que cet homme soit mort par le fait du chloroforme? M. Robert, qui est déjà ancien dans les hôpitaux, n'est pas sans avoir vu, à la suite des opérations, de ces cas de mort subite que rien ne peut expliquer. Je citerai, par exemple, le fait d'un homme fort, robuste, entré à la Charité pour un rétrécissement de l'urètre; je lui passe une bougie, sans difficulté; le lendemain il était mort. Cette année même, une femme entrée pour une tumeur blanche au genou, se portant bien d'ailleurs, est morte inopinément, sans que rien ait pu faire soupçonner la cause d'une mort aussi inattendue. Ces faits, malheureusement, ne sont pas très-rares.

La même difficulté se présente pour quelques-uns des faits de M. Robert. Dans un cas, il est obligé de continuer l'inhalation pendant une demi-heure, puis cela ne suffisant pas, il recommence pendant une autre demi-heure; voilà un individu chloroformé pendant une heure. J'avoue que cela est bien dangereux; je ne sais pas si j'oserais en faire autant; malgré cela, il n'arrive rien de fâcheux, l'opération est faite, le malade n'éprouve rien de particulier après l'opération, puis il succombe dans la nuit. Je ne vois pas encore là la preuve que cet homme soit mort des suites de l'inhalation.

J'arrive maintenant à un autre sujet. Dans tous les cas dont il s'agit, le chloroforme a été employé à l'aide d'appareils peu perméables, tels que des linges, des compresses, des mouchoirs. La difficulté avec laquelle ces corps laissent passer l'air pourrait bien n'être pas étrangère aux accidents qu'on a observés. Pour mon compte, j'ai toujours employé l'éponge, qui laisse un libre accès à l'air, peut-être est-ce à cette circonstance que je dois de n'avoir pas eu à déplorer un seul malheur, bien que j'aie pratiqué à cette heure de 3 à 400 opérations avec l'aide du chloroforme.

M. Robert : J'ai laissé avec intention de côté tout ce qui a trait aux cas de mort instantanée, ayant eu lieu pendant l'éthérisation même et *ipso facto*; question qui a d'ailleurs été savamment traitée dans le rapport de l'Académie. Je n'ai voulu m'occuper seulement que des cas où la mort est survenue quelque temps après l'éthérisation, et du rapport qui peut exister entre les premiers phénomènes de l'éthérisation et ces accidents graves.

M. Velpeau m'objecte que de tout temps on a observé des cas de mort subite à la suite des opérations même les plus simples, et même quelquefois sans que les malades aient subi aucune opération. Cela est vrai, j'en ai vu moi-même. Mais il faut convenir que depuis quelque temps ces cas de mort subite sont beaucoup plus multipliés qu'autrefois; et lorsque je vois se produire sous l'influence de l'inhalation ces symptômes tétaniques, dont j'ai parlé dans mon travail, je ne puis croire que l'usage du chloroforme soit étranger à la plus grande fréquence de ces accidents mortels. Si d'un autre côté nous rapprochons le fait de M. Giraldès, où à l'autopsie on a trouvé un emphysème pulmonaire, d'un autre fait semblable rapporté dans mon travail, où la même lésion a été constatée, n'est-on pas frappé de cette ressemblance? et en rapprochant cette circonstance des efforts d'inspiration auxquels se sont livrés les malades pendant l'éthérisation, n'est-on pas en droit de rapporter les résultats funestes qui ont eu lieu à l'usage du chloroforme?

Dans le cas auquel M. Velpeau a fait allusion, l'inhalation a été un peu trop prolongée j'en conviens; mais il ne manque pas d'exemples où elle a été poussée plus loin encore sans accident. Ma pratique était justifiée en quelque sorte par les antécédents. Je crois toutefois aujourd'hui qu'il convient d'être plus réservé. J'ai cherché d'ailleurs à établir que ce n'est pas la dose des agents anesthésiques qui constitue le danger, mais la nature des symptômes qui se manifestent dès le début même de l'inhalation. J'ai vu des cas où l'inhalation, même chez des personnes âgées, a pu être poussée très-loin sans qu'il en résultât aucun inconvénient, tandis que dans d'autres cas, au contraire, une inhalation de quelques secondes a suffi pour produire des accidents.

Quant à ce que M. Velpeau a dit des instruments, je lui ferai remarquer que dans les cas où, faute d'éponge, j'ai été obligé de me servir d'un linge disposé en cône, j'ai eu la précaution de surveiller l'inhalation, si bien qu'il était impossible d'attribuer au procédé la moindre influence sur les résultats de l'emploi du chloroforme.

M. Rochoux : Le danger signalé par M. Robert me paraît encore plus grand qu'à lui-même. Le plus grand nombre des cas de mort à la suite de l'inhalation du chloroforme, depuis le cas de mademoiselle Stock jusqu'à celui de ce médecin anglais dont nous ont récemment entretenus les journaux, ont eu lieu presque instantanément. Ainsi jusqu'à présent le danger existe dès les premiers instants. Quant aux morts survenues inopinément à la suite d'opérations, elles sont très-rares, tandis que les morts à la suite de l'emploi des agents anesthésiques sont déjà très-communes. Je suis donc loin de partager à cet égard la manière de voir de M. Velpeau. J'en viens à un autre sujet.

M. Robert prétend que les effets du chloroforme ne sont presque jamais en rapport avec les doses de la substance anesthésique. Cette opinion est en opposition formelle avec les données les plus certaines de la physique d'après lesquelles on voit toujours l'action être proportionnelle à la quantité de la matière, aussi bien en physiologie qu'en astronomie. Avant d'admettre des exceptions, il faut donc observer de nouveau. Il me semble aussi qu'on ne saurait attribuer aux efforts de respiration faits par certains sujets l'emphysème pulmonaire observé à l'ouverture des cadavres. Cet accident tient sans doute à la diminution du volume d'air inspiré, par suite de son mélange avec le chloroforme.

M. Roux : Comme M. Velpeau, je ne saurais trop m'élever contre la persistance avec laquelle on emploie les procédés d'éthérisation qui ont le plus contribué à produire les accidents qu'on déplore. Les *mouchoirs*, les *éponges* et tous les autres moyens analogues doivent absolument être bannis, pour mettre en usage un appareil où l'air puisse et doive nécessairement pénétrer dans les poumons avec la vapeur de chloroforme. C'est d'un appareil semblable, dit-il, que je me suis toujours servi jusqu'à présent, et j'ai été assez heureux pour n'avoir à regretter aucun accident.

Je n'admets pas, à cet égard, la petite excuse invoquée par M. Robert; s'il n'avait pas sous la main les agents nécessaires, il devait remettre l'opération au lendemain.

M. Robert, dans le premier fait dont il nous a entretenus, parle d'un sujet chez lequel une agitation extraordinaire et convulsive a succédé à l'éthérisation. Je lui demanderai si, dans ce cas, l'agitation était bien le résultat de l'éthérisation. Il y a des malades qui sont ainsi agités au moment d'une opération, soit par pusillanimité, soit par le fait d'une sensibilité excessive ou de toute autre cause.

Bien que je n'aie eu aucun accident à déplorer dans ma pratique, je n'en crois pas moins utile d'user avec modération du chloroforme; je ferai remarquer à cette occasion que M. Giraldès a peut-être mis quelque précipitation à recourir au chloroforme pour un simple cathétérisme. Je crois qu'il faut d'autant plus s'abstenir d'avoir recours aux agents anesthésiques, en pareil cas, qu'ils ont l'inconvénient de provoquer souvent des mouvements involontaires qui peuvent nuire au succès de l'opération et donner lieu à de graves lésions.

J'ajouterai enfin que depuis la discussion qui a eu lieu sur le chloroforme, dans le sein de cette Académie, comme avant, il ne m'est encore arrivé aucun malheur, et que j'ai toujours les mêmes motifs de conserver ma confiance dans l'emploi des agents anesthétiques.

M. Robinet : M. Rochoux a dit deux mots qui ont une grande gravité. Il a paru supposer que le chloroforme diminue le volume d'air introduit dans les poumons. C'est là une erreur; les vapeurs ne diminuent pas le volume d'air; que les malades respirent de l'air pur ou de l'air mêlé de vapeurs, la quantité d'oxygène introduite dans les poumons est toujours la même, pourvu que les inspirations soient égales dans les deux cas.

M. Rochoux : Si l'on met deux volumes de gaz au lieu d'un dans un vase, ne sera-t-on pas obligé de doubler la pression?

M. Robinet : Pour les gaz, oui; mais non pour les vapeurs; les vapeurs ne sont pas des gaz.

M. Rochoux : Les chimistes seraient bien embarrassés si on les mettait en demeure de nous dire en quoi les gaz diffèrent des vapeurs.

M. Gaultier de Claubry : M. Rochoux confond deux choses, la nature de l'air et son volume. Dans le cas dont il s'agit, le volume de l'air est toujours le même, la nature seule en est changée.

Il est des corps, comme les émanations des marais par exemple, dont la chimie ne peut révéler l'existence, et qui ne changent pas le volume de l'air.

M. Dupuy expose quelques expériences qui lui paraissent devoir jeter quelque jour sur les observations de M. Robert. Des animaux auxquels on injecte quelques centilitres de matière cérébrale en dissolution, dans les veines jugulaires, meurent instantanément. A l'ouverture on ne trouve autre chose que le sang coagulé dans le cœur et les valvules collées sur le caillot. Je crois, ajoute-t-il, qu'on a fait trop attention, dans les cas dont il s'agit, aux poumons et pas assez au cœur. Il y a, dans cette circonstance, comme dans les expériences que je viens de rappeler, syncope et non pas asphyxie, comme on le croit.

M. Desportes dit avoir employé le chloroforme avec succès en application externe pour faire cesser des douleurs nerveuses; il pense qu'on pourrait employer avec avantage l'anesthésie locale pour la pratique des opérations.

M. Barthélemy : Ce que propose M. Desportes a déjà été fait. L'Académie a reçu plusieurs communications à ce sujet de M. Ameuille. Cette question est à l'étude.

M. Gibert : Il ne me paraît pas du tout résulter des faits que l'on a rapportés dans cette discussion, que la mort soit attribuable au chloroforme; tout au plus peut-on dire que le chloroforme a produit dans ces cas une grande perturbation qui a pu précipiter un événement funeste imminent. Cela me paraît avoir été bien établi par M. Velpeau. Ce qu'il faudrait démontrer avant tout, ce sont les caractères spéciaux auxquels on peut reconnaître l'influence fâcheuse du chloroforme. Tant qu'on n'aura pas indiqué ces caractères, on n'aura jamais la preuve que le chloroforme a produit la mort.

M. Robert : J'ai peu de chose à dire aux honorables argumentateurs qui viennent de prendre la parole. Je dirai d'abord à M. Rochoux que rien n'est plus fréquent que de voir en matière médicale une substance ne produire à une dose donnée que des phénomènes très-peu prononcés chez un certain individu, tandis que chez un autre, à la même dose, elle peut causer les accidents les plus alarmants. Je citerai pour exemple l'opium.

Relativement aux réflexions faites par M. Roux, j'ai besoin de lui dire d'abord que le chirurgien n'est pas toujours libre; qu'il a souvent la main forcée par les malades. Je crois donc que c'est leur rendre service que de les éclairer sur les dangers que peut offrir le chloroforme.

Je répondrai enfin à mon honorable collègue M. Gibert que les lésions trouvées chez les sujets dont j'ai rapporté l'histoire ont présenté non-seulement la plus grande analogie entre elles et avec celles qu'on a constatées chez les autres individus morts à la suite de l'éthérisation, mais encore une identité presque complète avec celles que l'empoisonnement chloroformique a produites chez les animaux, ainsi qu'il résulte des expériences de MM. Lassaigne, Renaut et autres. Ces lésions viennent donc corroborer les inductions qui ressortent déjà du mode d'apparition et de la succession des accidents.

La discussion est close; la séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LES COMMUNICATIONS DE MM. CARLIER, SPRING ET LOMBARD CONCERNANT LE CHOLÉRA ASIATIQUE (1).

M. LE PRÉSIDENT : L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les communications relatives au choléra.

M. LOMBARD : Messieurs, au point où la discussion est arrivée dans l'avant-dernière séance, d'après les nombreuses observations qui ont été produites, et surtout depuis l'introduction de l'incident homœopathique dans le débat, ma position se trouve modifiée. Je me suis donc cru obligé de répondre successivement à tous les orateurs, et de compléter les pensées qui ont été mal saisies.

J'avais objecté à M. Fallot que dans le choléra que nous avions observé à Liége et chez les sujets qui périssaient dans la période cyanique, asphyxiés, disait-on, on avait reconnu avant la mort une exaltation remarquable de la sonorité thoracique, et à l'ouverture que les poumons s'affaissaient, laissant un grand espace vide, qu'ils étaient exsangues dans leur partie antérieure, et que la moitié postérieure contrastait, et par sa couleur et par sa consistance, avec la région antérieure. Ces faits avaient déjà été observés et signalés, notamment dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, du 3 avril 1832.

Depuis cette discussion, nos collègues, MM Fossion et Raikem, en vous faisant connaître les résultats de leurs recherches nécroscopiques chez les cholériques, vous ont annoncé identiquement les mêmes faits. Il faudra donc passer outre concernant l'opposition de l'honorable M. Fallot, et reconnaître ce fait comme démontré.

Lorsque j'ai fait remarquer à M. Fallot que le mucus utérin était toujours alcalin et qu'on ne pouvait pas conclure du caractère chimique des déjections chez les cholériques qu'elles étaient constituées par le sérum du sang, il m'a renvoyé à l'histologie pour y trouver la membrane muqueuse qui tapisse l'utérus. Si M. Fallot ne croit, lui, à l'existence de cette membrane muqueuse, il trouvera que MM. Cruveilhier et Blandin, après Bichat qui l'avait indiquée, l'ont décrite avec détail, et que notre collègue M. Burggraeve démontre qu'outre qu'elle contient tous les éléments des membranes muqueuses, elle est recouverte d'un épithélium vibratile ou ciliaire, et qu'elle ne diffère des muqueuses ordinaires que par sa ténuité et son adhérence qui la rapprochent des séreuses.

J'ai dit qu'il me semblait impossible d'admettre que les crampes des cholériques fussent des phénomènes de réaction. La raison que j'en ai donnée, c'est qu'elles apparaissent au début, et qu'elles cessent ou diminuent beaucoup dès que la circulation et la chaleur reviennent, c'est-à-dire à la période de réaction. S'il fallait d'autres raisons pour appuyer ma manière de voir, j'ajouterais qu'on voit les convulsions soit cloniques, soit toniques ou crampes, survenir dans les inflammations de l'appareil cérébro-spinal, dans les irritations sympathiques de cet appareil, dans les hémorrhagies sous-arachnoïdiennes du sommet, et dans celles des ventricules, dans les hémorrhagies abondantes, dans certaines congestions du cerveau, et dans les cas où, par une cause quelconque, l'encéphale reçoit trop ou trop peu de sang. Mêmes observations à faire relativement à la moelle épinière.

Or qu'observe-t-on dans le choléra coexistant avec les crampes? la petitesse du pouls et le plus souvent sa disparition. Si vous considérez en outre que les facultés intellectuelles sont conservées au milieu des crampes les plus vives, vous croirez comme moi qu'il y a lieu d'exclure comme causes les lésions sus-indiquées, excepté la diminution de l'abord du sang au cerveau, seul cas où, en règle ordinaire, les facultés intellectuelles se conservent entièrement.

Je me suis permis de dire, et c'est à peine si j'ose le répéter tant je crains d'éveiller les susceptibilités de l'honorable M. Fallot, que l'acte du vomissement ne pouvait point produire la congestion des organes sus-diaphragmatiques.

Vous vous souvenez, messieurs, que dans la communication que j'ai eu l'honneur de vous faire, ce ne fut que pour satisfaire à votre impatience que je touchai à la thérapeutique du choléra. Avant donc de me livrer à l'examen comparatif des résultats des divers traitements, je vous ai dit ce que j'ai fait et ce que j'ai vu, et j'ai d'autant plus lieu de croire à l'exactitude de mes observations que j'étais prévenu contre la médication vomitive. Mes souvenirs de 1832 me rendaient confiant dans les saignées. Ce ne fut que lorsque l'expérience nous eut montré que dans la généralité des cas de choléra confirmé nous ne pouvions obtenir du sang par la lancette, et surtout lorsque nous comprîmes que le traitement par l'ipécacuanha, vanté d'ailleurs dans tous les pays par tant d'hommes éclairés, ne constituait pas une méthode empirique, mais un traitement que, par l'étude des symptômes et de la marche du choléra, on ramenait au rationalisme, ce ne fut, dis-je, qu'alors que j'osai l'employer ; et les résultats ayant répondu à mes espérances, ils m'ont conduit à la conviction que, de tous les moyens que j'ai mis et vu mettre en œuvre, il est le meilleur. M. Fallot, conduit sans doute par ses souvenirs de 1832, veut vous détourner du moyen que je propose, et bien que d'autres aient dit avant moi que les malades qui ont des vomissements abondants sont ceux qui guérissent le plus souvent, et malgré des ouvertures de cadavres qui prouvent que les poumons sont bien loin d'être le siége d'une congestion, mon honorable adversaire s'écrie : « Prenez garde aux congestions sus-diaphragmatiques! » Je lui réponds : « Il n'y a rien à craindre; considérez les phénomènes physiologiques du vomissement, et vous y trouverez toutes les circonstances propres à combattre le choléra cyanique et favorables au développement de la réaction. »

Je répéterai donc ce que j'ai dit : Si j'aime l'ipécacuanha, j'aime aussi la saignée dans le choléra, quand elle est possible.

A ce que j'ai dit concernant l'homœopathie, M. Carlier a répondu, en se posant en victime, que l'homœopathie soulevait mon indignation, que j'appelais sur elle la malédiction, que je la vouais au mépris, comme une pratique impuissante, absurde ; que je provoquais contre elle, non un jugement, non un examen consciencieux, mais une interdiction!!... M. Carlier a parfaitement compris les sentiments qui m'animent, et j'espère vous démontrer que ces sentiments sont la conséquence d'un jugement réfléchi, consciencieux.

Tout a été dit, tout a été fait expérimentalement pour démontrer l'inanité de l'homœopathie.

Il me serait facile de vous démontrer que la prétention de demander des juges et des expériences cliniques est inadmissible : cent fois le jugement a été porté, cent fois les expériences cliniques ont été faites, et toujours, et unanimement, l'impuissance de cette prétendue doctrine a été constatée.

Est-il besoin de rapporter les expériences officielles et non officielles qui ont été faites en Europe? Vous les connaissez. Je me contenterai de vous rappeler les expériences officielles faites à Naples, les épreuves d'un expérimentateur dont personne ne suspectera la bonne foi, de M. Andral, et enfin les opinions émises dans le sein de l'Académie royale de médecine de Paris.

Il est résulté du traitement homœopathique fait pendant quarante jours sous les yeux de la commission nommée par le roi de Naples, que ce traitement a été de nul effet, et qu'il a eu le grave inconvénient, pour certains malades, de retarder l'emploi des remèdes qui pouvaient les guérir.

En 1835, l'Académie de médecine de Paris s'est longuement occupée de l'homœopathie ; toutes les sommités médicales sont descendues dans l'arène et ont franchement exprimé leur opinion.

Est-il nécessaire de recueillir de nouvelles preuves? Les livres en sont pleins, elles abondent partout! Ce serait reproduire la plaidoirie qui a amené le verdict porté et par l'universalité des médecins et par tous les hommes sensés.

J'aborde un autre point aussi obscur que M. Varlez a voulu élucider.

M. Varlez prétend que la vie est un principe indépendant de l'organisation. M. Fallot, au contraire, est d'avis que la vie n'est que le résultat de l'organisation. Nous n'examinerons point ces deux propositions qui toutes deux sont appuyées sur de graves autorités, parce que si l'on parvenait à la démonstration de l'une ou de l'autre, il n'en résulterait pas comme conséquence nécessaire que des décillioniémes de grains ou de gouttes soient des moyens thérapeutiques actifs capables de guérir les maladies.

Toutefois, nous nous permettrons de préférer une opinion plus modeste, plus en rapport avec nos facultés humaines et avec les moyens d'investigation dont nous disposons. Avant de l'exposer, je dois déclarer que dans cette discussion, l'âme, être immatériel, propre à l'homme seul, est parfaitement séparée et distinguée du principe vital. Cela satisfait toutes les susceptibilités.

Nous ne connaissons les causes premières de rien. Les causes premières sont placées à tout jamais au delà de notre intelligence. Qu'est-ce qu'une cause pour nous? C'est un fait qui en précède un autre, qui parait l'avoir occasionné. Supposez que nous soyons parvenus à découvrir un fait précurseur des faits d'attraction, ce sera pour nous la cause de l'attraction. Mais nous demanderons alors la cause de ce fait précurseur, la *cause* de la *cause*, et nous remonterons ainsi sans jamais rien saisir. Telle est la tournure de notre esprit. Or comment ont procédé les génies qui ont fixé la philosophie des sciences? Une fois parvenus au dernier fait expérimental pour un ordre de phénomènes, ils ont placé là un synonyme de *force* ou de *cause;* mais ils n'ont point remonté au delà, à moins que l'expérience ne les y autorisât. Ne soyons pas plus audacieux qu'ils ne l'ont été, imitons plutôt leur circonspection. A quels *faits principes* arrivons-nous pour les êtres vivants? A des faits de sensibilité, de contractilité, de formation organique. Ces faits ressemblent-ils à ceux d'attraction, de calorique, d'électricité, d'affinité chimique, tels que nous les connaissons? Non. Or, comme nous ne jugeons des forces que par les effets, jusqu'à plus ample informé nous sommes autorisés à dire que nous ne savons pas le premier mot des causes, et qu'il ne nous est pas donné de les comprendre.

Ce serait par trop abuser de votre bienveillante attention, messieurs, que de répondre à des assertions qui doivent vous donner la mesure de la foi qu'il faut accorder à certaine statistique d'homœopathe. Sur un relevé de 500,000 cholériques, l'allopathie, dit-on, en a perdu en moyenne 50 sur 100, et l'homœopathie seulement 10!!

Et c'est devant vous, messieurs, que l'on a osé tenir un tel langage! Perdrons-nous notre temps à réfuter de pareils mensonges?

L'honorable M. Carlier, pour réfuter ce que j'ai eu l'honneur de vous exposer relativement à un des phénomènes du choléra, ne trouve rien de mieux à faire que de vous parler de toute autre chose que de ma communication ; et, pour rendre sa tâche plus facile encore, il me prête des assertions qui seraient absurdes, pour ne pas dire plus, mais qui, heureusement pour mon bon sens, sont une pure création de son imagination. Cela est tellement vrai que je le défie de trouver dans ma communication un seul mot qui puisse conduire même à l'apparence de ce qu'il prétend y trouver ; et je suis persuadé que quiconque voudra se donner la peine de la lire, sera convaincu que son argumentation ne me concerne point : voyez t. VII, p. 374 et 375 du BULLETIN, où je dis que ma communication n'a d'autre but que celui de vous parler de la succession des symptômes ; qu'il

(1) GAZETTE MÉDICALE, voir les nos 25, 26, 27 et 28.

résulte non-seulement de nos observations, mais de celles très-nombreuses recueillies par des praticiens de Liége, qu'assez souvent la cyanose est survenue d'emblée et sans qu'il y ait eu avant la cessation du pouls, ni vomissements, ni diarrhées, etc. Voilà, messieurs, le fait que j'ai cru assez important dans l'histoire du choléra pour appeler votre attention et provoquer la discussion. Qui a jamais pensé à contester que le choléra présente plusieurs périodes distinctes, que l'on peut négliger les premières périodes sans courir de grands dangers? Qui a pu contester que les évacuations cholériques sont spéciales à cette affection et de la plus haute importance? Où ai-je dit que le *principiis obsta* devait être abandonné? Qui a jamais pu méconnaître que la diarrhée, les coliques, la diminution de l'appétit, la dyspepsie et la sensibilité au froid en temps de choléra, ne puissent en être les symptômes précurseurs? Qui pourrait dire qu'ils ne sont pas, dans bien des cas, le commencement du choléra? Qui pourrait être assez imprudent pour négliger un pareil état? Où ai-je dit que la cyanose est un symptôme primitif dans tous les cas? La cyanose primitive, c'est-à-dire non précédée d'évacuations, fait que la plupart des praticiens ont rencontré ici et dans tous les pays, ne s'observe sans doute que comme exception. Mais ce fait exceptionnel a une grande valeur, et j'en ai conclu que la cyanose n'était point, comme on le disait, le résultat des évacuations spoliant le sujet, puisqu'elle pouvait survenir sans en avoir été précédée. Peut-on de là dire que je fais consister tout le choléra dans la cyanose?

L'honorable M. Carlier s'écrie : « La cyanose n'arrête pas les évacuations, » comme l'a dit M. Lombard. » Qu'il veuille donc bien indiquer où j'ai avancé cette proposition.

Mais c'est surtout contre les guérisons spontanées possibles dans toutes les périodes de l'affection que s'est élevé M. Carlier. Les faits de choléra confirmé, guéris sans le secours de l'art, l'importunent, et, ne pouvant les nier, car outre que depuis le jour où j'ai eu l'honneur de signaler le fait ici, des médecins étudiant le choléra dans d'autres royaumes ont affirmé qu'ils avaient vu guérir spontanément des choléras confirmés, et dix praticiens ici l'attesteront au besoin; ne pouvant le nier, dis-je, qu'est-ce que M. Carlier m'en fait conclure? L'absurde, messieurs, car il a dit : « Quel est l'homme qui oserait rester les bras croisés devant l'algidité cyanique? » Il est fastidieux de devoir à chaque instant réfuter des propositions qui ne nous appartiennent point, qui sont en dehors des questions que j'ai soumises à votre discussion, et qui doivent vous démontrer que l'honorable M. Carlier n'a sans doute pas lu ma communication.

« C'est la réaction et non pas les évacuations qui provoquent les sueurs et l'action du cœur, » a dit M. Carlier.

Sans admettre que toute espèce d'évacuation provoque les sueurs et l'action du cœur, on ne peut nier que sous l'influence des vomissements provoqués ou spontanés, mais fréquents, le pouls ne reparaisse, la chaleur ne renaisse, la sueur ne s'établisse, et cela dans le plus grand nombre des cas. C'est là notre pensée. M. Carlier voudrait-il nous expliquer la sienne, lorsqu'il dit : « C'est la réaction qui provoque les sueurs et l'action du cœur? » la réaction serait-elle autre chose pour lui que le retour du pouls, de la chaleur et des sueurs?

Ce serait allonger la discussion que de suivre pas à pas, pour les nier, les propositions contenues dans l'argumentation de M. Carlier. Vous pourrez vous assurer qu'elles n'ont aucun trait à ma communication.

Mais, puisque nous venons de parler des évacuations, je crois nécessaire d'en dire quelque chose.

Ce que j'ai dit du danger des évacuations rares à la période cyanique, ne m'aveugle pas à ce point de méconnaître qu'il est des cas aussi très-graves dans lesquels les évacuations alvines sont, à cette période, grandes et fréquentes; mais alors, le plus souvent, elles ont déjà, par leur abondance, épuisé le malade avant le choléra confirmé, et compromis son existence. Ces cas viennent-ils infirmer nos conclusions et tombent-ils en dehors de la théorie?

Je le répète, il est incontestable que, d'une part, à la période cyanique, l'absence d'évacuations ou leur suppression brusque annonce un grand danger; que, d'une autre part, des évacuations excessives, ayant de longtemps précédé la seconde période de la maladie, constituent également une circonstance aggravante.

Nous remarquons d'abord cette différence entre ces deux ordres de faits : que la mort est beaucoup plus rapide dans les premiers que dans les seconds; que dans ceux-ci, ce n'est que l'extrême abondance des évacuations qui constitue le danger, puisqu'il existe une troisième catégorie de faits tenant le milieu entre ces deux premières, et constituée pour les cas où les évacuations sont assez abondantes pour éliminer le poison et pas trop copieuses pour tuer les malades.

Personne ne niera qu'au point de vue où nous nous plaçons, cette division soit la simple expression des faits et non une création de l'esprit.

Voyons maintenant si l'on peut expliquer la différence de la marche et du danger de la maladie dans ces trois catégories.

Dans le premier cas, l'agent délétère, quel qu'il soit, a sidéré la vie; elle est détruite sans qu'elle puisse opérer aucun effort pour rejeter le poison. Dans le troisième, la nature s'épuise en efforts inutiles pour arriver à ce but : tout le poison n'est pas éliminé et il tue, ou bien, chose possible encore, le malade, resté au milieu du foyer épidémique, continue à s'en imprégner.

Dans la seconde catégorie, les évacuations suffisent pour éliminer le poison, et elles ne sont pas assez grandes pour épuiser le sujet.

Sans doute, nous ne vous livrons ces réflexions que comme expliquant des faits bien observés. Nous partons de l'idée, admise par presque tous les médecins, qu'il existe dans le choléra un principe délétère; nous trouverons dans les empoisonnements ordinaires des données qui viendront à notre aide; car c'est le plus souvent alors par des flux gastro-intestinaux que la nature se débarrasse de l'agent délétère, quand la mort n'en est pas l'effet immédiat.

Il est inutile que je vous rapporte des cas d'empoisonnement où la nature s'est débarrassée du poison par des évacuations par haut et par bas. Ces faits sont trop nombreux et par trop connus.

Mais puisque je regarde les déjections cholériques comme un des plus puissants moyens d'expulser de l'économie l'agent délétère qui tend à la détruire, on me demandera comment il se fait que, dans certains cas, la profusion des évacuations puisse contribuer beaucoup à la perte du malade, tandis que, d'une autre part, je pose, comme l'expression des faits, que ce sont les malades qui ont eu des évacuations assez abondantes qui ont fourni le plus grand nombre de guérisons.

Tout me semble dépendre du degré de l'empoisonnement : à un haut degré, les choses se passent comme on le voit dans le choléra sec, le malade succombe; à un degré moindre, comme dans le cas de notre troisième catégorie, le danger est encore extrême; et à un degré faible, comme dans les cas à évacuations modérées ou seconde catégorie.

Mais dans le cas d'évacuations profuses, peut-on croire que la mort soit le résultat de leur abondance? Celle-ci n'est-elle pas plutôt la mesure de la dose des matières délétères, trop petite pour tuer sur-le-champ, trop grande pour pouvoir être éliminée sans épuiser l'économie?

Nous comprenons les évacuations comme des efforts critiques, bien différents cependant de certains phénomènes de cette nature que l'on voit quelquefois survenir. Ainsi, chez un sujet pléthorique, on voit parfois l'épistaxis enlever la pléthore et guérir. Dans les mêmes circonstances, le même phénomène donne lieu à une si grande effusion de sang qu'elle jette le malade dans l'épuisement, et que la mort en serait le résultat si l'art ne possédait des moyens d'arrêter l'hémorrhagie. L'effort salutaire peut donc devenir la cause de la perte du malade. Et notez que dans ce cas, cependant, ce n'est pas un poison qui circule dans le sang. Dans le choléra, au contraire, un poison existe, et il peut n'avoir été que très-peu éliminé, malgré de grandes évacuations. Il tue alors, mais plus lentement et plus rarement que dans les cas où il y a eu absence complète d'évacuations.

Est-il nécessaire, messieurs, de répondre à M. Varlez, lorsqu'il prétend que je décline l'efficacité d'un *traitement quelconque* dans le choléra? N'ai-je point affirmé combien était grande ma confiance dans l'ipécacuanha lorsqu'il produit le vomissement? M. Carlier a dit quelque part que je voulais que l'on donnâ ce médicament toujours et toujours jusqu'à ce que le malade guérisse ou succombe. Je me contenterai, pour réfuter cette énormité, de faire appel au BULLETIN de vos séances.

M. Carlier veut en outre que l'ipécacuanha n'ait d'action que par des propriétés spécifiques, et soutient qu'il agirait plus efficacement administré à doses qui ne provoqueraient pas le vomissement. Vous comprenez aisément l'influence du principe qui inspire M. Carlier. Mais moi je puis affirmer que dans tous les cas, malheureusement fréquents, où des doses répétées d'ipécacuanha n'ont pu amener le vomissement, les malades ont succombé, et au besoin j'invoquerais les témoignages nombreux des médecins qui ont ici suivi cette pratique. S'il était entré dans le plan de ma communication d'établir le traitement du choléra, j'aurais examiné tous les moyens employés durant notre épidémie; et alors je n'aurais pas manqué de rappeler, ce que d'ailleurs vous savez tous comme moi, que l'ipécacuanha a été préconisé partout durant la première invasion du choléra-morbus.

Il serait superflu d'insister davantage sur l'efficacité de l'ipécacuanha dans le choléra, et d'accumuler de nouvelles citations. Ce luxe d'érudition serait trop facile, aujourd'hui surtout que les journaux de Paris, et notamment la GAZETTE MÉDICALE, contiennent une série d'observations dans lesquelles ce médicament a toujours amené des réactions modérées, mais suffisantes et exemptes en général de cet état typhoïde, comme parsemé de phlegmasies intermittentes et de mauvais caractère, qui emportent tant de malades dans la période de réaction, ainsi que le font judicieusement observer MM. Trousseau et Pidoux.

Il me reste à répondre à l'accusation d'avoir voulu trancher la question par voie officielle; je crois pouvoir vous démontrer qu'au point de vue légal, l'homœopathie doit être interdite, et que cette prétention n'a rien d'inconstitutionnel, rien d'arbitraire, qu'elle est tout à fait humanitaire. J'aborde ce terrain, en vous soumettant des considérations d'un ordre plus relevé, en traitant la question de l'homœopathie sous le point de vue légal, sous le point de vue de l'intérêt et des nécessités sociales.

L'homœopathie est une vérité, ou elle est un mensonge.

Si c'est une vérité, elle doit être entourée de nos respects, protégée par l'autorité et publiquement enseignée dans nos universités.

Si c'est au contraire un mensonge, elle doit être proscrite ignominieusement, et le public doit être mis en garde contre l'inanité de ses effets.

Quelques mots suffiront pour justifier ce dilemme et élucider les propositions qui le composent.

L'homœopathie, timide d'abord, bientôt arrogante, plus modeste et plus insidieuse aujourd'hui, s'est présentée pour prendre rang parmi les doctrines médicales.

Les uns assurent que c'est un corps de doctrine saisissable à l'esprit, et que si la science théorique ne s'en est pas encore officiellement emparée sous le rapport de l'enseignement public, la science des faits l'a consacrée par de nombreux succès.

Les autres n'en parlent que comme d'une pure abstraction, d'un songe creux, d'une véritable chimère... Ils disent que si l'homœopathie ne se produisait qu'à l'état inoffensif d'une simple abstraction, il n'y aurait pas lieu de s'en préoccuper. Mais ils ajoutent que si les croyants la font pénétrer dans le domaine de l'application pratique, il est indispensable d'interroger la doctrine, de

la soumettre comme toutes les théories avouées de l'art médical, à une épreuve scientifique, en un mot, de la forcer à produire ses titres de légitimation dans le cadre de l'enseignement public.

Au milieu de ce débat, quel devrait être le rôle de l'administration, si déjà les épreuves n'avaient été tentées dans tant d'endroits, dans tant de pays?

Sa mission est bien simple; je vais le démontrer.

Le gouvernement fait enseigner la médecine. La loi a voulu que cet enseignement fût complet : elle a indiqué les grandes divisions de la science; elle a pris l'art médical dans l'état où le progrès scientifique le révèle au monde savant; elle a dû laisser à l'avenir le soin d'étendre le cercle des études suivant les découvertes à faire, les expériences à constater.

La loi veut aussi que le médecin soit éclairé sur le choix des agents à l'aide desquels la théorie est appelée à opérer sur le corps humain. Des cours de pharmacologie et de thérapeutique sont établis; il est créé une pharmacopée officielle.

Il y a donc là un ensemble de matières dans lesquelles les disciples de la science doivent se mouvoir, en dehors desquelles la société ne cherche pas les garanties de capacité, et ne saurait en trouver.

Est-ce à dire que le médecin ne puisse pas chercher en dehors de la science enseignée, des doctrines, des moyens de guérir, et les mettre en pratique?

Non, sans doute; car ce serait consacrer l'immobilité de la science.

Mais que doit faire l'administration lorsqu'une théorie nouvelle paraît?

La raison indique assez qu'il faut d'abord la laisser se produire librement, pourvu qu'elle arrive dans la société sous le patronage d'hommes qui sont investis d'un diplôme de capacité présumée, ou qui offrent des garanties convenables. Puis si la théorie progresse, si enfin elle tend à se généraliser dans le monde médical, alors il devient nécessaire que les dépositaires des garanties scientifiques s'en préoccupent à leur tour, qu'ils interrogent la doctrine nouvelle, et si elle résiste à un examen sérieux, qu'ils en recommandent l'étude au gouvernement.

Le devoir de l'administration est de soumettre cette doctrine à l'épreuve de l'enseignement public.

Si elle n'est qu'une mystification, on ne saurait trop se hâter d'en délivrer le monde, en ouvrant les yeux aux crédules, en démasquant les fourbes.

Si c'est une doctrine sérieuse, il faut l'examiner par le secours de la science, la soumettre à une étude approfondie. Ainsi le veut l'intérêt de l'humanité.

Le gouvernement doit intervenir dans l'un et l'autre cas, et pour que son intervention se justifie, il doit ouvrir une discussion solennelle qui fasse justice en discernant le vrai du faux.

La discussion qui est entamée aura ce résultat, j'en ai la conviction.

Je crois donc accomplir un devoir d'humanité et de justice en vous proposant de décider :

1° Si l'homœopathie est une vérité ou un mensonge;

2° Si les traitements qu'elle prescrit sont susceptibles d'actions curatives;

3° Et, subsidiairement, s'il n'y a pas crime de lèse-humanité de se fier à ces traitements dans les affections aiguës graves, dans les maladies épidémiques, et dans tous les cas où l'art a besoin d'intervenir pour seconder les efforts de la nature.

M. le président : L'Académie sera sans doute d'avis de statuer sur la prise en considération de la proposition de M. Lombard lorsque la question du choléra sera épuisée? (Adhésion.)

M. de Hemptinne démontre par un exemple que les calculs qui ont été faits pour démontrer l'énormité de la masse de liquide qu'il faudrait pour les dilutions élevées, dont M. Lombard vient de parler, sont sérieux et exacts.

Il résulte de ces calculs qu'en prenant le gramme pour l'unité, la surface de tout notre système planétaire, recouverte d'une couche de liquide de 1,000 mètres de hauteur, ne suffirait pas pour étendre ce gramme de substance médicamenteuse à la trentième dilution.

M. Fallot : Avant d'entrer dans la discussion, déterminons-en exactement le terrain. Il n'y a que ce seul moyen de l'empêcher de s'égarer.

Je ne reconnais comme homœopathes que les seuls sectateurs de la doctrine de Hahnemann telle qu'elle est formulée dans son Organon de l'art de guérir. Ceux qui s'en écarteraient seraient des sectaires, car ils attenteraient à cette unité de foi, dont les fidèles sont si fiers et qui seule a pu donner à l'homœopathie quelque relief, quelque durée. C'est donc sur le terrain de l'Organon que doit se fixer le débat; c'est là qu'il doit se vider. Si mon honorable contradicteur a fait des modifications à la doctrine de son maître, qu'il nous les fasse connaître et nous les discuterons. Mais je ne sache pas que jusqu'ici il en ait fait.

Les instants qui me sont accordés ne me permettant pas de traiter à fond la question de l'homœopathie, j'examinerai seulement quelques points fondamentaux de la pathogénie, de la thérapeutique et de la pharmacologie.

Selon les homœopathes, vous le savez, il n'y a pas de maladies, il n'y a que des individus malades, et en cela ils ont raison; cependant ils traitent de la maladie abstractivement et la définissent alors une altération dynamique de la force vitale, ou une aberration dynamique que notre vie spirituelle éprouve dans sa manière de sentir et d'agir, c'est-à-dire des changements immatériels dans notre manière d'être.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien il est bizarre, à côté de cette spiritualité, de cette immatérialité des maladies, de leur voir assigner un siége, de les voir transporter d'un organe sur un autre, de l'intérieur à l'extérieur et *vice versâ*; il me semble, à moi, qui ne suis pas initié aux mystères homœopathiques, qu'il y a contradiction dans les termes. Mais je n'insisterai pas sur cet ordre d'idées, aucune réponse n'ayant été faite aux objections déjà présentées.

Quelques mots sur la thérapeutique.

Les homœopathes font consister toutes les maladies dans un groupe de symptômes. Les symptômes ne sont pas, comme pour nous, l'expression d'une souffrance organique, traduite par l'altération de sa fonction; c'est la maladie elle-même, toute la maladie; d'où semble devoir résulter qu'à chaque apparition ou disparition d'un symptôme la maladie change, sinon de dénomination, au moins d'essence. C'est sans doute pourquoi le médecin homœopathe parvient à guérir en peu d'heures un nombre quelquefois considérable de maladies. Remarquez en passant que l'homœopathe ne fait aucune distinction entre les symptômes principaux et secondaires, essentiels et adventitiels.

Mais il n'est pas vrai que les maladies ne consistent que dans les symptômes saisissables aux sens. Plusieurs états maladifs, et les plus graves, les tubercules, la syphilis persistent et minent le corps sans manifester leur existence par des symptômes apparents.

Cela n'est pas vrai dans la doctrine homœopathique même. Certes, à ses yeux, la gale est une maladie grave, la plus grave sans doute, véritable boîte de Pandore, car c'est elle qui est la cause de presque toutes les affections chroniques, et cependant elle traverse souvent une série de générations, passe à travers des millions d'organismes humains (pour me servir de l'expression de Hahnemann) sans manifester sa présence par aucun signe.

Il y a plus, la médecine énantiopathique fait disparaître, suivant les homœopathes, les symptômes d'une maladie, mais en opérant ainsi, elle l'aggrave plutôt que de la guérir. Or, si la disparition des symptômes équivalait à une guérison, l'odieuse, l'épouvantable médecine antipathique serait en état de guérir, ce qui ferait crouler l'homœopathie.

Le dogme hahnemanien est donc essentiellement faux, et cependant il sert de base à la thérapeutique. En effet les maladies ne peuvent, dit l'homœopathie, être ramenées à la santé, but de toute véritable guérison, qu'au moyen de la faculté inhérente aux substances médicinales, de provoquer des symptômes morbides semblables à ceux de l'affection naturelle : quand tous les symptômes sont guéris, la maladie est guérie. Eh! qu'adviendra-t-il alors de ces maladies chroniques, souvent, au dire de Hahnemann, imperceptibles à leur début et n'ayant par conséquent pas de symptômes?

Quant à la pharmacologie, principal objet de l'étude de l'homœopathe, il lui manque, comme à tout le reste, une base scientifique; elle s'appuie sur des faits incomplets et mal interprétés.

Vous le savez déjà, messieurs, toute l'étude pharmacologique homœopathique consiste dans la découverte d'une substance qui détermine sur l'homme sain des phénomènes semblables ou analogues à ceux dont un état maladif est accompagné, et dont, à ce titre, il est le spécifique. Si maintenant vous voulez bien vous rappeler que l'effet d'un modificateur quelconque appliqué à l'économie varie d'un individu à l'autre, et chez le même d'un âge à l'autre, d'un instant à l'autre, suivant une foule de circonstances, vous verrez de suite comment cette base de la pharmacologie hahnemanienne est instable. Si vous voulez bien vous rappeler ensuite qu'une condition nécessaire de tout état pathologique, c'est, pour les homœopathes comme pour nous, une déviation de la sensibilité et de l'irritabilité normales, vous comprendrez ce qu'il y a d'illogique, d'irrationnel à transporter à l'individu malade les résultats obtenus sur l'homme bien portant, à conclure de ce qu'on a observé chez l'homme bien portant à ce qui doit advenir chez l'homme malade.

Cependant la généralisation de la formule *similia similibus*, dont, savant distingué, Hahnemann ne pouvait pas s'attribuer la découverte, ne suffisait pas à son ambition, il lui fallait du nouveau; c'est ce qui lui fit tourner les regards vers les quantités infinitésimales, et l'influence que le frottement exerce sur l'exaltation de la puissance médicinale des substances naturelles, découverte qu'à bon droit il revendique pour lui. Jetons-y un coup d'œil rapide.

On est frappé d'abord d'une immense contradiction. Tandis qu'ici les grandes doses sont proscrites, parce qu'à côté de leur puissance de guérir les maladies analogues, elles ont l'inconvénient de créer des maladies médicinales qu'il faut un certain effort de l'organisme pour dompter, quand, au contraire, les doses plus petites épuisent toute leur puissance dans la guérison de la maladie, ce qui implique de toute nécessité plus d'énergie dans les grandes que dans les petites; là plus les doses sont petites, plus elles ont de vertu.

Le frottement exercé à la manière homœopathique exalte, dit Hahnemann, la force pure d'un médicament à l'infini. Il est incompréhensible comment un homme du mérite de Hahneman ait jamais pu être à ce point dupe de son imagination; que lui, physicien et chimiste habile, ait perdu de vue cette éternelle loi de la nature par laquelle des opérations physiques et chimiques ne peuvent changer que les propriétés physiques et chimiques des corps. Tout dans cette partie de son travail est logomachie et confusion. Qu'il eût dit que par la division on pouvait accroître l'activité connue des substances (on sait, en effet, que la force des affinités augmente, jusqu'à une certaine mesure, en raison de celle de l'affaiblissement de la cohésion); que leur odeur acquérait plus d'intensité, leur couleur plus de vivacité, leur saveur plus de pénétration, et qu'à ce titre leur emploi sous cette forme était préférable; mais prétendre que l'action d'une substance médicinale est dynamique ou vitale, que c'est une force pure que le frottement, exercé à la manière homœopathique, peut exalter jusqu'à l'infini, c'est mettre le roman à la place de l'histoire, l'erreur à celle de la vérité et le jeu d'une imagination malade aux résultats de l'observation.

Prétendre que les forces dynamiques augmentent en raison de la diminution de la masse des corps, c'est s'inscrire en faux contre les leçons de l'expérience journalière.

On reproche à l'allopathie la divergence des opinions de ceux qui la professent. Mais s'est-on bien compris soi-même avant de formuler ce reproche? S'est-on bien rendu compte de sa signification? Ne s'aperçoit-on pas que c'est à la

marche nécessaire de l'esprit humain, à cette tendance irrésistible au progrès, que le Créateur a mise au cœur de l'homme, comme la seule et vraie voie qui mène au perfectionnement, que va l'accusation ? Toutes les sciences progressent autour de nous, et la médecine qui leur est si étroitement unie resterait seule stationnaire ; cela n'est pas possible. Condamner l'esprit humain à l'immobilité, c'est méconnaître sa nature, c'est en nier l'existence. Pas plus que toute autre science, la médecine ne peut arriver tout d'abord et de prime saut à la perfection. Mais elle y tend, et s'enrichissant de toutes les conquêtes, que font autour d'elle les sciences physiques et mathématiques, les sciences morales et politiques, elle avance, mais d'un pas lent, j'en conviens. Mais ce reproche n'est pas plus physiologique que philosophique. Si l'on veut bien réfléchir un instant à la nature de la médecine, aux sources où elle puise ses matériaux, on comprendra qu'il est impossible qu'entre les hommes qui la cultivent il n'y ait pas dissentiment d'opinions. La médecine n'est pas une science exacte, susceptible d'être mathématiquement démontrée. Hahnemann, je le sais, promet une pareille certitude à ses adeptes, dès que l'expérience pure aura fait connaître un nombre suffisant de substances pour que chaque ensemble de symptômes soit couvert de leur action, comme un triangle l'est par un autre triangle ayant des angles égaux. Mais laissons là ces ambitieuses niaiseries. La médecine est une science d'observation, d'induction : la certitude s'y déduit d'un jugement s'exerçant sur des faits. Or nos jugements dérivent de notre organisation comme toutes les opérations intellectuelles. Est-il possible que sur des problèmes aussi complexes que ceux de la médecine tout le monde soit d'accord, tandis qu'il n'y a pas un seul point de politique, d'économie, de religion, d'art sur lequel on s'entende ?

Le médecin que Hahnemann appelle allopathe commence par une laborieuse étude de la structure des organes, puis se livre à celle des fonctions ; mettant ensuite ces organes en présence de leurs modificateurs, il s'assure de la mesure dans laquelle ils peuvent en supporter le contact sans que leurs fonctions se dérangent, par quels phénomènes ces dérangements s'annoncent, quelles sont les traces qu'ils laissent sur le cadavre, et puisant ses indications curatives dans la connaissance des organes troublés dans leur exercice et des causes auxquelles cette perturbation est due, il choisit parmi les agents thérapeutiques ceux auxquels son raisonnement, son expérience et celle des autres, et l'analogie lui semblent devoir faire accorder la préférence, et marche ainsi, sans en dévier, dans la voie de la science et de l'observation.

Dispensé d'études, l'homœopathe n'a besoin que d'une chose pour exercer son art, ce sont des sens bien développés, l'habitude de compter et de grouper les symptômes et une aveugle confiance à ceux qui, avant lui, ont essayé ou fait essayer les substances médicamenteuses ; ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de médecins exerçant l'homœopathie, gens de grand esprit et de vastes connaissances, mais ces connaissance sont, au point de vue de leur art, des superfétations, des qualités surérogatoires. D'un côté, un ensemble de symptômes ; de l'autre, des forces pures qui y répondent, voilà son tableau pathologique, voilà son guide près du lit des malades.

Messieurs, j'aurais voulu mettre encore l'homœopathie en présence des crises qu'elle nie absolument, des forces médicatrices de la nature dont elle fait fi, et auxquelles elle se substitue, des spécifiques et de la manière dont elle les entend, mais je craindrais, en prolongeant encore la discussion, d'abuser de votre bienveillance.

La discussion sera continuée à la prochaine séance.

La séance est levée à deux heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE; par M. HAIRION. — In-8° de 47 pages. — 1848. — Bruxelles, chez Émile Lelong et comp., rue des Minimes, 25.

La médecine belge ne cesse de payer son tribut d'études spéciales à l'ophthalmie épidémique qui désole les provinces les plus florissantes de ce royaume. Bien connue maintenant dans sa cause, son mode de propagation et son traitement, l'affection n'est cependant point vaincue, tant s'en faut. Quoiqu'elle apparaisse avec plus de bénignité et que les cas en soient notamment moins nombreux, toutes les statistiques s'accordent encore à signaler la fâcheuse persistance de ses ravages. Aussi tous les hommes marquants du pays associent-ils sans relâche leurs efforts pour rappeler à l'administration l'exécution des règlements adoptés contre l'extension du fléau, ou pour indiquer de nouvelles mesures plus efficaces.

Tel est le but du présent opuscule de M. Hairion, qu'une expérience immense a rendu juge très-compétent sur ces matières. Selon lui, les précautions sanitaires prises jusqu'ici contre l'ophthalmie de l'armée sont entièrement insuffisantes. En effet, il regarde la maladie comme contagieuse par l'intermédiaire de l'air chargé des produits de la sécrétion morbide. Aussi n'hésite-t-il pas à affirmer que des objets inertes, plongés dans un milieu chargé du principe contagieux de l'ophthalmie, peuvent s'en imprégner et devenir à leur tour un centre de contagion.

On pourrait désirer que l'auteur eût pris le soin de fournir les preuves sur lesquelles il admet une puissance si active de contagion. Scientifiquement, ce serait indispensable. Mais comme une des conséquences pratiques de ce système serait l'obligation de reblanchir et de désinfecter tous les logements où des granulés ont été réunis, nous ne voyons point d'inconvénient, bien au contraire, à laisser passer cette doctrine de contagion si subtile en faveur des avantages hygiéniques évidents qui doivent résulter de son adoption. — Parmi les faits que M. Hairion cite à l'appui, voici l'un des plus dignes de fixer l'attention. 580 militaires, tous reconnus sains par lui, vinrent, du 15 au 21 mars 1842, occuper une caserne abandonnée quelques jours auparavant par un bataillon où l'ophthalmie granuleuse avait cessé de régner depuis dix-huit mois. On leur délivra des literies qui avaient servi deux ans avant au 3e régiment de ligne qui renfermait à cette époque un grand nombre de granulés. Or, le 2 avril, 2 hommes déjà furent trouvés granulés. Le 9 on en reconnut 5 autres ; le 16, 3, et le 23, 6. On les sépara aussitôt des soldats restés sains. Le 29, M. Hairion constata 4 nouveaux cas ; en tout, 20.

Comme contre-épreuve, il a vu en 1844. 600 militaires venir habiter sans danger la même caserne, où l'on avait, cette fois, désinfecté toutes les salles et tous les objets avec des fumigations de chlore continuées pendant quarante-huit heures.

Bien entendu, en même temps qu'on pratique la désinfection, il faut s'occuper de traiter les granulations. Pour arriver, sous ce rapport, à une guérison radicale et complète, le médecin doit être bien convaincu de la réalité de ce fait, savoir : qu'une conjonctive peut recéler les germes de l'ophthalmie, sans qu'il soit possible à l'œil nu de saisir le moindre changement soit dans la texture, soit dans la fonction de cette membrane ; de telle sorte que les militaires qui ont éprouvé déjà quelques atteintes d'ophthalmie, et même ceux qui ont seulement été exposés au foyer d'infection, sont susceptibles, quoiqu'ayant en apparence la conjonctive saine, de contracter des granulations sans avoir subi l'influence d'une nouvelle contagion. — Le médecin devra aussi avoir incessamment présente à l'esprit cette pensée que l'ophthalmie granuleuse n'est plus bornée à l'armée, qu'elle s'étend de plus en plus parmi les habitants civils d'où elle revient maintenant aux militaires qui avaient autrefois été les premiers agents de la contagion.

Quant au traitement des granulés, il doit avoir un double but, d'abord de ne les laiser communiquer avec personne, de les isoler le plus possible de ceux à qui ils pourraient transmettre l'affection, puis de les guérir dans le plus bref délai, et sans les exposer à aucun des accidents qui sont la suite de la maladie ou des médications mises en usage.

Pour remplir la première indication, il y aurait deux moyens différents : on pourrait d'abord remplacer les locaux actuellement affectés à cette destination par des établissements analogues aux infirmeries régimentaires. Chaque garnison aurait son local particulier qui serait placé, comme l'hôpital militaire, sous la direction du médecin en chef de la garnison ; chaque médecin des corps y traiterait ses granulés. Ces locaux devraient être vastes, bien aérés, situés sur un terrain sec et élevé.

Mais, malgré ces avantages, un second projet paraît préférable, parce qu'il satisferait en outre au besoin de traiter également les granulés civils, à la nécessité de faire servir ces institutions à l'étude et aux progrès de la science, enfin à l'obligation sacrée de réunir pour les soins à donner le plus de lumières et la capacité médicale la mieux reconnue. — On sait, en effet, que le traitement de cette maladie exige des connaissances spéciales, et que tous les jeunes médecins n'y sont point suffisamment initiés. Il serait donc encore plus avantageux de créer des dépôts généraux placés dans les quatre villes universitaires, et organisés de manière à devenir à la fois des asiles pour les malades du dehors et des sources d'instruction pour les élèves des universités aussi bien que pour les médecins militaires.

Tout le monde sait que les attouchements avec le nitrate d'argent forment le fond de la thérapeutique de cette affection ; mais, pour beaucoup des médecins contemporains, l'habitude et la routine ont fait de cette précieuse médication une pratique banale qu'ils appliquent sans distinction de la même manière dans tous les cas, à toutes les périodes et malgré les diverses complications de l'ophthalmie ; de plus, ils s'attachent pour la plupart à cautériser aussi fortement que possible afin de détruire les granulations. M. Hairion, tout en signalant ces abus, s'efforce surtout d'indiquer la conduite à tenir. D'abord la cautérisation profonde ne convient, selon lui, que contre les granulations anciennes. Faite sur des lésions récentes, elle peut désorganiser la conjonctive, favoriser l'extension de l'inflammation aux autres membranes de l'œil.

Comme, d'autre part, la maladie est aujourd'hui le plus souvent traitée dès son début, période à laquelle les instillations de solution de nitrate d'argent suffisent parfaitement, il en résulte que l'attouchement direct avec le caustique solide devra dorénavant être réservé pour des cas exceptionnels.

Une autre considération physiologique a d'ailleurs décidé M. Hairion

(indépendamment des dangers signalés ci-dessus) à abandonner le caustique solide. Il emploie ce remède comme agent modificateur et non comme agent destructeur. En effet, ce sel possède deux actions distinctes, l'une hyposténisante, l'autre irritante et caustique. La première est dynamique, générale, et ne se manifeste qu'autant que le nitrate d'argent a été absorbé; l'autre est mécanique et locale. Or ces deux effets sont entièrement opposés l'un à l'autre : l'effet mécanique est un obstacle à la manifestation de l'effet dynamique ou hyposténisant, et *vice versâ*. — Par conséquent M. Hairion, désirant borner autant que possible le mode d'agir du médicament à sa propriété dynamique, devait donner une préférence non pas absolue, mais très-générale, au soluté sur le crayon caustique.

Des différences importantes doivent être observées dans l'application des moyens thérapeutiques, suivant que l'ophthalmie affecte la forme chronique ou aiguë. Cet exposé détaillé qui termine l'opuscule sera consulté par les praticiens avec le plus grand profit.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX A PARIS.

Dates.	Hôpitaux civils. Entrées.	Hôpitaux civils. Décès.	Hôpitaux militaires. Entrées.	Hôpitaux militaires. Décès.
7 sept.	38	30	Pour 7 jours. 13	8
8 —	34	17		
9 —	25	26		
10 —	43	20		
11 —	50	20		
12 —	20	16		
13 —	30	16		
	190	145		

EN VILLE.

1er sept.	29	5 —	50
2 —	36	6 —	47
3 —	45	7 —	36
4 —	55		

298

— Cher. — On lit dans le Journal du Loiret :

« Le choléra est en décroissance à Nérondes, mais on compte 110 décès dans une commune de 1,500 âmes. Il y a eu au moment de la crise une telle confusion dans la commune, qu'on n'a pu relever tous les morts sur les registres de l'état civil. En ce moment, presque toute la commune est émigrée. Il ne reste plus dans la ville que les médecins et les malades. Les préjugés les plus déplorables se sont en outre répandus dans la commune. Les malades se croient atteints non du choléra, mais du poison. Ils repoussent les soins et les remèdes qu'on veut leur donner. La panique est affreuse. »

Gard. — On écrit de Nîmes :

« Le choléra paraît avoir complétement cessé à Nîmes, mais il continue à sévir dans la commune de Blanzac : du 22 août, jour de l'invasion, jusqu'au 2 septembre, on avait constaté 20 cas et 8 décès. »

Charente-Inférieure. — On écrit de Rochefort :

« Le choléra continue à sévir avec intensité dans la ville ; la moyenne est de 10 cas par jour. Le bourg de Mortagne a été envahi par le fléau dans les premiers jours d'août. Le premier individu atteint a été un marin qui arrivait de Bordeaux. Deux jours après, le propriétaire de l'hôtel où était descendue la première victime du choléra est lui-même frappé et succombe. Presque en même temps, 5 cas nouveaux se présentent dans une autre maison du bourg, et quatre personnes succombent; mais on a pu constater qu'elles n'avaient eu aucun rapport avec les premières. L'état sanitaire du reste de l'arrondissement est assez satisfaisant; toutefois on y remarque un grand nombre de cholérines. »

Gironde. — On écrit de Bordeaux que le choléra est en voie de décroissance dans cette ville. Voici un tableau indiquant la mortalité jour par jour depuis le 20 août jusqu'au 4 septembre :

Le 20 août	7 décès.	Le 28 août	4 décès.
Le 21 août	3	Le 29 août	2
Le 22 août	4	Le 30 août	7
Le 23 août	6	Le 31 août	3
Le 24 août	5	Le 1er septembre	2
Le 25 août	8	Le 2 septembre	1
Le 26 août	7	Le 3 septembre	6
Le 27 août	5	Le 4 septembre	0

Côte-d'Or. — On écrit de Dijon :

« Le choléra diminue à Montbard; à Beaune, le fléau a également perdu de son intensité. »

Indre-et-Loire. — Les nouvelles qui arrivent de Tours confirment les bonnes nouvelles sur la fin de l'épidémie.

Eure-et-Loir. — On écrit de Chartres :

« Le choléra continue à sévir dans notre ville; du 1er au 30 août, nous avons eu 115 cas et 96 morts, tandis que jusqu'au 1er août, c'est-à-dire pendant les quatre premiers mois de l'épidémie, nous avons compté 140 cas et 70 décès. Les communes d'Ecrosnes et de Brou ont été également fort maltraitées. »

Loiret. — On mande d'Orléans :

« Le choléra a considérablement atténué ses ravages dans la ville; du 28 août au 5 septembre, il n'y a eu que 15 nouveaux cas et 10 décès. »

Meurthe. — Le choléra se maintient à peu près dans les mêmes limites que précédemment à Nancy. (Union méd.)

— On lit dans la Presse médicale de Bruxelles :

Voici la liste des cas de choléra depuis le 23 jusqu'au 29 août, dans nos deux hôpitaux civils :

	Hôpital Saint-Pierre. Entrées.	Décès.	Guéris.	Hôpital Saint-Jean. Entrées.	Décès.	Guéris.	Hôpital militaire. Entr.	Déc.	Guér.
23 août.	2	5	0	0	2	5	0	0	0
24 —	3	3	3	3	3	1	0	0	0
25 —	3	3	0	5	0	6	0	0	0
26 —	3	1	1	2	2	0	0	0	0
27 —	3	2	0	5	1	4	0	0	1
28 —	3	1	2	4	3	1	0	0	0
29 —	0	1	0	9	5	2	0	0	0
Totaux.	17	16	6	23	16	19	0	0	1

Nombre d'entrées dans les trois hôpitaux :

Dates.	Entrées.	Sorties.	Décès.
23 août.	2	5	7
24 —	6	4	6
25 —	8	6	3
26 —	5	1	3
27 —	8	4	3
28 —	7	3	4
29 —	9	2	6
Totaux.	45	25	32

Moyenne des entrées par jour, 10,5.

Moyenne de la mortalité sur 100 entrées.	Saint-Pierre.	Saint-Jean.	Total.
	94	57	71

A l'hôpital militaire, aucun cas ne s'est plus présenté. — Comme on le voit, il y a dans l'épidémie une diminution considérable ; chose que l'on a pu remarquer en ville aussi bien que dans les hôpitaux. La mortalité considérable que nous venons de signaler est due en grande partie à des malades entrés dans les semaines précédentes ; c'est ce que l'on remarque surtout à Saint-Pierre. Aussi voyons-nous dans cet hôpital la mortalité tomber subitement à partir du 26. Il y a encore eu, du 23 au 29, 6 cadavres déposés à Saint-Pierre et 17 à Saint-Jean. — Il y a aussi là une diminution. Espérons qu'elle sera définitive.

Voici le nombre total des malades dans les trois hôpitaux, depuis le début de l'épidémie :

Entrées.	Guéris.	Décès.	Moyenne des décès sur 100 entrées
767	259	458	50.

— Belgique. — On écrit de Dison :

« Tandis que le choléra diminue à Verviers et à Pépinster, il augmente à Dison, et chaque jour, sur une population de 7,000 âmes, il fait 4 à 5 victimes. Le nombre des malades est considérable et, chose terrible et cependant de la plus exacte vérité, plusieurs sont morts sans les secours de l'art ! — Des deux médecins que nous avons chez nous, l'un a été malade et il ne peut guère se livrer à la fatigue, de sorte que l'autre, dont la clientèle s'étend aussi aux communes environnantes, est surchargé de visites et ne peut suffire. D'un autre côté, nous ne pouvons compter sur les médecins de Verviers : ils sont suffisamment occupés chez eux. L'hospice est ouvert, mais il n'y a pas de médecin pour en surveiller le service. M. le docteur Jacquet s'est adressé à la commission médicale pour avoir un confrère ; il lui a été répondu qu'il était impossible de satisfaire à sa demande. M. le bourgmestre a écrit à l'autorité supérieure; il n'a pas encore reçu de réponse. N'est-il donc pas au moins possible de nous envoyer un médecin militaire ? »

— A Liége, l'épidémie continue à décliner; quelques quartiers en sont presque entièrement purgés. On n'ose trop s'en réjouir, car on a si souvent vu de ces relâchements insidieux du fléau suivis d'une cruelle recrudescence ! Pourvu qu'il n'en soit pas encore ainsi.

— A Tongres, la mortalité a été très-grande, mais il paraît que c'est à la suette que de nombreux malades succombent d'ailleurs très-rapidement.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CHOLÉRA. — QUESTION DE LA CONTAGION. — INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE SUR LA MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE.

Si l'on se reporte à l'état de l'opinion générale à l'époque où nous osions, les premiers, affirmer la réalité de la contagion du choléra, on ne pourra contester qu'un mouvement marqué des esprits n'ait eu lieu dans le sens de notre opinion. Alors nous étions insensés, nous interprétions les faits tout de travers, nous opposions ridiculement deux ou trois observations suspectes aux décisions de l'expérience universelle; nous allions troubler une confiance unanime, favorable aux inspirations de la charité qui n'est pas fâchée ordinairement de s'exercer sans péril. Le blâme nous venait de tous côtés. En vain nous engagions à se défier de cette prétendue expérience que n'avait pas animée et dirigée l'esprit de recherche, assez semblable à celle de ces vieux praticiens qui nient un fait nouvellement trouvé par la seule raison qu'ils ne l'ont jamais rencontré, oubliant seulement de dire qu'ils ne l'ont jamais cherché. En vain nous faisions remarquer que la nocuité bien démontrée une fois, et surtout répétée assez souvent pour échapper à la supposition du hasard, la nocuité de la communication d'une personne saine, venue d'un lieu sain, avec un cholérique, avait sa signification logique aussi bien que l'innocuité également manifeste du contact dans l'immense majorité des cas, et que le premier fait déposait en faveur de la contagion exceptionnelle aussi fort que le second en faveur de la non-contagion habituelle du choléra. En vain assurés de notre droit, nous écrivions le 2 juin : « Si la question de la contagion du choléra était une bonne fois regardée en face et scrutée avec indépendance, les anticontagionistes absolus seraient bientôt étonnés du terrain qu'ils perdraient chaque jour. » On nous répondait : Billevesées! On avait surtout contre nous un argument sans réplique. La cause épidémique expliquait tout. Si l'on prenait le choléra après avoir communiqué avec un individu malade, c'est qu'on avait été soi-même enveloppé par la cause épidémique; et il ne fallait voir assurément qu'un méandre capricieux de la cause épidémique dans ces filiations de cas exactement en rapport avec la succession des contacts, comme on l'a vu dans certaines localités. Or qu'est-il arrivé? C'est que les faits de transmissibilité, hors du cercle de l'influence épidémique, se sont multipliés à tel point qu'on ne les compte plus. Ils ont envahi jusqu'aux journaux qui s'étaient le plus chaleureusement dévoués à les contester. Ils font chaque semaine irruption dans les Académies. Là, sans doute, ils rencontrent beaucoup de faits dépêchés par l'opinion anticontagioniste, mais ils ne leur cèdent assurément ni en qualité ni en nombre, et nous ne sommes même pas éloignés de croire que, si le compte en était fait, l'avantage ne restât aux faits qui combattent pour la contagion. Nous savons bien que l'avantage du nombre est ici peu de chose, et que c'est le cas de dire : *Non numerandæ, sed perpendendæ;* mais enfin, c'est déjà un résultat assez curieux, qu'on ne prévoyait guère il y a quatre mois, et qui prouve du moins que nous n'étions pas aussi isolés qu'on voulait bien le dire dans notre petite église.

Ces différents faits, favorables ou contraires à l'opinion de la contagion, nous ne les avons pas relevés à mesure, si ce n'est dans nos *comptes rendus* des sociétés savantes, parce qu'ils seront nécessairement, et avant peu, l'objet d'une appréciation générale dans le rapport attendu sur cette question à l'Académie de médecine, et que nous aurons alors occasion de nous en expliquer amplement. Néanmoins, nous dirons aujourd'hui quelques mots de deux communications faites à la même Académie, dans la dernière séance, non pas tant pour rechercher la valeur isolée des faits particuliers qu'elles renferment, que pour déterminer le sens général des faits de même genre produits en assez grand nombre depuis quelque temps.

La première communication prétend déposer contre l'opinion de la contagion; elle est due à M. le docteur Bonnafond, chirurgien de l'hôpital militaire d'Arras. 350 hommes du génie occupaient une caserne où l'épidémie sévissait avec une grande intensité; la plupart d'entre eux avaient déjà la diarrhée, lorsqu'on ordonna l'évacuation du quartier. 150 hommes furent évacués sur la citadelle, occupée par 1,000 hommes du même régiment et un nombreux personnel sédentaire, et 200 furent dirigés sur le grand quartier, occupé par les dépôts de plusieurs autres régiments. Or, après l'arrivée de ces 350 hommes ainsi transportés en état de maladie au milieu de plus de 2,000 de leurs camarades, il ne se déclara qu'un seul cas de choléra sur les hommes de la citadelle; ce fut le lendemain de l'évacuation. Quant aux nouveaux venus de la caserne, leur état s'améliora rapidement. Voici le fait dans sa simplicité. Que dit-il? Une chose dont un contagioniste pourrait facilement faire son profit, à savoir qu'un cas de choléra s'est déclaré dans une réunion d'hommes jusque-là épargnée, le lendemain du jour où elle a été mise en contact avec des individus malades. Mais ce cas de choléra est resté isolé! Voilà l'objection sempiternelle. C'est elle qui va nous donner l'occasion de montrer comment on fausse presque toujours l'opinion contagioniste pour l'attaquer ensuite plus facilement.

Avons-nous soutenu, y a-t-il quelqu'un qui soutienne que le choléra soit toujours contagieux? Loin de là, nous avons toujours confessé qu'il ne paraissait avoir ce caractère qu'exceptionnellement. Dès lors à quoi bon entasser des exemples de choléra ou de cholérines non transmis par le contact le plus direct? De ce que, dans l'exemple précédent, le cas de choléra développé dans la citadelle, le lendemain de l'arrivée des hommes de la caserne, n'a pas été suivi d'une invasion générale, comment tirer la preuve que lui-même n'avait pas été le produit d'une transmission contagieuse? Les conditions essentielles de la transmissibilité étant inconnues, de l'aveu de tous, comment pourrait-on affirmer que l'individu attaqué n'a pas puisé sa maladie dans ces conditions-là, parce qu'il ne l'a pas ensuite transmise à d'autres? On n'a d'autre règle de jugement ici que le fait, et le fait, c'est le développement du choléra chez un individu après fréquentation de soldats malades. Pour les mêmes raisons, nous ne tenons pas du tout à ce cas isolé, et la citadelle fût restée entièrement exempte de choléra après l'évacuation de la caserne, que nous n'accorderions encore à la communication de M. Bonnafond aucune valeur contre l'opinion contagioniste. Les *diarrhées* (car il est bon de noter qu'il ne s'agissait pas d'autre chose), les diarrhées dont étaient atteints les soldats de la caserne n'étaient pas transmissibles; voilà, quant à nous, la conclusion très-simple à laquelle nous nous arrêterions. Rien là qui puisse ébranler le moins du monde les faits positifs de contagion, dont les exemples vont se multipliant depuis que l'éveil est donné à l'observation indépendante.

La seconde communication dont nous voulons parler est celle de M. le docteur Mangy, chirurgien à l'hôpital de Rhetel. Celle-ci est donnée à l'appui de l'opinion contagioniste. Il s'agit de 4 cas de choléra successivement

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Les retardataires à l'Académie. — Le médecin et le prolétaire. — Les gitanes. — Un cours à bon marché. — Incompétence. — Quinze francs de récompense pour un beau dévouement.

— Les grands de la science, qui laissent nonchalamment couler de leur plume le rapport que l'humble praticien attend comme un arrêt, ne se figurent pas assez que le travail sur lequel ils doivent prononcer a souvent coûté bien des labeurs, et que sur lui repose un espoir longtemps caressé. Le médecin de campagne passe souvent des années entières à recueillir péniblement, un à un, les faits épars qui doivent lui servir à baser son œuvre; et cette œuvre, édifiée pièce à pièce, est pour lui comme un de ces enfants auxquels on tient d'autant plus qu'on a traversé mille orages pour sauver leur frêle existence à chaque instant menacée. Juger les autres d'après soi est un défaut trop commun. Si, dans sa vaste clientèle ou dans son hôpital, on voit passer sous ses yeux, pendant un court espace, des faits assez variés pour qu'il soit permis d'en extraire en peu de temps un groupe suffisamment nourri pour servir de sujet à un travail complet, on est porté à croire que les autres n'ont pas collectionné leurs matériaux avec plus de peine. La promptitude avec laquelle on écrit, la facilité qu'on peut avoir pour distribuer et exposer son sujet, poussent à faire bon marché des sueurs qui président à un long et laborieux enfantement.

Le moi est haïssable, a dit le fabuliste; oublions-nous un peu, sortons de notre individualité, ne nous prenons pas toujours pour terme de comparaison; entrons dans le domaine d'autrui, identifions-nous un instant avec lui, souffrons de ses souffrances, assistons à ses labeurs, et nous serons beaucoup plus justes à son égard.

S'il en est dont l'intelligence grandit vite et chez qui la maturité de talent devance les années, on en rencontre aussi dont l'esprit reste toute la vie dans les langes. A ceux-ci pas de lauriers sans doute, mais des encouragements. Si, pour faire un peu, il leur en coûte autant qu'à vous pour faire beaucoup, sachez-leur gré de leurs efforts, et que votre indulgence paye leur travail.

Ce n'est point du communisme intellectuel que la *Chronique* prêche ici; elle ne demande pas égalité de salaire pour toutes les intelligences. A chacun selon ses œuvres est la seule maxime raisonnable. Mais, en bonne morale, ne faut-il pas ajouter : tendre une main secourable aux plus débiles efforts, et les encourager, afin qu'ils deviennent plus efficaces, et partant plus utiles à l'individu et à la société?

De ce préambule, quelques-uns de MM. les académiciens pourraient peut-être bien prendre une petite part, soit quand ils font leurs rapports avec un certain

développés dans l'une des salles de cet hôpital jusque-là préservé, après l'entrée de deux cholériques. Nous avons déjà eu plusieurs fois occasion de nous expliquer sur la valeur de cet ordre de faits, notamment à l'occasion de ceux qui ont été racontés à l'Académie par son honorable président. Ces faits portent toujours en eux une cause d'infirmation, parce que l'étroitesse du lieu où se sont passés les faits, jointe à l'extrême proximité du foyer épidémique, leur ouvre une explication trop facile dans l'hypothèse d'une extension pure et simple de l'influence morbide commune. La salle d'hôpital avait été jusque-là exempte de choléra : c'est vrai ; mais la ville, mais les quartiers voisins, les salles voisines peut-être, étaient envahis, et il n'est pas étonnant que l'influence épidémique ait fait un pas de plus. Voilà ce qu'on peut dire. Néanmoins, de pareils exemples, en se multipliant (et ils se multiplient beaucoup depuis quelques mois), acquièrent une valeur croissante. Le hasard ne peut pas faire bien souvent que l'entrée d'un cholérique dans une localité actuellement saine et qui va devenir tout à l'heure infectée, coïncide précisément avec l'invasion de la cause épidémique. Le hasard est bien surprenant parfois, mais il y a terme à tout. Il deviendrait surtout difficile de l'invoquer si la maladie se transmettait de lit à lit, de voisin à voisin, comme on l'a vu en effet plus d'une fois.

Nous ne signalerons que pour mémoire une lettre adressée à l'Académie par le docteur Haime, médecin en chef des prisons de Tours, et pleine de détails affligeants. Le pénitencier de Tours avait été comme oublié par l'épidémie qui sévissait depuis plus de six semaines dans la ville et commençait à décliner, quand il fut envahi à son tour avec une fureur extraordinaire. Le premier cas se déclara le vendredi 13 juillet, à quatre heures du matin, et à dix heures du soir on comptait déjà *trente-huit cholériques* sur 86 détenus. Le lendemain matin une *vingtaine* de cas s'étaient encore déclarés, et le soir de ce second jour, à onze heures, il ne restait plus que 9 ou 10 détenus que l'épidémie eût encore épargnés. Le pénitencier fut évacué dans la matinée du 15. L'invasion, dit M. Haime, eut lieu *pendant une nouvelle élévation de la température;* le vent d'est soufflait depuis deux jours avec violence. Cette observation, relative à la coïncidence de chaleurs plus grandes, est conforme à ce que nous avons dit nous-mêmes de l'influence de cette condition sur les recrudescences de l'épidémie.

CHOLÉRA-MORBUS.

De la nature et du traitement du choléra; par F.-Aug. Durand (de Lunel), médecin ordinaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

S'efforcer de déterminer quelle est la nature d'une maladie, c'est toujours s'efforcer de découvrir les bases rationnelles de son traitement; or, quant au choléra, voici, d'après l'observation simple des faits et d'après l'étude de leur corrélation, l'opinion qu'il est, ce me semble, permis de se former sur la nature de cette affection, et ce que, en conséquence de cette opinion et puis de divers tâtonnements thérapeutiques, j'ai été, pour compte, invité à faire contre ses terribles manifestations pendant les deux mois (avril et mai) que je me suis trouvé chargé d'un important service de cholériques.

§ I. — De la nature du choléra.

L'agent cholérifère paraît avoir son origine dans le delta du Gange ; c'est là du moins que se manifeste spontanément la maladie qu'il provoque. Il se propage de ce point jusqu'en France, en suivant les vallées du Gange et de la Jumnah, du Sinde, des affluents méridionaux de la mer Caspienne, du Volga, de la mer Baltique, de l'Elbe et de la mer du Nord.

Sur la route, sa force d'expansion augmente *ordinairement* dans les lieux marécageux, dans les villes, les quartiers et les habitations mal tenus ou encombrés, par la chaleur, par l'humidité et par l'état atmosphérique qui précède les orages.

Dès lors, à en juger par son origine sur des rives couvertes de marécages, par sa marche le long des vallées, par la longueur de son parcours, par son exhalation au milieu des conditions générales qui favorisent la fermentation, et enfin par la spécificité de son action, on ne peut considérer cet agent que comme un *miasme spécial*, c'est-à-dire que comme une série de molécules organiques d'une nature particulière qui, disséminées sur divers points de la surface du sol et pouvant s'en exhaler, se propagent de l'une à l'autre, surtout par l'intermédiaire de l'air, un mouvement particulier de fermentation qui leur a été primitivement imprimé en un point donné. Ainsi la première molécule fermentante de l'agent cholérique, sans doute après avoir quitté les bords fangeux du Gange dont elle est émanée, aurait rencontré, soit à la surface des terres, soit dans l'air, d'autres molécules non fermentantes de même nature qu'elle et les aurait contaminées, celles-ci, en état d'émanation, auraient à leur tour agi de la même manière à l'égard d'autres molécules non fermentantes du même genre, et ainsi de suite, selon la direction habituelle des vents et selon la nature des molécules organiques rencontrées.

Les quelques faits de contagion du choléra qui ont été observés tout récemment et à d'autres époques viennent, malgré leur caractère de particularité, complétement confirmer cette opinion sur la nature miasmatique de l'agent cholérique. Le choléra serait donc une maladie *septique*.

Il serait d'un haut intérêt de pouvoir déterminer quelle est la nature, soit animale, soit végétale, du miasme cholérique. A défaut de notions directes à ce sujet, quelques particularités analogiques ressortant de l'inspection des symptômes et des moyens de traitement peuvent, ce me semble, jeter une assez vive clarté sur la question. En effet, d'une part, c'est la diarrhée qui est d'ordinaire le premier et l'un des principaux symptômes du choléra; mais l'on sait que ce sont plutôt les agents septiques de nature animale que ceux de nature végétale qui, après avoir été absorbés, provoquent des phénomènes diarrhéiques, en prenant alors sans doute la voie intestinale pour voie d'élimination : voilà qui fait déjà soupçonner qu'il s'agit ici d'un miasme de *nature animale*. D'autre part, l'absence de frissons pendant la première période du choléra, l'absence presque complète de phénomènes intermittents pendant sa durée (1), puis, dans son traitement,

(1) J'ai observé en Algérie beaucoup de cas de choléra sporadique auxquels on a donné le nom d'accès pernicieux cholériformes; je n'en ai pas vu un seul qui se soit reproduit de manière à constituer une fièvre intermittente pernicieuse cholérique. Aussi ai-je fini par m'abstenir de donner le sulfate de quinine après la seule et courte évolution morbide qui les caractérisait.

---

laisser-aller, soit, ce qui est pis encore, quand ils ne font pas de rapport du tout.

On le croira à peine, des travaux déposés à l'Académie depuis dix ans en sont encore à attendre les honneurs d'un rapport, et le retard de deux à trois ans est chose si vulgaire, que les grands criminels académiques ne seraient jamais lapidés si on disait à leurs collègues : Que celui de vous qui est sans péché leur jette la première pierre.

A moins de circonstances exceptionnelles, on n'obtient guère de rapport avant un an ou dix-huit mois. La découverte, jeune alors, peut n'être plus à cette époque qu'une banalité surannée, et le travail qu'on n'a pas livré à l'impression, parce que la publicité frustre du rapport académique, ne trouve plus de place dans les colonnes des journaux déjà gorgées d'élucubrations sur le même sujet.

Est-ce là le désirable système d'encouragement et d'émulation dont il a été question plus haut? Non, sans doute, et, de plus, c'est le sûr moyen d'enlever à chacun l'envie de communiquer la moindre chose à l'Académie. On ne se soucie pas de confier ses enfants à une nourrice qui ne les lance dans le monde que lorsqu'ils sont déjà vieux.

Un article du règlement prescrit de rappeler tous les trois mois le nom des rapporteurs en retard; c'est là une petite réprimande, une sorte d'insertion au Moniteur, dont personne ne se souvenait plus, lorsque M. le secrétaire perpétuel a paru portant une immense liste, dont il n'a pu lire qu'un fragment dans une première séance. Chacun a eu sa part dans cette longue énumération, et si M. le secrétaire perpétuel avait suivi la même marche qu'à la distribution des prix des colléges, il eût ajouté, au nom de plus d'un académicien : *déjà une fois nommé, déjà deux fois nommé.* L'oubli était si complet chez quelques honorables membres, qu'ils juraient par tous les grands dieux n'avoir jamais été nommés parrains de l'œuvre qu'on leur reprochait de laisser moisir dans leurs cartons.

Mais ce n'est pas tout : parmi ces rapports attardés se trouvent des travaux envoyés officiellement par le ministère qui demandait l'avis de l'Académie. Les choses en étaient venues au point que l'autorité, lasse d'attendre, avait menacé *son Académie*, l'Académie instituée pour l'éclairer, de soumettre le travail à l'appréciation d'une autre société savante.

Avouez franchement que si certaines hautes paresses font désirer l'enseignement libre, pour fouetter la torpeur professorale, l'admonestation académique trimestrielle n'est pas moins urgente dans la rue de Poitiers.

— Tous les temps sont également bons pour les médecins : tel est le propos qui court journellement dans les cercles composés de gens du monde. Quand le pauvre ouvrier chôme faute de travail, quand le pinceau de l'artiste reste inoccupé parce que les riches serrent leurs écus, le médecin continue imperturbablement ses visites, car il y a toujours des malades dans tous les temps, sous tous les régimes; et la guerre, ajoute-t-on, la guerre si funeste à beaucoup, devient pour eux, aussi bien que l'épidémie, une nouvelle source de fortune.

Pendant l'épidémie, le médecin est un ouvrier qui travaille beaucoup, c'est vrai ; mais c'est un ouvrier qu'on ne paye pas. Quand la bourse du riche ne montre à l'artiste que son cou impitoyablement étranglé, elle laisse échapper un écu de moins pour le médecin; et quand celui qui vit de son travail manque

une certaine efficacité des acides — M. Lebatard (1), M. Worms (2) — et la pénible efficacité du sulfate de quinine viennent, en excluant toute idée de miasme de nature végétale, singulièrement militer en faveur de ce soupçon. Ce qui lui donne enfin une sérieuse confirmation, c'est que la dernière période du choléra, son but, le dernier résultat de son évolution, est un état typhoïde.

Le miasme cholérique répandu dans l'air peut être absorbé par toutes les voies d'absorption des éléments de ce fluide, et surtout des vapeurs aqueuses qu'il tient en suspension; mais ce miasme peut, par l'intermédiaire de l'air, se mêler aux boissons et aux aliments, et alors s'introduire dans l'économie avec ces diverses substances. Toutefois, puisqu'il est primitivement suspendu dans l'air, c'est par les voies aériennes qu'il doit s'en introduire le plus dans l'économie.

Le miasme une fois absorbé peut rencontrer dans l'organisme des molécules similaires à lui, soit faisant partie de cet organisme, soit s'y étant introduites avant leur fermentation, et peut les y contaminer comme il les aurait contaminées ailleurs. Il peut ensuite être éliminé avec elles, et dès lors il peut bien avec elles s'introduire dans un autre organisme et y produire les résultats morbides qu'il a produits dans le premier. Il ne faut donc pas s'étonner de voir le choléra quelquefois *contagieux*.

Il est d'ordinaire que, après l'absorption de l'agent cholérique, un temps d'*incubation* précède la manifestation morbide; mais on ne peut pas dire au juste quel est son *minimum*. Que l'on suppose, en effet, l'absorption d'une très-forte dose de la matière toxique par une constitution des mieux disposées, il est clair que la manifestation morbide pourra la suivre avec une très-grande rapidité.

Je passe à l'examen de cette manifestation dans ses diverses périodes.

On a admis des prodromes du choléra; en effet, dans la presque totalité des cas, comme l'a fait ressortir en 1832, en 1387 et en 1849 M. Jules Guérin (3) avec une insistance dont on appréciera plus loin l'immense utilité, dans la presque totalité des cas, dis-je, les symptômes dits de choléra sont précédés de diarrhée. Mais la diarrhée est elle-même un des symptômes du choléra, et de plus une diarrhée épidémique, non nécessairement suivie des autres symptômes de la maladie cholérique, règne pendant l'épidémie de celle-ci; il y a donc lieu de croire que la diarrhée prodromique, aussi bien que la diarrhée épidémique, qui, pendant l'épidémie de choléra, n'est pas toujours suivie des autres symptômes de cette affection, ne sont qu'un résultat de l'agent cholérique lui-même, autrement dit ne sont autre chose que le choléra à un faible degré d'intensité.

Il faut en dire autant de tout autre prodrome ou symptôme isolé du choléra, tels que les vomissements, les crampes, la cyanose, etc.

Dès lors, dans une épidémie de choléra, il ne faut pas toujours demander à cette affection absolument tous ses symptômes pour la diagnostiquer et conséquemment pour la combattre, et prévenir l'état plus grave vers lequel elle ne tend que trop souvent.

Dans le choléra confirmé, dans la *première période* dite *algide*, les premiers symptômes annoncent une affection primitive du système sanguin. En effet, ce sont les actes de sécrétion, de nutrition, d'hématose, de calorification, de nutrition, de circulation, etc., qui paraissent les premiers intéressés. Rien n'y démontre une affection primitive du système nerveux cérébro-spinal.

On a bien dit que les crampes représentaient un phénomène nerveux de la vie animale : d'où l'on a conclu que c'était l'appareil nerveux de cette vie qui était le premier intéressé dans la maladie en question. Mais n'est-ce pas là une erreur? Est-il bien vrai que les crampes appartiennent primitivement à une affection nerveuse du ressort de la vie animale? Je suis, pour compte, bien loin de le penser. Les crampes ne sont qu'un résultat spasmodique de la contractilité organique, et non point un résultat de la contractilité de relation; la preuve évidente en est qu'elles ne sont accompagnées ni de mouvement d'extension ni de mouvement de flexion. Si maintenant elles s'accompagnent de douleur, la raison en est très-facile à donner : c'est que le spasme organique violent provoque une vive compression des nerfs de la vie de relation qui se distribuent dans les muscles, mais qui, il faut bien le reconnaître, sont complétement passifs dans le phénomène.

La première manifestation symptomatique de la maladie est, dans l'immense majorité des cas, l'hypercrinie intestinale; mais cette hypercrinie donne des produits de sécrétion spéciaux, et caractérisés par des matières animales en état évident d'altération anormale. Or ceci prouverait bien qu'elle n'est que la conséquence de cette altération dans les éléments mêmes du sang, si d'ailleurs ce fait n'était déjà prouvé par son signe évident, la cyanose partielle, qui souvent arrive en même temps que l'hypercrinie, et quelquefois même la précède.

Les manifestations qui suivent l'apparition des selles sont dès lors, telles que les vomissements, une extension de l'acte d'élimination; telles que la cyanose plus ou moins étendue, un résultat patent de l'altération chimique du sang; telles que l'amaigrissement rapide, un résultat de l'altération chimique s'étendant aux autres fluides, et, du reste, aussi de l'excessive hypercrinie; telles que les crampes, un saisissement spasmodique, par suite de l'impression d'un sang altéré, des agents de la contractilité organique, avec compression douloureuse consécutive des nerfs de la vie animale; telles que l'état algide et que la suspension du pouls, le résultat de l'altération sanguine et de la sidération de l'appareil nerveux de la vie organique, qui en est la conséquence nécessaire; telles enfin que la suppression des urines, un résultat sans doute de l'hypercrinie intestinale excessive, mais aussi peut-être le résultat d'une répulsion spéciale des glandes urinaires à l'égard des éléments spécialement altérés du sang.

Ainsi, comme on le voit, il ne s'agit jusqu'ici que de l'altération sanguine et des effets directs de son influence sur le système nerveux de l'appareil sanguin.

Au milieu de tout cela, les fonctions intellectuelles restent intactes, les mouvements de la vie de relation, quoique s'affaiblissant, s'effectuent avec régularité; des selles et des vomissements très-fréquents continuent à caractériser la maladie; le cœur continue à battre sans désordre, alors que cependant le pouls s'est arrêté et que la vie organique semble vouloir fuir des extrémités. Or voici la raison de tout cela : c'est que, d'un côté, l'appareil nerveux de la vie organique est plus vivement affecté que l'appareil nerveux de la vie animale, et que, d'un autre côté, la partie du premier de ces appareils qui préside à l'hématose, aux circulations vasculaire et capil-

(1) Voy. GAZETTE MÉDICALE, n° 17, année 1849.
(2) Voy. GAZETTE MÉDICALE, n° 27, année 1849.
(3) Voy. GAZETTE MÉDICALE, année 1832, p. 150, 165, 250, 251, etc.; année 1849, p. 216, 236, 456; MÉMOIRE SUR LA CHOLÉRINE, CONSIDÉRÉE COMME PÉRIODE D'INCUBATION DU CHOLÉRA-MORBUS, avril 1837.

d'ouvrage, l'homme de l'art lui fait souvent la double charité de ses conseils et de son argent. Le petit Eldorado, que la fiction nous crée au milieu du deuil ou de la gêne publics, est donc en réalité un pur rêve de l'imagination. Le médecin rentre dans la loi commune, il souffre des misères du peuple, il jouit de ses plaisirs. C'est un ouvrier dans le champ de l'intelligence, dont la fortune est solidaire de la fortune publique, tout comme celle du prolétaire qui nourrit sa famille avec le produit de l'œuvre de ses mains.

Dans les temps de crise, ce sont les ouvriers d'art et de luxe qui ont le plus à souffrir; or — et ceci est un rapprochement de plus — il existe parmi les médecins une classe qui ressent aussi plus particulièrement les secousses éprouvées par la société; ce sont les spécialistes. Sans contredit, certains spécialistes sont aux médecins en général ce que les ouvriers d'art sont à la classe des prolétaires. Demandez aux confrères qui s'occupent d'orthopédie, d'ophthalmologie, d'urologie et de maladies des oreilles; demandez même aux quasi-confrères qui travaillent la mâchoire, si leur salon d'attente est aussi rempli chaque jour maintenant qu'autrefois, et si les clients qui le fréquentent encore ont toujours à la main billets de banque et piles d'écus. Une douloureuse négation : hélas! non! sera leur réponse.

Les sterno-cléido-mastoïdiens restent contracturés, en entraînant la tête de travers, avec accompagnement de grimace disgracieuse; les muscles vertébraux tiraillent tout à l'aise et font incurver les colonnes vertébrales; les muscles de l'œil se livrent sans empêchement à toute sorte de mouvements désordonnés, et les pieds-bots restent équins, varus ou valgus, sans qu'un bienfaisant ténotome soit appelé à couper les cordes trop tendues. Les parents pensent qu'ils trouveront à marier leurs enfants malgré cette foule d'infirmités, et de leur côté, les enfants laissent le cristallin paternel devenir de plus en plus cataracté, et se contentent d'acheter un plus large cornet acoustique et de crier plus fort à l'aïeule, qui entend de moins en moins. Les pierres font boule de neige dans la vessie, en s'agglomérant tous les sels qui passent d'aventure; les couperoses confondent leurs vilaines taches violacées sur la figure des jeunes femmes; la petite maîtresse en est réduite à ne plus avoir de vapeurs, parce que la prosaïque main conjugale se contente, sans appeler le médecin, de jeter de l'eau à la figure de madame qui s'évanouit, etc., etc.... Enfin, pour ne pas oublier nos quasi-confrères, leurs recettes mirifiques pour embaumer les dents ne font plus leur fortune, et les enseignes mobiles qui paradent à leur porte n'attirent plus grand monde chez eux.

Bon Dieu! que les temps sont rudes pour les pauvres médecins! Il en est, et des plus fiers, qui mettent un cheval de moins à leur voiture; il en est, et des plus gourmets, dont la table a perdu l'entre-mets ou le hors-d'œuvre, qui liait si bien les services en diaprant la symétrie. S'ils étaient les seuls à en souffrir, ça passerait encore; mais leurs amis en pâtissent comme eux : c'est là le pis. La fraternité y perd; car où fraternise-t-on mieux qu'en dînant bien?

Mais, en bonne philosophie, il faut, dit-on, regarder toujours au-dessous de soi : un sort pire que le sien fait voir moins dure sa propre condition. Soit; essayons de ce moyen.

Nous n'en sommes certes pas réduits au triste sort des médecins de la Catalogne, et nous espérons bien que cela n'arrivera jamais. Figurez-vous qu'à l'époque où la guerre civile désolait ces contrées, médecins, chirurgiens, bar-

laire et à la nutrition, en un mot à l'intimité de l'action sanguine, est plus affecté que les parties du même appareil qui président aux sécrétions et aux mouvements musculaires du cœur, de l'intestin, etc.; d'où il est maintenant plus qu'évident que c'est primitivement sur le système sanguin que se porte l'action de l'agent cholérique.

Toutefois, plus tard, et quand il y a un grand danger, on voit les sécrétions diminuer, les mouvements péristaltiques de l'intestin et puis les mouvements antipéristaltiques de l'estomac s'arrêter, les battements du cœur s'affaiblir, la voix s'éteindre, etc. C'est que la cause morbide a alors une plus grande intensité et que la sidération s'étend des nerfs de l'appareil sanguin au reste du système nerveux de la vie organique, puis au système du pneumo-gastrique et va incessamment terminer la maladie en éteignant le flambeau de la vie animale.

Chose des plus remarquables, on dirait en tout ceci une marche symptomatique inverse à celle de l'éthérisme qui, d'après les expériences si bien faites de M. Flourens et de M. Longet, sidère d'abord l'intelligence, puis la sensibilité, puis la motilité, et en dernier lieu l'action organique.

Contre toute affection tendant à la sidération, il s'établit une lutte de la part de l'organisme : cette lutte est en rapport avec les ressources de cet organisme, selon que l'affection actuelle les a plus ou moins respectées. Eh bien donc! s'il vient d'être dit que le choléra s'attaque au sang, puis à l'appareil nerveux des vasculaires sanguins qu'il intéresse tout d'abord profondément pour n'intéresser que plus tard, et selon une plus grande intensité de sa part, le reste de l'appereil nerveux de la vie organique, et enfin l'appareil nerveux de la vie animale : voilà certes, pour l'individu, dans le respect porté à ces dernières parties, quand il a lieu, des conditions de luttes et de réaction. Aussi, dès le début même de l'affection, y a-t-il des selles et des vomissements qui sont des actes d'élimination et les premiers effets de la lutte, des crampes qui semblent exprimer et chasser l'agent délétère des capillaires des muscles, etc., etc. ; mais, il faut le dire, quelquefois ces actes n'ont pas lieu ou cessent presque aussitôt le danger déclaré. Or il est remarquable que ces cas sont les plus graves, et cela devait être; car si la cause cholérique était des plus intenses, elle devait sidérer la partie du système nerveux qui préside aux sécrétions et aux mouvements d'expulsion, presque aussi promptement qu'elle sidère la partie de ce système qui préside aux actions sanguines, et dès lors anéantir une des plus grandes ressources que l'organisme pouvait opposer à ses atteintes. A ce degré, le choléra a toujours été mortel, et les mouvements de la vie animale, représentés surtout par les efforts musculaires de la respiration, ont été vains pour rappeler la tonicité et se sont eux-mêmes bientôt arrêtés.

Comment, d'après tout cela, caractériser l'essence du choléra dans sa première période ? Voici la formule qui semble, selon moi, le mieux ressortir des faits :

Le choléra est une altération primitive spéciale et septique du sang qui provoque d'abord la sidération des nerfs de l'appareil vasculaire sanguin, puis à un certain degré d'intensité, celle du reste de l'appareil nerveux de la vie organique et du pneumo-gastrique, et enfin de tout l'appareil nerveux de la vie animale; mais qui, d'après cette gradation, peut laisser à l'organisme des ressources de réaction en raison inverse de l'intensité et de l'étendue de la sidération provoquée.

La *période de réaction*, principalement caractérisée par le retour du pouls et de la chaleur, s'est déclarée plus ou moins rapidement, a été plus ou moins vive, et en général a été plus vive chez les bilieux que chez les sanguins et plus vive chez les sanguins que chez les lymphatiques. Son état de modération a pu en imposer dès le début de l'épidémie; mais l'expérience a bientôt démontré qu'il ne doit rien faire préjuger sur l'imminence de la période comato-typhoïde qui termine souvent la maladie.

Les vomissements et les selles peuvent persister encore assez longtemps pendant la réaction, les urines peuvent rester assez rares ou supprimées, la voix rester faible et l'abattement considérable; mais en même temps que la circulation sanguine et la calorification se rétablissent, les crampes disparaissent, la cyanose s'efface par degrés, et la langue, qui était décolorée, large et plate, rougit et devient plus épaisse et plus pointue. Toutefois, si l'on voit la conjonctive oculaire s'injecter passivement et la prostration rester stationnaire, il y a tout lieu de craindre un état plus grave.

Le mot réaction exprime convenablement le caractère et la portée de cette période. Elle consiste dans *le triomphe des ressources nerveuses mises en jeu contre les résultats de l'altération du sang et de la sidération partielle qui en a été la conséquence*. Après les abondantes éliminations dues aux selles, aux vomissements et, selon le traitement, aux sueurs, et après la réparation hématosique due aux efforts respiratoires, le sang se trouve moins impur, peut assez exciter les parois vasculaires et capillaires pour être à même de circuler de nouveau, et peut enfin ramener partout la chaleur vitale. Mais une grande quantité de fluide nerveux a été épuisée sans réparation proportionnelle, divers éléments du sang font défaut et la matière cholérique qu'il contenait n'a pas probablement été évacuée en entier : de là les grands motifs de crainte signalés plus haut, et l'imminence d'une période à la fois d'épuisement nerveux et sanguin et de continuation de la décomposition organique, autrement dit, de la période comato-typhoïde.

La *période comato-typhoïde* arrive par degrés, toujours ou presque toujours précédée de l'injection passive de la conjonctive, d'un état apyrétique, de la suppression des vomissements et de la diminution du nombre des selles. La lenteur et une certaine plénitude du pouls, la prostration, la stupeur et la somnolence la caractérisent. En dernier lieu, elle s'accompagne de sécheresse et de fuliginosité de la bouche et de l'apparition d'un mucus puriforme à l'angle interne des paupières, deux signes qui sont mauvais, mais qui ne sont pas nécessairement suivis de mort, comme l'est souvent alors, par exemple, malgré même l'emploi des laxatifs, la suppression totale des selles.

Ne voit-on pas en tout ceci la conséquence d'une altération du sang et d'un collapsus nerveux tels que le système nerveux ne répond pas mieux à l'incitation sanguine qu'à toute autre ; ici, dans les capillaires de la conjonctive, dans les veines de l'encéphale et dans le pouls radial ne donnant plus assez d'impulsion à la colonne sanguine ; là, dans l'estomac et l'intestin ayant suspendu son pouvoir d'élimination, et ailleurs dans les appareils intellectuel, sensitif et moteur, n'offrant que de l'assoupissement, de la stupeur et de l'accablement ? Ne voit-on pas enfin dans l'état de la bouche et des paupières les signes de la continuation de la décomposition organique, décomposition qui, il est vrai, faute de fièvre possible, n'est pas aussi rapide que celle qui se dénote dans les fièvres typhoïdes ordinaires, mais qui n'en est pas moins évidente, se traduisant par des phénomènes analogues ?

Des cas de période algide d'excessive gravité ont pu guérir sans être nécessairement suivis d'une période comateuse, tandis que des cas algides

---

biers, pharmaciens, ont été transformés en gardiens de bagages, en sentinelles; cela passe encore, mais on a été jusqu'à en faire des fossoyeurs.... La petite ville de Borgara, dans la province d'Albaceste, est le pays barbare où l'on a ainsi porté si rude atteinte à la dignité doctorale.

On faisait bien pis encore dernièrement dans la province de Jaën. Le docteur Pedro Gallero ayant reçu de l'alcade l'ordre d'aller visiter un blessé à Siles, trouva le curé administrant l'extrême-onction au malade. En regagnant la ville, ils tombèrent dans une bande de malfaiteurs, qui trouvèrent plaisant d'ordonner au curé d'administrer au médecin le dernier sacrement, et de percer ensuite de coups de poignard le malheureux Pedro Gallero Laissé pour mort, il en revint pourtant; mais l'alcade, presque dans le même moment, recevait des blessures dont il ne revint pas.

Si un confrère était désireux de tenter fortune à l'étranger, ce n'est certes pas en Catalogne qu'il devrait aller, mais à l'île de la Réunion, autrement dit à Bourbon, et voici pourquoi. Un négociant contait, il y a quelques jours, qu'il avait dépensé 70,000 francs pour frais de maladie de sa femme et de ses enfants. La somme est appétissante. Mais, direz-vous, la reconnaissance fait quelquefois largesse dans tous les pays du monde. Ce n'était pas ici le cas, car femme et enfants, tous sont morts. Voici le fait : nos confrères de Bourbon comptent, comme chez nous, tant par visite, tant par pansement, tant par opération ; mais ce ne sont là que les épingles : les *jours de grande inquiétude* sont d'un rapport infiniment supérieur. Quelle admirable invention que ces *jours de grande inquiétude!* On importe certainement en France bien des choses qui ne valent pas cela. Voilà une denrée coloniale qui ferait la fortune de bien des gens! C'est lucratif et en même temps fort rationnel. En effet, si on paye au médecin le temps qu'il passe chez le malade, pourquoi ne lui saurait-on pas gré des mortelles heures qu'il consume chez lui à méditer sur l'affection du sujet, et à se creuser la cervelle pour trouver le moyen de sauver son ægrotant en danger de mort? Au dîner, il mastique machinalement, et le bol alimentaire parvient à l'estomac sans avoir impressionné la muqueuse buccale, qui oublie de sentir. Si on est gourmet, c'est un grand malheur de manger ainsi, et cela vaut certainement de l'argent. Si on a épousé gentille, est-ce prudent de lui parler tout le jour de coma, de pétéchies, de selles diarrhéiques, etc.? En conscience, les risques que pareille conversation font courir valent encore de l'argent. Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer tous les inconvénients d'une *journée de grande inquiétude*. Nos confrères de Bourbon ont sagement fait en proportionnant le prix à la peine.

Allons à Bourbon; passons-y trois ou quatre années dans de mortelles inquiétudes, et nous serons sûrs de ne pas être inquiets sur nos vieux jours.

— Ce dicton emprunté à la vieille Grèce, et rapporté par Pline : *Semper aliquid novi Africam afferre* (lib. VIII, cap. XVI), ce dicton est vrai aujourd'hui comme du temps des empereurs romains. L'Afrique est décidément un pays de prodiges; c'est une heureuse contrée où les âges poétiques de la mythologie se sont perpétués jusqu'à nos jours. La mode veut que le beau monde aille faire une saison, chaque année, aux eaux des Alpes ou des Pyrénées; pourquoi n'irait-on pas aussi visiter la terre algérienne, qui promet un aliment si riche aux curiosités blasées? Ciel de Naples, chauds paysages, luxuriante verdure tropi-

de moyenne intensité ont été suivis de coma ; ce qui prouverait bien que la période comateuse n'est pas seulement le résultat de la symptomatisation des périodes antérieures, mais encore celui de leur cause, c'est-à-dire de l'agent cholérique qui a donné aux produits de son action délétère une nouvelle forme.

Des crises souvent heureuses peuvent apparaître dans son cours : ce sont des éruptions érythémateuses, des épistaxis, des parotidites, des otorrhées, etc. Or ces faits viennent singulièrement appuyer la proposition précédente.

En résumé, la période comato-typhoïde, à la fois conséquence et continuation des périodes antérieures, est un *temps d'anéantissement nerveux général, d'épuisement sanguin et de lente décomposition organique.*

La durée et la difficulté des *convalescences* ont été en général en raison de la durée et de la gravité des diverses périodes de la maladie ; mais les convalescents du choléra et même de la cholérine ont, pour la plupart, paru jouir d'une immunité à l'égard de l'affection en question, quand elle est venue particulièrement attaquer les malades non-cholériques de l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Ce fait est très-remarquable : il tend à rapprocher de plus en plus le choléra des maladies septiques dont le miasme serait de nature animale et à confirmer tout ce qui a été déjà dit dans ce mémoire.

Après la mort par le choléra, les *signes cadavériques* les plus constants ont été : une roideur cadavérique considérable se prolongeant au delà du temps ordinaire ; une teinte cyanique de la peau plus ou moins étendue et plus marquée aux mains et à la face ; une plénitude anormale des sinus et des veines de l'encéphale ; un léger affaissement du tissu pulmonaire ; des adhérences pleurales paraissant récentes, non pas dues à des fausses membranes, mais à un corps gluant interposé entre les deux feuillets pleuraux et présent même dans le tissu cellulaire sous-séreux ; une couche de mucus crémeux tapissant la surface interne des grosses bronches ; une grande flaccidité des parois du cœur et notamment des parois du côté droit ; la présence dans les deux ventricules d'un liquide noirâtre et poisseux suspendant des caillots noirs et diffluents qui ressemblaient à de la mauvaise confiture de groseille ; la présence d'un liquide noir et poisseux dans les artères ; une teinte rouge pâle nuancée d'amarante de la surface extérieure de tout le tube digestif et n'intéressant nullement la muqueuse qui, lavée, était généralement blanche ; des injections arborescentes ou pointillées de cette muqueuse, se présentant par places variées et sans siéges constants ; une psorentérie caractéristique pouvant s'étendre à toute la muqueuse intestinale, mais s'offrant plus serrée et plus constante à la fin de l'intestin grêle ; la présence dans le tube intestinal : 1° d'une matière crémeuse d'un blanc sale, semblable à de la lavure de chair et suspendant comme des fragments de pseudo-membranes ; 2° d'une matière de même couleur, mais plus épaisse et gluante, tapissant la muqueuse, l'une et l'autre matière d'une odeur fétide caractéristique, mais s'offrant bien moins abondante, colorée en jaune, moins fétide et plus claire quand les malades avaient été purgés ; enfin la vacuité de la vessie et l'application de sa paroi postérieure contre sa paroi antérieure (1).

Il est inutile, ce me semble, de faire ressortir la valeur de ces signes qui tous, ou presque tous, viennent évidemment militer en faveur des propositions que j'ai exposées plus haut. L'état anormal du sang, la plénitude extraordinaire des sinus et des veines de l'encéphale, la flaccidité des parois du cœur, l'affaissement des poumons, la présence du sang dans les artères, etc. : tout cela indique et l'altération antérieure du sang et la sidération antérieure des agents solides de la circulation sanguine. Quant aux signes fournis par le tube digestif, ils sont, pour ainsi dire, les corollaires des premiers ; ils ne sont que les résultats de la réaction sécrétoire, ici manifestée par un plus grand abord du sang en certains points de la muqueuse, là par des produits stercoraux spéciaux de la décomposition sanguine, et là enfin par un exanthème caractéristique d'une analogie frappante avec celui de la fièvre typhoïde.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Avant de résumer ces lignes, j'ai dû m'aider des observations particulières de M. Issartier, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, qui a vu plus que je n'ai vu, ayant été chargé du service spécial des autopsies dans les trois divisions de cholériques, et qui s'est acquitté de sa longue et pénible tâche avec un admirable dévouement pour la science. Je signalerai aussi le même dévouement, dans la généralité du service, de MM. les chirurgiens sous-aides Michel, Claudel et Teillet.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS DE MANGANÈSE, SOIT COMME MOYEN ADJUVANT, SOIT COMME SUCCÉDANÉ DES PRÉPARATIONS DE FER ; par J.-E. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville, etc.

La plupart des métaux ont été mis utilement à contribution par la médecine, et bon nombre d'entre eux sont, avec raison, rangés dans la catégorie des plus puissants modificateurs de l'économie animale. Toutefois la science n'est pas faite sur tous, et quelques-uns ne sont pas encore entrés dans le domaine commun de la pratique ; tel est l'or, par exemple, dont les Arabes ont les premiers introduit et recommandé l'usage ; on l'a considéré comme un des excitants les plus énergiques. Mais il s'en faut qu'il n'y ait qu'une seule et même manière de voir sur les bons effets qu'on peut retirer d'un médicament aussi actif, ni sur les circonstances dans lesquelles il convient le mieux de l'employer. D'autres métaux ont été plus favorisés : la matière médicale, en ce qui les concerne, a fait plus de progrès, et leurs diverses préparations sont mieux appréciées ; du moins s'accorde-t-on plus généralement sur leur mode d'action et sur le degré de confiance qu'ils méritent. On peut dire que cela est vrai particulièrement des préparations de fer, de mercure, d'arsenic, d'antimoine, de plomb, de zinc, d'argent, de bismuth, etc., etc. ; enfin, d'autres métaux sont à peu près complétement restés en dehors de l'arsenal pharmaceutique ; tel est le manganèse sous le rapport de la thérapeutique.

Et cependant ce métal nous semble, par ses propriétés actives, appelé à

---

cale, déserts de sable, peuples bizarres, on y trouve tout réuni, sans compter une foule d'eaux thermales plus ou moins miraculeuses.

Partez lorsque le septentrion enflera votre voile, et vous arriverez directement à cette terre enchantée ; revenez quand l'auster et le notus jasperont le ciel de nuages gris, et votre nef cinglera droit vers la France. Pour peu que votre imagination s'y prête, vous verrez Thétis jouer sur les flots, au milieu des tritons à la conque marine et des océanides aux cheveux verts, escortée de Protée, dont la vie n'est qu'un long et divertissant carnaval, au dire de la fable. Si le vent d'ouest vient à faire moutonner la mer, vous sentirez les haleines odoriférantes des îles Fortunées, et il faudrait que vous eussiez un pilote aussi inhabile que celui d'Ulysse pour aller donner dans Charybde ou Scylla.

Si la route est engageante, le but ne l'est pas moins. C'est en Algérie que les jardins des hespérides verdoyaient, au pied d'Atlas courbé sous le poids du monde, pesant sur ses robustes épaules. Dans ces bosquets, les hespérides cachaient leur virginité, convoitée par Osiris, roi d'Égypte. Non loin de là, Antée, roi de Mauritanie, bâtissait un temple avec les crânes des voyageurs qu'il avait massacrés. S'il y avait des phrénologistes de ce temps-là, quelle mine inépuisable pour eux ! Mais Hercule débarrassa le monde de ce tyran, réellement fait pour pousser à la haine de la monarchie. Les gorgones, aux mains de fer et aux cheveux de serpents, les grées, horribles femmes qui, dans leur étrange communauté, ne se servaient que d'un seul œil et d'une seule dent, furent anéanties par un autre chevalier errant, par le héros Persée. Les *satyres*, les *épigans*, es *gampharantes* de Méla, méritent bien un mot. Comment ne pas parler des *monocoles* de Pline, qui n'avaient qu'une jambe, et des *hémantopodes*, dont les pieds se terminaient en lanières et qui rampaient comme les serpents ? Strabon et Hérodote ont bien aussi leurs jolies petites fictions ; mais, pour en finir, nommons les *cynocéphales* ou hommes à tête de chien, et les *stéganopodes*, dont les pieds étaient si larges qu'en en relevant un sur leur tête, ils pouvaient se dispenser d'ombrelle et de parapluie. Franchement cela vaut bien le voyage. Ne croiriez-vous pas par hasard à la réalité de ces êtres ? Pour vous convaincre, on va s'appuyer sur les Pères de l'Église.

Le grand saint Augustin nous apprend qu'il a rencontré, en Éthiopie, des hommes qui n'avaient pas de tête et qui portaient deux gros yeux au milieu de la poitrine : *Duos grossos habebant oculos in pectore fixos.* C'est aussi en Éthiopie que le saint évêque d'Hippone a trouvé des prêtres d'une si admirable continence, qu'ils ne voyaient leur femme qu'une fois l'an, et encore, ce jour-là, s'abstenaient-ils de sacrifier aux dieux, se pensant indignes et profanes.

Dans notre siècle de positivisme, comme on dit, les reflets de la fable sont encore si brillants en Afrique, que les plus graves personnages y tournent quelquefois à la mythologie. M. le colonel du Couret, qui explore l'intérieur du pays, écrit à l'Institut pour lui communiquer la découverte qu'il a faite des *ghilânes*, race intermédiaire entre l'homme et le singe. Le portrait en est vraiment fort appétissant : tout petits, mal tournés, corps grêle, appendices filiformes, longs pieds plats, joues saillantes, presque pas de front, oreilles d'âne, nez tuberculeux, yeux microscopiques, lèvres épaisses, bouche largement fendue, mais ornée de dents à faire envie à un carnassier. Quelle race intime ! va-t-on s'écrier. Pas de précipitation ni de jugement téméraire ; c'est au contraire une race supérieure à la nôtre, car elle porte déjà les vestiges du perfectionnement dont

occuper une large place dans la matière médicale; il n'aura besoin que d'être connu pour jouer un grand rôle, car à nos yeux il réunit l'ensemble des caractères qui doivent lui assurer cette conquête : il est doué d'une vertu active ; la médication qu'il remplit est des plus souvent indiquées ; les circonstances de son emploi peuvent être nettement précisées ; il n'a aucune de ces qualités toxiques qui, en mettant le mal à côté du bien, rendent dangereux l'usage du meilleur remède. En un mot, c'est un agent énergique, d'une action facile à indiquer et à constater, d'une application largement généralisable, et sans danger dans son emploi. Il se présente comme adjuvant ou même comme succédané du fer, qui est lui-même si souvent prescrit en médecine. Enfin, il comble des lacunes que le fer ne saurait combler à lui seul, comme on va le voir.

Depuis plusieurs années, je me suis préoccupé de l'action des métaux sur l'économie; j'ai étudié avec soin les modifications qu'ils peuvent déterminer dans les altérations des fluides de l'agrégat humain ; j'ai notamment expérimenté leur vertu dans les maladies du sang, sur les colorations et décolorations du tégument dans diverses dégénérescences, et sur les principaux produits morbides qui envahissent nos organes. Déjà, en 1847, j'avais fait part à M. Buisson de mes expériences à cet égard, soit de celles qui étaient en train, soit de celles que je projetais d'exécuter successivement. Les préparations de manganèse y étaient comprises.

Quant à ce qui regarde le manganèse, j'avais observé (et tous les praticiens attentifs ont certainement fait la même remarque) qu'il est certaines chloroses, par exemple, qui résistent opiniâtrément à la médication martiale ; le fer semble avoir perdu à leur égard ses vertus spécifiques tant vantées dans ce cas, et il ne les guérit pas plus qu'il ne guérit les anémies qui se lient aux affections cancéreuses et à diverses dégénérations organiques.

Il en est une autre catégorie non moins digne de remarque : il s'agit de certaines chloroses qui, après avoir reçu des préparations martiales une modification avantageuse, s'arrêtent dans le progrès qu'elles faisaient vers la guérison, et restent stationnaires au milieu de leur amendement ; le fer paraît avoir épuisé toute son action sur elles, et il est impuissant à terminer ce qu'il avait commencé.

Enfin, il est une troisième catégorie de chloroses qui ont une marche toute différente : elles cèdent plus ou moins vite à la médication ferrugineuse, et finissent par disparaître peu à peu ; mais ce n'est que pour un temps; la cure n'est qu'apparente, et la maladie reparaît à une époque plus ou moins rapprochée du terme qu'on regardait comme une confirmation suffisante de la guérison, et cela pour le désespoir du malade et du médecin.

En présence de ces insuccès, malgré les ferrugineux donnés sous toutes les formes, il était donc logique de chercher non-seulement un adjuvant au fer, mais encore un succédané, de même que dans les cas de fièvres paludéennes contre lesquelles le quinquina échoue ou ne peut être employé, on a eu recours avec succès à la salicine, aux préparations arsenicales et autres succédanés. Le problème avait assez d'importance pour provoquer les investigations les plus difficiles et les plus variées. Et d'abord, il était évident que, dans ces cas, le fer ne pouvait pas suffisamment réparer le sang appauvri. Le fer ne manquait plus au sang ; c'était un autre élément. Il fallait un adjuvant ou un succédané pour remplir cette indication. Or le manganèse me paraissait l'agent propre à satisfaire à cette double exigence et à faire disparaître ces *desiderata*.

Toutefois, depuis l'analyse et l'isolement chimique du manganèse (1), on n'avait point encore découvert ce métal dans le sang (2) ; mais c'est des minéraux ferrugineux qu'on le tire; le fer et le manganèse se trouvent presque constamment mélangés dans leurs minerais, et les métallurgistes savent la difficulté qu'on éprouve à obtenir des sels de manganèse exempts de fer, comme des sels de fer exempts de manganèse. Or on sait aussi que les métaux qui sont d'habitude réunis dans les mêmes minerais offrent souvent entre eux beaucoup d'analogie. Il était donc rationnel, d'après ces considérations et les propriétés connues du manganèse, de chercher en lui un adjuvant ou un succédané du fer. Mes expériences étaient donc fondées sur l'analogie, et M. Buisson, que son titre de docteur ès sciences et sa position de pharmacien instruit rendaient très-compétent dans la question, donna largement son approbation aux vues que je lui développais à ce sujet. Je poursuivis donc mes recherches avec persévérance. Malheureusement je ne pouvais avoir aucun guide : il n'y a aucun éclaircissement dans le RÉPERTOIRE DES ÉTUDES MÉDICALES, publié sous la direction du docteur Bazin (de Paris), ouvrage intéressant dont on regrette que la publication ait été momentanément suspendue : ainsi, dans le TRAITÉ DE CHIMIE MÉDICALE de ce RÉPERTOIRE, par M. de Fermond, pharmacien de la Salpêtrière, il est expressément dit que les oxydes et les sels de manganèse sont inusités en médecine. Il y a plus : dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE EN 30 VOLUMES, il n'y a pas même un article consacré au manganèse. Il en est de même des autres ouvrages classiques.

Cependant mes expériences devaient rencontrer des confirmations de plus en plus probantes. Ainsi j'ai reçu il y a quelque temps, du docteur J.-D. Hannon (de Bruxelles), une brochure intitulée : ÉTUDES SUR LE MANGANÈSE; DE SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET DE L'UTILITÉ DE SA PRÉSENCE DANS LE SANG (in-8°, Bruxelles, 1849). Ce travail intéressant me frappa par les aperçus neufs et variés qu'il renferme ; tout en ôtant à mes propres recherches cet éclat qu'elles pouvaient tenir d'une question de priorité, il ajoutait beaucoup à leur valeur réelle, ce qui, en définitive, est la chose vraiment importante en médecine ; il complétait certaines parties que j'avais seulement effleurées, notamment les analyses chimiques. Ses expériences me parurent concluantes, et son ouvrage fourni de faits assez probants pour des observateurs dépourvus de prévention comme d'un septicisme exagéré. Dès lors je songeai à achever dans un but d'utilité générale ce que je n'avais pas fait pour moi-même dans une thèse où je crus un instant à mes droits de priorité. Mes idées prenaient plus de valeur, puisqu'elles étaient confirmées par l'intéressant opuscule de mon confrère belge qui se trouvait plus avancé que moi. Mais aussi peut-être son œuvre ne porterait-elle pas tous les fruits qu'on était en droit d'en attendre, si elle restait l'œuvre isolée d'un seul homme, et ne trouvait dans le contrôle d'un autre observateur la sanction et la confirmation que les esprits sages aiment à voir se grouper autour d'une découverte utile.

(1) C'est Gahn et Scheele qui découvrirent le manganèse dans un minéral nommé alors *magnesia nigra;* on l'appela d'abord *magnesium;* mais plus tard, dans la crainte que ce nom ne fût confondu avec celui de la magnésie (*magnesia*), on le nomma manganèse (*manganesium*).

(2) C'est Menghini qui a découvert le fer dans le sang, à peu près à l'époque ou Leuwenhoeck y découvrit les globules.

---

nous serons tous doués quand le règne de l'harmonie universelle planera sur le monde. Les ghilânes, au rapport de l'explorateur, qui en a vu un sujet, ont déjà 2 à 3 pouces de queue, grâce à la longueur du coccyx chez le mâle et chez la femelle. Il est fort regrettable que le colonel n'ait pas goûté l'eau de mer dans ce pays-là ; elle doit tourner à *l'aigresel* ou *limonade de mer* que nous promet Fourrier. Un médecin n'aurait pas manqué de s'informer de la santé de la lune, astre femelle phthisique, selon le phalanstère ; et un marin aurait demandé si l'on voyait déjà des anti-hippopotames et des anti-baleines traîner les embarcations sur les fleuves et sur l'Océan, toutes merveilles dont on lit l'annonce dans les livres harmoniques. Mais l'aventureux colonel ne s'est occupé que de la queue des hommes-singes.

— *Horresco referens!* A un certain concours, élémentaire il est vrai, mais que des docteurs ont pourtant affronté, un élève auquel on demandait le cathétérisme de l'urètre, a promené le bec de la sonde sur les bourses et sur le périnée, sans se douter qu'il fallait l'introduire dans le méat ; un autre, chargé d'appliquer un bandage de Scultet, a commencé par mettre les coussins sur la peau du sujet, puis les bandes par-dessus les coussins. Grande colère de quelqu'un qui a droit de remontrance, et qui s'en est pris plus encore aux professeurs qu'aux élèves ; mais aux foudres de cet orage, un professeur a tranquillement opposé la rigueur du calcul suivant :

Le gouvernement me donne 32 sous par jour pour faire un cours à 160 personnes ; ça fait, si je ne me trompe, 5 élèves à instruire pour un sou. Que diable ! je leur en donne bien à chacun pour un centime !

La *Chronique* ne sera pas assez indiscrète pour en dire davantage. Elle ajoutera seulement qu'à côté de ces ignorances radicales brillent beaucoup de sujets distingués, sortis également de l'école à un centime l'élève. Le gouvernement en a, en vérité, plus que pour son argent.

— Il n'est pas de petite chose en hygiène; tout ce qui peut contribuer à l'assainissement, fût-il minime au point de vue physique, est ennobli par sa destination. Aussi un honorable rapporteur de l'Académie a-t-il affiché un petit amour-propre, une petite susceptibilité hors de saison en déclarant la société incompétente, au sujet d'une chaise percée hydraulique sur laquelle le ministre demandait un rapport. L'appareil, destiné aux hôpitaux, semblait pouvoir réclamer sans témérité l'épithète *inodore*, ce qui n'est pas mince chose quand chaque lit de *grand malade* est flanqué d'un de ces meubles, aussi invariablement qu'un manoir féodal s'accompagne d'une tourelle ou d'un donjon. N'en déplaise à l'Académie, les moyens de désinfection sont infiniment de sa compétence, et les précautions qui préviennent l'infection le sont peut-être davantage encore. Et quand il s'agit d'établissements publics placés sous la surveillance ministérielle, le silence est presque un refus de remplir ses fonctions. L'Académie aura beau faire la difficile, elle ne peut se refuser à discuter sur les clyso-pompes et les irrigateurs, pas plus que sur les chaises percées.

Un illustre chimiste disait un jour à un voisin qui manifestait un dégoût ridicule pour je ne sais quelle substance organique : Rien n'est sale, mon cher monsieur, et rien n'est propre dans ce monde : oxygène, hydrogène, carbone et azote, un peu plus, un peu moins de chacun, voilà toute la nature animale.

Dans le monde médical et en matière d'hygiène, rien n'est bas, rien n'est infime, si quelque utilité s'y rattache.

Je désire que mon travail ait au moins ce mérite (3).

Les conclusions que m'avaient inspirées les affinités du fer et du manganèse n'étaient pas mensongères ; cette sorte de parenté qui existe entre eux en chimie à l'endroit des minerais, se retrouve aussi en physiologie à l'endroit du sang. La présence du manganèse dans le fluide sanguin paraît désormais un fait acquis à la science. L'analogie que j'ai signalée plus haut ne m'avait pas trompé ; aujourd'hui elle n'est plus seule à parler, l'analyse chimique lui a donné son puissant appui.

La découverte du manganèse dans le sang est de date récente : M. Millon a dernièrement présenté à l'Académie des sciences de Paris un travail sur le sang de l'homme, où il annonce que ce liquide contient constamment du manganèse (4), de la silice, du plomb et du cuivre (COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE, 1847). Mais comme il avait omis d'indiquer les précautions nécessaires à une analyse aussi compliquée, M. Melsens, qui a repris ces expériences, déclare contradictoirement que, sur 7 kilog. de sang humain, il lui a été impossible de trouver soit du plomb, soit du cuivre. Quant à la présence du maganèse et de la silice, M. Melsens l'accorderait volontiers s'il lui était prouvé que le chlore employé par M. Millon avait été bien lavé, et que ce gaz, étant humide, n'attaque pas le verre.

M. le docteur J.-D. Hannon, qui a repris ces analyses, a cherché à prévenir ces objections. Tous ses réactifs furent éprouvés d'avance, et il ne se servit que d'acide nitrique fumant parfaitement pur, de capsules en porcelaine ou de creusets en platine. Ni le chlore ni le verre ne furent employés par lui. Voici comment il décrit son analyse :

« Je réduisis en cendre le caillot sanguin d'une personne qui n'avait point été soumise au manganèse. Je traitai la cendre par l'acide nitrique pur, étendu d'eau distillée. Je neutralisai l'excès d'acide par du carbonate ammonique pur. Je fis passer dans la solution un courant de gaz sulfide hydrique, et je laissai reposer la liqueur pendant vingt-quatre heures. Il ne se déposa ni sulfure de cuivre ni sulfure de plomb. Je versai goutte à goutte dans le liquide une solution de succinate ammonique, et je laissai déposer tout le fer. Je filtrai la liqueur et l'évaporai à siccité. C'est dans le résidu que se trouve le manganèse.

» Pour contrôler ce résultat, je traitai d'une manière différente le sang d'une autre personne : je mêlai le sang défibriné par le battage avec deux fois son volume d'une dissolution de sulfate de soude concentrée ; le liquide jeté sur un filtre passa incolore et laissa les globules sur le filtre. Je les lavai par une solution de sulfate de soude jusqu'à ce que tout le sérum les eût abandonnés. — Pour séparer enfin le sel sodique des globules, je chauffai le filtre à une température de 100° ; ils se coagulèrent et devinrent insolubles. Je traitai alors le filtre par de l'eau bouillante ; le sulfate de soude fut entraîné, et les globules restèrent purs. — Pour connaître les métaux fixés dans les globules, je les incinérai dans une capsule en platine, et je traitai la cendre comme ci-dessus. Cette fois encore je trouvai le manganèse. » (*Loc. cit.*, p. 25.)

On voit qu'il n'est pas question ici d'analyse quantitative ; d'après l'auteur, cela n'est pas nécessaire : la différence de nuance dans la coloration du verre de borax par la totalité du résidu suffit pour constater les faits. Ainsi, en employant toujours la même quantité de cendres et de borax, plus ce dernier se colore en violet foncé sous l'action du chalumeau, plus le manganèse se retrouve en abondance dans le sang.

Il a fait la remarque que les proportions de manganèse varient considérablement. Ainsi il l'a trouvé en grande quantité dans le sang d'un homme pléthorique, etc. Chez un scrofuleux, il en a trouvé moins ; il y en avait moins encore chez un tuberculeux, chez un anémique et chez plusieurs chlorotiques.

Il résulte du travail important de M. Hannon, non-seulement qu'il existe du manganèse dans le sang humain, mais encore que les proportions en varient suivant les maladies de ce liquide. Or, comme il existe à la fois du fer et du manganèse dans notre sang, il existera aussi deux indications capitales pour l'emploi de ces substances : tantôt le fer, tantôt le manganèse s'y trouveront réduits à de trop minimes proportions ; tantôt enfin tous les deux ensemble feront défaut. Le diagnostic de ces différents états n'est point encore tracé : dans le premier cas, l'auteur indique qu'il faut employer le métal qui manque, et dans le second qu'il faut les administrer tous les deux ; mais il ne donne pas de critérium à cet égard, et ce n'est que par un tâtonnement empirique qu'il parvient à déterminer l'espèce d'anémie, et par suite l'agent thérapeutique. « Si le fer, dit-il, ne produit pas de bons effets après un mois, il faut prescrire le manganèse ; sans cela il y a danger ; car lorsque les ferrugineux ne guérissent pas le malade, ils empirent sa position. Les globules sanguins surchargés de fer ne sauront plus en absorber, et ce métal ne fera qu'obstruer les voies digestives ; c'est alors le manganèse qui manque. »

Je n'ai pas suivi la même marche. Les deux métaux existent simultanément dans le sang humain ; j'ai cru devoir en général les administrer ensemble dans mes formules. Ce mélange me paraît rationnel ; et, dans les cas difficiles, il peut rendre de grands services, comme je vais le prouver (5) ; seulement, pour rendre mes formules plus parfaites et imiter davantage le procédé de la nature elle-même, je donne un peu plus de fer que de manganèse. Citons à l'appui de ce que j'avance quelques observations cliniques.

(3) Il est rare que l'opinion d'un observateur isolé puisse faire autorité aux yeux de tous. Le lecteur est si souvent trompé par de fausses découvertes qu'il devient incrédule, et les meilleurs travaux peuvent tomber dans l'oubli par ces préventions (trop souvent justifiées) du public médical. La GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, qui a consacré un savant article à l'examen critique de la brochure de M. Hannon, conclut ainsi : « La plupart des observations de l'auteur sont trop incomplètes pour être bien probantes, et aucune d'elles n'est à l'abri d'objections sérieuses ; leur lecture ne portera la conviction dans aucun esprit sévère. » (1849, n° 6, p. 180.) Il était donc important de reprendre ces expériences en sous-œuvre au point de vue clinique pour mettre les praticiens à même de juger la question.

(4) On peut remarquer que Wurzer avait déjà en 1830 signalé le manganèse dans le résidu de la calcination du sang (GAZ. MÉD. DE STRASB., 1849, p. 177) ; peut être même pourrait-on ajouter que cette découverte remonte jusqu'à Fourcroy et Vauquelin qui ont trouvé du manganèse dans les os, car ce métal a dû passer dans le sang avant d'arriver au tissu osseux.

(5) Il est bien entendu que je ne parle point ici des cas dans lesquels on aurait constaté que le manganèse manque seul, ni de ceux où le fer donné seul aurait préalablement échoué. Je cite un exemple de cette dernière espèce, et je n'ai alors administré que le manganèse ; mais cette expérience préalable ne peut pas toujours être faite, cliniquement parlant, car parfois elle pourrait devenir dangereuse.

— La GAZETTE MÉDICALE insistait dernièrement sur la nécessité de relever l'infirmier militaire à ses propres yeux, de lui donner de l'amour et de l'estime pour ses fonctions, afin qu'il les remplisse avec zèle et dévouement.

Le ministère de la guerre ne semble pas comprendre les choses de la sorte, et paraît vouloir perpétuer leur tiédeur, en ravalant leurs fonctions, en ne faisant de l'infirmier qu'un manœuvre qui en donne pour l'argent de celui qui le paye.

Les infirmiers militaires s'étant fait remarquer par l'assiduité des soins prodigués aux cholériques, il fallait les récompenser, car, dans l'armée, tout dévouement demande récompense, qu'il s'agisse de bataille livrée à l'ennemi ou à l'épidémie.

Des gens sensés avaient proposé de faire frapper une médaille qui serait distribuée à ceux qui s'étaient surtout fait remarquer pendant le choléra. Qu'a fait le ministre ? Il a accordé 15 francs par tête, à titre de récompense ! !

« Quinze francs, disait un digne garçon en recevant cette somme, c'est pour boire une bouteille avec les amis. Cela part comme cela vient. Une médaille, au contraire, se conserve et montre à tout le village qu'on s'est bien conduit. L'infirmier n'a-t-il donc pas son honneur comme le soldat ? » Le brave hospitalier prononçait ces paroles avec une mauvaise humeur prête à éclater, et en serrant convulsivement les trois pièces de cent sous. Il eût volontiers refusé..... mais il n'en était pas même le maître, d'après les lois de la discipline militaire. Des élèves du Val-de-Grâce n'ont-ils pas été mis en retrait d'emploi pour n'avoir pas accepté des *trousses d'honneur* qu'on leur offrait au lieu de croix ?

Hélas ! les médecins seront-ils toujours les parias de l'armée, et les infirmiers militaires les infimes parmi les soldats ?

X.

—Un concours sera ouvert, le 10 décembre prochain, à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour une place de second chirurgien chef-interne, et le 17 il y en sera ouvert un autre pour huit places d'élèves internes.

— L'*Association britannique pour l'avancement des sciences* tiendra sa prochaine et dix-neuvième session à Birmingham du 13 au 18 septembre prochain. Elle se divisera en sept sections : 1° mathématique et physique ; 2° chimie et minéralogie, y compris leurs applications à l'agriculture et aux arts ; 3° géologie et géographie physique ; 4° zoologie, botanique, physiologie ; 5° ethnologie ; 6° statistique ; 7° mécanique.

— Les étrangers qui se trouvent en Californie se sont réunis pour fonder un hôpital à San-Francisco. C'est un chirurgien français, M. Laruel, qui a été placé à la tête de cet hôpital, appelé à rendre de grands services à la population émigrante.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — ANÉMIE ET CHLOROSE PAR SUITE D'HÉMORRHAGIES RÉPÉTÉES.

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, apportée à l'hôpital dans un état presque exsangue, à la suite de métrorrhagies répétées dans une lésion chronique de l'utérus. L'anémie et la chlorose étaient à leur summum; le temps pressait; je n'essayai pas isolément l'emploi exclusif du fer ou du manganèse, je les administrai ensemble pour ne pas perdre un temps précieux dans des essais inutiles. Voici l'observation dans ses détails.

ANÉMIE ET CHLOROSE PAR MÉTRORRHAGIES RÉPÉTÉES; GUÉRISON PAR LE MANGANÈSE UNI AU FER.

Obs. I. — Madame Adélaïde Giraud, âgée de 45 ans, d'un tempérament lymphatique, venant du Puy-en-Velay, fut, le 3 juin 1849, adressée à M. Pétrequin sur la recommandation de M. le docteur Valette.

Depuis près de douze ans, époque où elle fut surprise par une inondation pendant ses règles, elle n'a cessé d'éprouver des accidents utérins, et en particulier des métrorrhagies dont elle souffrit pendant sept ans. Elle vint alors à l'Hôtel-Dieu, et M. Pétrequin reconnut un polype utérin et l'opéra avec succès. Sa santé délabrée se répara, ses forces revinrent, et elle put s'en retourner guérie dans son pays.

De nouveau en 1848, elle recommença à souffrir du côté de la matrice : douleurs à l'hypogastre, hémorrhagies répétées, affaiblissement progressif, teinte pâle comme ictérique, découragement, etc. On l'envoie alors à M. Pétrequin comme atteinte d'un cancer utérin. Il reconnait une hypertrophie du col et des lèvres du museau de tanche; la matrice est très-volumineuse; les pertes sanguines se renouvellent plusieurs fois par jour. La santé de la malade est profondément ruinée; son affaiblissement est extrême; le danger est pressant. M. Pétrequin, voyant que ni les astringents ni les injections variées ne peuvent arrêter les hémorrhagies, se décide à appliquer la pâte de Canquoin pour détruire l'hypertrophie morbide du col et des lèvres. Deux applications du caustique furent faites avec succès sous ce rapport; mais les hémorrhagies s'étaient néanmoins renouvelées M. Pétrequin procéda alors à un nouvel examen, et put découvrir jusque dans la cavité même de la matrice une tumeur qu'il reconnut pour être un polype fibreux; il parvint à le faire sortir par l'ouverture agrandie du col, dont les lèvres s'étaient effacées sous l'action rongeante du caustique.

Le 6 juillet, il en pratiqua heureusement l'extirpation par excision. Il eut la précaution, pour prévenir toute hémorrhagie consécutive, de recourir au tamponnement à queue de cerf-volant; en outre il eut soin de tremper préalablement chaque bourdonnet de charpie dans une solution d'ergotine Bonjean dont il a maintes fois reconnu les propriétés hémostatiques.

Le succès de l'opération fut complet; mais il restait une anémie extrême. L'économie est épuisée par la souffrance et les hémorrhagies; les chairs sont flasques, la peau terne, sans élasticité, décolorée, avec une teinte jaune de cire. La face est jaune paille; les muqueuses des paupières, des lèvres et du nez sont pâles et réduites à l'état de tissu blanc; l'œil est terne, le pouls faible; le cœur fait entendre un bruit de souffle très-appréciable au premier temps. La malade ne pourrait marcher.

Le 12 juillet, on commence les pilules ferro-manganiques à la dose de deux par jour, à prendre chacune avant le déjeuner et le dîner. Voici la formule : 20 centigrammes de sulfate de fer et 5 de sulfate de manganèse, avec un peu de miel et de sucre, pour faire deux pilules.

Elle n'éprouva aucun malaise, et déjà, le 16, elle accusait un léger mieux, lorsqu'il survint tout à coup une diarrhée terrible avec coliques, épreintes, affaiblissement rapide, etc. (Lavement amidonné et laudanisé; quatre pilules de diascordium.)

Le 17, léger amendement. (Six pilules de diascordium.)

Le 19, moins de selles, moins de coliques. Les forces reviennent un peu.

Le 21, la diarrhée a cessé. (On continue le diascordium et les lavements laudanisés; *on n'a pas cessé les pilules ferro-manganiques.*)

Le 22, le facies s'améliore; la teinte chlorotique commence à s'effacer; les forces augmentent.

Le 25, le ventre est bien, mais la digestion est languissante. (On donne de l'eau de Saint-Galmier, qui fait beaucoup de bien.)

Le 27, les digestions vont mieux, mais l'appétit est encore faible; la bouche est pâteuse. (Infusion de petite centaurée pour le matin.)

Le 31, l'amélioration a fait beaucoup de progrès; les muqueuses commencent à se parsemer de capillaires sanguins rouges; les chairs reprennent plus de fermeté; le facies prend une teinte plus naturelle. (On remplace la centaurée par une décoction de quassia amara dont la malade se trouve bien.)

Le 6 août, elle sort de l'hôpital. Le col utérin est en bon état; plus d'hémorrhagies; l'état général est satisfaisant; la muqueuse des paupières est rosée comme celle des gencives; le facies n'est plus ictérique; le pouls est plus ample; les bruits de souffle n'existent plus; le sommeil est bon, l'appétit aussi; les digestions se font bien; le sang appauvri s'est restauré. La malade se lève tous les jours et se promène avec plaisir. Les pilules ferro-manganiques ont été administrées jusqu'à son départ; elle doit en continuer l'usage. La guérison complète ne laisse aucun doute. (Recueillie par M. Jacquemet, élève des hôpitaux de Lyon.)

Cette heureuse guérison est un exemple probant de l'efficacité des préparations de manganèse unies au fer, dans un cas fâcheux de chlorose et d'anémie. La gravité du cas et la rapidité de la cure frapperont tous les lecteurs (6). Ici le fer et le manganèse ont été combinés. Dans les deux observations qui suivent, le fer avait échoué; c'est au manganèse que revient le bénéfice du traitement.

DEUXIÈME CATÉGORIE. — CHLOROSE ET ANÉMIE COMPLIQUANT DES AFFECTIONS CANCÉREUSES.

On sait combien, dans ces cas, la médication martiale est peu efficace, et combien elle expose à des accidents d'excitation fébrile. C'est ce que nous avons pu observer sur une jeune fille atteinte d'une chlorose des plus prononcées, à la suite d'un cancer récidivé après une première tentative opératoire. Les préparations martiales (pilules de Blaud), continuées pendant deux mois, ne produisirent aucun effet heureux.

SQUIRRHE DE L'ORBITE; CHLOROSE; INSUCCÈS DU FER; GUÉRISON PAR LE MANGANÈSE.

Obs. II. — La nommée Vincent, âgée de 20 ans, de Saint-Didier au Mont-d'Or (Rhône), entre le 3 avril 1849 dans le service de M. Pétrequin; elle porte une tumeur squirrheuse dans l'orbite à droite, qui a récidivé malgré une première opération. Aujourd'hui la malade est inopérable, à la fois parce que le mal s'enfonce trop profondément dans l'orbite, et parce qu'il y a chlorose et anémie à un degré extrême. Peau mate; face pâle, de la teinte qu'offre la cire blanche très-vieille; œil terne; flaccidité des chairs; céphalalgie; trouble de la menstruation; par intervalle bruit de souffle; palpitations, essoufflement, etc. Insuccès du fer donné du 3 avril au 22 mai. On commence alors le manganèse préparé en pilules par M. Buisson, pharmacien, de la manière suivante :

M. Buisson fit dissoudre 100 grammes de protosulfate de manganèse purifié dans 500 grammes d'eau distillée légèrement sucrée, et d'autre part 115 grammes de sous-carbonate de soude cristallisé dans 500 grammes d'eau distillée également sucrée. Il opéra la double décomposition dans un vase bouché à l'émeri, laissa déposer, décanta et lava à plusieurs reprises, en laissant bien reposer chaque fois; enfin il ajouta au précipité 50 grammes de miel. On fait alors évaporer le plus promptement possible jusqu'à consistance pilulaire, et l'on prépare des pilules de 4 grains ou 20 centigrammes. M. Buisson pense que l'addition d'une petite quantité de gomme arabique produit un effet avantageux, parce que, en durcissant les pilules, elle les préserve du contact de l'air et de la peroxydation.

M. Pétrequin donna à la malade deux pilules par jour, en lui recommandant de prendre l'une au moment de déjeuner et l'autre avant le dîner. Les premiers jours, elle accuse quelques douleurs fugaces dans le ventre, ce qui n'a pas de suite.

Le 29 mai, il n'existe plus aucun malaise de ce genre; le facies commence à perdre sa teinte verdâtre, et les joues à se colorer un peu.

Le 3 juin, la malade accuse un mieux sensible.

Le 6, elle se sent plus forte; la conjonctive perd sa pâleur.

Le 10, les chairs sont moins flasques. Il n'y a plus de bruit de souffle; elle ressent un bien-être progressif en ce qui concerne la coloration des joues, l'état du cœur, la disparition de la céphalalgie, la réparation des forces, etc. Elle ne tarde pas à demander elle-même sa sortie de l'hôpital. (Recueillie par M. Jacquemet.)

Dans la troisième observation, la cure était plus difficile encore et plus inespérée, non-seulement à cause de la complication d'un carcinôme ancien, mais encore et surtout à cause de la dégénérescence morbide qui envahit tout l'organisme.

CARCINÔME DE LA PAUPIÈRE; DÉVELOPPEMENT DU SCORBUT ET DU PURPURA; INSUCCÈS DU FER; EFFICACITÉ DES PRÉPARATIONS FERRO-MANGANIQUES.

Obs. III. — Étienne Bergeron, âgé de 58 ans, journalier de Tréselie (Allier), entra à l'hôpital le 27 novembre 1848 pour un carcinôme que M. Pétrequin modifia beaucoup avec le caustique doré, mais sans pouvoir le guérir. Sous l'influence prolongée de son séjour à l'hôpital, il y eut altération profonde de son économie et appauvrissement du sang. Cet homme vivait mélancoliquement, isolé, communiquant peu avec ses voisins, faisant peu de mouvements, et ne descendant pas se promener au grand air dans les cours ombragées de l'hospice. Au printemps 1849, il se développa un scorbut des gencives et un purpura très-étendu sur les quatre membres, plus prononcé aux jambes, où l'on distinguait comme des pétéchies, des ecchymoses sous-cutanées et des infiltrations sanguines, soit celluleuses, soit intermusculaires. Il y eut des épistaxis, des hémo-

(6) A l'appui de la division en trois catégories que j'ai cru devoir établir pour les chloroses relativement au fer, je citerai les observations suivantes, empruntées au médecin belge : dans l'une, il s'agit d'une jeune fille devenue chlorotique à 18 ans, avec désordres dans la menstruation, l'innervation et la digestion; elle ne put supporter ni les pilules de Blaud ni le lactate de fer, etc. L'insuccès des ferrugineux fut complet. Des pilules de carbonate manganeux et de poudre de quina, aidées d'une potion diacodée, amenèrent rapidement une guérison complète. Dans l'autre, il est question d'une fille chlorotique avec pâleur extrême, cardiopathie, bruits de souffle, palpitations et essoufflements dans la marche, anorexie, constipation, etc., enfin œdème des pieds. Le fer resta sans effet. Des pilules de carbonate manganeux et d'extrait de quina guérirent la chlorose et ses accidents en un mois et demi. Voy. obs. II et I, *loc. cit.*)

physies, etc. La face devint terreuse, l'œil terne, l'haleine fétide, les chairs flasques, les pieds œdématiés, avec abattement, lassitude, anorexie et des mouvements fébriles irréguliers, etc. Les pilules de Bland, les toniques, les bains sulfureux, les acides, etc., avaient échoué.

Le 14 juin, M. Pétrequin commence à donner des pilules ferro-manganiques à la dose de deux par jour.

Le 23, légère amélioration. On cautérise les gencives avec un mélange de miel et d'acide hydrochlorique.

Le 25 juin, son état est bien amélioré; il reprend visiblement ses forces et un peu de couleur; les gencives ne sont plus aussi fongueuses, et la conjonctive est moins pâle. (On revient à la limonade sulfurique.)

Le 29 juin, les taches ecchymotiques s'effacent de jour en jour; il a essayé de se lever et de marcher, mais il ne le peut encore. (Frictions sur les jambes avec le baume Opodeldock.)

2 juillet. Les ecchymoses ont disparu; les chairs sont moins flasques; l'appétit revient, ainsi que la coloration de la face.

Le 7 juillet, le malade éprouve un bien-être qu'il n'avait pas ressenti depuis longtemps; il a beaucoup plus de vigueur; il se lève et se promène, et ses jambes n'enflent plus comme auparavant.

Le 12, les gencives sont bien; les couleurs sont revenues aux joues, aux lèvres et à la conjonctive; l'appétit est bon; les muscles sont plus fermes; l'appauvrissement du sang se répare de plus en plus. (On a donné quelques lavements de quina, de valériane et de têtes de pavots, et quelques bains sulfureux.)

Le 14 juillet, il sort de l'hôpital dans un état satisfaisant, et va respirer l'air de la campagne, qui achèvera sa convalescence. Il continuera pendant quelque temps l'usage des pilules ferro-manganiques. (Recueillie par M. Jacquemet.)

Au point de vue pratique, l'heureux résultat que nous avons obtenu ici est d'autant plus probant que les mêmes moyens que nous avons cru devoir employer comme adjuvants des préparations ferro-manganiques avaient d'abord été mis en usage sans aucun succès; cependant la maladie jusque-là n'avait fait qu'empirer, et le patient semblait se décomposer de plus en plus, de manière que tous les médecins et élèves qui le virent n'avaient aucun espoir de guérison. En effet, tous les praticiens savent par expérience combien sont graves et désespérées les altérations des solides et des fluides qui dépendent de l'influence combinée des affections cancéreuses et des émanations nosocomiales (7).

TROISIÈME CATÉGORIE. — CHLORO-ANÉMIE AVEC COMPLICATION DE SYPHILIS ET DE SCROFULES.

Nous arrivons à une variété de chloro-anémie dont les complications coexistantes rendent le traitement très-difficile.

INFECTION SYPHILITIQUE; DÉGÉNÉRESCENCE SCROFULEUSE; CHLORO-ANÉMIE; EFFICACITÉ DES PILULES FERRO-MANGANIQUES.

OBS. IV. — Louis Meynal, âgé de 27 ans, tailleur à Lyon, a été atteint en 1848 de chancres vénériens, et plus tard d'ulcères consécutifs d'apparence scrofuloso-syphilitique au bras et à la jambe, symptômes tertiaires développés malgré un traitement mercuriel abondant. Neuf mois après, il entre à l'hôpital, le 11 juin 1849, dans le service de M. Pétrequin. On traite ses ulcères par la tisane de saponaire et de salsepareille, les bains de vapeurs, les bains sulfureux, les pilules de Dupuytren, etc.

Le 23 juin, on remplace ces pilules par des préparations d'iodure de fer, en raison de la constitution scrofuleuse du malade.

Le 1er juillet, il offre les caractères d'un appauvrissement du sang, comme : peau flasque, d'un pâle terreux; conjonctive décolorée; faiblesse générale, au point qu'il ne peut que difficilement marcher et se promener; ulcères à bords violacés, d'un fond ardoisé, rendant une sanie séro-purulente, fétide, sans tendance à la cicatrisation. D'ailleurs point de bruit de souffle dans le cœur ni dans les carotides; allanguissement des fonctions digestives, etc. (M. Pétrequin prescrit deux pilules ferro-manganiques.)

Le 3, l'appétit semble un peu meilleur.

Le 6, l'amélioration générale est déjà sensible; les muscles sont moins faibles; il va se promener au jardin; les joues ont un aspect moins terreux, et le 8, on dirait qu'on les a nettoyées de manière à enlever une pellicule flétrie de l'épiderme. Quelques capillaires sanguins se dessinent sur la conjonctive; l'appétit s'ouvre; on augmente le régime alimentaire.

Le 10, le malade est très-content de son nouveau traitement; il se sent plus fort.

Le 15, la muqueuse des lèvres et des fosses nasales commence à devenir rosée. Le malade trouve qu'il respire avec plus de force. L'état des voies digestives est très-satisfaisant. L'efficacité des pilules est évidente. Les ulcères tendent à la cicatrisation. (On a continué quelques bains sulfureux.)

Le 18 juillet, le malade se trouve si bien qu'il demande lui-même sa sortie; il craint que le séjour prolongé de l'hôpital ne détruise à la longue les bons effets du traitement, et ne détériore de nouveau ses forces, comme cela est déjà arrivé. Le faciès est assez bon; les gencives sont rosées, les mouvements plus fermes, et les ulcères, sans être guéris, sont dans un état satisfaisant. Tout indique que le sang a été heureusement réparé. On lui donne des pilules pour achever son traitement, auquel aidera beaucoup l'air de la campagne. (Recueillie par M. Jacquemet.)

Ici, comme dans les observations précédentes, l'efficacité de la médication ferro-manganique a été prompte et manifeste, et si la cure n'a pas été complète, ce n'est qu'au défaut de temps qu'on doit l'attribuer, et la lecture de ce fait ne laissera aucun doute à cet égard dans l'esprit des lecteurs attentifs (8).

Nous ne citerons pas un plus grand nombre de faits, pour éviter des répétitions. Les *trois catégories* précédentes peuvent comprendre l'ensemble des principales circonstances qui commandent l'emploi de la médication manganique. Les observations cliniques du docteur Hannon sont confirmatives des nôtres, et *vice versâ*. Les praticiens qui suivront cette méthode viendront facilement en grossir le nombre. Aujourd'hui il s'agit donc surtout d'en bien fixer les préceptes, au point de vue des indications et des contre-indications.

La médication martiale ne laisse pas que d'offrir quelques inconvénients à côté des vertus thérapeutiques dont elle est douée; on sait que le fer détermine parfois une constipation si opiniâtre, qu'on est obligé d'en suspendre momentanément l'usage. Pour le manganèse, il n'en est pas ainsi : il n'a pas même assez d'astringence pour arrêter la diarrhée (voy. obs. I); mais il ne la détermine pas non plus, puisqu'elle a cessé chez notre malade malgré la continuation des pilules manganiques.

Le fer échoue d'ordinaire dans les chloro-anémies qui compliquent les affections cancéreuses, hépatiques, etc.; nous avons montré que, dans ces cas, les préparations manganiques jouissent d'une heureuse efficacité. (Voy. obs. II, III.)

Jusqu'ici on n'a guère réussi à utiliser convenablement les martiaux dans la chlorose des phthisiques : on s'expose à augmenter leur irritabilité, à aggraver leur état fébrile et à faire naître les accidents d'une fausse pléthore, etc. M. Hannon a rapporté une observation qui tendrait à démontrer que le manganèse n'est pas passible des mêmes reproches.

Chacun sait que les martiaux sont incompatibles avec plusieurs substances médicamenteuses, comme certains astringents, toniques et stimulants qu'on aurait souvent besoin d'administrer simultanément. Le manganèse s'accommode beaucoup mieux de ces mélanges.

Quant aux formules pharmaceutiques, les règles définitives ne sauraient être complétement établies. M. Hannon a considérablement multiplié ses préparations; j'ai cru devoir les varier beaucoup moins, afin de mieux apprécier leur effet dans mes expériences. Les cas où le manganèse devra être donné seul ne me semblent pas les plus communs; le plus souvent, comme on l'a vu, je lui ai associé le fer pour me conformer aux données de l'analyse chimique du sang, dans lequel les deux métaux se trouvent réunis. On comprend que d'ailleurs il est des circonstances pressantes où il importe de ne pas perdre un temps précieux à n'administrer isolément que le fer ou le manganèse. Ces tâtonnements pourraient alors devenir pernicieux. L'association de ces deux métaux rendra en général la guérison plus rapide et plus sûre. Cet effet a même été parfois si prompt, qu'on a d'abord peine à y croire; mais chacun pourra aisément s'en administrer la preuve.

A l'égard des proportions, c'est encore la constitution normale du sang qui m'a servi de guide; il renferme beaucoup plus de fer que de manga-

(7) M. Hannon ne cite qu'un exemple de chloro-anémie, que j'appelle *cancéreuse* : il s'agit d'une dame atteinte d'un squirrhe utérin avec teinte jaune paille, faiblesse, palpitations, souffle carotidien, œdème des pieds, etc. Le sirop de protoiodure de manganèse, uni au sirop de cochléaria, dissipa la chloro-anémie. Le cancer fut ensuite traité par la ciguë et l'opium (voy. obs. VI). Il ajoute un cas d'anémie consécutive à une phthisie chez une jeune fille dont une sœur et deux frères étaient morts phthisiques. Le fer, uni à l'opium, causa de la constipation et exaspéra la toux. Le sirop de sulfate manganeux (avec l'huile de foie de morue) amena en un mois et demi la guérison de l'anémie, guérison qui persistait encore un an après. (Voy. obs. V.)

(8) Citons en regard le fait d'un homme de 38 ans, atteint depuis plusieurs années de syphilis constitutionnelle. Malgré plusieurs traitements mercuriels, il existait des syphilides rebelles, une induration de la langue et une ophthalmie syphilitique compliquée d'iritis de même nature. L'iodure manganeux, uni au sirop de salsepareille, paraît l'avoir guéri en un mois. (*Loc. cit.*, obs. VIII.)

Parmi les chloro-anémies qu'on peut appeler *discrasiques*, nous rangerons les faits suivants : une fille scrofuleuse, de 14 ans, présente des ganglions strumeux au cou, un ulcère de la cornée, une carie de l'index droit, etc. Le sirop d'iodure manganeux, aidé d'un régime analeptique, amena une guérison complète. — Un enfant de 10 ans tomba dans la chloro-anémie, épuisé par une longue suppuration consécutive à une gangrène de la main avec complication de fracture du bras. La digestion était si imparfaite que les aliments presque intacts se retrouvaient dans les selles. Les pilules de carbonate manganeux (d'abord uni à la gentiane et à l'opium) obtinrent une guérison inespérée. — Une femme de 40 ans tomba dans l'anémie et le marasme par suite d'une mauvaise alimentation, de fatigues excessives et de veilles prolongées, etc. Le fer ne réussit pas. Le carbonate manganeux, d'abord sans effet, finit par amener la guérison au bout de deux mois. (*Loc. cit.*, voy. obs. VII, IV, III.)

nèse. J'ai donc pensé à ne donner qu'une quantité beaucoup moindre de ce dernier : je prescris une seule partie de manganèse pour quelques parties de fer. Je les ai d'abord ordonnées à l'état de sulfate ; mais j'ai remarqué quelquefois quelques légers malaises du côté de l'estomac et du ventre. Cela tenait-il à la décomposition du sel et à un dégagement d'hydrogène sulfuré ? Les expressions des malades pourraient le faire croire ; mais je n'en ai pas la démonstration chimique. Ces malaises pourraient fort bien tenir aussi à ce que le protosulfate de manganèse a un goût désagréable d'une persistance souvent fâcheuse, et que le protosulfate de fer, qui a aussi une saveur d'encre, a en outre quelque chose d'émétique (9). Aujourd'hui j'ai modifié ces pilules, et je décompose le sulfate précité à l'aide du sous-carbonate de soude, qui donne lieu à du sous carbonate de fer dont l'efficacité est généralement reconnue, et à du carbonate manganeux, qui est très-soluble dans les acides de l'estomac :

Prenez : Sulfate de fer purifié. . . . . . . 8 grammes.
Sulfate de manganèse purifié. . . 2 —
Sous-carbonate de soude purifié. 10 —
F. s. a. 80 pilules, en ajoutant un peu de miel et de gomme arabique.

C'est là une modification avantageuse à la formule des pilules de Blaud, dont la vogue exclusive doit, selon nous, bientôt céder le pas à la nouvelle combinaison (10). M. Hannon a déjà indiqué lui-même une modification analogue, et il regarde le carbonate manganeux comme une excellente préparation de manganèse, et à cet effet, il recommande l'addition du charbon végétal pour absorber l'acide carbonique qui se dégage dans la suroxydation de l'acide manganeux du carbonate, et prévenir l'altération ultérieure des pilules. Selon lui, le charbon peut dispenser du mucilage, qui augmente la dureté de ces préparations. — Mes pilules sont de 25 centigrammes. Je commence par deux par jour ; on peut pousser la dose plus loin. Je les fais prendre avant les repas pour que l'assimilation en soit plus facile et plus complète pendant le travail même de la digestion.

La forme pilulaire doit être aidée d'autres préparations. Mes premières expériences étant achevées et probantes, j'ai commencé à formuler des électuaires et des sirops de manganèse ; j'ai aussi fait incorporer ce métal dans des pastilles de chocolat, à l'instar des chocolats ferrugineux, qui rendent tant de services dans la pratique. Le dosage en est facile. Enfin j'ai été frappé du bénéfice qu'on pourrait retirer des eaux manganiques, en regard de ceux qu'on retire tous les jours des eaux ferrugineuses ; c'est une voie nouvelle d'expérimentation, fondée sur d'heureuses analogies. (Voy. note 9).

Je ne doute pas que si des observateurs habiles nous viennent en aide, les préparations de manganèse ne prennent bientôt un rang important dans la matière médicale. Qu'on ne croie point que je veuille rien ôter aux mérites du fer ; c'est une richesse de plus que j'ai voulu seulement apporter à la thérapeutique. J'ai cru d'abord avoir toute priorité sur ce sujet ; j'ai su depuis que M. Hannon a partagé la même opinion pour lui ; mais il est aujourd'hui avéré pour moi que ni l'un ni l'autre nous n'avons droit à une pareille revendication. Il est vrai, comme je l'ai prouvé en commençant, que les traités classiques n'en font pas mention ; mais néanmoins il existe déjà des travaux épars sur cette matière. Je viens de lire, dans un prospectus des eaux minérales de Cransac, les titres de plusieurs de ces travaux, sans avoir pu prendre connaissance des originaux ; je me bornerai à citer les principaux :

Docteur Jacques, JOURNAL GÉNÉRAL DE MÉDECINE.
Jadelot. — Alibert. — Pereyra.
V.-L. Bréra, PADONE. SAGGIO CLINICO.
C.-G. Gmelin, OF TUBINGEN VERSUCHE.
A. Barbet, JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE.
Docteur Thompson, CHEMISTRY OF INORGANIC BODIES.
Docteur Ure, REMARKS ON GOUT, LONDON.
Docteur Gendrin, PARIS. LETTE.

Les eaux de Cransac, commune de l'Aveyron, entre Rhodez et Villefranche, contiennent du fer et du manganèse, et l'efficacité dont elles paraissent jouir dans les anémies, la chlorose, les scrofules, la leucorrhée atonique et certaines maladies du foie et de la rate, etc., vient militer en faveur de l'idée que nous avons eue de composer artificiellement des eaux manganiques.

Ce n'est pas tout : je dois à l'un de mes élèves, M. Chavanne, interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, la connaissance d'un formulaire allemand qui renferme d'importants documents sur le manganèse dans la chlorose, l'aménorrhée, la syphilis, les ulcères vénériens de la gorge. Ce manuel a été imprimé à Leipsick en 1847, sous le titre de VADE MECUM CLINICUM. L'auteur est le docteur Johann Kovaesy ; voici quelques-unes des principales formules qui s'y trouvent :

1° Dans la chlorose :

R. P. Mangani oxydat. nativi gr. iij.
Pulver. folior. digit. purpur. gr. j.
Sacch. lactis, gr. viij.
M. s. pulv. dispenses. doses aq. no. vj β.

2° Dans l'aménorrhée :

Mangani oxyd. nigr. gr xiv.
Extr. sabinæ } ãã ℈ β
— aloes }
M. f. l. a. boli. no. vj. D S.

Cette formule est attribuée à Bréra.

3° Dans la syphilis :

Manganesii sulph. ℥ j.
Axungine porci ℥ ij.
Terantur ex arte.

Cette formule est de Kopp, comme la suivante.

4° Dans l'ulcère syphilitique de la gorge :

Muriat. Manganesii ʒ ij.
Solve in decoct. hordei ℥ vj.
Adde mucilag. gumm. arab. } ãã ℥ ij.
— melli. despuma. }

Il y a d'autres formules de Grille pour l'herpès, de Salbe pour la psore, de Kopp pour la gale, etc. ; elles prouvent que le manganèse était usité en Allemagne à notre insu. J'ai remarqué qu'il s'agit surtout de l'oxyde, puis de l'hydrochlorate, et enfin du sulfate.

Tels sont les travaux que j'ai pu connaître touchant le manganèse ; bien que je ne sois arrivé que tout récemment à cette connaissance, ils ôteront à mon propre travail le mérite de l'innovation, et quoique, à vrai dire, ils soient généralement ignorés ou peu connus en France, je m'empresse d'en faire moi-même l'aveu. Mais s'ils enlèvent à mes recherches l'attrait de la nouveauté, ils ajoutent beaucoup à la valeur thérapeutique du manganèse par l'autorité des écrivains précités. Pour moi, j'ai pris soin de recueillir les matériaux de ce mémoire, non dans ma pratique civile, où peu de personnes auraient pu les contrôler, mais dans mon service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, où les médecins qui me font l'honneur de fréquenter ma clinique ont pu les voir et les suivre comme moi avec les élèves de l'hospice. Je me suis astreint à ne pas sortir du domaine des faits, et je n'ai voulu aborder aucune théorie pour ne point entrer dans le champ des hypothèses. Il ressortira évidemment de ce qui précède que, dans certaines maladies définies du sang, on peut administrer avec avantage le manganèse seul ou l'associer au fer, et je me crois autorisé à penser que, chez les individus où l'iodure de potassium produit à la longue une espèce particulière de chloro-anémie, les préparations de manganèse, employées simultanément, pourraient efficacement les prévenir.

(9) J'ajoute une dernière considération, empruntée à l'étude des eaux minérales, touchant l'influence des sulfates sur la digestion : ainsi les eaux d'Evian (Savoie), si utiles dans certaines maladies des voies génito-urinaires, et qui contiennent des bicarbonates de chaux, de magnésie et de soude, des traces de chlorure de sodium et de l'acide carbonique libre, n'ont point de sulfate de chaux. L'inspecteur, docteur Andriez, fait à ce sujet la réflexion suivante : « Une remarque qui résulte de l'analyse des eaux d'Evian, par M. Barruel, en 1844, » c'est l'absence complète de sulfate de chaux. Cette circonstance explique pourquoi certains estomacs délicats supportent plus facilement de fortes doses de » l'eau alcaline d'Evian qu'une petite quantité de celles de Vichy, qui contiennent de ce sel, et par cela même deviennent plus pesantes, plus difficiles à » digérer. » (EAUX D'EVIAN ET D'AMPHION ; par F. Andriez, 1848, p. 15.) Ces faits ne devront pas être négligés dans la fabrication des eaux artificielles de manganèse, que je propose plus loin.

(10) Par ces paroles, je ne prétends rien enlever au mérite du fer. J'espère que le lecteur ne pourra pas s'y méprendre. La médecine est trop heureuse d'avoir à sa disposition des agents efficaces comme les ferrugineux ; mais elle ne pourra que le devenir davantage en leur trouvant soit des adjuvants, soit des succédanés pour les cas où seuls ils seraient impuissants à obtenir la cure.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

III. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril 1849 contiennent les articles originaux suivants :

1° *Note sur l'épidémie cholérique de 1849, observée à l'hôpital Saint-*

Louis; par M. Gibert. 2° *Relation d'un cas d'hystérie compliquée d'aménorrhée et d'hémoptysie, avec abstinence pendant dix-neuf mois, suivie de considérations pratiques*; par M. Ferrand de Missol. 3° *Recherches sur les anévrismes*; par M. Chassaignac. (Voir l'analyse de ce travail dans GAZ. MÉD., 1849, p. 427.) 4° *Recherches sur les causes de la phthisie pulmonaire et sur les moyens de la prévenir*; par M. Turck. (Non terminé.)

RELATION D'UN CAS D'HYSTÉRIE, COMPLIQUÉE D'AMÉNORRHÉE ET D'HÉMOPTYSIE; par le docteur FERRAND DE MISSOL.

Cette observation, remarquable sous plusieurs rapports, est si minutieusement rapportée par l'auteur, qu'elle n'occupe pas moins de quatorze pages. Nous nous bornerons à en extraire les circonstances principales.

OBS. — Une jeune fille d'une petite stature, d'un tempérament lymphatico-nerveux, avait reçu de sa mère, dès son plus bas âge, les traitements les plus durs. Forcée de se livrer pendant le jour à des occupations au-dessus de ses forces, elle passait encore au travail une grande partie de la nuit. *A l'âge de 18 ans, elle eut trois accès d'hystérie qui durèrent plus d'une heure.*

Au mois de novembre 1826, sa mère, dans un accès de colère, lui jeta à la figure un verre d'eau qu'elle tenait à la main. *Les règles, qui coulaient en ce moment, se supprimèrent.* Le lendemain, vive céphalalgie, malaise général; la malade vomit tout ce qu'elle prend. Quelques jours après, *crachements de sang*, palpitations violentes, accès convulsifs se succédant à des intervalles très-rapprochés. On applique des sangsues successivement à la vulve, à l'épigastre, sur le thorax. Il s'ensuit une légère amélioration; mais bientôt l'hémoptysie devient plus abondante, les accès d'hystérie plus fréquents, plus intenses et plus longs. On prescrit tour à tour du musc, du camphre, du castoréum, de l'assa-fœtida, des bains entiers, des bains de siége; on applique force vésicatoires; on suit pendant un mois le traitement le plus actif, après quoi la maladie est abandonnée à elle-même.

Pendant seize mois, accès d'hystérie très-fréquents et très-prolongés. Vive sensibilité à l'épigastre; impossibilité de rien garder dans l'estomac; hémoptysies abondantes; urines et selles rares, n'ayant lieu que tous les mois environ, et même quelquefois à des intervalles plus éloignés.

Le 13 mai 1828, la malade entra dans une maison de santé, et c'est là qu'elle fut visitée pour la première fois par le docteur Ferrand. Voici quel était alors l'état des choses. Figure alternativement pâle et colorée; traits exempts d'altération; corps peu amaigri; peau aride; langue rouge, sèche; toux fréquente; crachement de sang. Quand l'hémoptysie est peu abondante, le sang est vermeil; dans le cas contraire, il est noirâtre. Avant de cracher du sang, la malade accuse une douleur vive dans la trachée et une chaleur brûlante à la partie inférieure du sternum. Il lui semble à chaque instant qu'elle est près de suffoquer. Ce sentiment de suffocation s'observe principalement après les accès d'hystérie. Ceux-ci sont très-rapprochés; ils ne laissent entre eux qu'une heure, une heure et demie d'intervalle. Leur durée varie depuis quinze minutes jusqu'à deux heures et plus. Ils surviennent soudainement, au milieu d'une conversation. La malade s'interrompt, ferme les yeux, étend les bras, roidit le cou, le tronc, les membres inférieurs, fléchit vers la paume des mains le pouce qu'elle comprime fortement avec les autres doigts, et porte l'avant-bras dans la pronation. La figure devient pâle et bleuit aux environs des ailes du nez; les paupières sont rapprochées; mais il est facile de s'assurer que les globes oculaires sont dirigés en haut; la peau est froide, le pouls fréquent; des mouvements convulsifs ont lieu à l'épigastre.

C'est à cela que se borne quelquefois l'accès; mais le plus souvent les sourcils se rapprochent, le front se ride, et aussitôt : contraction violente des membres thoraciques; roideur des extrémités abdominales; mouvements convulsifs du diaphragme et des muscles abdominaux donnant lieu à des grondements dans les intestins; palpitations très-fortes; respiration courte, fréquente; grincement de dents; trismus; emprosthotonos. Par intervalles les muscles se relâchent, la malade paraît assoupie; mais bientôt de nouvelles contractions reparaissent dans tout le corps, qui ne forme plus qu'un bloc roide et immobile. Tout à coup la malade détourne la tête avec un sentiment de frayeur, et semble repousser avec les mains un objet dont la vue lui serait pénible. Elle ouvre de grands yeux, dont la pupille est si dilatée que l'iris semble avoir presque entièrement disparu. Tantôt ils sont fixes, tantôt ils roulent rapidement dans l'orbite; puis les paupières s'abaissent; une écume blanche et épaisse paraît sur les lèvres; la malade tombe dans une espèce d'assoupissement. Elle porte la main droite au creux de l'estomac et sur le sternum qu'elle comprime, fait deux ou trois inspirations saccadées, expire profondément, ouvre les yeux, et le sourire naît à l'instant même. Elle plaisante avec les personnes qui l'entourent, n'ayant aucun souvenir de son accès, se plaignant seulement d'une chaleur extrême, d'un sentiment de brisure dans tout le corps, de fortes palpitations, de beaucoup d'oppression et de céphalalgie.

Dans l'intervalle des accès, il existe une vive sensibilité à l'épigastre et dans la région hypogastrique; le ventre est météorisé et volumineux. *La malade a souvent la sensation d'une boule qui monterait de la région utérine à la gorge.* Toute la colonne vertébrale est sensible. Très-fréquemment frissons; bouffées de chaleur inégalement répandue, très-intense dans le côté droit, parfois inappréciable à gauche. La malade ne peut prendre aucune boisson sans la rejeter aussitôt; le plus souvent même elle ne peut avaler, par suite de l'état spasmodique de l'œsophage. Fatiguée de vomir perpétuellement, elle se contente de s'humecter la bouche avec de l'eau fraîche et de la tisane.

Tel est le tableau que présentait la malade à son entrée dans la maison de santé, et qu'elle continua de présenter, sauf les différences de degré liées à une amélioration progressive, jusqu'à l'époque où l'on put la considérer comme guérie, c'est-à-dire jusque vers le mois d'octobre. Notons seulement que, dans les derniers temps de la maladie, les accès, qui ne revenaient plus qu'à des intervalles très-éloignés, changèrent de caractère. Ils débutaient alors par un besoin de bâiller que la malade ne pouvait satisfaire; elle était assise sur son lit, la mâchoire inférieure abaissée et fortement appliquée contre le sternum. Souvent un peu d'eau froide, aromatisée avec l'eau de fleurs d'oranger, mettait un terme à ce spasme, et après quelques larmes et quelques bâillements faciles, tout rentrait dans l'ordre; mais quelquefois à ces demi-bâillements se joignaient une gêne horrible de la respiration, une constriction des plus vives à la gorge. La malade s'agitait, se roulait sur son lit et perdait connaissance. Des accès de rire alternaient avec les signes d'un violent désespoir.

Nous avons dit que cette malade avait fini par guérir. En effet, quand elle quitta la maison de santé, après cinq mois de séjour, il y avait un mois qu'elle n'avait eu d'accès, six semaines qu'elle n'avait craché de sang, et les règles avaient reparu plusieurs fois. De plus, elle avait repris de l'embonpoint et de belles couleurs. Sous l'influence de quel traitement a eu lieu un si heureux résultat? C'est là un des côtés les plus intéressants de l'observation.

L'effet du traitement est ici facile à apprécier, car un seul moyen avait été mis en usage avant les premiers indices d'amélioration : la saignée du bras. Nous ne parlons pas d'une application de dix sangsues à la vulve faite au début et sans avantage marqué. Une première saignée de deux palettes est pratiquée le 19 mai. Un accès, mais faible, a lieu une demi-heure après et est suivi de huit heures de calme, intervalle considérable, puisque auparavant les accès se succédaient à peu près d'heure en heure. Le 22, une hémoptysie abondante ayant eu lieu, la face étant colorée, le pouls dur et fréquent, nouvelle saignée, cette fois de trois palettes, suivie d'une syncope. En recouvrant les sens, la malade dit que *pendant la syncope* il s'était fait dans son ventre une espèce de révolution, et qu'en même temps elle avait senti de vives douleurs dans les reins et de très-fortes coliques dans le bas-ventre. Pas un seul accès n'a lieu dans la nuit; *à quatre heures du matin, les règles commencent à couler*. Le soir, à la suite d'une émotion, l'écoulement se supprime; il est rappelé par des fumigations aromatiques dans le vagin. Le 24 et le 25, calme. Le 26, retour d'accès longs et fréquents; application de sangsues à la vulve; amélioration. Le 31, hémoptysie abondante; troisième saignée (deux palettes). Bref, la malade est encore saignée le 19 juin, le 4 juillet, le 5 août, le 15 et le 20 du même mois; chacune de ces évacuations sanguines est pratiquée à l'occasion d'hémoptysies ou de retour plus fréquent des accès, avec céphalalgie, chaleur à la peau, dureté insolite du pouls, etc. Les règles, qui, comme nous venons de le voir, avaient reparu le 23 mai, se sont montrées de nouveau le 28 juillet, le 4 septembre; on a appris en outre qu'elles avaient eu lieu le 28 octobre, après la sortie de l'établissement. En même temps que les menstrues se sont rétablies, les symptômes variés de la maladie se sont amendés. Le 21 juillet, pour la première fois, quelques cuillerées de bouillon ont été gardées, et depuis lors l'estomac est devenu de plus en plus tolérant.

C'est donc à l'influence de la saignée que semblerait devoir être rapportée la guérison de cette affection si grave et si compliquée. Les bains, qu'on y joignit fréquemment, contribuèrent sans doute à ce résultat; après avoir paru d'abord augmenter le nombre des accès, ils apportèrent plus tard un soulagement évident; mais leur action ne fut que supplémentaire. Comment des évacuations sanguines générales ont-elles pu triompher d'une maladie appartenant à l'ordre des névroses? L'auteur se pose cette question, et la réponse qu'il y fait est, suivant nous, très-fondée. Bien que la malade ait eu déjà deux accès d'hystérie avant la suppression subite des menstrues, il est manifeste que cette dernière circonstance a été le point de départ de la longue série d'accidents déroulée plus haut. La première indication, l'indication essentielle, était de rappeler les règles. Or la saignée a souvent ce résultat, surtout si elle n'est pas très-abondante, en détendant l'organisme, en abattant l'éréthisme nerveux qui, chez beaucoup de jeunes filles, semble se concentrer à l'utérus et y retenir le sang menstruel. Cet effet a lieu surtout quand la déplétion sanguine est suivie d'une syncope, et c'est ce qu'on a vu précisément, chez le sujet dont il s'agit, après la première saignée. On est d'autant plus porté à considérer la saignée, dans ces cas, comme un antispasmodique, que les antispasmodiques proprement dits, ceux de la matière médicale, amènent souvent un résultat semblable, et constituent d'excellents emménagogues. Dans l'espèce, il est vrai, leur emploi n'avait eu aucun avantage; mais il ne faudrait pas conclure de ce fait particulier à l'impuissance générale des antispasmodiques dans l'aménor-

rhée : l'expérience démentirait une telle application. « C'est ainsi, dit avec raison l'auteur, que souvent la saignée facilite une éruption cutanée laborieuse. » La remarque vient d'autant plus à propos que précisément, chez le sujet de l'observation, une éruption de pustules d'acné sur le dos et les membres eut lieu le 17 août ; dès la veille, elle avait été annoncée par une vive démangeaison sur tout le corps, du frisson et des vomissements. C'était le lendemain du jour où avait été pratiquée la sixième saignée. A plusieurs reprises cette éruption disparaît subitement, et chaque fois se manifestent de graves accidents, une excessive agitation, des mouvements convulsifs, etc., qui cessent dès que l'éruption se montre de nouveau. Enfin, à l'époque où elle s'efface définitivement, la malade rend des urines *noires comme de l'encre*, en grande abondance. A partir de ce moment, l'amélioration, qui déjà, il faut le dire, était très-prononcée, marche plus rapidement. Cette fièvre éruptive peut donc être considérée comme un phénomène critique, et tel est, en effet, le sentiment de l'auteur. La science possède déjà des exemples de névroses terminées par des éruptions cutanées ou des fièvres.

Il est une particularité du traitement qui mérite une mention spéciale : c'est l'influence qu'a toujours eue sur la cessation des accès l'application de la main sur la région épigastrique. L'auteur ajoute : « Depuis vingt et un ans que, pour la première fois, j'ai observé les effets de la compression du centre épigastrique chez les hystériques, j'ai saisi toutes les occasions qui se sont offertes à moi d'employer ce moyen, et presque toujours il m'a réussi. Je l'ai employé avec un succès plus prompt encore dans la syncope. » Plus d'un auteur a déjà vanté les bons effets de la pression sur l'épigastre pendant les accès d'hystérie, et l'auteur d'un livre récent sur cette maladie, M. Mathieu, a étendu cette pratique en soumettant tout l'abdomen des hystériques à une percussion longtemps répétée avec le plat de la main, et il assure que c'est un des meilleurs moyens de soulager l'angoisse qui accompagne les accès, et de hâter leur cessation.

Enfin, parmi toutes les circonstances de cette observation, la moins curieuse n'est pas la durée si longue de l'abstinence, rapprochée du peu de dépérissement du sujet. On affirme que pendant les seize mois passés chez sa mère, la malade a constamment vomi, et vomi immédiatement, tout ce qu'elle prenait. A supposer qu'il puisse exister quelque doute à cet égard, il est au moins avéré qu'à la maison de santé, elle n'a pris aucune boisson, sans la rejeter aussitôt, pendant cinquante-trois jours. A partir de ce moment, elle put garder de faibles quantités d'eau de Seltz, et ce ne fut que *cent sept* jours après son entrée dans l'établissement qu'elle cessa de vomir. Il existe d'ailleurs des exemples d'une abstinence plus prolongée. Parmi ceux qu'a rassemblés l'auteur à cette occasion, il faut noter celui de Fergusson, qui ne prenait autre chose depuis dix-huit années qu'un peu d'eau et quelquefois du petit-lait clarifié, à l'époque où Robert Campell transmit son observation à la Société royale de Londres. Fergusson avait alors 36 ans ; son corps n'était que légèrement amaigri.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1849 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Traitement des kystes hydatiques du foie* ; par M. Guersant. 2° *De la ligature des membres contre les accès d'épilepsie* ; par M. Sandras. 3° *De la plessimétrie dans le diagnostic des maladies* ; par M. Piorry. 4° *Des palpitations nerveuses* ; par M. Sandras. 5° *Traitement local de l'arthrite aiguë* ; par le rédacteur. 6° *Du manganèse ; mémoire sur ses effets thérapeutiques* ; par M. Martin-Lauzer. *Eaux minérales de Cransac*. 7° *Traitement des tumeurs blanches* ; par M. D. T. 8° *Réflexions sur les cataractes congénitales* ; par M. Tavignot. 9° *Traitement prophylactique et curatif de la métro-péritonite puerpérale*. 10° *De quelques topiques contre l'éruption varioleuse*. 11° *Oblitération complète du canal de l'urètre, guérie par la perforation du tissu cicatriciel à l'aide d'une sonde à dard*. 12° *Luxation des apophyses articulaires de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire*. 13° *Note sur l'extirpation d'une tumeur interstitielle de l'utérus* ; par M. Maisonneuve. 14° *Des bandelettes agglutinatives pour la cure des fistules urinaires de l'ombilic et de la hernie ombilicale* ; par M. Alamir-Carcenac.

DE L'USAGE DU MANGANÈSE EN MÉDECINE ; par le docteur MARTIN-LAUZER.

Il ne s'agit pas, dans ce travail, d'expériences thérapeutiques sur les effets du manganèse, mais seulement de quelques considérations plus historiques que pratiques touchant les effets de cette substance sur l'homme sain et malade, soit donnée sous forme de préparation pharmaceutique, soit prise à l'état de dilution dans une eau minérale naturelle, par exemple dans l'eau de Cransac qui, comme on sait, contient une certaine proportion de manganèse.

Les recherches les plus récentes sur les propriétés médicales de cette substance conduisent à la regarder comme un succédané du fer. Les expériences du docteur Hannon sur lui-même paraissent surtout concluantes. Il commença par prendre 5 centigr. de carbonate de manganèse par jour ; au bout d'une semaine, il en prenait 20 centigr. ; au bout de quinze jours, 40 centig ; il éprouva alors un sentiment de pléthore prononcé : l'appétit était augmenté, le pouls plus fort, les conjonctives palpébrales plus rouges. Le même auteur a également démontré l'efficacité du même remède contre l'anémie simple et l'anémie symptomatique du cancer, de la phthisie, des fièvres intermittentes. Bien plus, suivant lui, le manganèse réussit souvent mieux alors que le fer. Il en a retiré encore de bons effets sur *tous les scrofuleux* auxquels il l'a administré sous forme d'iodure.

M. Hannon, creusant le problème plus avant, a voulu voir si la quantité du manganèse contenue dans le sang variait dans diverses maladies suivant des proportions parallèles à celles qui ont été déjà constatées pour le fer, et il a trouvé, assure-t-il, une augmentation de la quantité ordinaire de cette substance dans le sang d'un homme pléthorique, et une diminution dans le sang d'un scrofuleux, dans celui d'un tuberculeux et chez plusieurs chlorotiques.

M. Martin-Lauzer rappelle tous ces résultats, ainsi que les expériences de M. Gendrin sur l'emploi du peroxyde de manganèse comme succédané du fer, celles de Bréra de Padoue sur l'efficacité de cet oxyde contre la diarrhée atonique, celles enfin du docteur Jacques tendant à démontrer les effets antiépileptiques du même médicament ; puis il arrive à une étude abrégée des eaux minérales de Cransac, sur lesquelles le docteur Ducoux a publié, il n'y a pas longtemps, un court travail. Or voici les données fournies par M. Martin-Lauzer.

Cransac possède deux sources principales ; elles sont connues sous les noms de *source haute ou forte* et *source basse et faible*. La première renferme sur 1,000 parties, 1,25 de sulfate de manganèse et 1,25 de sulfate de fer, plus, de très-faibles proportions de sulfates de magnésie, d'alumine et de chaux et une quantité extrêmement minime de silice. La seconde ne contient que 0,14 de sulfate de manganèse et 0,15 de fer ; elle est plus riche en sulfates de chaux et de magnésie qui y entrent pour les proportions de 2,43 et 2,20. Ces différences dans la composition de ces deux sources en font présumer d'autres dans le mode d'action ; et en effet la première, la source forte, est tonique et astringente, elle arrête la diarrhée ainsi que les hémorrhagies passives ; tandis que la seconde, la source faible, est légèrement laxative et apéritive. Toutes deux, du reste, conviennent dans les maladies qui ont pour symptôme dominant un appauvrissement du sang.

Ces propositions s'accordent avec l'opinion de ceux qui ont déjà étudié les propriétés médicales des eaux de Cransac : d'Alibert qui les recommandait contre les engorgements abdominaux, l'aménorrhée accompagnée d'un état de langueur, les fièvres quartes ; de B. Murat qui vantait leur action contre les fièvres intermittentes prolongées, les affections biliaires chroniques ; de M. Ducoux enfin qui assure en avoir tiré bon parti dans l'hystérie, les gastralgies, les névralgies périodiques. Suivant ce praticien, les eaux de la source haute conviennent spécialement dans les cas où il faut tonifier l'organisme, elles sont très-efficaces contre les écoulements leucorrhéiques, les écoulements chroniques de l'urètre, les engorgements des viscères, spécialement ceux de la rate. Il a employé avantageusement les eaux de la source basse contre les paralysies, certains accidents cérébraux qu'on observe surtout chez les vieillards, tels que tintements d'oreille, somnolence, engourdissement des membres, etc.

Comme nous l'avons dit, M. Martin-Lauzer termine par une revue des préparations manganésiennes utiles à la pratique, et il a suivi principalement en cela les indications de M. Hannon. Il cite successivement :

1° Le *peroxyde de manganèse* qui se prescrit à la dose de 10 centigrammes à 5 grammes.

2° Le *protoxyde*, dont on met 2 à 4 grammes dans 30 grammes de sirop simple, auquel on joint une émulsion huileuse pour éviter plus sûrement le contact de l'air.

3° Le *carbonate manganeux*. La meilleure manière de le préparer, pour l'usage médical, consiste à dissoudre 350 grammes de sulfate de manganèse cristallisé et 390 grammes de carbonate de soude dans la quantité d'eau nécessaire pour opérer une double décomposition complète. On ajoute alors 30 grammes de sirop par 530 grammes de liquide. On laisse déposer dans un flacon bouché à l'émeri ; on décante, on lave avec de l'eau sucrée et on fait égoutter sur une toile imprégnée de sirop de sucre. On exprime, on y mêle 300 grammes de miel ; on évapore rapidement à l'abri du contact de l'air, jusqu'à consistance d'un extrait avec lequel on fait des pilules de 20 centigrammes avec quantité suffisante de gomme ; on prend par jour de deux à dix de ces pilules. C'est une excellente préparation.

4° Le *malate neutre de manganèse*, dont la dose est de 10 à 20 centigrammes en pilules.

5° Le *tartrate manganeux*, qui s'administre avantageusement comme tonique, associé à égale partie à l'extrait de ratanhia. On dissout ces deux substances dans le sirop de Tolu, à la dose de 10 grammes de chaque pour 530 grammes de sirop, dont on donne quatre ou cinq cuillerées par jour.

6° Le *phosphate manganeux*, qui s'emploie également sous forme sirupeuse, ou en pilules, à la dose de 20 à 80 centigrammes.

7° L'*iodure manganeux*, dont voici le meilleur mode de préparation. On prend 30 grammes d'iodure de potassium et autant de sulfate manganeux, tous deux parfaitement desséchés et à l'état pulvérulent. On les mêle très-exactement et on ajoute la quantité de miel nécessaire pour réduire en une masse pilulaire, dans laquelle s'opère la double décomposition qui engendre un iodure manganeux et un sulfate de potasse. On fait des pilules contenant chacune 20 centigrammes d'iodure, et on en donne de une à six par jour.

On peut préparer aussi un sirop d'iodure de manganèse, en versant de l'acide hydriodique concentré sur 4 grammes de carbonate manganeux hydraté parfaitement pur, jusqu'à ce que tout le carbonate soit dissous, et en ajoutant à cette solution 530 grammes de sirop sudorifique au gaïac. La dose de ce sirop est de deux à six cuillerées par jour.

N'oublions pas de faire remarquer, en finissant, que, dans la pensée de l'auteur, le manganèse est loin de mériter d'être en toute occasion substitué au fer. Il l'a vu réussir quand ce dernier avait échoué ; néanmoins il conseille de commencer par l'emploi simultané des deux métaux avant d'avoir recours au manganèse seul, et il propose même à cet effet une modification aux pilules de Blaud, consistant à joindre le sulfate de manganèse au sulfate de fer, et à y ajouter une dose de carbonate de soude suffisante pour opérer la décomposition des deux sels.

RÉFLEXIONS SUR LES CATARACTES CONGÉNITALES ; par M. TAVIGNOT.

Nous enregistrons, comme pouvant devenir fructueuses pour le diagnostic de la cataracte, les remarques suivantes de l'auteur, à qui l'ophthalmologie est déjà redevable d'aperçus pratiques si utiles.

La cataracte congénitale récente est constituée par l'opacité de la capsule et du cristallin.

La cataracte congénitale ancienne en diffère en ce qu'elle n'est plus formée que par l'opacité de l'enveloppe capsulaire.

Voici le mécanisme selon lequel ces changements s'opèrent. La cataracte congénitale est, disons-nous, primitivement capsulo-lenticulaire ; de plus, elle est ordinairement demi-molle.

Or, avec le temps, la lentille cristalline se ramollit graduellement, et la capsule, agissant d'une manière très-active, résorbe les parties diffluentes du cristallin jusqu'à disparition complète du corps opaque.

La cataracte congénitale, lorsque ce travail éliminateur est terminé, ce qui n'a guère lieu que vers l'âge de 7 à 8 ans, n'est plus constituée alors que par les deux feuillets opaques de la capsule.

Mais il faut remarquer que cette résorption du cristallin ne s'est opérée qu'en modifiant très-notablement les caractères anatomo-pathologiques de la cataracte telle qu'elle existait primitivement. En effet, aucun liquide n'étant sécrété, dans les cas ordinaires, à la place de la lentille, le feuillet antérieur de la capsule du cristallin se déplace en arrière pour s'accoler à son feuillet postérieur, qui ne subit aucun déplacement à cause des adhérences qui le fixent à la membrane hyaloïde ; par cela même la chambre postérieure de l'œil se trouve considérablement agrandie, et égale presque l'étendue antéro-postérieure de la chambre antérieure.

Une conséquence découle naturellement de ce changement de structure survenu dans l'œil : l'iris, désormais en contact avec une quantité extranormale d'humeur aqueuse qui remplit la chambre postérieure, reçoit les ondulations imprimées à ce liquide pendant la contraction des muscles de l'œil, et accuse chacune d'elles par une sorte d'oscillation caractéristique qui a reçu le nom de tremblement de l'iris.

Il importe que le chirurgien soit bien fixé sur la valeur de ce symptôme, qui n'est que l'expression d'un état anormal de l'appareil cristallinien ; car il pourrait, avec quelques auteurs, le regarder à tort comme indiquant nécessairement l'existence d'un synchisis ou d'une amaurose.

LUXATION DES APOPHYSES ARTICULAIRES DE LA DOUZIÈME VERTÈBRE DORSALE ET DE LA PREMIÈRE LOMBAIRE.

L'observation suivante est donnée comme prouvant que la luxation des apophyses articulaires des dernières vertèbres du dos et de celles des lombes est possible sans fracture préalable des lames de ces mêmes vertèbres. Bien que la vérification anatomique n'ait été faite qu'à une époque déjà fort éloignée de celle de l'accident, il y a néanmoins de nombreuses probabilités que les choses s'étaient ici passées de manière à confirmer le théorème précédent.

OBS.—Un garçon de 19 ans, faible, reçut en travers des épaules le choc d'une voiture chargée, dont il estima ensuite le poids à plus de 2,000 livres. Il ne put se relever et fut transporté à l'hôpital Beaujon, avec paralysie complète du rectum, de la vessie et des extrémités inférieures. Il existait en arrière, au niveau de la douzième vertèbre dorsale, une tumeur molle et fluctuante formée par du sang épanché. M. Robert crut d'abord avoir affaire à une fracture, et s'occupa en conséquence de rendre à la colonne vertébrale sa rectitude en faisant retirer l'oreiller.

Il n'y eut pas de fièvre, et tout se passa bien. Mais une fois l'épanchement sanguin résorbé, on put mieux examiner l'état local, et l'on constata, au niveau de l'union de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire, une interruption de trois travers de doigt dans la série des apophyses épineuses, en même temps que se voyait de chaque côté une légère saillie verticale formée par les apophyses articulaires de la douzième dorsale. Le malade languit jusqu'au 10 novembre.

L'autopsie fit reconnaître que le corps de la première vertèbre lombaire avait été complétement écrasé ; il en était résulté que les deux fibro-cartilages intervertébraux s'étaient réunis et soudés, surtout à leur partie antérieure. En arrière, le canal se trouvait complétement interrompu par les apophyses luxées. La moelle épinière avait subi une section complète, mais à sa partie tout à fait inférieure.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE.

CHOLÉRA ; SA NATURE.

M. PELLARIN adresse de Givet une lettre contenant la proposition suivante sur la nature du choléra :

Le choléra est une véritable intoxication résultant de l'absorption d'un gaz délétère.

L'auteur est disposé à attribuer cette intoxication au gaz acide sulfhydrique plutôt qu'au gaz ammoniac.

Ce point établi, il n'y aura plus d'épidémie cholérique possible, dit-il, du moment qu'on aura pris les précautions nécessaires pour garantir la population de l'influence d'un principe dont on peut toujours empêcher les effets nuisibles, soit en le décomposant par des agents chimiques appropriés, soit en le retenant loin des êtres vivants susceptibles de l'absorber.

CAS DE SUPERFÉTATION.

M. FIÉVET (de la Ville-aux-Clercs) transmet sous le couvert du ministre de l'agriculture et du commerce une lettre dans laquelle il signale à l'Académie certains faits qu'il dit avoir observés à l'occasion d'un accouchement récemment opéré, ainsi que les résultats qu'il a obtenus de l'emploi du chloroforme pour la guérison de diverses maladies.

Il s'agit dans la première partie de cette communication d'un cas de superfétation qui a présenté quelques particularités que l'auteur a crues dignes d'être signalées à l'Académie. Voici le fait tel que le rapporte l'auteur :

« J'ai été appelé le 25 courant chez les époux G... pour procéder à l'accouchement de madame vers deux heures du matin.

» Peu après mon arrivée, le travail de l'enfantement prit de l'intensité. A trois heures, je rompis les membranes, et bientôt un enfant du sexe féminin, fort et robuste, fut expulsé de la matrice.

» Au moment où je procédai à la ligature du cordon, parut à la vulve une poche assez volumineuse remplie d'eau, à travers laquelle je sentis un corps qui avait la forme d'un fœtus peu volumineux. Je fis facilement avec les doigts l'ouverture de cette poche ; je reconnus aussitôt un produit de la conception bien formé au milieu des eaux d'un placenta distinct du premier et entièrement détaché de l'utérus, et séparé du placenta du premier enfant resté adhérent aux parois utérines. Ce fœtus, dont le cordon ombilical avait été macéré et rompu, ne présentait encore aucune division naturelle, quoique paraissant appartenir au sexe féminin, et la peau n'offrait aucune trace d'altération. Ce fait éclairci, j'ai dû profiter des premières contractions utérines pour procéder à la délivrance de la mère sans éprouver aucune difficulté : je n'ai rencontré aucune cloison ni inégalité dans l'intérieur de l'utérus, et je puis assurer que cet organe n'était point bilobé. Madame G... avait déjà eu quatre enfants auparavant sans particularité et sans accidents. »

L'embryon n'étant nullement flétri, M. Fiévet est porté à croire à une superfétation avec d'autant plus de raison que madame G..., qui a continué à avoir des relations avec son mari pendant sa grossesse, a toujours cru qu'elle aurait en définitive deux enfants d'après les divers accidents consécutifs qu'elle a éprouvés dans son cours et auxquels les femmes des campagnes se rapportent toujours.

CAUSE ET TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

M. VELPEAU dépose sur le bureau de la part de M. FRANCALLET, médecin à

Lyon, un mémoire sur la nature et la cause du choléra. Le but principal que s'est proposé l'auteur de ce mémoire a été de prouver que la cause immédiate ou pathogénique du choléra est dans un arrêt accidentel de la circulation du sang dans les vaisseaux capillaires autres que ceux du poumon. Après avoir réfuté la nouvelle doctrine qui considère les vaisseaux capillaires comme n'exerçant aucune action sur la marche du sang qui les traverse, l'auteur a énuméré les désordres physiologiques qui devraient rationnellement résulter d'un arrêt de cette circulation, et il y a trouvé la plus grande similitude avec les symptômes du choléra tels qu'ils ont été décrits par les auteurs. Il a formulé ensuite le traitement qui lui a paru le plus propre à rétablir la circulation interrompue dans les vaisseaux dont il s'agit, et il a vu aussi qu'il s'accordait très-bien avec les méthodes de traitement qui ont compté le plus de succès ; qu'ainsi les praticiens les plus célèbres prescrivaient tous l'emploi de moyens thérapeutiques capables d'agir sur les parties les plus ténues du système vasculaire.

ACTION DU SUC GASTRIQUE SUR LES PRÉPARATIONS MARTIALES EMPLOYÉES EN THÉRAPEUTIQUE.

M. Pelouze présente de la part de M. Leras, professeur de physique au lycée de Brest, un mémoire sur l'action du suc gastrique sur les préparations martiales employées en thérapeutique. L'auteur, après avoir établi, dans quelques considérations préliminaires, que le point essentiel en pharmaco-dynamie est de prévoir l'action chimique qu'exerce sur le médicament la substance sécrétée par les organes de la digestion, et par suite de ne considérer dans le médicament ingéré que la partie rendue active pendant le trajet à travers le canal digestif, s'est proposé dans ce mémoire de chercher à déterminer ce que deviennent les préparations martiales dont l'emploi est si fréquent en médecine.

-- Parmi ces préparations, les unes sont solubles, les autres ne le sont pas. Ces dernières doivent donc trouver dans l'économie des substances qui les dissolvent et les rendent aptes à l'absorption. La fraction active du médicament ingéré dépend de la petite masse d'acide existant au moment de l'ingestion ; or rien de plus variable que la quantité de ce liquide dans différents individus et dans le même individu dans des instants différents. De là une grande incertitude sur la quantité de fer absorbé.

D'un autre côté, en ce qui concerne les préparations solubles, quels sont les changements qu'elles subissent de la part des substances qu'elles rencontrent dans l'économie, quelle est en particulier l'action du suc gastrique sur les sels ingérés? telle est la question que l'auteur s'est proposé d'étudier dans ce mémoire.

Le résultat des recherches de l'auteur est celui-ci, savoir : que presque toutes les préparations de fer n'agissent qu'à l'état de sels doubles, solubles ou rendus solubles, quand ils ne le sont pas, à l'aide du suc gastrique. Or, comme il importe de ménager le suc gastrique et de ne pas le détourner de ses fonctions ordinaires, il en résulte que les préparations martiales qui doivent être préférées sont les préparations naturellement solubles sans le concours du suc gastrique ; telles sont entre autres les lactates, les tartrates et les pyrophosphates de potasse et de fer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'une note de M. Fiévet, sur une observation de superfétation (voir ci-dessus);

2° Lettre du même ministre, avec communication de divers remèdes secrets contre le choléra et l'ophthalmie ;

3° Pièces officielles relatives aux vaccinations.

M. Trousseau écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

CHOLÉRA.

M. Bégin dépose sur le bureau, de la part de M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, une lettre sur la contagion du choléra. L'auteur rapporte le fait suivant, qui lui paraît contraire à l'opinion de la contagion :

350 hommes du génie, occupant une des casernes d'Arras où régnait alors avec intensité l'épidémie, furent évacués, 150 sur la citadelle, occupée par 1,000 sapeurs du même régiment et par un nombreux personnel sédentaire, et 200 sur le grand quartier, occupé par les dépôts des 5e léger, 3e chasseurs, etc. Voici quelles ont été les conséquences de cette évacuation :

Un seul cas de choléra s'est déclaré sur le détachement de la citadelle le surlendemain de l'évacuation. Les hommes, très-nombreux, qui avaient la diarrhée, ont éprouvé une telle amélioration que peu d'entre eux ont dû être dirigés sur l'hôpital.

D'une autre part, 250 hommes du même régiment furent évacués sur un autre quartier. Sur ce nombre, 3 hommes ont été pris de choléra peu de jours après leur arrivée. L'état sanitaire s'y améliora aussi beaucoup, mais pas aussi rapidement qu'à la citadelle, plus sainement située.

Ainsi voilà 350 hommes quittant une habitation infestée par l'épidémie et atteints eux-mêmes d'un commencement d'infection, transportés au milieu de plus de 2,000 de leurs camarades, vivant, mangeant et sans cesse en contact avec eux, sans communiquer à un seul le germe de la maladie. Et non-seulement ils ne l'ont pas transmise aux autres, mais eux-mêmes l'ont très-certainement évitée par le seul fait du déplacement et d'une habitation plus salubre.

M. Audouard rappelle, à l'occasion de la question de la contagion du choléra soulevée devant l'Académie, quelques faits qui lui paraissent démontrer l'importation de cette maladie. Le premier fait a été fourni en 1835 par le vaisseau de ligne *le Triton*, qui voyageait dans la Méditerranée. Un contre-maître de l'équipage étant mort du choléra, deux cas se déclarèrent à bord sept jours après, quarante le huitième jour et treize le neuvième. En très-peu de jours l'équipage, qui était de 500 hommes, compta 88 cholériques, dont 42 moururent. Le deuxième fait relate l'importation du choléra d'une tribu dans une autre par un individu. Le troisième montre le choléra exporté de Marseille à Bone en 1837 par un régiment de ligne, etc.

M. Mengy, chirurgien à l'hôpital de Rethel, département des Ardennes, adresse un rapport sur un fait qui s'est passé à l'hôpital de Rethel, lors de l'invasion du choléra. Voici ce fait en résumé :

Au début de l'épidémie cholérique, deux malades viennent passer une journée dans la salle des hommes ; on les transporte dans une autre salle. Mais trois jours après, alors qu'aucun nouveau cas de choléra ne s'est encore montré en ville, ils sont pris de choléra. Quatre malades de la première salle sont attaqués presque en même temps, sont transportés de suite dans une autre place, et meurent tous quatre du choléra. A dater de ce moment, aucun cas nouveau ne se déclare dans la salle des hommes, où l'on continue à recevoir les malades ordinaires. L'auteur croit que ce fait prouve la propriété contagieuse du choléra, au moins dans certaines circonstances et pour des individus prédisposés par maladie ou infirmités.

M. Pellarin adresse la même communication qu'il a faite la veille à l'Académie des sciences (Voy. ci-dessus.)

M. Morlière informe l'Académie qu'ayant été chargé de donner des soins aux communes du canton d'Attichy (Aisne), il s'est entendu avec l'autorité pour mettre à la disposition des habitants une eau chlorée que l'on distribuait à chacun gratuitement. Il lui est resté la conviction qu'aucun de ceux qui ont pratiqué les lotions chlorées n'a eu la suette ni le choléra. Il cite des observations de familles entières frappées de la maladie, à l'exception d'une ou deux personnes soumises aux lotions chlorées. Diarrhée, coliques, vomissements même et crampes ont cédé à ce moyen seul. L'auteur de la lettre se déclare d'ailleurs partisan de la contagion. Il signale aussi à l'attention de l'Académie une épidémie de fièvre muqueuse attaquant les enfants, et qui régnait en même temps que les deux autres maladies dans les communes de Cuise et de Saint-Étienne.

M. Lachaise soumet à l'Académie le tableau figuratif de l'épidémie de choléra qui a régné à Chemilly-sur-Seine. Ce tableau confirme, suivant l'auteur, l'opinion qu'il a déjà émise, à savoir que la suette survenant dans le cours d'une épidémie de choléra, et revêtant quelques-uns des caractères propres à cette dernière affection, doit être regardée bien plus souvent comme le signe précurseur de son déclin que comme une complication fâcheuse.

M. le docteur Haime, médecin en chef des prisons, professeur de pathologie à l'école de médecine de Tours et membre correspondant de l'Académie, adresse la relation de l'épidémie de choléra asiatique qui a ravagé le pénitencier de Tours, dans le mois de juillet 1849.

Depuis plus de six semaines, le choléra régnait dans la ville, et après différentes variations et oscillations, l'épidémie était évidemment en voie de décroissance et presque sur son déclin, lorsque le vent d'est soufflant depuis deux jours avec violence, et pendant une nouvelle élévation de la température, elle fit tout à coup irruption dans le pénitencier, et y sévit bientôt avec une violence extraordinaire. Aucune des habitations qui avoisinent cet établissement, et dont il est d'ailleurs entièrement isolé, n'avait été envahie par la maladie ni ne l'a été depuis. Le vendredi 13, vers quatre heures du matin, un premier cas de choléra se déclara sur une femme, et fut bientôt suivi d'un deuxième sur un homme. Sur l'information de M. Haime et sur sa demande, l'autorité fit transporter ces deux malades à l'hôpital.

A midi il y avait *dix* nouveaux cas, parmi lesquels se trouvait un des gardiens : un peu plus tard, on en comptait quatre autres ; puis vers six heures, deux détenus, dont la mise en liberté venait d'être ordonnée par l'autorité judiciaire, étaient pris de vomissements, de diarrhée, de crampes, et bientôt portés à l'hôpital. Enfin, à dix heures du soir, il y avait 20 nouveaux cholériques répartis presque également entre les différentes galeries, lesquels, joints au nombre ci-dessus, formaient un total de 38 cholériques sur 90 détenus, en y comprenant le gardien.

Le lendemain matin 14 juillet, on trouva de nouvelles et nombreuses cellules envahies par le fléau ; une vingtaine de cas s'étaient encore déclarés depuis la veille. En outre, la femme du guichetier, d'une belle et robuste santé, venait d'être atteinte, ainsi que la domestique et l'un des enfants du directeur, lesquels, bien entendu, n'habitaient point en cellules. Enfin, dans le cours de cette seconde journée, l'épidémie continua si bien son œuvre de destruction, que le soir, à onze heures, il ne restait plus que 2 à 10 détenus qu'elle eût encore épargnés, au nombre desquels étaient une demi-douzaine d'enfants de 8 à 15 ans.

Le pénitencier fut alors totalement évacué (dans la matinée du 15). Cependant le guichetier, homme vigoureux, demeuré le dernier à son poste, devint malade à son tour et mourut dans sa famille, à cinq lieues de Tours. Le gardien-chef, très-assidu à ses fonctions, eut le même sort dans la nuit du 15 au 16. Deux des cinq bonnes et dignes sœurs, qui étaient encore toutes saines et sauves le même jour, en arrivant au couvent de Saint-François (maison où avaient été évacués les prisonniers), tombèrent malades dans la soirée et moururent le lendemain à l'hospice général, où elles avaient été transportées. Enfin deux jeunes détenus de 10 à 15 ans, parmi ceux évacués sur Saint-François, furent aussi

atteints le 18, mais moins gravement, et transportés à l'hôpital ; ils en sortirent guéris huit jours après.

En résumé, 77 détenus furent atteints par la maladie, dont 38 reçus à l'ambulance de Grammont et 39 à l'hôpital ; sur ce nombre, 62 moururent et 15 seulement guérirent.

Trois des gardiens sur six, parmi lesquels le gardien-chef, la femme de l'un d'eux, la domestique et la petite-fille du directeur, succombèrent tous. Une jeune fille de 18 ans, lingère qui avait travaillé chez le directeur pendant les deux jours qui précédèrent l'invasion, sans avoir communiqué toutefois avec l'intérieur du pénitencier, fut atteinte chez elle deux jours après, et mourut le lendemain.

Enfin, sur une quinzaine de détenus mis en liberté par anticipation, le premier et le second jour, plusieurs succombèrent, soit en différents endroits où ils se rendirent, soit à l'hôpital ; on ignore le sort d'un certain nombre d'entre eux.

On en cite un, enfin, qui n'était au pénitencier que depuis six heures seulement, et qui n'en fut pas moins atteint par la cause morbifique, à laquelle il succomba le lendemain, à six lieues de Tours.

L'auteur fait la remarque, qu'en général, l'épidémie a frappé les premiers ceux qui étaient détenus depuis moins longtemps.

M. Burq, élève en médecine, adresse un mémoire sur quelques accidents nerveux consécutifs au choléra, et sur leur traitement par les armatures métalliques.

Plusieurs personnes, dont quelques-unes sont étrangères à la médecine, écrivent pour faire connaître à l'Académie les remèdes qu'elles ont imaginés contre le choléra et le droit qu'elles croient avoir au prétendu prix de 100,000 fr. légué à l'Académie par un banquier de Hambourg.

SUETTE MILIAIRE.

M. Foucart adresse un mémoire intitulé : De la suette miliaire et de son traitement. Relation d'une épidémie observée dans plusieurs communes du département de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise, en mai, juin et juillet 1849.

Ce mémoire est basé sur l'observation de 1,005 malades traités par l'auteur et dont pas un n'a succombé. M. Foucart attribue ce résultat à l'emploi d'une médication consistant en boissons froides, couvertures légères, emploi des *vomi-purgatifs* (ipécacuanha et purgatifs salins). Sauf quelques légères modifications qui n'ont pas été assez tranchées pour constituer une différence appréciable dans ce que l'on est convenu d'appeler le *génie* des épidémies, et surtout pour influencer la médication, M. Foucart est porté à penser, d'après l'analyse et la méditation des faits rapportés par les auteurs, que toutes les épidémies de suette miliaire observées jusqu'à présent en France ont offert les mêmes caractères, les mêmes symptômes, la même nature.

Le bureau propose de renvoyer ce mémoire à l'examen d'une commission composée de MM. Dubois (d'Amiens), Mélier et Jules Guérin.

M. Gérardin : A une autre époque où la suette ravageait déjà plusieurs départements de la France, l'Académie reçut plusieurs communications relatives à cette maladie et qui toutes furent renvoyées à une même commission dont firent partie, je crois, MM. Bricheteau et Martin-Solon. Il y aurait, ce me semble, quelque intérêt à comparer les nouvelles épidémies à celles dont je viens de parler, et, pour cette raison, il me semblerait utile d'adjoindre à la commission qu'on vient de nommer quelques-uns des membres de l'ancienne commission.

Le bureau décide que MM. Bricheteau et Martin-Solon seront adjoints à la commission.

CAS DE DYSURIE GUÉRI A L'AIDE D'UN NOUVEL INSTRUMENT DILATATEUR DU COL VÉSICAL.

M. Mercier présente à l'Académie un mémoire sur un cas de dysurie avec complication très-remarquable du côté du rectum, guérie à l'aide d'un nouvel instrument produisant la dilatation forcée du col de la vessie.

« Dans un précédent travail sur les valvules musculaires de cet orifice, dit l'auteur, j'avais distingué deux degrés à cette maladie, l'un caractérisé par un simple spasme du muscle obturateur et susceptible de disparaître avec la cause ; l'autre caractérisé par une véritable rétraction de ce muscle et nécessitant l'ablation ou la division de l'obstacle. Je n'avais pas suffisamment distingué un degré intermédiaire aux précédents et caractérisé par une contracture, état auquel je viens d'appliquer avec un merveilleux succès la dilatation forcée que M. Récamier avait déjà préconisée contre la contracture du sphincter de l'anus dans les fissures de cette région. »

M. Mercier pratique cette dilatation à l'aide d'un instrument nouveau, qui joint beaucoup de puissance à une grande simplicité. C'est la description de cet instrument qui fait l'objet principal de cette communication.

SUR LES EFFETS DU MÉLANGE DES VAPEURS AVEC L'AIR, A PROPOS DU CHLOROFORME.

— M. Rochoux demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Messieurs, si jamais il m'arrive de commettre une lourde bévue médicale, on ne me verra pas la séance d'après demander à m'en disculper : la chose n'en vaudrait pas la peine. Mais la physique ne se traite pas de même ; à son égard, l'ombre d'une erreur est déjà trop. Je tiens donc très-fort à prouver qu'en parlant de l'action du chloroforme, je n'ai rien dit de contraire aux lois de la science par excellence. Ma tâche, du reste, ne sera, comme vous allez voir, ni longue ni difficile à remplir.

On lit dans l'ouvrage de M. Pouillet (Éléments de physique, etc., t. I, p. 344) une expérience fort détaillée de M. Guay-Lussac, dans laquelle il résulte que de la vapeur d'eau, entendez bien, de la vapeur introduite dans un vase clos contenant de l'air parfaitement sec produit, agissant comme gaz, un mélange dont l'élasticité est notablement supérieure à celle que l'air avait avant. Par conséquent, ce mélange doit, sous la même pression, occuper plus d'espace, et contenir, à volume égal, moins d'oxygène et d'azote que l'air sec. La vapeur du chloroforme, en se mêlant à l'air atmosphérique, ne peut manquer, ce me semble, de produire un résultat identique. Je me crois dès lors fondé à dire que le sujet qui respire l'air où elle se trouve absorbe, à inspirations égales, moins d'oxygène que s'il respirait de l'air pur. Donc, première cause ou élément d'asphyxie, de trouble pour l'hématose, bien minime, il est vrai, mais enfin très-réel. Quant au chloroforme lui-même, son absorption, personne n'oserait dire le contraire, entrave nécessairement d'une façon quelconque l'acte respiratoire. Ainsi voilà, de compte fait, deux raisons en faveur de mon opinion. Me fallût-il renoncer à la première, il m'en resterait encore une fort bonne, et cette chance, soit dit sans y entendre malice, tout le monde ne l'a pas.

REMÈDES SECRETS.

M. H. Gaultier de Claubry lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports officiels sur les demandes d'autorisation pour l'exploitation de divers remèdes et recettes. La commission propose de répondre par l'organe de son rapporteur qu'il n'y a lieu d'appliquer à aucun des demandeurs les bénéfices du décret de l'an X. (Adopté.)

APPLICATION DU CALCUL A L'ÉTUDE DES CAUSES DES MALADIES.

M. Rochoux lit le rapport suivant sur un mémoire de M. Bayard, relatif à l'application du calcul à la recherche des causes des maladies et à l'influence de la vaccine sur les populations.

Le binome de Newton est assurément une fort belle chose ; aucun autre moyen ne saurait éclairer comme lui la formation des puissances et l'extraction des racines des quantités mathématiques. Mais pour atteindre ce but, il faut opérer sur des valeurs qui, dans chaque cas déterminé, restent fixes et invariables. Ainsi, quoique pouvant exprimer n'importe quelle quantité connue, la lettre *a*, par exemple, conserve toujours la même valeur pendant toute la durée d'un même calcul. Mais une cause morbifère quelconque est loin d'avoir la même fixité dans son action, et le sujet sur lequel elle agit est encore plus variable. Évidemment il est impossible d'appliquer le calcul à des éléments aussi instables. La preuve s'en trouve dans les faits dont M. Bayard a cru pouvoir tirer une conclusion contraire. Il dit que, dans la combinaison binaire du fer et du carbone, la différence dans la proportion de ces deux corps simples donne lieu à de nombreux composés différents. Cela est fort vrai ; mais tout cela est accessible au calcul, car les quantités qui se combinent entre elles sont multiples les unes des autres. Or il n'en est assurément pas de même dans la combinaison des agents morbifères.

Quant à la seconde partie du mémoire de M. Bayard, l'idée que la vaccination peut être nuisible à l'espèce humaine n'est pas neuve ; cette idée pourrait bien être plus vraie qu'elle ne nous le paraît. En voici la raison :

Depuis son introduction ou sa manifestation en Europe, la variole était devenue un nouvel et grave danger attaché à la succession des âges, passé en quelque sorte dans l'habitude organique, comme la rougeole et la scarlatine ou les maladies que presque tous les animaux domestiques éprouvent dans les premiers temps de leur vie. Remplacer ou empêcher ce travail éliminatoire ou dépuratif pourrait bien ne pas être sans inconvénient. Mais s'il en est ainsi, le temps seul peut nous l'apprendre ; jusque-là personne n'est en état de le dire. Cependant la variole est un mal actuel dont il faut chercher d'abord à se mettre à l'abri, sans trop se préoccuper d'un avenir fort problématique. La raison nous ordonne d'aller au plus pressé, et fort heureusement nous le pouvons, grâce au vaccin ; ne se bornât-il, ce dont convient M. Bayard, qu'à retarder le développement subséquent de la variole, ce serait déjà un fort grand bien, surtout si la durée de ce retard équivaut presque à la longueur moyenne de la vie, comme de bonnes raisons portent à le croire. A mon avis, il ne faut donc jamais hésiter à semer le vaccin, *au risque de récolter le typhus*.

Les conclusions renfermées dans ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

EAUX MINÉRALES DE VICHY.

M. Patissier lit, au nom de la commission des eaux minérales un rapport sur un travail de M. Durand-Fardel, intitulé : Compte rendu clinique des eaux de Vichy pendant la saison de 1848.

Ce travail, dit M. le rapporteur, décèle un observateur instruit et zélé pour les progrès de la thérapeutique. Les faits cliniques que M. Durand-Fardel relate dans son premier mémoire sont recueillis et rédigés avec soin. Dans son second mémoire, l'auteur s'étaye d'une expérience de trop courte durée pour contredire quelques opinions émises par ses devanciers.

M. le rapporteur pense donc que des observations plus nombreuses et continuées pendant quelques années modifieraient plusieurs de ses idées.

Toutefois, malgré ces remarques critiques, le rapporteur propose les conclusions suivantes :

1° Écrire à M. Durand-Fardel une lettre de remerciments pour son intéressante communication et l'encourager à continuer ses recherches sur l'action thérapeutique des eaux de Vichy ;

2° Renvoyer son travail au comité de publication ; le premier mémoire, riche de faits précieux a paru aux commissaires digne d'être inséré parmi les mémoires de l'Académie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée avant cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1849 ; par M. le docteur BROWN-SÉQUARD, secrétaire.

I. — NOMINATIONS.

Dans la séance du 18 août, la Société procède à l'élection de quatre membres correspondants. MM. Duplay, Coquerel, G. Dufour et de Méricourt sont élus.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° MOUVEMENTS DES ANNEAUX DU TÉNIA ; par M. MIGNOT.

On sait que les anneaux détachés du ténia se meuvent avec vivacité ; Siebold dit même qu'en raison de ces mouvements et des formes des anneaux des *tœnia solium* et *cucurbitina*, on pourrait les prendre pour certains trématodes. M. Mignot rappelle à la Société l'existence de ces mouvements qui lui ont paru être spontanés. (4 août.)

2° RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS VITALES, ET PARTICULIÈREMENT SUR LES PROPRIÉTÉS DES TISSUS CONTRACTILES ; par M. BROWN-SÉQUARD.

M. Brown-Séquard rapporte des expériences sur les changements de force qui ont lieu dans un muscle pendant une contraction prolongée. De ces faits et de quelques autres, il conclut que la circulation et la nutrition continuent d'avoir lieu dans les muscles contractés, lors même que la contraction est extrêmement énergique. Les détails de ces faits se trouveront dans un mémoire qui fera partie de ceux de la Société. (4 août.)

3° DE L'ASSIMILATION DU SUCRE DE CANNE ; par M. CL. BERNARD.

« Le sucre, dit l'auteur, ne peut être détruit dans l'économie, c'est-à-dire assimilé à l'état de sucre de canne. Il faut qu'il soit préalablement transformé en glucose. C'est ce que j'ai prouvé dès 1843. Depuis j'ai encore vu que tous les glucoses ne sont pas destructibles dans le sang au même degré et que le glucose dont j'ai démontré la production par le foie (1) est sept ou huit fois plus facile à brûler dans le sang que le sucre d'amidon ordinaire pris dans le commerce. Or, dans les phénomènes de la digestion, l'amidon se change en glucose, ainsi que cela a d'abord été établi par Tiedemann et Gmelin et ensuite par une foule d'observateurs. Mais où le sucre de canne se transforme-t-il en glucose? Personne, je crois, n'avait examiné cette question avant moi. En 1843, j'avais fait voir que le suc gastrique peut, à raison de son acidité, produire cet effet. Cependant, dans d'autres expériences, je me suis convaincu depuis que cette action du suc gastrique est insuffisante et qu'une grande partie du sucre de canne (quand on en donne à un animal) est absorbé sans avoir été préalablement changé en glucose.

» L'objet de ma communication est d'établir que le sucre de canne qui a échappé à l'action du suc gastrique est converti en glucose en traversant le foie.

» Je base cette assertion sur les preuves suivantes :

» 1° Quand un animal a pris une certaine quantité (30 gramm., par exemple) de sucre de canne, le sang de la veine porte au-dessous du foie contient de la manière la plus évidente du sucre de canne non transformé.

» 2° Le sang des veines sus-hépathique, après le foie ne renferme cependant que du sucre de la deuxième espèce.

» 3° Le tissu du foie mis en contact avec du sucre de canne à une température de 30 à 40° le transforme rapidement en glucose.

» De sorte que le foie aurait pour usage non-seulement de fabriquer du glucose quand il n'en vient pas du dehors, ainsi que je l'ai établi, mais de plus il agirait sur les matières sucrées provenant des aliments de façon à les ramener à l'état d'un sucre de la deuxième espèce, c'est-à-dire d'un sucre qui soit facilement assimilable. » (18 août.)

4° LE RESSERREMENT ET LA DILATATION DE LA PUPILLE PRODUITS PAR LA CHALEUR ET LE FROID SONT-ILS DES EFFETS PUREMENT PHYSIQUES, OU RÉSULTENT-ILS D'UNE VÉRITABLE CONTRACTION MUSCULAIRE? par M. BROWN-SÉQUARD.

Quelques membres de la Société ayant émis l'opinion que les changements signalés par M. Brown-Séquard (2) dans les dimensions de la pupille, sous l'influence de la chaleur et du froid, n'étaient peut-être que des phénomènes de dilatation et de condensation, comme ceux que produisent ces agents naturels sur tous les corps, M. Brown-Séquard croit devoir appeler l'attention sur les raisons suivantes qui lèveront probablement tous les doutes.

Si les changements pupillaires qui ont lieu sous l'influence d'une élévation ou d'un abaissement notable de la température étaient des phénomènes purement physiques, le resserrement de la pupille, c'est-à-dire la dilatation du tissu de l'iris, ne surviendrait qu'après une élévation de la température, et jamais après un abaissement. Or le froid et la chaleur peuvent tous deux produire la dilatation de l'iris. De plus, le froid devrait seul rapprocher les molécules de l'iris et causer la dilatation de la pupille ; or cet effet peut aussi être produit par la chaleur comme par le froid.

(1) DE L'ORIGINE DU SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE. (ARCHIVES GÉN. DE MÉD., 1848.)

(2) Voy. le COMPTE RENDU DES SÉANCES DE LA SOC. DE BIOL., n° 3, p. 40 à 42.

Si les variations du diamètre de la pupille sous l'influence de la chaleur et du froid étaient des phénomènes physiques, ces variations devraient avoir lieu dans tous les cas où l'on change d'un assez grand nombre de degrés la température de l'iris ; or il n'en est pas ainsi dans les cas suivants :

1° L'iris d'un œil extrait de l'orbite depuis deux ou trois jours ne subit plus aucun changement sous l'influence de la chaleur et du froid.

2° Tout corps se dilatant sous l'influence de la chaleur et se condensant sous celle du froid, éprouve un même effet pour un changement d'un même nombre de degrés. Il n'en est pas ainsi pour l'iris, où l'on voit les effets varier considérablement, suivant que l'œil a été tiré de l'orbite depuis plus ou moins longtemps.

3° Qu'un changement de température soit lent ou rapide, son action physique est toujours la même, pourvu que le changement soit d'un égal nombre de degrés. Dans l'iris les choses ont lieu tout autrement : il faut pour qu'un changement de température même très-considérable produise de l'effet, qu'il soit rapide.

On sait que les métaux qui se dilatent le plus sous l'influence de la chaleur, tels que le zinc, le plomb et l'étain, ne s'allongent guère que d'environ 1/700 de leur longueur pour une élévation de température de 0 à 40 ou 45° cent. Or si l'on admet, ce qui n'est certainement pas, que l'iris possède une aussi grande dilatabilité que ces métaux, le changement produit dans cette membrane, quand on élève sa température de 0 à 40° c., serait si peu marqué qu'il serait presque impossible de s'assurer qu'il a eu lieu. Or on voit assez souvent l'iris ayant pour diamètre de sa grande circonférence 10 millim. et pour diamètre de la petite, c'est-à-dire de la pupille, 8 millim., se modifier tellement par l'action de la chaleur que le diamètre de la pupille arrive à n'être plus que de 2 millim, et même moins. Le tissu de l'iris se dilatant alors de 6 millim. dans le sens de ses diamètres, chaque ligne diamétrale s'allonge donc de trois fois sa longueur initiale; d'où il suit que si ce changement de l'iris était le résultat de sa dilatabilité physique, il faudrait admettre que cette membrane possède une dilatabilité *deux mille fois plus grande* au moins que celle des métaux qui sont le plus dilatables !

Nombre de membres de la Société ont vu la pupille se resserrer sous l'influence de la chaleur, d'un cinquième de son diamètre dans un cas, et du quart dans un autre. Quelques membres ont vu la pupille *se resserrer* sous l'influence *du froid* et *se dilater* sous celle de *la chaleur*, ce qui est le contraire de ce qui aurait eu lieu, si le phénomène avait été purement physique.

5° DE LA PRÉTENDUE NÉCESSITÉ D'UNE TURGESCENCE VASCULAIRE DE L'IRIS POUR PRODUIRE LE RESSERREMENT DE LA PUPILLE ; par le même.

Bien qu'il soit démontré aujourd'hui que l'iris contient des fibres musculaires, quelques physiologistes persistent à soutenir qu'au moins dans certains cas il est essentiel qu'une turgescence vasculaire de cette membrane vienne ajouter son action à celle des fibres musculaires. Telle est l'opinion de M. Gaddi et de M. Guarini.

Le premier de ces observateurs dit (1) avoir vu l'iris se dilater et conséquemment la pupille se rétrécir quand il poussait une injection dans les vaisseaux oculaires d'un cadavre. Il est évident que l'iris alors, de même que tout autre organe, doit gagner en volume ; mais en quoi cela prouve-t-il que pendant la vie il y a, dans certains cas, un afflux de sang dans l'iris? D'ailleurs il faudrait pour que le résultat signalé par M. Gaddi pût servir à l'opinion qu'il soutient, que le resserrement pupillaire produit par l'injection des vaisseaux de l'iris fût considérable. Or M. Brown-Séquard n'a vu qu'un resserrement à peine appréciable, après l'injection de l'artère ophthalmique, sur des lapins et des cochons d'Inde.

M. Guarini (2) appuie sa manière de voir sur ce que l'on ne produit jamais un resserrement pupillaire aussi considérable en galvanisant le nerf moteur oculaire commun que le resserrement qui a lieu pendant la vie sous l'influence d'une vive lumière. Il croit que la différence entre ces deux cas ne peut tenir qu'à ce que pendant la vie un afflux de sang dans les vaisseaux iriens vient en aide à l'action des fibres constrictives de la pupille.

M. Brown-Séquard fait d'abord remarquer qu'en excitant le nerf moteur oculaire commun à l'aide d'un appareil électro-magnétique puissant, on voit ce que Guarini rapporte n'avoir pas vu, c'est-à-dire un resserrement pupillaire très-considérable. Il signale ensuite plusieurs faits qu'il croit propres à démontrer sans réplique que les fibres musculaires de l'iris n'ont aucun besoin du concours d'une turgescence vasculaire pour produire le resserrement pupillaire le plus excessif.

Ces faits consistent dans l'application de divers excitants sur l'iris, dans des yeux extraits de l'orbite d'animaux vivants ou dans des yeux d'animaux venant de mourir. Dans toutes ces expériences on a eu soin, avant d'appliquer les excitants, d'attendre que la pupille, qui se resserre au moment où l'on tire l'œil de l'orbite, de même qu'un peu avant la mort, se fût dilatée. Il est évident que dans ces conditions, où le sang ne peut jouer aucun rôle dans le resserrement de la pupille, si on le voit avoir lieu d'une manière aussi considérable que chez l'animal vivant quand il y est à son degré le plus prononcé, il faudra bien admettre que l'intervention d'un afflux sanguin n'est pas nécessaire. Eh bien ! c'est ce que M. Brown-Séquard a constaté un très-grand nombre de fois de la manière la plus incontestable, dans les circonstances qui suivent :

1° L'excitation électrique ou galvanique a été employée tantôt à l'aide du petit appareil de Breton, consistant, comme on sait, en un fer doux qui s'aimante

(1) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1846, p. 511.

(2) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1845, p. 267, 268.

par le passage du courant d'un couple de Daniell, tantôt à l'aide du grand appareil à induction de Breton, que M. Rayer a généreusement mis à la disposition de M. Brown-Séquard. Quelquefois, mais rarement on s'est servi d'une pile de quatre couples de Daniell.

Plusieurs raisons peuvent faire que l'on ne voie pas la pupille se resserrer sous l'action du galvanisme; ainsi, en premier lieu, il ne faut pas qu'on s'attende à voir l'iris des mammifères se mouvoir de la même manière dans l'œil extrait de l'orbite que dans l'œil d'un animal vivant excité par la lumière. Dans ce dernier cas le mouvement est très-rapide, et il cesse aussitôt que cesse l'excitation; dans le cas où l'œil est extrait de l'orbite, le resserrement est très-lent à se produire, et il persiste après que l'excitation a cessé. La chaleur et le froid agissent comme le galvanisme à cet égard.

En second lieu, si l'on emploie un courant galvanique continu comme celui d'une pile voltaïque, il faut fermer et ouvrir le courant très-fréquemment; car si l'on se contente d'appliquer les réophores sur l'iris, et qu'on laisse ainsi passer le courant sans l'interrompre, il peut arriver que l'action sur la pupille soit nulle ou très-peu marquée.

Enfin on pourrait encore se tromper si l'on appliquait le galvanisme à un œil dont la pupille n'est pas dilatée d'une manière notable; dans ce cas, au lieu d'un resserrement pupillaire, on pourrait voir une dilatation.

Dans quelques cas, M. Brown-Séquard a vu la pupille se resserrer tellement sous l'influence de l'électro-magnétisme, qu'elle ne paraissait plus être qu'un petit point noir au milieu de l'iris.

2° Le froid et la chaleur agissent aussi sur l'iris de façon à ne laisser aucun doute sur la question examinée dans ce travail.

3° M. Brown-Séquard a déjà fait connaître un fait qui lui paraît devoir être considéré comme la rigidité cadavérique de l'iris. Il a vu sur plus de vingt espèces d'animaux la pupille commencer à se resserrer quelques heures ou un jour et quelquefois davantage après la mort. Les fibres circulaires étant plus puissantes que les rayonnées, se contractent lentement et resserrent quelquefois la pupille tout autant qu'elle peut l'être pendant la vie.

4° Chez certains animaux vertébrés et surtout chez la grenouille rousse et chez l'anguille, on voit aussi dans des yeux extraits de l'orbite un resserrement tout aussi considérable que dans les yeux de l'animal vivant. C'est sous l'influence de la lumière qu'a lieu ce grand resserrement; on sait en effet que l'iris de ces animaux est directement excitable par la lumière, ainsi que M. Brown-Séquard l'a démontré.

De ce qui précède, il ressort donc que les fibres musculaires de l'iris suffisent pleinement pour opérer le resserrement le plus considérable de la pupille, ou, en d'autres termes, qu'une turgescence vasculaire n'est aucunement nécessaire pour la production de ce phénomène.

6° Cas de mélanisme accidentel, observé chez un bouvreuil; par M. Morel-Lavallée.

Ce cas est un peu différent des six dont parle Buffon. Ce bouvreuil n'est pas partout d'un noir de charbon, comme ceux d'André Schœnberg, Anderson, Salerne et Réaumur; il n'a pas les cinq premières pennes de l'aile bordées de blanc et les pieds couleur de chair comme celui d'Ablin. Il a la gorge et toute la poitrine variées de noir et de roux vineux, ainsi que celui de Goula, mais il a de plus une tache blanche à l'extrémité des longues pennes de l'aile et une certaine symétrie, une alternation assez régulière dans les couleurs noire et rousse.

En effet, bien que la couleur rouge feu de la poitrine soit à peu près généralement passée au noir, on remarque encore à côté de l'oreille un bouquet de plumes d'un roux pâle, et cette coloration, comme étiolée, se reproduit sur la poitrine par bandes horizontales alternant avec des bandes d'un noir foncé.

A première vue, ce bouvreuil paraît noir comme une hirondelle, et il faut l'examiner d'assez près pour noter les nuances que nous venons d'indiquer. Sauf la distribution par bandes des couleurs rouge et noire, sa poitrine rappelle assez bien celle de la femelle du merle.

Ce bouvreuil, que j'ai depuis cinq ans, dit M. Morel, a commencé à noircir à la mue de 1846 (septembre); il a repris ses couleurs naturelles à la mue suivante (septembre 1847). Enfin, à la dernière mue (septembre 1849), il s'est revêtu de nouveau d'une robe noire et beaucoup plus foncée. La peau offre partout son aspect normal.

Ce bouvreuil, qui vit dans l'appartement dans un état de liberté absolue jusqu'à se poser sur le balcon, a constamment recherché l'ombre. Il se nourrit essentiellement de chènevis. Sa santé n'a jamais souffert.

Quoique son hygiène fût la même aux deux mues où il a pris des couleurs différentes, je lui supprimerai le chènevis pour le mettre au régime du millet additionné, pour reproduire autant que possible la variété de son alimentation des champs, et nous verrons ce qui arrivera à la prochaine mue.

7° Recherches sur le mode d'action de la strychnine; par M. Brown-Séquard.

Dans cette communication, M. Brown-Séquard s'est proposé de démontrer que la strychnine agit sur la moelle épinière et non sur les nerfs servant à la sensibilité, comme l'ont prétendu Stannius et quelques autres physiologistes.

Si l'on opère la ligature de l'aorte un peu avant sa bifurcation terminale, chez une grenouille, de façon à ce que les membres postérieurs ne reçoivent plus de sang, et qu'on empoisonne ensuite l'animal avec de la strychnine introduite dans sa bouche, on ne tarde pas à voir les phénomènes ordinaires de cet empoisonnement dans les quatre membres.

Si, au contraire, on empoisonne de la même manière une grenouille chez laquelle, après avoir coupé la moelle à l'origine des nerfs des bras, on a coupé aussi toutes les artères qui vont de l'aorte au rachis, on ne voit pas survenir les phénomènes de l'empoisonnement dans le train postérieur, bien que l'action réflexe y dure une demi-heure ou un peu plus en été et environ deux heures en hiver.

Dans la première expérience, les nerfs sensibles des membres postérieurs ne reçoivent pas de strychnine, tandis que la moelle en reçoit; nous voyons pourtant les phénomènes tétaniques avoir lieu dans les membres postérieurs.

Dans la seconde expérience, la portion de moelle séparée du cerveau ne reçoit pas de strychnine, tandis que les nerfs de sensibilité des membres postérieurs en reçoivent, et pourtant les phénomènes tétaniques ne s'y montrent pas.

Il y a donc lieu de conclure que c'est bien sur la moelle épinière qu'agit la strychnine et non sur les nerfs de sensibilité. (25 août.)

III. — Pathologie et anatomie pathologique.

1° Cas d'hydronéphrose observé chez un chien; par M. Davaine.

Le rein de cet animal est mis sous les yeux de la Société. L'uretère ayant été oblitéré auprès de son origine, l'urine s'est accumulée peu à peu dans le bassinet et a fait disparaître la presque totalité des substances rénales. M. Rayer a figuré plusieurs exemples remarquables de cette altération des reins chez l'homme; il n'en mentionne qu'un seul exemple chez le chien, animal qui semble être atteint de cette affection moins fréquemment que l'homme. (4 août.)

2° Coïncidence de plusieurs maladies graves de nature différente; par M. Tailhé.

La plupart des maladies, lorsqu'elles se prolongent, amènent presque toujours le développement d'autres affections, qui viennent compliquer et aggraver la maladie primitive. Ainsi, M. Tailhé a pu constater, dans le service de M. Rayer, chez un homme de 46 ans: 1° une paraplégie sans autre lésion qu'une injection veineuse de la portion lombaire de la moelle; 2° un rétrécissement de l'orifice pylorique, sans ulcération des parois de l'estomac; 3° deux poches acéphalocystiques contenant des échinoques développés dans le lobe gauche du foie, poches qui, pendant la vie, faisaient croire à l'existence de tumeurs cancéreuses; 4° une cystite; 5° une urétrite avec de petits dépôts pseudo-membraneux dans l'urètre; 6° enfin, un favus, existant sur le cuir chevelu et les membres supérieurs.

Cet homme était paraplégique depuis six années. Il avait abusé des plaisirs vénériens. Ollivier (d'Angers) attribue la paraplégie, dans ces circonstances, à la congestion qui a lieu, pendant le coït, dans les organes respiratoires, et par suite, dans le rachis et dans la moelle épinière. L'accumulation et la stagnation fréquente du sang dans ce centre nerveux et à l'entour amènent peu à peu la paralysie.

L'étude des cas complexes comme celui qui précède mériterait d'être faite avec soin, car si elle est difficile, elle est en même temps pleine d'intérêt. (4 août.)

3° Cas d'atrophie partielle de la moelle épinière, au niveau de son renflement lombaire, coïncidant avec une atrophie des racines antérieures correspondantes et avec une paralysie du mouvement volontaire dans les membres postérieurs, observé chez un jeune agneau; par M. Davaine.

« M. Rayer a dû à l'obligeance de M. Lallemand de pouvoir faire avec MM. Bernard, Chaussat et moi, la dissection d'un agneau de trois mois environ, présentant depuis sa naissance une incontinence d'urine avec les symptômes paralytiques suivants que nous avons parfaitement constatés.

» La paralysie du mouvement paraissait complète dans les membres postérieurs qui, roides et étendus, ne pouvaient plus agir sous l'influence de la volonté. Quand l'animal se mouvait, il traînait son train postérieur et se servait uniquement de ses membres antérieurs dont le droit, comme luxé par la mauvaise position, se tenait étendu en dehors pendant le repos.

» On s'est assuré avec soin que l'animal a conservé partout la sensibilité. En outre, on a constaté qu'un léger pincement des membres postérieurs y déterminait des mouvements réflexes très-évidents. Il ne manquait donc que les mouvements volontaires du train postérieur.

» L'agneau a été tué par l'injection dans la jugulaire, d'environ *cinq centigrammes* d'une solution saturée de chlorhydrate de strychnine. Avant la fin de l'injection (qui n'a pas duré plus d'une demi-minute), des convulsions se sont manifestées dans le museau d'abord, puis ont gagné successivement le col, les membres antérieurs, le tronc, et ne sont parvenues qu'en dernier lieu dans les membres postérieurs, où elles ont paru moins intenses que dans les membres antérieurs. Deux minutes après l'injection, l'animal était mort.

» Autopsie. — Le canal vertébral et les enveloppes de la moelle ne présentaient pas d'altération notable. Seulement, au niveau d'un grand nombre de racines rachidiennes et en dehors de la dure-mère, on remarque une matière gélatineuse, incolore, transparente, comme l'humeur hyaloïde qui semble infiltrer le tissu cellulaire qui entoure ces racines. Dans la région lombaire, cette matière gélatiniforme est beaucoup plus abondante. Le cerveau a son volume normal et n'offre rien de particulier. La moelle épinière, qui remplit toute l'étendue du canal vertébral est saine dans les régions cervicale et dorsale. Mais dans la portion lombaire, vers la troisième vertèbre lombaire, la moelle commence à subir une diminution de volume; puis, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, cette atrophie devient brusque et considérable au point de réduire la moelle au tiers tout au plus de son volume. Enfin, vers la cinquième vertèbre lombaire, la moelle épinière reprend sa grosseur et son apparence normales.

» Les deux paires rachidiennes qui proviennent de la partie de moelle atro-

phiée ne présentent d'altération sensible que dans leurs racines antérieures Pour l'une, la plus inférieure, la racine antérieure se trouve réduite à quelques tractus filamentaux et d'apparence nacrée. Pour l'autre, l'atrophie ne porte que sur les filaments inférieurs de la racine antérieure. De sorte qu'il y a par ce fait une interruption dans la continuité de la série des racines antérieures par l'absence de deux de ces racines, tandis que la série des racines postérieures reste partout sensiblement intacte.

» Les faisceaux antérieur et postérieur de la moelle paraissent atrophiés au même degré, ce qui contraste avec l'atrophie isolée et limitée aux racines antérieures, ainsi qu'on l'a vu.

» Les sillons antérieur et postérieur peuvent être suivis au niveau de la partie atrophiée de la moelle. Toutefois, en ce point, la pie-mère s'enlève très-difficilement.

» Dans la partie atrophiée de la moelle, la substance grise paraît avoir complétement disparu. » (11 août.)

4° CAS DE MÔLE VÉSICULAIRE ET REMARQUES; par M. DEPAUL.

Cette observation sera publiée avec quelques autres de divers auteurs, à la fin de cette année.

5° TUBERCULE COMPRIMANT LA MOELLE CERVICALE CHEZ UN LAPIN; observation recueillie par M. BROWN-SÉQUARD.

Les cas de tubercule comprimant la moelle cervicale n'étant pas nombreux, nous croyons devoir publier les particularités suivantes, bien qu'elles n'aient pas été observées sur l'homme.

Parmi plusieurs petits lapins achetés le 29 juillet dernier, on en remarqua un qui chancelait en marchant; il avait à peu près cinq semaines. Aucun renseignement ne put être obtenu à son sujet. Le 30 juillet, marche très-difficile; chutes fréquentes, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre. Mis sur le dos, il essaye, mais en vain, de se remettre sur ses pattes. Les quatre membres paraissent également faibles. En pressant sur les apophyses épineuses des vertèbres à la région cervicale, on cause de très-vives douleurs. La sensibilité paraît conservée partout. Le 31 juillet, l'animal ne peut plus se soutenir sur ses quatre membres; les mouvements volontaires sont rares et sans énergie; les mouvements excités par le pincement de la peau sont très-forts. Les mouvements respiratoires sont très-gênés. Les muscles animés par le nerf facial (*nerf respiratoire de la face* de Ch. Bell) se contractent vivement à chaque respiration. Défécation et mixtion naturelles. Le 2 août, tremblements dans les deux membres antérieurs, bien plus forts dans le membre droit. La veille, il avait eu des mouvements convulsifs dans ces deux membres. Depuis ce jour jusqu'à la nuit du 4 au 5 août où il mourut, on a constaté la continuation des mêmes symptômes, avec cette différence que les mouvements volontaires devinrent encore plus faibles, et que la sensibilité parut s'éteindre complétement. L'animal retirait vivement ses pattes quand on les lui pinçait, mais il ne criait pas. Ces mouvements pouvaient donc n'être que de simples mouvements réflexes. En outre, les tremblements des membres antérieurs devinrent presque constants, et il y eut aussi très-fréquemment des contractions tétaniques des muscles de la face postérieure du cou. La tête était alors tirée en arrière, et y était maintenue avec une énergie que l'on avait de la peine à vaincre.

Un autre symptôme mérite d'être signalé : c'est l'abaissement de la température. Six jours avant la mort de cet animal, sa température, prise dans le rectum, n'était que de 35°; celle de deux autres lapins de la même portée était de 38°; l'atmosphère ambiante était à 24°. Le 4 août, sa température était descendue à 32°. Cet abaissement notable de température a dû contribuer à amener la mort.

AUTOPSIE. Tous les organes étaient dans l'état sain. On trouva un tubercule de la grosseur d'une petite fève comprimant la moelle épinière, à partir de la troisième jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale. Ce tubercule était sur le côté droit, et au contact seulement de la moitié latérale droite de la moelle, qui paraissait saine, bien qu'aplatie transversalement. Le tubercule était entre les méninges et le rachis. M. Lebert a bien voulu l'examiner; le microscope y a démontré la structure du tubercule. On a trouvé sur un autre lapin, de la même portée que celui-là, un tubercule dans le poumon gauche.

IV. — TÉRATOLOGIE.

1° ABSENCE DE LA PLUPART DES VERTÈBRES CAUDALES CHEZ LE CHIEN; par M. DAVAINE.

Depuis longtemps on a remarqué des variétés assez considérables dans le nombre des vertèbres caudales chez plusieurs espèces d'animaux domestiques, et on sait qu'il est difficile d'établir les caractères ostéologiques de la queue du chien. F. Cuvier dit que le nombre des vertèbres caudales que l'on rencontre le plus ordinairement est de dix-huit, et il ajoute (art. *Chien*, DICTIONN. DES SCIENCES NATURELLES) qu'on assure qu'il existe une race de chiens dont la queue est extrêmement courte et de deux à trois pouces seulement de longueur. M. Davaine montre un petit chien nouveau-né chez lequel le nombre des vertèbres caudales est réduit à deux (4 août).

2° SUR L'EXPULSION D'UN FOETUS PAR LES ORGANES GÉNITAUX D'UNE CHIENNE DE CINQ SEMAINES; par M. PIPET.

M. Pipet, médecin à Yssengeaux (Haute-Loire), écrit à la Société pour lui faire part du fait bizarre, mais dont il existe déjà quelques cas dans la science, de l'expulsion d'un fœtus d'un mois à six semaines de vie intra-utérine, par les voies génitales d'une jeune chienne venue au monde depuis cinq semaines seulement. Si ce fait était bien avéré, — et il paraît l'être, — ce serait un cas à ajouter à ceux que l'on connaît, d'inclusion d'un fœtus dans les organes sexuels femelles d'un autre fœtus (4 août).

3° OEUF COMPLET INCLUS DANS UN AUTRE OEUF COMPLET; par M. RAYER.

M. Rayer montre un œuf d'oie complet, c'est-à-dire pourvu d'une coque calcaire, d'albumen et de vitellus, inclus dans un autre œuf complet, dont le vitellus et l'albumen sont également enveloppés d'une coque calcaire.

De tous les cas d'inclusion des œufs chez les oiseaux, cette disposition est la plus rare (18 août).

4° SUR UN CERVEAU FORMANT UNE TUMEUR A L'EXTÉRIEUR DU CRANE, AVEC ATROPHIE D'UN CÔTÉ DE LA FACE, CHEZ UN EMBRYON DE POULET; par M. DAVAINE.

M. Valenciennes a présenté à la Société, dans une de ses dernières séances, un embryon monstrueux de poulet, arrivé au huitième jour de l'incubation.

Voici les résultats de l'examen que M. Davaine en a fait :

Le corps est normal; le rachis ne présente aucune anomalie. La tête, au premier aspect, paraît formée entièrement par un œil et par une tumeur blanchâtre et frangée. Par un examen plus minutieux, l'on constate que cet œil est le droit, qu'il occupe sa place normale, et qu'il est bien conformé, sauf relativement à son volume, qui paraît exagéré. En arrière se voit l'orifice très-étroit du conduit auditif et en bas, le bec, bien conformé à droite, atrophié à gauche.

La tumeur blanchâtre et frangée occupe le côté gauche; son volume égale à peu près celui de l'œil droit; elle est entièrement formée par le cerveau bien reconnaissable, quoique très-modifié dans sa forme; elle n'est revêtue d'aucune membrane. Immédiatement en arrière du cervelet apparaissent les téguments, et un peu plus bas les premiers rudiments des vertèbres qui sont à l'état normal.

Cette tumeur présente, en avant, deux lobes un peu aplatis, lisses, séparés par une fente longitudinale; on les reconnaît facilement pour les hémisphères cérébraux.

En arrière, deux petites surfaces lisses, séparées par une scissure longitudinale, continuation de la précédente, paraissent être les couches optiques; immédiatement après et de chaque côté, une lame frangée, large, assez mince, recouvre plus du tiers de la tête; elle paraît formée par les lobes optiques et le cervelet déplissés. Cette lame se rétrécit en arrière et se termine en se continuant sans interruption avec la moelle épinière.

Sous cette lame frangée existe une cavité large, aplatie, où se trouve une membrane analogue à la pie-mère.

Si l'on soulève cette tumeur, l'on aperçoit, près du bec, un très-petit mamelon qui est l'œil gauche atrophié.

Par suite de l'atrophie du côté gauche de la face, la tête paraît formée, pour la moitié droite, par un œil, et pour la moitié gauche, par la tumeur cérébrale, dont la grande scissure est déjetée tout à fait sur le côté. (18 août.)

5° SUR UN CAS DE SCISSURE DE LA VOUTE PALATINE ET DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE (GUEULE DE LOUP) AVEC DÉFORMATION DU CERVEAU CHEZ UN FOETUS HUMAIN; par M. DAVAINE.

Dans son mémoire sur les vices de conformation du cerveau, publié en 1824 (JOURN. COMPLÉM. DES SCIENCES MÉD.), Tiedemann a appelé l'attention des observateurs sur la coïncidence singulière de l'absence des nerfs olfactifs avec le bec-de-lièvre. Les trois observations qu'il rapporte sont relatives à des becs-de-lièvre doubles, avec double scissure de la voûte palatine. Dans ces trois cas, les anomalies les plus remarquables du cerveau consistaient dans la fusion des hémisphères cérébraux, dans l'absence plus ou moins complète de la voûte à trois piliers et celle des nerfs olfactifs.

Le professeur Dubreuil (de Montpellier) a rapporté une observation analogue dans la GAZETTE MÉDICALE, 1835. Elle est relative à un enfant mâle, né à terme, qui vécut trois heures. Il présentait un bec-de-lière double, avec scissure de la voûte et du voile du palais.

Les hémisphères cérébraux étaient adhérents dans l'étendue du quart antérieur de leur face interne. Le corps calleux, le *septum lucidum*, la voûte à trois piliers, les nerfs olfactifs, n'existaient pas. M. Davaine met sous les yeux de la Société un monstre de ce genre : c'est un fœtus abortif de cinq mois environ, du sexe féminin, dont le corps est bien conformé. Il porte à chaque doigt auriculaire une petite boule de chair, attachée par un pédicule très-mince; la partie moyenne de la lèvre supérieure et les os intermaxillaires n'existent pas; il n'y a ni voûte, ni voile du palais, ni vomer; à la partie supérieure de la cavité commune de la bouche et des fosses nasales se voient les cornets et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Le crâne paraît plus grand qu'à l'état normal et les globes oculaires plus petits.

Le cerveau était dans un état de mollesse extrême; néanmoins M. Davaine a pu constater que les hémisphères cérébraux étaient réunis en un seul lobe, que les ventricules formaient une cavité unique et très-vaste relativement au volume du cerveau, enfin que les nerfs olfactifs n'existaient pas. De plus, la lame criblée de l'ethmoïde ne présentait pas de trous, et les trous optiques étaient extrêmement petits.

Quoique cette observation soit incomplète, M. Davaine a pensé, et avec raison, qu'elle offrirait quelque intérêt par son analogie avec celles de Tiedemann et de M. Dubreuil, et qu'elle pourrait engager les observateurs à faire de nouvelles recherches sur l'état du cerveau dans le bec-de-lièvre, sujet encore très-peu connu. (18 août.)

6° SUR UNE MONSTRUOSITÉ DE LA TÊTE OBSERVÉE CHEZ UN MEUNIER, OU CHEVAINE; par M. RAYER.

La tête de ce poisson offre une anomalie des plus curieuses, et qui a été ob-

servée plus fréquemment chez la carpe, poisson appartenant également à la famille des cyprinoïdes. Ces têtes de poisson, qui ont été comparées à la tête du chien mopse, ont pour caractère essentiel la brièveté extrême de toute la région maxillaire supérieure, tandis que la mâchoire inférieure, un peu plus courte qu'à l'ordinaire, dépasse de beaucoup en avant la mâchoire supérieure ; de telle sorte que la mâchoire inférieure représente une sorte de bec dont la bouche, de forme ovalaire, occupe la face supérieure.

Par suite de ces dispositions, la face se termine, au devant des yeux, d'une manière brusque, par une surface quadrilatère, à peu près verticale, ce qui donne à la partie antérieure de la tête du poisson l'apparence d'un fond très-développé.

M. Valenciennes rapporte, dans son HISTOIRE NATURELLE DES POISSONS, avoir pêché dans la Seine, près de Paris, un autre meunier qui offrait une semblable déformation, dont il a donné la description dans tous ses détails.

Cette monstruosité n'est pas rare chez les carpes en Silésie et même en France, dans les grands étangs, où l'on élève une quantité considérable de ces poissons. (25 août.)

7° SUR UN VEAU BICÉPHALE; par MM. RAYER et CL. BERNARD.

Le monstre dont il s'agit est né à terme et vivant ; son corps n'offrait rien de remarquable, à part la bicéphalie.

Les deux têtes, unies latéralement et postérieurement aux oreilles, sont libres en avant et divergent à angle aigu ; elles présentent un développement bien différent. La tête droite, du volume à peu près d'une tête de veau ordinaire, est bien conformée et complète, tandis que la tête gauche, beaucoup plus petite que sa voisine, sur laquelle elle semble greffée, manque totalement de mâchoire inférieure. Il n'y a pas de pharynx ni de cavité buccale proprement dite ; il existe seulement un petit appendice charnu, fixé au palais, et qui est un vestige de langue. A part cette différence, qui est considérable, chaque tête a donc deux yeux, deux naseaux, deux oreilles, dont les deux correspondantes se trouvent soudées dans l'angle rentrant qui existe au niveau de l'union des têtes. En arrière des oreilles, les têtes se confondent ainsi qu'il a été dit. Le col est unique, et présente un volume un peu plus qu'ordinaire.

Il y a deux cavités crâniennes distinctes, et qui ne se confondent qu'au-dessous de la tente du cervelet et près du trou occipital, qui est unique. D'après l'aspect extérieur du monstre et la différence de grosseur des deux têtes, on aurait pu penser que les deux cerveaux offraient une grande disproportion. Il n'en est rien cependant. La disproportion des têtes est surtout l'effet de l'absence de la mâchoire inférieure, et par conséquent de toute la partie inférieure de la face. Mais les crânes et les cerveaux sont sensiblement égaux.

Il y a donc deux cerveaux bien distincts et bien conformés. Il y a également deux tentes du cervelet, puis au-dessous deux cervelets bien conformés et séparés. Enfin la moelle allongée reste encore distincte dans sa partie supérieure. On voit deux becs de *calamus scriptorius*, et ce n'est qu'à leur partie inférieure que ces deux moelles allongées se confondent en une seule, très-peu au-dessus du trou occipital; de sorte que la moelle épinière, qui est au-dessous, est simple dans toute son étendue.

A la face supérieure des cerveaux, les méninges n'offrent rien de remarquable. Les scissures et les circonvolutions sont aussi bien marquées dans un encéphale que dans l'autre.

Après l'ablation des cerveaux faite avec précaution, on examine attentivement sur leur face inférieure l'origine des nerfs. Voici ce qu'on constate : les *première, deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième* et *septième* paires de nerfs existent doubles pour chacune des têtes, et laissent des centres nerveux dans leur lieu habituel. Ces différentes paires de nerfs présentent un développement qui paraît sensiblement égal dans les deux têtes, excepté pour les cinquièmes paires, qui sont plus petites dans la tête gauche, incomplétement développée.

C'est au niveau de l'origine de la huitième paire que les anomalies commencent dans les origines nerveuses, à cause de la fusion des moelles allongées qui leur donnent naissance. En effet, les deux huitièmes paires qui correspondent au point de jonction des deux moelles allongées sont représentées par quelques filets épars et en partie atrophiés, et s'enfonçant dans une sorte de trou borgne qui représente le rudiment de deux trous déchirés postérieurs atrophiés. Les deux huitièmes paires qui naissent, au contraire, du côté libre des deux moelles allongées, c'est-à-dire du côté opposé à leur soudure, sont parfaitement développées, et on y distingue très-nettement le *spinal*, le *pneumogastrique* et le *glosso-pharyngien*.

Les nerfs deviennent donc simples en réalité après la huitième paire, bien que les moelles allongées ne soient soudées qu'un peu au-dessous. Et il y a cette bizarrerie que le pharynx et le larynx, qui sont uniques, reçoivent cependant des nerfs de deux moelles allongées distinctes. Le nerf hypoglosse est simple ; car il naît après la soudure des deux moelles allongées.

Après avoir étudié, pour les deux têtes, le mode d'origine des nerfs aux centres nerveux, on a suivi les nerfs dans leur distribution dans les différents organes.

1° La première paire (nerf olfactif) se ramifie dans la membrane muqueuse des fosses nasales, d'une manière normale, dans les deux têtes.

2° Les nerfs optiques, dans les deux têtes, se distribuent aux yeux qui sont bien conformés.

3° Les nerfs moteurs des muscles de l'œil, savoir : les 3e, 4e et 6e paires, dans les deux têtes, se distribuent dans les muscles qui leur correspondent.

Le ganglion ophthalmique existe dans les quatre yeux avec ses nerfs ciliaires, comme à l'ordinaire.

4° La cinquième paire est complétement développée dans la tête droite qui est complète, c'est-à-dire qu'elle est composée de ses trois branches, l'*ophthalmique*, la *maxillaire supérieure*, la *maxillaire inférieure*, qui se distribuent chacune d'une manière normale, tandis que dans la tête gauche la cinquième paire n'est composée que de deux branches, l'*ophthalmique* et la *maxillaire* supérieure. Toutefois pour la cinquième paire du côté gauche de la tête gauche, il y a un rudiment de nerf maxillaire inférieur qui se rend en partie à l'oreille de ce côté et en partie au rudiment de langue dont il a été parlé plus haut. Pour la cinquième paire du côté droit de la même tête gauche, il y a absence complète de la branche maxillaire inférieure. Il y a plus : il n'y a pas de trou ovale ou maxillaire inférieur. Cette absence complète de la branche maxillaire inférieure de la cinquième paire du côté droit et l'absence de la portion motrice du côté gauche se rapporte parfaitement à l'absence de la mâchoire inférieure dans cette tête. Ce fait vient donc manifestement à l'appui de l'opinion déjà soutenue par Tiedemann, que le système nerveux règle le développement des organes. Là il s'agit, en effet, d'une portion de nerf dont l'absence coïncide avec le non-développement des organes où il se distribue.

A partir de la huitième paire, ainsi qu'il a été dit, les paires de nerfs cessent d'être doubles et se distribuent seulement à la tête droite qui est complétement développée. (25 août.)

V. — HELMINTHOLOGIE.

1° TUMEUR DANS LES PAROIS DE L'ESTOMAC D'UN CROCODILE DU NIL, FORMÉE PAR UNE AGGLOMÉRATION D'HELMINTHES (ASCARIS TENUICOLLIS RUDOLPHI) ; par MM. RAYER et CHAUSSAT.

En 1818, M. Tiedemann trouva des helminthes dans des *tubercules* assez durs de l'estomac d'un jeune crocodile mort à Heidelberg. Il en envoya plusieurs à Rudolphi qui les désigna sous le nom d'*ascaris tenuicollis* avec la caractéristique suivante : « Corps blanc ou en partie brunâtre vers la tête, long de 20 à 15mm,75, aminci de part et d'autre, surtout en avant ; tête nue distincte, à trois valves obtuses assez grandes ; queue munie d'une membrane mince de chaque côté ; queue du mâle courbée en dessous, obliquement tronquée et terminée par une pointe courte très-aiguë en avant de laquelle sortent deux spicules inégaux dont un seul est ordinairement visible ; queue de la femelle droite, déprimée, tubulée. »

M. Lallemand ayant eu l'occasion de disséquer un crocodile au Caire, remarqua entre l'œsophage et le cardia, une tumeur du volume d'une petite noix. Cette tumeur s'ouvrait dans la cavité de l'estomac par une large ouverture, et contenait une espèce de bourbillon dans lequel étaient nichés un grand nombre d'helminthes. Examinés par M. Rayer et par M. Chaussat, ils ont été reconnus pour être les mêmes que ceux déjà observés par Tiedemann et Rudolphi.

M. Chaussat met sous les yeux de la Société plusieurs de ces vers, ainsi que des figures qui les représentent. (4 août.)

2° SUR DES OXYURES DE L'INTESTIN DE LA TORTUE GRECQUE ; par M. J.-B. CHAUSSAT.

M. Robin ayant eu l'obligeance de faire remettre à M. Rayer une petite tortue grecque, dont l'intestin contenait une grande quantité de vers, M. Chaussat en a fait l'examen et il a constaté que ces helminthes appartenaient à la famille des oxyures. Plusieurs individus mâles et femelles sont mis sous les yeux des membres de la Société. M. Chaussat montre aussi des figures de ces vers, faites à divers grossissements, et qui permettent de voir la disposition du canal intestinal, et en particulier l'appareil corné dont est pourvu le renflement stomacal. Le mâle n'a qu'un spicule, circonstance qui, jointe à l'absence des trois papilles ou tubercules suffit pour faire distinguer de la famille des ascarides ces oxyures de la tortue grecque.

Ces oxyures ne sont point indiqués par les helminthologistes ; mais il se pourrait que les vers observés par Rudolphi dans l'intestin des tortues fussent ces mêmes vers dont le véritable caractère lui aurait échappé, parce qu'il ne les aurait pas examinés à un grossissement suffisant, ce qui était nécessaire, car ils n'ont que 3 à 4 lignes de longueur.

M. Dujardin ne fait point mention d'oxyures chez les tortues ; mais il dit avoir observé quelques nématoïdes que Rudolphi a placés parmi les ascarides, et qui pourraient bien former d'autres genres distincts. Le temps lui a manqué pour examiner à fond ces helminthes qui étaient peut-être les mêmes que ceux étudiés par M. Chaussat. (18 août.)

3° SUR UNE ESPÈCE D'HELMINTHE NÉMATOÏDE TROUVÉE SUR DES FEUILLES DE HOUBLON ET APPARTENANT AU GROUPE APPELÉ MERMIS PAR M. DUJARDIN ; par M. J.-B. CHAUSSAT.

On sait que M. Dujardin a trouvé, à Rennes, pendant les mois de mars, avril et mai, sur la terre humide des jardins, et dans l'estomac de plusieurs taupes, un ver qu'il nomme *mermis* et qu'il croit provenir des larves du hanneton. Plusieurs espèces de ces vers ont été trouvées dans des insectes par M. Siebold. Ces helminthes filiformes, qui, présentent le même aspect que les filaires, en diffèrent par un appareil digestif moins complet, et par le développement de leurs œufs.

M. Chaussat montre à la Société un mermis, et des figures le représentant à divers grossissements. Il fait remarquer une circonstance intéressante, relative à l'*habitat* de ces helminthes : c'est qu'ils vivent tantôt dans le corps d'un animal, tantôt sur le sol. (25 août.)

V. — BOTANIQUE.

SUR L'UREDO (POLYCYSTIS) VESICARIA DE KAULFUSS; par M. C. MONTAGNE.

Cette espèce paraît assez rare; elle infeste le limbe et les pétioles des feuilles de plusieurs violettes. Les échantillons qui m'ont été communiqués par M. Rayer envahissaient celles du *viola hirta* et provenaient de l'école du Jardin des Plantes; il y peu de différence entre cette urédinée et l'*uredo pompholygodes* dont M. Léveillé a fait le type de son genre *polycystis*. Les spores naissent dans des cellules nichées dans les méats intercellulaires du parenchyme, s'y multiplient probablement par segmentation et forment des sporoïdes qui à la maturité n'ont pas moins de deux cinquièmes de millimètre de diamètre. Leur morphose est donc différente de celle de beaucoup d'autres uredos qui ont un système végétatif filamenteux.

BIBLIOGRAPHIE.

DAS CONEIN UND LEUKOLEIN IM WECHSELFIEBER UND TYPHUS (LE CONINE ET LE LEUKOLIN DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES ET DANS LE TYPHUS); par le docteur GUSTAVE WERTHEIM. — Vienne, 1849.

Le *conine* constitue le principe actif de la semence et des fleurs du *conium maculatum*; on l'obtient en distillant ces parties de la plante avec des alcalis en quantité variable. L'état de croissance de la plante, l'époque où elle a été cueillie, l'ancienneté de la mâture première, influent sur la quantité des résultats qu'on obtient. Un corps qui renferme des principes aussi actifs que la ciguë ne peut être administré avec avantage et régularité que sous une forme qui permet d'en formuler les doses avec la précision et la régularité la plus grande.

Le conine, à l'état de pureté, se présente sous forme d'un liquide incolore, limpide, d'une consistance huileuse, d'une odeur pénétrante de ciguë. Il est plus léger que l'eau; son point d'ébullition, d'après les recherches d'Ortigosa, est à + 212 Cels.; assez soluble dans l'eau, il est cependant beaucoup plus soluble dans l'alcool et l'éther. Le conine forme avec les acides des sels qui se dissolvent facilement dans l'eau, l'alcool et l'éther. La formule du conine est $C^{16}H^{15}N$.

D'après cela on peut donc administrer le conine sous forme de solution aqueuse, alcoolique, éthérée, ou le prescrire en l'unissant avec des acides étendus. Dans les expériences faites par l'auteur, il s'est toujours servi de la solution aqueuse du conine pur; voici la formule mise en usage pour vingt-quatre heures :

Prenez : Conine pur. . . gr. 1/64, 1/32, 1/16, etc.
Aq. distill. . . Unc. sex.
D. S., à prendre deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Le *leukolein* ou *chinolin* ne se présente pas, jusqu'ici du moins, tout formé dans la nature. A. Hofmann l'a obtenu le premier comme produit de la distillation sèche du charbon de terre, mélangé avec le picolin, l'anilin, et d'autres substances dans ce qu'on a appelé le goudron minéral. Plus tard, Gerhard et Bromier l'ont obtenu tout différemment en chauffant de la quinine, de la cinchonine et de la strychnine avec une lessive de potasse aussi concentrée que possible.

Son extraction des principes de la quinine donna lieu à la dénomination de *chinolin*. Cette substance, de quelque manière qu'elle ait été obtenue, est plus lourde que l'eau, d'une consistance huileuse, à l'état de pureté complétement incolore et limpide comme de l'eau. Elle possède un pouvoir de réfraction extrêmement intense, une saveur amère pénétrante, et une odeur analogue à l'acide prussique; elle est difficilement soluble dans l'eau; mais elle se dissout très-bien dans l'alcool, dans l'éther et dans tous les acides étendus, avec lesquels elle forme des sels très-cristallisables. Sa formule est $C^{18}H^{7}N$. L'auteur a toujours employé à l'intérieur la combinaison du leukolein, avec l'acide sulfurique, en dissolution dans l'eau. Cette préparation a été obtenue en faisant dissoudre le leukolein pur, dans une très-petite quantité d'acide sulfurique pur. Pour l'usage externe il a employé une solution de leukolein pur, dans une petite quantité d'alcool, en y ajoutant des quantités considérables d'eau. Voici la formule usitée pour l'usage interne dans les vingt-quatre heures :

Prenez : Leuc. sulf. . gr. 1/2, 1, 1/2, etc.
Aq. distill. . Unc. sex.
D. S. Toutes les trois heures, deux cuillerées à bouche.

Pour l'usage externe :

Prenez : Leucol. pur. gr. 2, 3, etc.
Alcol. Q. S.
Aq. font. . . Unc. 2.
D. S. A mélanger avec un lectel d'eau pour lotions.

Voici les résultats obtenus au point de vue thérapeutique :

1° L'effet le plus évident et le plus sensible de ces deux substances se fait sentir sur le pouls,

2° Le conine, aussi bien que le leukolein, possède, à certaines doses, dont nous allons dresser le tableau, la propriété de déprimer le pouls. Le conine agit ainsi quand le pouls est plein et dur, et d'après cela quand la fièvre offre encore un caractère inflammatoire. Le leukolein, au contraire, lorsque le pouls est faible et accéléré, lorsque la fièvre prend un caractère asthénique.

CONINE DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

Pouls plein.	Doses.	Effet.
84—74.	1/4 gr. par jour.	Empêche le pouls de s'élever à 100 et
70—60.	3/8 gr. par jour.	au delà, et ne permet qu'une accé-
56—48.	1/2 gr. par jour.	lération intermédiaire jusqu'à 80.

CONINE DANS LE TYPHUS.

Pouls plein.	Doses.	Dépression à
124—100	1/64 gr. par jour.	84
90—80	1/8 —	64
72—68	3/8 —	56
56	1/2 —	48

LEUKOLEIN DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

Pouls faible.	Doses.	Effet.
84—74	1 1/2 gr. par jour.	Au moment des accès le pouls, sous
70—60	2 gr. —	l'influence du médicament, ne
56—48	2 1/2 gr. —	s'élève qu'à 80.

LEUKOLEIN DANS LE TYPHUS.

Pouls faible.	Doses.	Dépression à
124—100	1/2 gr. par jour.	84
90—80	1 gr. —	64
72—68	1 1/2 gs. —	56
57	2 gr. —	48

3° Si, par l'emploi méthodique de l'une ou l'autre de ces deux substances, le pouls est revenu à son état normal, on peut, en augmentant les doses, déterminer un abaissement considérable au delà des pulsations normales.

Dans la fièvre intermittente, quarte et tierce, on peut espérer de voir l'accès s'arrêter; d'après l'état du pouls, avec 1/2 grain de conine, avec 2 1/2 gr. de leukolein; dans les accès quotidiens, pour vingt-quatre heures, la dose indiquée est de 3/8 gr. de conine et de 2 gr. de leukolein pour couper les accès. En général, l'effet a paru d'autant plus assuré à l'auteur, sous le rapport de la manière dont les deux médicaments ont été supportés, lorsque déjà auparavant, dans les jours intermédiaires aux accès, on a donné une petite quantité de ces médicaments, en moyenne de 11/32 de grain pour la conine et de 1 gr. de leukolein par jour; dans les fièvres quotidiennes, où ce temps de préparation comprend un accès, on ne donne pas le remède pendant le stade de chaleur.

Dans le typhus, la fréquence du pouls et l'intensité de la fièvre sont, en général, en rapport direct; la déprimer est donc d'une très-grande importance, dans les maladies aiguës, autant pour la marche de l'affection que pour le rétablissement du malade. Lorsque le pouls est fréquent et sthénique, l'indication est d'employer le conine; s'il est petit et asthénique, on aura recours au leukolein. Une fois arrivé à l'état normal, le pouls doit encore être déprimé, par des doses croissantes de médicaments, qu'on devra continuer quelque temps. Plus la maladie a débuté avec violence, plus longtemps il faudra avoir égard à ce précepte. En général, il suffit de trois jours, à partir du moment où la fièvre est tombée. Les lotions simultanées avec leukolein ont été abandonnées par l'auteur. Rarement, et seulement dans des cas où l'estomac avait été chargé antérieurement, il a prescrit un émétique. Des applications froides sur la peau, des lotions chaudes sur le bas-ventre, tendu, ont paru soulager les malades.

Au moyen de cette méthode de traitement on diminue la violence et la durée de la maladie; au début on peut parvenir à arrêter la marche de l'affection, pourvu qu'on administre les doses proportionnées à l'état du pouls.

Les observations de l'auteur portent sur 84 cas de fièvre intermittente et sur 104 cas de typhus.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION ÉPIDÉMIQUE.

DU CHOLÉRA. — SON DÉCLIN. — CONVALESCENCE ET ACCIDENTS CONSÉCUTIFS. — CARACTÈRE DES MALADIES RÉGNANTES.

C'est le propre, comme on sait, des grandes épidémies, des épidémies dites *accidentelles*, de s'annoncer un certain temps à l'avance par une physionomie toute spéciale des maladies régnantes, d'imprimer pendant sa durée des traits particuliers aux affections intercurrentes, de se modifier elles-mêmes dans leur caractère principal à mesure qu'elles déclinent, et enfin de laisser en disparaissant, dans la constitution médicale de la saison, des stigmates plus ou moins durables. Ainsi en a-t-il été de l'épidémie de 1848. Longtemps avant son invasion, nous signalions à cette place la physionomie insolite et parfois très-positivement cholériforme des maladies. Plus tard, et à diverses reprises, nous avons fait ressortir, dans des affections fondamentalement étrangères au choléra, certains traits qui paraissaient comme un décalque partiel du type cholérique : une diarrhée blanche dans le cours d'une fièvre typhoïde, des crampes chez un pneumonique, etc. Tout récemment enfin, nous avons signalé un changement notable dans le caractère de l'épidémie, changement plus fortement accusé depuis, et consistant dans une moindre fréquence avec une moindre intensité des crampes et de la cyanose, ainsi que dans une atténuation commençante de la gravité du mal. On voit qu'il ne nous reste plus, pour remplir le cadre indiqué tout à l'heure, qu'à rechercher si l'affection épidémique, au point de son déclin où elle est arrivée, paraît déjà devoir marquer de son sceau la constitution médicale qui lui succédera. Nous allons dire aujourd'hui ce que l'observation nous a appris à cet égard ; après quoi nous ferons part de quelques remarques personnelles au sujet de la convalescence et des suites du choléra.

Nous parlons du déclin de l'épidémie ; nous n'oublions pas pourtant la dernière recrudescence, dont nous sommes encore si près. Mais tout nous porte à penser que, sauf des oscillations insignifiantes, l'épidémie, à peu près tombée, ne se relèvera plus, du moins cette année. Sa *queue*, comme on dit, pourra se prolonger plus ou moins longtemps, mais sans prendre de proportion inquiétante. A un moment où l'épidémie, après une série de recrudescences, se tenait depuis plusieurs mois à un taux assez élevé, le 15 septembre dernier, nous ne craignions pas de présenter comme une probabilité très-sérieuse sa prochaine et définitive décroissance. Notre induction s'appuyait uniquement sur des considérations étiologiques. Jusqu'ici elle a été remarquablement confirmée par les faits ; car le nombre des invasions est tombé rapidement à un chiffre que n'avait encore atteint aucun des précédents mouvements de décroissance. Une dizaine d'entrées par jour dans les hôpitaux, cinq ou six décès en ville, voilà le bilan actuel. Certes c'est bien là une limite extrême de déclin, pour une maladie qui tuait journellement sept à huit cents individus.

Or, depuis le début de ce dernier mouvement de décroissance, nous avons observé, avec une fréquence de plus en plus grande, un certain état des voies digestives qui, ne pouvant être assimilé, ni par les symptômes locaux ni par les symptômes généraux, au choléra, emprunte néanmoins à ce dernier des traits caractéristiques. Tout le monde connaît ce sentiment d'angoisse, de constriction douloureuse à l'épigastre, propre au choléra. Alors les boissons ingérées, surtout les boissons chaudes, sont rejetées presque aussitôt et avec une sorte de violence ; les malades écartent de la région de l'estomac les couvertures, les draps, la chemise même, et se plaignent d'un étouffement insupportable. Eh bien ! actuellement un état analogue, on peut bien dire semblable, s'observe chez beaucoup d'individus n'offrant du reste aucun autre symptôme cholérique, sauf parfois de légères crampes. Tantôt précédé pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines de digestions difficiles, tantôt survenu subitement (par exemple, le matin après une nuit calme), cet état s'annonce par des nausées et de la pesanteur de tête, auxquels succèdent rapidement le resserrement épigastrique et l'étouffement. Aux vomissements se joignent de nombreuses éructations, ordinairement inodores. L'épigastre est tendu, très-douloureux, surtout à la pression ; la douleur se propage assez fréquemment au dos, remontant le long de la colonne vertébrale. Le pouls s'élève peu d'abord, ou même se ralentit notablement ; mais si la maladie se prolonge ou s'étend, comme nous le dirons plus loin, une fièvre véritable s'allume ; le pouls devient fréquent, la peau sèche, les urines épaisses, briquetées ou d'un jaune foncé, rappelant clairement la couleur de la bile, la tête de plus en plus lourde, le sommeil nul ou très-agité.

L'ipécacuanha, administré au début à dose vomitive, juge quelquefois la maladie après quelques évacuations bilieuses ; mais trop souvent il n'apporte qu'un soulagement momentané. Dans ce cas, il est prudent de ne pas insister. Le plus souvent alors une nouvelle dose ne fait qu'exagérer la susceptibilité de l'estomac. Les purgatifs, même doux, n'ont pas un meilleur résultat. Il n'est pas jusqu'aux boissons les plus légères, jusqu'à l'eau pure, si petite qu'en soit la dose, qui ne provoque aussitôt à l'épigastre la sensation d'une barre insupportable. Si l'eau est rejetée par le vomissement, comme c'est l'ordinaire, la barre disparaît ; sinon elle dure fort longtemps, une heure, deux heures et plus ; et ce n'est pas un phénomène digne de peu d'attention, que cette longue durée d'un malaise provoqué par une si minime quantité de liquide.

Contre ce pénible état, le traitement le plus efficace nous a paru être le suivant : application d'un très-large vésicatoire camphré à l'épigastre. L'effet de ce moyen est de détendre la partie, de diminuer rapidement le sentiment de constriction et les vomissements. En même temps, on administre deux ou trois fois par jour un lavement purgatif : moyen d'autant plus indiqué que, dans la forme purement gastrique dont il s'agit ici, il y a tendance à la constipation ; les matières amenées par les premiers lavements sont ordinairement noires, dures, ramassées en petites boules. Cette provocation des mouvements péristaltiques des intestins nous a paru très-propre à rompre, par une dérivation ou de toute autre manière, le spasme de l'estomac. Enfin, on administre avec beaucoup d'avantage la glace avalée en petits morceaux, ou l'eau pure glacée, ou l'eau de Seltz à la même température, suivant le degré de tolérance de l'estomac. Il y a des cas où l'intolérance est si grande que la glace elle-même ne peut être supportée que prise à très-petites doses et à des intervalles éloignés. Il faudrait s'en abstenir complétement et livrer l'estomac à lui-même si elle paraissait amener de la pesanteur. Quand l'eau de Seltz à la dose de quelques cuillerées seulement toutes les dix minutes peut être supportée, elle ne tarde pas à amener un mieux-être considérable.

Dans la forme morbide que nous venons de décrire, la région épigastrique était le siége exclusif des accidents locaux. Mais il en est une autre

---

Feuilleton.

MÉDECINS DE L'ANTIQUITÉ ; DE LEUR POSITION SOCIALE.

Si l'érudition était en faveur parmi les médecins de notre pays, si on y avait encore le goût des études profondes véritablement instructives, si nous n'étions pas à une époque où la fureur puritaine de l'utilité actuelle, immédiate, se réduit à gagner un peu plus ou un peu moins d'argent ; d'un autre côté, si l'on pouvait croire à la durée de quelque chose en France et se placer en dehors de la pression des événements désastreux et surtout de cette atmosphère politique tout à la fois brûlante et délétère qui nous enveloppe tous, il y aurait un magnifique sujet d'histoire de la médecine à traiter, c'est celui de la position sociale des médecins aux différentes époques de l'antiquité. Étudier, chercher, reconnaître quel rang ces médecins ont occupé, quels honneurs ils reçurent, puis quels dédains, quel mépris, quel avilissement, ils eurent à essuyer, est-il rien de plus grand, de plus instructif qu'un pareil sujet, médicalement et philosophiquement parlant ? Non-seulement il se rattache aux diverses phases sociales de la profession, mais il se lie à l'effort civilisateur de l'esprit humain dans tout ce qui compose son avoir scientifique. Mais qui oserait maintenant faire une semblable entreprise ? Une chose déplorable à dire et qui n'en est pas moins vraie, c'est qu'un pareil ouvrage, quelque important, quelque profond et substantiel qu'il fût, ne trouverait ni éditeur, ni acheteurs, ni lecteurs. Personne aujourd'hui ne veut faire crédit de son attention à des ouvrages de cette nature. Les intérêts prochains, matériels sont les seuls qui soient en faveur, tout le reste est placé sous un lourd et large cachet d'oubli et d'indifférence. En général les grands travaux scientifiques sont négligés et abandonnés ; on ramasse quelques faits, quelques observations, et l'on se dit fidèle à la méthode expérimentale. On ignore, d'une part, que l'observation est bientôt stérile, sans le jugement qui la féconde, sans la raison qui l'exploite et la limite tout à la fois ; d'un autre côté, que ce qu'on veut et ce qu'on cherche est souvent jeté et coule depuis longtemps dans ce grand et large fleuve de l'érudition inconnu aux esprits faibles et paresseux, à ces *lâches d'études*, comme dit le vieux Pasquier, bornés, cerclés dans leur étroit horizon.

L'étude approfondie de la position sociale des médecins dans l'antiquité se présente sous deux points de vue différents et tous les deux très-dignes d'intérêt, c'est le passé et l'avenir de la profession. Sous le premier, on voit la médecine naître, grandir, s'élever, s'abaisser, s'éclipser, reparaître ensuite brillante et rayonnante, se placer au niveau des plus hautes sciences, car elle est cultivée par les esprits les plus éminents ; elle s'aide de toutes les autres sciences et elle les féconde à son tour de ses principes ; la position sociale des médecins est du reste constamment en rapport avec celle de la science dont ils font profession. En Égypte, il font partie des prêtres, des hiérophantes ; dans ce petit et illustre pays, longtemps le caractère sacerdotal et médical est absolument le même, et c'est presque toujours dans le collége des prêtres qu'on élisait les rois. En Grèce et dans les plus beaux temps des républiques qui la composaient,

où la maladie envahit le système digestif tout entier et devient même parfois plus accentuée dans les intestins que dans l'estomac. Alors, aux symptômes décrits tout à l'heure, se joignent la tension, le météorisme, l'endolorissement de tout l'abdomen. Le météorisme surtout est considérable, et nous l'avons vu porté à un degré véritablement énorme. Les intestins distendus semblent frappés d'inertie et impuissants à déplacer la masse de gaz qui y est accumulée. Si l'estomac a laissé passer quelques liquides, leur arrivée dans l'intestin est marquée par une tension plus grande. Les garde-robes, bien que parfois liquides au début, se suppriment ou deviennent très-rares et difficiles. Le sujet sent un besoin continu d'aller à la garde-robe, qu'il ne peut satisfaire; il a peine même à rendre quelques gaz, dont l'expulsion est toujours suivie d'un grand soulagement. Il nous est arrivé de sentir pendant plusieurs jours de suite, à la même place, soit vers le cœcum, soit vers l'S iliaque, des amas de fèces, témoignage manifeste du défaut d'action des intestins. C'est dans ces cas surtout que la peau s'échauffe et se dessèche, que le pouls devient fréquent, principalement la nuit. Le facies s'altère et devient jaunâtre; l'amaigrissement est rapide; des tiraillements douloureux se font sentir dans les cuisses, et la faiblesse est bientôt portée à un degré extrême.

Cet état, qui est ordinairement précédé ou accompagné, comme nous l'avons dit, d'accidents gastriques, leur survit dans le plus grand nombre des cas : à tel point même que l'estomac commence parfois à recouvrer de l'appétence et à digérer des aliments légers, alors que le tube intestinal est encore incapable d'aucune fonction. C'est une circonstance dont il faut tenir grand compte dans la convalescence.

Contre les accidents intestinaux en particulier, la thérapeutique a un peu les mains liées. Tant que l'abdomen est tendu et douloureux, il n'y a pas à songer aux laxatifs administrés par la bouche. Alors même que l'estomac les laisserait passer, ils aggraveraient le désordre intestinal. On ne peut même recourir aux lavements purgatifs qu'avec beaucoup de ménagement. Cependant il importe de débarrasser les intestins des matières fécales et des gaz. Pour cela, le mieux est d'administrer des lavements adoucissants, rendus légèrement laxatifs : le lait miellé, l'eau de poirée, l'eau de son huileuse, etc. Les lavements entiers ont l'avantage de provoquer plus facilement, plus complétement les contractions intestinales; mais souvent ils augmentent trop vivement les coliques; il faut alors se borner aux demi-lavements répétés trois fois par jour. Les matières ainsi évacuées sont ordinairement d'un jaune noirâtre et excessivement fétides. Leur sortie est suivie d'un sentiment de bien être très-prononcé. Les bains tièdes prolongés, quand l'angoisse épigastrique ne les interdit pas, sont aussi fort utiles pour détendre l'abdomen et provoquer la sortie des gaz. On y peut joindre, dans les intervalles, des fomentations huileuses et chaudes. Enfin, il peut arriver, et nous en avons vu un exemple, que le météorisme soit tel, qu'il constitue l'accident principal et réclame les premiers moyens thérapeutiques. Dans le cas dont il s'agit, et où le ventre, sonore comme un tambour, énormément développé, gênait d'une manière inquiétante l'action du diaphragme, nous administrâmes 3 gouttes d'ammoniaque répétées cinq ou six fois, à dix minutes d'intervalle; il s'ensuivit une véritable explosion par le rectum; quelques heures après, l'abdomen était diminué de moitié. Dans un autre cas moins grave, nous pûmes extraire une grande quantité de gaz au moyen d'une longue canule enfoncée très-avant dans les gros intestins, pendant qu'on exerçait des pressions méthodiques sur la paroi abdominale.

Telle est l'affection que nous avons fréquemment observée depuis quelque temps. Il nous paraît difficile de ne pas y reconnaître, surtout dans la forme gastrique, une parenté avec le choléra. C'est pour ainsi dire une portion détachée de la symptomatologie de cette affection. Sans nous engager bien avant dans la théorie, nous pouvons dire au moins que l'action normale du tube digestif se trouve comme suspendue de telle manière que l'estomac et les intestins ne se prêtent plus à la circulation de leur contenu. L'estomac, quand il ne rejette pas la substance qu'on lui envoie, la garde fort longtemps, fût-ce une simple cuillerée d'eau, avant de la transmettre au duodénum ; et il en résulte cette sensation de *barre transversale*, si pénible, si poignante. Les intestins ne réagissent ni contre les gaz, ni contre les matières solides ou liquides qu'ils contiennent. Nous nous bornons, de peur de nous égarer, à cette simple indication du fait.

Nous avons dit en commençant que nous entrerions dans quelques considérations sur la convalescence et les suites du choléra. C'est ce que nous allons faire en peu de mots.

La convalescence est à peu près ce qu'elle était dans l'épidémie de 1832. Quand les malades échappent définitivement aux accidents graves, ils restent encore pendant un certain nombre de jours, trois, quatre, cinq jours, avec les yeux ternes, enfoncés dans l'orbite et environnés d'un cercle bleuâtre, la peau de la face collée sur les os, la voix éteinte, etc. : nous avons noté cet état dans un de nos précédents articles. Il est évident que, malgré la disparition des vrais accidents cholériques, malgré le retour des urines et d'un peu de chaleur, la nutrition ne se ranime que d'une manière insensible. Peu à peu pourtant, à mesure que l'estomac recouvre ses fonctions, le regard se réveille, le tissu cellulaire se remplit, les parois abdominales, qui étaient restées comme plaquées contre les fosses iliaques et la colonne vertébrale, se soulèvent; les intestins, qu'on sentait contractés, rapetissés, se développent, et le malade entre décidément en convalescence. *Celle-ci est toujours excessivement longue.* On rencontre bon nombre d'individus ayant eu le choléra il y a cinq ou six mois et accusant encore une grande faiblesse générale, des douleurs dans les membres inférieurs ou les reins, une lenteur extrême dans le retour de l'embonpoint, des alternatives de constipation et de diarrhée, des digestions difficiles, une sensibilité insolite au froid, etc. Ces dérangements se rencontrent même chez des personnes qui n'ont eu que des choléras légers ou de simples cholérines. Toutefois, ceux-là sont encore le mieux partagés, chez qui la convalescence n'est que lente et n'est pas enrayée autrement que nous venons de le dire. Dans beaucoup de cas, cinq ou six jours après la disparition des accidents cholériques, tant ceux de l'algidité que ceux de la réaction, on voit se développer une série de troubles de circulation dont chacun suffit quelquefois pour mettre de nouveau la vie en danger. Chez celui-ci, l'estomac devient graduellement le siége d'une chaleur intense et les vomissements se renouvellent; chez un autre, le poumon devient mat et fait entendre un râle crépitant et un bruit de souffle; un troisième est frappé d'ophthalmie, un quatrième de rougeurs érysipélateuses, etc. Nous avons même vu ces diverses altérations se succéder chez les mêmes individus pendant plus d'un mois après la guérison du choléra. Souvent aussi il s'y joint des exsudations de matière concrescible dans le nez, au bord des lèvres ou des paupières, ou bien de nombreux furoncles qui parcourent presque toutes les parties du corps. Il n'est pas douteux que ces lésions consécu-

---

les médecins furent citoyens, ils en eurent les droits, les prérogatives; aussi la science y fut-elle singulièrement honorée et cultivée. N'est-ce pas une chose extraordinaire, et qu'on peut citer à l'éternel honneur des médecins de l'antiquité, de voir le roi de Perse, le roi des rois, humblement solliciter un petit bourgeois d'Athènes, nommé Hippocrate, pour sauver sa famille. A Rome les choses sont bien différentes, le droit de la force était le droit suprême, l'art de tuer les hommes l'emporta nécessairement sur celui de les guérir. Les médecins, comme tous ceux qui cultivaient les sciences et les arts, n'obtinrent donc que des rangs inférieurs dans cette société si rigoureusement hiérarchisée. Toutefois il fut donné aux médecins grecs de parvenir à une grande considération surtout sous les empereurs. Mais pendant longtemps ils furent méprisés et avilis même par des hommes de mérite. Pline le naturaliste déversa continuellement sur eux sa haine et ses railleries. Ce n'est pas, dit-il, le remède que blâmaient les anciens, c'est le métier. *Non rem antiqui damnabant, sed artem* (lib. XXIX, c. 8). Subtilité ridicule et logomachique, sans doute l'origine de cette absurde prétention d'avoir la médecine sans le médecin. Ailleurs Pline soutient que la Grèce voulut se venger de Rome par les médecins qu'elle y envoyait. Toute cette virulente déclamation fut pourtant inutile : les médecins grecs eurent à Rome une vogue extraordinaire, sans qu'on sache néanmoins quels furent positivement leurs droits civiques dans cette capitale du monde.

Les faits traditionnels qu'on trouve dans les historiens manquent de clarté et d'évidence sur les institutions médicales dans l'antiquité. Y avait-il des académies, des gymnases, où l'on enseignait la médecine ? ou bien chaque médecin avait-il ses élèves le suivant chez ses malades en ville ? On pourrait croire que cette dernière coutume avait lieu à Rome, d'après l'épigramme si connue de Martial sur le médecin Symmaque. En Grèce, il y eut des écoles ou des agrégations corporatives d'hommes consacrés à instruire ceux qui se destinaient à la profession de médecin. Le serment d'Hippocrate pour les initiés et les paroles de ce grand homme : *Sacra sacris communicanda, profanis vero nefas*, en sont les preuves, qui pourtant n'ont rien de décisif. Par la même raison, nous ignorons si les médecins de l'antiquité acquéraient un droit d'examen, avec garantie, si le nombre en était borné, ou s'il y avait, comme à notre époque, une fatale concurrence illimitée, enfin s'il y avait parmi eux des règlements, une intervention disciplinaire, s'il y eut aussi dans leur temps, comme dans le nôtre, un charlatanisme rongeant et souillant la profession. On vit sans doute aussi dans l'antiquité, ce qui est si commun de nos jours, faire de la médecine une sorte d'industrie qui s'apprend, s'exploite, se propage, se transmet comme toutes les autres; il n'y manque que des courtiers. Ce qui paraît certain, c'est qu'il y avait aussi, dans les temps anciens, des médecins spécialistes. On lit dans une ancienne inscription : *P. Decimus heros merula*, MEDICUS CLINICUS, CHIRURGUS OCULARIUS.

Le lecteur n'attend pas de nous sans doute de traiter toutes les questions exposées précédemment; notre cadre est trop étroit pour y tracer de pareils tableaux, et les présenter en raccourci, ce serait en faire perdre le sens, la grandeur et la vérité. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que la position sociale des médecins de l'antiquité a beaucoup varié, moins en Grèce qu'à Rome et dans les vastes pays soumis à ses armes et à sa politique. Il y eut alors des médecins très-élevés, comblés d'honneurs; il y en eut beaucoup qui furent esclaves

tives ne soient le résultat de l'épaississement du sang pendant la période cholérique et peut-être d'une altération irrémédiable de quelques-unes de ses molécules. On conçoit très-bien qu'un sang trop épais expose à des embarras divers de la circulation ou qu'un sang altéré donne lieu à des exsudations puriformes. Ces congestions consécutives doivent être distinguées de celles, si souvent funestes, qui accompagnent la réaction. Nous le répétons, elles ne datent pas de cette période de la maladie; ce ne sont pas, du moins uniquement, des congestions passives produites pendant la durée du choléra, et qui seraient ultérieurement le point de départ d'un travail phlegmasique; elles s'établissent de toutes pièces, plus tard, pendant la convalescence. La preuve, c'est que le poumon qui s'engorge donnait la veille un bruit respiratoire normal et résonnait parfaitement; c'est que la conjonctive qui s'injecte (car ici le fait est pas tent) avait la veille une coloration naturelle. Cette distinction entre les congestions primitives, qu'on pourrait appeler *de réaction*, et les congestions consécutives, mérite, croyons-nous, une attention particulière.

PROPHYLAXIE.

SUR UN PROCÉDÉ DE VACCINATION PRÉSERVATRICE DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon).

Quâ cuspide vulnus
Senserat, hâc eâdem cuspide sensit opem.
PROP.

A peine entrevue jusqu'à ces dernières années, l'idée d'un moyen préservateur de la syphilis a de plus en plus préoccupé les esprits depuis les belles recherches de M. Ricord sur la pathogénie de cette affection; de telle façon qu'aujourd'hui une pareille découverte répondrait non moins à une sorte de pressentiment général parmi les savants qu'à un besoin social réel. L'essai dont je vais dire les phases diverses est-il destiné à résoudre le problème? Ce sera au lecteur de le décider, après avoir pris connaissance des moyens que j'ai employés pour atteindre le but. Je suivrai dans cette exposition l'ordre selon lequel la conception du procédé, puis les applications cliniques se sont succédé. Il va donc être question dans autant de chapitres distincts :

1° Du vaccin antisyphilitique; de son choix et de la détermination théorique de son efficacité;

2° Des essais cliniques; du procédé opératoire mis en œuvre;

3° Des résultats de ces vaccinations; de l'appréciation expérimentale de leur influence prophylactique;

4° De l'examen des objections qui peuvent être soulevées contre ces essais;

5° Des conditions d'application, de la valeur et de l'extension de la méthode.

I. — DU VACCIN ANTISYPHILITIQUE; SON CHOIX ET DÉTERMINATION THÉORIQUE DE SON EFFICACITÉ.

La vérole constitutionnelle n'attaque l'homme qu'une seule fois en sa vie : voilà le principe qui fournit d'abord le premier élément à mes recherches et en devint plus tard la base fondamentale. Dire que l'économie ne s'infecte jamais plus d'une fois de la diathèse syphilitique eût pu paraître un paradoxe il y a huit ou dix ans; mais depuis que M. Ricord a eu la gloire de promulguer cette loi, aucun observateur n'a publié de statistique qui la démentît. Avec toute l'école de l'hôpital du Midi, dont un des organes les plus récents (1) la proclame encore franchement, j'en ai moi-même vérifié depuis sept ans, en ville et à l'hôpital, la constante justesse; et les rares faits opposés que personne, M. Ricord moins que tout autre (2), n'hésite à accepter, ne sauraient avoir plus de valeur pour infirmer la règle que n'en ont contre le principe d'*unicité* variolique les cas authentiques, mais exceptionnels, de double variole successive.

Ce n'est point là, du reste, un privilége exclusif à la syphilis; et il y aurait, ce semble, plutôt lieu de s'étonner que seule elle en fût privée, tandis que la variole, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la vaccine chez l'homme; la clavelée, la maladie des chiens (qui n'est qu'une espèce de morve) et le farcin (3) chez les animaux offrent cette rassurante propriété. — Les affections typhoïdes donnent une immunité à peu près semblable à quiconque les a une fois éprouvées, ainsi que la peste et la fièvre jaune, d'après M. Audouard (GAZ. MÉD., 1848, p. 914).

Si nous plaçons dans une catégorie distincte la gale, la teigne, la blennorrhagie et la pourriture d'hôpital (affections évidemment toutes locales), si nous réfléchissons, d'autre part, que, à l'égard de certaines autres, la rage, le charbon, il serait presque impossible de fournir expérimentalement la preuve qu'elles se soient répétées deux fois dans le cours d'une seule existence, nous serons fondés à conclure que, parmi les maladies *contagieuses* et *générales*, il en est extrêmement peu qui ne s'épuisent pas dans une seule manifestation. La syphilis constitutionnelle, sous ce rapport, ne fait donc pas exception : elle suit la règle.

Ainsi s'ouvre à l'art une voie féconde pour conjurer de telles maladies. Puisqu'en leur payant tribut une fois on en est ensuite affranchi, il est permis d'espérer qu'une modification analogue à celle qu'elles déterminent étant imprimée volontairement à l'organisme, dispenserait tout aussi sûrement de contracter l'affection elle-même. — Déjà la médecine a multiplié ses essais dans ce sens : tantôt, comme à présent pour la clavelée, jadis pour la variole, parfois pour la coqueluche, elle transmet à dessein le mal dans des conditions de choix; tantôt, mieux inspirée, elle trouve dans un virus bénin l'équivalent du virus mortel, et prévient par un insignifiant sacrifice l'arrêt fatal qui ne frappe qu'une fois, mais frappe tout le monde.

En examinant, quant à leurs moyens et quant à leurs résultats, ces divers procédés prophylactiques, on est frappé de deux faits, qui se retrouvent dans tous : 1° l'agent qui préserve de la maladie est toujours ou identique ou très-analogue à celui de la maladie elle-même; 2° il suffit d'une lésion à peine appréciable, de quelques pustules de clavelée, d'un seul bou-

(1) Leudet, ARCH. GÉN. DE MÉD., janv. 1849, p. 36.

(2) LEÇONS CLINIQUES DE M. RICORD, dans GAZ. DES HOP., 1846, p. 13.

(3) Ceci a été établi pour le farcin des chevaux de hallage du Rhône et de la Saône, par M. Rainard (de Lyon), dans une intéressante communication faite le 2 mai 1843 à l'Académie de médecine (voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 291). Il a soin d'y tracer les caractères qui distinguent une récidive de la même maladie d'avec une infection nouvelle.

---

par droit d'achat et de subhastation. C'est là ce qui peut concilier les diverses opinions qui se sont élevées à cet égard. Il y a deux siècles environ qu'un jurisconsulte hollandais, Boëckelmann, fit paraître une dissertation dont voici le titre : MEDICUS ROMANUS SERVUS, SEXAGINTA SOLIDIS ÆSTIMATUS. Un médecin français, Charles Drelincourt, célèbre professeur à Leyde, prenant ce titre pour une sorte d'injure à la médecine, réfuta Boëckelmann par un petit ouvrage plein de goût, d'érudition, et qui eut longtemps une grande réputation : APOLOGIA MEDICA, QUA DEPELLITUR ILLA CALUMNIA, MEDICOS SEXCENTIS ANNIS ROMA EXULASSE, *Lugduni Batavorum*, 1671. In-16. Drelincourt soutenait avec raison que Rome ne fut jamais sans médecins, même après qu'on eut chassé Archagatus. Le vieux et rude Caton, qui réchauffait si bien sa vertu avec du falerne, eut beau vanter, sans doute d'après les traités de Chrysippe, de Dioclès et de Pythagore, les vertus médicales du *chou* et de quelques paroles cabalistiques, il y eut toujours des médecins dans la ville aux trois cents triomphes, comme on l'appelait orgueilleusement. La raison en est simple et péremptoire : c'est qu'aucune société ne peut se passer de notre art; là où il y a des hommes, là aussi il y a des passions, des douleurs, des maladies, des infirmités. La médecine y devient un besoin, une indispensable nécessité.

Néanmoins, quand on veut approfondir le sujet qui nous occupe, l'obscurité redouble de toutes parts. Si Boëckelmann semble avoir trop abaissé la condition des médecins à Rome, Drelincourt la place certainement dans un rang trop élevé. Rien ne nous semble plus évident que les médecins, selon les temps, selon les formes de gouvernement, et surtout selon les degrés de civilisation, eurent des chances très-diverses dans leur position, mais que toujours ils finirent par conquérir celle qui leur était due, soit par la considération publique qu'ils surent se concilier, soit par les concessions qu'ils obtinrent des pouvoirs de l'époque. Quand Rome était presque barbare, quand elle n'avait que des mœurs agrestes et presque sauvages, la médecine comme la philosophie et les autres sciences, y est avilie, abandonnée aux derniers rangs; on n'y connaît que la force et la violence, on a honte de s'asseoir à l'ombre, il faut tout braver pour savoir vaincre. Mais à mesure que les mœurs s'adoucissent, que la civilisation répand ses lumières et ses bienfaits, les médecins gagnent en considération; il en est même qui parviennent aux plus grands honneurs. Ce qui prouve la haute estime où ils étaient, c'est que certains hommes haut placés dans la république eurent pour eux un attachement tout particulier. Cicéron se plaint à Atticus, et en termes touchants, de la mort de son médecin *Alexion*. C'est moins encore, dit-il, à cause de son mérite dans sa profession qu'il le regrette, que par son esprit et le charme de sa conversation. (EPIST. AD ATTICUM, lib. XV, I.) Mais on peut dire des hommes ce que nous avons dit des institutions médicales : on ne les connaît pas davantage. Quel était cet Alexion si vanté en peu de paroles par l'illustre orateur philosophe? Nous n'en savons rien, pas plus que d'une foule d'autres médecins jouissant d'une grande célébrité dans l'antiquité. Que savons-nous, par exemple, de cet Asclépiade qui jouit à Rome d'une vogue extraordinaire, l'inventeur des *lecti pensiles*, et qui lança sur la doctrine d'Hippocrate cet accablant sarcasme répété d'âge en âge dans les fastes de l'art : c'est qu'*une méditation de la mort*.

Suétone, après avoir décrit d'une manière dramatique le meurtre de César, ajoute : *Nec in tot vulneribus, ut Antistius medicus existimabat, lethale ul-*

ton vaccinal, pour empêcher ensuite à jamais la manifestation morbide d'éclater sur un individu.

Fondé sur ces deux considérations capitales, je pensai qu'il ne fallait pas chercher ailleurs que dans les lésions syphilitiques l'agent capable de préserver de la syphilis. Mais un double écueil s'offrait ici : communiquer artificiellement la vérole constitutionnelle, même modérée (s'il était possible), à un homme n'ayant actuellement que des chancres primitifs, n'eût été servir ni la science ni le malade ; car le chancre *expose* aux accidents consécutifs, mais ne les amène pas, tant s'en faut, à coup sûr : je pouvais donc ainsi risquer d'infecter des individus qui n'étaient aucunement menacés d'accidents consécutifs. — D'autre part, sans donner la syphilis, il fallait cependant arriver à déterminer une modification organique, un changement diathésique dans ce sens.

Placé entre ce double danger de faire trop et de nuire, ou de ne point faire assez et de ne pas servir, je dus naturellement me préoccuper surtout du soin d'éviter le premier, sans néanmoins négliger de parer le second qui eût frappé mes essais de nullité.

Avant tout, puisque je voulais transmettre *quelque chose dans le sens* du virus vérolique confirmé, j'avais d'abord à me demander par quelles voies la syphilis constitutionnelle peut se propager d'un sujet à l'autre. Est-ce par le fluide des lésions consécutives ? Non ; l'inoculation cent fois tentée infructueusement par M. Ricord, les expériences de Hunter le prouvent surabondamment (1). — Est-ce par le contact intime ou fréquent des personnes infectées, par l'habitation en commun avec elles ? Non encore ; si quelques cas ont pu le faire supposer, ils appartiennent à la syphilis congéniale, alors que le virus n'en étant encore chez le nouveau-né qu'à sa *première* manifestation, se comporte par conséquent sous le rapport de sa transmissibilité, absolument comme un accident *primitif* (2).

Mais il est un autre mode de communication dont malheureusement l'expérience journalière n'atteste que trop la puissance. Lorsqu'une femme devenue enceinte contracte pendant sa grossesse la syphilis constitutionnelle, fort souvent l'enfant naît avec des symptômes secondaires ou en présente dans les premières semaines. Remarquez que je ne parle point ici des cas, bien différents, où la mère était déjà syphilitique au moment de la conception ; car alors on pourrait dire que si le fœtus a été infecté, c'est que l'ovule se trouvait originairement frappé de la diathèse syphilitique. Mais dans l'ordre de faits que je suppose, c'est-à-dire lorsqu'elle a contracté la maladie durant la gestation, c'est par le sang et ce n'est que par le sang que l'enfant a reçu la contamination (3).

Le rôle du système circulatoire dans la production de la syphilis héréditaire a été compris à peu près par tout le monde de la même façon. Cependant, si quelqu'un prétendait que l'influence du système nerveux est nécessaire pour cette transmission, je répondrais par une autre classe de faits qui établissent que le sang peut à lui seul devenir l'agent de communications pareilles. Dans le transport d'une maladie *de la mère au fœtus*, il peut être difficile de séparer le rôle du fluide nerveux de celui du fluide sanguin ; mais il n'en est pas de même lorsqu'on étudie ce qui passe *du fœtus à la mère* ; car l'action nerveuse est nulle dans cette direction, et si une affection diathésique est donnée par le fœtus à la femme durant la grossesse, évidemment ce n'a pu être que par l'intermédiaire du sang qui rentre dans les vaisseaux de celle-ci. Or M. Ricord a observé des exemples bien constatés de cette singulière espèce de migration de la vérole : « Le mari, dit-il, peut procréer un enfant infecté qui propage le virus secondaire à la mère ; car celle-ci était restée saine, quoique mariée, tant qu'elle n'avait pas eu

---

(1) J'aurai plus loin à citer quelques essais tentés par Wallace, où l'inoculation de pus secondaire a eu un résultat positif. Mais ces cas, assez vaguement caractérisés d'ailleurs, ne sauraient encore être jugés assez nombreux ni assez puissants pour contre-balancer dès à présent les innombrables inoculations dont l'issue a été négative.

(2) Ce n'est là qu'une interprétation qui m'est personnelle, et dont la valeur est contestable. Mais indépendamment de toute explication, il est positif qu'on ne voit pas la syphilis constitutionnelle se propager d'adulte à adulte par la seule cohabitation.

(3) Les faits de transmission de la mère au fœtus abondent dans l'histoire de la plupart des maladies virulentes. Pour la variole, on connaît de nombreuses observations certifiées par J. Hunter, Grubelins, Van Swieten, Fabrice de Hildan, Buller, Dimsdale, Wright de la Jamaïque, Guillaume Lynn, Fool, etc.

Je lis dans une note manuscrite ajoutée par Valentin à un exemplaire de son TRAITÉ HISTORIQUE ET PRATIQUE DE L'INOCULATION, ce qui suit : « Le docteur Jenner m'a mandé de Londres en 1809 qu'il venait d'avoir deux exemples de l'infection variolique du fœtus renfermé dans l'utérus, quoique la mère ait eu longtemps avant la petite vérole, mais que cet événement a eu lieu pendant qu'elle était exposée à la contagion de cette maladie. » Evidemment ce n'a pu être par le système nerveux de la mère que la variole s'est ici communiquée ; le système vasculaire seul a servi de moyen de passage. Des faits tout pareils à celui-ci sont rapportés par Mead (TRAITÉ DE LA PETITE VÉROLE, chap. 4, p. 337). M. Deneux a vu et cité à l'Académie de médecine (v. GAZ. MÉD., 1832, p. 414) le cas d'une variole chez un fœtus dans l'utérus, la mère ne l'ayant point eue et ayant été vaccinée dans son enfance. M. Piédagnel a publié en 1845 (v. GAZ. DES HÔP., p. 304) une observation où les circonstances étaient les mêmes. MM. Lebert et Depaul ont constaté aussi chacun un cas de variole intra-utérine (v. GAZ. MÉD., 1849, p. 252).

Quant à la morve, on lit dans l'ENCYCLOP. MÉTHOD., t. X, p. 356 : « Il existe dans les environs de Lyon une jument qui a depuis neuf ans une morve constatée. On s'est hasardé à la faire couvrir par un cheval entier de vil prix ; elle a conçu et mis bas un poulain morveux. » (Groonier.) — Des expériences faites en 1829 par MM. Rainard et Lecoq (de Lyon) sur deux juments atteintes de morve chronique, qu'on fit saillir par un étalon, produisirent pour une jument un poulain sain, pour l'autre un poulain qui, bien portant au moment de sa naissance, eut au bout de quelques semaines un écoulement nasal qu'on soupçonna participer de la nature de la maladie de sa mère. Il finit par en guérir. (Communiqué par M. Lecoq.)

Pour la clavelée, des faits nombreux, transmis par MM. Chantrier et Ligeret qui en avaient été témoins, à M. Drouard, vétérinaire à Montbard (Côte-d'Or), lui ont prouvé que la clavelisation ne produit aucun effet sur les agneaux nouveau-nés, lorsqu'elle a été faite avec succès sur leur mère pendant la gestation. Ils avaient donc subi dans l'utérus l'influence favorable de cette opération, l'analogue pour la clavelée de ce qu'était l'inoculation par rapport à la variole. (REC. DE MÉD. VÉTÉR. PRAT., 1842, p. 37.)

Il faut ajouter que J. Gérard prétend (MÉM. SUR LE CLAVEAU, 1818, p. 47) avoir été témoin de quelques faits contraires.

Enfin mon estimable collègue et ami M. Devay m'a raconté le fait d'une transmission semblable de l'affection rhumatismale. Il soignait une femme enceinte qui, ayant eu déjà précédemment plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, en était de nouveau atteinte depuis près de trois semaines. Elle accoucha, et l'enfant, qui mourut quelques instants après sa naissance d'une cause étrangère, offrait un gonflement de quelques articulations. Celle du poignet fut ouverte par M. Devay qui y constata toutes les altérations caractéristiques du rhumatisme.

---

lum repertum est, nisi quod secundo loco, in pectore acceperat. (*In* JUL. CÆSAR, 82.) « De tant de blessures, la seule que son médecin Antistius trouva mortelle, c'est la seconde qu'il avait reçue dans la poitrine. » Mais ce récit ne nous apprend pas, et rien ne nous apprend ce qu'était cet Antistius, si empressé à compter et à sonder les blessures de César. Était-il Grec ou Romain ? Est-ce par pure curiosité médicale, ou bien avait-il mission légale pour examiner les blessures du dictateur ? Était-il même son médecin ? Tous les traducteurs l'assurent, mais le texte même qui vient d'être cité ne dit rien de semblable. Il faut qu'un médecin ait une grande réputation pour être cité par un poëte illustre, dût-il même en être raillé. Or c'est ce que fait Juvénal pour Themison, en assurant qu'il serait difficile de compter les victimes qu'il fait chaque automne. Mais qu'était-ce que ce Themison ? N'était-il qu'un praticien renommé, *medicus clinicus*, comme on disait à Rome ? Serait-ce ce même Themison qui a fait la célèbre théorie du *strictum* et du *laxum*, modèle de tant d'autres, même dans les temps modernes ? Nous n'en savons rien. Quand Boileau, l'adroit imitateur de Juvénal, cite Guénaut, à peu près dans les mêmes circonstances que le poëte latin, on sait que ce médecin faisait partie d'une corporation qu'on appelait la Faculté, qui ne s'occupait pas seulement, comme aujourd'hui, de la partie de l'enseignement médical, mais composée de la totalité des médecins de Paris. Boileau même, dans un autre endroit, nous instruit d'une particularité expliquant jusqu'à un certain point les habitudes des médecins de l'époque : « Guénaut sur son cheval en passant m'éclabousse. » Rien de semblable ne se lit dans les poëtes et les historiens de l'antiquité. Il n'existe donc que des données vagues, incertaines et contradictoires sur les médecins de l'antiquité, relativement à leurs institutions d'enseignement et à leur position sociale. Les médecins individuellement ne sont pas mieux connus. Celse, surnommé l'Hippocrate des Latins, dont l'ouvrage nous est parvenu, ouvrage aussi estimable par la pureté, l'élégance du langage, que par la beauté des préceptes, où le grammairien, l'historien, l'antiquaire ont à recueillir, comme le médecin et le physicien, eh bien ! Celse nous est totalement inconnu ; quelques-uns même le confondent avec le philosophe Celse, qui écrivit contre les chrétiens et fut si éloquemment réfuté par Origène. Galien lui-même, qui a tant écrit, ne nous donne, sur les diverses questions dont nous avons parlé, que des renseignements dont il est impossible de tirer parti. Entre autres choses, il décrit fort bien le régime de vie observé par le médecin Antiochus, mais ce médecin était-il citoyen, esclave ou affranchi ? Où avait-il étudié la médecine ? Comment l'exerçait-il ? Voilà ce dont le médecin de Pergame, si disert, si prolixe, surtout en ce qui le concerne, ou ce qui se rapporte à sa doctrine, ne dit pas un mot. Ce n'était pas là son objet, dira-t-on sans doute ; mais dans sa manière d'étudier la science, il n'est pas plus explicite. Il serait surtout important de savoir s'il y avait, parmi les médecins de l'antiquité, des agrégations corporatives, s'il existait entre eux, au point de vue moral, une pensée commune, des intérêts communs, une destinée commune, en un mot, une sorte de confraternité protectrice. Du reste, il est probable qu'ils furent obligés comme nous de lutter contre les préjugés, contre l'ignorance et les préventions de leurs contemporains ; eux aussi éprouvèrent un sentiment amer, résultat infaillible de cet éternel et insupportable contraste entre la supériorité morale des médecins et leur infériorité sociale.

R. P.

(La suite prochainement.)

d'enfants (1). — D'autres exemples authentiques (2), empruntés à la pathogénie de maladies plus ou moins analogues, ne laissent guère de doutes sur la possibilité d'infections réalisées par cette sorte de choc en retour.

Il demeure par conséquent établi (et cela par des faits cliniques dont la signification est, ce me semble, tout autre que celle d'expériences où les phénomènes sont artificiellement provoqués) que l'intoxication syphilitique générale peut passer, par l'intermédiaire du sang, de la constitution d'un sujet à celle d'un autre. Maintenant, pour opérer cette transmission chez mes malades, devait-il suffire du procédé habituellement suivi dans les recherches de ce genre, de l'inoculation à la lancette ? L'étude des autres affections virulentes démontre que beaucoup d'entre elles se propagent, en effet, par la simple inoculation du sang (3); et, d'autre part, rien ne prouve, quoi qu'on ait dit et écrit, que le sang d'un vérolé étant inoculé à un homme sain ne lui donnera pas la vérole (1). J'étais donc pleinement autorisé à ne pas rejeter un pareil essai comme insignifiant avant de l'avoir tenté.

---

(1) LEÇONS CLINIQUES DE M. RICORD PENDANT L'ÉTÉ DE 1847, rédigées par M. V. de Méric (THE LANCET, 1848, p. 384). — Dans une lettre qu'il m'a fait l'amitié de m'écrire à ce sujet, en date du 16 mars 1849, M. Ricord dit qu'il professe toujours ce principe. « L'opinion à laquelle je crois, ajoute-t-il, n'est pas facile à démontrer sans contestation; car on peut toujours *plus ou moins douter de la vertu des femmes*. Mais malgré l'incrédulité et le scepticisme auxquels m'a conduit ma longue pratique, j'ai dû me rendre à l'évidence des faits.... »

(2) M. Devay (HYGIÈNE DES FAMILLES, t. II, p. 161) cite un exemple où le fœtus, jouant véritablement ici le rôle d'un foyer d'infection, devint pour sa mère la cause du développement de la phthisie pulmonaire.

D'ailleurs, des faits nombreux, dans l'ordre physiologique, prouvent que certains caractères imprimés par le père à son enfant peuvent se retrouver dans les enfants que la même femme a subséquemment d'un autre mari. N'y a-t-il pas eu alors action du fœtus sur la mère ? M. Rodet, professeur à l'école vétérinaire de Lyon, m'a dit avoir connu une dame dont deux enfants, successivement nés de deux lits, ne ressemblaient ni l'un ni l'autre à la mère, mais avaient entre eux, quoique garçon et fille, une ressemblance frappante. Ajoutons que des conditions de moralité incontestable ne permettaient point ici une explication trop facile de cette bizarrerie.

Lorsque la jument arabe du comte Morton fut saillie par le *quagga*, non-seulement le mulet qui fut engendré porta les caractères du père, mais quand par la suite cette même jument fut saillie par un autre arabe et en eut des poulains à plusieurs époques, deux de ces poulains offrirent des qualités particulières manifestes du *quagga*, en même temps qu'ils eurent des marques de leur origine arabe. (PHILOSOPHICAL TRANSACT., 1821, p. 221.)

Mayo rapporte qu'un fait semblable a été observé par Giles sur une portée de cochons qui fut de la même couleur qu'une portée antérieure engendrée par un sanglier. (OUTLINES OF PHYSIOLOGY, 3e éd., p. 376.)

(3) Je vais énumérer en quelques mots les observations qui démontrent la puissance contagieuse du sang pour plusieurs maladies de ce genre.

MORVE. — Le fait de la transmission de la morve par le sang est connu depuis fort longtemps. Coleman, cité par Delabère-Blaine (NOT. FONDAM. DE L'ART VÉTÉR., t. III, p. 217) rendit en trois jours un âne morveux, après avoir injecté dans sa veine jugulaire du sang tiré de la carotide d'un cheval morveux.

M. Renault (BULLET. DE L'ACAD. DE MÉD., séance du 7 février 1843) obtint le même résultat en injectant du sang de la jugulaire d'un cheval morveux dans la même veine de deux autres chevaux. Le premier fut pris de la morve au bout de trois jours et périt en huit jours. Le second prit la maladie dans le même espace de temps, et son corps offrit à l'Académie les lésions les plus caractéristiques qui en puissent être la suite. — Comme contre-épreuve (séance du 14 février), M. Renault injecta du sang d'un cheval sain, et l'animal injecté ne présenta aucun symptôme fâcheux.

La nature s'est parfois chargée de reproduire accidentellement et avec le même succès les conditions de cette expérimentation. M. Rossi (de Turin) raconte (ANNALI UNIVERSALI DI MEDIC., mai 1838) qu'un boucher de cette ville fut pris de morve et y succomba, pour avoir dépouillé un bœuf atteint de cette maladie. Les sangsues qu'on lui appliqua, ajoute-t-il, moururent peu de temps après; et la petite quantité de sang qu'elles avaient fait couler suffit pour donner promptement la mort à d'autres sangsues.

On m'objectera certainement qu'il s'agit jusqu'ici d'injection et non d'inoculation. Voici des relations d'expériences plus directement relatives à ce dernier point. Un capitaine étant mort à Alger au douzième jour d'une morve aiguë, M. Ouyon prit, à l'autopsie (faite douze heures après la mort), du sang dans les cavités du cœur, et inocula ce sang sur un cheval sain des chasseurs d'Afrique. Cet animal mourut le dix-septième jour avec tous les symptômes d'une morve aiguë (REVUE MÉDICALE, septembre 1845, p. 48).

Il serait inutile de noter les faits négatifs allégués par Gobier et M. Leblanc; le résultat si positif de l'expérience précédente suffisant, en bonne logique, pour prouver la possibilité du phénomène.

D'ailleurs, la chose est admise en principe par les autorités les plus compétentes. « La morve, dit M. Bouley (RECUEIL DE MÉD. VÉTÉR. PRAT., 1843, p. 617), est une maladie contagieuse, non-seulement par le liquide qui s'écoule des cavités nasales affectées, mais encore par le produit de la sécrétion cutanée, par le sang lui-même. » — Éric Viborg, dans son GUIDE POUR CONNAÎTRE ET TRAITER LES MALADIES DITES GOURMES, FARCIN ET MORVE, écrit : « Des expériences m'ont confirmé que la masse du sang contient réellement le virus morveux, et que le sang, si j'ose le nommer ainsi, morveux, introduit dans le sang d'un cheval sain, peut donner la mort à ce dernier. »

RAGE. — M. Eckel, directeur de l'Institut vétérinaire de Vienne, inocula, le 13 novembre 1841, à la tête et aux oreilles d'un chien, le sang encore chaud pris sur un goret qui venait de mourir enragé. Une seconde inoculation fut faite sur le même animal le 29 janvier 1842 avec du sang d'un homme mort enragé. Le chien, qui avait paru sain jusqu'à la seconde expérience, devint malade le 1er avril 1842, et offrit tous les symptômes caractéristiques de la rage (REC. DE MÉD. VÉTÉR. PRAT., t. IV, 3e série, p. 344).

Boerrhaave et Van Swieten regardent la chair des animaux morts de la rage comme capable de communiquer cette maladie. — Lémery rapporte qu'un chien devint enragé après avoir lappé le sang d'un homme hydrophobe qui venait d'être saigné. Un anatomiste fut attaqué et mourut de la rage pour avoir disséqué le corps mort d'un chien enragé (Andry, RECHERCHES SUR LA RAGE, pages 31 et 32).

CHARBON. — Les exemples de développement du charbon par suite du contact du sang sont tellement nombreux qu'il serait impossible même d'en mentionner la plupart. Le phénomène s'est manifesté dans les conditions les plus variables : tantôt le sang de l'animal charbonneux a pénétré à travers une plaie (Chabert, Chaussier), ou a touché une muqueuse (Duhamel), ou la peau saine (Chaussier, Gilbert, Paulet). Gilbert a vu le charbon tuer une truie et huit jeunes cochons qui avaient seulement « flairé les traces sanglantes d'une vache qu'il faisait traîner pour l'enfouir. » (RECHERCHES SUR LES CAUSES DES MAL. CHARBONN., Versailles, an III, p. 19.)

En fait d'inoculations, en est-il de plus décisives que celles auxquelles le même auteur fait allusion (p. 11) quand il dit que dans une épizootie, en 1793, « la maladie se communiquait aux hommes par la seule piqûre des mouches qui avaient pompé le sang des cadavres des animaux? » — Mais si l'on demande une inoculation pratiquée et surveillée dans ses suites par l'art, nous citerons les expériences de M. O. Delafond. Ce savant professeur, appelé à étudier une épizootie de fièvre charbonneuse au Rosel (Somme), « recueillit à l'autopsie d'une vache morte sous ses yeux, du sang encore chaud, dans des tubes de verre qu'il boucha exactement. Il s'empressa, à son arrivée à Alfort, d'inoculer ce sang à deux chevaux. L'un deux mourut en soixante heures, et l'autre après huit jours (REC. DE MÉD. VÉT. PRAT., année 1847, p. 115).

Témoins de tous ces faits, les vétérinaires n'hésitent pas à considérer le sang comme le véhicule le plus ordinaire de l'infection charbonneuse. « Quant à la contagion du charbon par contact, dit M. Barthélemy aîné (*loc. cit.*, p. 481), c'est principalement par la voie du sang qu'elle s'établit pendant la vie. »

CLAVELÉE. — MM. Miquel et Thomières (SUR L'INOCULAT. DE LA CLAVELÉE, Paris, 1823) ont vu des brebis atteintes de la clavelée mettre bas des agneaux couverts de pustules. D'un autre côté, M. Lebel inocule deux agneaux avec du sang des capillaires de la peau d'un mouton atteint de claveau. Les points piqués ne se couvrirent de pustules que lorsque, plus tard, on eut inoculé ces animaux dans d'autres endroits avec du virus ordinaire. D'après ces deux faits, dit M. Delafond, « il est permis de supposer, comme très-probable, que le sang des bêtes atteintes de la clavelée peut être contagieux. »

Une autre remarque rend cette supposition encore plus vraisemblable. Le même M. Lebel s'y prend de la manière suivante pour inoculer la clavelée. Il fait au bouton une incision n'intéressant qu'une faible épaisseur de son tissu; il s'en écoule *du sang* d'abord, dont il se sert, tant qu'il est fluide, pour inoculer, puis bientôt du *sang mêlé à de la sérosité*, puis *de la sérosité pure.* Or les premières inoculations produisent aussi sûrement que les secondes et que les dernières un claveau régulier (SOC. CENT. DE MÉD. VÉT., séance du 20 novembre 1846).

VARIOLE. — MM. Guersant et Blache affirment (DICT. DE MÉD. EN 30 VOL., t. XXX, p. 578) que « des lancettes ayant servi à saigner des varioleux ont suffi quelquefois pour inoculer la variole. » — Luigi Sacco (GIORN. PER SERV. AI PROGRESSI, janvier 1841) a inoculé avec succès du sang pris à côté d'une pustule de variole. — M. Gendrin (JOURN. GÉN. DE MÉD., XCVIII, p. 64) injecta sur 4 chiens du sang d'un varioleux; les animaux succombèrent en vingt-neuf heures, trois, cinq et six jours, à des phlegmasies aiguës. Au contraire, trois chiens à qui il avait, par contre-épreuve, injecté du sang pris sur des sujets atteints soit de péritonite franche, soit de fièvre traumatique, ne furent que peu malades et étaient rétablis dès le lendemain. (Pour comprendre la signification de cette dernière expérience, il faut se rappeler que la variole de l'homme ne se transmet pas aux chiens; les nombreux essais infructueusement tentés par le comité central de vaccine l'ont constaté.)

ROUGEOLE. — Home, Speranza assurent avoir vu des rougeoles régulières se développer chez des individus auxquels ils avaient inoculé du sang pris dans les plaques rubéoliques (GAZ. MÉD., 1849, p. 357).

(1) Peu de questions ont été plus vicieusement posées que celles-ci; et l'on ne peut guère s'étonner que de prémisses si mal définies il ne soit pas encore sorti une conclusion bien nette. Hunter écrit positivement « que le sang d'un sujet syphilitique n'a aucune qualité contagieuse et ne peut par l'inoculation donner la maladie à un sujet sain. » A l'appui de cette assertion, il invoque un argument, que je suis surpris de voir qualifier par Nisbet de *très-heureux*, c'est que si le sang avait cette propriété, aucun sujet porteur de la syphilis constitutionnelle ne pourrait s'égratigner sans que la petite plaie se transformât en un chancre.

Ce raisonnement, à mon sens, ne prouve qu'une chose, c'est que Hunter a confondu ici le chancre primitif avec l'affection constitutionnelle. De ce que le sang ne donne pas le premier, peut-on légitimement en inférer *à priori* qu'il

Ce fut même la conviction contraire qui m'engagea à chercher encore une nouvelle garantie d'innocuité. Redoutant plutôt le danger que l'impuissance de cette inoculation, je dus, au moment de l'application, m'attacher de préférence à prévenir la première de ces deux chances : aussi, voulus-je commencer par agir avec le sang d'un malade atteint non d'accidents secondaires, mais d'accidents tertiaires. L'expérience a, en effet, appris que la syphilis, une fois parvenue à cette période avancée, ne communique plus par génération la diathèse syphilitique proprement dite, mais seulement une modification encore mal déterminée, et du reste peu sensible de la constitution de l'enfant. Cette vérité a été exprimée par M. Ricord dès sa première publication (TRAITÉ PRAT. DES MAL. VÉNÉR., 1838, p. 160). — En inoculant le sang d'un sujet tertiaire à des malades affectés de chancre primitif, je m'exposais donc à rester en deçà des limites, à ne pas les préserver des symptômes consécutifs, mais au moins j'étais à peu près sûr de ne pas aggraver leur état par l'insertion d'un principe morbide actif.

Avant de dire quelles furent mes expériences cliniques et ce qu'il en advint, je vais résumer ce qui précède en quelques propositions qui en éclairciront le sens, resté peut-être un peu obscur à cause des développements par lesquels j'ai été forcé d'en rompre l'enchaînement :

1° Un homme n'a qu'une fois en sa vie la syphilis constitutionnelle.

2° Donc, en en faisant artificiellement développer une chez un individu, on le préserverait d'en avoir une autre.

3° D'autre part, les exemples de syphilis congéniale prouvent que le sang peut devenir le véhicule de l'intoxication constitutionnelle. — Mais, à la période tertiaire, la maladie ne se propage point alors avec ses caractères spécifiques de vérole.

4° Ainsi, en inoculant à un homme sain le sang d'un malade atteint de syphilis tertiaire, on pourrait créer dans la constitution de l'inoculé un *certain mode diathésique*, inconnu, il est vrai, jusqu'ici, mais qui du moins n'aurait point l'inconvénient de donner lieu chez lui à des symptômes syphilitiques constitutionnels.

5° Il est permis d'espérer que le *mode* dont il s'agit produirait chez l'inoculé la même immunité contre la syphilis générale que l'eût fait une première syphilis antérieurement éprouvée par lui.

6° Donc les chances d'innocuité, ainsi que celles d'efficacité prophylactique de ce procédé sont assez grandes pour qu'on puisse rationnellement l'expérimenter sur ceux qui, ayant actuellement ou ayant eu récemment un chancre, sont par là exposés à avoir ultérieurement des symptômes de syphilis constitutionnelle.

§ II. — APPLICATION SUR LE VIVANT ; PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

L'ensemble des idées précédentes et surtout la conclusion que j'en tire sont, je l'avoue, de nature à être contestées. Aussi n'oubliai-je point qu'elles ne seraient présentables qu'appuyées sur des preuves cliniques ; car, bien que, dans mon esprit, elles eussent devancé l'expérimentation, à l'expérimentation seule il appartenait d'en fixer la valeur. On peut en effet, à cet égard, justement répéter ce que W. Nisbet (1) écrivait il y a plus de soixante ans : « Il n'est personne adonné au culte de Vénus qui ne fît usage d'un remède de ce genre si son efficacité était une fois bien constatée, quand même le principe sur qui son succès est fondé serait entièrement inconnu. »

En conséquence, après avoir consulté plusieurs confrères, dont l'approbation m'encouragea à cet essai, je commençai par choisir dans mon service de vénériens à l'Antiquaille un malade qui fût porteur de syphilis tertiaire bien accentuée. Le choix ne fut pas long. Un nommé Mé...., âgé de 50 ans, était entré depuis quelques jours dans les salles, porteur de diverses périostoses non suppurées, offrant dans sa physionomie et tout son habitus le cachet évident d'une affection syphilitique ancienne. Il était tourmenté de douleurs ostéocopes, bien caractérisées, s'exacerbant surtout la nuit. — Or, a écrit M. Ricord (GAZ. DES HÔPIT., 1846, p. 2), « la douleur ostéocope est un accident tertiaire par excellence. » — Enfin, ce malade me présenta en entrant une lettre de recommandation délivrée par mon très-habile collègue M. Gauthier, lequel l'avait déjà examiné et me le désignait aussi comme atteint d'*accidents tertiaires*.

Malgré la certitude que ces documents me donnaient d'avoir rencontré l'espèce de lésion désirée, je voulus ajouter à ma conviction un dernier complément en étudiant quelle serait l'influence du traitement sur cette maladie ; car l'effet des préparations iodées est, selon moi, d'un grand poids, bien que considération posthume, dans le diagnostic à porter entre un accident secondaire et un accident tertiaire. J'administrai donc 5 décigrammes d'iodure de potassium, le lendemain 1 gramme ; les douleurs diminuèrent aussitôt et très-considérablement.

Mais comme je voulais, pour le moment, non pas guérir ce sujet, mais au contraire le maintenir malade, afin d'avoir chez lui, lors de l'inoculation, l'affection tertiaire dans toute son intensité et sans modification thérapeutique, j'eus soin de suspendre, au bout de deux jours, l'iodure de potassium ; et j'attendis que les douleurs ostéocopes fusssent redevenues telles qu'auparavant.

Ce jour arrivé (26 juin 1848), je me préoccupai des conditions dans lesquelles devaient se trouver les individus à inoculer, pour que l'expérience fût probante. — Or, de toute évidence, je ne pouvais prendre des hommes sains ; car il eût ensuite fallu attendre la vérification de mon essai d'un hasard qui pouvait tarder beaucoup ou ne jamais se présenter. Je me décidai donc à n'inoculer que des malades actuellement affectés de chancre primitif. Je devais également éviter de choisir des sujets dont les chancres étaient trop anciens, chez qui la diathèse syphilitique, ayant déjà eu le temps de se réaliser, pouvait éclater dès le lendemain de l'inoculation ; comme on voit souvent, dans une épidémie de petite vérole, la maladie se déclarer en dépit d'une vaccination trop retardée.

Enfin, je devais encore éliminer du nombre de mes individus à inoculer ceux qui auraient eu antérieurement ou des chancres primitifs ou une vérole constitutionnelle. En supposant, effectivement, qu'ils eussent dans quelques mois des phénomènes syphilitiques consécutifs, cet accident, pouvant raisonnablement être attribué aux infections antérieures, ou à une récidive de la vérole, n'aurait rien prouvé contre l'efficacité de mon inoculation ; car, je le répète, elle n'avait, selon moi, d'autre effet possible, et conséquemment d'autre but que d'affranchir un sujet chancreux des accidents constitutionnels pouvant être la suite de son chancre actuel.

Mais, en revanche, une fois ces justes réserves faites, j'étais tenu de me montrer aussi exclusif que possible dans le choix de mes sujets, et d'accepter pour l'expérience tous les chancreux de mon service qui ne présenteraient pas l'une des contre-indications précédentes. C'est ce que je fis ; et après examen fait de leurs antécédents, je mis à part seize individus, dont suit l'indication :

1° Joseph Ser., 22 ans, a depuis quinze jours deux chancres, un sur le fourreau, un sur le reflet du prépuce. — Aucune maladie vénérienne antérieure.

2° Benoît Mi., 23 ans, a depuis vingt et un jours des chancres sur toute la circonférence intérieure du prépuce. — Aucune maladie vénérienne antérieure.

3° François So., 19 ans, a depuis vingt-cinq jours un chancre ; deux jours après est survenue une blennorrhagie qui dure encore. Il a aussi un bubon dont l'ouverture est devenue chancreuse, et enfin trois végétations d'origine récente. — Aucune autre maladie vénérienne antérieurement.

4° Michel Ch., 20 ans, a depuis six semaines une blennorrhagie et des chancres. — Pas de maladie vénérienne antérieure.

5° Étienne Tr., 23 ans, a depuis dix-huit jours des chancres au prépuce, qui se sont compliqués de phymosis. — Pas de maladie vénérienne antérieure ; mais il a eu la gale récemment, et présente encore sur diverses parties du corps, notamment sur l'abdomen, des taches suite de cette éruption, et que leur couleur

(1) ESSAI SUR LA PRAT. ET LA THÉORIE DES MALAD. VÉNÉR., 1786, p. 185.

ne donnera pas la seconde ? A ce compte, l'enfant qui naît d'une mère syphilitique ne devrait jamais être réputé malade, puisqu'il n'a sur le corps aucun chancre inoculable ! De même le nourrisson infecté qui transmet à sa nourrice des pustules plates ne serait pas censé l'avoir contaminée, du moment qu'il ne lui a communiqué aucune ulcération ayant les caractères du chancre primitif ! Enfin le cheval chez qui l'inoculation d'un sang morveux produisit une morve mortelle, n'aurait point eu, au dire de Hunter, cette maladie, puisque (ainsi que me l'a écrit M. Guyon) les points inoculés ne devinrent le siége d'aucun phénomène particulier ! !

Ceux qui ont voulu réfuter Hunter avaient eu le tort d'accepter la discussion sur ce terrain ; aussi l'issue de la lutte ne manqua pas de tourner à leur désavantage, quoique en réalité la vérité fût de leur côté. Il est curieux de voir les efforts de raisonnement auquel se livre Benj. Bell (t. II, p. 217) pour prouver contre Hunter que les moindres plaies, chez un syphilitique constitutionnel, se changent en ulcères vénériens. Laissons-le soutenir sa thèse en citant des piqûres de sangsues au scrotum devenues chancreuses dans un cas de blennorrhagie (très-probablement compliquée de chancre caché du prépuce ou de l'urètre) ; et contentons-nous de répéter que Hunter et son école, en démontrant l'impossibilité d'obtenir un chancre par l'inoculation du sang d'un syphilitique constitutionnel, n'ont pas même effleuré la question de savoir si ce même sang, inoculé sur un sujet sain, n'y produirait pas de toutes pièces la syphilis constitutionnelle.

On n'accordera pas, je crois, plus d'importance à l'observation suivante de C.-A. Lombard (COURS DE CHIR. PRAT. SUR LA MAL. VÉNÉR., 1790, t. I, p. 178) : « Je sais par expérience que le sang qui découle de la section des poireaux vénériens en génère d'autres, si l'on n'a pas l'attention de l'absorber jusqu'à la dernière goutte et de bien laver la partie. » Évidemment, il ne s'agit ici ni de syphilis constitutionnelle, ni même de syphilis primitive, mais simplement de la récidive spontanée d'une affection verruqueuse toute locale.

jaunâtre pourrait faire prendre, si l'on n'y faisait beaucoup d'attention, pour des macules syphilitiques à moitié effacées.

6° Jean-Baptiste Bl., 29 ans, a depuis deux mois deux chancres sur le fourreau. — Il a eu, il y a neuf ans, un chancre du filet, mais n'a présenté depuis lors aucun symptôme constitutionnel.

7° Joseph Dra , 21 ans, a depuis vingt-trois jours un chancre du reflet du prépuce. — Aucune maladie vénérienne antérieure.

8° Eugène Gon., 20 à 22 ans, a depuis douze jours un chancre du reflet du prépuce et un bubon à gauche. — N'a eu antérieurement qu'une blennorrhagie, qui se déclara il y a huit mois et dura un mois et demi.

9° Pierre Ton., 25 ans, a depuis un mois un chancre du filet, qui s'est compliqué d'un bubon chancreux du côté droit. — N'a eu d'autre maladie vénérienne qu'une blennorrhagie, il y a quatre ans.

10° Jean To., 28 ans, a depuis deux mois des chancres avec phymosis, et un engorgement un peu enflammé à l'aine droite. — Aucune maladie vénérienne antérieure.

11° Julien Th., 22 ans, a depuis quinze jours un chancre au milieu du fourreau. — Il a déjà eu des chancres il y a un an; mais aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ne s'est jusqu'ici déclaré.

12° Antoine Mon., 19 ans, a depuis treize jours des chancres avec phymosis; en outre, un bubon s'est formé du côté droit. Il a été ouvert, et l'incision devient chancreuse. — Aucune autre maladie vénérienne antérieure.

13° Claude Ba., 18 ans, a depuis quarante jours un chancre du reflet du prépuce. — Ce malade est actuellement en traitement à l'hôpital pour la gale. Il n'a jamais eu d'autre maladie vénérienne qu'une blennorrhagie, il y a un an. Il a eu un engorgement ganglionnaire de l'aine.

14° Antoine Far., 19 ans, a depuis huit jours un chancre du filet — Pas d'autre maladie vénérienne antérieure.

15° Claude Pe., 16 ans, a depuis trois semaines plusieurs chancres qui occupent justement le pourtour du méat urinaire. — Pas d'autre maladie vénérienne antérieure.

16° Théodore Cou., 20 ans, a depuis huit jours un chancre. — Aucune maladie vénérienne antérieure.

(Pour augmenter autant que possible le nombre de mes inoculés, je crus devoir y comprendre, ainsi qu'on vient de le voir, quelques individus ayant déjà eu autrefois des chancres, ainsi que d'autres dont les chancres actuels étaient déjà assez anciens pour qu'on pût craindre que l'infection syphilitique générale se fût déjà réalisée chez eux. C'était, il est vrai, une dérogation aux principes exprimés ci-dessus; mais je m'y résignai d'autant plus volontiers qu'elle ne faisait que doubler pour moi les chances défavorables de l'expérience, sans la rendre moins concluante si elle réussissait.)

Ayant ainsi rassemblé tout ce qui, dans mon service, était en ce moment inoculable, je fis coucher le malade tertiaire dans un cabinet séparé des salles. Je pratiquai avec le bistouri, au niveau d'une périostose qu'il portait au cubitus et sur les téguments légèrement enflammés qui la recouvraient (1), une incision d'environ 1 centimètre de longueur, n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Aucune artériole fournissant un jet ne fut ouverte; le sang qui s'écoula avait la couleur de celui qui s'échappe du système capillaire. Il ne sortit ni suppuration ni sérosité. Le sang me parut rouge et pur.

Sans attendre, je fis approcher un à un les malades que j'avais réunis, le bras déshabillé d'avance, dans une salle voisine. A mesure que l'un se présentait, je plongeais une lancette dans la plaie saignante de mon tertiaire, et j'inoculais ce sang à la même partie du bras gauche et de la même manière que pour la vaccine ordinaire. Le sujet inoculant et le sujet inoculé étaient tellement rapprochés que je n'avais pas besoin de faire un seul pas pour porter le sang du bras où je le prenais au bras où je voulais l'insérer. Tout avait été préparé en conséquence, afin d'éviter la coagulation du liquide.

Je fis à tous mes malades deux inoculations, à 4 centimètres environ l'une au-dessous de l'autre. J'avais soin, non pas à chaque nouveau sujet, mais à chaque nouvelle piqûre, de replonger ma lancette dans la plaie saignante. Cinq ou six fois, surtout vers la fin de l'opération, je fus obligé de porter encore le bistouri dans l'intérieur de la plaie, afin de l'aviver, de l'agrandir et d'y déterminer un nouveau saignement; car j'attachais une grande importance à n'inoculer que du sang venant de sortir de ses vaisseaux et parfaitement fluide. Avec un peu d'attention de ma part et beaucoup de patience de la part de celui qui se prêtait ainsi à l'expérience, j'y réussis complétement.

L'opération, dont je leur expliquais en peu de mots le but, fut acceptée par tous avec confiance, excepté un, dont je ne pus vaincre la résistance qu'en m'inoculant d'abord moi-même devant lui, par une piqûre à la main gauche.

(1) Le sang présentait-il en ce point quelques propriétés particulières? Rien, dans son apparence, ne me l'a fait supposer.

Les chancres furent ensuite pansés comme je le fais d'ordinaire, c'est-à-dire, selon les circonstances, avec des topiques, ou suppuratifs, ou légèrement astringents, ou narcotiques; car, règle générale, je n'emploie plus maintenant les attouchements au nitrate d'argent que dans deux cas : soit pour hâter la marche d'un chancre qui est déjà arrivé ou presque arrivé à la période de réparation, soit pour calmer les douleurs que cause une ulcération phagédénique.

J'eus surtout bien soin de ne prescrire et de ne laisser prendre à mes malades aucun traitement général antisyphilitique, mercuriel, iodurés, aurifère, argentique, sudorifique ou autre.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHOLÉRA-MORBUS.

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA; par F.-AUG. DURAND (de Lunel), médecin ordinaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent) (1).

§ II. — DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Le choléra exige un traitement complexe approprié aux diverses circonstances de ses périodes, circonstances dont j'ai tâché de faire ressortir l'essence même, dans le paragraphe précédent, pour pouvoir en faire mieux ressortir dans celui-ci les indications thérapeutiques.

Il est aujourd'hui bien démontré que, à très-peu d'exceptions près, le choléra s'annonce toujours par une *période prodromique*, par une diarrhée que, plus haut, j'ai dû ne considérer que comme le premier symptôme d'un choléra jusque-là de faible intensité. Ce fait, qui déjà en 1832 avait été mis en saillie par M. Jules Guérin, et sur lequel, avant et pendant la dernière épidémie, ce médecin n'a pas cessé d'attirer l'attention des praticiens et du public; ce fait à l'égard duquel je n'ai aussi pour mon compte rencontré que de rares exceptions sur environ 300 cholériques que j'ai observés; ce fait, dis-je, est de la plus haute importance au point de vue de la prophylaxie du choléra confirmé. C'est que, en effet, la diarrhée en question, la cholérine, étant laissée à elle-même, ne fera qu'augmenter d'intensité et deviendra très-probablement le choléra; au lieu que traitée d'une certaine manière elle se dissipera avec une merveilleuse facilité et emportera à tout jamais avec elle l'imminence du choléra.

Le remède souverain de la cholérine est, avec l'abstinence, l'ipécacuanha donné à dose vomitive. « Si, contrairement à ce qui arrive dix-neuf fois » sur vingt, tous les symptômes de la cholérine ne s'arrêtaient pas sous » l'influence de cette médication, dit M. J. Guérin, il faudrait la répéter le » lendemain sans aucune crainte, ou la remplacer par un purgatif salin, tel » que l'eau de Sedlitz (2). »

Pour moi, habitué à traiter depuis sept ans, en France et en Afrique, les diarrhées et les dyssenteries aiguës par cette méthode, je suis tout naturellement entré dans la même voie à l'égard de la cholérine. Ignorant, dans les premiers cas de cette affection observés dans mon service, que j'avais affaire plutôt à des cholérines qu'à des diarrhées ordinaires, je les ai traitées comme je traitais d'ordinaire ces dernières, et, je dois le dire, je n'ai remarqué aucune différence dans les résultats.

Ainsi l'ipécacuanha donné à dose vomitive a obtenu un succès le plus souvent instantané, et, comme M. Jules Guérin, j'ai rarement été obligé de revenir à un second évacuant. Quand j'y suis revenu, j'ai, comme lui, tantôt employé une seconde dose du vomitif et tantôt un laxatif, obtenant une égale et prompte amélioration par l'un ou par l'autre. Plus tard cependant, ayant observé combien, par son influence sur la diaphorèse et sur les mouvements généraux d'expansion, l'ipécacuanha a d'action sur le choléra confirmé, je me suis demandé si, en cas que la cholérine fût assez grave pour pouvoir être suivie du choléra, il ne valait pas mieux constamment combattre celle-là par le moyen le plus héroïque qui combat celui-ci, par l'ipécacuanha, et ce seul motif m'a déterminé à persévérer dans l'emploi de ce moyen.

Quand l'ipécacuanha donné à dose vomitive a eu tellement réduit la diarrhée que le malade n'avait plus que deux ou trois selles liquides dans les vingt-quatre heures, je n'ai pas dû m'attacher, bien entendu, à faire vomir de nouveau, pas même à donner l'ipécacuanha à dose réfractée, et je me suis

(1) Errata du § I, troisième alinéa, troisième ligne : Au lieu de : *exhalation*, lisez : *exaltation*,

(2) MÉMOIRE SUR LA CHOLÉRINE, page 28, année 1837.]

alors borné à donner quelques potions légèrement opiacées ; mais pour peu que la diarrhée ait montré de la ténacité, je lui ai opposé de nouveau l'ipécacuanha, mais cette fois donné à dose non vomitive ou combiné avec l'opium. C'est ainsi que j'ai donné, par cuillerées, toutes les heures, la potion suivante, dont j'avais obtenu le plus grand bien dans les diarrhées et les dyssenteries rebelles d'Afrique :

Prenez : Ipécacuanha, de 2 à 6 gr., en infusion dans eau c. 90 gr.
Extr. g. d'opium . . . . 1 décigr.
Sp. simple . . . . 30 grammes.

D'après ce qui vient d'être dit, il faut distinguer deux temps dans le traitement de la cholérine : un temps où il a fallu agir par l'ipécacuanha à dose vomitive et un temps où il a fallu employer l'opium seul ou combiné avec l'ipécacuanha à dose non vomitive. Ces deux temps sont importants à considérer dans toute affection diarrhéique, ils résultent de l'acte physiologique même qui constitue l'hypercrénie intestinale et ils demandent une courte dissertation.

Il y a, en effet, deux choses à considérer dans une diarrhée par cause miasmatique : 1° l'utilité de la supersécrétion; 2° l'excitation sécrétoire qui, pour suffire à la supersécrétion, s'accompagne d'une certaine congestion sanguine, qu'il ne faut pas encore confondre, comme on l'a fait, avec l'inflammation. Eh bien ! il peut résulter de là deux temps dans la diarrhée : un temps de supersécrétion efficace, et après celui-ci un temps de supersécrétion inutile. Le premier temps se conçoit et dérive de l'action d'un certain agent toxique qui excite, par son contact ou par son influence, la suractivité éliminatoire des pores sécrétants. Le second temps découle d'un acte physiologique plus palpable encore : il découle de l'excitation sécrétoire et de la congestion elle-même qui, trop longtemps prolongées ou trop intenses en un point de l'intestin, peuvent finir par y provoquer l'irritation et quelquefois même l'inflammation, lesquelles notons bien ceci, deviennent elles-mêmes de nouvelles sources d'hypercrénie et de diarrhée. Or voilà bien un temps de supersécrétion cette fois inutile.

S'il en est ainsi, la marche de la thérapeutique est toute tracée à l'égard des cas de cholérine, comme de la plupart des cas de diarrhée et de dyssenterie : il faut 1° favoriser la supersécrétion, tout en la dérivant, la déplaçant, ou, si l'on veut, la généralisant, ce que l'on obtient au moyen de certains évacuants et ce qui, en réalité, décharge le siége premier de l'hypercrénie et modère ou arrête complétement celle-ci ; 2° une fois l'évacuation artificielle suffisante obtenue, s'il reste une diarrhée légère que l'on puisse alors ne regarder que comme le produit d'un restant d'excitation, la combattre *directement* par les opiacés, les émollients ou même les astringents, ou *indirectement* par de légers dérivatifs agissant sur la partie supérieure de l'appareil digestif, tels, par exemple, que l'ipécacuanha donné à petites doses, ou même de très-légers laxatifs.

J'ai, selon les degrés, appliqué au traitement de la cholérine les divers moyens cités. Mais il est des cholérines plus ou moins graves dont quelques-unes ne se signalent pas seulement par la diarrhée, mais qui se signalent encore par des vomissements, des crampes et même une légère cyanose : or il est bien remarquable que les moyens que je viens de préconiser contre la cholérine qui ne se caractérisait que par la diarrhée ont été tout aussi efficaces contre celle qui se caractérisait par les autres symptômes. Eh bien ! il est résulté de là un trait de lumière pour moi quand il s'est agi de traiter le choléra confirmé : ce qui était vrai, en effet, pour les cas légers de choléra, tels que ces cas de cholérine, devait être vrai, en principe, pour les cas graves ; dès lors donc, tout en tenant compte des indications nouvelles d'un appareil symptomatique plus étendu et plus sérieux, mais non contradictoire avec les premières manifestations, j'ai dû me rappeler les principes posés par les médications de la dyssenterie et de la cholérine, et, ainsi qu'on va le voir, agir en conséquence.

Maintenant, il ne faut pas le taire, un choléra grave a, dans quelques cas bien exceptionnels, pu éclater après une cholérine traitée par les moyens que je viens d'exposer et dont l'efficacité est pourtant incontestable ; faut-il donc en accuser les évacuants, comme l'on a été quelquefois disposé à le faire ? Non, car alors il faudrait anéantir l'existence de tant de faits éloquents qui attestent que, dans l'immense majorité des cas, les mêmes évacuants arrêtent instantanément la cholérine. Il est donc bien clair que, dans les cas réfractaires en question, l'affection, d'abord à demi latente, provoquée par l'agent cholérique, était trop intense et trop profonde pour pouvoir être efficacement enrayée dans son cours par les évacuants, et voilà tout ce que l'on peut sainement déduire des faits. Du reste, il a bien fallu opposer aux cas de choléra ainsi éclos les moyens les plus héroïques contre le choléra ; or ces moyens, qui, comme on s'en doute déjà, sont principalement des évacuants, en ont le plus souvent triomphé, et d'autant mieux sans doute qu'ils avaient déjà agi quand ces cas de choléra n'étaient encore que des cas de cholérine.

Dans le choléra confirmé, dans sa *période algide*, trois indications semblent devoir se présenter : 1° favoriser l'expulsion soit de l'agent délétère, soit des produits de la décomposition organique qu'il a provoquée, sans cependant porter atteinte au peu de tonicité qui peut rester à l'organisme ; 2° neutraliser, s'il se peut, l'agent délétère ; 3° rappeler l'action vitale si gravement compromise.

1° *Favoriser l'expulsion de l'agent délétère et des produits de la décomposition qu'il a provoquée, sans augmenter la sidération.* Cela a été fait par l'emploi de l'ipécacuanha aidé de celui des boissons aromatiques très-chaudes. Ce médicament a été donné d'abord en poudre à la dose de 2 grammes, et suivi, pendant les vomissements, d'abondantes verrées d'eau tiède ; après cela, il a été administré en infusions à la dose de 3 à 4 grammes dans trois ou quatre tasses de boissons aromatiques très-chaudes, elles-mêmes soutenues par de nouvelles quantités des mêmes boissons. Or ce mode, en surexcitant les vomissements et provoquant des sueurs abondantes, n'a nullement diminué les forces et a le plus souvent amené de promptes réactions.

2° *Neutraliser l'agent cholérique absorbé.* Ceci a été simplement tenté, soit avant, soit après l'action du vomitif, tantôt par l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses, tantôt par celui du camphre, et tantôt par celui du chlorure de sodium. Mais, il faut le dire, soit que ces médicaments aient été trop tôt rejetés par les vomissements, soit qu'ils aient agi sur des organismes déjà trop compromis par l'agent délétère, soit enfin qu'ils aient été impropres à la neutralisation du miasme, ce qui est le plus probable, d'après le grand nombre d'essais qui ont été tentés à ce sujet par les médecins, toujours est-il qu'un succès bien décisif n'a pas, quant à ces moyens, répondu aux tentatives faites par moi.

3° *Ramener l'action vitale compromise.* Ici, les agents stimulants les plus énergiques ont été employés avant ou après l'action des vomitifs ; ce sont : les infusions de thé ou de menthe alcoolisées (à 15 ou 20 grammes par litre) ; le café ; les potions avec l'éther, l'eau distillée de menthe et l'acétate d'ammoniaque ; un élixir cordial, donné par petites doses, qui a eu pour véhicule le genièvre de Hollande, et pour substances macérantes, la gentiane, l'angélique, l'aunée et l'acore vraie ; ce sont enfin les bains d'air chaud plus ou moins prolongés, pris dans le lit au moyen de l'appareil Duval, la flanelle sur la peau, les frictions sèches, les sinapismes, etc.

Si, sous l'influence de cette médication complexe et énergique, les réactions se sont le plus souvent établies, il est au moins essentiel pour la pratique de déterminer la valeur des moyens qui la composent et l'ordre selon lequel il est préférable de les employer. Il ne s'agit ici, bien entendu, que des vomitifs et des stimulants, puisque les moyens neutralisateurs indiqués plus haut sont, jusqu'à présent d'une efficacité problématique, et ne peuvent, en tout cas, qu'être employés avec les stimulants, à l'action desquels ils ne sauraient nuire.

L'ipécacuanha a évidemment soulagé les malades, qui tous, ou presque tous, ont dit en avoir ressenti de bons effets, et qui, plusieurs, en ont demandé de nouvelles doses. Accompagné surtout des injections aromatiques et alcoolisées, et de l'application des bains d'air chaud et de la flanelle, il a, au milieu d'une abondante diaphorèse, souvent suffi à ramener le pouls et la chaleur. Les selles abondantes et fréquentes ne manquent pas d'enrayer le cours des sueurs et d'affaiblir considérablement les malades : eh bien ! notons bien ceci, *l'action du vomitif a eu pour avantage, non-seulement de dériver la sécrétion intestinale vers la partie supérieure du tube digestif, vers le foie et vers la peau, et dès lors de diminuer le nombre des selles sans cependant suspendre l'acte éliminatoire général, mais encore de modifier la nature même des excrétions stercorales qui, de riziformes qu'elles étaient, sont devenues moins albumineuses et bilieuses.* En somme donc, l'emploi de l'ipécacuanha a été un excellent moyen, mais d'autant meilleur qu'il a été accompagné instantanément de celui des boissons aromatiques et excitantes très-chaudes, de l'application de la flanelle sur la peau, des bains d'air chaud prolongés ordinairement jusqu'à la réaction, des sinapismes, etc.

Les vomitifs ont été pourtant, il faut bien le dire, quelquefois inefficaces ; mais un fait bien digne de remarque, c'est qu'ils l'ont été surtout quand ils n'ont pas pu provoquer des vomissements ou qu'ils n'en ont que peu provoqué. La raison en est fort simple, d'après ce qui a été exposé dans le premier paragraphe de ce mémoire ; c'est que l'organisme qui leur était réfractaire l'était par ce seul fait qu'il était déjà dans un état désespéré de sidération s'étendant à tout l'appareil nerveux de la vie organique, et déjà même aux nerfs de la vie animale qui président à l'acte du vomissement.

L'on a bien dit que les vomitifs augmentaient le danger, que le danger et les symptômes graves du choléra, tels que la cyanose, l'algidité et la suspension du pouls n'étaient que la conséquence de l'énorme perte des liquides et des solides faite dans les vomissements naturels et la diarrhée naturelle. Mais l'expérience réfute de la manière la plus victorieuse une pareille assertion : ces symptômes graves apparaissent quelquefois avant les vomissements et les selles, ils apparaissent d'autres fois et très-marqués

quand les vomissements et les selles n'ont été que très-modérés; enfin, chose très-remarquable et qui met complétement au néant l'objection, c'est lorsque les vomissements et les selles manquent totalement que les autres symptômes sont le plus effrayants et sont le plus vite et le plus sûrement suivis de mort.

Certes, il n'est pas douteux que les vomitifs ne puissent priver abondamment le sang de certains de ses matériaux, surtout de ses matériaux liquides: mais rien ne prouve que la mort arrive dans le choléra par suite de l'hypercrinie, tandis que tout prouve qu'elle arrive par l'altération du sang; or celle-ci est évidente, indépendamment de tout phénomène hypercrinique, et c'est là, il faut le reconnaître, le *criterium* de l'indication des évacuants. En fait, un très-grand nombre de cas de choléra sont tous les jours heureusement modifiés par l'emploi des évacuants; la diarrhée prodromique, quelle que soit son intensité, est, ai-je déjà dit, à peu près toujours instamment supprimée par la même méthode; il en est de même de la diarrhée et de la dysenterie aiguës que j'ai observées en Afrique par milliers de cas, dont beaucoup présentaient jusqu'à 80 et 100 selles par jour; eh bien! tous ces résultats m'ont démontré jusqu'à l'évidence que, en pareils cas, la perte des matériaux du sang provoquée par les évacuants artificiels, était, malgré les pertes naturelles antérieures, un véritable bienfait. Pouvait-il en être autrement, si ces cas étaient, comme on n'en peut douter, des cas d'intoxication septique, et si ces matériaux suspendaient des principes délétères?

Mais je poursuis ma démonstration jusqu'au bout, et je vais encore faire voir que la perte prétendue sérieuse des matériaux du sang par l'action des évacuants est en général bien moins grave et bien moins abondante, non-seulement que si la diarrhée était abandonnée à elle-même, mais encore que si elle était attaquée par les moyens généralement employés pour obtenir la suppression absolue, tels que les opiacés, les antiphlogistiques, etc.

D'abord à évacuations pour évacuations, voici ce qui résulte de la comparaison des évacuations artificielles avec les évacuations morbides naturelles: d'une part, l'hypercrinie par les vomitifs, ai-je déjà dit, et je pourrais ajouter par les laxatifs salins, a cet avantage sur l'hypercrinie intestinale morbide naturelle, de provoquer moins que celle-ci l'expulsion des matériaux solides du sang; or c'est là un avantage *immense*, qui d'un côté conserve le mieux au sang ses matériaux toniques, tels que les globules, la fibrine, etc., qui, de l'autre côté, atteint le mieux les principes délétères qu'il tient sans doute suspendus dans le *sérum*, et qui enfin le met le mieux à même de pouvoir être réparé. D'autre part, s'il est encore vrai que les évacuants tendent à faire diminuer, après leur action normale, le nombre des évacuations morbides naturelles,—et, pour être édifié sur ce point, l'on n'a qu'à consulter le plus beau travail qui ait été fait sur la dyssenterie, celui de Zimmermann,—il restera hors de doute que, même au point de vue de la perte des matériaux du sang, il y a plus de bénéfice à employer ces moyens qu'à s'exposer à laisser les évacuations morbides naturelles suivre leur cours, elles qui emportent des matériaux solides en abondance, elles qui affaiblissent considérablement les malades, elles enfin qu'il est si difficile d'arrêter après quelques jours de durée.

Reste maintenant la question de la comparaison de la médication évacuante avec la médication narcotico-émolliente. D'abord, un premier et très-grave reproche à adresser à cette médication, c'est, en cas que le choléra soit le résultat d'une intoxication, de s'opposer à l'élimination, soit de l'agent délétère, soit des produits de la désorganisation qu'il a provoquée, et de contrarier ainsi les efforts médicateurs de la nature. Mais ceci n'est que de la théorie, et les idées théoriques, quelle que soit leur vraisemblance, n'ont pas cours partout; prenons donc la question au point de vue pratique. Je ne sache pas que l'opium ait guéri un seul cas de cholérine, de diarrhée ou de dyssenterie de moyenne intensité, du jour au lendemain; il faut à ce médicament trois, quatre, cinq jours et plus d'administration pour assurer, dans cette condition, une convalescence, et encore faut-il que le malade garde une diète des plus sévères, aide l'action du narcotique par l'application de sangsues, etc., etc. Cependant, dans ce long intervalle de temps, des pertes, des pertes aussi graves par leur nature que par leur nombre, continuent d'avoir lieu. Or il n'en est pas ainsi de l'action de la médication évacuante: c'est du jour au lendemain que, après quelques abondantes évacuations, qui diffèrent notablement de celles qui ont précédé, que l'hypercrinie s'arrête ordinairement; il est assez rare qu'un second évacuant soit nécessaire, et extraordinaire qu'il en faille un troisième, et il est de règle que, dès le second ou le troisième jour, le malade, plus fort et plus dispos, puisse manger. C'est là du moins ce que j'ai vu depuis sept ans que j'applique la méthode évacuante aux diarrhées, aux dyssenteries et à toutes les nuances cholériques. Or ces effets, je les ai observés, ai-je dit, par milliers, soit en France, soit en Afrique.

Ainsi, je conclus que le reproche adressé à la médication évacuante, quant aux pertes qu'elle fait éprouver aux matériaux du sang dans son application au choléra ou aux autres maladies diarrhéiques, est mal fondé, puisque sans elle ces pertes seraient à la longue plus grandes et plus sérieuses encore.

Mais, dira-t-on, si les évacuations artificielles modèrent et finissent même par arrêter la diarrhée dans le choléra, vous n'aurez bientôt plus assez d'évacuations, assez d'élimination de l'agent délétère, et vous serez en contradiction avec votre principe. Certes cela pourrait avoir lieu si l'on n'avait pas toujours des évacuants sous la main à opposer aux autres symptômes alarmants de la maladie, et c'est là, comme on le verra bientôt, une ressource immense pour toutes ses phases.

Maintenant une autre question se présente: à propos de la nécessité des évacuants dans la période algide du choléra, j'ai beaucoup parlé des vomitifs, et fort peu des laxatifs et des purgatifs; pourtant, comme dans la diarrhée et la dyssenterie où les laxatifs sont si utiles, la nature provoque ici des selles caractéristiques et en général très-fétides qui indiquent bien évidemment qu'il y a eu besoin d'élimination. Ne faut-il donc pas, comme dans ces maladies, favoriser l'élimination selon son cours naturel pour arriver à une prompte guérison? Dès le début de l'épidémie, j'ai combiné l'emploi de l'ipécacuanha avec celui du sulfate de magnésie, quand la réaction s'établissait ou s'était déjà établie, et j'ai encore après cela donné de l'eau de Sedlitz en abondance. Eh bien! l'efficacité des laxatifs a été incontestable, ainsi que le prouvent un grand nombre d'observations prises dans mon service et déjà publiées par la GAZETTE MÉDICALE (1); car l'on y suit jour par jour et pour ainsi dire heure par heure un rapport évident entre l'effet de la médication laxative et l'effet qu'elle est appelée à combattre. Mais, je dois bien le dire, dans les cas où la réaction ne faisait que de s'établir et où je purgeais, j'ai cru quelquefois remarquer un peu de lenteur et quelquefois même un temps d'arrêt dans sa marche; j'ai cru surtout remarquer cela alors que l'eau de Sedlitz, donnée à froid, avait remplacé les boissons chaudes. J'ai donc tenté plus tard d'attendre, pour administrer ce genre d'évacuants, que les réactions fussent parfaitement établies et le fussent depuis douze ou quinze heures, et je me suis bien trouvé de cette temporisation, pendant laquelle j'ai souvent répété l'administration de l'ipécacuanha. C'est donc à la période de réaction bien confirmée, et non pas à la période algide, que se sont adressés ces moyens.

Il est inutile d'appuyer sur la valeur des *stimulants* que j'ai employés: ce sont à peu près ceux qui ont été mis en usage par tous les praticiens. Je ferai observer cependant qu'il faut s'abstenir d'administrer à l'intérieur ceux auxquels est attachée une propriété irritante quelconque, laquelle, en faisant concentrer les forces vitales sur le tube digestif, ne pourrait qu'enrayer les efforts d'expansion et d'élimination de l'organisme.

Au commencement de l'épidémie, les vomitifs n'avaient été employés qu'après les stimulants, et lorsque la réaction s'établissait ou s'était déjà établie. Cet ordre a été interverti depuis, autant sous l'inspiration de la théorie que de l'expérience. Les stimulants peuvent, en effet, rendre immédiatement à l'économie le pouvoir de réagir contre les résultats d'un agent sidérateur; mais que l'on suppose le pouvoir de cet agent, qui souvent a été absorbé à haute dose, plus grand que le pouvoir de réaction de l'organisme, ou que l'on suppose seulement que cet agent, quoique absorbé à faible dose, doive cependant en arriver là par l'effet de sa présence continue au milieu des tissus et des fluides de l'économie, faudra-t-il donc le laisser dans l'organisme user une à une toutes les ressources de la réaction et compromettre ce qu'il n'a pas encore compromis? On lui opposera des stimulants, soit; mais qu'est-ce donc en ce cas que stimuler, si ce n'est exciter l'économie en voie de sidération à se dégager de l'agent qui l'opprime, à se débattre contre ses effets, et alors à dépenser, soit utilement, soit inutilement, ses forces? Or ne vaut-il pas mieux, avant tout, lui ôter cet agent que de la laisser lutter souvent inutilement contre lui? Il faut donc, dès le début du traitement, tenter l'élimination, et, sous ce rapport, imiter les efforts de la nature, sauf à stimuler en même temps et après pour ne donner aucun répit à l'action délétère, et pour l'attaquer de toutes les manières.

La *période de réaction* n'a pas toujours offert des caractères fébriles bien manifestes. Quand elle les a présentés, j'ai dû me considérer comme en pleine fièvre continue, mais en fièvre continue tendant à un état comato-typhoïde, et j'ai agi en conséquence. Je n'ai saigné que rarement et selon la dureté et la plénitude du pouls; je n'ai appliqué des sangsues que dans des cas de douleurs locales violentes, et lorsque l'application de sinapismes ou de ventouses sèches était restée sans effet; mais j'ai prodigué l'eau de Sedlitz (2 ou 3 litres par jour), les lavements purgatifs au sené et au sulfate de soude (3 par jour) et les boissons acidulées. J'ai de plus, dans tous les cas où il s'est montré un peu de céphalalgie ou bien le moindre signe de congestion céphalique, appliqué sur la tête des fomentations avec le mélange suivant: eau, 300 grammes; ammoniaque, 20 ou 30 grammes; sel marin, 10 grammes; alcool camphré, 10 grammes, mélange qui est, à

(1) Voy. GAZETTE MÉDICALE, année 1849, p. 283, 284, 346, 347.

peu de chose près, celui qu'avait indiqué, pour les mêmes cas, mon collègue M. Worms.

Quand la réaction s'est montrée sans fièvre et sans prostration, je me suis contenté de l'emploi des boissons miellées ou aromatiques, et de deux ou trois lavements purgatifs par jour. Quand à la forme apyrétique il s'est joint un abattement assez considérable, et notamment l'injection passive de la conjonctive oculaire, ces signes m'ont fait craindre pour plus tard une période de *coma*, et je n'ai pas alors hésité à appliquer sur la tête les fomentations résolutives, et à donner l'eau de Sedlitz en abondance.

J'ai remarqué que le coma se déclarait de préférence dans l'après-midi, et que même une fois la période comateuse établie, l'assoupissement était en général plus profond le soir que le matin. Ceci m'a décidé à joindre aux moyens précités l'administration du sulfate de quinine à la dose de 10 à 15 décigrammes, et cette administration, faite le matin, m'a paru très-utile, quand toutefois le médicament était supporté.

Lorsque, dans la période de réaction, les vomissements ont persisté d'une manière modérée, je les ai respectés, et n'ai donné tout au plus que des lavements purgatifs ; mais quand ils ont été immodérés, je leur ai opposé en outre l'eau de Seltz, les potions opiacées, s'il n'y avait pas la moindre tendance au coma, la glace à l'intérieur, mais notamment le sulfate d'alumine à la dose de 0,8, dans une potion gommeuse, à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure.

C'est quelquefois la diarrhée qui a persisté d'une manière alarmante, notamment chez des individus lymphatiques et très-affaiblis ; alors, quand les laxatifs qui l'arrêtent ordinairement sont restés sans efficacité, j'ai eu recours à la potion formulée plus haut, avec l'infusion d'ipécacuanha et l'extrait gommeux d'opium, à prendre par cuillerées toutes les heures, ou bien aux lavements avec sous-acétate de plomb, 5 grammes, selon la méthode de M. Barthez.

La *période comato-typhoïde* n'arrive pas nécessairement ; mais elle s'offre cependant assez fréquemment, et quelquefois malgré l'emploi des moyens précédents, donnés pour la plupart en vue de la prévenir.

Lorsqu'elle s'est déclarée, les sangsues aux tempes, les fomentations résolutives sur la tête, l'eau de Sedlitz et les lavements purgatifs répétés ont en général produit d'excellents résultats, résultats desquels il ne faut exclure la part d'aucun de ces moyens, car chacun d'eux, quand, dans certains cas, il a été administré isolément, a produit les meilleurs effets. Je leur ai joint d'ordinaire l'emploi du sel marin à la dose de 10 grammes pour une potion gommeuse donnée par cuillerées d'heure en heure, et j'ai insisté sur ce moyen, parce que j'ai été plus que content de ses résultats dans l'état typhoïde prononcé, qui souvent alors s'est tellement modifié que j'ai vu du matin au soir la stupeur et la sécheresse de la langue disparaître complétement. Je dois, du reste, annoncer à ce propos que depuis la fin de l'épidémie, j'ai eu occasion d'administrer le sel marin dans plusieurs cas de fièvre typhoïde avancée, et que le succès obtenu a été tout aussi frappant.

Le camphre et le quinquina n'ont pas été négligés non plus dans cette période, et leur administration a souvent alterné avec celle du chlorure de sodium.

Enfin le sulfate de quinine a été appliqué avec un succès signalé aux cas de coma rémittent.

En général, les *convalescences* n'ont pas été pénibles, et les moyens toniques, tels qu'une nourriture promptement substantielle et animalisée, le vin et le quinquina, les ont rapidement conduits à parfaite guérison.

En résumé, le choléra est une maladie septique dans laquelle le sang se trouve primitivement altéré, et le système nerveux secondairement et partiellement sidéré. Elle a pour évolutions médicatrices principales l'élimination et la réaction, dont les mouvements sont conformes aux ressources laissées au système nerveux pour les opérer ; mais elle a pour but final la décomposition et l'anéantissement typhoïdes.

Si l'art ne possède pas encore l'agent neutralisateur de la cause de cette terrible affection, il possède du moins des méthodes propres à faire éliminer, pour le moins en partie, cet agent, à faire réagir sur ses effets antivitaux et à modérer son action, et ces méthodes consistent en général dans l'imitation des efforts de la nature, en tant cependant qu'ils ajoutent le moins à la sidération du système nerveux. Ainsi la méthode évacuante, qui ne doit à peu près jamais cesser son action, et dont les nuances doivent être appropriées aux diverses conditions périodiques de la maladie, la méthode stimulante, qui doit se borner à amener ou à favoriser la réaction, l'administration de divers antiseptiques, tels que le quinquina, le camphre et le chlorure de sodium, s'appropriant avec les laxatifs à diverses conditions de l'état comato-typhoïde, quelques saignées locales imitant alors les efforts critiques, et enfin la médication tonique aidant progressivement le retour des forces après la lutte, tels sont les moyens médicateurs que suggèrent contre le choléra une induction sévère appliquée à sa causalité et à ses effets, et une expérience qui, d'après les rapports quotidiens de la presse médicale et malgré la ténacité de certains préjugés, paraît enfin avoir conquis une imposante et solide autorité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA MARCHE DU CHOLÉRA A TOULON ; par M. AUG. HASPEL, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon.

Monsieur,

J'ai pensé qu'il pourrait vous être utile de vous tenir au courant de la marche et des progrès de l'épidémie de choléra qui paraît jusqu'à présent s'être concentrée presque exclusivement dans les hôpitaux militaires et dans les troupes de la garnison de l'armée de terre. Les officiers de santé de la marine nous ont assuré qu'aucun cas ne s'était développé ni dans les régiments de la marine ni parmi les matelots.

L'épidémie, qui s'était déclarée d'abord au sein de l'hôpital militaire parmi des hommes venus de Marseille où régnait le choléra, s'est exercée ensuite à l'hôpital sur les constitutions épuisées par les maladies antérieures ou l'habitude des excès. Mais là ne s'est pas bornée son action : bientôt elle a attaqué au dehors les sujets faibles soumis aux mêmes influences ; enfin les constitutions fortes ont aussi payé leur tribut. Nous ferons remarquer que c'est principalement de la caserne des *Isolés*, c'est-à-dire parmi les hommes qui se trouvaient en contact avec les soldats dirigés de Marseille sur Toulon, que se sont développés presque tous les cas de choléra. Nous ne voulons certes en tirer aucune conclusion définitive, seulement, en passant, nous constatons le fait.

On n'accusera pas l'encombrement d'être la cause de la fréquence et de l'intensité plus grande de l'épidémie dans la caserne des Isolés, puisque alors cet établissement avait 196 places vacantes.

Quoi qu'il en soit, dans les deux hôpitaux nous avons réservé exclusivement, pour traiter ces malades, une vaste salle *isolée* aussi complétement que possible du reste de l'établissement, et nous avons dirigé nos convalescents sur le lazaret pour y faire un quarantaine de six jours. Nous avions d'ailleurs toujours présentes à l'esprit les paroles de notre savant inspecteur, M. Begin : « qu'il vaut mieux recourir à des précautions inutiles que d'occasionner, par une négligence funeste, la mort d'un seul homme. »

Nous avons eu déjà environ 40 cas dans l'hôpital, et grâce à nos moyens d'isolement, aucun cas ne s'est encore développé en ville, si ce n'est chez le propriétaire de l'hôtel du Nord, qui est constamment en contact avec les voyageurs de Marseille. — Deux jeunes requis, élèves de la marine, qui faisaient le service avec nous dans l'hôpital militaire, ont été frappés du choléra ; l'un est mort en vingt-quatre heures, l'autre est encore très-mal. Deux infirmiers ont été également atteints, l'un est mort, l'autre est mourant.

Les trois premiers cas qui se sont développés appartiennent à des hommes évacués de Marseille sur Toulon : dès ce moment l'épidémie s'est étendue dans l'hôpital.

Voilà quelques renseignements, encore incomplets et souvent interrompus, que mes pénibles fonctions me permettent de vous tracer.

Agréez, etc.

P. S. — De nouveaux cas se sont encore développés dans les hôpitaux militaires et la garnison. Un chiffre peu important, il est vrai, a marqué le nombre des entrées pour cause de choléra.

La physionomie morbide a pris un cachet particulier : les flux intestinaux séreux et muqueux semblent absorber tout l'état pathologique ; ils s'accompagnent de vomissements fréquents, de troubles variés et insolites dans la circulation et de cette extinction si remarquable de la voix.

La circonscription du choléra dans les hôpitaux militaires et la garnison, nous avait fait espérer que là se bornerait l'épidémie ; cependant le développement subit et l'extension de la maladie dans la ville de Toulon sont peu propres à favoriser la croyance d'alors. Le 20 septembre, M. Auban, président du conseil de santé, à la fois professeur et chirurgien distingués, le *primus inter pares* nous écrivait que 3 cas de choléra s'étaient déclarés dans la nuit du 19 au bagne, et que quatre habitants de Toulon avaient été comme foudroyés par la maladie.

Le 20, 4 cas nouveaux s'étaient développés chez des matelots à l'hôpital de la marine, 1 cas au bagne et 3 en ville, suivis de décès rapides.

Le 22, nous n'avons eu, nous écrivait-il, qu'un cholérique entrant

hier à l'hôpital principal et un mort atteint à l'hôpital. Au bagne, 2 décès cholériques.

Les renseignements qu'on m'envoie de la mairie signalent pour la journée d'hier 20 décès dont 10 cholériques. Ajoutez à cela 7 cas développés pendant ces trois jours dans les hôpitaux militaires.

Toulon, 22 septembre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Publié par les docteurs Roser et Wunderlick.

Les cahiers 1, 2, 3 et 4, qui forment le premier semestre de l'année 1848, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Révision de la matière médicale actuelle; questions de principes; statistique;* par le professeur Griesinger. (Discussion sur la valeur de la statistique dans l'appréciation des méthodes thérapeutiques. L'auteur s'attache surtout à combattre les idées du professeur Gavarret sur cette matière ; il se prononce pour une statistique rationnelle, c'est-à-dire qui tient compte des indications thérapeutiques.) 2° *Sur la fistule congénitale du cou;* par le docteur Luschka. (Histoire d'une fistule congénitale occupant la ligne médiane du cou, sur un garçon de 14 ans. Cette fistule paraît avoir communiqué primitivement avec le larynx, mais aujourd'hui cette communication n'existe plus; elle n'a pas été opérée.) 3° *Sur le typhus des enfants;* par le docteur Friedleben. 4° *Analyse quantitative du sucre dans l'urine;* par le professeur Fehling. (Analyse de l'urine d'un diabétique par le procédé de Barreswill, que l'auteur préfère à tous les autres.) 5° *Sur l'affection iodique, ou plus exactement sur la maladie qui survient après la guérison des goîtres;* par le docteur Roser. (Description des symptômes qui se manifestent à la suite de l'usage interne ou externe des préparations iodées.) 6° *Sur l'échange des gaz dans la respiration;* par le docteur Vierordt. Nouvelles objections à la théorie de Valentin, relative à la loi de diffusion des gaz dans l'acte respiratoire.) 7° *Recherches physiologiques et pathologiques sur la phlébite;* par le docteur Ch.-Aug. Meinel. 8° *Appareil dioptrique pour l'examen des yeux malades et pour l'inspection des cavités du corps ouvertes au dehors;* par le docteur de Granvogl. (L'appareil se compose d'un prisme triangulaire et d'une lentille biconvexe, le tout maintenu par un anneau ; il permet de diriger dans le fond d'une cavité quelconque des faisceaux de lumière qui l'éclairent parfaitement. Cet appareil paraît être très-utile pour l'œil et pour l'oreille.) 9° *Sur les changements que le sang éprouve à la suite de lésions extérieures, et recherches sur la formation du pus;* par le docteur G. Zimmermann. 10° *Sur la somme des lumières des vaisseaux capillaires de la grande circulation;* par le docteur Vierordt. (La surface de section de l'aorte ascendante est 5,20 cent. carrés ; la masse du sang poussée par le ventricule gauche est de 183 cent. cubes par seconde; la vitesse du sang à sa sortie du ventricule sera $\frac{183}{5,2}$ = 35, 2 centim. par seconde. La vitesse du sang, dans les capillaires de la grenouille, est estimée en moyenne à 0,056 par seconde. Si l'on admet l'analogie, et si l'on se rappelle qu'il s'écoule autant de sang par les capillaires qu'il en passe, dans un temps donné, par l'aorte, la somme des surfaces de section des capillaires sera $\frac{183}{0,056}$=3268 cent. carrés. Le diamètre des capillaires réunis serait donc à celui de l'aorte : : 628 : 1.) 11° *Divers mémoires sur les accouchements;* par le professeur Breit. — I. *Nouvelle modification du céphalotribe, avec des remarques sur la céphalotripsie et la perforation.* 12° *Sur la distribution anormale du sang dans les maladies du cœur;* par le docteur Frey. (Exposé physiologique de l'influence qu'exercent les divers états morbides du cœur sur la circulation du sang.) 13° *Physique du renouvellement de la matière organique;* par le docteur Vierordt. (Deuxième article.) 14° *Sur la quantité du chyle dans l'homme;* par le docteur Vierordt. (L'auteur prend pour base de son estimation la quantité moyenne d'aliments azotés que prend un homme adulte dans les vingt-quatre heures et la quantité de matières azotées que le chyle renferme. Il admet, d'ailleurs, que tous les aliments azotés sont exclusivement absorbés par les vaisseaux chylifères. D'après ces données, l'auteur estime qu'il se forme par jour 2 à 3 kilogrammes de chyle.) 15° *Sur l'anatomie normale et pathologique des poumons;* par le professeur O. Kostlin. 16° *Sur le ramollissement de la région occipitale;* par le docteur Elsasser. (Cet article a surtout pour objet l'examen de deux cas rapportés par le docteur Hauff (Gaz. Méd., 1848, p. 954). L'auteur s'applique à faire comprendre la nature et la marche du ramollissement des os du crâne chez les enfants.) 17° *Recherches physiologiques et pathologiques sur la phlébite;* par le docteur Meinel. (Suite et fin.) 18° *Sur le sang de la veine porte;* par le docteur Horn. (Suivant l'auteur, le foie a deux fonctions principales : il élimine, en les transformant en bile, les corpuscules sanguins qui ont achevé leur évolution, et il transforme en sang veineux ordinaire le sang de la veine porte, que l'auteur regarde comme un mélange de sang et de lymphe.)

Sur le typhus des enfants; par le docteur Friedleben.

L'auteur a étudié quatre épidémies de typhus chez les enfants : de février à avril 1844, de juillet à août de la même année, de janvier à février, puis de juillet à août 1846. De janvier à février 1846, le typhus a régné presque exclusivement parmi les enfants, tandis qu'il a sévi plus particulièrement sur les adultes pendant les mois d'avril à mai. Pendant les trois années 1844, 1845 et 1846, M. Friedleben a traité 1,842 enfants (880 garçons et 962 filles), dont 98 typhoïdes, savoir 46 garçons et 52 filles. Sur ce nombre, un seul enfant était âgé de 1 à 2 ans, 23 de 2 à 5, 32 de 5 à 8, 22 de 8 à 11, 12 de 11 à 14 et 8 de 14 ans. La maladie a donc sévi surtout sur les enfants de 2 à 11 ans, et elle a régné plutôt en hiver et en été qu'en automne et au printemps.

L'anatomie pathologique de cette affection est traitée avec beaucoup de détails. L'auteur a recherché et décrit avec soin les lésions du tube intestinal, des glandes lymphatiques, du foie, de la rate, des reins, des appareils respiratoire et circulatoire et de l'encéphale.

Comme toujours, les plaques de Peyer les plus rapprochées de la valvule de Bauhin étaient les plus tuméfiées; quelques-unes avaient une ligne et demie d'épaisseur. La tuméfaction n'est pas uniforme; souvent le milieu est plus élevé que les bords. La surface de ces plaques est raboteuse, à cause du développement des capsules, circonstance qui leur donne l'apparence de plaques ulcérées. Le nombre des plaques malades a varié entre 6 et 20; leur longueur a été jusqu'à 2 pouces sur 5 lignes de largeur. Toutes avaient une teinte bleuâtre livide, à cause de leur injection uniforme. Toutes les plaques étaient ramollies, faciles à enlever. Les autres tuniques de l'intestin n'avaient pas subi d'altération, excepté le tissu cellulaire sous-glanduleux, qui semblait ramolli. Tel est en résumé l'état des plaques de Peyer chez les enfants morts avant le vingt-troisième jour. Chez ceux qui avaient vécu plus longtemps, les plaques étaient indurées.

L'auteur croit que toutes les plaques qui se développent avant le vingt et unième jour sont des plaques molles, tandis que les autres sont des plaques dures. Ses observations confirment celles de MM. Rilliet et Barthez, ainsi que celles de M. Barrier sur la marche de l'inflammation des plaques. L'ulcération des plaques peut être très-violente, même chez les très-jeunes enfants : c'est ainsi qu'on a trouvé des plaques très-ulcérées sur un enfant âgé seulement de 2 ans 1/2. Les ulcérations peuvent survenir de très-bonne heure, et déjà, dès le huitième jour, la cicatrisation n'a pas lieu avant le vingt et unième jour ; elle marche plus rapidement chez les enfants que chez les adultes.

Les glandes solitaires de l'intestin ne suivent pas dans leur altération la marche des glandes agminées; on ne les a trouvées qu'une seule fois ulcérées.

La muqueuse intestinale est en général saine; elle n'est altérée que dans le voisinage des plaques malades. La muqueuse gastrique a été trouvée enflammée une seule fois. Le tissu cellulaire sous-muqueux s'est toujours rencontré à l'état normal.

Les glandes mésentériques sont toujours altérées; on les trouve ordinairement rouges et tuméfiées, surtout au commencement de la maladie ; très-rarement elles sont infiltrées et ramollies; l'auteur croit même que l'infiltration n'arrive que dans les cas très-graves où il y a décomposition du sang.

Nous passerons sous silence les lésions des autres organes, mais nous reproduirons les résultats généraux que l'auteur déduit de ses recherches d'anatomie pathologique.

1° Les glandes de Peyer et par suite les glandes mésentériques constituent le foyer de localisation de l'affection typhoïde chez les enfants.

2° Dans les trois premières semaines, il n'existe qu'une simple inflammation des follicules (plaques molles).

3° Les plaques molles peuvent se résoudre sans ulcération ; quand celle-ci arrive, elle donne lieu à la première forme décrite dans le mémoire.

4° La cicatrisation de ces ulcères marche très-vite.

5° Si le travail morbide dure plus de vingt et un jours, les glandes de Peyer peuvent s'infiltrer (plaques dures).

6° Cette infiltration commence par les glandes les plus rapprochées du gros intestin.

7° Elle conduit nécessairement à l'ulcération et donne lieu à la seconde forme d'ulcères.

8° La cicatrisation de ces derniers se fait lentement.

9° Après le vingt et unième jour on peut trouver réunies les deux formes d'ulcères.

10° Dans tous les cas suivis de guérison et dans la plupart des cas terminés par la mort, les glandes mésentériques ne sont affectées que d'un simple ramollissement inflammatoire; elles ne deviennent infiltrées que dans les cas rares où la décomposition du sang constitue déjà par elle-même un état mortel; ceci n'arrive jamais avant le vingt et unième jour.

11° Les altérations de la rate marchent de concert avec celles qui viennent d'être signalées.

12° Toutes les complications qui surviennent avant le vingt et unième jour ont un caractère inflammatoire bien prononcé.

13° La composition du sang concorde avec cet état.

De tout ceci découle une conséquence importante, c'est que le typhus des enfants pendant les trois premières semaines consiste dans une phlegmasie simple des follicules intestinaux, ce qui le distingue essentiellement du typhus des adultes et en rend la guérison plus facile.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LA PHLÉBITE; par le docteur CH.-A. MEINEL.

On n'a généralement que des idées vagues sur les caractères anatomiques et conséquemment sur la nature de la phlébite; on parle d'inflammation des veines, et l'on se borne, pour caractériser cette inflammation, à mentionner la rougeur des vaisseaux, sans s'occuper de décrire les caractères histologiques particuliers à ces lésions. C'est cette lacune importante que le docteur Meinel a cherché à combler en dirigeant ses recherches vers ce but.

Les expériences faites par l'auteur à l'Institut physiologique de Goettingen, sous la direction du professeur Vogel, sont au nombre de 14; elles sont relatées dans son mémoire; elles consistent dans la section des veines, l'injection de diverses substances (eau, amidon, sable, pus, etc.), l'introduction de corps étrangers (morceaux de bois, fil d'archal, aiguilles, tuyau de plume), l'irritation des parois de la veine avec un stylet, la piqûre des veines à l'aide d'un fil d'archal.

Avant de résumer et d'apprécier les résultats de ses expériences, l'auteur expose les traits principaux de l'histologie des tuniques veineuses. Il regarde avec raison, suivant nous, les recherches du professeur Henle comme trop minutieuses au point de vue pathologique. La tunique externe est de nature celluleuse (fibrillaire), elle renferme des vaisseaux et des nerfs; aucun doute à ce sujet. Cette tunique se change d'une manière insensible en tunique moyenne dont le caractère est de renfermer des fibres élastiques qui se font remarquer par leur disposition transversale (tunique annulaire). A mesure qu'on pénètre plus profondément vers la lumière du vaisseau, le nombre des fibres élastiques diminue; elles sont remplacées par des fibrilles déliées de tissu cellulaire qui affectent une direction longitudinale; c'est la tunique interne qui semble en quelque sorte être amorphe. Quant à la couche épithéliale, elle n'est visible que dans les veines fraîches, immédiatement après la mort, et elle paraît ne pas exister partout. (Il est permis de douter de l'exactitude de cette dernière assertion; il est plus naturel de croire que cet épithélium existe partout; mais, comme il est difficile à distinguer, on comprend qu'il puisse échapper aux recherches.)

Tous les auteurs s'accordent à dire que les vaisseaux nourriciers pénètrent jusqu'à la tunique moyenne, mais en petite quantité et sans former de réseaux capillaires particuliers; ils suivent simplement la direction des fibres. M. Meinel n'a jamais vu de vaisseaux ni à l'état sain ni à l'état morbide, dans la tunique interne; en cela il est d'accord avec Henle, Vogel et la plupart des micrographes.

L'auteur s'élève avec raison contre l'analogie que l'on prétend trouver, de nos jours encore, entre la tunique interne des vaisseaux et les membranes séreuses; ces dernières sont constituées par un tissu cellulaire abondant que parcourent un grand nombre de vaisseaux et de nerfs. La tunique interne des vaisseaux ne présente rien de semblable; on a donc tort de s'appuyer sur cette comparaison pour expliquer la prétendue facilité de l'inflammation de la tunique interne.

Arrivant à l'objet principal de son mémoire, c'est-à-dire à la détermination des conditions pathologiques de la phlébite, l'auteur, pour éviter tout malentendu, voudrait exposer ce qu'on doit entendre par le mot inflammation; mais la chose, comme on sait, n'est pas si facile. Il pose en conséquence les deux questions suivantes:

1° Quels changements éprouvent les membranes veineuses pendant le travail morbide qu'on nomme inflammation?

2° Comment se comporte l'exsudation dans l'intérieur des vaisseaux?

Pour répondre à la première question, il est bon d'étudier ce qui se passe dans la cicatrisation de la petite plaie faite à une veine par la lancette. L'auteur rappelle les diverses recherches qui ont été faites sur ce sujet et surtout celles de MM. Trousseau et Rigot qui datent de 1827, et il affirme, comme ces derniers, que dans les plaies des veines la tunique interne est entièrement passive, qu'elle n'offre jamais ni injection ni changement de texture, qu'elle ne prend aucune part au travail de cicatrisation, et que ce dernier se passe tout entier dans les parois de la tunique externe et dans le coagulum. Les expériences de l'auteur sur les animaux confirment ces résultats; il a toujours trouvé la tunique interne intacte, complétement passive, même contre les irritants les plus énergiques, tandis que la tunique celluleuse et les couches externes de la tunique moyenne ont été trouvées rouges, turgescentes, ramollies; souvent même il était facile de séparer l'une de l'autre les tuniques externe et moyenne, ce qui montrait assez un état de ramollissement. Il ne saurait donc être question dans la phlébite d'une inflammation de la tunique interne.

La réponse à la seconde question découle évidemment de ce qui précède: s'il n'existe pas d'inflammation de la tunique interne, comment celle-ci pourrait-elle produire une exsudation dans l'intérieur des vaisseaux? Aussi l'auteur répond par la négative, car il n'admet pas que les matières exsudées par suite de l'inflammation de la celluleuse puissent passer par exosmose ou par capillarité dans la lumière du vaisseau.

D'après les considérations qui précèdent, il n'est plus possible, dit l'auteur, de regarder la phlébite comme une phlegmasie de la tunique interne des veines, avec exsudation dans l'intérieur du vaisseau, et plus tard empoisonnement de la masse du sang. Mais cette négation ne saurait suffire; il s'agit d'expliquer comment peuvent se produire les changements qui surviennent dans le sang veineux et les rapports qui existent entre ces modifications et les altérations des tuniques veineuses. On est conduit à admettre une disposition primitive du sang, une véritable diathèse et à regarder la phlébite comme secondaire: c'est l'opinion de Rokitansky et de plusieurs pathologistes français. Mais le docteur Meinel va plus loin; il nie même cette distinction établie par le célèbre pathologiste de Vienne, et regarde comme provenant directement du sang les fausses membranes, les concrétions fibrineuses ou le pus qu'on rencontre dans les veines. La production des fausses membranes, par exemple, s'explique très-bien sans qu'on ait besoin d'admettre une phlegmasie du vaisseau; ces fausses membranes sont des métamorphoses immédiates de la fibrine; c'est de la même manière que se forme l'oblitération d'une artère, et c'est aussi d'après les mêmes lois que se produisent les couches fibrineuses qui se déposent entre les deux feuillets de l'arachnoïde, dans l'apoplexie intra-méningienne.

Dans tous ces cas, il n'est nullement nécessaire d'admettre l'intervention des parois des cavités dans l'intérieur desquelles se font ces dépôts.

Un des faits qui ont le plus contribué à faire admettre l'existence de la phlébite dans la véritable acception du mot, c'est la présence du pus dans les vaisseaux. On a cru longtemps (et nous pourrions ajouter que beaucoup de personnes croient encore aujourd'hui) que l'existence du pus suppose de toute nécessité une phlegmasie préalable. Mais cette phlegmasie n'existe pas, et cependant la présence du pus dans les vaisseaux est incontestable. Ce pus ne saurait venir du dehors; dans plusieurs expériences de l'auteur, les veines étaient béantes dans un foyer purulent, et le vaisseau cependant ne renfermait que du sang; d'un autre côté, on ne peut admettre que le pus, avec ses gros globules, traverse les parois des membranes vasculaires. M. Meinel, se bornant à constater le fait anatomique, établit que la fibrine d'un coagulum, dans l'intérieur d'un vaisseau, peut se changer en pus, sous certaines conditions et dans un temps donné. Vogel mit le premier ce fait hors de doute et réfuta les opinions de Donné et de Gendrin, qui pensaient que c'étaient les corpuscules sanguins eux-mêmes qui se transformaient en globules purulents. Gluge et Rokitansky se rangèrent de l'avis de Vogel, et le pathologiste de Vienne attribua à une forme particulière de la fibrine, qu'il appelle forme croupale, la tendance à se transformer en pus. Kœslin et Nasse ont aussi constaté le fait à l'aide du microscope.

La décomposition, ou plutôt la dissolution de la fibrine précède la formation du pus; la fibrine se transforme en une masse finement granuleuse, amorphe, renfermant des amas de granulations de grosseur variable. C'est le commencement de l'organisation du pus, car souvent alors on aperçoit en même temps de véritables globules purulents. Or puisque la dissolution de la fibrine est une condition de sa transformation en pus, on conçoit que l'exsudation de cette substance est favorable à la production des globules purulents.

Les faits suivants paraissent avoir concouru à mettre au jour cette vérité:

1° L'absence de phénomènes inflammatoires;

2° La circonstance que presque toujours le ramollissement qui précède la dissolution de la fibrine commence *dans le centre* du coagulum;

3° L'observation du véritable pus au centre des caillots fibrineux que l'on trouve dans le cœur droit, sans aucune formation purulente dans le reste de l'organisme.

L'auteur rapporte un cas remarquable de ces concrétions fibrineuses du

cœur, observées sur une femme morte de phthisie. Les deux ventricules étaient remplis de sang noir coagulé; après l'enlèvement de ces caillots sanguins, on trouva, dans le ventricule droit seulement, des caillots blancs composés de fibrine pure, sans aucune adhérence avec la substance propre du cœur; tous étaient ramollis à leur centre, et leur contenu se composait d'une matière amorphe finement granulée, très-riche en graisse; de globules graisseux libres ou agglomérés; d'amas arrondis de granules d'environ 1/150 de millim.; et de cellules pâles, rondes, de la grosseur des globules purulents, mais avec un seul noyau.

Reste maintenant à expliquer les modifications presque constantes de la tunique celluleuse.

L'auteur regarde le trouble fonctionnel de cette membrane comme la cause principale des modifications qu'elle éprouve dans sa structure. Cette explication sera facilement comprise si l'on admet, avec Naumann, que l'inflammation est « *l'interruption subite du travail nutritif normal.* » Quant à la cause qui détermine ce trouble fonctionnel, il faut la chercher sans doute dans la présence du coagulum dans l'intérieur du vaisseau.

L'auteur a résumé dans les quatre propositions suivantes les principaux résultats de son travail intéressant et instructif :

1° La membrane interne des vaisseaux n'est pas susceptible d'inflammation; elle ne possède pas de vaisseaux sanguins; comme tissu élémentaire d'un degré très-inférieur, elle est soumise à d'autres lois de nutrition.

2° La guérison des plaies des veines a lieu, sans intervention des tuniques interne et moyenne, uniquement par inflammation de la celluleuse, et par organisation partielle du coagulum situé en dehors du vaisseau.

3° Dans les cas de l'affection qu'on est convenu d'appeler phlébite, la cause qui agit d'une manière délétère sur le torrent circulatoire ne provient pas des parois des vaisseaux. Les caillots et les concrétions fibrineuses qu'on désigne sous le nom de pseudo-membranes inflammatoires, doivent-être considérés comme des dépôts du sang liquide qui se coagule alors facilement par suite d'une disposition particulière.

4° Cette même disposition du sang, qui, lorsqu'elle est peu avancée, détermine ces coagulations, explique, quand elle est arrivée à un plus haut degré, la présence de ces masses de matières purulentes qu'on rencontre dans l'intérieur des veines, comme aussi elle rend compte des accumulations de matières puriformes que l'on observe, dans les affections pyémiques les plus développées, à l'intérieur des séreuses ou à la surface des membranes muqueuses.

SUR LES CHANGEMENTS QU'ÉPROUVE LE SANG A LA SUITE DE LÉSIONS EXTÉRIEURES; par le docteur ZIMMERMANN.

Le sujet traité dans ce mémoire a été jusqu'ici, pour ainsi dire, à peine effleuré. Les observations d'Andral et Gavarret, ainsi que celles de Popp, sont à peu près les seules que l'on puisse citer comme s'y rapportant directement. L'auteur a fait, sur des chiens, des expériences nombreuses et variées dont il donne le détail; nous en exposerons les principaux résultats.

A la suite de lésions extérieures peu profondes ou d'irritation chimique des téguments, le sang est toujours changé, la quantité de ses éléments solides diminue. Dans une expérience, par exemple, le sang de la veine jugulaire contenait sur 1,000 grammes, 198,7 de parties solides, et sur 1,000 grammes de sérum, il y avait 88,3. Trois jours après, à la suite de deux saignées (2,500 grammes en tout), le sang de la veine jugulaire ne contenait plus que 171,6 et le sérum 83,6. La perte des parties solides du sérum n'est donc pas en rapport avec celle des parties solides du sang. La diminution portait surtout sur les globules dont le chiffre était 119,037 avant l'expérience et seulement 93,150 après. La quantité de fibrine avait augmenté; avant l'expérience, elle était de 2,063; après l'expérience, 2,350. A la suite de blessures, la quantité de fibrine augmente toujours, mais elle diminue quelque temps après.

Le sang n'est pas seulement modifié dans la quantité de ses parties constituantes, il paraît aussi changer de nature. C'est ainsi que les corpuscules colorés ont une plus grande tendance à s'attirer les uns les autres pour former des colonnettes et des arborisations; ils persistent plus longtemps dans cet état d'accolement, ce qui fait que la couenne inflammatoire est plus prononcée. Les corpuscules non colorés s'attirent aussi et s'agglutinent; enfin, les jeunes cellules non encore développées présentent déjà ce phénomène d'attraction. Quant à la fibrine, elle se coagule plus lentement. Lorsque, par suite de blessure, la plaie venait à suppurer, et que l'animal était affecté d'une diarrhée purulente et sanguinolente accompagnée de fièvre, alors la quantité de fibrine augmentait encore davantage (3,580 fibrine, 70,500 sérum, 94,820 corpuscules sanguins); cette fibrine se coagulait plus lentement. Le sérum offrait une particularité remarquable; clair d'abord, il se troublait tout à coup par la formation d'une grande quantité de molécules graisseuses.

SUR L'ANATOMIE NORMALE ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES POUMONS; par le professeur KŒSTLIN.

L'auteur adopte l'opinion la plus généralement admise sur le mode de terminaison des bronches par de légères dilatations de leurs extrémités ou par des dépressions sur leurs parois, ainsi que l'a fait voir Moleschott (GAZ. MÉD., 1848). Les vésicules pulmonaires sont entourées de fibres élastiques et de fibres appartenant au tissu connectif. Les premières se ramifient assez souvent; on les voit séparées ou réunies au nombre de 2 à 3; des filaments très-fins du tissu connectif les relient les unes aux autres. L'auteur ne croit pas à l'existence de fibres musculaires dans les parois de ces vésicules, fibres que Moleschott dit avoir observées, et auxquelles il donne 0,002''' de diamètre.

Nous ferons observer à l'auteur que, de ce que les fibres du tissu cellulaire (connectif) qu'il décrit n'ont pas les caractères microscopiques des fibres musculaires organiques, il ne faut pas en conclure qu'elles ne sont pas contractiles. L'anatomie est évidemment insuffisante ici pour trancher la question, et, sans entrer dans une discussion qui serait trop longue, nous rappellerons seulement la structure des fibres de l'iris qui ressemblent à celles du tissu cellulaire, et qui pourtant jouissent de la contractilité à un très-haut degré.

Un autre fait signalé par M. Kœstlin, et qui nous paraît ne pouvoir être admis sans de nombreuses vérifications, c'est l'absence d'épithélium vibratile à la surface interne des vésicules bronchiques. Suivant l'auteur, la membrane terminale est sans structure; non-seulement elle est privée d'épithélium vibratile, mais elle n'est pas même tapissée par l'épithélium en pavé qu'on rencontre dans les très-petites bronches.

Nous avons peine à croire que le revêtement intérieur des bronches, quel qu'il soit, s'arrête tout à coup à l'entrée des renflements terminaux ou des dépressions bronchiques; une telle singularité nous paraît en quelque sorte être une impossibilité physiologique.

De ces faits, poursuit l'auteur, il résulte que les vésicules bronchiques sont distinctes des tubes, et n'en sont pas la continuation, et que le parenchyme pulmonaire, comme le parenchyme du foie, constitue un organisme spécial.

Nous ne saurions admettre cette conséquence; en supposant, ce qui n'est pas encore suffisamment prouvé, que certains éléments des bronches manquent aux culs-de-sac qu'on est convenu d'appeler des vésicules, on n'est nullement en droit d'en conclure que le tissu de ces dernières est d'une autre nature; l'auteur nous semble avoir été dominé ici par une idée théorique, l'existence d'un parenchyme pulmonaire.

Les vésicules pulmonaires sont tellement rapprochées les unes des autres que les parois qui les séparent paraissent simples. Ces parois peuvent être tuméfiées, mais jamais leur tuméfaction ou leur infiltration ne va jusqu'à fermer la cavité des vésicules sans que celles-ci soient elles-mêmes remplies. Les cellules épithéliales des plus petites bronches ont souvent été décrites comme appartenant au produit pathologique, ce qui peut arriver quand ces cellules elles-mêmes sont malades. Les liquides provenant des capillaires pulmonaires pénètrent les cellules de l'épithélium en pavé. Des grains foncés se déposent dans leur intérieur et ne tardent pas à entourer leur noyau. Dans les engorgements hémoptoïques, ces mêmes cellules sont souvent remplies de sang coagulé; elles forment alors, quand elles sont réunies en grand nombre, des masses grenues d'un jaune foncé. Dans le ramollissement des masses pneumoniques ou tuberculeuses, il arrive souvent que les cellules se dissolvent et produisent une multitude de granulations. Au contraire, dans l'induration du tissu pulmonaire, les cellules sont aplaties et comme ratatinées.

Les fibres élastiques participent à la destruction du tissu pulmonaire; on en retrouve les débris au milieu des débris de ce tissu.

Enfin, la membrane amorphe des vésicules paraît augmenter de consistance et de transparence dans l'emphysème des vieillards. Dans les cas de pneumonie et de tuberculisation, on trouve parmi les autres éléments pathologiques des lambeaux membraneux couverts de noyaux nucléolés de forme ovale, aplatis ou légèrement concaves. La délicatesse de la membrane vésiculeuse explique pourquoi elle ne revient jamais à son premier état dans les parties du poumon qui ont été le siége d'infiltration purulente ou de fonte tuberculeuse; les vésicules dont les membranes ont été déchirées ou dissoutes ne se régénèrent plus, et toute la partie du poumon qui a été atteinte s'affaisse et se réduit à un plus petit volume.

PHYSIQUE DU RENOUVELLEMENT DE LA MATIÈRE ORGANIQUE; par le docteur VIERORDT.

La vie comporte le mouvement, et chaque mouvement dans l'organisme est lié à un changement de matériaux. La science doit s'attacher à rechercher quelles sont les lois qui président à cette activité incessante qui con-

stitue la vie; or cette étude peut être descriptive ou explicative. La première cherche à connaître la composition anatomique et chimique des organes à l'état de santé ou à l'état de maladie. La seconde recherche les causes de cet échange de matériaux qui constitue la nutrition; elle appelle souvent à son aide des forces abstraites, imaginaires, comme la force organique, le *nisus formativus*, la force métabolique. Elle peut être désignée, dit l'auteur, sous le nom de *physique du renouvellement de la matière organique*.

M. Vierordt est un esprit positif; il voudrait faire servir l'expérimentation à l'éclaircissement de toutes les questions physiologiques; mais il n'a pas la prétention de pouvoir imiter par l'expérience les phénomènes compliqués de la nutrition, et conséquemment il ne prétend nullement déduire de ce qu'il observe sur la nature inerte à ce qui existe réellement dans un corps vivant. Cette réserve, que nous signalons avec plaisir, devrait être imitée par les chimistes qui, moins modestes, n'hésitent pas à déclarer que la vie n'apporte aucune condition aux réactions chimiques, et prétendent être en droit de comparer littéralement le corps vivant à un laboratoire.

Dans les deux mémoires qui font l'objet de cet article, M. Vierordt traite de l'endosmose, phénomène qui joue un si grand rôle dans l'organisme, puisqu'il est à peu près le seul phénomène physique qui préside à la nutrition.

L'auteur admet, dans l'organisme, trois sortes de courants d'endosmose :

1° *Tantôt il n'existe qu'un seul courant.* Ou bien certaines parties sont séparées du sang et pénètrent dans les glandes, ou bien le parenchyme des organes imprégné de liquide sanguin sépare des matériaux qui pénètrent dans les origines des vaisseaux lymphatiques. La préparation de la lymphe n'est autre chose qu'une sécrétion, ainsi que le prétendent avec raison plusieurs physiologistes modernes; nous appellerons ce travail une *filtration*. (Nous ne sommes pas de cet avis : on ne peut disconvenir qu'il n'y ait une grande différence entre une sécrétion véritable et le passage du liquide nourricier dans les vaisseaux lymphatiques. Ici il n'y a probablement qu'une simple filtration de ce liquide à travers les parois des lymphatiques, tandis que, dans les sécrétions proprement dites, il y a modification profonde du liquide nourricier. La structure anatomique des tubes sécréteurs et même des simples cryptes diffère assez, d'ailleurs, de celle des lymphatiques pour qu'on soit en droit d'admettre, même *à priori*, une différence dans les fonctions. Admettre une similitude complète entre ces deux actes vitaux, c'est, à notre avis, tomber dans une déplorable confusion.)

2° *Tantôt il existe deux courants qui ont une direction opposée.* Ici il faut distinguer deux cas :

a *Les courants ont lieu entre deux liquides séparés par une membrane perméable.* Telle est l'absorption du liquide digestif par les vaisseaux sanguins et chylifères; tel est aussi l'échange de principes entre le sang et le liquide des cavités : c'est ce que nous appelons *endosmose*.

b *L'un des courants part d'un liquide; l'autre provient d'une partie solide imprégnée de liquide.* Nous appellerons ce travail *imbibition*; il a lieu entre le plasma du sang et le parenchyme des organes, ou entre le liquide sanguin et les corpuscules que ce liquide tient en suspension.

Nous ne saurions analyser la partie du travail de M. Vierordt consacrée à la description de ses procédés d'expérimentation; il a imaginé un nouvel endosmomètre qui lui a donné des résultats plus précis. Ses expériences portent, du reste, le cachet de la plus grande exactitude.

L'auteur annonce qu'il donnera, à la fin de son travail, les résultats généraux de ses recherches; il n'en indique ici que quelques-unes, que nous allons faire connaître :

1° Dans les solutions plus ou moins concentrées d'une seule et même substance, la quantité de la substance dissoute qui se rend vers l'eau est toujours en raison de la concentration de la solution. Si la concentration est deux fois ou trois fois plus grande, la quantité de la matière dissoute qui pénètre dans l'eau est deux ou trois fois plus forte.

2° La force de l'endosmose est proportionnelle à la quantité de la substance dissoute. S'il y a, par exemple, deux fois plus de sucre en dissolution, le changement de volume du liquide est aussi double.

3° Quand les solutions du même corps ont une concentration différente, la force de l'endosmose est proportionnelle aux différences entre les degrés de concentration. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que le courant dure jusqu'à ce qu'il y ait égalité entre le degré de concentration des deux liquides.

L'auteur a étudié avec soin l'influence des membranes sur le courant endosmotique, ainsi que l'influence que peut exercer la viscosité des liquides. Nous donnerons les résultats définitifs des recherches de l'auteur, quand il les aura fait connaître.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un échantillon d'un remède antifiévreux.

2° Lettre du même ministre transmettant une notice sur une pâte et des pastilles à base de réglisse purifiée. (Commissaires, MM. Soubeiran et Chevallier.)

3° Une lettre du même ministre renfermant sous son pli une nouvelle communication de M. le docteur Valat sur le choléra de Château-Chinon.

— M. Dronsard écrit pour être porté sur la liste des candidats à la place vacante dans le sein de l'Académie.

INFLUENCE DE LA SUETTE SUR LE CHOLÉRA.

M. Réveillé-Parise adresse de Fontenay, sur ce sujet, la lettre suivante :

Tout récemment on a discuté à l'Académie cette assertion que la suette se déclarant en même temps que le choléra, arrêtait le développement épidémique de ce dernier, ou du moins en diminuait les effets. Voici un fait à l'appui de cette opinion.

A Tourny, commune d'environ mille habitants, il y eut le 26 juillet dernier un cas de choléra, bientôt suivi de deux autres cas et tous les trois mortels. Les habitants furent d'autant plus effrayés qu'une épidémie de suette miliaire, du reste assez bénigne, se déclara en même temps. Mais, depuis l'apparition de cette dernière, aucun cas de choléra-morbus ne se manifesta, la maladie sembla pour ainsi dire comprimée et arrêtée tout à coup. N'y a-t-il qu'une coïncidence? y a-t-il réellement une influence particulière de la suette? M. Réveillé-Parise avant de se prononcer pense qu'il convient d'attendre que les faits se multiplient. Toujours est-il que depuis deux mois aucun nouveau cas de choléra ne s'est déclaré à Tourny depuis l'apparition de la suette.

Quant à la commune de Fontenay qu'habite M. Réveillé-Parise, bien que située à une très-petite distance du lieu où ont éclaté les deux épidémies, aucun cas de suette ou de choléra ne s'est manifesté jusqu'à ce jour, et cependant les communications entre les deux communes sont fréquentes et n'ont jamais été interrompues.

CHOLÉRA.

M. Pellarin adresse de nouvelles observations sur le mode d'invasion et de propagation de l'épidémie cholérique. Le choléra, dit-il, se contracte le plus ordinairement par la respiration des gaz émanés soit de latrines infectes, soit des déjections mêmes des cholériques, déjections qui possèdent à un haut degré la propriété de communiquer la maladie. M. Pellarin fait suivre cette note de l'historique de l'épidémie à Givet.

M. Jules Roux transmet quelques renseignements sur le choléra de Toulon. Il annonce l'envoi prochain d'un travail plus complet sur la marche et l'histoire de cette épidémie.

M. Delfraissé (de Cahors) informe l'Académie qu'il se croit en mesure de proposer une médication efficace contre le choléra; cette médication consiste à administrer dès l'invasion des premiers symptômes la potion éméto-cathartique suivante : Tartre stibié, de 5 à 10 centigr.; sel de Glaubert, de 45 à 60 gr.; eau, 260 gr.; à frictionner le rachis avec la pommade stibiée, et à administrer des lavements composés de décoction de quinquina, de camphre et de laudanum.

M. Grandclaude (de Remiremont) adresse quelques documents pour servir à l'histoire du choléra dans cette contrée.

M. Simonin (de Nancy) adresse un rapport sur la marche du choléra en 1849 à Nancy et dans le département de la Meurthe. Des faits contenus dans ce rapport, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° le choléra-morbus indien est une maladie épidémique et contagieuse; 2° dans l'immense majorité des cas, l'influence épidémique lui donne naissance; la contagion le produit rarement; 3° les quarantaines, les cordons sanitaires, les prohibitions ne peuvent empêcher sa marche; le seul moyen de restreindre son action est de fortifier les individus autant que possible par une bonne hygiène; 4° on peut, on doit opposer à la contagion quelques précautions; elles consistent à établir des hôpitaux spéciaux pour les cholériques, etc., etc.

M. Vernicki communique la méthode de traitement qu'il dit avoir employé avec succès contre le choléra. Nous n'y avons rien remarqué qui mérite une mention spéciale.

M. Cahen informe l'Académie que des recherches qu'il avait entreprises dans un autre but l'ont conduit à imaginer une médication qu'il espère devoir être à l'avenir d'un emploi avantageux.

Dans le but de connaître les effets que produisent sur l'économie les préparations alcalines, M. Cahen s'est soumis pendant six semaines à l'usage du bi-

carbonate de soude à haute dose. Au bout de ce temps, son sang extrait par une saignée du bras présentait les altérations suivantes :

Il était plus rouge et paraissait plus fluide qu'à l'état normal ; il resta trente minutes sans se coaguler. La séparation s'étant faite entre le sérum et le caillot, la sérosité se trouva trouble, opaline, abondante et très-alcaline ; le caillot, rouge à sa surface, était dans toute son épaisseur très-noir, il était mou, mal consistant, poisseux, semblable à de la gelée de groseilles mal préparée, et il ne présentait pas de traces de couenne inflammatoire. Par son aspect, ce caillot rappelait immédiatement les caillots que l'on observe dans certaines affections graves et en particulier dans le choléra.

De cette ressemblance entre deux sangs altérés, l'un par un excès d'alcali introduit dans l'économie, l'autre par la cause morbifique quelconque qui agit dans le choléra, M. Cahen tire diverses conséquences, entre autres celles-ci : qu'il s'opère après la mort comme probablement pendant la vie, chez les cholériques, un départ entre les parties liquides et les parties solides du sang, mais pas de coagulation réelle. Il est par conséquent peu rationnel d'administrer, comme on a coutume de le faire, des potions ammoniacales. Le moyen le plus rationnel de traiter le choléra devrait consister au contraire dans l'administration d'acides assimilables. Voici en résumé quelles sont les conclusions de ce travail : 1° Le sang des cholériques présente des caractères physiques analogues à ceux que présente le sang sursaturé d'alcalis ; 2° les matières extraites du sang des cholériques par les vomissements contiennent des quantités d'alcalis considérables ; 3° la diminution des sels du sang et la suppression des sécrétions acides démontrent que cet excès d'alcalis n'est que relatif et dépend de la quantité d'acides insuffisante pour les saturer.

Pour prévenir ou faire disparaître les accidents qui résultent de cette intoxication du sang par les alcalis, il est rationnel d'administrer des acides capables de former avec les bases des sels solubles dont la présence soit normale dans le liquide circulatoire.

En conséquence, l'auteur propose, comme moyen préservatif du choléra, l'usage habituel d'une limonade minérale, comme moyens curatifs les bains chauds rendus excitants par les acides, l'usage de boissons acidifiées avec les acides chlorhydrique et sulfurique, et l'administration de lavements avec l'acide phosphorique. On pourrait d'ailleurs, suivant les indications, continuer l'emploi des moyens généralement en usage autant qu'ils ne seraient pas de nature à empêcher les effets que doivent produire les préparations acides.

M. A. Nicolas adresse une note dont l'intitulé résume assez bien le contenu : Réflexions sur quelques cas de choléra qui tendent à faire croire que les observations de choléra données comme preuves de la contagion peuvent s'expliquer par l'impression morale (peur, terreur, etc.) qui s'empare des personnes qui entourent les malades.

M. Guibert se plaint du retard qu'on apporte à faire un rapport sur la communication qu'il a faite à l'Académie relativement à un traitement *rationnel et infaillible du choléra*. « Ce retard, dit-il, a été fatal à 50 ou 60,000 de nos concitoyens, qui ont péri dans les six à sept mois qui viennent de s'écouler, tant à Paris que dans les départements, et qui tous, sans en excepter un seul, eussent pu être sauvés par la prompte adoption et la confiante application de ma méthode curative. »

M. A. Markwik (de Londres), adresse des échantillons d'une préparation imperméable destinée à remplacer les cataplasmes de graine de lin.

(Commissaire : M. Gerdy.)

M. Leblanc, vétérinaire, adresse un travail contenant le résultat de quelques recherches qu'il a faites sur la valeur et sur l'opportunité des débridements comme moyen curatif des fistules qui accompagnent les phlébites ulcératives et suppuratives de la jugulaire chez le cheval.

(Commissaires : MM. Robert, Bouley jeune et Barthélemy.)

M. le Président annonce à l'Académie la perte nouvelle qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses membres, M. Dupuy, mort du choléra.

INSTRUCTIONS POUR UN VOYAGE SCIENTIFIQUE EN ITALIE.

M. Dubois (d'Amiens) lit un rapport officiel sous ce titre : Instructions de l'Académie nationale de médecine, relatives à la mission scientifique de M. Daremberg en Italie, et demandées par M. le ministre de l'instruction publique.

Par une lettre du 14 septembre courant, le ministre de l'instruction publique ayant informé l'Académie qu'il avait l'intention de confier à MM. Daremberg et Renan une mission scientifique et littéraire en Italie, et lui ayant demandé des instructions, M. le rapporteur soumet à l'Académie ce projet.

Les instructions, aux termes mêmes de la lettre ministérielle, devaient comprendre :

1° Histoire et littérature de la médecine dans l'antiquité et au moyen âge.

2° Recherches de matériaux pour la bibliothèque des médecins grecs et latins.

3° Confection d'un catalogue raisonné des manuscrits de médecine, catalogue déjà en partie fait, d'après les bibliothèques de Paris, d'Angleterre et du nord de l'Allemagne.

Ce triple but nécessitant des recherches immenses, M. le rapporteur a pensé qu'il conviendrait, pour aller au plus pressé, d'inviter M. Daremberg à s'occuper spécialement et avant tout des cinq auteurs grecs suivants : Hippocrate, Rufus, Galien, Oribaze et Aëtius.

M. le rapporteur appelle particulièrement l'attention de M. Daremberg sur ceux des manuscrits d'Hippocrate qui se trouvent à Rome et qui n'ont point été mis encore à profit pour la constitution du texte hippocratique ; sur quelques-uns des manuscrits inédits de Galien et sur la collection de deux des plus importants ouvrages de ce grand médecin, de l'*usage des parties* et des *lieux affectés*.

Le travail le plus pressé serait celui qui concernerait Oribaze, dont M. Daremberg a commencé la publication et dont un grand nombre d'écrits sont encore inédits.

L'Académie engage également M. Daremberg à poursuivre ses recherches au sujet d'Aëtius et à les étendre à Paul d'Égine.

Elle appelle enfin son attention sur les traités anciens de médecine vétérinaire.

Viendront ensuite les recherches sur la médecine dans la première période du moyen âge.

L'École de Salerne devra aussi occuper une grande place dans les investigations de M. Daremberg, ainsi que tout ce qui regarde Constantin l'Africain, le rénovateur des études médicales en Occident, les monuments laissés par l'École chirurgicale d'Italie pendant les 13e et 14e siècles, et enfin les manuscrits médicaux orientaux.

L'Académie, après une courte discussion, adopte les termes de ces instructions.

CAUSE DU CHOLÉRA.

M. Castel : Quelque profondes que soient mes convictions, j'ai hésité fort longtemps avant de faire à l'Académie une communication qui soulèvera de grandes résistances. Les affronter est une conséquence de mes antécédents et l'accomplissement d'une obligation envers l'humanité. Elles ne seront point sans utilité pour moi : outre qu'elles m'engageront à étudier sans prévention, elles tempéreront les regrets que j'éprouve d'avoir reconnu si tard la cause d'un fléau. J'ai l'espérance qu'elles ne seront point sans utilité pour mes confrères. La connaissance de la cause doit conduire à la découverte de moyens prophylactiques.

La médecine ne saurait fonder l'étiologie de l'épidémie qui a sévi en 1832, et qui sévit en 1849, sur les causes ordinaires d'une épidémie. Toute épidémie occupe une plage, une région déterminée ; elle circonscrit son domaine dans des limites topographiques, les mêmes que les limites des influences qui l'ont fait naître, telles que les variations atmosphériques, l'insalubrité du sol, des miasmes, un marais. En est-il ainsi de notre choléra ? C'est une singulière épidémie que celle qui embrasse la sphère et s'étend d'un pôle à l'autre ! L'étiologie, admise auparavant, ne lui est point applicable. Ses apparitions, sa marche, ses périodes d'assoupissement et de réveil contredisent les observations recueillies par les auteurs les plus compétents, déconcertent les notions acquises, croisent l'expérience du passé, ne s'accordent avec aucune déduction pathologique, quant à l'hygiène, quant au climat, quant à la part d'influence de l'air, des eaux et des lieux.

Qu'est-ce donc que cet hôte qui s'est mis en possession de tout le globe ? Le successeur de la variole, la dégénération ou plutôt la transformation de la variole. Il provient de l'impuissance de la vaccine contre le ferment variolique ; il règne partout, parce que la vaccine est partout usitée.

Si l'éruption vaccinale ne peut tenir lieu de l'éruption variolique, ce n'est point qu'il existe une différence absolue, absence de toute analogie entre les deux virus ; ce n'est point que l'inoculation de la vaccine ait introduit dans le sang un poison qui prépare le choléra. Elle y a laissé un germe qu'elle était destinée à dompter, et dont l'explosion est d'autant plus violente qu'elle est plus tardive ? En est-il autrement dans un grand nombre de maladies ? Ce qu'une pratique sur laquelle nous avions fondé les espérances les plus flatteuses a laissé d'infection dans les liqueurs animales, a produit de dissolution dans les éléments de la vie, se révèle plus manifestement par le choléra : tant il est difficile de suppléer la nature ; tant il y a de témérité à opposer une barrière à une maladie éruptive !

Je n'ai point à m'enquérir si l'infection variolique est originelle, ou si elle ne peut être qu'un produit de la contagion. Je ne discuterai point les opinions d'Hoffmann, de Willis, de Forestus, de Van Swieten, de Hahn, sur l'antiquité de la variole ; il me suffira de dire : L'épuration par la variole répondant aux besoins de l'économie, l'épuration par la vaccine ne satisfait point aux mêmes conditions. Cette épuration étant une nécessité dans notre organisation, elle ne saurait manquer sans qu'il en résulte une perturbation qui peut aller jusqu'à engendrer le choléra. Je dis que cette épuration est une nécessité ; car s'il n'est pas prouvé que l'infection variolique soit héréditaire, toujours est-il que la disposition à la contracter tient à la composition des liqueurs animales, telles qu'elles sont dans l'enfant qui vient de naître. Ici je puis m'appuyer sur l'opinion de l'honorable secrétaire du conseil de l'Académie : « Un peu plus tôt, un » peu plus tard, la nature a voulu que nous eussions tous la petite vérole. »

Jusqu'à présent les statistiques relatives au choléra n'ont eu pour objet que l'énumération des attaques, les proportions entre le chiffre des malades et le chiffre des décès. J'ose en appeler une autre : celle-ci mettrait en regard, d'un côté, le nombre des individus qui ont été frappés par le choléra, quoiqu'ils eussent subi la variole, et du côté opposé, le nombre de ceux qui, n'ayant subi la variole ni avant ni après la vaccination, ont été frappés par le choléra. Je n'hésite point à prédire qu'elle aura pour résultat de constater qu'en France et dans les autres pays, l'épidémie cholérique a épargné les personnes qui avaient eu la variole. Les exceptions seront rares, et laisseront sa valeur péremptoire à un fait qui, d'ailleurs, s'accorde avec les données physiologiques. Une statistique ne se dresse point en quelques jours ; celle que j'ai entreprise justifie, quant au passé, l'étiologie que j'expose. En général, les épidémies, les épidémies catarrhales exceptées, sont moins funestes à la vieillesse qu'aux autres âges ; la même puissance d'organisation qui a prolongé l'existence la protége, soit contre une maladie qui se répand, soit contre une maladie qui se communique. Mais il ne s'agit point d'une différence proportionnelle ; il s'agit d'une immunité.

Il ne suit pas de là que les personnes qui n'ont pas eu la variole doivent être en butte à la crainte continuelle d'être attaquées de l'épidémie actuelle. J'ai coutume de compter la nature parmi les savants; elle a en son pouvoir divers moyens de s'affranchir d'un ferment délétère, une transpiration abondante, un phlegmon, un érysipèle, un surcroît dans les déjections excrémentitielles, une fièvre, surtout une fièvre intermittente, une éruption, quelle qu'elle soit. N'est-ce point à ses efforts qu'on doit attribuer et les varioles après une vaccination orthodoxe (souvent signalées), et la fréquence des varioloïdes, des varicelles ou d'un très-grand nombre d'autres éruptions, auxquelles il n'a pas toujours été possible de donner un nom, et qui ont apparu chez des sujets vaccinés après un espace de temps indéterminé? Ces éruptions si variées étaient un avertissement donné au médecin; elles attestent à la fois l'insuffisance de la vaccine et un besoin d'épuration inhérent à notre être.

Le levain variolique n'a point chez tous un égal degré de malignité. Chez des sujets d'une forte complexion, il peut, atténué par l'inoculation de la vaccine, rester dans le sang sans compromettre la vie.

A son tour, la médecine peut aider la nature à achever l'épuration; je ne craindrai point d'entrer dans cette thérapeutique dès qu'il me sera démontré que l'étiologie que je publie a été comprise.

L'épidémie a atteint dans la même localité des personnes d'âges très-différents et dont quelques-unes étaient d'un âge assez avancé pour qu'on soit autorisé à admettre qu'elles n'avaient pas eu à subir l'épreuve de la vaccine : disons d'abord que les trois premières années de la vie n'ont jamais été les plus sujettes aux invasions de la variole, que très-souvent elle n'exigeait point son tribut avant l'adolescence, que souvent elle ne l'imposait pas avant l'âge mûr, que, rarement à la vérité, cette exemption se prolongeait jusque dans la vieillesse. Ajoutons que l'introduction de la vaccine date d'un demi-siècle. Maintenant, que le lecteur établisse ses calculs et tire ses inductions. Toutefois, il n'est point hors de vraisemblance et il peut être vrai que des individus, qui avaient subi la variole avec tout son cortége, aient été, surtout dans une salle d'hôpital, victimes du choléra : à mesure qu'une épidémie se propage, sa dépendance de la cause primitive devient moins étroite; l'influence de la cause cède à l'influence des phénomènes. Au reste, ce sont les élèves et les infirmiers qui ont été atteints et non les chefs de service. Ceux-ci avaient payé le tribut à la variole.

La distance chronologique entre deux épidémies de choléra est susceptible d'être expliquée par l'efficacité du premier cowpox qui fut employé, parce qu'il a perdu de cette efficacité en se propageant, par la résistance que l'usage de la vaccine rencontre dans le peuple, par les intervalles qui ont séparé les vaccinations (dans beaucoup de localités elles ont été faites en masse et par fournées), et principalement par l'influence des causes prédisposantes : ne s'exerçait-elle pas aussi sur les épidémies de variole? Le règne des épidémies de celle-ci était-il continu?

Comme la variole, le choléra a des préludes; il a ses rémittences, ses retours; il fait des excursions, il admet des trèves; ici il frappe plus rudement les pauvres, là plus rudement les riches. Dans les premières années, les diverses classes de la population n'adoptèrent point la vaccine avec un égal empressement. Des attaques de choléra se font voir, çà et là, dans de petites communes, pendant qu'il ravage épidémiquement les grands centres de population; la vaccine n'a-t-elle pas été reçue dans le plus petit hameau?

De même que la variole n'a point eu un égal degré de malignité dans tous les sujets, de même le choléra n'a pas toujours et en tous lieux la même violence. Il n'est pas plus difficile de concevoir comment le nombre des cholériques reste fort au-dessous du nombre des vaccinés, que de concevoir comment le nombre des varioles confluentes n'atteint point le nombre des varioles discrètes. Le flux de ventre qui a été nommé cholérine est, selon son plus ou moins de persistance, selon ses complications, tantôt l'avant-coureur, tantôt un supplément du choléra. Il est un argument contre les objections des médecins qui, de ce que les vaccinations sont incessantes, induiraient que le choléra ne saurait avoir la cause que j'assigne.

Le choléra, dans ses pérégrinations, dans ses envahissements, et quant aux intervalles qui séparent ses apparitions, quant à son établissement, soit dans une commune, soit dans une maison, quant au nombre, au choix des victimes qu'il fait dans l'une et dans l'autre, se comporte comme se comportait la variole; jamais copiste ne fut plus fidèle.

S'il a quelque chose de contagieux, ce quelque chose il le tient de ses rapports avec la variole. C'est par une analyse de ces rapports qu'on parviendra à rendre raison de la modification favorable qui suit l'intervention de la suette et de toute maladie éruptive, du surcroît de férocité avec laquelle le choléra a sévi dans les contrées septentrionales; en était-il autrement de la variole?

Ce n'est pas le choléra qui produit l'infection des liqueurs animales; c'est cette infection qui produit le choléra. Il n'est point un poison *sui generis*, un *septum* spécial, comme semblent l'admettre les médecins qui le supposent arrivant de fort loin; il a toujours été cosmopolite, mais avec des formes, une expression, des caractères variés (1). Les médecins qui ont décrit son itinéraire en ont fait une sorte d'abstraction. Chacun s'est exercé, un atlas sous les yeux, à reconnaître le trajet qu'il a parcouru : savez-vous ce que prouvent ces itinéraires? la stérilité des efforts tentés pour découvrir la véritable cause. Si ces itinéraires n'étaient une fiction, ils prouveraient le contraire de ce qu'on a voulu prouver : en effet, une épidémie provient d'une influence accidentelle, et une contagion ne voyage point avec tant de lenteur, à moins qu'elle ne soit transmise d'homme à homme. On l'a représenté comme un voyageur, voyageur aussi fantasque qu'il est intrépide; il voyage tantôt par terre, tantôt par mer, tantôt à petites journées, comme un piéton, tantôt avec la vélocité d'un coursier. Une chaîne de montagnes qu'il n'a pu franchir aujourd'hui, il la franchira un an plus tard; un fleuve, un détroit n'arrête point sa marche : ses pérégrinations ont commencé en 1817; qui osera dire qu'elles sont près de leur terme? Endémique sous un climat chaud, il a porté d'abord ses pas dans des pays froids, ensuite dans les pays d'une température moyenne, plus tard, dans les contrées méridionales. Dans ces préférences, avec un contraste, je trouve une lueur; en Espagne, en Portugal, en Italie, l'excrétion cutanée est plus copieuse, elle a dû ralentir le développement du ferment varioleux.

Chacun répète qu'il nous est venu de l'Inde; mais le choléra de l'Inde n'attaque point les vieillards, il ne tue point les enfants; le nôtre a fait mourir quelques vieillards et beaucoup d'enfants. Dans l'Inde il est entretenu par la température atmosphérique; lorsqu'il s'est montré en Europe dans le dix-septième siècle, il y a été aussi le produit d'une élévation dans la température; l'épidémie de Londres en 1774 se déclara sous l'influence d'une chaleur des plus intenses (1). En France, les épidémies de 1832 et 1849 ont commencé avec le printemps, imitant ainsi le début des épidémies de variole et, ce qui n'est pas moins remarquable, elles ont parcouru les mêmes phases (2).

Si le choléra peut être attribué à ce que le levain variolique n'a été qu'imparfaitement et temporairement atténué par la vaccine, comment se fait-il qu'une éruption de boutons de variole ne succède point aux attaques de choléra : le levain a couvé, il a acquis droit de cité; les agents de la vie ne conservent pas dans ses diverses périodes la même énergie. Leur impuissance n'était-elle pas évidente autrefois dans certaines varioles? J'ai cité une partie de ce qu'ils possèdent de moyens pour neutraliser une infection; plusieurs se dérobent à notre observation. Par cette puissance des agents de la vie, on expliquera comment le chiffre des victimes du choléra, tout affligeant qu'il est, est fort petit quand il est comparé au chiffre des vaccinés.

Toutefois, lorsqu'une attaque de choléra franchit la période asphyxique, la membrane muqueuse externe ne reste pas totalement étrangère à la crise qui a son principal siége dans la muqueuse interne. On aura moins de peine à saisir une filiation entre une maladie éruptive et le choléra, si l'on réfléchit : 1° sur l'intervention des pétéchies dans les fièvres les plus malignes, dans celles qui se rapprochent du choléra; 2° sur les alternatives d'un afflux de la diathèse morbide sur la peau quand elle quitte les intestins, et sur les intestins quand elle quitte la peau : consultez à cette fin les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds, notamment Rouppe. (DE MORBIS NAVIGANTUM.)

Le choléra, comme la variole, a son point de départ dans le système lymphatique. Rœderer et Wagler ont classé la variole parmi les maladies de ce système.

Si les médecins s'étonnent de la dégénération que suscite un simulacre de variole, ils auront à s'étonner des désordres qui suivent une fluxion, un abcès, incomplétement jugés.

CHOLÉRA A RENNES.

M. BALLY lit une note sur l'épidémie de choléra à Rennes et dans quelques autres villes de la Bretagne. Après avoir esquissé la topographie de Rennes, l'auteur continue en ces termes :

La maladie asiatique, qui commença le 7 avril, paraissait sur son déclin le 10 septembre. Les habitants affirmaient que, pendant toute sa durée, ils avaient éprouvé du malaise, et qu'ils respiraient plus largement, mangeaient avec plus d'appétit depuis qu'elle tendait à sa fin.

Le 6 avril, le commandant de la gendarmerie du département, M. Duperré, neveu de l'amiral, arrivait de Brest, où l'épidémie sévissait. Il fut le long de la route tourmenté par la diarrhée. Le 7, il passa en revue la gendarmerie par une forte pluie. Plusieurs fois il fut obligé d'interrompre son inspection pour se rendre aux lieux d'aisances. Le soir, il dîna copieusement; le lendemain, il était mort.

A peu près vers la même époque, la femme Robert, âgée de 50 ans, domiciliée rue de la Guerche, quartier sud-est de la ville, fut atteinte de symptômes graves. Dès ce moment la maladie se répandit en prenant pour premier foyer le faubourg Saint-Hélier, peuplé d'ouvriers et couvert de masures. Du faubourg Saint-Hélier sur la Vilaine, elle franchit la ville pour aller dans un autre faubourg, celui de la rivière d'Ile.

Vers le 10 septembre, la mortalité s'élevait à 280 sur 500.

Il y a eu dans l'intérieur de la ville quelques personnes aisées qui furent atteintes, mais en petit nombre. La classe des nécessiteux a le plus souffert; mais les blanchisseuses ont été presque toutes enlevées.

La symptomatologie n'offrait rien de particulier; je dirai seulement que, dans toutes les villes que j'ai parcourues, il a été constaté que l'état algide, la cyanose et les crampes ont été moins prononcés qu'en 1832, sans que pour cela il y ait eu diminution dans la mortalité relative.

En 1832 et 1834, la maladie asiatique avait exercé ses ravages à Rennes avec plus de modération, et cependant les causes d'insalubrité étaient beaucoup plus grandes, puisque l'on n'avait pas encore commencé les travaux d'assainissement.

Généralement il y a eu des symptômes précurseurs, et les malades qui ont pris des précautions et qui se sont fait soigner de bonne heure n'ont point eu à subir les atteintes de la grande période. Nous l'avons déjà dit pour Lille, dans

(1) *Materiæ recursus est ab universo corpore in stomachum et intestina.* (ANATOM., *in libro secundo.*)

(1) *Alio tempore quam mense augusto invadens à legitimo toto cœlo distat.*

(2) *Est ut plurimum epidemicus, verno tempore primo incipiens, æstate crescens, languens autumno, hyeme sequenti fere cadens.* (Boerhaave, DE VARIOLIS.)

le nord; nous l'avions dit en 1832; la plupart des praticiens en conviennent pour les autres localités. C'est un premier pas dans la science thérapeutique. On ne cite à Rennes qu'un conseiller a la cour d'appel qui, atteint de flux intestinal pendant huit jours et entouré des meilleurs soins, et des soins les plus éclairés, vit un samedi son mal s'aggraver brusquement. Le lendemain, il avait cessé de vivre.

Pour les médecins de Rennes, deux causes principales ont, comme causes prédisposantes, préparé la population à subir les effets de l'intoxication, l'humidité locale provenant des rivières et des canaux, et la misère, mère de la malpropreté et du mauvais régime alimentaire. On croit aussi que l'atmosphère est ordinairement imprégnée d'humidité à cause des vents qui l'apportent des deux mers, dont la ville reçoit l'habituelle influence.

Le traitement a été, comme partout, variable, incertain. Les diffusibles, les excitants, les opiacés, et enfin les moyens réchauffants à l'extérieur.

M. Duval, correspondant de l'Académie, a signalé au congrès (de Rennes) une dame qui, gravement atteinte, approchait du nez et presque sans interruption un flacon d'éther, et fit ainsi avorter les symptômes mortels. C'est un fait qui mérite d'être enregistré si, comme je le pense, l'art n'a plus d'espoir et de ressource que dans l'inhalation contre la maladie confirmée.

A l'Hôtel-Dieu de Rennes, plusieurs faits de suette se sont présentés dans la division du docteur Pinault, et ce phénomène a constamment prévenu l'invasion des grands symptômes. Bien entendu qu'il s'agit ici de sueurs chaudes, abondantes, halitueuses, qu'il importe de distinguer des sueurs froides et visqueuses.

Ce fait s'est vérifié dans bien des circonstances, avec des exceptions que je n'ai point la prétention de dissimuler. En 1832, à Paris, la sueur provoquée pendant les prodromes, et entretenue pendant deux ou trois jours, a constamment fait avorter l'invasion des grands symptômes. A Clermont (Oise), la suette régna en même temps que la maladie indienne, et celle-ci respecta ceux qui étaient attaqués de la première. A Villeneuve-l'Archevêque, la suette garantit tous ceux qui en étaient atteints; fait affirmé par le docteur Rétif, correspondant de l'Académie. A Passy, arrondissement de Sens, le docteur Gillet (de Villeneuve-sur-Yonne), observateur consciencieux, a vu également que les deux affections régnaient simultanément, et que l'une garantissait de l'autre. Le même fait s'est vérifié à Tonnerre; mais il paraît que les exceptions ont été plus communes.

Il ne reste pas moins dans ma conviction que la sueur, provoquée dans les premières heures, est la première et la seule loi de thérapeutique efficace que nous connaissions jusqu'ici.

HYPERTROPHIE DU CŒUR; DESTRUCTION D'UNE PARTIE DE LA MOELLE.

M. Hutin, chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides, présente des pièces d'anatomie pathologique provenant d'un militaire invalide, âgé de 34 ans, mort depuis peu de jours à la suite d'une albuminurie accompagnée d'anasarque.

Le cœur est moins volumineux qu'à l'état normal. Le ventricule gauche est le siége d'une *hypertrophie concentrique* des plus considérables. Les parois ont 3 centimètres d'épaisseur; la cavité est tellement rétrécie qu'elle ne peut guère admettre plus de 30 grammes de liquide. Le ventricule droit, refoulé par le gauche, a presque entièrement disparu. Les valvules et les oreillettes sont à l'état naturel.

Ce militaire reçut en 1835, en Algérie, une balle qui le frappa sur la partie latérale droite des apophyses épineuses des deux premières vertèbres lombaires. Une paraplégie instantanée fut la suite immédiate de cette blessure, qui, après trois mois de suppuration, se ferma sans que le projectile eût été extrait.

Peu à peu la paralysie a disparu du membre inférieur gauche; mais elle a persisté jusqu'à la mort dans le membre droit.

La vessie et le rectum n'ont éprouvé aucune altération dans leurs fonctions.

La pièce mise sous les yeux de l'Académie par M. Hutin montre la balle implantée *depuis quatorze ans* dans le canal vertébral, où elle s'est fortement fixée, après avoir coupé la moitié droite de la moelle épinière, ou plutôt de la queue de cheval, en laissant sa moitié gauche intacte et seulement refoulée par le plomb. Celui-ci se trouve là enchâssé dans le cordon médullaire fortement rougi.

M. Hutin pense que, si l'extraction de la balle avait été faite quand la plaie était béante, la moelle aurait pu se cicatriser peut-être, et qu'ainsi la paralysie aurait pu disparaître en totalité ou en partie.

La pièce a été préparée par M. le docteur Lemarchand, chirurgien sous-aide-major.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES FRACTURES AU VOISINAGE DES ARTICULATIONS, ET DE CERTAINES FORMES DE LUXATIONS ACCIDENTELLES ET CONGÉNITALES (A TREATISE ON FRACTURES IN THE VICINITY OF JOINTS AND CERTAIN FORMS OF ACCIDENTAL AND CONGENITAL DISLOCATIONS); par ROBERT WILLIAM SMITH. — 1 vol. grand in-8°. — Dublin, Hodges et Smith, Grafton street. — 1847.

L'auteur, déjà très-honorablement connu dans la science, a conquis de nouveaux titres à l'estime publique par cet ouvrage; et, on peut le dire, il ne les mérite pas moins par ce qu'il n'y a point mis que par ce qui y est. Il eût pu écrire successivement autant de chapitres qu'il y a d'articulations, en terminer la série par quinze ou vingt pages de généralités, et présenter ainsi fièrement un traité classique des fractures et des articulations. Cette gloire facile ne l'a point séduit: avec une bonne foi toute britannique, il avertit au contraire, dès la première page, son lecteur qu'il n'a voulu parler que de *certaines fractures* desquelles il a une connaissance expérimentale plus approfondie. Effectivement il se borne à traiter de celles du col du fémur, de l'extrémité inférieure du radius, du col de l'humérus, et enfin de l'extrémité acromiale de la clavicule. Quelques aperçus sur les déplacements traumatiques du métatarse, sur les luxations congénitales du poignet, de l'épaule et de la mâchoire inférieure complètent cet opuscule sans prétention. Nous allons donner connaissance par des extraits des notions les plus intéressantes qu'il renferme.

FRACTURES DU COL DU FÉMUR. — L'auteur s'est particulièrement attaché à l'appréciation des divers éléments du diagnostic. Rien n'est plus important que cette étude; car, ainsi qu'il le dit, il est manifeste que la plus grande partie des symptômes de la fracture peuvent exister, l'os étant cependant intact, tout comme il arrive que le fémur est rompu, et que néanmoins les plus importants des signes usuels de cette lésion manquent.

Une première incertitude règne parmi les chirurgiens sur le fait de savoir si le raccourcissement est plus considérable dans les fractures intra ou extra-capsulaires. Loin d'hésiter, ou de professer avec quelques écrivains qu'il n'y a rien de constant dans le degré du raccourcissement qui accompagne ces deux sortes de fractures, M. Smith avance positivement qu'un raccourcissement léger constitue l'un des signes diagnostiques de la fracture intra-capsulaire. Pourtant, même dans cette espèce, la diminution de longueur du membre sera plus ou moins sensible, selon la direction de la fracture et la situation relative des fragments, selon aussi que l'expansion fibreuse qui recouvre le col a été déchirée plus ou moins largement. Supposez, en effet, une fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans, supposez que la cause vulnérante ait épuisé son action sur l'os, la dimension comparative des deux membres ne sera alors que très-peu altérée.

C'est chez des malades de cette catégorie qu'on voit le déplacement ne s'opérer que consécutivement. Un homme de 60 ans était entré à l'hôpital Saint-Barthélemy. A la suite d'une violence extérieure, il se plaignait de douleur à la hanche; mais du reste il n'y avait ni raccourcissement ni déviation du pied. Les divers mouvements avaient toute leur liberté et toute leur force. Au bout de cinq semaines, il mourut d'une inflammation intestinale. A l'autopsie, on découvrit une fracture linéaire traversant le col; mais la synoviale et la membrane fibreuse qui tapisse le col (appelée par M. Smith *ligament cervical*), n'avaient souffert aucune lésion.

Ce n'est pas là la seule cause des déplacements qui ne surviennent que tardivement. Ils tiennent quelquefois à ce que les muscles, paralysés d'abord par la contusion, ne regagnent qu'au bout d'un certain temps la contractilité nécessaire pour entraîner les fragments.

Il faut placer dans une troisième classe les cas où le déplacement, à peine sensible les premiers jours, devient ensuite considérable au bout de plusieurs semaines. Ce phénomène est dû à l'absorption rapide du col du fémur. Chez une femme de 78 ans, le membre qui au début n'avait été plus court que l'autre que d'un quart de pouce l'était, après six semaines, d'un pouce et demi.

De ces considérations l'auteur déduit la règle d'être toujours très-sobre d'explorations lorsque le diagnostic est douteux, et de ne pas chercher à tout prix à provoquer la crépitation; car les fragments qui sans cela n'auraient pas cessé d'être en rapport peuvent se trouver séparés par une manœuvre poussée imprudemment trop loin.

Ces précautions doivent être recommandées d'autant plus sérieusement aux chirurgiens que les cas où le diagnostic est difficile, et où par conséquent on est conduit à exagérer les tractions exploratrices, appartiennent justement aux fractures intra-capsulaires, c'est-à dire à celles dont le traitement est le plus difficile. M. Smith affirme, en effet, n'avoir jamais vu de fracture extra-capsulaire sans un déplacement immédiat, et il dit aussi que le raccourcissement consécutif n'a pas été observé par lui dans cette espèce de fractures.

Un résultat précieux de la longue pratique de M. Smith est ce fait, constaté également par M. Cruveilhier et M. Bonnet (de Lyon), que la fracture extra-capsulaire s'accompagne en général d'une fracture simple ou multiple du grand trochanter; le tissu spongieux de cette éminence étant ordinairement brisé par l'extrémité externe du fragment supérieur, laquelle vient s'y enfoncer. Cet *enclavement*, beaucoup plus fréquent qu'on ne le pensait autrefois, est considéré par M. Smith comme l'effet d'un déplacement consécutif; car s'il résultait de la chute même ou de l'action vulnérante, ne devrait-il pas arriver également dans les fractures intra et extra-capsulaires?

Or, dans les premières, il ne s'observe que très-rarement, et jamais qu'à un degré insignifiant.

Quant à la rotation du pied en dedans, M. Smith discute les diverses théories qui ont été émises pour expliquer ce phénomène exceptionnel. Il commence par établir qu'on ne peut l'attribuer, exclusivement du moins, à la contraction de certains muscles, des rotateurs en dedans; car une fois qu'on a, par des tractions convenables, restitué la direction normale du membre, si on l'abandonne ensuite à lui-même, la déviation du pied en dedans ne se reproduit plus, bien que le raccourcissement reparaisse comme avant les manœuvres d'extension. Certes il n'en serait pas ainsi si l'action musculaire jouait le seul ou même le principal rôle dans cette circonstance. La théorie à laquelle il se rattache en définitive est à peu près celle de Dupuytren, qui interprétait la rotation en dedans par la direction oblique en dehors et en arrière de la solution de continuité osseuse. Du reste, il dit l'avoir remarquée, sur sept cas, cinq fois à la suite de fractures extra-capsulaires contre deux fois seulement dans des fractures intra-capsulaires.

Enfin M. Smith a observé une variété très-rare de fractures avec enclavement, où, à l'inverse de ce qui a lieu ordinairement, c'était le fragment inférieur qui avait pénétré à une certaine profondeur dans le tissu du col même.

Un second chapitre est consacré à cette affection curieuse et singulière, que l'auteur lui-même avait déjà fait connaître, il y a plus de quatorze ans, sous la dénomination de *morbus coxæ senilis*. Aujourd'hui il l'appelle, d'après Adams, *arthrite rhumatismale chronique de la hanche*. Nous préférerions, à vrai dire, le premier nom; car puisque la nature de cette déformation osseuse est, de l'aveu de tous, encore inconnue, le mot de *morbus senilis* a du moins l'avantage de ne pas la préjuger, tandis que celui trop significatif d'*arthrite rhumatismale* tendrait à faire appliquer aux malheureux qui en sont porteurs un traitement antiphlogistique. Or ces individus sont en général (comme nous avons pu le constater à la Salpétrière sur de nombreux exemples) affaiblis par l'âge et par des conditions antihygiéniques accumulées de longue main. Ce ne serait donc pas sans un danger sérieux qu'on les assujettirait à des émissions sanguines, des exutoires, voire même à une immobilité trop absolue. M. Smith fait d'ailleurs lui-même la meilleure critique de cette appellation lorsqu'il avoue que « le traitement antiphlogistique ne produit ici aucune amélioration matérielle. »

La section où l'auteur décrit les *fractures des os de l'avant-bras au voisinage du poignet* est certainement l'une des plus attachantes, non-seulement par la connaissance parfaite des travaux antérieurs, dont il fait preuve, mais aussi par les vues nouvelles qui lui sont propres. Cette étude a, comme on le pense bien, plus particulièrement trait aux *fractures de l'extrémité inférieure du radius*, qu'il appelle fractures de Colles (1).

Après avoir attentivement et très-minutieusement observé les signes de cette fracture, M. Smith rappelle la doctrine qui admet dans ces cas un raccourcissement de l'os par suite du chevauchement des fragments. Cette opinion de M. Diday n'est, selon l'auteur, exacte que jusqu'à un certain point; car il est difficile de comprendre comment, le cubitus restant intact, le radius pourrait diminuer de longueur d'une manière bien sensible. D'ailleurs la solution de continuité est le plus ordinairement transversale, et non oblique. Pour M. Smith, il y a cependant en général alors un raccourcissement produit; mais il se ferait selon un mécanisme tout spécial. Ce ne serait point un chevauchement des fragments suivant la longueur: ce serait une rotation du fragment inférieur en arrière et en haut, le bord postérieur de la facette articulaire carpienne du radius remontant et se déjetant en arrière. Ce qui prouve la réalité de ce déplacement, c'est la différence qu'on observe dans les dimensions de la face antérieure et de la face postérieure du radius, selon qu'il s'agit d'un os sain ou d'un os consolidé après fracture dans ce point. En effet, sur un radius normal la surface antérieure est moins longue que la postérieure d'un quart de pouce. Au contraire, à la suite de la fracture de son extrémité carpienne, le radius a sa face antérieure plus longue que la postérieure, tantôt d'un demi-pouce, tantôt d'un quart; parfois elles sont égales, mais jamais la postérieure ne dépasse l'antérieure, comme cela a lieu dans l'état naturel. Sur vingt-quatre fractures qu'il a examinées dans ce but, l'auteur n'a trouvé que deux fois les deux faces de longueur pareille. Il y avait chez tous les autres sujets un avantage en faveur de l'antérieure.

Ces changements sont très-réels, et M. Diday les avait aussi signalés, en parlant de la transformation de la surface antérieure *concave* de l'extrémité carpienne radiale en une surface *plane*: c'était, comme on voit, en d'autres mots, l'expression du même phénomène. Mais ce déplacement n'est pas le seul qui concourt à produire le raccourcissement de l'os; il en est un que nous nous étonnons de ne point voir indiqué par M. Smith: c'est le mouvement (non moins constant) de rotation selon l'axe transversal, en vertu duquel l'apophyse styloïde du radius remonte en haut, et qui fait de la facette carpienne du radius, normalement dirigée en bas et en dedans, une facette tout à fait transversale.

Enfin, outre ces diverses rotations, il est positif, malgré l'imposante autorité de M. Smith, qu'elles ne suffisent point pour rendre compte d'une façon satisfaisante du degré de raccourcissement qu'on rencontre quelquefois. M. Diday a vu et décrit (Archiv. génér. de méd., février 1837), des cubitus moins longs de 3, 4 et 5 lignes que celui du côté opposé. Il y avait sans doute en là quelque chose de plus que le mouvement de bascule auquel M. Smith voudrait attribuer la totalité du phénomène.

On connaît l'ingénieuse hypothèse que M. Voillemier a mise en avant pour expliquer les changements anatomiques que cette fracture amène dans l'extrémité inférieure de l'os. Nous avons longuement reproduit (voy. Gaz. Méd., 1842) l'opinion de ce chirurgien, d'après qui toutes les fractures de cette partie du squelette s'accompagneraient de *pénétration* du fragment supérieur dans l'inférieur. M. Smith consacre une partie importante de son chapitre à réfuter cette assertion, ou plutôt à réfuter ce qu'elle contient de trop exclusif. Il ne s'agit pas, dit-il avec justesse, de savoir si, longtemps après la fracture consolidée, une section de l'os faite d'avant en arrière découvre une ligne de tissu compacte continue avec la paroi postérieure de la diaphyse, et s'étendant à une plus ou moins grande profondeur dans le tissu réticulaire du fragment inférieur. Cette disposition se rencontre en effet ordinairement telle que M. Voillemier l'a indiquée; mais il faut distinguer si une semblable apparence prouve que les cas où on la trouve soient réellement des exemples de fracture par pénétration. Selon M. Smith, il n'en est point ainsi. Pour faire admettre ce qu'il avance, M. Voillemier eût dû fournir une pièce provenant d'une fracture récente: si l'on y eût pu vérifier la pénétration, il aurait eu gain de cause. Mais comme M. Smith a eu occasion de voir sur le cadavre d'un individu mort au quinzième jour d'une fracture de ce genre, qu'il n'y avait aucune pénétration des fragments, il n'hésite point à déclarer que la théorie de M. Voillemier est fausse, et que cet auteur a tiré de phénomènes bien observés une conséquence illogique.

Pour justifier cette conclusion, il s'appuie sur diverses considérations, basées presque toutes sur l'examen anatomique des vingt-quatre radius fracturés qu'il a pu recueillir. Voici les principales de ces raisons:

A. Si la théorie de la pénétration était exacte, il s'ensuivrait évidemment que la distance entre la ligne de tissu compacte qui est supposé avoir pénétré et la paroi postérieure du fragment inférieur, devrait toujours être la mesure de l'étendue du déplacement de ce fragment en arrière; mais il n'existe point une telle correspondance. Dans toutes les pièces que M. Smith possède, quel qu'ait été le degré de ce déplacement (degré que la conformation définitive de l'os permet de bien apprécier), la ligne de tissu compacte existe avec un intervalle entre elle et la paroi postérieure du fragment inférieur, et cet intervalle varie d'un quart à un demi-pouce.

B. Si, au lieu de diviser l'os d'avant en arrière, on le scie d'un côté à l'autre, les mêmes objections se présentent contre la théorie de la pénétration. Dans l'une de ses autopsies, M. Smith a constaté, en procédant de cette manière, qu'au bord cubital de l'os le fragment inférieur est très-peu dévié de sa direction naturelle. Au contraire, en dehors il y a un espace d'un demi-pouce entre l'extrémité inférieure de la paroi externe de la diaphyse et la face externe du fragment inférieur. Dans ce cas, si la présence de la ligne de tissu compacte devait être attribuée à la pénétration, il aurait donc dû y avoir un déplacement du fragment inférieur en dehors, de l'étendue d'un demi-pouce, chose qui est impossible sans la rupture préalable des connexions qui attachent les extrémités inférieures du radius et du cubitus.

C. Supposons la doctrine de M. Voillemier juste, le raccourcissement de l'os à la suite de ces fractures devrait être porté beaucoup plus loin qu'il ne l'est en réalité; car il y a une seconde cause (le mouvement de bascule, indiqué ci-dessus), qui tend aussi à produire le même effet. S'il faut à cet élément de raccourcissement ajouter celui qui résulterait de la pénétration, on arrivera à une diminution de longueur plus prononcée qu'elle ne l'est alors. Il va sans dire que cette objection est sans valeur à nos yeux, puisqu'elle porte sur l'impossibilité d'un raccourcissement considérable, et que nous l'admettons, tout en le rapportant, il est vrai, à d'autres causes que celles signalées par M. Voillemier. Nous n'avons par conséquent reproduit cette considération qu'afin de ne pas rompre l'enchaînement de l'argumentation de M. Smith.

D. En outre, si l'on regarde la théorie de M. Voillemier comme vraie, il y aurait jusqu'à un certain point correspondance entre la longueur de la ligne de pénétration et le raccourcissement de la face postérieure du radius. Mais un coup d'œil jeté sur les détails des vingt-quatre pièces désignées plus haut montre que cette proportion ne se rencontre point. Dans quelques

(1) Colles publia en effet, dès avril 1814 (Journal médical et chirurgical d'Édimbourg, Xe volume), une bonne description de cette espèce de fractures.

cas, la longueur de la prétendue ligne de pénétration est le double de l'étendue du raccourcissement, tandis que dans d'autres c'est cette dernière qui est de beaucoup plus étendue que la première. Enfin dans un certain nombre, bien que la face de l'os présente un raccourcissement, il n'y a aucune trace que la pénétration ait jamais existé.

E. Dans le premier cas disséqué par M. Smith, la ligne de tissu compacte était longue d'un pouce, tandis que la fracture siégeait à un demi-pouce seulement au-dessus de l'articulation : d'où il suit évidemment que si la pénétration avait eu lieu, si le fragment supérieur était entré dans l'inférieur de la longueur d'un pouce, il l'aurait traversé et serait allé se loger dans la première rangée des os du carpe. Quand il serait possible de séparer les deux fragments et de les mettre bout à bout, cette manœuvre, en supposant exacte l'hypothèse de la pénétration, donnerait au radius une longueur plus grande que celle qui lui est naturelle. M. Voillemier a, il est vrai, fait remarquer que la ligne de pénétration est toujours plus courte en réalité qu'elle ne le paraît; mais, selon M. Smith, il n'a pas réussi à donner la solution de cette difficulté qu'il avait lui-même soulevée.

F. D'un autre côté, la pénétration à un degré appréciable est-elle physiquement possible ? M. Smith affirme que, assujetti comme il l'est aux os voisins, le radius ne peut se prêter à ce que l'enclavement s'opère seulement dans l'étendue d'un demi-pouce, tant que le cubitus et les différents ligaments qui unissent les deux os restent intacts.

Comme conclusion de toute la discussion précédente, M. Smith émet, en terminant, cet avis que la pénétration alléguée n'est qu'apparente ; que si l'on trouve le tissu compacte de la diaphyse plongé dans l'os, ce n'est point parce qu'il a pénétré dans le fragment inférieur au moment de la fracture. Cette apparence tient à ce qu'il a été consécutivement enchâssé dans la matière osseuse pendant le cours du travail de consolidation. L'étendue, le volume de ce dépôt de matière osseuse, règle la longueur de la ligne de tissu compacte, que la théorie de M. Voillemier considère comme trace de la pénétration.

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius, quelque régulier qu'en ait été le traitement, sont ordinairement suivies d'une gêne très-prolongée dans les mouvements du poignet. M. Smith avertit les chirurgiens des inconvénients que cet accident peut avoir pour leur réputation, s'ils n'ont pas eu soin de prévenir de bonne heure le malade de sa possibilité. Mais il n'essaye pas d'indiquer la cause d'où provient cette lenteur dans le rétablissement des mouvements. Nous partageons, quant à nous, l'avis de M. Diday sur ce point. A quelque cause que soit dû le raccourcissement du radius et à quelque degré qu'il s'opère, son existence est constante. Or le radius ne peut se raccourcir, si peu que ce soit, sans que les rapports normaux entre les deux surfaces qui constituent l'articulation radio-cubitale inférieure en soient altérés. Les deux facettes ne se correspondant plus sur les points que la nature avait destinés à s'emboîter réciproquement, il doit s'ensuivre une gêne plus ou moins notable dans l'exécution de la pronation et de la supination. Ce sont en effet les mouvements de cette espèce qui se trouvent le plus gravement compromis à la suite des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Et l'on voit par cette explication qu'ils ne peuvent alors se rétablir dans toute leur liberté que lorsque le temps et l'exercice ont à la longue façonné de nouveau les deux facettes articulaires.

Quant au traitement, M. Smith, insistant principalement sur les idées mises en avant par M. Goyrand, veut que l'on s'occupe avant tout de rendre à l'extrémité inférieure de l'os sa courbure normale à concavité antérieure. Il recommande, dans ce but, une attelle postérieure plus longue munie d'un épais coussinet, et une attelle antérieure ne s'étendant que jusqu'au niveau de la fracture. On remarquera sans doute, à ce sujet, que, pour la fracture du radius comme pour les autres, l'auteur attache beaucoup d'importance au diagnostic, et glisse très-légèrement sur tout ce qui concerne d'une façon plus directe la thérapeutique.

L'étendue à laquelle nous nous sommes laissé entraîner sur cet intéressant chapitre nous rendra forcément bref à l'égard des autres. A propos des *fractures de l'extrémité scapulaire de l'humérus*, M. Smith prouve par des observations anatomiques que les tubérosités de l'humérus font alors partie du fragment supérieur et non de l'inférieur, ainsi que l'enseignent plusieurs écrivains, parmi lesquels se trouve M. Vidal (de Cassis), dont M. Smith cite et réfute l'opinion.

C'est aussi pour rétablir la vérité sur un point mal étudié que l'auteur a écrit son article sur les *fractures de l'extrémité externe de la clavicule*. On voit assez généralement que quand cet os est cassé entre l'acromion et l'apophyse coracoïde, il n'y a pas de déplacement entre les fragments. D'après huit pièces déposées à l'École de médecine de l'hôpital de Richmond, il est constant que le fragment externe est souvent entraîné au-dessous de l'interne ; et le déplacement est parfois porté assez loin pour que le bout cassé du premier vienne en contact avec le bord antérieur du second. — Il est vrai que, ici, le peu de longueur de la pièce osseuse empêche que la difformité ne paraisse considérable à l'extérieur.

Un mémoire remarquable a été consacré à l'étude des *luxations du métatarse*. M. Smith décrit d'abord la luxation du métatarse conjointement avec le premier os cunéiforme en haut et en arrière sur le tarse. Ce déplacement se reconnaît à des signes caractéristiques qui ne permettent pas de le confondre avec un autre. Le pied est notablement raccourci ; mais on voit de suite qu'il n'y a aucune lésion dans les parties qui avoisinent le cou-de-pied. — Le pied paraît avoir subi une rotation sur son grand axe, de manière à ce que sa région dorsale est tournée en dehors, la plantaire en dedans. Le bord interne est élevé, l'externe abaissé. Mais ce déplacement diffère de celui qui résulte de la luxation du tibia en dehors, en ce que, dans celui dont nous nous occupons, le bord externe du pied, au lieu de toucher le sol par toute sa longueur n'est en contact avec lui que dans son tiers moyen. — La plante du pied a perdu sa concavité naturelle ; elle est devenue convexe, soit dans son diamètre transverse, soit dans l'antéro-postérieur. — La face dorsale présente une proéminence transversale, située à environ un pouce au-dessous et en avant du cou-de-pied ; elle commence presque imperceptiblement au bord externe du pied, et devient graduellement plus saillante, jusqu'à ce qu'elle se termine en une tumeur très-distincte au bord interne du tarse. Il existe un sillon entre cette éminence et le cou-de-pied.

M. Smith analyse ensuite les observations publiées de luxation du métatarse ; et l'examen des symptômes nous conduit à penser qu'elles sont toutes ou presque toutes des exemples du déplacement particulier qu'il vient de décrire.

Nous regrettons de ne pouvoir que nommer, en terminant, trois chapitres sur les *luxations congénitales du poignet*, sur les *luxations congénitales de l'épaule*, et sur celles *de la mâchoire inférieure*.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX A PARIS.

Dates.	Hôpitaux civils. Entrées.	Hôpitaux civils. Décès.		Hôpitaux militaires. Entrées.	Hôpitaux militaires. Décès.
21 sept.	15	8	Pour 7 jours.	8	5
22 —	10	6			
23 —	4	6			
24 —	10	5			
25 —	12	8			
26 —	9	5			
27 —	6	4			
	66	42			

EN VILLE.

15 sept.	27	20 —	9
16 —	29	21 —	»
17 —	11	22 —	8
18 —	15	23 —	4
19 —	11		

114

— Le choléra continue à sévir à Marseille. Le nombre des décès occasionnés par le fléau épidémique varie tous les jours. Le tableau suivant indique la mortalité cholérique depuis le 12 jusqu'au 21 septembre :

Journée du		
12 septembre.	45 décès cholériques.	
13 —	45	—
14 —	41	—
15 —	41	—
16 —	pas de décès.	
17 —	53	—
18 —	60	—
20 —	32	—
21 —	37	—

— Le chiffre total des décès occasionnés par le choléra, à Bordeaux, depuis le commencement de l'épidémie, est de 500 ; depuis le 14 septembre, aucun cas nouveau.

— Nièvre. Il y a encore quelques cas de choléra à Nevers.

A Donzy, l'épidémie sévit avec plus d'intensité ; du 10 au 15 septembre, il y a eu 23 nouveaux cas.

A Cosne, 66 nouveaux cas dans le même espace de temps.

— Le choléra a presque complétement disparu du Havre et d'Ingouville.

A Rouen, il y a eu 11 nouveaux cas en sept jours.

Deux-Sèvres. — Le choléra continue à sévir dans le hameau de la Garette et à Saint-Hilaire.

A Niort et à Coulon, il fait toujours des progrès.

— SOMME. Le choléra continue à sévir dans quelques communes de ce département ; l'épidémie a envahi la commune de Bouillancourt et celle de Cayeux.

A Pierrepont, on a compté un nombre assez considérable de décès cholériques.

— On a encore compté à Avignon quelques cas de choléra. Le fléau semble sévir de préférence sur les militaires de la garnison.

— Le choléra vient d'envahir les communes de Parey-sous-Montfort et Damas-aux-Bois (Vosges), où plusieurs personnes ont déjà succombé aux progrès du fléau.

Dans la commune de Balléville, l'épidémie est en voie de décroissance.

— On écrit de Laon que le choléra a envahi les communes de Pargny-Filain, de Filain.

A Saint-Quentin, le fléau continue à sévir. Le 12 septembre, on a compté 18 cas et 11 décès.

— On écrit de Strasbourg, le 23 septembre :

« Le choléra paraît décidément devoir se retirer de notre ville, et nous n'avons pas à nous plaindre de ses ravages, si nous comparons le nombre des décès à ceux des autres villes et même des petites localités. Le comité médical ne publiera plus que des bulletins hebdomadaires. A l'exception de l'hôpital civil, aucun grand établissement n'a été atteint par la maladie. »

—Dans la journée du 13 septembre, on n'avait eu, dans toute la ville de Caen, que deux cas de choléra, sur lesquels un seul décès. Le 14, on n'a observé aucun cas. Le nombre total de cas de choléra observés à Caen depuis le commencement de l'épidémie se monte à 123.

— CHARENTE. Les nouvelles qui nous parviennent d'Angoulême s'accordent toutes pour reconnaître que le choléra y a presque complétement cessé. Depuis le 10 septembre, on n'a observé qu'un seul cas. La maladie a surtout sévi dans les faubourgs qu'habite la population ouvrière.

Le choléra a éclaté à La Rochefoucault.

— Le choléra a considérablement diminué d'intensité à Rochefort; le nombre moyen des cas est de 2 par jour, tandis que la semaine dernière il était de 10. A la date du 7 septembre, il y avait eu en tout à Rochefort 606 cas et 381 décès.

— Le choléra continue à sévir, mais avec moins d'intensité, à Vérondes et à Ignol (Cher).

— CÔTE-D'OR. Le choléra continue à sévir à Montbard. L'épidémie vient de se déclarer dans les communes de Meursonges, Saint-Usages et Broin.

— A Nîmes, le nombre moyen des cas de choléra continue à être de 4 à 5 par jour. L'état sanitaire de la commune d'Aubais est satisfaisant, et on avait à tort exprimé des craintes sur l'invasion du choléra dans cette localité.

— On écrit de Montpellier que l'état sanitaire de la ville est on ne peut plus satisfaisant. A Agde, le choléra vient de se déclarer. Il y a dans cette petite ville 5 ou 6 cas de choléra par jour.

— L'état sanitaire de Tours continue à être satisfaisant.

— LOIR-ET-CHER. — Le choléra a complétement cessé ses ravages à Oucques, où il sévissait avec tant d'intensité. Il s'est aussi manifesté un amendement notable dans la marche de l'épidémie à Blois.

— On mande d'Orléans : La mortalité cholérique a complétement cessé à Beaugency, où le fléau avait sévi avec tant d'intensité sur le dépôt de mendicité. La ville de Gien continue toujours à être ravagée par le fléau. Le choléra a reparu à Montargis, quoique avec peu d'intensité. A Orléans même, on ne constate plus qu'un petit nombre de cas de choléra.

— On écrit de Napoléon-Vendée : Le choléra fait de grands ravages dans notre département ; le choléra, qui n'avait fait jusqu'ici qu'un très-petit nombre de victimes à Napoléon, s'est manifesté dans la caserne. Un grand nombre de communes viennent d'être envahies par le fléau.

— Vingt-deux hommes de la garnison d'Avesnes sont morts du choléra. L'épidémie vient de se déclarer à Landrecies. — Un seul cas (guéri) a été observé dans la garnison de Maubeuge.

Le choléra a envahi la place d'Alger. Les entrées et les morts sont nombreuses au Dey et à Mustapha ; c'est du pénitencier de Bab-Azoun que la maladie a fait irruption.

— BELGIQUE. — Il y a actuellement une notable décroissance dans la marche de l'épidémie en Belgique, excepté dans le Hainaut, où elle vient de reparaître avec une nouvelle intensité, ainsi qu'à Gand et à Liége. A Bruxelles, du 13 au 20 septembre, il n'y a eu que 31 nouveaux cas et 24 décès, dans les hôpitaux civils. A l'hôpital militaire, il y a eu depuis le 6, 4 entrées et 2 décès seulement. Le nombre des décès constatés à Bruxelles depuis le début de l'épidémie est d'environ 800, ce qui fait 6 sur 1,000 habitants, proportion très-faible, comparativement à ce qu'elle a été ailleurs. A Louvain, depuis l'invasion de l'épidémie, du 8 juillet au 15 septembre, il y a eu 615 décès.

— On lit dans le COURRIER DE LOUVAIN (Belgique) :

» Le choléra a encore sévi la semaine dernière avec autant d'intensité que la semaine précédente. Il y a eu 23 naissances et 65 décès, 46 de plus qu'en temps ordinaire. La semaine dernière, il n'y avait que 64 décès et 20 naissances. Enfin, depuis l'invasion de l'épidémie (du 8 juillet au 15 septembre), il y a eu 177 naissances et 615 décès.

Le nombre des décès, du 31 décembre 1848 au 15 septembre 1849, s'élève déjà à 1,075 ; pendant toute l'année 1848 il n'y avait eu que 932 décès. La différence pour cette année est donc déjà de 143. Nous apprenons avec une vive satisfaction que l'épidémie cholérique qui sévissait depuis quelque temps avec beaucoup d'intensité à Tervueren, a pour ainsi dire disparu et qu'il n'y a plus que quelques cas. Malheureusement, il n'en est pas de même à Héverlée, où la maladie sévit en ce moment avec beaucoup d'intensité. »

— A Malines, le choléra touche à sa fin ; depuis plusieurs jours, il n'y a eu que quelques cas isolés sans gravité.

— MORTALITÉ A LONDRES. — Dans la semaine qui a fini le samedi 18 août, il y a eu à Londres 2230 décès, dont 1230 de choléra, 188 de diarrhée, et 812 attribués à des causes différentes.

Dans la dernière semaine d'août, la mortalité s'est accrue de 227 décès. Choléra, 1276, savoir, 46 de plus que la semaine précédente ; restent 238 cas qui ont été attribués à la diarrhée ; typhus, 77 ; coqueluche, 29 ; scarlatine, 18 ; rougeole, 16 ; petite-vérole, 6 ; phthisie, 123 ; bronchite et pneumonie, 77.

Dans la semaine qui s'est terminée le 1er septembre, la mortalité a dépassé celle de toutes les semaines précédentes. La plus grande mortalité depuis 1840 n'avait été que de 2454, c'est-à-dire lors de l'épidémie de 1847. Celle de la semaine dernière a atteint le chiffre énorme de 2796, dont 1663 de choléra, 234 de diarrhée, et le reste applicable à diverses autres maladies.

Dans la semaine terminée le 8 septembre, la mortalité a diminué à l'est et à l'ouest de la capitale, et un peu augmentée au nord et au centre. La totalité des décès a été de 3183 ; 1460 du sexe masculin et 1723 du sexe féminin. Les morts de choléra ont été de 2026. Il y a eu en outre 272 cas de diarrhée.

Dans la seconde semaine de septembre, celle qui finit le 15, il n'y a eu que 2,865 décès, au lieu de 3,183, chiffre de la semaine précédente ; 1,682 décès seulement sont dus au choléra ; autrement dit, il y a eu, dans le chiffre des décès cholériques, une diminution de 344 sur le chiffre de la semaine précédente. Sur ces 1,682 décès, 440 appartiennent à des sujets de moins de 15 ans, 964 à des sujets de 15 à 60 ans, et 278 à des sujets de plus de 60 ans.

Les renseignements officiels publiés par le gouvernement anglais, bien qu'ils ne soient pas encore complets, portent à penser qu'à Londres, comme dans presque tout le reste de l'Angleterre, il y a une tendance marquée à la diminution.

	Londres et ses environs.	Angleterre et pays de Galles.	Écosse.	Total des décès.
Le 13 septembre.	217	484	14	715
14 —	234	non publié,	non publié.	»
15 —	246	730	81	1007
16 —	non publié,	non publié,	non publié.	»
17 —	215	503	48	766
18 —	158	498	15	671
	1070	2215	28	3140

Ce relevé, tout incomplet qu'il est, donne pour la moyenne de la mortalité de Londres 214 décès par jour seulement ; pour la mortalité de l'Angleterre et du pays de Galles, 553 décès par jour, et 24 seulement pour l'Écosse.

La mortalité cholérique de Londres est maintenant de 12,837 décès.

La ville de Hull paraît une des villes le plus cruellement traitées de l'Angleterre. Du 6 au 13 septembre, il y a eu 449 décès cholériques ; dans la semaine précédente, il n'y était mort du choléra que 379 personnes.

— Le vaisseau anglais le *Rochester* est parti de Devonport les derniers jours d'août avec une immense quantité de tentes. Ces tentes sont destinées à abriter toutes la population de Magarissen (comté de Tomevall) pendant que l'on assainissait ce village où le choléra commençait déjà à se montrer. Nos voisins d'outre-mer ne sortent pas de cette idée que le choléra germe invariablement dans les immondices. Quoi qu'il en soit ils manifestent leur opinion par des faits qui prouvent avec quelle chaleur ils embrassent quelquefois les mesures d'hygiène publique.

—PRÉSERVATIF CONTRE LE CHOLÉRA. —Un rédacteur de la GAZETTE DE SCARBOROUGH prétend que le choléra résulte de l'épuisement de la dose d'électricité appartenant à chaque individu qui serait absorbée par le sol. Il propose de remédier à cet inconvénient en isolant les individus du sol au moyen de semelles non susceptibles de conduire l'électricité, et cite comme exemple toutes les personnes faisant usage de semelles de *gutta percha*. Selon l'auteur précité, ces personnes ont été épargnées d'attaques cholériques violentes, et aucun, dit-il, à sa connaissance, n'a été victime du fléau.

IRLANDE. — L'abaissement brusque de la température, qui s'est produit à Dublin à la fin de la première semaine de septembre, a entraîné, dans la marche de l'épidémie, un mouvement de décroissance assez sensible. Cependant la mortalité est encore considérable dans plusieurs petites villes qui entourent Dublin.

ITALIE. — Le choléra continue à s'étendre en Italie. Il paraît qu'il vient d'éclater à Parme. Dans la province de Mantoue, d'après la GAZETTE MÉDICALE LOMBARDE, on a compté jusqu'au 15 août 63 cas, 43 morts, 18 guérisons et convalescences ; dans la province de Brescia jusqu'au 1er septembre 340 cas, 215 morts, 65 guérisons et convalescences ; dans la province de Bergame jusqu'au 4 septembre, 2,084 cas, 1,159 morts, 925 guérisons et convalescences.

— On écrit de Venise le 4 septembre : Le choléra, qui avait diminué d'intensité pendant les jours passés, augmente de nouveau parmi les soldats.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INFLUENCE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT SUR LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Il y a deux ans (26 décembre 1846), à l'occasion d'un fait observé à l'hôpital de la Charité, nous appelions l'attention de nos lecteurs sur la question fort controversée de l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la marche de la phthisie pulmonaire, et nous insistions sur la nécessité d'en appeler à de nouvelles observations. Pendant bien longtemps, on a été d'accord sur ces deux points, que la grossesse enrayait la marche de la phthisie, et que celle-ci reprenait une nouvelle activité après l'accouchement. C'étaient là, pour ainsi dire, deux articles de foi, répétés par la plupart des pathologistes, Bordeu, Cullen, Joseph Frank, Portal et beaucoup d'autres sans doute. Nous n'oserions affirmer que pas un auteur ancien ne se soit avisé de les contester ; mais, si cet auteur existe, il est certain que son opposition n'a pas fait de bruit. Il faut venir jusqu'à M. Andral pour trouver la première contestation de poids ; encore n'est-elle relative qu'à une seule des deux propositions, celle qui concerne l'influence de la *grossesse*, et non celle de l'état puerpéral. M. Andral avait spécialement porté son attention sur neuf femmes phthisiques et manifestement enceintes. Chez cinq d'entre elles, l'affection pulmonaire n'avait paru modifiée ni en bien, ni en mal, par l'état de grossesse ; chez les quatre autres, la phthisie, qui n'était encore que très-peu avancée au moment où se manifestèrent les premiers signes de grossesse, arriva à son dernier terme pendant la durée de celle-ci ; deux d'entre elles succombèrent avant d'être accouchées, et les deux autres peu de temps après. (Voir CLINIQUE MÉDICALE, 2e édition, t. II, p. 380.) Après M. Andral, ce fut le tour de M. Louis à mettre en doute l'exactitude de l'opinion ancienne ; il le fit d'abord avec réserve dans la dernière édition de son TRAITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, ne s'étayant alors que d'un seul fait ; mais plus tard, fortifié par une observation plus étendue, il devint plus affirmatif dans ses conférences cliniques. M. Rayer, si nous ne nous trompons, entra aussi dans ce mouvement d'opposition. Les journaux de médecine, enfin, s'y associèrent par la publication de quelques faits soigneusement recueillis.

Après des résultats si concordants, et considérant le talent et la sévérité bien connue des observateurs, il semblait qu'on pouvait regarder la question comme définitivement jugée contre la croyance ancienne ; mais un secours bien inattendu vint à cette croyance ; il lui fut apporté par un de ceux mêmes qui l'avaient attaquée. M. Andral fut amené, par une nouvelle série de faits, à une opinion tout à fait contraire à celle qu'il avait d'abord professée, et, dans la dernière édition de sa CLINIQUE, reconnut à l'état de grossesse le pouvoir d'enrayer quelquefois le travail de tuberculisation des poumons.

C'est dans cet état que la question a été reprise par M. Grisolle dans l'intéressant et solide mémoire dont il a donné lecture à l'Académie dans la dernière séance. M. Grisolle a réuni 27 observations de phthisie pulmonaire manifeste, coïncidant avec la grossesse, observations en grande partie recueillies par lui-même, et dont quelques-unes, obligeamment fournies à l'auteur par M. Louis, sont vraisemblablement celles auxquelles nous avons fait allusion dans la GAZETTE MÉDICALE de 1846. Sur ces 27 cas, il en est 3 seulement où les signes rationnels de la tuberculisation pulmonaire (hémoptysies, toux, amaigrissement, sueurs) avaient précédé la grossesse. Dans les 24 autres, les premiers signes de la tuberculisation ne s'étaient montrés que dans le cours de la grossesse, et principalement dans les premiers mois. C'est déjà un fait assez significatif que cette fréquence du début de la phthisie au milieu de conditions organiques réputées réfractaires à une telle maladie. On conçoit bien que l'on ne rencontre pas beaucoup de phthisies d'une origine antérieure à celle de la grossesse qu'elles compliquent ; la raison en est que les femmes phthisiques deviennent rarement enceintes. Mais que la phthisie débute si souvent pendant la grossesse, c'est ce qui ne s'accorde guère avec l'hypothèse d'une action modératrice de la seconde sur la première. Sur ce point donc, l'opinion ancienne semble déjà en défaut. Elle l'est plus directement encore dans ce résultat général des recherches de M. Grisolle, que dans aucun cas la marche de la phthisie n'a paru ralentie. Dans la catégorie des femmes frappées de tuberculisation dans le cours de la grossesse, il en est treize qu'on a pu suivre jusqu'au tombeau ; par conséquent on a pu fixer d'une manière précise la durée de leur maladie. Cette durée a été de huit à quinze mois ; en moyenne, neuf mois ; et comme, ainsi que nous venons de le dire, la tuberculisation s'était annoncée en général peu de temps après la conception, il en résulte qu'une grande partie de l'évolution du mal s'était accomplie dans le cours même de la grossesse. Or M. Grisolle a trouvé que sur vingt femmes phthisiques, mais non enceintes, du même âge à peu près que celles dont il s'agissait plus haut, la durée moyenne de la phthisie avait été de quatorze à quinze mois. Il faut ajouter que la moyenne générale donnée par les auteurs les plus accrédités, Bayle, M. Andral, M. Louis, est plus élevée encore.

Une objection vient à l'esprit. On se demande si cette faible durée de la phthisie chez les femmes enceintes, ne tiendrait pas à une accélération de sa marche après l'accouchement, accélération qui aurait pu compenser et au delà un ralentissement opéré par l'état de grossesse. Ceci nous amène au second terme de la question, et l'on va voir que cette objection ne saurait s'appliquer aux observations de M. Grisolle.

Celles de ces observations qui peuvent servir à résoudre le problème sont au nombre de 22. M. Grisolle les divise en deux catégories. La première comprend 12 cas de tuberculisation parvenue, à l'instant de l'accouchement, au deuxième degré confirmé, ou au troisième, c'est-à-dire à la période de ramollissement ou à l'état caverneux. Dans la seconde sont rangés 10 cas de tuberculisation au premier degré ou au second degré commençant. Eh bien ! chez toutes les femmes de la première catégorie, la maladie a suivi la progression ordinaire, et elles ont encore vécu, en moyenne, quatre mois. Sur les 10 femmes de la seconde catégorie, il en est 3 chez lesquelles la progression de la phthisie n'a rien offert d'insolite, 5 dont la maladie a éprouvé sous divers rapports, spécialement sous celui de sa marche, une amélioration sensible, et 2 seulement chez qui la tuberculisation a paru prendre une activité nouvelle. De telle sorte que, à s'en rapporter à ces faits, l'accouchement serait une condition plutôt favorable que défavorable à la marche ultérieure de la phthisie pulmonaire.

Ces résultats statistiques sont donc d'une grande valeur ; ils contredisent donc assez formellement l'opinion commune. Toutefois nous nous demandons si elles sont de nature à lever toute incertitude, et s'il faudra désormais regarder comme démontrée sans réplique la non-influence de

Feuilleton.

MÉDECINS DE L'ANTIQUITÉ ; DE LEUR POSITION SOCIALE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Dans l'article précédent, nous avons fait sentir combien il importait d'établir une filiation chronologique sur la position sociale des médecins dans les pays les plus florissants de l'antiquité, mais aussi combien il est difficile de se déterminer sur ce point avec quelque précision. Nous avons dit que Drelincourt, dans son célèbre opuscule, exaltait trop évidemment cette position comme d'autres l'avaient trop rabaissée. Il est évident que dans la Grèce, la médecine et la philosophie étant souvent confondues en raison de leurs grandes affinités, les médecins eurent les droits de citoyen. Il n'en était pas de même dans Rome, la superbe dominatrice du monde, où, malgré les lois, la force était véritablement le seul droit réel, où l'on récitait hautement, où l'on mettait si odieusement en pratique ces deux vers traduits d'Euripide :

Nam si violandum est jus, regnandi gratiâ
Violandum est; aliis rebus pietatem colas.

Respectez la vertu, mais quand il faut régner,
L'intérêt seul l'emporte et doit la dédaigner.

Il est certain que dans une cité tout à fait guerrière les médecins n'eurent point une position sociale élevée ; à différentes époques, elle fut même des plus viles. Suétone en donne la preuve ; il dit en parlant de Jules-César : *Omnesque medicinam Româ professos, et liberalium artium doctores.... civitate donavit* (cap. 42), « il accorda le droit de bourgeoisie à ceux qui professaient la médecine à Rome et enseignaient les arts libéraux. » Donc il n'était pas permis aux médecins de prononcer la fameuse formule : *sum civis romanus*, avant le décret du dictateur. Le même Suétone nous apprend encore qu'Auguste respecta ce droit dans une circonstance particulière. Pendant une grande disette, dit cet historien, l'empereur fit chasser de Rome, les esclaves qui étaient en vente, les gladiateurs et tous les étrangers, à l'exception des médecins et des précepteurs. *Exceptis medicis et præceptibus.* Et cependant ce même Auguste avait lui-même des esclaves médecins, car, en écrivant à Livie, il dit qu'il lui envoie avec d'autres personnes « un médecin à lui, » *ex servis meis medicum* (IN AUG., cap. 8). Rien de plus positif. Néanmoins sous son règne, Antonius Musa, qui l'avait guéri selon toute probabilité d'une sciatique violente, reçut de grands honneurs de la part du peuple romain ; écoutons encore Suétone : *Medico Antonio Musa cujus opem ex ancipiti morbo convaluerat, statuam, ære collato, juxta signum Æsculapii statuerunt*, « le peuple éleva, à frais communs, une statue près de celle d'Esculape, à Antonius Musa, son médecin, qui l'avait guéri d'une maladie dangereuse » (ch. 59). On doit remarquer cette expression : ÆRE COLLATO, à frais communs, c'était une véritable souscription. Or un esclave aurait-il pu recevoir des habitants de Rome un si grand, un si éclatant honneur, même par adulation pour Auguste, lui qui se vanta à sa mort d'avoir si bien

l'état de grossesse et de l'accouchement sur la tuberculisation du poumon. Quelque disposé que nous soyons à reconnaître tout le mérite du travail de M. Grisolle et la précision des éléments apportés par lui dans la question, nous n'oserions encore, pour notre part, rompre entièrement avec une croyance qui nous avait paru jusqu'ici, faut-il le dire, assez justifiée. En théorie (puisque M. Grisolle a ouvert ce point de vue), s'il est naturel de penser que le refoulement du diaphragme par la matrice développée doit exercer une influence défavorable sur la phthisie en gênant la circulation pulmonaire, il n'est pas absolument déraisonnable de regarder le grand travail organique qui s'opère du côté de l'utérus comme propre à retarder l'évolution de la maladie tuberculeuse. Cette pensée ne serait que conforme à d'autres données, jusqu'ici incontestées, de l'observation, telles que l'état stationnaire de certaines tumeurs, la disparition de certaines affections chroniques de la peau, pendant la grossesse. Et puis les auteurs sont parfois si affirmatifs sur ce point, leur conviction paraît si réfléchie, que nous ne saurions nous résigner encore à leur faire expier par une incrédulité absolue cette absence de documents positifs, d'observations détaillées, qu'on regrette chez eux. La plupart de ces auteurs, dit-on, privés des ressources de l'auscultation et de l'anatomie pathologique, ayant sur les caractères de la phthisie pulmonaire des notions différentes des nôtres, ont dû se tromper fréquemment et attribuer à la vraie tuberculisation ce qui s'appliquait en réalité à d'autres affections de poitrine; soit ; mais il faut avouer que si l'on accordait, avec eux, à la grossesse le pouvoir d'enrayer certaines lésions de l'appareil pulmonaire, des pneumonies, des pleurésies chroniques, il deviendrait assez difficile de lui dénier le même pouvoir sur la vraie phthisie. D'ailleurs, nous le répétons pour mettre notre réserve à l'abri d'une autorité plus considérable, M. Andral admet cette influence de la grossesse sur la marche de la tuberculisation pulmonaire, et M. Andral n'est pas, que nous sachions, étranger aux pratiques de l'auscultation.

Somme toute, c'est une question à examiner de près, sur laquelle on peut néanmoins dire dès à présent, en tout état de cause, que l'opinion avait dépassé les limites d'une saine et exacte observation. A supposer que l'influence de la grossesse sur la phthisie soit réelle, il est certain au moins qu'elle avait été fort exagérée.

Nous disions plus haut que les femmes phthisiques avaient peu de chances de devenir enceintes. C'est un fait reconnu. Il semblerait d'après cela que celles qui le deviennent exceptionnellement fussent très-exposées à l'avortement. Cependant ce résultat n'est pas aussi fréquent qu'on pourrait le croire, si l'on s'en rapporte aux recherches de M. Grisolle. Sur 22 femmes enceintes et évidemment phthisiques, 3 ont avorté du quatrième au sixième mois, 3 ont accouché prématurément au huitième mois ; toutes les autres ont accouché à terme, bien que les deux tiers d'entre elles fussent arrivées au dernier degré de la tuberculisation. Il en est bien autrement dans les affections aiguës, dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde, qui entraînent presque toujours l'avortement.

PROPHYLAXIE.

SUR UN PROCÉDÉ DE VACCINATION PRÉSERVATRICE DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE ; par M. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon).

Quâ cuspide vulnus
Senserat, hâc eâdem cuspide sensit opem.
PROP.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

III. — RÉSULTAT DES VACCINATIONS; APPRÉCIATION EXPÉRIMENTALE DE LEUR INFLUENCE PROPHYLACTIQUE.

Deux sortes d'effets me préoccupèrent ensuite : l'un suite locale de l'inoculation, immédiatement perceptible ; l'autre général, constitutionnel, en rapport avec l'immunité que j'avais prétendu établir par l'opération, et qui ne pouvait par conséquent être constaté qu'à la longue.

Les suites locales furent très-simples : autour de chaque piqûre, un peu de douleur et d'inflammation, mais ceci à un degré à peu près insignifiant. Chez l'un des malades, et seulement à l'une de ses piqûres, une douleur névralgique, mais seulement de quelques jours de durée, voilà tout ce que j'observai.

Les chancres et les bubons, pansés comme à l'ordinaire, se terminèrent dans la période accoutumée, sans aucune complication étrangère, sans nul retard ni plus de rapidité dans leur cicatrisation. Je dois cependant noter un phénomène, qui n'est peut-être qu'une coïncidence purement fortuite, mais dont la fréquence parmi mes inoculés me donna quelque peu à penser. Chez cinq d'entre eux (les nommés Mi., Lo., Ton., To. et Far.), il survint, deux, huit, trois, huit et quatre jours après la cicatrisation des chancres, un bubon, qui chez trois se termina par résolution, chez les deux autres s'ouvrit, mais sans devenir chancreux. Je le répète, quoique l'apparition tardive de bubons, dans de telles circonstances, ne soit pas un fait exceptionnel, cependant la quantité proportionnellement considérable de ceux qui survinrent ici, surtout chez des malades encore soumis au repos et au régime de l'hôpital, ne laissa pas que de me surprendre. Je n'émets ce soupçon qu'avec de grandes restrictions et sous forme extrêmement dubitative; mais serait-il tout à fait irrationnel de supposer que cette fluxion sur les ganglions de l'aine a été en quelque sorte une crise dépuratoire supplémentaire pour ceux des expérimentés que mon inoculation n'avait pas suffi à préserver entièrement de la diathèse syphilitique constitutionnelle ?

Examinons maintenant quelle fut, chez mes opérés, l'influence prophylactique de l'inoculation : c'est là le point capital à constater, le nœud de la question.

Comme je tenais infiniment à ce que la vérification de leur état ultérieur fût faite de manière à ne laisser aucune espèce de doute, je ne crus pas devoir me contenter ici de la formule banalement employée, de leur dire de *revenir me voir, s'ils se sentaient malades*. Outre l'incurie particulière aux gens de cette classe, la syphilis secondaire se traduit quelquefois par des symptômes si peu graves que celui-là même qui en est porteur les laisse souvent passer sans s'en être aperçu. Que de fois j'ai découvert, à l'insu

---

joué LA FARCE DE LA VIE? *Mimum vitæ commode transegisse* (cap. 89).

On voit que, malgré l'infériorité de leur position, les médecins de l'antiquité regagnaient par leurs talents l'estime et la considération que leur refusait l'état social où ils vivaient; souvent aussi ils s'appuyaient sur les grands et les puissants. Tibère lui-même, *cet homme de boue pétrie avec du sang*, comme l'avait dit un philosophe, et qui soutenait qu'un homme parvenu à l'âge de 30 ans devait être son propre médecin, en eut un néanmoins qui lui était particulièrement attaché; il s'appelait Chariclès; il montra sa sagacité dans une circonstance bien grave; il découvrit que le tyran avait peu de temps à vivre; mais écoutons Tacite, ce prince des historiens : *Medicus arte insignis, nomine* CHARICLÈS, *non quidem valetudines principis solitus, consilii tamen copiam præbere. Is velut propria ad negotia digrediens, et per speciem officii, manum complexus, pulsus venarum attigit : neque fefellit* (ANNAL., IV, 45), « il avait près de lui un médecin habile, Chariclès, qui, sans le gouverner dans ses maladie, l'aidait de ses conseils. Cet homme feignant de prendre congé de l'empereur pour ses affaires, et lui baisant la main comme par respect, lui tâta le pouls et ne se trompa nullement, » c'est-à-dire que Tibère, qui voulait dissimuler son mal, mourut au bout de peu de temps. Certes il fallait qu'il y eut plusieurs classes de médecins, car un homme comme Chariclès n'aurait jamais exécuté les ordres infâmes de Néron. Ce monstre, selon Suétone, ayant été voir une tante malade dont il convoitait l'héritage, ordonna aux médecins de purger excessivement la malade : *præcipit que medicis ut largiùs purgarent ægram.* (IN NORO, 34.) Le même historien raconte « qu'on ne donnait qu'une heure pour mourir à ceux qui étaient condamnés ; et pour qu'il n'y eut aucun délai, on leur envoyait avec leur arrêt de mort, un médecin pour les *soigner*, selon l'expression même de Néron, c'est-à-dire pour leur couper les veines. » Le texte est formel : *Jussis nori non ampliùs quam horæ spatium dabat, ac ne quid mora interveniret, medicos admovebat qui cunctantes continuo* CURARENT, *ita enim vocabat venas mortis gratiâ incidere* (IN NER., 37.) C'était assurément des bourreaux plutôt que des médecins que Néron envoyait pour égorger ses victimes. Mais quelle pouvait être la position sociale de ces médecins? l'esclavage le plus abject. Gardons-nous toutefois d'en juger par nos mœurs et notre manière de voir. Ainsi Tacite, après avoir dit comment Senèque, condamné à mort par Néron, son élève, se fit couper les veines et se plongea ensuite dans un bain chaud, mais ce fut inutilement : *Seneca interim durante tractu, et lentitudine mortis Statium Annæum diù sibi amicitiæ fide et arte medicinæ probatum, orat providum pridem venenum, quo damnati publico Atheniensium judicio extingueretur* (ANNAL., XV), c'est-à-dire « cependant les douleurs de Senèque amenant lentement la mort, il pria Statius Annæus, habile médecin et son ancien ami, de lui faire apporter un poison qu'il gardait depuis longtemps et avec lequel on faisait mourir les criminels à Athènes. » Assurément rien de semblable ne se verrait de nos jours, et aucun médecin ne serait capable d'une telle action, même fût-elle utile à un ancien ami.

Un demi-siècle plus tard environ, les médecins s'élevèrent en considération publique; mais il paraît que leur condition politique ne s'était guère améliorée. Le droit de bourgeoisie, dans les provinces, dans les municipes et surtout à Rome ne leur était encore accordé que comme une faveur extrême. C'est ainsi que Pline le jeune, l'ami de Trajan, sollicite vivement auprès de lui le droit de

de malades qui venaient de nier avoir la vérole, une roséole générale, des glandes cervicales engorgées, des tubercules muqueux du scrotum, etc.!

Pour être efficace, pour offrir des garanties sérieuses, l'examen devait donc être fait par un médecin, et avoir lieu à intervalles assez répétés pour qu'une poussée d'accidents secondaires n'eût en aucun cas le temps de naître et de s'éteindre entre deux visites.

Afin de remplir cette importante condition, je pris exactement le nom et l'adresse de mes inoculés avant de les laisser sortir de l'hôpital; puis je leur remis une promesse signée de leur payer une petite somme, à six semaines de là, s'ils venaient me l'apporter à cette époque pour se faire examiner. Enfin, pour être sûr qu'ils se présenteraient *eux-mêmes*, j'eus soin de noter pour chacun d'eux une petite particularité personnelle que j'avais remarquée, telle qu'un signe, une cicatrice, un tatouage du bras, etc., dont la constatation ultérieure me répondrait de leur identité, au cas possible où j'aurais moi-même perdu le souvenir de leur figure de manière à ne plus les reconnaître.

Ces précautions ne furent pas inutiles. Par suite du bouleversement qui agitait alors toutes les conditions sociales, la plupart de ces individus, forcés de changer fréquemment de profession et de résidence, eussent sans doute oublié ma recommandation de revenir, si je ne l'avais appuyée de l'espoir d'un secours, précieux pour le plus grand nombre, et qui leur en rendit le souvenir plus présent. Je parvins donc à les revoir tous dans les délais que je fixai ensuite successivement à chaque nouvelle visite. Quant à deux d'entre eux, qui furent obligés de s'éloigner presque immédiatement, ils me transmirent par lettre des renseignements fréquemment réitérés, et sur la valeur desquels je pus d'autant plus compter que je leur avais d'abord expliqué en détail et indiqué par écrit la nature des symptômes sur l'absence ou la survenance desquels je désirais qu'ils me tinssent au courant.

Enfin, comme la nécessité de gagner leur vie avait contraint huit de ces malades à quitter Lyon au bout de quelques mois, j'en profitai pour obtenir qu'ils se présentassent, après six mois révolus, à un médecin de la localité qu'ils habitaient alors (et pour ceux enrôlés, au chirurgien de leur corps). Ces confrères eurent ensuite la complaisance de m'envoyer le certificat indiquant l'état de leur santé, ainsi constaté médicalement. Quant à ceux restés à Lyon, je les fis également examiner au bout de six mois, chacun par un médecin de la ville d'une capacité notoire et bien reconnue.

Je dus me préoccuper, à ce sujet, de répondre à l'objection qu'on eût pu me faire d'avoir choisi des témoins trop favorablement prévenus pour remplir l'office de juges équitables. Bien que ce reproche de partialité ne pût sans une flagrante injustice être adressé aux confrères honorables qui avaient bien voulu m'aider de leurs lumières, je connaissais trop bien la critique pour hésiter à me défendre sur ce terrain avant d'y être attaqué. Ne pouvant toutefois, sans une indiscrétion condamnable, publier le nom de mes inoculés, je résolus de borner la confidence à mes collègues de la Société de médecine de Lyon. Je déposai donc et je laissai pendant un mois au secrétariat de la Société le nom et l'adresse actuelle de mes ex-malades, avec tous les certificats constatant leur état sanitaire actuel. Dans la séance où j'annonçai ce dépôt, j'invitai ceux de mes collègues qui désireraient vérifier mes assertions à aller contrôler eux-mêmes auprès de ces individus ce que j'avançais sur leur compte.

Ces divers certificats ont été maintenant déposés par moi au bureau de la GAZETTE MÉDICALE, où ceux qui voudront en prendre connaissance seront dès à présent admis à le faire, sur la présentation de leur diplôme de docteur (1).

(1) Ces certificats sont signés et datés ainsi qu'il suit :

Pour Joseph Ser. — Un certificat de M. Gavrelle, chirurgien aide-major au 19e léger, constatant sa bonne santé et l'absence de tout symptôme syphilitique, délivré le 2 janvier 1849 : — en tout, six mois et vingt-deux jours depuis le début du chancre.

Pour Benoît Mi. — Un certificat de M. le docteur Manéchalle, délivré le 3 décembre 1848, — six mois depuis le début du chancre.

Pour François Lo. — Un certificat de M. le docteur Favre, ancien chef des travaux anatomiques de l'école de Lyon, délivré le 27 novembre, — six mois moins trois jours. — Deuxième certificat de M. le docteur Duchêne, médecin vaccinateur du canton de Givors, le 21 janvier 1849, — sept mois et vingt et un jours.

Pour Michel Ch. — Reçu trois lettres de lui, où il me donne les détails les plus rassurants sur l'absence de tout symptôme constitutionnel, la dernière en date du 20 janvier 1849, — huit mois et seize jours depuis le début du chancre.

Pour Étienne Tr. — Un certificat de M. le docteur Bros, médecin à Saint-Symphorien-sur-Coise, en date du 13 décembre 1848, — six mois et cinq jours depuis le début du chancre. — Plus, une lettre de lui annonçant la persistance de sa santé, en date du 11 mars 1849; ce qui porte le terme ci-dessus à neuf mois et trois jours.

Pour Joseph Dra. — Un certificat de M. le docteur Ridreau, aide-major au 36e de ligne, délivré le 8 décembre 1848, — six mois et cinq jours depuis le début du chancre.

Pour Eugène Gou. — Un certificat de M. le docteur Fl. Saigneur, chirurgien au 6e léger, délivré le 27 décembre 1848, — six mois et treize jours depuis le début du chancre.

Pour Pierre Tou. — Un certificat de M. le docteur Imbert, chirurgien-major de l'hôpital militaire d'Arles, délivré le 20 décembre 1849, — six mois et vingt-quatre jours depuis le début du chancre.

Pour Jean To. — Un certificat de M. le docteur Badin, médecin à la Verpillière (Isère), délivré le 29 octobre 1848, — six mois et deux jours depuis le début du chancre.

Pour Julien Th. — Un certificat de M. le docteur Manilhier, médecin de l'hôpital de Crémieux, délivré le 13 janvier 1849, — sept mois et deux jours depuis le début du chancre.

Pour Antoine Mon. — Un certificat de M. le docteur Roy, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, délivré le 13 décembre 1849, — six mois depuis le début du chancre.

Pour Claude Ba. — Un certificat de M. le docteur Foltz, ancien interne des hôpitaux de Lyon, délivré le 12 janvier 1849, — sept mois et vingt-six jours depuis le début du chancre.

Pour Antoine Far. — Un certificat de M. le docteur Gubian, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, délivré le 10 janvier 1849, — six mois et vingt-deux jours depuis le début du chancre.

Pour Claude Pe. — Un certificat de M. le docteur Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, délivré le 4 décembre 1848, — six mois depuis le début du chancre.

Pour Théodore Cou. — J'avais revu ce malade exactement à plusieurs reprises toujours bien portant. Forcé, dans les derniers temps, de partir, il me donna de bonnes nouvelles de sa santé par une lettre datée du 21 décembre 1848, — six mois et trois jours depuis le début du chancre.

Indépendamment de ces explorations, faites pour chacun des malades sur ma demande expresse, la plupart d'entre eux ont été revus, soit à l'Antiquaille par les élèves qui suivaient ma clinique, soit chez moi, lorsqu'ils y revenaient, par

---

bourgeoisie d'Alexandrie pour son médecin Harpocras, né en Égypte, « quoique, dit-il, à l'exemple de vos prédécesseurs, vous vous soyez fait une loi de ne l'accorder qu'avec de grandes précautions, » *quamvis, secundum institutionem principum, non temere eam dare proposuisses. (Epist., lib.* X, 5.) Une autre fois, le même Pline demande encore avec instance à Trajan le droit de bourgeoisie romaine pour le médecin Posthumius Maximus, qui l'avait guéri d'une grave maladie. « Je ne puis, dit-il, m'acquitter envers lui que par le secours des grâces que votre bonté ne refuse guère à mes prières, » *cui parem gratiam referre beneficio tuo possum, si precibus meis ex consuetudine benignitatis tuæ indulseris. (Epist., lib.* X, 23.) Quoi qu'il en soit, les médecins, *ces conservateurs de leurs semblables*, comme le dit Homère, obtinrent des prérogatives considérables, et devinrent puissants sous les empereurs, à l'époque de ce qu'on nomme le bas-empire; il y en eut même un spécialement attaché, sous le nom d'*archiâtre*, à la personne du souverain, et qui le gouvernait presque despotiquement. Il existe à ce sujet une formule curieuse qui nous a été conservée par Cassiodore. L'empereur déclare publiquement au médecin qu'il se soumet entièrement à ses prescriptions : *Fas est tibi nos fatigari jejuniis; fas est contra nostrum sentire desiderium, et in locum beneficii dictare, quod nos ad gaudia excruciat*, « il vous est permis de nous fatiguer par la diète; il vous est permis de vous opposer à ce que nous pouvons désirer, et d'écarter pour notre bien tous les plaisirs contraires à notre santé. »

D'après ce qui a été dit précédemment, nous n'avons nullement la prétention d'avoir élucidé, approfondi les grandes et belles questions objet de ce travail; à peine même les avons-nous effleurées. Il en résulte pourtant deux vérités dont on ne saurait nier l'importance : la première, que la position des médecins de l'antiquité, malgré les obscurités répandues sur ce sujet, était en tout conforme à l'ordre social dans lequel ils vivaient, et que plus la civilisation était avancée, plus leur science et leur profession étaient tenues en estime; que cette position a varié selon une infinité de circonstances, mais qu'à Rome le plus grand nombre des médecins se trouvaient parmi les esclaves, les affranchis, attachés aux grandes familles patriciennes; que du reste ils avaient à combattre comme nous dans notre époque, qui se croit si éclairée, l'ignorance, les préjugés, les railleries, les sarcasmes, souvent l'ingratitude de leurs contemporains, et même jusqu'à leur méfiance. Ainsi, dans le court recueil des célèbres maximes de Publius Syrus, nous avons noté la suivante : *Male secum agit æger medicum qui hæredem facit*, un malade agit mal avec lui-même quand il fait son médecin héritier. » Voilà l'article 909 de notre Code civil; rien de plus évident qu'il date de vingt siècles.

La seconde vérité peut être encore plus grave que la précédente : c'est que, malgré les difficultés, malgré les vicissitudes, les obstacles, les avilissements de toute espèce, l'art de guérir et ceux qui l'exercent ont toujours eu de l'importance chez tous les peuples. Aussi notre profession a-t-elle ses racines dans le passé le plus reculé. Que la médecine et les médecins n'aient point un rang quelconque dans une société humaine, c'est une de ces impossibilités qui ne s'est jamais vue et ne se verra point. Par un accroissement sourd et latent des forces de l'humanité, par une expansion invisible et continue de ses énergies, par l'accomplissement de cette loi divine qui fait acheter à notre race quelques bénéfices au prix de beaucoup de souffrances, il est démontré que les hommes

Voici maintenant le résultat de ces essais cliniques :

Sur 16 inoculés, 15 ont été jusqu'ici exempts de tout symptôme de syphilis constitutionnelle.

Quant à celui qui en a été atteint, ses chancres étaient indurés au moment de l'inoculation ; par conséquent on peut dire, sans être accusé de vouloir fausser la statistique, qu'il n'était point dans les conditions voulues pour que le résultat de l'inoculation chez lui prouvât la valeur de son efficacité prophylactique. Aussi ne l'inoculai-je que par mégarde, ainsi qu'en font foi deux des témoins de l'expérience (1).

Après avoir ainsi fait constater authentiquement l'état de santé de ces individus, je ne les ai point perdus de vue. La plupart sont encore revenus me voir, soit sur ma demande, soit pour me consulter sur d'autres indispositions ; de sorte qu'aujourd'hui 26 août 1849, le temps qui s'est écoulé à partir du moment de l'infection est :

Pour Jean To., de dix mois vingt-trois jours.
Pour François Lo., de quatorze mois vingt-trois jours (revu le 24 août 1849).
Pour Étienne Tr., de neuf mois.
Pour Pierre Tou., de neuf mois vingt-sept jours.
Pour Antoine Mon., de huit mois quinze jours.
Pour Antoine Far., de douze mois un jour (revu le 19 juin 1849).
Pour Claude Pe., de neuf mois vingt et un jours.
Pour Joseph Dra., de neuf mois seize jours.
Pour Michel Ch., de huit mois six jours.
Pour Claude Ba., de huit mois deux jours.
Pour Benoît Mi., de sept mois onze jours.
Pour Julien Th., de sept mois quatre jours.
Pour Joseph Ser., de six mois vingt-deux jours.
Pour Eugène Gou., de six mois douze jours.
Pour Théodore Cou., de six mois trois jours.

Terme moyen, chaque sujet a passé huit mois et vingt et un jours, à partir de l'invasion du chancre, sans être atteint de symptômes de syphilis constitutionnelle.

Or ce temps est bien suffisant pour m'autoriser à affirmer que les chances de voir survenir ultérieurement chez eux des accidents de ce genre sont, sinon nulles, du moins extrêmement faibles. (Je reviendrai sur ce point important un peu plus tard, v. § IV.)

Voilà le résultat brut. Maintenant quelle en est la signification ? Cette proportion de sujets exempts de syphilis constitutionnelle serait-elle un fait exceptionnel, ou constituerait-elle la règle ordinaire chez des chancreux n'ayant été soumis à aucun traitement préservatif ? Pour répondre à cette question, il n'y avait qu'un moyen : chercher à déterminer combien, sur un nombre donné d'hommes ayant un chancre primitif et ne lui opposant aucun traitement général, il y en a qui sont ultérieurement atteints de symptômes constitutionnels ; car si, ce compte fait, il restait démontré que mes inoculés ont été préservés en plus grand nombre, quoique n'ayant pris aucun remède antisyphilitique, devrait-il répugner d'admettre que l'inoculation a été pour quelque chose dans le motif de leur bonheur exceptionnel ?

Or cette proportion, que je cherchais, n'existe nulle part dans la science. Loin de songer à la formuler, la plupart des anciens auteurs avancent sans hésiter que, s'il n'a pris de bonne heure du mercure, tout homme qui a eu des chancres aura tôt ou tard la vérole générale. Hunter est formel sur ce point : « La pratique de la médecine, dit-il positivement (1), nous apprend que, sur cinquante malades atteints de chancres, il n'y en aurait pas un qui évitât la syphilis constitutionnelle si le chancre n'était traité que localement. »

Ce témoignage était bien favorable à ma cause, trop favorable même pour que je voulusse m'en prévaloir. Bien que j'eusse pu le corroborer par l'opinion identique d'un grand nombre de médecins recommandables, je regardai cette doctrine comme dictée par une préoccupation théorique plutôt que comme le résultat de l'expérience, et je me mis en devoir d'obtenir des renseignements plus catégoriques. Je posai donc par écrit aux principaux syphilographes de notre époque, en leur demandant une réponse basée sur leur observation personnelle, la question suivante :

« Sur vingt individus qui contractent un chancre primitif et ne suivent aucun traitement antisyphilitique général, combien y en a-t-il qui présenteront ultérieurement des symptômes de syphilis constitutionnelle ? »

Parmi les médecins spécialistes auxquels je me suis adressé pour avoir la solution de cette question, un certain nombre se sont abstenus de m'indiquer un chiffre précis ; et ceux qui ont bien voulu me répondre plus explicitement m'ont prévenu en même temps que leur appréciation ne pouvait être et n'était qu'approximative. Aussi ne vais-je citer leur témoignage qu'avec cette restriction, qui me paraît d'ailleurs de toute justice.

M. A. Cazenave (de Paris) m'écrit que, « sur vingt personnes ayant eu des chancres vénériens primitifs sans avoir fait alors de traitement spécifique par le mercure, dix-huit au moins devront avoir des accidents secondaires. »

M. Cullerier penche pour la solution suivante, savoir « que la moitié des ulcérations vénériennes primitives non indurées sont suivies d'accidents généraux. » — Ce serait donc d'après lui, 10 sur 20.

M. Repiquet, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, m'a dit que « sur 20 individus, placés dans les conditions que je supposais, *au moins douze* auraient ensuite des accidents constitutionnels. »

M. Puche, sur cinq cents chancres, non traités par le mercure, a vu cent vingt-cinq fois survenir ensuite des symptômes secondaires. — C'est donc cinq sur vingt.

M. Baumès, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, m'a donné en ces termes le résultat de sa longue expérience sur le sujet : « Chez les individus affectés d'un chancre et soumis à un traitement antisyphilitique général, la différents médecins, qui ont chaque fois reconnu l'absence chez eux de tout symptôme de syphilis constitutionnelle.

(1) M. le docteur Foltz, qui assistait en ce moment à ma visite, et M. Blancheton, interne de service. Leurs déclarations signées (que j'ai jointes aux précédents certificats) établissent que je n'inoculai ce malade — le nommé Jean-Baptiste Bl. — que par inadvertance, et faute de m'être aperçu à temps que ses chancres étaient déjà indurés. — Un mois après sa sortie de l'Antiquaille, il y rentra porteur d'une roséole syphilitique parfaitement caractérisée, qui céda à l'emploi du mercure, dont je continuai l'administration pendant trois mois.

On attaquera probablement mes expériences comme insignifiantes, en alléguant que, par l'élimination volontaire des sujets atteints de chancres indurés, je n'ai en réalité réussi à préserver que ceux qui, d'après la nature simple de leurs accidents primitifs, étaient naturellement à l'abri de toute chance de vérole. Il sera répondu plus loin (voy. § IV) à cette objection.

(1) ŒUVRES COMPLÈTES DE J. HUNTER, p. 542.

auront un éternel besoin de la médecine. Elle est pour la société un principe de bien-être, de progrès, de perfectibilité ; elle est pour l'individu un espoir, un secours, une force, un appui tutélaire. Aussi que l'Égypte soit esclave, que la Grèce soit dominée par Philippe ou par les Romains, que Rome même soit envahie par les barbares, les médecins se retrouvent sans cesse au poste que leur assigne le devoir de soulager les hommes ; mœurs, lois, institutions, gouvernements, préjugés, religions, direction des esprits, emploi différent des forces sociales, qu'importe ; notre science est partout, embrasse tout, profite de tout, avance toujours et à travers tout. Dans cette incessante instabilité des hommes, des choses, des doctrines, comme elle est un besoin de l'humanité, on peut dire de la médecine : *Mole suâ stat*, elle subsiste par elle-même, bien qu'elle se modifie par les progrès, par les découvertes et par le contingent qu'elle-même apporte à la civilisation des peuples.

Ce glorieux passé prouve incessamment en faveur de l'avenir. Non la médecine n'a point encore accompli ses destinées. Quand les arts et la paix fleuriront exclusivement, la médecine, largement conçue et appliquée, s'élèvera de plus en plus en estime et en considération ; car qu'on se persuade bien que toute question sociale a un côté médical. Il en sera ainsi lorsque les sociétés, comprenant mieux leurs intérêts, l'horrible guerre, l'art de tuer les hommes *avec gloire et salaire* comme le dit un philosophe, sera mis infiniment au-dessous de celui de les guérir, de les soulager, de les perfectionner. Un temps viendra, selon un illustre orateur, « où l'on montrera dans les musées un canon comme on y montre aujourd'hui un instrument de torture, en s'étonnant que cela ait pu être. » Eh bien ! c'est alors que la médecine, c'est-à-dire la science de l'homme et des hommes, sera dans toute sa splendeur, parce qu'on aura compris qu'aucune science n'est plus capable d'éclairer et de guider les hommes. Qui aurait cru en France, il y a deux siècles, qu'on verrait des médecins législateurs ou ministres, comme nous l'avons vu de nos jours ? Ayons donc foi dans le progrès et le bon sens de l'humanité. Qu'importe maintenant l'époque où cet espoir sera réalisé ! L'idéal, comme on l'a dit, *n'est que la vérité à distance* ; qu'importe un résultat à deux ou trois siècles d'échéance, quand ce résultat est infaillible, étroitement lié au destin de la société.

R.-P.

— Il est passé le 29, à Avignon, une compagnie d'infirmiers militaires venant de l'hôpital de Lyon ; elle a pris de suite la voie de fer pour se rendre à Marseille. Cette compagnie se rend en toute hâte en Algérie, où l'épidémie exerce de grands ravages.

— On écrit d'Aix :

« L'état sanitaire de notre ville est toujours fort satisfaisant, et depuis plusieurs jours on n'a signalé aucun cas de choléra. La situation de l'hôpital s'est également considérablement améliorée : il y a quatre ou cinq jours qu'il n'y a pas eu de nouveaux cas. Depuis l'invasion de l'épidémie dans cet établissement, 47 personnes ont été atteintes, 26 sont mortes, 19 ont été guéries. »

syphilis constitutionnelle a été rare ; elle a été fréquente au contraire chez les individus affectés d'un chancre et non soumis à ce genre de traitement » Ayant, en ce moment, besoin d'exprimer par un chiffre cette proportion, afin de pouvoir faire entrer en ligne de compte l'autorité si précieuse de mon honorable prédécesseur, je pense ne pas dépasser ses vues en évaluant son terme de *fréquent* à une proportion de 6 vérolés sur 20 chancreux non soumis à un traitement général.

M. Bottex, médecin de l'Antiquaille, m'écrit que « ceux qui ont eu des chancres primitifs bien caractérisés ont presque tous des symptômes consécutifs, s'ils n'ont pas fait de traitement du tout ; chez ceux qui, comme les militaires, ont été mis à la diète et à un traitement antiphlogistique, il y a la moitié de récidives, et les trois quarts au moins dans la pratique civile. » Même remarque que pour M. Baumès, et je crois être bien modeste en exprimant l'opinion de mon savant et très-cher confrère par une proportion de 10 vérolés sur 20 chancreux qui (comme mes inoculés) n'auraient subi aucune espèce de traitement général, pharmaceutique ou diététique.

M. Ratier, à l'opinion duquel j'attachais une grande valeur, m'a répondu que la syphilis constitutionnelle ne se manifeste pas une fois sur vingt chez ceux qui ont été guéris du chancre en quarante jours sans engorgement ganglionnaire, *signe, pour lui, de l'absorption des produits de sécrétion virulente, et cause de l'infection.* — S'il est permis de conclure, par contre, que ceux qui ont un engorgement ganglionnaire sont très-exposés, selon M. Ratier, à la vérole constitutionnelle, je rappellerai que de mes seize inoculés, neuf ont offert ce symptôme. — Serait-ce une prétention immodérée de supposer que, d'après M. Ratier, 4 sur ces 9 devaient avoir ensuite des symptômes de syphilis constitutionnelle (1) ?

En additionnant les chiffres qui représentent ces diverses proportions, on voit que, en définitive, sur 140 chancreux laissés sans traitement général, l'opinion ayant cours est que 65 (c'est-à-dire près de la moitié) offriront des symptômes de syphilis constitutionnelle.

Je me borne à rappeler, en opposition avec ce résultat de la pratique ordinaire, que de mes seize inoculés, un seul a eu des accidents secondaires, et encore dans les circonstances que j'ai mentionnées, c'est-à-dire alors qu'il avait déjà un chancre induré, et par conséquent la syphilis constitutionnelle, au moment où je l'inoculai (2).

IV. — EXAMEN DES OBJECTIONS QUI PEUVENT ÊTRE SOULEVÉES CONTRE CES ESSAIS.

Je ferai grâce à mes lecteurs des arguments qui se presseraient sous ma plume pour défendre la moralité, ou du moins pour repousser l'accusation d'immoralité, si elle devait être lancée contre moi. De pareils préjugés, aujourd'hui grâce à l'empire toujours progressif de la raison, sont tellement surannés qu'il serait presque aussi puéril de s'arrêter à les discuter que de les mettre en avant. Mon illustre maître et ami Ricord en a ainsi fait justice dans ce passage de son article *Prophylaxie*, dont la conclusion est trop encourageante pour que je me refuse le plaisir de le reproduire ici. « Tandis que le charlatanisme a proclamé des moyens futiles ou dangereux, une pudeur mal entendue, une morale timide ou des préjugés religieux ont retardé les progrès de l'art. Si Jenner s'est rendu à jamais célèbre par la découverte de la vaccine comme préservatif de la variole, celui qui, d'une manière aussi absolue, préviendrait la syphilis, aurait des droits à l'immortalité (3). »

Malgré l'impropriété flagrante de l'expression, au point de vue étymologique, j'ai appelé mon opération *vaccination antisyphilitique*. D'un côté, en effet, elle ressemblerait par son influence à la vaccine bien plus qu'à l'inoculation de la variole. Puis j'ai surtout voulu, par cette dénomination, la séparer entièrement de l'*inoculation du pus du chancre*. J'ai vu si souvent les personnes à qui je parlais de mes essais confondre ces deux choses, qu'il m'a paru nécessaire de trouver un nom qui distinguât ma méthode d'avec l'inoculation et la sauvât ainsi du discrédit où l'autre pratique est très-injustement mais très-réellement tombée dans l'esprit d'un certain nombre de médecins.

(1) Je pourrais également montrer les originaux des diverses lettres dont je viens de citer des extraits. — Je dirai plus tard pourquoi je n'ai pas cru devoir demander de renseignements sur ce point à M. Ricord, dont l'avis en toute autre question de syphilographie, est cependant pour moi d'une valeur extrême.

(2) A mes yeux, l'induration chancreuse n'est pas l'indice d'une syphilis constitutionnelle future, c'est le signe d'une infection déjà réalisée. Cette doctrine est, pour moi, prouvée jusqu'à l'évidence par la considération de ce triple fait que l'expérience clinique confirme tous les jours, savoir : 1° que l'induration chancreuse ne guérit point spontanément ; 2° qu'elle guérit par le mercure ; 3° qu'elle ne guérit que par le mercure. Je renvoie, pour les développements, à ma leçon sur le CHANCRE INDURÉ, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE, 1848, pages 589 et 632.

(3) Ricord, article *Prophylaxie de la syphilis*, dans le JOURNAL DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES, de M. Duval.

Cette explication donnée, je vais passer en revue les différentes objections qui m'ont déjà été adressées ou que je puis dès à présent prévoir. En les énonçant sous forme de propositions, j'en rendrai, je l'espère, la discussion à la fois plus brève et plus claire.

PREMIÈRE OBJECTION. — La loi qu'on n'a qu'une fois en sa vie la syphilis constitutionnelle n'est pas rigoureusement établie. Or, comme le fait qu'elle suppose vrai est la base de toute la théorie précédente, avec elle s'écrouleraient la théorie elle-même et toutes ses conséquences.

RÉPONSE. — Il est juste de reconnaître que cette loi n'a pas jusqu'ici reçu la sanction de nombreuses autorités. Mais personne non plus ne s'est inscrit contre elle, du moins en apportant des faits qui la démentent. — Quant à moi, je l'ai constamment reconnue exacte ; et je m'appuie avec confiance pour ce point sur les résultats absolument semblables qu'une pratique attentive de dix-sept années (1) a donnés à M. Ricord.

Une autre voie plus simple s'offre pour vérifier la justesse de ce principe. S'il est exact, le chancre induré étant déjà la vérole même, le même individu n'aura jamais à deux reprises un chancre induré. Or, c'est bien aussi ce qui a lieu ; et l'expérience de M. Ricord (2) confirme encore, et par une observation infiniment plus étendue, ce que la mienne m'avait appris sous ce rapport.

Du reste, des faits contraires, s'il s'en produisait quelques-uns, ne prouveraient pas davantage la fausseté absolue de cette loi que les exemples peu nombreux de double variole successive ou de variole après vaccine ne prouvent contre le principe d'une variole unique. Ce seraient là des cas exceptionnels auxquels on peut, l'on doit même s'attendre, et dont M. Ricord (3) a observé un dans son service.

DEUXIÈME OBJECTION. — En inoculant le sang d'un individu atteint de syphilis secondaire, on ne donne pas la syphilis : à plus forte raison en sera-t-il de même du sang d'un syphilitique tertiaire.

RÉPONSE. — Nous avons vu ci-dessus (§ I, *Notes*) quelle confusion a présidé jusqu'ici et aux expérimentations de ce genre et aux conclusions qu'on en a cru pouvoir tirer. En l'état actuel, il est impossible de soutenir *d'après des résultats cliniques* que l'inoculation du sang d'un syphilitique à un homme sain ne lui communiquerait pas la vérole constitutionnelle.

La solution opposée serait, au contraire, rendue vraisemblable par l'analogie de l'action des autres virus, et par le fait de l'infection propagée de la mère au fœtus. Mais, indépendamment de ces présomptions, des résultats directs rendent la chose probable, sinon certaine. Dans la discussion qui suivit au sein de la Société de médecine de Lyon l'énoncé de mes premières recherches sur cette question, M. Levrat aîné (4), ancien doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu, raconta avoir vu la syphilis survenir plusieurs fois chez des enfants qui avaient été vaccinés avec du virus-vaccin pris sur un enfant syphilitique. M. Levrat nota que *toujours*, dans ces cas, la piqûre pratiquée à ce dernier enfant pour recueillir le vaccin avait été faite trop avant et avait amené du sang. Les symptômes chez les vaccinés consistèrent en pustules et rhagades, et durent être traités par le mercure. — Le sang n'a-t-il pas été ici l'agent de la transmission syphilitique ? M. Levrat le pensait sans doute, puisqu'il me demanda, après le narré de ces observations, s'il ne serait pas à craindre que l'inoculation du sang ne produisît également la syphilis chez mes individus expérimentés. — En était-il de même chez un enfant qui, quoique n'ayant actuellement aucun symptôme, mais syphili-

(1) Thèse de M. Nitard-Ricord, 1848, p. 31. — J'ai eu dernièrement l'occasion de faire de ce principe une application thérapeutique qui me semble intéressante. Un négociant se marie après une jeunesse passablement orageuse. Son premier enfant meurt en très-bas âge. Les deux suivants survivent ; mais leur nutrition reste imparfaite ; ils ont des engorgements cervicaux, des éruptions et des catharres fréquents, le teint pâle, des chairs flasques, etc. En un mot, malgré l'absence chez eux de symptômes bien caractérisés, le médecin de la famille conçoit des soupçons sur un virus syphilitique transmis par génération. La mère étant une femme de mœurs irréprochables, il presse le mari de questions. Celui-ci, qui ne se rappelle que vaguement les accidents d'une jeunesse déjà éloignée, n'en peut préciser la nature. Ses hésitations, interprétées en mauvaise part, augmentent les appréhensions du médecin, qui est sur le point de soumettre, comme *criterium*, les enfants à un traitement mercuriel.

Sur ces entrefaites, le père contracte, hors du lit conjugal, un chancre ; le chancre s'indure, puis vient au bout de deux mois une roséole bien accentuée.

En me consultant pour cet accident, cet homme me fait part des craintes de son médecin. La réflexion suivante se présenta immédiatement à mon esprit : s'il est vrai qu'un individu qui a eu la vérole constitutionnelle ne doit pas l'avoir une seconde fois, réciproquement aussi celui qui l'a actuellement depuis peu ne doit pas l'avoir eue déjà. — D'après ce principe, je déclarai au père que ses enfants n'avaient pas été contaminés, que le mercure, par conséquent, leur serait inutile et nuisible ; et je le congédiai se félicitant du service que, involontairement, il venait de rendre à sa famille.

(2) *Ibid.*, p. 32.

(3) GAZ. DES HÔP., 1846, p. 13.

(4) JOURN. DE MÉD. DE LYON, juillet 1848, p. 67.

tique à n'en pas douter, puisqu'il avait successivement infecté quatre nourrices, donna la vérole à son oncle et à sa tante qui s'étaient fait vacciner avec du vaccin pris sur lui ? (GAZETTA MEDICA DI MILANO, 1849, p. 12.)

TROISIÈME OBJECTION. — Aucun travail pathologique particulier ne s'étant passé, chez vos inoculés, dans le lieu de la piqûre, il est probable qu'il n'y a eu non plus aucune modification générale imprimée à l'organisme. En effet, après la vaccine, la diathèse antivariolique ne se réalise dans l'économie que par suite de la suppuration dont la pustule d'inoculation devient le siége.

RÉPONSE. — Ce ne serait pas seulement au sujet de mon procédé qu'on aurait invoqué le peu d'importance du travail résultant de l'inoculation pour conclure à la nullité de son effet préservatif. « On a d'abord douté, disait en 1804 Chavassieu-d'Audebert (1) à propos de la vaccine, qu'un moyen qui ferait si peu de sensation dans l'économie animale pût être une crise sensible et suffisante de la petite vérole. Mais, ajoute-t-il, il faut faire bien peu d'attention aux principaux procédés de la nature et à ses opérations secrètes, il faut être bien peu accoutumé aux mouvements intimes et au cours inaperçu des maladies pour se faire une pareille difficulté et s'étonner d'un changement que l'on ne refuse d'admettre que parce qu'on ne le conçoit pas. »

Le même raisonnement est parfaitement applicable à mon essai d'inoculation, comme il l'est aussi au mode de transmission de plusieurs autres maladies virulentes. Ainsi M. Bousquet (2) a ouvert des boutons vaccinaux à leur apparition, puis les a cautérisés profondément avec la pierre infernale « *de manière à couper court au travail local.* » Et cependant l'effet préservatif s'était opéré ; l'insuccès d'une seconde vaccination tentée immédiatement sur les mêmes sujets l'a démontré.

La rage offre encore dans son évolution un exemple frappant de ce désaccord entre la bénignité apparente, l'absence presque complète de travail pathologique au point inoculé et la gravité extrême de l'influence produite sur l'organisme. Les annales de la science fourmillent de cas de rage manifeste survenue à la suite de plaies excessivement légères et simples. M. Youatt (3) a vu une dame prendre la rage, son chien lui ayant seulement léché un petit bouton sur le menton. — M. Perron (4) perdit un malade qui n'avait fait qu'introduire la main dans la gueule d'un chien enragé, sans se rappeler d'avoir été mordu dans cette circonstance. — Une femme de 75 ans fut mordue (5) par un chien enragé. Mais comme elle avait un bas et une jupe épaisse, il n'y eut sur sa peau que l'empreinte d'une dent. Elle présenta néanmoins au bout d'un mois les symptômes de la rage la mieux caractérisée. — Des observations de ce genre, relatives à des plaies guéries en quelques jours et cependant suivies de rage sont rapportées par Bouteille, de la Brageresse, etc., etc. — Au reste, la simplicité habituelle de la marche de ces morsures est telle qu'elle contrarie et surmonte les efforts mêmes que l'on fait pour leur imprimer une autre direction. M. Mathieu, parlant du précepte que les auteurs ont donné de faire suppurer le plus longtemps possible les plaies d'animaux enragés, remarque « qu'il ne laisse pas que d'être très-difficile à accomplir, vu le penchant pour ainsi dire invincible que ces sortes de plaies ont à se cicatriser malgré tout ce que l'art le mieux entendu peut faire pour s'y opposer (6). »

Je puis enfin invoquer une analogie bien plus étroite, celle d'une maladie virulente également transmise par l'inoculation du sang. Nous avons vu plus haut (§ 1, *notes*), d'après un mémoire de M. Audouard, que l'on réussit à développer la morve chez un cheval en lui inoculant du sang pris sur un homme mort de cette affection. Je tenais beaucoup à savoir, vu la grande similitude de ce cas avec ceux de mes expériences, ce qui s'était passé dans les points inoculés. J'écrivis en conséquence à M. le docteur Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, qui s'était chargé des inoculations, pour lui demander à cet égard des renseignements plus précis. Cet honorable confrère m'a répondu « qu'il n'a alors remarqué dans les points inoculés aucun phénomène particulier. Tous les phénomènes qui s'y sont passés lui ont paru être ceux d'une inflammation ordinaire, qui était ici le produit de l'action des instruments inoculateurs. » Et néanmoins la morve se déclara, et se termina par la mort le dix-septième jour !

Je me résume, et je dis, fondé sur ces divers exemples, que ni la bénignité du travail local ni l'absence de phénomènes généraux pendant la première période n'autorisent à conclure que le principe virulent inoculé n'a produit aucun effet sur l'économie.

QUATRIÈME OBJECTION. — Les chancres indurés sont les seuls qui s'accompagnent de syphilis constitutionnelle. Votre expérience ne signifie donc rien ; car, n'opérant que sur des chancres simples, vous n'avez préservé que ceux qui n'avaient rien à craindre.

RÉPONSE. — Examinons d'abord d'où vient cette opinion que la vérole constitutionnelle n'a pas d'autre origine que le chancre induré. Je sais bien qu'elle a été donnée comme émanant de M. Ricord ; je sais bien que plusieurs de ses élèves avoués, MM. Courtin, Veyne, Hélot, l'ont avancée, sous son nom, en termes assez explicites ; je sais enfin qu'on trouve dans la thèse toute récente de son neveu, M. Nilard-Ricord (1), cette phrase : « Nous avons vu plus haut et nous avons établi que le chancre induré *seul* donnait lieu aux accidents généraux. » Mais, malgré ces présomptions, il me répugnerait de rendre M. Ricord responsable du zèle excessif ou des méprises de ses secrétaires, et de faire peser sur un observateur si excellent le poids d'une si énorme hérésie. Rien de plus commun que le chancre simple suivi de vérole constitutionnelle ; et la meilleure preuve de la fréquence du cas, c'est que personne jusqu'ici ne s'était arrêté à réfuter ceux qui le nient. J'en ai cité des exemples (v. GAZ. MÉD., 1848, p. 589) authentiques, incontestables, et j'ai eu l'occasion de montrer en même temps sur quoi peut reposer l'erreur des médecins qui ont cru voir autrement.

Enfin, ce qui démontre bien que le chancre induré n'est pas la *seule* source de la vérole, c'est que chez les femmes le chancre s'indure rarement, et la syphilis consécutive n'éclate cependant pas moins fréquemment que chez l'homme. Des spécialistes, qui savent voir et chercher, soutiennent, d'après des faits nombreux, cette opinion, qu'une doctrine intéressée à la nier pourrait seule contester.

D'un autre côté, même en supposant vraie la loi, essentiellement fausse à laquelle je faisais allusion, la question n'en serait pas pour cela davantage résolue contre moi. Chez beaucoup de mes malades, les chancres ne dataient pas au moment de l'inoculation de plus de trois semaines, et sur près de la moitié ils étaient beaucoup plus récents. Par conséquent ils auraient encore pu s'indurer ; car on sait que l'induration ne commence ordinairement qu'à cette époque et souvent plus tard. Si donc on les a vus rester simples pendant toute la durée de leur évolution ultérieure, ne serais-je pas fondé à dire que cela a été dû à l'action de mon inoculation ? En préservant contre la syphilis constitutionnelle, elle devait effectivement empêcher aussi l'induration, puisque celle-ci n'est, comme nous l'avons vu plus haut, autre chose qu'un phénomène constitutionnel. — Ce serait là justement l'analogue des cas où l'insertion du vaccin ne produit pas de pustule chez un sujet en apparence sain, parce que le virus varioleux déjà absorbé par lui, quoique non encore manifesté par une éruption, a suffi pour entraver la marche du travail vaccinal local.

CINQUIÈME OBJECTION. — Vos sujets inoculés ont à la vérité passé un certain temps sans être atteints de symptômes constitutionnels. Mais rien, absolument rien ne garantit qu'ils en seront à jamais exemptés, et la vérole, qui frappe après des années de sécurité, peut les atteindre au moment même où vous les proclamez préservés.

RÉPONSE. — Dans cette proposition il y a quelque chose de vrai, mais il n'y a que quelque chose de vrai. Pour être l'expression réelle de ce qu'on observe, cette possibilité d'éclosion de la syphilis après de longues années d'un calme parfait doit être comprise dans des limites assez étroites. Des faits de ce genre existent sans doute, mais ils sont devenus de plus en plus rares à mesure que l'observation a gagné en clairvoyance et en sévérité. Il est très-probable que les exemples dont les anciens auteurs racontent avec étonnement la longue incubation, n'ont trait qu'à des accidents tertiaires, dont le premier chaînon (la phase secondaire) avait passé inaperçu du malade et du médecin.

Oui, en principe, la syphilis générale *peut* éclater dix, quinze, vingt ans après le chancre qui lui a ouvert la porte de l'organisme ! Mais, *en réalité*, nous ne voyons presque jamais les premiers symptômes s'en manifester après six mois écoulés, et le plus ordinairement même c'est dans les six premières semaines qu'ils apparaissent. Les syphilographes de tous les temps et de tous les pays sont d'accord sur cette question, qui ne pouvait du reste manquer de recevoir une solution unanime, puisqu'elle est une question de fait. Hunter déclare que « l'intervalle de temps qui est nécessaire au virus syphilitique pour sa manifestation est, en général, d'environ six semaines. » (2) — Nisbet écrit : « Les symptômes d'infection générale paraissent, terme moyen, ordinairement six semaines après l'absorption (3). » — D'après Vacca Berlinghieri (4), « il est assez ordinaire de voir la vérole se déclarer deux, quatre ou six mois après l'absorption du pus vénérien. » — L'opinion de M. Ricord est très-explicite à ce sujet : « Les manifestations de la syphilis constitutionnelle, dit-il, doivent apparaître au bout d'un temps

(1) DISSERTAT. SUR LES EXANTHÈMES ÉPIZOOT., 1804, Paris.
(2) TRAITÉ DE LA VACCINE, 1833, p. 302.
(3) RECUEIL DE MÉD. VÉTÉR. PRAT., t. IV, 3e série, p. 233.
(4) GAZ. MÉD., 1843, p. 683.
(5) ESSAI SUR LA RAGE, par Mathieu, dans HIST. ET MÉM. DE LA SOC. ROY. DE MÉD., 1783, p. 310.
(6) Mémoire cité, p. 322.

(1) Thèse citée, p. 30.
(2) OEUVRES COMPLÈTES, trad. franç., p. 546.
(3) Ouvr. cité, p. 227.
(4) TRAITÉ DES MALAD. VÉNÉR., 1800, p. 189.

fixe si le cours régulier n'a pas été altéré par un traitement mercuriel. Je n'ai jamais vu à Paris plus de *six mois* s'écouler entre le moment de la contagion et celui de la manifestation des symptômes secondaires. » (1) Cette idée, qu'il a reproduit sous des termes à peu près identiques (2) dans diverses publications, est partagée par toute son école. — Enfin dans la lettre qu'il m'écrivit à ce sujet, M. Puche m'affirme que sur cinq cents sujets qu'il a pu observer et suivre dès le début de leur maladie, « jamais l'affection constitutionnelle ne s'est montrée plus tard que six mois après l'invasion du symptôme primitif, et le plus grand nombre ont fait invasion dans les trois premiers mois. » — A. Bérard et M. Denonvilliers s'expriment ainsi : « Vers la sixième semaine, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, mais très-rarement après le sixième mois, on observe des manifestations à distance du lieu qu'occupait l'accident primitif; ce sont les syphilides. » (3)

Enfin, en août 1848, deux mois après avoir fait mes inoculations, ayant eu le plaisir de voir à Paris M. Ricord, je lui parlai de ces essais, et lui demandai de vouloir bien me préciser lui-même pendant combien de temps il faudrait encore continuer à m'assurer de la santé de mes sujets avant de pouvoir conclure à leur préservation. Il ne me répondit que par ces seuls mots : « Pendant six mois ! »

On doit voir par le nombre et la valeur de ces autorités que j'aurais pu multiplier, à quel point cette opinion mérite de faire loi dans la science. Son application à mes résultats est plus que de droit ; car :

A. Aucun de mes inoculés n'a pris de mercure, non plus qu'un traitement antisyphilitique général.

B. A cette omission de traitement, qui eût dû hâter l'apparition des phénomènes constitutionnels, s'ils avaient dû se produire, ajoutons les excès de toute sorte, les changements brusques et multipliés de conditions hygiéniques, auxquels les sujets de cette classe furent exposés à cette époque par suite des vicissitudes politiques, dont le contre-coup se fit si vivement ressentir à Lyon.

C. On remarquera que le terme de six mois, indiqué par les divers auteurs ci-dessus, n'est point une *moyenne*, mais une *limite extrême*, la moyenne étant pour eux entre six semaines et deux ou trois mois. Or,

D. Mes inoculés ont été revus bien portants pendant un laps de temps et après un terme (voir le tableau du § III) qui représente, en moyenne, pour chacun d'eux, HUIT MOIS ET VINGT ET UN JOURS à partir du début de l'accident primitif !

SIXIÈME OBJECTION. — En admettant même que vos quinze sujets soient à jamais exempts de syphilis constitutionnelle, ne peut-il pas se faire qu'ils fussent justement du nombre de ceux qu'on voit naturellement destinés à ne pas être atteints de symptômes constitutionnels à la suite de chancres ? Rien ne prouve donc que l'inoculation ait été pour quelque chose dans l'absence d'accidents consécutifs chez eux.

RÉPONSE. — Cette objection est extrêmement juste ; j'ai été le premier à en sentir la portée. Il est positif que le petit nombre de ces faits doit rendre extrêmement réservé sur les conclusions doctrinales à en déduire ; car il peut fort bien se faire que mes quinze malades aient dû au hasard seul d'avoir échappé à la syphilis constitutionnelle.

Cette explication franchement donnée, on m'accordera sans doute en revanche que mes résultats sont au moins encourageants : ils le sont même doublement, car ils témoignent hautement de l'innocuité de la méthode, en même temps qu'ils en font pressentir l'efficacité.

C'est donc à de nouvelles expériences qu'il appartient de trancher la question. Si je ne les ai pas moi-même multipliées autant qu'il aurait été nécessaire pour arriver à la certitude, c'est que ce premier ensemble d'expériences, quoique entreprises sur une petite échelle, m'a donné une idée suffisante des démarches, écritures, frais, sollicitations, visites, lettres, perte de temps qu'un médecin, dans la clientèle civile, doit s'imposer pour obtenir des résultats qu'il ose proposer et qu'il puisse faire accepter pour authentiques.

J'ai d'ailleurs renoncé avec d'autant moins de regrets à poursuivre moi-même cette tâche, que j'ai compris combien elle serait facile à d'autres. MM. les chirurgiens des hôpitaux militaires sont en effet placés dans les meilleures conditions pour répéter le même genre de recherches ; il leur est d'abord très-aisé d'agir sur les malades dès le début du chancre. En second lieu, ils parviendront sans aucune peine à exercer ensuite, pendant des mois et des années, sur eux la surveillance la plus efficace pour s'assurer de leur santé ultérieure. La discipline militaire et la régularité des écritures dans les hôpitaux, ainsi que dans les dépôts des régiments, offrent à cet égard des garanties qui ne laissent rien à désirer, et que j'ai eu moi-même occasion d'utiliser avec le plus grand profit pour mes renseignements.

En faisant appel à de nouveaux essais, je dois spécifier dans quelles conditions je les voudrais voir pratiquer. Du côté du sujet fournissant la matière inoculable, il faudrait un individu affecté de syphilis franchement tertiaire, actuellement souffrant de douleurs ostéocopes, soustrait depuis quelque temps déjà à toute influence médicamenteuse ; enfin le sang devrait être pris aux téguments qui recouvrent une lésion osseuse. — Du côté des inoculés, on ne les soumettra pas à l'opération si le chancre datait déjà d'une époque éloignée et s'il était induré (car, dans ces deux cas, l'infection de laquelle on veut le préserver pourrait être ou serait déjà réalisée). — On se souviendra également de ne point compter comme défavorables les cas où des phénomènes constitutionnels viendraient à paraître immédiatement après l'inoculation. (Ils pourraient en effet provenir d'une infection déjà accomplie au moment de l'inoculation, et sur laquelle celle-ci n'avait pu, par conséquent, avoir d'influence.) Enfin, si quelques sujets offrent des symptômes secondaires après l'inoculation, on s'attachera à distinguer s'ils ne proviendraient pas de la récidive d'une ancienne syphilis constitutionnelle, préexistante à l'opération, ou bien de quelque nouvelle contamination primitive, de quelque chancre contracté postérieurement au jour de l'inoculation.

Ces remarques ne sont point dictées par le désir aveugle de me défendre par des fins de non-recevoir contre les faits qui viendraient démentir mes espérances ; elles n'ont, on doit le voir, d'autre but que de sauvegarder les intérêts de la vérité, en précisant les moyens de la faire mieux ressortir du résultat des expériences futures.

V. — DES CONDITIONS D'APPLICATION, DE LA VALEUR ET DE L'EXTENSION DE LA MÉTHODE.

Il n'est personne qui n'entrevoie dès à présent l'avenir d'une pareille découverte, si son efficacité vient à se vérifier. Je dois, par conséquent m'occuper maintenant d'en bien déterminer les applications, de restreindre même, s'il le faut, les espérances exagérées qu'on serait porté à fonder sur elle ; car je ne connais rien de plus pernicieux, de plus sûrement mortel pour une innovation thérapeutique quelconque, que le désappointement de ceux qui l'ont trouvée en défaut, parce qu'ils lui demandaient autre chose ou plus qu'elle ne pouvait donner.

D'abord, il est certain que mon inoculation ne préviendra en aucune manière les accidents primitifs. Les moralistes qui mettent la vérole au premier rang parmi les pénalités réservées au libertinage peuvent donc se rassurer : il y aura (ou il y aurait) des chancres tout comme par le passé ! Seulement, par une vaccination faite à temps, on se mettrait à l'abri, soi, sa famille et la société, des malheurs immenses, incalculables, qui peuvent en être la suite pour l'innocent comme pour le coupable.

Une question, capitale quoique subsidiaire, s'élève à ce sujet. L'effet de l'inoculation que je propose se bornera-t-il à empêcher que le chancre primitif, au début duquel on la pratique, engendre ses conséquences comme syphilis générale ? ou bien, au contraire, doit-on croire qu'elle mettrait un individu à l'abri d'accidents consécutifs pour toute sa vie ? En d'autres termes, neutralise-t-elle les chances d'infection résultant d'un chancre, ou crée-t-elle dans l'organisme une immunité absolue et perpétuelle contre l'infection, quel que soit le nombre de chancres que l'on contracte ensuite à diverses époques ? On comprend qu'une solution dans le dernier sens conduirait à discuter l'opportunité d'inoculer d'avance tous les jeunes gens sans attendre qu'ils aient pris des chancres ; de même qu'on vaccine tous les enfants, par mesure de prudence, avant qu'ils aient eu lieu de s'exposer à la contagion variolique. Mais ce sont là des questions trop pratiques pour qu'il y ait utilité à les discuter en l'absence de tout renseignement statistique. Je dois dire cependant que depuis le jour de l'inoculation, trois de mes malades ont gagné des chancres dans de nouveaux rapports sexuels, et que nul accident secondaire ne s'est montré jusqu'ici, quoique le début de ces derniers chancres date maintenant, chez l'un, de trois mois et cinq jours, chez le second de trois mois et dix jours, chez le troisième de trois mois et seize jours.

On s'est beaucoup préoccupé, parmi les personnes à qui j'ai fait confidence de ces essais, de la manière dont on pourrait, en cas de réussite démontrée, organiser un système d'inoculations pour la clientèle civile et les hôpitaux. Ce système semble, au premier coup d'œil, assez difficile à exécuter ; car il répugnerait de maintenir volontairement malades des gens affectés de syphilis tertiaire, dans le seul but de les faire servir à fournir à d'autres le vaccin préservatif. Mais il y aurait lieu d'abord de rechercher si, à l'instar du véritable vaccin, à l'instar du pus chancreux, à l'instar du

(1) LEÇONS CLINIQUES DE M. RICORD PENDANT L'ÉTÉ DE 1847, rédigées pour THE LANCET, par M. V. de Méric, 1848, p. 384.

(2) ŒUVRES DE HUNTER, trad. franç., note de la page 517. — GAZ. DES HÔP., 1846, p. 13.

(3) COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE, 4e livr., p. 582.

virus morveux (1), l'on ne pourrait pas parvenir à conserver dans des tubes le fluide prophylactique spécial, avec ses propriétés d'inoculabilité.

En second lieu, alors même que ces recherches échoueraient, alors même qu'on reconnaîtrait la nécessité, pour réussir, d'inoculer de bras à bras le sang au moment où il sort des vaisseaux, les difficultés inhérentes à ce mode de procéder ne seraient, ce me semble, rien moins qu'insurmontables. La syphilis tertiaire n'est pas en effet, tant s'en faut, une maladie qui guérisse constamment et guérisse sans retour. Dans beaucoup de cas, l'iodure de potassium, tant et si justement vanté, est bien plus son palliatif que son antidote. On voit dans tous les hôpitaux spéciaux un certain nombre de ces malheureux venir presque régulièrement chaque printemps chercher un nouveau soulagement à leurs maux. Promptement rendus à la santé, ils ne sont pas pour cela exempts de récidive; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que ni la durée du traitement ni les doses élevées du remède ne peuvent changer cette guérison pour un temps en guérison radicale et définitive. J'en ai observé un exemple aussi curieux que probant chez un tertiaire que je retins six et huit mois de suite en traitement par l'iodure de potassium, porté dans les derniers temps à la dose énorme de 36 grammes (2) par jour.

Eh bien! au point de vue de mon système, ne voyez-vous pas dans ces individus des réservoirs providentiels du vaccin antisyphilitique? Une fois la propriété préservatrice du sang tertiaire bien constatée, tout médecin, dès qu'il rencontrerait à l'hôpital, en ville, dans les consultations gratuites, un tertiaire, prendrait en note son nom et son adresse; puis, lorsque des sujets *à vacciner* se présenteraient, il y aurait bien du malheur si, sur cette liste de tertiaires en réserve, on n'en trouvait pas quelqu'un en état de récidive actuelle.

Comme, d'une part, un seul syphilitique peut servir à vacciner des milliers de chancreux, comme d'ailleurs il ne serait jamais indispensable de vacciner ces derniers à l'instant même, on pourrait et même il conviendrait d'imiter ce qui se pratique pour la vaccination antivariolique, et de procéder par fournées. Il serait alors bien plus facile de découvrir un *sujet inoculateur* réunissant toutes les conditions propres à assurer le succès de l'expérience.

Proposé-je pour cela de refuser l'iodure à ceux qui le réclament, d'abandonner sans traitement les malheureux atteints de syphilis tertiaire? En aucune façon; j'engagerais seulement, le cas échéant, à profiter de certaines misères que l'incurie seule produit, dont l'art n'est pas comptable, mais qu'il pourrait utiliser dans l'intérêt de l'humanité. Seulement, pour dire le fond de ma pensée, je suis persuadé que, parmi les tertiaires, un certain nombre se feraient volontiers alors de leur maladie un objet de lucre. Comme les mendiants qui refusent de laisser guérir les dégoûtantes infirmités qu'ils étalent à nos yeux, ils préféreraient sans doute conserver précieusement les derniers restes d'un venin dont la science, l'amour de la santé et la philanthropique sollicitude des administrations hospitalières s'empresseraient vraisemblablement de leur payer à prix d'or les moindres gouttes (3).

Enfin il y aurait encore lieu de rechercher si, comme pour l'autre vaccine, on ne parviendrait pas, en inoculant le sang d'un individu déjà inoculé, à transmettre au dernier opéré la même modification diathésique préservatrice de l'infection syphilitique constitutionnelle.

Mais laissons ces questions peut-être prématurées, que je ne pouvais cependant me dispenser de toucher en passant. Après avoir dit comment on réglementerait l'application de mon idée si elle était démontrée juste, je veux maintenant prévoir, au contraire, le cas où l'expérience viendrait à apprendre qu'elle est une pure chimère. Eh bien! alors même, je n'hésite pas à l'affirmer, le principe de la méthode survivrait intact à la ruine du procédé, et resterait pour encourager à de nouvelles recherches. En effet, le mode d'inoculation que j'ai expérimenté repose sur deux inductions bien distinctes: la première, c'est qu'il y a possibilité de créer une diathèse qui se substitue à la vérole constitutionnelle et en tienne lieu dans l'organisme. La seconde, c'est que l'inoculation du sang d'un syphilitique tertiaire est le moyen qui réalise cette possibilité. Or la seconde proposition est indépendante de la première: exacte, elle ne la corrobore pas davantage que, erronée, elle ne l'infirme. Aussi, si le sang tertiaire ne réalise pas les espérances que j'ai cru pouvoir expérimentalement fonder sur son action, il y aurait lieu de diriger ailleurs les recherches, et d'expérimenter d'autres fluides en vue du résultat désiré.

En faisant, parmi les divers liquides à essayer dans ce but, un choix basé sur leurs chances d'innocuité et d'efficacité, je conseillerais d'abord d'inoculer le *sang* recueilli sur la pointe d'une lancette qui vient de piquer la *base d'une tache de roséole secondaire.* Nul doute qu'il n'y eût, *à priori*, plus à craindre des suites de cette opération que de celles de la mienne; car le sang secondaire est justement l'intermédiaire par lequel la syphilis se transmet de la mère infectée au fœtus. Et le mode d'insertion dont je parle serait à mes yeux d'autant plus apte à transmettre la diathèse qu'il est tout à fait comparable à celui qui a servi à Home et à M. Lebel pour communiquer la rougeole et la clavelée à un sujet sain (voy. § I, *notes*). Avec cette identité dans ses conditions, le résultat serait donc vraisemblablement le même pour la syphilis que pour les deux autres virus, et un pareil procédé serait plus justement suspecté de trop d'activité que d'impuissance.

Poursuivons ces prévisions qui, n'étant que prévisions et devant rester telles jusqu'à plus ample informé, sont absolument inoffensives. Je suppose que l'inoculation avec le sang secondaire échoue encore; serait-il permis de tenter, dans le même but prophylactique, l'inoculation du pus ou de la sérosité provenant d'accidents secondaires? Malgré les expériences si multipliées de Hunter et de Ricord, qui tendent à établir l'innocuité de pareilles opérations, il ne faut pas oublier les résultats contraires auxquels Wallace est arrivé. Ses observations, que je crois utile de reproduire ci-dessous *in extenso* (1), sont peu nombreuses, il est vrai; mais, comme faits positifs,

(1) COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE, 4e livraison, p. 517.

(2) Ce brave homme (Jean-Baptiste Mar.), affecté des symptômes tertiaires les mieux caractérisés, est entré à l'hospice de l'Antiquaille à quatre reprises différentes dans l'espace de quatre ans et demi. Il y a été gardé, la première fois, huit mois six jours; la seconde, trois mois douze jours; la troisième, cinq mois vingt huit jours, la quatrième, six mois quinze jours: en tout vingt-quatre mois, pendant quatre ans et demi, ont été consacrés à un traitement par l'iodure de potassium porté à une dose qui paraîtrait effrayante à beaucoup de praticiens Et cependant des récidives ont eu lieu!

(3) Ce calcul, que je prévois sans l'approuver, pourrait d'ailleurs être mis en pratique par les malades sans un danger bien sérieux pour leur santé; car il leur serait toujours facile, alors que le mal deviendrait trop pressant, de l'atténuer momentanément par quelques doses d'iodure de potassium.

(1) Voici, textuellement extraites du récit de Wallace, les circonstances importantes de ces expériences.

PREMIER ESSAI AVEC LE PUS DE PUSTULES CONSTITUTIONNELLES.

Le 15 novembre 1845 on pratiqua à P. M., âgé de 27 ans, homme sain de corps, sur chaque épaule trois piqûres avec une lancette imbibée de l'humeur provenant des pustules de J. K., lequel avait une grande quantité de pustules syphilitiques, psydraciées, dont l'éruption datait de quatorze jours.

22 novembre. Les piqûres ne sont pas encore enflammées.

24 novembre. Même état local.

14 décembre. Il s'est formé sur le siége de chaque piqûre de petites papules ou tubercules élevés, d'un rouge brun. Leur surface offre une desquammation légère. Cependant la squamme, dont l'une d'elles est recouverte, est si épaisse qu'elle ressemble à une croûte. En la soulevant, on trouve au-dessous un petit ulcère superficiel. Le malade dit qu'il a ces papules déjà depuis quelques jours.

11 janvier 1846. On remarque sur l'épaule gauche, à la place des piqûres, trois croûtes d'un jaune verdâtre, de la grosseur d'un *farthing* chacune, et entourées d'une aréole pourpre ou cramoisie en desquammation. Ces aréoles se sont confondues par les points de leur périphérie qui se correspondent, de manière à former une surface rouge. Sur l'épaule gauche, on voit deux croûtes semblables, mais dont les aréoles ne se sont pas réunies. La pression en fait sortir une grande quantité de pus épais, boueux, noirâtre. Les glandes du cou sont engorgées. On couvre les pustules de l'épaule gauche; celles de la droite sont abandonnées à elles-mêmes.

13 janvier. Les croûtes qui avaient été recouvertes d'un emplâtre sont tombées, et l'on aperçoit au-dessous trois gonflements semblables. Leur forme est circulaire, leur surface un peu déprimée au-dessous du niveau de la peau environnante; leur couleur est d'un blanc sale qui ressemble à celle des gonflements condylomateux. Le pourtour est plus lisse que le milieu, apparemment à cause d'un commencement de cicatrisation. — Les aréoles autour de ces tumeurs, aussi bien que celles autour des croûtes de l'épaule gauche, sont moins vivement marquées qu'auparavant. Le gonflement des glandes et la rougeur de la peau ont diminué.

21 janvier. Les tumeurs sont d'un rouge brun, leur surface est vitreuse, demi-transparente, et incline à saigner. Le patient se plaint de douleurs lancinantes des épaules aux bras et des hanches aux jambes, de mal de tête, de douleurs à l'oreille et au menton, lesquelles sont surtout violentes la nuit. Il dit que le gosier est douloureux et qu'entre les cheveux il y a des croûtes. En cherchant, dit Wallace, je trouve un exanthème en forme de taches sur tout le tronc, et l'isthme du gosier rouge.

28 janvier. Les douleurs sont moins vives, l'exanthème est plus prononcé. Le voile du palais et la luette offrent quelques ulcérations superficielles blanchâtres.

Plus de détails seraient inutiles; il suffit de dire que le malade soumis à un traitement mercuriel fut guéri en peu de temps, et un an après il était dans le meilleur état. Le siége des ulcérations était encore reconnaissable, mais dépouillé de poils et de follicules.

DEUXIÈME ESSAI AVEC LE PUS DE PUSTULES CONSTITUTIONNELLES.

Le 1er juin 1835, on inocula le pus tiré des pustules de J. S. sur le prépuce de J. M., jeune homme de 23 ans, très-sain. Les pustules de J. S. étaient psydra-

elles n'ont pas besoin de l'être davantage pour ébranler une sécurité qui ne repose que sur des faits négatifs. Je n'oserais donc qu'avec beaucoup d'appréhension conseiller de tenter de nouveaux essais dans une pareille voie.

Il resterait encore à rechercher ce que produirait l'inoculation de fluides pris sur des lésions appartenant à la syphilis congénitale, ou celle du sang d'un nouveau-né infecté de vérole par le fait de ses parents. On sait, en effet, que, dans cette condition, la syphilis diffère de celle des adultes par ce caractère important qu'elle jouit, quoique constitutionnelle, de la propriété de se transmettre par le contact à un individu sain. La maladie alors tient donc à la fois des accidents primitifs et des accidents consécutifs; et il serait théoriquement permis, en cas de non-réussite par les précédents moyens, de rechercher si cette nature mixte n'assurerait pas le succès d'inoculations prophylactiques pratiquées avec les liquides provenant de sujets à cette phase de l'affection.

Enfin, il y aurait lieu d'essayer si l'inoculation du pus chancreux ou du pus secondaire faite à un animal ne modifiera pas la nature et le pouvoir de ce fluide, de manière à ce qu'on pût l'utiliser ensuite dans le but préservateur que je propose. Quelle serait l'influence de cette migration du virus d'une espèce animale à l'autre? On ne saurait le déterminer *à priori*. Mais on se rappelle sans doute que Jenner avait regardé le cow-pox comme dû à la transmission du *grease* (eaux aux jambes) du cheval à la vache. Et si cette idée n'est pas pas dénuée de fondement, n'est-on pas, par cela même, autorisé à expérimenter avec quelque chance de succès ce que produirait le passage du virus syphilitique à travers un organisme différent du nôtre? Je rappellerai à ce sujet que Sunderland et Neuman ont obtenu un vrai vaccin par l'inoculation du pus variolique faite sur des vaches (1).

On ne s'abusera point, j'ose l'espérer, sur le degré d'importance que j'attache à divers essais. Ils ne seraient indiqués qu'au cas d'insuccès de la vaccination que j'ai pratiquée, et même alors il y aurait lieu de discuter encore et plus sérieusement l'opportunité de chacun d'eux avant que de les mettre en pratique. En appelant dès à présent l'attention sur eux, j'ai seulement voulu montrer tous les aboutissants de la voie ouverte par mes expériences; et, j'en ai la conviction, soit en répétant mon opération, soit en la modifiant de l'une des manières précédentes, les médecins arriveront dans un avenir très-rapproché à résoudre le problème de *la syphilis bornée à ses accidents locaux*. Dans tous les cas, trop d'intérêts sont attachés à cette question pour que l'on condamne la méthode comme impuissante avant d'avoir demandé successivement à tous ses procédés ce qu'ils peuvent réaliser d'utile.

Quant à moi, après avoir mis à profit les ressources que m'offrait ma position à la tête d'un hôpital de vénériens, je dois faire appel au zèle de mes collègues pour compléter le résultat de ces premières expériences. Malgré la pleine réussite qui les a couronnées, je n'oublie point que de semblables principes ne passent à l'état de vérité qu'à l'aide de milliers de faits concordants. J'attends donc, sentant plus que jamais combien reste longtemps applicable aux essais de ce genre le mot de Newton: « J'ai ramassé comme un enfant quelques cailloux sur le rivage, mais je laisse devant moi un Océan à explorer (1)! »

ciées; l'éruption, chez lui, datait de quatre semaines et formait de petites croûtes.

6 juin. L'inoculation n'a encore produit aucun effet remarquable.

28 juin. Une croûte couvre la place où l'inoculation a eu lieu. Cette croûte est d'un jaune sale et entourée d'une aréole. Les glandes des deux aines sont un peu gonflées, mais indolentes. On recouvre la croûte d'un emplâtre.

29 juin. On ôte l'emplâtre; la croûte tombe. Il existe dessous une plaque d'un rouge brun, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, entourée d'une aréole légèrement tuméfiée. Cette enflure est si superficielle qu'il y a à peine un peu d'excoriation. Le patient déclare qu'il s'était déjà formé de temps en temps de petites croûtes sur la place inoculée, mais qu'il les avait enlevées.

14 juillet. Le malade a eu pendant quelques jours une douleur à l'épaule droite, mais il n'a eu ni douleur ni éruption du gosier. L'ulcère du pénis est couvert d'un cataplasme.

24 juillet. L'ulcère du pénis est à peine changé d'aspect. — Le corps tout entier est couvert d'un exanthème qui consiste en des taches brunes, plus ou moins rapprochées les unes des autres, soulevées, rondes, mais ne formant pas par leur circonférence un cercle tout à fait complet. Douleurs aux téguments de la tête.

20 août. La marge de l'anus est, dans l'étendue de 2 lignes, colorée en rouge brun, et présente de petites élevures; quelques-unes ne sont pas plus grosses que des grains de blé; d'autres ont la largeur d'une bague; les petites sont rouges, les volumineuses blanches. Le raphé du périnée est rouge et très-tuméfié. Le malade déclare que, en marchant, un suintement très-considérable s'échappe de ces parties. Il y a aux bourses deux tubercules semblables à ceux de l'anus, et sur le dos de la langue une plaque soulevée ou tubercule pointillé de rouge à sa surface. Sur les amygdales, il y a des taches blanches entourées d'une rougeur intense. Tout le corps présente une grande quantité de colorations écailleuses, d'un rouge foncé.

Le malade fut soumis à un traitement mercuriel, et en moins de quinze jours tous ces symptômes avaient disparu. On continua néanmoins le mercure pendant plus de trois semaines.

— (J'ai fait traduire ces observations du texte allemand de la SYPHILIDOLOGIE de Behrend, 1841, p. 60 et suiv.)

(1) GAZZETTA MEDICA LOMBARDA, nov. 1848, p. 402.

APPENDICE.

OBSERVATION DE SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE TRANSMISE DU FOETUS A LA MÈRE.

M. le docteur Semanas (de Lyon) a eu l'obligeance de me communiquer le fait suivant, qui, en raison de la compétence parfaite de cet observateur distingué, me paraît digne de figurer parmi les mieux constatés de cette catégorie. Je laisse parler M. Semanas.

« Monsieur et très-honoré confrère,

» A propos de la possibilité du transport de la syphilis constitutionnelle *du fœtus à la mère* pendant la grossesse, et en considération de la rareté des faits bien constatés venant à l'appui d'une telle possibilité, je saisis l'occasion de vous communiquer l'observation suivante regardée par moi comme parfaitement concluante, observation que je vous abandonne, et dont vous ferez ce que vous croirez utile.

» OBS. — Madame P..., demeurant à Lyon, rue Centrale, mariée depuis le mois d'octobre 1848, vint me retenir pour ses couches, qu'elle jugeait pouvoir fixer à la fin de juin 1849. Madame P... est âgée de 24 ans; elle est petite, d'un tempérament nervoso sanguin, de *santé parfaite avant comme après son mariage*, dernière circonstance que des occasions fréquentes de la voir me permettent d'affirmer positivement. Sa grossesse n'a rien présenté de remarquable, sauf les petites indispositions inhérentes à cet état.

» Le 30 mai 1849, c'est-à-dire huit mois seulement après l'époque présumée de la conception, madame P... me fit appeler de grand matin pour des coliques accompagnées d'un malaise dont elle ne se rendait pas compte. A mon arrivée, je reconnus le commencement du travail de l'enfantement, travail qui, après une durée de six heures, se termina par l'expulsion d'un enfant de parfaite apparence, vif et bien portant, sauf son petit volume. L'enfant fut mis en nourrice.

» A quelques jours de là, je reçus la visite du mari, M. P..., qui venait me consulter pour une éruption ancienne du cuir chevelu. Mon examen me permit de constater l'existence d'une syphilis constitutionnelle arrivée à sa deuxième période, exprimée par: pustules sur le cuir chevelu, alopécie et syphilide palmaire des plus caractéristiques.

» M. P..., interrogé par moi, m'affirma que son affection, dont il ignorait soi-disant l'origine, remontait à plusieurs mois avant son mariage. Il ne se souvenait pas, il assurait même n'avoir jamais eu de chancre, etc., etc.

» Après avoir formulé un traitement *ad hoc*, je profitai de la circonstance pour éclairer M. P... sur le genre de son affection et pour le prévenir que son enfant, bien portant jusqu'ici, ne manquerait pas d'éprouver quelque atteinte fâcheuse du même mal qui, suivant toute probabilité, le ferait mourir.

» Mes prévisions ne furent que trop bien confirmées à l'égard de l'enfant, puisque, le 19 juillet, c'est-à-dire cinq semaines environ après la naissance, ce dernier me fut apporté, et que je constatai sur lui: ulcères de mauvais caractères siégeant derrière les oreilles et sur le cuir chevelu, émaciation de tout le corps, ratatinement général, facies de vieillard, diarrhée colliquative, etc. Bref, ainsi que cela arrive en pareil cas, la mort eut lieu au bout de peu de jours d'un traitement complétement inefficace.

» Quant à la mère, dont les suites de couches avaient été *des plus heureuses*, et que je considérais comme exempte désormais de tout inconvénient du même genre (bien convaincu que j'étais d'ailleurs de l'impossibilité d'une communication *directe* de la syphilis constitutionnelle entre adultes), celle-ci n'en fut pas moins frappée d'une syphilis secondaire et tertiaire à marche des plus aiguës, ainsi que cela résulte de l'exposé suivant.

» L'affection débuta chez elle le 19 juillet, *c'est-à-dire à la même époque* que chez l'enfant, par des pustules nombreuses occupant le tour des ailes du nez et de la bouche, ainsi que le cuir chevelu; le 21, semblables pustules avaient envahi toute l'étendue des parties génitales externes, qui s'en trouvaient gonflées et très-douloureuses; du 24 au 30, une éruption roséolique s'étendait à plusieurs reprises sur le tronc et les membres; enfin, vers les premiers jours du mois d'août, des douleurs ostéocopes intolérables, surtout la nuit, se firent sentir; il s'y joignit de l'angine, une plaque ulcérative au palais et des croûtes sanguinolentes dans le nez.

» Tous ces phénomènes, remarquables par leur acuité, ne le furent pas moins par leur promptitude à disparaître, sous l'influence d'un traitement énergique dont l'iodure de mercure et l'iodure de potassium, associés ou alternés, firent la base, de telle sorte que, le 10 septembre suivant, la malade était ou paraissait complétement guérie. Il n'y a pas eu de récidive jusqu'ici. Le mari, chez

(1) Depuis la communication de ce travail à l'Institut, j'ai eu l'occasion de pratiquer une fois mon inoculation antisyphilitique, à un négociant de Lyon, qui avait contracté des chancres. L'opération, qu'il était venu me demander et qu'il réclamait avec instance, fut faite, le 28 septembre, à l'Antiquaille, sous les yeux de M. le docteur Bonnaric, médecin de l'hôpital.

qui l'affection montrait d'abord plus de résistance au traitement, paraît également guéri.

» Tel est, monsieur et très-honoré confrère, le récit un peu trop allongé peut-être, mais véridique, de l'observation annoncée. Je la livre sans commentaire, certain que vous en saurez, mieux que moi, tirer, s'il y a lieu, les conséquences intéressantes. En tout cas, si cette observation peut être pour vous de quelque utilité, mon but sera rempli.

» Agréez, etc.

» SEMANAS, D. M. P. »

Lyon, 1er octobre 1849.

LITHOTRITIE.

DE LA LITHOTRITIE PAR LES VOIES ACCIDENTELLES; par F. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc.

(Voir le rapport de MM. BLANDIN, JOBERT et SÉGALAS, lu à l'Académie de médecine, séance du 10 août 1847.)

Grâce aux efforts persévérants des chirurgiens qui ont doté la science de la lithotritie, cette opération, aussi belle qu'efficace, a pris un rang assuré parmi les moyens de traiter les calculs urinaires, et elle s'est de plus en plus perfectionnée et simplifiée dans son appareil instrumental. Si quelques progrès lui sont encore réservés, sous ce rapport, on peut croire qu'ils compléteront les motifs déjà si nombreux de recourir à ce mode opératoire. Les avantages de la lithotritie n'étant plus douteux, on ne saurait trop s'efforcer d'étendre le cercle de ses applications et de montrer qu'elle peut rendre des services dans des cas qui, de prime abord, semblent exclure son emploi. Nous nous bornerons présentement à prouver par des faits qu'on peut y recourir avec avantage, alors même que la vessie n'est accessible aux instruments lithotriteurs que par des voies accidentelles.

C'est surtout en vue des cas insolites et compliqués qu'il faut chercher des principes de conduite. Les règles qui se déduisent des exemples observés, bien qu'elles ne soient pas d'une application générale, n'en sont pas moins dignes de méditation et d'étude. Si tous les faits qui semblent exceptionnels étaient enregistrés avec soin, on arriverait peut être à formuler des préceptes propres à épargner au praticien l'embarras légitime qu'il éprouve lorsque la tradition ordinaire lui fait défaut. A mesure que la chirurgie progressera, les efforts se concentreront de plus en plus vers ces défrichements partiels des sujets inexplorés et la narration des exemples destinés à les éclaircir portera ses fruits. C'est à ce titre que j'ai pensé que les faits suivants paraîtraient dignes d'intérêt. Le succès de la conduite que j'ai tenue à leur occasion me semble promettre d'heureux résultats, non-seulement parce qu'il indique le remède à apporter dans des cas analogues, mais parce qu'il ouvre la voie pour des modifications opératoires utiles dans d'autres cas réputés difficiles.

CALCUL EXTRAIT PAR LA TAILLE PÉRINÉALE; FISTULE URINAIRE ET RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE; NOUVEAU CALCUL; LITHOTRITIE PAR LA FISTULE; DILATATION DE L'URÈTRE; URÉTRORAPHIE; GUÉRISON COMPLÈTE.

OBS. I. — Gomez (Antonio), âgé de 21 ans, né à San Pedro del Rameras, et domicilié à Pampelune, où il exerçait la profession de négociant, se rendit à Montpellier au mois de juillet 1845, pour se faire traiter d'une maladie complexe des voies urinaires. Voici les renseignements qu'il me transmit. Né de parents sains, il avait lui-même joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 18 ans, époque à laquelle il commença à éprouver des douleurs vers le col de la vessie, suivies plus tard de difficulté dans l'émission des urines et de tous les signes qui accompagnent la formation d'un calcul urinaire. Ces symptômes avaient succédé à quelques attaques de colique néphrétique avec émission de petits graviers. Un an après ces accidents, la présence d'un calcul dans la vessie fut constatée, et l'on prit le parti d'extraire ce corps étranger par la taille périnéale exécutée d'après le mode latéralisé. Le calcul était volumineux, l'opération fut laborieuse. Il en résulta une forte contusion du col de la vessie, de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate, qui, du reste, n'avait pas été divisée suivant son plus grand rayon, car les traces de l'incision extérieure annonçaient que celle-ci avait été plus rapprochée de la ligne médiane que ne le comporte le procédé latéralisé.

Une fistule urinaire aboutissant à la partie membraneuse de l'urètre et un double rétrécissement de ce canal, l'un en avant de l'ouverture fistuleuse, l'autre au niveau même de la prostate, furent la conséquence de l'opération, et pour surcroît de complication, un nouveau calcul urinaire ne tarda pas à se former. Les résultats de cette dernière maladie, ajoutés à ceux de l'opération, constituaient un ensemble assez grave, car au moment où le malade fut confié à mes soins, il offrait des symptômes de néphrite chronique, l'urètre était le siége d'un écoulement muqueux entretenu par le rétrécissement, et l'examen des urines où se formait un dépôt mucoso-purulent fort abondant indiquait une irritation vésicale considérable.

C'est dans cet état que Gomez arriva à Montpellier, après avoir subi une aggravation de symptômes déterminée par les fatigues d'un long voyage. Après avoir laissé prendre quelques jours de repos au malade et l'avoir soumis à l'usage de bains généraux et de boissons émollientes, mon premier soin fut d'explorer la vessie par le canal de l'urètre. Mais il me fut impossible de franchir un rétrécissement situé en arrière de la portion bulbeuse. Les sondes métalliques les plus fines ne s'engageaient dans aucune ouverture. Cette exploration n'avait d'autre résultat que d'accroître les souffrances, et d'ailleurs aucune goutte d'urine ne s'échappait par la verge; ce liquide était expulsé entièrement par la fistule. Je me décidai alors à explorer la vessie par cette voie anormale, mais je trouvai un nouvel obstacle dans un rétrécissement de la portion prostatique de l'urètre. Toutefois, le trajet fistuleux admettait le bec d'une bougie déliée, et je conçus l'espoir d'obtenir une dilatation qui me permît un examen convenable de la cavité vésicale. La dilatation fut en effet promptement obtenue par l'introduction de sondes en gomme élastique d'un volume successivement croissant, et renouvelées à des intervalles très-rapprochés. Dès le troisième jour, je pus introduire une sonde métallique n° 10 et constater l'existence d'un calcul volumineux situé dans le bas-fond de la vessie.

L'indication la plus urgente était de débarrasser le malade de sa pierre, dont la présence entretenait la plupart des symptômes mentionnés, et comme il eût été long et chanceux d'entreprendre la dilatation du canal de l'urètre qui semblait presque oblitéré; comme la lithotritie par les voies naturelles eût été aussi pénible qu'incertaine; comme je désirais, d'une autre part, épargner au malade les dangers d'une nouvelle opération de taille, je songeai à tirer parti de la fistule périnéale, à introduire par ce trajet accidentel des instruments lithotriteurs, et à extraire les fragments par cette voie.

Cette opération, commencée le 12 juillet, eut un succès facile et complet. Le calcul, bien qu'il eût 4 centimètres dans son plus grand diamètre, fut broyé à l'aide du lithotriteur à pignon de Charrière. Cinq séances de dix minutes chacune, faites à deux jours d'intervalle, suffirent pour réduire la pierre en fragments susceptibles d'être expulsés ou extraits de la vessie, et comme j'avais eu le soin de faire une injection émolliente dans ce viscère dont la capacité était d'ailleurs considérable, la manœuvre s'exécuta sans le moindre obstacle, l'instrument manié et retourné dans tous les sens, n'occasionnait pas de douleur. Le malade expulsa spontanément un grand nombre de petits fragments; mais ceux dont le volume était plus considérable s'arrêtaient au sommet du col de la vessie. Afin d'éviter de trop nombreuses séances de lithotritie, je préférai saisir directement avec les pinces à branches croisées de Charrière les débris les plus volumineux. Je parvins ainsi à attirer au dehors des fragments qui, dans les conditions ordinaires de la lithotritie eussent nécessairement exigé une réduction par un nouveau broiement. La somme des fragments provenant de la vessie et que je pus recueillir donna un poids de 16 grammes. L'analyse chimique démontra qu'ils étaient formés principalement de phosphate de chaux.

Le premier résultat de la lithotritie fut d'améliorer l'état du malade, eu égard aux fonctions de la vessie. Les douleurs cessèrent, les urines devinrent meilleures; elles furent expulsées par la fistule sans ténesme vésical. Je jugeai que le moment était favorable pour entreprendre la dilatation du rétrécissement de la portion bulbeuse de l'urètre.

Le 8 août, j'introduisis une bougie porte-empreinte pour avoir une idée plus exacte de la disposition du rétrécissement, et la forme que prit la cire à mouler indiqua un infundibulum placé au centre de la partie rétrécie. Cette indication était favorable pour tenter le cathétérisme forcé, suivant la direction normale du canal. En agissant dans ce sens, j'avais moins à redouter une fausse route que si le pertuis qui devait supporter l'effort de la sonde eût siégé latéralement. Une sonde d'argent conique, ayant le numéro 6 dans sa partie la plus élargie, fut portée dans le canal, et par une pression ménagée, mais continue, fut dirigée dans le sens de l'axe de l'urètre. Après quelques minutes, j'eus la certitude que l'instrument avait pénétré au centre du rétrécissement, et qu'il y était solidement retenu. J'instillai par l'ouverture extérieure de la sonde une solution de belladone; je prescrivis des frictions sur le canal de l'urètre avec la pommade de la même substance, et je fixai la sonde dans la position qu'elle avait prise, me réservant de la pousser trois heures après jusque dans la vessie. Cette propulsion eut lieu beaucoup plus facilement que je ne m'y attendais, et à dater de ce moment, je substituai à la sonde métallique des sondes en gomme élastique d'un volume gradué, que je laissai à demeure. Quinze jours furent nécessaires pour arriver à une dilatation convenable, et je me disposai dès ce moment à tenter l'oblitération de la fistule périnéale. Mais à l'époque même que j'avais désignée au malade pour cette dernière opération, des symptômes de cystite et de néphrite se déclarèrent, l'intolérance pour les sondes se manifesta, et il survint une légère orchite du côté droit. Il y eut nécessité de temporiser; tout moyen chirurgical fut suspendu, et le malade fut soumis au traitement antiphlogistique. Sur ces entrefaites, j'eus à m'absenter de Montpellier, et j'engageai Gomez à entrer à l'hôpital Saint-Éloi pour attendre mon retour et l'époque à laquelle je devais reprendre le service de la clinique chirurgicale.

Pendant mon absence, mon collègue M. Serre continua le traitement antiphlogistique; il fit ensuite appliquer des cautères sur la région lombaire, et essaya d'oblitérer la fistule périnéale en portant un bouton de feu sur son ouverture externe. Lorsque je repris le service, le 1er novembre, je constatai l'amélioration de l'état de Gomez, quant aux phénomènes pathologiques dont la vessie et les reins avaient été le siége; mais la fistule périnéale n'avait pas été

modifiée, et je lui proposai de nouveau l'urétroraphie, que les accidents susmentionnés m'avaient forcé d'ajourner. Cette opération fut faite le 15 novembre, et consista en un avivement des bords de l'ouverture fistuleuse, qui furent ensuite maintenus en rapport au moyen de trois points de suture entrecoupée. J'eus de la peine à faire passer l'aiguille à travers le tissu de nouvelle formation qui s'était organisé autour de la fistule. De l'inflammation survint le troisième jour; le fil du milieu tomba spontanément, et l'opération n'aboutit qu'à rétrécir un peu l'ouverture. J'acquis d'ailleurs la conviction que la vessie était depuis trop peu de temps restituée à son état normal pour lui faire supporter impunément le séjour de la sonde ou le cathétérisme souvent répété. Un violent accès de colique néphrétique se manifesta et menaça les jours du malade. Je jugeai prudent de le laisser reposer longtemps avant d'en venir à une nouvelle tentative, et je me bornai à lui prescrire des bains, des lavements, d'abondantes boissons aqueuses, un régime analeptique et deux verres d'eau de Vichy chaque jour.

Trois mois après, Gomez avait repris de l'embonpoint; son teint s'était coloré; il n'éprouvait aucune douleur dans les régions hypogastrique et lombaire; ses urines étaient limpides, et s'écoulaient moitié par le canal, moitié par la fistule. C'est alors que je me décidai à tenter une seconde fois l'urétroplastie; mais je voulus m'assurer préalablement de l'état de la cavité vésicale, et à mon grand regret, je constatai la présence d'un nouveau calcul, très-petit à la vérité, et dont je rapportai l'origine à la colique néphrétique que j'avais observée trois mois auparavant. L'indication était évidente. Je fis une nouvelle lithotritie, et cette fois je choisis encore la voie accidentelle qui m'était offerte par la fistule périnéale. Une épreuve précédente m'avait si bien démontré la simplicité de ce mode opératoire, que je le préférai à la lithotritie par l'urètre, bien que ce canal eût recouvré ses premières dimensions et pût admettre sans difficulté les instruments lithotriteurs. Une seule séance me suffit pour réduire le calcul en petits fragments, et trois jours après, une exploration minutieuse de la vessie m'indiqua la liberté entière de ce viscère. Rien ne s'opposait dès lors à l'urétroraphie. Cette opération eut lieu le 23 février 1846; elle consista en une rescision des bords de la fistule et dans l'emploi de la suture entortillée. Une sonde fut placée à demeure dans la vessie; toutes les autres précautions d'usage furent observées, et des applications froides furent faites sur la région périnéale pour prévenir l'inflammation. L'opération a eu des résultats très-satisfaisants. Les aiguilles à suture se sont détachées spontanément le sixième jour, sans que la moindre goutte d'urine se fût écoulée de la plaie. Leur chute a permis de constater que l'ouverture externe était rétrécie de plus des deux tiers par la cicatrisation des angles antérieur et postérieur de la plaie. La partie moyenne non réunie avait l'aspect qui annonce l'aptitude à la cicatrisation. Celle-ci s'est effectivement accomplie peu à peu; elle a été aidée par le séjour continu de la sonde, que le malade a supportée sans douleur, par le rapprochement des cuisses et par de légères cautérisations avec le nitrate d'argent.

Vers le 15 mars, Gomez était dans l'état de santé le plus satisfaisant; il rendait toutes ses urines par la verge, et bientôt après il put rentrer dans ses foyers, entièrement débarrassé de l'affection complexe qui avait nécessité les opérations variées dont nous avons rendu compte.

RÉTRÉCISSEMENT A LA COURBURE DE L'URÈTRE; FISTULE PÉRINÉALE; CALCUL VÉSICAL; LITHOTRITIE PAR LA FISTULE; GUÉRISON COMPLÈTE.

OBS. II. — Frédéric Sylvestre (de Nice), employé de la poste aux lettres, est entré à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier le 10 juillet 1847. Il a raconté que depuis une douzaine d'années il souffrait d'une maladie des voies urinaires consécutive à une blennorrhagie négligée. Cette dernière affection, contractée vers l'âge de 24 ans, avait donné lieu à un rétrécissement du canal qui peu à peu avait progressé jusqu'au point de gêner considérablement l'excrétion des urines, et de ne permettre souvent leur émission qu'au prix d'efforts douloureux et d'une hématurie plus ou moins intense. Des douleurs ne tardèrent pas à se faire sentir dans la vessie avec irradiation vers les reins. Les urines devinrent troubles et laissaient un dépôt muqueux dans le vase. La santé générale parut s'altérer, et ce ne fut qu'à ce moment que le malade réclama les secours de l'art. Il se rendit à l'hôpital de Turin, y resta environ dix mois, et fut traité en vue de l'existence d'un catarrhe vésical et d'un rétrécissement de l'urètre. Cette dernière maladie fut combattue par la dilatation au moyen de bougies, à l'emploi desquelles on fit succéder plusieurs cautérisations par le nitrate d'argent. L'une de ces opérations détermina une inflammation intense et un abcès périnéal qui fut ouvert et donna issue d'abord à une grande quantité de pus, et plus tard à de l'urine. Dès ce moment il se forma une fistule urinaire. Le malade, déjà affaibli, se décida à quitter l'hôpital de Turin.

Quelque temps après il entra à l'hôpital de Pavie, où l'on entreprit de le guérir de son rétrécissement et de sa fistule. Une dilatation méthodique du canal et l'usage des sondes creuses à demeure firent obtenir une amélioration sensible. L'ouverture du périnée se cicatrisa, et les urines étaient émises avec plus de liberté; mais elles n'en continuèrent pas moins à être chargées de matière muqueuse, et ce caractère ne fut nullement modifié par l'application d'exutoires à l'hypogastre ni par l'administration des pilules de thérébentine. L'amélioration ne fut même pas de longue durée; des douleurs au col de la vessie et au bout de la verge se firent sentir, et après une recrudescence des symptômes, accompagnée de rétention d'urine, la fistule périnéale se rouvrit, et fut assez large pour donner issue à la presque totalité des urines.

C'est alors que le malade prit le parti de se rendre à Montpellier où il arriva dans un état d'amaigrissement assez prononcé. Soumis à mon observation, je voulus m'assurer immédiatement de l'état des voies urinaires, et j'explorai le canal à l'aide de bougies de différents calibres; mais il me fut impossible de pénétrer librement jusqu'à la vessie et de constater l'état du viscère. J'introduisis alors une sonde métallique par la fistule et j'arrivai sans peine dans la cavité vésicale. Mais cette exploration n'eut d'abord d'autre résultat que celui de me faire apprécier la sensibilité du col de la vessie et de donner issue à des urines chargées d'une matière mucoso-purulente. Des bains, des boissons tempérantes, des lavements sédatifs, des injections de même nature, faites par la fistule, suivis plus tard de l'emploi de quelques astringents balsamiques, n'ayant en aucune manière modifié les douleurs du malade et l'apparence catarrhale des urines, je pensais que cette affection rebelle de la vessie pourrait tenir à la présence de quelque corps étranger qui avait trouvé dans le rétrécissement des circonstances favorables à sa formation. Un nouveau cathétérisme opéré par la fistule me fit reconnaître en effet un calcul vésical qui me parut être d'un volume moyen, et qu'à la sensation due à son contact je jugeai d'une consistance médiocre. Instruit par l'observation précédente de la facilité d'opérer la lithotritie par l'ouverture accidentelle du périnée, je me décidai à reproduire la même opération sur mon nouveau malade, qui l'accepta avec empressement. Je fus néanmoins obligé, en raison de circonstances particulières, de différer de deux mois ce second essai de lithotritie par les voies accidentelles.

Sylvestre sortit de l'hôpital et attendit jusqu'au mois de novembre, se bornant pendant ce délai à faire usage de divers moyens palliatifs.

A l'époque désignée, je dilatai d'abord la fistule avec de l'éponge préparée, puis j'y plaçai une grosse sonde à demeure, de manière à frayer le passage du lithotriteur qui put être introduit sans peine dès le quatrième jour. La vessie large et dilatable avait préalablement reçu une injection d'eau de mauve tiède.

Le calcul très-libre dans la cavité vésicale échappa pendant quelques minutes aux recherches de l'instrument. Il fallut modifier la position du malade en élevant fortement le bassin pour rendre le corps étranger plus accessible. A l'aide de cette dernière précaution, il fut saisi plus facilement par le lithotriteur, et je le sentis s'écraser entre les mors de l'instrument par une simple pression exercée avec la main. Les fragments saisis à leur tour cédèrent avec la même facilité, et le lithotriteur extrait de la vessie fit voir dans les dentelures de la branche mâle une matière graveleuse qui témoignait de l'extrême friabilité du corps étranger.

L'opéré expulsa le premier jour une grande quantité de substance semblable à du sable, comme si le calcul avait été pulvérisé. L'émission de l'urine se fit librement. Mais dès le lendemain la sortie de ce liquide était très pénible et ne se faisait que goutte à goutte, soit par la fistule, soit par le canal. Le détritus sablonneux avait encombré pour ainsi dire les voies excrétoires depuis l'orifice interne de l'urètre jusqu'à la fistule et formait une sorte de bouchon qui empêchait de pratiquer le cathétérisme. La curette à cuiller mobile de M. Leroy-d'Étiolles me fut très-utile pour désobstruer le passage de l'urine et pour retirer par fragments l'espèce de tampon calcaire qui s'était formé pendant la nuit. Ce travail de désobstruction fut suivi d'une inflammation légère du trajet fistuleux qui m'obligea à différer les manœuvres de la lithotritie pendant quinze jours et à faire usage pendant ce temps de topiques émollients.

Le lithotriteur fut de nouveau porté dans la vessie après ce délai, et de nouveaux fragments furent broyés; je fis à plusieurs reprises des injections dans la vessie, afin d'entraîner par la sonde les graviers formés pendant l'opération et de prévenir l'obstruction du trajet fistuleux. La même manœuvre fut reproduite quelques jours après, et au bout de six séances le malade fut entièrement débarrassé de son calcul.

Après l'avoir laissé reposer un temps suffisant pour que la vessie fût délivrée du catarrhe chronique dont elle était le siége, je m'occupai du rétrécissement urétral qui avait été la première cause de tous les accidents. J'employai la dilatation lente et graduelle, et je terminai par l'emploi des sondes creuses à demeure, ce qui permit à la fistule de se rétrécir et de se cicatriser. Quelques cautérisations avec le nitrate d'argent aidèrent l'occusion de celle-ci, et bientôt le malade ne conserva plus de son affection complexe des voies urinaires qu'une certaine irritabilité du col de la vessie qu'on observe si souvent à la suite des affections catarrhales chroniques de ce viscère. Il a pu néanmoins reprendre sa profession, qui expose à une certaine fatigue.

Les deux observations qui précèdent m'ont suggéré des réflexions que j'ai groupées sous les titres suivants :

1° DES AVANTAGES DE LA LITHOTRITIE PAR LE PÉRINÉE.

Malgré les considérations rationnelles et les faits démonstratifs qui ont fait adopter, à titre de progrès important, la lithotritie pratiquée par le canal de l'urétrale de l'homme, il est évident que diverses causes compliquent l'exécution et les effets de cette manœuvre chirurgicale. La longueur du canal de l'urètre chez l'homme met le chirurgien dans l'obligation de se servir d'instruments dont l'action mécanique s'accomplit par l'intermédiaire d'une tige qui en affaiblit la puissance en même temps qu'elle en diminue la précision. Supprimez une partie de la longueur du canal à parcourir, et vous obtenez aussitôt des conditions meilleures. C'est pour cela que chez les femmes la lithotritie est, quoi qu'on en ait dit, une opération simple et facile. Leur canal de l'urètre droit, court et dilatable favorise l'action du chirurgien. La même facilité se retrouverait si la présence d'un calcul rendait la lithotritie nécessaire chez un homme atteint d'un hypospadias complet, comme on en a vu des exemples. Dans ces deux cas, la vessie est mise directement à la portée de l'opérateur, qui peut agir avec d'autant plus de sécurité qu'il lui serait possible de mieux remédier à certains accidents de la lithotritie ordinaire, tels que l'engagement de graviers volumineux dans l'urètre, la déformation des instruments, etc.

La lithotritie exécutée par une fistule périnéale rétablit les conditions dont nous venons de parler, surtout si le trajet est direct, comme il l'est nécessairement pour les fistules qui succèdent à l'opération de la taille. Lorsque le trajet est oblique, la manœuvre a moins de simplicité; mais on peut obtenir une dilatation qui compense les désavantages d'une direction autre que celle de l'axe du canal; d'ailleurs des incisions pratiquées avec ménagement sur l'ouverture extérieure peuvent la mettre en rapport avec le genre de profit que le chirurgien désire obtenir de cette disposition accidentelle.

Indépendamment de la brièveté et de la rectitude du trajet périnéo-vésical, il faut considérer sa facile dilatabilité. L'ampliation que l'on obtient favorise l'exploration régulière et complète de la vessie au moyen des sondes, ce qui fournit d'utiles garanties lorsqu'on emploie le broiement, à la suite duquel il peut arriver qu'un fragment méconnu devienne le noyau d'un nouveau calcul. Elle rend les injections vésicales plus promptes et plus efficaces. Il m'a suffi plusieurs fois, chez les deux opérés dont j'ai rapporté l'observation, de placer le bec de la seringue dans le trajet pour produire un véritable lavage qui entraînait des graviers contenus dans la vessie. Elle permet l'introduction d'instruments lithotriteurs d'un volume considérable et conséquemment établit la possibilité d'attaquer avec avantage des calculs durs et volumineux. Enfin elle favorise l'expulsion spontanée de fragments de pierre que dans la lithotritie urétrale ordinaire il eût fallu repousser dans la vessie. Si les contractions de ce viscère et l'action *à tergo* de l'urine sont insuffisantes pour accomplir cette expulsion, on peut aller à la recherche directe des graviers à l'aide des pinces à mors croisés de Charrière. J'ai plusieurs fois réussi à saisir avec cet instrument de gros fragments engagés dans le col de la vessie ou dans la partie la plus reculée de l'urètre. On comprend combien ces manœuvres abrégent la durée totale de l'opération.

Un autre avantage de la lithotritie par les trajets courts ou directs consiste dans la faculté qu'a le chirurgien de retourner facilement le lithotriteur, de manière à diriger vers le bas-fond de la vessie le bec de la partie coudée de l'instrument.

Dans les circonstances ordinaires, on écarte la branche mâle de la branche femelle, et on imprime à la pierre des mouvements de latéralité qui ont pour but d'engager l'instrument au-dessous d'elle ou de faire tomber celle-ci dans l'intervalle des branches écartées. Ce n'est qu'avec peine et lorsque la vessie et le canal de l'urètre sont larges, que la prostate est peu saillante, qu'on peut retourner l'instrument et en écarter les mors de manière à saisir directement le calcul. L'avantage de pouvoir se comporter ainsi a été néanmoins si bien compris qu'on a proposé et fait accepter l'emploi des lithotriteurs à courbure brusque et à court rayon que l'on manie avec plus d'aisance et de sécurité. Mais dans la lithotritie périnéale, cette modification est superflue. Les instruments ordinaires se prêtent à tous les mouvements dont on reconnaît la nécessité. On renverse aisément leur direction, et on les fait fonctionner comme de véritables pinces qui vont chercher dans le bas-fond de la vessie le moindre gravier. En agissant ainsi sur les malades que j'ai opérés, je n'ai jamais éprouvé d'embarras à saisir la pierre, et lorsque j'obtenais la sensation que donne la présence de ce corps entre les deux branches de l'instrument, je ramenais celui-ci dans sa première direction pour m'assurer qu'il était libre et que la muqueuse vésicale n'avait pas été pincée. Une pareille manœuvre serait pénible et peut-être impossible, s'il fallait agir par le canal de l'urètre, avec les instruments ordinaires, chez des sujets dont la prostate volumineuse abriterait derrière elle les fragments placés dans le bas-fond de la vessie. Au reste, la difficulté de retrouver les débris ainsi protégés est l'une des causes qui exposent les calculeux aux récidives si fréquentes après la lithotritie.

Enfin, on comprend que, comme résultat composé des avantages que je viens d'énoncer, il faut attribuer une valeur majeure à la promptitude de l'opération exécutée par une ouverture au périnée. Le délai qu'elle exige paraît toujours bref, si on le compare à celui qui eût été nécessaire pour la lithotritie pratiquée par les voies naturelles. Un des reproches adressés à cette opération par les chirurgiens restés fidèles à la cystotomie, c'est que le broiement de la pierre réclame des tentatives réitérées qui fatiguent la vessie et déterminent quelquefois un retentissement morbide vers les reins. Mais ce reproche est atténué sinon détruit pour ce qui concerne la lithotritie périnéale. Si le premier effet de l'action des instruments est le même, qu'on agisse par l'urètre ou par la fistule périnéale, il n'en est pas de même pour les manœuvres consécutives qui ont pour but l'atténuation des fragments. Elles sont nécessairement longues lorsqu'on agit par les voies normales chez l'homme, tandis que l'expulsion naturelle ou provoquée des débris de la pierre se fait promptement lorsque ces débris n'ont à parcourir que la voie large et courte représentée par une fistule dilatée.

Ces considérations, strictement déduites des faits précédemment rapportés conduisent à rappeler pour des cas de ce genre l'adage vulgaire : A quelque chose malheur est bon. En chirurgie, comme dans tout ordre de faits, il est sage de chercher à utiliser des circonstances réputées malheureuses pour simplifier des difficultés inhérentes aux conditions normales. Or les fistules du périnée chez les calculeux ne sont pas tellement rares qu'on doive négliger de s'enquérir si leur existence ne peut pas se transformer en disposition éventuellement favorable. Jusqu'ici on les a considérées exclusivement comme une complication; n'y a-t-il pas lieu de revenir sur cette pensée, au moins pour certaines fistules, et la chirurgie n'a-t-elle pas autre chose à tenter que les moyens préconisés jusqu'à ce jour?

Pour mieux étudier cette question importante, il convient de rappeler les principales circonstances dans lesquelles on voit coexister les fistules urinaires avec les calculs vésicaux, et le mode de traitement mis en usage en pareil cas.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(SUITE.)

II. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN;

Publié par le docteur OPPENHEIM.

Les cahiers du quatrième trimestre de 1847 et du premier trimestre de 1848 contiennent les notices et articles originaux suivants : 1° *Observation d'une paralysie incomplète, suite d'une frayeur*; par le docteur Kawitz. 2° *Rapport sur la marche du choléra épidémique de Hérat jusqu'en Europe*, 1847; par le docteur Noodt, à Tiflis. 3° *De l'antagonisme de la phthisie et des fièvres intermittentes*; par le docteur Helfft. (Article de compilation.) 4° *Observation d'une rupture spontanée du cœur chez un homme de 74 ans affecté d'une maladie chronique de cet organe*; par le docteur Horit. (Le cœur, de grandeur et d'épaisseur normales, était si mou qu'on pouvait l'écraser entre les doigts comme de la substance cérébrale. Le ventricule gauche était déchiré d'abord dans toute son épaisseur; l'ouverture externe avait 2 pouces, l'interne un demi-pouce; puis il y avait encore une autre déchirure, longue d'un pouce, à la face externe qui n'était que superficielle.) 5° *Histoire et statistique de l'hôpital Saint-Esprit de Francfort-sur-le-Mein*; par le docteur Stricker. 6° *Compte rendu de la Clinique chirurgicale d'Erlangen du 1er octobre 1846 au 30 septembre 1847*; par le professeur Heyfelder. 7° *Vingt-quatrième compte rendu de la Société des médecins allemands à Saint-Pétersbourg de septembre 1846 à mai 1847*. (Rien de saillant.) 8° *Communications pratiques tirées du domaine de la pathologie des nerfs*; par le docteur Helft. (Rien d'inconnu.) 9° *Remarques sur la fièvre intermittente des tropiques*; par le docteur Aschenfeldt.

REMARQUES SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE DES TROPIQUES; d'après les observations recueillies par le docteur FRÉDÉRIC ASCHENFELDT.

L'auteur a recueilli ses observations à la colonie Léopoldine, au Brésil, située au 18° degré de latitude sud, sur les deux rives du Rio-Peribipe, petit fleuve qui coule de l'ouest à l'est et se jette dans l'océan Atlantique du sud. La colonie renferme principalement des plantations de café; la contrée est montueuse, entourée de forêts où vivent les Indiens non soumis, de la tribu des Bolacudos. Sur les deux rives du fleuve, les bords sont très-bas, marécageux, par suite des fréquents débordements, dus à des pluies excessives. La température, en général très-chaude, s'élève en été à l'ombre à 27-28° R. Des vents de mer ne rafraîchissent pas l'atmosphère; seulement des vents du sud arrivent quelquefois, accompagnés de torrents de pluie, et font tomber le thermomètre de 4-6 degrés : d'où résultent des maladies nombreuses, d'un caractère catarrhal. Pendant l'hiver, la température est très-variable, tantôt brûlante, tantôt froide, surtout la nuit. Le climat doit être considéré comme très-malsain; les fièvres intermittentes s'y observent toute l'année. Cette affection, ainsi que les fièvres gastro-bilieuses, enlèvent 11-12 pour cent de la population blanche, proportion aussi formidable que les ravages de la fièvre jaune dans l'Inde et dans l'Amérique centrale. La population se compose de Brésiliens, d'étrangers de presque toutes les nations, d'esclaves nègres, de noirs libres et d'Indiens.

FIÈVRE INTERMITTENTE. — Cette affection, si rare sur les côtes du Brésil et dans l'intérieur du pays, règne continuellement dans les points bas, le long des cours des fleuves, dans la partie du Brésil située sur la ligne et sur le tropique du sud. On distingue deux formes de la maladie, d'après la manière dont elle se déclare : une forme maligne et une forme bénigne,

qu'on peut considérer comme le type de la fièvre intermittente des tropiques.

Forme bénigne. La forme élémentaire, comme en Europe, est la tierce simple; mais le plus souvent elle devient quotidienne, tierce double et très-rarement quarte. Comme les maladies des climats chauds, présentent un caractère général de violence et de variabilité, on ne sera pas étonné du caractère *erratique* de la forme bénigne; il arrive rarement que l'accès arrive à un moment déterminé. Le plus souvent la fièvre est quotidienne; ses paroxysmes se déclarent vers midi ou l'après-midi. De même, il est difficile d'établir une limite entre les divers stades de l'accès. Souvent le frisson manque complétement; le malade éprouve seulement du froid aux mains et aux pieds, sensation qui disparaît au bout d'une demi-heure ou d'une heure pour se convertir en une chaleur sèche, brûlante. D'autres fois la maladie débute par de la chaleur, qui est remplacée par des frissons et des sueurs partielles. La chaleur persiste ordinairement de trois à six heures; une sueur générale, qui soulage les malades, l'accompagne. D'autres fois il n'y a pas de sueur; la chaleur diminue alors insensiblement. Pendant le paroxysme, les malades accusent une céphalalgie de nature rhumatismale, nerveuse ou gastrique qui fréquemment est portée jusqu'au délire; en même temps ils se plaignent d'une soif ardente, de tiraillements dans tous les membres, suivant le stade, d'une chaleur insupportable ou de froid, d'une tension à l'épigastre, de douleur dans la rate, de nausées, de vomissements. L'accès terminé, il reste en général une lassitude de tout le corps, un violent mal de tête et une perversion du goût.

Aucun âge n'en est exempt; cependant les enfants, jusqu'à 6 ou 7 ans, en sont le plus frappés; puis de 18 à 20 ans, il y a une plus grande propension à contracter cette maladie, propension qui continue depuis lors pour tous les âges. Les blancs y sont plus exposés que les hommes de couleur, et surtout que les nègres; parmi les blancs, les étrangers plus que les indigènes.

La fièvre intermittente règne toute l'année, principalement dans les mois de mars, mai, août et au commencement de l'hiver. En hiver, l'affection est due aux pluies torrentielles; en été, aux ardeurs du soleil, aux variations de température qui suivent le coucher du soleil et les changements de temps.

Comme partout, les miasmes putrides provenant de la décomposition de produits végétaux dans l'eau où ils stagnent engendrent la maladie; et l'on peut dire, en règle générale, que là où le pays est totalement sauvage et que là où il est parfaitement cultivé, l'affection intermittente est rare, vu la rareté des conditions qui la favorisent; mais là où existe seulement une demiculture, le long des rives des cours d'eau, où l'on a abattu et brûlé les arbres, où le terrain est inculte, où l'on n'emploie aucun moyen pour dessécher les bas-fonds, là se forment des marais, et par suite il s'y développe des miasmes délétères. Dans l'état sauvage, les énormes cimes des arbres des forêts vierges, qui garnissent les rives des cours d'eau, garantissent le sol de l'action des rayons solaires et empêchent la putréfaction.

C'est à tort qu'on attribue aux mangliers (*rizophora mangli*) la propriété de développer les miasmes fébriles. Ces arbres ne croissent que dans les bas-fonds, où existent déjà les autres conditions délétères. Dans quelques endroits où les bords des rivières sont encombrés de ces arbres, la fièvre intermittente est beaucoup plus rare que dans d'autres endroits où il n'y a pas un seul de ces arbres.

Quant à l'influence de la lune, il est un fait positif : c'est qu'aux changements de lune, aux nouvelles lunes, aux pleines lunes, les fièvres intermittentes sont plus fréquentes, plus intenses qu'aux autres époques. On peut encore regarder comme cause occasionnelle l'exposition au soleil, la tête découverte; les boissons froides, quand le corps est échauffé; les fruits aqueux, surtout les melons d'eau, les ananas, les oranges, etc. La sueur constitue la crise normale de l'accès; la crise de la maladie consiste dans un dépôt briqueté de l'urine, auparavant d'un rouge vif; il s'y joint fréquemment un herpès labial. Après la disparition de la fièvre, quelquefois on voit persister des désordres dynamiques dans les organes digestifs. Comme désordres matériels, nous citerons les engorgements de la rate, qui parfois, dans l'espace d'un jour, a doublé de volume. Cet organe devient le siége d'une congestion passive avec ramollissement de la substance propre. Le malade, outre un sentiment de poids dans la région de la rate, accuse encore de violentes douleurs, qu'exaspère le contact des couvertures, et qui indiquent une inflammation subaiguë.

Il est à remarquer que les fièvres intermittentes ne laissent que très-rarement à leur suite des désordres dans la rate chez les nègres; on voit aussi dans ces contrées des fièvres rémittentes, qui n'ont aucun rapport avec l'affection intermittente, laisser à leur suite des engorgements de la rate. L'hydropisie, l'anasarque, l'ascite, l'érysipèle, avec tendance à reparaître, sont des affections qui suivent quelquefois les fièvres intermittentes. La mort arrive aussi; mais alors la forme maligne remplace la forme intermittente bénigne.

La forme la plus tenace est la fièvre quarte; puis vient la fièvre quotidienne et la fièvre tierce. Ces deux dernières tendent de plus à devenir malignes, et surtout lorsque l'affection prend le caractère de fièvre tierce double. La fièvre intermittente tierce reparait ordinairement le septième jour, longtemps encore après que les premiers accès ont disparu. La fièvre quotidienne n'a rien de régulier; elle disparait souvent après quelques accès, reparait quelques jours après, et se déclare encore après une pause de quelques semaines.

Les fièvres intermittentes peuvent compliquer toutes les maladies; elles se présentent surtout chez les enfants et chez les nègres adultes, unies à des affections vermineuses. Deux cas se présentent alors : ou la fièvre vermineuse prend le caractère intermittent (l'auteur l'a vue ainsi plusieurs fois, comme fièvre quarte), ou, par suite de l'intermittence, les vers sont excités, remontent des intestins jusque dans l'estomac, et occasionnent divers symptômes, tels que des convulsions, et quelquefois même la mort. C'est là une des complications les plus dangereuses. On voit aussi la fièvre intermittente compliquer les inflammations de l'estomac, de la rate, du foie, de la plèvre.

L'intermittence est le caractère général de toutes les affections dans ces contrées; ainsi presque tous les malades se trouvent mieux de deux jours l'un, et la plupart des affections fébriles se terminent par quelques accès où se montre l'intermittence la plus franche.

Dans le traitement de l'accès lui-même, le médecin doit chercher à le rendre aussi court que possible, et à provoquer la sueur qui en annonce la fin. Dans les accès violents, on y parvient en plongeant le malade pendant dix minutes dans un bain chaud aromatique; en même temps on fait sur la tête et sur les épaules des affusions répetées d'eau chaude avec du vinaigre. Au sortir du bain, le malade, bien essuyé, est enveloppé dans une couverture de laine; une sueur générale ne tarde pas à se montrer. Les lavements simples, ou les lavements avec le sulfate de magnésie et l'huile de ricin, ou avec du vinaigre, abrégent les paroxysmes; ils déterminent une transpiration indirectement.

Les saignées locales et générales ont été préconisées contre les violentes congestions qui se font vers la tête, les poumons, le foie, etc. Dans la période de chaleur, les ventouses scarifiées en quantité suffisante, appliquées *ad locum affectum*, ont souvent réussi à l'auteur pour faire arriver une transpiration abondante, suivie d'un sommeil tranquille. Quant aux saignées générales, on ne saurait être trop circonspect; elles sont un excellent moyen de dérivation; mais il n'est pas rare de voir le paroxysme abrégé par la saignée, et à l'accès suivant une apoplexie asthénique qui enlève le malade.

Le médecin doit toujours, pour ce qui regarde les saignées, avoir en vue le sujet auquel on doit enlever du sang; ainsi sa constitution, la race à laquelle appartient le malade, sont des points importants à considérer. Les Européens nouvellement arrivés au Brésil supportent mieux les émissions sanguines que leurs compatriotes, déjà affaiblis par un séjour de plusieurs années sous les tropiques. Les blancs sont moins affaiblis par les saignées que les nègres, et aussi moins que les Indiens.

C'est peut-être pour n'avoir pas eu assez égard à ces considérations sur la constitution et la race des sujets, que l'on voit les opinions tellement varier par rapport aux résultats que donnent les émissions sanguines dans les pays tropicaux.

Dans une fièvre intermittente sans aucune complication, on doit administrer de suite, pendant l'apyrexie, le sulfate de quinine; 50 à 80 centigrammes suffisent pour couper un accès. La dose est de 7 à 10 centigrammes toutes les deux heures; intervalle qu'on abrége ou qu'on augmente, suivant la durée de l'apyrexie. ***Après cette quantité, il survient en général un faible accès de fièvre, par lequel se termine la maladie.***

Si l'usage de la quinine est contre-indiqué par une complication, les moyens spéciaux seront d'abord mis en usage. L'état gastrique ne doit pas être un sujet d'appréhension pour l'emploi du sulfate de quinine. Cet état disparaît souvent sous l'influence de ce remède. Dans ces cas, l'auteur a eu à se louer de l'union de la quinine avec l'ammon. mur. dep. et l'émétique. Quand il existait, simultanément avec la fièvre intermittente, des inflammations et des vers, il donnait la quinine et le calomel; dans les complications rhumatismales, le sulfate de quinine en solution dans la tinct. opii simpl. et le vin. antim. Hurham, ou en poudre avec la poudre de Dower; dans l'hystérie, le sulfate de quinine avec le castoréum et la valériane. Dans les fièvres intermittentes très-tenaces, on obtient quelquefois de bons effets en unissant la quinine aux préparations de fer (tartar. ferrug.), dans une infusion de serpentaire de Virginie, principalement quand il y a déjà hydropisie et gonflement de la rate.

Si l'estomac ne supportait pas la quinine, on pourrait l'administrer par la méthode endermique sur l'épigastre ou en lavements, ou bien, et c'est la méthode brésilienne, en frictions dans le creux de l'aisselle, préalablement rasé.

Forme maligne. L'état de l'atmosphère influe beaucoup sur sa production. Une fièvre intermittente un peu forte se déclare-t-elle avec un orage ou un air chargé d'insalubrité, le pronostic doit toujours être fâcheux. L'apoplexie est la forme spéciale sous laquelle apparaissent les fièvres malignes ; l'apoplexie est *sthénique* ou *sanguine*, ou bien *asthénique* ou *nerveuse*. La constitution et les conditions individuelles, et le moment de l'apparition de l'affection, influent sur la forme de l'apoplexie. Toutefois on a observé qu'en général l'apoplexie sthénique attaquait surtout les blancs, les étrangers, et principalement les individus arrivés depuis peu de temps des pays froids et qui n'étaient pas encore acclimatés ; de préférence aux sujets habitués aux tropiques et affaiblis par des maladies fréquentes.

L'apoplexie sthénique se déclare dans le stade de chaleur, rarement au premier accès de fièvre, parfois au second, et ordinairement au troisième paroxysme. Alors le stade de froid n'existe pas, ou bien il est très-court. Le malade accuse de suite une violente céphalalgie, de la soif et une chaleur générale. La face est rouge ; les yeux étincellent ; les carotides battent avec violence ; le pouls radial est plein et lent ; il y a constipation et rétention d'urine. Bientôt le malade tombe dans un état soporeux. Des hémorrhoïdes, des désordres dans la menstruation, occasionnent parfois cette maladie. Jamais l'auteur n'a observé cette forme, chez les indigènes ni chez les nègres. A moins de secours très-bien entendus, la mort arrive par un coup de sang.

La prophylaxie est la chose principale. Dès le premier accès de fièvre, il faut s'enquérir s'il n'existe aucun désordre menstruel, s'il n'y a pas suppression d'un flux hémorrhoïdal, etc. Si l'on ne peut pas prévenir le retour de l'accès par la quinine, si déjà l'apoplexie s'est déclarée, il faut alors la combattre par un traitement antiphlogistique énergique ; en même temps on donne à l'intérieur le calomel à 30-40 centigrammes par dose. Si l'on a réussi à détourner les accidents, ce qui s'annonce par une sueur générale qui inonde tout le corps, il faut à tout prix prévenir le retour d'un nouveau paroxysme. A cet effet, on administre le sulfate de quinine à haute dose, de 80 à 120 centigrammes, divisés en six parties, une partie toutes les heures ou toutes les deux heures. Suivant la nature du cas, on peut donner la quinine seule, ou unie, soit au calomel, soit à l'émétique.

Quant à l'apoplexie asthénique, elle est beaucoup plus fréquente et plus dangereuse. On l'observe chez les indigènes et chez des étrangers qui séjournent depuis longtemps aux tropiques, et plusieurs fois déjà atteints des fièvres intermittentes et rémittentes. Chez ces individus, la masse du sang est altérée et dans sa quantité et dans sa qualité ; le sujet arrive même à un état d'anémie, le système nerveux devient plus irritable, son énergie diminue au début de l'affection intermittente, en même temps que l'organisme manque de force pour supporter les divers accès. Le malade succombe sous l'un d'eux et parfois malgré les remèdes.

L'apoplexie asthénique se déclare ordinairement au deuxième ou troisième accès de fièvre, et cela dans la période de frisson. Le malade tombe de suite dans un état de lipothymie, plus ou moins accompagné d'insensibilité aux agents extérieurs, symptôme caractéristique de cette forme de la fièvre maligne. Le pouls donne de 100 à 120 pulsations ; il est petit, parfois il est fort et *vide*, facile à déprimer. La peau est tantôt froide, tantôt sèche et chaude, ou couverte d'une sueur froide partielle. L'œil est fixe, la pupille ne se contracte plus, la figure est pâle ou couverte d'une légère rougeur, la respiration stertoreuse ; l'écume se présente souvent à la bouche, dont l'un des angles est pendant et tiré vers le bas. D'autres fois la face est livide et les extrémités froides, le pouls et les battements du cœur ne sont plus sensibles ; il y a rétention des matières fécales et de l'urine ; la vessie s'élève au-dessus du pubis. Tels sont les cas les plus violents. Dans les attaques les plus légères, il y a simplement délire nerveux, uni à des crampes dans les diverses parties du corps et surtout dans l'estomac et dans l'utérus. Le pronostic est toujours fâcheux. Les attaques légères précèdent souvent une crise violente qui peut promptement enlever le malade si l'on ne la prévient pas à temps.

Avant toute chose le médecin doit rechercher s'il n'existe pas quelque cause occasionnelle à combattre, telles que des hémorroïdes, une suppression des règles, une rétrocession d'un exanthème cutané ; cette dernière circonstance se présente très-souvent. Si l'on n'a pas réussi, il faut alors relever l'énergie du système nerveux par l'opium à petites doses, qu'on unira suivant les cas, au calomel ou au camphre. On peut aussi administrer l'opium à 0,05 — 0,10 centigr. par dose, pourvu qu'il n'existe pas de congestions vers la tête ou vers la poitrine. En même temps on emploiera les sinapismes, les vésicatoires, les frictions générales, et surtout de la colonne vertébrale avec un liniment volatile camphré, des bains chauds, aromatiques, avec des affusions froides, des pédiluves irritants, des lavements avec liq. ammon. et surtout avec du poivre rouge (*pimenta malegetta*) ; le musc n'a jamais réussi dans ces cas.

Pour les émissions sanguines indiquées par la pléthore et l'état congestionnel, on donne la préférence aux sangsues ; la saignée ne doit pas dépasser 500 grammes.

Pour prévenir le retour de l'accès, il n'y a que le sulfate de quinine à haute dose, qu'on unit de préférence à l'opium. A peine est-on parvenu à tirer un peu le malade de l'état soporeux où il est plongé, qu'il faut se hâter d'administrer la quinine, à la dose de 15 centigr. toutes les demi-heures, jusqu'à ce qu'on ait ingéré 1,20 centigr. Un nouvel accès enlève infailliblement le malade.

Dans les cas plus légers, il suffit de petites doses d'opium, de castoréum et de valériane pour faire cesser les accidents comateux. Cette forme asthénique s'est présentée à l'auteur compliquée d'une affection vermineuse ; une autre fois, compliquée d'une hémorragie utérine.

III. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

DES DANGERS DE L'EMPLOI DE L'ÉMÉTIQUE DANS LES INFLAMMATIONS PULMONAIRES ; par le docteur SPENGLER.

L'émétique à haute dose, aujourd'hui si fréquemment employé dans le traitement des inflammations pulmonaires, appartient aux préparations métalliques, dont l'action est corrosive. Il détermine d'abord sur la muqueuse gastro-intestinale une vive rougeur et une sécrétion abondante dans l'intestin, sécrétion qui est évacuée par en haut et par en bas. A doses plus élevées, ce médicament provoque des symptômes de gastro-entérite, des érosions intestinales, des ramollissements de la muqueuse, des pertes de substance avec suppuration. On voit alors souvent une affection pustuleuse de la bouche et de l'arrière-gorge ; et M. Durand-Fardel, après l'emploi de l'émétique à haute dose, a trouvé l'œsophage recouvert d'un épais enduit croupeux.

Cette violente action du tartre stibié est due au *chlorhydrate de chlorure d'antimoine*, ou *beurre d'antimoine* des anciennes pharmacopées, qui se forment alors dans l'estomac par les composés chlorurés qui s'y trouvent. Ces combinaisons de chlore, dont la quantité influe sur la violence des effets de l'émétique, existent en abondance dans l'estomac des sujets bien portants ou qui tombent malades. Voilà pourquoi de fortes doses d'émétique, administrées au début d'une pneumonie, provoquent des vomissements. La muqueuse de l'estomac, irritée par la nouvelle combinaison qui s'est faite dans le ventricule, sécrète plus abondamment les produits rejetés plus tard au dehors. Mais si déjà la diète a duré quelque temps, si des vomissements répétés ont déjà eu lieu, les nouvelles doses d'émétique ne trouvent plus des combinaisons de chlore, à la production desquelles le défaut de nourriture met obstacle. La théorie de Rasori, sur la tolérance de ce médicament, repose sur ce principe ; on voit que la tolérance cesse avec le retour d'une nourriture plus abondante.

En 1846, Dobler, à Vienne, traitait les pneumoniques par le tartre stibié à haute dose, 0,50 centigr. par jour. L'auteur a vu fréquemment, à l'autopsie, des follicules ulcérés dans les intestins, ainsi qu'une injection et un ramollissement de la muqueuse de l'estomac. Griesinger, dans ses archives, a décrit l'estomac d'un sujet traité par la même méthode. Autour de l'ouverture œsophagienne, la muqueuse présentait, outre un grand nombre de petites pertes de substance, cinq ou six solutions de continuité de la grandeur d'une fève, à bords tranchants, recouvertes d'une exsudation analogue à une bouillie. Les mêmes désordres existaient aussi à l'entrée du duodénum.

L'auteur a vu dans deux cas, à la suite de ce genre de traitement, une érosion considérable de l'estomac. Dans les deux cas, la muqueuse était injectée, ramollie, surtout au pylore et au cardia ; on voyait une grande quantité de petites tumeurs, de la grosseur d'une lentille, presque juxtaposées, environnées d'un réseau vasculaire très-apparent, à bords tranchants. Ces tumeurs étaient en partie rondes, en partie festonnées ; une exsudation grisâtre en recouvrait le fond.

Ces érosions une fois formées, si l'on continue l'administration de l'émétique, il est certain qu'on détermine une issue fatale de la maladie.

Les solutions albumineuses d'émétique, comme Mialhe l'a proposé pour l'emploi des autres préparations métalliques corrosives, ne sauraient, dans ce cas, garantir l'estomac, parce que le composé corrosif se forme seulement dans le corps, une fois que l'émétique se trouve en présence des divers composés chlorurés. Voilà pourquoi de faibles doses d'émétique peuvent ne pas provoquer des vomissements, tandis que des doses très-faibles peuvent en provoquer de très-violents, et déterminer à leur suite des accidents cholériques, comme l'auteur en a vu des exemples.

Dans le croup, l'émétique est donc un moyen infidèle, auquel on doit préférer le sulfate de cuivre. Des chiens, auxquels on a lié l'œsophage, ont souvent succombé à la suite de petites doses d'émétique, et l'on trouva une véritable cautérisation de l'estomac.

IV. VIERTELJAHRSCHRIFT FUR DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

Le deuxième volume, année 1847, contient les mémoires orignaux suivants : 1° *Extrait du rapport sanitaire sur la Bohême pour l'année* 1845; 2° *De la diplopie par un seul œil ;* par le docteur Szokalski. 3° *Sur l'anatomie pathologique de l'œil ;* par le docteur Arlt. 4° *Observations sur la scarlatine faites à l'hôpital général de Prague ;* par le docteur Kubik. (Exposé des phénomènes observés du côté de la peau, des membranes muqueuses, du sang, du système nerveux, des organes circulatoires et digestifs.) 5° *Sur l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés ;* par le docteur Eman-Mildner. (Le sclérème est une inflammation primitive du tissu cellulaire sous-cutané et du derme, quelquefois aussi du tissu graisseux. La seule cause de la maladie est un trouble dans les fonctions de la peau. Les affections des organes internes sont étrangères à sa production, mais elles influent d'une manière essentielle sur sa marche.) 6° *Le typhus des agneaux ;* par le docteur Hanff. 7° *Prosopalgie et affection catarrhale des sinus frontaux ;* par le docteur Mambert. (L'auteur a trouvé un bon palliatif de la prosopalgie dans l'emploi successif de compresses trempées dans l'eau chaude et de douches froides pratiquées avec une seringue. Contre les douleurs violentes produites par le catarrhe des sinus frontaux, il a employé avec le plus grand succès les vésicatoires appliqués sur le front.) 8° *Travaux de l'établissement anatomo-pathologique de Prague, pendant les mois d'avril à septembre* 1846; par le docteur Dittrich.

SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ŒIL; par le docteur ARLT.

Le docteur Arlt a eu l'occasion d'examiner un grand nombre d'yeux malades qui lui ont été remis par plusieurs médecins, et lui ont permis d'étudier les changements que les tissus profonds de l'œil éprouvent par suite de l'inflammation. C'est la choroïde qui est le point de départ de la plupart des altérations pathologiques, et c'est surtout à la surface interne que se produisent des exsudations qui subissent diverses métamorphoses, et finissent par attaquer les tissus voisins.

Si l'exsudation devient purulente, il en résulte une maladie que le professeur Fischer a parfaitement décrite sous le nom d'ophthalmie métastatique par suite de pyémie. Cette affection s'est déclarée pendant le cours de la fièvre puerpérale, après des amputations, dans des cas de carie, et une fois après l'opération de la cataracte. Le pus se fait jour à travers la cornée ou la sclérotique, où il est résorbé. Le passage du pus à travers la sclérotique est rare; l'auteur l'a observé deux fois, près de l'insertion du muscle droit externe et près du tendon du droit inférieur. Il y a eu dans ces deux cas atrophie du globe de l'œil. L'auteur se demande si l'on ne pourrait pas épargner de vives douleurs au malade en donnant issue au pus par une ponction. La maladie se termine par la perte de l'œil ou même par la mort.

La marche et les métamorphoses des exsudations séreuses et des exsudations coagulables dans les tissus profonds de l'œil sont moins connues. L'auteur résume ce que l'on sait sur ces affections, en y joignant le résultat de ses propres études.

1° *Les ossifications qui surviennent dans les tissus profonds de l'œil ne sont pas des ossifications de la choroïde, de la rétine ou de la membrane hyaloïde, mais bien des transformations en concrétions calcaires d'exsudations qui dérivent le plus souvent, peut-être toujours, de la choroïde.*

Pour démontrer l'exactitude de cette proposition, l'auteur décrit diverses préparations anatomo-pathologiques conservées au musée de Prague. Il rapporte ensuite d'une manière succincte les faits consignés dans les auteurs, et fait ressortir l'analogie de ces faits avec ceux qui lui sont propres; de manière qu'on peut conclure que ce qu'on a regardé comme des ossifications n'est en réalité que des dépôts calcaires qui se sont opérés dans les matières exsudées. Il n'existe pas en réalité un seul cas de véritable ossification de la choroïde, de la rétine ou du corps vitré.

2° *Le siége de ces concrétions calcaires est une exsudation riche en matières plastiques, et qui paraît être uniquement produite par une inflammation de la choroïde très-aiguë, et accompagnée des symptômes les plus intenses.*

3° *Les exsudations séreuses se font à la surface interne comme à la surface externe de la choroïde.*

Ces deux propositions sont justifiées, comme la première, par les observations données à leur appui par l'auteur. Les exsudations séreuses entraînent la perte de la vue. Lorsqu'elles se font en dedans, la rétine est comprimé, et le corps vitré tend à s'atrophier. La compression de la rétine peut être portée aussi loin que si elle était produite par une exsudation plastique. Cet état se présente à l'œil de l'observateur comme une amaurose ou comme un glaucôme, ou bien comme une hydrophthalmie, avec ou sans staphylôme.

A la suite d'une de ses observations, l'auteur appelle l'attention sur un dépôt de pigment dans la chambre antérieure de l'œil. Il a plusieurs fois observé ce fait sur le vivant. Un des signes caractéristiques du glaucôme n'est pas seulement, comme on sait, la couleur jaune ou d'un gris verdâtre de la pupille, mais aussi l'aspect mat, terne et cadavéreux de la cornée. Cette dernière circonstance n'a pas encore été expliquée. L'auteur croit pouvoir l'attribuer à une inflammation de la membrane de Descemet coïncidant avec le stade inflammatoire du glaucôme, et à la présence, dans l'humeur aqueuse, d'une exsudation pigmentaire qui contribue puissamment à rendre la pupille trouble et à donner à la cornée son aspect terne. De là vient que la pupille semble contenir de la fumée, et que l'humeur aqueuse apparaît comme si elle tenait de la suie en dissolution.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE.

OBSERVATIONS SUR LES ORGANES DE LA GÉNÉRATION, MALES ET FEMELLES, DE DIVERS ANIMAUX.

M. DUVERNOY lit des fragments d'un mémoire relatif à des observations sur les organes de génération, mâles et femelles, de divers animaux, appartenant à plusieurs classes.

Les faits exposés dans ces fragments ont pour objet d'établir les propositions suivantes qui résument les idées générales de l'auteur sur la structure des instruments de la propagation.

» 1° Les organes de propagation sexuelle, étudiés dans les détails de leur forme, de leurs proportions, de leur structure intime et de leurs produits, montrent, avec certain plan commun à tel ou tel groupe, plus ou moins élevé, des modifications nombreuses dans les détails, suivant les espèces, ou tout au moins suivant les genres.

» 2° Si la connaissance de ces différences est nécessaire au physiologiste, pour l'appréciation de la fonction dont ces organes sont les intruments particuliers, elles peuvent fournir au zoologiste des caractères précis pour distinguer ces groupes, à défaut d'autres caractères différentiels, ou, lorsque ceux-ci ne seraient pas assez prononcés, pour lever tous les doutes sur la séparation de deux espèces très-rapprochées.

» 3° Ces variétés nombreuses, dans les intruments de la propagation sexuelle, ou dans leurs produits, conduisent à expliquer la permanence de certains types, même en descendant jusqu'à celui de l'espèce inclusivement.

» 4° Au besoin, on trouve chez plusieurs animaux appartenant à des espèces très-voisines, des différences spécifiques dans le mode de développement du germe auquel la génération a donné naissance.

» Ce n'est pas dès aujourd'hui, dit M. Duvernoy, que je suis arrivé, par l'observation des faits anatomiques, à ces idées générales sur l'importance de l'étude qui a pour sujet la structure des instruments si variés de la propagation sexuelle.

» Déjà, en 1805, j'imprimais, dans la partie des LEÇONS D'ANATOMIE COMPARÉE que M. Cuvier avait abandonnée à ma libre rédaction, au sujet du gland de la verge des *mammifères*, les réflexions suivantes, que j'avais cru pouvoir faire, comme conséquence des observations multipliées qui m'étaient propres, et des nombreuses différences que ces observations m'avaient fait connaître :

» On dirait que chaque *famille*, chaque *genre*, chaque *espèce* devait avoir » dans cette partie (le gland) une sensibilité propre, et, de plus, une forme et » une composition adaptées à la sensibilité des organes femelles, qui, sans » doute, a quelque chose de particulier suivant les espèces. »

» J'ajoutais ces lignes :

» Ne serait-ce pas ici l'une des causes de la conservation des espèces pures, » et, sinon de l'absence totale, du moins de la rareté des espèces hybrides. »

» Les différences que m'avaient présentées les vésicules séminales, dans leur existence selon les familles ou les genres, m'avaient fait conclure, dans cette même rédaction, cette proposition générale : « *Que les organes reproducteurs » ne paraissent pas subordonnés aux organes conservateurs de la vie*, ou, » en d'autres termes, que le genre de vie de l'animal peut varier beaucoup; que » sa nourriture peut être exclusivement animale ou végétale, ou mélangée, sans » que ses organes reproducteurs éprouvent de changements correspondants, » dans le plan général de leur organisation.

» Je cite pour exemple les *animaux à bourse*, dont la série présente tous les régimes, et dont les organes générateurs montrent certains caractères communs dans leur composition, qui les distinguent de tous les autres mammifères.

» Cependant, tout en démontrant ce plan général, nous avons fait connaître les modifications plus ou moins profondes qu'il a éprouvées selon les familles, les genres et même quelques espèces, dont l'organisation était encore très-peu connue ou complétement ignorée en 1805, entre autres celle du *phascolome*, du *kanguroo* et du *kanguroo rat*.

» Si l'on passe en revue, dans le même but, les ordres, les familles et les genres, et quelques-unes des espèces appartenant à la première sous-classe des *mammifères*, celle des *monodelphes*, on trouvera, à la vérité, qu'un ou plusieurs groupes supérieurs présentent certains caractères communs dans leur appareil de génération. On reconnaîtra en même temps une foule de modifications dans les détails, ou des différences plus marquées qui s'écartent davantage d'un plan commun. Elles montrent combien sont variés, même chez les animaux en apparence les plus rapprochés, leurs moyens sexuels de perpétuer leur espèce.

» On les découvre jusque dans la structure intime des organes de sécrétion, appartenant à l'appareil de génération, ou dans leurs produits.

» Les prévisions que nous exprimions en 1805 à cet égard, sur les différences des produits de la glande spermagène ou de la liqueur séminale suivant les espèces, d'après quelques différences dans la structure intime de cette glande, ont été confirmées de nos jours par l'étude microscopique de cette liqueur et des spermatozoïdes qu'elle renferme.

» Sans parler des nombreuses observations qui ont été faites à ce sujet par les micrographes les plus exercés, je citerai seulement la singulière organisation des *spermatozoïdes du triton à crête*, découverte par MM. de Siebold et Dujardin, organisation que j'ai retrouvée dans plusieurs autres espèces du même genre et du genre *salamandre*, que j'ai conséquemment fait connaître comme un plan commun à toute une famille, en même temps que j'indiquais quelques différences dans les proportions des parties de ces spermatoïdes, qui m'ont paru spécifiques.

» Jusqu'ici je n'ai parlé que des organes mâles de génération.

» Les organes femelles, et plus particulièrement les organes d'accouplement et d'incubation, nous ont aussi présenté des différences importantes, quoique moins nombreuses que les premières.

» Ne serait-ce pas, pour la classe des mammifères, que les différences de structure de la vulve et du vagin ; que les différences dans les limites de l'une et de l'autre, limites que j'ai précisées et caractérisées par la présence d'un ou plusieurs replis membraneux de différentes formes, suivant les espèces ; ou par une sorte d'étranglement tendineux, manifeste surtout chez les femelles vierges des *mammifères monodelphes*.

» On a pu voir par cette étude que les proportions du vagin, chez ces mammifères, sont surtout en rapport avec les produits de la génération, qui doivent le traverser, comme troisième oviducte. Le premier est constitué par les trompes de Fallope, dont le pavillon, qui entoure l'orifice abdominal de ces canaux, présente des caractères différentiels importants chez certains mammifères.

» On sait que l'utérus, que j'appelle *oviducte incubateur*, afin de montrer par cette nomenclature les rapports de cet organe avec celui des ovipares, peut être simple ou double ; il présente, dans ces deux formes générales, des différences nombreuses qui se voient jusque dans la composition de ses parois.

» Ces propositions s'appliquent encore aux différences que montre l'oviducte des ovipares, dont la structure intime, comme organe de sécrétion, relativement aux matériaux qu'il fournit à l'œuf pour le compléter, pourrait être encore longtemps le sujet de recherches et de découvertes intéressantes. Elles serviraient à expliquer la forme de cet œuf et les différentes substances dont son enveloppe se compose, ainsi que les couleurs si variées qui la caractérisent, suivant les espèces, et qui sont si remarquables par leur régularité et leur constance, entre autres dans la classe des oiseaux.

» J'espère avoir démontré, dans un *essai de classification de tout le règne animal*, qui a paru dans le DICTIONNAIRE UNIVERSEL D'HISTOIRE NATURELLE, à la suite de mon article *Propagation*, combien la *zoologie classique* pouvait tirer parti, à l'imitation de la botanique, des caractères différentiels que présentent les organes de génération pour distinguer les divers groupes de la méthode naturelle.

» Je pourrais en effet citer des centaines d'exemples pris dans toutes les classes du règne animal, à l'appui des propositions que j'ai énoncées au commencement de cette introduction.

» Pour la *quatrième*, je me bornerai à un seul.

L'émissole lisse et l'*émissole vulgaire* ont été longtemps confondus, tant il y a de ressemblances entre ces deux espèces, tant leurs caractères différentiels sont peu apparents.

» La différence si remarquable entre le mode de gestation de ces squales vivipares, dont l'un, l'*émissole lisse*, se développe dans l'oviducte par un placenta vitellin, adhérent aux parois de cet organe incubateur, et dont l'œuf de l'autre ne contracte aucune adhérence vasculaire avec les parois du même organe, a démontré à M. J. Muller l'existence de ces deux espèces. »

M. Duvernoy termine cette communication par la lecture d'un premier fragment sur la description des organes de génération d'une espèce de *myriapode* voisine du *spiribolus grandis*, qu'il considère comme de nature à confirmer les propositions qui précèdent.

HISTOIRE STATISTIQUE ET MÉDICALE DE LA COLONISATION ALGÉRIENNE.

MM. V. MARTIN, médecin à l'hôpital du Dey et E. FOLEY, médecin à l'hôpital civil d'Alger, envoient sous ce titre un grand travail destiné au concours pour le prix de statistique.

Depuis vingt ans bientôt que la France possède l'Algérie, disent les auteurs, et qu'elle y envoie chaque année plusieurs milliers de ses enfants, sans compter les nombreux étrangers qui y accourent d'autres points de l'Europe, elle peut déjà commencer à se demander :

De quels éléments divers et à travers quelles vicissitudes s'est successivement recrutée, depuis 1830, la population de cette contrée ;

Jusqu'à quel point la population européenne s'est identifiée avec le sol et naturalisée ;

Ce qu'a été sur la race indigène l'influence de la colonisation française et du développement progressif des Européens ;

Quelle a été sur les familles immigrantes et sur la viabilité de leurs enfants l'action des causes plus ou moins délétères émanées du climat et du sol ;

Quels sont, sous le rapport de l'hygiène et d'après l'expérience acquise, les moyens les plus capables de protéger la colonisation ;

Ce qu'enfin, pour l'avenir, et au point de vue de l'aptitude de l'Européen, mais surtout du Français à vivre et à se perpétuer dans le pays, il est permis d'augurer des résultats jusqu'à présent obtenus.

Tels sont les problèmes à la solution desquels les auteurs se sont proposé, dans ce mémoire, d'apporter le tribut de leurs études.

L'étendue de ce travail et sa destination ne nous permettant pas d'en faire l'analyse, nous nous bornerons à reproduire les conclusions générales qui le résument.

Les premiers travaux d'installation, aussi bien dans les villes que dans les campagnes, ont été en Algérie généralement préjudiciables à la santé des Européens.

Les causes à l'influence desquelles ils ont succombé résident, les unes dans le *climat*, les autres dans le *sol*, d'autres enfin sont imputables aux *colons eux-mêmes*.

Les maladies dues au climat seul ont produit chez les Européens une mortalité peu supérieure à celle de la France ; mais les maladies dues au sol ont trouvé dans le défaut d'acclimatement, indépendamment même du danger de l'arrivée récente et dans les conditions matérielles et morales du colon, des auxiliaires puissants qui, en exagérant la gravité des accidents, ont porté les décès à un chiffre très-considérable.

Les maladies du *climat* sont seules *permanentes*, mais celles qui ont pour cause l'*insalubrité du sol* sont essentiellement *transitoires* et *amovibles*. Contre celles-ci les dessèchements et la culture, contre celles-là un peu d'hygiène, et elles seront toutes prévenues ou amoindries.

La mortalité européenne a éprouvé dans sa marche depuis la conquête une décroissance progressive manifeste, quoique lente. Ce résultat, d'abord peu favorable si on ne consulte que le chiffre brut, prend une signification beaucoup plus satisfaisante si l'on a égard aux circonstances au milieu desquelles il s'est accompli.

Prétendre que le rapport de la mortalité des Européens d'Afrique à leur population restera ce qu'il est aujourd'hui ne serait pas logique ; en effet, puisque l'étude et l'appréciation des faits constatent jusque dans ces dernières années une mortalité de moins en moins considérable, il est évident qu'avec la continuation des travaux agricoles, qui partout ont eu pour résultat ultérieur l'abaissement du chiffre des décès, on verra se multiplier les chances, nous voulons dire les preuves de l'*acclimatement de la race européenne*, et par conséquent l'*aptitude hygiénique de celle-ci à faire de l'Algérie une colonie agricole*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend que des états de vaccination.

La correspondance manuscrite comprend les pièces qui suivent :

LAIT SOLIDE.

M. RENAULT, pharmacien, adresse une lettre sur les moyens d'obtenir les laits, et le lait d'ânesse en particulier, à l'état solide, pur et inaltérable. Il joint à sa lettre un échantillon de la pâte de lait d'ânesse. (Comm. : MM. Barthélemy et Chevallier.)

CHOLÉRA.

M. PELLARIN communique une quatrième note sur l'épidémie cholérique de la ville et de la garnison de Givet.

M. PAMARD (d'Avignon) rend compte en ces termes de l'invasion du choléra dans le département de Vaucluse :

A Avignon, sur une population de 35,169 habitants, on n'a eu depuis le 7 août jusqu'aujourd'hui (24 septembre) que 34 cas de choléra ; sur ce nombre, 24 décès. A Laurès, petite commune de 1,703 habitants, 5 cas, 3 décès. A Cadenet, sur une population de 2,411 habitants, 3 cas, 1 décès, ce qui donne pour le département de Vaucluse un total de 42 cas et de 28 décès.

L'auteur croit que le département eût été tout à fait épargné sans le voisinage de Marseille. La première personne affectée du choléra à Avignon a été la femme C..., âgée de 45 ans, arrivée de Marseille le 6 août au soir. Les symptômes de la maladie se sont déclarés dans la nuit ; elle est morte le lendemain matin. Ce premier cas a été promptement suivi de trois nouvelles atteintes de choléra, éprouvées par deux malades se trouvant en traitement à l'hôpital pour d'autres affections, et le troisième est relatif à une femme demeurant dans une maison voisine de l'hôpital, dont elle n'est séparée que par des jardins. A la même époque, quelques cas se sont manifestés dans la ville.

Le choléra semblait arrêter là ses ravages, lorsque l'émigration de Marseille, dans les premiers jours de septembre, est venue de nouveau apporter la maladie à Avignon. Depuis lors le choléra n'a plus quitté l'hôpital.

En résumé, en examinant avec attention le résultat des faits observés dans le

département de Vaucluse, on est forcément amené à conclure, dit M. Pamard, que la maladie nous a été apportée de Marseille.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA PRÉTENDUE ÉPIDÉMIE DE SUETTE QUI, DANS QUELQUES LOCALITÉS, MARCHE DE CONCERT AVEC LE CHOLÉRA ASIATIQUE.

M. le docteur TRIBES (de Nîmes) communique la note suivante :

Dès l'apparition du choléra à Nîmes, l'influence de la cause épidémique se révéla chez la majeure partie de la population par des indispositions qui, quoique diverses, pouvaient facilement être rattachées à l'intoxication cholérique. (C'étaient des diarrhées, des vomissements, des malaises précordiaux et épigastralgiques, des défaillances avec vertiges, des difficultés plus ou moins grandes dans les digestions, enfin des cholérines assez nombreuses.)

En même temps que se produisaient ces formes variées de l'épidémie, et que nous comptions sept ou huit morts par jour de choléra bien confirmé, grand nombre de nos malades offraient, comme expression pathologique unique des *sueurs*, mais des *sueurs très-abondantes*, qui se soutenaient pendant plusieurs jours.

Aussitôt s'accrédite le bruit de la présence d'*une épidémie de suette* marchant de concert avec le choléra.

A Lunel, à Codognan, les sueurs se produisent chez presque tous ceux qu'épargne le choléra proprement dit ; les mêmes bruits sur la présence de la *suette* s'accréditent dans ces localités, peu distantes de notre chef-lieu.

Nous savions depuis longtemps qu'il est rare de voir marcher de concert deux épidémies graves ; nous ne pûmes donc nous faire à l'idée que ces sueurs abondantes que nous observions se rattachassent à la suette. Nous crûmes devoir, au contraire, les rapporter à l'intoxication cholérique, et à rien de plus. Elles furent dès lors, à nos yeux, le produit d'une *crise salutaire*, d'un *effort curateur* provoqué par la nature pour débarrasser l'organisme du *principe morbifique*.

Il est hors de doute que toute la population d'un pays cholérisé subit à des degrés divers l'influence épidémique : de là des traductions phénoménales différentes, d'expressions pathologiques on ne peut plus variées, se rattachant néanmoins à la même cause.

Les malades chez lesquels nous observions ces abondantes sueurs étaient des malades légèrement intoxiqués, et chez lesquels la nature conservait grande puissance de réaction. La nature produisait, dans ces cas, ce que l'art, dans les cas plus graves et alors que les mouvements vitaux sont enchaînés, cherche toujours à provoquer, mais sans succès le plus souvent.

Ainsi les sueurs abondantes qui accompagnent le choléra de 1849 dans bon nombre de localités, et que quelques médecins ont signalées comme se rattachant à une épidémie de *suette*, doivent être considérées tout simplement comme l'expression morbide la plus heureuse de l'intoxication cholérique, ou mieux comme un acte favorable et critique indiquant la toute-puissance de la nature dans les cas où l'imprégnation est légère. Ces sueurs sont aux cas légers ce que les selles sont aux cas graves : elles sont l'acte curateur de la nature, et rien de plus.

—M. HAMEAU (de La Teste) fait connaître un mode de traitement qu'il a mis en pratique depuis peu, et dont il dit avoir obtenu le plus heureux résultat. Il propose d'abord, comme moyen prophylactique, d'ouvrir toute la maison, de placer dans le pot de chambre demi-poignée de chlorure de sodium chaque fois que l'on doit aller à la garde-robe, et d'enfouir sous terre les déjections, etc. Son mode de traitement consiste dans l'emploi du sulfure noir de mercure, qu'il prescrit en lavement à la dose de 4, 6 ou 8 grammes.

— M. BAYARD (de Cirey-sur-Blaise) envoie un mémoire en réfutation du rapport que M. Rochoux a fait dans l'une des précédentes séances sur ses communications concernant la vaccine. (Renvoyé à M. Rochoux.)

— L'Académie reçoit enfin plusieurs lettres pour le prétendu prix de 100,000 francs.

La parole est à M. Lagneau pour un rapport.

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE PAR LA MÉTHODE DES INCISIONS INTRA-URÉTRALES DE M. LE DOCTEUR GUILLON.

M. LAGNEAU lit, au nom d'une commission nommée en 1839 et composée de MM. Roux, Cullerier, Sanson, Velpeau et Lagneau, rapporteur, un rapport sur la méthode de traitement proposée par M. le docteur Guillon pour la guérison des rétrécissements de l'urètre.

M. le rapporteur, après avoir exposé l'état de la science sur ce point de thérapeutique chirurgicale jusqu'au moment où M. Guillon eut pour la première fois l'idée d'attaquer les rétrécissements les plus graves et les plus rebelles, ceux qui sont durs, calleux, de nature fibreuse et considérés jusque-là comme incurables, par des incisions plus ou moins profondes, plus ou moins nombreuses, selon l'épaisseur et l'étendue de la coarcatation, et avoir exposé les résultats des premières tentatives faites dans cette direction, continue à exposer en ces termes la méthode de traitement de M. Guillon :

« Le traitement adopté par M. Guillon, dit M. le rapporteur, ne consiste pas seulement dans les incisions pratiquées sur les points rétrécis du canal de l'urètre, quoique ce soit en réalité l'innovation capitale qu'il présente, il comprend encore un perfectionnement très-heureux, selon nous, dans la marche à suivre pour opérer rapidement la dilatation préliminaire de ce conduit, lorsque, ce qui est le plus ordinaire, il se trouve resserré au point de ne pouvoir admettre l'urétrotome au moyen duquel ces débridements doivent être exécutés. Nous mentionnerons également quelques modifications dans la forme et dans la manière de se servir des instruments explorateurs qui lui servent à reconnaître avec une extrême précision le siége, le nombre, l'étendue et la forme des coarctations.

» Il opère la dilatation des rétrécissements les plus graves, ceux qui occasionnent l'ischurie et dans lesquels l'occlusion de l'urètre est telle qu'aucune bougie ordinaire, même la plus fine, ne peut être introduite, en se servant de bougies en baleine qu'il prépare lui-même, dont la pointe et très-déliée et presque filiforme. C'est avec cet instrument qu'il franchit les obstacles les plus grands. Quelquefois il emploie une autre bougie de même espèce, dont l'extrémité verticale se termine par un léger bouton analogue à celui du plus petit stylet des trousses de poche, ou une troisième espèce de bougie à renflement fusiforme, destinée à obtenir une dilatation plus rapide.

» Les premières difficultés vaincues, ce qui a souvent lieu en une ou deux séances, des bougies en gomme élastique, et dont l'extrémité est arrondie en forme d'olive, sont successivement placées jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour permettre d'employer l'urétrotome.

» Ce résultat obtenu d'une manière en général fort prompte, M. Guillon explore le canal. Il se sert pour ce second temps du traitement de divers instruments explorateurs, et le plus souvent d'un instrument en baleine, gradué sur toute sa longueur et se terminant par un renflement en forme de virgule, dont la partie la plus large représente une espèce de crochet mousse, destiné à fournir à l'opérateur des renseignements précis sur la forme et l'étendue de la coarctation.

» Après ces préliminaires indispensables, et tout au plus après deux ou trois jours consacrés à mettre en usage les moyens de calmer une légère irritation locale, on procède à l'opération principale, la section des parties indurées du canal. Les incisions sont pratiquées d'arrière en avant avec un urétrotome particulier à l'auteur. Cette opération, que les commissaires ont vu pratiquer un grand nombre de fois, est réitérée à plusieurs reprises dans une même séance si le cas l'exige, sans qu'on soit obligé de sortir l'urétrotome du canal. Il suffit ordinairement d'un petit nombre de séances, à quelques jours d'intervalle, pour obtenir la guérison. L'instrument, parfaitement conçu et du reste employé avec habileté, agit avec une facilité et une précision vraiment remarquables.

» L'opération ainsi terminée, le résultat en est immédiatement et très-facilement apprécié, en introduisant une bougie de 3 lignes 1/2 de diamètre, etc.

» La promptitude avec laquelle on obtient par cette méthode, et dès la première séance, l'élargissement du canal de l'urètre affecté des rétrécissements les plus durs et par conséquent les plus rebelles, est, dit M. le rapporteur, un fait important et nouveau sur lequel vos commissaires ne sauraient trop insister, le résultant étant instantané et laissant bien loin derrière lui tout ce qu'on a obtenu des autres modes de traitement employés jusqu'à ce jour.

» Pour rendre ce résultat durable et à l'abri des récidives, M. Guillon trouve toutes les garanties désirables : 1° dans la nature même de la dilatation qu'il opère, c'est-à-dire dans les incisions profondes et toujours proportionnées à l'épaississement qu'ont contracté la muqueuse et les tissus ambiants vers les points rétrécis du canal ; 2° dans les précautions qu'il observe, après l'opération, pour amener les solutions de continuité qu'il a pratiquées à leur parfaite cicatrisation. Ce dernier temps du procédé de l'auteur consiste dans l'introduction de bougies ou sondes pleines en gomme élastique ou en étain, du plus fort numéro, c'est-à-dire de près d'un centimètre de diamètre, moyen qu'il a modifié en plaçant ces sondes une seule fois chaque jour pendant vingt minutes au plus, au lieu de les laisser à demeure. »

M. le rapporteur, après une analyse détaillée des faits pratiques qui font ressortir les avantages de la méthode de M. Guillon, se résume et conclut en ces termes :

« Nous espérons que les détails dans lesquels votre commission est entrée, suffiront pour faire apprécier l'importance de la méthode que M. le docteur Guillon a introduite dans la pratique ; méthode qui a subi toutes les vicissitudes réservées aux innovations, même les plus utiles. Cependant, comme ils ne suffiront peut-être pas pour mettre à même les autres praticiens d'employer ce mode de traitement avec tous les avantages que nous avons vu son auteur en obtenir, nous croyons devoir exprimer ici le désir que notre confrère publie prochainement l'ouvrage qu'il prépare depuis longtemps sur cet intéressant sujet, et qui offrira les résultats d'une expérience de plus de vingt années d'une pratique tout à la fois heureuse et consciencieuse ; car il n'est pas arrivé à notre connaissance que ce praticien ait perdu un seul malade des suites de ses incisions intra-urétrales, ce que nous sommes loin de pouvoir dire de plusieurs autres méthodes...

» M. Guillon, auteur d'une méthode nouvelle au moyen de laquelle on guérit aujourd'hui complétement et radicalement une maladie aussi grave qu'elle est fréquente, et qui avant lui était tout à fait incurable, doit être encouragé à persévérer dans ses travaux.

» Nous concluons, en conséquence, à ce que l'Académie adresse des remercîments à M. le docteur Guillon, pour le progrès qu'il tend, avec tant de zèle, à faire faire à la thérapeutique chirurgicale, en ajoutant aux moyens déjà en usage sa manière de guérir les rétrécissements urétraux de nature fibreuse. Nous croyons aussi devoir vous proposer, aujourd'hui qu'une commission nouvelle est saisie de l'appréciation des travaux qui vous ont été adressés pour le concours au prix du marquis d'Argenteuil, de lui renvoyer ce rapport comme un document ayant directement trait à l'importante question qu'elle est appelée à juger. »

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. CASTEL voudrait, vu l'importance des faits contenus dans ce rapport et dans les communications qui en ont été l'objet, que ces communications et ce rapport fussent publiés dans les recueils de l'Académie.

M. VELPEAU fait remarquer à M. Castel que le rapport devant être renvoyé comme document à la commission du prix d'Argenteuil, on ne peut faire droit à sa demande.

La parole est à M. Grisolle pour une lecture.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA PHTHISIE.

M. Grisolle lit un mémoire ayant pour titre : De l'influence que la grossesse et la phthisie pulmonaire exercent réciproquement l'une sur l'autre.

L'auteur, se fondant sur l'analyse de dix-sept observations, arrive à conclure que la grossesse n'aurait pas sur la marche de la phthisie le pouvoir suspensif qu'on lui a attribué. Loin même d'être une circonstance favorable en prolongeant l'existence, l'état de grossesse précipiterait plutôt la marche de la lésion organique.

Après avoir prouvé ce premier point, l'auteur recherche si, comme on le prétend généralement, l'accouchement et l'état puerpéral impriment au travail de la tuberculisation une impulsion insolite et telle que la mort arriverait après un temps fort court. Voici en quels termes il résume les différents points qu'il s'est psoposé d'examiner dans ce mémoire :

» Il est rare de voir la conception s'effectuer chez des femmes atteintes d'une phthisie confirmée, tandis qu'assez souvent les premiers symptômes de tuberculisation pulmonaire éclatent tout d'un coup dans le cours de la grossesse et préférablement dans les trois ou quatre premiers mois.

» Si des conditions hygiéniques défavorables, si les chagrins, le délaissement et la misère ont paru quelquefois expliquer le développement de la maladie organique, il est certain que chez la plupart la grossesse a été le seul changement observable dans l'état des femmes, et qu'elle a joué le rôle d'une cause déterminante. Mais ce n'est point la grossesse pourtant qui a produit la maladie; elle a seulement mis en jeu la prédisposition, comme aurait pu le faire tout autre changement, soit physiologique, soit pathologique, imprimé à l'économie.

» La grossesse et la phthisie, nées presque simultanément ou à peu de distance l'une de l'autre, ont marché sans paraître s'influencer.

» Cependant, j'ai prouvé par la comparaison d'autres faits que la lésion organique avait parcouru ses périodes un peu plus rapidement qu'elle ne le fait dans l'état de vacuité.

» Ce qui prouve d'ailleurs l'influence fâcheuse exercée par la grossesse, c'est qu'aussitôt après l'accouchement, pourvu toutefois que la maladie ne fût pas parvenue à une période trop avancée, on avait vu assez souvent la maladie organique ralentir ses progrès ou rester du moins stationnaire.

» La tuberculisation pulmonaire, par contre, ne modifie pas, du moins dans la grande majorité des cas, la marche de la grossesse. C'est un point de doctrine déjà établi par Desormaux et M. P. Dubois. »

M. Grisolle termine en faisant observer que, bien que ces conclusions ne soient pas basées sur un très-grand nombre de faits, la grande uniformité de ces faits lui permet d'espérer qu'ils expriment réellement la vérité, et que les faits ultérieurs ne feront qu'en confirmer les conséquences. (Commissaires : MM. Louis, Moreau, Mélier.)

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

M. Gaultier de Claubry lit en son nom et au nom de MM. Bégin et Piorry, un rapport sur deux mémoires de MM. Boudin et Michel Lévy, relatifs à la maladie désignée sous le nom de méningite cérébro-spinale.

Dans ce rapport, qui est une analyse exacte des opinions, des vues propres à MM. Boudin et Lévy, M. le rapporteur s'est efforcé de faire connaître à l'Académie la substance des deux mémoires de ces honorables médecins. On peut résumer ainsi le travail de M. Gaultier de Claubry.

La maladie actuellement appelée méningite cérébro-spinale par les médecins militaires, et dont la médecine civile commence à s'occuper, n'est, sous aucun point de vue, une maladie nouvelle, dans la propriété de l'expression. Depuis longtemps on avait signalé dans la science l'affection de la membrane séreuse de l'appareil nerveux encéphalo-rachidien, avec les symptômes qui la caractérisent, et la production du pus dans le tissu de la pie-mère cérébrale et rachidienne. Sauf les cas où il existe une simple phlegmasie de cet appareil séreux, comme il existe des pleurésies, des péricardites, maladies alors fort différentes de celles dont se sont occupés naguère les médecins militaires, et qui, en particulier, a fourni le sujet de l'important ouvrage de MM. Martinet et Parent-Duchâtelet, la maladie dont sont venus vous entretenir MM. Boudin et Lévy, se montre comme une maladie générale dépendant de l'altération préalable du sang ; les lésions multiples des divers appareils séreux et parenchymateux en sont la preuve, et dans ces cas, les plus nombreux de tous, elle a une grande analogie avec les maladies du genre typhus, avec les fièvres de mauvais caractères. Le traitement antiphlogistique et les émissions sanguines, si favorables dans le cas d'arachnitis spinale ordinaire, sont peu applicables à la méningite cérébro-spinale des médecins militaires.

Après cette appréciation du sujet en question, M. le rapporteur conclut dans ces termes : Le travail de M. Boudin ayant reçu une publicité entière, il n'y a pas à proposer de lui donner une destination spéciale, en le renvoyant au comité de publication ; il doit donc être honorablement déposé dans les archives de l'Académie, pour y être consulté au besoin, et l'auteur vivement remercié pour sa communication. Celui de M. Lévy n'étant qu'un aperçu, plein de mérite sans doute et destiné, comme on dit, à prendre date et à préciser l'opinion du savant médecin du Val-de-Grâce, sur la pathogénie d'une maladie qui occupe à juste titre l'attention des médecins militaires plus particulièrement appelés à l'observer, mais manquant complétement de faits cliniques minutieusement exposés, qui feraient connaître cette maladie, nous proposons d'adresser les plus amples remerciments à M. Lévy pour son intéressante communication, et de déposer sa notice honorablement dans les archives. — Enfin nous émettons le vœu que, dans un prochain concours, l'Académie appelle l'attention des médecins sur la question de la nature, des tendances pathogéniques, de l'anatomie pathologique, du traitement de la méningite cérébro-spinale, assurés que nous sommes de voir reparaître avec honneur dans la lice le savant professeur du Val-de-Grâce et son digne collègue de l'hôpital du Roule.

Ces conclusions sont adoptées

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des signes de la mort et des moyens de prévenir les enterrements prématurés, par M. E. Bouchut, docteur en médecine, ancien interne lauréat, etc. (Ouvrage couronné par l'Institut.) 1 vol. in-12 de 407 pages. — Paris, 1849. — Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Depuis les célèbres lettres dans lesquelles Louis réfutait l'ancienne opinion de l'incertitude des signes de la mort, et établissait sur des observations nombreuses et précises l'existence de caractères et de signes certains, l'œuvre la plus importante, sans contredit, qui ait été publiée sur ce sujet est celle dont nous venons d'inscrire le titre. Dans le Traité des signes de la mort qu'il vient de publier, M. Bouchut fait plus que confirmer par des observations nouvelles la valeur des signes dont l'illustre secrétaire de l'Académie de chirurgie avait donné une détermination si exacte ; il a ajouté à ces signes des signes nouveaux d'une valeur telle que la question du diagnostic de la mort réelle et de la mort apparente peut désormais être considérée comme résolue. Tel est du moins le jugement qu'a déjà formulé l'Académie des sciences sur les belles recherches de M. Bouchut, à l'occasion du concours du prix Manni. C'est en effet le *Mémoire couronné par l'Institut* qui constitue le sujet principal et le fond de ce traité, que l'auteur a complété par l'addition de nombreux documents officiels sur la vérification des décès, d'un recueil nouveau d'observations de mort apparente, et du rapport de la commission. Nos lecteurs connaissent déjà les conclusions de ce rapport ; nous sommes heureux de pouvoir compléter aujourd'hui cet important document par l'analyse du travail de M. Bouchut.

Le Traité des signes de la mort est divisé en quatre parties. Les deux premières, répondant au programme du concours comprennent : 1° l'étude des signes de la mort réelle et de la mort apparente ; 2° la recherche des moyens de prévenir les enterrements prématurés. La troisième partie est consacrée à l'histoire particulière et aux observations des morts apparentes. Le rapport de l'Académie forme la quatrième partie.

Avant d'aborder le fond de son sujet, l'auteur a d'abord voulu établir nettement l'état de la question concernant l'incertitude des signes de la mort et le danger des inhumations précipitées. Pour apprécier le degré réel d'incertitude de ces signes, pour supputer l'étendue et les chances de ce danger, il était nécessaire d'examiner de près les faits sur lesquels s'appuient depuis si longtemps la doctrine de l'incertitude des signes de la mort et la croyance aux histoires d'enterrements précipités. Ces faits, passés au crible d'une rigoureuse analyse, se réduisent en général à des assertions sans preuves, à de vagues traditions ou à quelques erreurs réelles, mais dont la science n'est en rien responsable. L'amour du merveilleux a surtout fait en grande partie les frais de ces histoires lamentables dont on s'est plu à perpétuer le souvenir, tant il est vrai que l'esprit humain est enclin à croire ce qu'il craint avec la même facilité qu'il croit ce qu'il désire. M. Bouchut, en réduisant à leur juste valeur les faits traditionnels d'inhumation anticipitée, n'aura pas seulement contribué à atténuer le sentiment de terreur qu'inspire l'idée seule de la possibilité d'un pareil danger ; il en a pris, en outre, l'occasion de relever la science des injustes accusations d'impuissance dont elle a été l'objet, et de justifier devant l'opinion la mémoire de chirurgiens et d'anatomistes illustres des graves soupçons que l'histoire a fait peser sur leur nom.

Ces quelques pages, empreintes d'un véritable amour de la science qui va jusqu'au sentiment de respect pour les personnes qui l'ont honorée, et d'une foi raisonnée dans la certitude de ses signes et de ses moyens d'investigation, disposent favorablement le lecteur, qui retrouvera dans tout le cours de l'œuvre cet esprit d'appréciation sévère et de scrupuleuse exactitude qui en caractérise le début.

Le terrain une fois déblayé, voici de quelle manière l'auteur expose la série de ses recherches.

M. Bouchut étudie d'abord les signes précurseurs de la mort, c'est-à-dire l'agonie et ses phénomènes extérieurs, dont quelques-uns offrent une constance telle qu'ils ne peuvent laisser aucun doute sur l'imminence de la mort ; mais ces signes, quel que soit leur degré de certitude, n'ont qu'une

valeur secondaire dans la question qu'il s'agissait de résoudre. Arrivons donc de suite aux signes directs de la mort.

A l'exemple de Louis, dont les beaux travaux sur ce sujet ont servi de guide à ses recherches, M. Bouchut a cherché dans l'homme vivant le guide nécessaire à l'étude de la mort; c'est à l'étude raisonnée des phénomènes de la vie qu'il a demandé l'indication des premiers signes de la mort, au lieu de faire comme la plupart des médecins qui, restant purement anatomistes, ont cherché dans la mort même les preuves de sa réalité. Il s'est appliqué en conséquence à découvrir le moment précis de la mort particulière de chacun des trois grands centres vitaux, du cerveau, du poumon et du cœur, pour bien juger de la mort générale d'un individu.

M. Bouchut divise tous les signes de la mort en deux catégories, d'après l'instant de leur manifestation. La première comprend les signes immédiats, la seconde renferme les signes qui se manifestent un peu plus tard, et que pour cette raison il appelle signes éloignés.

Les signes immédiats de la mort résultent de l'observation des phénomènes qui annoncent la cessation des fonctions du cœur, du poumon et du cerveau.

Les signes immédiats qui annoncent la cessation des fonctions du cœur, sont :

L'absence prolongée des battements du cœur à l'auscultation;

La face cadavérique;

La perte de transparence de la main;

L'absence des phlyctènes et d'auréole inflammatoire à la suite des brûlures cutanées.

Le plus important de tous ces signes, sans contredit, c'est la cessation des battements du cœur constatée par l'auscultation. *Cor primum vivens, ultimum moriens*, a dit Haller, qui n'a fait qu'exprimer dans ce peu de mots ce que tous les physiologistes de tous les temps ont reproduit sous toutes les formes. C'est sur cette vérité physiologique que repose tout le système de constatation des signes de la mort. Louis avait déjà dit : « La première recherche que l'on doit faire auprès d'un homme réputé mort, c'est de lui tâter le pouls et de lui appliquer la main sur le cœur... » Il n'y avait qu'un pas à faire pour compléter cette exploration et lui donner la certitude qu'elle n'avait point, c'était d'appliquer le stéthoscope. « C'est en vain, dit M. Bouchut, qu'on chercherait dans la science un seul fait avéré capable d'établir la possibilité de la persistance de la vie après la cessation des battements du cœur à l'oreille. Je n'en ai point trouvé, et j'oserai préjuger assez de l'avenir pour croire à l'impossibilité d'une pareille découverte. » C'est ce qu'il a établi sur un grand nombre d'observations recueillies sur l'homme, et sur de nombreuses expériences sur les animaux. On nous permettra de nous arrêter quelque peu sur le caractère et l'authenticité des preuves que M. Bouchut a invoquées en faveur de cette opinion, ainsi que sur les objections qui pourraient lui être adressées, car c'est là manifestement le point capital de l'œuvre de M. Bouchut, œuvre qui, à son tour, paraît destinée à exercer une influence considérable, et sur l'opinion des médecins qu'elle tend à fixer sur une question depuis si longtemps indécise, et sur les mesures de surveillance auxquelles l'administration devra nécessairement s'arrêter pour rendre désormais impossible tout danger des inhumations précipitées.

Pour bien établir la valeur de ce signe, l'auteur, avons-nous dit, s'est livré à des observations et à des expériences sur les animaux. Ces observations et ces expériences ont eu pour objet l'étude de toutes les modifications que les battements du cœur éprouvent pendant toute la durée des différents états morbides qui peuvent simuler la mort. Elles ont eu toutes pour résultat la constatation constante de ce fait, savoir : que toutes les morts apparentes, et en particulier, celles qui sont dues à l'asphyxie et à la syncope, présentent, quelle que soit la diversité de leurs symptômes, un caractère commun, la *persistance des battements du cœur*. M. Bouchut a constaté que dans la syncope, généralement attribuée, depuis Frédéric Hoffmann, par tous les physiologistes, par Bichat lui-même, à la suspension complète et momentanée des fonctions du cœur, alors même qu'elle était le plus complète et accompagnée de perte de sentiment et de mouvement, avec refroidissement du corps, il n'y avait réellement pas suspension complète des contractions du cœur, mais bien diminution seulement de la fréquence et de la force de ces contractions. Le premier ordre de faits qu'invoque M. Bouchut est celui des nouveau-nés en état de mort apparente, par asphyxie ; de l'aveu de plusieurs accoucheurs la vie n'a pu être rappelée dans ce cas que lorsque les battements du cœur se faisaient encore entendre à la région précordiale; jamais ils n'y ont réussi dans les circonstances contraires, c'est-à-dire lorsque les battements du cœur avaient complétement cessé. Dans divers cas de syncopes les plus complètes et portées si loin que rien ne pouvait au premier aspect distinguer cet état de la mort réelle, M. Bouchut a observé qu'il n'y avait point suspension complète des contractions du cœur, mais seulement diminution dans la fréquence et la force des battements. Il en est de même de ces divers états de syncopes hystériques, de ces sommeils cataleptiques, de ces états comateux désignés généralement autrefois sous le nom de *léthargie*. Dans tous les cas de ce genre que M. Bouchut a pu rencontrer, il a constamment reconnu la persistance des battements du cœur.

Après les observations empruntées à la pathologie, l'inhalation des agents anesthésiques et les expériences physiologiques sur les animaux, ont fourni leur contingent de lumières à la question. Nul agent anesthésique n'a encore pu suspendre les battements du cœur, ils en ont diminué le nombre au point de le faire descendre à 40 et 44. Déjà, dans cette circonstance, tout semblerait indiquer la mort, si n'étaient ces mouvements faibles et obscurs du cœur qui révèlent encore la persistance de la vie.

Les expériences sur les animaux donnent encore une nouvelle force à cette loi. Soit qu'on ait fait périr des animaux par le poison, qu'on les ait asphyxiés par l'électricité ou par strangulation, ou qu'ils aient été assommés, M. Bouchut a toujours vu la vie persister autant que les battements du cœur et disparaître avec eux.

Il résulte, en définitive, des observations et des expériences de l'auteur sur ce premier point, que la persistance des battements du cœur témoigne toujours de la persistance de la vie. L'apoplexie, le coma épileptique ou hystérique, les empoisonnements par les narcotiques, par les poisons diffusibles, par l'alcool, par l'éther, par le chloroforme, par l'acide prussique; la congélation, l'asphyxie et la syncope, sous toutes leurs formes et à tous leurs degrés, toutes les maladies enfin qui ont été citées comme exemples de morts *apparentes*, peuvent être distinguées de la mort réelle par la persistance des battements du cœur.

De cette première proposition à celle qui devait conduire à la détermination des signes certains de la mort, il n'y avait qu'un pas. En effet, s'il est vrai qu'aucun état morbide n'ait la puissance de suspendre les mouvements du cœur, l'absence prolongée de ces battements doit être un signe certain de la mort réelle. C'est ce que les mêmes observations et les mêmes expériences établissent.

Voici quelques-unes de ces expériences :

M. Bouchut a fait périr des animaux par strangulation. Dans cette expérience, les battements du cœur s'éloignaient de plus en plus ; de 350, chez le lapin, ils tombaient à 40 par minute ; une convulsion se déclarait, et lorsque l'immobilité et l'insensibilité de l'animal et l'absence des mouvements respiratoires semblaient indiquer que la mort était accomplie, les mouvements du cœur étaient encore un moment perceptibles à l'auscultation. Mais après une minute d'absence complète de ces battements, l'insufflation de l'air dans les poumons était sans résultat ; l'animal était mort.— Pour observer toutes les modifications que les battements du cœur éprouvent à tous les degrés de l'asphyxie, depuis son début jusqu'au moment où, après avoir présenté un état de mort apparente, l'animal est frappé de mort réelle, deux des membres de la commission, MM. Magendie et Rayer, ont répété un grand nombre de fois l'expérience suivante : ils ont adapté à la trachée artère d'un animal un tube muni d'un robinet qui permettait de tenir ce tube entr'ouvert, de le fermer et de l'ouvrir à volonté. Ils ont constaté, comme M. Bouchut, que, dans la mort apparente résultant de l'asphyxie par privation d'air, il y avait ralentissement des battements du cœur. Ils ont ainsi pu abaisser, chez le lapin, les battements du cœur de 300 ou de 200 jusqu'à 20 ; dans cet état de ralentissement des battements du cœur, la mort réelle succédait à la mort apparente dans un espace de temps qui n'a jamais dépassé deux minutes.

M. Bouchut cite le cas suivant qui, en lui révélant une fois de plus l'utilité de l'auscultation en pareil cas, lui a inspiré l'idée d'une expérience concernant l'influence des mélanges réfrigérants sur le ralentissement des battements du cœur.

Un homme recueilli sur la voie publique, pendant l'hiver, fut apporté à Necker dans un état de mort apparente. La peau des membres était froide, couverte de vergetures livides. Il n'y avait aucun signe de conservation de l'intelligence et de la sensibilité ; les membres étaient dans la résolution la plus complète, la respiration à peine appréciable ; mais à l'aide de l'auscultation, on constata 32 battements du cœur par minute.—Un ralentissement des battements du cœur beaucoup plus considérable encore a pu être produit sur un lapin placé dans un mélange de glace et de sel. L'animal, qui avait de 300 à 350 pulsations par minute, n'avait plus une heure après que 140 pulsations, cinq minutes plus tard 100 pulsations seulement, puis 40 ; puis au bout d'un quart d'heure, on n'entendait plus les battements que toutes les quatre ou cinq secondes. Au bout de vingt minutes, les battements avaient cessé ; l'insufflation pulmonaire par la trachée ne put ramener l'animal à la vie.

Sur un lapin assommé par une forte décharge électrique, ou jeté dans un état de mort apparente par le courant d'un fort appareil électro-magnétique, le stéthoscope permettait de constater l'abaissement des battements du cœur à 30 et 40 par minute, puis l'animal revenait à lui par un peu de repos ; mais si l'on continuait l'expérience jusqu'à la disparition, pendant

plusieurs minutes, des battements du cœur à l'auscultation, la vie cessait et il devenait impossible de la ranimer. — Il en est de même des animaux asphyxiés par strangulation. Si au moment où les battements sont descendus de leur type normal à 40, et où l'animal présente toutes les apparences de la mort, on insuffle la trachée artère, la respiration se rétablit et la vie se réveille ; mais si l'on pousse l'expérience jusqu'à mettre 30 secondes d'intervalle entre deux battements du cœur, et qu'on laisse ensuite écouler une minute entière sans pratiquer l'insufflation, celle-ci devient inutile, car la vie est irrévocablement brisée. — Enfin, les commissaires ont rempli une lacune que M. Bouchut avait laissée subsister dans son travail, en soumettant des animaux à l'action des divers poisons dont l'action énergique et prompte produit presque instantanément tous les phénomènes de la mort apparente et en peu d'instants la mort réelle, tels que le *curare*, la *digitaline*, l'*alcool* injecté dans les vaisseaux, etc. Toutes ces expériences ont donné le même résultat, savoir : la mort par suite de la cessation plus ou moins brusque des mouvements du cœur, mort indiquée par la cessation des bruits cardiaques, et la persistance des battements du cœur lorsque la mort n'était qu'apparente.

Parmi les autres signes immédiats de la mort que l'auteur passe successivement en revue, nous mentionnerons seulement comme lui ayant paru, après la cessation des battements du cœur, avoir le plus de valeur, le relâchement simultané de tous les sphincters et l'affaissement des yeux avec obscurcissement de la cornée. Il a surtout étudié avec un grand soin le premier de ces deux signes, auquel il paraît attacher une certaine importance. Plusieurs sphincters, suivant lui, peuvent être paralysés pendant la vie ; mais on n'observerait jamais, chez le vivant, le relâchement simultané des muscles des ouvertures naturelles et celui de l'iris. Quant à ce qui concerne les signes éloignés, l'auteur n'a fait que confirmer et valider par de nouvelles observations la valeur des signes admis par tous les médecins légistes.

En résumé, suivant M. Bouchut, il y a des signes certains de la mort. Ces signes sont immédiats ou éloignés. Les uns et les autres se rattachent à la mort particulière du cœur, du poumon et du cerveau. Les signes immédiats sont : 1° l'absence prolongée, une ou deux minutes, des battements du cœur à l'auscultation, la face cadavéreuse ; 3° la décoloration de la peau ; 4° la perte de transparence de la main ; 5° l'absence d'auréole et de phlyctènes dans les brûlures cutanées ; tous signes dépendant de l'interruption définitive des battements du cœur. La cessation des battements du cœur, à l'auscultation, serait, d'après M. Bouchut, le meilleur des signes immédiats de la mort.

Les signes dépendant de la cessation des fonctions pulmonaires sont en général d'une médiocre importance. Parmi les signes qui dépendent de la cessation des fonctions du cerveau, il en est deux seulement qui méritent l'attention : ce sont le relâchement simultané de tous les sphincters et l'affaissement des yeux avec l'obscurcissement de la cornée par une toile glaireuse.

Les seuls signes éloignés, qui aient une importance absolue par leur certitude, sont la rigidité cadavérique et l'absence de l'irritabilité musculaire sous l'influence des agents galvaniques, dépendant de la cessation des fonctions du cerveau.

Enfin comme derniers et les plus certains viennent l'affaissement des parties molles sous l'influence de la pesanteur et la putréfaction.

Tel est l'ensemble des faits acquis par les recherches expérimentales auxquelles M. Bouchut s'est livré sur les signes de la mort. Nous aurions mauvaise grâce à venir, après les membres de la commission académique, peser et scruter un à un les faits et les arguments à l'aide desquels M. Bouchut est parvenu à formuler ses conclusions. Pour nous restreindre au rôle d'analyste et d'historien, que seul il nous convenait de remplir dans cette circonstance, il nous reste à faire connaître les points sur lesquels la commission n'a fait que sanctionner par ses propres recherches les résultats constatés par M. Bouchut, ceux sur lesquels il s'est élevé entre l'auteur et ses juges quelque divergence.

Les commissaires, partageant entièrement l'avis de M. Bouchut sur le premier point, sur la valeur de la cessation définitive des battements du cœur comme signe certain de la mort, ont pensé néanmoins qu'il pouvait être utile, pour aller au-devant de toutes les objections, de fixer à l'absence des battements du cœur une limite au delà de laquelle il ne put plus rester aucun doute sur sa valeur séméiologique. Il est résulté des observations de l'un d'eux à cet égard que, dans un grand nombre d'agonies, dans le moment de silence qui suit la dernière expiration, le maximum d'intervalle entre les derniers battements du cœur a été de six à sept secondes. D'après ces recherches, ils ont fixé à *cinq minutes*, c'est-à-dire à un espace de temps cinquante fois plus considérable que celui qui a été fourni par l'observation, la limite au delà de laquelle la mort peut être déclarée réelle ; et pour plus de garantie encore, ils ajoutent, comme condition de validité de ce signe, que l'absence des battements du cœur pendant ce laps de temps, *soit immédiatement suivie, si elle n'en a pas été précédée, de la cessation de la respiration et de celle des fonctions du sentiment et du mouvement.* Cette dernière clause, qui ne fait que compléter d'ailleurs la pensée évidente de l'auteur, nous paraît d'autant plus utile à exprimer, qu'elle va au-devant d'une objection qu'on n'eût peut-être pas manqué d'adresser à la proposition de M. Bouchut, savoir qu'il existe, s'il faut en croire certains auteurs, quelques affections, telles que la fièvre jaune, l'asthme thymique, dans lesquelles on n'a pu percevoir les battements du cœur à l'auscultation pendant un long espace de temps, bien que la persistance de la respiration ou d'autres phénomènes vitaux témoignât d'une manière évidente de la persistance de la vie.

Quant aux autres signes immédiats de la mort admis par M. Bouchut, les commissaires ont pensé qu'ils n'offraient point un degré suffisant de certitude pour les placer au même rang que le précédent. Quelques-uns de ces signes, notamment l'affaissement du globe de l'œil et la toile glaireuse qui recouvre la cornée, s'observent en effet dans l'agonie de plusieurs malades, et avant même l'agonie, comme dans le choléra par exemple, ainsi que chacun de nous a pu s'en convaincre tout récemment.

La seconde partie du travail de M. Bouchut devenait aisée par le fait même de l'accomplissement de la première ; car elle n'en est en quelque sorte que la déduction logique. Du moment où l'on possède un signe certain de mort dont la manifestation précède ordinairement de longtemps la putréfaction générale du corps, il n'est plus nécessaire d'attendre le développement de ce phénomène pour déclarer le décès et procéder à l'inhumation.

Il en résulte également l'inutilité d'établir des maisons mortuaires semblables à celles que l'on a instituées, à titre d'essai, en Allemagne ; mais la superfluité de ces dernières précautions est un motif de plus pour insister sur la nécessité d'étendre à toutes les communes de France le service de constatation des décès, qui n'existe jusqu'ici qu'à Paris et dans les grandes villes, et de ne confier ce service qu'à des médecins, seuls aptes à constater les signes immédiats de la mort. — C'est là la conclusion générale de cet important travail, sur laquelle l'auteur et les commissaires appellent d'un commun accord l'attention des médecins et celle du gouvernement.

Après la haute sanction qu'a reçu le livre de M. Bouchut, nous n'avons plus qu'à le signaler à notre tour à nos confrères comme l'une des œuvres les plus consciencieuses et les plus utiles qui aient été publiées dans ces derniers temps.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX A PARIS.

	Hôpitaux civils.			Hôpitaux militaires.	
Dates.	Entrées.	Décès.		Entrées.	Décès.
28 sept. . . .	9	6	Pour 7 jours.	2	1
29 — . . .	10	7			
30 — . . .	4	3			
1er oct. . . .	10	9			
2 — . . .	12	6			
3 — . . .	15	6			
4 — . . .	7	7			
	67	44			

— On lit dans le Journal de Médecine de Bordeaux :

BULLETIN DU CHOLÉRA A BORDEAUX DEPUIS LE 21 AOUT JUSQU'AU 20 SEPTEMBRE.

Déjà, il y a un mois, en voyant la dysenterie prendre un grand développement, nous avions prévu que la maladie asiatique allait diminuer.

» Aujourd'hui un temps d'arrêt bien prononcé redouble nos espérances. En effet, à l'hôpital Saint-André, on n'a plus compté,

» Du 21 au 31 août, que 12 cas, sur lesquels 8 morts ; et du 1er au 10 septembre seulement, 3 cas, tous morts.

» Un malade entra le 2 septembre et les deux autres le 9. — Tous morts dans les 24 heures.

» Depuis, aucun nouveau cas ne s'st montré.

» En ville, on a compté,

du 21 au 31 août . . . . . . 47 cas de mort.
du 1er septembre au 10. . . 23 —
du 11 au 20. . . . . 7 —

» En récapitulant depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 20 septembre, nous trouvons 510 morts.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MALADIES DE L'UTÉRUS.

Il y avait longtemps que l'Académie n'avait donné le spectacle d'une discussion importante, capable de tenir en éveil l'attention un peu blasée du public. La plupart des rapports lus depuis plusieurs mois ont été accueillis avec une indifférence, ou peut-être bien un accord d'opinions, peu favorable à l'animation des séances, et si M. Rochoux n'eût été là, ils auraient passé presque tous sans la moindre observation. En voici un, enfin, qui paraît devoir servir de texte à un débat assez sérieux. On peut le conjecturer du moins d'après cette circonstance que les premiers coups n'ont pas été jugés suffisants, et que rendez-vous a été pris à la séance prochaine pour un assaut dans les règles.

L'occasion de ce débat a été un rapport de M. Hervez de Chégoin, et le sujet en discussion est la pathologie de l'utérus. M. le docteur Baud avait adressé à l'Académie, sur les déviations et les engorgements de cet organe, un travail destiné à montrer que la plupart des affections utérines, loin d'avoir pour principe une phlegmasie locale, ainsi qu'on l'a tant répété il y a quinze ou vingt ans, sont sous la dépendance exclusive d'un état morbide général, et que, de plus, le travail pathologique qui s'établit du côté de la matrice n'a pas pour résultat à peu près constant, comme on le croyait encore, l'engorgement du col. L'auteur n'excepte pas de cette subordination étiologique les déplacements mêmes de l'organe; il les croit liés presque toujours, comme les autres lésions, à une disposition générale de l'économie, telle que la disposition lymphatique ou scrofuleuse.

Au milieu des observations contradictoires déjà échangées à l'Académie au sujet de ces opinions, admises d'ailleurs, quoique avec restriction, par le rapporteur, il est un point sur lequel tout le monde a paru d'accord : c'est la fausseté des idées et l'inexactitude des faits sur lesquels roulait autrefois, pour beaucoup de praticiens, la thérapeutique des affections utérines; car, il faut bien l'avouer, ce ne fut pas seulement l'erreur d'un chirurgien célèbre, ce fut celle d'une partie notable de la génération médicale entraînée et séduite, et nous avons entendu un bon et respectable vétéran de la chirurgie française s'accuser honnêtement de n'avoir pas rendu justice en son temps au promoteur de ces doctrines et de cette pratique si décriées aujourd'hui. C'est l'histoire de ces deux auteurs qui se disputaient la propriété d'un drame avant la représentation, et qui après *plus n'ont voulu l'avoir fait l'un ni l'autre*. En réalité, cet engouement a eu de fâcheuses conséquences. On soumettait aux traitements les plus énergiques de pauvres femmes qui auraient donné le double du sang qu'on leur tirait chaque mois pour courir le monde, et qui ne s'en seraient que mieux portées; et, chose plus grave, on multipliait les opérations les plus périlleuses. M. Gibert a raconté l'histoire d'une dame à laquelle on avait proposé l'ablation du col utérin comme unique moyen de salut, et qui, s'y étant heureusement refusée, jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

Sur ce point donc, accord parfait : on abusait déplorablement de l'engorgement du col de l'utérus. Mais quelles dissidences se sont produites, dès que les honorables orateurs ont essayé de pénétrer dans les entrailles de la question ! Et comme la chirurgie qui se pique de certitude est peu en état d'en remontrer, sur cette question-là du moins, en attendant les autres, à sa sœur la médecine.

M. Velpeau implore en vain depuis vingt ans un exemple avéré, anatomiquement constaté, d'engorgement chronique de l'utérus, hors les cas de cancer, de fongus, de tumeurs fibreuses et des phlegmasies aiguës. M. Malgaigne en dit autant ou peu s'en faut de l'engorgement du corps, mais il admet l'engorgement chronique du col. M. Hervez admet l'un et l'autre.

Suivant M. Velpeau, il n'existe que deux grandes classes de lésions du col utérin, les affections cancéreuses et les végétations ou granulations. M. Malgaigne a rappelé l'ulcération primitive et M. Gibert la leucorrhée simple ou catarrhale !

Pour M. Gibert, comme pour l'auteur du mémoire, la médication doit être, dans la très-grande majorité des cas, surtout générale ; elle doit s'attaquer aux diathèses lymphatique, strumeuse, dartreuse, syphilitique, etc. Cela n'empêche pas qu'on ne puisse et qu'on ne doive ordinairement recourir à certains moyens locaux, aux injections froides, aux bains de siége froids pour combattre la congestion *passive* du col; mais les moyens les plus énergiques, par exemple, la cautérisation, si employée aujourd'hui, sont inutiles souvent, quelquefois nuisibles; et il est même des leucorrhées favorables à l'entretien de la santé et qu'il faut respecter tant qu'elles ne sont pas très-abondantes. Pour M. Velpeau, au contraire, la médication locale doit primer la médication générale; et comme il s'agit presque toujours de granulations du col, c'est aux caustiques, plus spécialement au nitrate acide de mercure, qu'il faut se hâter de recourir.

Ce n'est ici qu'un simple aperçu de la discussion. Comme elle doit continuer mardi prochain et qu'elle sortira sans doute des généralités pour pénétrer davantage dans le vif du sujet, il est inutile de nous y arrêter longuement aujourd'hui. Nous avons à cœur seulement de dire tout de suite notre opinion sur les principales questions soulevées jusqu'ici, sauf à la développer plus amplement dans nos appréciations ultérieures.

1° Existe-t-il des engorgements chroniques du corps de l'utérus, c'est-à-dire des engorgements indépendants du cancer, du fongus, des tumeurs fibreuses, des phlegmasies aiguës? — Oui, sans aucun doute, mais très-rarement. On rencontre, par exemple, des jeunes femmes, chez lesquelles le corps utérin, ne se débarrassant qu'avec peine et lentement du sang menstruel, acquiert à chaque époque un certain degré de développement, et finit par devenir assez volumineux et assez lourd pour déterminer de l'abaissement. Cette espèce d'engorgement cède à l'emploi des douches froides et astringentes et à un traitement général consistant surtout dans l'administration du seigle ergoté et du fer pendant les dix ou douze jours qui suivent les règles.

2° Existe-t-il des engorgements chroniques du col? — Oui ; il est des cas où le col de l'utérus acquiert un volume anormal, en l'absence de toute autre altération. Alors, les petites saignées répétées, principalement après l'époque menstruelle, les sangsues appliquées sur le col, sont vraiment indiquées. Mais de tels exemples ne sont pas communs, et presque toujours l'engorgement du col n'est que l'effet secondaire d'une altération plus grave, cancer, fongus, etc.

Feuilleton.

LE RÉSULTAT D'UNE COMMUNICATION A L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

On prie les personnes qui auraient trouvé une observation, perdue à l'Académie de médecine, de la rapporter à la GAZETTE MÉDICALE : il y aura une récompense.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez bien raison quand vous gourmandez les lenteurs de notre illustre Académie, et surtout de MM. les rapporteurs, si fort en retard de leur besogne *qu'ils l'avaient oubliée!* (Voir le *Feuilleton* de la GAZETTE MÉDICALE, 22 septembre.) Vous avez plus raison encore quand vous plaignez ces pauvres auteurs de mémoires ou d'observations, qui n'oublient pas, eux, dans l'attente d'un jugement. Et à cette occasion, je viens vous prier de vouloir bien vous intéresser à une malheureuse observation, adressée à l'Académie en juin 1845, et de m'en procurer, s'il vous plait, des nouvelles, ce qui vous sera facile, vu votre position.

Voici le fait. Il y a quelques années (l'observation dit quelques mois), un enfant de 3 ans (il en a plus de 7 aujourd'hui) fut pris *tout à coup* de toux incessante et de dyspnée, en mangeant des tendons de veau. Sa face devint livide; ses yeux sortaient des orbites; il étouffait, s'engourdissait à vue d'œil, et il allait sans doute perdre connaissance, lorsque la mère, femme intelligente et d'exécution, le prit par les pieds et le suspendit, la tête en bas. Au même instant un morceau de cartilage ou tendon de veau, qu'on compara, pour la forme et pour le volume, à une dent canine d'adulte, fut rejeté avec force par la bouche et alla tomber à deux ou trois pas.

Je fus frappé de cette inspiration maternelle et enchanté du résultat. Que le corps étranger eût pénétré ou non dans le larynx, car le diagnostic n'était peut-être pas absolument incontestable, peu m'importait. Le moyen me parut neuf et bon pour un cas de corps étranger dans le larynx.

Vous devinez mes réflexions ; l'action de la pesanteur, qui s'ajoute à la force de l'air expiré pour chasser le corps étranger, la tête étant en bas, tandis qu'elle tend à enfoncer ce corps de plus en plus, le sujet étant debout.

Puis le moyen est à la portée de tous; expéditif au point d'agir vraisemblablement tout de suite ou pas du tout, ce qui semble éloigner le risque d'une congestion cérébrale.

J'ignorais alors bien qu'elle fût dans les journaux, l'histoire de l'ingénieur anglais Brunel, débarrassé, dans le même temps et de la même manière, d'une pièce de monnaie qui s'était introduite dans son larynx. Je l'aurais sue, qu'il m'importait peu, la découverte n'étant pas mienne, si toutefois il y avait découverte.

Avant de m'adresser à l'Académie, je voulus voir si le moyen était connu;

3° Existe-t-il des leucorrhées simples, de véritables catarrhes, de la muqueuse du col, et ces leucorrhées constituent-elles parfois des écoulements salutaires qu'on ne saurait supprimer par des moyens locaux sans dommage pour la santé? — Oui encore. Le traitement de ces leucorrhées consiste surtout, presque exclusivement, dans la médication tonique générale. La médication locale ne doit venir que longtemps après, quand déjà la diminution spontanée de l'écoulement accuse une modification opérée sur l'économie par les moyens généraux; et encore faut-il bien s'assurer que cette addition au traitement ne hâte pas la suppression du flux muqueux au détriment de quelque organe important ou de l'organisme tout entier. Mais il faut reconnaître que le plus souvent l'écoulement utérin, la rougeur et le gonflement du col sont liés à la présence de granulations, analogues à celles qui, à la face interne des paupières, entretiennent une sécrétion muqueuse, la rougeur et le gonflement du bord palpébral. Dans ce cas, qui est, nous le répétons, de beaucoup le plus commun, il faut agir précisément comme on agit contre l'ophthalmie granuleuse; tonifier l'organisme, mais surtout cautériser les granulations. A l'utérus, comme aux paupières, la cautérisation, non-seulement hâte énormément la guérison, mais elle en est la condition presque indispensable.

REVUE GÉNÉRALE.

QUELLES POPULATIONS DOIT-ON APPELER EN ALGÉRIE ?

Le peuplement, la colonisation et l'européisement de l'Algérie sont une question de races humaines.

Donc examinons celles qu'il faut y attirer.

L'histoire prouve depuis des siècles que la race blonde vit et se perpétue difficilement sur les pays chauds.

Pendant l'antiquité, le moyen âge et les temps modernes, l'Italie, la Grèce et l'Orient furent le tombeau des armées gauloises et germaniques. Un ou deux étés absorbaient les troupes les plus belliqueuses, les immigrations les plus nombreuses.

Les croisades reproduisent ce fait incontestable.

Indépendamment de toutes circonstances, les croisés de race blonde, tels que les Anglais, Allemands, Suédois, Français du nord et de l'est, succombaient bien plus vite que les méridionaux.

Les Provençaux et Gascons formant les milices de Raymond, comte de Toulouse, à la prise de Jérusalem, s'étaient conservés sans grandes pertes, lorsque les croisés du nord avaient été décimés par les maladies.

Les Italiens de Bohémond résistèrent au climat de la Syrie et de la Palestine, durant le cours de la première croisade, lorsque autour d'eux les croisés du nord étaient accablés par le climat.

Au quinzième et seizième siècles, les soldats de Charles VIII, de Louis XII et de François Ier, eurent en Italie le sort des armées germaniques et gauloises. La furie française d'abord triomphait des hommes, après quoi les chaleurs et les épidémies nous réduisaient à néant.

Si l'armée d'Italie, sous les ordres de Bonaparte, éprouva moins de mortalité que les armées précédentes, c'est qu'elle était composée de Français méridionaux.

Il était reconnu, aux seizième et dix-septième siècles, que sur 10 Européens allant vivre aux Antilles, il mourait 4 Anglais, 3 Français et 1 Espagnol.

Pourquoi cette différence? Parce que l'immense majorité de la nation anglaise appartient à la race blonde, qu'une forte portion des immigrants français étant de la Bretagne, de la Normandie et de l'Artois, étaient aussi, eux, de race blonde, tandis qu'au contraire la presque totalité de la nation espagnole est de race brune.

En 1802 et 1803, le climat de Saint-Domingue détruisit l'expédition française s'élevant au-dessus de 33,000 hommes.

Les troupes, restes des armées du Rhin et de Sambre-et-Meuse, avaient été recrutées dans les départements du nord et de l'est, c'est-à-dire là où la race blonde est dominante.

Si elles avaient été tirées de l'armée d'Italie ou de nos provinces méridionales, la fièvre jaune, la dyssenterie et autres maladies tropicales ne les auraient pas enlevées aussi rapidement.

15,000 soldats périrent en deux mois; 1,500 officiers moururent dans le cours de l'expédition.

Depuis l'émancipation des esclaves aux colonies anglaises, des sociétés, sous le patronage du gouvernement, dirigent les émigrants sur les Antilles britanniques. Or les enquêtes relatives à l'acclimatement des travailleurs établissent que la mortalité des Allemands et des Français est à la Jamaïque de 5, et que la mortalité des nègres venus de Sierra-Leone est de 1.

A plusieurs époques, la moitié des Irlandais a succombé dès la première année; le reste n'a pas tardé à se démoraliser et à se fondre successivement.

Les missionnaires baptistes, consultés au sujet de l'introduction des travailleurs européens à la Jamaïque, ont déclaré *qu'en attirer était une cruauté.*

L'expression est vraie, car l'expérience de plusieurs années démontre que les immigrants du nord de l'Europe périssent la plupart sous l'action du climat colombien.

A la Jamaïque, la mortalité des garnisons anglaises fut souvent chaque année de 13 pour 100, quelquefois même de 25 pour 100. Depuis quelques années elle est moins considérable; mais cela tient à ce que les soldats anglais ne travaillent point à la terre, et sont conséquemment moins exposés aux émanations du sol que les travailleurs occupés de culture. Cela tient encore à ce qu'une troupe régulière, sévèrement disciplinée, est astreinte à des précautions hygiéniques qui manquent nécessairement aux travailleurs ou immigrants libres.

La population blanche aux Antilles françaises était :

	En 1778,	En 1843,
Guadeloupe et dépendances,	de 12,700	de 8 à 9,000
Martinique.	12,000	8,887

Aux Antilles anglaises, la population blanche était :

---

cela me semblait peu croyable, puisque je n'en avais aucune idée après avoir vécu des années auprès des sommités chirurgicales de Paris.

Je me mis à feuilleter tout ce que j'avais d'auteurs à ma disposition, à partir des mémoires de l'Académie de chirurgie; le deuxième mémoire de Louis (t. IV); celui d'Hévin (t. I), bien qu'il traite principalement des corps étrangers dans l'œsophage; les observations de Lescure dans le tome V; les articles de MM. Breschet (Dict. en 60 vol.) : Boyer (Tr. des mal. chir.); Marjolin (Brouchot, Dict. en 21 vol.); Bégin (Nouv. él. de chir. — Dict. de méd. et de chir. prat.); Samuel Cooper (*Bronchotomy*, Dict. of pract. surgery); enfin, l'ouvrage de Chélius.

Une fois sûr que l'idée, toute naturelle qu'elle fût, n'était pas répandue dans la science; je me décidai à en écrire à l'Académie de médecine. Je joignis au fait mes recherches et mes réflexions, le pour et le contre. J'espérais que ce serait le point de départ d'une discussion plus lumineuse et plus approfondie au sein de l'Académie, et je ne demandais pas autre chose.

Il me semblait, voyez ma naïveté! que cela allait de droit. Si un fait en médecine est neuf ou rare, si une idée est utile ou semble devoir l'être, qui en jugera, si ce n'est l'Académie de médecine? Et à vrai dire l'Académie de médecine est-elle faite pour autre chose?

D'abord cet espoir sembla vouloir se réaliser. Ce qui regarde les bureaux s'expédia vite, et dès le 7 juin, toujours 1845, je reçus une lettre signée Pariset, par laquelle j'appris que « mon travail avait été remis à une commission; qu'une fois le rapport fait, s'il m'était favorable, comme on n'en doutait pas, on s'empresserait de m'en donner communication. » On n'est pas plus poli ni plus expéditif.

M. Pariset n'en put faire davantage, d'autant plus qu'il mourut. Mais l'Académie vivait! et je me gardai bien d'en croire les mauvaises langues, qui mettaient en doute son zèle et son activité. Ah! bien oui. Aussitôt écrit, aussitôt répondu : cela allait tout seul.

Pourtant, le rapport se faisant attendre, au bout de quelques mois j'écrivis directement à celui de MM. les commissaires qui avait dû s'en charger, comme chirurgien. Il était jeune encore, plein de zèle pour la science, plein de bienveillance pour ceux qui la cultivent. Or j'avais l'honneur d'être connu de lui personnellement, et je lui fis tenir ma lettre en mains propres; j'étais sûr de mon affaire. Je sus par mon messager verbalement que M. X... était bien le rapporteur désigné; qu'il prenait le plus grand intérêt à la question et à mon travail; qu'il allait faire son rapport prochainement, dans une des premières séances.

Voilà qui allait bien. La question allait se débattre, l'idée allait surgir après un petit plongeon. Et chaque semaine je lisais, avec cet intérêt d'auteur que vous imaginez, avec cette ardeur du philanthrope qui croit être utile (pas moins que cela), les comptes rendus de l'Académie.

J'attendais toujours, et je commençai à soupçonner qu'à l'Académie de médecine les bureaux, usurpateurs comme partout, avaient absorbé pour eux toute l'activité, au grand détriment de la médecine, réduite à l'inertie par un balancement bien connu dans les forces vitales; de telle sorte que l'Académie se réduirait à un bureau de correspondance bien tenu, d'où l'on vous répond très-exactement : *Nous avons reçu votre envoi en date du...* et puis c'est tout;

	En 1878.			En 1841.
De	2,300	à Saint-Lucie	et de	1,200
(en 1775).	18,500	à la Jamaïque		32,000
	10,000	à la Barbade		16,600
(en 1741)	3,538	à Antigoa		2,800
	500	à Saint-Vincent		1,600
	400	à Tabago		725
	1,574	à la Dominique		950
	1,800	à Saint-Christophe		2,000
	1,000	à Montferrat		830
	39,612			58,705

Ainsi, à partir de 1778, la population blanche a diminué aux Antilles françaises; elle a peu augmenté aux Antilles anglaises, malgré de nombreux immigrants.

Nous ne tiendrons pas compte du mouvement de la population blanche aux Bermudes, aux Lucayes et au groupe de Bahama, parce que le chiffre, en 1778, nous en est inconnu.

A l'exception des îles Nœvis, Saint-Martin, Saba, Ibe-Croix, Curaçao, qui ont un sol pierreux, peu riche en humus, sans eaux stagnantes et sans miasmes paludéens, on admet en principe que, dans les Antilles anglaises, suédoises et françaises, danoises et hollandaises, la population blanche reste stationnaire par le fait des naissances et des décès des colons. Mais à Porto-Rico et à Cuba, depuis 1778, la population blanche s'est accrue continuellement.

En 1778 à Porto-Rico, elle était de	38,654
En 1840, elle était de.	200,000
A Cuba, en 1778, elle était de. . .	95,274
En 1840, elle était de.	418,291

Pourquoi ici s'augmente-t-elle au point de doubler en seize ans et en dix-huit ans, tandis que là elle demeure stationnaire?

Cependant les conditions territoriales, géohraphiques et climatériques sont les mêmes pour Cuba et Porto-Rico que celles des autres Antilles. Constamment l'organisation sociale y fut plus relâchée que dans les autres îles européennes; néanmoins les blancs s'y multiplient de jour en jour.

Pourquoi ce contraste?

Parce que Cuba et Porto-Rico sont peuplés d'Espagnols, parce que les Espagnols sont de race brune, et les Européens, ci-dessus nommés, tiennent plus spécialement à la race blonde.

Le système économique des uns et des autres fut une conséquence de leur origine.

Les blonds n'ont pu se livrer à l'agriculture sans perdre beaucoup de monde; les bruns ont pu exploiter le sol sans essuyer des pertes sensibles; les premiers furent impérieusement forcés de recourir à l'esclavage des noirs; les seconds l'ont moins employé, car ils résistent aux défrichements et à la culture.

Aux îles espagnoles, la population européenne est égale à la population africaine.

Aux îles anglaises, françaises, danoises, hollandaises et suédoises, la population européenne est dans la proportion de 1 à 12 ou 13, par rapport à l'africaine.

Si Cuba est la reine des Antilles, si avec une population européenne progressivement croissante, elle tend à posséder un jour quelques millions d'habitants et à devenir une nation indépendante, c'est que ses colons européens sont de race brune.

La destinée des Antilles dépend d'une question de race. La blonde ne s'y acclimate pas, car elle perd une portion de ses qualités prolifiques, elle ne s'y multiplie pas; en restant stationnaire quant aux naissances et aux décès, elle vit contre nature, elle ne cultive pas elle-même le sol.

Donc il est juste qu'elle cède la place à celles qui s'y acclimatent, s'y multiplient et mettent le sol en valeur: or ces races sont les Européens bruns et les nègres.

Le droit de posséder la terre est départi à ceux qui peuvent la fertiliser et la rendre productive.

L'absorption des blonds dans tout l'archipel colombien arrivera donc infailliblement.

L'Européen blond s'acclimate aussi difficilement sur les autres contrées du globe, lorsqu'elles rentrent dans la classe des pays chauds, c'est-à-dire ceux dont la température moyenne, pendant quatre à cinq mois et davantage, est à 26 degrés centigrades et au-dessus.

En 1717 et 1718, plusieurs milliers de Français et d'Allemands moururent à la Louisiane, lorsqu'on entreprit de la coloniser d'après le plan de Law.

Aujourd'hui la mortalité est encore énorme sur les Allemands et Français qui font les défrichements dans les États méridionaux de l'Union anglo-américaine.

En 1703, 12,000 Allemands et Français furent envoyés à la Guyane pour la coloniser; presque tous périrent dès les premiers mois de leur arrivée.

Actuellement, notre colonie, Cayenne et Guyane réunies, n'a pas plus de 1,200 blancs.

Les Hollandais, au dix-huitième siècle, perdirent beaucoup de monde, lorsqu'ils colonisèrent Berbice, Surinam, Essequebo. Les Anglais eurent aussi, eux, une forte mortalité, quand ils s'emparèrent des possessions hollandaises.

Maintenant ces deux peuples ont peine à augmenter leur population blanche, malgré une meilleure hygiène et une connaissance plus approfondie du climat. Les colons guyanais d'Angleterre et de Hollande sont forcés de rentrer en Europe, après quelques années de séjour à la Guyane. Leurs forces s'épuisent, ou bien ils contractent des maladies incurables sur les lieux. Le déplacement leur devient nécessaire.

A Sierra-Leone, les maladies ont enlevé quelquefois annuellement 98 sur 100 soldats anglais. Depuis la première occupation, nonobstant la bonne santé des troupes à leur débarquement, la moitié de la garnison y succombe chaque année, soldats, officiers, gouverneur. Sierra-Leone est, à l'égard des Anglais, un véritable charnier pestilentiel. Les noirs y résistent; leur nombre est de 50,000 habitants.

A Batavia, de 1730 à 1752, on croit qu'il est mort un total de onze cent mille âmes. Ce chiffre est sans doute exagéré; toutefois Raynal porte à 87,000 le nombre des matelots et soldats décédés à l'hôpital depuis 1714 à 1776. Batavia fut assaini sous l'administration du général Van-der-Capellen; cela n'empêche pas qu'une foule de Hollandais n'y meurent de mort subite, et que l'immense majorité d'entre eux n'y vivent pas 20 ans, quand ils sont originaires d'Europe.

---

idées saugrenues sans doute, que vous voudrez bien excuser comme académicien. Vous savez ce que c'est que les faits vus de loin: on les interprète comme on peut, en raisonnant d'après la vraisemblance.

Au bout d'un an ou un peu plus, je m'avisai d'un expédient. Je m'adressai à un académicien distingué, M. Guéneau de Mussy, homme bon et exact par excellence, dont l'obligeance m'était connue. Je pensais que son intervention, son caractère, réveilleraient le zèle de la commission. Je sus promptement de lui que mon rapporteur allait parler... *dès que l'Académie serait hors de la discussion de la peste.* Cela n'est pas d'hier, comme vous voyez; et, au train dont allait la discussion, cela ne promettait pas un rapport bien prompt. Il en serait d'autant meilleur sans doute, l'auteur ayant tout le temps de méditer la question: c'est ainsi que je me consolai.

Enfin la discussion se termina. Après tant de séances, la peste, qui avait posé complaisamment, comme pour un bon portrait, s'en retourna comme elle était venue, les mains vides.

Je me remis à lire les comptes rendus ligne par ligne, guettant mon nom ou tout au moins moins mon idée. J'en fus pour mes frais de lecture, lecture toujours profitable assurément, où chaque mot vaut de l'or. Mais voyez si mon observation a du malheur! Après la mort du secrétaire perpétuel, qui l'avait si bien accueillie, quelques années s'écoulent, et j'ai la douleur de voir périr encore mon rapporteur silencieux! J'en eus quelques remords. Comme il est évident que MM. les académiciens, les rapporteurs surtout, ne suffisent pas à la besogne et qu'ils succombent à la peine, j'imaginai naturellement que si le mien m'avait donné quelques minutes, soit pour lire le travail, soit pour méditer le rapport, qu'il méditait sans aucun doute, j'étais pour quelque chose dans sa mort. Avis à MM. les praticiens qui s'adresseraient légèrement à l'Académie, sans calculer la portée de ces communications.

Maintenant, à défaut de mon rapporteur, je voudrais, s'il était possible, ressusciter l'idée; et je m'adresse à vous, monsieur le rédacteur, je m'adresse à tout votre courage pour que vous veuillez bien à votre tour entreprendre un voyage de découverte et vraisemblablement de long cours, à la recherche de mon observation. Je vous dirais bien le nom du second commissaire, mais je crains de lui porter malheur; et après avoir vu périr deux académiciens zélés, qui ont bien voulu s'occuper de cette fatale observation, de faire une troisième victime.

Je sais que cette idée ne vous arrêtera pas. Votre zèle à vous, bien éprouvé, en a vu et affronté de plus rudes pour les progrès de la science. Quand vous aurez retrouvé mes paperasses, vous joindriez cela au fait de Brunel, sur lequel vous saurez sans doute vous procurer des éclaircissements et des détails, qui ont manqué à la presse médicale. Vous mériteriez bien des praticiens si vous vouliez alors ouvrir dans la GAZETTE, à défaut de l'Académie, une discussion sur le sujet; je m'estimerais heureux d'avoir pour ma part posé très-humblement la question. Les deux faits se soutiennent loin de se nuire. Si l'on admet le mien, malgré ce qui manque au diagnostic pour atteindre la certitude absolue, cela fait deux cas, deux exemples de succès.

Et pourtant si l'Académie voulait bien, si vous pouviez, vous monsieur l'académicien, prendre l'initiative et y porter la question, avec les études que vous sauriez faire, vous conviendrez avec moi que cela vaudrait encore mieux, et que

Dans l'Indoustan, on a remarqué que les enfants créoles, nés de parents anglais, n'atteignent pas leur dix-huitième année.

Par contre, nous voyons les bruns et Européens de naissance, résister à la première occupation du sol, et se propager généralement sur les pays chauds.

Ainsi :

Les Portugais, au Brésil, montent à 13 ou 14 cent mille âmes. Quoique le climat soit aussi chaud et aussi humide que celui de l'Indoustan, non-seulement ils s'y multiplient ; mais encore on y voit des familles qui datent de deux cents à deux cent trente ans.

A Goa, et quelques autres points des Indes orientales, leur nation s'y maintient par les naissances sur les lieux depuis le quinzième siècle.

Dans la Colombie, au bord de l'Orénoque, 4,000 Espagnols vivaient sur les missions que les jésuites avaient fondées au dix-septième siècle. Ils peuplaient, malgré le climat chaud et humide de cette contrée.

A Loando, à Benguela, et autres localités de la Guinée, les Portugais se propagent généralement. Leurs colons ou soldats meurent en moins grand nombre que les soldats ou marins, ou résidents anglais qui habitent cette côte.

Quelques familles européennes se perpétuent aux Guyanes anglaise et hollandaise, depuis les premiers temps de l'occupation coloniale ; mais il faut remarquer qu'elles sont d'origine juive, et conséquemment appartiennent à la race brune.

Plusieurs de nos premiers colons aux Antilles sont de sang israélite, et c'est parce qu'ils étaient bruns que leurs descendants sont acclimatés et se sont propagés jusqu'aujourd'hui.

Aux colonies anglaises américaines, soit continentales, soit insulaires, depuis l'émancipation des esclaves, on a attiré des hommes de différentes races et de diverses contrées. Or à la Guyane, à la Trinité, à la Grenade, à Saint-Vincent, on a reconnu, sur une masse énorme d'émigrants introduits de 1835 à 1847 (25,000 de toutes les nations ont été transplantés à la Guyane) que :

1° Les Portugais des Açores et de Madère résistent parfaitement aux travaux du sol ; ils conservent toutes leurs aptitudes et qualités physiques et morales.

1° Après eux, sont les nègres d'Afrique (de Sierra-Leone et dépendances).

2° Après ceux-ci viennent les coulis de l'Inde.

Bref, peuvent travailler la terre et s'acclimater les hommes de race brune, d'Asie et d'Europe, les noirs ; et ne peuvent le faire les hommes blonds, soit de l'Europe, soit de l'Amérique.

Les Anglo-Américains, les Canadiens, Français ou Anglais, ne résistent pas à la culture, dans la Guyane, la Trinité, la Jamaïque, etc., etc.

La race blonde vit et se perpétue progressivement dans les contrées froides ou tempérées.

En 1763, commencèrent les émigrations d'Allemands vers la Russie méridionale. Les premiers émigrants périrent de misère et de fatigue ; Catherine les négligea. Au commencement de ce siècle, les émigrations recommencèrent. Alexandre les protégea particulièrement. Aujourd'hui les colonies allemandes sont en pleine prospérité ; leur population va croissant chaque année.

100,000 Allemands sont fixés sur les bords du Volga, dans le gouvernement de Saratoff ;
50,000 sur les steppes voisins de la mer d'Azof ;
40,000 dans la petite Russie ;
5,000 dans le gouvernement du Caucase ;
30,000 en Bessarabie ;
20,000 dans divers gouvernements.

La couronne de Russie leur a laissé la religion et l'organisation sociale qu'ils ont voulu se donner ; quelques-unes de leurs colonies se sont constituées sous le régime démocratique, avec certains éléments de communauté, entre autres celles des Mennonites et des frères moraves.

Toutes s'administrent elles-mêmes, sous la surveillance d'un comité pris parmi les autorités russes.

L'universalité des colons s'occupe d'agriculture, quelques-uns de petite industrie.

Leur arrivée, leur développement en Russie, sont un progrès réel. Ils ont fertilisé les steppes ; par les cultures, ils ont diminué le nombre des sauterelles, des ophidiens et autres reptiles ou animaux nuisibles qui envahissaient le pays.

Ils ont élevé de nombreux villages, où règnent la concorde, les bonnes mœurs, l'aisance ; ils ont fait de nombreuses plantations et ont multiplié les animaux domestiques.

Ils ont initié à l'agriculture et à la civilisation européennes les peuplades indigènes, qui étaient à demi barbares et vivaient à l'état nomade. Maintenant les Kalmouks du Volga, les Tartares de la Crimée, les aborigènes de la petite Russie, les prennent comme modèles.

Sous un climat chaud, les Allemands n'auraient pas aussi bien réussi.

En 1788, 1,700 Anglais, tant soldats que convicts, débarquèrent en Australie (Nouvelle-Galles du Sud).

D'abord la colonie fut pénale, puis formée de colonies libres et de convicts. Depuis 1840, on n'y admet que des colons libres.

Or, dans l'espace de soixante ans, la population est parvenue au chiffre de 200,000 âmes. 25,000 colons libres ou descendants des convicts résident à Leenwin (Australie occidentale). 35 à 40,000 convicts vivent sur la terre de Van-Diemen et îles voisines. 14,000 colons libres habitent la Nouvelle-Zélande.

Tout porte à croire qu'il naîtra dans cette partie du monde une fille de l'Angleterre, comme celle qui lui est née dans l'Amérique septentrionale au dix-septième et dix-huitième siècles.

Le Canada, Terre-Neuve, île Saint-Jean, l'Acadie, etc., les États les plus populeux de l'Union américaine, ceux du nord et de l'ouest notamment, ont une population blonde.

Cette race a pu se développer en Russie méridionale, en Australie, dans l'Amérique septentrionale, parce que ces contrées, bien que situées sous des latitudes différentes, lui ont offert une similitude climatérique entre la terre d'adoption et la terre d'origine.

En Australie il y a des gelées blanches, de la neige, du verglas, des vents froids, comme en Allemagne et dans le nord de la France. Il y a des cantons dont la climature est exactement semblable à celle de certains cantons de l'Écosse et de l'Angleterre.

En résumé, les contrées ci-dessus mentionnées appartiennent aux pays ou froids ou tempérés.

---

la voix de l'Académie, reproduite d'ailleurs par la GAZETTE MÉDICALE, porterait plus loin.

Essayons encore et soyez assez bon pour présenter en mon nom une dernière supplique à l'Académie, en faisant amende honorable au sujet de mes plaintes, et en la priant d'observer d'ailleurs que je n'ai point publié ici le travail, ce qui m'ôterait tout droit et tout espoir de rapport, mais seulement un court extrait de l'observation. Vous diriez, par exemple, à messieurs vos confrères de l'Académie, ceci ou quelque chose d'approchant : « Eh bien ! oui, messieurs, l'auteur a tort de se plaindre. Son fait n'est pas neuf, puisqu'il y a celui de Brunel. Ses recherches sont incomplètes, le pauvre diable n'ayant à sa disposition qu'une mince bibliothèque. En somme il n'y avait rien à lui dire qu'un mauvais compliment et vous avez été trop bons de le lui épargner : merci pour lui. « Mais il y a l'idée en elle-même, le moyen sur lequel il faut se prononcer. Il y a les pauvres patients, fort en peine et en grand danger d'y passer vite, quand ils ont un corps étranger dans le larynx. Il y a les malheureux praticiens presque aussi embarrassés pour secourir vite et bien en pareil cas, et qui ont pu laisser passer inaperçue l'historiette de Brunel ou qui auront regardé cela comme une tentative hasardée, un de ces coups qui réussissent une fois entre mille et qu'on ne recommence pas. Vous, messieurs, qu'en pensez-vous, s'il vous plaît ? Veuillez le dire.

« Même pour vous, qui sait ? Messieurs les académiciens, à supposer que vous ne soyez pas exposés à recevoir, comme Brunel, une pièce de monnaie dans la glotte et que vous ne vous amusiez pas généralement à ces jeux-là, n'avez-vous pas des enfants qui jouent ou qui peuvent avaler de travers ? De grâce, ayons pitié, messieurs, des académiciens en herbe et des grands hommes en jaquette. »

EUS. C.

LETTRE SUR L'ÉTAT DE LA MÉDECINE AU BRÉSIL, EN RÉPONSE A LA RÉFUTATION DU DOCTEUR D. D. (1)

Porto-Alègre, 7 octobre 1848.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur et très-honoré confrère,

Ce n'est qu'en septembre 1848 que j'ai reçu la collection de l'année 1847 de la GAZETTE MÉDICALE, et que j'y ai lu, dans le numéro 41, la lettre de M. D. D., docteur brésilien, qui attaque un article écrit par moi, et que vous m'aviez fait l'honneur d'insérer dans votre feuilleton du nº 12.

La lettre du docteur D. D. tendant à réfuter et à démentir à peu près complétement le contenu de cet article, je crois devoir y répondre. Je réclame et j'attends de votre impartialité l'insertion de ma réponse dans votre plus prochain numéro ; car, en raison du long temps qui s'est écoulé depuis la publication de la lettre du médecin brésilien, vos lecteurs peuvent croire que je garde le si-

(1) Voir la GAZETTE MÉDICALE, numéros 12 et 41 de l'année 1847.

En Algérie, les hommes de race blonde résistent difficilement au climat, surtout si, par leur profession, ils travaillent en plein air, exposés au soleil, ou s'ils font des défrichements. Habitués à boire et à manger copieusement, ils sont pris de congestions sanguines, soit cérébrale ou pulmonaire, ou de diarrhée; la transpiration les énerve.

J'ai constaté bien souvent que parmi les colons livrés aux premiers défrichements, la mortalité est toujours plus considérable chez les blonds que chez les bruns, les conditions de localité, le milieu ambiant, étant les mêmes pour les uns et les autres.

Les bruns, ainsi les Français méridionaux, les Maltais, mais principalement les Espagnols, travaillent aux dessèchements, boivent des eaux de médiocre qualité, couchent par terre, au milieu des émanations paludéennes, sans être en majorité atteints de fièvre intermittente ou de dyssenterie; tandis que les blonds, occupés des mêmes travaux, vivant de la même manière, sont presque tous attaqués par la fièvre ou la dyssenterie.

Constamment les blonds absorbent le miasme paludéen plus rapidement que les bruns, et contractent plus facilement la dyssenterie.

Par toute l'Algérie, les bruns, et surtout les Espagnols, résistent à l'action du soleil infiniment mieux que les blonds. Dans la province d'Alger et aux environs de la capitale, des centaines d'Espagnols, femmes et enfants, travaillent comme carriers, paveurs, casseurs de pierres, par un soleil ardent, souvent à une température de 50 à 55 degrés centigrades, et ils ne souffrent en aucune façon de ce travail et de cette chaleur. Les blonds, et même beaucoup d'Européens bruns, ne résistent pas à ce genre de travail.

Parmi les enfants nés en Algérie depuis 1830, les deux tiers des enfants issus des races méridionales ont survécu, tandis que les deux tiers des enfants blonds, tels qu'Allemands, Belges, Suisses, ont succombé avant l'âge de 18 ans.

Toujours après les récoltes des foins, parmi les travailleurs qui ont subi des insolations prolongées et autres fatigues, on voit les blonds mourir en plus grand nombre que les bruns. Les causes de mort sont les congestions sanguines, les fièvres intermittentes, les dyssenteries.

La voie expérimentale, c'est-à-dire l'histoire, l'examen direct, la connaissance de la distribution géographique des hommes sur la surface du globe, démontrent :

Que la race brune s'acclimate dans les pays chauds, et que la race blonde ne s'y acclimate pas sans diminuer de nombre.

Pourquoi cela?

Parce qu'il y a une assimilation forcée entre l'homme et le climat.

Or, dans les pays chauds, l'homme, quelle que soit sa race, est d'une constitution sèche; donc il y a, en vertu de son organisation, une prédisposition native à s'assimiler au climat.

L'homme blond, au contraire, est d'une constitution plus charnue; pour s'assimiler au climat, il lui faut modifier cette constitution et passer au tempérament sec. Les réactions qu'il a à fournir sont donc plus nombreuses que chez l'homme brun; il y a plus de rupture de l'équilibre vital, conséquemment il offre plus de prise aux maladies.

D'ailleurs, sans aborder la théorie, on peut dire :

Les climats chauds sont contraires au développement de la race blonde, puisque depuis des milliers d'années les hommes blonds, à un titre quelconque, ont envahi les pays chauds, soit comme soldats, soit comme colons, et que cependant on trouve fort peu de blonds, restes de ces armées ou de ces émigrations.

Si dans les contrées chaudes on trouve des blonds, tels que sont en Algérie et dans le Maroc certaines tribus kabyles descendant de Vandales, ou autres peuples blonds, tels que sont encore des Touaricks, sur le Sahara méridional et même jusqu'auprès de Tombouctou, c'est que ces blonds habitent les montagnes, et attendu l'élévation de leur sol, ils sont une partie de l'année dans une climature froide ou tempérée.

Une des causes qui combat l'acclimatement des blonds, c'est la continuité de la température chaude, plus encore que son intensité. En Russie méridionale, il y a trois mois où le soleil est aussi ardent qu'au Sénégal; mais quelquefois il survient des vents de nord qui détrempent la fibre musculaire et diminuent l'éréthisme nerveux; ensuite les nuits sont ordinairement assez froides. Les chaleurs commencent à la mi-juin et finissent ordinairement au mois de septembre; cela empêche le blond de s'épuiser.

Plus les plaines sont fertiles, plus elles ont d'humus, plus aussi elles dégagent des miasmes paludéens, et cependant plus elles attirent les immigrants; parce qu'ils y trouvent un travail plus facile, plus rapidement productif que sur les montagnes.

Le brun n'éprouve pas dans les pays chauds une modification organique complète, son tempérament est déjà fait au climat. Naturellement sobre, il n'a pas besoin de modérer son appétit.

Le blond, au contraire, éprouve une modification complète. Sa peau, lorsqu'il travaille au grand air, se hâle, se colore de quelques taches de rousseur, les cheveux roussissent, le foie augmente de volume et d'activité, les fluides muqueux et biliaires sont plus abondants, le sang s'appauvrit de plus en plus, le tempérament tend à passer au brun. Or, c'est ce passage qui constitue une modification organique dans tout son être. C'est là l'acclimatement.

Ce changement de constitution s'observe facilement chez les enfants blonds qui travaillent en plein air. Dans le bas âge, ils ont la peau entièrement blanche et les cheveux blonds; à mesure qu'ils se développent, la peau se revêt de plaques rousses, les cheveux brunissent, les formes du corps deviennent plus sèches; les yeux restent bleus.

Aux générations suivantes, les enfants soumis aux mêmes conditions d'existence ou de travail en plein air marchent progressivement vers la race brune. C'est alors qu'on rencontre des individus ayant les caractères organiques de la race brune, et conservant néanmoins des yeux bleus.

Les Espagnols présentent quelques individualités de ce genre. Le blond est devenu brun, sans amalgame de sang. Le climat a modifié le tempérament; il y a eu assimilation, acclimatement complet.

APPLICATIONS GÉNÉRALES.

De ces faits, nous tirons les conclusions suivantes, que nous croyons de nature à intéresser les hommes d'État et les gouvernements de l'Europe :

1° Envoyer dans les pays chauds, en qualité de soldats ou de colons, des hommes de race brune, et dans les pays froids ou tempérés des hommes de race blonde.

Ainsi que l'Angleterre envoie les bruns aux Antilles, au cap de Bonne-

---

lence parce qu'il m'est impossible de soutenir ce que j'avais avancé, et M. D. D. peut admettre qu'il m'a adressé une réfutation sans réplique. Je tiens à me justifier aux yeux de vos lecteurs, et à prouver à notre confrère brésilien la vérité de ce que j'ai dit.

J'espère, monsieur le rédacteur, que vous apprécierez la légitimité des motifs que je viens de vous exposer, et que vous voudrez bien m'accorder l'insertion immédiate que je vous demande; car je me plais à croire que si, dans vos colonnes, l'attaque est licite, la défense, à son tour, y doit être sacrée.

Le docteur D. D. prétend : 1° que je ne suis apte à parler que de ce qui se passe dans ma résidence, et non dans tout le Brésil; 2° que la pratique des accouchements est familière aux médecins brésiliens; 3° que les guérisseurs ou *curandeiros* sont rares dans les campagnes, inconnus dans les villes; qu'ils ne se chargent que des maladies légères, et qu'ils ont recours à un médecin dès qu'il y a danger; 4° que les apothicaires se renferment scrupuleusement dans la pratique de leur profession, sans empiéter sur la nôtre; 5° que les indigènes, vendeurs de remèdes, ne sont qu'un rêve propre à donner de l'intérêt à mon récit; 6° que le service des hôpitaux n'est confié qu'à des médecins revêtus de titres académiques; 7° que les barbiers ne font plus la petite chirurgie; 8° enfin que le reste de ma lettre est un composé d'inexactitudes. — Je réponds par ordre :

1° Par cela même que j'habite une ville de deuxième ordre, je suis plus apte à parler de la médecine brésilienne en général que ceux qui ne connaissent que les trois principales villes de l'empire. Au Brésil, les médecins sont plus nomades qu'en France, et il en est peu qui, dans le cours de leur carrière, ne passent par quatre ou cinq résidences différentes; plus des trois quarts des médecins qui habitent Porto-Alègre sont dans ce cas. Par conséquent ils doivent être complétement au fait de l'état de leur profession dans les diverses provinces qu'ils ont habitées, et leurs renseignements doivent être aussi exacts que possible. Or tous ces praticiens s'accordent à trouver la médecine la même partout, et n'ont vu que de légères différences dans la matière médicale, en raison de quelques médicaments particuliers que fournit la flore spéciale de chaque province; et enfin ceux de nos clients, nomades aussi, qui ont habité diverses parties du Brésil, ou qui sont nés et ont été élevés dans des provinces éloignées de celles où nous exerçons, nous tiennent, à propos de leurs maladies et des traitements qu'ils ont subis ailleurs, absolument le même langage que ceux qui n'ont jamais quitté leur pays natal.

De plus, l'ensemble de ma lettre prouve assez que je ne parle que de la pratique civile, et que ce qui a trait aux hôpitaux et à l'enseignement en est à peu près complétement en dehors; le peu que j'en dis en passant est de notoriété vulgaire. M. D. D., au contraire, ne me répond qu'en citant la pratique des hôpitaux et le personnel des Facultés; il m'accuse d'étendre au Brésil en général ce que j'observe dans ma résidence, et lui, qui ne parle que de Rio-de-Janeiro, Bahia et Fernambuco, voudrait faire juger du Brésil tout entier par ce qui existe dans ces trois villes. Cependant ces trois cités, bien que les plus importantes, ne sont pas tout l'empire, et notre confrère me paraît tomber dans un défaut commun aux habitants de presque toutes les capitales, défaut qui consiste à croire que leur pays tout entier est résumé et circonscrit dans les murs de leur ville natale, et à ne voir ou ne vouloir voir rien au delà. Comment M. D. D.

Espérance, à Maurice, à Aden, à Ceylan, aux Indes orientales, à Hong-Kong, à Sierra-Leone, à la Guyane, etc., etc.; mais les blonds au Canada et possessions voisines, en Australie, etc.

Les Portugais, les Maltais, les Espagnols, les Siciliens, sont, entre les Européens, les sujets qui offriront moins de chances de mortalité, comme colons ou soldats sur les pays chauds.

2° Dans un avenir indéterminé, les Antilles européennes passeront nécessairement entre les mains des noirs, si on ne les peuple pas d'hommes bruns, tels que sont les Européens de Porto-Rico et de Cuba.

3° Que la France n'attire pas en Algérie les émigrations d'Allemands, avant que la colonie soit européisée par une modification artificielle du sol; car, présentement, les Allemands ne pourront s'y acclimater que difficilement; ils deviendront un obstacle ou une inutilité; puis, vers les temps à venir, ils occasionneraient un reflux d'immigrants, vu la non-réussite des premiers.

Qu'elle appelle en Algérie les Français méridionaux, les Maltais, les Espagnols des îles et du continent; ces derniers depuis Algésiras jusqu'à Barcelone.

Si elle n'opère pas d'après les nationalités, alors qu'elle choisisse les hommes sur la terre natale desquels croissent les oliviers.

Ainsi, sont aptes à l'acclimatement, au peuplement de l'Algérie, les nations qui habitent le bassin de la Méditerranée, Druses, Maronites, Syriens, Grecs, Italiens, Espagnols, Maltais, et Français méridionaux.

Si, par politique du jour, elle admet les colons de race blonde, alors qu'elle leur assigne les montagnes comme résidence; qu'elle les éloigne des plaines, à cause du miasme paludéen.

Aux Marquises, à Taïti, au Sénégal, à Nossi-bé, à la Réunion, aux Indes orientales, aux Antilles, à la Guyane, qu'elle envoie des bruns.

4° Les blonds s'acclimatent bien en Russie méridionale, en Australie, en Amérique septentrionale. Là ils multiplient, ils fécondent le sol; ils améliorent la nature, ils progressent moralement et physiquement. Que la philantrophie et la politique les attirent donc dans les contrées froides ou tempérées, et les écartent des contrées chaudes, surtout des contrées chaudes et humides.

5° La France fera bien d'attirer en Algérie les métis blanco-noirs; ils résistent mieux que les noirs de sang non mélangé, car le plus grand nombre des enfants nègres de race pure succombent par suite de maladies de poitrine ou d'étiolement.

6° La possibilité, la prospérité d'une colonie européenne sont essentiellement liées au choix de la race.

7° Les hommes d'État, les publicistes, ne doivent point se demander si les Européens, indistinctement, peuvent supporter la culture dans les Antilles. Qu'ils fassent une distinction de race, qu'ils considèrent Cuba et Porto-Rico, alors ils reconnaîtront que l'homme brun européen peut multiplier dans les Antilles, tout autant que l'Européen blond dans l'Amérique du Nord.

8° Que les gouvernements, les Sociétés savantes, qui font explorer les pays chauds, ainsi l'Indoustan et zones au delà du Gange, l'intérieur de l'Afrique et son littoral, l'Amérique méridionale, etc., choisissent leurs voyageurs parmi les bruns, car ils sont moins exposés que les blonds à contracter les maladies locales, fièvres, dyssenterie, maladie du foie. Ils sont plus réfractaires à l'action toxique du miasme paludéen.

La France devra adopter ce principe, si un jour elle dirige des explorations sur l'Afrique centrale, à travers le Sahara.

Si l'Angleterre veut encore explorer le Niger; qu'elle compose les compagnies d'explorateurs, d'Européens bruns et de noirs. Puis, comme garantie contre l'intoxication future paludéenne, qu'elle sature ses explorateurs, non pas de chlore, mais de sulfate de quinine.

9° Sobriété dans les aliments et les boissons, usage de bon vin et de café amer, usage de vêtements de flanelle, chemises, ceintures : sieste d'une heure à quelques heures pendant les chaleurs, voilà les conditions indispensables pour supporter l'acclimatement dans les pays chauds.

Ces conditions sont plus indispensables si les immigrants sont de race blonde.

BODICHON, docteur-médecin à Alger.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

DE L'INFLUENCE DU CHOLÉRA SUR LA GROSSESSE, mémoire lu à la Société de biologie, par M. E. BOUCHUT, médecin, lauréat médaille d'or des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine (prix Montyon), lauréat de l'Institut de France, chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Messieurs,

Vous connaissez tous le lien mystérieux et admirable qui attache le fœtus au sein de sa mère; vous savez par quelles transformations passe le nouvel être avant de voir le jour. Vous savez qu'il apporte au monde une partie de la force qui lui a donné le mouvement et la vie, force heureuse ou fatale qui lui imprime le caractère de sa race, la physionomie de sa famille, ses beautés ou sa laideur, ses difformités même, et avec les dispositions physiques cet état moral de l'intelligence et de l'instinct, cette élévation de pensée ou de caractère qui passe avec le sang, qui ennoblit ou qui abaisse et qui crée ces priviléges de l'aptitude dont on est toujours heureux de se prévaloir.

Vous n'ignorez pas non plus que c'est là une loi générale des êtres organisés, et qu'elle est vraie non-seulement chez l'homme, mais encore dans toutes les espèces animales et à un degré inférieur, jusque dans les végétaux, où elle se traduit par des résultats invariables.

Mais messieurs, en outre de cette loi générale, ou si vous le préférez, en dehors de cette influence physiologique de la mère sur le produit de la conception, il y a une autre influence toute morbide, aussi réelle que la première, quelquefois moins évidente dans ses résultats, mais plus grave dans ses conséquences, et qui se révèle par l'exiguïté de l'enfant, par ses maladies congénitales semblables à celles de la mère, par sa mort intra-utérine et son expulsion violente dans l'avortement, ou seulement par l'expulsion prématurée sans participation de l'œuf à la maladie de la mère. Cette influence des maladies de la femme sur le cours de la grossesse et sur la santé du fœtus mérite plus particulièrement l'attention des médecins, et c'est à

---

peut-il avoir la prétention de contredire, en citant Rio, Fernambuco et Bahia, les renseignements que je donne sur la pratique de la médecine dans le reste de son pays? La population du Brésil étant de 5 à 6 millions, il n'y en a guère qu'une fraction de 500,000 concentrée dans les trois grandes villes en question; le reste est dans les villes secondaires, moins une autre fraction dispersée dans la campagne. Or il me semble que ce qui existe dans les villes secondaires, lesquelles renferment pour le moins les quatre sixièmes de la population brésilienne, peut se donner et s'accepter pour être ce qui existe au Brésil; bien entendu qu'on admet des modifications et des exceptions pour les deux extrêmes, c'est-à-dire la campagne et la capitale, ou mieux les capitales, puisqu'il y a ici trois villes qui occupent presque le même rang. M. D. D. prétend que ce que j'ai dit ne peut s'appliquer qu'à la campagne (*roça*); mais M. D. D. ne devrait pas ignorer que, dans son pays, il n'y a dans la *roça* ni médecine ni médecins. (Je me trompe : il y a la médecine de Leroy, livre et remède.)

2° Pour ce qui est relatif aux accouchements, le docteur D. D. commet toujours la même faute : il s'empresse de citer Rio et Bahia, et il ne nomme que des professeurs et des agrégés de Faculté. Cela ne pourrait me contredire que si j'avais avancé qu'il n'y a pas dans ces écoles de professeurs propres à l'enseignement et à la pratique des accouchements. Comme je n'ai nullement dit cela, la citation de M. D. D. porte tout à fait à faux. Il serait assez contradictoire, en effet, que, dans des Facultés où il doit y avoir des cours d'obstétrique, il n'y eût pas de professeurs d'accouchements, ou que ces professeurs ne fussent pas aptes à la pratique de ce qu'ils doivent enseigner. Mais, encore une fois, l'existence de ces chaires et la présence de ces professeurs n'infirme en rien ce que j'ai dit : je le répète, j'ai parlé de la pratique civile et non des Facultés; j'ai parlé du Brésil en général et non de Rio, Bahia et Fernambuco, qui, à mes yeux, constituent une exception. Du reste, il est bon de dire qu'à Bahia on ne professe que la théorie, et que la pratique n'y dépasse pas le mannequin. A Rio de-Janeiro il y a, outre l'enseignement théorique, une salle de l'hôpital de la Miséricorde destinée aux femmes en couches; mais hors des Facultés, il est de notoriété publique qu'en général les médecins brésiliens sont complétement étrangers à l'art des accouchements. C'est, du reste, une tradition bien connue de la mère patrie. Au Brésil, il semble qu'un médecin s'abaisse en s'adonnant à l'obstétrique. L'ignorance des accoucheuses et leurs pratiques ridicules ne pouvant inspirer que du mépris, il semble qu'une partie de ce mépris retombe sur l'art, qui est défiguré entre leurs mains. Du reste, ce préjugé, qui éloigne les médecins brésiliens de la pratique des accouchements, s'étend aux maladies de l'utérus, dont ils dédaignent aussi de s'occuper. Ce sont encore les accoucheuses qui sont appelées dans les cas vrais ou supposés d'affections de la matrice, et alors elles constatent des déplacements incroyables de cet organe, qu'elles rencontrent se promenant dans tout l'abdomen, dans la poitrine et jusque dans le pharynx, déplacements qu'elles réduisent au moyen de la rue en topiques et de l'armoise à l'intérieur. A part quelques exceptions dans les grandes villes et parmi les médecins instruits des écoles ou des hôpitaux, les médecins brésiliens évitent de traiter les maladies de matrice, ou, s'ils les traitent, c'est sans avoir procédé à leur diagnostic à l'aide du toucher et du spéculum.

Quant aux accoucheuses brésiliennes, ayant fait des études et ayant un titre légal pour exercer, il serait très-difficile au docteur D. D. d'en citer une demi-

ce titre que je viens vous en occuper un instant. Déjà plusieurs travaux ont été entrepris à cet égard, et on trouve signalé dans les anciennes relations d'épidémies de fièvres graves bilieuses le fait des hémorrhagies utérines et des avortements chez les femmes grosses. Bartholin rapporte qu'en l'année 1672, la constitution médicale fut humide et froide, et que la plupart des femmes de Copenhague avortèrent. Stoll a signalé des faits semblables dans diverses constitutions épidémiques. En 1758, Boucher observait une épidémie de fièvre bilieuse gastrique à Lille, et il eut beaucoup d'avortements.

Il en est souvent de même dans les fièvres exanthématiques, en particulier dans la variole, où la mort du fœtus et son expulsion prématurée sont à peu près constantes. C'était aussi le sort de la plupart des femmes grosses atteintes de l'épidémie d'ergotisme, en 1813 et en 1814. Elles avortaient presque subitement et au milieu des plus vives souffrances.

Il n'est pas jusqu'à la phlegmasie des viscères importants qui ne puisse porter atteinte au produit de la génération et qui ne puisse interrompre le cours de la grossesse. Le maître qui préside à nos séances l'a démontré pour la néphrite albumineuse, et peut-être aussi pour quelques cas particuliers de phthisie à la dernière période. Les recherches de M. Grisolle l'ont établi d'une manière très-certaine pour la pneumonie, car vous le savez, sur 12 exemples de cette maladie, rassemblés par cet auteur, on compte jusqu'à 9 avortements.

Enfin, et c'est là, j'ose le dire, un des plus beaux côtés de la question, M. Depaul vous apprenait, ici même, il y a quelques jours, le moyen de réduire le volume des fœtus, en diminuant les forces de la mère par un régime exceptionnel motivé par des circonstances obstétricales. On ne pouvait mieux faire pour démontrer sans contestation toute l'influence heureuse ou néfaste exercée par l'état de la mère sur le produit de la conception.

Aujourd'hui, messieurs, désirant continuer des recherches si importantes, je veux les poursuivre en étudiant l'influence du choléra sur la grossesse.

L'épidémie de 1832 aurait pu fournir les matériaux nécessaires à la solution de cette question ; mais on ne s'en est pas occupé, et les ouvrages ou recueils périodiques de cette époque ne renferment presque rien à cet égard. Ce n'est que plus tard que la question a été posée dans quelques traités spéciaux, et nous remarquons avec plaisir que notre collègue M. Tardieu ne l'a pas oublié, et qu'il lui a donné, dans son dernier ouvrage, la place qu'elle devait avoir. C'est assurément faute d'un nombre suffisant de faits qu'il n'a pu la résoudre d'une manière définitive.

Dernièrement, un médecin de Paris a communiqué à l'Académie de médecine le fait d'une femme grosse atteinte de choléra qui guérit après l'avortement. Un peu pressé peut-être dans sa conclusion, ce confrère rapporta la guérison à l'avortement, et proposa pour l'avenir l'emploi de moyens abortifs dans le choléra des femmes grosses comme une thérapeutique convenable. Elle convint en effet à un médecin de province, qui envoya huit jours après une observation semblable suivie d'une semblable induction ; mais jusqu'à ce jour, heureusement, ces vues théoriques n'ont pas reçu d'application.

Les faits que j'ai recueillis sont au nombre de 52. Les uns viennent du service de M. le professeur Rostan, et je dois les autres à l'obligeance de mes collègues MM. Moutard-Martin, Blot et Tailhé, qui ont bien voulu m'aider dans cette circonstance. Ces faits ont été observés à l'Hôtel-Dieu, chez MM. Louis et Chomel ; à la Charité, chez MM. Rayer, Andral et Briquet ; à Saint-Louis, chez M. Bazin ; à Saint-Antoine, chez M. Beau ; à la Maternité, etc. Ils doivent être classés de la manière suivante.

16 femmes ont avorté et ont guéri. Elles étaient enceintes de trois, quatre, cinq, six, huit et huit mois et demi ; 12 eurent un choléra d'intensité moyenne et d'assez longue durée ; 4 eurent un choléra grave et rapide.

9 femmes ont avorté et sont mortes. Elles étaient enceintes de quatre mois et demi, de cinq mois et demi, de six, de sept et de huit mois. Le choléra eut assez d'intensité chez la plupart de ces malades. Il y a eu des cas très-rapidement mortels.

6 femmes n'ont pas eu d'avortement et ont guéri du choléra. Elles étaient enceintes de trois, quatre, quatre et demi, cinq et six mois. Leur choléra fut de moyenne intensité et se prolongea plusieurs jours.

21 femmes, enfin, n'ont pas eu d'avortement et sont mortes avec le produit de la gestation dans l'utérus. Elles étaient aux différentes époques de la grossesse, à partir du troisième mois, et le choléra fut chez elles grave et rapide. C'est par exception que nous trouvons dans nos relevés quelques cas dont la durée fut de plusieurs jours.

J'ai étudié tous ces faits à différents points de vue, pour mieux connaître leurs rapports mutuels et réciproques, pour déterminer plus sûrement l'importance de quelques particularités secondaires et intéressantes, telles que l'époque de la gestation, les causes de l'avortement, la marche ultérieure de la maladie, l'état du fœtus, etc. ; et pour présenter ce travail d'une manière claire et méthodique, je l'ai divisé en deux parties : l'une sera consacrée à l'influence de la grossesse sur le choléra et du choléra sur la grossesse ; l'autre à l'influence du choléra sur le produit de la gestation.

Dans la première partie, nous parlerons successivement de l'influence exercée par l'état physiologique de la grossesse sur le choléra, de l'action exercée sur le cours de la grossesse par cette maladie, et nous décrirons l'avortement, ses causes, son mécanisme et son influence sur la marche ultérieure de la maladie.

PREMIÈRE PARTIE.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE CHOLÉRA ET DU CHOLÉRA SUR LA GROSSESSE.

L'état physiologique particulier dans lequel se trouve la femme enceinte, et qui a tant d'influence sur la marche et le développement de quelques maladies, n'en a aucune sur l'apparition du choléra. Il n'en garantit pas plus qu'il n'y prédispose. Toutes les femmes enceintes peuvent être frappées indistinctement comme tout le monde, en vertu des circonstances individuelles particulières où elles se trouvent ; et quand la maladie se développe, elle se présente sans aucune modification avec les hasards ordinaires de sa forme et de son intensité.

Le choléra exerce au contraire une influence incontestable sur le cours de la grossesse. Il en abrége souvent la durée et détermine l'avortement ou l'accouchement prématuré, suivant la circonstance : 25 femmes cholériques, avons-nous dit, sur 52, ont avorté sous l'influence de la maladie, et parmi les autres, cet accident se fût produit, nous ne pouvons en douter, si la mort trop prompte n'avait pas enlevé les malades.

Toutefois, si le choléra a le plus souvent cette action sur le cours de la grossesse, il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons rapporté dans notre tableau six exemples de femmes chez lesquelles la gestation n'a pas été in-

---

douzaine pour tout le Brésil, et certes il les citerait, si elles existent, dans Rio, Bahia et Fernambuco. M. le docteur D. D. se trompe tout à fait quand il dit que ce n'est que dans les dernières classes de la société qu'on a recours au ministère des accoucheurs ; il se trompe encore quand il dit qu'il n'y a pas d'étrangers pratiquant les accouchements à Rio, Bahia et Fernambuco : il devrait savoir que, à défaut d'accoucheurs étrangers qui s'occupent exclusivement de cette spécialité (ce que j'ignore), il y a tous les médecins étrangers en général, français, anglais, allemands, italiens, qui s'occupent d'accouchements comme de médecine et de chirurgie, et que de plus il y a bon nombre d'accoucheuses étrangères, instruites et titrées, dont la clientèle est considérable.

Je maintiens donc : 1° qu'en général les médecins brésiliens ne s'adonnent pas à la pratique des accouchements ; 2° qu'en général, et dans toutes les classes de la société, dans les grandes villes comme dans les moindres bourgades, les accouchements sont confiés à des sages-femmes ; 3° que les sages-femmes brésiliennes (qui sont ordinairement des mulâtresses et plus rarement des négresses) sont dépourvues des connaissances nécessaires à leur profession. Et j'ajoute que ce qui a lieu pour les accouchements a lieu aussi pour les maladies de l'utérus. Qu'il y ait des exceptions à ces faits généraux, je ne le nie pas ; que ces exceptions se rencontrent à Rio, Bahia et Fernambuco, je l'admets, mais ce ne sont toujours que des exceptions. Aurais-je prouvé que l'art des accouchements est vulgaire parmi les praticiens français, si je n'avais à citer en France que MM. Dubois, Stoltz et Moreau ?

3° Est-il besoin de réfuter ce que dit M. D. D. à propos des *curandeiros* ou guérisseurs de son pays ? Quel est le médecin qui, ayant connu de ces misérables charlatans vulgaires, soit en France, soit au Brésil, soit ailleurs, dira, comme le docteur D. D., *qu'ils sont peu confiants dans leur savoir, qu'ils craignent de compromettre la vie de leurs malades, qu'ils ne se chargent que de maladies légères, et qu'ils ont recours à un médecin dès qu'il y a du danger*. Or raisonnons, cher et susceptible confrère (si susceptible que vous prenez la défense même de vos *curandeiros*). Vous m'accorderez, je pense, que ces gens-là ne sont pas très-forts en diagnostic ; alors comment distingueront-ils la bénignité ou la gravité des maladies ? Ils craignent de compromettre la vie de leurs clients, dites-vous ; j'en pourrais donner pour preuve les empoisonnements journaliers qu'ils pratiquent sans s'en douter, mais dont le public a la conscience, et qui néanmoins n'ont jamais provoqué au Brésil un seul acte médico-judiciaire. Vous leur faites l'honneur de croire qu'ils se défient de leur savoir, comme si les imposteurs ignorants n'avaient pas en eux-mêmes la confiance la plus effrontée, tandis que l'homme véritablement instruit et consciencieux doute et hésite. Enfin vous ajoutez qu'ils appellent un médecin en cas de danger. Vraiment M. D. D. fait des curandeiros brésiliens un portrait trop flatté pour qu'on puisse le croire sur parole, et s'il pense d'eux tout ce qu'il en dit, il est d'une candeur tout à fait digne d'un autre âge.

4° Quant aux apothicaires qui font de la médecine, je n'ai qu'à confirmer ce que j'ai dit, et je puis assurer qu'à Rio, Bahia et Fernambuco, sur le terrain même qu'a choisi notre honorable confrère pour me combattre, il existe bon nombre de médecins très-capables qui se contenteraient d'avoir une clientèle aussi nombreuse que celles de certains *boticarios* qui *curent*, selon l'expression portugaise. Dans les villes secondaires, ils font publiquement la médecine ;

terrompue par le choléra, et qui toutes sont sorties de l'hôpital guéries et sans avortement.

Lorsque le choléra interrompt le cours de la grossesse et provoque l'expulsion du fœtus, son influence s'exerce au milieu de circonstances particulières que nous allons indiquer d'après le relevé de nos observations, et que le raisonnement aurait pu faire prévoir et découvrir. Ces circonstances sont relatives à la forme, à la violence et à la durée de la maladie. Sauf de rares exceptions, les avortements qui ont lieu dans le choléra ne s'accomplissent que dans les cas où la maladie se prolonge au delà de vingt-quatre heures et continue durant plusieurs jours. La plupart de ceux que j'ai vus n'ont eu lieu qu'à une époque avancée de la maladie. Deux fois seulement sur vingt-cinq, j'ai vu l'avortement s'accomplir dans les vingt-quatre premières heures. Mais, je le répète, ce sont là des exceptions, et comme il faut un temps assez considérable pour préparer l'expulsion du fœtus, s'il arrive un choléra foudroyant qui emporte les femmes en quelques heures, l'avortement devient en quelque sorte impossible. C'est ce qui est arrivé au plus grand nombre des femmes que j'ai vues mourir avec le produit de la gestation renfermé dans l'utérus; trop violemment frappées par le fléau, elles ont succombé sans qu'aucun effort d'expulsion utérine ait eu lieu.

Ce ne sont donc pas les cas les plus graves de choléra qui déterminent l'avortement ou l'accouchement prématuré des femmes enceintes. Ceux-là les font périr trop rapidement. Ce sont, au contraire, les cas moyens qui, ayant une certaine gravité, se prolongent un, deux et même plusieurs jours. Ceux-là manquent rarement leur effet. Toutefois il y a des femmes qui ont échappé, et nous en avons six qui ont traversé cet orage, assez heureuses pour guérir sans avortement. Quelques-unes, il est vrai, n'ont eu qu'une légère atteinte, fort bien caractérisée d'ailleurs, mais évidemment trop faible pour exercer une influence fâcheuse sur le cours de leur grossesse.

Si l'on joint à la rapidité de la maladie et à l'intensité des accidents l'influence de la douleur causée par des crampes générales, étendues aux muscles du ventre, on connaîtra presque complétement les circonstances qui, avec le choléra, peuvent abréger le cours de la grossesse. En effet, comme nous le dirons plus loin, ce sont les femmes qui ont le plus de crampes qui avortent le plus rapidement.

J'ai voulu connaître également l'influence de l'époque de la grossesse sur la facilité de l'avortement dans le choléra, et j'ai vu que cet accident, très-commun à partir du cinquième mois de la gestation, était au contraire très-rare à son début. Sur 16 femmes qui ont avorté et qui ont guéri, une seule était enceinte de trois mois, une de quatre, six de cinq, une de six, etc.; et de neuf qui ont avorté et qui sont mortes, la plus rapprochée du début de sa grossesse était enceinte de quatre mois et demi. Les autres l'étaient : une de cinq mois et demi, trois de six, une de sept et trois de huit.

Comme on le voit, nul exemple d'avortement causé par le choléra ne s'est présenté à nous au-dessous du troisième mois de la grossesse. C'est là un fait curieux; mais comme il se pourrait bien que le hasard y fût pour quelque chose, nous nous garderons bien d'en tirer aucune conclusion. Nous le signalons seulement afin que plus tard, si d'autres observateurs viennent à le vérifier, ils puissent joindre leurs observations aux nôtres, et en tirer toutes les inductions convenables.

L'avortement ou l'accouchement prématuré qui résulte de l'atteinte si terrible du choléra est accompagné de phénomènes qui ne sont pas tout à fait ceux de l'avortement ordinaire, et qui méritent d'être étudiés avec soin. En effet, on peut se demander si l'avortement a lieu avant ou après la mort de l'enfant, si c'est un avortement mécanique causé par la seule puissance des contractions musculaires du choléra, agissant sur un produit animé, ou si c'est un avortement *réflexe*, qu'on me passe le mot, provoqué par la présence d'un enfant mort excitant les contractions de l'utérus par l'intermédiaire des centres nerveux.

L'auscultation pourrait servir à résoudre la première de ces questions relative à la vie de l'enfant; mais au milieu des cris arrachés par la douleur et de la situation des malades, c'est quelquefois une exploration difficile. Je l'ai faite une fois, et l'ai prolongée autant que les convenances permettaient de le faire, mais je ne suis arrivé à aucun résultat. Notre collègue M. Blot m'a dit avoir fait cette recherche, et dans un cas de grossesse de huit mois et demi, il s'est assuré de la vie du fœtus pendant vingt-quatre heures des accidents cholériques les plus formidables; puis il a pu en constater la cessation avant l'expulsion prématurée. Ce sont là des résultats insuffisants pour nous permettre de déterminer l'instant précis de la mort du fœtus, et pour savoir s'il précède ou si au contraire il suit de près l'avortement.

L'autre question, relative au mécanisme de l'accident qui nous occupe, peut être vidée par les faits. Il y a des cas de choléra, et j'en ai vu, où, chez des femmes enceintes, les crampes, généralisées jusque dans les parois du ventre et le diaphragme, sont tellement violentes que la contraction musculaire, pressant l'utérus de toutes parts, favorise et détermine l'expulsion de son produit. C'est à ces faits particuliers que j'ai donné le nom d'avortement mécanique, en raison même de leur mode de production.

Dans la majorité des cas, au contraire, la douleur de ventre est peu marquée, et la maladie n'exerce plus son influence que d'une manière générale sur le produit de la gestation. L'avortement a lieu comme à l'ordinaire, par suite de phénomènes intérieurs qui réagissent sur les centres nerveux et provoquent les contractions utérines.

Un fait curieux dans l'avortement provoqué par le choléra, et qu'on peut d'ailleurs facilement expliquer, c'est l'absence presque totale d'hémorrhagie de l'utérus. La perte de sang est généralement peu considérable, et on rencontre même quelques femmes chez lesquelles cet écoulement est à peu près nul. Il y a quelques jours, je voyais à l'Hôtel-Dieu une femme enceinte de cinq mois qui, à sept heures du soir, ne perdait rien, qui était accouchée à huit heures d'un œuf entier, et qui ne perdit pas deux cuillerées de sang dans les vingt-quatre heures suivantes.

On a dit que l'avortement avait une heureuse influence sur la marche ultérieure et sur la terminaison du choléra. Le fait est possible, mais il n'est pas encore démontré, et il me paraît même difficile, dans l'état actuel de la science, de l'établir d'une manière positive.

Nos faits, quoique nombreux, ne nous fournissent aucune donnée satisfaisante à cet égard. 16 femmes ont avorté et ont guéri; mais il y en a 9 qui ont éprouvé le même accident et qui sont mortes. D'une autre part, 21 ont succombé sans avortement, et l'on peut affirmer que parmi elles plus d'une eût expulsé le produit de la gestation si la vie, moins violemment atteinte, se fût prolongée un jour ou deux de plus.

Cependant, si la statistique ne nous permet pas de formuler une opinion sur l'influence de l'avortement dans la terminaison du choléra, l'observation laisse du moins une impression dont on ne peut se débarrasser entièrement, et que je vais exprimer ici. Il m'a semblé que l'avortement n'avait aucune espèce d'influence ni sur la situation des malades atteintes de choléra, ni sur la forme de leur maladie, ni sur l'intensité des symptômes et leur marche

---

on en voit qui font leurs visites à cheval (preuve qu'ils en ont beaucoup et qu'ils ne se cachent pas), qui entrent en consultation avec des médecins plus ou moins docteurs ou des docteurs plus ou moins médecins; on en voit qui ont des abonnements à l'année avec des familles, etc., etc. Il me semble que cela sort un peu des manipulations pharmaceutiques auxquelles M. D. D. nous assure qu'ils se bornent, et je crois, en outre, que si, à Paris et dans nos départements, il existe des empiétements de la pharmacie sur la médecine, ils ne sont ni aussi patents ni aussi scandaleux que ceux que je viens de raconter.

5° Pour ce qui est du prétendu rêve des Indiens, je déclare que c'est une vision qui se renouvelle aux yeux de gens parfaitement éveillés à peu près deux fois par an dans la ville de ma résidence, et qui, si j'en juge par mes informations et par l'attrait des grandes villes pour ces débitants indigènes de remèdes secrets, doit être permanente à Rio-de-Janeiro, Fernambuco et Bahia. C'est un fait si vulgaire que le démenti que me donne M. D. D. n'aura pas d'écho dans son pays. Parmi mes clients brésiliens, j'en connais peu qui ne payent leur tribut bisannuel à ces vendeurs ambulants.

6° Le service des hôpitaux, selon M. D. D., ne serait confié qu'à des médecins munis de titres académiques. D'abord le docteur D. D. altère le texte qu'il combat; j'ai dit : « La plupart des chirurgiens militaires exercent sans titre » académique, et le nombre en est grand. Ce sont eux qui ont la majeure partie » du service des hôpitaux dans les villes de province qui en sont pourvues. » Ces phrases, comme on le voit, exceptaient la capitale, elles désignaient formellement les hôpitaux de province, et de plus elles ne parlaient que d'une partie, de la majeure partie du service des hôpitaux, et non du service en entier. M. D. D., scindant ces deux phrases pour les fondre en une seule, me fait dire : « Les chirurgiens militaires sans titres académiques ont la majeure partie du » service des hôpitaux dans les villes *des provinces* qui en sont pourvues. » Villes *de province* ou villes *des provinces* n'est pas absolument la même chose : la première rédaction excepte la capitale, la deuxième la comprend. Peut-être que M. D. D. étant étranger n'a pas saisi cette nuance de langage, bien que son style prouve que notre langue lui est très-familière. Enfin le docteur D. D. fait une concession pour les hôpitaux de la guerre et de la marine; c'est déjà quelque chose : nous en prenons acte. Voyons si pour le reste nous sommes tout à fait dans notre tort. Il suffit de dire quelques mots de l'organisation des autres hôpitaux pour prouver que M. D. D. émet une assertion imprudente en défiant qu'on puisse citer dans ceux de Rio-de-Janeiro un seul médecin sans titre académique. Les hôpitaux civils ne dépendent ici ni du gouvernement ni de l'administration municipale; ils sont la propriété de confréries (*irmandades*). L'entrée n'en est gratuite que pour les membres de l'irmandade et pour les malades absolument indigents; mais ces derniers, étant étrangers à l'irmandade, doivent justifier, et cela très-rigoureusement, de leur état de pauvreté pour être admis gratuitement. A tous les autres, ces établissements font payer leur charité aussi cher que le séjour des maisons de santé de Paris. Les esclaves n'y sont admis que sur une pétition de leurs maîtres qui répondent de la dépense, selon le tarif de la maison; s'il n'en était ainsi, la plupart des maîtres enverraient leurs esclaves à l'hôpital au lieu de les traiter chez eux; ce serait un abus intolérable. Ces maisons sont appelées *Santas-Casas*, *Casas de Caridade*, *de Misericordia;* outre un hôpital, elles ont une église, un cimetière et des cata-

ultérieure. Ordinairement l'expulsion du fœtus a lieu sans que les malades en aient parfaitement la conscience. C'est le choléra qui domine la situation générale, et il accomplit toutes ses périodes sans être modifié le moins du monde par cette complication. Sa gravité reste la même, et dans aucun cas l'avortement ne m'a paru ajouter à l'espoir de la guérison des malades; peut-être m'a-t-il paru, au contraire, aggraver leur situation, et ajouter plutôt à la crainte de leur mort.

En résumé :

L'état physiologique de la grossesse n'a aucune influence sur le choléra.

Le choléra exerce, au contraire, une action réelle et fâcheuse sur la grossesse, dont il interrompt souvent le cours.

L'avortement et l'accouchement prématuré résultent du degré d'intensité des accidents cholériques.

L'avortement qui n'a pas lieu dans les trois premiers mois de la grossesse se présente, au contraire, très-souvent après cette époque. Il est quelquefois le résultat mécanique des crampes; mais ordinairement, il a lieu, comme à l'ordinaire, par suite de l'action réflexe du système nerveux de l'utérus.

Il est rarement accompagné de fortes hémorrhagies. Il ne paraît pas exercer une notable influence sur la terminaison du choléra.

SECONDE PARTIE.

INFLUENCE DU CHOLÉRA SUR LE FOETUS.

Il est difficile de déterminer d'une manière précise l'influence du choléra sur le produit de la gestation; cela se conçoit : pendant la vie de la mère, l'état de santé du fœtus n'est que très-imparfaitement appréciable à l'aide de l'auscultation, et après la mort, c'est à l'exploration anatomo-pathologique qu'il faut demander de nouveaux renseignements. Or il s'agit de choléra; comment le scalpel pourrait-il ici nous aider à découvrir ce qu'il refuse si obstinément de nous faire connaître chez les sujets adultes?

Toutefois nous ne désespérons pas d'arriver à un résultat, et nous allons rechercher quels sont ces phénomènes qui, pendant la maladie ou après la mort de la mère, semblent annoncer un trouble quelconque dans les fonctions du fœtus.

Disons d'abord que la mort du germe n'est pas la conséquence nécessaire du choléra de la mère, quoique ce résultat soit de beaucoup le plus fréquent. En effet, dans notre tableau nous voyons que 6 femmes sur 52 n'ont pas avorté et ont parfaitement guéri des accidents cholériques, bien nettement caractérisés, qui les avaient amenées à l'hôpital. L'une était enceinte de trois mois, 3 l'étaient de quatre, et les 2 autres de cinq et de six. En outre, nous avons vu à l'Hôtel-Dieu une femme, dont l'observation nous a été communiquée par M. Moutard-Martin, qui était enceinte de huit mois et demi, qui est accouchée au milieu d'un choléra très-grave d'un enfant vivant, lequel est resté au monde avec sa mère. Par conséquent, si l'on arrive un jour à démontrer l'existence du choléra congénital, on pourra le regarder comme exceptionnel, les faits que nous venons de rapporter démontrant que la transmission n'est pas constante.

Dans les cas ordinaires, chez les femmes qui avortent au milieu de leur attaque de choléra ou qui succombent sans avoir le temps de subir ce nouvel accident, l'étude des mouvements du fœtus et l'auscultation de l'abdomen permettront d'apprécier non pas l'influence spécifique du choléra, mais seulement la vie ou la mort du germe. Chez les femmes qui déjà ont senti remuer, les mouvements cessent d'abord, ce n'est que plus tard que disparaissent les battements du cœur. J'aurais désiré pouvoir préciser l'époque de cette disposition pour savoir si elle avait quelque rapport avec l'heure de l'avortement, mais je n'ai pu réussir. J'ai tenté cette recherche sans aucun résultat, et je l'ai abandonnée à de plus habiles. Notre collègue M. Blot a réussi dans un cas assez avancé de grossesse. C'était chez une femme enceinte de huit mois et demi. Elle eut une très-violente attaque de choléra, et pendant vingt-quatre heures on put entendre sur elle les battements du cœur du fœtus. Ils disparurent enfin, et quelque temps après des douleurs survinrent, l'accouchement eut lieu, mais l'enfant était mort; la mère seule put guérir. — Les choses se passent toujours à peu près de même : on constate d'abord l'embarras des mouvements du germe, la cessation des battements de son cœur, sa mort et plus tard l'avortement.

Il était important de voir si dans tous ces fœtus victimes du choléra de leur mère la maladie avait laissé des traces, et si par hasard on pouvait découvrir dans les viscères une preuve de la transmission cholérique. J'ai fait avec beaucoup de soin l'autopsie d'un certain nombre de ces enfants, entre autres d'un de huit mois; j'ai prié M. Rayer de vouloir bien y regarder lui-même en lui donnant mes derniers venus, et je puis dire après cet examen en partie double, qu'il ne paraît y avoir dans le corps de ces fœtus rien de particulier qui doive être rapporté au choléra. J'ai constaté l'état poisseux de la séreuse abdominale, quelques congestions dans l'intestin et dans les poumons, mais j'ai minutieusement recherché la psorentérie et ne l'ai point trouvée. — Chez des fœtus assez avancés en âge, j'ai voulu voir si le méconium était répandu dans les eaux de l'amnios, et s'il était remplacé par de la matière cholérique; mais j'ai trouvé le méconium à sa place ordinaire, et nulle part de liquide semblable à la matière dite cholérique. Deux fois seulement, chez des fœtus de trois à quatre mois, M. Rayer a trouvé dans l'intestin une matière noirâtre formée par du sang altéré; mais comme nous ignorons ce qui existe à l'état normal dans l'intestin des petits êtres de cet âge, il nous est impossible d'en tirer ici aucune conclusion.

Rien ne prouve donc, quant à présent, que l'influence du choléra sur le produit de la gestation soit de nature spécifique, c'est-à-dire susceptible de lui communiquer une maladie semblable à celle de sa mère. Rien ne montre que le choléra soit transmissible par génération, à la manière de la variole, dans quelques circonstances, et c'est tout autrement qu'il faut comprendre l'action si ordinairement fâcheuse du choléra sur le germe humain.

La mort du fœtus doit être, je crois, rapportée à d'autres causes. La spécificité ne paraît y être pour rien, nous venons de le dire; mais d'autres circonstances rendent parfaitement compte de ce phénomène : ou bien l'accident est le résultat d'une pression mécanique de l'utérus causée par les crampes et par les convulsions des muscles de l'abdomen, ou bien il est dû à la diète si sévère dans laquelle se trouvent placés les malades, ou bien enfin il est causé par les nombreuses évacuations de l'intestin qui enlèvent tout le sérum du sang, et tarissent ainsi les sources de la nutrition. Il est probable que toutes ces causes agissent ensemble; mais elle peuvent avoir une influence isolée incontestable. Nous avons démontré la réalité de la première, en faisant connaître la possibilité de l'avortement mécanique causé par les violents efforts musculaires du choléra. Nous connaissons l'influence du régime et de la diète sur la nutrition du fœtus; mais ce qui

---

combes; elles sont réglementées et administrées par un conseil élu par l'*irmandade* et qui porte le nom de *mesa*; ce conseil nomme et démet les médecins et chirurgiens, fixe leurs appointements et règle leur service. Telle *mesa* pourrait vouloir des docteurs et telle autre pourrait se contenter à moins, tandis que M. le docteur D. D., qui de Paris se fait le garant de leurs choix, ignore tout à fait sur quoi ils ont porté et sur quoi ils porteront pendant son absence. Mais un fait qui est encore moins favorable à l'assertion de ce confrère, c'est que toutes les *mesas*, même à Rio-de-Janeiro, sont d'accord pour n'exiger chez leurs médecins que les grades d'*approvado* et de *formado*. Ces grades ne sont que *scolaires* et non *académiques;* ils s'acquièrent par des examens sommaires de fin d'année; ils ne comportent aucun des examens du doctorat; ils ne sont point accompagnés de diplôme, et ils ne donnent la faculté d'exercer que temporairement. Voilà quel est le droit; mais si à côté du droit nous regardons le fait, nous voyons des médecins qui exercent toute leur vie avec leur simple grade d'*approvado* ou de *formado*, et d'autres qui, ne possédant pas même ces ombres de titres, pratiquent comme s'ils en avaient de véritables. Il va sans dire que tous ces gens-là n'en sont pas moins appelés *senhor doutor*, et qu'on les traite de *seigneurie* tout comme des pairs d'Angleterre.

En province, dans les villes de second ordre et au-dessous, le gouvernement traite avec les *santas-casas* pour le service des militaires malades; de sorte que les hôpitaux dits militaires se réduisent à quelques infirmeries louées dans ces maisons et qui sont desservies par les chirurgiens des corps de troupe en garnison dans la localité. Dans chaque province, il y a un inspecteur qui est le chef du service de santé, et pour chaque établissement il y a un directeur. *La plupart de ces médecins, depuis l'inspecteur jusqu'au dernier sous-aide, sont sans titres académiques.* Au moment où j'écris ces lignes, une polémique est engagée dans les journaux de ma localité entre le chef du service de santé et quelques autres personnes; commencée pour motif étranger à la profession médicale, elle n'a pas tardé à entamer la question des titres qui manquaient au chef *da reparticao da saude* (administration de la santé) tant pour exercer la médecine que pour occuper un poste aussi éminent, et il a été reconnu par tous et pour tous, public, médecins et même la *camara municipal*, que ce chef d'administration n'était pas même *approvado* ni *formado*. Que répondra M. le docteur D. D. à de tels faits?

Quant aux médecins et aux chirurgiens de la Miséricorde à Rio-de-Janeiro, que M. D. D. cite dans sa réfutation, il est évident qu'ils n'étaient nullement mis en cause par mon article. Du reste, je m'empresse de saisir cette occasion pour déclarer que personne plus que moi ne rend hommage à leur savoir et à leur habileté. J'ai eu l'honneur de connaître personnellement les Jobins, les Valladaon, les Borges Monteiro, etc., et j'ai assisté à leurs cours et à leurs cliniques où la médecine est faite autrement que par le vulgaire des praticiens. Je suis convaincu que si ces messieurs ont lu mon article, ils n'auront pu y voir aucune critique ni de leur enseignement ni de leur pratique publique ou privée, et qu'ils auront reconnu la vérité de ce que j'y dis des préjugés des malades et des habitudes empiriques, routinières et arriérées de la tourbe médicale qui s'agite dans les régions inférieures de la profession tant dans la capitale qu'en province. Nous aussi, en France, nous avons un *vulgum pecus* qui marche dans les voies de l'empirisme aveugle et de la routine traditionnelle, et le feuilleton

est le mieux démontré, c'est l'influence des saignées répétées sur la mort du germe et sur son expulsion de la matrice. Or, je le demande, que la saignée soit directe ou indirecte, que le sang sorte des veines ou que le sérum transsude à travers les parois intestinales, n'est-ce pas absolument la même chose? On n'en saurait douter, et c'est ainsi, je crois, qu'il faut expliquer, dans la plupart des circonstances, le mode de production de l'avortement dans le choléra.

Ainsi donc, le choléra exerce une influence fâcheuse sur le produit de la gestation.

Cette influence ne paraît avoir rien de spécifique, et aucun phénomène ne démontre la transmission héréditaire de la maladie.

Cette influence est bornée à la nutrition du fœtus. Elle paraît occasionner la mort et ensuite l'avortement.

Dans certains cas moyennement graves, la mort du fœtus n'a pas lieu, et la maladie guérit sans interrompre le cours de la grossesse.

LITHOTRITIE.

DE LA LITHOTRITIE PAR LES VOIES ACCIDENTELLES; par **F. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc.**

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

2° DES CAUSES QUI FAVORISENT L'EXISTENCE SIMULTANÉE DES FISTULES ET DES CALCULS URINAIRES; EXAMEN DU MODE DE TRAITEMENT ADOPTÉ JUSQU'A CE JOUR.

Les rétrécissements de l'urètre doivent figurer en première ligne parmi les causes de l'affection complexe qui nous occupe. Leur influence ne se borne pas à produire la rétention d'urine : ils sont la source de nombreuses complications, parmi lesquelles diverses lésions de la vessie, de la prostate, des reins et, en somme, de tous les points de l'appareil génito-urinaire, se montrent en proportion variée. Les fistules qui s'ouvrent en arrière d'un rétrécissement et les concrétions urinaires sont liées à la même cause pathogénique. L'obstacle apporté au cours des urines prépare également la simultanéité de ces états morbides. Leur coexistence est un fait pratique assez bien établi et suffisamment expliqué d'ailleurs pour que nous puissions nous dispenser d'insister sur le mécanisme de leur production. Qu'il nous suffise de rappeler qu'on observe particulièrement ce double résultat lorsque le rétrécissement urétral est organique ou traumatique, qu'il a une grande étendue, qu'il date de longtemps, et qu'il porte un obstacle considérable à l'émission des urines. Nous ajouterons, pour éclairer les détails de la première observation que nous avons rapportée, que ces trois lésions peuvent se manifester simultanément chez les sujets atteints de diathèse calculeuse et qui ont subi l'opération de la taille. La fistule urinaire et le rétrécissement traumatique de l'urètre succèdent immédiatement à l'opération, et si la persistance de la cause qui avait produit le premier calcul se maintient, un second se forme avec d'autant plus de facilité que le rétrécissement et la fistule urinaire déjà établie ajoutent une nouvelle influence pour la récidive du calcul vésical.

Dans des cas de ce genre, le rétrécissement de l'urètre paraît un obstacle naturel à l'emploi de la lithotritie; aussi MM. Civiale et Leroy-d'Étiolles, à qui la chirurgie doit l'immense service d'avoir introduit et vulgarisé cette belle opération se sont préoccupés de l'objection qui leur a été faite touchant l'inopportunité et les dangers du broiement des pierres urinaires, lorsque le canal de l'urètre est coarcté. Pour éclairer cette question pratique, ils se sont livrés à des essais, et ont cité des observations tendant à prouver que les rétrécissements urétraux ne sont pas une contre-indication formelle à l'emploi de la lithotritie. On trouve dans les recueils de la science des faits qui établissent la possibilité de dilater le canal de l'urètre, et d'attaquer ensuite par cette voie, rendue à ses dimensions primitives, des calculs que l'on aurait cru d'abord ne pouvoir être extraits que par la cystotomie.

Ces faits étant présentés avec toute l'authenticité et la rigueur désirables, ont attesté le succès de la conduite suivie par les opérateurs, et l'ont élevée au rang de modèle à suivre dans des cas de ce genre. Mais cette adoption est-elle fondée à tous égards? La supériorité de la pratique recommandée en semblables circonstances est-elle suffisamment et réellement démontrée? Le doute nous semble permis, malgré l'autorité des exemples qui ont concouru à accréditer cette conduite chirurgicale.

Il est utile de faire remarquer tout d'abord que l'acceptation n'a pas été générale, et que plusieurs chirurgiens se sont prononcés en faveur de la taille, lorsque le canal de l'urètre est rétréci chez les calculeux. Sans vouloir reprendre la discussion des arguments que les partisans de la lithotritie ou de la cystotomie ont fait valoir en faveur de leur méthode de prédilection, on accordera sans peine une valeur prépondérante aux considérations d'après lesquelles la taille est déclarée convenir particulièrement dans le cas où le canal de l'urètre est affecté d'un état pathologique qui contrarie la libre action des instruments lithotriteurs. Il nous serait d'ailleurs facile de prouver, par l'analyse de plusieurs cas dans lesquels on a présenté la lithotritie par l'urètre préalablement dilaté comme suivie de succès, que ce succès lui-même a été acheté par de nombreux accidents ou par les chances les plus fâcheuses. Ce résultat ne saurait même paraître surprenant si l'on réfléchit qu'un rétrécissement urétral détermine une susceptibilité pathologique très-marquée dans toute l'étendue des voies urinaires, que le calcul de la vessie a rendu ce viscère très-impressionnable, et qu'enfin la lithotritie exécutée laborieusement par l'intermédiaire d'un canal sensible, et dont les parois pressent toujours la tige du lithotriteur, malgré le soin qu'on a mis à le dilater, sont tout autant de causes qui entravent la manœuvre opératoire et les bons résultats qu'on en attend. Pour résumer toute ma pensée sur ce sujet, si l'on n'avait, pour remédier aux complications supposées, qu'à opter entre la lithotritie ou la cystotomie, je préférerais cette dernière opération; mais l'expérience m'ayant démontré l'efficacité des ressources nouvelles dont j'ai fait mention, je préférerais encore avoir recours à la méthode qui les résume.

Lorsqu'une fistule au périnée et un rétrécissement de l'urètre existent en même temps chez un calculeux, un ordre particulier d'indications se présente au chirurgien. Le calcul vésical doit être considéré comme la maladie à laquelle conviennent les applications thérapeutiques les plus urgentes. Le rétrécissement de l'urètre ne vient qu'en seconde ligne sous le rapport des indications, et ce serait perdre un temps précieux que de s'efforcer tout

---

de la GAZETTE MÉDICALE ne se fait pas faute de verser sur lui le ridicule et la satire toutes les fois que l'occasion s'en présente. Est-ce à dire pour cela que les Andral, les Louis, les Blandin, les Sédillot soient mis en cause dans ces critiques? On nous parle du système nerveux comme prétexte de préjugés et d'erreurs parmi nos compatriotes; nous vous le concédons sans difficultés (bien que nous pourrions faire de justes réserves pour ce qui est de la comparaison avec les préjugés brésiliens que vous défendez), et en cherchant dans la collection de la GAZETTE MÉDICALE vous trouveriez un feuilleton, datant déjà de quelques années, lequel se moque à son aise de l'abus que font de l'adjectif *nerveux* les malades et les médecins. Pourquoi donc, nous qui sommes les premiers à plaisanter de ce qui est ridicule chez nous, n'aurions-nous pas le droit de rire de ce qui est ridicule chez les autres? Croyez-moi, très-cher confrère, vous auriez eu bien meilleure grâce à vous égayer avec nous des constipations et des hémorrhoïdes de vos compatriotes qu'à prendre sérieusement leur défense.

7° Les barbiers, dit le docteur D. D., ne font plus les saignées à Rio-de-Janeiro, et nulle part ils ne font les ouvertures d'abcès. J'avoue que de la part d'un Brésillien ce démenti me confond. J'en demande cependant très-humblement pardon à notre confrère, mais je dois dire qu'à Rio-de-Janeiro le nombre des saignées faites par les barbiers doit être bien au-dessus du nombre de celles faites par la propre main des médecins, et dans les provinces, de tel ordre qu'elles soient, les médecins qui font leurs saignées eux-mêmes sont des exceptions. Je confesse que pour ma part j'use souvent du bénéfice de cette coutume et lorsque la gravité de l'affection ne m'impose pas l'obligation de ne m'en rapporter qu'à moi-même pour la saignée, je me contente de la prescrire en laissant au malade ou à sa famille le soin de la faire exécuter par un barbier blanc ou noir ou *gris*, selon la qualification portugaise (1). Enfin j'affirme : 1° que des barbiers m'ont quelquefois demandé des conseils pour des ouvertures d'abcès qu'ils avaient à faire; 2° que j'ai eu connaissance par d'autres circonstances encore qu'ils pratiquaient de semblables opérations; 3° que dans ma pratique, quand je rencontre une tumeur que je juge opportun d'inciser, souvent on me répond: Eh bien! nous allons faire venir le barbier. — Est-ce clair?

M. D. D. dit que l'autorisation de faire la petite chirurgie était conférée aux barbiers, après examen, par le physico-môr. Soit; mais on sait à quoi s'en tenir sur la valeur de ces formalités, surtout au Brésil. Que de barbiers saignaient, incisaient, scarifiaient qui n'avaient jamais vu le physico môr et ne le connaissaient que de nom! Du reste, si l'autorité du physico-môr est éteinte, si son contrôle et ses examens ne sont plus qu'un souvenir historique, et si, malgré cela, les barbiers restent encore armés du bistouri, de la lancette et de la clef de Garengeot, on est autorisé à en conclure que la condition actuelle est pire que celle du temps passé. S'il n'en est pas ainsi, c'est grâce aux lumières du siècle et à l'importation d'habitudes étrangères et non à la prétendue suppression des abus.

Le docteur D. D. nous apprend, à ce propos, qu'il y a des lois répressives du

(1) *Pardo* en portugais correspond à la fois aux mots français *gris* et *mulâtre*.

d'abord d'obtenir une dilatation de ce canal qui permît d'aller rechercher péniblement une pierre vésicale. Il est de toute évidence que le temps consacré à la dilatation de l'urètre est sans profit pour l'amendement des symptômes qui sont sous la dépendance spéciale du calcul, et que, tandis que l'on s'obstine à obtenir un douteux résultat du côté de l'urètre, les douleurs, l'inflammation et les autres phénomènes morbides déterminés par le calcul poursuivent leur cours et s'aggravent. Ajoutons que, chez les calculeux, la dilatation du canal se fait toujours avec peine. Le malade ne peut supporter les sondes ni les bougies à demeure, et c'est surtout pour la lithotritie, pratiquée dans ce cas, que l'on peut dire que la somme des douleurs provoquées par cette opération est de beaucoup supérieure aux douleurs qui résultent de la taille. Si les séances sont trop rapprochées, le canal et la vessie s'irritent et font courir des dangers aux malades; si elles sont éloignées, les parois du canal reviennent un peu sur elles-mêmes, et font perdre en partie le fruit d'une dilatation antérieure. Dans les deux cas, les fragments ne sont extraits qu'avec difficulté, et il n'est pas sans inconvénient de leur faire franchir un canal altéré d'abord par la cause locale de la coarctation, et fatigué plus tard par les moyens dilatants. Ainsi, à la nécessité de débarrasser promptement le malade de l'affection qui compromet le plus sa vie, c'est-à-dire la pierre, se joint la convenance d'éviter l'essai dangereux d'un moyen probablement insuffisant et toujours long, c'est-à-dire la lithotritie par l'urètre.

La taille, quoique plus avantageuse dans de pareilles dispositions pathologiques que la lithotritie ordinaire, n'en conserverait pas moins la gravité qui lui est propre, et de plus elle exigerait un commencement de restitution de la liberté du canal pour que le cathéter pût entrer sans effort dans la vessie et jouer le rôle d'un conducteur sûr. Or cette action préalable sur le canal ferait courir la chance d'enflammer la vessie et de rendre la cystotomie plus dangereuse.

Pour remplir l'indication la plus pressante et épargner au malade une action opératoire grave, il convient donc de rechercher un moyen différent, et qui tienne autant que possible de la lithotritie par son mécanisme et son innocuité probable, de la taille par le lieu choisi pour attaquer le calcul, et jusqu'à un certain point par sa promptitude. Ce moyen, c'est la lithotritie périnéale pratiquée par la fistule.

3° DU MODE D'EXÉCUTION ET DES SUITES DE LA LITHOTRITIE PAR LE PÉRINÉE.

Ce genre nouveau de lithotritie me paraît résoudre efficacement les difficultés offertes par les cas complexes qui ont plusieurs fois embarrassé les opérateurs. L'action chirurgicale est des plus simples : si la fistule est large et directe, elle se prête à un broiement aussi facile que prompt, avec les instruments ordinaires. La longueur de leur tige pourrait être réduite, afin de donner plus de solidité au lithotriteur et de permettre plus de précision dans la manœuvre. Si la fistule est étroite, on la dilate promptement. Cet effet peut être obtenu d'un jour à l'autre, soit en employant l'éponge préparée ou la racine de gentiane, soit en faisant usage de bougies d'un calibre gradué que l'on renouvelle fréquemment. Si le trajet fistuleux est oblique, on peut le ramener à la direction désirée par une incision qui n'intéresse que les parties superficielles ou par une contre-ouverture convenable. S'il existe plusieurs fistules, on choisit celle qui rend le calcul le plus sûrement accessible. Des injections émollientes sont portées dans la vessie, le lithotriteur est introduit, le calcul recherché, saisi et broyé d'après les règles ordinaires. Quant aux fragments, s'ils ne sont pas facilement expulsés par les contractions vésicales, on peut aller directement rechercher avec des pinces ceux dont le volume n'est pas trop considérable, et abréger ainsi la durée totale de l'opération. Je ne puis insister ici sur des détails qui, pour divers temps de l'opération, peuvent être assimilés à ceux qui sont longuement décrits dans les ouvrages sur cette matière. Je me contente, pour ce qu'il peut y avoir de spécial, de renvoyer à l'exposition des faits circonstanciés dont j'ai parlé plus haut. Cette revue suffira pour remplir les lacunes volontaires de la description actuelle, et pour diriger dans les essais du même genre qu'on jugerait opportun d'entreprendre. Je me bornerai, pour confirmer la rationalité de ces tentatives, à rappeler que la nature elle-même a procédé quelquefois de manière à montrer que des fistules généralement considérées comme une aggravante complication étaient fortuitement devenues utiles en donnant passage à des pierres ou à des graviers formés dans la vessie. Les auteurs nous ont fourni un grand nombre d'exemples de pierres spontanément et heureusement expulsées par des fistules périnéales. C'est assez pour le but que je me propose de mentionner particulièrement les noms de Covillard, Petit, Delaunay, Sandifort et de M. Civiale, qui ont longuement relaté dans leurs ouvrages des faits de ce genre.

L'action exercée sur les fistules du périnée pour pratiquer la lithotritie et extraire les fragments des calculs vésicaux n'augmente pas les chances d'incurabilité de ces conduits accidentels; elle ne les rend ni plus rebelles ni plus pénibles pour le malade. Lorsque les effets de la dilatation nécessaire pour faciliter les manœuvres de lithotritie sont obtenus, les parois de ces trajets accidentels reviennent sur elles-mêmes et récupèrent leur premier état, comme on le voit pour toutes les ouvertures anormales établies dans divers points du corps et qu'on a dilatées temporairement, soit pour mieux les explorer, soit pour détruire la cause qui les entretenait. Dans plusieurs des cas où la nature a expulsé par des trajets fistuleux du périnée des calculs qui avaient exigé une ampliation énorme, on a vu les fistules revenir non-seulement à leur premier état, mais même s'oblitérer complétement. Lorsque l'art tend au même but, l'irritation exercée sur les parois du trajet accidentel par les instruments lithotriteurs, et surtout l'éraillement que produisent les saillies anguleuses des fragments expulsés, suffisent pour faire comprendre la possibilité d'une oblitération. Ce résultat est cependant difficile ou même impossible, si on laisse persister un rétrécissement antérieur et si l'on s'abstient de toute opération dans le but de guérir la fistule. Mais ces deux ressources viennent en aide au praticien, dont le devoir est de les appliquer à propos.

Le rétrécissement de l'urètre qui coexiste avec le calcul et la fistule urinaire est plus avantageusement combattu, après avoir préalablement débarrassé la vessie du corps étranger qui l'irritait, que pendant l'existence du calcul. La dilatation graduelle que l'on exerce sur le canal de l'urètre est mieux supportée. La partie de la sonde qui est admise dans la vessie n'y occasionne pas le surcroît de douleur qu'elle aurait indubitablement produit si la pierre eût en même temps été renfermée dans ce viscère. Le malade, délivré de l'appréhension inhérente à l'élément le plus grave de son affection complexe, s'habitue plus facilement à l'usage des moyens dilatants. Enfin il y a bien moins de chances pour le développement des divers accidents qui peuvent forcer le chirurgien à suspendre ou à différer l'emploi de ces moyens. Il y aurait eu inconvénient pour le malade à ce qu'on eût

---

charlatanisme qui font peu à peu disparaître les abus; je veux bien croire à l'existence de ces lois, mais je nie formellement qu'elles soient exécutées. Tous les jours nous voyons des gens s'improviser médecins, et dont les antécédents consistent à avoir été domestique, infirmier, garde royal, marchand de nouveautés, maître de langue, hôtelier, etc. Tous ces chevaliers d'industrie parcourent les provinces, séjournent dans les principales villes et les chefs-lieux, font des annonces dans les journaux et jouissent d'une impunité parfaite. A Porto-Alègre, une mulâtresse, accoucheuse, venue de Bahia, non contente de remettre à leur place les matrices vagabondes, entreprend hardiment, sur des personnes qui ne sont pas de son sexe, le traitement de maladies aussi graves et aussi obscures qu'une paralysie. (*Exemple du peu de confiance que les curandeiros ont en leur savoir, et du choix des maladies légères auxquelles se borne leur pratique*, selon le docteur D. D.) Notre confrère nous opposera qu'il existe en France des scandales analogues. C'est possible; mais nous, médecins, nous sommes les plus zélés à le signaler et non à les dissimuler, et enfin de temps en temps interviennent le ministère public et la police correctionnelle.

8° Enfin M. D. D. ajoute que le reste de ma lettre est un tissu d'inexactitudes. Rien n'est commode et élastique comme une réfutation semblable. Je ne puis y répondre qu'en maintenant mot pour mot tout ce que j'ai dit, et en ajoutant que, pour rester éloigné de toute exagération, je suis demeuré en plusieurs points en deçà de la réalité. Du reste, je fais une courte et simple réflexion : c'est que si ce que j'ai raconté a été le fait de mon invention, si je l'ai imaginé de toutes pièces, si je l'ai rêvé enfin, comme on le dit très-agréablement, je trouve très-étonnant que M. D. D. me comprenne si bien. D'où vient que mes récits mensongers à propos de constipations, d'hémorrhoïdes, de *suadores*, de *friagem*, de *calor*, le trouvent si parfaitement au fait de ces choses qui, selon lui, n'existeraient pas?

Par sa lettre, M. D. D. me fait l'effet d'être un médecin non praticien, et il me paraît juger notre profession dans son pays par ce qui se passe dans les Facultés et leurs cliniques professorales seulement, ce qui est un point de vue éminemment trompeur. Qui jugerait de la médecine dans toute la France en l'observant seulement aux cliniques et aux cours de Paris, Strasbourg et Montpellier s'exposerait à de graves mécomptes. La pratique ne ressemble plus aux théories et aux doctrines de l'enseignement : la pratique civile diffère de celle des hôpitaux; celle des villes n'est pas la même que celle des campagnes, et dans chaque circonscription il y a un esprit de localité qui donne aux idées et aux faits une nuance différente de celle qu'ils ont ailleurs.

M. D. D. se plaît à répéter que je connais à peine la médecine de la campagne. En peu de mots je vais dire ce qu'elle est. D'abord la campagne du Brésil est encore un vaste désert où l'on rencontre, dans les pays habités, à peu près une *farenda* de quatre en quatre lieues, terme moyen. Il n'y a là rien qui rappelle les villages, les maisons, les châteaux, dont est parsemée la campagne en Europe. Ceux des farendeiros qui ont un immense personnel en esclaves ont quelquefois un médecin attaché à leur maison; ceux qui ne sont pas dans ce cas s'approvisionnent à la ville la moins éloignée du remède et du livre de Leroy, et se livrent à l'application de la méthode évacuante selon toute la rigueur du texte. Enfin quelques médecins (ordinairement des étrangers) font de loin en loin des tournées dans ces immenses solitudes, et recueillent, dit-on, surtout

retardé l'extraction du calcul de tout le temps nécessaire à la guérison du rétrécissement; mais il n'y a aucun inconvénient sérieux à ajourner le traitement de cette dernière lésion, lorsque le malade a été préalablement délivré de sa pierre. Le chirurgien peut donc temporiser autant qu'il le croit nécessaire avant de rien entreprendre contre la coarctation urétrale, et ce retard n'est point préjudiciable, puisque, alors même que la coarctation est très-avancée, l'existence d'une fistule ouverte au périnée est une sorte de prophylaxie naturelle contre les accidents de la rétention d'urine. Aussitôt que l'indication d'attaquer le rétrécissement est reconnue, le chirurgien agit avec d'autant plus d'opportunité qu'en rétablissant les voies normales il prépare la guérison de la fistule périnéale. Il est en effet presque inutile de rappeler que la sonde à demeure contribue autant à la guérison de la dernière qu'à celle de la coarctation elle-même. En dérivant l'urine et l'empêchant de s'écouler par la fistule, la sonde met le trajet anormal dans la dépendance de la loi physiologique, d'après laquelle tout conduit qui cesse de donner passage au fluide qui le parcourait habituellement se rétrécit et s'oblitère. L'usage prolongé des sondes a suffi, dans beaucoup de cas, pour décider la clôture de fistules urinaires qui avaient résisté à des moyens locaux très-variés et appliqués avec insistance. Ce traitement à deux fins ne dispense pas d'ailleurs de mettre particulièrement en usage contre la fistule toutes les autres ressources chirurgicales que fournit la science, et qu'il faut savoir employer, non-seulement avec discernement, mais avec obstination; car la résistance opiniâtre de certaines fistules exige que l'art soit aussi fécond dans ses moyens et aussi constant dans ses efforts que le mal se montre rebelle.

On remarquera que le mode opératoire que je crois devoir recommander dans les cas de calcul vésical compliqué de coarctation de l'urètre et de fistule urinaire, se distingue des procédés mis jusqu'à présent en usage, non-seulement par le lieu d'introduction des instruments lithotriteurs, mais encore par la succession des temps de l'action thérapeutique qui convient à ces affections complexes. Cette dernière différence me paraît constituer une amélioration réelle, et je crois lui devoir une grande part dans les succès dont les faits précités sont le témoignage. Or, si ce résultat ne me fait pas illusion, il me semble qu'il emporte avec lui sa conséquence logique. Dans toute maladie composée, il est de règle d'attaquer d'abord l'élément pathologique le plus dangereux : pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans le cas qui nous occupe? Entre les dangers que fait courir un rétrécissement urétral et ceux que suscite un calcul urinaire, l'appréciation ne saurait être embarrassante. La conduite à tenir est donc logiquement dictée pour de semblables affections. La possibilité d'attaquer un calcul vésical par le périnée et la promptitude avec laquelle l'extraction en est faite viennent raffermir les motifs sur lesquels est basée l'indication prédominante et renverser l'ordre des tentatives préconisées jusqu'à ce jour. Commencer par délivrer le malade du calcul au lieu de renvoyer ce résultat à la fin du traitement, finir au contraire par la dilatation au lieu de débuter par ce moyen, telle est la conduite la plus sûre. Profiter d'une fistule au périnée comme voie accessible aux instruments lithotriteurs au lieu de chercher à la guérir de prime abord, telle est la conduite la plus simple et en réalité la plus rationnelle.

4° L'OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE PEUT-ELLE CONVENIR, DANS CERTAINS CAS, POUR OUVRIR UNE VOIE AUX INSTRUMENTS LITHOTRITEURS ?

L'idée de simplification opératoire qui m'a guidé dans l'exécution de la lithotritie périnéale ne saurait être bornée aux cas dans lesquels il existe des fistules. S'il est démontré d'une part que ces voies accidentelles sont utiles, et de l'autre qu'elles sont susceptibles de guérison après qu'on a tiré parti de leur existence, il se présente une déduction naturelle dont les applications peuvent améliorer les conditions du malade, abréger la durée du traitement et lui donner de la sécurité, lorsqu'il y a rétrécissement urétral et calcul de la vessie sans fistule périnéale. Cette déduction chirurgicale, c'est l'exécution méthodique de l'opération appelée *boutonnière*.

La boutonnière ou l'ouverture du canal de l'urètre en arrière de sa portion bulbeuse est une opération fort ancienne dans la chirurgie, et elle a eu des périodes de faveur et de proscription, ce qui prouve qu'on lui a reconnu de grands avantages et de grands inconvénients. Nous n'avons aucun intérêt à nous dissimuler ces derniers. Il est de toute évidence qu'une ouverture faite sur le trajet de l'urètre ne sera jamais considérée comme exempte de chances fâcheuses; mais c'est le sort de toute opération chirurgicale, et ce n'est pas à ce point de vue général qu'on peut juger la valeur réelle de l'urétrotomie. Son degré d'efficacité ne peut être estimé que par l'appréciation du caractère grave des maladies qui la réclament et de la valeur comparative des moyens proposés pour les cas où l'urétrotomie peut elle-même convenir. Or il n'est pas douteux que la boutonnière ne mérite d'être réhabilitée pour plusieurs cas graves de rétention d'urine, comme l'a très-bien établi M. Vidal (de Cassis). Il n'est pas moins certain qu'on l'a employée avec utilité pour assurer le succès de la suture appliquée à une solution de continuité de la portion droite de l'urètre, comme l'attestent les faits intéressants que l'on doit à MM. Ségalas, Ricord et Goyrand.

L'observation rapportée par M. Ségalas me paraît avoir d'autant plus d'intérêt qu'elle prouve non-seulement le parti qu'on peut tirer d'une ouverture faite au périnée, pour faciliter d'autres opérations pratiquées sur la partie antérieure de ce canal, mais parce qu'elle vient à l'appui du précepte que j'ai donné d'utiliser les fistules périnéales avant de les guérir. Effectivement M. Ségalas avait eu l'heureuse idée d'établir, par une fistule que présentait son malade, une dérivation d'urine qui prépara le succès d'une opération d'uréthroraphie destinée à remédier à une perte de substance considérable de la partie spongieuse de l'urètre. Il n'est pas inutile d'ajouter que dans ce cas, aussi bien que dans les observations rapportées par les chirurgiens cités plus haut, l'ouverture périnéale s'est parfaitement cicatrisée.

Le même résultat ne serait pas plus difficile à obtenir, si la boutonnière était pratiquée dans un autre but, et l'on a peut-être trop exagéré le danger que court le malade de voir l'ouverture faite à l'urètre se transformer en fistule urinaire incurable. On ne saurait raisonnablement faire une assimilation complète entre une fistule urinaire établie spontanément à la suite d'un abcès urineux ou de tout autre accident et une plaie régulièrement pratiquée dans un sens parallèle à l'axe du canal de l'urètre. Dans le premier cas, le trajet fistuleux, plus ou moins régulier ou sinueux, est revêtu d'une membrane de formation nouvelle qui contrarie la cicatrisation, il est souvent environné de callosités dont la présence s'oppose au retrait des pa-

---

pour leurs opérations, des honoraires fabuleux. Voilà l'histoire succincte et véridique de la médecine dans la *roça*, le *campo* et le *sertao*.

Je tiens du professeur Jobins lui-même qu'avant l'organisation actuelle la pratique et l'enseignement de la médecine étaient au Brésil dans un état déplorable, que c'était un véritable chaos. A présent des écoles de médecine modelées sur les nôtres, mais qui n'ont pas encore vingt ans de date, y forment des praticiens instruits; c'est ce que je me suis plu à reconnaître dans l'article même qu'attaque le docteur D. D. Je ne confonds nullement les docteurs brésiliens avec leurs *barbeiros*, leurs *indios* et leurs *curandeiros*; c'est M. D. D. qui prend mal à propos fait et cause pour ces gens-là, et qui veut rendre les hommes distingués des écoles brésiliennes solidaires de l'ignorance et des préjugés des médicastres. Qui ne sait qu'un ordre de choses ne se remplace par un autre d'une manière absolue, qu'une et même plusieurs générations anciennes chevauchent nécessairement sur une nouvelle, et qu'ainsi hommes et idées se transmettent d'une époque à une autre en dépit d'une régénération dans les institutions? A présent la jeune médecine brésilienne suit les traces de la médecine française : elle est avide de progrès et de science; mais il n'en est pas moins vrai que le corps médical brésilien renferme encore un grand nombre des éléments que lui a légués l'ancien régime, hommes et traditions dont l'esprit a été plus ou moins modifié et tempéré par le nouveau. Un autre fait incontestable, c'est que, sous le rapport des idées, l'homme subit à un certain degré l'influence du milieu dans lequel il vit. Le médecin ne fait pas exception : élève, il arrive aux Facultés avec les préjugés du toit paternel. Il laisse ce bagage à la porte, je veux le croire; mais une fois rentré dans la vie ordinaire, en contact avec le public, il s'accoutume, sinon à respecter, du moins à ménager les préjugés vulgaires, les idées banales, les erreurs traditionnelles, etc., et à leur laisser prendre vis-à-vis de lui des droits égaux à ceux de ses propres notions scientifiques vis-à-vis de ses clients. Si les esprits supérieurs résistent à ce joug, les intelligences médiocres (qui partout et toujours sont en majorité) s'y courbent complaisamment, surtout s'il manque, pour les retremper et les soutenir, le contact des journaux scientifiques, des livres nouveaux et des travaux des corps savants. Ceci soit dit pour tous les pays, et pour peu que notre honorable confrère D. D. veuille bien ne pas réclamer une exception pour le Brésil, il n'y aura plus rien d'étonnant à y voir le commun des médecins raisonner, argumenter et formuler à propos de constipations, d'hémorrhoïdes et d'inflammations imaginaires, tandis qu'il s'agit au fond de pleurésies, de congestions encéphaliques et de dégénérescences organiques.

En résumé, je crois avoir démontré que tous les arguments de la réfutation du docteur D. D. portent à faux.

J'ai parlé des préjugés du peuple et du vulgaire des médecins, de la pratique ignorante des *boticarios*, des *curandeiros* et des nombreux praticiens sans instruction et sans diplôme. M. D. D. me répond en me citant les Facultés, les cliniques et les sommités professorales.

J'ai parlé du Brésil en général, et M. D. D. ne cite que Rio, Bahia et Fernambuco.

J'ai parlé de la médecine dans les villes de deuxième, troisième et quatrième ordre, et M. D. D. me renvoie à la médecine de la campagne, où il n'en existe pas.

rois nécessaire pour que le conduit s'oblitère. Après l'urétrotomie, au contraire, on n'obtient qu'un trajet court, direct, exempt de toute organisation nouvelle dans son voisinage et présentant des surfaces disposées à réaliser l'acte adhésif à l'aide duquel la nature opère la guérison. Les conditions sont les mêmes que celles qui existent après l'opération de la taille périnéale où l'on voit l'urine couler par la plaie pendant quelque temps, mais où le travail de cicatrisation s'établit ensuite avec assez de constance pour qu'on puisse dire qu'une fistule périnéale est un accident et non une suite naturelle de l'opération.

Ces considérations peuvent donc être invoquées comme propres à démontrer la probabilité du succès de la boutonnière et à légitimer son application aux divers cas qui pourraient la réclamer. A ce titre, je proposerais d'en faire usage pour simplifier les conditions pathologiques des calculeux atteints de rétrécissements considérables de l'urètre, et je n'hésiterais pas à exécuter la lithotritie par cette ouverture nouvelle.

Les objections qui sont relatives à la difficulté d'atteindre sûrement la portion membraneuse de l'urètre tombent devant les essais opératoires qui établissent qu'elle n'est pas hors de la portée de l'habileté la plus ordinaire. Il n'est pas même indispensable d'avoir un conducteur pour servir de guide au bistouri, comme tout anatomiste peut l'avoir éprouvé sur le cadavre. Il importe que ce fait soit bien reconnu, car en proposant la boutonnière comme voie nouvelle offerte au lithotriteur, j'ai supposé une coarctation avancée du canal de l'urètre avec impossibilité d'introduire sans violence un cathéter ou une sonde jusque dans la vessie. Cette condition rend l'emploi de la boutonnière suffisamment rationnel, car si l'on admet qu'elle est utile pour remédier aux effets de la rétention d'urine, on sera disposé à lui reconnaître une opportunité spéciale pour un cas où non-seulement elle rend le même service, mais où elle permet en outre une exploration précise du calcul vésical et donne le moyen de le broyer sans obstacle. Comme ce dernier résultat exige un certain temps, ainsi que toute opération de lithotritie, il est convenable, pour en préparer le succès, de maintenir pendant quelques jours une sonde dans l'ouverture urétro-périnéale, afin d'empêcher l'agglutination de ses lèvres.

5° DE LA COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE.

Une dernière conséquence des idées qui viennent d'être développées concernant l'application que l'on peut faire de la lithotritie aux calculeux dont la vessie est mise en communication accidentelle avec le périnée, consiste à associer, dans certains cas, le broiement de la pierre avec la cystotomie.

Si la lithotritie n'est pas appelée, comme on l'avait espéré, à remplacer toujours la taille, on ne peut nier qu'elle n'ait singulièrement réduit le nombre des cas où l'on avait recours à cette dernière opération, si redoutée des malades. Un nouveau service qu'on pourrait obtenir de la lithotritie, ce serait de diminuer quelques-uns des dangers qui accompagnent la taille, en réunissant dans une méthode opératoire mixte les avantages qui sont particuliers à chacune d'elles. La cystotomie compte, comme on le sait, un grand nombre de procédés entre lesquels le chirurgien est appelé à opter. Le choix à faire peut être basé sur des motifs assez variés ; mais c'est principalement sur le volume de la pierre que repose l'indication relative au procédé cystotomique qu'il convient de mettre en usage. Les pierres d'un petit volume réclament généralement la taille latéralisée ou médiane, celles d'une moyenne dimension la taille bilatérale, enfin les pierres du développement le plus considérable doivent être extraites par la taille hypogastrique. Or l'expérience démontre qu'il existe une relation entre les dangers de l'opération et le volume du calcul, de telle sorte que plus celui-ci est considérable, plus les procédés cystotomiques qui lui conviennent sont redoutables par leurs suites. En tenant compte de ce résultat pratique, ne serait-ce pas un progrès chirurgical que de borner la taille à la méthode qui inspire le plus de sécurité, c'est-à-dire à celle qui exige la plus petite ouverture faite dans la région périnéale, et à faire intervenir la lithotritie pour réduire le volume du calcul aux proportions de la voie déjà tracée par l'opérateur?

Cette modification opératoire, qui consiste, à proprement parler, dans l'emploi simultané de l'incision et du broiement, existe à titre de conduite exceptionnelle dans la pratique chirurgicale. L'idée parait en remonter assez haut, puisqu'on attribue à Ammon (d'Alexandrie) le précepte de briser les pierres pour faciliter leur extraction après l'opération de la taille. Quoi qu'il en soit, ce précepte a été mis en pratique par beaucoup d'opérateurs depuis le seizième siècle jusqu'à nos jours, et, dans la période moderne de notre art, on ne s'est pas épargné le soin de varier les instruments destinés à écraser les calculs. On connait assez les tenettes brise-pierre de B. Bell, l'instrument de sir Henry et une foule d'autres appropriés au même but. Sans doute leur application s'éloigne des règles de la lithotritie ordinaire; mais le parti qu'on tire de leur action rend au fond un service analogue. On se propose, à leur aide, de réduire le volume du corps étranger et de rendre facile l'extraction des fragments que l'on obtient. Ce genre de lithotritie a réussi plusieurs fois entre les mains de quelques chirurgiens auxquels il a fourni un recours extemporané dans des circonstances insolites. Je crois qu'en régularisant cette manœuvre, en la rendant plus générale, en transformant en pratique ordinaire ce qui jusqu'à présent n'a été qu'un acte opératoire exceptionnel, on ferait perdre à la taille un grand nombre de ses dangers.

On se rendra plus facilement à cette idée si l'on réfléchit aux moyens généralement employés lorsque le chirurgien, surpris pendant l'opération de la taille par la présence d'un calcul plus volumineux qu'il ne l'avait supposé, doit remédier sur-le-champ à un incident aussi sérieux. Les règles extraites de certains exemples conservés dans la science ne sont guère rassurantes. Mettre aussitôt en usage la taille hypogastrique, c'est évidemment jouer la vie du malade et ajouter aux chances déjà graves de la taille périnéale les chances plus graves encore de la taille hypogastrique. Franco, qui donna l'exemple de cette conduite, fut effrayé de son propre succès. Fendre la paroi antérieure du rectum, comme le fit Dupuytren, c'est sans doute mettre à sa disposition le plus large espace périnéal; mais le chirurgien peut-il être satisfait quand il a établi un semblable cloaque? Agrandir l'incision prostatique, transformer la taille latéralisée en bilatérale, pratiquer le débridement multiple récemment recommandé, c'est assurément agir d'une manière beaucoup plus prudente. Mais, outre que ces ressources ne sont pas toujours suffisantes pour permettre l'extraction d'un calcul volumineux; elles augmentent nécessairement les accidents déjà si nombreux dont la taille ordinaire peut être suivie. La conduite la plus judicieuse consiste alors à briser la pierre avec des instruments d'une puissance convenable, soit qu'on introduise par la plaie les brise-pierre autrefois préconisés, soit qu'on ait recours au lithotriteur à percussion, soit qu'on se borne à l'emploi de tenettes solides. On change ainsi les conditions fâcheuses qu'on a rencon-

---

J'ai dit que les dentistes brésiliens sont les barbiers, et M. D. D. me cite les dentistes étrangers résidant à Rio-de-Janeiro.

J'ai dit que des chirurgiens militaires, la plupart sans titre académique, ont la majeure partie du service des hôpitaux de *province*, et M. D. D. me répond en me citant dans la capitale l'hôpital de la Miséricorde, où les professeurs de l'école ont leurs cliniques.

J'ai dit que les médecins brésiliens étaient généralement étrangers à l'art des accouchements, et M. D. D. croit me démentir en citant les professeurs d'obstétrique de Rio et de Bahia.

J'ai dit que des écoles de Rio-de-Janeiro et de Bahia sortaient des médecins généralement au niveau de la science, et dont plusieurs feraient honneur à nos Facultés françaises, et M. D. D. m'accuse de le confondre, lui et ses confrères, avec les *barbeiros*, les *boticarios* et les *indios*.

Je crois que pour ceux qui compareront ma première lettre, la réfutation du docteur D. D. et ma réponse, rien de ce que j'ai avancé n'aura été infirmé. Je respecte trop le public auquel je parle et celui duquel je parle pour m'écarter de la vérité, quel que soit le ton de mon langage.

Je ferai remarquer en passant que voilà deux fois que des médecins brésiliens font mal à propos preuve d'une susceptibilité exagérée. Lorsque fut insérée dans ce journal la notice du docteur Pleassant que je cite dans ma première lettre, M. Svarez de Meireilles, qui lui répondit, avança pompeusement que l'instruction et la moralité en général, et l'instruction médicale en particulier, étaient bien supérieures à ce qui existait aux États-Unis; que, sauf les écoles françaises et un petit nombre d'Universités allemandes et anglaises, il ne connaissait rien au monde qui fût comparable aux Facultés brésiliennes; que l'enseignement y était plus universel qu'ailleurs; qu'on y professait l'astronomie, etc., etc....

Tous les jours des lettres critiques sur l'enseignement et la pratique en Allemagne, en Angleterre, en Italie, sont publiées dans nos journaux de médecine sans donner lieu à des réclamations de ce genre. Le Brésil devrait-il donc jouir d'une immunité exceptionnelle?

Je regrette que cette polémique, très-intéressante pour le docteur D. D. et pour moi, soit un peu oiseuse pour la plupart des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, et que le grand espace de temps écoulé entre l'attaque et la défense lui fasse perdre encore une notable partie du peu de mérite qu'elle peut avoir.

Agréez, etc.

Dr LUCIEN PAPILLAUD.

— Un concours public pour trois places d'élève interne dans les hôpitaux de Toulouse s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu, le mardi 4 décembre prochain. Pour être admis à concourir, les étudiants âgés de moins de 25 ans devront justifier de deux années d'études médicales.

— M. Daullé, chirurgien auxiliaire de la marine de deuxième classe à bord de la *Recherche*, et M. Bertrand, chirurgien de troisième classe à bord du *Serpent*, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur, en récompense des services qu'ils ont rendus à la station des côtes occidentales d'Afrique, dans les combats du Grand-Bassin et du Rio-Nunez.

trées ; on substitue à un calcul volumineux d'une extraction dangereuse ou impossible plusieurs calculs d'un volume moindre, et que les tenettes ordinaires peuvent saisir et extraire coup sur coup, sans difficulté. Telle est, ce me semble, la manière la plus rationnelle de remédier à des accidents que tout autre moyen aggraverait et qui ne pourraient eux-mêmes être prévenus par des tentatives prolongées d'extraction, car les efforts du chirurgien qui tient à extraire un calcul d'un volume hors de proportion avec la voie qui lui est ouverte, n'aboutissent qu'à des déchirures, des contusions du col de la vessie et des parties voisines, et conduisent d'autres fois à la constatation d'une douloureuse impuissance.

Si le morcellement préalable de la pierre est le meilleur moyen préventif des accidents qui se rattachent aux grandes incisions et aux tentatives violentes d'extraction, il y aurait avantage à n'adopter parmi les procédés cystotomiques que ceux qui ouvrent le moins dangereux passage, et à mettre le volume du calcul en rapport avec l'ouverture, au moyen de la lithotritie pratiquée par cette voie. Si la pierre est friable, la pression des tenettes peut l'écraser ; si elle est d'une résistance moyenne, le lithotriteur à pression peut la réduire en fragments; si elle est très-résistante, le lithotriteur à percussion servira à la faire éclater, et dans tous les cas, l'opération sera ramenée à des conditions plus simples. Ma proposition tend, comme on le voit, à restreindre ou à bannir les grandes incisions pratiquées sur la vessie et les organes voisins, et à se borner aux tailles réputées les moins périlleuses, telles que les tailles urétro-prostatiques médiane ou latéralisée. Le calcul est-il de médiocre dimension, cette voie lui suffit ; son volume excède-t-il les limites de la dilatation convenable de l'ouverture, il faut l'amoindrir par la lithotritie périnéale. Ce dernier temps de l'opération doit être modifié lui-même d'après le degré de dureté de la pierre. Pour finir par une application du précepte que je viens d'émettre, je citerai brièvement une opération de taille dans laquelle une petite incision ayant été jugée insuffisante, je me décidai à réduire le calcul par une énergique pression.

CALCUL VOLUMINEUX CHEZ UN ENFANT ; TAILLE LATÉRALISÉE ; PETITE INCISION ; ÉCRASEMENT DES COUCHES EXTERNES DU CALCUL ; EXTRACTION ; GUÉRISON.

OBS. III. — Le 17 novembre 1845, est entré à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier le nommé Aiguier (Joseph), âgé de 7 ans, né à Saint-André de Roquepertuis (Gard). Cet enfant, d'une constitution débile, amaigri par de longues souffrances, avait été conduit à Montpellier pour y être traité d'une incontinence d'urine, seule affection jusqu'alors reconnue. Les informations recueillies sur les antécédents du malade, la douleur qu'il ressentait au col vésical et dans la région des reins, celle qu'il éprouvait au bout de la verge et qui le sollicitait à tirailler cet organe, l'examen des urines, qui laissaient déposer une forte couche de mucus, me firent soupçonner l'existence d'un calcul. Toutefois le cathétérisme explorateur, rendu possible par les souffrances et l'agitation de l'enfant, fut pendant plusieurs jours infructueux et me restreignit à l'emploi de la médecine palliative. Une exploration, renouvelée dans des circonstances plus opportunes, fit enfin découvrir la présence d'un corps étranger dans la vessie, et depuis ce moment cette constatation devint d'autant plus facile que le jeune malade, s'habituant peu à peu au cathétérisme, supportait mieux les explorations. L'examen par le rectum vint compléter le diagnostic, et me fit reconnaître que le calcul était plus volumineux qu'on ne l'aurait d'abord supposé. Cette circonstance, réunie aux autres conditions qui, chez les enfants, militent en faveur de la cystotomie, me décida pour cette opération, qui fut pratiquée dans la matinée du 8 décembre.

Je mis en usage la cystotomie sous-pubienne par le procédé latéralisé, en n'ouvrant le lithotome qu'à un faible degré pour ménager la vessie et la prostate. Tout s'exécuta promptement et régulièrement jusqu'au moment de l'extraction du calcul. Mais celui-ci était d'un volume assez considérable, et les tenettes qui m'avaient été présentées étaient elles-mêmes d'une grande puissance, et plus épaisses que celles dont on a coutume de se servir pour les enfants. Le calcul saisi, j'éprouvai beaucoup de difficulté à l'extraire. Après avoir vainement essayé de dégager la pierre de l'intervalle des cuillers dentées des tenettes, je ne vis d'autre ressource que d'agrandir l'incision, ou d'agir sur le calcul par la pression de manière à le faire céder. Ce dernier moyen me réussit. La surface friable du calcul se laissa entamer par les mors de l'instrument, alternativement éloignés ou rapprochés de la pierre. Cette manœuvre dura plusieurs minutes. Je terminai par une forte pression qui réduisit dans un sens le volume de la pierre en écrasant de nouvelles couches, et je pus alors extraire le calcul sans occasionner de déchirures, malgré la petitesse de l'incision prostatique.

Une injection émolliente, répétée plusieurs fois, entraîna les graviers provenant de la destruction des couches externes de la pierre qui, primitivement sphérique, se présenta sous la forme d'un ovoïde aplati et de forme inégale dans le sens de l'action des tenettes.

Les suites de l'opération ont été très-heureuses. Après quelques heures de concentration, le pouls se releva, et une fièvre très-modérée s'établit. La région hypogastrique fut à peine douloureuse. La diète, les émollients locaux, la position, une potion légèrement calmante, suffirent pour assurer des suites régulières. La nuit fut bonne.

Le 9 décembre, fièvre un peu plus intense ; céphalalgie ; coliques légères. (Fomentations émollientes sur l'abdomen ; tisane d'orge émulsionnée ; lavement émollient.) Nuit tranquille.

Le 10, le malade ne souffre pas ; le ventre est souple ; l'émission des urines se fait par la verge et par la plaie.

Depuis cette époque l'amélioration se consolida, et l'opéré put être regardé comme hors de tout danger. Un catarrhe pulmonaire, survenu le dixième jour, réveilla cependant les douleurs dans la région du périnée, et contraria la cicatrisation de la plaie. Un érythème se manifesta dans cette région, et le scrotum se tuméfia. Mais ces accidents ne tardèrent pas à se calmer sous l'influence des moyens qui leur furent opposés, et la guérison s'effectua définitivement. Elle était complète vingt jours après l'opération. Cependant l'enfant fut retenu dans l'hôpital au delà de ce terme, parce que je désirais vérifier l'influence de l'opération sur la santé générale. Celle-ci s'améliora promptement. L'appétit et le sommeil prirent le caractère qu'ils doivent avoir à cette époque de la vie, et le jeune Aiguier quitta Montpellier le 17 janvier 1846, dans l'état le plus satisfaisant.

Cette observation a trait au cas le plus simple, puisque le calcul était friable, et que la pression des tenettes a été suffisante pour réduire son volume. Mais on comprend que, dans des cas différents et plus épineux, on pourrait employer d'autres instruments lithotriteurs dont la puissance et le mode d'action seraient conformes au volume et à la résistance du calcul. L'état de chaque malade porte avec lui ses indications propres. Si le fait que je viens de citer ne peut tenir lieu d'une expérience générale, il suffit pour démontrer la convenance et l'innocuité d'une petite voie pour l'extraction d'un calcul vésical, et pour prouver la possibilité de réduire celui-ci aux proportions du trajet qui doit lui servir d'issue.

J'ai hâte de terminer, sans autres développements, les considérations qui m'ont paru devoir se rattacher à la lithotritie par les voies accidentelles. On a vu que j'ai restreint le siége de cette opération à la région périnéale. Il serait rigoureusement possible d'atteindre le calcul en pénétrant par d'autres voies anormales. Ainsi des pertuis fistuleux, formés à travers la paroi antérieure du vagin ou du rectum, pourraient être utilisés comme les fistules périnéales pour le passage des instruments, si la voie de l'urètre était interdite par une disposition morbide. M. Franc avait même indiqué, comme pouvant servir à l'exécution de la même opération, une ponction faite à la région hypogastrique ; mais outre le défaut d'observations pratiques nécessaires pour légitimer les avantages attribués à ce mode insolite d'exécuter la lithotritie, il est évident que de telles opérations seront toujours dans une catégorie plus exceptionnelle que celles que j'ai proposées ou pratiquées. C'est, au reste, aux cas que j'ai examinés que j'avais l'intention de me restreindre, sauf à rechercher plus tard jusqu'à quel point l'idée qui m'a guidé serait susceptible de nouvelles applications. Des faits et des considérations que j'ai rapportés, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° La lithotritie peut être exécutée avec avantage par des voies qui établissent une communication accidentelle entre la vessie et le périnée.

2° Ces voies peuvent être représentées par une fistule urinaire, par une ouverture artificiellement pratiquée au canal de l'urètre (boutonnière) ou par l'incision qui constitue l'opération de la taille.

3° Lorsque, chez un calculeux, il existe un rétrécissement de l'urètre et une fistule périnéale, celle-ci doit être utilisée pour l'introduction des instruments lithotriteurs ; c'est après la destruction de la pierre que le rétrécissement et la fistule doivent être traités.

4° Si un rétrécissement considérable de l'urètre existe chez un calculeux, sans fistule urinaire périnéale, l'urétrotomie doit être pratiquée en arrière du bulbe pour ouvrir un passage aux instruments lithotriteurs, et le traitement doit être terminé comme dans le cas précédent.

5° Enfin, dans certains cas, la taille et la lithotritie peuvent être avantageusement combinées. Au lieu d'ouvrir une large voie aux calculs volumineux, il faut pratiquer le mode de cystotomie qui épargne le plus de parties molles, introduire par l'ouverture ainsi faite les instruments de broiement, réduire le volume de la pierre et en faire l'extraction.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES CHOLÉRAS DANS LE MIDI DE LA FRANCE ; par M. le docteur ALP. MENARD (de Lunel.)

Monsieur,

Vous avez inséré, dans votre numéro du 1er septembre, une lettre de M. le professeur Fuster (de Montpellier) sur les choléras dans le midi de la France : cette lettre touche à des points si déterminés de pathologie locale, que nous ne saurions, nous, vieux praticiens du Midi, la laisser passer sans observations.

Quant à l'appréciation du choléra sporadique, je pourrais renvoyer

M. le professeur Fuster à la *note sur le choléra-morbus sporadique et son traitement*, que j'ai écrite dans le n° 22 de la GAZETTE MÉDICALE, année 1832, et à l'article émanant de la rédaction du journal, qui confirme et complète cette note, en donnant les caractères différentiels du choléra épidémique et du choléra sporadique, à la date du 5 juillet de la même année.

Les caractères que nous assignâmes alors au choléra sporadique ayant été acceptés par les auteurs qui depuis ont écrit sur ces matières, nous n'aurons pas à y revenir. Toutefois, comme le sujet est capital et plein d'actualité, vous voudrez bien, monsieur, me donner asile dans vos colonnes et m'autoriser à entrer dans certains détails historiques, et surtout pratiques, sur les différences et les ressemblances du choléra-nostras ou méridional et du choléra asiatique.

Le choléra sporadique se montre déjà vers la fin de juin; mais il est bien plus fréquent à la fin d'août et au mois de septembre, lorsque la fraîcheur et l'humidité des nuits viennent mêler à l'action affaiblissante de la chaleur extrême de nos étés l'action bien plus insalubre encore de l'humidité.

Le choléra asiatique apparaît à toutes les époques de l'année; le froid et le chaud, le sec et l'humide ne produisent dans sa marche que des variations, celles qui sont communément imprimées à toutes les épidémies par les changements brusques ou violents de température.

L'aspect extérieur, dans l'un et l'autre choléra, offre des différences capitales. Dans le choléra asiatique, les traits de la face sont, dès l'abord, profondément altérés, même dans la variété que j'ai nommée progressive (1). Il y a bien quelque chose d'analogue dans le choléra sporadique, mais ici l'amaigrissement subit de la face ne s'accompagne jamais que d'une grande pâleur: les yeux seuls, dans les deux formes sont profonds, ternes et fortement cernés dans leur orbite. Dans le choléra asiatique, la face est colorée, sinon d'une teinte cyanique, au moins d'une nuance pourprée.

Le refroidissement, dans la forme méridionale, peut être poussé très-loin, mais il n'arrive jamais à l'algidité qui reste particulière au choléra épidémique; le refroidissement est d'ailleurs graduel dans le choléra sporadique, la chaleur s'épuise avec la force, sa diminution n'est jamais qu'un symptôme de faiblesse relative.

L'empâtement de la peau et sa flaccidité sont des caractères du choléra épidémique.

Quant à la cyanose, j'avoue l'avoir rencontrée deux fois, et à des époques où le choléra asiatique était bien loin de nous. Dans les deux cas, la maladie dura environ douze heures; elle se termina chaque fois par la mort. Les sujets étaient des femmes, auxquelles on ne put administrer aucun secours opportun. En voici un exemple. Le fait est du 4 octobre 1847.

OBS. — Une femme de 55 ans, cuisinière dans une maison dont les maîtres étaient à la campagne, fut trouvée mourante vers sept heures du matin, par une autre servante venue à la ville pour des commissions. Mandé en toute hâte, j'appris de la malade que, prise de vomissements et de selles à une heure avancée de la soirée, elle n'avait pas eu la force de demander secours; que les évacuations avaient continué toute la nuit, avec des crampes abominables; qu'au matin elle était tombée en défaillance et n'avait plus eu conscience de rien jusqu'au moment où l'on avait pénétré dans sa chambre.

Cette femme était exténuée, froide, sans voix, le pouls misérable, *la figure et les mains légèrement, mais distinctement cyanosées.* Malgré toute l'activité de nos soins, la malade expira au bout de quelques minutes.

Ce fait est curieux, mais il est isolé; il est la deuxième exception dans une maladie que j'observe depuis trente ans.

Un des caractères principaux du choléra méridional se déduit de la violence des coliques dont toute évacuation est précédée; ces douleurs se font sentir à l'épigastre et dans la région ombilicale. Sydenham, avec l'esprit d'observation qui le distingue, avait mis en relief ce phénomène, comme le prouve la citation suivante, que je prends à la page 106, 1er vol., épidémie de 1669 (Genève, in-4°, 1749):

« *Malum ipsum facile cognoscitur; adsunt enim vomitus enormes,*
» *ac pravorum humorum, cum maximâ difficultate et angustiâ, per*
» *alvum dejectio, ventris ac intestinorum dolor vehemens, inflatio et*
» *distensio,... pulsus celer ac frequens, cum æstu et anxietate.* »

Après l'expulsion des aliments, viennent des matières jaunes, verdâtres, et enfin séreuses, à odeur fade, contenant plus ou moins de substance albumineuse, délayée ou agglomérée, mais conservant une coloration un peu jaunâtre. Il en est de même des selles, qui sont d'abord brunes, puis verdâtres, jaunes, enfin séreuses et mêlées d'albumine, comme dans le choléra asiatique. Le malade est tourmenté en raison directe de la quantité des évacuations. Dans le choléra asiatique, au contraire, les vomissements et les selles sont, et surtout ces dernières, effectués sans douleur, et souvent même sans conscience. Les contractions abdominales sont d'autant plus fortes que les déjections sont moins abondantes, à tel point qu'elles deviennent intolérables lorsque toute évacuation cesse, et cesse surtout prématurément.

Dans le choléra méridional, on a tout fait lorsqu'on a supprimé les évacuations; dans le choléra asiatique, ou dans celui qui règne parmi nous, aujourd'hui, les évacuations supprimées, tout reste à faire, c'est-à-dire que la difficulté consiste à provoquer des réactions, et que c'est là une difficulté souvent insurmontable.

Et maintenant, permettez-moi de relever quelques allégations peu justifiables de M. le professeur Fuster:

« La maladie qui règne à Lunel n'est nullement le choléra épidémi-
» que..... c'est une affection fort grave, à formes cholériques, engendrée
» dans cette localité et destinée à y mourir. Quant aux choléras qui se
» voient en ce moment à Nîmes, à Marseille, à Montpellier....., ils ne
» sont à nos yeux que le choléra-*nostras*, plus ou moins enveloppé des
» formes du choléra épidémique. »

Or, la maladie qui sévit à Nîmes, à Montpellier, partout ailleurs dans le Midi, a les mêmes caractères dans toutes ces localités. Ce choléra est si peu sporadique, qu'il a traversé les chaleurs brûlantes et sèches de juin et de juillet, les variations extrêmes de température d'août et de septembre; qu'il n'a pas plus respecté les habitations salubres que les foyers malsains, les villages situés sur des hauteurs que ceux établis dans la plaine, les bords de la mer, ventilés chaque soir par une brise fraîche, que les bas-fonds marécageux.

D'autres preuves de l'existence du choléra asiatique parmi nous se déduisent encore de l'immense mortalité que nous déplorons. Dans le choléra méridional, la mort est la plus minime exception; ici elle est la règle. L'opium est, d'une part, le remède héroïque; ici il favorise les accidents de sidération, si l'on outre-passe la dose ordinaire.

Le choléra asiatique s'annonce par de la diarrhée, sauf exception; le choléra-*nostras* arrive brusquement, sans symptômes précurseurs.

Il n'est pas sans importance de dire un mot ici de la nature des déjections. M. le professeur Fuster et d'autres médecins de l'Ecole Montpellier et celle de de Paris écrivent ou disent que le choléra asiatique a *déteint sur le choléra-nostras*, qu'il lui a imprimé, depuis sa première apparition dans nos contrées méridionales, des traces indélébiles de son passage. C'est une erreur. Mon expérience et celle de mon père en font foi: lui depuis cinquante ans, moi depuis trente ans, nous observons toujours dans le choléra sporadique ces selles rizacées dont j'ai fait mention dans la note insérée dans la GAZETTE MÉDICALE, avril 1832, note écrite en janvier, et bien antérieure, par conséquent, à la première épidémie cholérique, dont nous n'avons été atteints qu'en septembre 1835.

La sidération est le fait du choléra asiatique; c'est là le fond de cette maladie, son principe constituant le plus manifeste. Il ne faut pas le rechercher dans le choléra-*nostras*: on n'y voit pas cette soudaine atteinte d'un principe mortifère, sous l'action duquel les forces vont se dégradant jusqu'à extinction de la vie, quelles que soient les médications employées.

Cette lettre est déjà bien longue, et pourtant je n'ai pas fini. Voici pour ce qui a trait à la saignée et aux sangsues. Nous n'avons jamais adopté la saignée générale que dans le traitement de la période de réaction: alors le sang était fluide, mais noir; nous avons quelquefois fait appliquer des sangsues à l'épigastre ou ailleurs, durant la première période; elles ont toujours été lentes à se détacher, l'écoulement du sang par la piqûre n'a jamais été facile ni abondant. Nous l'avons quelquefois favorisé au moyen des ventouses: alors nous avons eu une hémorrhagie lente et spontanément caillebotée. Les ventouses scarifiées n'ont jamais amené beaucoup de sang; celui que nous avons extrait par les scarifications était noir, visqueux, immédiatement coagulé. A l'ouverture des cadavres, le sang n'a jamais ruisselé, comme le dit M. Fuster; il était au contraire épais, noir, poisseux, le sang artériel manquant toujours.

Le choléra s'est montré spontanément à Lunel le 18 juin; il y est littéralement tombé des nues, selon l'expression pittoresque de M. Fuster, juste comme il l'a fait à La Rochelle, par où il a débuté longtemps avant que toute autre localité du département de la Charente-Inférieure en fût atteinte. (GAZETTE MÉDICALE, numéro du 8 septembre 1849, p. 701.)

Le choléra dure à Lunel depuis trois mois. Pendant les deux premiers mois, il a eu des oscillations de 1, 2 et jusqu'à 10 décès par jour: nous comptons 120 décès sur une population de 6,500 âmes. Un peu plus tard il apparaît à Gallargues, à Cordognan, et y sévit dans la même proportion; à Lunel-Viel, on compte 20 décès en un mois sur une population de

(1) LE CHOLÉRA ASIATIQUE A LUNEL; note par le docteur Alph. Menard, 70 pag. in-8°, août 1849, et GAZ. MÉD. DE MONTPELLIER, août.

800 âmes ; puis il se manifeste à Nîmes, à Montpellier, au Grau d'Aigues-Mortes, à Sommière, à Montbazin....., dans un rayon de 30 kilomètres, et dans toutes les directions. On sait la mortalité de Marseille..... Que pourrais-je ajouter de plus ? Les deux maladies ont des caractères généraux en apparence identiques. Dans l'une comme dans l'autre, il y a vomissements et selles plus ou moins abondants, refroidissement, crampes, face hippocratique, affaissement, mais netteté de l'intelligence, effacement du pouls, suspension de la sécrétion urinaire..... La pratique nous a donné des caractères différentiels tranchés. En voici le résumé :

CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE, A LUNEL, ET DU CHOLÉRA SPORADIQUE.

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.	CHOLÉRA SPORADIQUE.
1. Invasion presque toujours précédée de diarrhée séreuse.	1. Invasion brusque.
2. Déjections sans douleurs, ou très-peu douloureuses, variables pour la quantité.	2. Déjections très-douloureuses, toujours très-abondantes.
3. Trois caractères principaux : cyanose, algidité, déjections rizacées.	3. Cyanose très-exceptionnelle, refroidissement sans algidité.
4. Pas de remède spécifique.	4. Remède héroïque, l'opium.
5. Les déjections supprimées, tout reste à faire.	5. Les déjections supprimées, la guérison est certaine.
6. Mort dans le plus grand nombre de cas.	6. Guérison dans la généralité des cas.
7. Apparition en toute saison et en tous pays.	7. Apparition en saison chaude, principalement dans les pays chauds.
8. Marche toujours épidémique.	8. Marche presque toujours sporadique.
9. Propagation de la maladie, progressive d'un pays à l'autre, avec irradiation.	9. Apparitions isolées, locales, non-irradiantes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

V. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE.

Le premier cahier du vingt-troisième volume contient : 1° *Observation de position frontale;* par le professeur Hüter. (La position avait été reconnue pendant le travail et confirmée après l'accouchement par une grande tumeur sanguine sur l'os frontal droit. L'auteur cherche à expliquer le mécanisme des accouchements en position frontale.) 2° *Revue statistique de la clinique d'accouchement de Wurtzbourg, de 1805 à 1845*; par le docteur Hoffmann. (Cette statistique, intéressante à consulter, ne peut guère être rapportée, à cause de ses nombreux détails.) 3° *Rétroversion de la matrice en état de gestation ;* par le docteur Wittich.

RÉTROVERSION DE LA MATRICE EN ÉTAT DE GESTATION; SPHACÈLE DE LA VESSIE; GUÉRISON ; par le docteur WITTICH, à Eisenach.

OBS. — Ph. St., âgée de 28 ans, menstruée à 18, mariée à 22, a accouché heureusement deux fois ; enceinte pour la troisième fois au printemps de 1844, elle fit un effort en soulevant un fardeau au commencement du mois d'août, qui lui occasionna une violente douleur accompagnée d'un sentiment de rupture dans le ventre ; immédiatement elle fut obligée de garder le lit ; elle ne put rendre l'urine que par gouttes et dans une position horizontale.

Le 26 août, M. Wittich vit pour la première fois la malade, qui était très-souffrante ; il existait une saillie au ventre depuis l'ombilic jusqu'au pubis, formée par la vessie distendue; la paroi postérieure du vagin plissée formait un bourrelet qui remplissait en grande partie la cavité vaginale; au-dessus de ce bourrelet, on arrivait à un corps arrondi, non élastique, lisse, immobile, remplissant le bassin : c'était l'utérus, mais dont on ne trouva ni le col ni l'orifice; la malade avait des anxiétés, des douleurs dans la région de la vessie, avec impossibilité de lâcher l'urine, de la toux augmentant à chaque quinte les douleurs. En pressant sur la partie postérieure du vagin pour faire remonter le fond de l'utérus, on fit écouler une certaine quantité d'urine très-fétide qui soulagea beaucoup la malade.

Le 27, après de nouvelles et inutiles tentatives pour faire remonter l'utérus, on vida la vessie à l'aide de la sonde; l'urine était trouble, très-fétide, avec un sédiment muqueux, grisâtre, membraniforme, ressemblant à une portion de muqueuse.

Le 28, on fit placer la femme sur les genoux et les coudes, et au toucher on trouva l'orifice de l'utérus très-haut derrière les lymphes du pubis; il était dirigé en bas, de forme ovale, un peu boursouflé et laissant pénétrer le bout de l'index; derrière l'orifice, on reconnut un corps sphéroïde remplissant tout le bassin, n'étant séparé du col que par un pli transversal, profond. Diagnostic : rétroversion de l'utérus enclavé entre le pubis et le sacrum. La vessie comprimée contre le pubis par l'utérus, très-enflammée et menacée de gangrène, demandait des secours très-prompts. La reposition fut vainement tentée à plusieurs reprises ; on parvint bien à soulever le fond de l'utérus, mais non à lui faire dépasser la saillie de l'angle sacro-vertébral. (Décubitus sur le côté et applications fréquentes du cathéter.)

Le 3 septembre, dans le but de provoquer des contractions, et par là un raccourcissement de l'utérus, et faciliter ainsi la reposition de l'organe, on prescrivit le seigle ergoté, qui occasionna des douleurs d'enfantement.

Le 5, on tenta de ponctionner l'œuf à l'aide d'une sonde introduite par l'orifice utérin, mais elle glissa entre les parois de la matrice et les membranes sans les entamer.

Le 6, on était sur le point de faire la ponction à travers la paroi postérieure de la matrice, lorsqu'on parvint, à l'aide du doigt introduit dans l'anus, à obtenir la reposition de la matrice, probablement raccourcie par l'effet du seigle ergoté et les irritations mécaniques. L'orifice de l'utérus était rentré dans l'axe du bassin, et le fond de l'organe faisait saillie au devant de l'os iliaque gauche ; la vessie n'étant plus comprimée laissa échapper une grande quantité d'urine fétide et floconneuse; le même jour au soir, on vit pendre hors de l'urètre une membrane grise résistante dont on retrancha environ un pouce, qu'on reconnut pour être la membrane musculaire de la vessie ; épaisse, boursouflée, et ses fibres parallèles étaient très-distinctes. A onze heures du soir, la femme fut prise de frissons suivis de fortes envies d'uriner, et rendit par l'urètre, avec une forte explosion, une portion de membrane avec une grande quantité d'urine fétide. A minuit, nouveaux frissons, véritables contractions utérines et expulsion d'un fœtus de 4 à 5 mois avec arrière-faix.

Le 7, à la visite du matin, on trouva la femme dans un état assez satisfaisant.

Examen de la membrane expulsée par l'urètre : elle avait la forme d'un sac qui, rempli d'eau, présentait exactement les dimensions d'une vessie de femme; son épaisseur augmentait graduellement de haut en bas, c'est-à-dire qu'elle était la plus forte vers le col. Elle était composée d'une quantité innombrable de fibres musculaires plus ou moins épaisses, s'entre-croisant, les unes obliques, les autres circulaires, surtout celles-ci, étaient très-nombreuses et rapprochées vers le col. Il y en avait aussi de longitudinales allant du fond vers le col, appartenant au muscle *detrusor vesicæ*. Cette poche, comparée à une vessie saine, n'était composée que d'une couche de fibres musculaires, il est vrai, plus épaisses qu'à l'état normal.

Le fœtus était long de 7 pouces 1/2, et ne paraissait être mort que peu de temps avant l'avortement.

Du 7 au 12, douleurs lancinantes dans la région vésicale, tolérables, augmentant par la pression, surtout vers le côté droit, et avec exaspération vers le soir; l'urine s'échappe par gouttes et est mêlée de pus. Nuits assez bonnes.

Le 13, on constata de nouveau une rétroversion de l'utérus mettant obstacle à l'écoulement de l'urine. On fit de nouveau avec succès la reposition de l'organe, et l'urine s'écoula librement, mais par gouttes.

Du 15 au 23, nuits assez bonnes, peu de douleurs dans la région vésicale, légère exacerbation vers le soir, urine de moins en moins purulente.

Vers la fin de novembre, la malade pouvait déjà vaquer à ses occupations domestiques, était à même de garder 2 à 3 onces d'urine, mais cette quantité passée, elle s'échappait volontairement en occasionnant de la brûlure. L'utérus est toujours un peu plus bas qu'à l'état normal, et d'après le dire de la malade, il se présente à la vulve pendant les accès de toux.

En janvier 1845, la menstruation se rétablit, la femme devint de nouveau enceinte et accoucha très-heureusement en février 1846, d'un garçon plein de santé; elle-même continue à bien se porter, sauf quelques légères incommodités du côté des voies urinaires.

Nous avons rapporté avec quelques détails cette observation, non à cause de la rétroversion de la matrice, mais à cause des suites auxquelles elle a donné lieu. Il ne reste pas de doute que la membrane expulsée ne fût en grande partie de l'épaisseur de la veine sphacelée, et nous pensons que le réservoir de l'urine s'est conservé en partie par les couches externes de la musculaire et par le tissu cellulaire et la séreuse condensés, et dont l'épaisseur aura formé un obstacle à l'infiltration urinaire dans le bassin. Quant aux uretères, il se peut qu'ils n'aient pas souffert de la gangrène, parce que la pression de la matrice a principalement agi sur la portion mitoyenne ; ou bien qu'ils aient été également remplacés dans leurs extrémités inférieures par du tissu cellulaire condensé : on n'en a pas trouvé de traces dans les lambeaux expulsés.

VI. MEDIZINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT DES WUERTEMBERGISCHEN AERZTLICEEN VEREINS.

GUÉRISON D'UN TRISMUS TRAUMATIQUE, AVEC COMMENCEMENT DE TÉTANOS; par le docteur WEIGAND.

Cette observation concerne un homme de 43 ans, qui éprouva, à la suite d'une plaie du visage déjà en voie de cicatrisation, les symptômes d'un violent trismus avec commencement de tétanos. L'auteur débuta par un traitement antiphlogistique puissant et par le calomel à très-haute dose (30 centigrammes toutes les heures), donné jusqu'à un commencement de saliva-

tion. Au bout de six jours, comme la maladie paraissait plutôt augmenter que diminuer, on administra le carbonate de potasse à la dose de 8 grammes dans une potion de 180 gr., avec addition de 2 gr. de laudanum, une cuillerée toutes les deux heures. De plus, on employa l'acétate de morphine sur un vésicatoire appliqué dans la région parotidienne (7 centigr. deux fois par jour) et des frictions d'huile de croton et de térébenthine sur la nuque et sur les épaules. Au bout de quinze jours le malade fut pris de sueurs profuses qui amenèrent une issue favorable.

SUR L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM ET DE L'IODE; par le docteur RAMPOLD.

M. Rampold recommande une méthode très-simple d'administrer l'iode à l'extérieur dans les diverses affections où ce médicament est indiqué. Il fait dissoudre une partie d'iodure de potassium dans deux ou trois, rarement quatre parties d'eau, et fait simplement laver la partie malade plusieurs fois par jour avec cette dissolution concentrée. On peut consommer ainsi facilement des doses considérables du médicament quand son administration à haute dose est jugée nécessaire, comme dans l'hydrocéphale aigu, par exemple. Dans ce cas, on observe assez souvent une petite toux, des éternuements ou des affections des yeux qui cessent avec l'emploi du médicament.

L'auteur recommande surtout cette méthode dans le traitement du goître. Quand l'action paraît trop lente, on ajoute à la solution un peu d'iode ou de teinture d'iode. Les mêmes effets salutaires s'observent dans les indurations des mamelles, lorsquelles n'ont plus rien d'inflammatoire, ces indurations disparaissent sans que la glande diminue de volume; dans les engorgements des glandes lymphatiques du cou ou des autres parties du corps, quand elles ne renferment pas encore de dépôts tuberculeux; dans les tumeurs articulaires, après la période inflammatoire. L'auteur en a obtenu aussi de bons effets dans les œdèmes même symptomatiques. Il insiste beaucoup sur son utilité dans l'hydrocéphale aigu, et rapporte plusieurs cas de guérison dus à l'emploi de cette méthode thérapeutique.

SUR LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE; par le docteur DÜRR.

La cochenille m'a paru être de quelque utilité que chez les tout petits enfants. L'*assa fœtida*, au contraire, a rendu de bons services, mais pas d'une manière constante. L'auteur le fait prendre par cuillerées dans un mélange de mucilage et de sirop de guimauve (2 à 5 gr. dans 50 gr. de chaque). Les enfants scrofuleux paraissent le prendre avec plus de répugnance que les autres. Le médicament dont l'auteur a eu le plus à se louer, surtout chez les sujets scrofuleux, c'est le tannin uni aux fleurs de benjoin, mélange déjà conseillé par le docteur Geigel (de Würzbourg). Il fait préparer des poudres composées de tannin et fleurs de benjoin, de chaque 2 à 5 centigr., et de sucre candi 50 centigr., et donne un paquet toutes les deux heures. Ce médicament n'est administré qu'à la fin du stade catarrhal; il est utile d'y joindre les bains légèrement salés tous les trois ou quatre jours et le grand air. Pour les enfants de six mois à un an, on ne donne qu'une poudre matin et soir.

HYDROPHOBIE SUITE DE TÉTANOS; par le docteur KERN.

OBS. — Un enfant de 4 ans avait saisi une poule, et s'était assis par terre pour s'amuser. Le coq, attiré par les cris de la poule, s'élance sur l'enfant et lui donne sur le front de violents coups de bec. Pendant huit jours on ne fait aucune attention à ces blessures légères; le huitième jour, par une température froide et humide, l'enfant accuse une forte douleur dans l'une des plaies occupant la région temporale, plaie de laquelle s'écoule un peu de pus. Nuit agitée. Vers le matin, troubles spasmodiques qui se renouvellent chaque fois qu'on donne à boire à l'enfant. A onze heures, tétanos presque complet, violent trismus, écoulement d'écume et de salive, fixité du globe de l'œil, contraction de la pupille, opisthotonos, rétraction du bas-ventre et des testicules, érection du pénis, paralysie des extrémités inférieures, mouvements convulsifs des supérieures; sueurs profuses; pouls petit, dur, convulsif, 90 pulsations; suppression des urines et des selles. On cherche à élargir les trois petites plaies dont deux étaient presque cicatrisées; on applique sur ces plaies un emplâtre irritant; lavement de tabac, suivi d'une légère rémission dont on profite pour donner un peu de lait avec du laudanum; mais à peine ce liquide est-il dans la bouche que des crampes générales se déclarent avec une effrayante intensité. Bains alcalins qui déterminent des congestions; affusions froides sur la tête et sur les reins; saignée du bras. Les accidents spasmodiques ont des rémissions de plus en plus courtes; la sensibilité s'exalte au point que l'aspect de tout objet brillant (fenêtre, verre, bague) et même tous les mouvements de déglutition provoquent les convulsions les plus violentes. Mort par asphyxie entre trois et quatre heures.

On ne put faire l'autopsie, mais on trouva dans le fond des plaies, au-dessous de l'aponévrose temporale, des fragments des ongles de l'oiseau qui s'était cramponné sur la tête de l'enfant.

Cette observation, curieuse sous le rapport de la cause déterminante de la maladie, nous paraît moins un exemple d'hydrophobie produite par les morsures d'un oiseau en fureur qu'une preuve de l'affinité qui existe entre la rage et le tétanos.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CHOLÉRA.

M. COZE (de Strasbourg) fait connaître qu'il a constaté sur les cadavres des sujets morts pendant la période algide du choléra, un ensemble de lésions anatomo-pathologiques qui lui paraît d'une grande importance.

Le 16 septembre dernier, dit M. Coze, je fis l'autopsie d'un homme de 40 ans, mort dans la période algide du choléra. Je fus frappé du caractère général de constriction qu'offraient les organes explorés : ainsi le canal cholédoque était fortement resserré à son orifice duodénal et empêchait le passage de la bile; les uretères offraient le même caractère de stricture; la vessie avait à peine le volume d'un œuf de poule. Le rectum conservait au plus le volume du pouce, et tout le système artériel participait à cette sorte de constriction générale. Il a rencontré ces mêmes lésions huit fois de suite sur autant de sujets morts dans les mêmes conditions.— Ces caractères, ajoute-t-il, se sont montrés à moi constamment sans que j'aie rencontré un seul fait négatif, et je ne les ai jamais retrouvés dans les cadavres des sujets morts d'une autre maladie que le choléra.

M. Coze croit qu'on peut expliquer par ces circonstances anatomiques plusieurs des phénomènes caractéristiques du choléra, tels que le défaut de passage de la lymphe dans le sang, l'obstacle au cours de la bile, etc.

RELATION ÉTIOLOGIQUE DE L'AMAUROSE AVEC LA MALADIE DE BRIGHT.

M. RAYER présente, au nom de M. LANDOUZY, professeur de clinique médicale à l'école secondaire de Reims, un mémoire dans lequel il étudie l'amaurose comme symptôme nouveau de la maladie de Bright. Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° L'amaurose est un symptôme presque constant de la néphrite albumineuse;

2° Elle annonce la maladie, comme signe initial, avant l'invasion des autres accidents;

3° Elle disparaît et revient en même temps que le dépôt albumineux des urines;

4° Elle porte à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système nerveux ganglionnaire.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. le docteur WANNER lit un mémoire sur la guérison radicale de la fièvre typhoïde à son début, en vingt-quatre, quarante-huit heures ou six jours au plus, par l'emploi seul et incessant, de minute en minute, de la glace à l'intérieur.

L'auteur dit n'avoir jamais perdu de typhoïque depuis qu'il met cette méthode en usage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Il n'y a point de correspondance officielle.

M. RAYNAUD (de Montauban) demande à être inscrit sur la liste des correspondants, et envoie la liste de ses travaux et de ses titres à l'appui.

CHOLÉRA.

M. RÉVEILLÉ-PARISE écrit, en réponse aux remarques qui ont été communiquées à l'Académie sur la sueur critique qui se manifeste dans certains cas de choléra et qui pourrait être confondue avec la suette; tout en reconnaissant ces remarques justes, il affirmer que, dans les cas qu'il a rapportés, c'était bien la vraie suette qu'il a observée.

M. PELLARIN communique un fait qu'il croit propre à étayer l'opinion de la contagion du choléra. Le voici en deux mots :

Après la mort du docteur Legendre, qui eut lieu le 16 septembre, ce même jour, on porta le linge qui lui avait servi pendant sa maladie à une blanchisseuse. Celle-ci, en ouvrant le paquet, sentit s'en exhaler une odeur tellement infecte qu'elle se trouva mal. Le reste de la journée elle fut mal à son aise. Le lendemain et le surlendemain elle put encore aller en journée, quoiqu'elle eût de la diarrhée et des maux de cœur; mais dans la nuit du troisième au quatrième jour elle fut prise des symptômes du choléra, auquel elle succomba le jour d'après.

M. LIMOUSIN expose le résultat des recherches qu'il a faites pour découvrir la cause de l'immunité dont Montmorency a joui par rapport au choléra. Il attribue

cette immunité, au moins en partie, à la ventilation et à l'action des plantes de toutes sortes qui épurent d'une manière incessante les eaux.

M. BURG communique deux lettres écrites par deux élèves en médecine, MM. Durand et Defaucomberge, dans lesquelles se trouve la narration des succès qu'ils ont obtenus avec les conducteurs métalliques dans le traitement des accidents nerveux du choléra.

M. SAUCEROTTE, correspondant de l'Académie, à Lunéville, envoie la relation de la petite épidémie cholérique qui a régné dans cette ville.

Depuis le début de l'épidémie (23 juin) jusqu'à sa fin (30 septembre), il y a eu à Lunéville 105 cas et 41 décès. Sur ces 41 décès, 9 appartiennent à différents quartiers, et les 32 autres à un seul quartier, lequel est situé au sud de la ville, bien percé et bien aéré, et dont les dernières maisons seulement touchent à des prairies humides. Les premiers cas se sont développés à des distances très-éloignées les unes des autres et sur des individus qui n'avaient eu aucune communication. M. Saucerotte affirme que les statistiques publiées par l'administration sont complétement erronées.

M. LECADRE, médecin des épidémies au Havre, informe que le choléra semble vouloir disparaître de l'arrondissement du Havre. Il annonce qu'il présentera prochainement à l'Académie l'histoire du choléra dans cet arrondissement. En attendant, il lui soumet quelques propositions, parmi lesquelles nous remarquons les suivantes :

Le choléra épidémique de 1848 est le même que celui de 1832. — Le siége du choléra semble être dans les nerfs ganglionnaires qui rampent le long et en avant de la colonne vertébrale. — Les altérations du sang ne semblent être que secondaires, et paraissent être le résultat du trouble apporté primitivement dans tout le système nerveux de la vie ganglionnaire. — Dans presque tous les cas, l'invasion du choléra est devancée par une dyscrasie qui le précède souvent de plusieurs jours, et qui, attaquée vigoureusement et au début, empêcherait cette invasion d'avoir lieu.

DÉVIATIONS ET ENGORGEMENTS DE L'UTÉRUS.

M. DUBOIS d'Amiens lit pour M. HERVEZ DE CHÉGOIN un rapport sur un mémoire de M. Baud ayant pour titre : DÉVIATIONS ET ENGORGEMENTS DE L'UTÉRUS; MOYEN NOUVEAU POUR LES GUÉRIR.

La pensée dominante dans le mémoire de M. Baud, dit M. le rapporteur, c'est que presque toutes les maladies de la matrice sont sous l'influence d'un état général, et que l'état local ne doit être considéré qua comme un état passif, un état secondaire. M. Baud reproche à l'un de ses anciens maîtres, Lisfranc, de s'être laissé entraîner par les erreurs de la doctrine physiologique, d'avoir donné à toutes les maladies chroniques de la matrice, l'inflammation pour point de départ unique, et l'engorgement comme résultat constant. M. Baud est convaincu que Lisfranc et beaucoup d'autres ont pris les effets pour les causes, erreur qui explique pour lui les mécomptes de la pratique, tant qu'on a donné à l'état local, engorgement ou déviation, la prééminence sur l'état morbide général. Cette assertion, trop exclusive suivant M. le rapporteur, signale cependant à son avis une vérité qui n'a pas toujours été reconnue et dont l'application, dans des cas nombreux, a conduit par une médication générale à des succès qu'on n'obtenait point par un traitement local.

M. le rapporteur croit avec M. Baud que Lisfranc a eu grand tort de confondre tous les engorgements chroniques sous la dénomination d'engorgements inflammatoires et de les traiter comme tels. Il reconnaît aussi avec lui que beaucoup de déviations de la matrice ne sont que secondaires à un état général; que cet organe participe à la faiblesse comme à l'excitation nerveuse de toute l'économie ; que souvent les déplacements, les douleurs si vives et si rebelles de l'appareil génital se guérissent avec les changements apportés dans la constitution par un traitement hygiénique et médicamenteux convenable ; mais il pense qu'il a été trop exclusif en accusant les déviations de la matrice d'être toujours la cause de la dysménorrhée et de la stérilité.

M. Baud reconnaît aussi que les déviations de la matrice persistent quelquefois, malgré toutes les médications générales, et c'est dans cette conviction qu'il a imaginé un instrument pour remédier à celle de la déviation qu'il croit la plus commune, l'antéversion. M. le rapporteur a essayé cet instrument dont M. Baud ne préconisait les avantages que théoriquement, et il a trouvé qu'il n'était point sans inconvénients.

L'opinion de M. Baud sur le rôle secondaire de la matrice dans ses affections chroniques est si bien arrêtée, qu'il a établi pour leur traitement les trois axiomes suivants :

1° Tout traitement qui améliore l'état fonctionnel général est un pas vers la guérison.

2° Tout traitement qui a pour effet d'améliorer l'état local au détriment de l'état général est une aggravation de la maladie.

3° Le traitement doit être institué dans la pensée d'un état passif et mécanique de l'utérus.

Dans le développement de ces trois propositions, M. le rapporteur constate, comme dans tout le travail de M. Baud, des pensées justes en général, mais souvent trop exclusives.

En résumé, M. le rapporteur reconnaît dans le travail de M. Baud une idée, sinon nouvelle pour tout le monde, formulée du moins d'une manière plus explicite, et peut-être aussi trop exclusive, idée qui servira à dégager les uns des autres des symptômes sur le point de départ desquels il y avait souvent erreur ou incertitude.

Les conclusions de ce rapport sont que M. Baud a le mérite d'avoir combattu une doctrine trop exclusive, d'avoir développé une idée thérapeutique qui a paru juste au rapporteur, encore que M. Baud, entraîné par ses vues nouvelles, est devenu quelquefois à son tour un peu trop exclusif, et qu'il a attaché trop d'importance à un instrument dont il n'avait pu encore constater l'efficacité ;

Que néanmoins, et malgré ces reproches, M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et sans proposer l'impression de tout le mémoire, de le renvoyer au comité de publication, pour y puiser ce qu'il a de plus saillant.

M. GIBERT prend la parole à la suite du rapport de M. Hervez, et insiste sur ce revirement complet d'opinion qui s'est opéré à notre époque relativement au catarrhe utérin et aux lésions utérines concomitantes. Tandis que les grands médecins du siècle dernier regardaient la matrice comme une sorte d'émonctoire critique et dépurateur dont les lésions étaient le plus souvent sous l'influence d'une diathèse générale, les praticiens de notre temps s'étaient complus à faire des moindres lésions de l'utérus la source et le point de départ des accidents généraux les plus graves et les plus variés. A tel point que des médications spéciales des plus actives souvent appliquées à des lésions locales insignifiantes et une importance exagérée attachée aux conséquences de ces lésions, avaient eu pour résultat, à une certaine époque, de condamner au repos, au régime, aux saignées, aux sangsues, aux cautérisations, etc., des femmes d'ailleurs pleines de santé et qui se considéraient comme atteintes de maladie sérieuse de la matrice.

Bien plus, des chirurgiens célèbres n'avaient pas craint de s'aventurer jusqu'à proposer une opération chirurgicale grave (l'amputation du col de l'utérus) dans des cas de cette espèce.

M. Gibert connaît une dame encore aujourd'hui pleine de force et de santé, et qu'un grand chirurgien avait condamnée, il y a plus de vingt-cinq ans, aux dangers les plus imminents, si elle ne se hâtait de se soumettre à cette opération, qu'elle eut le bon esprit de refuser.

Sans doute les moyens locaux, et notamment les astringents, les injections et douches froides, les bains de siége froids que M. Gibert applique depuis plus de douze ans aux leucorrhées et aux congestions passives du col de l'utérus, si communes chez les femmes qui ont eu des enfants, sont fort utiles et même peuvent suffire dans certains cas ; mais dans un assez grand nombre d'autres, il faut combattre en même temps les diathèses lymphatique, dartreuse, scrofuleuse, syphilitique, qui entretiennent la leucorrhée ; et dans l'immense majorité des cas, les cautérisations variées qu'on a substituées de nos jours à l'opération, soit avec les caustiques liquides ou solides, soit avec le fer rouge, sont ou inutiles ou même nuisibles.

En écartant le cancer, les tumeurs variées, on peut rapporter à trois chefs principaux, les lésions utérines, savoir : les affections vénériennes (plus communes que ne semble le croire l'auteur du rapport), la leucorrhée diathésique, et les congestions et écoulements, ainsi que les déplacements (antéversion, déviation du col, etc.) qui peuvent se rattacher aux suites du travail de l'accouchement.

Nul doute que, dans la plupart de ces cas, les astringents locaux (et notamment le froid) ne soient fort utiles, même chez les femmes dont la diathèse réclame un traitement général.

Mais le point important de la question pour le moment, c'est de réduire à leur juste valeur les assertions de ceux qui ont attaché une importance si exagérée et si prédominante aux lésions locales de l'utérus et au traitement chirurgical de ces lésions.

M. Gibert, en terminant, signale ce résultat curieux de l'influence morale qui avait suffi pour amener, chez certaines femmes soumises à ce genre de traitement dans la supposition de lésions dont les conséquences étaient à redouter, des désordres généraux et locaux, des douleurs, l'amaigrissement, le trouble de toutes les fonctions.... accidents qui ne tardaient pas à se dissiper dès qu'on substituait à ce traitement une médication rationnelle secondée par l'éloignement de toutes les craintes qui s'étaient emparées de l'esprit des femmes accusées de *maladie de matrice*.

M. Velpeau quitte le fauteuil de la présidence pour prendre la parole.

M. VELPEAU : La question que le rapport de M. Hervez de Chégoin vient de soulever est très-importante, et je ne me souviens pas qu'elle ait été discutée encore dans le sein de l'Académie ; il n'en est pas cependant qui méritât davantage de l'être. Je saisirai donc cette occasion pour présenter quelques réflexions sur ce sujet.

Je serai d'accord sur beaucoup de points avec M. le rapporteur ainsi qu'avec l'auteur du mémoire ; mais il en est quelques-uns sur lesquels nous différerons. M. Hervez de Chégoin constate avec satisfaction qu'on saigne moins aujourd'hui qu'on ne le faisait il y a quelques années, dans les engorgements chroniques de la matrice. Mais avant de discuter les moyens qu'il convient d'opposer aux engorgements de la matrice, il faudrait savoir d'abord si ces engorgements existent. Eh bien ! je déclare que, pour ma part, je n'en ai jamais vu. Je défie que l'on me montre un engorgement chronique de la matrice sur le cadavre ; il est bien entendu que je n'entends parler que de l'engorgement chronique simple, et que je mets hors de cause les tumeurs fibreuses, les cancers, les fongus, les kystes et les phlegmasies aiguës ou sub-aiguës. Comment se fait-il cependant qu'aujourd'hui qu'une réaction a lieu à cet égard, ainsi que le faisait remarquer avec raison M. Gibert, on voit encore des praticiens, et en assez grand nombre, qui traitent des malades pour une affection qui n'existe point, ou qui du moins, si elle existe, doit être excessivement rare ? Voici comment je m'explique cette singulière contradiction :

Si les engorgements sont très-rares ou imaginaires, les déplacements à droite et à gauche sont, au contraire, très-fréquents, ainsi que les antéflexions et les rétroflexions. Ce sont sans doute ces affections qu'on a prises pour des engorgements chroniques ; mais il est bien facile, chez les femmes de peu d'embonpoint,

en introduisant un doigt dans le vagin et en plaçant une main sur l'hypogastre, de circonscrire l'utérus, de le mesurer presque comme on pourrait le faire sur une table, et de voir qu'il n'est nullement augmenté de volume.

Quant aux médications qui sont usitées en pareil cas, je ne prétends pas dire pour cela qu'elles doivent être absolument condamnées; car, bien que dirigées contre une maladie autre que le prétendu engorgement utérin, elles n'en sont pas moins quelquefois utiles; il faut ici faire la part de l'expérience, abstraction faite de la question de diagnostic.

Jusqu'ici je partage à beaucoup d'égards les opinions de l'auteur du mémoire et celles de M. le rapporteur. Voici les points sur lesquels nous commençons à différer.

L'auteur du mémoire et M. le rapporteur préconisent les médications générales, qui ont certainement une grande utilité; mais ils n'accordent pas une assez grande confiance aux traitements locaux qui ont aussi une très-grande importance, dans les déplacements surtout.

Aussi, bien que je ne conteste pas qu'il y ait des indications générales à remplir, je crois que les médications locales ont beaucoup plus d'importance et doivent être plus souvent mises en usage que les médications générales. Je me suis convaincu pour mon compte que les écoulements blancs sont le plus souvent le résultat de lésions du col de la matrice, lésions que je ramène toutes à deux classes, les maladies cancéreuses et la catégorie des végétations ou altérations granuleuses. Cette dernière affection a été divisée et subdivisée sans motif en affections dartreuses, scorbutiques, etc. J'avoue qu'à part de très-rares exceptions, je n'ai jamais guère rencontré autre chose que l'affection granuleuse proprement dite; c'est sans contredit la lésion la plus commune, celle qui donne le plus souvent lieu aux écoulements.

Or cette altération qui n'est point grave, en ce sens qu'elle ne compromet pas la vie des malades, mais qui persiste presque indéfiniment quand on ne lui applique pas un traitement convenable, réclame par-dessus tout des moyens locaux, quoi qu'en dise M. Gibert, avec qui je regrette de ne pas me trouver d'accord sur ce point. On peut bien quelquefois guérir cette affection par des médications générales, mais c'est le cas le plus rare; et ce n'est jamais qu'après un temps fort long, après des années, qu'on y parvient, lorsqu'on réussit. Au contraire, à l'aide d'un traitement local, on guérit en très-peu de temps, et j'ai acquis à égard une assez grande expérience pour ne pas craindre de m'avancer.

Ce traitement local doit surtout consister dans l'application de caustiques, et parmi eux il en est un bien préférable aux autres : c'est le nitrate acide de mercure, qui agit aussi sûrement contre l'affection granuleuse que le quinquina contre les fièvres intermittentes, et qui laisse rarement attendre la guérison au delà d'un mois ou six semaines. Je ne connais rien d'aussi sûr et d'aussi efficace que ce moyen.

Je répète toutefois que ma confiance dans l'emploi de ces moyens locaux ne me fait point perdre de vue, suivant les circonstances, l'état général.

En résumé, l'engorgement inflammatoire chronique dont on a fait tant de bruit n'existe point ou est tout au moins excessivement rare. La lésion la plus commune du col utérin est l'affection granuleuse, qui cède facilement à l'emploi des moyens locaux et particulièrement des caustiques.

M. Malgaigne : Après ce que l'on vient d'entendre, on peut déjà reconnaître aisément une chose, c'est que la doctrine des maladies de la matrice est loin d'être constituée sur une base solide, et que la science en est encore, sur ce point comme sur tant d'autres, à l'état de recherche. On n'est d'accord que sur une chose, sur la nécessité de détruire les idées reçues; l'accord cesse dès qu'il s'agit de réédifier.

Ceci bien entendu, il n'y a plus que des opinions à exprimer sur la pathologie générale de l'utérus. Or mon opinion à cet égard est que beaucoup d'affections de la matrice sont constituées par une lésion locale de cet organe, et qu'elles exigent un traitement local.

On voit déjà sur ce point que je diffère avec M. Gibert, qui me paraît s'être laissé entraîner par un esprit trop médical. Je serai plus près de m'entendre avec M. Velpeau; cependant il est quelques points spéciaux sur lesquels je ne saurais adopter son opinion. Par exemple, quand M. Velpeau dit qu'il n'existe point d'engorgements chroniques de la matrice, je pense qu'il veut parler des engorgements du corps; car il existe manifestement des engorgements du col. Si c'est de ces derniers qu'il a voulu parler, je ne suis pas évidemment de son avis.

Il y a une affection du col sur laquelle M. Velpeau n'a pas exprimé son opinion, je veux parler des ulcérations. On a exagéré la fréquence des ulcérations, sans aucun doute; il y a beaucoup de femmes que l'on a traitées pour des affections qu'elles n'avaient point; il convient donc de restreindre l'importance que l'on avait accordée à cette lésion.

Quant aux engorgements du col, dont je viens de parler, faut-il les attribuer à des antéflexions ou à des rétroflexions de la matrice? C'est ici que vous allez voir se produire des dissidences et se manifester cet état de recherches de la science dont je parlais tout à l'heure. D'après M. le rapporteur, on ne s'est point assez occupé de rétroversions, qui seraient beaucoup plus communes qu'on ne pense. J'ai beaucoup étudié cette question à l'époque où je faisais une étude particulière des bandages, je n'ai jamais rencontré, tant au bureau central qu'à l'hôpital Saint-Louis, un seul cas de rétroversion de la matrice; j'en ai vu deux cas en tout en ville; tandis que les antéversions, au contraire, sont très-communes.

Pour ce qui regarde la thérapeutique, nous sommes également à chercher encore. Il n'est qu'une seule chose sur laquelle nous soyons d'accord, c'est que le régime et le traitement en vogue il y a vingt ans n'a pas résisté au contrôle de l'expérience. Il est une médication sur laquelle j'aurais volontiers appelé l'attention de l'Académie, mais à l'égard de laquelle je dois laisser l'initiative à M. Jobert, qui prendra probablement la parole dans cette discussion, je veux parler de la cautérisation avec le fer rouge, que j'ai plusieurs fois essayée à l'hôpital Saint-Louis, et qui m'a paru constituer une médication précieuse dans certains cas, et qu'aucune autre ne pourrait remplacer.

— Plusieurs membres étant encore inscrits pour prendre la parole, et l'heure étant avancée, le bureau propose de renvoyer la discussion à la séance prochaine.

DE L'AMAUROSE DANS LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE.

M. Landouzy dépose sur le bureau le mémoire qu'il a envoyé hier à l'Académie des sciences, et relatif à l'existence de l'amaurose dans l'albuminurie, et en expose de vive voix les principaux résultats. (Voir ci-dessus au compte rendu de l'Académie des sciences.)

COMPRESSION DU NERF RÉCURRENT.

M. Legroux lit un mémoire relatif au diagnostic de l'état pathologique, qui est la suite de la compression du nerf récurrent avec ou sans compression simultanée du nerf récurrent.

Suivant l'auteur, ces phénomènes sont : l'aphonie, l'enrouement, la toux, la dyspnée.

Il n'y a que très-rarement de la douleur. On observe presque constamment une bronchite consécutive.

Suivant l'auteur, l'enrouement et l'aphonie ont dans ces cas des caractères particuliers.

1° L'aphonie est incomplète; la voie est basse, elle s'élève par un effort d'expiration, mais elle reste basse; elle ne semble qu'à demi articulée; elle est *boiteuse*, si l'on peut ainsi parler; elle semble coupée en deux; elle est unilatérale.

2° Ce qu'on désigne sous le nom d'enrouement est un bruit de frôlement analogue à celui que produirait un corps mobile dans le larynx; indépendant de la phonation et isochrone aux mouvements respiratoires, il est également unilatéral et en opposition de côté avec le siége de la voix.

Cette disposition des bruits laryngés m'a paru être un signe direct de l'hémiplégie du larynx.

Pour compléter le diagnostic, l'auteur ajoute que « l'absence de rougeur et de gonflement vers l'orifice du larynx, l'examen que l'on peut faire extérieurement de cet organe et l'absence de douleur, gonflement ou crépitation, annonçant une altération des cartilages, viennent corroborer la valeur des deux signes précédents. »

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

M. Jobert présente une malade sur laquelle il a pratiqué l'opération de l'autoplastie par glissement pour une fistule vésico-vaginale. La fistule est remplacée par une cicatrice parfaitement solide; les urines sont retenues tout aussi longtemps que dans l'état normal.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE; par le docteur L. Lunier. — Chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

La paralysie générale des aliénés est une maladie très-intéressante par les symptômes qu'elle présente et la manière dont elle se développe, et aussi par ce qu'il y a de récent dans son histoire; car il n'y a pas bien longtemps que l'attention des médecins aliénistes est fixée sur ce sujet. M. Lunier a donc bien fait d'écrire sur la paralysie générale. Un sujet à peu près nouveau est toujours une mine riche à exploiter. On est sûr, si l'on a quelque pénétration dans l'esprit et si l'on sait observer, talent assez difficile et assez peu commun, d'obtenir quelque résultat et de tirer de son travail quelque considération nouvelle.

M. Lunier a commencé par annoncer les résultats qu'il se propose d'établir d'après des observations qui lui sont propres ou qu'il a prises chez des auteurs recommandables. Voici en quoi ils consistent. La paralysie présente des cas très-nombreux dans les hospices d'aliénés; elle est assez fréquente dans les hospices ordinaires. Les paralytiques des établissements ouverts à toutes les maladies ne diffèrent en rien de ceux qu'on observe dans les établissements d'aliénation mentale. Les lésions que les paralysés présentent ne méritent pas le nom de folie de désordre intellectuel, mais elles existent dans l'affaiblissement ou l'abolition de l'exercice normal de la pensée, en même temps que dans l'affaiblissement plus ou moins considérable de la motilité et de la sensibilité. La paralysie générale constitue enfin une maladie qu'on doit séparer de la folie au même titre que l'épilepsie et l'hystérie. Pour appuyer ces propositions d'une démonstration solide, l'auteur les fait suivre d'une série d'observations qu'il classe en trois catégories. Dans la première, il range celles où la paralysie s'est développé sans avoir montré ni avant ni pendant son règne le moindre signe d'aliénation

ou de démence. Dans la deuxième, il place celles où la paralysie n'a eu pour signe avant-coureur aucun désordre dans l'exercice de l'esprit, mais qui a été suivie d'un affaiblissement dans les facultés, c'est-à-dire de la démence. Dans la troisième, l'aliénation joue le plus grand rôle dans l'état paralytique; elle précède, elle accompagne, elle termine la paralysie sous les formes variées de la manie, de la monomanie et de l'abolition de l'activité intellectuelle.

Nous n'irons pas prendre une à une les observations de M. Lunier, et les peser pour donner à chacune leur valeur. Ce jeune docteur, naguère interne des hôpitaux et poursuivant sa carrière d'observateur dans un établissement privé où il y a un grand mouvement de malades, doit avoir analysé avec lucidité l'état des paralytiques, comme il doit s'être enquis avec soin des phénomènes qui avaient accompagné leur lésion. Nous n'en doutons pas assurément. Mais s'il a appliqué à la paralysie générale une dénomination très-juste, en adoptant l'épithète de progressive que lui a donnée M. Requin, il n'a pas peut-être vu d'une manière aussi irréprochable dans quelques-unes de ses conditions. Pourquoi, par exemple, vouloir séparer la paralysie particulière aux aliénés, de la folie prise dans son acception la plus générale? En se recueillant, en se rendant compte du rôle du système nerveux dans la folie, de l'épuisement qui doit en résulter pour ce système après les surexcitations ou les désordres de la sensibilité, on doit dire ou du moins on doit penser qu'il y a un genre de paralysie qui tient étroitement à l'aliénation, et qui ne se montre pas sans laisser reconnaître quelque trouble dans l'exercice de l'intelligence. M. Lunier dit que cela peut ne pas exister; il cite des faits, à l'appui de son opinion, qui montrent nettement que la paralysie s'est développée en demeurant isolée de toute complication avec un signe quelconque de folie. C'est fâcheux à dire, mais cela peut ne pas être exact. Il faut souvent une grande pénétration pour découvrir, chez quelques paralysés, au début, un trouble dans l'intelligence. Ils deviennent loquaces, ils paraissent et sont réellement surexcités; mais dans les temps où nous sommes, la surexcitation est tellement dans les conditions de la vie qu'elle ne peut pas compter pour un trouble de l'esprit. Et puis il y a autre chose. Des hommes qui sont affectés d'un de ces désordres naissants peuvent les comprendre assez pour tâcher de les cacher à tout le monde, et avoir assez de force et assez de respect d'eux-mêmes pour y réussir. Cela doit se voir chez les gens du monde, qui sont ceux précisément où la paralysie générale s'observe le plus souvent. Dans ce cas, le médecin pourra croire sur des rapports que le paralytique n'a pas été affecté de désordre intellectuel; et cependant le malade en aurait senti lui-même les symptômes. Il est probable que de tels faits se sont passés bien des fois, et qu'ils ont produit des erreurs assez graves, non pas dans l'appréciation de la maladie, mais dans l'analyse exacte de toutes ses phases.

Ainsi, pour nous, il y aurait une paralysie qui serait particulière à la folie, qui lui appartiendrait d'une manière toute spéciale. Parce que la paralysie, à quelque cause qu'elle se rattache, a toujours pour effets des lésions plus ou moins graves dans la sensibilité et la motilité, ce n'est pas une raison pour lui assigner une nature une et indivisible. Les angines ont pour siége la même région, les mêmes parties de la muqueuse. Mais il y a loin des inflammations proprement dites de cette tunique et de ces diphthérites et autres affections couenneuses dont on connaît les caractères et les dangers. Il ne faut donc pas, ce nous semble, se hâter de poser une absolue avant d'être parvenu à se rendre complétement maître de l'histoire d'une maladie observée récemment, qui n'a encore donné lieu qu'à un seul livre, celui de M. Calmeil, et à des observations ou à des appréciations éparses. Un jour viendra peut-être où le symptôme différentiel sera nettement dégagé; il est même probable que des observateurs y travaillent. Se trop presser de conclure nous semble donc un défaut. Malheureusement, c'est celui de l'ouvrage de M. Lunier; mais il renferme assez d'observations détaillées et nouvelles, de raisonnements sagement déduits pour faire pardonner une impatience juvénile trop facile à comprendre chez un auteur qui n'a pas encore usé son activité dans les veilles du cabinet et les luttes de la plume.

M. Lunier compte maintenant parmi les travailleurs qui ont apporté de bons matériaux à une histoire de la paralysie générale. C'est un titre qui mérite considération.

— M. le docteur Carnot nous adresse le tableau suivant de la mortalité de la jeunesse, de 20 à 30 ans, depuis l'année 1816, à Paris, pour servir à l'histoire de l'introduction de la vaccine en France.

Sur 10,000 décès de tout sexe et de tout âge, il y en avait au dix-huitième siècle, d'après Buffon, 526 de 20 à 30 ans. La vaccine a été introduite en France, vers 1801. La guerre, source de mortalité pour la jeunesse, a cessé en 1815. Notre relevé, pour être aussi concluant que possible, commencera en 1816. (Voir les ANNUAIRES DES LONGITUDES.)

En 1816,	sur 10,000	décès généraux à Paris,	on en compte	733	de 20 à 30 ans.
1817,	—	—	—	880	—
1820,	—	—	—	999	—
1821,	—	—	—	1,002	—
1823,	—	—	—	1,073	—
1827,	—	—	—	1,079	—
1828,	—	—	—	1,064	—
1829,	—	—	—	1,091	—
1830,	—	—	—	1,015	—
1831,	—	—	—	1,329	—
1832,	—	—	—	1,185	—
1833,	—	—	—	1,185	—
1834,	—	—	—	1,199	—
1835,	—	—	—	1,201	—
1836,	—	—	—	1,043	—
1837,	—	—	—	1,173	—
1838,	—	—	—	1,408	—
1839,	—	—	—	1,359	—
1842,	—	(maximum)		1,420	—
1843,	—	—	—	1,334	—
1844,	—	—	—	1,349	—
1846,	—	—	—	1,320	—

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX A PARIS.

Dates.	Hôpitaux civils. Entrées.	Hôpitaux civils. Décès.		Hôpitaux militaires. Entrées.	Hôpitaux militaires. Décès.
5 oct. . . .	3	1	Pour 7 jours.	2	1
6 — . . .	9	1			
7 — . . .	8	5			
8 — . . .	9	5			
9 — . . .	6	4			
10 — . . .	4	4			
11 — . . .	2	2			
	45	22			

ÉTAT CIVIL DE MARSEILLE.

Décès cholériques du 4 octobre. . . .	43
» » 5 »	32
» » 6 »	29
» » 7 »	30
» » 8 »	29
Total.	163

Sur ce chiffre, figurent environ 32 enfants.

Les décès ordinaires se sont élevés, pendant les trois derniers jours, à 33.

— Nous avons pu nous procurer le relevé exact des sépultures opérées en août et septembre dans les divers cimetières de Marseille, comparativement avec celles qui eurent lieu dans les mois correspondants de 1848. Ces chiffres correspondent exactement à ceux des décès, hors pour le petit nombre de quartiers ruraux qui ont encore des cimetières particuliers :

	1848	1849	Différence.
Août	440	684	244
Septembre . . .	385	1,575	1,190
	825	2,259	1,434

L'excédant de 1834 en 1849 représente le nombre des victimes du choléra, sauf un certain nombre de décès, qui auraient sans doute eu lieu dans toute circonstance, mais qui cette fois ont dû être accompagnés des symptômes du fléau qui tend d'ordinaire à s'assimiler dans toutes les maladies. Mais le nombre des décès cholériques, en y comprenant les localités de la banlieue restées en dehors du relevé, ne doit pas excéder 15 à 1,600.

— On lit dans LE SALUT PUBLIC du 9 octobre :

« Le choléra sévit de nouveau avec violence à Dun-sur-Auron. La situation ne s'est pas améliorée depuis. M. le préfet s'y est rendu, accompagné du sous-préfet de Saint-Amand.

» Le fléau s'est aussi déclaré dans un village riverain, et dépendant de la commune de Cours-les-Barres. M. le docteur Moreau est parti pour Flavigny. »

GARD. — NIMES. Décès cholériques :

Du samedi 29 septembre, neuf heures du matin à dimanche.	1
De dimanche à lundi.	1
De lundi à mardi	2
De mardi à mercredi	»

— On lit dans le COURRIER DU GARD du 6 octobre :

« Hier matin, à la réunion sanitaire, il n'a été déclaré qu'un décès cholérique; aujourd'hui point; mais on a cité deux ou trois malades.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INCIDENT SUR LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — MALADIES DE L'UTÉRUS. — NOUVEAU CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME.

Le début de la séance a été signalé par un incident qui nous paraît sérieux. M. Michel Lévy, médecin en chef du Val-de-Grâce, a lu il y a quelques mois un travail statistique et clinique sur la méningite cérébro-spinale qui a régné dans cet établissement en 1848 et 1849; cette lecture avait excité un vif intérêt; une commission, composée de MM. Bégin, Piorry et Gaultier de Claubry, fut chargée d'examiner le travail de M. Lévy, et c'est au nom de cette commission que, dans la séance du 3 octobre, M. Gaultier de Claubry vint lire un rapport étendu dont les conclusions, tout en reconnaissant le mérite du mémoire présenté, ne paraissaient point en rapport ni avec l'impression qu'en avait produite la lecture, ni avec l'importance que le rapporteur lui-même paraissait forcé de lui accorder.

Une lettre de M. le professeur Lévy, que l'on trouvera dans le compte rendu de la dernière séance, a amené M. Bégin à déclarer : 1° que le rapport fait en son nom ne lui avait pas été communiqué et n'avait pas reçu sa signature, comme le prescrit le règlement; 2° que s'il avait été consulté, les conclusions du rapport eussent été différentes. M. Piorry a fait la même déclaration. D'où il résulte qu'un rapport, présenté au nom d'une commission, se trouve être l'œuvre personnelle d'un seul, et que les conclusions que l'Académie a cru voter comme l'expression du jugement collectif de trois commissaires sont la formule d'une appréciation individuelle; différence très-grande, et pour l'Académie dont les votes réclament la garantie des formes réglementaires, et pour l'auteur d'un mémoire qui, au lieu de succomber sous les conclusions de MM. Bégin, Piorry et Gaultier de Claubry, obtient au contraire le suffrage des deux premiers, et reste seulement sous le coup d'une appréciation isolée, qui sait? peut-être intéressée, car le rapporteur, en privant M. Lévy du bénéfice d'un examen et d'une discussion entre commissaires, lui a donné le droit de réclamer contre ses conclusions.

Quand nous disons que ces conclusions ont été votées par l'Académie, nous omettons une autre irrégularité. Le rapport a été lu à la fin d'une séance, devant les banquettes vides, et quatre membres (historique) ont engagé par leur vote le jugement de l'Académie.

Enfin, le rapporteur a compris dans son travail et ses conclusions, un autre mémoire sur le même sujet, et qui, publié depuis longtemps dans un journal, ne devait plus, suivant l'usage et le règlement, occuper l'attention de l'Académie.

Cette triple irrégularité aurait dû certainement exciter la sollicitude de M. le président; mais pressé de parler sur une question chirurgicale à l'ordre du jour, il a clos ce débat, sans renvoyer, comme c'était son devoir, le rapport et les conclusions à l'examen de la commission dont le nom avait été usurpé.

Nous nous arrêtons à ces détails, non parce qu'il s'agit ici de l'un de nos amis et collaborateurs que sa position et ses travaux assez connus peuvent rendre justement indifférent aux conclusions individuelles d'un rapporteur, mais parce qu'il y a là une question vitale, une question de fond sous une apparence de simples formalités. Celles dont le règlement a entouré l'élaboration et la discussion des rapports, constituent pour les auteurs qui se soumettent au jugement de l'Académie, une indispensable garantie d'examen sérieux et d'impartialité; c'est sur la foi de ces garanties que les travailleurs s'adressent à l'Académie; les livrer aux appréciations isolées d'un seul critique, sans contrôle, sans discussion, ce serait peut-être les exposer aux atteintes de la rivalité, aux préoccupations de l'amour-propre; dans tous les cas, autoriser un rapporteur à se passer de l'avis de ses collègues de commission, c'est sortir des convenances académiques et des voies réglementaires.

Dans le cas spécial, le caractère honorable du rapporteur éloigne toute interprétation fâcheuse, et personne n'est plus convaincu que nous de la sincérité de ses jugements. Le rapport très-étudié qu'il a lu, témoigne de ses recherches sur la question traitée et peut-être même de ses hésitations; il fait aussi souvenir (que M. de Claubry nous pardonne cette pensée) qu'il est l'auteur d'un livre (IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE) où il a émis sur la méningite cérébro-spinale épidémique, des idées différentes de celles de M. Lévy. Confondues par l'un, ces deux maladies sont très-nettement séparées par l'autre, et M. de Claubry consacre de longues pages de son rapport à justifier cette confusion ou cette identité. Par cela même qu'il se trouvait personnellement engagé dans le débat soulevé par M. Lévy, c'était un nouveau motif de communiquer son rapport aux deux autres commissaires.

—Nous espérons que la discussion qui se poursuit en ce moment à l'Académie de médecine sur les maladies de l'utérus, aboutira à la démonstration des trois ou quatre points de fait que nous avons établis dans notre dernier numéro. Il pourra rester de l'incertitude sur le degré de fréquence relative des diverses altérations dont l'utérus est susceptible; mais quant à l'existence, à la réalité de celles que nous avons admises, elle sera mise certainement hors de contestation. On pourra différer — sur quoi ne diffère-t-on pas? — sur la valeur de certains moyens thérapeutiques; mais, à moins de tout brouiller à plaisir, il est impossible que la distinction des formes ou des éléments morbides n'amène pas la grande majorité qui les admettra, à reconnaître aussi des indications générales corrélatives et la nécessité de varier la médication suivant qu'il s'agira, par exemple, d'un simple engorgement ou d'une déviation, d'un développement anormal du col ou de granulations.

Pour commencer, il ne s'est rien dit mardi dernier qui ne confirme notre manière de voir. Il est d'abord un point sur lequel tout le monde paraît dès à présent d'accord : c'est l'existence plus ou moins fréquente de l'engorgement du col. M. Velpeau même ne le nie pas, et mieux encore, affirme ne l'avoir jamais nié. Il paraît que, en demandant, dans l'avant-dernière séance, un exemple avéré d'*engorgement chronique de la matrice*, il n'entendait parler que de l'engorgement du corps et non de celui du col. La rectification est importante, et nous nous empressons de l'enregistrer, en ajoutant seulement que notre erreur, partagée par beaucoup de personnes, partagée à ce point par M. Rochoux, qu'il allait partir de là pour argumenter M. Velpeau, si la rectification ne l'avait pas arrêté, que notre erreur avait sa source dans les commentaires mêmes de M. Velpeau, ce chirurgien ayant contesté l'engorgement en l'absence du cancer, du fongus, de la phlegmasie aiguë, des végétations, toutes maladies plus propres au col qu'au corps de la matrice. Quoi qu'il en soit, voilà un fait reconnu. M. Velpeau,

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° I.

Civita-Vecchia, 29 septembre 1849.

A M. LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

De Paris à Civita-Vecchia. — Avignon. — Un désert au milieu de la France. — Marseille. — Le choléra. — Une scène de charlatan. — Toulon. — Encore le choléra. — Hygiène, hôpitaux, bagne de Toulon. — Le mal de mer.

Cher confrère,

Le voyageur a toujours été et sera éternellement causeur. Le touriste compte ses impressions, le vieux militaire ses campagnes, absolument comme la fontaine coule, comme le feu brille, comme l'herbe pousse. Tout cela est dans la nature. S'il est une loi physique en vertu de laquelle un corps chaud rayonne jusqu'à ce qu'il ait élevé le voisinage à sa température, il existe aussi une loi psychologique par laquelle l'homme qui voit beaucoup est porté à faire rayonner sur ceux qui l'environnent les souvenirs qui lui chargent la mémoire.

Aussi, ma foi, vais-je ne pas plus me gêner que je ne le faisais en vous écrivant autrefois mes *Lettres d'Afrique*.

Je vous ai impitoyablement traîné à ma suite, en Algérie, pendant quatorze mortelles étapes. Qui sait où je vais vous remorquer aujourd'hui? Partout où le vent poussera ma voile cosmopolite. C'est terrible, n'est-ce pas, d'avoir affaire à un gaillard comme moi? Prenez bravement votre parti, car partout, sachez-le bien, je causerai, babillerai, conterai, glanant par-ci par-là, disant un peu de tout et pas beaucoup de chaque chose, à moins que mon sujet ne soit original.

J'ai quitté Paris si inopinément, que je n'ai pas même pu vous serrer la main. Ordre reçu le 15 septembre, à neuf heures du matin, départ à midi; trois heures pour les préparatifs d'un voyage d'outre-mer! Que les ministres sont pressés! Et puis il a fallu attendre, à Toulon, pendant trois jours, l'époque parfaitement connue d'avance de l'embarquement pour Civita-Vecchia. Il paraît que les ministres ne calculent pas toujours juste.

Ma bonne étoile m'a donné pour compagnons de voyage MM. Faure-Villar et Lacauchie, médecin et chirurgien en chef de l'armée. Devant les impressions de voyage et surtout, comme vous le verrez, devant le mal de mer, tous les grades se mettent au même niveau. Aussi la communauté fut-elle des plus gaies et des plus sans façon. Chacun devisait à qui mieux mieux; mais, je l'avoue, pour fournir mon contingent, j'étais souvent obligé de remplacer la qualité par la quantité.

Paris est décidément un vaste foyer dont les rayons divergent sur toute la France. En allant vers le Midi, ils pâlissent au moins en raison du cube des dis-

M. Moreau, M. Rochoux, M. Malgaigne, M. Jobert sont du même avis : l'engorgement chronique du col utérin n'est pas une chimère. M. Moreau va même jusqu'à dire qu'il est très-fréquent. Nous n'allons pas si loin. Nous le croyons moins rare que l'engorgement chronique du corps; mais c'est s'avancer beaucoup que de lui attribuer une telle fréquence.

Nous récidivons, comme on voit, dans l'articulation de ce fait avancé dans notre dernier article, que le corps de la matrice peut se développer, devenir plus volumineux, s'engorger, comme on dit un peu vaguement, en dehors des conditions spécifiées par M. Velpeau. Il y a huit jours, notre opinion heurtait celle de tous les orateurs qui avaient eu à s'expliquer sur ce sujet ; aujourd'hui elle s'appuie sur la haute expérience de M. Moreau et de M. Jobert. Le premier a même donné à M. Velpeau une satisfaction souvent réclamée. L'honorable président voulait savoir si quelqu'un avait jamais constaté de ses yeux, sur la table à autopsie, un engorgement chronique du corps de la maladie. Ce quelqu'un, c'est M. Moreau. Il ne s'agissait pas d'un cadavre, malheureusement. Ladite matrice venait d'être enlevée, sous prétexte de cancer, à une pauvre femme bien vivante, mais qui ne le fut pas longtemps. De cancer, de fongus, etc., il n'y en avait pas traces ; les parois de la matrice étaient simplement épaissies. Quant à M. Jobert, il n'a pas cité de faits particuliers, n'a pas raconté d'observations ; mais son argumentation n'en a pas eu moins de force et de solidité. Nous ne craignons même pas d'affirmer que c'est lui jusqu'ici qui est entré le plus avant dans la question et l'a le mieux élucidée. En fait, l'engorgement de l'utérus, corps et col, est démontré par l'inspection anatomique et par le toucher; mais le raisonnement seul suffirait à lever les doutes sur la possibilité de son existence. Il n'y a pas de tissu dans l'économie qui, en totalité ou partiellement, ne puisse acquérir un développement anormal; pourquoi en serait-il autrement du tissu utérin? On ne saurait arguer de la texture dense, serrée, *acelluleuse*, de l'organe; car ces caractères sont surtout ceux du col, et c'est précisément dans le col que l'engorgement n'est pas contesté. Si l'organe est peu ou point celluleux, il est très-vasculaire, et c'en est bien assez pour le rendre passible d'engorgement. Est-il possible de concevoir qu'il puisse être le siége de lésions graves et variées, et qu'il lui soit interdit de se développer outre mesure, de s'engorger, sans autre complication ? D'où lui viendrait cette singulière immunité? On accorde l'engorgement aigu, comment dès lors refuser l'engorgement chronique ? Au fond, c'est soutenir que l'engorgement aigu guérit toujours sans laisser aucune trace. Car s'il est des cas, fussent-ils très-rares, où il ne guérit pas si complétement, de deux choses l'une : ou le travail pathologique, cause directe de l'engorgement, passe à l'état chronique, et c'est ce qu'on ne veut pas admettre ; ou ce travail s'arrête en laissant la matrice incomplétement revenue à son volume primitif, et c'est ce qu'on conteste encore anatomiquement, puisqu'on en appelle à l'autopsie. Toutes ces idées ont été exprimées par M. Jobert avec un grand bon sens. Elles ont, à nos yeux, bien que théoriques, une valeur sérieuse. Il faudra voir comment on y répondra.

Le même chirurgien a encore exposé des vues excellentes sur les déviations de l'utérus. Il a fait voir que l'étiologie seule pouvait offrir une base rationnelle au traitement de ces déviations. Au milieu des développements dans lesquels il est entré, nous avons remarqué surtout une assertion, de l'exactitude de laquelle nous ne nous portons pas garant, mais que nous nous empressons de relever, et parce qu'elle émane d'une autorité en cette matière, et parce qu'elle touche à un point essentiel de la thérapeutique. M. Jobert croit qu'un très-grand nombre de déviations ou de flexions de l'utérus sont congénitales; celles-là sont caractérisées, suivant lui, par une insuffisance de développement d'une portion de l'organe, et par la petitesse des vaisseaux du côté de la courbure. On conçoit très-bien comment de semblables dispositions doivent constituer un obstacle invincible au redressement permanent de l'organe à l'aide des moyens mécaniques généralement employés, ceintures ou pessaires. Les chirurgiens qui prendront la parole dans la prochaine séance diront sans doute si leur observation s'accorde à cet égard avec celle de M. Jobert. Pour nous, nous nous contentons, quant à présent, du rôle d'historien.

M. Malgaigne avait dit, dans la discussion précédente, que l'antéflexion était incomparablement plus fréquente que la rétroflexion ; qu'il n'avait jamais rencontré un seul cas de cette dernière, tant au bureau central qu'à l'hôpital Saint-Louis, et qu'enfin sa pratique particulière ne lui en avait fourni que deux exemples. Mais voyez le hasard ! s'étant livré, ces jours-ci, à des investigations particulières dans une salle consacrée aux maladies des femmes, il a rencontré, chez trois femmes réputées atteintes d'engorgement utérin, trois courbures de l'organe, et c'étaient précisément trois rétroflexions! M. Malgaigne a fait lui-même cette loyale déclaration. Il a rendu ainsi la besogne facile à M. Moreau, qui était venu à la séance dans l'intention de soutenir la supériorité de fréquence des rétroversions et des rétroflexions sur les antéversions et les antéflexions. Les considérations anatomiques et physiologiques invoquées par l'honorable membre à l'appui de son opinion sont très-spécieuses ; on les trouvera au compte rendu de la séance.

Nous ne ferons que mentionner une lecture de M. Robert sur les granulations de la muqueuse utérine, lecture fort intéressante, mais qui ne se rattachait que d'une manière indirecte à l'objet de la discussion.

— L'espace nous manque pour apprécier comme il doit l'être le nouveau cas de mort causée par le chloroforme, communiqué à l'Académie par M. le docteur A. de Confevron. Nous nous bornons pour aujourd'hui à reproduire cette intéressante observation dans ses moindres détails, suivie des réflexions judicieuses qu'elle a suggérées à notre confrère.

Obs. — Madame Labrune, âgée de 33 ans, mère de famille, pleine de vie, d'un tempérament nerveux très-excitable, avait été soumise par moi, l'an dernier, avec un plein succès, à l'éthérisation pour de petites opérations chirurgicales. Le 23 août dernier, son dentiste devait lui extraire une grosse molaire, et cette opération, présentant quelque difficulté, présageait une douleur assez intense. Madame Labrune, qui avait éprouvé les bienfaits de l'éthérisation, ne voulut se soumettre à l'arrachement de sa dent qu'avec ce secours, et je fus sollicité par la patiente et le dentiste, celui-ci n'en ayant pas l'habitude, pour administrer les vapeurs anesthésiques. Malgré ma répugnance à employer ce moyen pour des opérations de peu d'importance, surtout depuis la publicité de malheurs survenus entre des mains habiles, je crus pouvoir, dans cette circonstance particulière, sortir de la règle de conduite que je me suis tracée depuis dix-huit mois, et je m'y croyais autorisé par le succès de l'éthérisation précédente sur le sujet qui la réclamait de nouveau. J'étais d'ailleurs bien décidé à ne produire que l'engourdissement le plus léger, puisqu'il ne s'agissait ni d'une opération grave ni d'une douleur de longue durée.

Je plaçai donc sur le mouchoir de la malade un bourdonnet de coton de la grosseur d'une noisette, imbibé de moins d'un gramme de chloroforme. Madame Labrune l'approcha elle-même de ses narines et le respira à quelque distance, de manière à permettre complétement le mélange de l'air aux vapeurs anesthésiques. En huit ou dix secondes, l'effet se fit sentir, et je le remarquai

---

tances. Cela se remarque partout et dans tout. Les voitures boitent en marchant et s'arrêtent à chaque pas, comme les vieilles gens asthmatiques pour reprendre haleine. L'aménité parisienne passe à l'état de mythe, et l'on arrive, en suivant un *crescendo*, à la capitale de l'empire des porte-faix, à Avignon. Le bateau à vapeur nous fit le mauvais tour de nous débarquer à une demi-lieue de la ville; et, pour gagner celle-ci, avec nos bagages, il nous en coûta à peu près autant que pour aller de Lyon à Avignon. Une demi-lieue nous est revenue presque aussi cher que soixante !

Les hôtels étaient pleins de Marseillais fuyant l'épidémie alors fort méchante chez eux. Peu s'en fallut que nous ne fussions réduits à coucher sous un banc. Jamais, au grand jamais je n'ai vu tant de bancs que sur les promenades du Midi. A Avignon, ils s'allongent sur quatre lignes et sont presque rangés bout à bout. Dans le Nord, on se promène en se promenant; dans le Midi, on se promène assis. Rien que cette multitude de bancs suffit pour dire au voyageur qui recueille rapidement des impressions par la portière de la voiture : Nous sommes chez des gens paresseux.

Le chemin de fer traverse un affreux pays sans habitations, sans arbres, stérile, dont le sol est presque entièrement formé de fragments de roche. Les troupeaux n'y trouvent pas même à paître. Les déserts qui bordent l'Algérie ne sont pas plus arides. Mais la vue est bientôt égayée par la nappe azurée de l'étang de Berre. Si j'ai bonne souvenance, c'est dans la triple ville qui se mire dans ces eaux, et que les habitants ne craignent pas d'appeler la Venise provençale, c'est là que Fodéré a essayé l'arsenic comme fébrifuge.

Les environs de Marseille ne seraient non plus que des landes stériles, si la main de l'homme ne les avait un peu métamorphosés. On a écarté les pierres, élevé des murs, réuni en terrasses la terre végétale, et quelques arbres s'étagent aujourd'hui le long des pentes rocheuses. Le terroir le plus ingrat du littoral algérien ne demande pas la moitié de travail pour couvrir sa nudité. Si M. Desjobert avait été inventé de ce temps-là, jamais les galères phocéennes n'eussent abordé à Marseille. Heureusement, la secte anticoloniale est une école moderne, et quoi qu'elle en dise, les races se perpétuent très-bien dans les contrées nouvelles où elles établissent leurs pénates. Regardez plutôt les filles du peuple, à Marseille; leur beau type ne dément pas celui de leurs pères. Mais ne les regardez pas trop longtemps, si vous ne faites que passer, car vous pourriez bien devenir amoureux.

Une partie des magasins de la Cannebière étaient fermés, par suite de décès, nous a-t-on dit, mais surtout par la fuite de leurs propriétaires. Tout ce qui n'était pas impérieusement retenu en ville par ses affaires, tout ce qui pouvait vivre de ses rentes au dehors, avait déserté Marseille. On nous a assuré que la moitié au moins de la population couchait *extrà muros*. Et pourtant, proportion gardée, la mortalité par l'épidémie était incomparablement moins forte que celle qui a désolé Paris dans certains jours. Or jamais, à Paris, nous n'avons vu une semblable panique.

Cette frayeur s'était communiquée aux étrangers ; la moitié des hôtels étaient déserts. Nous nous trouvâmes, trois médecins militaires seuls, assis à la vaste table de l'hôtel Beauveau, l'un des principaux de la ville. Le lendemain, un confrère, désigné comme nous pour l'armée d'Italie, se présenta au même hôtel, où il lui fut répondu qu'on n'avait pas même fait de cuisine. Il se rabattit sur un

au clignottement des paupières. J'indiquai au dentiste, placé à la tête de la malade, qu'il pouvait agir; mais la patiente, qui avait l'expérience de l'éthérisation, ne se sentant pas suffisamment engourdie, repoussa la main de l'opérateur, et nous faisant comprendre par signes que l'insensibilité n'existait pas encore, rapprocha son mouchoir de ses narines, et fit rapidement quatre ou cinq inspirations plus larges. A cet instant, je lui retirai moi-même le mouchoir qu'elle serrait sous son nez. Je ne la quittai pas des yeux pendant le temps nécessaire pour déposer ce mouchoir sur un meuble voisin; et déjà, lorsque je reportai mes regards sur elle, sa face était pâle, les lèvres décolorées, les traits altérés, les yeux renversés, les pupilles horriblement dilatées, les mâchoires contractées de manière à empêcher l'opération du dentiste, la tête renversée en arrière. Le pouls avait disparu; tous les membres étaient dans un état complet de résolution, et quelques inspirations éloignées furent les seuls signes de vie que la malade nous donna.

Sans perdre une seconde, tout ce qu'il est possible de faire en pareil cas fut mis en œuvre pendant plus de deux heures et sans aucun succès. Stimulation des narines avec l'ammoniaque, mouvement des bras et du thorax, insufflations répétées d'air dans la poitrine, que je fis respirer artificiellement pendant quelque temps, frictions sur le thorax, puis sur tout le corps, avec l'ammoniaque, cautérisation sur la région précordiale avec des charbons incandescents, enfin courant galvanique au moyen d'une forte pile de Volta, qui se trouvait fonctionner dans le voisinage et qu'on mit promptement à notre disposition; rien ne put conjurer une mort à laquelle je ne pouvais croire.

Depuis le mois de février 1847, je pratique journellement l'éthérisation et dans nos hôpitaux et dans une clientèle nombreuse; et jamais je n'ai employé de doses plus faibles, et jamais je n'ai mis plus de prudence dans le mode d'opération. Le chloroforme avait été respiré à l'air libre, sans appareil, de la manière la plus favorable pour que l'air atmosphérique fût largement mélangé aux vapeurs anesthésiques; enfin rien ne manquait pour rendre cette opération parfaitement innocente. Je savais d'ailleurs que ma cliente n'avait aucune maladie organique qui la contre-indiquât. Je dois dire pourtant, et pour n'omettre aucune circonstance, ce que j'ignorais au moment de l'opération, que madame Labrune avait eu de vives émotions dans la journée; mais tout cela n'expliquait pas un accident si foudroyant. L'examen nécroscopique pouvait peut-être nous donner quelque satisfaction.

J'obtins de la famille l'ouverture du corps, qui fut pratiquée trente-huit heures après la mort, avec l'aide de mes collègues, MM. Montrol et Faure. Voici quel en fut le résultat :

Les membranes du cerveau, et particulièrement les veines de la base du crâne étaient gorgées de sang noir et fluide. Les sinus de la dure-mère en étaient remplis. La substance du cerveau incisée était piqueté; et les vaisseaux capillaires ouverts par l'instrument laissaient suinter du sang noir en gouttelettes. Cette substance était intacte et d'une consistance normale. De la sérosité en assez grande abondance se trouvait à la base du crâne, et remplissait le canal vertébral. Dans toutes les veines de la base du crâne, même celles d'un calibre très-médiocre, nous avons trouvé une *notable quantité de bulles d'air*, interceptant le liquides et faciles à déplacer. Le cœur était flasque, et une ponction pratiquée à l'oreillette gauche laissa échapper du sang noir, fluide, accompagné d'un dégagement d'air par bulles. Il n'existait pas de caillots dans les cavités. Les grosses veines du tronc contenaient également une grande quantité de sang noir et fluide. Les poumons, parfaitement crépitants dans toute leur étendue, offraient une teinte grise ardoisée, qu'on retrouvait en les incisant. L'abdomen était distendu par des gaz. Les intestins n'ont pas été ouverts.

Cette observation toute seule aurait par elle-même un haut degré d'intérêt, mais elle n'aurait que la force d'un fait isolé, et l'on pourrait la ranger au nombre de ces faits malheureux dont la science ne tire qu'un médiocre enseignement. On serait en droit de dire que c'est un de ces cas extraordinaires et inexplicables où la mort survient instantanément et sans cause connue, et dont les observations abondent dans les auteurs anciens et modernes. Rapprochée, au contraire, de celles dont MM. Robert, Barrier et Gorré ont récemment entretenu l'Académie, elle acquiert une importance immense, et doit amener, selon moi, d'autres conclusions.

Disons d'abord que les faits de cette nature se sont multipliés de manière qu'il ne puisse plus venir à l'idée de personne de les attribuer à une autre cause que la chloroformisation; en laissant de côté tous ceux qui n'ont pas été recueillis avec la même exactitude, et dont les détails nous manquent, et en nous bornant à l'examen de ceux que je viens de citer, il me semblerait difficile d'arriver à une autre conclusion. Le malheur survenu à Langres peut donc être assimilé à ceux de Paris, de Lyon, de Boulogne; l'analogie qui existe entre eux est frappante. Dans tous, les symptômes qui ont précédé la mort, comparés aux lésions nécroscopiques, prouvent que l'extinction de la vie est due à l'action délétère spéciale du chloroforme sur le cerveau et à une véritable asphyxie.

Dans notre observation, comme dans celle de notre confrère de Boulogne, la rapidité de la mort a été foudroyante, malgré la petite dose de chloroforme employé, et de la même manière. Pour le malade de Lyon, une compresse à tissu très-clair avait été étendue au devant du visage, et 6 à 8 grammes de chloroforme ont été employés. Cette différence dans le procédé n'explique pas mieux l'accident; et, quant à la dose, j'en ai usé bien des fois d'aussi fortes, et dans des appareils qui exigent l'occlusion des narines, sans qu'aucun accident soit survenu. Pour la malade de M. Gorré comme pour la mienne, moins d'un gramme de chloroforme a été aspiré. Le bourdonnet de coton dont je me suis servi ne pouvait, en raison de son petit volume, occuper toute la largeur des narines, et encore moins la bouche; il était d'ailleurs tenu à distance de ces ouvertures, excepté pour les quatre ou cinq dernières aspirations. Je crois donc que par aucun procédé on ne pouvait obtenir un mélange plus certain de l'air aux vapeurs chloroformiques.

Ce qu'il y a de plus frappant et de plus incompréhensible dans ce fatal événement, c'est que, loin de nous avoir prévenu, comme M. Gorré, par une plainte quelconque de l'effet de suffocation ou d'asphyxie, la malade a pu nous indiquer que l'anesthésie n'était pas complète, qu'elle n'en ressentait aucune action pénible, et que quatre ou cinq inspirations faites avec une sorte de plaisir ont suffi pour amener un plus haut degré d'insensibilité. Et quand même je n'aurais pas eu cette indication positive donnée par la malade, l'éthérisation portée un peu loin ne devait-elle pas amener la résolution des membres, et le mouchoir ne devait-il pas quitter naturellement la bouche? J'enlevai ce mouchoir quand la main le tenait encore sous les narines. Cette circonstance ne prouve-t-elle pas que jusqu'à ce moment l'anesthésie n'était pas entière, et que l'effet du chloroforme s'est produit encore après la cessation de l'inhalation? Cette remarque avait été faite par le professeur Sédillot. Il pense qu'en suspendant l'usage de l'éther on coupe court aux accidents; mais il n'en est plus de même avec le chloroforme; dit-il; la pâleur, la petitesse du pouls, la faiblesse des inspirations, le refroidissement, vont en augmentant d'une manière alarmante après qu'on en a cessé l'emploi.

Deux fois M. Sédillot s'est vu sérieusement effrayé de cette annihilation imminente de la vie. D'après cela, quel serait le moment où l'on devrait cesser l'inhalation?

C'est sans doute celui où commence la résolution musculaire, c'est du moins l'opinion générale, c'est celle de M. Sédillot, qui se fonde sur des ex-

restaurant, qu'il étrenna à huit heures du soir.

Au milieu de la désolation, le charlatanisme seul était debout, le charlatanisme, plante qui croît sur les ruines, monstre qui s'engraisse quand la misère maigrit le peuple. Pour lui, un bon choléra est un moment prospère; c'est là, ou jamais, l'occasion de débiter sa panacée universelle et ses miraculeux préservatifs.

Nous écoutâmes d'abord un grand Turc richement vêtu, alternant ses déclamations avec les étourdissantes fanfares d'une troupe de musiciens chamarrés d'or et perchés sur la voiture. Mais un bien plus étrange spectacle *réculsa* bientôt notre attention. Sur une autre voiture, débitait ses drogues un homme de 55 à 60 ans, dont la voix cassée ne parvenait à appeler les passants qu'à l'aide des criards points d'orgue d'une clarinette. Le charlatan portait un uniforme complet de chirurgien-major de l'armée : habit brodé, pantalon rouge, claque, épée. Sa figure ne manquait pas d'un certain cachet militaire, grâce à une épaisse moustache et à une mouche grisonnante.

Cette ignoble parodie, cette prostitution d'un costume porté par des gens honorables, nous offensa vivement, et une plainte fut immédiatement déposée à l'Hôtel-de-Ville. En chemin, nous nous demandions comment la police pouvait souffrir cette usurpation de l'uniforme officiel d'un corps régulièrement constitué, et nous lui reprochions de ne pas prendre l'initiative pour le faire respecter. Mais nous nous rappelâmes avoir été, à Lyon et à Grenoble, témoins de faits semblables, que l'autorité ne réprima qu'après en avoir été sollicitée. Est-ce sauvegarder la santé publique que de permettre de débiter des remèdes dans lesquels la foule ignorante a souvent confiance aveugle, de sorte qu'ils lui font négliger les mesures hygiéniques les plus importantes? est-ce comprendre sa mission que de tolérer cette fallacieuse parade de désintéressement et de bon marché, cet appel aux misères de familles, ces trompeuses consultations gratuites accompagnées de remèdes payés dix fois leur valeur, tous ces dangereux appâts, en un mot, dont la vigilante autorité doit éloigner le public, quand il n'est pas assez sage pour découvrir lui-même le piége?

Après la municipalité de Marseille, nos confrères de cette ville auront bien aussi leur petit mot. N'est-il pas douloureux que trois étrangers, passant quelques heures seulement chez eux, aient été obligés de solliciter la répression d'un abus préjudiciable à la dignité médicale, tandis que les médecins de la ville ont sans doute passé et repassé devant la voiture du charlatan sans s'apercevoir que ses roues les couvraient de boue? Approchez-vous du saltimbanque, et vous verrez bientôt que nous avons raison : le diplôme médical et les noms les plus illustres sont insultés.

Mais je veux vous conter la scène complète, telle qu'elle s'est passée lorsque, au sortir de l'Hôtel-de-Ville, nous rencontrâmes de nouveau la mascarade. La première fois, nous n'avons fait que voir, écoutons maintenant. Flânerie pour flânerie, celle-ci en vaut bien une autre; elle vaut même mieux, car elle porte avec elle une leçon.

Au nombre des concertants se trouvait un grand et maigre vieillard de 60 à 70 ans. Il avait une vraie physionomie moscovite, avec ses cheveux jadis blonds, aujourd'hui couleur de filasse, relevés sur le sommet de la tête et noués en panache. Un habit de général anglais flottait sur son torse grêle, et pour achever le pittoresque du personnage, une énorme mèche de poils avait malencon-

périences. Mais l'on voit que dans le cas malheureux qui m'occupe ce thermomètre de la chloroformisation eût été bien infidèle, puisque cette résolution des membres n'était pas obtenue que déjà la vie était menacée d'une manière irrémédiable. Faut-il consulter l'état du pouls? Mais dans l'observation de M. Barrier (de Lyon), deux aides très-habiles et très-habitués à la chloroformisation exploraient le pouls aux radiales. Ce pouls est resté d'une régularité parfaite; une secousse agite les membres, et en moins d'un quart de minute l'un des aides annonce que le pouls a cessé de battre, et presque immédiatement la mort est arrivée, malgré la cessation de l'inhalation, malgré l'administration des secours les plus empressés et les plus énergiques. Mêmes phénomènes dans l'observation de M. Robert. L'insensibilité n'avait pas été portée bien loin, puisque après le premier coup de bistouri le malade commençait à se réveiller. Pour prolonger l'anesthésie, on prescrit une nouvelle inhalation; mais un quart de minute s'est à peine écoulé que les accidents surviennent et que le malade succombe avant la fin de l'opération dans une syncope qu'il faut surtout attribuer au chloroforme. Faut-il croire, avec M. Robert, que la disposition morale particulière de nos malades les ait prédisposés à ces accidents? Je le croirais; mais je suis plus porté encore à penser, avec M. Sédillot, que l'éther est préférable au chloroforme, en ce que le degré d'anesthésie produit par le premier peut se prolonger sans s'aggraver, tandis qu'il augmente avec le second quand on a cessé l'inhalation. Ajoutons encore que dans les accidents survenus par suite de l'emploi de l'éther, les symptômes n'ont été que consécutifs à l'éthérisation, ainsi que le prouvent les observations de M. Jobert, et que si on a eu des malheurs à déplorer, les malades n'ont jamais été frappés d'une manière foudroyante; ils ont succombé à des congestions cérébrales, et plus ou moins lentement. Cette question intéresse à un haut degré l'humanité et la science, et je désire que mon malheureux événement serve du moins à la faire résoudre.

Examinons maintenant à quel genre de mort nos malades ont succombé. L'instantanéité foudroyante avec laquelle elle s'est produite l'avait fait comparer par M. Gorré à l'introduction de l'air dans les veines, et l'autopsie semblait justifier cette idée, qu'un développement spontané de fluide aériforme s'opère dans le système circulatoire par une action spéciale et encore inexpliquée des éthers sur le sang.

Cette explication, ingénieuse autant que neuve, ne pourrait être admise qu'après des expériences directes pratiquées sur les animaux vivants. Malgré donc les lésions identiques fournies par l'examen nécroscopique de ma malade, je ne puis les regarder comme la cause immédiate de la mort.

En effet, n'est-il pas plus naturel d'expliquer la présence de l'air par les fortes insufflations que j'ai pratiquées moi-même pour établir une respiration artificielle quand déjà la victime ne donnait plus signe de vie? Explication mieux fondée sans doute que celle qui l'attribue à une rupture des veines pulmonaires dans de fortes inspirations faites par la malade avant sa mort. Peut-être M. Gorré trouverait-il la même cause que moi, un même phénomène cadavérique; si je n'eusse pratiqué moi-même ces insufflations d'air dans la poitrine, j'aurais volontiers admis avec M. Velpeau que la présence du gaz dans le système circulatoire n'était que le résultat d'une décomposition putride, quoique chez ma malade la putréfaction fût peu avancée eu égard au long temps qui a séparé la mort de l'autopsie et à la chaleur de la saison.

Quant aux autres lésions cadavériques, elles sont dans toutes les observations les mêmes, celles de l'asphyxie : partant des congestions de sang noir et fluide, et notamment dans le cerveau, dans les sinus de la base du crâne, sang fluide annonçant une profonde altération de l'hématose, action primitive des éthers qui n'agissent sur les organes de la sensibilité que par un intermédiaire, le sang, dont ils ont empêché l'*artérialisation*, c'est-à-dire qu'ils ont rendu inapte à nourrir, à stimuler, à vivifier ces organes; partout donc le sang remarquablement noir et fluide est la preuve évidente de l'asphyxie, de l'altération primitive de la fonction de respiration. Telle est la cause immédiate de la mort dans l'éthérisation. Les expériences directes de M. Amussat, confirmées à Rouen, ne prouvent-elles pas en effet la transformation du sang artériel en sang noir dès le moment où l'animal commence à devenir insensible?

En résumé, dans l'observation que je publie la mort ne peut être attribuée qu'à l'action délétère du chloroforme, et selon moi, c'est à tort qu'on a cherché à donner une autre explication aux catastrophes du même genre que je lui compare.

Dans toutes la mort est le résultat d'une asphyxie particulière, dont les principaux phénomènes se passent au cerveau pour y détruire le principe de la vie.

Loin de moi d'attaquer le bénéfice de l'éthérisation et de diminuer ses merveilles, je suis un de ses premiers partisans.

La suppression de la douleur dans les opérations chirurgicales est une conquête que ni la science ni l'humanité n'abandonneront jamais.

Des faits isolés, fussent-ils plus nombreux, ne peuvent y porter atteinte; comme la vapeur qui a causé tant de sinistres, comme les libertés dont l'abus a fait tant de victimes, elle restera une des conquêtes les plus glorieuses de notre siècle, et, malgré la triste épreuve que je subis, je serai encore son champion. Mais est-on arrivé sur ce point aux limites de la science et de l'expérience? Ne peut-on pas espérer la rendre plus profitable? Et faut-il dire d'une manière absolue que, malgré ces événements fâcheux, on ne doit rien changer? C'est ce que je ne puis admettre.

Les moyens d'éviter de semblables malheurs, rares à la vérité, mais foudroyants et si promptement irrémédiables, n'étant point encore fournis par la science, je me range à l'avis de M. Gorré pour conclure qu'il est de la plus haute imprudence de se servir de chloroforme, comme cela se pratique trop souvent, pour des opérations insignifiantes. Quant à moi, je le proclame pour l'instruction de mes confrères et dans l'intérêt de l'humanité, il me restera toujours un regret profond et déchirant, celui d'avoir cédé aux instances de la victime pour une opération si légère.

Pourtant ma conscience ne me reproche rien, ni quant au procédé employé, ni pour la dose du médicament. J'avais d'ailleurs toute l'expérience désirable d'un agent que j'ai l'habitude de manier tant dans les hôpitaux que dans une clientèle nombreuse; j'avais de plus la prudence que donne la crainte. Mais, en me mettant à l'écart dans cette grave question, si de tels sinistres se répètent, s'ils surviennent entre les mains des plus habiles et des plus sages, si les hommes les plus attentifs et les mieux secondés n'ont pu ni les prévenir ni les conjurer, alors il faut dire hautement qu'il y a danger pour l'humanité, et c'est à celui qui lui a voué ses soins et ses veilles de la prévenir du danger. C'est avec cet esprit de conscience que je donne toute la publicité possible au malheur qui est survenu entre mes mains, persuadé qu'en le confiant à l'examen de l'Académie de médecine j'ai trouvé le meilleur moyen de le faire profiter à la science et à l'enseignement de tous mes confrères.

---

treusement poussé sur le bout de son nez. Pendant qu'il soufflait dans sa clarinette, le cheval fit un brusque mouvement, et le vieillard tomba rudement de la voiture sur le pavé. Je le crus mort. Il ne put se relever; mais des bras officieux traînèrent tant bien que mal au cabaret voisin le pauvre homme tout meurtri. Cette triste scène tempéra par la pitié la mauvaise humeur qui nous indisposait si fort contre la troupe du charlatan.

Celui-ci cependant laissa partir pour le cabaret son vieux compagnon, sans songer à lui administrer sa panacée universelle, son grand remède infaillible contre les coups, chutes et contusions. Un verre de vin lui parut sans doute meilleur que tout cela.

Pour commencer à amasser la foule, le pseudo-major prit un grand livre contenant des planches d'anatomie, et livra chaque feuillet aux regards du peuple, toujours avide de ces sortes d'images. Des squelettes de fœtus de tout âge, puis un squelette d'enfant de 4 à 5 ans, furent ensuite tirés d'une grande boîte où ils gisaient pêle-mêle comme dans un ossuaire. L'attention redoubla, et la foule devint plus nombreuse. Une grande verrière, contenant toute sorte d'instruments, compléta l'exhibition, et nous eûmes enfin l'exorde attendu si impatiemment.

Cependant, désireux de savoir quel degré d'estime le soldat accorde aux médecins militaires chargés de veiller sur sa santé, je m'approchai d'un tambour qui regardait comme moi. J'étais en voyageur, en bourgeois. Camarade, lui dis-je pour le sonder, est-ce là le chirurgien-major de votre régiment qui est sur la voiture? Ça a l'air d'un homme bien habile. Mais le tambour me tourna brusquement le dos, après m'avoir jeté par-dessus l'épaule un regard méprisant. Il n'y a qu'un bourgeois *assez bête*, dit-il à un caporal, son voisin, pour croire qu'un vrai major monterait sur une voiture comme ça. Le digne garçon ne se figurait pas quel plaisir il faisait au prétendu bourgeois en lui adressant ce mauvais compliment. Je lui aurais volontiers payé la goutte; mais je craignais de me trahir.

Ce fut bientôt à mon tour de m'indigner. Le charlatan se donnait pour un ancien chirurgien-major de la garde impériale, et pour l'élève particulier du baron Larrey. Afin de mieux faire valoir ses arcanes, il en attribuait l'invention à l'illustre chirurgien en chef des armées impériales. Un murmure approbateur parcourut la foule, qui ne tarda pas à être entièrement convaincue, quand le drôle lui montra deux parchemins : l'un était, disait-il, un diplôme de médecin de première classe de la Faculté de Montpellier; l'autre portait les armes du royaume des Deux-Siciles. Enfin il déroula une longue guirlande de certificats signés par des comtes, des marquis, des financiers, des notabilités. La foule admira les parchemins, mais ne remarqua pas les énormes fautes de français que faisait à chaque parole le pseudo-major. Cent mains se précipitèrent vers la voiture; à chaque demandeur fut distribué l'arcane avec la manière de s'en servir, et les coffres du charlatan s'emplirent de pièces de 1 franc; car, pour se mettre à portée des pauvres familles, et en considération de la misère du moment, le philanthrope donnait pour 1 franc ce qu'il avait, disait-il, vendu ailleurs, 3, 4 et 5 francs. La vente continua longtemps; on achetait, on achetait.... Descendants des Phocéens, ne seriez-vous pas plutôt des enfants de la Béotie?

Je quitte sans regret votre port fangeux; mais, de grâce, vous voulez donc

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA COEXISTENCE DE L'AMAUROSE ET DE LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE; par M. H. LANDOUZY, professeur à l'école de médecine de Reims, etc.

Malgré les travaux si complets des cliniciens modernes, et en particulier de Bright, Rayer, Grégory, Martin-Solon etc., sur la néphrite albumineuse, cette affection reste encore si souvent ignorée à son début, qu'on ne saurait accueillir sans intérêt les symptômes propres à l'annoncer dès son origine.

Parmi ces signes, il en est un, l'amaurose (1), qui n'a point encore été inscrit dans la science, et qui suit cependant de la manière la plus précise toutes les phases de l'albuminurie.

Sans contredit l'œil et le rein sont bien éloignés sous le rapport anatomique, et paraissent physiologiquement bien étrangers l'un à l'autre; mais si l'on rapproche cette amaurose, que j'appellerai néphrétique, de l'amaurose signalée depuis longtemps dans le diabète, et si l'on considère la relation que les belles expériences de M. C. Bernard viennent d'établir entre la présence du sucre dans l'urine et la lésion du quatrième ventricule, ne peut-on logiquement penser qu'une relation analogue existe entre la présence de l'albumine dans l'urine et la lésion d'une partie déterminée de l'encéphale?

Ne peut-on enfin espérer que des recherches poursuivies dans ce sens jetteront bientôt un nouveau jour sur la pathogénie du diabète et de l'albuminurie, et par conséquent sur leur traitement? car c'est en vain qu'on tenterait la guérison de ces maladies en agissant sur les reins ou sur les urines, si l'altération des reins et de l'urine n'est elle même qu'un effet d'une altération de l'encéphale.

Le premier cas dans lequel j'eus occasion de constater cette coïncidence a trait à un ancien fonctionnaire de Reims, M. D..., que mon savant maître, M. Louis visita avec moi au début de l'affection, et chez lequel l'amaurose suivit exactement la marche de la néphrite albumineuse.

Ce malade, âgé de 45 ans, d'une constitution très-robuste, d'un tempérament sanguin, n'avait jamais éprouvé la moindre indisposition, lorsqu'à la fin de février 1846 il vint me consulter pour un trouble de la vision dont il s'était pour la première fois aperçu à la chasse. Sa santé était bonne du reste; pas de céphalalgie; pas d'altération appréciable du globe de l'œil ou de ses annexes; pas de bouffissure du visage.

Les moyens simples, tels que pédiluves irritants, boissons rafraîchissantes, laxatifs salins, etc., ayant été insuffisants, je prescrivis une saignée du bras, deux purgatifs à l'aide du calomélas, des sangsues à l'anus, des vésicatoires à la nuque, etc.

Sous l'influence de cette médication, la vue parut s'améliorer. M. D... reprit ses habitudes ordinaires, et malgré mes recommandations, négligea tout traitement. Mais ce mieux ne fut pas de longue durée, et huit jours après, j'étais consulté de nouveau.

(1) Je prends ici le mot amaurose comme terme général, dans son acception étymologique, et uniquement comme synonyme d'affaiblissement de la vue. Une dénomination exacte ne pourra être donnée que lorsqu'on saura la nature intime de la lésion organique.

Le trouble de la vue s'était reproduit plus considérable qu'auparavant; dans la dernière chasse, M. D... avait vu constamment deux lièvres au lieu d'un, et il était revenu désespéré d'avoir manqué toutes ses pièces. Il éprouvait une grande difficulté à faire sa barbe, distinguait avec peine l'heure à une pendule placée à environ 2 mètres de son lit, et il hésitait à sortir seul dans la rue.

L'appétit était presque nul; les forces avaient beaucoup diminué; la figure était manifestement bouffie; il y avait un peu de fièvre, surtout le soir.

Cette bouffissure du visage, en l'absence des affections ordinaires qui peuvent la déterminer, est si souvent le premier signe de la maladie de Bright, que je soupçonnai à l'instant l'existence de cette affection.

L'examen des urines, répété en présence de mes savants confrères de Savigny et Hannequin, confirma le diagnostic. Le coagulum obtenu, soit par la chaleur, soit par l'acide azotique, formait environ le tiers du liquide.

L'œdème des membres inférieurs survint bientôt, et avec lui tous les signes ordinaires de la néphrite granuleuse à type chronique.

Après un traitement antiphlogistique des plus énergiques, les accidents disparurent presque complétement. M. D... voyait très-distinctement l'heure à la pendule, et pouvait lire sans fatigue une partie du journal. Il y avait encore de l'albumine en quantité assez considérable dans les urines (environ un dixième); mais l'appétit était bon, les forces revenaient, et le malade, persuadé que l'air natal achèverait sa guérison, partit le 7 mai pour sa campagne, située à vingt-cinq lieues de Reims.

Le voyage avait été bien supporté, et M. D..., très-satisfait d'être à la campagne, avait même repris sa gaîté, lorsque, le soir de la troisième journée, reparurent les mêmes symptômes qu'à la première rechute: malaise général, anorexie, fièvre légère, soif assez vive, amaurose, etc. En quelques jours un œdème considérable envahit les extrémités inférieures et l'abdomen, après avoir commencé par la face, et lorsque j'arrivai près du malade, le 13 mai, je constatai une pleuropneumonie double.

Le dépôt albumineux formait environ le tiers du tube après un repos de quelques heures.

Sous l'influence de deux saignées générales, de larges vésicatoires, etc., ces symptômes s'amendèrent, et il survint même un mieux tellement manifeste qu'un médecin du voisinage crut pouvoir annoncer à la famille un commencement de convalescence. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. La dyspnée reparut plus intense qu'au début, et la mort arriva le 24 mai 1846, dans des circonstances sur lesquelles je n'ai pu avoir de données bien précises, mais probablement par suite de la pleuropneumonie.

Bien que, dans ce premier cas, l'amaurose ait depuis le début jusqu'à la fin suivi la marche de la néphrite, cependant je ne songeais nullement, je l'avoue, à la rattacher, comme symptôme spécial, à cette affection, lorsque, peu de temps après, je fus consulté à Hermonville, avec mes confrères MM. Petit et Richard, pour un jeune vétérinaire chez qui la maladie avait eu une marche presque identique, quoique beaucoup plus longue.

Ce jeune homme, atteint une première fois pendant son séjour à Fismes d'une néphrite albumineuse qui avait duré près de dix mois et pour laquelle j'avais été consulté, paraissait, sinon guéri, du moins en très-bonne voie de convalescence, lorsque tout à coup la vue vint à diminuer, sans altération appréciable du globe de l'œil ni des autres fonctions de l'économie.

---

nous poursuivre jusqu'au bout. Figurez-vous, cher confrère, qu'on nous a enterrés huit dans l'intérieur de la diligence, vrai nid à choléra. Nous en fûmes heureusement quittes pour de moins malfaisants miasmes; mais, parole d'honneur, les mangeurs d'ail ne sont pas d'agréables voisins dans une boîte où l'on est huit à se regarder face à face.

A Toulon, nous trouvâmes aussi le choléra; il était dans sa période ascendante et répandait déjà quelque terreur. Les souvenirs de la première épidémie légitimaient bien plus ces craintes qu'à Marseille; car Toulon a été atteint à plusieurs reprises et avec une extrême gravité. La ville semble, du reste, un véritable foyer où tout doit concourir à donner à l'épidémie un caractère de haute gravité. Encaissée par un demi-cercle de hautes montagnes qui ne permettent pas aux vents du nord de la rafraîchir, rôtie par des ardeurs torrides pendant l'été, elle est formée de rues étroites courant entre des maisons à quatre ou cinq étages; des lignes de platanes épais tempèrent bien un peu la chaleur, mais leur feuillage arrête les courants d'air et perpétue l'humidité. Le port et les bassins, quoique bien supérieurs, au point de vue hygiénique, au cloaque de Marseille, laissent pourtant encore à désirer. Voilà Toulon.

A ce portrait nous pourrions ajouter l'affreuse habitude de n'avoir pas de lieux d'aisances dans les maisons, et de se servir d'un vase auquel les gens civilisés n'ont recours qu'exceptionnellement. Autrefois ce résidu était jeté par les fenêtres; aujourd'hui la police force à l'apporter le matin sur la voie publique. Une seule rue, la rue de la Corderie, a conservé le privilége de se débarrasser de ses immondices au profit des passants; et, le croiriez-vous? cela paraît si précieux aux Toulonais, que les logements y sont plus chers qu'ailleurs.

Si de l'ensemble nous passons aux détails, nous ne trouvons pas une meilleure hygiène. L'hôpital militaire surtout est un bouge où les forçats ne voudraient pas résider. On ne comprend pas que l'administration de la guerre ose condamner nos soldats à s'empoisonner dans les miasmes de ces corridors sans air et sans lumière qu'on appelle dérisoirement des salles. Notre ami Haspel, médecin en chef, avait été obligé d'évacuer ses malades sur un autre établissement provisoire: le choléra menaçait en effet de les enlever tous. Cette mesure produisit tout le résultat qu'on en attendait; l'épidémie se ralentit immédiatement.

Le percement de quelques ouvertures a été proposé comme moyen d'assainissement et d'aération, mais le génie militaire a refusé, et pour cause, les améliorations demandées: le bâtiment, a-t-il répondu, se tient comme par hasard, c'est un problème d'équilibre; le premier coup de marteau le renverserait comme un souffle fait crouler un château de cartes. Pauvres soldats!

L'hôpital de la marine est un vrai palais, en comparaison de l'établissement hospitalier destiné à l'armée de terre. Ce n'est pas seulement une exquise propreté qui y règne, mais véritablement du luxe, du confortable. L'alimentation est en rapport avec le local; un simple matelot y est souvent mieux nourri qu'un officier dans les hôpitaux militaires. Aussi nos soldats de l'armée d'Italie, hébergés d'abord par la marine, ont-ils eu grand'peine à s'habituer au régime exigu qui les attendait ensuite chez nous. Il faut ajouter que, proportionnellement, le budget de la marine est aussi large que celui de la guerre est rétréci. Ici la journée d'hôpital ne dépasse guère 1 fr., tandis que l'an dernier, à l'hôpital de la marine de Toulon, elle a atteint 2 fr. 60 c. Une telle dépense ne

Cette diminution de la vue l'inquiétait d'autant plus que sa première maladie avait débuté de la même manière.

Effectivement la néphrite reparut bientôt, et avec plus d'intensité que la première fois. La face devint bouffie, les membres inférieurs s'infiltrèrent; puis survint très-promptement une ascite considérable, et enfin une pneumonie mortelle.

Mais avant l'état fébrile, avant les symptômes aigus, et alors que le malade pouvait encore voyager et vaquer à presque tous les soins de sa profession, l'amaurose avait fait de tels progrès qu'il ne pouvait plus pratiquer aucune opération chirurgicale, et qu'il était obligé de se faire conduire la main, même pour mettre le feu aux jambes d'un cheval.

Singulier hasard! car la néphrite albumineuse n'est pas une maladie fréquente, le même jour et dans le même village, un jeune homme de 26 ans, facteur rural, venait me consulter pour une amaurose survenue depuis quatre mois, sans cause appréciable et d'une manière insensible.

Ne voyant plus assez distinctement pour lire l'adresse des lettres, et espérant guérir bientôt, car sa vue avait toujours été excellente jusqu'alors, il s'était fait remplacer provisoirement pour la distribution des lettres, et se bornait à signer chaque jour les feuilles destinées à l'administration; mais bientôt on fut obligé de lui mettre la main là où il devait signer, et enfin la vue s'obscurcit tellement qu'il lui devint impossible de tracer convenablement son nom, et qu'il dut renoncer à son emploi.

C'était une néphrite albumineuse, à type chronique, des mieux caractérisées.

Les paupières et la face étaient légèrement bouffies, mais elles l'avaient été davantage deux mois auparavant; les extrémités inférieures, l'abdomen et surtout le scrotum étaient fortement œdématiés.

Le dépôt albumineux obtenu par la chaleur ou par l'acide azotique était très-considérable.

Les yeux paraissaient sains; les pupilles étaient largement dilatées et peu contractiles.

Les accidents augmentèrent graduellement. Le malade fut obligé de garder le lit; la respiration devint difficile, et il succomba après sept mois de maladie, dans une espèce d'asphyxie et avec tous les signes d'un œdème pulmonaire.

A quelques mois de là (15 octobre 1847), j'étais appelé en consultation à Béru, avec le docteur Louis de Vitry, pour une meunière de 28 ans, affectée de néphrite albumineuse aiguë.

Le trouble de la vue était tel chez cette malade qu'elle distinguait avec peine les objets placés sur une cheminée située à droite et à deux pas de son lit. La photophobie obligeait à tenir les rideaux constamment fermés.

Quoique la fièvre fût très-vive, il n'existait pas de symptômes cérébraux.

Les yeux ne présentaient rien de particulier. Les paupières étaient, comme le reste du visage, notablement œdématiées.

D'après les renseignements donnés par les parents, le gonflement des paupières et la diminution de la vision avaient précédé le séjour au lit.

Le coagulum de l'urine occupait environ moitié du tube au moment de l'expérience.

Cette grande quantité d'albumine, si rare dans la néphrite à type aigu, l'intensité des accidents généraux, la faiblesse de la malade, la cause probable de la maladie (fatigue, privations, mauvaise nourriture, humidité, etc.), m'avaient fait porter un pronostic grave; mais l'affection céda en un mois à des antiphlogistiques très-énergiques, et le trouble de la vue disparut avec elle.

Depuis ces quatre exemples, que le hasard me fournit presque en même temps, j'en ai observé beaucoup d'autres dans lesquels l'amaurose n'était pas moins manifeste, et, hier encore, je visitais, à Vailly, une jeune fille de 18 ans que j'avais vue en consultation, à Reims, trois mois auparavant, avec mes confrères de Savigny et Hannequin, et chez laquelle nous avions constaté un trouble notable de la vue coïncidant avec une maladie de Bright à forme chronique.

Dans ce dernier cas, comme dans les deux premiers que j'ai cités, l'amaurose suivit exactement les phases de l'affection rénale. Ainsi, avant d'être réellement malade, avant même de s'être plainte d'aucun malaise, cette jeune fille était forcée de s'appuyer contre les murs pour marcher avec sécurité, et de se maintenir contre les bancs et les tables pour suivre les exercices de sa pension.

Comme les yeux étaient très-nets, on attribua ces phénomènes à une congestion sanguine produite par la dysménorrhée; mais insensiblement le visage devint bouffi, les jambes s'infiltrèrent, l'hydropisie gagna l'abdomen; et, quand mademoiselle C... fut amenée à Reims, nous observâmes, outre ces symptômes, une douleur constante à la région lombaire et un épanchement dans la plèvre droite. Le trouble de la vue existait encore, mais, au rapport de la malade, il était moins intense qu'au début.

Le coagulum albumineux était d'environ un quart de l'urine.

Cette jeune fille fut envoyée à la campagne et soumise, par M. le docteur Bazot (de Vailly), à un traitement très-énergique. (Larges vésicatoires volants sur le thorax, larges cautères aux lombes, purgatifs drastiques, digitale, diurétiques, émission sanguine tous les mois à l'époque correspondante à la dernière période menstruelle, etc.)

Quand je revis mademoiselle C... une première fois, six semaines après ce traitement, l'épanchement de la plèvre et de l'abdomen avait presque disparu; la faiblesse générale était moindre, l'appétit meilleur, la fièvre presque nulle; la malade ne se plaignait que d'une chose, c'était d'avoir la vue constamment troublée par des *soleils* dont elle ne pouvait supporter l'éclat. Les urines examinées fréquemment par M. le docteur Bazot étaient toujours restées albumineuses; elles me donnèrent, par l'acide azotique et par la chaleur, un coagulum d'environ un huitième.

Le mieux continua sans interruption, et lorsqu'un mois plus tard je revis la malade avec MM. les docteurs Bazot et Hannequin, l'urine ne contenait plus que des traces d'albumine; les *soleils* avaient disparu; la vue était nette, les forces croissantes, la respiration presque normale; enfin, quoique les menstrues n'eussent pas encore reparu depuis cinq mois, on pouvait annoncer la convalescence.

Cette amélioration sera-t-elle de longue durée? La marche ordinaire de cette affection ne permet guère de l'espérer.

La plupart des exemples recueillis entre ce dernier cas et les premiers que j'ai cités, offriraient les mêmes preuves de cette connexion entre l'amaurose et l'albuminurie. Si j'en passe les détails sous silence, c'est que, d'une part, ce serait allonger inutilement ce travail, et que, d'une autre part, je les ai observés seul dans ma clientèle ou à l'Hôtel-Dieu avec les élèves, tandis que les autres ont eu pour témoins des médecins éclairés.

Parmi ces faits (qui sont au nombre de quinze), il en est deux à la vérité dans lesquels il n'existait pas de trouble appréciable de la vision. Mais quel

---

serait pas possible au département de la guerre.

M. Auban, premier chirurgien en chef, président du conseil de santé, nous a fait voir l'établissement avec une extrême obligeance. Tout y est bien disposé pour donner l'instruction médicale aux trente ou trente-cinq élèves qui fréquentent cette école, et qui concourent ensuite pour le grade de chirurgien de troisième classe. L'espace manque un peu, les amphithéâtres, salles, cours, cabinets, sont trop pressés peut-être les uns sur les autres; mais, au fait, il n'était pas nécessaire d'avoir le grandiose et l'ampleur du Val-de-Grâce, où près de deux cents auditeurs sont quelquefois appelés à s'asseoir au même cours. Il est fortement à désirer que la marine, à l'imitation de l'armée de terre, centralise l'instruction médicale : trois écoles, dont les élèves n'atteignent pas le chiffre moyen de trente dans chaque établissement, sont sans contredit un gaspillage de professeurs et de fonds. Des questions de personnes, qui devraient disparaître devant des considérations d'intérêt général, s'opposent seules à la réduction des trois écoles à deux.

Nous avons rencontré aussi M. Levicaire, second médecin en chef, professeur distingué et praticien des plus occupés. Dans une brochure publiée sur le choléra, M. Levicaire prétend que cette affection est un véritable empoisonnement dû à la formation anormale de l'acide cyanhydrique. Au sujet de la singulière immunité dont jouit Lyon : dans cette ville, dit-il, chaque allée est un passage ouvert au public et, de plus, un infect urinoir. Or c'est précisément parce qu'on pisse dans toutes les allées que Lyon est exempt du choléra, l'ammoniaque neutralisant l'acide cyanhydrique à mesure que celui-ci se forme. Cette explication vaut toutes les autres raisons qu'on a données; il est vrai que celles-ci ne valent pas grand'chose.

La marine possède, outre l'hôpital que nous venons de visiter, le magnifique établissement de Saint-Mandrier, qui peut contenir cinq cents lits, c'est-à-dire à peu près le double du premier. Saint-Mandrier, entièrement isolé de la ville, est situé dans une presqu'île baignée par les eaux de la grande rade. Eaux vives, ombrages, atmosphère pure, belles constructions, tout concourt à faire de Saint-Mandrier un hôpital type. Les courants d'air y sont néanmoins trop violents et trop froids, ce qui aggrave les affections de poitrine, et les fait naître chez les sujets traités pour d'autres maladies. Malgré cette grande aération, les blessés de Rome, amputés à Saint-Mandrier, sont presque tous morts de résorption purulente. Des quatorze premiers, aucun n'a survécu, malgré l'habileté du coup de couteau et les soins consécutifs bien entendus. Les hommes amputés sur le champ de bataille sont, au contraire, arrivés à Saint-Mandrier dans un excellent état. Cette comparaison n'est-elle pas de nature à déposer en faveur des amputations immédiates, si préférables aux amputations consécutives d'après la plupart des chirurgiens militaires?

On ne passe pas à Toulon sans visiter le bagne. Que d'impressions à y recueillir pour un médecin, pour un philosophe! Il me faudrait une lettre tout entière pour vous conter les miennes; or j'ai hâte d'arriver en Italie, et Toulon n'est qu'un échelon de mon voyage. Je vous dirai seulement que je n'ai pas été très-heureux dans mes observations lavatériennes; la moitié des forçats ont des figures d'honnêtes gens; d'autres physionomies sont douteuses; enfin il en est de vraiment hideuses au point de vue de l'expression.

L'hôpital du bagne est une immense et longue galerie divisée en trois nefs

est le symptôme constant en médecine? Et quand on voit les pustules manquer entièrement dans la variole ou les taches écarlates dans la scarlatine, pourrait-on ne pas inscrire comme fréquent dans une maladie un phénomène qui se montre treize fois sur quinze?

De ces deux faits, dans lesquels je n'ai pas constaté l'amaurose, l'un appartenait au type chronique, l'autre au type aigu.

Le premier a été observé chez une femme de 61 ans (salle Sainte-Marguerite n° 6), affectée en même temps d'hypertrophie du cœur et d'emphysème pulmonaire, et que j'ai perdue de vue en quittant le service de l'Hôtel-Dieu.

Le deuxième a trait à un jeune homme de 25 ans (Clouet, salle Saint-Thomas n° 8), atteint de néphrite granuleuse consécutive à une fièvre intermittente rebelle.

Quelques jours après la cessation des derniers accès de fièvre, et sans cause appréciable, les membres inférieurs et l'abdomen s'infiltrèrent. Ne pouvant, en raison de l'hydropisie, avoir des données bien positives sur l'état de la rate, ma première idée fut d'attribuer ces accidents à un splénocèle; mais les urines, examinées immédiatement après la visite, contenaient une trop grande quantité d'albumine (deux tiers environ de leur volume au moment de la coagulation) pour ne pas dénoter la maladie de Bright.

Effectivement en trois jours la face devint le siége d'une bouffissure considérable; une douleur sourde se manifesta à la région lombaire et envahit bientôt l'hypocondre droit; un épanchement pleurétique survint du côté droit, puis bientôt du côté gauche.

Une ponction abdominale, pratiquée le 25 octobre, donna issue à 6 litres de sérosité claire albumineuse. Les accidents de suffocation, arrêtés pendant quelques jours, revinrent avec une nouvelle intensité, et la mort arriva, le 1er novembre, après six semaines de maladie.

A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sérosité dans les deux plèvres et de nombreux noyaux d'hépatisation rouge dans les deux poumons, surtout du côté droit et particulièrement vers les lobes inférieurs.

Les deux reins, doublés de volume, bosselés, étaient parsemés de nombreuses taches, les unes blanches, les autres rouges. La substance corticale pâle, hypertrophiée, ramollie, remplaçait presque entièrement la substance tubuleuse.

Le foie était brunâtre, moins gros qu'à l'état normal et présentait tous les caractères anatomiques de la cirrhose au deuxième degré. La rate avait son volume naturel; il n'existait pas de trace de péritonite.

Hors ces deux cas, tous les autres offraient les signes ordinaires de l'amaurose incomplète et de la maladie de Bright la mieux caractérisée (1).

Chez tous les malades le trouble de la vision a été identique, en ce sens qu'il est toujours venu d'une manière insensible, qu'il s'est développé graduellement, et que dans aucun cas il n'y a eu cécité complète, mais il a offert néanmoins toutes les variétés de l'amaurose ordinaire.

Ainsi, chez les uns, cette amaurose, que j'appellerai *néphrétique*, était accompagnée de strabisme ou de diplopie; chez d'autres d'héméralopie ou de nyctalopie; les uns avaient comme un voile devant les yeux; d'autres des taches noires ou blanches; d'autres une lumière dont l'éclat les éblouissait.

(1) Une épidémie de scarlatine ayant régné chez les enfants de l'hôpital général, pendant le mois de nombre 1848, j'ai eu l'occasion d'observer trois exemples d'albuminurie consécutive à cet exanthème; mais, en raison du jeune âge des malades, il m'a été impossible de constater d'une manière précise l'état de la vision.

A l'exception d'une dilatation de la pupille d'autant plus grande que la vue était plus obscure, on ne remarqua aucun désordre dans l'appareil visuel ni dans ses annexes.

Je ne parle pas du gonflement des paupières, puisque plusieurs fois l'amaurose a précédé l'œdème, et que l'œdème ne pourrait suffire à expliquer l'intensité des troubles de la vision.

Chez aucun malade, il n'a existé de trouble appréciable de l'ouïe, de l'odorat, du goût, de la parole ou de l'intelligence.

Quant à la néphrite, le plus souvent (11 fois sur 15) elle s'est montrée dès le début avec son type chronique, c'est-à-dire sans fièvre, sans douleur, sans autre symptôme primitif que le dépôt albumineux de l'urine et un œdème, quelquefois très-faible, quelquefois très-considérable de la face ou des extrémités.

Trois fois elle a commencé d'une manière aiguë, par des symptômes fébriles généraux, une fois par une rougeur profonde à la région rénale.

Tantôt l'hydropisie s'est bornée à la face et aux extrémités; tantôt elle a gagné promptement l'abdomen et les plèvres.

Une fois l'état aigu a amené la mort; une fois il a disparu pour ne plus revenir; une fois il a été remplacé par l'état chronique, avec guérison apparente et fréquentes récidives.

Dans onze de nos observations, nous avons assigné comme cause probable de la néphrite granuleuse:

Les excès alcooliques (4 cas);

Les excès vénériens prématurés (1 cas);

L'habitation ou le travail dans un lieu humide et froid (3 cas);

La mauvaise nourriture et les fatigues exagérées (3 cas).

Enfin, sur ces quinze malades, *neuf* ont succombé; *deux* ont guéri, et leur guérison paraît se maintenir; *un* a quitté l'hôpital dans un état de convalescence mal assurée; *deux* sont en traitement.

Les lésions anatomiques n'ont différé en rien de celles qui sont signalées par tous les observateurs; ainsi, dans quatre autopsies que j'ai pratiquées à l'Hôtel-Dieu, dans l'espace de trois mois et demi, deux fois les reins étaient hypertrophiés et bosselés; une fois ils étaient déformés et diminués de volume.

Dans tous les cas, les granulations et les bosselures du ti su rénal, la rougeur et la raréfaction de la substance tubuleuse et mamelonnée contrastant avec la pâleur et le développement de la substance corticale, etc., ne pouvaient laisser le moindre doute sur la spécificité de ces lésions, d'ailleurs si bien connues aujourd'hui.

Trois fois le cerveau offrait la couleur et la consistance normales et contenait environ 4 à 6 grammes de sérosité dans les ventricules latéraux.

Une fois, il était mou, très-pâle, surtout dans la substance grise, qui était comme macérée. Les ventricules cérébraux et les fosses occipitales contenaient cependant très-peu de sérosité.

Dans aucun cas, ni les yeux ni les nerfs optiques n'offraient d'altération appréciable.

Une remarque, c'est que chez deux de nos amaurotiques, l'albuminurie était compliquée de diabète; dans un de ces cas même (C. Dollé, salle Saint-Thomas, n° 14), le diabète constituait l'affection principale.

Or l'amaurose n'ayant été notée dans le diabète que par un petit nombre

---

par deux rangs de piliers qui supportent la voûte. Il est d'une propreté irréprochable. Deux cent cinquante lits y trouvent facilement place. Des religieuses prodiguent les soins les plus touchants à ces êtres dégradés qui ne quittent souvent les fers que pour aller à l'amphithéâtre; car, durant la maladie, l'anneau fixé au pied du moribond est attaché par une chaîne aux barreaux du lit. La mort seule peut le briser, quand le temps d'expiation n'est pas fini.

Eh bien! ces malheureux dont l'existence est une longue souffrance, une perpétuelle humiliation, tiennent pourtant à la vie, interrogent d'un œil inquiet la physionomie du médecin, demandent à guérir, à vivre!

Mais les tourbillons qui s'échappent du *Tartare*, corvette à vapeur de l'État, nous arrachent à nos réflexions et nous avertissent qu'il faut nous embarquer. La mer est belle dans la rade; malheureusement elle moutonne au large, et le vent debout fatigue considérablement le pyroscaphe. Le roulis, le tangage, l'odeur de goudron s'en mêlent; une inquiétude et l'angoisse épigastrique nous avertissent bientôt que le mal de mer menace, et chacun gagne sa niche. Comment appeler l'espace exigu dans lequel on se couche à bord, espace qui n'a guère plus d'ampleur que la boîte funèbre qui nous renfermera un jour? Figurez-vous une bibliothèque sur les rayons de laquelle, au lieu de livres, sont étendus des hommes, et vous aurez une idée de la chambre à coucher des passagers. C'est là-dedans qu'on s'incruste, qu'on souffre, qu'on se plaint, qu'on a cette affreuse maladie appelée mal de mer. Oh oui! affreuse maladie. Vous avez été témoin du malaise insupportable des pneumoniques auxquels on administre le tartre stibié à doses réfractées: accablement, collapsus complet, angoisses indéfinissables, sueur froide, nausées incessantes, efforts pénibles, découragement, indifférence à tout ce qui se passe autour de soi, désir de mourir pour échapper à ses souffrances. Eh bien! voilà le mal de mer. On en souffre quelquefois pendant des jours entiers, sans trêve ni relâche. Alors on n'est plus un homme, mais une masse inerte, un animal stupide malade; l'intelligence a fui et les forces physiques sont anéanties. Le chirurgien du bord nous a conté qu'un représentant était resté couché dans la chaloupe pendue le long des flancs du navire, pendant cinq jours et cinq nuits, sans bouger, faisant tout sous lui, poussant seulement d'intervalle à intervalle une espèce de grognement. Quatre jours plus tard, il prononçait un magnifique discours à l'assemblée nationale. Sa pâleur et ses joues un peu creuses ne manquèrent même pas de produire un certain effet.

J'étais logé au premier étage de la bibliothèque à coucher; je demande bien pardon à mon voisin du rez-de-chaussée de l'avoir éclaboussé, en jetant tout par la fenêtre, comme à Toulon. Hélas! je n'en pouvais plus: j'étais si accablé, si incapable du moindre mouvement, que, si j'eusse été à sa place, le courage m'eût manqué pour me détourner des cascatelles venant d'en haut.

Les îles d'Hyères, la Corse, le rocher romanesque de Monte-Cristo, l'île d'Elbe, tout cela était bien curieux à voir; tout cela a pointé dans la brume, a grandi, s'est nettement dessiné, a pâli, puis s'est effacé dans le bleu du lointain... Et je n'ai pu rien regarder!

Enfin, après cinquante-deux heures de traversée, nous abordâmes à Civita-Vecchia. J'étais à jeun depuis tout ce temps; aussi quel bon repas je fis dans la salle à manger des papes, en me carrant dans un fauteuil de cardinal! Je ne comprends pas en vérité comment mon estomac, après s'être livré, durant trois

d'observateurs, et à une époque où l'albuminurie était à peine connue, je me demande si, dans ces cas, le trouble de la vision ne tenait pas à la présence de l'albumine plutôt qu'à la présence du sucre.

Comme, sur soixante-dix-neuf observations consignées dans l'ouvrage si complet de M. Rayer, on ne trouve que deux exemples de troubles visuels, et que l'un de ces exemples (obs. XXV) appartient précisément à un cas de néphrite granuleuse compliquée de diabète, on pourra rétorquer l'argument et penser que c'est, au contraire, la complication de l'albumine par le sucre qui produit l'amaurose. Mais les faits sont trop catégoriques pour permettre cette hypothèse.

D'une part, en effet, j'ai toujours essayé l'urine par le procédé de Bareswil, excepté celle des observations II et III, dans lesquelles il n'existait d'ailleurs aucun signe fonctionnel de diabète sans complication d'albuminurie, et sans le moindre affaiblissement de la vue.

Non que je prétende que l'amaurose manque dans les diabètes exempts d'albuminurie. Je pense seulement qu'elle est beaucoup moins fréquente que dans la néphrite, et que même son existence dans le diabète simple a besoin d'être vérifiée par l'expérimentation clinique.

La coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse étant bien établie, à quelles circonstances devait-on la rapporter?

N'ayant pu faire l'autopsie des trois premiers malades soumis à mon observation et morts loin de Reims, je croyais trouver dans des explorations anatomiques ultérieures l'explication physiologique de ce phénomène, et je m'attendais, je l'avoue, à rencontrer ou une lésion circonscrite du cerveau, ou une infiltration, ou un commencement de dégénérescence des nerfs optiques.

On vient de voir plus haut que mes recherches avaient été vaines sur ce point, et j'aurais prévu d'ailleurs ce résultat si j'avais analysé plus tôt les observations nécroscopiques des auteurs, puisque, sur quarante autopsies citées par M. Rayer, et où se trouve indiqué l'état du cerveau, il a été noté plus de trente fois comme parfaitement normal sous tous les rapports, et en particulier pour la couleur, la consistance du tissu cérébral, la sérosité des ventricules, etc.

Mais, de ce que l'examen nécroscopique ne décèle de lésion ni dans le globe de l'œil, ni dans les nerfs optiques, ni dans le cerveau, est-ce à dire qu'il n'en existe aucune? Non assurément. Nous ne sommes pas de ceux qui croient aux troubles vitaux sans trouble organique, c'est-à-dire aux effets sans cause, et, sans aucun doute, nous saurons bientôt, soit par un scalpel plus délicat, soit par l'analyse microscopique, soit par l'analyse drionique, soit surtout par les expériences physiologiques, à quelle altération du globe de l'œil ou du système nerveux doit être rapportée l'*amaurose néphrétique*.

Ce n'est pas d'ailleurs que les explications manqueraient si l'on voulait s'abandonner aux hypothèses.

Ne pourrait-on, en effet, malgré l'énorme distance qui sépare les reins des yeux, démontrer entre eux une correspondance anatomique, puisque l'un des filets du ganglion ophthalmique (filet sympathique) communique, par l'intermédiaire du plexus caverneux, avec le ganglion cervical supérieur, et de là avec le grand sympathique? Mais alors pourquoi pas une diminution de l'odorat, de l'ouïe, etc.; car les ganglions olfactifs et optique communiquent également avec le système nerveux de la vie organique?

Ne pourrait-on attribuer à la diminution de l'albumine et des globules du sang une diminution dans l'énergie de l'innervation? ou à la présence de l'urée dans le torrent circulatoire, ou dans l'humeur vitrée une action altérante sur les humeurs de l'œil ou sur les nerfs sensoriels (1)?

Mais encore ici, pourquoi pas des troubles dans les autres sens et même dans l'intelligence?

Ou bien l'amaurose ne dépendrait-elle pas simplement d'une lésion des filets ganglionnaires de l'œil ou d'une altération sécrétoire des milieux transparents, par suite d'une affection du trisplanchnique?

On comprend, en effet, que le système ganglionnaire présidant à la nutrition et aux sécrétions des organes des sens et des viscères de la vie organique, la nutrition et les sécrétions de l'œil puissent être influencées comme la nutrition et la sécrétion des reins.

Pour nous donc, la néphrite albumineuse ne serait pas une maladie primitive comme la néphrite traumatique, comme la pneumonie franche, mais une maladie consécutive à une lésion du grand sympathique; comme l'atrophie d'un membre est consécutive à la compression d'une artère principale, comme l'anasarque est consécutif à une affection du cœur ou de la veine-porte.

L'altération de sécrétion ne dépendrait pas de la lésion du rein, mais la lésion du rein de l'altération sécrétoire.

La néphrite albumineuse ne serait, comme l'amaurose néphrétique, qu'un symptôme d'une affection éloignée.

La nutrition et la sécrétion de l'œil sont modifiées, dans ce cas, comme le sont la nutrition et la sécrétion du rein; la sécrétion du rein, comme celle de la plèvre, du péritoine, du tissu cellulaire, etc.; seulement, les reins recevant un nombre très-considérable de nerfs ganglionnaires, devaient nécessairement offrir des lésions plus manifestes.

Que si l'ouïe, le goût, l'odorat, ne se trouvent pas sensiblement affectés dans l'albuminurie, je répondrai que les milieux de l'œil ont plus d'influence sur la vision que les liquides tympaniques sur l'audition, que la salive sur le goût, que le mucus nasal sur l'olfaction, etc.

Sans contredit, la distance est immense entre le ganglion cervical supérieur et le plexus rénal; mais les sécrétions restent-elles donc normales dans l'intervalle de la chaîne? et si, dans la néphrite granuleuse, l'altération sécrétoire commence par les paupières, si elle se continue à la face, souvent dans la plèvre et dans le péritoine, serait-ce donc une témérité physiologique que de faire dériver, dans certains cas, de la même source, l'altération des fonctions de l'œil et l'altération des fonctions des reins?

On me pardonnera ces hypothèses que j'émettais devant les élèves de l'Hôtel-Dieu, plutôt pour leur faire comprendre les difficultés de la pathogénie que dans la pensée de résoudre une question si complexe. Elles ne seront pas inutiles, du reste, si elles peuvent engager d'habiles expérimentateurs (2) à analyser les milieux transparents de l'œil dans la néphrite, le

(1) D'après Grégory et Rayer, la densité du sang qui a perdu une partie de son albumine est réduite de 1028 à 1020, et même à 113.

D'après Andral et Gavarret, les globules descendent de 127, qui est le chiffre normal, à 82 et même à 61.

D'après Christison, Rayer, Guibourt, etc., le sang et la sérosité abdominale contiennent de l'urée lorsque les urines contiennent de l'albumine.

Enfin, d'après Woehler et Millon, l'humeur vitrée contient jusqu'à 20 à 35 pour 100 d'urée à l'état normal.

(2) Dès 1712, Poursour du Petit fit des expériences qu'il répéta en 1725, devant Winslow et Senac, et qui sont propres à démontrer l'influence réelle du

---

jours, à une véritable orgie de mouvements antipéristaltiques, a pu encore se contracter du cardia au pylor. Mais il n'avait rien oublié.

Adieu. Ma prochaine lettre partira de la ville éternelle.

F. J.

— Mort par le chloroforme. — Le docteur Adams de Glascow, médecin de l'hôpital de Clyde-Street, ayant à faire usage de chloroforme, en aspira fortement pour en calculer la force. La première fois il n'en fut pas incommodé; mais ayant repris l'expérience avec plus de force encore, il tomba à la renverse et a expiré immédiatement.

— Par décret du président de la république du 25 septembre ont été nommés à onze emplois de chirurgien-major de 2ᵉ classe, vacants dans le cadre des officiers de santé militaires, les onze chirurgiens aides-majors de première classe dont les noms suivent :

Choix, M. Rustan de Vérac, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, en remplacement de M. Clède, admis à la retraite.

Ancienneté, M. Plaisant, des ambulances de l'Algérie, en remplacement de M. Ferron, décédé.

Choix, M. Andrieu, de l'infirmerie de l'école de cavalerie de Saumur, en remplacement de M. Lacger, passé à la première classe.

Ancienneté, M. Lelouis, de l'hôpital militaire de Lyon, en remplacement de M. Judan, passé à la première classe.

Choix, M. Girard, de l'hôtel national des Invalides, en remplacement de M. Dulac, passé à la première classe.

— L'association britannique pour l'avancement des sciences a tenu sa session annuelle à Birmingham, sous la présidence du professeur Robinson. Les diverses sections, au nombre de six, se sont immédiatement réunies et se sont livrées aux travaux portés par le programme; 1,122 personnes y assistaient, et l'on comptait parmi elles 237 dames. La prochaine réunion de l'association britannique aura lieu à Édimbourg. M. David Brewster a été nommé président, et lord Dunfermline, vice-président pour la même session.

— On écrit de Liége, 8 octobre :

« Nous pouvons espérer que le choléra a disparu de notre ville; depuis deux jours, aucun décès de cholérique n'a été constaté. Le chiffre des décès est revenu à peu près à son état normal, bien que la petite vérole fasse encore beaucoup de victimes.

La petite ville de Fleurus a été aussi visitée par l'épidémie régnante, qui y a sévi avec beaucoup d'intensité, surtout parmi les classes ouvrières, depuis quelques semaines. Aujourd'hui le mal touche à son terme, et tout fait espérer qu'il disparaîtra entièrement. »

— MM. les professeurs particuliers qui désirent faire un cours à l'École pratique pendant le semestre d'hiver sont invités à se rendre à la réunion qui aura lieu mardi prochain 23 octobre, à midi, à la Faculté de médecine, pour la distribution des amphithéâtres.

diabète, etc., et à essayer l'effet des lésions de l'encéphale ou des ganglions sympathiques sur l'altération des sécrétions urinaires et sur les troubles fonctionnels qui l'accompagnent.

En résumé :

1° L'affaiblissement de la vue est un symptôme presque constant de la néphrite albumineuse ;

2° Il annonce la maladie, comme signe initial, avant l'invasion des autres accidents ;

3° Il disparaît et revient en même temps que le dépôt albumineux des urines ;

4° Il doit porter à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système nerveux ganglionnaire.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DESCRIPTION SIMPLIFIÉE DES PROCÉDÉS EMPLOYÉS POUR TROUVER LES ARTÈRES ET LES METTRE A DÉCOUVERT DANS L'OPÉRATION DE LA LIGATURE ; par A. DEVILLE, D. M. P., prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.

La *ligature des artères*, opération dans laquelle on passe un lien autour d'une artère pour interrompre la circulation dans le lieu où l'on opère, peut être pratiquée dans deux circonstances principales fort différentes :

1° Une artère est blessée à la surface ou dans la profondeur d'une plaie, et il se produit une hémorrhagie. Au nombre des moyens hémostatiques applicables dans les cas de cet ordre, se trouve la ligature. Le chirurgien doit aller à la recherche des deux bouts de l'artère divisée, et au besoin poser une ligature autour de chacun d'eux.

2° On lie une artère complétement saine, dans le but de ralentir le cours du sang dans les organes auxquels elle fournit, et favoriser ou obtenir la guérison de diverses lésions siégeant dans ces organes. Dans le premier cas, le lieu où le chirurgien opère est fixé par le siége même de la plaie ; il est de nécessité. Ici, au contraire, il est d'élection. C'est de ce second ordre de ligature, ligature au lieu d'élection, ligature d'une artère saine dans le point où on la lie, qu'il va être question.

Envisagées au point de vue du manuel opératoire (tout ce qui concerne la position du malade, du chirurgien et des aides, la préparation des instruments et appareils, les soins préliminaires à toutes les opérations, et à celle-ci en particulier, ayant déjà été accompli), les ligatures d'artères au lieu d'élection comprennent trois temps bien distincts : 1° mettre l'artère à découvert ; 2° isoler l'artère ; 3° passer le fil ou le lien, et le serrer autour de l'artère. Ces deux derniers temps de l'opération, malgré les nombreuses controverses qui ont été élevées à diverses époques, sont soumises à des règles générales bien connues, simples et faciles à exposer. Il n'en est pas tout à fait de même pour le premier temps, celui qui consiste à mettre l'artère à découvert. On a cherché à exposer aussi les préceptes qui le concernent en principes généraux ; mais ces principes, tels qu'on les trouve partout, ne sont guère que des préliminaires, qui ne dispensent pas de descriptions fort longues à propos de chaque artère en particulier. Autant d'artères, autant de descriptions nouvelles, autant de difficultés et de fatigues pour les élèves qui se perdent au milieu des nombreux détails dont ils doivent surcharger leur mémoire, autant de motifs d'oubli. C'est l'ensemble des descriptions relatives à ce premier temps des ligatures que je crois avoir réussi à simplifier beaucoup ; et ici comme toujours, la simplification permettant de tout réunir en quelques généralités, est venue apporter une *précision* plus grande dans le manuel opératoire, bien loin de faire oublier ou négliger les détails, comme on aurait pu le craindre au premier abord.

Au reste, je ne me décide à livrer cette simplification des préceptes des ligatures à la publicité, qu'après en avoir constaté et fait constater expérimentalement la sérieuse utilité pendant bon nombre d'années. Depuis cinq ans surtout, j'ai constamment démontré de cette manière les ligatures des artères à un très grand nombre d'élèves et de praticiens ; pendant deux ans d'abord, à une bonne partie des élèves de l'École pratique de la Faculté, auxquels j'étais chargé d'enseigner la médecine opératoire, et depuis trois ans que je remplis la même mission pour les élèves des hôpitaux, en ma qualité de prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie. Non-seulement les élèves commençants trouvent dans ces préceptes une grande facilité d'étude et d'application, mais encore des élèves déjà exercés et des praticiens y ont gagné (sans exception jusqu'à présent, qu'il me soit permis de le dire) une sûreté, une précision dans les résultats, inconnues d'eux jusqu'alors, outre un grand repos pour leur mémoire. Voici ces préceptes tels que j'ai l'habitude de les exposer. On va voir qu'avec une grande simplicité, ils conduisent au moins à des résultats aussi sûrs que les préceptes connus, et souvent à une plus grande précision. Ce n'est point un léger avantage lorsqu'il s'agit d'opérations devenues, depuis le commencement de ce siècle, si usuelles par suite des perfectionnements successifs de l'anatomie chirurgicale et de la médecine opératoire.

grand sympathique sur la nutrition et les sécrétions du globe oculaire (Longet), mais ces expériences auraient besoin d'être répétées, surtout sur les ganglions.

Toutes les artères que l'on veut mettre à découvert suivant les règles rigoureuses de la médecine ou plutôt de la chirurgie opératoire, sont divisées en deux grandes classes, *artères superficielles* et *artères profondes*. Une artère est superficielle, à ce point de vue, lorsqu'elle est séparée de l'extérieur par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose d'enveloppe seulement. Une artère est profonde lorsqu'elle est séparée de l'extérieur, d'abord par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et l'aponévrose d'enveloppe, et de plus, par d'autres organes placés sous l'aponévrose, entre elle et l'aponévrose, organes que nous appellerons *points de ralliement*, suivant l'expression si heureuse déjà acceptée en médecine opératoire.

Tout va se réduire maintenant à deux préceptes, l'un relatif à la manière de mettre à découvert une artère superficielle, l'autre à la manière de mettre à découvert une artère profonde ; car une artère superficielle est mise à découvert de la même façon qu'une autre artère superficielle, et il en est de même pour les artères profondes. Il n'y aura ensuite à ajouter à propos de chaque artère en particulier que des détails fort simples, fort aisés à comprendre et à retenir.

ARTÈRES SUPERFICIELLES.

Pour mettre à découvert une artère superficielle, le lieu et la direction de l'incision à faire étant connus, le chirurgien doit :

1° Avec le bistouri tenu (1) comme un couteau à découper (2), faire dans le lieu et la direction déterminés davance, une incision ne comprenant que la peau (3) ;

(1) Il n'y a lieu de décrire que trois positions du bistouri avec diverses variétés, sans les numéroter, car les numéros que l'on a l'habitude d'employer, outre qu'ils ne sont pas les mêmes dans chaque traité d'opération, ont l'inconvénient de rendre les descriptions orales et écrites extrêmement confuses. Les trois positions qui seules doivent être décrites, en les faisant analyser dans tous leurs détails d'une manière très-simple et en peu de mots, sont : le bistouri tenu : comme une plume à écrire, comme un couteau à découper, comme un archet. Le bistouri ne se tient pour ainsi dire jamais que dans une de ces trois positions ou de leurs variétés. Très-rarement on l'empoigne comme un canif ; plus rarement encore on le saisit par la lame près de sa pointe, par exemple, pour ouvrir un petit abcès à une personne pusillanime ; ce ne sont pas là des positions régulières qui méritent d'entrer en ligne de compte autrement que comme exception dans une classification.

(2) C'est la position instinctivement adoptée par les chirurgiens dans presque toutes les incisions de la peau ; c'est la seule dans laquelle le chirurgien soit assez maître de son instrument pour pouvoir pratiquer, avec toute la précision et la régularité convenables, une opération aussi délicate que celle dont il s'agit. La division incomplète connue sous le nom de queue, qui est à peu près inévitable aux extrémités de la plaie, est d'une insignifiance complète.

(3) Rien que la peau, dans cette première incision ; ceci est très-important. On lit trop souvent dans d'excellents livres ce passage : « La première incision doit mettre à découvert l'aponévrose. » Aucun chirurgien dans la pratique ne se basarderait à arriver ainsi jusqu'à l'aponévrose du premier coup, et cela pour plusieurs raisons dont voici quelques-unes. D'abord il n'est pas possible de prévoir exactement l'épaisseur des couches sous-cutanées, et on s'exposerait fréquemment à outre-passer le but, à diviser du premier coup l'aponévrose elle-même, et à pénétrer d'emblée plus profondément que n'est l'artère, si même celle-ci n'était pas divisée. Puis on rencontre d'habitude dans le tissu cellulaire sous-cutané, précisément vis-à-vis le point où l'on pratique les ligatures, des veines, des nerfs, des ganglions lymphatiques, des artères même qu'il importe de ménager, ou de ne diviser qu'à un moment opportun, ce qui serait impossible si l'on traversait aveuglément le tissu cellulaire sous-cutané en même temps que la peau....

Mais s'il faut ne traverser que la peau dans la première incision, il faut la traverser ou du moins avoir divisé la plus grande partie du derme, afin d'éviter la douleur et les lenteurs d'une seconde incision ou d'une dissection ultérieure. Pour cela, de même que dans toute incision, la peau doit être régulièrement tendue, et ici constamment d'après la manière ordinaire ; la peau est tirée en sens inverse de la direction à donner au bistouri par le bord cubital de la main gauche ou qui ne tient pas le bistouri. Le pouce et l'indicateur de la même main tombent au même niveau par leur pulpe de chaque côté de l'incision pour faire la tension latérale. Tout autre procédé de tension est vicieux dans ce cas.

2° Avec le bistouri tenu comme une plume à écrire (4), les lèvres de la plaie de la peau étant maintenues écartées par deux doigts de la main gauche, traverser le tissu cellulaire sous-cutané couche par couche jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe ; dans cette dissection le chirurgien peut ménager et ménage souvent les veines, nerfs ou autres organes logés dans le tissu cellulaire, et si ces organes sont trop volumineux ou trop obliques à la direction de la plaie, il ne les coupe ou ne les enlève au besoin qu'à un moment opportun ;

3° Aussitôt que l'aponévrose d'enveloppe est à découvert, l'inciser en dédolant après l'avoir soulevée au moyen d'une pince, sur un point restreint, afin d'engager par cette ouverture la sonde cannelée, et achever l'incision de l'aponévrose de dedans en dehors sur ce conducteur (5).

Ces trois temps bien accomplis, l'artère est à découvert avec ses organes collatéraux, veines et nerfs, et il n'y a plus qu'à l'isoler.

Quelle que soit l'artère à lier, pourvu qu'elle soit superficielle, le chirurgien procède toujours de la même façon, suivant les trois temps qui viennent d'être décrits. Un élève qui a compris le mode d'exécution de ces trois temps est en mesure de mettre à découvert, suivant les règles de la médecine opératoire, toute artère superficielle. Il ne s'agit plus que de connaître pour chaque artère le lieu précis où il faut faire l'incision, et la direction à lui donner. Quant à la longueur de l'incision, elle est toujours de 3 centimètres au moins, et souvent plus, suivant l'épaisseur de la couche sous-cutanée et le degré d'obésité.

ARTÈRES PROFONDES.

Pour mettre à découvert une artère profonde, le chirurgien doit se rappeler d'abord le lieu et la direction de l'incision à faire, et le point de ralliement (6) ou les points de ralliement de l'artère : ces détails, les seuls pour ainsi dire qui varient pour chaque artère profonde bien connue, le chirurgien doit, quelle que soit l'artère, procéder toujours de la manière suivante :

1° D'un premier coup de bistouri, inciser la peau, rien que la peau, comme pour une artère superficielle.

2° Traverser couche par couche le tissu cellulaire sous-cutané.

3° Reconnaître à travers l'aponévrose, toujours assez transparente pour cela, le muscle qui sert de point de ralliement, et inciser d'un seul trait (7) l'a-

(4) C'est la position la plus commode pour disséquer, celle dans laquelle le bistouri tenu solidement peut être néanmoins promené avec la légèreté nécessaire pour pénétrer couche par couche, en ménageant les organes qu'il n'est pas nécessaire de diviser.

(5) Pour bien exécuter ce temps, il faut que l'opérateur se rappelle quelques principes généraux des incisions.

L'incision première se pratique avec le bistouri tenu comme une plume à écrire, le tranchant plutôt dirigé vers la pince qui soulève l'aponévrose que vers les parties profondes, afin de ne pas risquer d'atteindre les organes sous-jacents.

Quant aux incisions sur la sonde cannelée, elles se font avec le bistouri tenu le tranchant en haut dans deux positions constantes : comme un archet, lorsque le bistouri marche à gauche ou devant l'opérateur ; comme une plume à écrire, le poignet fléchi sur l'avant-bras, lorsque le bistouri marche à droite ou contre l'opérateur.

Il est bon de noter aussi que dans les membres, les aponévroses, surtout celles d'enveloppe générale, ont de nombreuses fibres aponévrotiques transversales, en sorte qu'on les saisit mieux ordinairement en plaçant les deux mors de la pince parallèles à l'axe longitudinal du membre, que si on les tenait transversalement.

On a l'habitude de saisir l'aponévrose avec la pince pour l'inciser, à peu près au milieu de la longueur de la plaie, ce qui nécessite deux introductions de sonde cannelée, une par en haut, l'autre par en bas, et deux incisions de dedans en dehors. On pourrait assez souvent se contenter d'une seule incision, en saisissant l'aponévrose près d'une des extrémités de la plaie au lieu de la saisir au milieu de cette plaie. Cependant il est bon de suivre en général la règle indiquée, et tout opérateur un peu exercé à la pratique des ligatures le comprendra bien, s'il se rappelle la difficulté qu'on éprouve quelquefois pour faire glisser la sonde cannelée sous l'aponévrose.

Cette difficulté de faire glisser la sonde cannelée par la petite ouverture déjà pratiquée, de manière à ne soulever sur la sonde que l'aponévrose, est parfois très-grande et mérite de fixer toute l'attention de l'opérateur. Si l'on ne prend pas la précaution de faire glisser le bec de la sonde cannelée le long de l'aponévrose, il peut très-bien arriver qu'il s'engage sous les vaisseaux ou nerfs qu'on veut mettre à découvert et qu'on coupe malencontreusement, alors qu'on voudrait inciser l'aponévrose seule. Une petite modification de la sonde cannelée permet de prévenir cet inconvénient assez sérieux : il suffit de courber un peu la sonde cannelée pour la rendre concave du côté de la cannelure ; une sonde ainsi disposée glisse bien plus facilement par son bec le long de l'aponévrose sans risquer autant de s'engager sous les organes plus profonds.

(6) Presque toujours, pour une artère profonde, il n'y a qu'un seul point de ralliement, qui est un muscle ; lorsqu'il y a par exception plusieurs points de ralliement, le premier est toujours aussi un muscle, en sorte que la règle pour l'opération est toujours la même, sauf que, dans ces derniers cas, le muscle premier point de ralliement étant renversé, disséqué ou traversé, il y a ensuite à s'occuper, avant d'aller à la recherche de l'artère elle-même, des autres points de ralliement.

C'est une doctrine toute nouvelle que cette doctrine des points de ralliement ; au point de vue théorique (et aussi pratique en médecine opératoire), elle est une application de cette loi si vaste posée par l'illustre Geoffroy-Saint-Hilaire, sous le nom de *loi des connexions*, et au moyen de laquelle il a démontré d'une manière irréfutable, le grand principe qui sert de base à la science anatomique, à savoir, l'*unité de composition organique*.

Un exemple montrera mieux et plus vite la différence essentielle qui existe entre les procédés ici décrits, fondés sur l'application de cette doctrine, et les procédés décrits jusqu'alors. Comparons-les dans la ligature d'une des artères les plus difficiles à trouver par les anciens procédés, tandis que, par les nouveaux procédés, il est vraiment impossible de s'égarer, dans la ligature de l'artère cubitale à la partie moyenne de l'avant-bras.

Pour mettre cette artère à découvert, après que la peau et le tissu cellulaire ont été divisés, on a conseillé jusqu'à présent d'inciser l'aponévrose sur l'interstice qui se remarque entre les muscles cubital antérieur et fléchisseur superficiel.

Nous, au contraire, tenant compte du point de ralliement qui est ici le muscle fléchisseur, nous incisons un peu en avant de l'interstice, sur le muscle lui-même, que nous n'avons plus qu'à renverser pour mettre l'artère à découvert.

Dans la première manière de faire, on s'égare souvent le long du muscle cubital, dans l'épaisseur du muscle fléchisseur profond, si ce n'est même sous ce muscle. Dans la seconde, il est impossible de se tromper, et si on ne rencontre pas l'artère, on peut affirmer qu'il y a anomalie. — Nous aurions pu prendre pour exemple toute autre artère profonde, et montrer de même avec quelle précision les procédés ici exposés conduisent l'opérateur inévitablement sur l'artère.

La première manière de procéder était fondée sur un principe d'anatomie qui avait abusé les opérateurs. Le chirurgien, disait-on, doit connaître si exactement l'anatomie, qu'il puisse énumérer sans hésitation toutes les parties traversées par un stylet qu'on enfonce dans une région quelconque du corps humain. Cette phrase avait séduit par son apparence dogmatique. Aussi, lorsqu'on voulait mettre à découvert une artère pour la lier, à quelque profondeur qu'elle se trouvât, on cherchait à se porter directement vers elle. On ne prenait pas garde à la variabilité excessive de la position des organes, et les meilleurs anatomistes s'égaraient au milieu de leur opération. Plus on a approfondi l'anatomie, et plus on reconnaît que la position des organes n'est pas absolument fixe, tandis que leurs rapports essentiels ne changent pas, ou ne changent que d'après certaines lois ou dans des cas exceptionnels ; plus on constate l'impossibilité de remplir cette condition exigée du chirurgien. Un anatomiste qui a beaucoup vu ne se chargerait certainement pas de désigner à coup sûr tous les organes traversés par un stylet enfoncé dans un point quelconque ; l'âge, le sexe, l'état d'obésité et tant d'autres conditions, même à l'état normal, déterminent des changements si nombreux dans la position des organes, qu'on risquerait souvent de se tromper en prenant un pareil engagement.

Dans la doctrine des points de ralliement, on ne procède pas ainsi ; on tient plutôt compte des *rapports* des organes que de leur *position absolue*. Lorsqu'on veut mettre une artère profonde à découvert, on se garde bien de se porter directement vers cette artère. Trouver l'artère est le but final. Mais avant d'y arriver, on s'occupe d'abord des organes avec lesquels l'artère est en rapport, de ses points de ralliement. On commence par rechercher et bien connaître le point de ralliement ; s'il y en a un second, on le cherche après le premier et ainsi de suite ; on ne s'occupe de l'artère qu'en dernier lieu, et on l'aperçoit dans le lieu où elle doit se trouver d'après ses rapports connus et déterminés d'avance par l'anatomie, avec ses points de ralliement. — Dans l'autre méthode, tout est incertitude et hésitation : ici, au contraire, tout est précis, régulier, prévu d'avance.

(7) Lorsqu'il s'agit d'une artère superficielle, l'opérateur, lorsqu'il est bien exercé, bien adroit, bien sûr de sa main, pourrait inciser directement l'aponévrose d'enveloppe, de dehors en dedans ; comme aussi on peut à la rigueur isoler l'artère mise à découvert en la disséquant avec le bistouri. Mais ce sont là de ces tours d'adresse qu'un chirurgien prudent ne se permettra que très-rarement, ou même ne se permettra pas du tout. Il est beaucoup plus prudent, plus sûr, de diviser l'aponévrose de dedans en dehors sur la sonde cannelée ; on évitera beaucoup plus facilement la lésion de l'artère superficielle et de ses organes collatéraux.

Pour une artère profonde, il n'en est plus de même. On est arrivé à l'aponévrose d'enveloppe générale, après avoir divisé peau et tissu cellulaire. Certes ce serait une singulière superfluité, plus que de la minutie, que d'aller passer son temps à inciser cette aponévrose de dedans en dehors sur la sonde cannelée. Que peut-on risquer en l'incisant directement, de dehors en dedans ? Tout au plus d'érailler quelques fibres du muscle sous-jacent ! et encore n'est-ce pas constant. Qu'est-ce que cela, en comparaison de ce que ce même muscle va supporter immédiatement après, lorsqu'on le renversera ou qu'on le traversera ?

Ainsi, pour une artère superficielle, l'aponévrose d'enveloppe générale doit être divisée de dedans en dehors sur la sonde cannelée, tandis que pour une artère profonde, elle doit être divisée tout droit, de dehors en dedans, d'un seul coup de bistouri.

ponévrose de dehors en dedans, pour mettre du premier coup le muscle à découvert; si l'aponévrose n'était pas entièrement divisée du premier coup de bistouri, on recommencerait l'incision dans les points non coupés, jusqu'à ce que le muscle se voie dans le fond de toute la longueur de la plaie. (S'il y a d'autres points de ralliement, on les reconnait successivement, comme il sera dit pour chacune des artères en petit nombre qui ont plusieurs points de ralliement.)

4° Renverser, c'est-à-dire rejeter soit en dehors, soit en dedans, le muscle qui sert de point de ralliement, pour parvenir à l'artère qu'il recouvre. — Ce renversement s'opère par l'action du doigt, du manche d'un scalpel, ou du bec de la sonde cannelée qui suffisent le plus souvent. Deux muscles, le sterno-mastoïdien pour la ligature de la carotide, et le long supinateur pour la ligature de la radiale à sa partie supérieure, forment exception; ils adhèrent tellement à leur gaîne aponévrotique, que le doigt, la sonde ou le manche du scalpel ne peuvent en général les renverser qu'au prix de grands efforts et de déchirures très-irrégulières. Il faut les renverser en les disséquant au moyen du tranchant du scalpel, comme pour faire une préparation anatomique. Du reste, ce mode de renversement, non plus par simple traction, mais par dissection, peut être sans inconvénient appliqué à tous les autres muscles servant de point de ralliement pour la ligature des artères profondes. — Trois muscles sont trop larges pour qu'on puisse les renverser ou les écarter d'une manière satisfaisante; ce sont: le grand pectoral pour la ligature de l'axillaire à sa partie supérieure, les muscles abdominaux pour la ligature des artères iliaques, et le soléaire pour la ligature de la tibiale postérieure à sa partie supérieure. Il est beaucoup plus simple de les traverser en les incisant couche par couche, avec précaution, de leur face superficielle vers la face profonde (8).

5° Enfin, arrivé à la gaîne aponévrotique de l'artère, gaîne qui la sépare du point de ralliement renversé ou traversé, inciser s'il y a lieu cette aponévrose sur la sonde cannelée comme dans le troisième temps de la mise à découvert d'une artère superficielle (9).

La longueur à donner à l'incision est toujours plus grande que pour les artères superficielles, et d'autant plus grande que l'on doit pénétrer plus profondément.

Ces deux préceptes généraux s'appliquent à toutes les artères. Nous allons passer en revue les artères que le chirurgien peut avoir occasion de lier au lieu d'élection, en indiquant, à propos de chacune d'elles, les quelques détails à ajouter pour bien connaître et se rappeler le manuel opératoire. Nous terminerons cet exposé par la citation de quelques artères dont la ligature ne se fait que dans les amphithéâtres et presque jamais sur le vivant, afin de montrer que toutes les artères, même celles qui ne sont pas citées ici, se mettent sans exception à découvert suivant l'un des préceptes exposés plus haut.

Artère radiale au tiers inférieur de l'avant-bras. = Artère superficielle. = Lieu et direction de l'incision: incision longitudinale (parallèle à l'axe du membre) entre le tendon du grand palmaire et le tendon du long supinateur, toujours faciles à reconnaître (10).

Artère radiale au tiers supérieur de l'avant-bras. = Artère profonde. — Point de ralliement: le bord interne du muscle long supinateur que l'on dissèque pour le renverser. = Incision: sur le trajet d'une ligne verticale descendante qui commence à 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 en dehors du milieu du pli du coude (11).

Artère cubitale au tiers inférieur de l'avant-bras. = Artère profonde. — Point de ralliement: le bord externe du tendon du cubital antérieur, toujours reconnaissable en ce que le tendon s'insère à l'os pisiforme. = Incision: longitudinale le long du bord externe de ce tendon (12).

Artère cubitale au tiers moyen de l'avant-bras. = Artère profonde. — Point de ralliement: le bord interne du muscle fléchisseur superficiel, reconnaissable en ce que c'est lui qui limite en avant l'interstice qui le sépare du muscle cubital antérieur. = Incision: sur le trajet d'une ligne verticale qui descend de dessus l'épitrochlée pour tomber sur l'os pisiforme (13).

Artère humérale au pli du coude. = Artère superficielle. = Incision: du milieu du pli du coude au bord interne du biceps (14).

Artère humérale au milieu du bras. — Artère profonde. = Point de ralliement: bord interne du biceps qu'on renverse très-légèrement. = Incision: le long de ce bord interne (15).

Artère axillaire dans le creux de l'aisselle. = Artère superficielle. = Incision: depuis le sommet du creux de l'aisselle jusqu'à sa base vers le bras, entre le tiers antérieur vers le grand pectoral, et les deux tiers postérieurs de ce creux. L'aponévrose se trouve plus facilement du côté du bras (16).

Artère axillaire à son extrémité supérieure. = Artère profonde. — Point de ralliement: le muscle grand pectoral que l'on traverse. = Incision: le long de la partie moyenne du bord inférieur de la clavicule (17).

---

(8) Voir plus loin, à propos des notes relatives à ces trois artères, le parallèle entre le procédé qui consiste à traverser ces muscles larges, et celui qui consiste à les renverser.

(9) Ce cinquième temps de la mise à découvert d'une artère profonde ne s'exécute que conditionnellement. Afin de bien comprendre ceci, prenons le cas simple, le cas général, celui dans lequel l'artère profonde a un seul point de ralliement, le muscle qui la recouvre et la sépare de l'aponévrose d'enveloppe. Le chirurgien qui cherche cette artère rencontre successivement: la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose d'enveloppe qu'il divise, puis le muscle point de ralliement. Entre ce muscle et l'artère est interposée toujours une seconde aponévrose qui contribue à la formation de la gaîne de l'artère. C'est cette seconde aponévrose en contact immédiat avec l'artère qu'il faut diviser de dedans en dehors sur la sonde cannelée, pour la même raison qui fait que l'on divise ainsi l'aponévrose générale d'enveloppe pour une artère superficielle.

Mais il arrive souvent que cette seconde aponévrose offre à peine les caractères aponévrotiques; c'est plutôt une lamelle de tissu cellulaire, et cela varie beaucoup suivant les individus. Le chirurgien se comportera selon le cas. Si la lamelle qui se présente lorsque le muscle est renversé est aponévrotique, il la divisera sur la sonde cannelée. Si elle est celluleuse, ce n'est pas la peine de l'inciser sur la sonde cannelée; il la déchirera tout simplement pendant qu'il pratiquera plus tard l'isolement.

(10) Il faut agir très-délicatement pour cette ligature. L'artère est très-superficielle; et le seul danger que courent les personnes peu exercées, c'est de l'aller chercher plus profondément que dans le lieu où elle est placée.

(11) L'incision ne doit pas commencer à 1 centimètre 1/2 en dehors du milieu du pli du coude, mais quelques centimètres plus bas. Ce point n'est indicatif que du lieu de départ de la ligne verticale sur le trajet de laquelle on fait l'incision.

En traversant couche par couche le tissu cellulaire sous-cutané, on rencontre à peu près toujours la veine médiane et son nerf satellite sur son bord interne. On peut et on doit les ménager, ce qui n'occasionne aucune difficulté. Le meilleur parti à prendre est de séparer la veine du nerf par la dissection, de passer avec le bistouri entre les deux, de manière à rejeter le nerf dedans et la veine en dehors; c'est un peu minutieux, mais on y gagne de n'intéresser aucune veinule et aucune ramification nerveuse.

(12) On se figure difficilement que cette artère soit profonde, lorsqu'on l'examine chez des individus frêles et très-maigres; mais sur le plus grand nombre de sujets, surtout chez les individus robustes, on reconnaît bien vite qu'en bas de l'avant-bras elle est bien recouverte par le tendon du cubital antérieur. Dans tous les cas, même chez les individus les plus maigres, elle est toujours placée sous deux aponévroses que sépare une masse assez abondante de tissu cellulaire souvent graisseux.

(13) Il faut un peu d'habitude pour bien mener cette ligne verticale descendante; on tend assez volontiers à la diriger en dehors, près de son origine, ce qu'on doit éviter. Le dessus de l'épitrochlée, c'est la partie supérieure de sa base adhérente, au moment où elle va se confondre avec le corps de l'humérus. Lorsque les muscles sont bien développés chez des individus vigoureux, on en reconnaît les saillies à travers la peau, et il est évident alors, soit pour cette artère, soit pour les autres, qu'il n'est pas nécessaire de tirer les lignes fictives; le bord du muscle qui est point de ralliement indique le lieu de l'incision.

Voici un des cas où presque toujours il n'est pas nécessaire d'inciser la seconde aponévrose sur la sonde cannelée.

(14) La peau et le tissu cellulaire traversés en évitant la veine médiane basilique, si elle se présente, ce qui est rare lorsque l'incision est bien faite, l'aponévrose est à découvert; à travers sa demi-transparence, on aperçoit le muscle biceps, et c'est un peu en dedans du bord interne de ce muscle qu'il faut saisir l'aponévrose avec la pince pour l'inciser.

(15) Cette artère en ce point pourrait être presque aussi bien considérée comme superficielle. Cependant la pratique montre qu'on la découvre avec plus de sûreté en suivant le procédé relatif aux artères profondes.

(16) C'est justement l'inverse pour l'axillaire dans le creux de l'aisselle. On peut la considérer comme profonde, avec le muscle coraco-brachial pour point de ralliement; mais il m'a toujours semblé que l'on compliquait par là l'opération sans une bien grande utilité.

L'aponévrose doit être cherchée et mise à découvert par en bas, du côté du bras, pour deux raisons. Vers le sommet du creux de l'aisselle, elle se confond tellement avec le tissu cellulaire qu'il devient difficile de la distinguer. Et puis du côté du bras, outre qu'elle est plus évidente, on la reconnaît plus facilement en apercevant à travers elle une grosse veine plus superficielle que le reste du paquet vasculaire et nerveux, et qui est la continuation de la basilique.

(17) Depuis quelque temps une petite discussion s'est élevée relativement au point qui doit être choisi comme lieu d'élection pour la ligature de l'artère axillaire à sa partie supérieure. Des chirurgiens ont proposé de nouveau la méthode enseignée par Lisfranc, dans laquelle on pratique l'incision dans l'espace intermédiaire au grand pectoral et au deltoïde. En toute humilité, avant d'accepter, au point de vue artistique, une décision aussi contraire à la pratique générale des hôpitaux de Paris, à l'opinion de la grande majorité des chirurgiens et à la facilité de l'opération sur le vivant, il faudrait qu'une discussion qui n'a pas eu lieu eût démontré les avantages jusqu'à présent peu appréciés du procédé enseigné par Lisfranc. Jusque-là, nous rangeant du côté de la majorité, nous avons cru devoir maintenir et enseigner les avantages du lieu d'élection ici indiqué. (Voir plus loin, note 30, le procédé enseigné par Lisfranc.)

Artère sous-clavière en dehors des scalènes. = Artère profonde. — Point de ralliement: muscle scalène antérieur. = Incision : le long du tiers moyen du bord supérieur de la clavicule (18).

Artère carotide primitive au milieu du cou. = Artère profonde. — Point de ralliement : muscle sterno-mastoïdien que l'on dissèque. = Incision : le long du bord interne ou antérieur de ce muscle (19).

Artère tibiale antérieure au tiers inférieur de la jambe. = Artère profonde. — Point de ralliement : muscle jambier antérieur. = Incision : sur le bord externe du tendon saillant de ce muscle (20).

Artère tibiale antérieure au tiers supérieur de la jambe. = Artère profonde. — Point de ralliement : muscle jambier antérieur. = Incision : longitudinale, au milieu de l'espace qui sépare le bord externe du péroné, de la crête du tibia (21).

Artère tibiale postérieure au tiers inférieur de la jambe. = Artère superficielle. = Incision : longitudinale, dans le milieu de l'espace qui sépare le bord interne du tibia du bord du tendon d'Achille (22).

Artère tibiale postérieure au tiers supérieur de la jambe. = Artère profonde. — Points de ralliement : muscle jumeau dont on renverse légèrement le bord interne en dehors; muscle soléaire que l'on traverse. = Incision : longitudinale, à un centimètre et demi ou deux centimètres, suivant les cas, derrière le bord interne du tibia (23).

---

(18) Il est nécessaire de rappeler quelques détails anatomiques pour bien faire comprendre le procédé par lequel on met sûrement à découvert l'artère sous-clavière.

L'artère sous-clavière et son point de ralliement, le muscle scalène antérieur, sont placés derrière le creux aponévrotique sus-claviculaire. Ce creux, qui renferme au sein d'un tissu cellulaire graisseux, dont il est rempli une partie du muscle omo-hyoïdien, la partie inférieure de la veine jugulaire externe avec les veines scapulaires et d'autres veines plus petites qui la rejoignent, les artères scapulaire postérieure et supérieure, des nerfs descendant du plexus cervical et des ganglions lymphatiques, est limité par deux aponévroses, une superficielle, une profonde. L'aponévrose superficielle appartient à l'aponévrose générale d'enveloppe du cou; c'est le pont intermédiaire jeté du bord antérieur du trapèze au bord postérieur ou externe du cléido-mastoïdien. Par conséquent on l'incise d'un trait de dehors en dedans, et non sur la sonde cannelée, suivant la règle décrite pour l'incision de l'aponévrose générale d'enveloppe pour la mise à découvert d'une artère profonde. L'aponévrose profonde repose sur les muscles scalènes, et entre eux sur le plexus brachial et l'artère sous-clavière, puis sur le muscle angulaire, pour aller ensuite se jeter sur l'aponévrose profonde du trapèze. Comment la traverser? On ne peut pas l'inciser de dehors en dedans : l'artère est immédiatement dessous; on ne peut pas l'inciser de dedans en dehors sur la sonde cannelée : il y a autour d'elle trop d'organes, surtout de veines, dont la lésion pourrait être très-grave, et qu'on s'exposerait à diviser aveuglément. Il n'y a qu'un moyen de la traverser : c'est de la déchirer prudemment avec le bec de la sonde cannelée. Voilà donc une exception, petite, mais remarquable, aux règles posées.

D'après ces notions, voici comment se pratique cette ligature dans le premier temps :

Le long de la partie moyenne du bord supérieur de la clavicule, on incise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané avec le peaucier et l'aponévrose d'enveloppe, sans s'occuper des nerfs sus claviculaires, qu'il est impossible de ne pas diviser. Arrivé en ce point, on peut encore se servir un instant du bistouri pour traverser une partie du tissu cellulaire du creux; mais il faut être très-prudent, éviter tous les organes qui se présentent, ne pas trop s'éloigner de la clavicule, de peur de rencontrer la veine jugulaire externe, qu'on est parfois forcé d'écarter avec un crochet mousse, ne pas descendre trop bas pour ne pas gratter et dénuder la clavicule, et de peur surtout de rencontrer la veine sous-clavière. En incisant l'aponévrose, il est bon d'intéresser dans la division les fibres les plus externes ou postérieurs du muscle cléido-mastoïdien pour se donner l'espace nécessaire aux manœuvres ultérieures. Si on aperçoit le muscle omo-hyoïdien en divisant le tissu cellulaire du creux, tant mieux, on est sûr qu'on est dans une bonne direction en passant entre lui et la clavicule. Si on ne le rencontre pas, il n'est pas nécessaire de le rechercher. On abandonne bien vite le bistouri.

On saisit la sonde cannelée près de son bec, comme une plume à écrire, afin de déchirer la seconde aponévrose avec le bec de cette sonde, par des tractions dirigées soit par en haut, soit par en bas, mais toujours dans le sens vertical, dans la direction du muscle scalène. Ce muscle se trouve immédiatement derrière le point où on a incisé le muscle cléido-mastoïdien plus ou moins profondément. On est quelquefois obligé de passer un temps assez long pour le mettre à découvert; ce peut être long, ce n'est jamais difficile.

Dès qu'on aperçoit le muscle scalène, on applique contre son bord externe la pulpe du doigt indicateur de la main gauche. On descend le long du muscle jusqu'à ce qu'on soit arrêté par la côte. Si l'on sent en ce point le tubercule osseux décrit en anatomie, tant mieux, c'est un guide et une garantie de plus. Si on ne le sent pas, ce qui n'est pas absolument rare, peu importe, on peut s'en passer. Arrêté par la côte dans son mouvement de descente, le doigt est retiré le long de la face supérieure de la côte, à 1 centimètre environ en dehors; l'artère, qu'on a sentie presque toujours rouler sous le doigt, est inévitablement (à moins d'anomalie) entre l'ongle du doigt et le muscle scalène. Il n'y a plus qu'à l'isoler. Il faut savoir qu'assez souvent un ganglion lymphatique longe en ce point l'artère et se trouve parfois allongé; sa position, sa couleur grisâtre, sa forme, pourraient en imposer aux plus habiles pour l'artère. Les deux mouvements dans lesquels le bout du doigt décrit une L doivent être faits avec précision, sans tâtonnements, sans quoi l'on risque de s'égarer.

Ce procédé n'est pas toujours aussi rapide ni aussi brillant, quoiqu'il n'y ait pas grande différence en définitive, que celui qui consiste à aller directement vers l'artère, en s'aidant au besoin du tubercule osseux; mais il est sûr, et c'est le cas de rappeler le principe si juste, *sat citò, si sat tutò*.

Pour expédier encore plus vite, on a proposé une incision qui se dirige plus en arrière et en haut, en s'éloignant en dehors de la clavicule. Pour quelques cas où cette incision hâte de quelques secondes la fin de l'opération, il en est un grand nombre dans lesquels elle serait embarrassante et dangereuse.

On peut remarquer que c'est la seule ligature d'artère dans laquelle l'incision extérieure ne soit pas parallèle ou à peu près au muscle point de ralliement. On a proposé, et cela se fait en Angleterre, une incision en L pratiquée en faisant tomber sur l'extrémité interne de la première, une seconde incision parallèle au bord externe du muscle cléido-mastoïdien ; cette addition a certainement plus d'inconvénients que d'avantages.

Le chirurgien procède plus aisément en se plaçant presque derrière la tête de l'individu qu'il opère, qu'en se mettant sur le côté.

J'ai cru devoir insister un peu sur cette artère, et donner tous les détails précis de l'opération, pour les raisons suivantes : d'abord le procédé que j'ai décrit est sûr et facile à exécuter; au contraire, les procédés en général décrits ne donnent pas des moyens suffisants pour surmonter les difficultés, même pour les praticiens les plus exercés, comme on le constate lorsque cette opération est donnée pour sujet d'épreuves dans un grand concours; et enfin, cela tient en partie à la description insuffisante donnée jusqu'à présent de la région.

La ligature de l'artère sous-clavière entre les scalènes pourrait être pratiquée par les mêmes règles, sauf en plus, qu'il faut inciser le muscle scalène antérieur sur la sonde cannelée, à son insertion à la côte. Sur le vivant, le nerf phrénique doit être singulièrement exposé par cette incision.

(19) On a recommandé de ne pas confondre le muscle sterno-mastoïdien avec les muscles sous-hyoïdiens voisins. Cette confusion, si elle est possible, doit être bien rare.

(20) Si on cherche l'artère très bas du côté du cou-de-pied, il y a deux particularités à noter : d'abord l'artère s'engage notablement sous le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, qu'il faut renverser en dehors, tandis que le tendon du jambier antérieur est renversé en dedans; puis l'artère est séparé des muscles par une couche très-dense de tissu cellulaire qu'on est souvent obligé d'inciser sur la sonde cannelée. Si, au contraire, et comme c'est l'habitude, on incise un peu plus haut, on n'a presque pas besoin de renverser l'extenseur du gros orteil, et entre l'artère et les muscles, il n'y a que quelques lames celluleuses, dont on a à peine à tenir compte.

(21) L'aponévrose générale d'enveloppe est si épaisse et si résistante, qu'après l'incision, elle forme une boutonnière très-étroite et très-gênante, surtout à cause de la profondeur à laquelle est placée l'artère. On est presque toujours obligé d'inciser transversalement la lèvre interne de cette boutonnière vers le milieu de la longueur de la plaie, soit de dedans en dehors, après qu'on a glissé le bistouri à plat par dessous, comme on le conseille, soit et mieux, directement de dehors en dedans.

(22) Bien que cette artère soit superficielle, on rencontre presque toujours deux aponévroses à traverser, pour qu'elle soit à découvert; voici à quoi cela tient. Le tendon d'Achille est contenu dans une gaine formée par deux feuillets aponévrotiques, l'un antérieur, l'autre postérieur, qui se réunissent sur les bords du tendon, pour fermer la gaine. Sur le bord interne du tendon, tantôt ces deux feuillets s'unissent pour n'en former qu'un seul, tantôt ils restent distincts pour aller, accolés l'un à l'autre, s'insérer isolément sur le bord interne du tibia. Dans le premier cas, on n'a qu'un feuillet aponévrotique à traverser pour arriver à l'artère, dans le second, on trouve naturellement deux feuillets.

Par une exception bizarre, cette artère et ses organes collatéraux sont immédiatement entourés par de la graisse, sans en être isolés par une gaine serrée : c'est la gaine même qui est graisseuse.

(23) Il faut une certaine attention pour traverser ainsi couche par couche le muscle soléaire; on est averti que tout le muscle va être traversé, lorsqu'on aperçoit au fond de l'incision les fibres blanches et resplendissantes de l'aponévrose d'insertion qui est sur la face antérieure ou profonde du muscle. C'est cette aponévrose d'insertion qu'on incise sur la sonde cannelée, pour achever de traverser le muscle. Quelquefois cette aponévrose est incisée, et l'artère n'est pas à découvert; on n'aperçoit que des fibres musculaires, comme si on regardait dans l'intérieur d'un muscle à moitié divisé; cela tient à ce que, dans ces cas assez communs quoique exceptionnels, il y a quelques fibres musculaires attachées sur la face antérieure de l'aponévrose du muscle, en sorte que ce n'est plus cette aponévrose qui forme le devant du muscle, ce sont ces quelques fibres musculaires dont il est question. Il suffit, avec le bout du doigt, de presser un peu sur ces fibres musculaires pour les traverser, et mettre ainsi l'artère à découvert.

La seconde aponévrose d'enveloppe, celle qui sépare l'artère et ses organes collatéraux du muscle soléaire, est ordinairement si celluleuse qu'on n'a pas besoin de l'inciser sur la sonde cannelée. Il y a des exceptions.

On a proposé de ne pas traverser couche par couche le muscle soléaire, mais de le détacher de ses insertions au tibia pour le renverser. Outre la difficulté de s'arrêter à temps, et de ne pas prendre en même temps les fibres des mus-

Artère poplitée au milieu du creux. = Artère profonde. — Point de ralliement : muscle demi-membraneux. = Incision : partant du milieu du creux poplité et remontant verticalement en haut, un peu oblique en dedans.

Artère fémorale dans la gaine des adducteurs. = Artère profonde. — Points de ralliement : muscle couturier que l'on renverse en arrière ; nerf saphène interne qui sert de guide pour l'introduction de la sonde cannelée. = Incision : dans la direction du trajet de l'artère fémorale, portant par le milieu de sa longueur dans le point qui sépare le tiers moyen du tiers inférieure de la cuisse (24).

Artère fémorale au sommet du triangle inguinal. = Artère profonde. — Point de ralliement : bord interne du muscle couturier. = Incision : sur le trajet de l'artère fémorale (25).

Artères iliaques. = Artères profondes. — Points de ralliement : muscles abdominaux que l'on traverse ; cul-de-sac péritonéal que l'on renverse ou repousse soigneusement par en haut. = Incision : à 2 ou 3 centimètres, suivant les cas, au-dessus du ligament de Fallope et parallèle à la partie moyenne de ce ligament (26).

Afin de montrer comment les deux préceptes exposés s'appliquent à toutes les ligatures d'artères, citons encore quelques ligatures soit d'artères autres que celles dont il vient d'être question, soit des mêmes artères attaquées sur d'autres points que dans le lieu d'élection.

Artère pédieuse. = Artère profonde. — Point de ralliement : le premier faisceau musculaire du pédieux. = Incision : partant de l'extrémité postérieure du premier espace interosseux, pour se diriger vers le milieu de l'espace intermalléolaire antérieur.

Artère tibiale postérieure derrière la malléole interne. = Artère superficielle. = Incision : parallèle à l'axe de la gouttière calcanéenne, commençant au milieu de l'espace qui sépare le sommet de la malléole interne de l'extrémité supérieure du calcanéum, et se prolongeant vers la plante du pied (27).

Artère fémorale à la partie moyenne de la cuisse. = Artère profonde. — Point de ralliement : le couturier. = Incision : sur le trajet de l'artère fémorale.

Artère fémorale à son origine. = Artère superficielle. = Incision : un peu oblique en bas et en dehors, par rapport au trajet de l'artère fémorale, commençant un peu en dedans du milieu du ligament de Fallope (28).

Artère épigastrique. = Artère profonde. — Point de ralliement : muscles abdominaux que l'on traverse au fond d'une incision identique à celle que l'on fait pour la ligature des iliaques (29).

Artère mammaire interne. = Artère profonde. —Points de ralliement : muscle grand pectoral, et muscle intercostal interne que l'on traverse en se laissant guider par les petits vaisseaux intercostaux antérieurs que l'on rencontre toujours. = Incision : parallèle à l'espace intercostal, à partir du bord du sternum, dans le troisième espace pris comme type.

Artère radiale à la partie externe du carpe. = Artère profonde. — Point de ralliement : tendon du long extenseur du pouce. = Incision : partant du sommet de l'apophyse styloïde pour se terminer au commencement du premier espace interosseux.

Artère axillaire à sa partie moyenne. = Artère profonde. — Point de ralliement : bord du muscle grand pectoral que l'on renverse, et au besoin muscle petit pectoral que l'on traverse. = Incision : dans la gouttière qui sépare le deltoïde du muscle grand pectoral (30).

Artère linguale. = Artère profonde. — Points de ralliement : glande sous-maxillaire que l'on renverse en haut ; tendon du digastrique que l'on renverse en haut en coupant souvent quelques fibres du stylo-hyoïdien ; nerf hypoglosse un peu au-dessous duquel on incise sur la sonde cannelée le muscle hyoglosse. = Incision : parallèle au bord supérieur de la grande corne de l'os hyoïde (31).

---

cles profonds sous-jacents, il est évident que cette manière de faire crée de grands obstacles pour atteindre une artère aussi profondément placée.

(24) Voici, une fois pour toutes, comment on trace rigoureusement le trajet de l'artère fémorale. Il faut déterminer pour cela les deux points extrêmes, l'un à l'origine, l'autre à la terminaison de l'artère. Le premier est précisément au milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antéro-inférieure de l'épine pubienne. Le second point est à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la face interne de la cuisse, vis-à-vis le tendon du grand adducteur, qu'on peut toujours sentir parfaitement. Ces deux points déterminés, on n'a qu'à les relier directement par une ligne qui va de l'une à l'autre, et l'on a ainsi, à peu de chose près, le trajet de l'artère fémorale.

Examinons plus spécialement quelques détails de la ligature dont il est ici question.

Sur les individus maigres ou vieux, le couturier, en général très-grêle, n'a que peu ou même point à être renversé ; il est naturellement assez porté par lui-même en arrière, excepté vers l'extrémité supérieure de la plaie.

Le couturier renversé, l'opérateur a sous les yeux cet ensemble aponévrotique qui porte le nom de gaîne des adducteurs, et qui est intermédiaire aux adducteurs et au muscle vaste interne. L'artère fémorale, encore assez profondément placée derrière cet ensemble aponévrotique, n'est en rapport avec lui que dans une étendue très-circonscrite ; si l'on n'a pas un guide sûr pour reconnaître le lieu où elle est, on risque fort, en incisant la gaîne des adducteurs sur la sonde cannelée, de tomber ou plus en avant ou plus en arrière que l'endroit où est l'artère, on s'égare facilement et on tâtonne souvent. Or il existe un guide sûr, c'est le nerf saphène interne.

Le nerf saphène interne, dans la partie moyenne de la cuisse, est logé dans la même gaîne aponévrotique que l'artère fémorale à laquelle il est accolé ; il accompagne l'artère jusque dans la gaîne des adducteurs ; mais arrivé là, il la quitte pour traverser cette gaîne en avant, et se placer sous le couturier. On comprend de quelle importance devient ce fait anatomique, puisqu'on n'a qu'à chercher ce nerf sur le devant et dans le bas de la gaîne des adducteurs ; dès qu'on l'a trouvé, on introduit la sonde cannelée de bas en haut dans l'ouverture que ce nerf fait naturellement dans la gaîne, pour inciser celle-ci précisément vis-à-vis l'artère.

L'incision terminée, ce n'est pas d'habitude l'artère qui se présente la première. On voit d'abord une veine non dénommée, quoique constante, et derrière celle-ci, un peu plus profondément, accolée à elle, on trouve l'artère.

(25) Le lieu d'élection pour la ligature de l'artère fémorale à sa partie supérieure est celui ici indiqué. Lier plus haut l'artère fémorale, alors que rien n'y oblige l'opérateur, c'est s'exposer à des accidents sérieux, surtout à des hémorrhagies consécutives. Il faut en effet se rappeler que c'est à son origine, et dans la longueur des trois ou quatre premiers centimètres de son trajet, que l'artère fémorale fournit presque toutes ses principales branches collatérales.

(26) La manière de procéder est la même pour toutes les artères iliaques ; seulement, plus on veut les atteindre sur un point élevé, et plus il faut faire remonter l'incision en haut et en dehors, vers l'épine iliaque.

Il est utile de développer trois des points principaux de l'opération, à savoir : la manière dont on doit traverser l'aponévrose du muscle grand oblique ; la manière de traverser les muscles petit oblique et transverses ; la manière de renverser le cul-de-sac péritonéal.

La peau et le tissu cellulaire incisés et l'artère sous-cutanée abdominale liée ou tordue si elle donne du sang, on a sous les yeux l'aponévrose du grand oblique dont les fibres constituantes coupent à angle très-aigu la direction de l'incision. Cette aponévrose doit être incisée avec fermeté, d'un seul trait, précisément à cause de cette obliquité des fibres. Il faut de la fermeté dans la main, mais non pas de la force, afin de ne pas pénétrer trop profondément.

L'ensemble musculaire du petit oblique et du transverse est à découvert, mais il faut le déplacer ou le traverser pour arriver au péritoine. Renverser ces muscles larges en cherchant leur bord inférieur et le rejeter par en haut, c'est se créer des difficultés de toute espèce, et d'ailleurs c'est inapplicable pour les artères iliaques primitives et internes. Il est bien préférable de les traverser, mais avec précaution, pour ne pas blesser le péritoine. — On a proposé dans ce but de les inciser sur la sonde cannelée ; mais c'est en grande partie s'exposer au danger qu'on veut éviter ; qui pourrait répondre, en glissant aussi aveuglément la sonde cannelée, de ne pas blesser le péritoine avec le bec de la sonde, ou de ne pas en soulever un repli sur la sonde ? — Le plus sage est de traverser les muscles de dehors en dedans, couche par couche. Afin d'être sûr de ne pas blesser le péritoine, je conseille de saisir les muscles peu à peu avec la pince à disséquer, de soulever la portion saisie, et de ne couper successivement que les portions soulevées. Les muscles sont séparés du péritoine par un tissu cellulaire si lâche, qu'on peut ainsi les soulever et les inciser sans crainte, le péritoine restant seul en place. Il n'est pas nécessaire pour cette opération de prendre garde au *fascia transversalis*.

Le péritoine est à découvert. Avec la pulpe des doigts qui pressent doucement sur lui, ou le décolle par en bas de la paroi abdominale jusqu'au ligament de Fallope, puis on repousse prudemment par en haut tout le cul de-sac péritonéal correspondant à la fosse iliaque. Le décollement du péritoine de dessus la fosse iliaque doit être poussé plus loin et plus haut, pour atteindre les artères iliaques primitive et interne, que pour l'iliaque externe, ce qui se conçoit naturellement.

(27) Le grand danger de cette ligature et qu'il faut éviter, c'est l'ouverture des gaînes des tendons des muscles jambier postérieur et fléchisseur commun des orteils, gaînes placées précisément en avant de la gaîne vasculaire. L'incision indiquée est la plus favorable possible dans ce but. Il faut aussi prendre la précaution de saisir l'aponévrose avec la pince pour l'inciser le plus en arrière possible.

(28). Cette ligature, ainsi que nous l'avons vu, ne doit pas être considérée comme faite au lieu d'élection qui est plus bas.

(29) Même procédé que pour la ligature des iliaques, sauf qu'arrivé au péritoine l'opérateur ne touche pas au péritoine, mais cherche l'artère sur lui ou en avant de lui, à la partie interne de l'incision.

(30) Voilà le procédé dont il a été question plus haut. C'est toujours, comme pour le renversement du soléaire et des muscles abdominaux, la question de savoir s'il vaut mieux renverser ou traverser les muscles larges. Il est incontestable sur le vivant que le renversement, par cela seul qu'il doit se faire dans une grande étendue, est plus difficile, et que la contraction des fibres doit encore augmenter ces difficultés.

Dans ce procédé-ci, on est exposé à devoir couper le muscle petit pectoral et à trouver l'artère enclavée dans les nerfs du plexus brachial, ce qui crée encore des difficultés nouvelles.

(31) C'est une des ligatures les plus sûres, à part de rares, d'extrêmement rares exceptions sur lesquelles il serait trop long d'insister, par le procédé

Artère faciale. = Artère superficielle. = Incision: un peu oblique en bas et en dehors sur le corps de la mâchoire inférieure, juste en avant du bord du masséter.

Artère carotide externe. = Artère superficielle à son origine. = Incision : presque parallèle au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, mais se dirigeant par en haut un peu plus en avant, comme pour rejoindre l'angle de la mâchoire; le milieu de cette incision doit correspondre au sommet de la grande corne de l'os hyoïde (32).

Artère ou tronc brachio-céphalique. = Artère profonde. — Point de ralliement : muscle sterno-mastoïdien que l'on traverse entre ses deux principaux faisceaux, dont un peut être au besoin divisé en travers. = Incision: presque verticale, un peu oblique en haut et en dehors, partant de l'extrémité interne de la clavicule, pour remonter le long de l'interstice des deux faisceaux musculaires (33).

Nous pourrions citer de même : l'artère péronière, artère profonde ; l'artère poplitée, à sa partie inférieure, artère profonde ; l'artère fessière, artère profonde; l'artère vertébrale, les artères thyroïdiennes, etc. Ce serait, quant au temps de l'opération qui consiste à mettre chacune de ces artères à découvert, toujours l'application de l'un des deux préceptes principaux, plus quelques petits détails pour chaque artère en particulier.

On comprendra qu'il était utile de ne pas embarrasser la description des préceptes exposés, par des commentaires, par le mélange de détails soit d'anatomie chirurgicale, soit relatifs à des principes généraux de médecine opératoire. Ceux de ces commentaires, ceux de ces détails qui peuvent être nécessaires pour compléter et expliquer certaines particularités, ont été rejetés dans les notes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

III. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les livraisons d'octobre 1848, de janvier et d'avril 1849, contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Considérations sur les caractères de la fièvre endémique dans l'île de Dominica ; précédées d'une note sur les particularités physiques de l'île comme susceptibles d'influencer la formation et l'intensité de cette maladie* ; par M. J. Imray. 2° *Remarques sur la déodorization, la désinfection par la solution de chlorure de zinc, fluide désinfectant de sir William Burnett* ; par M. Th. Stratton. 3° *Sur le système des nerfs ganglionnaires ;* par M. Radclyffe Halle. 4° *Cas de guérison à la suite d'empoisonnement par le chlorure de zinc, et indication d'un antidote de ce poison;* par M. Th. Stratton. 5° *Sur la signification du fait en médecine, et sur les effets nuisibles d'un emploi inconsidéré des sources modernes du fait, telles que le microscope, le sthétoscope, l'analyse chimique, les statistiques, etc.*; par M. W. Seller. 6° *Statistique sur la fièvre de l'hôpital de Glasgow en 1847-48* ; par M. Paterson. 7° *Sur l'état du sang et des muscles chez les animaux tués à la chasse ou au combat ;* par M. G. Gulliver. 8° *Sur la fièvre épidémique de 1847-48*; par M. R. Paterson. 9° *De la constitution et des maladies des femmes*; par M. Ch. Bell. 10° *Observations et considérations sur les épanchements inflammatoires dans la substance des poumons, particulièrement sur les modifications que les fièvres contagieuses leur impriment*; par M. Aitken. 11° *Remarques sur le climat et les conditions sanitaires de Taunton et de son voisinage, et sur la santé de ses villes ;* par M. Peebles. 12° *Du cerveau comme centre unique du système nerveux de l'homme.* 13° *Remarques pratiques sur la fièvre endémique de Ceylan;* par M. Cameron. 14° *Notes additionnelles sur les maladies et la mortalité parmi les émigrants dans le Canada en 1847*; par M. Stratton. 15° *Observations de dyssenterie traitée par les lavements d'eau chaude ;* par M. Irving. 16° *Cas de kyste de l'ovaire, accidentellement rompu par un coup; épanchement partiel de son contenu dans la cavité péritonéale ; péritonite aiguë violente, fatalement terminée en onze semaines ; lésions anatomiques, et examen chimique du contenu du kyste* ; par M. Herapath. 17° *Topographie médicale sous le rapport du choix d'un site convenable pour un asile d'aliénés dans une contrée tropicale;* par M. Macfadyen. 18° *Histoire d'un cas où un corps étranger logé dans l'œsophage pendant près de cinq mois devint cause de mort en se frayant par ulcération un passage dans la trachée ;* par M. Paterson. 19° *Procédé pour rendre les bandages herniaires plus durables, par la galvanisation de leurs ressorts.* 20° *Tables montrant les effets des sangsues dans le traitement du choléra, à l'hôpital de Castlehill, pendant l'année 1832* ; par M. Hamilton Bell. 21° *Sur la stéatose ou adipification des muscles;* par M. Hallet. 22° *Sur les maladies des Indes du nord de l'Amérique ;* par M. Stratton. 23° *Du choléra parmi les enfants indigents de Tooting.* 24° *Considérations sur divers points de la physiologie de la vision, sur les spectres lumineux causés par une pression sur la rétine, et des applications de cette notion au diagnostic des affections de la rétine et de ses dépendances ;* par M. Waller. 25° *Sur l'antagonisme entre la fièvre miasmatique et la consomption pulmonaire ; sur l'incompatibilité prétendue de la peste ou de ses causes avec la consomption pulmonaire;* par M. Helfft. 26° *Sur la mortalité d'Edimbourg et de Leith pour l'année 1848, avec des remarques sur la mortalité qui a régné dans les principales villes d'Ecosse pendant cette période ;* par M. J. Stark. 27° *Notice sur le copalchi-bark, nouvel et avantageux stimulant analogue à la cascarille ;* par le même.

CORPS ÉTRANGER D'ABORD LOGÉ DANS L'ŒSOPHAGE PENDANT CINQ MOIS, PUIS DEVENU CAUSE DE MORT EN SE FRAYANT PAR ULCÉRATION UN PASSAGE DANS LA TRACHÉE; par M. PATERSON.

OBS. — Une enfant âgée de 5 à 6 ans s'amusait avec ses compagnes, en novembre 1847, avec de petits jouets représentant des plats, des cuillers, etc. Pendant qu'elle en tenait un dans sa bouche, un coup qu'elle reçut sur le menton le lui fit avaler. De suite on lui donna un émétique. Elle se trouva mieux, eut ensuite un peu de fièvre le surlendemain et le jour suivant, mais n'éprouva jamais de difficulté à avaler.

Elle se plaignit seulement d'un peu de sensibilité à l'épigastre, ce qu'on attribua à l'irritation causée par le corps étranger, dans la composition duquel il entrait du zinc et une faible quantité d'arsenic.

Quatre mois s'étaient écoulés depuis cet accident. L'enfant avait une bonne santé; on ne remarquait aucun changement dans son appétit et son embonpoint. Cependant le corps étranger n'avait point été aperçu dans les selles.

Le 22 février (près de cinq mois après le moment de l'accident), l'enfant fut tout d'un coup prise d'une attaque de croup; mais on l'attribua à un refroidissement. Des sangsues, un émétique, puis un vésicatoire, furent mis en usage. Le second jour, elle ne pouvait rien avaler sans le vomir. Chaque fois qu'elle l'essayait, un accès de toux survenait et la forçait de rejeter soit les liquides, soit les solides qu'elle avait pris. Le gosier, examiné à l'intérieur et à l'extérieur, ne présentait rien d'anormal.

L'auteur poussa un tube flexible dans l'œsophage. Il y pénétra d'abord, puis fut arrêté par un obstacle. En pressant un peu vivement, il le força, et alors l'air sortit par ce tube.

Cette manœuvre éclairait beaucoup le diagnostic. On administra des lavements nourrissants, la déglutition commençant à être impossible. Néanmoins l'émaciation fit des progrès rapides, et l'enfant succomba le 20 mars 1848.

A l'*autopsie*, on trouva le corps étranger fiché dans une ouverture située à 5 pouces environ de profondeur entre l'œsophage et la trachée. La glotte et la partie supérieure de la trachée étaient entièrement saines ; mais près du tiers du corps étranger était engagé dans une fissure ulcéreuse qui communiquait avec la trachée. Elle avait environ 1 pouce et demi de longueur ; ses bords étaient enflammés, ainsi que la membrane muqueuse voisine du corps étranger. Au-dessous de celui-ci, le diamètre de l'œsophage était beaucoup moins considérable qu'au-dessus. La petite soucoupe d'étain (car c'est cet ustensile qui avait été avalé) avait sa cavité tournée en haut, remplissant complètement le calibre de l'œsophage, et placée de manière à ce que le liquide, à mesure qu'il y tombait, coulait à travers le passage ulcéré dans la trachée. L'intérieur de cette soucoupe, surtout à sa partie la plus déclive, était incrusté d'un dépôt blanc, d'aspect crétacé, très-semblable en apparence aux dépôts phosphatiques urineux.

L'auteur fait remarquer que l'on aurait pu tenter d'extraire le corps étranger avec de longues pinces introduites par l'œsophage, ou qu'on aurait, en cas d'insuccès de cette première manœuvre, dû pratiquer l'opération de l'œsophagotomie.

— Nous partageons entièrement cet avis, et il est au moins surprenant que le diagnostic, rendu si clair par les résultats du cathétérisme œsophagien, n'ait pas conduit les chirurgiens à tenter une dernière ressource, alors surtout que le dépérissement rapide annonçait évidemment une fin prochaine à moins de secours plus actifs.

fondé sur la doctrine des points de ralliement, et une des plus incertaines par les autres procédés. Le tendon du digastrique renversé aux dépens de la section de quelques fibres musculaires du stylo-hyoïdien, on aperçoit le nerf hypoglosse, troisième point de ralliement. Un peu au-dessous de ce nerf bien reconnu, on saisit avec la pince les fibres du muscle hyoglosse sur lequel repose le nerf, pour inciser le muscle sur la sonde cannelée. Au fond de l'incision apparaît l'artère qu'on est quelquefois, rarement, obligé d'aller chercher un peu plus par en haut.

(32) Voilà une des artères qui exigent pour être isolées un temps extrêmement variable, suivant les sujets, ce qui tient à la disposition si variable des veines qui l'environnent. Tantôt les veines sont peu nombreuses et l'artère se voit facilement, tantôt l'artère est entourée presque d'une espèce de plexus veineux. On comprend les différences nombreuses qu'il peut y avoir forcément dans le temps employé pour la lier d'un sujet à l'autre.

(33) Ce procédé, qui est celui de M. Sédillot, est parfaitement applicable aussi à la ligature de l'artère carotide primitive à son origine.

DES SPECTRES LUMINEUX CAUSÉS PAR UNE PRESSION EXERCÉE SUR LA RÉTINE; APPLICATION AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA RÉTINE ET DE SES DÉPENDANCES; par M. WALLER.

Tout le monde connaît la sensation de lumière qui se produit instantanément lorsqu'on presse un peu fortement avec le bout du doigt sur le globe oculaire. M. Waller ayant étudié attentivement les variations de ce phénomène, et surtout les conditions où il se produit, observa que ces spectres oculaires paraissent moins brillants au moment où l'on entre dans un appartement éclairé qu'après qu'on y est resté quelque temps. Or il est d'observation vulgaire que la sensibilité visuelle de l'œil, d'abord obtuse quand une vive lumière a frappé l'œil, se rétablit lorsqu'on est resté un instant dans l'obscurité.

Il parut en conséquence à M. Waller que l'acuité de la vue et l'intensité des spectres oculaires coïncident, et reçoivent dans le même temps la même modification des mêmes causes. La meilleure condition pour faire cette expérience est de choisir un jour de soleil éclatant. En entrant ensuite dans une chambre obscure, on commence par ne plus distinguer les objets; et de même les spectres oculaires ne sont plus que faiblement perçus. Mais la sensation revient, après que l'œil a recouvré sa force au bout de quelques minutes.

En conséquence de cette relation intime entre les deux phénomènes, l'auteur a été conduit à conclure qu'on pourrait avec avantage appliquer le même moyen à découvrir par une expérience directe l'état des parties nerveuses de l'organe de la vision. C'est en effet un point souvent très-difficile à décider dans la pratique que de savoir si l'altération de la vue tient seulement à quelque défectuosité des parties matérielles que les rayons lumineux ont à traverser avant d'arriver à la rétine, telles que la cornée, l'iris, le cristallin, les humeurs, ou si les parties nerveuses sont simultanément affectées. A présent les seuls guides qui nous autorisent à localiser la maladie aux organes nerveux sont de nature négative; car il est bien rare qu'on puisse constater quelque altération matérielle de la rétine ou du nerf optique. Aussi, si après avoir soigneusement examiné toutes les parties antérieures de l'œil, si après avoir fait dilater la pupille, nous ne trouvons aucun obstacle visible au passage des rayons lumineux, nous sommes généralement portés à attribuer les symptômes à un état morbide des parties nerveuses. Et cependant cette question n'a pas seulement un intérêt de curiosité scientifique; car l'indication d'opérer ou de ne pas opérer dépend du jugement que le chirurgien a porté sur l'état de la rétine. Les faits suivants pourront concourir à la solution du problème.

OBS. I. — M. R. perdit, il y a onze ans, la vue du côté gauche, et douze mois après, du côté droit. Il ne distingue pas la lumière, même la plus vive. La cornée est opaque et l'iris déformé. Il a été opéré de la cataracte à l'œil droit, mais sans aucun succès.

La pression exercée sur l'œil à plusieurs reprises n'a jamais produit chez lui la moindre sensation de lumière.

OBS. II. — E. H., âgée de 14 ans, a la vue faible des deux yeux; elle voit des mouches volantes. Les pupilles se contractent lentement et imparfaitement; la gauche est moins active, moins contractile.

La pression fait paraître à chaque œil un cercle lumineux; mais celui du côté droit est beaucoup plus brillant.

OBS. III. — Mistriss P. a la vue très-imparfaite. A gauche, il y a une cataracte qui l'empêche de distinguer la forme des objets même le mieux éclairés; cependant elle ne confond pas le jour avec les ténèbres. De l'autre côté existe une cataracte moins avancée; aussi la vision y est plus nette, bien que n'ayant pas sa finesse naturelle.

La pression produit deux cercles également lumineux des deux côtés. Cette indication pourra être utile pour déterminer les chances que la malade a de recouvrer la vue par suite de l'opération de la cataracte.

OBS. IV. — Élisabeth E. a le bras droit paralysé. La vue est plus obscure de ce côté que de l'autre.

La pression sur l'œil gauche y détermine un cercle lumineux; pratiquée sur le droit, elle ne produit aucune impression de ce genre.

OBS. V. — Madame P. a eu, il y a quelques semaines, une attaque d'hémiplégie. Depuis lors la sensibilité et la puissance musculaire se sont entièrement rétablies. Pendant les premiers jours qui suivirent l'attaque, l'œil gauche avait perdu beaucoup de son pouvoir visuel, le droit restant intact. La pression occasionnait sur ce dernier un cercle beaucoup plus brillant que sur le gauche.

Maintenant, la vue étant revenue en même temps que la sensibilité et la myotilité du membre, les sensations auxquelles la pression donnent lieu sont redevenues égales des deux côtés.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE.

MUSCLES DANS LES VALVULES SYGMOÏDES.

M. ROUX présente, au nom de M. Monneret, une NOTE SUR LA STRUCTURE ET LA PHYSIOLOGIE DES VALVULES DE L'AORTE ET DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.

Cette note peut être résumée dans les propositions suivantes :

Les valvules sygmoïdes sont pourvues de deux muscles distincts capables de les mouvoir, de tendre et de concourir ainsi à la circulation.

Le premier de ces muscles se compose de faisceaux de fibres très-développés et visibles à l'œil nu. Les uns, au nombre de quatre ou cinq, partent de l'angle supérieur de la valvule et descendent pour s'entre-croiser sur le raphé avec les fibres situées de l'autre côté, ou sur un second repli qui se trouve au-dessus du bord libre. Les autres fibres plus courtes se dirigent en travers dans toute la longueur de la valvule. Ce muscle a pour fonction de relever les valvules, de les rapprocher de la paroi artérielle et de les soutenir quand elles sont abaissées.

Le second muscle, formé de fibres verticales et parallèles, s'étend du bord libre de la valvule à son bord adhérent. Les fibres sont serrées, plus fines que celles de l'élévateur, très-rapprochées et nombreuses à la partie inférieure, au-dessous du nodule d'Aranzi. Il sert à abaisser la valvule, et contribue, avec la contraction synergique de l'élévateur, à la maintenir dans une position fixe.

Les fibres de ces muscles, étudiées par M. Monneret au microscope sous un grossissement de 700 diamètres, lui ont paru parfaitement identiques aux véritables fibres musculaires de la vie organique, c'est-à-dire qu'elles sont lisses et cylindriques.

Les valvules sont fortement relevées par la contraction du muscle transversal, qui agit en même temps et dans le même sens que les ventricules; il contribue activement à la propulsation du sang, en expulsant la quantité de ce dernier contenu entre les valvules et l'aorte.

Le muscle abaisseur est antagoniste du précédent.

M. MAGENDIE : La plupart des faits énoncés dans le travail de M. Monneret sont déjà connus; une seule chose est nouvelle, c'est le fait de la contraction des valvules. Je demanderai à M. Roux s'il les a vues fonctionner.

M. ROUX : On ne peut pas voir fonctionner les valvules; mais M. Monneret a démontré dans ces organes l'existence de fibres musculaires, cela m'a paru suffisant pour en conclure à l'existence des contractions.

M. MAGENDIE : Si l'on ne peut pas voir fonctionner les valvules, on peut du moins s'assurer sur le cadavre par le galvanisme s'il y a des contractions. Cette démonstration manque dans le travail de M. Monneret. Je ne vois pas trop d'ailleurs ce que pourrait faire ici la contraction. Elle est tout à fait inutile. Les valvules sont alternativement relevées et abaissées par le fait seul du mouvement du sang; c'est un effet purement mécanique. La preuve, c'est qu'on peut déchirer ces soupapes sans qu'il en résulte aucun empêchement dans la circulation. M. Monneret n'a point fait d'expériences; il serait à désirer qu'il en fît.

INFLUENCE DE L'ALIMENTATION SALÉE SUR LES PROPORTIONS D'AZOTE CONTENU DANS LE PRODUIT DE LA PERSPIRATION ET DANS LES URINES.

M. BARRAL communique les résultats d'expériences qu'il vient de faire sur la statique chimique du mouton, pour faire suite au travail analogue qu'il a présenté l'année dernière sur la statique chimique de l'homme. Les résultats généraux auxquels M. Barral est arrivé sont d'accord avec ceux obtenus sur l'homme et sur divers animaux, notamment, quant à la perspiration, avec les résultats des expériences de MM. Regnault et Reizet. Ces expériences ont été spécialement dirigées en vue d'étudier les effets produits sur la race ovine par une alimentation salée. A cet effet, un mouton habitué à recevoir du sel a été soumis à une première expérience, qui a duré cinq fois vingt-quatre heures, temps pendant lequel tous les aliments et toutes les évacuations ont été dosés. On donnait chaque jour à l'animal 12 grammes de sel; après ces cinq jours, le mouton a cessé de recevoir du sel pendant dix jours. Au bout de ce temps, on a de nouveau dosé les aliments et recueilli les évacuations pendant quatre fois vingt-quatre heures. Immédiatement après, le mouton a reçu de nouveau du sel, et après sept jours, au bout desquels il avait repris l'habitude du régime salé, M. Barral a fait une troisième expérience de quatre jours, en donnant 8 grammes de chlorure de sodium par vingt-quatre heures. Par l'analyse des urines, durant ces trois expériences, on a constaté ce fait remarquable, que le chlorure de sodium augmentait dans une forte proportion l'azote évacué par les urines. L'excès d'azote obtenu dans deux expériences où le mouton a reçu du chlorure de sodium d'assaisonnement, a fourni presque intégralement un excès d'urée correspondant. Il y a eu également une augmentation de la proportion d'acide urique rendu sous l'influence du régime salé, et d'une manière générale, l'évacuation urinaire quotidienne est beaucoup augmentée, soit par l'eau qui tient en dissolution presque tout le chlorure de sodium ingéré (lorsque l'expérience est suffisamment prolongée), soit par la matière organique qui sort en même temps.

SUCRE DANS LA SUEUR DES CHOLÉRIQUES.

M. Poirson, interne en pharmacie à la Salpêtrière, annonce qu'il a constaté le fait signalé par M. Doyère de la présence du sucre de raisin dans la sueur des cholériques. La malade qui fournit le sujet de cette expérience, âgée de 60 ans environ, avait présenté entre autres symptômes d'un choléra des plus intenses, auquel elle succomba le lendemain, une sueur visqueuse des plus caractérisées. Cette sueur, recueillie sur les parties de la face qui n'avaient pu être en contact avec les boissons sucrées administrées à la malade, fut reprise par l'eau distillée et traitée par le tartrate de potasse et de cuivre précipité ; puis, redissoute par la potasse, elle a réduit à 100° une quantité d'oxyde de cuivre assez abondante pour que le médecin du service n'ait pas hésité à penser que la viscosité pût être attribuée à la présence de ce sucre. L'expérience a été réitérée plusieurs fois sur la même solution et toujours avec le même résultat.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR LA GALVANO-PUNCTURE.

M. Pétrequin adresse deux nouvelles observations d'anévrismes traités et guéris par la galvano-puncture. La première est relative à un anévrisme faux consécutif du pli du coude, l'autre à un anévrisme traumatique de l'artère temporale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après une rectification demandée par M. Velpeau, qui se plaint qu'on lui ait fait nier d'une manière trop absolue l'existence des engorgements de l'utérus. Il a dit n'en avoir jamais vu, mais non qu'il n'en puisse exister. En second lieu, il désire qu'il soit bien compris qu'il n'a entendu parler que des engorgements du corps et non du col de l'utérus, dont personne ne peut nier l'existence.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un mémoire de M. le docteur Germain, intitulé : Topographie médicale et agricole de la vallée de l'Angillou (Ariége), et demande d'un rapport d'urgence. (Commission de topographie et de statistique.)

2° Lettre du même ministre demandant l'avis de l'Académie sur une médication proposée contre le choléra par M. le docteur Guibert, médecin à Paris. (Comm. du choléra)

3° Envoi d'un mémoire de M. le docteur Bayard sur le virus varioleux et ses conséquences pour la vaccine et l'inoculation. (Comm. de vaccine.)

4° Le même ministre envoie des échantillons de la source minérale d'Aulus, avec un rapport de puisement de M. le docteur Bordes-Pagès. (Comm. des eaux minérales.)

5° Lettre du ministre de l'instruction publique adressant un mémoire sur un nouveau mode de traitement de l'épilepsie. (Commissaire : M. Baillarger.)

CHOLÉRA ET SUETTE.

M. Robert (de Marseille) adresse un mémoire et des observations sur le choléra de la commune de Sainte-Tulle (Basses-Alpes).

M. Neucourt (de Verdun) adresse un mémoire sur l'épidémie de suette miliaire qu'il a observée dans les villages des environs de Verdun. (Commissaires : MM. Dubois (d'Amiens), Mêlier, Bricheteau, Martin-Solon et J. Guérin.)

M. Boinet, envoyé par le ministre du commerce dans l'arrondissement d'Épernay, écrit que, contrairement à l'assertion émise par M. Lachaise, il a constamment trouvé : 1° le choléra et la suette existant simultanément, quelquefois dans la même maison ; 2° des individus pris de suette devenir cholériques et les symptômes du choléra se déclarer avant que ceux de la suette ne fussent entièrement disparus, de façon que des malades avaient en même temps et la suette et le choléra.

M. Boinet n'a jamais observé d'individus atteints de suette après avoir eu le choléra, même dans la convalescence de cette affection.

L'auteur ajoute avoir vu, dans une des communes qu'il a parcourues, quatre maladies bien caractérisées, le choléra, la suette, la dyssenterie et des angines gangréneuses, fait qu'il signale comme une exception à la loi de l'exclusion des maladies habituelles par une épidémie.

Un élève en médecine propose contre le choléra l'emploi du sulfate de soude pour liquéfier le sang, d'après les expériences de M. Dumas, concernant l'action de cette substance sur le sang.

M. Blaud (de Beaucaire) donne des renseignements sur l'épidémie de choléra dans cette ville.

Le choléra, dit-il, existe à Beaucaire, qui repose tout entier sur un terrain d'alluvion ; mais il y conserve un caractère erratique, c'est-à-dire que bien loin de s'y propager épidémiquement, il n'y paraît que par intervalles, le plus souvent assez longs, et toujours irréguliers, sans prendre pour cela ses caractères spécifiques. Il est digne de remarque que la suette miliaire règne épidémiquement dans la ville. M. Blaud se demande s'il faut adopter l'opinion de quelques médecins qui pensent que cette affection n'est qu'un choléra transformé. Il rapporte un cas qui lui paraît justifier cette théorie. Quant à la question de savoir si c'est à cette suette épidémique qu'on devrait d'avoir été affranchi du choléra grave qui entoure la ville, il s'en réfère à l'avenir pour la résoudre.

NOUVEAU CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME.

M. de Confevron, médecin des hôpitaux de Langres, adresse une observation de mort par le chloroforme, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture. (Voir la *Revue hebdomadaire.*)

M. Velpeau : Après la lecture de cette observation, qui ne permet pas de mettre en doute que la mort, dans ce cas, ait été produite par le chloroforme, l'Académie apprendrait sans doute avec plaisir qu'on pût un jour doter la pratique d'un nouveau moyen anesthésique dépourvu des dangers inhérents aux anesthésiques actuellement en usage. On fait en ce moment des expériences avec un moyen qui produit une insensibilité locale et limitée aux parties sur lesquelles il est appliqué : ce moyen, c'est la réfrigération à l'aide d'un mélange de glace et de sel. L'application de ce mélange sur la peau produit en quelques instants une véritable congélation. Le membre devient froid et insensible, la vie y semble suspendue ; mais cette suspension n'est que momentanée. La chaleur et la vie reparaissent au bout de deux ou trois minutes. J'ai pu, sur une personne qui a bien voulu se soumettre à cette épreuve, enfoncer des aiguilles et même la pointe d'un canif dans la peau ainsi congelée, sans qu'elle en ressentit la moindre douleur. J'en ai fait l'expérience sur une malade à laquelle j'avais une opération à pratiquer ; mais je dois dire que l'insensibilité s'est bornée à la peau. Une fois que l'instrument est arrivé aux parties sous-jacentes, la malade a commencé à éprouver de la douleur. Ce ne sont là, du reste, que des tentatives dont il est possible d'espérer plus tard d'utiles applications.

M. Piorry dit avoir fait cette expérience sur lui-même, et avoir observé, comme M. Velpeau, que l'insensibilité était superficielle. En raison de ces circonstances, ce moyen ne lui semble applicable que dans le cas où on n'aurait à opérer que sur la peau.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

M. Michel-Lévy adresse une collection d'observations et des tableaux qui ont servi de base au mémoire sur lequel M. Gaultier de Claubry a fait un rapport, et il adresse à ce sujet la lettre suivante :

Paris, le 15 octobre 1849.

Monsieur le président,

J'ai eu l'honneur de lire à l'Académie un travail sur l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné au Val-de-Grâce de 1848 à 1849. Cette lecture était le résumé très-succinct d'un mémoire plus volumineux, fondé sur la statistique de 99 cas qui se sont présentés au Val-de-Grâce, et sur l'analyse clinique et anatomo-pathologique de 60 cas que j'avais particulièrement observés et traités dans mon propre service. Je prends la liberté d'adresser à l'Académie les tableaux statistiques où sont résumées 60 observations de méningite minutieusement recueillies, et je tiens à sa disposition les cahiers cliniques où elles sont consignées jour par jour.

L'honorable rapporteur de mon travail n'en ignorait point l'origine laborieuse ni la manière dont les faits de clinique médicale sont recueillis au Val-de-Grâce ; car il a eu la bonté d'assister à ma visite, de voir mes cahiers, et j'ai eu l'honneur de lui montrer trois cas de méningite en traitement et les résultats de deux autopsies. Il sait avec quel empressement j'aurais mis à sa disposition les matériaux et faits à l'aide desquels j'ai établi le travail lu à l'Académie, matériaux et détails dont je n'ai pas cru devoir fatiguer l'attention de cette savante compagnie.

C'est pourquoi j'ai dû éprouver quelque étonnement d'apprendre, à mon retour d'une mission officielle dans les départements, que mon travail a été présenté par M. Gaultier de Claubry comme « *un simple aperçu, manquant complétement de faits minutieusement exposés,* » comme une esquisse de pathogénie, tandis qu'il est en réalité l'expression analytique d'une pratique de dix-huit mois, et l'histoire sommaire de la première épidémie de méningite qui ait été observée à Paris.

Plein de respect pour l'opinion de M. le rapporteur, j'ose toutefois soumettre au jugement de l'Académie cette rectification, qui pourra être appréciée plus complétement par la très-prochaine publication de mon travail.

Veuillez donner communication de cette lettre à l'Académie, si vous le jugez à propos, et agréez, monsieur le président, l'hommage de ma haute considération.

Michel-Lévy,

Médecin en chef et premier professeur au Val-de-Grâce.

M. Piorry écrit, à cette même occasion, qu'il est complétement étranger, quoique membre de la commission, au rapport lu par M. Gaultier de Claubry sur le travail de M. Michel Lévy, et qu'il ne peut s'associer au jugement et aux expressions qu'il renferme.

M. Bégin : A l'appui de la réclamation que vous venez d'entendre, je dois dire à l'Académie que le rapport qui lui a été fait sur le travail de M. Lévy est l'œuvre toute personnelle de notre honorable collègue M. Gaultier de Claubry. Il n'a été ni communiqué aux autres commissaires, ni par conséquent discuté par eux. Je n'ai pas à m'occuper des doctrines exposées dans ce rapport ; je m'étonne seulement qu'elles soient présentées au nom de la commission, qui n'a pu leur donner son assentiment.

Je dois relever un passage du rapport, dans lequel notre honorable collègue indique des erreurs possibles de diagnostic dans les observations rassemblées

par M. Lévy. La possibilité de l'erreur est sans doute toujours admissible ; mais les médecins en chef de nos grands hôpitaux sont toujours choisis parmi des hommes assez distingués, et, dans le cas particulier, celui du Val-de-Grâce est assez connu par la sévérité de sa méthode d'observation pour qu'il ne soit permis d'exprimer de pareils doutes qu'avec une réserve extrême, et peut-être même ferait-on mieux de s'en abstenir.

En ce qui concerne les conclusions du rapport, elles semblent en contradiction avec le rapport lui-même, et je ne saurais les approuver. On comprend difficilement qu'après avoir indiqué et apprécié les observations sur lesquelles s'appuie M. Lévy, l'honorable rapporteur présente le travail de ce médecin comme un aperçu, plein de mérite sans doute, mais manquant complétement de faits cliniques minutieusement observés. Il faut se rappeler que la communication de M. Lévy n'a été présentée que comme le résumé d'un mémoire plus étendu qui aurait dépassé les bornes assignées à une lecture, et que l'auteur a mis à la disposition du rapporteur. Je me résume, en répétant que le rapport est l'expression de l'opinion personnelle de l'honorable collègue qui l'a présenté à l'Académie, et que, quant aux conclusions, si j'avais été appelé à les formuler, elles eussent été différentes.

M. Gaultier de Claubry : J'ai procédé, pour faire mon rapport, comme procèdent, je crois, à peu près tous les rapporteurs ; je crois donc que je n'ai pas à me justifier à cet égard. Quant aux expressions et au jugement contenus dans le rapport, je ne crois pas qu'il y ait rien à en retrancher, et je les prends très-volontiers sous ma responsabilité.

M. le Président : Les usages académiques sont que, lorsqu'un auteur ne veut lire que le résumé d'observations nombreuses qu'il serait trop long de faire écouter à une académie, il dépose ces observations à l'appui du résumé qu'il en a fait. Si M. Lévy n'a pas fait ce dépôt, je ne pense pas qu'on puisse faire un tort à M. Gaultier d'avoir porté un jugement sur les seuls documents qu'il avait entre les mains.

— M. Malgaigne a la parole à l'occasion du procès-verbal.

ENGORGEMENTS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

M. Malgaigne : L'Académie se rappelle que j'ai dit dans la dernière séance que les rétroflexions de la matrice étaient très-rares, et que je ne me rappelais en avoir vu à peine que deux ou trois exemples, tandis que les antéflexions, au contraire, m'ont toujours paru très-communes. Ayant tenu à m'éclairer plus exactement sur ce point, j'ai examiné depuis avec un grand soin et minutieusement un certain nombre de femmes entrées dans mon service pour des maladies de matrice, et j'ai rencontré trois cas bien évidents de rétroflexion. J'ai pensé que cette déclaration ne serait pas sans influence sur la discussion qui est engagée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les engorgements et les déplacements de la matrice.

La parole est à M. Moreau.

M. Moreau : Les rectifications que viennent de faire MM. Velpeau et Malgaigne réduisent à peu de choses les observations que je me proposais de présenter, mon intention étant de combattre les exagérations que renferment les propositions émises par ces deux honorables collègues.

La première assertion de M. Velpeau m'avait paru, en effet, beaucoup trop absolue et trop générale. Avec peu d'habitude du toucher, on a bien pu prendre souvent des cas de rétroflexion ou de rétroversion de l'utérus pour des engorgements; mais ce n'est pas une raison pour ne pas admettre l'existence de ces engorgements. On demande des preuves anatomiques sur le cadavre; j'en ai une sur le vivant qui n'est, hélas! que trop évidente. On avait pratiqué l'ablation d'un utérus considéré comme cancéreux, et quand l'organe fut sur la table, on reconnut qu'il était simplement engorgé. Je parle, bien entendu, des engorgements du corps de la matrice; car, pour ce qui est des engorgements du col, ils sont incomparablement plus fréquents que ceux du corps, très-fréquents même, et personne ne pourrait songer à en nier l'existence.

Il est une autre assertion sur laquelle j'ai vu avec plaisir revenir M. Malgaigne. Cependant, malgré cette rectification, je regrette encore d'être obligé de me trouver en contradiction avec lui. Je dirai à mon tour, contrairement à l'assertion de notre honorable collègue, que les antéversions de la matrice sont très-rares. Si l'opinion contraire est généralement admise, si l'on voit beaucoup de femmes avec des bandages à antéversion, cela tient à ce qu'on ne se rend pas parfaitement compte des dispositions de la matrice en pareil cas. Pour qu'il y ait antéversion, il faut que le col soit dirigé horizontalement en arrière, dans la cavité du sacrum, tandis que le corps est incliné en avant et placé dans le pubis. Or cette disposition, dont il résulte des accidents très-graves, est extrêmement rare; je ne l'ai pas rencontrée, pour ma part, plus de deux ou trois fois. Il en est tout autrement pour la rétroversion, qui est beaucoup plus fréquente. On l'observe plus souvent dans l'état de vacuité que dans l'état de plénitude. Dans ce dernier état surtout, si la grossesse est avancée, le volume de l'utérus est tel que sa rétroversion est à peu près impossible. Quand elle a lieu, la grossesse étant encore peu avancée, il en résulte des accidents formidables; l'avortement en est la conséquence inévitable. Quant à la rétroversion dans l'état de vacuité, elle est moins grave que l'antéversion. Les accidents qu'elle produit se bornent à quelques troubles du côté des organes digestifs, surtout s'il y a constipation ; chez quelques femmes même, il n'en résulte aucun accident notable.

Il y aurait d'autres observations à faire sur d'autres points du travail de M. Baud; j'en laisse le soin à ceux de mes collègues qui vont prendre la parole.

M. Jobert : Le mémoire de M. Baud a fourni à M. Hervez de Chégoin l'occasion de faire des réflexions très-justes, et que pour ma part j'approuve. Autrefois on connaissait très-peu les maladies de la matrice; l'étude de ces maladies a fait des progrès de nos jours, mais elle est encore loin cependant de la perfection.

M. Baud admet l'engorgement chronique de l'utérus, le rapporteur ne le repousse pas, mais quelques membres de l'Académie en mettent en doute l'existence. Cela tient un peu aux idées que l'on se fait de la texture de cet organe; on s'est dit *à priori* : Les engorgements du col de l'utérus ne se pourraient concevoir que dans le cas où il existerait du tissu cellulaire dans cet organe; dans le cas contraire, ces engorgements seraient impossibles. Or les recherches de M. Lacauchie ont prouvé qu'il n'y avait point de tissu cellulaire dans le col, tandis qu'il en existe en très-grande abondance dans les téguments larges et autres annexes de l'utérus. Mais la question n'est pas là. Il y a beaucoup de vaisseaux dans le col, et là où il y a des vaisseaux, il peut y avoir des engorgements. Et puis, pourquoi n'admettrait-on pas des engorgements chroniques du moment où l'on admet des engorgements aigus? Ainsi, il faut bien reconnaître la possibilité de ces engorgements, malgré l'absence du tissu cellulaire. Ne voit-on pas, en effet, un excès de volume du col, avec diminution dans sa consistance, des perforations, des ouvertures qui donnent issue à du pus? Ce ne sont point là des carcinomes, puisque ces lésions guérissent. Lors donc qu'on voit un col saillant ponctué, et qu'il existe un écoulement muco-purulent, il est évident qu'il y a là un travail inflammatoire chronique. Il est donc vrai de dire qu'il existe des engorgements chroniques de l'utérus; ils existent et comme phénomènes symptomatiques d'autres affections, et comme affections idiopathiques locales. Si, dans le premier cas, les médications générales suffisent quelquefois pour amener la guérison, il faut de toute nécessité recourir, dans le second cas, à des modificateurs locaux, sinon d'une manière exclusive, au moins comme moyen principal. C'est dans ce cas que les cautérisations avec le fer rouge sont indiquées et parviennent souvent à modifier de la manière la plus avantageuse l'état des tissus malades.

Un mot maintenant sur les déplacements et les déviations de l'utérus.

M. Baud s'est à peu près exclusivement occupé des antéversions ; cela se conçoit, car c'est contre ces déplacements qu'il a imaginé un appareil. Il dit qu'à l'aide de cet appareil, on peut guérir rapidement tous les déplacements de l'utérus en avant. Je crois que si l'on avait étudié avec plus de soin ces déplacements, on serait arrivé à des données thérapeutiques toutes différentes. Si l'on propose un moyen unique pour remédier à tous les cas d'antéversion, c'est qu'on n'a pas réfléchi suffisamment sur leur origine et leur mécanisme. Il y a une distinction importante à établir à cet égard; il y a des déplacements congéniaux et des déplacements acquis. Les premiers sont plus communs qu'on ne le pense ; ils tiennent à un arrêt de développement de certaines portions de l'utérus et de ses annexes. Quand on examine en effet des utérus affectés de déviations congéniales, on voit qu'il y a une atrophie de toutes les parties qui sont dans le sens de la courbure ou de l'obliquité; il en est de même des vaisseaux qui rampent dans cette région, de la séreuse qui enveloppe la portion atrophiée de l'utérus et des annexes de cet organe; toutes ces parties sont également atrophiées. Il y a, en un mot, un vice de conformation qui dépend d'un changement survenu dans la texture même de l'organe. Comment veut-on qu'un organe qui a perdu sa forme et sa texture normale, qui est réduit de volume dans un sens, puisse être redressé et ramené à des conditions régulières, être guéri en un mot? Cela n'est pas possible. J'ai voulu essayer de redresser des utérus ainsi déviés, je n'ai jamais pu y parvenir.

Il en est tout autrement des déviations acquises ou accidentelles. Celles-là sont remédiables, mais il ne faut pas oublier que, bien que ces déplacements soient des phénomènes en apparence locaux, on ne peut espérer les guérir exclusivement à l'aide de moyens mécaniques, pas plus celui de M. Baud que les autres. Les déplacements, dans ces cas, tiennent à des modifications des tissus qu'il faut ramener aux conditions normales si l'on veut obtenir une guérison définitive, ce n'est qu'à titre d'auxiliaires des moyens propres à amener ces modifications que les agents mécaniques peuvent être utiles.

Je m'en tiens pour l'instant à ces principes généraux dont les développements me conduiraient trop loin.

M. Robert : Depuis l'impulsion donnée à l'étude des maladies de l'utérus, on a rattaché à l'engorgement de cet organe presque toutes les altérations autres que les cancers, polypes, corps fibreux, etc.... Mais personne n'a tenu compte des lésions dont la membrane interne de l'utérus peut devenir le siége. Cela tenait sans doute à ce que, pendant longtemps, on a contesté l'existence de cette membrane; mais aujourd'hui que les travaux de MM. Weber, Krause, en Allemagne, de MM. Coste, Robin, Lebert, en France, nous en ont révélé la structure, il n'est plus permis de l'oublier dans l'étude des maladies de l'utérus.

En prenant la parole dans cette discussion, mon intention est d'établir qu'il importe de connaître les divers états pathologiques de cette membrane susceptibles d'être confondus avec l'engorgement du tissu propre de l'utérus, erreur préjudiciable aux malades, car les altérations dont il s'agit réclament un traitement local bien différent de celui des engorgements proprement dits.

La plus importante de ces altérations consiste dans la présence de petites tumeurs, de granulations plus ou moins confluentes, développées sur la membrane interne du corps de l'utérus. Irrégulières et variables pour le volume entre celui d'un grain de millet et celui d'un pois, elles sont tantôt denses, blanchâtres, demi-fibreuses, tantôt, au contraire, molles, vasculaires et semblables à un détritus de placenta. Elles n'occupent en général qu'une petite étendue de l'utérus et siégent principalement sur sa face postérieure, dans le voisinage des trompes. M. Robin, dont tout le monde connaît l'habileté en micrographie, a reconnu que ces granulations ont la même structure fondamentale que la membrane mu-

queuse de l'utérus, et que ce sont de simples excroissances de cette membrane, formées de tissu cellulaire en petite quantité et d'éléments fibro-plastiques plus abondants que ceux de la muqueuse à l'état normal.

On voit, par le résultat de ces recherches, que les granulations utérines peuvent contenir les divers éléments de la membrane muqueuse du corps de l'utérus, et qu'elles consistent en une hypertrophie locale de ces éléments.

Le développement de ces granulations paraît avoir lieu quelquefois sous l'influence des causes générales qui déterminent la leucorrhée, mais elles se manifestent surtout à la suite de l'accouchement. Les malades qui en sont affectées éprouvent des douleurs hypogastriques ou lombaires et un écoulement utérin mucoso-purulent. Vers le milieu des époques menstruelles, les douleurs deviennent plus vives et s'accompagnent d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant, qui se prolonge parfois jusqu'à l'époque suivante.

Les symptômes auxquels les granulations utérines donnent lieu étant semblables à ceux que l'on attribue généralement à l'engorgement chronique de l'utérus, il n'est donc pas étonnant que ces granulations aient été fréquemment méconnues. Souvent ce n'est qu'après avoir vainement employé les moyens propres à combattre ce que l'on supposait être un engorgement de l'utérus, que l'on est conduit à explorer la cavité de cet organe et à rechercher l'état de sa membrane interne. Les moyens généraux, si utiles dans le cas d'engorgement, n'obtiennent que peu de succès quand il s'agit de granulations; il faut ici, comme on le pratique pour les affections granuleuses des autres régions, et de l'œil en particulier, attaquer la maladie par des moyens locaux; détruire d'abord tout ce qu'on peut attaquer par l'abrasion et modifier profondément ensuite la membrane muqueuse par l'emploi de la cautérisation.

Je crois avoir suffisamment démontré que la science a besoin d'être revisée, en ce qui concerne les engorgements de l'utérus; que la surface interne de cet organe peut devenir le siége de granulations dues à l'hypertrophie locale de la membrane muqueuse; que ces granulations se développent sous l'influence des hypérémies actives dont l'utérus est fréquemment le siége; qu'elles donnent lieu à des troubles fonctionnels analogues à ceux que l'on attribue à l'engorgement chronique du tissu propre de l'utérus; que cependant il importe beaucoup de les en distinguer, parce que le traitement général est insuffisant pour les guérir. Il faut, par des moyens directs, les détruire le plus possible, et modifier, par la cautérisation, la membrane muqueuse qui leur donnait naissance.

M. Huguier, appelé à son tour d'inscription, renonce à la parole vu l'heure avancée.

M. Rochoux, inscrit à sa suite, consent à parler.

M. Rochoux: Puisque, suivant M. Malgaigne, la pathologie de l'utérus en est encore à l'état de recherches, il doit à plus forte raison en être de même de la thérapeutique. Cela me met à l'aise pour ce que j'ai à dire sur ce sujet.

L'engouement pour le traitement antiphlogistique, dont M. Gibert a tracé un tableau exact et fort animé, ne me semble pas aussi surprenant qu'à lui; il a été le résultat de cette crédulité innée, de cet entraînement vers des espérances chimériques dont les médecins ne sont pas plus à l'abri que les autres hommes. Sénèque pensait qu'un temps viendrait où de semblables travers d'esprit disparaîtraient, ce qui lui faisait dire : *Sanabilibus œgrotamus malis.* Je crains bien que la vérité ne soit dans l'opinion opposée. Au reste, on peut très-bien, sans décider cette question, assurer que les merveilleux succès obtenus par les médecins du dernier siècle, en traitant les affections de l'utérus d'après les indications générales, ont été fort exagérés. En voici, suivant moi, la preuve. Ces médecins ne nous ont rien laissé de vraiment estimable sur la pathologie de l'utérus; ils ne devaient pas être beaucoup plus avancés par rapport à la thérapeutique des affections de cet organe dont je vais parler brièvement.

A l'époque où je pratiquais la médecine, j'ai cru, dans plusieurs cas, avoir constaté l'existence d'engorgements de l'utérus. Cependant j'avoue que, si je n'avais rien de mieux à invoquer que mon expérience personnelle, je n'hésiterais pas à l'abandonner devant les assertions si positives de M. Velpeau. Mais tant de médecins m'ont dit avoir constaté au spéculum l'existence de l'engorgement chronique du col utérin, que jusqu'à nouvel ordre j'y croirai. Je parlerai aussi, comme en ayant vu un exemple, de l'ulcération traumatique de l'utérus à l'état de vacuité. Dans le cas soumis à mon observation, une vaste plaie ulcérative du col s'est promptement et parfaitement cicatrisée.

Maintenant un mot de physiologie. M. Baud considère l'utérus comme étant à peu près inerte dans l'état de vacuité; mais on ne saurait admettre cette opinion quand on songe aux cas très-nombreux d'accidents très-variés et très-graves produits par de simples déplacements de l'utérus, qu'un traitement purement local a fait complétement disparaître. Je verrai également une preuve de relations très-actives de l'utérus avec toute l'économie dans ce fait très-remarquable, que presque toutes les ablations de matrice pratiquées jusqu'à ce jour ont été suivies de mort au bout d'un temps plus ou moins court. Je sais bien qu'on attribue ce résultat à la péritonite; mais je pense que l'enlèvement d'un organe important par ses fonctions a dû y être pour quelque chose. D'après cela, si j'étais forcé de choisir entre l'opinion des anciens et la nouvelle, je renoncerais à celle-ci, non parce qu'elle est trop ou simplement exclusive, c'est le propre de toute proposition vraie, puisque évidemment la vérité est exclusive de l'erreur; mais l'opinion moderne me semble inexacte, et je la rejette à cause de cela. Au reste, je suis à cet égard très-disposé à me ranger à celle de M. Bérard dès qu'il nous l'aura fait connaître. En attendant, il est une assertion du rapport que dès à présent je dois combattre, *proprio motu*, dans toute la rigueur du terme.

M. Hervez de Chégoin vous a dit qu'il se faisait quelquefois vers l'utérus des flux séreux comme vers le cerveau. A cet égard, je dirai n'avoir jamais vu ni lu un seul exemple de sérosité infiltrant le cerveau. Je sais bien que, dans ces derniers temps, on a souvent parlé de l'œdème du cerveau; mais cet œdème, si mal dénommé, consiste tout simplement dans une infiltration séreuse de la pie-mère. Le tissu cérébral n'est jamais infiltré alors, comme l'est réellement le poumon affecté d'œdème. Si M. le rapporteur a entendu par afflux de sérosité vers le cerveau ces épanchements aigus de sérosité dans les ventricules, si improprement décorés du nom d'apoplexie séreuse, je lui ferai observer qu'en pareil cas le cerveau est aussi exempt de mal que le testicule dans l'hydrocèle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la méthode amovo-inamovible; par M. Seutin. — 1 vol. gr. in-8° avec planches intercalées. — Bruxelles, chez J.-B. de Mortier, rue Léopold, 26, faubourg de Namur. — 1849.

S'il s'est vu de nos jours une découverte féconde en applications utiles, simple à formuler, facile à démontrer, acceptée de tous, rendant chaque jour de nouveaux services, c'est assurément le système déligatoire imaginé par M. Seutin, et auquel il a donné le nom de méthode *amovo-inamovible*. La sanction d'oppositions plus ou moins scientifiques ne lui a pas plus manqué qu'à toutes les grandes et belles conceptions. En quelques années le professeur de Bruxelles s'est trouvé successivement aux prises avec les diverses catégories hostiles qui, à notre honte, accompagnent, dans le domaine de la médecine, toute prise de possession un peu importante. Après avoir vu son idée rapportée aux anciens, il a eu à la défendre contre le dénigrement acharné des envieux. Quelques-uns la défigurèrent pour se l'approprier plus sûrement; d'autres s'obstinaient à la confondre avec le bandage inamovible, et ne tarissaient point sur ses dangers. Enfin, un sentiment puéril de nationalité s'en mêlant, on put un instant croire à un nouveau blocus contre l'importation en France d'un procédé qu'il avait bien fallu se résigner à considérer comme belge d'origine.

A ce soulevement presque universel M. Seutin n'opposa que le langage sans artifice, mais ferme autant que simple, du bon droit et de la vérité. Sa rare activité suffit à lui faire constamment éviter le double écueil qui, dans cette circonstance, menace tout inventeur. Sans abandonner aux rivaux qui le harcelaient un seul de ses titres de possession, il sut en même temps élever la discussion au-dessus de ces petites questions de personnes, et révéla le véritable auteur de la découverte par les développements cliniques qu'il ne cessa de lui donner. L'histoire, si souvent forcée d'enregistrer d'iniques usurpations, d'indignes partages, dira que, cette fois du moins, l'honneur un moment disputé ne tarda pas à revenir, et est revenu tout entier à celui qui l'avait mérité moins encore par la priorité que par le caractère pratique de ses travaux.

Nous venons de le dire, M. Seutin avait dans ce combat marqué chacun de ses pas par l'heureuse extension de son principe aux mille problèmes de la chirurgie et de la médecine opératoire; mais l'énoncé de ces intéressantes applications serait demeuré perdu dans la multitude d'écrits que produisit cette polémique, si leur auteur ne les eût lui-même recueillies et coordonnées en une série méthodique. L'ouvrage qu'il vient de publier reproduit d'abord succinctement les débats animés qui signalèrent l'origine de la découverte, puis, et plus longuement, les résultats importants dont il n'est pas une seule partie de la science qui n'ait directement ou indirectement profité.

La première section de l'ouvrage, consacrée à l'historique de la méthode, ne s'appesantit qu'incidemment sur le côté purement polémique; elle rappelle, au contraire, en détail les phases par lesquelles la découverte dut passer avant d'acquérir la maturité qui lui permit de devenir à son tour le point de départ de fructueuses recherches. On y reconnaît surtout un soin vigilant de bien discerner ce qui constitue la méthode et la distingue des imparfaites ébauches qu'on met sans cesse en opposition avec elle. Ce n'est pas seulement par la substance employée, par l'amidon, que le système de M. Seutin en diffère, quelque supériorité qu'elle ait en ceci sur le plâtre, la dextrine, le mélange de Larrey, etc. Les principaux éléments de sa prééminence sont la facilité qu'elle donne de convertir instantanément un pansement inamovible en amovible, et réciproquement; puis la compression circulaire et douce qu'elle exerce sur le membre, la sûreté et l'innocuité de l'action extensive qui en résulte, la liberté qui lui est inhérente de faire mouvoir le membre blessé, etc. Mais n'anticipons point : chacun de ces chefs spéciaux sera bientôt ramené sous notre plume à mesure que nous avancerons dans l'analyse de l'ouvrage.

Dans la seconde section, l'auteur s'est particulièrement proposé de tra-

cer les principes sur lesquels la méthode amovo-inamovible repose, et les caractères distinctifs qui la font reconnaître et la séparent des autres systèmes de pansement plus ou moins analogues. Comme ces notions, bien comprises, peuvent non-seulement vulgariser et assurer l'exacte mise en œuvre de la méthode, mais encore devenir le germe d'applications nouvelles entre les mains de ceux qui les voudront méditer, il importe qu'elles soient énoncées de manière à ce qu'il ne reste aucun doute sur des choses que l'envie ou l'ignorance ont déjà si souvent obscurcies.

1° Le premier but consiste à établir une compression circulaire sur la partie malade, au lieu de la comprimer latéralement comme avec les attelles employées selon l'ancien procédé. La pression porte sur la surface entière du membre; de plus, elle se gradue à volonté. Ce double effet prévient l'inflammation, assure la résolution des fluides épanchés, maîtrise la contraction musculaire, et surtout continue de la manière la plus parfaite le rapport exact que la coaptation avait amené entre les bouts osseux.

2° Permettre les mouvements généraux et ne condamner au repos que la partie malade, est le second avantage que M. Seutin promet, et que seul il a réalisé. Tandis que, avant lui, les blessés s'étiolaient dans un lit de douleur où les vieillards trouvaient une cause presque certaine de mort, ils peuvent maintenant, à part les complications graves, se livrer dès le quatrième ou cinquième jour à de légers mouvements, puis marcher, prendre l'air, se distraire : conditions d'autant plus heureuses qu'en raffermissant la constitution elles rendent aussi la consolidation plus prompte et plus sûre. La *déambulation* ouvre une voie toute différente au traitement des malheureux fracturés, et ceux qui l'utiliseront n'oublieront point qu'elle n'a été possible que grâce à la méthode de M. Seutin.

3° Le dernier bienfait de ce système est de fournir au chirurgien alternativement et à son gré un appareil à la fois amovible et inamovible. C'est là le point culminant de l'ouvrage : sans cette précieuse faculté, M. Seutin n'aurait imaginé qu'un bandage un peu plus solide et plus commode que ses prédécesseurs; mais il n'eût pas changé la face de cette partie de la thérapeutique chirurgicale. C'eût été, si vous voulez, l'inamovible de Larrey, perfectionné dans sa construction, mais passible, au fond, des mêmes reproches qui en avaient déjà fait généralement abandonner l'emploi. L'éternelle objection contre tout appareil à demeure lui fût restée applicable. « Mis sur un membre tuméfié, il deviendra trop large du moment que le membre diminuera de volume, et ne fournira par conséquent plus qu'une contention insuffisante. »

Mais si vous gardez, au contraire, le pouvoir de réduire la capacité du corps contenant, à mesure que le contenu perd ses dimensions primitives; si, surtout, vous pouvez exécuter ce changement avec une facilité et une précision telles que les proportions réciproques de l'enveloppe et du membre qui y est compris se correspondent incessamment et de la manière la plus parfaite, quelque brusques, étendues, multipliées que puissent être les variations de ce dernier, alors la question est toute autre, et vous ne pouvez plus nier la supériorité de l'appareil qui permet de réaliser de tels avantages. Ils sont, en effet, d'autant plus précieux que, avec l'agrandissement et le resserrement facultatifs de la coque contentive, le chirurgien a également la liberté de visiter les surfaces malades, d'y appliquer tous les topiques, d'y pratiquer toutes les explorations, d'y faire toutes les opérations que leur état peut réclamer.

Lorsque la possibilité d'un pareil résultat fut pour la première fois annoncée au monde médical, on put hésiter à croire, tant il se rapprochait de la perfection idéale en ce genre, qu'elle fût réellement entre les mains de l'inventeur. Aujourd'hui l'expérience a fait taire tous les doutes. Et cependant, quoiqu'on sache que ceci se passe à nos portes, dans un hôpital voisin des nôtres, il est encore un grand nombre de praticiens qui, pourtant de très-bonne foi, ne sauraient placer eux-mêmes un bandage amidonné selon les vrais principes. Ils applaudissent à l'idée, en sentent toute la portée, combattraient même au besoin les objections qu'ils entendraient diriger contre elle; mais comme l'ancienne méthode leur est seule familière, ils n'osent la changer contre l'inconnu et termineront vraisemblablement leur carrière sans avoir pu se décider à passer de l'approbation à l'exécution. C'est là sans doute un des sérieux périls de toute innovation; et, bien que blâmable en elle-même, je conçois néanmoins cette irrésolution lorsqu'il s'agit, comme ici, d'un ensemble de moyens aussi nombreux, lorsque surtout la crainte, habilement exploitée par l'opposition, des accidents les plus graves est toujours là pour enchaîner la main de celui-là même qui voudrait le plus ardemment quitter l'ornière de la routine.

A ces appréhensions louables, mais exagérées, un ouvrage tel que celui que nous annonçons était le meilleur remède. Après avoir stimulé l'attention du lecteur par l'exposé des avantages de sa méthode, M. Seutin a voulu que chacun, fût-ce même l'officier de santé le plus isolé, pût les réaliser facilement au profit de ses malades. Le chapitre qui traite des *procédés* ne laisse rien à désirer sous ce rapport. Il a été écrit, ce semble, pour aller au-devant des mille hésitations qu'on éprouve toujours avant d'accomplir pour la première fois un acte chirurgical quelconque, celui-ci, surtout, où les fautes se traduisent en infirmités si hautement et si longtemps accusatrices. Se faisant humble, détaillé, minutieux, afin de mieux éclairer, M. Seutin suppose un lecteur qui n'aurait jamais entendu parler de ses procédés, et lui indique pas à pas, avec ordre et clarté, comment il pourra confectionner, placer, surveiller, et modifier au besoin le bandage. — Plus d'une fois déjà, en analysant quelques écrits sur cette matière, la GAZETTE MÉDICALE avait exprimé le regret de voir les préceptes élémentaires confinés au dernier rang, souvent même sacrifiés aux considérations spéculatives. Il appartenait à l'auteur même de la méthode de réparer cet oubli. L'œil du maître a sagement vu la lacune : il a compris que, pour obtenir la vulgarisation de ses dogmes, il lui fallait commencer par former les praticiens à les appliquer exactement; et il n'a pas craint d'être trop long, prolixe, diffus même dans cet enseignement, certain que les objections contre la méthode s'évanouiront du moment où tout le monde saura l'employer suivant les principes véritables.

Ce chapitre renferme quatre parties distinctes : la *préparation* des pièces, instruments et substances qui entrent dans la composition de l'appareil; la *déligation* (pose des bandes, et des attelles, dessèchement, contention provisoire, etc.), la *section* du bandage et les *soins consécutifs*. — On voit que, pour l'auteur, inciser le bandage n'est point un temps facultatif, et dont il y ait parfois lieu de se dispenser; c'est une des conditions essentielles, tellement fertile en avantages, si capable de répondre aux indications les plus variées et les plus pressantes qu'il en érige l'exécution en une règle de rigueur. — Enfin, la *déambulation* donne matière à quelques conseils qui la rendront sans danger, en même temps qu'ils permettront d'en tirer tout le parti possible.

Si développées que soient ces explications, il aurait cependant manqué quelque chose à la connaissance de l'appareil amidonné si un parallèle avec les procédés rivaux n'était venu faire ressortir les défectuosités que M. Seutin a voulu corriger en l'exécutant. Il passe successivement en revue, dans ce but, la dextrine de M. Velpeau, le papier de M. Laugier, le plâtre coulé, l'appareil gypso-amylacé de M. Lafargue, l'appareil emplastique et de papier amidonné de Lavacherie, celui auquel MM. King et Christophers ont ajouté des bandes de caoutchouc. — Nous aurions désiré trouver dans cette liste le nom et les procédés de M. Bonnet (de Lyon); ses inventions, qui répondant à la plupart des indications aussi bien que le bandage amidonné, se recommandent en outre par la manière simple et commode dont elles permettent au malade de se soulever lui-même. Il y aurait eu plus d'intérêt à rapprocher du bandage amidonné ces machines ingénieuses que de rappeler des idées depuis longtemps déjà tombées en désuétude. Une prochaine édition fera sans doute justice de cette omission. L'impartialité et l'indépendance de caractère de M. Seutin nous en sont de sûrs garants; car il a trop d'habitude de la polémique pour ignorer qu'une comparaison vaut surtout quand elle porte sur des choses presque semblables entre elles.

La méthode amovo-inamovible, appliquée d'abord exclusivement aux fractures, a bientôt dépassé ces étroites limites. Agent de compression, d'union, de contention, d'immobilité, elle ne pouvait manquer de voir ses indications se multiplier, puisqu'il est à peine une maladie où le besoin ne se fasse sentir de remplir l'un ou l'autre, souvent plusieurs simultanément de ces divers buts. La TROISIÈME SECTION du livre, destinée à montrer les applications cliniques de la méthode, devait donc recevoir ici des proportions considérables. Qui oserait dire cependant qu'elles sont exagérées, qu'elles n'augmenteront pas encore d'ici à peu d'années? Quant à nous, loin de reprocher encore ici à M. Seutin l'étendue de ses développements, nous croyons plutôt qu'il n'a fait que choisir dans la riche carrière qu'il s'est ouverte; et nous ne doutons pas qu'il n'eût pu remplir aisément plusieurs centaines de pages encore, s'il s'était préoccupé du soin de raconter ses propres découvertes plutôt que d'ouvrir la voie à ses confrères en leur révélant la convenance de ce précieux moyen aux cas les plus divers.

Il faut cependant distinguer. En ce qui concerne *les fractures*, l'appareil amovo-inamovible a une supériorité marquée; de plus, son application doit varier selon le siége de chacune de ces lésions. Enfin le succès dépend presque en totalité de la manière dont le bandage est placé, surveillé, modifié. Par cette triple raison, la partie didactique devait être et est effectivement beaucoup plus longue sur ce chapitre. Chaque fracture fait le sujet d'un paragraphe spécial, où les règles particulières ont reçu tous les développements nécessaires et même utiles. Des planches intercalées font comprendre non-seulement l'ensemble de l'opération déligatoire, mais encore chacun de ses temps. Puis des observations choisies montrent les difficultés accidentelles et le moyen de les vaincre par une judicieuse entente des ressources de la méthode. S'il consulte et médite soigneusement ces articles, le praticien débutant y puisera toute l'instruction dont il a besoin pour affronter le passage scabreux de la théorie au manuel. C'est là un éloge que peu d'auteurs ont obtenu de nous; mais nous le donnons, cette fois, sans plus de restrictions que de scrupules, parce que tout le

monde pourra vérifier combien il a été laborieusement et dignement mérité.

L'auteur a été plus sobre alors qu'il s'est agi des cas où l'amovo-inamovible ne joue qu'un rôle secondaire, où il peut être remplacé par d'autres moyens, où enfin son emploi n'est pas encore admis généralement. Dans un champ à peine ensemencé, là où l'on peut seulement espérer des produits, il y aurait témérité à tenir le même langage, à faire entendre les mêmes promesses qu'au milieu d'une riche moisson. Aussi trouve-t-on dans ce chapitre plus d'aperçus que de conclusions assises sur la statistique, plus de présomptions, toutes rationnelles, il est vrai, que d'affirmations, fruit d'une expérience suffisamment abondante. Exceptons cependant de ce jugement ce qui a rapport au traitement des *luxations* et des *entorses*. L'indication est si analogue à celle que suscitent les fractures qu'on pouvait à coup sûr préjuger aussi l'identité des résultats thérapeutiques. L'observation de M. Seutin a pleinement vérifié cette prévision.

Il n'est pas de partie où l'imagination inventive de M. Seutin abonde en données plus neuves, plus pratiques que le chapitre du *traitement des plaies*. On reste vraiment surpris de la multitude de ressources qu'il trouve à cet égard dans l'adaptation du bandage amidonné aux exigences des différentes solutions de continuité. Plaies des tendons, bec-de-lièvre, pertes de substance, contusions, ulcères, amputations, tout devient justiciable de la méthode favorite ; et, sans partialité, on peut dire que, sous l'impulsion intelligente de l'auteur, elle suffit à remplacer la plupart des conditions nécessaires à la cure de ces lésions. Les principaux effets de l'amidonné sont ici d'abord d'assurer l'immobilité des parties coaptées, sans condamner pour cela l'individu à un repos absolu et pernicieux. En second lieu, le bandage-Seutin fournit aux bords de la plaie qu'on vient de réunir un tuteur précieux qui ne permet ni aux bandelettes ni aux appareils unissants de se décoller ou de se relâcher. Ce secours est surtout utile lorsqu'il n'y a pas lieu de compter sur l'adhésion immédiate, et que l'écartement incessant des lèvres divisées doit être combattu par une force aussi persévérante, aussi tenace que lui-même. Est-ce là tout ? Non. Pour M. Seutin, l'amovo-inamovibilité *calme la sensibilité surexcitée*, est *le plus puissant narcotique ;* elle oppose au gonflement une *barrière insurmontable ;* elle *maintient la suppuration dans de justes limites et la soustrait aux influences qui peuvent interrompre son cours ou pervertir sa nature ;* elle *régularise le niveau des surfaces suppurantes ;* elle *prévient l'ankylose*..... Rabattons sans façon de moitié. Il restera encore un assez beau rôle pour la protégée de M. Seutin ; et, dans quelques années, il sera le premier à nous remercier de la restriction légitime que nous mettons à ce qui est sans doute l'expression de ses espérances bien plus que de sa pensée.

Un système tout particulier de pansement a été imaginé pour les plaies d'*amputation*. Parfaitement combiné dans ses divers éléments, il a pour but et réussit en effet à éviter les mouvements tout en permettant le transport du blessé, à calmer la contraction musculaire, à faciliter les pansements, favoriser l'écoulement du pus, prévenir la conicité du moignon. Nous regrettons de ne pouvoir donner la description de cet appareil, assez compliqué, il est vrai, mais fort ingénieusement adapté à sa destination.

Les *tumeurs blanches* fournissent un exemple remarquable de l'influence curative de l'amovo-inamovibilité. Simple auxiliaire dans beaucoup de cas, elle possède ici une efficacité manifeste, et qu'on est d'autant plus heureux de pouvoir appeler à son aide dans le traitement de ces redoutables affections, que les autres médications, externes ou internes, se concilient aisément avec son emploi. Quatorze observations font preuve de l'amélioration profonde que le repos absolu de la jointure malade procure ; l'effet est d'autant plus rapide que le sujet pouvant en même temps marcher, échappe aux inconvénients que l'inaction et la reclusion produiraient sur sa constitution ordinairement déjà ruinée par le vice scrofuleux ou par les tubercules. Les *arthrites*, les *plaies articulaires*, les *arthralgies*, qui commandent une situation identique, se trouvent également bien de l'appareil qui, sans nul effort, assure l'invariable continuité.

L'*orthopédie* prête à cette méthode des occasions non moins fréquentes de déployer sa puissance. Tout redressement du membre incurvé, toute section de cicatrice vicieuse, établissent une attitude nouvelle, insolite, requièrent par conséquent des agents capables de maintenir celle-ci. Le bandage amidonné y satisfait mieux qu'aucun autre, et offre en outre la possibilité de renouveler les pansements aussi souvent qu'on le désire, sans faire perdre une seule minute la position qu'il est si important de conserver. Parmi les cas cités dans cette catégorie, on remarquera plusieurs opérations de difformités suite de cicatrices, pratiquées avec un plein succès selon les principes fondés par M. J. Guérin.

Nous aurions voulu faire encore connaître l'heureux parti que M. Seutin a su tirer de sa découverte pour la cure des *anévrismes*, des *varices*, de la *hernie ombilicale*, des *engorgements testiculaires*, des *inflammations du sein*, du *bec-de-lièvre*, etc. Mais nous touchons aux limites que, même pour un si puissant intérêt, on pourrait nous savoir mauvais gré de dépasser ; nous n'avons du reste pas prétendu relever ici l'inventaire complet de tous les services que la méthode amovo-inamovible est à même de rendre. Si tel eût été notre dessein, nous aurions bien vite, à l'exemple de M. Seutin, reconnu l'impossibilité d'épuiser une source si féconde. La mesure de son extension n'appartient ni à un homme ni à une époque : l'avenir seul la pourra révéler. Mais, en attendant, n'épargnons point les encouragements à celui qui l'a, en quelques années, conduite, sous le rapport de l'exécution, à un degré si voisin de la perfection. En livrant aujourd'hui à ses confrères le secret de tous ses procédés, M. Seutin s'est acquis d'impérissables titres à l'estime publique ; car c'est avoir doublement mérité de l'humanité que de découvrir et de provoquer soi-même la diffusion de sa découverte. Reconnaissant à ces caractères le véritable philanthrope, il n'y aura sans doute personne qui ne se joigne à nous pour féliciter M. Seutin d'avoir fait en même temps un bon livre et une bonne œuvre.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX A PARIS.

Dates.	Hôpitaux civils. Entrées.	Hôpitaux civils. Décès.		Hôpitaux militaires. Entrées.	Hôpitaux militaires. Décès.
12 oct.	2	2	Pour 5 jours.	»	»
13 —	1	2			
14 —	1	4			
15 —	5	2			
16 —	»	3			
	9	13			

EN VILLE.

29 sept.	4	7 oct.	4
30 —	3	8 —	»
1er oct.	3	9 —	»
2 —	2	10 —	»
3 —	3	11 —	»
4 —	1	12 —	3
5 —	2	13 —	4
6 —	4	14 —	1

34

ÉTAT CIVIL DE TOULON.

	Décès. Ordinaires.	Décès. Cholériques.	Décès. Totaux.
Journée du 9 octobre.	5	29	34
— 10 —	5	17	22
— 11 —	8	16	24
— 12 —	11	9	20
— 13 —	10	15	25
— 14 —	5	17	22
— 15 —	7	13	20
	51	116	167

ÉTAT CIVIL DE MARSEILLE.

	Décès ordin.	Décès cholér.
Journée du 9 octobre	14	36
— du 10 —	»	36
— du 11 —	14	44
— du 12 —	12	21
— du 13 —	12	29
— du 14 —	9	23
— du 15 —	17	47
	78	236

— On écrit de Marseille, le 15 octobre :

« M. le docteur Mathieu, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu et membre de l'intendance sanitaire, a succombé hier matin à une attaque de choléra. Jeune encore, M. Mathieu occupait un rang distingué parmi les médecins de notre ville et sera généralement regretté. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ÉTAT SANITAIRE DU CORPS EXPÉDITIONNAIRE DE LA MÉDITERRANÉE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MALADIES DE L'UTÉRUS.

L'état sanitaire des troupes qui occupent Rome commence à s'améliorer, par suite de la marche des saisons, et grâce à l'amélioration des conditions de logement et d'alimentation du soldat. C'est à la mission de M. Alquié, inspecteur du service de santé militaire, que nous sommes redevables de ce dernier résultat.

Il s'en fallait de beaucoup que toutes les précautions eussent été prises pour assurer un certain bien-être au soldat en santé, et pour l'entourer de soins convenables une fois que la maladie l'avait forcé à suspendre son service.

Les hôpitaux encombrés ne suffisaient pas aux demandes d'entrée, et une foule d'hommes fort malades gisaient sur le pavé ou sur leur sac de campement rempli de paille, sans drap, quelquefois sans couvertures, dans les corridors et les cellules des couvents, ou sous les portiques des palais qu'on leur avait assignés comme casernes. Dans les hôpitaux, ils trouvaient *presque toujours* des draps et des chemises, *presque jamais* des matelas.

Convalescents, ils étaient renvoyés au corps, où les mêmes causes qui avaient fait naître la maladie la reproduisaient bientôt; de sorte que, ballottés de la paillasse d'hôpital au pavé des cloîtres ou des palais, ils passaient perpétuellement de la maladie à la convalescence, de la convalescence à la maladie, sans jamais trouver la guérison complète. De tels maux appelaient de prompts remèdes.

De nouveaux hôpitaux ont été ouverts sur le mont Quirinal, c'est-à-dire dans le quartier le plus sain de Rome; des dépôts de convalescents ont été créés à Frascati, localité salubre située le long des pentes des Apennins, à l'abri du malaria; enfin de minutieuses visites dans les casernes ont dévoilé l'insalubrité de certains locaux affectés jusque-là au logement des troupes. L'alimentation a été également l'objet d'un sérieux examen, et les chefs de corps ont été engagés à porter de 250 à 300 grammes la ration quotidienne de viande, toutes les fois que les ressources pécuniaires des compagnies le permettaient. Il faut dire, à la louange du commandement, qu'il a fait tous ses efforts pour donner suite aux nombreuses demandes formulées chaque jour par M. Alquié.

Le personnel de santé, tout à fait insuffisant, a été complété, et la direction en a été remise à des hommes auxquels leur position hiérarchique et scientifique donne de l'autorité sur leurs inférieurs et du crédit près du commandement. Aussi les améliorations poursuivent leur cours, et M. Alquié, dont la laborieuse mission, si bien remplie, touche à sa fin, laissera tout en bonne voie, sinon en parfait état. La guerre a ses exigences : 30,000 hommes jetés inopinément dans un pays ne trouvent pas à s'y installer comme dans des locaux préparés de longue main à les recevoir, aussi ne peut-on pas espérer mettre nos soldats dans les mêmes conditions qu'en France. C'est ce qu'il ne faut pas perdre de vue, quand on examine la question, et surtout quand on veut apprécier une mission si féconde en résultats heureux.

Les hôpitaux militaires de Rome, établis dans les couvents Saint-Dominique, Saint-André, Sainte-Thérèse, Saint-Bernard, et les salles réservées à nos soldats dans le grand hôpital civil du Saint-Esprit, ainsi que dans l'établissement provisoire de la Trinité des pèlerins, présentent un chiffre total de près de 2,600 lits, presque tous occupés en ce moment.

Albano, Viterbe, Civita-Vecchia, possèdent en outre des hôpitaux ou des ambulances.

Les maladies dominantes continuent à être les fièvres paludéennes. Elles ont marché de concert avec de graves et nombreuses fièvres typhoïdes qui ont fait plus de victimes que les fièvres pernicieuses. On observe peu de dyssenteries, et leur caractère n'est pas en général alarmant; mais les hommes plongés dans la cachexie paludéenne, à la suite de plusieurs récidives d'accès, commencent à s'en aller, avec de la diarrhée, de l'ascite, de l'anasarque, le teint jaunâtre caractéristique, la chute des forces, etc.

La physionomie des hôpitaux français de Rome est absolument celle qu'on observe en Algérie, à pareille époque. Ceux de nos médecins militaires qui ont habité l'Algérie n'ont eu qu'à suivre la pratique dont ils s'étaient bien trouvés dans cette possession française. Nous ajouterons toutefois, de peur d'exagérer le rapprochement, que si le même miasme, le miasme paludéen, a imprimé le même cachet à nos troupes occupant l'un et l'autre pays, Rome jusqu'à présent jouit, comparativement à l'Algérie, d'une certaine immunité contre la dyssenterie, et quant au nombre, et quant à la gravité.

Si la loi de l'antagonisme entre la fièvre paludéenne et la dothinentérie a reçu un très-rude échec, par l'observation des deux maladies marchant de concert et mêlant quelquefois leurs symptômes sur le même individu; il n'en est pas de même de l'antagonisme, plus généralement adopté, entre les pyrexies des marais et la phthisie pulmonaire. Si l'on pouvait hasarder une opinion après quelques mois d'observation seulement, elle serait favorable à la loi portée par le savant médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule.

La Gazette Médicale donnera, du reste, une relation complète des faits intéressants pour le médecin, qui se sont accomplis pendant l'occupation de Rome. L'enseignement de la médecine, l'organisation des hôpitaux, les règlements relatifs à la police sanitaire, l'étiologie des fièvres de Rome, la topographie médicale, la critique scientifique, etc., trouveront également place dans la série de feuilletons que la Gazette Médicale se propose de publier, et qui se succéderont rapidement.

— Il arrive de la discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus ce qui arrive de la plupart des discussions qui s'engagent à l'Académie de médecine. Voilà déjà qu'elle s'étend, qu'elle se dissémine, qu'elle s'égare hors du champ litigieux sur lequel elle avait commencé. M. Robert avait fait un traité des affections folliculeuses de la matrice, à propos de l'engorgement; c'est aujourd'hui M. Huguier qui a pris, à lui seul, toute la partie de la séance consacrée à la discussion pour établir, à côté de la réalité de l'engorgement simple de l'utérus, celle de l'engorgement du tissu péri-utérin, de l'engorgement œdémateux, de l'engorgement fongueux; sans compter que, dans le nombre des espèces qu'il a admises au point de vue étiologique, espèce syphilitique, espèce dartreuse, espèce diphthérique, espèce essentielle, il en est qui ne se trouvent pas dans les conditions où l'engorgement est, par quelques chirurgiens, absolument nié, s'il s'agit du corps, et regardé comme rare, s'il s'agit du col. Ainsi, M. Velpeau ne nie pas, si nous avons bien compris, que la matrice ne puisse s'engorger consécutivement à une phlegmasie, diphthérique ou

---

Feuilleton.

DISTRIBUTION DES PRIX AU VAL-DE-GRACE.

La distribution annuelle des prix et médailles aux chirurgiens sous-aides et élèves du Val-de-Grâce a eu lieu le 21 octobre avec la solennité d'usage. L'auditoire, assez nombreux, était composé en majeure partie des officiers de santé militaires des hôpitaux et corps de troupes de Paris. La séance était présidée au nom du ministre par M. l'intendant militaire de la première division; M. le général Neumayer, commandant la première division, s'était empressé de venir témoigner, par sa présence, les sympathies que lui inspire la médecine militaire et qu'il se plaît à exprimer en toute occasion; les membres du conseil de santé des armées, MM. les inspecteurs Bégin, Brault, Pasquier et Vaillant, composaient le bureau avec ces deux hauts fonctionnaires; M. l'inspecteur Alquié est encore en mission à Rome où il a déjà bien mérité de l'armée par la réorganisation du service sanitaire. Derrière le bureau étaient assis MM. les professeurs de l'Ecole de perfectionnement.

A travers l'éclat d'une fête officielle, il était facile à des yeux exercés de saisir sur les physionomies groupées dans l'enceinte et dans l'hémicycle une expression de tristesse et de découragement. Le malaise moral qui agitait sourdement le corps des officiers de santé vers la fin du dernier règne, avait fait place, après la révolution de février, aux joies anticipées de l'espérance, aux bruyantes jubilations d'une réorganisation enfin promise et presque commencée. Le décret du 3 mai posait les bases de cette réforme, tout en ajournant le bienfait de son application; dans leur candeur, dans leur naïve confiance au Moniteur, les officiers de santé considéraient à peine l'article final du décret, fatal article qui renvoyait à un avenir incertain la réalisation définitive des conditions de leur existence nouvelle. Mais le temps a marché; la confiance des premiers jours est tombée, et, comme l'a dit Molière,

On désespère, alors qu'on espère toujours.

La discussion soulevée par l'honorable M. Ducoux a révélé des oppositions et des répugnances qui, cette fois, n'émanaient pas seulement des régions administratives; on a vu des généraux qui ont eu en Afrique et en France cent occasions d'apprécier le mérite et les services des officiers de santé militaires, déployer contre le projet de leur assimilation hiérarchique une bravoure et un entrain dignes d'une autre scène que l'assemblée constituante; un valeureux colonel de dragons, M. Ambert, a chargé le décret du 3 mai avec un élan qui ne permet pas d'oublier qu'il appartient à cette portion de son arme appelée grosse cavalerie. Le vote de l'assemblée constituante a toutefois sauvegardé le décret; on peut même dire qu'il lui a communiqué une nouvelle dose de léga-

autre, de la muqueuse; il ne nie pas qu'une dartre ou une affection superficielle de nature spécifique ne puisse amener un développement anormal du tissu propre, pas plus qu'il ne conteste l'engorgement, suite de fongus, ou l'engorgement du tissu péri-utérin. Bien au contraire, c'est en dehors de ces conditions, non de contestées, que M. Velpeau ne veut pas admettre l'engorgement du corps de l'utérus; c'est uniquement et exclusivement de l'engorgement simple qu'il demande un exemple avéré.

Mais qu'est-ce que l'engorgement simple? C'est une question faite par M. Huguier au commencement de son discours. Nous avons dit nous-même que cette expression était un peu vague. Nous ajoutons qu'il eût été sage de la bien définir dès le premier jour, n'eût-ce été que pour tracer nettement à chacun le cercle du débat et prévenir les écarts. Mais s'ensuit-il que l'on ait parlé jusqu'ici sans savoir de quoi, ainsi que M. Huguier semble fort disposé à le croire, et que les adversaires et les partisans de l'engorgement ne se soient nullement entendus sur les caractères principaux de la lésion anatomique dont il s'agit de démontrer la chimère ou la réalité? Cela n'est pas probable. La matrice n'est pas le premier organe dont on ait dit qu'il pouvait s'engorger. Quand le tissu cellulaire se tuméfie, qu'il soulève la peau, que ses lamelles deviennent plus épaisses, on dit qu'il s'engorge. Si ces phénomènes se produisent rapidement, s'il y a de la rougeur, de la chaleur, de la douleur, c'est l'engorgement aigu; s'ils arrivent lentement, sans changement de couleur et de température, ne s'accompagnant que d'un peu d'endolorissement, c'est l'engorgement chronique. Eh bien! transportez (avec les différences en rapport avec la nature de l'organe) ces deux ordres de symptômes à la matrice, et vous comprendrez facilement ce qu'on entend par son engorgement; vous comprendrez ce qu'on conteste, ce qu'il s'agit de réfuter, quand on porte le défi de montrer un exemple d'engorgement chronique, d'engorgement simple, sans phlegmasie aiguë, sans cancer, sans fongus, sans tumeurs fibreuses, etc. En un mot, il faut prouver l'existence d'un état pathologique de l'utérus, ayant suivi la marche d'une affection chronique, et caractérisé par l'accroissement de volume et de poids, l'épaississement des parois, la densité et la fermeté augmentées du tissu, celui-ci étant dépourvu de rougeur ou même quelquefois décoloré.

Disons-le maintenant : ce genre d'engorgement nous paraît avoir été mis hors de doute par M. Huguier. Il en a décrit les caractères avec beaucoup de soin, avec une certaine minutie même : seulement l'espèce de promiscuité qu'il a introduite entre des lésions fort diverses, du moins quant à leur état physique et suivant l'esprit du débat, promiscuité inattendue de la part d'un orateur qui avait annoncé assez haut l'intention de ramener la question à ses véritables termes, cette promiscuité a nécessairement amené quelque confusion dans la description, d'ailleurs si empreinte de science pratique. Les caractères de l'engorgement sont, d'après M. Huguier, les suivants : 1° muqueuse utérine épaissie, ramollie, présentant souvent des excroissances, des exubérances, des végétations et des érosions; 2° follicules, ou plutôt lacunes utérines remplies d'un liquide louche au lieu d'un liquide transparent; 3° lamelles du tissu cellulaire péri-utérin plus nombreuses, plus épaisses et tout à la fois plus transparentes; 4° capillaires plus flexueux; 5° tissu fibreux propre plus développé; 6° vaisseaux artériels plus dilatés; 7° péritoine voisin épaissi, blanchâtre, vasculaire. Il est manifeste que si tous les cas d'engorgement observés par M. Huguier avaient offert cet ensemble complet de caractères, ils ne seraient pas de nature à embarrasser les adversaires de l'engorgement simple; on s'en servirait plus aisément pour démontrer que cette dernière forme n'existe pas, et que la matrice ne saurait se développer anormalement d'une manière chronique en l'absence de la phlegmasie de la muqueuse, de ses végétations, de la suppuration des follicules, etc. La même incertitude se prolonge sur les données fournies par M. Huguier touchant la fréquence relative de l'engorgement. Sur 2,572 cas de maladies utérines, il l'a observé 130 fois, dont 13 sur le corps utérin seul et 8 sur le corps et le col simultanément. Peut-être M. Huguier est-il en mesure de dédoubler cette masse d'observations, et de dire combien parmi elles étaient exemptes de complications, de manière à satisfaire les esprits exigeants; mais nous n'avons pas entendu qu'il ait fait ce départ dans son discours.

Quant aux déviations de la matrice, M. Huguier ne s'en est occupé que pour contester cette assertion de M. Velpeau, qu'elles égarent souvent le diagnostic, assez pour faire croire à des engorgements. Il pense que ces derniers sont plutôt confondus avec les tumeurs utérines et ovariques, tels que kystes et polypes, qui ont pour effet immédiat d'augmenter le volume de l'utérus ou des parties voisines.

Nous ferons, en terminant, une remarque : c'est que jusqu'ici l'Académie ne paraît pas se préoccuper beaucoup du traitement des affections utérines. C'est pourtant un point qui a bien aussi quelque importance; nous le recommandons spécialement aux futurs orateurs.

ÉPIDEMIES.

HISTOIRE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE OBSERVÉE AU VAL-DE-GRACE EN 1848 ET 1849; par MICHEL LÉVY, médecin en chef et premier professeur.

Premier article.

Une maladie qui s'attache avec une fatale prédilection à l'armée exerce depuis dix ans les efforts de l'art et les investigations de la science. Il est aujourd'hui peu de garnisons importantes que n'ait visitées la méningite cérébro-spinale. Paris, épargné en 1839 quand cette maladie sévissait à Versailles, lui paye son tribut depuis plus de seize mois, et n'en est pas encore affranchi au moment où nous écrivons ces lignes. Des petites épidémies de méningite qui ont été observées en France, aucune n'a persisté si longtemps dans la même localité; il semble presque difficile qu'après une si longue durée, la méningite s'efface entièrement du règne pathologique de Paris; les cas qu'elle fournit encore témoignent de sa vigueur non épuisée, et l'on se demande si Paris verra, comme le Caire au temps de Prosper Alpin, s'introduire dans le groupe de ses maladies épidémiques « ces *phrenitides exitiosissimæ homines paucis horis perdentes.* » (DE MEDICINA ÆGYPT., lib. I, cap. XIII, p. 49.)

Cette citation répond à une question souvent posée : la méningite cérébro-spinale n'est point une nouveauté; confondue avec les fièvres cérébrales, ataxiques, nerveuses; perdue dans les énumérations banales et dans les généralités graphiques des épidémistes et des chroniqueurs de la médecine; mêlée à d'autres épidémies plus considérables, comme le typhus, et rattachée à ses manifestations, à titre d'anomalie ou de variété anato-

---

lité; il a, de plus, mis en demeure le ministre de la guerre d'en assurer l'exécution dans le plus bref délai par un réglement élaboré en conseil d'État. Malgré les termes très-explicites de ce vote dont un honorable représentant, M. de Rancé, a eu soin de préciser encore la signification, M. le ministre s'est très-peu hâté d'y faire droit; il paraît même n'en vouloir tenir aucun compte; car, au lieu d'adresser au conseil d'État un projet de règlement destiné à rendre le décret du 3 mai exécutoire, il l'a saisi d'un nouveau projet de loi tout à fait contraire aux principes de ce décret, et destiné tout simplement à sanctionner législativement le servage administratif des officiers de santé et à perpétuer la subalternité de leur position officielle. D'où vous voyez, lecteur : 1° qu'on le prend fort à l'aise avec le décret du 3 mai et le vote de la constituante; 2° qu'un peu de tristesse et de désenchantement ne sied pas mal aux visages des officiers de santé militaires qui ont un sérieux et noble souci des intérêts généraux de leur corps, et qui ne savent pas oublier, dans le bien-être et l'honorabilité de la position qu'ils ont conquise par leur travail et leur mérite personnel, l'abaissement de leur carrière, les souffrances très-réelles de leurs confrères des régiments, la décadence de leurs établissements d'instruction, où les conséquences d'un provisoire interminable se font sentir de plus en plus.

On eût dit aussi, à l'aspect réservé de cette foule d'officiers de santé militaires, qu'ils avaient tous encore au fond du cœur le ressentiment amer d'un récent ordre du jour qui a dénoncé à l'armée tout entière, avec un éclat et une vigueur inusités, la faiblesse d'un chirurgien de l'hôpital de Toulon. Les officiers de santé de l'armée se sont rappelé plus d'un trait plus désolant encore dont ils ont pu être témoins, et qui, fourni par quelque officier indigne d'un autre corps, n'a pas été l'objet d'une si retentissante flétrissure; ils se sont dit que leurs actions honorables, leurs traits de courage et de dévouement, leurs souffrances et labeurs d'obscur héroïsme, ne sont point récompensés ni proclamés avec le même empressement, avec le même accent. Les propositions dont ils sont l'objet sont fréquemment écartées, ajournées; la croix d'officier est systématiquement refusée aux chirurgiens-majors; celle de commandeur, qui brillait autrefois au cou de tous les inspecteurs, leur est aujourd'hui contestée, comme n'étant pas en rapport avec leur échelon dans la hiérarchie générale de l'armée.... Voilà où l'on en est venu à l'égard de ce malheureux corps de médecins militaires, en l'an de grâce 1849, deuxième de la nouvelle ère républicaine, et certainement à l'insu du chef de l'État qui, dans quelques occasions signalées, lui a prodigué les témoignages de la plus noble appréciation des services rendus à l'armée par un corps qui a donné à la France les Parmentier, les Bayen, les Sabatier, les Percy, les Heurteloup, les Larrey, les Desgenettes, les Broussais, les Sérullas, etc.

Autre réflexion que chacun a faite avant l'ouverture de la séance : pourquoi l'absence des hauts fonctionnaires du ministère de la guerre, et voire même des officiers supérieurs du commandement? Le ministre du commerce et de l'agriculture va présider annuellement la distribution des prix et diplômes à l'École d'Alfort; pourquoi son collègue de la guerre ne donne-t-il point au service de santé de l'armée semblable marque d'intérêt? Il est vrai que l'École d'Alfort est admirablement organisée et installée, avec casernement des élèves, répétiteurs, etc., tandis que la médecine militaire attend encore la création d'une seule école sérieusement conçue et exécutée d'après un plan analogue. En fait d'absences, on a remarqué avec regret celle de M. le doyen actuel de la Fa-

mique par Pringle (1), Hildenbrand et Horn (2), elle échappe à une détermination historique rigoureuse, à cause de l'insuffisance ou de l'ambiguïté des documents, de l'absence ou de l'imperfection de l'anatomie pathologique.

Nous ne mentionnons qu'en passant les observations de Prosper Alpin, négligées jusqu'à présent pour l'élucidation historique de la méningite; plusieurs traits de sa description mêlée de théories laissent peu de doute sur la nature des *phrenitides* qu'il dit régner annuellement en Égypte; contrairement à Galien qui n'a vu périr aucun phrénétique avant le troisième jour, il enregistre des morts survenues en trois ou quatre heures; il mentionne même des cas foudroyants; il semble indiquer la formation du pus à la surface du cerveau (3), et, par une confusion que n'ont pas su éviter les modernes épidémistes, il ajoute : « *Quam sane affectionem mistam ex lethargo et phrenitide* judicare *possumus, illamque esse quam Græci typhomaniam appellant.* »

STATISTIQUE ET ÉTIOLOGIE.

Au mois d'octobre 1847, j'ai pris la direction médicale du Val-de-Grâce; il ne s'y trouvait alors aucun cas de méningite.

Un cas isolé s'y montre en décembre; à partir de cette époque jusqu'à la fin de février 1849, c'est-à-dire dans une période de quinze mois, 99 cas se présentent. Le tableau suivant indique la marche de la maladie et le nombre de décès et de guérisons par trimestre :

	Nombre des cas.	Décès.	Guérisons.
1847. — Décembre	1	1	»
1848. — 1er trimestre	12	6	6
2e trimestre	26	12	14
3e trimestre	12	5	7
4e trimestre	23	12	11
1849. — Janvier	11	9	2
Février	14	13	1
	99	58	41

60 cas ont été traités par moi dans le service de la clinique; voici leur répartition par mois, ainsi que la proportion de décès qu'ils ont fournis. Cette statistique spéciale de la clinique du Val-de-Grâce s'étend jusqu'à la fin de mars 1849 :

	Nombre des cas.	Décès.
1847. — Décembre	1	1
1848. — Janvier	1	1
Février	2	1
Mars	4	3
Avril	4	3
Mai	8	2
Juin	2	1
Juillet	6	2
Août	»	»
Septembre	4	1
Octobre	»	»
Novembre	1	1
Décembre	4	3
1849. — Janvier	7	5
Février	9	9
Mars	7	5
	60	38

Les deux tableaux qui précèdent font ressortir dans la marche de la méningite les oscillations qu'elle a présentées dans beaucoup de localités; elle prélude par des cas successifs, se développe au printemps, diminue à l'époque des plus fortes chaleurs, reprend vers la fin de l'année dernière, et pèse sur les premiers mois de cette année avec une énergie qui ne permet pas encore d'entrevoir le terme de son règne. Les épidémies dont M. Casimir Broussais a résumé l'histoire (1) ont présenté un maximum d'intensité qui correspond au printemps; notre statistique s'accorde avec ce résultat; reste à l'interpréter pour l'étiologie, et c'est ici que notre opinion, comme on le verra plus loin, s'éloignera de celle de M. Broussais.

Il importe de déterminer les éléments de la constitution médicale sous l'empire de laquelle s'est développée la méningite céphalo-rachidienne. Les comparaisons auxquelles conduit cette recherche permettent de mesurer sa portée, ses progrès, ses probabilités de développement ultérieur; elles jettent aussi quelque jour sur les conditions de son étiologie si embarrassante.

Vers la fin de 1847, quand apparut le premier cas de méningite, la grippe sévissait avec quelque intensité dans la garnison, grippe accompagnée de phénomènes nerveux, tels que lassitude, vertiges, céphalalgie souvent intermittente ou rémittente, et chez beaucoup d'individus, d'hémorrhagies passives et d'éruptions pétéchiales.

Dans le premier trimestre de 1848, on a traité au Val-de-Grâce 984 malades, dont 207 présents le 1er janvier. Sur cet effectif, on compte 377 affections aiguës et chroniques des voies respiratoires, 31 grippes, 119 affections aiguës et chroniques des voies digestives, 120 fièvres intermittentes, 49 fièvres typhoïdes, 39 varioles à différents degrés d'intensité, 52 rougeoles. La mortalité de ce trimestre a été fournie surtout par les maladies suivantes :

Maladies des voies respiratoires	23 décès.
Variole	9 —
Rougeole	9 —
Fièvre typhoïde	4 —
Méningite	6 —

(1) Obs. sur les maladies des armées, t. II, ch. vii, § iv, p. 108 et suiv.

(2) Du typhus, trad. de M. Gasc, 1811, p. 92, 161, et fragm. supplém.

(3) Plurimi sunt qui hilariter cœnantes instar apoplecticorum moriuntur, phreniticorum etiam notis. Notæ vero humorum cerebrum lædentium mistæ sunt ex his, quæ tum pituitam, tum sanguinem, vel bilem significant. Omnesque simul significare videntur cerebrum ejusque membranas invasisse, tum calidos humores, tum frigidos, esseque ex his factum apostema. (Op. cit. cap. xiv, p. 53—4.)

(1) Mém. de méd. milit., t. LIV, 1843.

culté de Paris; ses prédécesseurs s'empressaient de faire honneur à l'invitation du Val-de-Grâce, et d'y sceller le pacte intime de la confraternité entre les deux groupes de la famille médicale.

M. le professeur Mounier a prononcé le discours d'usage; il avait choisi pour thèse les services rendus à la chirurgie par les officiers de santé militaires : terrain en apparence difficile et délicat, puisqu'il avait à proclamer les titres de gloire de ses propres maîtres, de quelques-uns de ses collègues des différentes positions de la chirurgie militaire, mais où il s'est placé à l'aise sous les auspices de la reconnaissance et de l'intérêt général de son corps; la revendication est d'ailleurs permise à qui doit disputer incessamment la justice de l'administration et même du monde professionnel. Il existe en effet entre la fraction militaire et la fraction civile de notre profession, une nuance d'antagonisme qui se prononce dans l'occasion; le médecin militaire est obligé, par devers les arbitres des candidatures scientifiques, à de plus amples preuves, à une exhibition soutenue de résultats; nous ne voulons pas dire qu'on manque envers lui de justice et d'équité; mais à coup sûr la bienveillance ne déborde point. Les préventions ont une merveilleuse force de durée; celles qui ont frappé autrefois l'ignorance ou l'insuffisance proverbiale de certains chirurgiens des troupes et des camps ont laissé dans les esprits une traînée lente à s'effacer. Cependant que de beaux travaux, que de découvertes, que d'ingénieux perfectionnements dus à la chirurgie militaire! Il suffit d'indiquer ces larges chapitres de pathologie et de clinique externes, plaies d'armes à feu, amputations, désarticulations, resections, luxations, fractures, ligatures, pour rappeler aussitôt aux praticiens qui ont suivi les progrès de la science, tout ce que la chirurgie militaire a fait pour la solution des problèmes et l'amélioration des procédés et méthodes de traitement qui s'y rapportent. M. Mounier a savamment parcouru cette riche série de faits et de travaux, et établi la part qui y revient aux officiers de santé militaires. En glorifiant la pratique de ses devanciers et de ses maîtres, il a su révéler lui-même une rare aptitude de praticien, l'ampleur de ses connaissances chirurgicales, l'excellence de ses doctrines; plus d'un passage, écrit avec la chaleur du sentiment de la reconnaissance, a été salué par les applaudissements de l'auditoire; plus d'un aperçu judicieux, bien qu'écourté, a frappé l'attention des hommes compétents qui l'écoutaient. L'exorde, empreint d'une modestie sincère et débité avec émotion, lui a propitié les esprits; la péroraison, vigoureux résumé des devoirs de la scolarité, a obtenu un succès qui honore surtout la justesse d'appréciation de l'élément le plus jeune de l'assistance.

Le discours de M. Mounier est la première partie d'une brillante trilogie que le Val-de-Grâce est appelé à compléter; on saura, par sa lecture, ce qu'a fait la chirurgie militaire pour la science et pour l'art; une autre fois l'amphithéâtre de cette école retentira, nous l'espérons, des services rendus à l'art, à la science, à la gloire de la médecine française, par les médecins de l'armée proprement dits; c'est là aussi un beau sujet de discours que M. Mounier a laissé tout à fait intact. Nous espérons qu'il se trouvera même un orateur pour rappeler à la reconnaissance du monde savant et de l'humanité, les services et les travaux des Parmentier, Bayen, Laubert, Lodibert, Sérullas, Virey, etc., dont s'honore la pharmacie militaire, sans compter les notabilités contemporaines qu'elle fournit à la botanique, à la chimie.

On a pu regretter que dans cette solennité qui a toujours eu le double carac-

Deuxième trimestre 1848 : 1,098 traités, dont 214 restant; les maladies dominantes ont été :

Affections aiguës et chroniques des voies respiratoires	260
— — des voies digestives	180
Fièvres intermittentes	156
Fièvres typhoïdes	27
Varioles	21
Rougeoles	12
Scarlatines	21

Les décès ont été occasionnés, outre ceux qu'a fournis la méningite, savoir : 24 par les tubercules, 10 par les autres maladies de poitrine, 3 par celles du tube digestif, 7 par la fièvre typhoïde, 1 par la scarlatine, 1 par la variole.

Troisième trimestre 1848 : 2,836 malades traités, dont 262 présents le 1er juillet :

Affections du tube digestif	Dyssenteries	189	718
	Cholérines	9	
	Choléras sporadiques	11	
	Embarras gastriques	128	
	Autres	381	
Affections aiguës et chroniques des voies respiratoires			367
Angines			156
Fièvres intermittentes			546
— rémittentes typhoïdes			13
— typhoïdes			166
— pétéchiales			10
Varioles			122
Scarlatines			28
Rougeoles			16
Érysipèles			37

La mortalité, outre 5 décès par méningite, a porté surtout sur les typhoïdes (53), les varioles (6), les rougeoles (2), les scarlatines (2), les dyssenteries (16), les tubercules (11).

Quatrième trimestre 1848 : 2,662 malades traités, dont 606 présents le 1er octobre, qui ont présenté :

Affections des voies respiratoir.	Bronchites	330	642
	Pneumonies et pleuro-pneumonies	122	
	Tubercules pulmonaires	88	
	Autres	102	
Affections des voies digestives.	Dyssenteries	113	481
	Entéro-colites	75	
	Diarrhées	57	
	Colites	13	
	Cholérines	3	
	Autres	220	
Angines			88
Stomatites scorbutiques			62
Scorbut			2
Fièvres intermittentes			172
— typhoïdes			139
Varioles et varicelles			137
Rougeoles			100
Scarlatines			36
Érysipèles			11

La mortalité a été due principalement aux maladies et dans les proportions qui suivent :

Fièvre typhoïde	46	Tubercules avec ou sans bronchite chroniques	24
Variole	11	Pneumonie et pleuro-pneumonie	6
Rougeole	3	Méningite	12
Scarlatine	1		

Il résulte de ces données statistiques que sur 6,498 malades reçus au Val-de-Grâce du 1er janvier au 31 décembre 1848, on n'a compté que 98 cas de méningite ; que pendant le troisième trimestre auquel correspond le maximum de maladivité (2,836 malades), elle a fourni moins de cas (12 seulement) que dans les deuxième et quatrième trimestres; que non-seulement l'évolution pathologique de l'année a parcouru ses phases ordinaires, multipliant en hiver les phlegmasies des voies respiratoires et en été celles des organes digestifs, mais encore qu'à côté de la méningite ont régné d'autres épidémies de majeure intensité, telles que la fièvre typhoïde qui a fourni 336 cas dans l'année, la dyssenterie (259 cas), la variole (289 cas), la rougeole (137 cas); la scarlatine même a donné 85 cas. On ne peut donc considérer la méningite que nous avons observée comme une véritable épidémie, puisqu'elle n'a point frappé une grande masse d'hommes ni épuisé ses coups dans une période restreinte, ni modifié les maladies concomitantes, ni réduit le nombre de celles-ci ; disons plutôt qu'elle s'est installée dans la pathologie militaire de Paris sur le pied de maladie régnante. Nos souvenirs, qui pour le Val-de-Grâce embrassent une période de douze ans environ, lui assignent, comme maladie sporadique, une date d'apparition assez ancienne ; elle a augmenté de fréquence depuis la fin de 1847; elle continue de sévir isolément dans nos services au moment où nous écrivons ces lignes (avril 1849) ; tout annonce qu'elle continuera d'exercer, par des cas isolés, les efforts de notre thérapeutique, et c'est parce qu'il faudra compter encore longtemps avec elle, qu'il importe d'enregistrer avec une nouvelle attention tous les faits qui concernent son histoire et qui jalonnent ses pérégrinations.

Le caractère de la constitution stationnaire de 1848 ressort de la nature des maladies qui ont dominé ; elles relèvent de l'étiologie miasmatique et virulente, de l'infection et de la contagion : telles sont les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives, les fièvres intermittentes, la dyssenterie épidémique. Les phlegmasies elles-mêmes s'accompagnaient d'une notable diminution des forces : prostration initiale, antérieure aux effets du traitement et de la durée même des affections. L'adynamie a été le cachet et comme le fond des maladies observées, tantôt se montrant à nu pour ainsi dire et caractérisée par la faiblesse et l'inertie des sujets, les douleurs lombaires, la petitesse et la dépressibilité du pouls, la tendance au refroidissement des membres ; tantôt associée à des localisations diverses. Dans les six derniers mois de l'année où les fièvres graves et éruptives ont pris un plus grand essor, nous avons souvent retrouvé cette prostration des forces avec quelques troubles de l'innervation chez des sujets porteurs de pétéchies; puis pétéchies et épistaxis, pétéchies, épistaxis et diarrhée ; puis mêmes phénomènes avec fièvre; celle-ci à type intermittent, rémittent, et quand elle ne cédait point au sulfate de quinine, rapide évolution des différentes formes typhoïdes, mais dont l'adynamique dominait entre toutes ; chez certains malades, manifestation d'emblée de tout cet appareil de symptômes, auquel les pneumonies secondaires ne manquaient point de s'ajouter. En même

tère d'une fête scolaire et d'une pieuse commémoration, le nom de M. Soudan n'ait pas été prononcé. M. Soudan, ancien professeur du Val-de-Grâce, ancien chirurgien en chef de l'École d'instruction de Metz, etc., mort prématurément pendant cette année, eût mérité une parole de ressouvenance dans cette même enceinte où il a professé ; ses qualités de cœur et d'esprit le signalaient naturellement à cet hommage qui semble devoir entrer dans la tradition d'une école. Nous aurions souhaité encore, dans la péroraison, la mention de la visite faite récemment au Val-de-Grâce par le chef de l'État, événement assez notable pour toute institution et qui semble pour la médecine militaire une espérance à laquelle il lui convient de s'attacher. Enfin, et puisqu'il nous faut démontrer par quelques critiques la sincérité des éloges que nous avons donnés à l'excellent discours du professeur Mounier, pourquoi pas une parole de sympathique salutation aux mânes des pauvres officiers de santé militaires qui, à Paris, à Givet, à Marseille, ont récemment succombé au choléra, victimes du devoir, et grossissant cette sainte et lugubre phalange de médecins militaires qui surgit de tous les champs de bataille et d'épidémie, pour protester contre toutes les tentatives de dénigrement et d'abaissement moral appliquées à la corporation dont ils sont l'éternel honneur ?

M. l'intendant divisionnaire a eu la bonne fortune de combler cette lacune ; il a été bien inspiré en parlant du dévouement des médecins militaires pendant la dernière épidémie, et en rendant une justice spéciale aux officiers de santé de tous grades, aux élèves et aux infirmiers eux-mêmes du Val-de-Grâce, où 1,217 cholériques ont reçu des soins si assidus et si complets. On a applaudi cette appréciation bien sentie, et surtout l'espérance donnée par le président, que les récompenses qu'attendent encore quelques dévouements exceptionnels, ne se feront plus attendre longtemps; l'une de ces récompenses devait échoir en ce jour à M. le sous-aide Masselot, chef de clinique de M. le professeur Lévy, et qui l'a assisté pendant cinq mois, avec une ardeur infatigable, dans un service où 900 cholériques ont été traités. Les officiers de santé en chef du Val-de-Grâce, l'intendance elle-même, ont réclamé pour ce digne sous-aide la croix de chevalier; le conseil de santé dont les membres ont fréquemment inspecté les services de cholériques militaires, s'est empressé de signaler M. Masselot à la bienveillance du ministre; néanmoins il attend encore.... Combien la solennité que nous racontons eût gagné à ce qu'elle fût couronnée par la remise publique de cette croix si bien méritée !

Les lauréats proclamés sont, pour le grade d'aide-major chirurgien, M. le docteur Baizeau ; pour le grade d'aide-major pharmacien, M. le docteur Coulier ; pour le grade de sous-aide, M. Dufour. Les acclamations de leurs maîtres et de leurs condisciples ont confirmé ce triple résultat des concours ; M. Baizeau est aussi distingué par ses connaissances anatomiques et médico-chirurgicales que par sa facilité d'exposition et son aptitude opératoire; M. Coulier promet à la médecine militaire un chimiste éminent de plus, avec la verve d'induction et la dextérité de parole qui caractérisent les maîtres actuels de cette science; M. Dufour marche sur les traces de ces deux lauréats, et a le droit de s'enorgueillir du premier rang, en regardant les candidats qui le suivent de près, tels que MM. Perrin, Jacquemin, Leconte, Schneider, etc.

En vertu d'une décision ministérielle, le président a proclamé à la fin de la séance le nom du chirurgien qui a obtenu la médaille d'or au concours ouvert

temps, les varioles se montraient souvent hémorrhagiques, pétéchiales, avec érysipèle cyanique intermédiaire, à éruption laborieuse, à délire nocturne, à pouls faible et lent, suivies d'accidents de résorption, tels qu'abcès multiples, propleuries, hépatisation grise.

Pendant tout le cours de cette année, on a observé presque constamment au Val-de-Grâce la dégénérescence des vésicatoires, la suppuration des saignées, les gangrènes cutanées, les exsudations diphtéritiques des surfaces dénudées, les stomacaces d'apparence scorbutique, la lenteur et l'infirmité des convalescences, la multiplicité des rechutes et des complications survenues à l'hôpital; à tel point qu'un grand nombre de malades ont passé par une série de phases et d'accidents, souvent plus graves que l'affection qui avait décidé leur entrée.

C'est dans une modification du sang que nous plaçons tout à la fois l'origine, le lien commun, et souvent aussi le terme des maladies observées en 1848. L'éruption pétéchiale et les divers incidents notés plus haut étaient comme la signature visible de cette septicémie; l'abaissement des forces organiques, fait constant dans la variété des états morbides, en était la traduction dynamique.

Les résultats de la thérapeutique ont parfaitement coïncidé avec ces données de l'induction clinique; les uns et les autres défendaient d'accorder une importance première aux considérations anatomo-pathologiques qui se rapportent au siége et aux conditions matérielles des organes.

Tel est l'horizon clinique où s'encadre la petite épidémie de méningite cérébro-spinale qui s'est développée dans la garnison de Paris, fournissant des cas peu nombreux aux autres hôpitaux militaires de cette place et s'étendant à quelques parties de la population civile (1), notamment dans la prison de la Force où elle a donné 12 cas et 10 décès. Si on l'envisage aux deux termes extrêmes de sa durée, on s'aperçoit qu'elle se développe sur les traces de la grippe qui a marqué la fin de l'année 1847, et qu'elle vient mêler aujourd'hui ses manifestations à celles du choléra. Série frappante de trois affections épidémiques, à des degrés divers et avec des énergies inégales. Le choléra régnant est encore un sujet d'étude; néanmoins tous les praticiens lui ont reconnu une forme fréquemment typhoïde, et une tendance signalée aux localisations encéphaliques. Quant à la grippe, pour ne point nous exposer à la juger aujourd'hui sous l'optique d'une préoccupation synthétique, nous empruntons à un rapport adressé au conseil de santé des armées au commencement de 1848 les réflexions suivantes: « 78 cas de grippe, traitées dans nos salles, ne sauraient exprimer la mesure de l'extension que cette maladie a prise dans la garnison; nous savons que la plupart des grippes ont pu être traitées dans les casernes, et nous n'avons guère reçu dans nos salles que celles qui se compliquaient de localisations phlegmasiques, ou qui s'enveloppaient d'une forme fébrile aiguë. Cette fièvre, quand elle n'était pas entretenue par la concomitance d'une phlegmasie pulmonaire, était éphémère; elle s'accompagnait de lassitude, de courbature, de prostration, symptômes qui persistaient au delà de sa durée et qui étaient généralement très-prononcés, de sorte que la maladie en recevait l'un des traits les plus caractéristiques de sa physionomie: coryza, larmoiement, angine, toux quinteuse, convulsive, férine, expectoration blanchâtre et rare, le plus souvent absence de râles; céphalalgie intense, douleurs musculaires (lumbago, pleurodynie, torticolis), et chez quelques-uns douleurs articulaires, tels étaient les éléments symptomatologiques; ils n'étaient point réunis chez tous: les formes céphalique, thoracique et abdominale, que l'on a notées dans les épidémies antérieures de grippe, se sont dessinées chez nos malades; tous se plaignaient de faiblesse et d'abattement; chez plusieurs le mouvement fébrile initial, après avoir duré deux à trois jours, s'est reproduit sous la forme d'accès intermittents, ou tendait à la rémittence. »

Comment n'être point frappé des phénomènes nerveux de cette grippe, du rôle que l'axe cérébro-spinal a joué dans cette forme épidémique? et lorsqu'on voit aujourd'hui, comme dans notre service du Val-de-Grâce, la méningite et le choléra donner lieu à des combinaisons morbides qui déroutent l'observation vulgaire, l'idée de la continuité des épidémies se présente derrière le fait incontestable de leurs connexions.

MORTALITÉ.

Sur 99 cas reçus dans l'ensemble des services médicaux du Val-de-Grâce, il y a eu 58 décès; ce qui donne une proportion de 1 décès sur 1,70, mortalité plus forte que la moyenne de toutes celles qui ont été consignées dans le travail de M. Broussais où sont résumées quatorze épidémies; cette moyenne est de 1 sur 1,76. La nôtre est toutefois meilleure que celle de Laval (1,56), de Colmar (1,40), de Bayonne (1,33) et d'Aigues-Mortes (1,33); elle est égale à celle de l'hôpital militaire de Strasbourg.

Dans notre service particulier où nous avons traité 60 cas, les décès se sont élevés à 38, = 1 décès sur 1,57.

On voit que si la méningite n'a point été la maladie proéminente dans la période de quinze mois qu'embrasse notre statistique, nulle autre n'a causé une mortalité relative plus considérable.

Les 38 décès survenus dans la clinique se répartissent comme il suit:

1847. —	Décembre . .	1	1848. —	Août.	1
1848. —	Janvier. . . .	1		Septembre. .	3
	Février. . . .	3		Octobre . . .	»
	Mars	3		Novembre . .	1
	Avril	2		Décembre . .	3
	Mai.	1	1849. —	Janvier. . . .	5
	Juin	2		Février. . . .	9
	Juillet	1		Mars	5

(1) Mon ami, le docteur Jacquemin a bien voulu me communiquer, sur cette apparition de la méningite à la prison de la Force, les renseignements statistiques qui suivent:

ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE OBSERVÉE DANS LA PRISON DE LA FORCE EN 1848.

	Age.	Séjour dans la prison avant la maladie.	Entrée à l'infirmerie.	Terminaison.	Durée de la maladie.
1	26	130 jours	20 janvier	Mort	3 jours
2	21	30	25	Mort	4
3	22	13	5 février	Guéri	60
4	20	167	10	Mort	3
5	30	47	11	Mort	4
6	22	10	22	Mort	5 heures
7	17	12	24	Guéri	21 jours
8	18	5	29	Mort	41
9	24	90	19 mars	Mort	6
10	23	5	28	Mort	3
11	40	14	28	Mort	4
12	27	1	29	Mort	4
		12 cas	10 morts	2 guérisons.	

sur une question de chirurgie pratique; le mémoire couronné a pour auteur l'un des jeunes professeurs les plus distingués de nos hôpitaux d'instruction, M. le professeur Bertherand, de Strasbourg.

Y.

Paris, le 23 octobre 1849.

Monsieur le rédacteur,

Je devrais peut-être suivre le modeste exemple du docteur Ribes, et faire, comme il le disait, l'abandon au jugement de la postérité des travaux qui lui coûtèrent tant d'années de veilles et de fatigue, et laisser passer inaperçu l'oubli que l'on a fait de son nom dans un discours lu à la distribution des prix du Val-de-Grâce, et dont le but était de rappeler le souvenir des hommes qui ont illustré la chirurgie française. Mais, monsieur, à vous, l'ami du docteur Ribes, je ne puis m'empêcher d'exprimer toute la douleur que j'ai ressentie en pensant qu'à peine descendu dans la tombe, il était entièrement effacé de la mémoire de ses contemporains et surtout de celle des médecins militaires. Si ses travaux sont sans utilité pour la science, si les nombreux écrits qu'il a publiés dans les journaux de médecine ou qu'il a lus dans les académies ne méritent aucune attention, qu'ils périssent tous et qu'il n'en soit jamais question. Il le disait souvent: l'avenir conserve ou détruit ce qui mérite d'être conservé ou oublié. Pénétré de cette pensée, et ne voulant pas laisser après lui des manuscrits qu'il n'aurait pu entièrement élaborer, il les brûla au moment de partir pour la Russie où l'ordre de l'empereur l'obligeait à se rendre; il craignait que la mort ne lui permît pas de les compléter par une longue observation et de nombreuses expériences. Au retour de cette grande expédition, il fut obligé de rechercher dans sa mémoire les notes qu'il avait anéanties quelques années auparavant. Encore une fois, périssent ses travaux, s'ils sont même médiocres; mais si, parmi eux, un seul mérite quelque attention, qu'on ne l'attribue pas tout entier à une grande illustration déjà très-riche de ses propres œuvres. La priorité de l'opération de la fistule à l'anus, réduite à la seule sonde cannelée et au bistouri, appartient en entier au docteur Ribes. En 1799 il décrivait cette opération dans ses cours; en 1820 il inséra dans la REVUE MÉDICALE le résultat de quelques observations sur ce sujet, et en 1826 il lut à la Société médicale d'émulation un mémoire sur la situation *de l'orifice interne de la fistule à l'anus* et *sur le trajet que parcourt ordinairement cet ulcère*. Ce mémoire fut publié dans le neuvième volume des MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION. Le baron Larrey, qui ne réclama jamais la priorité de ce mode opératoire, avait cependant publié, dans son TRAITÉ DE CHIRURGIE MILITAIRE (t. III, année 1812, p. 415), quelques notes sur la fistule à l'anus et sur une opération plus simple que celle proposée par Desault.

L'histoire de cette maladie est faite par l'un et l'autre avec beaucoup de clarté; mais l'illustre chirurgien qui, dans ses écrits, embrassa toute la science médicale, ne pouvait s'arrêter que légèrement sur chaque partie de la médecine opératoire. Aussi cette note n'a pas pour but d'enlever quoique ce soit à l'homme qui a tant fait pour l'humanité et dont le souvenir est éternel; mais elle est

En octobre et novembre, on pouvait croire au déclin, à l'extinction prochaine de la maladie; décembre relève la mortalité, et dans les trois premiers mois de 1849, nous sommes témoin d'une recrudescence plus funeste que ne l'avait été jusqu'alors la maladie; il en a été de même à Versailles, à Laval, etc.; cette brusque ascension du chiffre obituaire prouve bien que l'épidémie n'est point arrivée au déclin; car généralement elle a perdu de son intensité vers la fin, tandis que nous la voyons sévir avec une force nouvelle après treize mois de ravages.

RÉGIMENTS ET CORPS DE TROUPES.

Nos 60 cas de méningite proviennent d'un grand nombre de régiments :

1er régiment d'infanterie légère. . .	3 cas
4e — —	1
23e — —	2
24e — —	3
14e régiment d'infanterie de ligne . .	1
15e — —	1
21e — —	1
23e — —	6
25e — —	1
29e — —	2
34e — —	1
39e — —	3
45e — —	1
54e — —	1
55e — —	3
57e — —	2
61e — —	1
74e — —	3
1er régiment du génie	1
5e régiment d'artillerie	1
6e —	6
13e —	1
Train des équipages.	1
Garde mobile	14

La garde mobile se détache de ce tableau par l'élévation relative de son contingent; mais que l'on n'oublie point que ce corps, alors réuni à Paris, présentait un effectif de 12,000 hommes, par conséquent l'équivalent de 6 à 7 régiments; ce qui ramène sa proportion au taux moyen de la garnison; toutefois, 13 corps sur 23 qui entrent dans le tableau précédent, n'ayant fourni qu'un seul cas de méningite, la garde mobile conserve à leur égard un désavantage qui s'explique par plusieurs causes : 1° la brusque transition de tant de jeunes gens, soldats improvisés; 2° la présence dans leurs rangs d'un grand nombre d'adolescents au-dessous de 18 ans, et de jeunes gens faibles, mal triés; 3° l'influence d'une association hétérogène, non cimentée par l'esprit de corps ni soutenue par l'esprit de discipline; 4° l'impressionnabilité de beaucoup d'entre eux, exaltés par les passions politiques; 5° la fréquence des excès alcooliques qui ont marqué leur noviciat d'armes.

Un autre fait plus général ressort de ces données statistiques par régiment : c'est que la méningite s'est éparpillée sur toute la garnison, et n'a frappé avec une rigueur particulière aucun des corps qui la composent; ce qui éloigne l'idée d'une influence inhérente aux habitations ou à la spécialité et à la composition propre des régiments, 39 cas dont la provenance domiciliaire est indiquée dans nos observations, donnent le résultat suivant :

Fort de Vincennes. . . .	10	Fort de Charenton.	2
— de Nogent	5	— d'Issy.	2
— de Vanves	4	Baraques du Luxembourg. . .	2
— d'Ivry.	3	Caserne de Montreuil.	1
— de Romainville. . .	3	Panthéon	1
— de Montrouge . . .	3	Casemates diverses.	3

Si Vincennes occupe le premier rang, c'est que ce fort contient une garnison double et triple de celle des autres forts. Notons que les casemates, dont plusieurs ont été très-encombrées et qui présentent des conditions bien connues d'insalubrité relative, ont vu se développer une minime proportion de cas de méningite compris dans notre statistique; ce fait a une signification importante.

AGE.

Dans 53 observations, nous avons noté l'âge des sujets atteints de méningite :

17 ans. . . .	4 cas.	24 ans. . . .	5 cas.
18 — . . .	2 —	25 — . . .	4 —
19 — . . .	2 —	26 — . . .	7 —
20 — . . .	1 —	27 — . . .	3 —
21 — . . .	5 —	28 — . . .	2 —
22 — . . .	10 —	29 — . . .	1 —
23 — . . .	5 —	31 — . . .	2 —

Ces chiffres montrent que, sur un total de 53 cas, 38 se sont développés entre 17 et 25 ans, et 15 seulement entre 25 et 31 ans. Les individus âgés de 17 à 20 ans, au nombre de 9, appartenaient tous à la garde mobile; la catégorie d'âge de 24 à 27 ans se compose presque exclusivement de militaires qui, ayant fait partie de la réserve, ont été appelés tardivement sous le drapeau. Ces résultats confirment ceux de MM. Faure, Lalanne, Martin, Tourdes, Pingrenon, Paul, Rollet, etc., qui tous ont signalé la prédilection de la méningite pour les hommes récemment incorporés; M. Martin avait même remarqué, dans l'épidémie de Laval, que les recrudescences coïncidaient avec l'arrivée des recrues.

CONSTITUTION.

Les deux tiers de nos malades étaient bien constitués, à système musculaire développé; un tiers se composait de sujets faibles, détériorés par des maladies antérieures ou par les privations. C'est dans cette dernière catégorie que se trouvent la plupart des individus fournis à notre statistique par la garde mobile, ouvriers sans travail, vivant dans des conditions d'insalubrité domiciliaire et d'insuffisante alimentation, conduits par la misère à s'engager dans cette milice improvisée. Les malades de la première catégorie étaient remarquables par leur force et leur développement, souvent par leur richesse sanguine. Même observation dans les épidémies antérieures : la vigueur de la constitution et l'état pléthorique semblaient désigner aux coups de la maladie, sans que la faiblesse fût un brevet d'immunité; circonstance de valeur notable pour ceux qui considèrent la maladie comme une simple inflammation des méninges.

---

inspirée par le désir de voir nos contemporains rendre à chacun le peu qu'il a fait pour les progrès de la médecine.

Veuillez agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de ma considération très-distinguée,

RIBES fils,
Chirurgien-major au 8e léger.

P. S. — J'ai tort peut-être de me montrer si susceptible à l'endroit de l'oubli qu'on a fait du nom du docteur Ribes, quand Lapeyronie, chirurgien-major des chevau-légers, mort en 1737, Morand, chirurgien-major des gardes françaises et chirurgien-major des Invalides, mort en 1773, et Louis, chirurgien-major consultant de l'armée du Rhin (1761), mort en 1792, sont compris dans cet oubli.

— On écrit de Rome, le 16 octobre :

« Afin de prévenir le mauvais effet que pourraient produire des nouvelles exagérées, nous annonçons que quelques cas de choléra asiatique, on le présume du moins, se sont manifestés à Arquata : sur 9 cas, 5 ont été mortels. Le conseil sanitaire provincial de Gênes s'est réuni sur-le-champ, et il a adopté des mesures promptes et énergiques. Des médecins et fonctionnaires publics ont été envoyés à Arquata, pour combattre, à son début, cette maladie terrible.

ÉTAT CIVIL DE TOULON.

	Décès. Ordinaires.	Cholériques.	Totaux.
Journée du 16 octobre. . . .	6	13	19
— 17 —	6	14	20
— 18 —	12	9	21
— 19 —	9	8	17
— 20 —	10	9	19
	43	53	96

— NOUVEL HÔPITAL D'ALIÉNÉS A BRISTOL. — Par un acte du parlement, un hôpital d'aliénés avait été décrété pour la ville de Bristol. Ce nouvel asile va être ouvert aux aliénés de la classe indigente. On dit que cette fondation ne coûtera pas moins de 50,000 l. s. (1,250,000 fr.)

— M. A. Devergie a commencé sa clinique d'hiver sur les maladies de la peau, le samedi 20 octobre, à huit heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et la continuera les samedis suivants.

RÉGIME, HABITUDES.

Le régime est uniforme dans l'armée, et celui de la garde mobile ne s'en éloignait guère; mais il convient d'insister sur la transition de la vie antérieure des recrues et des ouvriers au régime militaire, transition qui doit contribuer, avec tant d'autres causes, à mettre en jeu l'excitabilité des jeunes sujets. Nos informations nous ont appris qu'une partie (environ un quart) de nos malades avaient commis des excès d'alcooliques ou en abusaient habituellement; nul doute que les libations bachiques qui ont suivi la révolution de février et qui se renouvelaient par d'incessantes occasions, ne puissent avoir eu quelque influence dans la production des méningites observées à cette époque chez des gardes mobiles; mais que l'on analyse par voie de statistique un nombre égal de pneumonies traitées dans les hôpitaux militaires, et l'on retrouvera la même cause dans la même proportion; ce qui la rend banale et de nulle valeur pour l'explication de ce qu'il y a de spécial dans l'étiologie dans la méningite.

SYMPTOMATOLOGIE.

Notre dessein n'est point de recommencer la description générale d'une maladie dont les phénomènes sont connus; nous nous bornerons à signaler ceux qui ont marqué notre épidémie, et à indiquer leurs rapports de fréquence, d'après les relevés statistiques de nos observations.

I. — Prodromes.

Sur 57 cas, 12 fois l'invasion a été foudroyante. Mon ami M. Tourdes a constaté l'existence de prodromes 45 fois sur 73, et pour lui l'invasion foudroyante est l'exception. Les phénomènes précurseurs ont été, comme partout, la céphalalgie, les vertiges, les lassitudes, les horripilations, les tremblements, le malaise général, les nausées, les vomituritions; plusieurs fois la maladie a débuté par un accès de fièvre qui a trompé de prime-abord le jugement des officiers de santé; mais la fièvre terminée, restait la courbature, la céphalalgie presque toujours très-vive, et quand il s'y joignait un peu de roideur cervicale que les malades prenaient pour un torticolis rhumatismal, le doute n'était plus permis. Ce mode d'invasion est digne d'attention; c'est par un accès fébrile ou du moins par un frisson que s'annonce l'infection purulente, le passage de l'hépatisation rouge à l'infiltration purulente du poumon, la résorption du pus variolique, le début de la fièvre puerpérale qui se distingue, comme la méningite cérébro-spinale, par la formation rapide et la diffusion du pus dans les séreuses.

II. — Symptômes.

1° FORMES GÉNÉRALES.

Sur 57 cas, nous avons observé

la forme délirante	23 fois.
— comateuse	12 —
— délirante et comateuse	5 —
— céphalique	7 —
— céphalique et spasmodique	6 —
— typhoïde	4 —

2° SENSIBILITÉ.

Céphalalgie. Elle a été temporale dans 2 cas, occipito-frontale dans 2 autres; chez le reste de nos malades, elle a occupé le front; 10 fois nous l'avons notée d'intensité ordinaire; dans 28 cas, elle est qualifiée d'atroce, d'intolérable; dans 12 cas foudroyants, on n'a pu relever ni son siége ni son degré d'intensité.

Rachialgie, générale ou partielle; elle n'a été accusée spontanément par le malade que 13 fois; le plus souvent elle était limitée à la portion lombaire; la douleur rachidienne ne s'est manifestée dans les autres cas que par la pression exercée sur les apophyses épineuses des vertèbres, ou dans les changements d'attitude, surtout dans les efforts d'érection du tronc. La douleur cervicale a rarement manqué; il suffisait, pour la développer, de faire exécuter au malade des mouvements de flexion de la tête sur la poitrine.

Courbature vague; on a noté ce symptôme dans 4 cas, ainsi que les *douleurs contusives* des membres; une seule fois il a existé des douleurs articulaires.

Dans le passage de la maladie à la convalescence ou à la chronicité, il est survenu 5 fois des *frissons* irréguliers; 3 fois ils se sont reproduits sous le type tierce. Nous reviendrons sur ces phénomènes d'intermittence (v. marche et terminaison).

C'est encore dans cette période que nous avons constaté fréquemment un état de torpeur générale, très-analogue à celui qui succède à certaines attaques de choléra; chez 2 de ces malades, il y avait anesthésie générale. Quant aux troubles sensoriels, ceux de l'ouïe ont été les plus fréquents; un jeune garde mobile est resté entièrement sourd à la suite d'une méningite; cette surdité a persisté plusieurs mois; rentré en mars dernier dans notre service, il avait récupéré l'ouïe; la diplopie a été notée une fois au début, une autre fois au déclin de la maladie, et elle a aussi persisté fort longtemps; le trouble de la vue a été observé chez un convalescent.

Nous ne mentionnerons point ici les troubles divers de la vue et de l'ouïe, presque constants dans la période d'irritation et de collapsus.

3° MOTRICITÉ.

La *rigidité cervico-dorsale* s'est montrée 38 fois d'une manière prononcée, 5 fois à un degré moindre; dans 5 autres cas, elle était douteuse ou n'existait pas; dans les 12 cas foudroyants, elle n'a pu être constatée.

17 malades ont offert le *trismus.*

L'*opisthotonos*, à un degré léger, s'est montré dans 10 cas; dans 5 autres cas, il a été très-notable au cou, et 3 fois il a affecté d'une manière prononcée toute la longueur du rachis.

Le *pleurothotonos* a été vu chez 2 malades.

Le *strabisme* a marqué 6 fois le début, et 1 fois la fin de la maladie.

La *contracture* légère des membres a été observée dans 16 cas.

Les *secousses tétaniques* dans tout le corps, 2 fois.

Les *crampes* ne se sont manifestées que chez 2 malades qui ont présenté un mélange de symptômes cholériques et arachnitiques; par leurs résultats nécroscopiques, ces deux cas se rattachent plus directement à l'histoire de la méningite; ils ont coïncidé avec le début de l'épidémie cholérique; depuis leur apparition, 5 nouveaux cas de même nature se sont présentés à notre observation; mais ils n'ont pu être compris dans cette statistique.

Le *rire sardonique* n'a pas empêché la guérison dans un cas où il y avait en même temps photophobie, trismus, respiration suspirieuse et saccadée, état semi-algide, absence du pouls radial, etc. Dans un autre cas survenu en mars 1849, et qui a présenté quelques symptômes cholériformes (Deloche, 25e régiment de ligne, n° 51, salle 25), le rire sardonique s'est montré deux jours avant la mort.

4° INTELLIGENCE.

Le *délire* a existé au début, ou plus exactement quelques jours après l'invasion chez 42 malades, avec les nuances suivantes: ordinaire, 4 fois; violent, 19 fois; loquace, 9 fois; nocturne, 3 fois; avec intervalles de lucipité ou de coma, 5 fois; dans un cas, le délire s'est montré après le coma. M. Broussais a beaucoup insisté sur cette inversion de périodes d'exaltation et de collapsus; il n'en est pas moins vrai qu'une sorte de régularité préside dans la majorité des cas à l'évolution symptomatique, et que les périodes, classiquement admises dans l'étude de la méningite, ont leur vérité clinique.

Dans 4 cas, il y a eu simplement *agitation* avec *loquacité.*

6 fois le délire a été précédé de *vertiges.*

L'*hébétude* et la *stupeur* ont été remarquées 4 fois au début, 2 fois dans le cours de la maladie.

La *somnolence* a marqué 2 fois le début, 2 fois le cours de la maladie.

Le *coma* a été noté 13 fois succédant au délire, 8 fois débutant d'emblée, 1 fois alternant avec le retour des facultés intellectuelles.

La *parole* a été embarrassée 3 fois au début.

La *mémoire* a été nulle 4 fois dans le cours de la maladie.

Il y a eu 2 fois des *hallucinations*, et 4 fois des *cris hydrencéphaliques.*

5° DIGESTION.

Le *hoquet* a été noté dans 3 cas suivis de mort.

Le *vomissement*, 22 fois au début, 7 fois à la fin ou dans le cours de la maladie.

La *constipation* est un des symptômes les plus constants de la maladie; nous l'avons noté 23 fois au début même, et un plus grand nombre de fois pendant le cours de la méningite; elle résiste souvent aux lavements, aux laxatifs; le calomel surtout semble impuissant à la vaincre. Le vomissement, la constipation et la céphalalgie fournissent, réunis, le diagnostic de la maladie dès l'invasion; s'il s'y joint un peu de rigidité cervicale, il y a certitude. Depuis que l'épidémie cholérique s'est développée, c'est surtout la constipation qui nous a permis de discerner la présence d'une méningite sous le masque de quelques symptômes cholériques, tels que vomissements, crampes, yeux caves et cerclés, cyanose légère, etc.

La *diarrhée* est excessivement rare dans la période d'invasion; nous ne l'avons constatée que 2 fois; dans 6 cas, elle est survenue vers la fin de la maladie sous l'influence des médications employées.

Le *gargouillement iliaque*, le *météorisme* et la *douleur iliaque droite* ont été observés dès le principe chez 6 malades; ces symptômes,

joints à ceux du système nerveux, auraient pu jeter quelque obscurité sur le diagnostic initial; une nuance typhoïde existait en réalité chez ces malades, et, quand la terminaison a été fatale, elle correspondait à un développement plus considérable des follicules isolés et des plaques agminées; 8 fois nous avons vu ce groupe de symptômes survenir dans le cours même de la méningite.

L'état de la langue a presque toujours été normal; après quelques jours de diète et de séjour au lit, elle devenait blanchâtre; nous ne l'avons vus revêtir les divers aspects du typhoïsme (croûte brunâtre, fuligo, fissures) que 10 fois dès les premiers jours de la méningite, et 4 fois pendant son évolution.

Un phénomène qui a exercé notre attention, l'*enduit nacré des gencives* correspondant aux dents molaires, a été indiqué dans 26 observations; dans 1 autre cas, la bandelette nacrée s'étendait à toute la membrane gencivale; dans un dernier cas, une exsudation pelliculaire blanchâtre avait envahi la muqueuse palatine et les piliers antérieurs.

L'oscillation, le tremblotement de la langue, la difficulté de la sortir, ont toujours eu une signification mauvaise pour le pronostic. La soif a toujours été médiocre, excepté dans un cas.

L'état pulvérulent des narines, consigné dans quatre observations, a coïncidé deux fois avec la terminaison funeste de la maladie. L'odorat présente les mêmes variations que l'ouïe et la vue.

L'anorexie est constante; l'appétit est lent à renaître, alors que la maladie tend à une issue favorable; bien différents des typhoïdes en voie d'amélioration ou de convalescence, les malades sollicitent rarement des aliments, souvent laissent une partie de ceux qu'on leur accorde; ils digèrent peu et avec labeur; ils vomissent fréquemment après les repas qui activent leur circulation et les jettent dans une sorte de torpeur.

6° Circulation et respiration.

Dans 56 cas, nous avons tenu compte du nombre et du rhythme des pulsations au début de la méningite; le pouls a été

1 fois à 42 pulsations;
2 fois à 50 —
1 fois à 54 —
14 fois à 60 —
11 fois à 70 —
12 fois entre 80 et 90 pulsations;
9 fois entre 100 et 120 —
1 fois inégal;
5 fois variable.

Dans le cours même de la maladie, le *pouls* reste calme, excepté pendant la durée des contractions convulsives, des secousses et des mouvements de jactitation; alors l'accélération est très-grande, l'artère est en même temps dure, roide, quelquefois petite et serrée; mais dès que l'agitation cesse, le pouls redevient lent et régulier. Vers la fin de la maladie, quand la terminaison est funeste, la fréquence est la règle. Une fois le pouls à 54 a coïncidé avec le délire, et la guérison s'est opérée. M. Tourdes augure mal du ralentissement circulatoire. Nos observations sont négatives.

9 malades ont eu des *épistaxis* à leur arrivée, au commencement de la maladie. Ces épistaxis n'ont eu aucune influence sur la marche de la méningite; mais elles n'ont pas débilité les malades comme il advient dans la fièvre typhoïde. Une hémorrhagie intestinale très-considérable a entraîné brusquement la mort d'un malade qui semblait en voie d'amélioration. Ce cas, qui a précédé immédiatement l'apparition du choléra au Val-de-Grâce, a une signification multiple pour l'élucidation étiologique, et comme l'expression d'une transition épidémique.

La *face* a été vultueuse 11 fois au début, injectée 7 fois dans le cours de la maladie; 3 fois elle était pâle. L'hypérémie des conjonctives a été notée 8 fois.

Les caractères physiques du sang ont été relevés dans 25 observations. L'état couenneux est indiqué 14 fois; il était généralement très-prononcé. Une fois on a remarqué la couenne lardacée; une autre fois elle était mince et une fois incomplète. 4 fois la couenne ne s'est montrée qu'à la seconde saignée. Le sang de la première offrait, du reste, un coagulum dense, volumineux, à surface irisée, excepté dans 1 seul cas, où il était friable et mou. Ce dernier caractère appartenait encore à trois autres sangs. Outre les sangs couenneux, nous avons tenu note de 6 autres cas où la saignée a fourni un caillot très-considérable et résistant, quoique dépourvu de couenne, et d'un septième cas où le sérum se trouvait en minime quantité. Trois analyses du sang ont été faites par mon chef de clinique, M. Masselot. La première, faite vingt-quatre heures après le début de la maladie, avec le sang de la première saignée, a donné pour la proportion de fibrine = 4,8411. Chez ce malade (Chauzeix, du 23e de ligne, âgé de 28 ans), l'invasion avait été foudroyante; il a présenté, entre autres symptômes, la roideur cervico-dorsale, le pleurothotonos, la contracture passagère des muscles des membres, le strabisme, la photophobie, des syncopes, un délire furieux, etc., et vers la fin, à la suite d'une rétention prolongée des urines, cystite avec abcès prostatique ouvert dans la vessie; il a guéri sous l'influence du calomel donné jusqu'à salivation. La deuxième analyse a porté sur le sang d'une deuxième saignée pratiquée au nommé Baudin (n° 53, salle 28), le 13 février 1849, qui a succombé après avoir offert le coma d'emblée, suivi de délire violent avec hyperesthésie et taches lenticulaires sur le tronc. La fibrine s'était élevée à 4,0023. Enfin une analyse plus complète a été tentée avec le sang de la deuxième saignée, pratiquée le 14 février 1849 chez le nommé Proffit, du 23e de ligne; en voici les résultats :

Fibrine	5,6638
Albumine	86,3000
Globules	113,3400
Eau	794,6962
	1000,0000

Cet homme est mort dans la forme convulsive et délirante de la maladie; fortement constitué, sanguin, il n'a été malade que cinq jours, dont trois jours et demi seulement à l'hôpital; il n'a eu ni hémorrhagie ni éruption. Les symptômes dominants ont été : rachialgie, trismus, soubresauts, efforts musculaires considérables et désordonnés, face égarée, délire furieux, vociférations, cris et paroles inarticulées, selles involontaires au début, puis constipation, pouls à 60 au début, insaisissable et précipité vers la fin, mains aux parties génitales. A l'autopsie, traînées d'exsudation purulente à la convexité du cerveau, où les vaisseaux sont gorgés; couche épaisse de pus à la base médiane sur la protubérance et la face inférieure du cervelet; pus sur le vermis supérieur; piqueté avec bonne consistance du cerveau; sérosité purulente en petite quantité dans les ventricules; couche de pus sur toute la face postérieure de la moelle et sur une partie de sa face antérieure; poumons congestionnés; muqueuse gastrique rosée et mamelonnée; psorenterie dans l'intestin grêle, confluente vers sa fin; hypérémie du foie; rate à 10c,8.

Les analyses rapportées par M. Tourdes fixent la globuline entre 134 et 143. Chez notre malade, le chiffre des globules s'était donc notablement abaissé, malgré l'absence d'hémorrhagies, de pétéchies, etc. Nous regrettons de n'avoir pu multiplier ces recherches au milieu d'un service encombré de malades et sous le poids d'obligations accumulées; mais nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher ces données de celles qu'a fournies l'analyse du sang dans l'un de ces cas de pneumonie catarrhale et typhoïde que nous avons observées en grand nombre pendant l'hiver 1848-1849, et dont il a été rendu compte ailleurs (voy. Gazette des hôpitaux, 20 février 1849). Chez un pneumonique à pétéchies, il y avait aussi accroissement de la fibrine et diminution des globules.

La respiration fournit quelques éléments d'observation au diagnostic, et surtout au pronostic. Sa fréquence n'est guère en rapport avec le pouls. Souvent on est frappé de l'accélération et de la perturbation rhythmique des mouvements respiratoires, tandis que la diastole artérielle est lente et régulière. D'après nos relevés, le nombre des inspirations par minute ne devient inquiétant que lorsqu'il dépasse 36. Voici deux séries de résultats numériques qui tendent à prouver ce fait : *guérisons*, 20 inspirations, 24, 36 (au quatrième jour), 36, 36 à plusieurs reprises. — Décès : 20, 24, 25, 6, 30, 36, 40, 42, 42. La respiration précipitée a toujours été suivie de mort. Quant aux autres modifications de cette fonction, voici ce que nous trouvons dans nos documents :

Respiration inégale. . . . 1 cas guéri.
— saccadée. . . 1 id. id.
— suspirieuse. . 7, dont 4 guéris et 3 morts.
— bruyante. . . . 3, dont 2 guéris et 1 mort.
— stertoreuse. . 2 morts.
— profonde. . . . 2 morts.

Un malade s'est plaint de gêne précordiale pendant la respiration, l'auscultation étant négative; il a succombé, et l'autopsie a fait voir l'intégrité du cœur et de ses enveloppes. Il n'y avait que de l'engouement pulmonaire hypostatique. Nous mentionnons ce fait, parce que M. Tourdes a rencontré une fois la péricardite aiguë avec suppuration (p. 104), sans qu'il y ait eu pendant la vie matité ni douleur précordiale.

Dans deux cas, la mort a été produite par des pneumonies secondaires lobulaires. Dans l'un de ces cas, il y avait en même temps pourriture d'hôpital par suite d'un vésicatoire, et la pneumonie avait passé au degré de l'infiltration purulente.

La chaleur a été généralement normale chez nos malades, abaissée aux extrémités dans 6 cas; chez deux autres, elle était brûlante au front. Dans le passage à la chronicité ou à une convalescence lente, la tendance au re-

froidissement était manifeste. Ces malades, anémiés, amaigris, toujours couchés, avaient besoin d'un réchauffement artificiel ; la peau de leurs membres restait longtemps rugueuse et froide. Ceux principalement qui passaient à l'hydrencéphalie, et qui, torpides, refusant ou vomissant les aliments, tombaient graduellement dans la cachexie de l'inanition, produisaient peu de chaleur, et comme pour en diminuer les surfaces de déperdition, ils se pelotonnaient dans leurs lits, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le tronc.

7° PEAU ET APPAREIL URINAIRE.

Les éruptions cutanées, que M. Broussais mentionne à peine comme épiphénomènes, méritent une attention particulière. Quoique limitées au tiers du nombre total des cas observés dans notre service, elles ne laissent pas que d'éclairer par quelque endroit l'origine et la nature réelle de l'état morbide complexe que nous étudions.

Érythème scarlatiniforme.	1 cas.
— rubéoliforme	2
Érysipèle.	4
Taches rosées lenticulaires	4
Pétéchies.	5
Sudamina.	3
Herpès groupé.	8
Ecthyma (des fesses).	1
	28

Il faut observer que, chez plusieurs malades, deux genres d'éruption ont coïncidé (sudamina et taches rosées, etc.), ce qui réduit à 20 le nombre des cas de méningite avec éruption, c'est-à-dire au tiers de notre statistique particulière.

L'érythème scarlatiniforme, pâle et à zones éparses sur le tronc, était prononcé sur les membres; le sujet a guéri. L'un des deux cas, à exanthème rubéoliforme, a été rapidement funeste. La rougeole était bien marquée sur les membres, beaucoup moins sur le ventre et la poitrine; elle existait dès le début, et s'accompagnait de rougeur des piliers et du voile du palais, ainsi que de larmoiement. S'agissait-il d'une fièvre éruptive avec phénomènes nerveux, ou d'une méningite cérébro-spinale? L'hyperesthésie générale, la douleur et la rigidité cervico-dorsale, l'explosion d'un délire violent avec cris et jactitation, strabisme, trismus, etc., ont confirmé l'existence de cette dernière affection. Le doute subsiste encore, même après l'autopsie, sur la valeur réelle de l'exanthème, épiphénomène ou complication. L'homme qui a présenté cette combinaison morbide s'appelait Meilheran, sapeur au 1er régiment du génie, d'une forte constitution, entré en février 1849; il n'offrait, le jour de son entrée, d'autres symptômes que l'éruption mal dessinée, avec angine légère, céphalalgie atroce et vomissements. Les phénomènes cérébraux ont éclaté avec une violence extrême. Mort au bout de trois jours. Injection vasculaire de la convexité du cerveau ; traînées purulentes entre les circonvolutions ; exsudation plastique à la base médiane et sur la face inférieure du cervelet; sérosité assez abondante dans la pie-mère ; séro-pus dans les ventricules; substance cérébrale dense et injectée ; lame épaisse de pus concret à la face postérieure de la moelle, surtout au niveau de la portion dorsale; quelques traces de liquide opalin à la face antérieure ; deux tubercules durs au sommet du poumon gauche; cœur contenant du sang noir liquide avec quelques caillots fibrineux ; psorenterie légère à la fin de l'intestin grêle ; 8 plaques réticulées ; rate à 14c; articulations intactes.

Sur les 4 cas de méningite avec érysipèle, 3 ont eu une issue funeste ; dans 2 de ces cas, l'érysipèle occupait la face, le cuir chevelu et projetait des irradiations dans le dos.

L'*herpès labialis* a paru environ dans les deux tiers des cas observés à Strasbourg (épidémie militaire) ; aussi M. Tourdes lui accorde une importance proportionnée à la fréquence de ses manifestations. Cette éruption, dont il est inutile de reproduire la description bien connue, ne s'est montrée au Val-de-Grâce que chez 1 malade sur 7 1/2.—M. Tourdes l'a vue se développer ordinairement le quatrième ou le septième jour, une fois seulement le huitième et plus tard ; nous l'avons observée une seule fois le quatrième jour, deux fois le huitième jour, cinq fois plus tard. Quant à la signification pronostique qu'il y attache, nos observations ne la confirment point. Sur 31 cas où l'herpès a été noté, M. Tourdes a compté 15 décès; ce qui donne à peu près la proportion de l'épidémie tout entière, abstraction faite des méningites foudroyantes ; mais si la statistique semble annuler ce phénomène, M. Tourdes lui décerne une valeur réelle d'après le détail des faits ; ainsi l'éruption paraît du troisième au quatrième jour, et c'est alors que s'opèrent les rémissions ; les guérisons ont coïncidé avec les éruptions les plus étendues, et dans beaucoup de cas mortels, elle se montrait à peine. Voici notre réponse à ces inductions : 1° sur 8 cas de méningite avec herpès, 6 ont été mortels; 2° le seul cas où l'éruption a paru le quatrième jour (jour critique) a été funeste; 3° les deux guérisons se rapportent à un herpès survenu vers la fin de la maladie, et à un autre herpès qui a coïncidé avec des sueurs profuses, bien autrement efficaces, comme nous le verrons, que l'apparition d'une ou plusieurs grappes vésiculeuses. L'éruption labiale paraît à M. Tourdes l'un des arguments qui militent en faveur de l'existence d'un miasme spécial, cause de la méningite. Nous ne lui reconnaissons ni cette signification étiologique ni ce lien physiologique avec le fond de la maladie. L'herpès est une très-innocente éruption qui est aussi fréquente dans les fièvres intermittentes et dans les fièvres éphémères vernales que dans la méningite ; il ne dénote pas plus une viciation miasmatique du sang qu'il ne suffit à enrayer le travail pathologique si terrible qui s'opère sur l'axe cérébro-spinal dans la méningite épidémique.

Quant au siége de l'herpès, il a occupé 5 fois les lèvres, 2 fois les lèvres et le nez, 1 fois le nez, les lèvres et l'oreille gauche.

Les urines ont coulé à l'insu des malades dans 23 cas ; 7 fois elles se sont accumulées dans la vessie, de manière à déterminer la matité hypogastrique. Leur quantité a été très-considérable chez un malade qui a guéri ; nous les avons vues troubles, jumenteuses 6 fois, briquetées 2 fois, et 2 autres fois avec un excès considérable d'acide urique et un dépôt rosacique.

(La suite au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE LA DESTRUCTION DES HÉMORROÏDES INTERNES PAR LA CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DE LEUR PÉDICULE AVEC LE CAUSTIQUE SOLIDE DE POTASSE ET DE CHAUX DU DOCTEUR FILHOS; par J.-Z. AMUSSAT.

Dans mon premier mémoire sur la destruction des hémorroïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique de potasse et de chaux, publié dans la GAZETTE MÉDICALE de septembre et octobre 1846, après avoir énuméré les procédés anciens et être entré dans quelques généralités sur l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes, j'ai publié un assez grand nombre d'observations constatant les effets de la ligature à laquelle j'avais eu recours dès les premiers temps de ma pratique, puis de la cautérisation des tumeurs avec le caustique solidifié de potasse et de chaux, cautérisation modifiée de diverses manières, et que j'avais définitivement substituée à la ligature plus douloureuse et moins sûre dans ses résultats. Ce principe bien établi de la supériorité de ce dernier moyen sur la ligature, l'excision, etc., n'a reçu aucune atteinte ; mais j'ai cherché à simplifier autant que possible son application, et je crois être parvenu à trouver un procédé de cautérisation plus simple.

J'espère donc être utile aux chirurgiens en publiant ce nouveau travail, dans lequel je m'occuperai exclusivement du procédé que j'emploie actuellement, en y joignant quelques observations qui en constatent la simplicité.

Dans le premier mémoire, j'ai établi : que la cautérisation circulaire du pédicule des hémorrhoïdes internes avec le caustique calcio-potassique est préférable à la cautérisation en masse, à la ligature et aux autres procédés; et que l'eau froide injectée pendant la cautérisation n'empêche pas son effet et prévient l'inflammation.

Dans ce nouveau mémoire, je démontrerai, que la pince préservatrice et les autres moyens ne sont utiles que dans quelques cas, la nouvelle pince porte-caustique étant disposée de telle sorte, que le caustique n'est mis à découvert, qu'au moment où l'on est bien certain qu'il ne touchera que le pédicule de la tumeur.

Rappelons d'abord que les hémorrhoïdes internes se forment au moment des efforts d'expulsion, par la dilatation variqueuse des veines ; coiffées pour ainsi dire ou recouvertes par la muqueuse, elles sortent de l'anus comme un polype ou une hernie. Peu à peu le sphincter les étrangle, elles augmentent de volume et de couleur par la difficulté de la circulation, et elles deviennent souvent très-douloureuses.

Quelquefois dans les cas les plus graves, les tumeurs hémorrhoïdales entraînent avec elles la muqueuse qui est au-dessus, et alors elles se compliquent de prolapsus, soit seulement de la muqueuse, soit même, comme je l'ai vu quelquefois, de chute ou de renversement du rectum. Ajoutons que les tumeurs hémorrhoïdales, par leur nature sanguine, sont très-variables ou plutôt très-mobiles ; elles rentrent et sortent facilement. La compression les fait disparaître, et lorsqu'elles sont rentrées le doigt introduit dans le rectum ne les retrouve plus et ne peut les apprécier. Elles échappent facilement aussi aux instruments et elles se vident par la moindre déchirure ou par la plus petite piqûre.

Pour les saisir, les pinces à disséquer, les crochets, etc., étaient les moyens que l'on employait habituellement; mais ils étaient incommodes et ne remplissaient pas les indications auxquelles on les destinait. Je n'emploie plus actuellement que les pinces porte-caustique modifiées, de façon à pouvoir bien prendre la tumeur au sommet de son pédicule sans la cautériser. Cette pince a été décrite et figurée dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 6 janvier 1849; elle est formée de deux branches d'acier semblables inférieurement à celles d'une pince à dissection; chacune de ces branches bifurquée inférieurement et recourbée en dedans, de manière à donner plus d'étendue au bras de levier, supporte une autre branche cylindrique également en acier, longue de 6 centimètres environ, et de 5 millimètres de diamètre, placée transversalement et creusée dans toute l'étendue de la face interne d'une cavité qui sert à contenir le caustique. Chacune de ces cavités peut être recouverte à volonté au moyen d'une lame demi-circulaire en maillechort qui s'articule avec les cylindres et se manœuvre au moyen d'une petite oreille ou anneau. Au moyen de cette lame le caustique peut être mis à l'abri du contact de l'air, et ne toucher les parties sur lesquelles on veut le faire agir qu'au moment où l'on est disposé à cautériser la tumeur. Enfin un écrou à oreillons, courant sur une tige à pas de vis triple, légèrement courbe, qui traverse les deux branches longitudinales de la pince, à une petite distance de leur bifurcation, permet de fermer l'instrument, d'amener le rapprochement exact des cuvettes porte-caustique, et de comprimer avec force les parties que l'on veut cautériser.

Ces nouvelles pinces m'ont permis de simplifier le procédé de cautérisation décrit dans mon premier mémoire. En effet, je n'ai besoin le plus souvent que d'un seul instrument, puisque mes pinces porte-caustique, qui compriment aussi la tumeur dont je veux cautériser le pédicule, sont en même temps préservatrices (1) en ce sens que le caustique n'est mis à découvert qu'au moment où je suis certain qu'il agira seulement sur le pédicule des hémorrhoïdes. A l'aide de ce perfectionnement, j'ai pu supprimer les pinces préservatrices et les autres instruments destinés à isoler les tumeurs. Quant aux ténaculum, ils sont également inutiles, puisque je ne crois plus qu'il soit urgent de ponctionner la tumeur hémorrhoïdale après en avoir cautérisé le pédicule.

Avant tout, comme je l'avais déjà dit dans mon premier mémoire, il faut explorer avec la plus grande attention les malades atteints d'hémorrhoïdes, afin d'acquérir des données certaines sur le degré de la maladie, et spécifier le genre d'opérations qui lui convient.

Les hémorrhoïdes internes, étant plus ou moins grosses, plus ou moins volumineuses, suivant le degré des efforts d'expulsion, il est très-important de les examner immédiatement après que le malade vient de rendre un lavement. Si on ne prend pas cette précaution, on s'expose à ne pas juger la maladie aussi complétement que cela est nécessaire, surtout en vue d'une opération. Il est très-rares que les hémorrhoïdes soient uniques; le plus souvent elles sont au nombre de deux, trois, quatre et cinq, et quelquefois plus nombreuses encore.

Les hémorrhoïdes internes, ainsi que leur nom l'indique, sont toujours placées au-dessus du sphincter anal, à une hauteur variable.

Leur situation, relativement à la circonférence de l'anus, mérite aussi d'être observée; tantôt elles sont périnéales, coccygiennes ou fessières. Le plus souvent elles affectent ces situations diverses chez le même malade. Cette position des hémorrhoïdes doit être constatée avec soin, car elle peut faire varier la manière de saisir les hémorrhoïdes pour les détruire. Enfin, il faut encore explorer l'intérieur du rectum avec le doigt porté aussi haut que possible dans cet intestin.

Après cet examen local, il importe aussi beaucoup de chercher s'il n'existe pas d'affection organique. Deux fois j'ai constaté une affection carcinomateuse concomitante, une fois du rectum, une autre fois du cœcum. Il est enfin utile d'étudier avec soin l'organisation du malade, de méditer les antécédents qu'il fournit sur son état, afin de s'assurer s'il n'y a pas de contre-indication formelle à l'opération. Il est important de se bien pénétrer de cette idée, qu'il ne faut opérer les hémorrhoïdes que lorsqu'on y est forcé par la gêne et par la douleur qu'elles causent au malade, par la faiblesse et l'anémie résultant des hémorrhagies quelquefois très-fortes, et souvent très-répétées, qui ont lieu; enfin, lorsqu'elles constituent une incommodité insupportable et qu'elles produisent un dérangement notable du système nerveux, ainsi que cela s'observe si souvent.

Toutefois, lorsqu'on s'est décidé à une opération, il est prudent de laisser une petite hémorrhoïde afin de ne pas supprimer complétement la congestion qui avait lieu habituellement à l'extrémité du rectum.

Dès qu'on a bien reconnu la nécessité de débarrasser un malade de ses hémorrhoïdes, établissons aussi exactement que possible comment on doit procéder à cette opération.

On doit d'abord le soumettre à l'usage des dépuratifs pendant quelques jours, lui faire prendre un bain, pratiquer une petite saignée s'il y a pléthore, et prescrire, la veille de l'opération, un purgatif avec l'huile de ricin préparée à froid, ou un laxatif salin, afin de débarrasser l'intestin et d'éviter les garde-robes deux ou trois jours au moins après l'opération.

Les objets nécessaires à l'opération sont les suivants:

Des pinces porte-caustique;

Deux seringues ordinaires ou un clysopompe, et mieux un siphon à irrigations continues, formant ainsi un appareil complet pour employer dès que l'opération est terminée;

Du cérat simple;

De l'eau fraîche en grande quantité.

Un pinceau et de l'eau vinaigrée.

On charge les pinces, soit en plaçant de la poudre caustique dans les cuvettes que l'on chauffe à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, soit en les plongeant alternativement dans le caustique en fusion, soit en versant dans les cuvettes du caustique fondu; on peut aussi les charger à froid avec une pâte faite avec le caustique calcio-potassique fondu et réduit en poudre, délayé avec une faible quantité d'alcool.

Voici maintenant la composition du caustique Filhos, caustique calcio-potassique:

Potasse caustique à la chaux.	2 parties.
Chaux vive.	1 partie.

fondues ensemble et pulvérisées.

Les proportions de ce caustique sont différentes de celle de la poudre de Vienne, qui est composée de:

Potasse caustique à la chaux.	5 parties.
Chaux vive.	6 parties.

Comme on le voit dans le caustique Filhos, la potasse est en excès d'un tiers, tandis que dans le caustique de Vienne, c'est la chaux qui est en excès d'un sixième.

M. Filhos a observé que l'excès de chaux, dans le caustique de Vienne, rendait la fusion ignée du mélange plus difficile, donnait au composé nouveau un peu trop de consistance pour être coulé avec facilité dans les tubes de plomb, et avait, comme résultat pratique, le grave inconvénient de diminuer la promptitude d'action du caustique. Une moindre quantité de chaux vive laisserait au mélange solidifié une partie de sa déliquescence. Trois minutes suffisent pour faire, avec ce caustique imbibé d'alcool, l'escarre nécessaire à l'établissement d'un cautère.

Immédiatement avant l'opération, il faut faire préparer le lit sur lequel doit être opéré le malade. Une alèze est placée en travers, dans l'endroit où le bassin doit reposer, et cette alèze est recouverte avec de la toile cirée. Sur le côté et en bas du lit on place un bassin pour recevoir l'eau qui, après avoir passé sur la région anale, s'écoule sur la toile cirée.

On prépare ensuite les objets nécessaires à l'opération.

Après avoir pris un lavement pendant ces préparatifs, le malade ne devra le rendre qu'immédiatement avant l'opération et continuer à faire des efforts de défécation. Sa situation pour l'opération n'est pas indifférente; elle doit d'ailleurs varier suivant la position de l'hémorrhoïde que l'on doit opérer. En général, la position du malade couché sur le côté est celle que je préfère. Sans doute, étant à genoux ou placé comme pour l'opération de la taille, il serait peut-être plus favorablement situé pour continuer long-temps à faire des efforts, mais, magré l'avantage que l'opérateur pourrait trouver à lui faire prendre l'une ou l'autre de ces positions, j'ai du y renoncer à cause de la fatigue qu'elle produit presque inévitablement. Deux aides au moins sont nécessaires pour écarter les parties voisines des hémorrhoïdes que l'on veut cautériser. Un troisime ne doit être occupé qu'à pratiquer continuellement des injections d'eau fraîche sur l'hémorrhoïde et sur les parties voisines.

Lorsque le malade a rendu le lavement qu'il vient de prendre, il se place convenablement sur le bord de son lit en ne discontinuant pas de faire des efforts. Les hémorrhoïdes étant bien sorties hors de l'anus, on s'empresse de les saisir avec les pinces dont on a eu la précaution de recouvrir les cuvettes chargées de caustiques avec les lames préservatrices, et on les serre très-modérément, en engageant le malade à renouveler les

(1) M. Alphonse Amussat a fait exécuter par M. Charrière une pince préservatrice en verre, destinée à isoler non-seulement les hémorrhoïdes, mais encore les tumeurs pédiculées de toute nature, que l'on veut détruire par les caustiques et même le fer rouge. Elle est formée de deux lames de cristal légèrement excavées sur une de leurs faces, adaptées à une pince de métal. Dans les dernières lignes de son premier mémoire, M. Amussat parle de la possibilité de détruire les tumeurs hémorrhoïdales avec des pinces à baguettes rougies au feu. Sans aucun doute, cette opération serait facile à exécuter avec les pinces préservatrices en verre, mais on ne pourrait pas profiter de l'action calmante de l'eau froide.

efforts d'expulsion. On peut faire glisser les baguettes plus près du pédicule de la tumeur, on découvre alors le caustique en imprimant un mouvement de rotation aux petites lames, et l'on serre fortement la pince à l'aide de son écrou.

Un point important sur lequel j'appelle toute l'attention du praticien, c'est de ne mettre les cuvettes à découvert que lorsque la tumeur est saisie par son pédicule aussi complétement que possible, et de ne serrer fortement la pince qu'à ce moment de l'opération.

Dès que le caustique agit sur la tumeur, on commence les injections d'eau fraîche, et on les continue pendant tout le temps que les pinces restent appliquées, c'est-à-dire pendant trois ou quatre minutes, plus ou moins, suivant le volume du pédicule de la tumeur. Ces injections peuvent être faites avec deux seringues remplies d'eau fraîches ou tout autre instrument, mais de manière que le liquide soit projeté sur les tumeurs avec plus ou moins de force. Lorsque l'on juge que la cautérisation a été assez profonde pour désorganiser entièrement le pédicule de la tumeur, on desserre peu à peu l'écrou qui tient rapprochées les deux branches de la pince, et on enlève celle-ci avec précaution sans discontinuer les injections d'eau fraîche, nécessaires alors, non-seulement pour diminuer la sensation de la cautérisation qui n'est plus masquée par la pression des pinces, mais encore pour enlever les dernières parcelles de caustique dont l'action ne serait pas éteinte.

La pince enlevée, on voit que le pédicule de la tumeur est réduit à des proportions très-minimes. Le sang ayant été chassé par la compression, il ne reste plus que les tissus propres, c'est-à-dire la trame de la muqueuse, des vaisseaux et des nerfs.

L'eau légèrement vinaigrée peut aussi être employée soit en lotion, soit en injection, lorsque l'opération est terminée, afin de neutraliser les parcelles de caustique qui auraient pu rester adhérentes au pédicule de la tumeur.

On peut aussi dans le même but se servir d'un petit pinceau trempé dans de l'eau faiblement acidulée.

Après avoir fait usage de tous ces moyens il faut, autant que possible, faire rentrer dans le rectum les tumeurs que l'on vient de cautériser, et lorsqu'on y est parvenu, il est utile encore de pratiquer de petites injections d'eau fraîche en dehors de l'anus et dans le rectum.

Immédiatement après l'opération, un bain entier doit être prescrit préférablement à un bain de siége plus fatigant et dont les effets m'ont paru être moins salutaires. Le malade peut y rester une ou deux heures, et lorsqu'il en est sorti, on peut pratiquer les petites injections dont nous venons de parler, ou faire quelques irrigations. Lorsqu'on suspend l'emploi de ces moyens, on peut, avec avantage, appliquer sur la région anale des cataplasmes froids de graine de lin ou de fécule de riz, que l'on renferme dans un petit sachet de linge fin.

Les suites de la cautérisation des hemorrhoïdes par le procédé que j'emploie sont presque nulles, comme on pourra s'en convaincre par la lecture des observations que je rapporte dans ce mémoire. Pour obtenir un semblable résultat, il faut, je le répète, insister sur les bains entiers et sur les petites injections dans le rectum souvent renouvelées. Il est utile aussi de faire des pansements avec le cérat opiacé, et d'engager l'opéré à se contenter d'une alimentation très-légère pendant plusieurs jours, afin d'éviter des garde-robes qui pourraient entraver le travail de la cicatrisation.

Jusqu'à présent la destruction des hémorrhoïdes internes était regardée comme une opération très-périlleuse. Cette opération assujettie maintenant à des règles fixes rend la destruction de cette affection très-simple et très-facile. Elle n'offre pas d'ailleurs les dangers qui étaient inhérents aux autres procédés, et ne laisse aucune inquiétude ni à l'opérateur ni au malade.

Quant aux moyens anesthésiques, je pense qu'ils sont beaucoup moins indiqués pour la cautérisation des hémorrhoïdes que pour toute autre opération, puisque déjà la compression exercée par les pinces sur le pédicule des tumeurs et les irrigations d'eau fraîche faites en même temps que la cautérisation, enlèvent la plus grande partie de la douleur. Cependant j'emploie dans quelques cas le chloroforme, comme on le verra dans plusieurs observations. (*La fin prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

EMPLOI DE L'ERGOTINE DANS LES HÉMORRHAGIES EXTERNES, RÉSULTANT DE BLESSURES DES VAISSEAUX TANT ARTÉRIELS QUE VEINEUX; par M. J. BONJEAN, pharmacien à Chambéry, lauréat de l'École de Paris, secrétaire adjoint de l'Académie des sciences et membre du conseil de santé en Savoie.

L'année dernière, pendant et après la première campagne d'Italie, il fut fait de nombreuses demandes d'ergotine. Aujourd'hui ces demandes commencent à se renouveler, et je suis obligé de faire suivre chaque envoi des détails nécessaires à l'emploi de ce remède. Pour parer à cet inconvénient, je m'empresse de publier une note relative au pansement des blessures par l'ergotine, ainsi qu'aux principales circonstances dans lesquelles elle peut être utile. De cette manière, et avec les documents que j'ai publiés en France sur la préparation de l'ergotine, les chirurgiens des hôpitaux pourront se procurer facilement et promptement ce remède hémostatique, et ne rien ignorer en outre de ce qui tient à son emploi pratique dans le cas qui nous occupe. En ce moment où tant de braves encombrent les hôpitaux, cette application de l'ergotine à l'extérieur peut rendre de signalés services aux malheureux blessés, comme elle peut en rendre aux hôpitaux civils dans les mêmes circonstances, si l'on considère qu'en dehors de son action hémostatique, ce remède possède une propriété précieuse, celle de faciliter singulièrement la cicatrisation des blessures, en prévenant l'inflammation des tissus et, en grande partie, la suppuration des plaies. — Sous cette seule influence, la réunion des tissus en général a lieu par *première intention*, et la cicatrisation s'opère sans le secours d'aucun autre remède, avec une rapidité surprenante.

Je vais indiquer d'abord les principales circonstances où l'ergotine peut être utile; je décrirai ensuite son mode d'emploi, et je terminerai par quelques réflexions pratiques au sujet de quelques articles publiés à diverses époques, dans la plupart des journaux de médecine, sur l'action de ce remède à l'intérieur.

1° CIRCONSTANCES OU L'ERGOTINE PEUT ÊTRE EMPLOYÉE AVEC SUCCÈS.

L'ergotine n'est pas seulement applicable au moment où la blessure est faite, elle sert encore dans une foule de cas qui en dérivent, et dont elle diminue toujours la gravité, quand elle ne la fait pas entièrement disparaître. En présence d'une amputation majeure, d'une amputation de cuisse par exemple, je conçois que le chirurgien ait d'abord recours à la ligature; mais il est des cas, et ils sont nombreux, où la ligature est impossible. La science, malheureusement, n'offre alors aucun remède certain pour parer au danger du moment, l'hémorrhagie, et sauver le malade. C'est dans ces tristes circonstances que l'on doit avoir recours à l'ergotine, qui produit tous les avantages de la ligature sans causer aucun des inconvénients attachés à cette grave opération. En voici quelques exemples :

1° Quand, pour arrêter une hémorrhagie inquiétante, il faut produire quelques dérangements des lèvres de la plaie amenée, à grand'peine, à un commencement de cicatrisation;

2° Quand le malade a une disposition fâcheuse à la mortification des parties pour les moindres causes, et que, par suite de la ligature, la gangrène est fort à craindre, sinon certaine;

3° Quand les vaisseaux qui donnent lieu à l'hémorrhagie se trouvent dans des tissus enflammés et ramollis;

4° Quand le sang coule en *nappe* de petites artérioles dont on ne peut apercevoir ni l'orifice, ni le calibre;

5° Quand une hémorrhagie provient de la chute d'une escarre, soit à la suite de gangrène, soit à la suite de plaies faites par des armes à feu, etc.

Dans ces cas difficiles, l'emploi de l'ergotine est d'autant plus avantageux, que la compression est souvent insuffisante, outre qu'elle est toujours très-douloureuse, fatigante, et empêche la marche régulière de la cicatrisation, quand elle n'expose pas à quelques points gangréneux. La ligature, du reste, a le grave inconvénient d'oblitérer à tout jamais l'artère, de rendre ce vaisseau nul, et de soumettre ainsi l'organe où il se rend à toutes les conséquences de la privation du sang qui aurait dû lui arriver. Ce n'est donc qu'en désespoir de cause qu'il faut recourir à ce moyen extrême. L'ergotine, au contraire, place l'artère divisée dans des conditions telles, que la cicatrisation de la blessure peut s'opérer avec ce seul remède, sous sa seule influence, tout en conservant au vaisseau sa *perméabilité*.

Ce fait important, je l'ai prouvé d'abord par des expériences faites sur les animaux vivants, depuis le chien jusqu'au cheval, et ensuite par des observations médicales recueillies sur l'homme par des praticiens connus et habiles. Ces expériences et observations sont consignées dans le COMPTE RENDU DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES de Paris, numéros des 7 juillet 1845; 16 mars, 27 avril, 22 juin, 6 et 19 juillet 1846; 22 mars, 17 avril et 25 octobre 1847. L'un des plus habiles physiologistes de l'époque, M. Flourens, s'exprimait ainsi dans une discussion qui eut lieu à ce sujet, le 27 avril 1846, au sein de l'Institut de France : « *Ce qui mérite de fixer l'attention dans la communication de M. Bonjean, sur l'action de l'ergotine dans les blessures artérielles, c'est le fait de l'arrêt du sang dans les vaisseaux divisés, sans qu'il y ait oblitération de leur calibre. C'est là la chose neuve et réellement importante de cette communication.* » Le jugement de M. Flourens a été confirmé par une commission nommée *ad hoc* au sein de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin, et composée des professeurs de Michelis, Sacchero, et Malinverni rapporteur. Le

rapport de cette commission lu dans la séance du 22 janvier 1847, se termine ainsi : « *l'ergotine est un moyen hémostatique propre à arrêter l'hémorrhagie artérielle*, MÊME DES GROS VAISSEAUX, *en conservant leur perméabilité.* » Parmi les diverses observations médicales qui, depuis cette époque, sont venues corroborer en tous points le verdict de ces corps savants, je me contenterai de rappeler sommairement les deux suivantes, recueillies par deux des plus habiles opérateurs des hôpitaux de Lyon, et consignées dans le COMPTE RENDU DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES de Paris, 25 octobre 1847; la GAZETTE DES HOPITAUX, 28 octobre; LA PRESSE, 8 novembre, etc.—La première est relative à une jeune fille atteinte de gangrène à la face dorsale du pied et au bas de la jambe; les hémorrhagies s'étaient multipliées à la chute de l'escarre, la compression était devenue insuffisante et la ligature impossible. « Les tampons de charpie imbibés d'ergotine en dissolution à 10 degrés, dit M. Pétrequin, réussirent très-bien ; ils n'exigeaient qu'une compression modérée, et contribuèrent beaucoup à accélérer le travail de la cicatrisation. » L'autre observation concerne un brigadier au régiment des spahis d'Afrique, nommé Combette. Ce militaire reçut, par un Arabe couché à terre, un coup de feu qui lui emporta, à gauche, une grande partie de la mâchoire inférieure, de la mâchoire supérieure, ainsi que l'os maxillaire ; le sang coulait rouge et par caillots abondants ; rien ne pouvait l'arrêter !... « L'eau froide, dit M. le Dr Bonnet, » avait été insuffisante. La compression, en échauffant la tête, fatiguait le » malade et paraissait activer l'hémorrhagie; la ligature était devenue impos- » sible !.. Dans cette pénible perplexité, je songeai à l'ergotine de M. Bon- » jean de Chambéry, et surtout à l'emploi que ce chimiste en a tout récem- » ment fait dans les hémorrhagies externes, pour arrêter le sang des blessures » faites aux plus gros vaisseaux, tant artériels que veineux. Je fis donc dis- » soudre 10 grammes d'ergotine dans 100 grammes d'eau, et j'injectai cette » solution entre les lèvres de la plaie devenue béante à la partie moyenne ; » je tins aussi sur cette plaie une compresse trempée dans la même solu- » tion, et que l'on renouvela toutes les heures pendant un jour. Ce moyen » fut suivi des résultats les plus satisfaisants. L'hémorrhagie s'arrêta immé- » diatement et ne se reproduisit plus ; à partir de ce moment, la cicatri- » sation se fit graduellement, et, au bout de quinze jours, elle était com- » plète. Ce succès remarquable n'aurait pas été obtenu s'il avait fallu, » pour arrêter l'hémorrhagie, produire quelques dérangements entre les » lèvres de la plaie. »

Un autre exemple tout récent vient de se passer à Chambéry même. M. Feige, d'Aiguebelle, sous-lieutenant dans la brigade de Savoie, reçut en mai dernier, à Somma-Campagna, un coup de feu dans la main gauche qui rendit nécessaire, peu après, l'amputation de l'avant-bras. Plus de six mois s'étaient écoulés, et, malgré la variété des traitements, la plaie n'avait pu être cicatrisée. Le malade éprouvait en outre, dans la partie amputée, des douleurs intolérables. Arrivé en Savoie, l'ergotine fut employée; on entourait le moignon et la plaie de compresses imbibées d'une dissolution de cette substance, et le pansement était renouvelé tous les deux jours d'abord, puis tous les trois ou quatre jours, à mesure que la guérison s'opérait. Après un mois de ce traitement, la cicatrice a été complète, toute inflammation dissipée, et ce brave officier, qui a repris son service, ne ressent même plus aujourd'hui, qu'accidentellement, les douleurs qui étaient continuelles avant le traitement par l'ergotine.

Bien que les diverses citations que je viens de faire puissent inspirer une entière confiance aux praticiens qui n'ont point encore fait l'essai de l'ergotine, ou qui ne l'auraient pas employée dans les hémorrhagies externes, les chirurgiens ne doivent point s'attendre à voir toujours leurs tentatives couronnées de succès; ici, comme avec tous les remèdes héroïques, il y aura des mécomptes qui ne doivent point décourager. Ne suffit-il pas, du reste, qu'un agent thérapeutique ait fait ses preuves pour que son emploi soit tenté partout où la nature de ses propriétés en fait une indication rationnelle. L'obstination que mettent certains praticiens à se servir d'un remède encore neuf, bien que connu, est dangereuse pour l'humanité, et un tel sentiment ne prend sa source que dans un entêtement et un amour propre mal fondés, au lieu de se baser sur les conséquences d'une pratique saine et raisonnée.

2° MANIÈRE D'EMPLOYER L'ERGOTINE DANS LES BLESSURES.

On dissout l'ergotine dans cinq ou six fois son poids d'eau pour les blessures ordinaires, et dans trois ou quatre seulement pour les cas graves. Cette dissolution sert à imbiber la charpie qu'on applique sur la plaie préalablement essuyée, où on la maintient avec les doigts en appuyant légèrement, jusqu'à ce que le sang ait cessé de couler depuis un temps qui doit varier avec la nature même de la blessure. Si le mal est grave, si l'hémorrhagie provient de la lésion de quelque vaisseau important, la charpie, une fois appliquée sur la plaie, est arrosée de temps à autre avec la dissolution *concentrée*, pour remplacer l'ergotine qui se trouve entraînée par le sang de la blessure dès les premiers moments de l'application du tampon, et pour entretenir un contact immédiat entre le liquide cicatrisant et les lèvres de la plaie. La compression exercée sur la charpie doit être suffisante pour empêcher tout écoulement sanguin, mais non assez forte pour *intercepter la circulation* dans le vaisseau malade. Lorsque le tampon, n'étant plus arrosé depuis quelque temps, commence à se dessécher, que l'on a pu, sans accident, c'est-à-dire sans causer le retour de l'hémorrhagie, diminuer insensiblement la pression jusqu'à pouvoir la supprimer entièrement, bien que *momentanément*, on peut croire que le caillot obturateur est formé. Alors, maintenant la compression d'une main, et prenant toutes les précautions possibles pour éviter la moindre secousse à la partie malade, on recouvre la première charpie d'un nouveau plumasseau de même nature, toujours imbibé d'ergotine, et on fixe le tout à l'aide d'une bandelette de toile qu'on peut enlever au bout de deux, trois ou quatre jours, suivant la circonstance. La plaie est ensuite pansée comme dans la pratique ordinaire. Les vaisseaux se cicatrisent ainsi sans *oblitération* ni *altération* de leur calibre, et il n'y a presque pas d'inflammation ni de suppuration.

3° ERGOTINE A L'INTÉRIEUR.

Affections où elle est utile. — Conditions de succès. — Formules diverses. — Mode d'emploi.

Au point de vue thérapeutique, l'ergot de seigle a été administré dans des intentions différentes, que l'on peut diviser en cinq ordres principaux. On l'a donné :

1° Comme excitant spécial des contractions de l'utérus;
2° Comme stimulant du système musculaire général;
3° Comme propre à combattre les hémorrhagies et certains flux;
4° Comme résolutif dans les engorgements de l'utérus;
5° Comme stimulant du système nerveux.

Comme l'ergot de seigle renferme, ainsi que je l'ai prouvé, deux principes actifs bien distincts, dont l'un, poison énergique et dangereux, est une *huile fixe* que l'éther seul dissout, et qui produit sur les animaux, à des doses correspondantes, tous les symptômes d'empoisonnement causés par l'ergot lui-même (Voy. le 2e chap. de la 3e partie de mon TRAITÉ SUR L'ERGOT DE SEIGLE), il en résulte que ce principe toxique agit seulement dans le cinquième ordre, comme portant spécialement son action sur le cerveau et la moelle épinière. Les propriétés relatives aux quatre premiers ordres sont exclusivement dues à l'ergotine, mais sa *pureté* est une condition essentielle de succès. Beaucoup de pharmaciens se contentent de donner pour de l'ergotine un simple *extrait d'ergot*, qui joint à l'inconvénient d'être très-peu hémostatique celui non moins grave de causer des vertiges, des vomissements, des éblouissements et autres phénomènes nerveux analogues, ce qui provient de ce que cet extrait renferme encore une portion du principe toxique de l'ergot ; l'ergotine pure, au contraire, en est entièrement privée, et peut être prise à des doses considérables sans aucun danger.

L'ergotine pure est sous forme d'un extrait solide, rouge brun foncé quand elle est en masse, et d'un beau *rouge de sang* vue en couches minces. Elle a une odeur agréable de viande rôtie; sa saveur, un peu piquante et amère, rappelle celle du blé gâté. Elle se dissout *entièrement* dans l'eau froide, et la dissolution, qui est *limpide, transparente* et d'un *beau rouge*, ne doit céder à l'éther *ni huile ni résine*.—Les médecins feraient donc bien de s'assurer de la bonne préparation de ce produit, s'ils veulent éviter les insuccès qui sont la suite inévitable de l'emploi de l'*extrait d'ergot* qui lui est ordinairement substitué dans la pratique. En formulant ce produit sous le nom d'ERGOTINE DE BONJEAN, on évitera ainsi les inconvénients que je viens de signaler, les pharmaciens pouvant toujours se procurer, chez les principaux dépositaires de France, des pots d'ergotine qui sortent de ma maison et en portent l'étiquette.

L'ergotine, comme on le sait, peut être prise en potion, en pilules et en sirop, à la dose de 25 à 50 centigr. (5 à 10 grains) par jour, et plus, suivant le cas. Je rappelle ici ces trois formules :

1° POTION. —	Ergotine	1	gramme, 30 centigr.	(24 grains.)
	Eau commune. . .	96	—	(3 onces).
	Sirop de fleurs d'oranger	32	—	(1 once).
2° PILULES.—	Ergotine.	4	—	(72 grains.)
	Poudre de réglisse, quantité suffisante.			

F. s. a. 36 pilules, que l'on peut argenter au besoin.

3° SIROP. —	Ergotine	8	grammes, 80 centigr.	(160 grains).
	Eau de fleurs d'oranger	64	—	(2 onces).
	Sirop simple	500	—	(1 livre.)

Faites dissoudre l'ergotine dans l'eau de fleurs d'oranger et ajoutez la dissolution au sirop bouillant.

Ce sirop contient par once 50 centigr. (10 grains) d'ergotine; il est très-

agréable à prendre et peut se conserver longtemps sans s'altérer. On l'emploie de préférence quand l'usage de ce remède doit être continué quelque temps.

La potion s'altère facilement, on ne la prépare qu'à mesure du besoin; mais on doit la préférer au sirop et aux pilules dans les cas pressants, parce que son action est plus prompte.—Une potion d'ergotine suffit pour arrêter une hémorrhagie ordinaire; mais s'il s'agit de pertes utérines foudroyantes, comme celles qui surviennent parfois après l'accouchement, surtout prématuré, la potion doit contenir de 4 à 8 grammes (1 à 2 gros) d'ergotine, et être administrée par cuillerée, à de courts intervalles, jusqu'à ce que tout danger ait disparu. Si, malgré cela, la vie du malade était compromise par l'abondance et la persistance de la perte, on aurait en outre recours aux injections, et même à l'introduction de tampons imbibés de la dissolution suivante, servant aussi pour les injections:

Prenez: Ergotine . . . . . . 4 grammes. (72 grains).
Eau commune . . . 125 à 250 — (4 à 8 onces).

Dans tous les cas, l'usage de l'ergotine doit être combiné jusqu'à ce que tout symptôme morbide ait cessé; il est même prudent, pour éviter les rechutes, d'en poursuivre l'usage quelque temps encore après la cessation de la maladie.

Si l'ergotine peut être appelée à combattre des affections de nature diverse, il n'en est aucune où elle agit plus promptement et plus sûrement que dans les écoulements sanguins; les métrorrhagies de toute espèce, épistaxis, hémoptysies, hématémèses, hématuries, dyssenteries, etc., se dissipent et disparaissent sous cette influence avec une rapidité qui étonne souvent. — Elle réussit très-bien dans les spermathorrées, même rebelles, ainsi que dans les bronchites chroniques et aiguës, d'après des observations recueillies dans les hôpitaux de Turin et à Chambéry principalement.

D'après M. le docteur Arnal, médecin des asiles de Paris, l'ergotine produit d'heureux succès dans les affections de matrice qui résistent le plus souvent aux ressources de l'art, et « dans beaucoup de cas de ce genre, dit M. Arnal, ce précieux remède ne peut être remplacé (1). » Dans quelques circonstances, M. Arnal a cru devoir joindre à l'ergotine d'autres moyens que je crois utile de rappeler ici pour la plus grande facilité des praticiens. Ainsi, dans les cas d'engorgements avec complication d'éruptions aphteuse et diphtérique à la muqueuse vaginale, cautérisation légère soit avec l'acide chlorhydrique, soit avec des solutions concentrées d'azotate d'argent; injections avec des liquides boratés, etc. Dans les cas d'ulcération de nature dartreuse, comme dans ceux où il y a complication d'eczéma chronique aux grandes lèvres, il a recours avec avantage aux pilules suivantes:

Prenez: Ergotine. . . . . 10 à 30 centigr. (2 à 6 grains).
Iodure de soufre . . . . . 5 à 20 — (1 à 4 —).
Sirop de douce amère, quantité suffisante pour une ou plusieurs pilules, à prendre dans les vingt-quatre heures, pendant un ou plusieurs mois, selon la résistance du mal.

Quand l'engorgement utérin, quelle qu'en soit la nature, occasionne des douleurs plus ou moins vives aux lombes, au bassin, aux aines, aux cuisses, etc., M. Arnal combat efficacement ces symptômes en joignant à chaque pilule d'ergotine de 2 à 5 centigrammes (demi-grain à 1 grain) d'extrait de jusquiame. La ciguë produit le même résultat, administrée de la manière suivante:

Prenez: Ergotine. . . . . 10 à 30 centigr. (2 à 6 grains).
Extrait de ciguë . . . . . 5 à 20 — (1 à 4 —).
Pour une ou plusieurs pilules à prendre en un jour.

Lorsqu'il y a surexcitation des organes génitaux, on substitue le camphre à la ciguë.

Enfin, chez les femmes chlorotiques, lymphatiques, épuisées par les progrès du mal ou par des pertes sanguines abondantes, M. Arnal a recours avec avantage à l'emploi simultané de l'ergotine et de l'iodure de fer dans les proportions suivantes:

Prenez: Ergotine. . . . . 10 à 30 centigr. (2 à 6 grains).
Iodure de fer. . . . . . . 5 à 20 — (1 à 4 —).
Pour une ou plusieurs pilules à prendre moitié le matin, moitié le soir.

L'iodure de fer fatigue quelquefois les malades qui ne peuvent le supporter qu'en petite quantité; dans ce cas, on en diminue la dose, ou bien l'on suspend momentanément l'usage des pilules.

(1) Voyez l'ouvrage du docteur Arnal, publié en 1843, et intitulé: TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS DE LA MATRICE, A L'AIDE DE L'ERGOTINE. Voyez aussi le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, t. 28, p. 289, année 1844.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite et fin.)

II. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

OBSERVATIONS D'EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORURE DE ZINC, TERMINÉ PAR LA GUÉRISON; INDICATION D'UN ANTIDOTE; par le docteur THOMAS STRATTON.

En présence du vague et de l'obscurité de la plupart des toxicologues à l'endroit des contre-poisons de certaines préparations de zinc, il est bon de recueillir les essais dont cette question thérapeutique peut être l'objet. Il est évident, à la lecture des traités spéciaux sur la matière, que la science n'est fixée pour tout le monde que sur une seule préparation de zinc, le sulfate. D'après les recherches de M. Orfila, le lait paraît être un bon antidote de ce sel, avec lequel il forme un composé insoluble peu nuisible par lui-même. Le bicarbonate de soude, l'albumine, le beurre, ont été également préconisés, et, ce semble, avec raison. Mais pour ce qui concerne le chlorure, les auteurs ne sont pas très-précis. La plupart n'en parlent même pas, et ceux qui en parlent se contentent, sous le titre général de *préparations de zinc*, de renvoyer, pour les contre-poisons, aux préparations mercurielles. L'auteur dit lui-même qu'il a fouillé en vain sept ou huit des plus récents traités de matière médicale et de toxicologie, français ou anglais, sans y trouver l'indication d'un seul contre-poison du chlorure de zinc.

Les observations qui forment la base de son travail sont au nombre de deux. Mais il en est une qui ne peut guère éclairer la question thérapeutique; car il est douteux que la guérison ait été amenée par le seul moyen employé. Le sujet, âgé de 17 ans, avait pris, d'après l'estimation de l'auteur, environ 12 grains de chlorure de zinc. Il éprouva immédiatement des nausées. Une femme lui ayant fait boire *un peu* de lait, elle vomit immédiatement et en grande abondance. Il ne resta des effets de l'empoisonnement qu'un défaut d'appétit pendant trois semaines. Ce résultat est à coup sûr des plus heureux; mais il est probable qu'il est dû surtout à la rapidité et à l'abondance du vomissement, et non à l'action chimique du lait sur le toxique.

La seconde observation est plus importante; la voici dans ses circonstances principales:

OBS. — Le 4 mai 1848, à midi, un homme âgé de 54 ans, ayant pris pour du *whisky* une solution concentrée de chlorure de zinc contenue dans une petite bouteille, en avala environ, à ce qu'il supposa depuis, un peu plus de 2 onces. M. Stratton estime que cela pouvait équivaloir à *quatre cents* grains de chlorure de zinc; mais regardant comme peu probable que cet homme ait bu une si grande quantité d'une pareille liqueur, il croit pouvoir la réduire à une once, ce qui donne encore *deux cents* grains de chlorure. C'est, du reste, la dose qu'on pouvait raisonnablement conjecturer, d'après le volume du goulot de la bouteille.

Le sujet éprouva aussitôt de la douleur, de la chaleur à l'estomac et de grandes nausées. Au bout de deux minutes, il sortit et vomit dans la rue très-abondamment. Arrivé chez un de ses amis, les vomissements continuèrent. Il y avait déjà vingt minutes que le poison était pris quand M. Stratton vit le malade. La douleur épigastrique était la même; les nausées et les vomissements n'avaient pas cessé; les membres inférieurs étaient repliés vers l'abdomen. Anxiété extrême; pouls à 45 pulsations, petit et faible. M. Stratton prépara aussitôt une solution épaisse de savon brun de ménage, et en administra une certaine quantité. Les vomissements se reproduisaient toutes les deux ou trois minutes, et dans les intervalles, on continuait l'usage de l'eau de savon; il en fut consommé ainsi 3 ou 4 pintes, sans compter des verrées d'eau chaude. La matière vomie n'avait aucune odeur. Un mieux-être se fit bientôt sentir; la douleur d'estomac diminua; le pouls monta à 50 pulsations. Ce malade fut transporté chez lui et vomit pendant toute la route. M. Stratton conseilla d'appliquer 12 sangsues à l'épigastre, et d'administrer une once d'huile d'olive toutes les heures.

Revu à cinq heures du soir, il avait vomi plusieurs fois après l'ingestion de l'huile. Pas de soif marquée; langue moite; pouls à 60, de développement normal, mais mou et faible. Les sangsues n'avaient pas pris. (Sinapisme à l'épigastre; une demi-once d'huile d'olive toutes les heures; une once et demie d'huile de ricin.)

Le 5 mai, le malade avait un peu dormi. Estomac plus dégagé, conservant néanmoins un peu de chaleur et de douleur à la pression. Les vomissements se sont encore répétés plusieurs fois après l'administration de l'huile d'olive. Langue sèche; soif; une selle fétide; pouls à 72, mou. (Renouveler la dose d'huile de ricin; continuer l'huile d'olive toutes les quatre heures; vésicatoire à l'épigastre; eau de lin pour boisson; diète.)

Le malade vomit dans l'après-midi quatre lambeaux de substance d'apparence membraneuse, larges de trois quarts de pouce en tout sens. Elles ne furent pas conservées; mais M. Stratton pense qu'elles étaient formées de débris de la membrane muqueuse.

Le 6 mai, il n'y avait plus de douleur épigastrique; la langue était rouge à la

pointe, brune sur les bords ; pouls à 80, petit, mou et faible; soif; deux selles fétides ; pas de vomissements. (Cesser l'huile d'olive; donner encore une once d'huile de ricin ; eau chaude purement et simplement pour boisson.)

A partir de ce jour, l'amélioration fut continue et rapide. Dès le 10 mai, l'appétit était tout à fait revenu, et le 15, la digestion était aussi facile qu'avant l'empoisonnement.

L'auteur raconte qu'il a été amené à employer le savon contre l'empoisonnement par le chlorure de zinc, en voyant la décomposition de ce sel s'opérer à la surface de ses mains toutes les fois qu'il les lavait dans l'eau de savon après les avoir trempées dans une solution de chlorure. Il en induisit, de plus, que le carbonate de soude ou le carbonate de potasse pourraient remplacer avantageusement le savon. Voici les trois expériences qu'il fit pour s'en assurer :

1° Une solution limpide de carbonate de soude fut mêlée à une solution également limpide de chlorure de zinc. Il se forma un chlorure de sodium ou sel commun qui resta dissous et un carbonate de zinc qui se précipita.

2° Le mélange de deux solutions contenant, l'une du carbonate de potasse et l'autre du chlorure de zinc, donna lieu à la formation d'un hydrochlorate de potasse et d'un carbonate de zinc.

3° Dans une dissolution de savon, on versa une solution de chlorure de zinc. La matière grasse du savon se dégagea et se mit à surnager à la surface du liquide. Il se forma encore du carbonate de zinc et du muriate de potasse.

D'après ces indications, il est aisé de mesurer la part d'invention qui peut revenir à M. Stratton dans l'application de la médication alcaline à l'empoisonnement par le chlorure de zinc. Cette médication, notamment l'administration du carbonate de soude ou de potasse, est indiquée par un grand nombre d'auteurs contre l'empoisonnement par les préparations de zinc *en général*, plus spécialement par le sulfate. D'autres se bornent, comme nous l'avons dit, à renvoyer au traitement de l'intoxication mercurielle ; mais parmi les principaux moyens de ce traitement se place le *gluten de Taddei* qui contient précisément du savon noir, c-est-à-dire la substance même employée par l'auteur chez le second malade. En sorte que le mérite du mémoire consiste seulement à particulariser plus qu'on ne l'avait fait l'application du traitement alcalin, et à montrer son efficacité spécialement comme antidote du chlorure de zinc. L'observation, quoique unique, nous paraît assez concluante. Il y a une utilité spéciale à asseoir la science sur ce point, aujourd'hui que le chlorure de zinc est assez largement employé à l'extérieur et s'introduit même dans la thérapeutique des maladies internes, telles que la chorée et l'épilepsie.

II. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *L'attitude et les positions naturelles et anormales, du fœtus dans la matrice, effet du système réflexe ou excito-moteur ;* par M. Simpson (Première partie. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cet important travail.) 2° *Suggestion d'une pharmacopée nationale décimale ;* par M. Marshall Hall. 3° *Sur la coagulabilité de l'urine dans la scarlatine ;* par M. Begbie. 4° *Cas de rhumatisme aigu avec arachnitis et péricardite, succédant à une arachnitis chronique, avec une remarquable maladie du cœur ;* par M. Ancell. 5° *Cas d'anévrisme faux de l'artère tibiale antérieure, traité avec succès par la compression ;* par M. Alexander. (Il s'agit plutôt ici de la rupture d'un anévrisme qui primitivement avait été circonscrit. Il résultait de la lésion de l'artère par un coup de feu. On appliqua deux compresseurs de Signoroni sur la fémorale. En les serrant alternativement, on amena la guérison en peu de temps, sans avoir eu besoin de porter la compression au point de suspendre entièrement le cours du sang.) 6° *Note sur la présence des cristaux d'oxalate de chaux dans l'urine ;* par M. Walshe. 7° *Statistique de l'hôpital du choléra, du 2 octobre au 16 décembre ;* par M. Robertson. 8° *Anémie et ses conséquences ; tuméfaction de la glande tyroïde et du globe oculaire ;* par M. Begbie. 9° *Observation de cure spontanée d'hydropisie ovarique par suite d'une ulcération ayant établi communication entre le kyste et la vessie ;* par M. Bennett. (La guérison fut rendue radicale par la compression avec une bande de flanelle et quelques applications de sangsues.) 10° *Sur le typhus et le choléra ; mesures préventives concernant la salubrité ;* par M. Davidson. 11° *Cas d'inflammation idiopathique de la langue ;* par M. Selkirk. (Deux longues incisions, pratiquées de chaque côté du raphé de la langue, firent cesser en une heure le gonflement, qui était porté au point de rendre la déglutition impossible et d'empêcher le malade de parler.) 12° *Pathologie et traitement de la surdité qu'on observe dans un âge avancé ;* par M. Toynbee. 13° *Observations d'empoisonnement, suivies de remarques ;* par M. Douglas Maclagan. 14° *Cas de hernie avec obstruction, suivi de remarques ;* par M. Gay. 15° *Médecine légale ; relation de cas de plaies de tête, avec remarques ;* par M. Easton. 16° *Pathologie du cœur et des artères ; anévrisme de l'artère coronaire ;* par M. Peacock.

DE L'ALBUMINURIE DANS LA SCARLATINE ; par le docteur JAMES W. BEGBIE.

Depuis l'époque où l'attention fut appelée sur cette singulière affection des reins qui se lie si invariablement à la présence de l'albumine dans l'urine et à l'existence de l'anasarque, le nombre s'est passablement accru des états pathologiques qui s'accompagnent plus ou moins souvent d'albuminurie ; c'est la néphrite, c'est la grossesse, c'est la scarlatine, etc. Relativement à cette dernière affection, la fréquence du même symptôme paraît de plus en plus grande à mesure que l'observation s'étend et devient plus attentive. Néanmoins il règne encore beaucoup de doutes à cet égard, comme aussi sur l'étroitesse du rapport qui unit l'albuminurie, non plus à la scarlatine elle-même, mais à l'anasarque qui lui succède si fréquemment. On a cité des exemples d'anasarque scarlatineuse sans urines albumineuses (Philipp) ; suivant MM. Guersant et Blache, elles manquent dans un tiers des cas environ ; M. Grisolle pense même qu'elles manquent beaucoup plus souvent. On a cité d'autres exemples où l'albuminurie scarlatineuse ne s'accompagnait pas d'hydropisie (Schoenlein). M. Rayer professe une opinion analogue ; il pense du moins que l'albuminurie scarlatineuse peut être suivie d'une véritable néphrite albumineuse non accompagnée d'anasarque.

L'incertitude de la science sur ces divers points est donc grande. Toutefois, il est une opinion qui paraît difficilement contestable du moment où elle s'appuie sur des expériences chimiques : c'est celle qui admet l'existence d'une albuminurie sans anasarque ; car, si l'on comprend bien que la présence de l'albumine dans l'urine échappe à un observateur inexpérimenté, d'autant mieux que la propriété coagulante de l'acide nitrique est soumise à certaines conditions inconnues à beaucoup de médecins, on ne comprend pas si aisément que la présence de l'albumine puisse être affirmée quand il n'en existe pas de traces. Il faudrait qu'on eût pris quelques flocons mucoso-purulents condensés par l'acide pour des flocons d'albumine, ce qui n'est pas admissible de la part de certains expérimentateurs. L'opinion contestable, comme suspecte d'erreur chimique, serait donc surtout celle qui regarde l'anasarque scarlatineuse comme n'étant pas nécessairement liée à l'albuminurie.

Quoi qu'il en soit, c'est pour essayer de déterminer la fréquence de l'anasarque dans la scarlatine, abstraction faite de la présence ou de l'absence de l'anasarque, que M. Begbie a entrepris une série de recherches. Les résultats auxquels il est arrivé sont d'autant plus à noter qu'il paraît avoir pris des précautions contre une méprise ; il recommande par exemple d'expérimenter successivement à l'aide de la chaleur et de l'acide nitrique, et de ne verser dans l'urine qu'une petite quantité de cet acide, sachant très-bien qu'une quantité plus considérable redissoudrait le précipité. Or le résultat général de ces investigations, c'est que non-seulement l'albuminurie existe *habituellement* (il ne fixe pas de proportion) dans l'anasarque scarlatineuse, mais elle paraît la compagne ordinaire de la scarlatine elle-même, et là-dessus il entre dans des détails très-précis. 21 cas de scarlatine simple non suivie d'hydropisie furent recueillis sans choix à mesure qu'ils se présentaient. Dans toutes, on constata l'existence de l'albuminurie. Dix-huit fois ce symptôme apparut après le commencement de la période de desquammation. Dans les deux autres cas, il fut constaté dès la première recherche pendant la période fébrile et le développement de l'éruption. Dans un de ces cas, l'urine contenait un peu de sang ; la quantité d'albumine était très-petite ; elle décrut régulièrement jusqu'au cinquième jour de la desquammation, puis augmenta et resta stationnaire pendant quelque temps. Dans l'autre cas, il fut constaté d'abord que l'albumine de l'urine provenait d'une certaine quantité de pus suspendu dans le liquide ; puis, circonstance intéressante, l'albumine continua à se montrer après que les globules de pus eurent entièrement disparu. Le même individu présenta en même temps une suppuration des amygdales qu'aucune affection des organes voisins ne put expliquer, en sorte qu'il semble avoir été en proie à une sorte de diathèse dont la purulence des urines n'aurait été, comme la suppuration des amygdales, qu'une manifestation particulière.

Relativement à la durée de l'albuminurie scarlatineuse (sans anasarque), la plus courte période a été de quarante-huit heures et la plus longue, en exceptant les deux cas exceptionnels dont il vient d'être question, a été de dix jours. La durée ordinaire était de quatre, cinq et six jours.

L'auteur conclut de ces faits que, vraisemblablement, l'albuminurie, à des degrés variables, se lie constamment à la scarlatine, et qu'on la découvrirait toujours si l'on y portait une attention minutieuse et journalière. Les indications qui précèdent sur la période où l'auteur l'a ordinairement rencontrée, et sur le temps qu'elle a duré en moyenne, pourront guider les observateurs qui désireraient se livrer à de nouvelles recherches.

DE L'ANÉMIE ET DE SES RAPPORTS AVEC LE GONFLEMENT DE LA GLANDE THYROÏDE ET DE LA PROÉMINENCE DES YEUX; par le docteur BEGBIE.

On trouvera dans la GAZ. MÉD. (1846, p. 94), l'indication des curieuses recherches des médecins anglais sur la corrélation qui existe entre le gonflement de la glande thyroïde et la proéminence des globes oculaires, d'une part, et, de l'autre, les troubles de la circulation centrale manifestés par des palpitations ou des bruits anormaux du cœur. Nous avons rapporté succinctement les deux observations publiées sur ce sujet dans THE DUBLIN JOURNAL par le docteur Robert Macdonnell. Ce médecin cherchait à expliquer le développement du corps thyroïde par des congestions sanguines temporaires produites elles-mêmes par des troubles passagers de la circulation sous l'influence de l'affection cardiaque; et nous ajoutions que, si cette explication était juste, elle serait peut-être applicable au phénomène de la saillie oculaire, laquelle pourrait bien résulter de la turgescence des vaisseaux qui traversent le fond de l'orbite.

Maintenant voici que M. Begbie apporte à cette question si obscure des éléments nouveaux, et avec eux la nécessité de reviser la théorie. Ce ne serait plus, d'après lui, la maladie du cœur qui serait la condition génératrice des deux lésions dont il s'agit, mais bien l'anémie, et ce serait celle-ci qui, dans beaucoup de cas, serait le point de départ même des troubles de la circulation cardiaque. Nous nous servons du mot *anémie*, parce que c'est l'expression employée également par l'auteur dans plusieurs endroits de son travail; néanmoins il est bon de faire remarquer que les développements dans lesquels il entre attestent qu'il en fait le synonyme d'*appauvrissement du sang* (*impoverishment of blood*), et l'on va voir que la condition à laquelle l'auteur rapporte tous les désordres n'est pas exempte de vague et d'obscurité.

En effet, sur trois observations qu'il relate, il en est deux où le caractère indiqué de l'appauvrissement du sang consiste dans une leucorrhée habituelle, et une où ce caractère est placé dans des pertes hémorrhoïdales, fréquentes et copieuses. Cependant une leucorrhée et un flux hémorrhoïdal ne peuvent avoir ici la même signification pathologique. D'abord l'écoulement vaginal ne pouvait être que l'*effet* de la condition morbide du sang, si le sang était dans une condition morbide, tandis que le flux hémorrhoïdal en a été sans doute la *cause*. En second lieu, rien n'autorise à penser que cette condition ait été la même, ait consisté en une anémie dans l'un et dans l'autre cas. Nous ne disons pas, qu'on le remarque bien, que les trois sujets observés par M. Begbie n'aient pas été anémiques, mais seulement que cela ne ressort pas clairement de l'exposé des faits, si ce n'est pour l'individu en proie à des pertes hémorrhoïdales considérables.

Quoi qu'il en soit, chez les deux femmes atteintes de leucorrhée, l'écoulement avait précédé tous les désordres; puis étaient venus successivement les palpitations, sans signes physiques d'affection organique du cœur, le développement normal de la glande thyroïde et la proéminence des yeux. Quant au troisième sujet, l'auteur ne l'a observé que fort tard, quand déjà la glande était volumineuse et les yeux saillants, et il est difficile de dire, d'après l'observation, quel a été l'enchaînement des phénomènes.

M. Bebgie ne se contente pas de rapporter les observations qui lui sont propres, il s'efforce aussi de démontrer que les individus dont l'histoire a été rapportée par MM. Graves, Macdonnell, Henry Marsh, étaient dans les conditions d'un appauvrissement du sang.

Il est manifeste qu'il y a là une question fort intéressante d'étiologie et un beau sujet de recherches. Mais, par cela même, il nous semble sage de surseoir à toute affirmation positive, et quant aux conditions réelles qui engendrent la double altération du corps thyroïde, et des yeux et quant à leur mode d'action. Aussi nous dispenserons-nous même de suivre l'auteur dans les quelques considérations auxquelles il se livre à cet égard.

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DE LA SURDITÉ QU'ON OBSERVE DANS LA VIEILLESSE; par M. TOYNBEE.

La plupart des médecins pensent que la surdité, si ordinaire chez les vieillards, dépend de l'affaiblissement naturel et successif du pouvoir de l'organe auditif. Peu satisfait de cette explication, et désirant d'ailleurs arriver à une conclusion moins désolante pour les malades, M. Toynbee n'a négligé aucune occasion de vérifier les conditions anatomiques de cette espèce de surdité.

Il avertit d'abord que la dureté d'oreille est beaucoup plus rare chez les personnes avancées en âge qu'on ne le croit en général. Le déclin des facultés de l'ouïe dépend des influences au milieu desquelles elles vivent habituellement, restant renfermées dans des chambres chaudes, loin du grand air, évitant tout exercice, et ne portant aucune attention à stimuler les fonctions de la peau.

L'examen direct a montré à l'auteur que l'atrophie des tissus de l'oreille est très-rare. L'altération la plus commune est une tuméfaction considérable de la membrane muqueuse qui tapisse les cavités tympaniques.

Après celle-ci vient, dans l'ordre de fréquence, l'épaississement de la membrane du tympan.

La troisième lésion consiste dans la présence d'adhérences, en forme de bandes, lesquelles unissent les diverses parties contenues dans la cavité tympanique, soit entre elles, soit aux parois de cette cavité.

Du reste, les symptômes observés chez les vieillards atteints de surdité s'accordent parfaitement avec ces résultats cadavériques. En examinant la surface du tympan, on la trouve plus blanche que d'habitude; en outre, on entend l'air qui pénètre dans le tympan y produire un bruit qui n'est pas naturel. Enfin l'ouïe est généralement plus dure lorsqu'il fait froid, ou quand le temps est lourd.

Après avoir établi par le récit de nombreuses autopsies la réalité de ces différentes altérations, M. Toynbee expose les principes de traitement qui sont le plus utilement applicables dans les cas de ce genre. Puisqu'il est démontré par l'expérience que l'infirmité dépend ordinairement de lésions matérielles, on peut en entreprendre la guérison avec un espoir fondé de succès. Le topique le plus utile dans ce but est une solution de nitrate d'argent, dont la concentration varie de 2 à 8 grammes pour 32 grammes d'eau distillée. Il faut toucher le conduit auditif avec cette solution, dans sa moitié ou ses deux tiers externes, et répéter l'opération tous les trois ou quatre jours. Quand il est nécessaire de toucher la membrane du tympan elle-même, la solution ne doit être que de 3 décigr. de sel par 30 grammes d'eau.

S'il y a perception de bruits sourds et symptômes d'une congestion vers l'oreille, il faut appliquer des sangsues, non pas derrière, mais sous le pavillon. Dans le cas d'irritation du conduit auditif externe, on se trouve bien de faire une friction tous les jours ou tous les deux jours au-dessous et en arrière de l'oreille, avec une pommade contenant 2 grammes de poudre de cantharides sur 30 grammes de corps gras.

M. Toynbee recommande également le mercure à l'intérieur; mais, plus judicieux que beaucoup de ses compatriotes, il avertit de ne le donner qu'à petites doses, et d'éviter que son administration ne cause de l'affaiblissement.

Comme hygiène, le malade devra éviter le séjour trop prolongé dans des appartements fermés et trop près du feu; point de vin pur; de l'exercice quotidiennement, s'il est possible, et toujours à pied et à l'air libre; un bain chaud tous les huit ou dix jours.

Avec un tel traitement, M. Toynbee a pu guérir ou notablement soulager de leur surdité des personnes chez qui on s'était habitué à la considérer comme une suite naturelle de leur grand âge, et partant incurable.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE.

SUR LA COMPOSITION DE L'AIR EXPIRÉ PAR LES CHOLÉRIQUES ET SUR LEUR TEMPÉRATURE.

M. DUMAS présente, au nom de M. Doyère, une note dans laquelle l'auteur annonce que, sous le rapport de l'air expiré et de la calorification, le choléra présente deux périodes essentiellement distinctes, l'une qui comprend toute la période algide et celles qui la précèdent, et dans laquelle l'acide carbonique de l'air expiré tombe à 10 ou 20 pour 1,000; et l'autre la période de réaction ou même la période mortelle, dans laquelle la proportion d'acide carbonique revient à la proportion de 25 pour 1,000.

Dans la première période, la température du corps s'abaisse; dans la seconde, elle s'élève, même quand les individus doivent mourir et même quelquefois après la mort. Chez une femme morte depuis six heures l'intérieur du bassin offrait une température de 41°7, c'est-à-dire supérieure à l'état normal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CHOLÉRA.

M. COZE (de Strasbourg) communique de nouvelles observations sur les désordres qu'amène l'intoxication par le choléra, à l'égard desquels il craint de n'avoir pas suffisamment développé sa pensée.

On pourrait croire, dit-il, que dans cette maladie il n'y a pas rétention, mais bien suppression de la sécrétion de la lymphe. — L'urine comme la sueur sont supprimées, mais il n'existe qu'une simple rétention des sécrétions alcalines : ainsi la bile est sécrétée en très-grande quantité; le fait qui frappe le plus, à l'ouverture des cadavres des cholériques, est l'état de réplétion de la vésicule biliaire.

L'astriction du canal cholédoque a lieu, soit à l'origine de ce canal au point d'insertion de la vésicule biliaire, soit à l'embouchure duodénale de ce canal. Dans le premier cas, M. Coze a vu le col de la vésicule fortement rétracté en deux points, formant deux sillons rapprochés l'un de l'autre; dans le second cas, le canal cholédoque est turgescent, la bile refluant de la vésicule est poussée vers le canal cholédoque. Cet orifice est fortement resserré, on a de la peine à y

introduire un stylet très-mince; le conduit biliaire forme une saillie dans le duodénum. Mais quel que soit le point sur lequel porte l'astriction du canal cholédoque, il y a toujours sécrétion abondante de la bile et une véritable turgescence du foie.

Chez une nourrice morte du choléra quelques semaines après son accouchement, les seins étaient extrêmement gonflés et gorgés de lait, comme le foie l'était par la bile.

En examinant un pancréas, M. Coze l'a également trouvé abreuvé du suc qui lui est propre.

Les reins, au contraire, ne contiennent pas d'urine. M. Coze a trouvé dans les bassinets une certaine quantité de liquide blanc, crémeux, qui avait toute l'apparence de liquide intestinal et stomacal, et qui ne répandait pas la moindre odeur urineuse.

L'auteur ne doute pas non plus qu'il n'y ait dans le choléra simple rétention, et non pas défaut de sécrétion de la lymphe; en effet, en examinant les glandes lymphatiques du mésentère, on y trouve très-facilement les vaisseaux lymphatiques qui s'y rendent ou qui en émergent, et ces vaisseaux sont évidemment plus gros que dans l'état normal.

AMPUTATIONS.

M. Sédillot (de Strasbourg), correspondant de l'Académie, présente un mémoire sur les amputations des membres, dont la première partie a déjà fait l'année dernière l'objet d'une autre communication.

J'avais établi, dit M. Sédillot, la possibilité de sauver un plus grand nombre d'amputés par une méthode et des principes dont la théorie et l'expérience m'avaient démontré la supériorité.

Cette opinion, je l'avais appuyée sur des faits.

La mortalité des amputés a été estimée aux deux tiers, à la moitié ou seulement au tiers des opérés dans les statistiques les plus favorables.

Je citais 12 cas d'amputation sur lesquels je n'avais eu qu'un revers. Ces 12 cas comprenaient :

1 amputation de cuisse;
6 — de jambe;
1 — du pied en totalité;
1 — du bras;
1 — de l'avant-bras;
1 — métacarpo-phalangienne;
1 — du gros orteil.

Afin de m'assurer que ces succès ne tenaient pas à un heureux basard, j'ai dû tenir compte des résultats que j'obtiendrais ultérieurement.

J'ai pratiqué 10 amputations pendant l'année scolaire 1848-1849. Ces opérations ont été ainsi réparties :

2 de cuisse;
2 de jambe;
1 de bras;
2 d'avant-bras;
1 partielle du pied;
2 de phalanges.

Sur ce nombre, je n'ai perdu qu'un malade, l'amputé du pied, mort d'infection purulente; les neuf autres ont été sauvés.

Si je récapitule actuellement les résultats de ces deux années de ma pratique, je trouve :

22 amputations :
20 guéris;
2 morts.

Cette mortalité a porté sur les amputations réputées généralement le moins graves.

16 amputés, dont 3 de la cuisse, 8 de la jambe, 2 du bras, 3 de l'avant-bras, ont guéri, tandis que sur 6 amputés de la main et du pied 2 ont succombé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le doyen de la Faculté de médecine invite le président à faire désigner par l'Académie les cinq membres qui devront, aux termes du règlement, être appelés à faire partie du jury d'examen pour le concours qui va s'ouvrir le 15 novembre prochain, pour la chaire de médecine opératoire.

L'Académie reçoit deux lettres du ministre du commerce réclamant des rapports de l'Académie : 1° sur la demande de M. Delfraysse, relativement à un remède du choléra; 2° sur le mémoire de M. Loir, ayant pour titre : Des conditions physiologiques et pathologiques des nouveau-nés; et une troisième lettre du même ministre, avec envoi d'un rapport de M. Monnet sur une épidémie de fièvre muqueuse typhoïde qui a régné dans les communes de Saint-Vit et de Pouilley-Français.

M. Delfraysse (de Cahors) dit que son expérience lui a positivement démontré que, pour obtenir de la vaccine un résultat complet, il faut pratiquer de 15 à 25, et même 30 piqûres dans les régions axillaires et inguinales; il affirme n'avoir pas éprouvé d'insuccès depuis qu'il a adopté cette méthode, qu'il considère comme infaillible et propre à réhabiliter ce moyen préservatif.

M. Limosin envoie des documents sur les eaux minérales naturelles de Villams-Saint-Aubin.

CHOLÉRA.

M. Brochard (de Nogent) informe que depuis la dernière communication qu'il a faite à l'Académie sur la propagation du choléra, il a été à même d'observer et de recueillir beaucoup de faits analogues, qui tous prouvent, suivant lui, que le choléra peut être importé dans un lieu sain par un individu venant d'un lieu infecté, et que cette maladie peut, dans un lieu non soumis à l'influence épidémique, se transmettre d'un individu malade à un individu sain. Le département d'Eure-et-Loir, celui de l'Orne, ont offert beaucoup de faits semblables.

L'auteur résume ainsi les observations qu'il a faites pendant le cours d'une épidémie de quatre mois.

1° Le choléra est une maladie épidémique; il se propage souvent par voie épidémique.

2° Le choléra est une maladie contagieuse; dans des circonstances données, qui sont loin d'être rares, il se propage par voie de contagion.

3° Le choléra et la cholérine sont deux affections identiques par leur nature.

4° Un individu atteint de cholérine, venant d'un lieu infecté, peut transmettre le choléra dans un pays sain.

M. Pellarin transmet les dernières observations qu'il a faites sur le choléra de Givet.

M. Dufay (de Blois) communique une note dans laquelle il résume ses observations sur le choléra, et en particulier sur le degré de valeur étiologique des diverses influences au sein desquelles il s'est développé.

De ces observations, M. Dufay tire les conclusions suivantes :

1° Influence de la situation topographique des localités, — nulle;

2° Influence du degré de température, — douteuse;

3° Influence des conditions de salubrité, — nulle, comme cause directe, mais agissant comme cause prédisposante éloignée;

4° Influence de l'état de santé antérieur, — cause puissante de prédisposition ou de résistance à la contagion;

5° Influence de l'état moral ou cérébro-ganglionnaire, — absolument la même que la précédente, à un degré moindre;

6° Influence du voisinage des malades, — cause ordinaire de propagation.

7° Influence du séjour continuel auprès des malades, cause certaine de contagion si la résistance vitale n'est pas plus forte que l'empoisonnement miasmatique.

8° L'élimination du poison se fait soit à la surface de l'intestin (choléra), soit à la surface de la peau (suette).

9° Le choléra a toujours été précédé d'une diarrhée qui durait depuis plusieurs semaines, depuis plusieurs jours ou seulement depuis douze heures environ.

Le traitement rationnel consiste à favoriser l'élimination du poison et à relever les forces vitales.

— M. Delabarre fils envoie une nouvelle note sur les accidents attribués aux vapeurs d'éther et de chloroforme et sur les moyens de les prévenir. Pour éviter sûrement ces accidents, il faut, suivant l'auteur :

1° N'éthériser jamais des malades affectés de maladies dans des organes importants (cœur, poumons, etc.);

2° N'éthériser que dans l'état de vacuité de l'estomac, c'est-à-dire au moins six heures après le repas;

3° N'employer que des agents parfaitement purifiés;

4° Se servir d'une éponge et ne la mettre jamais en contact avec les narines, mais bien la tenir à distance;

5° Enfin si des accidents se manifestent, porter le malade au grand air, lui faire inspirer de l'ammoniaque, et lui titiller la luette avec la barbe d'une plume.

DE L'AMAUROSE DANS L'ALBUMINURIE.

M. Michel Lévy, à l'occasion de la communication récente de M. Landouzy, informe l'Académie qu'ayant en ce moment, dans son service du Val de Grâce, trois cas d'affection granuleuse des reins, il s'est empressé de les soumettre à une exploration minutieuse. Sur ces trois sujets, deux n'ont éprouvé aucune altération de la vue, le troisième, qui n'avait aucun trouble de la vue au début, éprouve depuis quelques mois un léger affaiblissement.

—M. Germain (de Salins) adresse un troisième mémoire, intitulé : Études sur les propriétés médicales des eaux de la saline de Salins. (Commissaires, MM. Chevallier, Méliner et Gibert.)

— M. Gauthier de Claubry lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur divers remèdes secrets à l'égard desquels la commission propose de déclarer qu'il n'y a pas lieu d'accorder le bénéfice de la loi. (Adopté.)

APPAREILS EN GOMME ÉLASTIQUE (pessaires, ceintures, bas).

M. Fr. Dubois lit, au nom de M. Hervez de Chégoin, un rapport sur des ceintures hypogastriques, sur des bas et autres appareils analogues, construits avec un tissu de gomme élastique tissé d'une manière particulière, c'est-à-dire avec des fils de caoutchouc autour desquels s'enroule un fil de chanvre ou de soie, au lieu d'être tissé, comme les tissus fabriqués jusqu'à ce jour, avec des fils de caoutchouc et de chanvre parallèles, ces derniers bornant dans ce cas l'élasticité des premiers.

M. le rapporteur conclut que ce nouveau tissu remplit mieux le but auquel sont destinés les appareils médicaux dont il s'agit que les tissus qu'on trouve habituellement dans le commerce.

M. Bégin : Les conclusions du rapport sont, à ce qu'il me semble, bien favorables pour une invention dont les avantages me paraissent au moins douteux. Nous avons tous vu dans le commerce des tissus de caoutchouc qui sont parfai-

tement élastiques, et je ne sais pas trop si celui qu'on nous présente l'est beaucoup plus ; je ne sais pas surtout dans quelles limites il pourrait être nécessaire d'avoir un tissu plus élastique que celui généralement connu.

M. DUBOIS : Il suffit de comparer la manière dont ces tissus sont construits pour s'assurer qu'ils doivent être beaucoup plus élastiques que les autres. En effet, dans les anciens tissus, les fils de caoutchouc et les fils de chanvre sont parallèles, tandis que dans le tissu nouveau les fils de chanvre sont enroulés autour du fil de caoutchouc et ne peuvent par conséquent en gêner l'élasticité.

M. MOREAU : Il y a dans les conclusions deux questions distinctes : l'une qui se rapporte au procédé de fabrication, à l'industrie ; l'autre qui a trait aux applications médicales. Je ne m'occuperai pas de la première. Mais, quant à la seconde, je crois que l'Académie aurait grand tort de la résoudre dans le sens du rapport, d'autant plus qu'elle servirait mal à propos d'enseigne industrielle et que nous ne manquerions pas de voir son approbation figurer tous les jours à la quatrième page des journaux.

En effet, s'il s'agit de bas contre les varices, j'ai toujours entendu dire à nos maîtres, et cela semble assez logique, que les meilleurs sont ceux qui sont formés de tissus solides et inextensibles, comme le coutil ou mieux encore la peau de chien. Un tissu très-élastique ne me paraît donc nullement remplir l'indication.

Que si, au contraire, il s'agit de ceintures hypogastriques, je dirai que toutes ces ceintures ne sont bonnes absolument à rien, si ce n'est à augmenter les déplacements utérins quand ils existent, ce qui se conçoit d'ailleurs facilement en songeant à la compression que ces ceintures produisent sur les viscères abdominaux. Sur dix femmes qui se présentent à moi avec de semblables ceintures, il y en a au moins huit qui se trouvent beaucoup mieux une fois que je les leur ai fait quitter. Du reste, il est facile de comprendre aussi que, si ces ceintures étaient réellement utiles, elles ne le seraient qu'à la condition de bien contenir les parois abdominales, et que par conséquent elles vaudraient d'autant moins qu'elles seraient plus élastiques.

Pour toutes ces raisons, je voterai pour la modification des conclusions.

M. le rapporteur n'étant point présent, l'Académie décide que l'adoption des conclusions sera ajournée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus. La parole est à M. Huguier.

ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. HUGUIER : Après la lecture du rapport de M. Hervez de Chégoin sur le mémoire de M. Baud, quatre questions ont été agitées devant l'Académie :

Les engorgements de l'utérus; les déviations et incurvations de ces organes; les flueurs blanches; les granulations utérines comme causes de ces dernières.

Nous examinerons successivement chacun de ces points sur lesquels la discussion a roulé et nous nous occuperons spécialement de l'engorgement, des flueurs blanches et des granulations.

Dans notre avant-dernière séance, M. Velpeau avait dit :

« L'engorgement de l'utérus n'existe pas, celui du col même est excessive-
» ment rare; j'ai fait depuis longtemps le défi de m'en montrer un seul exemple
» sur le cadavre : ce sont les déviations de l'utérus et plus particulièrement les
» antéet rétroflexions qui ont été prises pour des engorgements de cet organe. »

Depuis que la discussion est ouverte, notre savant collègue a retiré, et nous l'en félicitons, une partie de sa proposition comme étant trop absolue et en dehors des faits; il se borne à dire que « les engorgements du col de l'utérus sont rares, » mais il continue à nier ceux du corps de cet organe.

MM. Malgaigne et Moreau se sont principalement occupés des déplacements et des déviations de l'utérus ; M. Robert, des granulations de la membrane muqueuse du corps de l'utérus, découvertes par M. Récamier; et M. Jobert s'est principalement attaché à démontrer la possibilité des inflammations parenchymateuses aiguës ou chroniques, et s'est livré à des considérations anatomo-pathologiques très-intéressantes sur les déviations de l'utérus.

La question d'engorgement est donc encore debout, tout entière à discuter ; car la légère concession faite par notre honorable président ne peut suffire à la science.

Pour poser et discuter d'une manière nette et précise cette question, M. Velpeau aurait dû nous dire ce qu'il entend par engorgements de l'utérus, car il admet qu'il existe quelquefois ; ce que notre collègue n'a pas fait, nous allons tâcher de le faire; car avant tout il faut s'entendre sur les mots avant de discuter les choses, les idées qu'ils représentent.

Dans le sens littéral, on entend par engorgements l'embarras formé dans un canal ; dans le sens médical le plus restreint, l'embarras qui se forme dans les vaisseaux d'une partie et y cause une augmentation de volume.

Petit entend par engorgement l'augmentation de volume d'une partie ou d'un organe malade, augmentation qui est ou que l'on suppose produite par des humeurs qui s'y sont accumulées à l'occasion d'une cause quelconque. Il en admet deux espèces, l'aigu et le chronique. L'aigu n'est qu'un symptôme de l'inflammation aiguë. L'engorgement chronique est ordinairement produit par l'accumulation d'humeurs viciées et qui, dans le plus grand nombre des cas, existe avec une véritable altération organique du tissu de la partie où il a son siége... Il se manifeste ordinairement dans les parties dont la structure est un peu compliquée.

Il est bien fâcheux qu'avec une idée aussi exacte sur le principe de l'engorgement, Petit ne nous ait pas décrit ni fait connaître les altérations organiques qui le caractérisent.

En l'absence de toute définition complète et d'une description anatomo-pathologique, chacun a entendu et envisagé l'engorgement, et en particulier l'engorgement utérin, à sa manière; ainsi :

Pour Dugès et Mme Boivin, l'engorgement est une des quatre formes de la métrite chronique ; pour Lisfranc, l'engorgement utérin n'est le plus souvent que la métrite chronique.

Si les auteurs ne nous ont pas dit ce que l'on doit entendre par engorgement, expression dont ils se servent cependant très-souvent, les anatomo-pathologistes de nos jours ont, par une sorte de consentement tacite, désigné sous ce nom l'état d'un organe dans lequel, depuis un temps assez long, la forme est plus ou moins altérée, la consistance, augmentée ou diminuée, le volume plus considérable, les membranes épaisses, ramollies ou indurées; les vaisseaux artériels, veineux ou lymphatiques, dilatés ou oblitérés, dans certains points développés jusqu'à l'exubérance hypertrophique, dans d'autres, le tissu propre, lorsqu'il en existe un, plus ou moins hypertrophié, quelquefois atrophié et ramolli, le tout réuni par un tissu cellulaire dont les lames sont épaissies, opaques, blanchâtres, et les aréoles remplies d'une sérosité souvent opaque, lactescente ou d'un jaune roussâtre, et en général plus épaisse qu'à l'état normal, état qui existe sans réaction directe bien prononcée sur le reste de l'économie.

Altération idiopathique consécutive ou concomitante d'autres lésions, tels que ulcères, fistules, rétrécissement, tubercules, varices, lymphite, etc., etc., et qui est plus ordinairement accompagnée d'une augmentation de sécrétion.

Or, si nous pouvons prouver que cette altération complexe et intermédiaire à l'inflammation chronique et à l'hypertrophie simple existe sur l'utérus, nous aurons démontré l'engorgement de cet organe.

Avant d'entrer en matière et de chercher à démontrer l'existence de l'engorgement, M. Huguier rappelle les principales dispositions anatomo-physiologiques qui favorisent le développement de cette affection.

Parmi les causes prédisposantes physiologiques, nous devons mettre, dit-il, en première ligne, la congestion menstruelle que nécessitent les règles, les troubles nombreux et faciles que celles-ci éprouvent, et par suite desquels la congestion dure plus longtemps, d'où résulte une stase des liquides circulatoires, une dilatation et un affaiblissement des parois des vaisseaux.

Le molimen menstruel devient encore un puissant obstacle à la terminaison complète des inflammations aiguës et chroniques, surtout de l'utérus.

Les nombreux et profonds changements anatomiques et physiologiques qu'éprouve l'organe pendant la gestation, et les nombreuses maladies auquel cet état l'expose ainsi que ses annexes.

Mais de toutes les conditions anatomiques et physiologiques propres à favoriser et à démontrer l'engorgement utérin, il n'en est aucune plus féconde en applications pratiques et pathologiques que celle-ci.

Il y a dans l'utérus deux organes qui, bien que connexes, matériellement unis, n'en ont pas moins un mode de développement à part, une organisation, des fonctions et une pathologie différentes, ayant chacune deux vies, une individuelle et l'autre commune ; ce sont le corps et le col qui diffèrent si essentiellement l'un de l'autre chez les quatrupèdes.

Nous allons développer et démontrer cette proposition qui, au point de vue de la pathologie qui nous occupe, c'est-à-dire des engorgements, des déviations, des incurvations de l'utérus et des divers écoulements dont cet organe est le siége, nous fournira les données les plus précieuses.

La partie fondamentale de l'organe gestateur est sans aucune constestation la membrane muqueuse; eh bien ! cette membrane dans le col et dans le corps offre les caractères anatomiques et physiologiques les plus tranchés, les plus différentiels.

Indépendamment de la différence d'aspect et de caractères physiques, l'organisation, la texture et la disposition des éléments ne sont pas les mêmes.

L'épithélium de la membrane du col qui ne cesse pas, comme l'ont dit tous les auteurs d'anatomie descriptive, au niveau de l'orifice, est formé, jusque vers la moitié supérieure de ce canal, de cellules épithéliales régulières, coniques, à bords tranchés nets et légèrement cambrés et de cellules d'épithélium pavimenteux; celui de la muqueuse du corps, au contraire, formé de cellules cylindriques, pâles, irrégulières à cils vibratils.

La muqueuse du col est parsemée de follicules muqueux arrondis, sphériques, à goulot court et étroit, s'ouvrant perpendiculairement par un petit orifice arrondi sur la membrane muqueuse et sécrétant un liquide particulier; un grand nombre de ces follicules sont enfoncés dans le tissu musculaire du col. La muqueuse du corps est littéralement tapissée par une couche glanduleuse, formée de lacunes cylindriques flexueuses ondulées, couchées parallèlement les unes à côté des autres et venant s'ouvrir au nombre d'une, deux ou trois dans des petits godets que l'on voit à la surface de cette membrane; ces lacunes ne s'enfoncent jamais dans le tissu utérin. Les liquides sécrétés par ces deux ordres de glandes n'ont pas non plus la moindre analogie.

Enfin il existe une si grande différence entre ces membranes, que l'une d'elles, celle du corps, pendant la grossesse, devient une des membranes de l'œuf, la caduque; elle tombe régulièrement et se reproduit après chaque accouchement, tandis que la membrane du col persiste toute la vie.

Le tissu propre ou musculaire n'offre pas le même arrangement; au col il forme un anneau circulaire complet et horizontal ; au corps, au contraire, il est composé de fibres longitudinales en anses transversales et obliques ; les quelques fibres circulaires qu'on y observe sont concentriques et jetées obliquement vers les angles de l'utérus autour des trompes.

Les gros vaisseaux de ces deux parties ont une disposition, une source, un trajet et une terminaison qui diffèrent pour chacune d'elles. Les artères et veines du col forment dans l'épaisseur de celui-ci, vers son union avec le corps, une

couronne vasculaire. L'artère a plus d'une ligne de diamètre, et doit toujours être présente à l'esprit du chirurgien lorsqu'il porte un instrument tranchant sur le col; elle est à peu près le seul vaisseau qui puisse donner lieu à une hémorrhagie inquiétante.

Ces vaisseaux sortant des parties latérales du col se portent transversalement dans la veine et l'artère hypogastriques; les artères et veines forment des arcades très-flexueuses qui vont avec les ovariques se terminer dans la région lombaire.

Les vaisseaux lymphatiques du col aboutissent aux ganglions qui entourent les vaisseaux iliaques et hypogastriques, tandis que ceux du corps se rendent à la région lombaire au devant et sur les côtés de l'aorte.

Le système nerveux offre aussi des différences qui ont été très-bien décrites par M. Jobert.

Enfin le péritoine lui-même enveloppe la totalité du corps, et ne recouvre en arrière qu'une petite portion du col.

Les fonctions de ces deux parties ne sont pas moins distinctes, comme on le sait, dans l'état de vacuité que dans l'état de grossesse.

De ces différences anatomiques et physiologiques devaient nécessairement naître des différences pathologiques profondes dans les affections du col et du corps; elles nous expliquent comment, dans le sujet qui nous occupe aujourd'hui, les causes morbides externes qui agissent sur le col utérin avec tant d'activité ont si peu de retentissement sur le corps, et *vice versâ*, pourquoi les causes pathologiques internes indirectes, telles que violentes émotions, suppressions brusques des règles, de la transpiration, des affections herpétiques, etc., portent principalement leur action sur ce dernier;

Pourquoi l'engorgement du col de l'utérus est si fréquent comparativement à celui du corps; pourquoi il existe souvent seul pendant des mois et des années sans se propager à l'autre partie de l'organe;

Pourquoi ils montrent certaines incurvations qui ont pu en imposer quelquefois pour des engorgements utérins;

Pourquoi certains écoulements des organes sexuels, désignés sous l'expression générale de fleurs blanches, ont des caractères propres, une source tout à fait spéciale, dont ils ne dévient jamais;

Pourquoi certaines espèces de granulations, question dont M. Velpeau nous a dit quelques mots, ne se trouvent jamais que sur le col.

Ces préliminaires posés, entrons dans le cœur de la question.

Notre honorable collègue M. Velpeau a dit qu'il niait l'existence de l'engorgement du corps de l'utérus, parce qu'il n'en avait jamais observé, et qu'il défiait qu'on lui en montrât un exemple sur le cadavre.

C'est là, messieurs, une manière d'envisager les questions scientifiques sujette à beaucoup d'erreurs. Où en serait la science si les hommes même les plus expérimentés, comme l'est M. Velpeau, se croyaient en droit de nier les faits les mieux constatés, par cela seul qu'ils ne les ont pas observés? il vous faudrait dès aujourd'hui rayer de vos cadres nosographiques près d'un tiers des maladies sur l'existence desquelles on ne peut établir de doutes. Mais, dit notre savant collègue, montrez-moi un exemple sur le cadavre. A cela nous répondrons :

1° Que l'engorgement utérin ne fait pas mourir, et qu'il est à cause de cela très-rare de le rencontrer sur le cadavre;

2° Qu'existât-il, à moins que la mort ne soit très-rapide, comme nous en avons observé des cas, l'engorgement de l'utérus disparaît dans les derniers instants de la vie, semblable en cela aux engorgements durs et hypertrophiques des lèvres buccales, du nez, des oreilles, des lèvres vulvaires, du prépuce du scrétum et des jambes, que déterminent souvent les eczémas chroniques, le lupus, le lichen-ayrius, les ulcères atoniques et variqueux, les chancres indurés et les engorgements des ganglions lymphatiques, disparition qui est souvent si complète qu'arrivé à l'amphithéâtre on se demande si le cadavre que l'on a sous les yeux est bien celui de l'individu auquel on a donné des soins, et pour le cas particulier qui nous occupe, plusieurs fois il m'est arrivé, quelques jours avant la mort, de mesurer les dimensions de cols et d'utérus engorgés dans les précipitations complètes ou presque complètes, et à l'autopsie j'ai trouvé une diminution de plus d'un tiers dans toutes les dimensions. La couleur et la consistance des parties étaient presque devenues normales. Cependant je ne pouvais douter de l'état d'engorgement des parties, puisqu'elles avaient été exposées pendant longtemps sous mes yeux, et soumises à tous mes moyens d'investigation.

Rien n'est commun comme l'engorgement de la totalité de l'utérus, et même de ses ligaments dans les descentes et précipitations de la matrice.

Si j'eusse connu le défi fait à la science par M. Velpeau, au cas si malheureusement remarquable rapporté par M. Moreau, j'en eusse ajouté plusieurs autres, dont quatre ont été conservés dans l'alcool. Les voici; ils furent recueillis, deux sur deux femmes qui moururent dans mon service à l'hôpital de Lourcine, l'une d'apoplexie, l'autre d'une double pneumonie.

Disons maintenant quelles sont les altérations que la dissection et les recherches microscopiques nous ont fait rencontrer sur des utérus partiellement ou totalement engorgés, soit que les pièces aient été trouvées sur le cadavre, soit que nous les ayons enlevées sur la femme vivante.

MEMBRANE MUQUEUSE. — Cette membrane est souvent épaissie, injectée plus rouge et ramollie; quelquefois même elle est devenue fongueuse et présente des excroissances comparables à ces fongosités mollasses et cellulo-vasculaires qui naissent du fond des vieux cautères. Elle offre quelquefois une foule de petites tumeurs de nature très-différente, sous la dénomination vague de granulations; dans d'autres circonstances, et principalement lorsque l'utérus s'est abaissé vers l'ouverture vulvaire, elle est plus épaisse, plus dense, moins vasculaire au moins à la surface; son épiderme est fréquemment détruit, surtout sur le col et au niveau de l'orifice vaginal. C'est au point, avons-nous dit, que tous les auteurs d'anatomie descriptive, sans en excepter le dernier, M. Cruveilhier, ont cru qu'il cessait d'exister en cet endroit; c'est là une des raisons qui font que la moindre pression, le moindre frottement sur le col de l'utérus atteint d'engorgement est souvent suivi d'un suintement sanguin, non parce que la muqueuse est ulcérée, mais seulement exulcérée. Il se passe là ce qu'on observe tous les jours à la surface des vésicatoires.

Ses follicules et ses lacunes cylindriques tubuliformes sont plus développés, forment une saillie souvent très-prononcée à sa surface; ils sont hypertrophiés, irrités, et sécrètent en grande abondance; leur orifice, visible à l'œil nu, est souvent très-agrandi et ulcéré; la cavité des follicules est dilatée par son mucus; enfin, ceux-ci sont quelquefois véritablement enflammés, bien que la muqueuse ne le soit pas.

Les fibres du tissu cellulaire proprement dit, qui entrent dans la composition de cette membrane, sont plus souples, sont plus pâles, comme empêtrées; elles sont rouges, moins régulièrement disposées en faisceaux onduleux.

Les fibres du tissu fibro-plastique, qui, par une exception toute particulière, comme l'a démontré M. Robin, entrent pour près de la moitié dans la composition de cette membrane, ainsi que leurs noyaux, ont pour la plupart augmenté de volume; elles sont plus pâles et plus transparentes.

Le système capillaire de cette membrane est visible à l'œil nu.

TISSU PROPRE OU CHARNU. — En général plus épais, moins pâle, légèrement rosé, plus mou, ne crie plus sous le scalpel; il est comme légèrement infiltré; ses fibres sont plus distinctes, moins serrées, moins étroitement unies; la ligne de démarcation qui le sépare de la muqueuse est plus tranchée.

VAISSEAUX. — Les artères sont généralement plus développées; il en est même qui offrent des dilatations très-visibles à la loupe, au niveau de leurs flexuosités; mais les principaux changements s'observent dans les veines, la plupart sont largement agrandies, plusieurs offrent çà et là des rétrécissements et des dilatations dans lesquelles on trouve du sang fluide coagulé ou de véritables concrétions fibrineuses.

Les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes sont plus fluxueux, offrent plus de volume et se rendent dans des ganglions légèrement engorgés, plus développés qu'à l'état normal; c'est ce que nous avons pu constater sur les malades dont nous avons fait les autopsies.

TISSU CELLULAIRE. — Celui que l'on trouve autour du col, le long des parties latérales du corps, autour des trompes, est le plus souvent altéré; ses lamelles sont plus épaisses, blanchâtres, ont perdu leur transparence; ses mailles remplies d'une sérosité qui, au lieu d'être terne, incolore et transparente, est plus épaisse; couche blanchâtre, rosée ou jaunâtre, quelquefois même gélatineuse.

Celui qui unit le péritoine au corps est plus épais et d'un blanc grisâtre, ce qui donne à l'utérus un aspect fallacieux, car ce n'est qu'après l'avoir incisé et enlevé qu'on s'aperçoit de l'état hypérémique de l'organe. Le péritoine lui-même est plus épais.

Enfin, la matière organique amorphe, composée de granulations moléculaires, matière qui non-seulement réunit entre eux les divers tissus qui composent l'utérus, mais encore les éléments organiques de ces tissus, est beaucoup plus abondante que dans l'état normal, et que dans les parties simplement enflammées; somme toute, l'augmentation de volume, dans l'engorgement de l'utérus ou de l'une de ses parties, tient à plusieurs causes.

1° A l'augmentation de la matière amorphe, de la sérosité contenue dans les mailles du tissu cellulaire, du mucus accumulé dans les cavités de l'organe et des follicules mêmes qui le produisent, de la lymphe et du sang contenus dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins.

2° A la présence des concrétions fibrineuses renfermées dans ces derniers, mais plus particulièrement dans les veines.

3° A un certain degré d'hypertrophie de la plupart des tissus qui la composent.

Cette altération complexe, qui existe en quelque sorte d'une manière idiopathique sur les divers éléments anatomiques de l'organe gestateur, sans chaleur, sans douleur dans l'utérus, sans réaction directe sur le reste de l'économie, ne pouvait que prendre le nom d'engorgement qui ne préjuge rien, qui ne peut jeter le praticien dans une fausse voie thérapeutique, et qui le met si bien sur la trace du mécanisme de son développement; car, il faut bien le reconnaître, si l'engorgement de l'utérus n'est pas l'inflammation de cet organe, il en est souvent la conséquence, surtout lorsque celle-ci est passée à l'état chronique et a récidivé plusieurs fois; ce sont deux états qui n'ont pas de limites bien tranchées et qui se compliquent souvent l'un l'autre. L'engorgement de l'utérus est à la métrite ce qu'est l'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau aux parties qui ont été souvent le siége d'érysipèle, de lymphite et de phlébite capillaire.

Pour un total de 2,527 malades que j'ai soignées tant à l'hôpital de Lourcine qu'à Beaujon et dont je possède les observations, sans y comprendre les malades de la consultation qui n'ont fait que passer sous mes yeux ni celles de ma clientèle particulière, j'ai trouvé sur ce total, dis-je, de 2,527 observations de maladies de femmes, 131 cas d'engorgements de l'utérus seul, bien constatés, ainsi répartis :

Engorgements du corps et du col.	8
du corps seul.	13
du col seul.	106
Cas indéterminés.	4

Mais ce ne sont pas là les seules espèces que l'on doive admettre d'après

l'étendue ; l'engorgement peut sortir des limites de l'utérus et envahir ses annexes, comme nous avons pu nous en convaincre par notre propre observation, par celles de Dugès et de madame Boivin, sous le nom de fixité de l'utérus, engorgement qui succède souvent à la métrite qui a été si bien décrite par M. Chomel sous le nom de métrite postpuerpérale, et par M. Nonat sous celui d'inflammation des tissus pér-utérins.

Non-seulement, pour être dans le vrai, il faut admettre des engorgements du col, du corps, de la totalité de l'organe du corps, et des tissus pér-utérins, mais encore des engorgements qui varient suivant le tissu principalement altéré et la nature de la cause qui les détermine ; ainsi il faut reconnaître, et cela parce que les faits l'ont démontré, des engorgements, 1° complexes, 2° fongueux, 3° Œdémateux, 4° variqueux, qui ont tous des caractères propres que nous ne pouvons pas décrire ici.

Suivant la nature de la cause, il faut reconnaître des engorgements essentiels, syphilitiques, dartreux et diphthériques.

Sans parler de ceux qui sont concomitants et consécutifs de diverses lésions de l'utérus, existe-t-il des engorgements de l'organe ? sont-ils fréquents ? A cet égard, je poserai la proposition suivante presque inverse à celle de M. Velpeau : les engorgements de l'utérus, mais principalement ceux du col, sont, après la métrite subaiguë, la métrite chronique et les follicules utérines, les affections les plus fréquentes de cet organe dans les grandes villes.

J'arrive au diagnostic différentiel des engorgements d'avec les autres maladies de la matrice. Ce ne sont pas, comme on le dit, les déviations et surtout les incurvations de l'utérus, antéflexion, rétroflexion, qui ont été prises le plus souvent pour des engorgements utérins ; l'anté et la rétroflexion sont pour cela des maladies trop rares, comme je le démontrerai dans la prochaine séance.

Quant aux anté et rétroversions de l'utérus, il est possible qu'à cause de leur fréquence elles aient été quelquefois prises pour l'engorgement utérin et traitées comme telles ; mais soyez convaincus que cette erreur n'a pas été faite aussi souvent qu'on le dit, les caractères de ces affections sont tellements différents de ceux de l'engorgement qu'il faut plus que de la légèreté pour la commettre.

Savez-vous quelles sont les maladies que les jeunes praticiens ou ceux qui n'ont pas une grande expérience à cet égard prennent pour l'engorgement ? Ce sont celles qui forment tumeurs, surtout lorsqu'elles siégent vers l'union du col avec le corps et que ces deux parties se trouvent développées ; ce sont en un mot l'hypertrophie locale ou générale de l'organe, les polypes, les tumeurs fibreuses, les kystes muqueux intra-utérins ou extra-utérins lorsqu'ils existent en assez grand nombre sur le col ; les kystes séreux sous-péritonéaux, péritonéaux et tubers, quelquefois les kystes ovariques. Les rétentions dans l'utérus du sang liquide coagulé ou des concrétions fibrineuses de la matière tuberculeuse, la rétention du mucus dans les cavitée du col et du corps, des moles, des tumeurs hydathiques, des grossesses extra-utérines, et toutes les affections qui, prises isolément, sont plus rares que les déviations de l'utérus ; mais dans leur ensemble sont plus fréquentes et surtout ressemblent beaucoup plus à l'engorgement.

Une disposition de l'organe gestateur que l'on prend plus souvent qu'on ne le pense pour un engorgement, c'est l'état de l'utérus pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse, lorsque les femmes ont ou croient avoir intérêt à la cacher.

On confond encore assez souvent le cancer squirrheux ou l'encéphaloïde à leur début avec l'engorgement du col ou du corps ; mais ici ce n'est pas toujours par ignorance, mais bien à cause des difficultés du sujet, difficultés que l'on peut lever en enlevant une petite portion de la tumeur pour l'étudier au scalpel et au microscope.

BIBLIOGRAPHIE.

DU MICROSCOPE ET DES INJECTIONS DANS LEUR APPLICATION A L'ANATOMIE ET A LA PATHOLOGIE, etc. ; par le docteur Ch. Robin. — Paris, chez J.-B. Baillière. 1849.

Lorsqu'on cherche à se rendre compte des causes qui ont rendu la civilisation moderne supérieure à celle de toutes les époques qui nous ont précédés, une des principales est sans contredit le progrès des sciences exactes. Les arts avaient déjà atteint un haut degré de développement chez les anciens, et la sculpture des Grecs nous offre dans la ligne pure de la tête et dans les belles formes du tronc et des membres des types que nous n'avons pas dépassés. La poésie de ce peuple privilégié nous dévoile dans les chants d'Homère, dans les drames de Sophocle, dans la mordante satire d'Aristophane, des chefs-d'œuvre qui peuvent rivaliser avec les meilleures poésies modernes.

Les branches des arts qui avaient besoin des secours de la science, telles que la musique et la peinture, se sont bien moins développées dans l'antiquité, et les sciences exactes y ont été à peine ébauchées.

Il était réservé à ces derniers siècles de faire non-seulement sortir de l'oubli les notions antiques sur les sciences, mais de les dépasser bien promptement pour poser à la fois des bases solides de la science, par une observation très-multipliée et par la méthode philosophique, cette véritable boussole de l'observation. Il est curieux de voir ici la succession du perfectionnement de diverses branches de la science. Linné, le premier, s'est constitué le véritable législateur des deux règnes de la nature organique. Beaucoup plus tard, le grand Haller a réuni les éléments épars de la physiologie en un corps de doctrine. Touchant presque à notre époque, Lavoisier a posé les bases de la chimie moderne, et ce n'est qu'après que toutes les autres sciences avaient été déjà cultivées avec méthode que l'anatomie générale, cette source des notions biologiques, a été créée, pour ainsi dire, par un de ces hommes de génie capables de rivaliser avec les hommes les plus éminents dont s'honore l'esprit humain. Malheureusement il n'était réservé à Bichat que de poser les bases seulement de son édifice. Pendant longtemps cette branche de la physiologie en est restée là où il en avait laissé l'ébauche. Il y a vingt ans à peine que les perfectionnements apportés au microscope, la chimie organique crée par Berzélius, et la méthode d'injection perfectionnée par de nombreux savants, ont pu apporter de nouvelles lumières sur la nature et la composition moléculaire de nos tissus, organes et appareils.

Le livre dont nous allons donner l'analyse est le premier qui paraisse en France dans le but de réunir en un corps de doctrine tout ce qui se rattache à l'anatomie générale, et le volume que nous avons sous les yeux n'en est pour ainsi dire que l'introduction. L'auteur y a décrit d'abord tout ce qui se rattache à la théorie et à l'emploi du microscope et des injections en anatomie et en pathologie, et s'élevant ensuite au-dessus de l'observation brute du fait concret et isolé, il a cherché à résumer tous les principaux caractères de la matière organique et des êtres organisés pour jeter ensuite un coup d'œil sur l'ensemble des sciences d'observation et pour déterminer la place que devait occuper l'anatomie générale dans la science de la vie, dans la biologie.

Nous dépasserions évidemment les bornes de cette analyse, si nous voulions parcourir avec le lecteur toutes les parties de ce bel et important travail. Aussi nous bornerons-nous à parler plus spécialement des travaux de l'auteur sur le microscope et les injections plutôt que d'entrer dans des détails sur la méthode, sur la classification des sciences, et tous ces vastes sujets de philosophie appliquée, sur lesquels il n'est pas permis d'énoncer une opinion sans la motiver et sans la soumettre à la discussion.

M. Robin insiste, avant tout, dans l'introduction, sur la nécessité de combler plusieurs des lacunes laissées par ceux qui, jusqu'à présent, se sont occupés de l'anatomie générale. Ils ont fait une part trop restreinte ou ont laissé même de côté l'étude des liquides ; l'application de la chimie n'a été faite qu'incomplétement ; de plus, on n'a pas établi des liens assez étroits entre l'état normal et morbide, et si l'anatomie pathologique n'est compréhensible qu'à condition de bien connaître la structure normale des tissus et des organes, il y a un bon nombre de points d'anatomie générale que diverses altérations, l'hypertrophie et les vices de conformation surtout, peuvent faire mieux connaître que l'étude exclusive de l'anatomie de l'homme fait. M. Robin adopte, et nous croyons avec grande raison, la classification des tissus en produisants et produits, établie par M. de Blainville.

Avant d'aborder les détails des injections, l'auteur insiste sur l'aspect et les fonctions spéciales qu'imprime aux organes le mode différentiel de la distribution des vaisseaux capillaires. Il s'élève cependant contre l'exagération de ces anatomistes, plus habiles qu'intelligents, qui font une trop large part aux injections vasculaires. En effet, on obtient de cette façon des préparations fort élégantes, mais peu instructives. Il blâme aussi l'odieux charlatanisme avec lequel certains anatomistes ont fait un secret des substances dont ils se servaient pour injecter, et il indique avec détail celles qu'il a trouvées les meilleures. Pour remplir les capillaires, ce sont des couleurs broyées à l'huile, mêlées avec de l'huile de térébenthine, et pour les grosses injections du suif ramolli avec un tiers ou la moitié d'axonge, suivant qu'on fait l'injection en été ou en hiver. Quant aux instruments, rien de plus simple. Des pinces à pression continue, affectées pour la première fois par M. Robin à cet usage, compriment solidement les parties par lesquelles il y a des fuites. La cautérisation avec un fer chauffé à blanc oblitère également les points par lesquels la matière colorante s'échappe. Nous avons vu des préparations d'injections faites par les premiers anatomistes de notre époque, mais nous n'avons trouvé rien de comparable à celles que nous avons souvent vu faire et examinées avec détail dans le laboratoire de M. Robin. Il combat la méthode vicieuse d'une trop forte pression ; dans le manuel opératoire on ne remplit de cette façon que ces capillicules indiqués par M. Bourgery, qui ne sont autre chose que des fuites intersticielles régulières ; et c'est ainsi que la chimère des vaisseaux blancs, trop petits pour admettre les globules sanguins, n'ayant qu'un cinq-centième et même un millième de millimètre de largeur, se trouve réduite à sa véritable valeur, à un simple vice de procédé. Quant au moment opportun d'étudier les tissus injectés, l'auteur recommande de ne le faire

qu'en dernier lieu, et après que toutes les autres études de texture ont été faites. Les indications données ensuite sur le meilleur mode d'injecter les divers ordres de vaisseaux, et de faire des injections partielles, renferment des préceptes tout à fait pratiques et exposés avec clarté.

Dans la seconde section de l'ouvrage, M. Robin traite des microscopes simples et composés, et nous trouvons dans cette partie de son travail, des connaissances étendues sur la théorie générale de ces divers instruments, exposée d'une manière plus nette et plus facile à saisir qu'on n'a l'habitude de le voir dans les traités d'optique, dans lesquels les auteurs séparent rarement les généralités et les formules mathématiques. La partie pratique de l'usage du microscope nous a pleinement satisfait; des vues élevées, des conseils pleins d'utilité, une absence de toute prédilection exagérée pour cet instrument, caractérisent toute cette partie du travail.

Nous passons rapidement sur la théorie de la loupe et des doublets pour nous arrêter un instant au microscope de dissection. M. Robin, peu satisfait des instruments dont on se servait généralement dans ce but, a fait construire par M. Nachet (à Paris, rue des Grands-Augustins, n° 1) un microscope à prisme redresseur d'un emploi sûr et facile. Si, pour notre compte, nous nous servons encore souvent du porte-loupe de Strauss et d'un microscope simple à doublets que nous avons fait construire dans le temps par M. Schiek, à Berlin, nous avouons cependant la supériorité de l'instrument en question pour toutes les préparations délicates et difficiles. « L'image, dit l'auteur, y est redressée à l'aide de deux prismes disposés à » angle droit. L'objectif est formé de quatre lentilles d'un pouvoir ampli- » fiant faible, et variant pour chacune d'elles, de telle sorte qu'on peut les » employer séparément, ou deux à deux, ou toutes les quatre ensemble. » On a ainsi un grand nombre de grossissements qui varient entre 6 ou 8 » et 40 diamètres, avec une longueur focale qui est encore de 1 centimètre » dans ce dernier cas, et de 4 ou 5 pour les faibles grossissements. »

Le microscope composé occupe naturellement le plus grand espace de cette section, et ici nous nous associons de cœur à l'opinion de l'auteur lorsque, dans les remarques générales, il s'élève avec énergie contre l'emploi exclusif du microscope et contre la spécialité assignée à l'anatomie microscopique et au micrographe. Le microscope, en effet, n'est qu'un instrument complémentaire de tous les autres modes d'investigation, et ne doit commencer qu'après que ceux-ci ont été bien et convenablement faits. Appeler les hommes qui se servent alors de cette méthode du nom spécial de micrographes, est comme si on désignait ceux qui se servent du stéthoscope ou du spéculum, ou ceux qui étudient la composition des urines dans les maladies, sous les noms de stéthoscopistes, de spéculistes ou d'urographes. Mais, si M. Robin blâme l'abus du microscope, il n'est pas moins sévère envers ceux qui en rejettent tout à fait l'emploi. Esprits paresseux et irrationnels, ils nous rappellent le petit-maître dont Ambroise Paré se moque si spirituellement dans ses écrits qui, rejetant la belle innovation de la ligature des artères, préférait le moyen hémostatique, alors en usage, l'immersion du moignon saignant dans de l'huile bouillante. Aussi avons-nous la persuasion que les ennemis quand même du microscope tomberont de plus en plus dans le domaine de l'histoire des préjugés, et qu'on cessera bientôt de discuter sérieusement avec eux sur l'opportunité de l'emploi d'un instrument tout de précision, et qui nous permet de voir et d'apprécier dans tous leurs détails une infinité de choses que l'examen à l'œil nu permettrait à peine de soupçonner. Du reste, de tout temps nous avons vu des gens qui se sont dévoués à jouer le rôle de sabots de la science.

Nous serions évidemment entraîné trop loin si nous suivions l'auteur dans tous les détails optiques et mécaniques du microscope. Nous citerons seulement un point qui nous paraît capital : c'est la nécessité de recourir, dans les observations de ce genre, aux lentilles les plus perfectionnées et aux forts grossissements; car lorsqu'il s'agit de comparer entre eux des corps d'un centième de millimètre et au-dessous, on les différencie évidemment mieux avec un grossissement de 600 diamètres qu'avec un de 300. L'extrême limite des images nettes que nous donnent les plus fortes lentilles, n°s 7 et 8 de Nachet, sont de 6 à 800 diamètres, et si quelques opticiens parlent encore de grossissement de quinze cent à deux ou trois mille fois, ils voient évidemment leur chiffre par un verre grossissant à leur avantage ; aussi l'indication du pouvoir grossissant de leurs instruments sent-elle bien plus l'industriel que l'artiste.

Pour mesurer les objets soumis à l'examen microscopique, M. Robin donne la préférence au micromètre placé dans l'oculaire qui, en effet, est d'un emploi facile pour s'en servir constamment, et fait éviter l'inconvénient fâcheux qui s'attache à tous les travaux microscopiques non accompagnés de mesures nombreuses et rigoureusement exactes. Les erreurs qui sont résultées de l'oubli de ce précepte ont été fâcheuses à la fois, comme vice d'observation et comme conduisant par cela même à des doctrines erronées. Nous citons, à l'appui de ce que nous venons de dire, le passage suivant du livre de M. Robin : « Loin d'être étonné de voir certains patho- » logistes et micrographes dire qu'il n'y a pas d'éléments caractéristiques » spéciaux pour le cancer, le tubercule, etc., ou bien que ces éléments ne » peuvent se distinguer des cellules épithéliales ou autres, ce fait ne doit » être considéré que comme une suite toute naturelle des notions incom- » plètes qui leur sont fournies par leurs instruments. »

Dans la partie qui traite de l'emploi des réactifs chimiques, conjointement avec l'examen microscopique, nous trouvons bien l'état actuel de la science représenté, mais nous éprouvons de plus en plus la nécessité d'invoquer le secours de la chimie pour les travaux microscopiques, sur une échelle bien autrement vaste que cela n'a été fait jusqu'à ce jour ; et ne voyons-nous pas constamment dans la nature organique que la composition moléculaire physique n'est que le reflet, pour ainsi dire, de la nature chimique de ces éléments ? Si l'acide acétique, par exemple, dissout la paroi de beaucoup de globules sans attaquer les noyaux, n'est-ce pas une preuve manifeste qu'il y a une différence chimique entre les deux parties de la cellule, et que de plus il y a un groupement constant, de dehors en dedans, dans ces deux substances chimiquement différentes ? Si l'acide chlorhydrique dissout les sels calcaires d'un cartilage ossifiant, ne voyons-nous pas bien plus clairement la filiation qui existe entre le globule du cartilage et le corpuscule de l'os que par l'examen microscopique seul, sans l'intervention de la chimie ?

Il y a un dernier point enfin qui nous paraît bien important: c'est le désir qu'on voit percer dans tout l'ouvrage que nous avons sous les yeux, d'appliquer utilement les notions les plus précises de l'anatomie générale à l'étude des altérations morbides, de joindre la théorie à la pratique, la science à l'utilité ; et loin de se contenter de satisfaire la curiosité de l'esprit, l'auteur est animé du désir que ses laborieuses recherches puissent profiter un jour à ceux qui journellement viennent réclamer le secours de l'art du médecin. Toutes les sciences, en effet, n'ont acquis un certain degré de valeur et de perfectionnement que lorsqu'on a pu les appliquer utilement. C'est ainsi que la botanique est devenue une des principales sources de la matière médicale, que la chimie est la base fondamentale de l'industrie, que nos notions récentes de physique et de mécanique ont fait disparaître, pour ainsi dire, les longues distances entre les divers pays, en faisant construire les bateaux à vapeur et les chemins de fer; que l'anatomie générale et les études chimiques et microscopiques cherchent de plus en plus à être utiles à la pathologie, et personne n'en osera plus contester la valeur.

Nous pouvons donc recommander le livre de M. Robin à tous les hommes désireux de se tenir au courant de tous les progrès de la science. Le jeune élève en médecine y trouvera de bons conseils et un résumé clair et net d'une partie de la science qui désormais ne doit pas être négligée dans les études médicales. L'homme plus mûr y trouvera un esprit généralisateur et philosophique et une connaissance très-approfondie de la matière. Aussi désirons-nous vivement que le TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE, NORMALE ET PATHOLOGIQUE, dont le travail actuel forme pour ainsi dire les prolégomènes, soit bientôt livré au public ; et, s'il nous est permis de donner à cette occasion un conseil à l'auteur, c'est de rendre son livre accessible à tout le monde par un style concis et par un exposé aussi simple et aussi méthodique de tous les vastes matériaux que celui auquel nous ne pouvons qu'accorder nos éloges pour tout ce qui a rapport aux injections et au microscope. Peut-être aurions-nous fait quelques restrictions à la pleine satisfaction que nous avons exprimée dans le courant de cette analyse, s'il était entré dans notre plan de discuter la classification des sciences fondamentales qui fait suite au travail actuel. Au total, le TRAITÉ DU MICROSCOPE ET DES INJECTIONS contient des recherches si nombreuses, si laborieuses, si consciencieusement faites, et partout dominées par une si haute élévation d'esprit, que nous croyons pouvoir le classer parmi les meilleures productions scientifiques de ces derniers temps.

H. LEBERT.

— **RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE** (premier mémoire); par le docteur P. CHÉNEAU, médecin des épidémies du département de la Seine, etc. — Broch. in-8° de 53 pages. — Paris, 1849, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

L'épilepsie est curable ; la guérison de l'épilepsie, quand elle a lieu, n'est pas exclusive aux premiers âges de la vie, on peut l'obtenir à un âge même assez avancé. Parmi les moyens de traitement, la digitale est celui qui, dans l'opinion de l'auteur, mérite le plus de fixer l'attention des praticiens. La forme de l'épilepsie désignée sous le nom de *tournis* n'est pas toujours due à une lésion du cerveau ou des pédoncules du cervelet ; le tournis n'est pas incurable. Telles sont les propositions principales qui résument le mémoire de M. Chéneau.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MALADIES DE L'UTÉRUS.

Décidément ce n'est plus le rapport de M. Hervez de Chégoin qui se discute en ce moment à l'Académie de médecine. Le rapport est absorbé, oublié, enterré; s'il ne se trouve personne pour en faire l'exhumation, le moment du vote viendra sans qu'on ait seulement songé aux propositions sur lesquelles il s'agira de se prononcer. La pensée dominante du travail de M. Baud, rapporté par M. Hervez, la voici en deux mots: La plupart des affections de l'utérus, même les déviations, sont sous l'influence directe d'un état morbide général; c'est donc surtout et avant tout à cet état général que la thérapeutique doit s'adresser. Subsidiairement, l'auteur reprochait à Lisfranc d'avoir assigné à toutes les maladies chroniques de la matrice l'inflammation pour point de départ et l'engorgement pour résultat. Le fond de ces idées avait été favorablement accueilli de M. le rapporteur, qui ne les accusait que d'un peu d'exagération. De quoi s'agissait-il donc ou devait-il s'agir à l'Académie? De rechercher si, oui ou non, les diathèses scrofuleuse, syphilitique ou autres jouaient un si grand rôle dans la production ou l'entretien des lésions de l'utérus; si, oui ou non, l'on guérissait plus sûrement par les médications générales que par les traitements topiques; si enfin ces idées trouvaient une confirmation spéciale dans l'étiologie et le traitement de l'engorgement utérin. Qu'a de commun ce programme avec une bonne moitié au moins de ce qui a été dit jusqu'à présent? Chacun s'est cru obligé de venir faire part à l'Académie des acquisitions de son expérience, non plus dans le domaine de la question actuelle, mais dans les alentours, et parfois même dans des parages passablement éloignés. C'est un mal qu'il faut croire inévitable, puisqu'il se renouvelle dans toute discussion; mais il n'en est pas moins très-fâcheux. Avec ce procédé, les arguments invoqués de part et d'autre ne se répondent pas, l'attention s'éparpille, le point à résoudre s'efface, les difficultés se multiplient, celle qu'il s'agit de dénouer s'embrouille davantage; et, si l'on nous passe cette comparaison triviale, on arrive à parler de tout, à propos du pot-au-feu, de ce qu'on y met et de ce qu'on y met pas, sans trouver le moyen de faire un bon pot-au-feu.

Ceux qui avaient entendu, dans la précédente séance, M. Roux jurer qu'il n'avait pas l'*habitude* de la prolixité, pouvaient penser, en le voyant monter à la tribune mardi dernier, qu'il allait mettre fin aux digressions; mais nous pouvons affirmer à l'honorable membre qu'il est sorti, sans le savoir, de ses habitudes. Pour une prolixité inaccoutumée, celle dans laquelle il est tombé mérite d'être remarquée; elle a eu pour résultat d'attirer les auditeurs dans des directions si multiples, de les engager dans de si nombreux circuits, qu'ils ont fini par s'y perdre. La manière de M. Roux est curieuse à étudier. Il ne se jette pas de propos délibéré, pour éviter un embarras, hors de la discussion; non, l'habileté, la dextérité oratoire, n'est pour rien dans les écarts où il se jette si brusquement; il a, au contraire, la plus sincère intention d'attaquer la question en face, et la charpente même de son discours en fait foi; mais il n'a pas plutôt commencé son mouvement qu'il se laisse distraire et bientôt entraîner à perte de vue par le moindre accident. Dans son discours, pas d'objet principal, mais une succession d'objets sans lien manifeste, et recevant tous une part d'attention déterminée par le caprice ou la fougue du moment. C'est à cet entraînement sans doute qu'il faut attribuer l'espèce de complaisance avec laquelle l'orateur a raconté l'histoire d'une extirpation de matrice pratiquée par lui-même, et après laquelle il s'aperçut que l'organe n'était pas cancéreux, comme il l'avait cru, mais simplement atteint d'engorgement chronique. M. Velpeau, qui n'admet pas l'engorgement chronique du corps, a eu beau vouloir décharger son collègue de la responsabilité d'une si terrible erreur de diagnostic; l'honorable M. Roux n'en a pas voulu démordre; il a maintenu que la matrice enlevée n'offrait pas trace de cancer. Voilà, au moins, une manière d'utiliser le malheur; elle fait le plus grand honneur à la loyauté de l'homme, si elle n'est pas à la louange du chirurgien. Mais l'Académie paraissait peu charmée du récit circonstancié de ce triste épisode de la chirurgie contemporaine.

Quoi qu'il en soit, M. Roux est donc plus qu'un autre fondé à soutenir la possibilité de l'engorgement du corps de l'utérus. C'est sur ce point, en effet, qu'il a rassemblé tous ses efforts; préoccupation singulière de la part d'un orateur qui s'était plaint, au début de son discours, de l'oubli dans lequel on laissait la question fondamentale du débat, telle qu'elle avait été précisée dans le rapport. Mais, dans les limites où il s'est circonscrit, il a envisagé la question sainement. Au milieu d'un flot un peu trouble de paroles, on a pu reconnaître néanmoins l'acquis d'une longue pratique, l'autorité d'une expérience consommée. M. Roux a rappelé, comme nous l'avions fait dans notre précédent article, que plus d'un organe offrait des exemples incontestés d'engorgement chronique, et que ces exemples pouvaient servir et de type, de définition matérielle, si on peut le dire, de ce genre d'altération; qu'on en voyait aux amygdales, au foie, à la rate, à la glande thyroïde, aux testicules; que, si l'on refusait la même aptitude morbide à la matrice, on ne saurait plus quel nom donner à un état pathologique dans lequel le corps utérin est anormalement développé, sans antéversion ni rétroversion, sans fongus, sans corps fibreux, sans squirrhe; dans lequel l'organe est lourd, douloureux au toucher, et laisse suinter de sa cavité un liquide séreux ou glaireux. Nous ignorons comment M. Velpeau rétorquera ces arguments. Nous présumons que, quant à l'induction analogique, il la traitera lestement, et se retranchera d'ailleurs derrière l'organisation exceptionnelle de l'utérus, et que, pour ce qui concerne les faits positifs, ceux de développement anormal de l'utérus sans déviation ni désorganisation de tissu, il ne les admettra que pour les attribuer à l'hypertrophie ou à la métrite chronique. C'est là une ambiguïté que nous nous proposons d'examiner de près, si elle se produit. Il ne sera pas difficile de montrer que, même au point de vue théorique et en laissant de côté le témoignage des faits, l'absence de tissu cellulaire dans le tissu propre de l'utérus ne condamne pas cet organe à n'avoir d'autre mode de développement anormal que celui de l'hypertrophie, et d'un autre côté que, en appeler à la métrite chronique de tous les engorgements indépendants de la déviation, du cancer, du fongus, des corps fibreux ou de la phlegmasie aiguë, c'est se payer bien facilement d'un mot.

Au reste, nous le répétons dans un intérêt scientifique, la discussion n'aura jamais d'ampleur tant qu'elle se détournera de l'objet du rapport pour se concentrer sur la proposition formulée par M. Velpeau. Réduite à la question de savoir si l'utérus peut s'engorger en dehors de telle ou telle condition, elle ne porte plus que sur une curiosité anatomique. Nous avons nous-même engagé les orateurs qui ont cru devoir combattre l'opinion de l'honorable président, à se renfermer dans les termes où il la défendait,

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° II.

Rome, 13 octobre 1849.

La chirurgie militaire à l'affaire du 30 avril 1849.

L'enceinte de Rome, au nord-ouest, c'est-à-dire du côté de la route de Civita-Vecchia, s'épanouit en un large promontoire renfermant la basilique de Saint-Pierre, le palais du Vatican, le Monte-Vaticano, jusqu'au fort Saint-Ange. Sur la face du promontoire qui regarde le sud, existent deux portes: l'une est murée depuis longtemps; l'autre, la Porta-Cavalliggeri, se trouve à l'union de l'appendice avec le corps de place. De l'autre côté du grand angle, en allant vers le château Saint-Ange, la Porta-Angelica donne accès dans Rome.

La route de Civita-Vecchia aboutit près de la porte murée, et de là se dirige à droite. Elle suit des ondulations de terrain, et des hauteurs l'encaissent le plus souvent des deux côtés. Les batteries établies sur le rempart vomissent leurs projectiles sur cette route, qu'ils enfilent en ligne droite, dans une partie de son trajet.

Le 30 avril, vers onze heures du matin, la première division se rua contre la porte murée; mais les baïonnettes françaises se brisèrent contre cet obstacle imprévu. Le corps d'armée se divisa alors en deux sections; la première se jeta à droite vers la porte Cavalliggeri; la seconde eut ordre de se diriger vers la porte Angélique, que l'on pensait pouvoir enfoncer à l'aide de quelques pièces de campagne.

Cette porte, avons-nous dit, est située sur la face opposée. Il fallait donc, pour y parvenir, contourner tout le promontoire, dont le développement mesure approximativement de 1 à 2 kilomètres. La route longe le rempart à une distance de cinquante à quatre cents pas, et, au bec même de l'angle, elle passe à toucher. Par intervalles des bastions flanquent la courtine, et permettent ainsi de diriger des feux croisés sur les assaillants. Comme cette route, dans la première partie de sa longueur, suit la rampe du Monte-Vaticano, on a été obligé de faire des déblais et des remblais, de sorte que la section pratiquée dans le monticule, la berge ou talus, si l'on aime mieux, est en quelques endroits assez élevée pour protéger les hommes qui longent sa paroi verticale. Mais plusieurs mauvais passages, couverts par un talus trop bas ou même nullement protégés, exposent les passants au feu de la place, à très-faible distance.

Tel est le chemin périlleux qu'eut à parcourir la deuxième brigade, à la gueule de canons chargés à mitraille, et sous la vive fusillade de plusieurs lignes de soldats qui, masqués par des sacs à terre, tiraient du haut du rempart. Vous avez deviné que par instants c'était une horrible tuerie; à chaque moment un homme tombait, mais les rangs se resserraient aussitôt, et la troupe continuait sa route.

Les chirurgiens des corps avaient une tâche fort difficile, obligés qu'ils étaient

parce qu'il ne suffit pas d'avoir raison, et qu'il faut encore le prouver; nous avons reproché à M. Huguier, par exemple, d'avoir montré l'existence de l'engorgement dans des conditions où M. Velpeau ne la nie pas; mais il n'en est pas moins vrai que la question est plus vaste et plus haute; qu'une distinction absolue entre les engorgements simples et d'autres engorgements accompagnés de signes plus ou moins prononcés de phlegmasie est tout à fait arbitraire, et qu'enfin certaines lésions accessoires, susceptibles de différencier l'aspect anatomique de l'utérus engorgé, n'ont pas la signification qu'on semble leur prêter relativement à l'étiologie et à la nature de l'altération principale.

Espérons que nous sortirons bientôt de ce débat, jusqu'à présent si restreint et si peu fructueux.

ÉPIDÉMIES.

HISTOIRE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE OBSERVÉE AU VAL-DE-GRACE EN 1848 ET 1849; par MICHEL LÉVY, médecin en chef et premier professeur.

Deuxième article. — Voir le numéro précédent.

COMPLICATIONS.

On ne saurait ranger parmi les complications les troubles de l'appareil digestif qui se rapprochent de ceux de la fièvre typhoïde, tels que météorisme, douleur iliaque, gargouillement, etc. Ces symptômes impriment à la maladie une nuance typhoïde et ils servent à caractériser l'une des formes admises dans sa description nosographique. Les auteurs s'accordent à la considérer comme une phase secondaire de la méningite, comme l'une des transformations qu'elle subit par l'effet de la réaction. Nous tenons à constater ici que plusieurs fois nous avons rencontré, au début même de la méningite, le groupe des phénomènes dits typhoïdes, et ce croisement, cette combinaison d'éléments en apparence hétérogènes aurait jeté quelque obscurité sur le diagnostic, si nous n'avions appris par l'expérience à les démêler et à fixer leur valeur respective. Il est remarquable que dans les cas où l'expression typhoïde était prononcée, l'autopsie en fournissait la justification par le développement plus marqué des follicules et des plaques agminées. Et comme cette dernière lésion s'est montrée fréquemment dans l'ensemble de nos recherches, nous sommes portés à reconnaître dans ces faits une affinité pathogénique, non un résultat de complication accidentelle.

L'épidémie cholérique, qui a pris naissance au commencement de mars 1849, est venue susciter d'autres exemples de ces combinaisons morbides : trois cas, non compris dans la statistique de ce mémoire, ont présenté cette promiscuité de symptômes arachnitiques et cholériques; d'une part, crampes, refroidissement, yeux caves, cyanose des extrémités, et d'autre part, l'appareil symptomatique de la méningite. A l'autopsie, pus sous-arachnoïdien et psorentérie. Dans l'un de ces cas, la forme a été comateuse et foudroyante; le malade, apporté dans cet état, a les yeux caves, les conjonctives hypérémiées; il vomit; les doigts sont rigides et fléchis, comme il arrive à beaucoup de cholériques par l'effet des crampes; on note encore : trismus, strabisme, dilatation inégale des pupilles, contracture des membres supérieurs, gargouillement iliaque droit et météorisme; mort une heure après l'entrée, il présente à l'autopsie les lésions qui suivent : pus verdâtre, liquide, festonnant les vaisseaux de la convexité et de la base du cerveau; même exsudation par places sur la moelle; psorentérie très-confluente, plaques réticulées ramollies, rate volumineuse et friable, synoviales sèches. Ainsi l'organisme reproduit, dans la mort comme pendant la vie, l'association de trois maladies également épidémiques et léthales. Depuis cette époque de nouveaux faits du même genre se sont produits sous nos yeux. (Voy. GAZ DES HÔPIT.)

Peu de complications thoraciques : chez un malade qui a succombé, on a trouvé les traces d'une pleurésie avec épanchement, datant de plusieurs mois; un autre a été atteint de pleurésie intercurrente au trente-cinquième jour de la méningite, et il a guéri; un troisième, pris de pleurésie gauche et de pneumonie droite vers la fin de sa méningite, a péri victime de cette complication, aggravée par la dégénérescence d'un vésicatoire dont elle avait nécessité l'application; un dernier est mort de pneumonie lobulaire double.

Nous avons mentionné plus haut 4 érysipèles dont 2 ont été suivis de mort, ainsi qu'un cas de diphtérite pharyngée et gengivale.

La méningite a frappé quatre de nos malades dans l'état d'ivresse; l'intoxication alcoolique, après avoir agi comme cause, constituait en se prolongeant une véritable complication; deux de ces hommes ont succombé.

Deux fois la terminaison funeste a paru hâtée par les accidents de vésicatoire (exsudation couenneuse et pourriture d'hôpital).

Enfin 2 cas de complication médicinale ont été la conséquence de l'usage du calomel; la stomatite mercurielle est survenue chez deux malades dont l'un est mort et dont l'autre a guéri.

MARCHE.

L'évolution des symptômes a des vicissitudes tranchées qui constituent les périodes; l'observation les confirme, mais non d'une manière absolue. Douze fois nous avons vu la maladie débuter par le coma; tantôt celui-ci dure sans interruption jusqu'à la mort; tantôt il est remplacé par le délire pour reparaître à intervalles plus ou moins rapprochés; mais dans la majorité des cas ce sont les phénomènes d'excitation qui ouvrent la scène; ils sont trop connus et se répètent avec assez d'uniformité pour qu'il soit inutile de les esquisser à nouveaux frais. Le coma est quelquefois de si courte durée que l'on a pu croire que des malades ont succombé dans la période d'exaltation; cette terminaison n'est sans doute pas impossible, mais nous n'en avons pas été témoin.

La marche de la méningite est insidieuse : des améliorations passagères, des retours presque soudains de calme et de lucidité, l'apaisement momentané des troubles nerveux, font naître des illusions qui ne tardent point à s'évanouir. Ces fluctuations s'observent dans les premiers temps; le malade qui a éprouvé du délire, de l'agitation, des contractions spasmodiques, répond aux questions, se déclare exempt de souffrances; le pouls est calme, la peau fraîche, la face naturelle, le ventre souple, les mouvements faciles; mais examinez-le de près : le regard est incertain, vague, l'attention difficile, la mémoire confuse, l'humeur maussade; une pétulance insolite ou la torpeur ont succédé aux divagations, au délire. Ces rémissions ne se renouvellent plus vers la fin.

---

de faire halte pour panser les blessés, et de regagner ensuite rapidement la troupe, où de nouveaux accidents réclamaient leurs soins.

Panser un blessé couché sur un lit, dans un bon hôpital, avec l'assistance d'infirmiers qui disposent tout convenablement, au milieu d'élèves qui présentent les instruments et les linges, c'est besogne fort commode; mais sous un feu bien nourri, au milieu de la route, pressé par le temps, avec le secours seulement d'un soldat portant dans un sac quelques bandes, un peu de linge, deux ou trois fioles, cela change bien l'affaire. Ajoutez au sifflement des balles, au grondement du canon, aux cris, au tumulte de la foule un peu en désordre, les plaintes des blessés qui, gisant autour de vous, réclament leur tour, demandent le pansement qui doit les soulager, et vous conviendrez qu'au sein d'un pareil drame, il peut bien se faire que la main du chirurgien d'armée tremble un peu. Eh bien! je le dis avec fierté, elle n'a pas tremblé pendant le siége de Rome. M. Auban, président du conseil de santé du port de Toulon, m'a fait, à mon passage, un tel portrait des moignons des hommes amputés pendant la campagne et dirigés ensuite sur l'hôpital Saint-Mandrier, m'a dépeint de telle façon l'état général si satisfaisant de ces opérés, que j'en suis encore à me demander comment la vieille loi du *tuto, cito et jucunde* a pu être ainsi observée au milieu de la bataille.

Nous avons parcouru, après l'affaire, cette lamentable route avec le docteur Armand, aide-major du 36e de ligne, régiment faisant partie de la deuxième brigade du corps expéditionnaire. Il nous a retracé sur les lieux, à chaque pas, tous les détails de l'affaire, et nous étions certes plus ému en l'écoutant qu'il ne l'avait été lui-même pendant le combat. C'est que notre excellent et vieil ami Armand est le type du chirurgien militaire.... Arrêtons-nous, car il nous chercherait assurément querelle s'il nous soupçonnait de réclamer pour lui. Tant pis, ma foi! Nous sommes bien obligé pourtant de dire que le stérile honneur d'une citation à l'ordre de l'armée ne remplace pas la décoration qu'il a si bien méritée, dans cette affaire comme pendant tout le siége. Du reste, cher confrère, vous en jugerez vous-même; car nous allons, s'il vous plaît, suivre le 36e de ligne, dont ce jour-là Armand était le seul chirurgien.

Ce corps a eu quarante-cinq hommes mis hors de combat dans la journée du 30 avril, sans compter bon nombre de blessures légères qui n'ont pas empêché ceux qui les avaient reçues de continuer leur route. D'autres militaires, appartenant à divers régiments, furent aussi rencontrés sur la route par Armand, qui leur donna les mêmes soins qu'aux siens.

Il dirigeait sur les ambulances centrales, dont nous parlerons bientôt, les hommes qu'il pensait en état de subir cette translation. Trois ou quatre camarades aidaient les blessés ou les portaient; mais en revenant aussi sur les pas de la colonne, le petit cortége comptait quelquefois un blessé de plus : un des porteurs tombait. Ceux que le chirurgien ne jugeait pas convenable d'envoyer à l'ambulance étaient couchés dans l'endroit le plus abrité, le plus souvent le long de la berge. C'est là qu'ils recevaient les premiers secours; là que plusieurs difficiles extractions de balles furent opérées; là qu'il parvint à réprimer plusieurs hémorrhagies inquiétantes. Puis, reprenant sa route, l'aide-major du 36e pressait le pas jusqu'à ce qu'un nouveau blessé, gisant sur terre, lui indiquât une autre station.

Armand put remarquer plusieurs fois les bizarreries de projectiles. On sait

La fièvre, ainsi qu'on l'a vu, existe quelquefois au début, et se manifeste sous forme d'accès; le plus souvent elle tombe pour se reproduire dans la dernière période où elle devient continue.

La prédominance relative et la succession des symptômes ont donné lieu à la distinction des différentes formes; le plus souvent elles se combinent et se mêlent, et, si l'on excepte les faits de méningite foudroyante, la plupart des cas ont des ressemblances telles que lorsqu'on en a vu un seul, on n'est plus exposé à l'hésitation du diagnostic. La division la plus pratique comprendrait deux catégories de méningites, les unes à manifestation complète, les autres à forme incomplète. Il est en effet des cas où l'on n'observe que de la céphalalgie, de la roideur cervicale, des vomissements, de la constipation, et cet état persiste assez longtemps, jusqu'à ce qu'une réaction fébrile vienne le changer ou le compléter. D'autres fois l'ensemble des phénomènes caractéristiques se réalise rapidement.

On a exagéré la fréquence de la forme typhoïde en appliquant cette dénomination à la torpeur où beaucoup de malades restent plongés, après la cessation des symptômes céphalo-rachidiens aigus. Cet état torpide n'est pas sans analogie avec celui des cholériques à réaction encéphalique et que l'on a qualifié aussi de typhoïde sans un discernement toujours exact des conditions organiques et dynamiques de cette phase secondaire. Nous voilà conduit à discuter une forme admise par quelques auteurs, notamment par M. Tourdes, qui l'appelle hectique; il la décrit en ces termes : « Invasion subite comme pour les autres formes, prompte diminution des accidents conservant une intensité moyenne, remarquable par son opiniâtreté ; douleurs légères ou nulles, ne reparaissant que par intervalles; délire calme avec hallucinations, prostration des forces extrême, amaigrissement rapide, progrès effrayant du marasme sous l'influence de la lésion profonde de l'innervation. On constate à l'autopsie un commencement de transformation de l'exsudation purulente en fausse membrane vasculaire et en tissu cellulaire blanchâtre et opaque » (p. 142 et 3). Nulle observation à l'appui de cette description. Celle-ci, à peu de nuances près, se rapporte assez bien à 7 cas observés par nous et qui se sont terminés lentement par la mort; leur durée a varié de soixante et un à quatre-vingt-seize jours. Analysons les traits saillants de quelques-unes de nos observations.

Obs. I. — Gallois, du 6e d'artillerie, âgé de 22 ans, entré le 2 janvier 1848, malade depuis un jour. Hypéresthésie, pupilles contractées, trismus, convulsions cloniques, délire violent, céphalalgie atroce, constipation, 78 à 84 pulsations, puis alternatives d'agitation et d'affaissement, coma dès le troisième jour, mais qui se dissipe après deux jours; retour imparfait de la lucidité. Au septième jour, la langue humide et nette jusqu'alors se sèche, brunit et s'encroûte; des selles diarrhéiques surviennent; il y a du gargouillement iliaque. Ces symptômes disparaissent à leur tour. Au dixième jour, convalescence apparente. Le treizième, retour de la céphalalgie, très-intense; elle persiste avec des rémissions non périodiques, cesse même et revient comme par accès; parole embarrassée; réponses toujours affirmatives, de plus en plus difficiles; affaiblissement de la mémoire; le décubitus, qui avait été mobile et latéral-alterne, demeure dorsal. Le 9 février, le pouls qui était tombé à 60 s'élève le soir à 90, 108; le malade vomit une ou deux fois presque tous les jours, surtout après les repas; l'amaigrissement se prononce; la face est pâle, les yeux ternes; la torpeur va croissant, la mémoire est nulle, la physionomie exprime l'indifférence; l'accélération fébrile du soir atteint 120; à ce moment, les joues sont plaquées de rouge et la chaleur s'élève. Le matin, la température axillaire qui était de 39° c. au début n'est que de 38°; les vomissements redoublent, l'anorexie est complète, les urines s'échappent à l'insu du malade; délire calme la nuit avec hallucinations; la rigidité douloureuse de la nuque n'a jamais cessé; escarres du sacrum et des trochanters; prostration, marasme, mort le soixante-quatrième jour après l'invasion et le soixante-troisième de son traitement à l'hôpital. A l'autopsie, infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, aplatissement des circonvolutions, énorme accumulation de sérosité dans les ventricules; infiltration séreuse de la pie-mère spinale.

Obs. II. — Hénot, garde mobile, âgé de 17 ans, entré en mars 1848; malade depuis dix jours. L'invasion a été marquée par un frisson qui s'est répété trois jours à la même heure : hypéresthésie générale, céphalalgie atroce, photophobie, ouïe dure, crampes dans les membres inférieurs, pupilles contractées, jactitation, efforts pour s'échapper, rigidité douloureuse de la nuque et du dos, délire, vociférations, vomissement bilieux, constipation, animation de la face et des orifices muqueux; pouls d'abord à 78, porté promptement à 114 pour retomber à 84; respiration suspirieuse. Les jours suivants, opisthotonos, prostration, gémissements, alternatives d'excitation et de collapsus, herpès naso-labial. Au septième jour, éruption de taches pétéchiales, après deux saignées couenneuses; puis somnolence prolongée, langue sèche, douleurs iliaques, ventre sensible à la pression de la main, diarrhée provoquée par l'usage des lavements et de quelques laxatifs. Dans la dernière phase qui a duré plus de cinquante jours, torpeur, indifférence, mémoire abolie, surdité, insomnie, pupilles dilatées, vomissements alimentaires presque quotidiens, selles involontaires, émaciation. Poids du corps après deux mois de maladie, = 31 kilogr.; ecthyma des fesses, abcès parotidien, faiblesse extrême. Mort le soixante-dix-huitième jour après son entrée et le quatre-vingt-huitième après l'invasion.

Autopsie. Circonvolutions aplaties, suintement aqueux des coupes pratiquées dans la pulpe cérébrale, amas considérable de sérosité limpide dans les ventricules distendus, infiltration sous-arachnoïdienne de la moelle et liquide accumulé vers son extrémité inférieure.

Obs. III. — Laffaye, garde mobile, entré le 22 avril 1848, malade d'un jour. Excès alcooliques. Céphalalgie intense, yeux sensibles à la lumière, rigidité cervico-dorsale, hébétude, parole embarrassée; le lendemain, explosion d'un délire violent avec alternatives d'assoupissement; pouls à 72; le quatrième jour à 108, et retombant à 78. Le huitième jour, herpès labialis, lucidité. Retour de la céphalalgie, sous forme de paroxysmes quotidiens, opisthotonos le vingt et unième jour; puis torpeur, face abrutie, assoupissement fréquent, mémoire nulle, douleurs lombaires, inappétence, adipsie, vomissements opiniâtres presque quotidiens; pouls variable, de 60 à 95 ; anémie, refroidissement des extrémités, pâleur de la face qui avait été turgescente au début; pression manuelle de plus en plus faible; paralysie des sphyncters; selles et urines involontaires, défaut d'équilibration et de coordination des mouvements, larmes involontaires ; marasme. Mort le quatre-vingt-quinzième jour du traitement à l'hôpital et le quatre-vingt-seizième jour de l'invasion. Mêmes lésions que chez le précédent.

Obs. IV. — Martel, du 74e régiment de ligne, forte constitution, 27 ans, entré en septembre 1848. Pupilles dilatées, contracture des membres, trismus, rigidité cervico-dorsale, délire violent, jactitation, selles et urines involontaires, 60 pulsations résistantes et pleines, face injectée. Ces symptômes se dissipent après trois saignées (950 grammes), 16 sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes et 16 ventouses sur les côtés du rachis; la glace sur la tête et le calomel à l'intérieur (6 grammes) ont complété le traitement. Après quelques jours de lucidité et du calme, somnolence, stupeur entrecoupée de subdélire, délire nocturne, hallucinations, pétéchies; puis torpeur, selles involontaires, émaciation considérable. Mort le quatre-vingt-troisième jour du traitement et le quatre-vingt-quatrième de l'invasion.

Autopsie. Point de pus, traces de matière blanchâtre opaque (est-ce le tissu cellulaire de M. Tourdes?) à la base du cerveau dont la substance est consistante; aplatissement des circonvolutions, ventricules distendus par une grande quantité de sérosité limpide; nul ramollissement de leurs parois qui ont une consistance notable; liquide sous-arachnoïdien très-abondant sur la moelle;

---

que souvent la balle parcourt un trajet extrêmement sinueux, et l'on s'étonne qu'un corps animé d'une telle vitesse, au lieu de perforer de part en part, se laisse dévier par les saillies molles ou peu résistantes qu'il rencontre. D'autres fois, l'individu atteint est sauvé par de minces obstacles sur la protection desquels ils n'eût pas osé compter. Ainsi, à faible distance, un biscaïen s'aplatit sur le ceinturon d'un lieutenant d'artillerie, qui en fut quitte pour une légère contusion. Un capitaine du 36e reçut trois balles dans son caban roulé placé sur son épaule. De pareils faits ne sont pas rares.

Cependant la marche de la colonne se ralentit, les balles pleuvent plus nombreuses et l'impossibilité de continuer une telle route paraît de plus en plus évidente. Armand propose alors au général Levaillant d'installer une ambulance provisoire dans un groupe de maisons situé à quarante pas de la route. Mais cette position, enfilée en plein au feu de la place, ne parut pas assez sûre au général, qui n'adopta pas la proposition.

A peu de distance de là, la route, taillée dans la rampe du Monte Vaticano, et protégée par un escarpement de 2 à 3 mètres de hauteur, décrit un coude dont la concavité regarde le rempart. C'est en cet endroit que cinq chevaux attelés aux pièces de campagne furent tués ou blessés et s'abattirent. Il ne fallait plus songer, dès lors, à enfoncer la porte Angelica; la colonne n'alla pas plus loin et cessa le feu.

Armand se mit à établir le mieux possible son ambulance, et dut forcément la placer là où il se trouvait, c'est-à-dire à l'angle même du coude, entre la berge et les chevaux tués. Ces cadavres disaient assez qu'il n'y avait un peu de sécurité que dans l'étroite bande qui longeait l'escarpement; les bastions qui se montraient, hérissés de fusils, à droite et à gauche, annonçaient aussi qu'il ne fallait pas s'écarter sur les flancs. C'est dans cet espace de quelques mètres carrés, que fut établie l'ambulance volante destinée à rendre de si grands services. Je me suis trouvé, en Afrique, dans des circonstances où, style militaire, il faisait assez chaud pour panser ses blessés ; mais, de bonne loi, il devait faire beaucoup plus chaud sur ce bout de route.

Le soir arrive. La brigade s'éparpille derrière les murs des vignes, dans les maisons, le long du ravin ; mais le détachement du 36e ne peut pas quitter sa position, à l'angle de la route, car tout individu qui montre la tête est immédiatement fusillé du haut du rempart. On espère que l'obscurité permettra de dégager les deux canons, sans être vu de l'ennemi ; mais la lune se lève et détache en ombre, sur le chemin blanc, la silhouette de tout homme qui s'écarte du talus. La nuit s'avance. L'œil cherche en vain à deviner, aux bornes de l'horizon, un nuage qui s'avance et promette de voiler cette malfaisante clarté ; les étoiles scintillent toujours et l'azur céleste conserve sa sérénité. La place ne fait plus feu que de loin en loin.

Mon Dieu ! je ne cherche pas à faire ici de l'effet; mais n'y a-t-il pas quelque chose de profondément saisissant dans ce petit groupe isolé, accroupi dans l'ombre, serré contre la berge, à côté de ces cadavres de chevaux tués ; dans ces blessés étendus par terre et résignés; dans ce chirurgien calme qui achève quelque pansement ? Cette scène se passe dans le silence de la nuit succédant au fracas des détonations, et ce sont les clartés fantastiques de la lune qui l'éclairent ! En visitant les lieux, en me reportant aux circonstances, mon imagination m'a naturellement retracé ce tableau, et je l'ai trouvé si plein d'émo-

couche d'exsudation plastique limitée du tiers supérieur et à l'extrémité de la portion dorsale de la moelle.

A côté de ces faits nous pouvons en placer d'autres qui se sont terminés heureusement; nous n'en citerons que deux :

Obs. V. — Duperchon, garde mobile, entré en mai 1848. Insolation et fatigues, céphalalgie intense, courbature, tintements d'oreille, yeux blessés par la lumière, crampes dans les membres inférieurs, rigidité cervicale, insomnie, délire alternant avec la torpeur, vomissements, pouls variable, face vultueuse; puis opisthotonos, délire continu avec agitation, vociférations, cris hydrencéphaliques, sourcillement incessant, facies grimaçant, fuligo et croûte de la langue, ventre douloureux, constipation succédant à un peu de diarrhée initiale, rétention des urines, épistaxis; érythème scarlatiniforme le dix-huitième jour. Céphalalgie paroxystique, à retours fréquents, tantôt avec gémissements et affaissement, tantôt avec animation et loquacité; de temps en temps selles et mictions involontaires pendant ces paroxysmes qui résistent au sulfate de quinine, au vésicatoire sur la nuque; l'opium les aggrave; ils disparaissent spontanément: alors cessent aussi les vomissements alimentaires qu'ils provoquaient et qui ont contribué à l'émaciation du malade; il sort enfin, faible encore et anémié, après un traitement de soixante-dix jours.

Obs. VI. — Un autre garde mobile, de constitution faible comme les précédents, le nommé Mathieu, entré vers la même époque, a éprouvé d'abord un accès régulier de fièvre; la céphalalgie très-intense qui l'accompagnait ne s'est plus dissipée, et du jour au lendemain les symptômes suivants ont surgi : bourdonnements d'oreille, douleurs lombaires, douleurs contusives dans les membres, pression insupportable sur tout le rachis, trismus léger, rigidité cervico-dorsale qui a persisté fort longtemps; parole presque inarticulée, étonnement, divagations, vomissements répétés, pouls à 52-60; vint ensuite un délire aigu, bientôt remplacé par la stupeur avec dysphagie, rétention des urines, gargouillement iliaque, alternatives de fréquence et de lenteur circulatoire. Au quinzième jour, déviation de la langue et de la bouche à droite, hébétude, face inexpressive, apathie, ouïe dure; puis survinrent des paroxysmes céphalalgiques, remarquables par leur périodicité; pendant trente jours, ils se reproduisirent journellement, malgré tous les moyens qui leur furent opposés, augmentant la torpeur ou déterminant une exaltation douloureuse et passagère qui se manifestait par les plaintes du malade et la turgescence de la face; le pouls variait alors entre 84 et 96; une seule fois il s'est élevé à 104; la roideur cervicale se prononçait, des vomissements avaient lieu, l'émaciation et la faiblesse firent des progrès. L'opium, qui échoua dans le cas précédent, réussit ici contre les accès céphalalgiques, rebelles au sulfate de quinine; dès lors l'alimentation, mieux supportée, hâta la convalescence, et le malade put sortir après quatre-vingt-quatre jours de traitement.

Deux autres observations que nous pourrions transcrire de nos cahiers de clinique, nous montreraient une série analogue de phénomènes se déroulant sur une période de 140 et de 151 jours, pour aboutir à la guérison. (Seigne, du 6e d'artillerie, entré le 5 mai 1848 et sorti le 28 septembre; Carra, garde mobile, entré le 7 mai et sorti le 16 septembre de la même année.)

Si, comme le dit M. Tourdes, la forme hectique est caractérisée par la longueur de la maladie et la persistance des symptômes, on ne peut refuser d'y comprendre les faits qui précèdent; mais autant vaudrait appliquer cette désignation aux pleurésies, où la sérosité prédomine parmi les matériaux de l'épanchement, aux hydro-pleurites qui frappent les sujets faibles; car, dans les méningites terminées par la mort que nous pouvons rattacher à la forme hectique, l'hydrencéphalie existait soit comme lésion initiale, soit comme résultat d'une inflammation ventriculaire de même date que le pus sus-arachnoïdien qui avait disparu par résorption en totalité ou en partie. D'après quelques observations, nous penchons à admettre l'hydro-méningite comme l'une des formes de la maladie que nous étudions, et son développement plus ordinaire chez des individus chétifs, hydrémiques, épuisés par les excès ou les fatigues.

Au point de vue pratique et anatomique, la méningite épidémique comporte la distinction de trois formes : 1° forme congestionnelle; 2° forme purulente; 3° forme hydrencéphalique. C'est à la première de ces formes qu'il faut rapporter un cas de méningite foudroyante, survenue dans le service de M. le professeur Mounier, situé dans le bâtiment C, peu distant de celui où se trouvaient nos malades. Après la mort, survenue en moins de trente-six heures, on n'a rencontré que l'injection très-fine et très-serrée de la pie-mère. A cette forme appartient un cas mentionné par M. Tourdes, où la mort, survenue très-rapidement, n'a pu être expliquée que par la vive injection de la pie-mère. Nous y rattachons aussi trois cas où la guérison a été très-prompte, la médication très-restreinte, les symptômes suffisamment prononcés. Les excès alcooliques nous ont paru prédisposer à la forme congestionnelle, et favoriser son passage à l'hydrencéphalie sans production de pus. Toutefois ce dernier phénomène est le signe presque constant de la méningite épidémique. Les cas qui ne le reproduisent point ne semblent pas identiques avec elle, et se lient accidentellement à ses manifestations : ce sont des maladies arachnitiformes jetées sur les confins ou parmi les précurseurs de l'épidémie, comme nous avons vu diverses affections préluder ou participer au choléra par des contacts et des reflets d'insolite phénoménalité. Tels sont, à l'égard de la méningite épidémique, plusieurs faits d'intoxication alcoolique aiguë qui se sont produits après février 1848, et qui ont oscillé, dans leurs conséquences pathologiques, entre la méningite régnante et les suites ordinaires de l'hypérémie méningo-céphalique.

Comme tous les observateurs qui se sont occupés de la méningite, nous avons été frappé de la marche intermittente qu'elle suit plus fréquemment que ne l'ont pensé MM. Parent et Martinet (1); dès les premiers temps on remarque des alternatives d'aggravation et de rémission. L'invasion elle-même s'opère souvent par un ou deux accès fébriles; mais c'est surtout quand la maladie se prolonge que l'on est témoin d'une singulière périodicité, qui tantôt porte sur un seul symptôme (céphalalgie), tantôt sur plusieurs (céphalalgie, roideur cervicale, accélération du pouls, vomissements, etc.). De là, pour quelques médecins, l'illusion d'une maladie à quinquina, illusion que de rares succès ou des succès incomplets tendraient à fortifier, si l'on ne se rappelait que dès 1820 M. Lallemand insistait sur l'intermittence des phénomènes spasmodiques de la méningite, et que MM. Parent et Martinet ont consigné dans leur monographie des exemples d'arachnitis avec symptômes tout à fait intermittents sous le type tierce, quotidien, quotidien doublé et quarte (obs. CIII à CVIII).

CRISES.

L'épidémie que nous étudions a-t-elle donné lieu à des phénomènes qui, par leur constance et leur coïncidence avec la solution heureuse d'une certaine proportion de cas, méritent d'être considérés comme critiques? Les faits vont répondre.

(1) Rech. sur l'inflamm. de l'arachnoïde, etc., 1821, p. 481.

---

tions que je n'ai pu m'empêcher de vous en offrir l'image.

Mais une détonation sourde fait tressaillir le petit groupe, et sept fois le même bruit se répète. On redoute une sortie, et, dans ce chemin dominé de toutes parts, je n'ose dire ce qui en serait résulté. Heureusement l'ennemi resta derrière ses murs. Les détonations venaient de l'explosion des mines pratiquées sous le *Ponte molle*, dont il ne restait plus que des ruines le lendemain.

A deux heures du matin, le nuage si désiré passa devant la lune, et l'ombre permit de dégager les canons. La retraite s'effectua sans trop de désordre. Les blessés furent placés sur les affûts, mis à cheval sur les canons, portés par les plus robustes ou soutenus par les bras des camarades; le transport s'effectua de la sorte aussi bien qu'on pouvait l'espérer avec de tels moyens.

Pendant la retraite, Armand s'aperçoit que deux blessés sont restés en route. Aussitôt il s'adresse au général Levaillant qui fait immédiatement arrêter la colonne et dirige une reconnaissance sur les derrières. Les deux hommes sont retrouvés et rejoignent la troupe. Celle-ci, arrivée sur la route de Civita-Vecchia, s'éloigne de Rome pour faire sa jonction avec la première brigade qui a pris les devants.

Après avoir suivi la seconde brigade, il faudrait également accompagner la brigade Molière dans sa tentative d'attaque contre la porte Cavalliggeri et jusqu'à la villa Pamphili. On se rappelle que c'est de ce côté qu'un stratagème que je nommerais mieux peut-être une trahison rendit prisonniers un chef de bataillon et deux compagnies.

Nous regrettons que le docteur Gouget, qui joua à la première brigade le même rôle qu'Armand à la seconde, se soit trouvé absent de Rome lors de notre visite au champ de bataille. Nous serons forcé d'être bref, n'ayant pas étudié les lieux avec un cicérone compétent. Nous dirons seulement que notre bon camarade se distingua tout autant que son collègue, et ne fut pas mieux récompensé.

Cette brigade eut beaucoup plus à souffrir que la deuxième; car, aux feux du rempart, s'ajoutaient les décharges des soldats ennemis déployés en tirailleurs dans les maisons éparpillées le long de la route et du ravin. Plus des deux tiers des blessés et des morts ont été fournis par la brigade Molière, deux cents à peu près sur un total de trois cents. Nous ne parlons pas des trente-cinq hommes recueillis et traités par les Romains. Pour le dire en passant, ces trente-cinq blessés seuls ont reçu des secours étrangers; il n'est pas vrai que les Romains aient envoyé des chirurgiens au camp français. Notre petit personnel s'est multiplié par son zèle et son activité et a suffi à toutes les exigences.

Avant la nuit la première brigade se replia, tandis que la deuxième dut laisser quelques troupes pour garder ses canons.

Pendant que les officiers de santé des corps suivaient la troupe et remplissaient leurs fonctions en courant, MM. Pasquier et de Santi, chirurgiens en chef des première et deuxième ambulances, songeaient à organiser des secours plus efficaces, en occupant des postes où un peu moins d'instabilité permît de tenter des opérations plus graves et plus difficiles. Mais les ambulances se trouvaient à la queue des deux divisions, et, de la sorte, condamnés à l'inaction, quand le bruit du combat annonçait que leur place était près de la tête de colonne.

Les absurdes règlements qui nous gouvernent sont ainsi faits, que les intendants seuls ont le droit d'ordonner la formation d'ambulances là où ils les jugent

Nulle crise par hémorrhagie. Les épistaxis n'ont pas eu d'influence marquée ; l'enterrhorrhagie, observée chez un sujet, l'a tué.

Si nous comptons parmi les guérisons 4 cas où la diarrhée s'est montrée, nous trouvons dans les décès 5 autres où le même symptôme a existé ; 3 cas notés avec selles régulières ont abouti à la convalescence : d'où l'on peut conclure que la liberté naturelle du ventre est une circonstance favorable, que la diarrhée n'aggrave point la maladie sensiblement ; car, dans l'un des 5 cas funestes avec diarrhée, celle-ci avait été provoquée ; mais l'idée de crise ne saurait venir en présence de ces faits.

Nous avons signalé la coïncidence d'une guérison avec une polyurie passagère ; il serait désirable que de semblables observations vinssent à se multiplier. Dans le choléra asiatique, nous avons fréquemment constaté la solution critique par la voie des urines. La nature des urines a été notée dans 10 cas ; elle n'est point albumineuse. Sur 6 malades qui ont eu l'urine trouble et jumenteuse, 4 sont morts. Les deux cas d'urine briquetée ont eu même fin. Les deux cas à urine chargée d'acide urique et rosacique ont fourni un décès et une guérison. Celle-ci a coïncidé en même temps avec une sudation abondante.

On a vu plus haut que les déterminations sur le tégument externe sont loin d'influer favorablement sur la marche de la maladie. L'ecthyma des fesses a été suivi de mort ; l'ulcération de la peau du sacrum et des trochanters a eu la même conséquence ; elle n'était d'ailleurs qu'un accident ultime. De 2 cas avec vaste escarre du sacrum, 1 seul a guéri, et personne ne sera tenté de rechercher une crise en ce fâcheux épisode. Un malade, le seul de notre statistique qui ait eu un abcès parotidien, a succombé ; un autre, atteint d'orchite spontanée au cinquième jour de la méningite, a guéri.

Restent les sueurs : nous les avons notées profuses, soutenues, dans 6 cas : une fois avec urine sédimenteuse ; une fois avec herpès aux nez, lèvres et oreilles. La guérison a couronné six fois cet effort de l'organisme. Ce mode de solution, non signalé dans les épidémies antérieures, a-t-il manqué ou échappé à l'attention ? Il y a lieu de le rechercher. Nos observations sont à cet égard les premiers éléments d'une série statistique qui a besoin d'être continuée. Mentionnons en passant que, dans l'épidémie cholérique dont nous sommes témoins en ce moment, beaucoup de guérisons sont dues visiblement à des crises sudorales.

DURÉE ET TERMINAISONS.

Il faut considérer ici la méningite du Val-de-Grâce dans son ensemble et dans ses détails individuels. Sa durée ne peut être déterminée exactement. Notre première observation date, il est vrai, de la fin de 1847 (décembre) ; mais il est notoire que des cas sporadiques s'étaient montrés bien avant cette époque, et nous-même avons été témoin du fait de méningite foudroyante que M. C. Broussais a traité en 1843 au Val-de-Grâce, et qu'il a consigné dans une note de son mémoire (MÉM. DE MÉD. MILIT., t. LIV, p. 173). En 1848, les cas se sont accrus jusqu'aux proportions d'une petite épidémie, non encore épuisée à la fin d'avril 1849. Ainsi, début sporadique et peu tranché, déclin apparent vers la fin de 1848, recrudescence plus funeste en 1849 et tendance à l'endémicité ; car en admettant qu'elle a commencé seulement en décembre 1847, elle a déjà une durée de dix-sept mois, c'est-à-dire une durée plus longue que dans les localités qu'elle a précédemment visitées ; elle a persisté un an à Laval, quatorze mois à Strasbourg, sept mois à Nancy, quatre mois au Mans, à Metz, à Montbrison et à Aigues-Mortes, trois mois à Joigny, deux mois à Poitiers, Lyon et Bordeaux, etc.

La durée des cas individuels se lie à leur terminaison : guérison, chronicité, mort.

Il y a des exemples de guérison très-rapide ; M. Tourdes en rapporte (p. 115) qui ont été obtenues en cinq, six et sept jours. Nous comptons 12 faits de guérison rapide, et où la durée de la maladie a varié entre huit et quarante-sept jours. Dans les cas heureux qui n'ont point dépassé huit jours, on ne saurait admettre qu'il y ait eu déposition de pus dans la pie-mère et résorption de ce produit. Force est de les rattacher à la forme hypérémique, irritative, que nous avons admise. Quant à la possibilité de cette résorption, les observations que nous avons sous les yeux ne permettent point de la contester. L'induction physiologique la rend probable, les faits la confirment ; mais il serait difficile de préciser le temps nécessaire à l'accomplissement de cet acte. Il peut être contrarié, ralenti par des circonstances très-diverses. Les seules observations qui fournissent à cet égard quelque lumière sont celles où la mort a été le résultat de quelque intercurrence, alors que la méningite tendait à une solution favorable. Deux fois nous avons eu à déplorer cette façon de catastrophe ; deux fois l'autopsie a révélé les preuves de la résorption commencée et presque achevée. Dans le premier de ces faits, la durée totale de la maladie avait été de dix-huit jours, dans le second, de soixante et un jours. Nous croyons devoir relater l'un et l'autre avec quelques détails.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ; RÉSOLUTION PRESQUE COMPLÈTE ; BRONCHOPNEUMONIE DOUBLE INTERCURRENTE ; MORT.

OBS. VII. — Ate, âgé de 26 ans, du 23e de ligne, constitution bonne, huit mois de service, est entré au Val-de-Grâce (salle 28, n° 52), le 1er février 1849. — Quatre jours d'invasion par céphalalgie intense ; douleur et rigidité cervico-dorsales, suivies bientôt de délire, d'agitation, de grimacements. (Saignée pratiquée à la caserne.)

A son entrée, frissonnements ; 96 pulsations ; respiration précipitée et suspirieuse. (Saignée de 300 grammes ; 40 sangsues ; calomel, 1 gramme ; glace sur la tête.)

Le 2, 74 puls. ; frissonnements persistants ; chaleur normale ; cris ; plaintes ; urine briquetée. (Calomel, 1 gramme ; sinapismes ; glace.)

Le 3, 96 puls. ; quatre selles ; langue blanchâtre, un peu sèche ; bandelette nacrée ; loquacité. (Même prescription.)

Le 4, 96 puls. ; frissonnements pendant la nuit ; plaintes ; rigidité cervico-dorsale persistante ; langue brune ; météorisme ; trois selles. (Bouillon ; eau de Sedlitz ; calomel, 0,6.)

Le 5, nuit agitée ; cinq selles ; gargouillement iliaque. (Eau de Seltz ; glace ; vésicatoires.)

Le 6, 90 puls. ; céphalalgie intense, avec douleurs cervico-dorsales ; quatre selles. (Calomel ; glaces ; deux vésicatoires.)

Le 6 au soir, rémission de tous les symptômes, qui offrent une exacerbation très-marquée pendant la nuit.

Le 7, 96 puls. ; gémissements ; un peu de contracture des membres supérieurs ; narines pulvérulentes. (Calomel, 0,6.)

Le 8, 90 puls. ; six selles. (Bouillon ; eau gommeuse ; potion gommeuse ; looch.)

Le 9, deux selles ; langue fuligineuse ; quelques crachats visqueux.

Le 10, 90 puls. ; râles sous-crépitants secs disséminés à la partie postérieure des deux poumons.

---

urgentes. Le chirurgien doit attendre qu'on le dirige, comme une machine, là où il doit fonctionner ; son activité a seulement alors la permission de se déployer. Mais ici la monstruosité est tellement criante, que le chirurgien passe outre ; il prend les devants, gagne la tête de colonne... et l'intendant reste derrière. C'est la règle ; l'affaire dont il s'agit ne fait pas exception. Pasquier eut pourtant la déférence d'y mettre des formes et de soumettre ses projets à son souverain maître, qui, de son côté, eut le bon esprit de ne pas s'y opposer, quoique l'initiative ne vînt pas de lui.

Pasquier s'installa à trois cents ou quatre cents pas du rempart, dans un petit groupe de maisons flanqué d'une chapelle et situé à gauche de la route. Celle-ci est resserrée entre deux monticules dont l'un, celui qui se dresse devant l'ambulance, est assez élevé pour la *défiler* suffisamment (la garantir des coups directs partant de l'ennemi). Mais les projectiles tirés sur la route peuvent l'atteindre, s'ils viennent à obliquer de son côté, et, de plus, le monticule ne les empêche pas de tomber en pluie. Cet emplacement offre une douteuse sécurité, mais il a l'avantage d'être rapproché du combat ; en second lieu, dans un ravin situé au pied des habitations, coule, parmi les roseaux et les peupliers, une abondante fontaine, dont les eaux peuvent rendre plus d'un service. Pasquier, afin de pénétrer dans l'intérieur, engage un chasseur à pied à se servir de ses armes pour enfoncer la porte de la chapelle ; mais pendant que le chirurgien appuie l'épaule contre les panneaux pour les faire sauter, le soldat est tué roide par un biscaïen. On voit encore aujourd'hui les nombreuses écorchures de la muraille par les projectiles de la place.

C'est sur cette ambulance que tous les blessés qui tombaient dans les rangs étaient dirigés. Ils y trouvaient Pasquier, secondé par Pelin, chirurgien aide-major au 66e de ligne, et par MM. Couquet et Bonnet, chirurgiens sous-aides. Trois infirmiers complétaient le personnel. Il ne fut pas possible de s'installer de manière à pouvoir se permettre des amputations, mais d'autres opérations furent faites sur un grand nombre de blessés. Les membres broyés par des projectiles étaient mis dans des appareils contentifs et soutenus par des attelles ; puis les hommes étaient évacués sur l'ambulance de santé, située à peu de distance de la première. Cette ambulance a reçu aussi des blessés de première main.

Vers trois heures, les ambulances Pasquier et de Santi se replièrent sur Maganella, à 6 ou 8 kilomètres de Rome, et Pelin, occupant le local laissé par de Santi, continua à donner des soins aux blessés qui y arrivaient encore, jusqu'au passage de la deuxième brigade, vers deux à trois heures du matin.

A Magnanella, une nouvelle ambulance fut organisée. Une espèce de grange reçut les soldats, et les officiers trouvèrent asile dans deux petits greniers. Comme Magnanella se trouvait suffisamment éloigné du théâtre du combat et que plusieurs compagnies de chasseurs à pied rendaient sûre cette station, les pansements, faits à la hâte sur le champ de bataille, furent recommencés méthodiquement, et l'on songea à amputer les membres broyés par les projectiles. Une cuisse, un bras et un avant-bras tombèrent sous le couteau de MM. Pasquier et de Santi, qui employèrent laborieusement toute leur nuit.

Le lendemain, on mit en réquisition toutes les voitures du voisinage, et le train des équipages fournit, pour le transport des blessés, tout ce dont il pouvait disposer. Pasquier et Pélin accompagnèrent le convoi, qui arriva à Palo à

Le 11, 108 puls., 40 inspirations; ventre souple; oppression; réponses difficiles. (Eau gomm.; lait et looch.)

Le 12, 100 puls.; rougeur érysipélateuse occupant tout le dos; expansion vésiculaire diminuée; résistance au doigt du thorax percuté en quelques points très-circonscrits de sa base postérieure; râle sous-crépitant sec en arrière.

Le 12 au soir, 102 puls. pleines et fortes; céphalalgie intense. (Glace sur la tête; saignée de 350 gr.)

Le 13, 96 puls.; yeux fixes, égarés, chassieux. (Eau de Sedlitz; limonade; glace.)

Le 13 au soir, délire continu; loquacité; urine involontaire; constipation; mouvements de la tête faciles.

Le 14, 96 puls., 36 inspirations stertoreuses; face injectée; yeux clos; érysipèle étendu au dos et au cuir chevelu. (Sinapismes; vésicatoires; cathétérisme.)

Le 15, 132 puls. stertoreuses.

Mort à dix heures du matin.

Nécropsie. — *Crâne*. — Sang noir et fluide dans les vaisseaux un peu volumineux; point d'injection des faisceaux vasculaires déliés; pâleur de la substance cérébrale. En dehors des scissures de Sylvius, deux traînées blanchâtres de 2 millimètres de largeur le long des vaisseaux. Sur ces points la pie-mère est épaissie et assez résistante; il ne reste plus de pus liquide. Sur la face postérieure de la moelle, à la fin de la portion lombaire, une plaque jaunâtre de 15 millimètres sur 7, où la pie-mère est épaissie et infiltrée de pus concret. Liquide transparent dans les ventricules, en petite quantité.

Poumons. — Forte congestion de ces deux organes à leur partie postérieure, avec noyaux d'hépatisation rouge et grise.

Abdomen. — Rougeur pointillée à la petite courbure de l'estomac; rate à 12, décolorée, ainsi que le foie.

Méningite cérébro-spinale; résolution presque complète; pourriture d'hôpital; broncho-pneumonie; mort.

Obs. VIII. — Arnoult, du 37e de ligne, âgé de 22 ans, huit mois de service, caserné dans les casemates du fort de Montrouge, est apporté au Val-de-Grâce le 17 février, et placé salle 29, n° 42.

Constitution bonne; invasion de cinq à six jours par céphalalgie avec rigidité et douleur dans la région cervico-dorsale.

Le 17 au soir, 96 pulsations, petites, serrées; trismus léger; parole facile; gencives saignantes; constipation de cinq jours. (Saignée de 300 gr.; 10 vent. scar.; lav. huileux.)

Le 18 au matin, quelques traces de couenne sur la saignée; coagulum volumineux et flasque; nuit agitée; jactitation; vomissement bilieux; météorisme léger; constipation persistante; douleur cervico-dorsale très-intense avec opisthotonos léger et douleurs névralgiques intercostales. (60 sangsues; lavement avec 60 gr. de sulf. de soude; calomel, 1 gr.; glace; sinapismes.)

Le 19, 84 puls.; un peu de céphalalgie et de roideur; réponses faciles; une selle. (Glace; sinapismes.)

Le 20, peau aride; sensibilité normale; moins de roideur cervicale. (Soupe; sulfate de quinine, 1 gramme.)

Le 21, 60 puls.; nuit calme; ouïe dure; réponses faciles; douleurs lombaires. (Bouillon; calomel, 1 gr.; glace; sinapismes.)

Le 21 au soir, tête pesante.

Le 22, 78 puls.; ouïe très-dure; rigidité. Le malade se renverse en arrière; il ne peut plus supporter la glace. (Eau froide sur la tête; calomel, 0,6.)

Le 23, légère diminution du son aux deux bases. (Même prescription; 6 ventouses scarifiées.)

Le 24, deux selles; 84 puls.; respiration bonne, sans râles. (Calomel, 0,8.)

Le 25, douleur articulaire très-forte du coude gauche; bourdonnement d'oreille; constipation de trois jours; aspect couenneux des vésicatoires avec ecchymoses. (Bouillon; eau gomm.; pot. gomm.)

Le 25 au soir, éruption roséolique sur tout le corps.

Le 26, douleurs vives aux genoux, ainsi qu'au poignet droit.

Le 27, céphalalgie intense; joues colorées; gonflement léger dans les régions parotidiennes.

Le 28, tuméfaction du poignet droit et du genou du même côté. Les taches roséoliques passent à l'état de macules bleuâtres, d'apparence pétéchiale. (Sulfate de quinine, 0,5.)

Le 1er mars, 72 puls.; peu de céphalalgie et de roideur; plus de douleurs articulaires. (Soupe; bouillon; pain; eau gomm.)

Le 2, quatre selles; douleur à l'épaule gauche; un peu de loquacité; sommeil interrompu. La dégénérescence des vésicatoires de la nuque et des mollets persiste au même degré. Amaigrissement considérable. (Soupe; bouillon; pomme cuite.)

Le 4, 72 puls.; insomnie; surdité presque absolue.

Le 5, 72 puls., avec chaleur, face animée, céphalalgie intense, respiration bronchique dans la moitié postérieure et supérieure de ce côté, matité à la base et respiration nulle. (Quatre ventouses scarifiées.)

Le 6, chaleur modérée; diminution de la douleur pleurétique; 72 puls. (Eau gomm.; lait *id.*; potion stibiée, à 0,2, opiacée, à 0,05.)

Le 7, deux selles. (Même prescription.)

Le 12, sommeil calme; facies intelligent; matité absolue avec absence de la respiration au quart inférieur gauche du thorax. (Dernière potion stibiée.) La tolérance a été complète.)

Le 19, les plaies des vésicatoires se sont changées aux mollets en larges et profondes ulcérations sur lesquelles on tente en vain tous les modes de pansement. Les chairs sont flasques, décolorées, la peau sèche, les pommettes souvent injectées. (Eau gomm. chlorurée; potion vineuse avec extrait de quinquina; frictions alcooliques camphrées sur les membres.)

Le 21, épistaxis; vomissement alimentaire le soir.

Le 21, peau rugueuse, contrastant par sa pâleur avec la coloration de la face. (Pot. vineuse avec extrait de quina; eau gomm. chlorurée; bain.)

Le 27, 96 puls. faibles; gangrène des vésicatoires plus étendue.

Le 28, 96 puls.; peau froide; face pâle et abattue; douleur vive au mamelon droit; sonorité bonne à la base gauche. (Ventouses scarifiées, l. d.)

Le 29, plus de douleur pleurétique; balbutiement; réponses incohérentes; divagations.

(Mort à onze heures du soir.)

Nécropsie quarante heures après la mort.

Crane. — Pas d'injection notable. Un tissu dur, résistant, blanchâtre, recouvre le chiasma des nerfs optiques et l'espace interpédonculaire. Même transformation du tissu cellulaire qui recouvre le vermis supérieur du cervelet.

Ramollissement léger et général du cerveau.

Les ventricules lateraux sont distendus par une sérosité trouble, lactescente, qui existe surtout en grande quantité dans la corne postérieure et la corne antérieure. Ramollissement du *septum lucidum* et du trigone, qui n'offrent plus qu'une pulpe méconnaissable.

Dilatation des troisième et quatrième ventricules, avec ramollissement de leurs parois.

Ramollissement de la moelle. On rencontre quelques opalescences et quelques stries blanchâtres au niveau du renflement lombaire.

Abdomen. — Rate augmentée de volume et moins consistante.

Thorax. — *Poumons*. — Hépatisation rouge lobulaire du lobe inférieur gauche, avec quelques granulations tuberculeuses; hépatisation grise et ramollissement du lobe inférieur droit.

Les guérisons lentes forment un total de 10 cas; la durée de la maladie y a varié de trente à cent cinquante et un jours; la convalescence a été entravée, 1 fois par des symptômes de pleurésie tuberculeuse, 4 fois par une

---

cinq heures du soir après une journée bien fatigante pour nos pauvres blessés, dont plusieurs expirèrent en route. Pour les deux chirurgiens, cette journée fut également des plus pénibles, comme il est aisé de le prévoir.

Le sous-intendant avait recommandé de faire étendre, sous de grands hangars qu'on avait remarqués en passant, de la paille pour les blessés; mais la sollicitude du chirurgien va toujours plus loin, et cela est naturel, que celle d'un étranger. Pasquier pénétra dans le fort, découvrit une enfilade de vastes et commodes appartements, mit à contribution la bonne volonté des hommes qui occupaient la place, et bientôt une épaisse couche de paille fraîche reçut nos blessés, bien aises de se reposer enfin.

A Palo, Pasquier pratiqua de nouvelles amputations, une de cuisse et trois de jambe. L'ardeur de couper eût facilement fait trouver 15 ou 20 cas, mais, comme aucun accident ne s'était manifesté et qu'il n'y avait pas urgence, comme le transport sur Corse était rapide et commode, à l'aide de bateaux à vapeur, il était beaucoup plus sage d'ajourner les opérations et de demander quelque chose à la nature médicatrice. C'est ce qui fut fait. A ce sujet, nous ferons remarquer que si les chirurgiens militaires se sont très-généralement prononcés pour les amputations immédiates, cela tient beaucoup à la spécialité des circonstances dans lesquelles ils se trouvent souvent. Quand on a en perspective une longue route, des moyens de transport durs et fatigants, la difficulté de pansements suffisamment renouvelés, la chirurgie conservatrice ne mérite plus cette épithète; elle devient une méthode pernicieuse et condamnable. Si ces conditions défavorables ne se présentent pas, le chirurgien militaire retombe dans la catégorie où figurent les médecins civils, et alors il sait s'abstenir comme eux, ainsi qu'on a pu le voir.

Pasquier nous a communiqué, au sujet des anesthésiques, des observations qu'il ne faut pas laisser perdre. Il ne se loue pas d'avoir employé le chloroforme à l'ambulance de Magnanella. Chez les sujets exaltés encore, enivrés par la bataille, une chloroformisation immédiate fait naître une excitation souvent excessive et presque toujours dangereuse. La première période des phénomènes produits par l'inhalation est caractérisée par des mouvements, des spasmes, des cris, une agitation, qui peuvent jeter dans l'économie les tendances les plus funestes. De là, réaction trop vive, délire, fièvre traumatique ardente.

Nous en appelons à l'observation ultérieure, pour corroborer ou atténuer ces faits qui, en attendant, doivent commencer un nouveau chapitre pour les contre-indications du chloroforme.

F. J.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques le 7 novembre prochain, à l'hôpital de la Pitié, et les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés.

La leçon se fera à huit heures et demie. Les élèves seront dirigés dans la pratique du plessimétrisme.

céphalalgie tenace, irrégulièrement périodique, ou par des douleurs névralgiques dans toute l'étendue des membres inférieurs, 2 fois par des symptômes typhoïdes, 1 fois par la surdité consécutive, 2 fois par des vomissements rebelles. Cette catégorie de guérisons comprend une partie de nos méningites qui peuvent être considérées comme chroniques, si l'on admet cette forme avec plusieurs auteurs; l'autre partie entre dans la catégorie des morts lentes.

Notre nécrologe indique 21 cas de mort rapide dont 1 a été apporté dans l'agonie à l'hôpital; 3 ont succombé six heures après leur entrée, les autres du troisième au dixième jour; dans un cas où la guérison paraissait assurée, la mort est survenue inopinément le cinquième jour, par suite d'une hémorrhagie intestinale. Deux autres cas ont été influencés d'une manière fatale par le choléra. 6 fois la mort est arrivée du quatorzième au vingt-cinquième jour, par le progrès naturel de la maladie.

7 fois la mort a été lente, et l'autopsie a permis de constater la distension des ventricules par un liquide aqueux, avec ramollissement plus ou moins marqué de la pulpe cérébrale. La durée de ces cas a varié de soixante et un à quatre-vingt-seize jours. L'inanitiation, suite inévitable du vomissement journalier des aliments, a joué un rôle évident dans le dénoûment de plusieurs de ces cas.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DU SEL DE MORPHINE PAR LA MÉTHODE ENDERMIQUE DANS UNE ÉPIDÉMIE DE DYSSENTERIE; par le docteur BERLAND (d'Oyé.)

OBS. I. — Le 10 septembre 1848, je fus appelé à donner mes soins à M. de Lat., vieillard de 76 ans, grand, maigre, jouissant d'une assez bonne santé habituelle, sauf qu'il était sujet à des douleurs rhumatismales et névralgiques. Les jours qui avaient précédé sa maladie, ce vieillard s'était un peu écarté de son régime habituel de vie; il avait fait meilleure chère, et avait bu un peu plus que d'habitude, soit du vin, soit des liqueurs. Lorsque je le vis, il était depuis vingt-quatre heures en proie à des coliques très-vives, borborygmes, ténesme très-fatigant, selles très-fréquentes, fétides et contenant beaucoup de sang et de détritus de membrane muqueuse (raclures de boyaux). La soif était assez vive, le pouls un peu fréquent; un peu de chaleur à la peau.

L'âge du malade, les symptômes plutôt nerveux qu'inflammatoires (coliques et ténesme), me détournèrent de l'idée d'aucune émission sanguine. Je pressentis dès le premier abord qu'il mourrait d'adynamie.

J'employai les potions opiacées à l'intérieur, les lavements opiacés et amilacés, auxquels j'ajoutai en outre du sous-nitrate de bismuth à la dose de 1 à 2 grammes pour chaque tiers de lavement. Le lendemain, selles un peu moins fréquentes, mais plus fétides. J'essayai la potion de M. Monin, c'est-à-dire l'acétate de plomb, associé à l'extrait gommeux d'opium. Les douleurs se calmèrent, les selles diminuèrent de fréquence, devinrent moins sanguinolentes, mais de plus en plus fétides; le pouls perdit sa fréquence; la chaleur de la peau disparut; mais la faiblesse fit des progrès, malgré l'emploi du vin d'Espagne et du quinquina. Le hoquet survint; il y eut aphonie, et le malade mourut trois jours après l'apparition de ces graves symptômes et neuf jours après le début de la maladie.

OBS. II.—Le jour même de son enterrement, deux de ses serviteurs furent atteints : le premier, jardinier de la maison, était un homme de 57 ans, grand, maigre, jouissant d'une bonne santé habituelle; il avait donné ses soins à son maître et l'avait veillé. Les symptômes furent à peu près les mêmes; seulement il y eut plus de fréquence dans le pouls et un peu plus de chaleur à la peau. Les coliques et le ténesme étaient les symptômes prédominants.

Cet homme n'étant pas d'un tempérament sanguin, et ne lui trouvant pas des symptômes inflammatoires assez prononcés, je ne crus pas devoir employer les émissions sanguines. Je prescrivis les potions opiacées, les lavements amylacés opiacés et contenant aussi du bismuth. Ces moyens amenèrent d'abord un peu d'amélioration; les coliques se calmèrent; les selles devinrent moins fréquentes; mais malgré la continuation de ce traitement, au bout de quelques jours, les selles redevinrent plus fréquentes, le pouls baissa, la fièvre augmenta; il survint du délire, d'abord la nuit, puis quelquefois le jour. Quelques jours plus tard, les selles redevinrent encore moins fréquentes et moins sanguinolentes; le ténesme persista; il y eut chute du rectum; le pouls s'affaiblit; la chaleur de la peau diminua; la maigreur et la faiblesse firent des progrès; il y eut d'abord enrouement, puis aphonie et hoquet les derniers jours. Enfin le malade s'éteignit dans le dernier degré de marasme au bout de sept semaines de maladie. Pour combattre l'adynamie, j'avais inutilement joint aux opiacés et aux astringents les toniques, tels que l'extrait de quinquina et le vin d'Espagne.

OBS. III. — Cet homme s'était transporté, au début de sa maladie, chez sa femme, qui restait à 2 kilomètres du château. Dans la même pièce que lui couchait un de ses fils, âgé de 14 ans. Ce jeune homme, fort et robuste, fut pris quelques jours après le début de la maladie de son père. Chez lui, les coliques furent très-vives, les selles fréquentes et le ténesme très-fatigant; il restait jusqu'à une demi-heure sur le pot. Dès le lendemain il y eut disparition du pouls, refroidissement des extrémités, et cependant il était encore fort et se tenait très-longtemps sur la chaise percée. Je voulus essayer l'ipéca chez lui; il ne produisit aucun effet appréciable, soit en bien, soit en mal. Je continuai l'usage des potions opiacées et des lavements. Les selles perdirent un peu de leur fréquence; le pouls reparut, quoique très-faible. Cet état dura huit ou dix jours. Après ce temps, amélioration sensible et guérison assez rapide.

Ce cas a présenté cela de remarquable que, malgré des symptômes alarmants au début et malgré les imprudences de régime que lui fit commettre sa mère, cet enfant se rétablit promptement.

OBS. IV. — Le sujet de cette observation est une femme de 40 ans, grande, maigre, habituellement bien portante; elle habitait le même corps de bâtiment que son maître, et lui avait rendu plusieurs visites. Comme le jardinier, elle tomba malade le jour même de l'enterrement de M. de Lat. Elle éprouva les mêmes symptômes que les malades précédents, sauf qu'elle n'eut jamais de fièvre. J'employai le même traitement. Elle parut entrer en convalescence au bout de trois semaines; mais alors elle fut prise d'œdème des jambes d'abord, puis d'ascite, et enfin d'hydropisie générale. Je crus devoir attribuer cet anasarque à l'appauvrissement du sang, occasionné par de si abondantes évacuations. J'employai les ferrugineux en même temps que les diurétiques; ce ne fut qu'au bout de cinq semaines que la diurèse s'établit sous l'influence de la pyrole en ombelles. La malade étant passée du dévoiement à la constipation, je crus devoir recourir à quelques laxatifs. La dyssenterie reparut, et l'hydropisie disparut peu à peu complétement. Je dus combattre de nouveau la dyssenterie, mais avec la crainte de voir reparaître l'hydropisie. Je ne me trompai pas : la dyssenterie céda de nouveau et l'hydropisie reparut. Tout en donnant des remèdes pour combattre soit la dyssenterie, soit l'hydropisie, je ne discontinuai pas l'emploi des ferrugineux, afin de refaire le sang, pensant que le sang étant une fois reconstitué, rendu plus plastique, et la constitution fortifiée, l'hydropisie pourrait disparaître peu à peu pour ne plus reparaître. C'est ce qui est arrivé, et aujourd'hui, sept mois après le début de sa maladie, cette femme est bien rétablie.

OBS. V. — Le sujet de cette observation est un autre domestique, jeune homme de 18 ans, d'une taille ordinaire, mince et maigre; il alla se faire soigner chez ses parents, entra en convalescence trois semaines après le début de sa maladie, et se rétablit assez promptement. Il eut une rechute au bout de douze jours pour avoir voulu trop se presser de manger. La diète a été de rigueur chez tous mes malades, excepté chez le maître, à qui j'ai constamment accordé du bouillon et du vin d'Espagne pour combattre l'adynamie.

OBS. VI. — Un autre domestique de la même maison, l'aide-jardinier, homme de 40 ou 50 ans, d'une assez bonne santé habituelle, fut pris de la même maladie, qui parut débuter avec peu d'intensité; mais après être restée stationnaire pendant quelques jours, elle s'exaspéra. J'employai vainement les potions opiacées, les demi-lavements laudanisés amylacés, et aussi, avec le magister de bismuth, j'essayai les lavements simplement émollients, répétés plusieurs fois par jour. Dès le début il y avait eu un mouvement fébrile. Cette fièvre augmenta; il survint un peu de délire les nuits, puis parfois le jour. Le hoquet, l'aphonie, furent les symptômes précurseurs de la mort, qui arriva le onzième jour. Ce malade ne fut jamais bien tourmenté par les coliques et le ténesme.

De concert avec un jeune et estimable confrère de Paray-le-Monial, qui était venu voir un malade, nous conseillâmes à la famille de M. de Lat. de quitter momentanément leur habitation, afin de se soustraire au foyer épidémique. Ils allèrent au nombre de cinq, trois fils, la mère et une domestique, habiter une maison isolée, à 18 kilomètres de distance. Cette maison était située près d'une forêt, et il n'y avait aucun cas de dyssenterie dans son voisinage. Lorsqu'ils partirent, ils éprouvaient tous depuis plusieurs jours les prodromes de la maladie, des coliques surtout, des borborygmes et quelquefois un peu de dévoiement. Chose extraordinaire! un des fils, M. Ant., se trouvait bien lorsqu'il était loin de la maison, et en arrivant, lorsqu'il en était à un demi-kilomètre, il sentait des coliques et des borborygmes.

OBS. VII. — Un des fils de M. Claudius éprouvait des coliques, des borborygmes et avait le dévoiement à son départ. Le lendemain, il put encore aller à la chasse, mais il eut dix-sept selles dans les vingt-quatre heures. Le surlendemain, il fut obligé de s'aliter. Coliques violentes, beaucoup de borborygmes, selles très-fréquentes et accompagnées de beaucoup de ténesmes; il restait très-longtemps sur la chaise percée. Pas de fièvre. J'employai les opiacés, les grands bains dans lesquels il se trouvait bien; il aurait voulu en prendre plusieurs par jour. Ces bains le soulageaient beaucoup, mais je ne sais pas trop s'ils n'augmentaient pas le nombre des selles en s'opposant à la perspiration cutanée et en faisant évacuer par les selles l'eau qui est évacuée par les urines quand on prend un bain en état de santé.

OBS. VIII. — Il y avait huit jours que M. Claudius était malade lorsque son frère M. Antonin fut pris. C'était un jeune homme assez grand, fort robuste, ayant de l'embonpoint; il éprouvait les prodromes depuis plusieurs jours, et il s'était déjà cru pris en deux ou trois fois. Chez lui les coliques furent vives, les selles fréquentes, mais le ténesme surtout fut très-fatigant. Ces deux jeunes gens avaient quelquefois jusqu'à quinze selles chacun dans la nuit. Enfin, au bout de trois semaines, M. Claudius se trouva un peu mieux; l'amélioration marcha

lentement et fut entravée par quelques exaspérations, mais il entra cependant en convalescence au bout de cinq semaines de maladie. M. Antonin était malade depuis quinze jours. Il n'y avait pas d'amélioration ; le ténesme était très-fatigant, les selles aussi fréquentes. Le malade se décourageait lorsque je me décidai à employer les sels de morphine par la méthode endermique. J'appliquai un vésicatoire sur une des fosses iliaques ; je le pansai avec 2 centigr. de sulfate de morphine. Pendant l'absorption de ce sel, les garde-robes devinrent infiniment moins fréquentes, les coliques et le ténesme diminuèrent. Je portai successivement la dose à 3, 4 et même 5 centigr. à chaque pansement qui avait lieu matin et soir. Après chaque pansement, il survenait un narcotisme plus ou moins prononcé, suivant la quantité de sel et suivant l'état de la surface absorbante. Ce narcotisme durait trois ou quatre heures pendant lesquelles il n'y avait ni selle ni colique.

J'ai pu constater tous les symptômes si bien décrits par MM. Trousseau et Pidoux dans leur thérapeutique : le pouls devenait fort et fréquent, la face rouge, la soif intense, la langue rouge et sèche ; en un mot il y avait une véritable fièvre d'absorption avec congestion à la tête. La soif était si intense que mon malade était obligé de se mettre à la bouche un petit nouet de linge propre imbibé d'eau fraîche pour le sucer.

J'ai observé chez ce malade un symptôme qui n'est pas noté par M. Trousseau, c'était de l'enrouement et un mal de gorge ; il lui semblait qu'il avait quelque chose dans la gorge lorsque l'absorption était finie, l'enrouement cessait ainsi que les symptômes de fièvre et de congestion cérébrale. L'effet produit après chaque pansement ne se prolongeant que quatre heures au plus, je donnais dans l'intervalle du pansement des potions opiacées qui agissaient aussi, mais avec bien moins d'efficacité. Ce malade présenta en outre un accident que je n'ai vu noté nulle part, il cracha un débris de membrane muqueuse, semblable aux raclures de boyaux de l'intestin ; il en expectora beaucoup pendant les huit ou derniers jours de sa maladie. Il éprouva encore un autre symptôme qui me parut très-extraordinaire ; à chaque pansement et pendant qu'il était sous l'influence de l'absorption de la morphine, il ressentait de véritables douleurs névralgiques dans la cuisse et dans la jambe du côté correspondant au vésicatoire. Ces douleurs diminuaient ou même disparaissaient lorsque l'action de la morphine avait cessé pour reparaître à chaque pansement.

Sur trois malades chez qui j'ai employé les sels de morphine par la méthode endermique, deux ont éprouvé ces douleurs névralgiques, ce malade et la femme qui fait le sujet de la quatrième observation, et chez laquelle j'ai employé le vésicatoire sur l'abdomen lorsqu'elle eut une rechute de dyssenterie. Chose extraordinaire ! M. Antonin a ressenti pendant six mois des douleurs aux cuisses, surtout lorsqu'il y passait la main ; il a ressenti pendant autant de temps des borborygmes et quelquefois des coliques, il en ressent encore s'il vient à faire un écart de régime ; il ne peut plus boire autant de bière ; l'exercice du cheval le fatigue.

Obs. IX et X. — Il y avait un mois que M. Ant. était rétabli, ou se croyait exempt du danger de contracter la maladie, lorsqu'un autre domestique fut atteint. C'était un homme de 35 à 40 ans, d'une assez bonne santé habituelle ; chez lui, la maladie parut débuter avec peu d'intensité ; il avait de huit à douze selles dans les vingt-quatre heures ; le ténesme n'était pas très-fatigant ; il avait peu de coliques.

J'employai d'abord les potions et lavements opiacés, puis la morphine par la méthode endermique ; sous l'influence de cette médication, la maladie diminua, le malade n'allait pas mal, lorsque je fus appelé pour un accouchement ; je restai deux jours auprès de la patiente ; pendant ce temps-là, mon malade manqua et de potions opiacées et de morphine pour panser son vésicatoire ; la maladie s'exaspéra au point qu'il eut au moins quarante selles pendant une nuit qu'il resta sans remède. Cette nuit le tua. Il perdit ses forces ; son pouls, qui avait été bon jusqu'alors, devint petit et fréquent ; le facies s'altéra ; en un mot, je le trouvai très-mal lorsque je le revis, et de suite j'augurai mal de l'issue de la maladie.

Je revins au traitement opiacé intérieur et extérieur, et en un seul jour je fis redescendre les selles à six ou dix dans les vingt-quatre heures ; mais le coup mortel était porté, ni les forces, ni le pouls ne se relevèrent ; il survint du délire et le hoquet, que je parvins à calmer un moment ; mais il revint, les traits s'altérèrent de plus en plus, la faiblesse augmenta, l'aphonie se manifesta et il mourut le douzième jour.

Cette observation est très-intéressante en ce qu'elle démontre jusqu'à la dernière évidence l'efficacité de la morphine par la méthode endermique. Sous l'influence du traitement, la maladie diminue ; le malade manque de remèdes pendant une seule nuit, les selles deviennent huit fois plus nombreuses et mettent le malade dans le plus mauvais état. Je reprends le traitement dans l'espace de vingt-quatre heures, les selles redeviennent très-peu fréquentes, mais le coup mortel était porté. Ce malade a peu souffert pendant sa maladie, excepté la nuit pendant laquelle il a été tourmenté par des selles si nombreuses.

Obs. XI. — Après ce malheureux, un de ses enfants, petite fille âgée de 15 mois, fut atteinte et guérit au bout de dix jours.

Outre ces malades, qui tous contractèrent la maladie dans le même foyer, il y eut quelques cas de dyssenterie dans la même commune de Varennes et un dans celle d'Oyé ; mais ces différents malades, qui n'avaient pas puisé leur affection au foyer de la maison précitée, guérirent, bien qu'il y en eût quelques-uns qui furent très-gravement atteints. Chez celui de la commune d'Oyé, la dyssenterie revenait tous les deux jours avec des accès de fièvre tierce. Les opiacés et le sulfate de quinine amenèrent une guérison très-prompte.

REMARQUES GÉNÉRALES.

SYMPTÔMES.

Ils ont été ceux de toutes les dyssenteries graves ; il y en a aussi eu quelques-uns de particuliers.

Les coliques ont été variables, ainsi que le nombre des selles ; la gravité de la maladie n'a pas toujours été en rapport avec la quantité des selles, ni avec le sang qu'elles contenaient. La fièvre était d'un mauvais augure ; sur les quatre qui sont morts, trois avaient la fièvre dès le début. Chose extraordinaire, sur ces quatre, trois avaient des hernies ; chez aucun d'eux il ne se manifesta des symptômes d'étranglement. Quelle influence ont pu avoir les hernies sur l'issue de la maladie ?

L'expectoration de stries rouges, débris de membrane muqueuse de la gorge, comme si cet organe eût été atteint de la même affection que le gros intestin, est très-extraordinaire ; je ne l'ai vu notée nulle part.

L'apparition de douleurs névralgiques au moment de l'absorption de la morphine est d'autant plus surprenante que la morphine employée par la méthode endermique est le moyen le plus efficace pour guérir ces névralgies.

Outre les malades dont je viens de parler, presque toutes les autres personnes de la même maison éprouvèrent les prodromes, et quelques-uns des symptômes de la maladie ; madame de Lat. éprouva pendant longtemps des coliques, des borborygmes, un peu de dévoiement et même quelques selles sanguinolentes. Son fils aîné éprouva les mêmes symptômes pendant deux mois, moins le dévoiement ; les autres domestiques se ressentirent aussi plus ou moins de l'influence épidémique. Moi-même, en deux ou trois fois, je ressentis des coliques assez vives et un peu de dévoiement, après avoir passé une partie de la journée près de mes malades.

Les trois MM. de Lat. avaient eu, quelques mois auparavant, la petite vérole ; l'aîné, qui seul échappa à la dyssenterie, avait été le plus gravement atteint.

Sur 11 malades atteints de dyssenterie, 4 sont morts ; sur ces 11, il n'y a eu qu'une femme adulte et une petite fille de 15 mois qui ont été atteintes, et cependant c'étaient principalement des femmes qui donnaient des soins aux malades, faisaient les lits, vidaient les vases et lavaient le linge.

TRAITEMENT.

Dans aucun cas, je n'ai cru devoir recourir aux émissions sanguines, les symptômes nerveux, coliques, ténesme, étant beaucoup plus prononcés que les symptômes inflammatoires, qui étaient à peu près nuls, j'ai cru devoir employer les opiacés, les émollients et les astringents ; j'ai aussi uni le sous-nitrate de bismuth à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme dans la potion laudanisée. Si j'eusse employé cet agent à la dose de 30 à 40 grammes par jour, comme M. Monneret, peut-être aurait-il été peu efficace. J'ai également essayé l'extrait d'opium associé à l'acétate de plomb ; j'ai eu recours aux quarts de lavements laudanisés et amidonés, dans lesquels je suspendais aussi du bismuth : d'autres fois, lavements entiers et répétés pour nettoyer l'intestin ; dans tous les cas, diète complète, eau de riz pour boisson. Tels sont les moyens que j'ai employés avec le plus de constance. Dans un cas, j'ai eu recours à l'ipécacuanha, qui m'a paru n'avoir produit aucun effet. Les bains au début ont beaucoup soulagé ceux de mes malades qui en ont pris ; j'ai dit plus haut pourquoi je n'étais pas bien partisan de ce moyen, qui mérite d'être employé avec beaucoup de précaution pour éviter le refroidissement. Il y avait quinze jours que je mettais en usage ces différents moyens chez M. Ant., sujet de la septième observation, sans avoir pu obtenir d'amélioration ; le malade était découragé et se tourmentait ; moi-même j'étais à bout d'expédients, lorsque j'imaginai d'employer la morphine par la méthode endermique. Ce ne fut pas sans crainte que je me décidai à l'emploi de ce moyen ; je craignais que le vésicatoire n'occasionnât la gangrène ou des plaies difficiles à guérir. Je n'eus qu'à m'applaudir de ce traitement ; j'employai la morphine à dose croissante à chaque pansement, matin et soir. Chaque pansement était suivi de trois ou quatre heures de calme parfait.

Pour que l'absortion se fasse bien, il faut bien observer toutes les précautions prescrites par M. Trousseau. On enlève une portion de l'épiderme, et on place la poudre calmante sur le derme. A un autre pansement, on enlève une autre portion d'épiderme, et on panse de même. Lorsque la surface est rouge et saignante, l'absorption ne se fait plus ; il faut appliquer un nouveau vésicatoire. Afin de ne pas avoir d'interruption, il est bon d'appliquer un nouveau vésicatoire un jour d'avance, à moins qu'on ne

se serve de pommade ammoniacale pour produire la vésication. Il ne faut pas craindre de porter la dose de morphine jusqu'à ce qu'on produise du narcotisme; ce n'est même qu'à cette condition qu'on réussit. Je n'ai pas observé le vomissement qui existait chez le tiers des malades de M. Trousseau : cela tient sans doute à la différence de la maladie, et aussi à ce que je n'ai eu presque que des hommes à traiter.

La morphine par la méthode endermique a été le seul moyen véritablement efficace. A dater du jour de son emploi, il se manifestait un mieux notable; les selles devenaient moins fréquentes; les coliques et le ténesme diminuaient. Si j'ai perdu un des trois malades sur qui je l'ai employé, c'est parce que l'usage de ce moyen a été interrompu. Ce cas prouve de la manière la plus évidente l'efficacité de ce moyen.

J'ai essayé en deux fois des lavements contenant 10 centigrammes de nitrate d'argent chez la femme, dans sa rechute de dyssenterie. Cet agent n'a produit aucun effet.

Les sels de morphine par la méthode endermique pourraient probablement convenir dans le choléra. Ce traitement remplirait plusieurs indications : d'abord, il calmerait les coliques et le dévoiement, et même pourrait amener la réaction; car, après chaque pansement, le pouls devient plus plein et plus fort; la face se congestionne; la chaleur augmente; en un mot, il y a une véritable fièvre d'absorption, et puis le vésicatoire agirait comme révulsif. Pour mon compte, si jamais j'ai des cholériques à traiter, je n'hésiterai pas à employer ce moyen dans cette terrible maladie, contre laquelle, suivant M. Rochoux, on a employé en 1832 soixante-dix traitements avec un égal insuccès.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros de janvier, février et mars 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'expulsion des matières indigestes et fécales dans le cœcum et l'S du colon, et sur le phlegmon de la fosse iliaque droite*; par M. Linoli. 2° *Sur le choléra-morbus récemment paru en Europe*; par M. Gianelli. 3° *Du traitement curatif et préventif de l'infection purulente comme complication des plaies qui suppurent*; par M. Chiminelli. 4° *Des caractères constants et sûrs de la phlogose*; par M. Ferrari.

SUR LE TRAITEMENT PRÉVENTIF ET CURATIF DE L'INFECTION PURULENTE, COMME COMPLICATION DES PLAIES QUI SUPPURENT; par M. CHIMINELLI.

L'auteur admet comme source de l'infection purulente l'absorption soit du pus de la plaie, soit de celui qui provient des veines contiguës enflammées.

Quant au traitement préservatif, il le fonde sur quatre indications particulières :

1° Séparer les sujets récemment opérés ou ceux qui ont quelque plaie en suppuration d'avec les malades atteints d'infection purulente simple ou compliquée de fièvre puerpérale. C'est là, d'après M. Chiminelli, l'un des plus grands *desiderata* de la médecine hospitalière.

2° Empêcher ou diminuer la phlogose, et, dans tous les cas, la formation du pus, dans les veines et les vaisseaux lymphatiques qui partent de la plaie. Outre le traitement antiphlogistique mis en œuvre à temps, certaines précautions diminuent les chances de voir survenir cet accident. C'est d'abord l'emploi de la méthode sous-cutanée pour toutes les opérations qui peuvent être exécutées selon ses principes; puis le soin de provoquer la réunion immédiate toutes les fois qu'on le peut sans inconvénient; enfin la compression du membre blessé, pourvu qu'elle soit exercée avec modération et de la racine vers l'extrémité du membre, et qu'on la pratique dès le début de la maladie. Il recommande surtout de la cesser lorsque le pus a commencé à être sécrété, parce que, au lieu d'empêcher son absorption, il pourrait la favoriser en augmentant l'action aspiratrice des troncs lymphatiques et veineux.

3° Mettre obstacle à la putréfaction du pus déjà formé. — Les conditions qui facilitent sa décomposition sont l'action de l'air, un certain degré de chaleur et d'humidité. Or nous n'avons de pouvoir que pour empêcher la pénétration ou tout au moins le croupissement de l'air. Pour y parvenir, l'auteur ne mentionne que l'incision des abcès sous l'eau, les larges ouvertures des moindres embranchements sinueux, les injections de chlorure de chaux liquide ou d'une solution de sulfate de fer, afin de former un sulfure avec le soufre du pus corrompu et d'empêcher ainsi le développement de l'hydrogène sulfuré.

4° Suspendre ou limiter l'absorption et l'introduction du pus dans le torrent circulatoire. — M. Chiminelli ne proscrit pas, dans ce but, les évacuations sanguines; mais il les conseille modérées et faites à différentes reprises, plutôt que larges et en une seule fois. Les autres moyens qui lui paraissent le mieux indiqués sont les éméto-cathartiques pour seconder l'action des émonctoires naturels, et le sulfate de quinine pour ralentir et réprimer la fréquence et la force des accès de fièvre qui simulent souvent ceux de fièvre intermittente légitime. N'oublions pas les grands vésicatoires sur les membres, ainsi que la cure locale du moignon et des abcès métastatiques qui surviennent.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1849 renferment les articles originaux suivants : 1° *Études théorico-pratiques sur l'endémie paludéenne*; par M. Minzi. 2° *Détails d'un cas d'obstétrique*; par M. Rizzoli. (Accouchement heureusement terminé malgré le prolapsus du vagin et la sortie de l'intestin rectum.) 3° *Monographie de la fièvre puerpérale*; par M. Gamberini. 4° *Études et considérations sur l'électricité en médecine et résultats de quelques cures électriques*; par M. Terzi.

ÉTUDES ET CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉLECTRICITÉ EN MÉDECINE ET RÉSULTAT DE QUELQUES CURES ÉLECTRIQUES; par M. TERZI.

Quelques réflexions générales sur l'action physiologique de l'électricité servent de fondement à ce travail, et ont conduit l'auteur dans ses expérimentations. Selon lui, l'électricité est douée d'un pouvoir hypersténisant. Mais là n'est pas son unique effet. On observe que, à courant continu, elle stupéfie le nerf; que, à courant discontinu, elle excite au contraire la sensibilité. Il a donc paru à M. Terzi, d'après cette diversité dans les résultats, que l'électricité, outre son action dynamique, possède encore une puissance occulte et profonde sur le *chimisme organique*, laquelle, dans certaines circonstances, change seulement les rapports moléculaires du solide vivant, modifiant d'une certaine façon l'état organico-vital des parties sur lesquelles elle agit; dans d'autres cas, elle rend les affinités chimiques ou plus énergiques ou nulles selon qu'elle trouve les éléments disposés à subir telle ou telle variété d'effet.

En vertu de ces principes, M. Terzi a toujours donné la préférence à la pile quand il a eu l'intention d'utiliser l'action chimique ou chimico-dynamique de l'électricité plus que la dynamique ou la dynamico-chimique. Et plus il avait ce but, plus il a cru devoir se servir de piles petites et composées de peu d'éléments. Il a ainsi obtenu de faibles courants et évité les secousses.

Cette manière d'électriser lui a, en outre, offert l'avantage d'introduire dans l'économie quelques substances médicamenteuses, adaptées aux divers états pathologiques. Il y a réussi en les faisant dissoudre dans le liquide conducteur de la pile.

La pile (quelque nombreux et larges que soient ses éléments, quelque activité qu'on donne au liquide conducteur) ne peut guère produire que des effets de cette nature. Par conséquent, si l'on veut développer l'action exclusivement dynamique de l'électricité, il vaut mieux recourir à la machine dite électrique et à la bouteille de Leyde.

Quand il a eu à traiter quelque paralysie du sentiment, dans une partie où la peau avait perdu sa faculté tactile, il a appliqué les conducteurs électriques immédiatement sur la peau, en dirigeant les courants de bas en haut, dans la direction des impressions d'où la sensibilité résulte. — Au contraire, la paralysie portait-elle sur le mouvement, il a porté le stimulus électrique jusqu'à la substance même des muscles, au moyen de petites aiguilles en acier, et y a produit soit un courant, soit de petites secousses.

L'acupuncture a donc été surtout utile alors qu'il était indiqué d'agir sur un point déterminé. Ainsi, en appliquant de cette manière l'électricité sur les muscles extenseurs d'un membre dont les muscles fléchisseurs étaient fortement contracturés, il a vu non-seulement cette contracture se dissiper presque toujours avec une douleur momentanée, mais les doigts et la main demeurer ensuite très-flexibles dans tous les sens.

Les observations que l'auteur cite à l'appui des considérations précédentes sont au nombre de huit; ce sont :

1° Un cas de paraplégie avec atrophie des muscles de la jambe et ankylose des articulations tibio-tarsiennes : guérison;
2° Un d'hémiplégie du côté gauche : guérison;
3° Un de paralysie faciale du côté gauche : guérison;
4° Un d'hémiplégie du côté droit et de glossoplégie : amélioration;
5° Hémiplégie du côté droit et glossoplégie : amélioration;
6° Hémiplégie à droite et glossoplégie : amélioration;

7° Paralysie des parois intestinales : guérison ;
8° Hémiplégie à droite et glossoplégie : amélioration.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1849 comprennent les articles originaux suivants : 1° *Nouvelle manière d'opérer le paraphymosis*; par M. Bonparola. 2° *Nécessité de la paracentèse de l'abdomen dans l'ascite*; par M. Agostinacchio. 3° *De l'origine de la chaleur animale*; par M. Semmola. 4° *Affections périodiques, de forme singulière*; par M. Ferrara. 5° *Cas de fièvre pernicieuse émétique, guérie au moyen du sulfate de quinine et de l'acétate de morphine*; par MM. Bonnelli et Solis. 6° *D'un nouveau rameau nerveux*; par M. Barbarisi. (Ce rameau, provenant de la branche inférieure du moteur oculaire commun, remontait, se plaçait au côté externe du nerf optique, auquel l'unissait un tissu cellulaire lâche, puis traversait la sclérotique, et se terminant en deux filaments très-ténus, se distribuait directement aux procès ciliaires et à l'iris.) 7° *Arséniate de quinine donné contre une fièvre habituelle chez une femme opérée de tumeurs squirrheuses*; par M. Majorino. 8° *Sur une fièvre pernicieuse gastro-entérorrhagique*; par M. Agostinacchio. 9° *De la non-contagion de la phthisie pulmonaire*; par le même.

NOUVELLE MANIÈRE D'OPÉRER LE PARAPHYMOSIS; par M. BONPAROLA.

Lorsque l'étranglement du gland est assez considérable et assez ancien pour que la réduction devienne impossible sans débrider le cercle préputial, tous les auteurs conseillent d'inciser directement la partie la plus resserrée, c'est-à-dire celle qui se trouve derrière les bourrelets circulaires œdématiés; mais M. Bonparola ayant eu affaire à un cas de ce genre très-compliqué, reconnut qu'il lui était impossible de mettre à découvert le siége de l'étranglement, qui était débordé par le gonflement. Il remarqua alors que la sérosité infiltrait et distendait les plis du prépuce situés derrière le gland, et espéra qu'en donnant issue à ce liquide, il produirait un dégorgement capable de favoriser la réduction.

Effectivement, après avoir constaté que cette sérosité s'était principalement rassemblée en bas et de chaque côté du frein, il fit en ce point deux petites incisions, à quelques lignes du frein, et un peu prolongées par en bas vers le gland. Dès la première incision (qui n'avait intéressé que la muqueuse), il sortit subitement beaucoup de sérosité sanguinolente, et l'on remarqua, surtout après avoir aidé par la pression à sa sortie, une diminution très-prompte de la tension. La même opération amena un résultat semblable de l'autre côté. On aurait pu dès lors pratiquer la réduction ; mais comme l'étranglement avait cessé, on laissa les parties en place, afin de pouvoir mieux panser les ulcères. Au bout de quelques jours, tout était rentré dans l'état normal.

Le même succès obtenu sur deux autres malades a confirmé pour l'auteur la valeur de cette pratique, qu'il recommande comme seule applicable dans quelques circonstances, et dans tous les cas comme un moyen à essayer avant d'en venir au débridement proprement dit.

— Nous ne disconvenons pas que ces vues n'aient une certaine justesse; mais leur application ne nous semble pas destinée à prendre l'extension que M. Bonparola suppose. Les manœuvres non sanglantes de réduction suffisent dans la grande majorité des cas. Par conséquent l'opération n'est indiquée que lorsque l'étranglement est extrême. Or à qui persuadera-t-on que deux mouchetures, que la simple évacuation d'un peu de sérosité, puisse amener la détente désirée? Évidemment ce remède ne convient qu'à un état peu grave de l'affection ; et comme alors il existe des moyens encore plus doux, c'est, je crois, faire beaucoup que de lui accorder la valeur d'un auxiliaire, et encore d'un auxiliaire dont on pourra très-souvent se passer.

DE LA NÉCESSITÉ DE LA PARACENTÈSE DE L'ABDOMEN DANS L'ASCITE; par M. AGOSTINACCHIO.

Le présent article a été inspiré à l'auteur par une contestation survenue entre un de ses confrères et lui, le premier refusant de pratiquer la ponction chez une femme affectée d'hydropisie, et lui voulant absolument que cette dernière ressource fût mise en œuvre. L'événement donna raison un peu à tous les deux; car la malade fut ponctionnée et soulagée, mais elle finit par mourir des suites de son hydropisie.

Les adversaires de la ponction soutiennent que la collection séreuse dans l'abdomen n'est qu'un effet du processus pathologique d'où résulte cette sécrétion anormale, que par conséquent l'indication philosophique est de s'adresser à la cause du mal pour la détruire,

Mais cette sérosité ne devient-elle pas à son tour un stimulus morbide? n'est-elle pas, comme telle, justiciable des soins et des efforts de la médecine? S'il n'y a pas eu phlegmasie du péritoine dès le principe, la présence prolongée du liquide peut la développer et l'entretenir, et pour ce motif il est bon de l'évacuer d'aussi bonne heure que possible.

Certainement l'opération de la paracentèse ne procure point la cure radicale dans tous les cas ; mais les exemples ne manquent pas de guérisons obtenues par le seul secours des ponctions répétées, alors qu'il n'existait aucune altération organique bien avancée. En définitive, soulager les souffrances et prolonger la vie est souvent le seul but que la médecine puisse atteindre. Le système des ponctions successives, qui permet de le réaliser, ne doit donc pas être rejeté sous le prétexte de son insuffisance à opérer la guérison définitive.

— A ces sages considérations en faveur de la paracentèse, nous en ajouterons une que Dupuytren développait avec beaucoup d'insistance. L'ascite tient ordinairement à l'existence d'engorgements des viscères abdominaux. Or le liquide interposé entre ces engorgements et la peau empêche d'espérer beaucoup de succès des moyens topiques qu'on dirige contre eux. Si, au contraire, on prend le parti de l'évacuer, on pourra ensuite appliquer avec plus d'avantage les pommades résolutives, les emplâtres fondants, la compression, etc., etc., et telle cure qui serait demeurée incomplète sans ce secours, y trouvera un gage précieux et certain d'efficacité.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE.

ASSAINISSEMENT DE LA SOLOGNE.

M. BECQUEREL lit un mémoire sur l'assainissement et l'amélioration de la Sologne.

Chargé à plusieurs reprises par le conseil général du Loiret de lui rendre compte des études entreprises pour améliorer cette partie de l'Orléanais, j'ai dû, dit M. Becquerel, me livrer sur les lieux à des investigations afin d'en apprécier la valeur et d'y ajouter quelques observations propres à éclairer la question. Il résulte des calculs de M. Machat, ingénieur en chef des ponts et chaussées, chargé de la direction des études de la Sologne :

1° Que la population s'élève à 16 habitants par kilomètre carré, c'est-à-dire au quart de la population moyenne de France ;

2° Que le rapport de la population au nombre des naissances annuelles est de 1 : 2,7, et au nombre des décès de 1 : 3,2. La durée de la vie moyenne est donc à peine les 4/5 de ce qu'elle est dans les autres parties de la France ;

3° Que les étangs couvrent 1/32 de la surface du sol ; les prés 1/25 ; les landes et bruyères en occupent près du quart ;

4° Que plus de 1/10 de la surface réclame l'emploi de la marne ;

5° Que l'excédant des naissances annuelles sur les décès est de près de 1/5.

L'augmentation de la population est donc un peu plus rapide que dans le reste de la France, preuve que, malgré les conditions misérables dans lesquelles il se trouve encore, le pays fait effort pour l'améliorer et que l'aide que le gouvernement pourrait lui prêter ne serait certainement pas perdu. Enfin les relevés des conseils de révision nous apprennent que la moitié des jeunes gens atteints par la conscription sont impropres au service militaire.

Abordant la partie technique de la question, M. Becquerel résume en ces termes les mesures qu'il croit aptes à obtenir l'assainissement de la Sologne :

1° Répandre dans les sols sableux et même argileux de la Sologne de l'argile du sous-sol riche en potasse, en lui faisant subir au préalable un degré de cuisson convenable pour faciliter la décomposition du silicate de potasse sous les influences atmosphériques et lui enlever la propriété de faire pâte avec de l'eau, afin de la faire servir comme amendement.

2° Dans les sols sableux ayant un sous-sol argileux, en ramenant celui-ci à la surface on peut former une terre arable riche en potasse.

3° Semer des graines d'arbres verts pour préparer un sol arable aux générations futures.

4° Enfin établir un système d'irrigation en établissant un grand canal de navigation qui prendrait les eaux à l'écluse de Membrey, sur le canal latéral, et porterait par ses nombreuses ramifications la fertilité et la vie dans toute la Sologne.

LIGATURE DES ARTÈRES.

M. SÉDILLOT communique sur ce sujet un deuxième mémoire, ayant pour titre : DE LA SECTION DES ARTÈRES DANS L'INTERVALLE DE DEUX LIGATURES, COMME MÉTHODE GÉNÉRALE DE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES ET DES ANÉVRISMES.

Ce travail a pour objet de faire ressortir les avantages de la méthode de Celse, consistant à faire la section des artères dans l'intervalle de deux ligatures, dans le traitement des hémorrhagies et des anévrismes. Voici en quels termes l'auteur formule lui-même les propositions qui ressortent de son travail :

En résumant ce travail, nous trouvons, dit M. Sédillot :

1° Que la méthode de Celse, qu'on doit considérer comme la plus ancienne,

a dû être le résultat d'une expérience longtemps répétée; et qu'elle a été donnée à juste titre comme la plus recommandable et la meilleure;

2° Que cette méthode, qui n'a jamais été abandonnée jusqu'ici, a été longtemps la seule employée, et qu'elle n'a été mise momentanément en oubli que par des opérateurs qui avaient une conviction toute personnelle de la supériorité des procédés auxquels ils avaient recours;

3° Celse avait déjà indiqué les principaux avantages de sa méthode. La rétraction des vaisseaux, leur occlusion plus facile, leurs adhérences plus complètes avaient été signalées par cet auteur;

4° Depuis ce moment, des objections avaient été produites, dont nous avons démontré le peu de fondement;

5° Nos expériences ont montré que la rétractilité des artères transversalement divisées était très-considérable, et que les conséquences de cette propriété étaient: l'épaississement des parois, le moindre calibre de la cavité et le retrait du vaisseau dans sa gaine; les rapports de la ligature avec les tissus sains, de moindres probabilités d'hémorrhagies, par défaut d'adhérences, et par formation d'ulcérations suppuratives;

6° Nous avons prouvé que des hémorrhagies primitives ne pouvaient avoir lieu à la suite de ligatures bien appliquées avec des fils cirés ordinaires;

7° Nous avons fait voir que les hémorrhagies consécutives étaient moins fréquentes, et qu'il était beaucoup plus facile d'y remédier;

8° Toutes les prévisions théoriques exposées dans ces recherches ont été ensuite confirmées par l'étude des faits, et par conséquent nous avons pu élever ces preuves au degré de la certitude, puisque la théorie reposait sur l'expérience.

ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA.

M. Pellarin adresse de nouveaux documents sur le choléra de Givet.

Sans rien préjuger de l'opinion qu'adoptera l'Académie, dit M. Pellarin, quand elle se croira suffisamment édifiée pour en admettre et en sanctionner une sur la nature du choléra et sur ses causes, je tiens à ce qu'il soit dès à présent constaté que j'ai le premier signalé les gaz émanés des fosses d'aisances comme ayant causé le choléra, et ceux qu'exhalent les matières rendues par les cholériques comme étant l'agent ordinaire de transmission de la maladie. Je désire de plus en plus vivement que les moyens de préservation, certains suivant moi, qui dérivent de cette idée sur la nature et sur le mode de propagation du choléra, soient promptement mis en usage. Ces moyens sont les chlorures de soude et de chaux répandus dans les pièces où se trouvent des cholériques, surtout pendant la période des évacuations; l'attention d'éloigner d'eux et des personnes qui les soignent les matières qu'ils ont rejetées; la désinfection des fosses d'aisances, soit des établissements publics, soit des maisons particulières en cas d'épidémie de choléra.

La lettre de M. Pellarin est accompagnée de nombreux documents à l'appui, renfermant un historique succint de l'épidémie de Givet et une copie des divers rapports qu'il a adressés sur cette épidémie à l'autorité militaire.

—M. Delfraysse, ancien médecin des armées, à Cahors, soumet à l'Académie quelques observations relatives à la génération des oiseaux et des mammifères. Diverses expériences d'accouplement sur des espèces différentes l'ont convaincu que le premier accouplement donne la vie, et que les suivants sont destinés à transmettre les couleurs du mâle aux petits, car plus ces accouplements sont multipliés, plus est complète la ressemblance des petits avec les parents.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE.—PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend trois lettres de M. le ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi:

1° D'un rapport de M. le docteur Gigar (d'Angoulême) sur une épidémie variolique qui a sévi dans les communes de Nersac et de Soreuil;

2° D'un rapport de M. Anthouard (du Vigan) sur une semblable épidémie de la commune de Blandas;

3° D'un rapport de M. Thiriat sur une épidémie de fièvre intermittente à Dagneville (Vosges);

4° D'un rapport de M. Vannaque (de Compiègne) sur une épidémie de suette miliaire dans l'arrondissement de Compiègne.

M. Michel-Lévy écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

M. Denis (de Commercy), médecin en chef de l'hôpital de Toul, chargé d'une mission relative à l'épidémie de choléra, demande les instructions de l'Académie, qu'il dit n'avoir point reçues.

M. Delarue communique l'observation d'une femme atteinte de choléra vers le terme de la grossesse (elle devait accoucher dans une douzaine de jours). Depuis la veille elle ne sentait plus remuer son enfant. M. Delarue, ayant constaté l'absence des bruits du cœur et du souffle placentaire, se décida immédiatement à provoquer l'accouchement artificiel. La malade accoucha la nuit suivante d'un enfant mort, tout noir. A dater de ce moment, cette femme alla de mieux en mieux, et guérit parfaitement de son choléra.

M. Crépinet (de Landrecies) insiste pour que l'Académie examine la valeur de la méthode qu'il a proposée contre le choléra.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Scott (de Porstmouth) est présent à la séance.

Le président fait connaître ensuite le résultat du scrutin qui a eu lieu dans les sections réunies de pathologie chirurgicale, de médecine opératoire et d'accouchement, pour la nomination des cinq membres qui devront faire partie du jury de concours à la Faculté de médecine. Les membres élus sont MM. Bégin, Jobert, Gimelle, Villeneuve et Huguier.

M. le président prévient l'Académie que, vu l'urgence et le nombre des travaux en retard, il y aura séance samedi à l'heure ordinaire.

LAIT SOLIDE ET PATE DE LAIT D'ANESSE SOLIDE.

M. Chevallier lit, en son nom et celui de MM. Barthelemy et Bussy, un rapport sur une note relative à des laits solides purs et inaltérables et à une pâte de lait d'ânesse solide.

L'auteur de cette communication annonce qu'il est parvenu à l'aide de l'évaporation dans le vide, en faisant usage d'un appareil agitateur particulier et d'une température convenable, à obtenir une pâte demi-transparente solide qui, redissoute dans l'eau, a produit le lait primitif. Les commissaires n'ont point été convaincus par l'expérience de ce que l'auteur avait avancé. Ils sont unanimement d'avis que la préparation qui a été soumise à l'Académie ne peut nullement remplacer le lait d'ânesse; que, de plus, elle n'est pas susceptible de conservation; qu'au contraire elle s'altère avec une grande facilité; que cette altération est démontrée par les moisissures qui se développent sur cette préparation et sur l'odeur désagréable qu'elle exhale. (Adopté.)

SUC DE RÉGLISSE PURIFIÉ.

M. Chevallier lit, en son nom et celui de M. Soubeiran, un deuxième rapport sur une note relative à la préparation du suc de réglisse purifié, considéré comme substance alimentaire, par M. Longuet-Lecomte (de Saint-Quentin).

Il résulte de l'examen auquel se sont livrés les commissaires: 1° que l'inventeur de cette préparation ne purifie pas seulement le suc de réglisse; 2° que les mélanges et les pâtes confectionnés par cet industriel sont des préparations médicamenteuses, et ne peuvent être assimilées à des préparations alimentaires.

Les commissaires sont d'avis que la note et l'échantillon doivent être renvoyés à la commission des remèdes secrets, qui aura à demander, pour les examiner, les formules des préparations indiquées dans la note. (Adopté.)

REMÈDE CONTRE LE CHOLÉRA.

M. J. Guérin lit, au nom de la commission du choléra, un rapport sur une médication proposée par M. le docteur Guibert comme moyen de prévenir et de guérir le choléra.

Cette méthode, que l'auteur considère « comme un moyen infaillible de sauver tous les cholériques, et dont l'efficacité constante lui a été démontrée par une expérience journalière toujours heureuse, » consiste dans les moyens suivants: ipécacuanha, cataplasmes de farine de lin sur le ventre, et quatre ou cinq lavements d'eau de guimauve avec quelques cuillerées d'huile; puis des purgatifs avec le sel d'Epsom ou de Glauber.

Son traitement préservatif consiste à porter un sachet de camphre ou un emplâtre de poix de Bourgogne sur l'estomac, à vivre de viandes, d'œufs, de soupes grasses, etc.

La commission, dit M. le rapporteur, se réservant de discuter, dans son rapport général, les différentes médications proposées contre le choléra, ne croit pas devoir s'arrêter plus longtemps sur la communication de M. Guibert, qui ne se distingue de beaucoup d'autres du même genre que par la confiance exceptionnelle avec laquelle l'auteur propose ou reproduit ce qu'il y a de plus vulgairement connu. La commission propose en conséquence de répondre au ministre:

1° Que la médication proposée par M. Guibert rentre dans les méthodes les plus anciennement employées contre le choléra;

2° Qu'elle est fort loin de jouir de l'efficacité que ce médecin lui attribue;

3° Que sa communication, dépourvue de tout caractère scientifique et de toute observation pratique, ne mérite sous aucun rapport de fixer l'attention. (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

La parole est à M. Roux.

ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. Roux: Si je me rappelle bien le point de départ de cette discussion, il s'agissait de rechercher jusqu'à quel point était fondée une doctrine qui a eu pendant quelques années un grand retentissement, d'examiner la valeur des traitements alors en vogue contre certaines affections de l'utérus, de voir s'ils n'étaient point abusifs, et s'il n'y avait pas lieu d'y introduire quelques réformes. Telles sont, du moins, les questions qui ont été soulevées par le rapport de M. Hervez de Chégoin; ce sont ces questions qu'il s'agissait d'examiner. Il me paraît que la discussion s'est quelque peu égarée en s'écartant de ce point de départ. M. Velpeau, prenant en quelque sorte le contre-pied de la question, est venu exprimer une opinion très-hardie, savoir qu'il n'existe point d'engorgement chronique de l'utérus, et que l'on a pris jusqu'ici pour des engorgements des antéflexions et des rétroversions de la matrice. Avant de m'inscrire en faux contre cette opinion, j'exprimerai le regret que les questions soulevées dans le rapport n'aient pas été abordées; il en aurait jailli sans doute quelque lumière à cet égard. J'aborderai donc immédiatement l'examen des points en litige.

Je mettrai tout d'abord hors de cause les diverses dégénérations organiques, pour ne m'occuper seulement que des engorgements chroniques. Je ne me dis-

simule pas que le mot est très-élastique, et qu'on peut en étendre plus ou moins le sens. Nous sommes forcé néanmoins d'admettre, sans pouvoir en donner une définition exacte, un état pathologique différent des dégénérescences organiques, un état qui n'est ni l'hypertrophie ni l'inflammation chronique, qui est quelque chose de plus que l'hypertrophie, quelque chose de moins que l'inflammation, et que nous ne pouvons pas désigner autrement que sous le nom d'engorgement chronique. Je déduirai mes motifs de l'analogie des lésions de l'utérus avec celles des autres organes, des résultats du traitement, et enfin des faits fournis par l'anatomie pathologique.

Il y a des organes extérieurs que nous pouvons voir et palper, et où l'on peut constater l'existence d'engorgements chroniques consistant en un épaississement, une augmentation de volume, sans signes d'inflammation, encore moins de désorganisation organique. Cela se voit aux ouvertures muqueuses naturelles, dans les organes parenchymateux plus ou moins profondément situés, dans les amygdales, dans la glande thyroïde, dans le foie, dans la rate. On voit aussi des engorgements chroniques de la prostate, des testicules qui ne sont ni des squirrhes ni des dégénérations. On a vu également des engorgements chroniques de la langue, sans qu'il y eût d'inflammation.

L'analogie nous conduit donc à admettre l'existence d'une altération semblable dans l'utérus. Il serait étrange qu'il n'en fût point ainsi, quand on songe que l'utérus résume en lui un grand nombre de conditions qui favorisent la formation de ces engorgements; cet organe est en effet pourvu d'un grand nombre de vaisseaux, il est sujet à un flux périodique et appelé à remplir des fonctions qui ont souvent pour effet de déterminer des irritations plus ou moins vives. Tout porte donc déjà à présumer que l'utérus doit être sujet à des engorgements chroniques. Mais ces motifs pourraient ne pas paraître suffisants, nous allons en puiser de nouveaux dans l'observation clinique.

Je ne sais comment il faudrait envisager et appeler un état pathologique que j'ai vu très-souvent, et dans lequel l'utérus présente un gonflement sans déviation du col, sans antéversion ni rétroversion, dans lequel cet organe est lourd, pesant, douloureux, et où il existe un écoulement séreux ou glaireux, sans qu'on y voie la moindre trace de tumeur ni de désorganisation cancéreuse. Le traitement lui-même vient témoigner de l'existence de ces engorgements, car si l'on échoue quelquefois, on arrive assez souvent à ramener dans ce cas l'utérus à ses conditions naturelles.

Mais je prévois que M. Velpeau ne se contentera pas d'analogies et d'inductions. Après un défi comme celui qu'il a porté, il lui faudra des preuves matérielles. Les occasions manqueront peut-être longtemps pour montrer à l'esprit réfractaire de M. Velpeau, un exemple capable de le convaincre. Voici un fait que je vais lui rappeler. J'ai l'habitude d'accueillir les innovations; séduit dans le temps par le beau succès de M. Récamier, j'ai pratiqué deux fois l'extirpation de l'utérus; dans le premier cas, l'utérus était bien manifestement cancéreux; l'insuccès de cette entreprise m'ayant paru pouvoir être attribué à ce que la maladie était trop avancée, je crus devoir, dans une seconde circonstance, me guider d'après un principe alors très en faveur, savoir, qu'il ne fallait pas attendre, pour extirper les tumeurs cancéreuses, qu'elles eussent fait trop de progrès. En conséquence, cette fois l'opération fut pratiquée dès que la maladie nous parut suffisamment constatée. Que trouvâmes-nous? Non pas un utérus sain, assurément, mais pas l'ombre d'une altération organique; c'était un véritable engorgement chronique.

Resterait à examiner maintenant si l'utérus est réellement susceptible d'antéflexion et de rétroflexion, si cet état peut avoir lieu sans déviation du col, et s'il est vrai qu'on puisse confondre cet état avec l'engorgement. Je n'ai pas vu d'autres antéflexions et rétroflexions que celles qui sont inséparables de l'antéversion et de la rétroversion. Je ne comprends guère que le col de l'utérus puisse avec une anté ou une rétroflexion conserver sa conformation normale. Le col de l'utérus doit nécessairement être toujours plus ou moins dévié toutes les fois que la matière est infléchie dans un sens ou dans l'autre. Il ne me paraît donc pas possible de confondre un engorgement avec une inflexion de la matrice.

M. Roux termine par quelques considérations sur un état morbide ou plutôt une malconformation du col de l'utérus dont il dit avoir vu plusieurs exemples, le rétrécissement de l'orifice du col utérin, rétrécissement qui serait, suivant lui, une cause fréquente du malaise que les femmes éprouvent pendant la menstruation, et dans quelques cas même une cause de stérilité.

M. Dubois (d'Amiens) lit pour M. Hervez de Chégoin, absent, une note sur le sujet en discussion, dont nous extrayons les principaux passages.

M. Hervez de Chégoin s'est proposé, dans cette argumentation, de toucher seulement un des points qui a trouvé, de la part d'un des membres de l'Académie les plus expérimentés, une contradiction complète, les déplacements de la matrice et surtout leur curabilité.

Les antéversions sont plus fréquentes que les rétroversions, dit M. Hervez de Chégoin, parce que celles-ci réclament en général une conformation particulière, une excavation du sacrum; mais elles sont moins importantes, entraînent des accidents moins grands; elles ne sont que l'exagération de la position naturelle de la matrice et presque toujours compliquées d'abaissement. Leur réduction est facile et prompte, quand il n'y a pas de complication qui s'oppose à son application, mais leur tendance au retour est très-marquée. Ce retour, dans beaucoup de cas, se fait comme par un mouvement convulsif, ou par une élasticité rapide. Aussi ai-je souvent appliqué des narcotiques sur le point du passage des ligaments ronds. Les pessaires à cuvette et sans tige, très-utiles dans les simples abaissements sans antéversion bien marquée, sont insuffisants dans les antéversions avec mouvement élastique ou convulsif, parce qu'il faut quelque chose qui lutte contre ce mouvement, dont on triomphe par une action prolongée dont la tige représente le point d'appui, tandis que les autres pessaires chavirent dans le vagin et sont entraînés dans le sens opposé à la déviation.

Le diagnostic de l'antéversion paraît très-facile. Il est cependant trompeur. Quand le doigt introduit dans le vagin rencontre en bas et en arrière le col de la matrice, on conclut naturellement à une antéversion et on n'a pas quelquefois la pensée de chercher au delà, tandis que c'est là, un peu plus haut et plus en arrière encore qu'existe la maladie réelle, la présence du fond de la matrice qui forme avec son col un angle rentrant antérieurement : c'est une rétroflexion.

Mais ne dépassons point le point en litige, la rétroversion, ses symptômes et la curabilité qui a été totalement contestée.

Il en est des symptômes de la rétroversion comme de ceux de la pierre dans la vessie. Quelques femmes ont la matrice complétement rétroversée, sans aucun accident, comme quelques-unes portent leur matrice hors du vagin, entre les cuisses, excoriée par les urines, sans douleur, sans difficulté de marcher. En général, un malaise indéfinissable, une pesanteur, une douleur au sacrum, au coccyx, si superficielle que les malades y portent la main comme pour y saisir la cause de leur mal, qui consiste là, probablement, dans la compression des nerfs sacrés, une difficulté toute particulière d'aller à la selle qui résulte de l'obstacle opposé par le fond de la matrice aux matières fécales placées au-dessus, dont le poids et les efforts de la défécation augmentent encore le déplacement. Chez d'autres femmes, une sensation toute contraire, un allégement particulier et progressif par l'accumulation des matières fécales, non plus au-dessus, mais au-dessous du fond de la matrice qui se relève ainsi de plus en plus. La marche pénible, la station debout difficile, un tiraillement d'estomac, une défaillance imminente, et chez quelques femmes une douleur avec paralysie incomplète dans un bras; chez la plupart un état nerveux général, habituel, augmenté par la fatigue au point de produire un trouble cérébral qui tient de la folie et qui ne se calme que par la position horizontale.

Mais tous ces symptômes qui sont déjà une grande probabilité attendent encore l'examen local, le toucher. Il semblerait que rien n'est plus facile à constater que la présence du corps de la matrice; c'est ici cependant que l'écueil se présente. Cette tumeur placée quelquefois à moins d'un pouce de l'orifice du vagin, son volume considérable, sa consistance parfois peu marquée, sa fixité, éloignent l'idée de la matrice et font naître celle d'une tumeur accidentelle.

M. Hervez de Chégoin rapporte, à l'appui de ce qui précède, des observations récentes de guérisons de rétroversion de la matrice, par les procédés qui lui sont propres. Quant aux déviations congénitales, ajoute M. Hervez de Chégoin, il en est sans doute d'incurables. Je puis dire cependant que dans quelques cas, moins rares encore qu'on ne le croirait, les mêmes moyens ont eu le même succès.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE MÉDICALE DU CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE OBSERVÉ A L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE PENDANT LES MOIS DE MARS ET AVRIL 1849; par le docteur BARTH. — Broch. in-8°.

QUELQUES MOTS LUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA; par le docteur AMÉDÉE FOLLET (d'Amiens). — Broch. in-12.

Disons-le en commençant : cette histoire du choléra observé à la Salpêtrière est remarquable de précision. Il serait difficile de réunir en un petit nombre de pages un tableau plus vrai et plus complet de l'épidémie. La forme même de la description, les données statistiques sans cesse apportées à l'appui des affirmations, l'indication spontanée des points sur lesquels les circonstances n'ont pas permis à l'observation de s'arrêter autant qu'on l'eût désiré, les distinctions soigneusement établies entre les conditions diverses, telles que les différences d'âge, qui ont pu influer sur la symptomatologie, la marche ou la terminaison de la maladie, tout annonce que cet opuscule a été construit avec des matériaux *ad hoc*, où la convention et l'imagination ne sont entrées pour rien. D'un autre côté, si M. Barth n'a décrit rigoureusement que ce qu'il a vu, il a décrit tout ce qu'il a vu, et il en résulte que son histoire du choléra de la Salpêtrière n'a rien de spécial et ressemble, sur la plupart des points, à celle que donnerait sans doute l'épidémie en tout autre lieu. Nous ne faisons pas cette remarque dans une intention de blâme, mais seulement pour motiver le parti que nous croyons devoir prendre, de ne nous attacher, dans la brochure de M. Barth, qu'aux parties susceptibles d'offrir un intérêt particulier. Or cet intérêt peut venir ou de certaines particularités qui, bien qu'indépendantes du théâtre de l'observation, méritent néanmoins, par leur importance, d'être relevées comme éléments d'une histoire générale du choléra, ou de circonstances d'un autre ordre, liées directement aux conditions spéciales du lieu et de la population, et formant, dans l'histoire de l'épidémie, des traits distincts et inaccoutumés. C'est sous ce double point de vue que nous

jetterons un coup d'œil sur l'HISTOIRE MÉDICALE DU CHOLÉRA DE LA SALPÊTRIÈRE.

Relativement aux faits qui nous ont paru le plus dignes d'attention, parmi ceux qui ne semblent pas se rattacher aux conditions de la localité, nous signalerons d'abord les *rémissions* marquées que M. Barth dit avoir observées fréquemment. Les oscillations du pire au mieux et du mieux au pire étaient caractérisées surtout par la diminution ou l'augmentation de la diarrhée et du refroidissement. Ce n'était qu'après plusieurs alternatives d'amendement et de recrudescence que la maladie, reprenant son cours régulier, marchait progressivement vers la guérison ou la mort.

Mais ce ne sont pas seulement des rechutes après amélioration plus ou moins notable que l'auteur a rencontrées; ce sont encore de véritables *récidives*. Sur 224 malades, il en est 6 qui, après avoir été *guéries du choléra*, ont été frappées de nouveau; et la seconde attaque a été aussi bien caractérisée que la première. Quatre de ces six malades se rétablirent une seconde fois. Des deux autres, l'une succomba à une diarrhée qu'il fut impossible d'arrêter, la deuxième pendant la durée de la nouvelle attaque.

Le traitement adopté par M. Barth a été en général conforme à celui qui a été le plus généralement adopté. Maintenir ou rappeler le sang à la superficie; entretenir et activer la circulation capillaire de la peau ; conserver et raviver la chaleur des tégments par les frictions, les applications chaudes, les topiques rubéfiants, les boissons stimulantes et diaphorétiques; diminuer par les stupéfiants l'action organique pervertie qui préside aux supersécrétions morbides ; provoquer par le moyen des astringents le resserrement des orifices sécréteurs qui donnent passage à ces fluides; calmer les douleurs des membres et modérer les contractions spasmodiques de l'estomac par les sédatifs du système nerveux; telles sont les indications principales que M. Barth, comme tant d'autres praticiens, s'est efforcé de remplir. Nous nous sommes fréquemment et amplement expliqué sur ce mode de traitement; nous avons tâché de montrer combien une médication si exclusivement adressée aux symptômes laissait en oubli la cause morbide. Nous pouvons donc nous dispenser d'y revenir. C'est toutefois un devoir pour nous d'ajouter que M. Barth n'a pas été sans se préoccuper de la cause essentielle du choléra et des moyens de la neutraliser. Mais on ne s'étonnera pas qu'il n'ait retiré aucun fruit de ses tentatives, quand on saura qu'il n'a employé dans ce but que de prétendus spécifiques, tels que le *stachys anatolica*, le *haschisch*, le *sel marin*, ou (dans la supposition d'un ferment), le sulfite d'ammoniaque. Nous aurons occasion de dire plus loin quelle pratique peut seule, en l'état actuel de nos connaissances, être dirigée avec quelque chance de succès contre la cause essentielle du choléra.

Telle est donc la médication employée par M. Barth comme par la majorité des médecins. Mais il est un moyen spécialement expérimenté par cet auteur et sur lequel nous devons nous arrêter ; c'est l'usage interne du nitrate d'argent, dans le but de modifier la muqueuse intestinale et d'en modérer l'exhalation morbide. Cet agent a d'abord été administré en lavement à la dose de 15 à 25 centigr. dans 150 gr. d'eau distillée ; plus tard il a été donné en potion à la dose de 15 centig. pour 125 gr. de véhicule, afin de porter son action sur les intestins grêles; et enfin la solution médicamenteuse à ce degré de concentration ayant paru d'une saveur trop styptique, la quantité de nitrate a été réduite à 5 centigr. d'eau distillilée, sans adjuvant ni correctif. Ce sel était employé pendant un, deux ou trois jours, rarement plus longtemps.

Le principal effet de cette médication, au rapport de l'auteur, était de modérer le flux intestinal, et fréquemment au bout de huit ou dix heures la diarrhée était arrêtée. Quand l'effet n'était pas prononcé après trois ou quatre jours, le remède était considéré comme inefficace et abandonné. 53 malades ont pris le nitrate d'argent, quelques-unes en lavement, la plupart par la bouche ; mais il faut remarquer qu'elles étaient en même temps soumises à l'emploi des astringents, des opiacés et des moyens propres à ramener la chaleur. Sur ce nombre, 27 ont guéri. Cette proportion est très-considérable, surtout en tenant compte de l'énorme mortalité qui régnait alors à la Salpêtrière. Elle dépasse de beaucoup celle des guérisons obtenues sous l'influence des autres médications essayées par l'auteur. Ainsi l'emploi exclusif des astringents, des opiacés et des moyens caléfacteurs n'a donné que 29 guérisons sur 80 malades ; l'emploi des mêmes moyens, en y joignant le haschisch, 4 sur 23; en y joignant le sel marin, 6 sur 21, etc. Voilà certes un résultat comparatif bien favorable en apparence à l'emploi du nitrate d'argent contre le choléra ; et il faut reconnaître que si la suppression rapide du flux intestinal par un caustique avait sur la terminaison de la maladie une influence aussi avantageuse que les chiffres pourraient le faire supposer, il faudrait y voir l'indication capitale du traitement. Mais une difficulté se présente aussitôt à l'esprit. Le nitrate d'argent introduit par le rectum ne porte pas son action sur le foyer de l'hypersécrétion intestinale, c'est-à-dire sur l'iléon ; et introduit par la bouche, surtout à la dose indiquée, il rencontre aussitôt dans l'estomac et le jéjunum des chlorures alcalins qui doivent le réduire à l'état de chlorure d'argent insoluble et inerte. Tout le monde sait que c'est précisément par la réaction de l'hydrochlorate de soude sur le nitrate d'argent qu'on obtient le chlorure de ce métal, et que la décomposition est très-rapide. En songeant à cette difficulté, on se prend naturellement à douter de la faculté antidiarrhéique attribuée au nitrate d'argent. Le doute s'affermit d'autant plus que les données statistiques du mémoire manquent de certaines indications qui eussent pu faciliter la solution de la question. La mortalité à la Salpêtrière a varié beaucoup, on le verra tout à l'heure, suivant les âges. Le hasard a-t-il fait que les femmes encore jeunes (et il y en a en assez grand nombre dans la population de la Salpêtrière) aient été en proportion plus considérable dans la catégorie des malades traités par le nitrate d'argent que dans les autres catégories? C'est ce qu'il faudrait savoir. Le mémoire dit bien que le sel d'argent a été donné à des femmes *de tout âge;* mais dans quelles proportions ?

La difficulté valait la peine d'être indiquée. Nous n'en tirerons pas pourtant tout l'avantage qu'elle pourrait offrir. Nous ne devons pas oublier que, dans d'autres circonstances, les phénomènes produits par l'administration du nitrate d'argent ont paru témoigner clairement d'un effet général sur l'économie, par conséquent de l'absorption du médicament sous une forme mal déterminée encore, mais en tout cas différente du chlorure d'argent tel que le connaissent les chimistes, c'est-à-dire insoluble et inerte. Nous devons même ajouter que M. Mialhe regarde le chlorure d'argent résultant de la décomposition du nitrate dans les voies digestives comme pouvant être absorbé à la faveur *de l'excès des chlorures alcalins réagissants*. (TRAITÉ DE L'ART DE FORMULER, p. CCXXXVII.)

Nous arrivons aux circonstances de l'épidémie qui dépendent particulièrement des conditions propres au théâtre de l'observation. Ces circonstances sont surtout relatives au mode d'invasion, au phénomène de la réaction et à l'issue de la maladie.

Il n'est pas sans intérêt de constater que la loi aujourd'hui si bien établie de la constance des prodromes dans le choléra s'est complétement vérifiée chez les malades observés par M. Barth. Il a constaté la période prodromique 95 fois sur 100. C'est la proportion indiquée par tous les observateurs dans la généralité des cas ; c'est aussi celle assignée par M. J. Guérin dans son premier travail sur la cholérine. La vieillesse ne modifie donc pas la règle.

Il a été facile, à la Salpêtrière, de reconnaître l'influence exercée par l'âge sur la production de la réaction. Celle-ci était d'autant plus facile et plus prompte que les sujets avaient plus de jeunesse et de force. Dans la décrépitude, la chaleur et la circulation, beaucoup plus lentes à se rétablir, étaient aussi plus difficiles à conserver. Souvent les vieilles infirmes, après s'être un peu réchauffés, se refroidissaient de nouveau, et, chez plusieurs, on a vu, à cinq ou six reprises, les mêmes alternatives se succéder avant le retour définitif de la chaleur.

La vieillesse a singulièrement favorisé le mouvement de la mortalité. Sur 230 cas (y compris les six récidives) traités dans une période de six semaines, et dont la très-grande majorité appartenaient à des vieillards, 162 ont été suivis de décès. Cette effrayante mortalité ne peut s'expliquer que par les infirmités, l'affaiblissement physique et moral où se trouvent la plupart des habitants de la Salpêtrière. Et pour qu'on ne puisse pas révoquer en doute cette influence de l'âge, l'auteur a dressé un tableau duquel il ressort que la mortalité, qui n'a été que de 10 pour 100 dans la jeunesse, est montée à 30 dans l'âge adulte, a dépassé 60 dans l'âge mûr, et atteint près de 80 dans la vieillesse. Le bénéfice de la jeunesse et de la force a été évident surtout chez les filles de service. Sur 22 cas de choléra (dont 11 graves, 8 moyens et 3 légers) observés chez les infirmières, toutes âgées de moins de 46 ans, et jusque-là bien portantes, on n'a eu que 3 morts à déplorer ; ce qui donne une proportion de plus de 86 pour 100 de guérisons, contre moins de 14 pour 100 de mortalité.

Nous disions plus haut que, dans l'ignorance où l'on est de la nature de la cause spécifique du choléra et des médicaments susceptibles de le *neutraliser* à proprement parler, il y avait encore un moyen d'en prévenir les effets : ce moyen, c'est de l'*expulser* à l'aide des évacuants, spécialement des vomitifs. Si nous voulions démontrer encore une fois l'opportunité et les avantages de la méthode évacuante sur laquelle nous avons si souvent insisté dans ce journal, nous n'aurions qu'à résumer la brochure substantielle où M. Amédée Follet (d'Amiens) a condensé en quelques pages les meilleures raisons qu'on puisse invoquer en faveur de cette méthode. M. Follet fait valoir avec talent et vigueur les considérations qui rendent extrêmement vraisemblable, sinon certaine, la nature miasmatique de la cause du choléra, et il en déduit la conséquence que le traitement de cette affection doit être celui des empoisonnements. Le traitement de tout empoisonnement repose sur quatre indications principales : 1° soustraire le malade à une intoxication ultérieure ; 2° expulser le toxique ; 3° neutraliser celui qui reste dans l'économie ; 4° surveiller les réactions. Donc il faut, dans le

choléra, éloigner le malade des endroits occupés par le miasme épidémique, principalement des endroits humides et mal aérés, où il prend d'ordinaire plus d'activité ; — aider la nature dans son travail d'élimination, à l'aide des vomitifs et des purgatifs ; — dans l'impossibilité de neutraliser chimiquement le poison, produire une sorte de neutralisation *dynamique* en provoquant dans l'organisme des effets opposés à ceux du poison, en stimulant la vitalité défaillante, en ramenant la chaleur, etc.; — enfin prévenir par la glace, les antiphlogistiques, quelquefois l'opium, la formation des congestions viscérales qui sont souvent la conséquence de la réaction.

Tel est le traitement préconisé (sauf, bien entendu, les modifications commandées par les cas particuliers) par notre confrère d'Amiens. C'est, on le sait, à peu de chose près, celui que nous avons toujours recommandé et employé.

VARIÉTÉS.

— Dans notre dernier feuilleton, nous avons exprimé le regret que la croix de chevalier, demandée en faveur de M. Masselot par ses chefs médicaux et administratifs, ne lui ait pas encore été accordée ; nous apprenons que l'honorable médecin en chef du Val-de-Grâce, après avoir inutilement frappé à toutes les portes pour faire décerner cette distinction à son chef de clinique, a été plus heureux dans un appel indirect qu'il lui a été donné de faire à la justice du président de la république. M. Masselot est enfin décoré : honneur et grâces en soient rendues au chef de l'État, plus empressé que l'ex-ministre de la guerre d'honorer le dévouement obscur et modeste d'un sous-aide; honneur aussi à une délicate et intelligente intervention qu'il ne nous est point permis de nommer, et qui n'a pas voulu que l'indifférence ou la lenteur du ministre entravât la justice du président!

— Le MONITEUR vient de publier un ordre du jour du ministre de la guerre qui punit un membre élevé du corps des officiers de santé militaires pour avoir fui devant le choléra.

La société a trop besoin de voir revivre le respect de l'autorité pour que je m'élève contre une mesure qui était d'ailleurs dans les attributions de celle-ci. Je n'examinerai pas davantage s'il était convenable de donner un tel retentissement à un fait que l'on avoue avoir été le seul jusqu'alors. Je ne chercherai pas non plus si cette publicité était bien politique dans un temps où une foule de chirurgiens militaires, et des plus distingués, s'empressent de quitter une carrière semée pour eux de dégoûts incessants. Je me bornerai à faire observer qu'on se hâte bien de mettre en évidence un oubli *unique* de devoirs sacrés, alors qu'on méconnaît des centaines de dévouements d'autant plus méritoires, d'autant plus héroïques, qu'ils sont payés par l'ingratitude et l'injustice. Que l'on compare la manière dont a été célébrée et récompensée la conduite de quelques médecins civils, de quelques administrateurs peu nombreux. Que l'on se souvienne du désintéressement des sous-aides du Val-de-Grâce, et de l'injurieuse exclusion qui les privait de décorations accordées à tant d'autres ! Et, pour terminer, que l'on mette en regard du stigmate imprimé au front d'un officier de santé de l'armé, la note suivante, copiée dans le dernier numéro du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES :

« Le corps des chirurgiens militaires, et en particulier des aides et sous-aides-majors, se plaint d'être victime, depuis quelque temps, d'un mauvais vouloir systématique. Il est à remarquer, en effet, que, soit après les émeutes sanglantes de l'année dernière, soit pendant le choléra, où les aides et sous-aides de la chirurgie militaire ont fait preuve de tant de zèle et de dévouement, aucune décoration, aucune récompense officielle ne leur a été accordée. Voici un fait qui manifesterait plus nettement encore la malveillance supposée d'une certaine partie de l'administration à leur égard. M. Pelletier, docteur en médecine, chirurgien sous-aide aux Invalides, est mort il y a quinze jours du choléra, dont il avait été attaqué en soignant les cholériques de son service. Avis de son décès a été donné aussitôt à l'intendance, qui a dû demander à l'état-major de la place un piquet d'infanterie pour assister aux funérailles. Mais la place n'a rien envoyé, et les obsèques ont eu lieu seulement en présence des amis du défunt. M. Pelletier n'avait-il pas droit à être traité comme un officier tombé sur le champ de bataille, et devait-on aller jusqu'à refuser les honneurs militaires au brave jeune homme qui s'était dévoué à un grand et noble devoir d'humanité? »

Ancien chirurgien militaire, je sens encore si vivement tout ce qui peut blesser nos confrères de l'armée, que je n'ai pu résister au besoin d'exprimer ici ma surprise douloureuse et ma haute sympathie pour eux.

Veuillez donc, monsieur et cher confrère, accueillir ce peu de mots à l'adresse de mes bons et dévoués camarades, fort reconnaissants, j'en suis assuré, de la bienveillance que vous leur avez témoignée.

PROSPER MEYNIER,
D. M. P., premier lauréat des hôpitaux militaires d'instruction, chirurgien aide-major démissionnaire.

CHOLÉRA DANS LES DÉPARTEMENTS.

TOULON, 28 octobre. — Dans cette ville, le choléra n'a plus aucun caractère alarmant. Les cas nouveaux sont rares, et l'on n'attribue journellement qu'un petit nombre de décès à l'épidémie régnante. Aussi Toulon reprend-il insensiblement son aspect ordinaire. Depuis le 1er septembre, l'état civil a enregistré plus de 1,200 décès, dont 900 environ considérés comme cholériques.

ÉTAT CIVIL DE TOULON.

	Décès. Ordinaires.	Cholériques.	Totaux.
Journée du 25 octobre	2	6	8
— 26 —	10	5	15
— 27 —	6	»	6
— 28 —	6	2	8
— 29 —	7	8	15
	31	21	52

ÉTAT CIVIL DE MARSEILLE.

	Décès ordin.	Décès cholér.
Journée du 28 octobre	7	8
— du 29 —	12	12
	17	20

SOMME. — Le choléra a éclaté à Abbeville le 7 mai ; il y a exercé ses ravages jusqu'au 6 octobre inclus, c'est-à-dire pendant 153 jours. Le nombre de ses victimes est de 370.

Du 7 au 31 mai	154 décès.
Mois de juin	135 —
Mois de juillet	24 —
Mois d'août	25 —
Mois de septembre	29 —
Du 1er au 6 octobre	3 —
Chiffre égal	370 —

En 1832, le chiffre total des décès causés par le choléra à Abbeville a été de 399; il avait commencé le 18 avril et n'avait cessé que fin octobre.

Depuis le 13 octobre, le choléra a enfin disparu de Mareuil, après avoir enlevé 43 personnes. Mareuil compte 600 habitants : c'est donc 7 pour 100 que cette commune a perdu par le choléra, ou une personne sur 14. Le nombre des décès, en dehors du choléra, est encore très-élevé, et en somme, Mareuil est littéralement décimé depuis trois mois.

BULLETIN DU CHOLÉRA A ALGER.

	Entrées.	Décès.	Sorties.
Hôpitaux militaires :			
Du 20 au 22 octobre.	11	2	20
Du 22 au 24 —	20	9	7
Dans la population civile :			
Du 20 au 22 octobre,	11	18	2
Du 22 au 24 —	4	13	1
	46	42	30

ÉTAT CIVIL MUSULMAN.

Du 14 au 21 octobre.	Néant.			
21 au 22 —	En ville,	1 mauresque	1 mozabite	
22 au 23 —		1 maure	1 —	1 négresse.
23 au 24 —		1 —		

Le choléra sévit à Oran d'une façon cruelle. Depuis qu'il s'est déclaré dans la ville, on a constaté 158 décès jusqu'au 20, dans la population civile. Dans cette statistique ne sont pas compris les décès militaires qui sont également très-nombreux. Le 18 octobre, il y a eu 31 décès à l'hôpital. Le 19, 25 entrées, 26 décès. Deux officiers d'administration des hôpitaux ont succombé, ce sont MM. Lefort et Bertelouet, appartenant l'un à l'hôpital d'Oran, l'autre à celui d'Arzen.

Le maire d'Oran a dû demander des condamnés militaires pour remplacer les Espagnols qui refusent de creuser les tombes, 30 cholériques décédés en ville n'auraient pu être enterrés jusqu'à présent. Lorsque le convoi de M. Biottot, agent comptable militaire, est arrivé au cimetière la fosse n'était pas faite.

Douera a été également envahi par le choléra ; il y a eu quelques décès depuis trois ou quatre jours.

Coléah, épargné jusqu'ici, vient de payer son tribut au fléau. La première victime est un brigadier de gendarmerie, qui a été emporté en quelques heures.

Depuis, on a eu à déplorer 20 décès jusqu'au 16 inclusivement, ainsi répartis :

Daouada du 2 au 15 octobre.	6 cas,	4 décès.
Chaïba	1 —	1 —
Hôpital militaire de Coléah	27 —	15 —

— Le *Phénicien*, arrivé le 30 au soir à Marseille, apporte des nouvelles d'Oran, qu'il a quitté le 25. Le choléra sévit avec violence dans la ville. Le chiffre des décès cholériques s'est élevé, le dimanche 21 octobre, à 228 civils et militaires !... La panique s'est emparée de la population, qui émigre dans les villages de l'intérieur. Le vapeur de l'État, *l'Euphrate*, qui fait le service entre Oran et Tanger, a perdu 6 hommes d'équipage en un jour. Au départ du *Phénicien*, l'épidémie paraissait entrer dans la période décroissante et le nombre des morts qui, le 21, avait été si élevé, n'était plus, le 24 courant, que de 48.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : MALADIES DE L'UTÉRUS. — DE L'OZONE.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine a eu lieu lundi dernier. Nous lui refusons absolument l'épithète de *solennelle*. En cela, nous ne pensons pas chagriner beaucoup l'administration de l'École. Il lui serait si facile, à ce qu'il semble, d'échanger pour un jour l'étroit amphithéâtre du lieu contre une de ces vastes salles si facilement ouvertes par l'autorité aux réunions politiques; d'ajouter à ses quatre ou cinq lés de coutil rouge et à son estimable massier quelque autre petit ornement propre à réjouir la cérémonie; puis, ayant ainsi de quoi traiter convenablement les gens, de convier un cercle choisi d'illustrations scientifiques ou littéraires, comme nous l'avons vu faire du temps de Pariset pour la séance annuelle de l'Académie; tout cela, disons-nous, serait si facile à l'administration qu'il y a lieu de supposer qu'elle regarde la chose comme superflue. A notre avis, c'est une faute. L'éclat d'une fête en rehausse l'effet moral. On peut nier l'opportunité de la fête elle-même; mais si on la croit bonne, comme de fait, il faut au moins une mise en scène convenable. Celle qui se perpétue depuis nombre d'années à la Faculté est vraiment insuffisante. Nous ne connaissons rien, par exemple, de plus disgracieux que ces deux rangs de robes rouges plaquées, faute d'espace, contre l'estrade, le premier rang regardant le public, le second lui tournant le dos, les honorables professeurs ainsi placés face à face et croisant les genoux comme dans une voiture publique. Un autre inconvénient sur lequel nous appelons spécialement l'attention de M. le doyen, ce sont ces éboulements d'hommes qui viennent à chaque instant interrompre l'orateur, troubler désagréablement l'harmonie de ses périodes et tourner en rire universel les applaudissements prêts à éclater. Nous ne demandons pas que la *masse* antique soit employée à réprimer les envahissements; mais il y aurait un moyen simple et plus pacifique de soustraire l'assistance à la pression du dehors; ce serait de fermer les portes, l'amphithéâtre une fois rempli, et de régler ensuite les entrées d'après le nombre des sorties. C'est ce qu'on fait dans la plupart des réunions publiques, et ce qu'on ne trouve pas contraire aux usages républicains, même à l'Assemblée nationale.

Deux discours ont été prononcés, l'un par M. le professeur Denonvilliers, l'autre par M. le doyen.

Le discours de M. Denonvilliers, qui avait pour objet l'éloge de Blandin, a brillé surtout par un mérite : l'élégance de la forme, assez bien soutenue par la diction. Le style en est facile, clair, châtié, visant un peu trop parfois à l'image. On y a remarqué et applaudi plusieurs pensées délicates, gracieusement rendues. Quant au fond, la physionomie de Blandin, celle de son talent, de son caractère, de ses habitudes, a été généralement bien comprise par l'orateur. Blandin était bien cet homme simple, modeste et un peu timide, cet esprit sage, cet orateur méthodique, cet observateur scrupuleusement exact, ce travailleur infatigable, cet ami du devoir et de la discipline, qui nous a été dépeint. Sur tout cela, le discours de M. Denonvilliers renferme une appréciation qui n'est pas sans justesse et sans finesse : c'est par là qu'il mérite d'être loué. Mais il faut bien dire que, sans être trop exigeant, on pouvait attendre d'un discours de cette nature des qualités plus solides. Un éloge n'est une œuvre tout à fait digne du genre qu'autant que la figure du personnage est étudiée sous le reflet de l'époque où il a vécu. Une individualité n'est jamais isolée dans le monde; ou elle s'adapte au moule de son temps, ou elle y résiste et forme un disparate; c'est, dans les deux cas, un sujet d'étude plein d'intérêt. Il faut aussi que le portrait soit encadré de quelques idées générales, de quelques vues philosophiques, propres à relever l'ensemble du tableau. Un panégyrique est ce qu'on nomme en peinture une *composition*, et de la nature de celles dites *paysages historiques*, où l'art consiste dans une disposition habile des accessoires autour de la figure principale. Ainsi procédaient les grands panégyristes du siècle dernier. M. Denonvilliers n'a pas fait un tableau, mais un portrait seulement, un portrait détaillé et minutieux, un portrait *léché*, mais rendu terne par l'insuffisance de la lumière. Nous ajouterons même que cette peinture de Blandin, généralement exacte comme nous avons dit, n'est pourtant pas d'une ressemblance absolue, en ce sens que si on ne lui attribue aucun trait qu'il n'ait eu en effet, on lui en refuse d'autres dont, suivant nous, il était loin d'être dépourvu. M. Denonvilliers limite trop le mérite de Blandin à l'exactitude de l'observation, à cette sagesse un peu vulgaire qui ne commet jamais d'écarts parce qu'elle ne quitte pas les routes tracées. L'honorable orateur a même caressé avec tant de soins cette pensée, il l'a présentée sous une telle forme, qu'il semblait accuser une sympathie secrète pour cette nature d'esprit, et louer une qualité plus que regretter une imperfection. Blandin valait mieux que cela; il pouvait n'être pas érudit, mais il n'était pas étranger aux procédés du *vrai savant*. Il était *homme de pratique*, sans doute, mais il ne dédaignait pas, comme d'autres, de vivifier la pratique par la théorie. Nous avons cru devoir cette réserve à la mémoire de Blandin.

On a encore remarqué dans le discours de M. Denonvilliers un défaut de méthode qui l'a entraîné dans de nombreuses répétitions. Nous avons compté trois ou quatre appréciations de la nature d'esprit de Blandin, cinq ou six sorties en règle contre les adversaires du concours. Nous ne sommes pas suspects dans cette question, nous qui avons toujours soutenu le principe du concours; mais il faudrait, pour le défendre avec succès, d'autres arguments que ceux dont nous avons entendu, pour la centième fois, la reproduction; il ne faudrait pas surtout présenter l'application actuelle du principe comme une perfection. Le concours est une institution bonne en soi, qui peut et doit se maintenir, mais à la condition qu'on en élargisse la base, qu'on l'entoure de plus de garanties. M. Denonvilliers parle, quelque part, de gens *à qui rien ne réussit*. Ceux-là ont bien tort; mais il n'y a pas que l'insuccès qui trouble le jugement : il y a aussi la satisfaction personnelle. On souhaite facilement pour le bonheur de l'humanité la continuation d'un état de choses dont on se trouve bien soi-même.

Quoi qu'il en soit, le discours de M. Denonvilliers, dont la longueur et la forme monotone avaient un peu fatigué l'attention, mais ranimé à la fin par le récit d'anecdotes touchantes, a été suivi d'une triple salve d'applaudissements.

M. Bérard a pris alors la parole pour remercier les élèves de leur belle conduite pendant la dernière épidémie; et tout ce qu'il a pu trouver de charme dans son style, de sentiments affectueux et élevés dans son cœur, de bonhomie malicieuse dans son esprit, de douceur dans sa voix, il l'a réuni dans cette allocution paternelle. Il a parlé avec une émotion sentie de ces jeunes victimes du dévouement tombées dans les hôpitaux, et mortes

---

Feuilleton.

A DÉFAUT DE LA LOI, LE CHATIMENT MORAL.

O sacra reverentia plebis! (Juv.)

Il y a dans la société, et même dans l'esprit humain, une fatale propension à admirer le succès, à s'incliner quand il a lieu; le monde, en général, est plein de respect pour l'habileté, quels que soient son principe, son but et ses effets. Le fétichisme du succès a d'immenses prosélytes, parce que le contraire suppose un examen libre et sévère, une force d'esprit, une rectitude de jugement qui sont assez rares. A cette approbation irréfléchie du succès, se joint nécessairement un défaut capital : c'est de juger par les apparences; elles nous entraînent, elles nous séduisent et nous enveloppent pour ainsi dire à notre insu et malgré nous. Ce que nous venons de dire peut s'entendre d'une infinité de choses et s'adresse à une multitude de personnes, surtout dans notre société, où tout procède du calcul, des combinaisons et des ruses de l'intérêt, où l'on ne fait pas grand compte de ce qui se base sur l'abnégation, sur le sacrifice.

Toutefois, sans sortir de notre profession, on pourrait appliquer le sens de nos paroles aux grands prêtres du charlatanisme, à ces hommes qui, faisant de la fraude et de l'audace suivies, calculées, méthodiques, une branche d'industrie médicale, n'ont qu'un seul but, l'intronisation insolente de la cupidité victorieuse. J'ai réussi; je me suis enrichi à tromper le public, donc j'ai raison, et tout blâme doit s'effacer. Malheureusement cette perpétuelle apothéose du succès dont nous avons parlé, détruisant toute moralité, vient à leur secours, et ne les aide que trop dans leur entreprise. Mais, et remarquons ce point, car il est capital, il faut que l'empirique ou l'homme à remèdes secrets s'enrichisse, et beaucoup : c'est la condition de rigueur, c'est la nécessité de la position. Un homme a forfait à l'honneur de la profession; monté sur les tréteaux du journalisme-annonce ou des pamphlets clandestins, il a contaminé sur tous les points la robe doctorale; il a vendu son âme au démon de la fortune; il a eu le courage de descendre à plat ventre les plus bas degrés de l'industrialisme médical, et néanmoins cet homme n'a pas réussi. Pour lui la fortune a été aveugle et rebelle. A coup sûr il n'est pas de pire position. Se débattre comme il peut contre l'opinion qui l'écrase, s'effacer le plus possible,

Compter dans son avoir ses recettes de honte,

il n'a pas d'autre perspective. Personne ne le plaint, nul ne lui tend la main; on sait ce qu'il est, ce qu'il a voulu, ce qu'il a tenté. Quelle pitié cet homme peut-il inspirer? Le mépris, la misère, le corbillard du pauvre et l'oubli, voilà désormais son partage. Mais il n'en est pas de même de celui qui, par plus d'adresse, de finesse ou d'effronterie, sait jeter le filet sur le public et capter sa confiance : cet homme s'enrichit, et quoique l'or qu'il amasse soit couvert de boue, ce n'en est pas moins de l'or avec son essor, une puissance. Quelques âmes faibles trouvent alors une espèce d'excuse dans sa conduite; le *stuprum* ne paraît pas aussi ineffaçable; et comme l'or a achevé de corrompre sa conscience, d'exalter son amour-propre, cet écornifleur de renommées scientifiques espère que sa richesse

debout, si on peut le dire. De vives acclamations ont accueilli plusieurs fois ses paroles (1).

M. Bérard a profité de l'occasion pour indiquer l'opinion qu'il comptait soutenir dans les grandes questions d'intérêt médical mises ou à mettre à l'ordre du jour, celles du charlatanisme, des deux ordres de médecin, de l'enseignement. Ce n'est pas le moment de nous occuper de questions professionnelles, et nous ne songeons même pas à relever quelques traits, peu méchants du reste, décochés par l'honorable doyen contre l'enseignement libre.

— De la Faculté de médecine, passons à l'Académie.

M. Velpeau, dont l'opinion sur les engorgements utérins avait servi presque exclusivement de texte à la discussion, a pris la parole dans la dernière séance, et l'on a pu voir, dès les premiers mots de son discours, combien il est bon quelquefois de s'expliquer. L'honorable académicien a eu du malheur. Une première fois, on avait pu comprendre qu'il contestait l'existence de l'engorgement du corps et du col de la matrice; il fut obligé de déclarer qu'il n'avait entendu parler que du corps. Dès lors il niait donc que le corps de l'utérus fût quelquefois engorgé? Point, et c'est le second *quiproquo* dont M. Velpeau a été victime. M. Velpeau a voulu dire seulement qu'il n'en avait jamais vu d'exemple, mais sans nier qu'on pût en rencontrer. Quand M. Moreau lui en citait un cas, M. Roux un autre, M. Huguier une douzaine, s'il disputait sur la vraie nature du mal, c'était en considération de difficultés de diagnostic qui avaient pu égarer ces messieurs. Et encore, non; car il a soutenu de nouveau que M. Roux, dans la fameuse histoire d'ablation de matrice, n'avait pas pu se tromper, et que s'il avait extirpé l'organe comme cancéreux, c'est qu'il l'était réellement. Le compliment serait flatteur si M. Velpeau n'en exigeait pour prix l'aveu d'une autre bévue; car si M. Roux accordait que la matrice était cancéreuse, il lui faudrait avouer qu'il n'a pas su reconnaître le cancer à l'examen anatomique, et qu'il avait vu plus clairement l'état de l'organe dans le bassin que sur la table.

M. Velpeau ne nie donc pas absolument l'existence de l'engorgement du corps utérin : il le croit seulement très-rare. Et à ce sujet, il n'a pas manqué de tirer le parti que nous avions prévu du mélange d'altérations assigné par M. Huguier à l'engorgement. Nous disions que M. Velpeau n'ayant contesté ou paru contester que l'engorgement simple, il serait bon, toute question de doctrine et de philosophie médicale à part, de lui opposer des exemples d'engorgements exempts de complications; c'est ce qu'a répété l'orateur. Mais là il a rencontré lui-même un écueil. Quand il lui a fallu dire clairement ce qui faisait, à ses yeux, la *simplicité* de l'engorgement, il y a mis tant de conditions, tant de *si* et de *mais*, qu'on en est venu à regretter la concession qu'il avait faite tout d'abord relativement à la *possibilité* de l'engorgement simple du corps. S'il faut, pour que l'engorgement ait ce caractère, qu'il n'y ait pas la plus petite végétation de la muqueuse, la plus mince granulation, le moindre écoulement glaireux, nous déclarons, nous, que l'engorgement utérin n'est pas *possible*. Nous enchérissons sur M. Velpeau, et nous portons le défi de nous montrer un engorgement simple, non plus seulement du corps, mais même du col; nous portons ce défi à M. Velpeau lui-même, qui regarde le col comme susceptible de s'engorger assez souvent.

M. Velpeau ne s'est pas aperçu que la plupart des arguments par lui invoqués contre l'engorgement du corps s'appliquent également à celui du col, et retombent par ricochet contre sa propre opinion. S'emparant avec habileté d'une définition de M. Roux dans laquelle l'engorgement est présenté comme n'étant ni une phlegmasie chronique, ni une hypertrophie, ni une congestion passive, il en a conclu que ce n'était rien du tout. Soit. Nous ne défendons pas la définition de M. Roux. Mais alors l'engorgement du col, qu'est-ce donc? S'il existe une granulation, une légère végétation, etc., l'engorgement n'est pas simple; s'il y a un peu d'écoulement, c'est une phlegmasie chronique. Donc il n'y a pas d'engorgement simple du col! Voilà le raisonnement qu'on pourrait appliquer à tous les engorgements possibles.

Mais la question est maintenant jugée, et il serait plus qu'inutile de s'y arrêter plus longtemps. Sans se rendre aux exigences extrêmes de M. Velpeau à l'endroit des engorgements, il est avéré que le corps, comme le col, est susceptible de ce genre d'altération. Quelle que soit la possibilité d'erreurs de diagnostic, il est hors de doute que l'engorgement du corps est très-accessible à nos moyens d'investigation. M. Amussat s'est particulièrement appliqué, mardi dernier, à mettre ce point en lumière, et il l'a fait avec toute la science pratique qui le caractérise. Il a indiqué avec beaucoup de précision tous les éléments du diagnostic, ceux qui ne laissent aucun doute sur l'engorgement du col, et ceux qui attestent l'extension du mal au corps lui-même. Il a spécialement appelé l'attention sur le cathétérisme de l'utérus, moyen encore peu connu et encore moins pratiqué.

Quand nous disons que la question de l'engorgement est vidée, nous parlons seulement de la question anatomique, de celle qu'avait soulevée M. Velpeau; car la question pathologique, celle qui concerne l'étiologie, la nature et la thérapeutique de cette altération, est loin encore d'avoir été traitée avec le soin et de la hauteur qu'elle mérite. Toutes ces distinctions minutieuses, ces séparations arbitraires des diverses lésions de l'utérus qu'on opère en rompant le lien qui les rattache à leur origine, cette préoccupation exclusive de l'élément anatomique aux dépens de l'élément étiologique, sont le signe d'une fâcheuse tendance en philosophie médicale. Distinguer avec soin les cas où la muqueuse qui double l'utérus engorgé est rouge, de ceux où elle ne l'est pas; faire deux maladies réunies par le hasard, de l'engorgement utérin et de la petite végétation qui peut l'accompagner, au lieu d'y voir le produit commun d'une même condition morbide, c'est tomber dans un organicisme étroit et stérile contre lequel M. Gibert, dans un discours empreint peut-être de quelque exagération, a eu néanmoins raison de protester. Nous ne sommes pas disposé à nier autant que ce dernier les progrès imprimés par la chirurgie moderne à la thérapeutique des affections utérines; nous attribuons plus d'importance que lui au traitement topique de quelques-unes d'entre elles Tout en proclamant bien haut la nécessité, dans la majorité des cas, de traiter l'économie avant de traiter le mal local, nous croyons par expérience qu'on ne procure ou qu'on n'achève la guérison de certaines leucorrhées, entretenues par des lésions folliculaires, par exemple, qu'à l'aide de la cautérisation. Mais en faisant toutes ces concessions à la chirurgie moderne, nous n'en sommes pas moins convaincu qu'elle prend trop souvent, quoi qu'elle en puisse dire, l'effet pour la cause, et que sa thérapeutique porte la peine

(1) Nous aurions été heureux de reproduire le discours de M. Bérard et celui de M. Denonvilliers si ces honorables confrères n'avaient pris soin de les publier dès mardi et jeudi dans deux autres journaux.

---

fera oublier les moyens qu'il a employés, que le charlatan opulent abritera le charlatan impudent, que la fortune suffit pour le placer parmi les gens d'honneur qui marchent le cœur pur et le front haut. Eh bien! cela n'est pas; c'est là une grande, une complète erreur. La fortune ne porte point avec elle l'absolution des moyens qu'on emploie pour l'acquérir. Cet homme apprend tôt ou tard cette formidable vérité, hautement proclamée dans l'antiquité : *Nihil timere, nisi turpem famam*, qu'il ne faut rien craindre, à l'exception d'une réputation d'infâme, et cette réputation l'a marqué au front d'une auréole de fange. Beaucoup de gens disent : Il s'en moque, il a des écus. Non, il ne s'en moque pas; car il est plus difficile qu'on ne croit d'obscurcir et de souiller le moi moral, responsable devant la conscience et la loi. Cet homme sait ce qu'il est, ce qu'il vaut, et surtout ce qu'on pense et ce qu'on dit de lui. Cloué au carcan du mépris public, qu'importe que ce carcan soit d'or ou de bronze? c'est une flétrissure morale qui ne trompe personne, et peut-être moins le charlatan que tout autre. Quoi qu'on fasse, il y a dans le mépris des honnêtes gens et des confrères quelque chose qui tombe de haut et qui accuse. Aucun charlatan, qu'on le croie bien, ne s'y méprend; aucun ne se fait illusion.

Ce qui trompe toujours, ce sont les apparences; on voit une espèce de médecin qui se moque de la loi, bravant l'opinion publique, preuve certaine qu'il aurait trop à compter avec elle. S'est-il largement enrichi, il donne dans le faste; il étale un luxe inaccoutumé; il prend le ton haut, et on le croit parfaitement heureux. S'il était possible de descendre dans le for intérieur de sa conscience, on verrait qu'il n'en est rien. Cet homme, placé en dehors de la communion fraternelle, ne supporte qu'avec peine une pareille position. Cette espèce d'ostracisme, dont il apprécie très-exactement la justice et les conséquences, l'a blessé au cœur beaucoup plus vivement qu'on ne le pense, et surtout qu'il ne le dit. « Le mépris parle jusqu'à l'oreille de la tortue, » dit un proverbe indien; soyez sûr qu'il a parlé jusqu'au dernier repli du cœur de l'homme qui a dégradé sa profession autant qu'il était en lui, qui a méconnu les vieilles et salutaires maximes de la sagesse pratique. Jamais la richesse n'a compensé un pareil malheur. Ce n'est pas, grâce à Dieu, que nous osions médire de la fortune, surtout à notre époque d'aurolâtrie. Insulter les écus, oh! c'est presque un sacrilége, car nous n'avons plus aujourd'hui que ce crime de lèse majesté; mais enfin cela ne suffit pas toujours. L'or donne bien des choses, rien de plus connu : il donne la considération factice, le servilisme, l'obséquiosité; il donne tout, à l'exception de l'estime, et voilà précisément ce que voudrait le charlatan enrichi. Mais cette folle soif de l'impossible, véritable soif de Tantale, ne sera point satisfaite. C'est, dans un sens moral, l'histoire d'Aman et de Mardochée. Ce qui le prouve, c'est que, dans telle circonstance où cet homme aurait besoin d'un témoignage d'estime publique, ce témoignage lui fait complétement défaut. Il est en outre tel événement inattendu, telle circonstance fortuite et particulière, qui viennent prouver ce qu'on pense de lui en réalité. Il y a quelques années, un de ces empiriques à succès pécuniaire loua un appartement dans une maison où logeait modestement un honnête médecin. Le médicastre jugea à propos d'écrire à ce *confrère*, et demanda la permission de le voir et de lui présenter sa famille. Voici la réponse qu'il reçut : « Monsieur, vous n'êtes pas mon confrère, je ne suis pas le vôtre, et vous savez pourquoi. L'honneur médical me défend de vous recevoir chez moi. Je vous salue sans considération. » Cette lettre, courte,

de cette illusion. Si la discussion continue, c'est à l'étude des éléments étiologiques, des conditions générales ou locales sous l'influence desquelles s'engendrent les diverses altérations chroniques de la matrice, de celles qui peuvent les perpétuer, qu'elle devra s'appliquer plus particulièrement. C'est la seule voie par laquelle on puisse arriver à l'institution d'une thérapeutique rationnelle.

— On parle depuis longtemps déjà, mais surtout depuis plusieurs mois, d'un nouveau corps dont la diffusion dans l'atmosphère serait la cause essentielle de certaines épidémies; ce corps, annoncé pour la première fois par Schonbein, est l'*ozone*. Sa nature est encore mal déterminée. Suivant les uns, ce serait un composé d'azote et d'oxygène, dans des proportions nouvelles; suivant d'autres, un composé d'oxygène et d'hydrogène. Le docteur Spengler croit que l'ozone résulte de la décomposition de l'eau sous l'influence d'une action électrique. Enfin, d'après M. Draper, ce ne serait autre chose que l'oxygène lui-même auquel l'électricité aurait transmis des propriétés particulières; on l'obtiendrait en faisant simplement passer un courant électrique à travers l'oxygène pur. Il a une odeur sulfureuse. Il suffit d'une petite proportion de vapeur d'éther ou d'alcool, ou de gaz oléfiant, pour en prévenir la formation.

M. Spengler rapporte le fait suivant (MED. GAZ. FROM HENLE'S ZEITSCHRIFT) : Vers la fin de 1846, une légère affection catarrhale parcourut le village de Roggendorf, dans le Mecklemburg; on constata dans l'air une faible proportion d'ozone. L'épidémie ayant pris un caractère plus grave, les bronchites étant devenues très-intenses, et le croup s'étant attaqué non-seulement aux enfants, mais encore aux adultes, l'ozone de l'atmosphère fut trouvé beaucoup plus abondant. Enfin, un certain jour, la proportion d'ozone ayant été trouvée plus grande encore, il mourut ce jour-là deux personnes de la grippe, et celle-ci prit ensuite une grande intensité.

Ce n'est pas seulement sur la production des épidémies de grippe que ce corps exercerait de l'influence, si l'on s'en rapportait à certains documents. M. Moffat (BRITISH ASSOCIAT.) affirme qu'il produit aussi la diarrhée. A une séance de l'association médicale de Londres en octobre 1848, le docteur Golding Bird disait que l'ozone avait été trouvé dans l'atmosphère. Enfin, les observations sur ce sujet commençant à se multiplier, nous croyons devoir appeler sur elles l'attention, non toutefois sans des réserves toutes naturelles sur leur valeur, spécialement dans leur application à l'étiologie des épidémies.

ÉPIDÉMIES.

HISTOIRE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE OBSERVÉE AU VAL-DE-GRACE EN 1848 ET 1849; par MICHEL LÉVY, médecin en chef et premier professeur.

Troisième article. — Voir les numéros 43 et 44.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nos observations anatomo-pathologiques embrassent 44 autopsies, dont 38 provenant de la clinique.

15 fois, réplétion des vaisseaux, injection de la pie-mère, extravasations sanguines sous-arachnoïdiennes.

9 fois, état sablé, piqueté de la substance cérébrale, cette injection étant très-prononcée; nous avons omis les cas où elle était légère.

5 fois, injection des parois ventriculaires.

27 fois, infiltration purulente de la convexité et de la base du cerveau; 2 fois de la convexité seule, 4 fois de la base seule; 11 fois la distribution du plasma n'est point indiquée.

27 fois, l'infiltration purulente siégeait presque exclusivement à la face postérieure de la moelle, 8 fois à la face postérieure et antérieure; 4 fois elle prédominait à la queue de cheval.

Dans 1 cas, le pus n'existait que sur la moelle, par places; le cerveau offrait un peu d'infiltration sous-arachnoïdienne, limitation pyogénique que MM. Parent et Martinet se plaignent de n'avoir jamais pu rencontrer (p. 549). Le pus en était en général assez consistant, plus ou moins mêlé de plasma, si ce n'est dans 5 cas où il était tout à fait liquide, notamment dans ceux qui ont été influencés par le choléra; nous l'avons examiné au microscope avec M. le docteur Dujardin fils, et nous y avons reconnu les globules du pus.

Les lactescences ou plaques d'épaississement blanchâtre de l'arachnoïde, avec densité plus grande de son tissu et perte de sa transparence et de son poli, ont été rencontrées dans 5 cas où il n'existait plus de matière purulente.

Dans 18 cas, les ventricules contenaient un dépôt anormal, savoir : dans 1 cas, mort en dix-huit heures, sérosité sanguinolente; dans 8 cas, mort du deuxième au dix-septième jour, quelques cuillerées de sérosité louche, et quelques traces de pus floconneux dans la corne postérieure; dans 3 cas, sérosité limpide abondante avec ramollissement des parois, 1 fois; induration, 1 fois, et consistance normale, 1 fois; la mort avait eu lieu du soixante-quatrième au quatre-vingt-seizième jour. Enfin, dans les 6 cas restants, la collection formée par un liquide séreux blanchâtre était plus ou moins abondante, et les parois ventriculaires toujours plus ou moins ramollies; la mort était survenue du trente-sixième au soixante-douzième jour.

Des lésions thoraciques ont été notées dans 11 cas; pneumonie passée au troisième degré, 1 fois; pneumonie lobulaire, 1 fois; congestions pulmonaires hypostatiques, 9 fois; épanchement séro-purulent dans le péricarde, 1 fois; des flocons fibrineux nageaient dans ce liquide, et la membrane séreuse était le siége d'un pointillé rouge très-prononcé.

Dans ce dernier cas, il y avait aussi du pus phlegmoneux dans presque toutes les articulations, et jusque dans les gaînes tendineuses; pointillé rouge des synoviales : chez un autre malade qui n'a vécu que quatre jours et dont le sang était remarquable par sa diffluence, le pus existait dans les articulations fémoro-tibiales, dans la cubito-humérale et dans la scapulo-humérale droites. Dans un cas de méningite cholériforme, les surfaces articulaires étaient sèches.

2 fois la muqueuse gastrique était mamelonnée, 1 fois avec teinte rosée, 1 fois avec infiltration sanguinolente; elle a présenté 1 fois une rougeur pointillée, et 1 autre fois une injection piquetée le long de la grande courbure. La lésion la plus commune de l'intestin consistait dans le développement et dans la confluence des follicules dites de Brunner; nous l'avons observé dans les deux tiers des cas; les plaques de Peyer étaient en même temps plus apparentes, pointillées de noir ou légèrement réticulées; 5 fois

---

sèche et âpre, fut un vrai coup de poignard pour le forban médical, et le châtiment moral fut rigoureusement appliqué. Aussi l'opulent empirique, humilié, courbé par ces paroles, ne tarda guère à quitter la fatale maison. Que voulez-vous? les choses portent avec elles leurs conséquences; elles portent aussi leur expiation. Remarquez, en effet, que cet homme était riche; il avait une voiture et faisait un insolent fracas. L'autre, au contraire, le *vrai médecin*, faisait à pied sa clientèle, touchait d'assez faibles honoraires; mais fortement appuyé sur son honneur, sur sa probité, le ton fier, hautain, dédaigneux, lui parut convenable envers quiconque dégradait la profession. Tout confrère est mon ennemi et doit l'être, avouait ingénument un charlatan, et rien n'est plus vrai. Il y a une antipathie profonde, une répulsion comme instinctive, entre le médecin honnête et celui qui en usurpe le titre et les fonctions. C'est mille fois pis encore si cet homme en a reçu les insignes par le diplôme; il a manqué au serment d'Hippocrate, et sa foi mentie doit être expiée.

Quelques-uns de ces hommes fiers de leur coffre-fort ou appuyés sur cet ébahissement de la foule qui ne manque jamais à aucun jongleur ayant du succès affectent de se mettre au-dessus de l'opinion qu'on a d'eux ; ils rendent, disent-ils, mépris pour mépris, mais en vain; ils ne peuvent supporter le poids de cet accablant et suprême dédain qui les opprime secrètement; souvent même le masque est transparent et la physionomie véritable décèle ce qu'il y a au fond du cœur. Il ne faut pour cela, comme nous l'avons dit, qu'une circonstance particulière pour rendre évident le ferment délétère placé au fond de la conscience. Dans une brillante soirée donnée il y a quelques années par un haut personnage, sept ou huit médecins se trouvant assis sur la même banquette, devisaient de choses et d'autres. Un médecin sycophante se glissa parmi eux; on le reconnut, mais aucun ne lui adressa la parole, nul ne répondit à ses questions, on affectait de regarder ailleurs; bientôt même, peu à peu, comme spontanément, les médecins s'éloignèrent et cet homme resta seul, absolument seul sur la banquette, honni, conspué, lié au pilori de l'opinion publique. Ne manquant pas d'esprit, il sentit vivement l'aiguillon de la reprobation confraternelle; il se retira la rage dans le cœur, disant qu'il avait passé une soirée infernale, ce fut son expression. Souvent même il n'en faut pas tant ; quelques chuchoteries, un air froid et dédaigneux, un refus de poignée de main, le soin d'éviter leur rencontre dans la rue, dans une réunion, etc., suffisent pour infliger le châtiment moral et appliquer le maximum de la peine, le mépris. A la vérité, quelques-uns se pavanent comme une courtisane dans l'orgueil de leur honte, ils appliquent sur la blessure de leur amour-propre le baume de l'argent qu'ils ont si honnêtement gagné. Aussi, disait l'un d'eux, quand on passe de zéro à quinze ou vingt mille livres de rente, il ne faut pas regarder à la planche. Si vraiment il faut y regarder quand cette planche est l'honneur même, il faut y regarder longtemps et toute la vie avant de la passer.

Morts médicalement, sinon civilement, l'existence de ces empiririques est en quelque sorte flétrie, quel que soit le chiffre de leur fortune. Cependant ils ont une ressource, dont plusieurs savent user avec un risible et arrogant aplomb, car la bassesse est une médaille dont le revers est l'insolence. Ils se dressent un piédestal, ils se posent, ils se drapent. A les entendre, la vieille médecine (celle de l'observation et de l'expérience) n'est bonne à rien, eux seuls ont trouvé la vérité; ils sont amis du progrès, ils le poursuivent à outrance, et il n'en est

les plaques étaient gauffrées et saillantes; chez un sujet qui a présenté la forme foudroyante comateuse, elles étaient ramollies; 1 fois la psorentérie était plus marquée dans le cœcum que dans l'intestin grêle; chez un autre malade, le tiers inférieur de l'intestin grêle avait ses parois notablement amincies; 2 fois nous avons noté la congestion hépatique, 9 fois l'augmentation du volume de la rate.

La formation du pus sous-arachnoïdien est sans contredit le trait saillant de ce tableau, le document le plus significatif de ces monotones archives de la mort. Nous l'avons trouvé chez un homme apporté mourant à l'hôpital, sans renseignements; chez un autre qui a vécu six heures dans notre service; chez un troisième qui y a passé vingt-quatre heures après quinze heures d'indisposition antérieure; chez un quatrième malade qui a vécu quatorze heures sous nos yeux, etc. Le pus a été observé 39 fois sur 44. Il se dépose sur le cerveau en nappe, en calotte, par plaques, en liseré et festons le long des vaisseaux, disposition qui tient à la pie-mère elle-même, siége de cette exsudation morbide; il forme à la moelle une gaîne plus ou moins complète; le plus souvent il étend sur sa face postérieure une lame opaque ou mince, interrompue ou continue; il tend à s'accumuler, en raison de la déclivité, vers la queue du cheval; c'est encore cette cause physique qui explique sa déposition à la face postérieure de la moelle dans le décubitus dorsal, sa prédominance à la base du cervelet et du mésocéphale, sa concentration dans la corne postérieure des ventricules. Jamais de pus à la surface libre de l'arachnoïde, et tandis que les autres séreuses versent dans la cavité même de leur sac les produits de leur inflammation, ils s'épanchent ici dans les mailles de la pie-mère, en dehors de la cavité arachnoïdienne; le feutrage serré du tissu fibreux sous-pleural et sous-péritonéal, d'une part, et la laxité de la trame celluleuse sous-arachnoïdienne d'autre part, font comprendre cette exception à la loi générale des phlegmasies des séreuses. Nous avons rencontré deux fois du pus dans les articulations; M. Corbin l'a constaté 4 fois dans l'épidémie d'Orléans (1847—1848).

Les altérations du cerveau se sont bornées à l'injection sablée de sa pulpe dans les cas de courte durée, au ramollissement des parois ventriculaires ou de la cloison médiane dans les cas d'hydrencéphalie consécutive; une seule fois, et chez un sujet qui est mort postérieurement à la rédaction de la statistique de ce travail, des traces certaines d'encéphalite ont été remarquées par M. le docteur Tholosan qui a pratiqué l'autopsie; voici cette observation.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE COMPLIQUÉE D'ENCÉPHALITE; PIQUETÉ PAR PLACES; ÉTAT GRENU AVEC TACHES JAUNATRES DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE.

OBS. IX. — Fredé, âgé de 22 ans, d'une constitution forte, du 27e de ligne, est entré le 24 mars 1849, salle 29, n° 7. — Douze heures d'invasion, pas de renseignements. Le malade présente à la visite les symptômes suivants : décubitus latéral, membres fléchis, rigidité cervico-dorsale, paupières occluses, pupilles contractées, réponses nulles, agitation, trismus, 55 p. petites, mais roides. La pression des apophyses épineuses éveille de la douleur que le malade exprime par des cris et de l'agitation. *Pouls veineux sur la jugulaire.* (D. lim.; potion calomel, 1 g.; glace; sinapismes; saignée de 500 g.; 12 ventouses.)

Le 24 au soir, urine volontaire, matité précordiale assez étendue, bruits du cœur parcheminés, 60 p., agitation, parole à demi articulée. Les pulsations de la jugulaire sont moins prononcées. (70 sangsues aux apophyses mastoïdes; calomel, 05.)

Le 25, 75 p., diminution de la matité précordiale, plus de pouls veineux, pupilles contractiles, déglutition difficile, agitation, urine volontaire, point de selles. (Eau gommeuse; glace; lavement de sulfate de soude; 1 gramme de calomel.)

Le 25 au soir, 65 p., calme dans la journée, décubitus dorsal, pouls très-faible, paupières entr'ouvertes, pupilles peu contractées, bruits du cœur normaux et réguliers. (Lavement purgatif.)

Le 26, 66 p., coma commençant, sensibilité un peu obtuse, respiration suspirieuse, paupières entr'ouvertes et pupilles contractées. Une selle sentie, urine volontaire, pouls très-faible. (Eau gommeuse; glace; 3 vésicatoires; calomel, 0,5.)

Mort le 26, à neuf heures du soir.

NÉCROPSIE. — CRANE. Injection très-vive des vaisseaux sous-arachnoïdiens. Couche de pus assez épaisse sur le chiasma et l'espace interpédonculaire. Plaques purulentes dans la pie-mère, à la surface et aux scissure du cerveau de Sylvius, séparées par de petites ecchymoses; traces de pus sur le vermis supérieur; traînées purulentes dans presque toutes les anfractuosités de la convexité du cerveau.

L'arachnoïde et la pie-mère, très-injectés, se détachent facilement de la substance cérébrale.

Coloration rougeâtre avec état sablé de toute la substance grise du cerveau, du cervelet, de la protubérance et de la moelle. La substance blanche du centre ovale est fortement sablée par îlots; les grains de ce piqueté rouge sont, dans quelques îlots, rapprochés et du volume d'une tête d'épingle. Cette injection est plus prononcée à la partie antérieure de l'hémisphère droit; au voisinage des portions les plus sablées, la substance cérébrale présente une teinte d'un jaune safrané; quand on passe la lame du scalpel sur ces points, la substance cérébrale y présente un aspect grenu très-remarquable. Peu de sérosité purulente dans la corne particulière des ventricules.

RACHIS. Le réseau de la pie-mère spinale est infiltré de pus, principalement à la partie postérieure où la couche purulente, d'un jaune sale, avec reflet verdâtre, présente une épaisseur de 3 millimètres. Consistance moindre de la moelle.

ABDOMEN. Rien de notable sur la muqueuse intestinale. Arborisations noirâtres, ardoisées, de la muqueuse du grand cul-de-sac. Injection assez vive du petit cul-de-sac.

THORAX. Rien de notable. Cœur normal.

Quant aux rapports du siége des altérations avec les symptômes et la marche de la méningite, point de résultats constants. Dans 9 cas à forme comateuse et foudroyante, le pus occupait 1 fois les anfractuosités du sommet et les scissures de Sylvius; 7 fois il prédominait à la base (cervelet, bulbe, protubérance, chiasma des nerfs optiques); 1 fois il n'existait qu'à la face inférieure du cerveau et du cervelet; 8 fois sur 9, il y avait dans ces cas une sérosité purulente ou du pus dans les ventricules; la quantité de ce liquide s'est élevée 1 fois à 250 grammes. Toutefois la prédominance de l'exsudation purulente à la base se retrouve dans 3 cas où le délire a été opiniâtre et violent. Dans toutes les méningites à allure chronique et signalées par la persistance de la torpeur, les ventricules étaient distendus par l'accumulation de la sérosité. L'opisthotonos était prononcé dans les cas où l'on observait sur la moelle une couche purulente plus étendue; cependant, chez un malade qui avait présenté une roideur tétanique du cou avec renversement de la tête en arrière, il n'existait qu'une infiltration de pus peu abondante à la région dorsale de la moelle.

RÉSULTATS ET TRAITEMENT.

Les 60 observations tirées de la clinique donnent 31 morts rapides ou

---

pas un qui ne soit prêt à dire aux dupes et aux crédules: Je suis de mon siècle, le siècle de la vapeur, de l'industrie, de l'annonce et de la réclame. Mais comme cette ressource leur manque souvent et ne leur attire que des railleries, ils en ont une autre beaucoup plus efficace et dont ils se servent dans l'occasion; c'est que munis d'un diplôme en bonne forme, nul ne serait assez hardi de les appeler publiquement charlatans. En effet, ils ont raison, la loi le veut ainsi. On ne peut pas dire d'un homme descendu au plus bas degré de l'empirisme forain :

J'appelle un chat un chat, Rollet un *charlatan*.

Mais ce que la loi sociale prohibe, la loi morale l'autorise; or cette sanction en vaut bien une autre.

Veut-on encore de nouvelles preuves? Remarquez alors que beaucoup de ces histrions à diplôme ou sans diplôme, tantôt cachent leur véritable nom, comme ces acteurs d'autrefois, craignant de déshonorer leur famille en montant sur les planches, tantôt ils prennent des noms ronflants, extraordinaires, ou bien y ajoutent un *i* pour lui donner une consonnance italienne, comme le fit il y a près de vingt ans un médicastre condamné six fois par le tribunal de police correctionnelle pour crime d'escroquerie par voie médicale. Mais qu'importent la ruse et les faux semblants, le sentiment qu'ils inspirent ne saurait changer. Les gens du monde qui les consultent le font même toujours en secret, comme furtivement, tant ils craignent d'être pris en flagrant délit de ridicule. Quant aux médecins, c'est toujours le même cri de haute réprobation. Quelle amertume! quelle humiliation! quelle croix! d'avoir un tel homme pour confrère, au moins pour le titre et le diplôme!

Il arrive parfois que lassé d'être jeté aux gémonies de l'opinion publique, le charlatan qui a fait fortune voudrait rentrer dans le giron médical; il ne ressemble pas mal au marquis de Conflans disant à Louis XIV : « Sire, j'ai volé, j'ai pillé, c'est vrai, mais depuis que j'ai cent mille livres de rente, je ne pille plus...; je me range. » Ainsi le pirate médical tente, essaye de se rapprocher de ses confrères, de se purifier dans une atmosphère de probité médicale. Sous ce rapport, on peut dire que le charlatanisme opulent est, comme l'enfer, rempli de bonnes intentions, mais elles sont aussi vaines et aussi stériles; toute tentative de réhabilitation en ce genre est absolument sans succès, la tache est ineffaçable, inaltérable, indestructible, il y en a pour la vie et même au delà; car si par grand hasard le nom échappe à la destinée d'oubli, on ne l'accompagne jamais dans les âges qui suivent que d'épithètes injurieuses et flétrissantes. Nous pourrions en citer des exemples. L'honneur médical est aussi cette île escarpée et sans bords dont parle Boileau, où l'on ne peut rentrer une fois qu'on en a imprudemment franchi les limites; nous défions qu'on puisse rapporter un exemple contraire. On a vu aussi quelques-uns de ces frelons pillards de médecine, gorgés d'or ramassé dans une source fangeuse, essayer de se rehausser par quelque place, par quelque dignité ou décoration quelconque, mais inutilement, le nom, les œuvres, les faits portant contre eux un témoignage impossible à récuser. On raconte qu'il y a une trentaine d'années, un de ces illustres à remèdes secrets, souverains, infaillibles, voulut obtenir, à beaux deniers comptants, la croix de la Légion d'honneur; il en offrit, dit-on, vingt mille francs, mais il eut la honte d'être refusé, ce qui lui évita la honte de la porter. A quoi d'ailleurs peut servir le signe de l'honneur placé en dehors, quand on sait ce qui est au-

par les progrès naturels de la maladie, 7 morts par hydrencéphalie, 12 guérisons franches, 10 incomplètes ou lentes.

1° *Guérisons franches* (12 cas).

Saignées générales. Des 12 malades compris dans cette catégorie, 8 ont été saignés, savoir : 5 une seule fois, à 300 grammes en moyenne ; 3 deux fois dans la même mesure.

Sangsues. Elles ont été appliquées dans 10 cas, dont 4 n'ont pas subi de saignée générale ; le total des sangsues dépensées s'élève à 280 ; ce qui fait une moyenne de 68 sangsues pour chacun des 10 malades appartenant à ce groupe.

Ventouses scarifiées. La moyenne des ventouses appliquées à chaque malade est de 11.

Vésicatoires. Ils ont été employés chez 4 malades, deux fois à la nuque, deux fois aux cuisses.

Calomel. Nous l'avons donné à 7 malades, à doses réfractées ; la dépense totale de ce médicament s'étant élevée à 31 grammes, chaque malade en a pris 4 à 5 grammes en moyenne.

2° *Guérisons lentes* (10 cas).

Saignées pratiquées dans 7 cas, une fois dans 5, deux fois dans 6 (moyenne des saignées faites, 300 grammes).

Sangsues appliquées à 9 malades, dont 3 n'ont pas eu de saignée générale ; total des sangsues employées, 430 ; moyenne par malade, 43.

Ventouses. Même proportion que pour les cas de guérison rapide.

Vésicatoires posés dans 7 cas, trois fois à la nuque et quatre fois à la nuque et aux cuisses.

Calomel administré à 5 malades dans la proportion moyenne de 3 gr.

3° *Morts rapides ou par progrès de la méningite* (31 cas).

Saignées pratiquées dans 22 cas, quatorze fois à 300 grammes, six fois à 600 grammes en deux saignées, deux fois à 900 grammes en trois saignées.

Sangsues employées chez 27 malades, dont 7 n'ont pas été soumis à la saignée générale; total des sangsues consommées pour cette catégorie de malades, 1,620 ; moyenne individuelle, 60.

Ventouses. Même moyenne que précédemment.

Vésicatoires appliqués quinze fois, trois fois à la nuque, douze fois à la nuque et aux cuisses.

Calomel donné onze fois à la dose moyenne de 3 à 4 grammes.

4° *Morts lentes par hydrencéphalie* (7 cas).

Saignées faites dans 6 cas, à 300 grammes en moyenne ; 2 de ces malades ont été saignés une fois, 3 deux fois et 1 trois fois.

Sangsues. Les 7 malades dont il s'agit ici ont coûté 350 sangsues ; moyenne, 50.

Ventouses, comme pour les autres.

Vésicatoires appliqués à 6 malades, deux à la nuque et quatre fois à la nuque et aux cuisses.

Reprenons ces données pour l'appréciation de la médication antiphlogistique appliquée au traitement de la méningite cérébro-spinale ; en divisant les quantités totales du sang tiré de la veine, et le chiffre total des sangsues employées dans les quatre catégories par le nombre des malades qui entrent dans chacune d'elles, on arrive à ces moyennes :

Catégories.	Moyenne des saignées.	Moyenne des sangsues.
1° guérisons rapides	275 grammes	23
2° — lentes	510 —	43
3° morts rapides et graduelles	300 —	53
4° — lentes par hydrencéphalie	471 —	50

Il ressort de ce tableau que le minimum d'émissions sanguines correspond aux guérisons les plus rapides, et le maximum aux guérisons lentes ; que ceux qui sont morts rapidement ou par les progrès naturels de la maladie, ont été moins saignés que ceux qui sont morts lentement ; que les convalescences tardives comme les morts tardives coïncident avec le maximum des déplétions sanguines.

En fondant les résultats qui précèdent en deux catégories générales, on obtient d'autres moyennes :

Catégories.	Moyenne des saignées.	Moyenne des sangsues.
1° guérisons rapides et lentes	380 grammes	32
2° morts rapides, progressives et lentes	333 —	51

Ici les différences s'affacent ; sangsues et saignées se compensent, de manière à niveler les deux catégories ; d'où l'on conclurait avec une apparente raison que les évacutions sanguines n'exercent point d'influence appréciable sur la terminaison de la méningite, puisque ceux qui ont succombé ont perdu autant de sang en moyenne que ceux qui ont guéri ; mais ce n'est là que de la statistique brute, et pour ainsi dire à distance des faits dont elle perd de vue les éléments caractéristiques. Si les guérisons rapides coïncident avec le minimum d'émissions sanguines, c'est qu'elles comprennent plusieurs cas à forme congestionnelle qui se sont terminés promptement et à peu de frais ; si les morts rapides et progressives ont succédé à des déplétions plus faibles que les morts lentes, c'est qu'on n'a pas eu le temps de saigner itérativement dans plusieurs cas à forme foudroyante, et l'un d'eux n'a même point permis l'intervention de l'art, tant la mort a été prompte.

Toutefois les données statistiques qui précèdent conduisent à deux inductions importantes : 1° les guérisons rapides, au nombre de 10, ont été obtenues, avec une dépense de sang environ moitié moindre que les guérisons lentes au nombre de 12 ; 2° les émissions sanguines paraissent favoriser le passage de la méningite à l'hydrencéphalie ; car les 7 morts lentes par cette lésion et les 10 convalescences rendues tardives par la même cause fournissent un total de 17 cas où les antiphlogistiques ont été employés avec le plus d'énergie.

Conclurons-nous que dans la méningite cérébro-spinale les saignées sont plus nuisibles qu'utiles ? Pour nous décider à répéter cette assertion, nous aurions besoin de savoir : 1° comment se seraient terminés, sous l'influence d'une autre médication, les 38 cas de notre nécrologe ; 2° si les 22 guérisons obtenues avec ou malgré l'emploi des antiphlogistiques eussent été le bénéfice certain d'une médication différente.

Au reste, ces moyens ont eu une efficacité incontestable dans quelques faits particuliers qu'une statistique ne peut faire ressortir, et qu'il serait trop long de rapporter en détail. Il faut dire encore que la plupart de nos malades, excepté les cas d'invasion foudroyante, nous ont été envoyés plu-

---

dessous ? Une des grandes excuses de ces malheureux enrichis, c'est, disent-ils, que le reproche qu'on leur fait se trouve d'autant plus mal fondé que c'est la maladie générale, que chaque individu essayant de se faire valoir le plus possible, tous les hommes sont charlatans (1), mais eux seuls ont le mérite de la franchise. Transcendante sottise ! Comme si l'homme laborieux, honnête, cherchant à tirer partie de son travail, de ses efforts, traçant son sillon *manibus puris et pectore casto*, selon les expressions d'un vieux médecin, pouvait être mis sur la même ligne que celui qui, vrai pipeur de renommée, fort ignorant du reste, n'a recours qu'à l'audace, à l'intrigue et au mensonge. Il n'est que trop vrai, le champ de la fortune est rude à défricher quand on a de l'honneur ; souvent il est difficile de rendre fructueux son mérite et ses travaux, car la science du savoir-faire, même permis et honorable, n'est pas le partage de tous ; mais aussi une de ces réputations solidement établies qui viennent d'en haut, c'est-à-dire formées par les sages et les gens de bien, n'est pas à dédaigner. Ne vaut-il pas mieux cent fois qu'il en soit ainsi plutôt que de se mêler à cette troupe de médicastres frelons qu'un peu d'argent console de beaucoup de honte ; il n'y a ici ni chimère ni lieu commun ; c'est le résultat le plus positif de l'expérience. Le respect de soi, le respect envers sa profession, le respect dû au public, *sacra reverentia plebis*, selon les belles paroles du poëte, voilà ce qui arrêtera éternellement l'homme de bon sens sur la pente où glissent les insensés. Vraiment il est fâcheux qu'il n'y ait pas une fenêtre sur le cœur du charlatan, fût-il même comblé de richesses, on verrait clair au fond de sa conscience, et qu'y trouverait-on ? Très-souvent une coupe d'amertume pleine jusqu'aux bords ; on comprendrait ses douleurs, son supplice, sa dégradation, à travers sa jactance et ses impostures, et l'on pourrait, ainsi que les ilotes ivres, l'offrir comme un préservatif à ceux qui seraient tentés de l'imiter. Oui, quoi qu'on puisse dire et penser, heureux le médecin qui, malgré les idées et les préjugés de l'époque, malgré de mauvaises lois et l'odieuse pression du fait sur le droit, malgré les souffrances et les exigences de la vie, sait par la sincérité de ses convictions, par son inébranlable et laborieuse persévérance, par la droiture et l'élévation de son caractère, échapper à la contagion de l'industrialisme médical, être et rester religieusement et exclusivement médecin ! Ah ! c'est un caractère sacré que de faire du bien aux hommes sans en rien attendre, du moins échappe-t-on aux souffrances du mépris, aux angoisses de la honte, car le principe est inviolable, à défaut de la loi, le châtiment moral.

R. P.

(1) C'était aussi l'opinion de Gui Patin, mais il savait faire à cet égard de justes distinctions. Il n'en a pas moins fait une rude guerre aux charlatans, comme doyen de la Faculté, comme médecin et comme écrivain. Aussi disait-il: « Si l'on pendait tous les charlatans, la corde serait bien chère. » (Voy. notre édition, LETTRE DE GUI PATIN, etc., avec des notes scientifiques, philosophiques, littéraires, etc.; 1846. Chez J.-B. Baillère.)

sieurs jours après le début de la méningite; or, dans cette affection comme dans les inflammations aiguës, les antiphlogistiques perdent de leur utilité à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'invasion; ils ne guérissent pas plus une méningite suppurée qu'ils ne jugulent une pleurésie qui a rempli de pus un côté de la poitrine; c'est dans la période congestionnelle qu'ils sont indiqués, sans que nous prétendions qu'ils aient, même à cette époque, le pouvoir d'arrêter toujours les fluxions si énergiques qui s'opèrent sur le tissu sous-arachnoïdien. Les saignées générales ont donné des résultats moins évidents, même alors qu'ils étaient passagers, que les déplétions continues à la base du crâne, au moyen de six à huit sangsues renouvelées de deux en deux heures. En même temps que nous établissions aux apophyses mastoïdes ces deux fonticules de sang, nous prescrivions la réfrigération continue de toute la surface crânienne, à l'aide de cinq ou six fragments de glace interposés entre deux linges; une toile cirée placée sous la tête du malade et pliée en rigole par son bord inférieur, deux éponges disposées sur les épaules pour absorber l'eau provenant de la fonte des petits glaçons, complétaient cet appareil, très-préférable à la vessie remplie de glace; celle-ci est difficile à maintenir; elle fatigue le malade par son poids et ses déplacements; elle ne touche que par quelques points la région qui exige un refroidissement continu et général.

Les purgatifs ont été fréquemment employés par nous, non à titre de médication spéciale ni même principale, mais pour combattre la constipation habituelle des malades, quand elle ne cédait point aux lavements; rarement nous y avons eu recours dans les premiers jours de la maladie, et d'une manière suivie; l'huile de ricin, le sulfate de soude, l'eau de Sedlitz, et dans les cas où ces médicaments échouaient, l'huile de croton tiglium, à la dose de 5 centigr. dans une potion émulsive, servaient à remplir cette indication. Leur action, précaire, variable, n'a pas été suivie de changements décisifs dans l'état général des malades ni dans la marche de l'affection; mais nous n'avons point remarqué que la diarrhée, provoquée passagèrement chez quelques malades par l'usage de ces moyens, eût une influence fâcheuse sur le cours et l'issue de la méningite; jamais ils n'ont déterminé ces diarrhées rebelles notées par d'autres observateurs et qui constituaient un danger de plus (M. Forget).

L'usage fréquent que nous avons fait du calomel ne nous a point révélé les graves inconvénients que lui attribuent M. le professeur Forget, et M. Rollet. Jamais nous ne l'avons vu produire les graves symptômes de gastro-entérite avec diarrhée et ballonnement du ventre, qui ont décidé ce dernier à n'y recourir qu'avec la plus grande prudence. M. Forget, qui ne l'a employé que 6 fois (Gaz. Méd., 1842, n° 20), lui impute des effets *désastreux*, tels que diarrhée fâcheuse, coliques, stomatite gangréneuse (1 fois), ulcération de l'intestin (1 fois), et sur 6 malades qui l'ont pris, il en a perdu 5. M. Tourdes n'entre point dans des détails suffisants sur les résultats de la médication hydrargyrique; mais il note que sur 3 malades qui ont salivé par l'effet du calomel, 2 ont guéri. A ces données, ajoutons celles de notre statistique. Nous avons prescrit le calomel à la dose de 0,5 et de 0,6; dans le plus grand nombre des cas, cette dose a été portée dès le premier jour à 1 gramme, et administrée en 4 ou 6 fois avec toutes les précautions nécessaires à l'ingestion de ce médicament. Dans 29 cas où nous avons noté son action sur le tube digestif, 18 fois il n'a point suffi à rompre la constipation dans les trois premiers jours de son administration; 1 fois il n'a point aggravé une diarrhée qui datait d'un mois, quoique le malade en ait pris 6 grammes et demi; 5 fois les selles sont revenues ou se sont maintenues avec assez de régularité; 5 fois il a provoqué la diarrhée, une seule fois à dix selles par jour; dans l'un de ces cas, la diarrhée a été passagère et a été suivie de constipation; 1 fois il a déterminé des selles involontaires. Quant aux lésions trouvées après la mort, on a vu qu'elles ont été peu nombreuses dans l'intestin, si l'on excepte la psorentérie, qui n'a aucun rapport avec l'action du calomel; une seule fois les plaques agminées étaient le siége d'un ramollissement borné à la muqueuse; le malade qui les a présentées n'avait pris qu'un seul gramme de calomel, et rien d'analogue n'a été rencontré chez d'autres qui en avaient pris de 8 à 12 grammes; le malade qui a succombé à une hémorrhagie intestinale avait ingéré 5 grammes de calomel; mais il n'existait aucune altération de la muqueuse. 2 fois la salivation est survenue; l'un de ces cas s'est terminé par guérison, un troisième cas de guérison après la salivation existe en ce moment dans notre service; en voici l'observation.

Méningite cérébro-spinale avec pneumonie intercurrente; emploi des mercuriaux; salivation très-abondante; amélioration rapide.

(Salle 29, n° 5.)

Obs. IX. — Houé, âgé de 24 ans, du 18e de ligne, atteint d'ichthyose serpentine générale, entra au Val-de-Grâce le 7 avril 1849, après six heures d'invasion.

Début brusque par céphalalgie, étourdissements, vomissements. A la visite, il présente les symptômes suivants: décubitus latéral fléchi, la tête en arrière, rigidité cervico-dorsale légère, hyperesthésie, douleurs lancinantes fronto-occipitales, vue trouble, 80 p. faibles, peu de chaleur, constipation de deux jours. (60 sangsues, 15 ventouses, glace, sinapismes.)

Le 8 au matin, peau froide, frissons depuis le début de la maladie, respiration saccadée; par moments, petites secousses tétaniques du tronc entier; vue nette; réponses lucides; nuit calme; selle et urine involontaire; soif vive; 85 p. assez fortes; rachialgie à la pression. (D. eau gommeuse; potion de calomel, 1 gramme; 20 sangsues; glace.)

Le soir, 80 p.; décubitus dorsal; regard intelligent (20 sangsues.)

Le 9, quelques plaintes dans la nuit; urine volontaire; 2 selles; langue blanchâtre; 80 p.; douleurs frontales lancinantes. (Eau gommeuse; calomel, 1 gr; onguent mercuriel, 30 grammes; sinapismes.)

Le soir, chaleur; douleur sous-mammaire droite avec râle sous-crépitant. (Vésicatoire à la nuque; 6 ventouses scarifiées au thorax.)

Le 10, nuit calme; quelques râles sous-crépitants à la base partie droite; 90 p. faibles; commencement de salivation. (Calomel, 1 gramme; 10 grammes d'onguent mercuriel.)

Le 11, 80 p. sans chaleur; plus de céphalalgie; sonorité bonne à la base droite, avec quelques bulles de sous-crépitation sous le mamelon droit; peu de toux; dysurie; urine abondante et colorée; 6 selles. (Calomel, 1 gramme; 10 grammes d'onguent mercuriel.)

Le 1., 46 p. grê.es; submatité au quart inférieur du thorax, s'étendant en avant jusqu'au niveau du mamelon; respiration nulle en arrière à la base, bonne au sommet postérieur; souffle et sous-crépitation humide dans le creux axillaire. Herpès labialis; salivation; 4 sel es. (Calomel, 1 gramme; 20 grammes d'onguent mercuriel; 15 sangsues au thorax.)

Le soir, 70 p.

Le 13, assoupissement pendant la nuit; douleurs dentaires; 70 p.; plus de céphalalgie ni de rachialgie; épistaxis légère; plus de douleur pleurétique. (Crème; riz; eau gommeuse; gargarisme opiacé; potion vineuse.)

Le 14, expectoration mucoso-salivaire; gencives gonflées; incisives inférieures vacillantes. (Panade; quart de vin; eau gommeuse; gargarisme acidulé.)

Le 15, 70 p., sommeil léger; une selle; urine trouble; haleine fétide. (Sp.; lait pr.; lim.; garg. acid.)

Le 16, quelques râ es sous-crépitants en dehors du mamelon droit. (Q. panade; m. de vin; lim.; garg. acidulé; alun pulv.)

Le 18, gonflement léger des régions sous-maxillaires; constipation de trois jours.

Le 19, 60 p. petites; langue tuméfiée et portant l'empreinte des dents.

Le 20, le malade se lève; amaigrissement assez notable; faiblesse musculaire.

Le 21, le 22, le 23, insomnie causée par la salivation et les douleurs dentaires auxquelles le malade est sujet. La salivation continue; le malade en remplit deux crachoirs. Plus de céphalalgie, plus de rachialgie; mouvements faciles; intelligence intacte (1).

En réunissant ces 3 cas de méningite traitée par la salivation mercurielle avec les 3 cas de M. Tourdes, on constate 4 guérisons pour 2 décès : résultat infiniment plus heureux que celui de toutes les autres médications essayées jusqu'à ce jour, et qui est de nature à encourager de nouvelles tentatives; c'est donc comme altérant, et non comme purgatif, que le calomel promet quelques chances de succès. On peut s'étonner qu'il ne produise pas plus souvent la sialorrhée chez les individus atteints de méningite; ce phénomène semble être la condition de sa réussite; toutefois, en supputant les cas où les malades ont pris plus de trois doses de calomel dès le début sans saliver, on arrive encore à une proportion de guérisons supérieure à la moyenne générale des guérisons obtenues dans les épidémies antérieures : 9 décès, 9 guérisons, tandis que sur 1,035 méningites, M. Broussais a compté 592 morts, 1 mort sur 1,76, c'est-à-dire que sur deux malades on n'en a pas toujours sauvé un.

Nous avons expérimenté l'opium dans 12 cas, dont 11 ont guéri. Ce résultat serait merveilleux, s'il n'y avait à démêler les éléments de la statistique qui le fournit. D'abord l'opium n'a été pris au début de la maladie que dans 6 cas, et jamais il n'a été employé seul; sur ces 6 malades, 1 est mort; il avait été saigné une fois et soumis à une application de 30 sangsues; 1 a guéri rapidement (en 14 jours); il n'a pas été saigné, mais on lui a mis 100 sangsues, 3 vésicatoires et de la glace sur la tête; dans un troisième cas, l'opium a été vomi; dans un cas, l'opium a augmenté la céphalalgie, et la guérison a exigé soixante-dix-huit jours; dans un cas, la maladie est devenue chronique; enfin, l'opium n'a pas eu d'influence marquée dans le sixième cas de cette catégorie. Chez un malade, l'opium, administré plusieurs jours après l'invasion et à la suite des émissions sanguines, a aussi augmenté la céphalalgie. Deux fois nous y avons eu recours, après l'insuccès du sulfate de quinine, et dans ces deux cas, sept doses d'opium de 0,05 à 0,25 n'ont pas sensiblement modifié la marche des symptômes. Trois fois nous l'avons prescrit, dans la convalescence, contre des paroxysmes céphalgiques; deux fois avec succès; une fois il a été mal toléré et remplacé avec avantage par une potion avec 2 grammes d'eau distillée de

(1) Cet homme est sorti entièrement guéri.

laurier-cerise, et 0,025 de morphine. L'opium a été donné 2 fois dans la forme céphalalgique, 2 fois dans la forme céphalalgique et délirante, 2 fois dans la forme délirante, 6 fois dans la forme céphalalgique et convulsive à laquelle appartient le seul décès de cette série; la dose initiale du médicament a été de 0,05, et chez un seul malade qui a guéri, de 0,3; elle a été portée graduellement à 0,25, et une seule fois à 0,3; 7 fois la durée de la maladie a varié de 14 à 44 jours; 5 fois, de 50 à 146 jours.

Trois faits militent donc en faveur de l'opium employé contre les retours de céphalalgie dans la période de résolution ou de résorption. Un quatrième fait, qui s'est passé depuis la clôture de la statistique de ce mémoire, vient protester contre cette conclusion; le voici avec détail :

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE, COMATEUSE AU DÉBUT, CÉPHALALGIQUE ENSUITE; INSUCCÈS DE L'OPIUM ADMINISTRÉ CONTRE LA CÉPHALALGIE DE RETOUR. (Salle 29, n° 44.)

OBS. X. — Hennequiert, du 39e de ligne, âgé de 25 ans, quatre ans de service (un jour d'invasion), est apporté au Val-de-Grâce le 4 avril 1849 au matin, dans l'état suivant :

Décubitus latéral; membres fléchis; un peu de rigidité cervico-dorsale; paupières occluses; réponses nulles; pupilles contractées à la lumière; anesthésie; point de contracture. La pression sur les apophyses épineuses ne semble pas douloureuse. Face pâle; trismus; apparence de sommeil naturel. (40 sangsues aux mastoïdes; calomel, 1 gramme; 12 ventouses; sinapisme; glace.)

Le 4 au soir, 50 puls. petites; froncement des sourcils et plissement du front par intervalle. (40 sangsues.)

Le 5, agitation pendant la nuit; divagations; 50 puls. assez résistantes; yeux intelligents; point d'urines ni de selles. (D limonade, calomel, 1 gramme; friction avec onguent mercuriel, 20 grammes sur les cuisses; 30 sangsues; sinapismes; glace; cathétérisme.)

Le 5 au soir, réponses lucides.

Le 6, nuit calme; 65 puls.; céphalalgie susorbitaire; yeux très-sensibles à la lumière; hyperesthésie générale; saccades convulsives de tout le corps (Vésicatoire à la nuque; calomel, 1 gramme; 20 grammes d'onguent mercuriel.)

Le 6 au soir, 75 puls. assez fortes; douleurs lombaires; un peu d'agitation dans la journée; urine trouble; trois selles.

Le 7, 85 puls. assez développées; parole saccadée; yeux encore brillants; langue blanchâtre; ventre souple. (Calomel, 1 gramme; 30 grammes d'onguent mercuriel.)

Le 7 au soir, chaleur vive; pouls développé à 80; céphalalgie lancinante très-intense; paupières occluses; yeux fuyant la lumière; pupille moyenne. (20 sangsues; sinapismes.)

Le 8, herpès labialis; 75 puls. rapides; point de chaleur; céphalalgie frontale persistante pendant la nuit; pas de sommeil; urine volontaire, très-abondante; quatre selles. (Calomel, 1 gramme; 30 grammes d'onguent mercuriel; sulfate de quinine, 1 gramme à la visite.)

Le 8 au soir, peau halitueuse; pouls développé et martelant à 90; douleurs vives à la pression sur les apophyses dorsales et lombaires. (20 sangsues aux apophyses mastoïdes.)

Le 9, insomnie persistante; céphalalgie et rachialgie lancinantes; 80 puls. dépressibles, sans chaleur; respiration profonde et suspirieuse. (Calomel, 1 gramme; 30 grammes d'onguent mercuriel; 1 gramme de sulfate de quinine pendant la rémission, à neuf heures du matin.)

Le 9 au soir, retour de la céphalalgie à midi; 85 puls. molles; gencives un peu gonflées. (Potion avec extrait d'opium, 1 décigramme.)

Le 10, sueur abondante; céphalalgie diminuée; rachialgie; 80 puls. larges. (Semoule pa.; calomel, 1 gramme; onguent mercuriel, 30 grammes; sulfate de quinine, 1 gramme.)

Le 10 au soir, 75 puls.; face naturelle; peu de céphalalgie; herpès nasal et labial croûteux.)

Le 11, insomnie; céphalalgie et rachialgie lancinantes; hyperesthésie des membres inférieurs. (Semoule; calomel, 1 gramme; 10 grammes d'onguent mercuriel; opium, 0,15.)

Le 12, peau halitueuse; pouls vif à 80; pellicules blanchâtres sur les lèvres, sur la face interne des joues et sur les gencives; un peu de céphalalgie et de rachialgie. (Semoule; eau gomm.; garg. acidulé.)

Le 13, on suspend les applications de glace sur la tête, qui causent une sensation désagréable au malade. Le pouls est assez vif, à 80; assoupissement léger pendant la nuit; céphalalgie et rachialgie modérées. (Panade; lait *id.*; garg. acidulé.)

Le 14, 90 puls. assez vives; langue grisâtre; quatre à cinq selles depuis deux jours; douleurs vives à la pression sur le trajet des nerfs sciatiques. (Soupe; verm.; riz gomm.; lait.)

Le 15, sommeil léger; céphalalgie moindre; langue blanchâtre; pellicule blanchâtre des gencives; cinq selles; 80 puls. (Potion opiacée, 0,05; un demi-lavement opiacé et amylacé; lait *id.*; potion vineuse.)

Le 15 au soir, pouls variable entre 60 et 80, un peu irrégulier.

Le 16, insomnie; douleur lancinante frontale et occipitale; pouls ondulant à 60; une épistaxis; inspirations profondes; six selles. (Soupe verm. pain; potion opiacée, 0,1; deux demi-lavements amylacés opiacés.)

Le 16 au soir, 96 puls. sans chaleur. (Potion opiacée à 0,05.)

Le 17, sommeil bon; facies naturel; un peu de clignotement des paupières; yeux moins sensibles à la lumière. (Q. bouillon; pomme cuite; lait *id.*; pot. op., 0,1; deux demi-lav. amyl. op.)

Le 17 au soir, 80 puls.; langue grisâtre; anorexie complète; presque plus de céphalalgie ni de rachialgie; rigidité et douleur cervicale à la pression; douleurs sciatiques provoquées. A six heures du soir, céphalalgie intense.

Le 18, sueur du visage; pas de céphalalgie; pupilles dilatées; épistaxis; urine peu colorée, abondante; trois selles. (Bouillon; riz gomm.; lait *id.*; pot. gomm.; compresses froides.)

Le 19, sueur du visage abondante; 80 puls. rapides; trois selles; urine toujours abondante.

Le 19 au soir, céphalalgie frontale très-intense et lancinante; paupières abaissées; toux légère; 90 puls. vives; respiration bonne à droite, un peu obscure à gauche.

Le 20, prurit très-violent à la tête et au bras; réponses difficiles; peu de céphalalgie; un peu d'anesthésie. (Bouillon 00 c.; lait *id.*; trois vésicatoires aux cuisses et au cou.)

Le 20 au soir, décubitus dorsal; réponses nulles; paupières entr'ouvertes; yeux immobiles; pupilles moyennes non contractiles; anesthésie très-prononcée; 85 puls. martelantes ou faibles par intervalle; urine involontaire; petits cris plaintifs hydrencéphaliques.

Mort le 20, à huit heures du soir.

NÉCROPSIE trente-six heures après la mort.

CRANE. — CERVEAU. — Pâleur générale; sécheresse et dépoli de l'arachnoïde à la face convexe antérieurement.

Pas de liquide dans les fosses cérébelleuses; exsudation sous-arachnoïdienne peu considérable, d'un jaune verdâtre en arrière du chiasma et sur le vermis supérieur. La pie-mère qui enveloppe cette exsudation a une consistance remarquable.

40 grammes de sérosité trouble, rougeâtre, dans les ventricules latéraux, avec flocons purulents à gauche, parois ventriculaires d'un blanc mat, parcourues par de larges arborisations veineuses; ramollissement de la substance cérébrale dans la corne postérieure, à la cloison des ventricules, ainsi qu'aux piliers antérieurs et postérieurs.

MOELLE. — Rien de notable en avant. Sur la face postérieure, injection notable de la portion cervicale. Le dépôt de pus commence au bas de la région cervicale et prédomine à la région dorsale. Sur le bulbe lombaire, il n'y a qu'une injection très-fine qui se prolonge sur les nerfs de la queue de cheval. L'épaisseur de l'infiltration purulente de la pie-mère dans la région dorsale est d'un demi-millimètre. Consistance remarquable de la moelle.

ABDOMEN. — Psorentérie fine au jéjunum et dans le duodénum, plus marquée au commencement de l'iléum, devenant presque confluente à la fin de cette portion d'intestin.

Rate friable, augmentée légèrement de volume, ecchymosée et piquetée sur la coupe.

THORAX. — Congestion séreuse à la partie postérieure du poumon droit. Dans la face, dans le cœur, dans les gros vaisseaux, *sang entièrement liquide.*

Au demeurant, les faits qui précèdent ne sont point défavorables à l'opium; ils prouvent au moins qu'il n'a pas contribué à la mortalité. De nouveaux essais devront être tentés, quoiqu'on éprouve une certaine hésitation à prescrire l'opium, en présence des symptômes d'une inflammation des méninges, chez des sujets pour la plupart jeunes et pléthoriques, et sous l'imminence ou sous le poids d'une exsudation purulente dans la pie-mère cérébro-spinale. La violence de l'affection, son apparence phlegmoneuse, la force et l'âge des malades, la turgescence de la face, la plénitude et la roideur qu'offre souvent le pouls, la nécessité d'une intervention prompte et énergique, sollicitent presque irrésistiblement le médecin à l'emploi des émissions sanguines, et pour que celles-ci soient décidément rejetées sur le second plan de la thérapeutique de cette maladie, il faudra contre leurs résultats et en faveur d'autres médications des statistiques et des expérimentations plus larges, plus complètes, plus détaillées que celles qui ont été publiées jusqu'à présent.

Les rémissions, et quelquefois l'intermittence parfaite des phénomènes de la méningite, ont dû sembler à tous les observateurs une indication souveraine pour l'administration du sulfate de quinine; quelques médecins, sur la foi de ces fluctuations bien connues de la symptomatologie arachnitique, sont allés jusqu'à la confondre avec les fièvres pernicieuses. Quoique ce médicament eût échoué contre la méningite épidémique qui a régné dans quelques pays marécageux (Aigues-Mortes), nous n'avons pu nous défendre de quelque espoir en l'employant dans des cas où l'intermittence était tranchée; or voici nos résultats : dans 19 cas où nous avons prescrit le sulfate de quinine (de 5 décigrammes à 1 gramme 1/2), la guérison a eu lieu 13 fois. Sur ces 13 malades, un seul l'a pris avec avantage au début. Donné 7 fois au début, il n'a pas exercé d'influence appréciable sur la marche de la maladie ni sur l'intensité des symptômes. 3 fois il a réussi à modifier, à amortir graduellement les paroxysmes de cette céphalalgie *redux* qui vient compromettre des convalescences déjà commencées, et qui, si elle n'est arrêtée, conduit inévitablement à l'hydrencéphalie par la répétition périodique des fluxions vers l'encéphale. Jamais le sulfate de quinine n'a manifesté l'efficacité franche, immédiate, décisive, qui le rend si précieux dans le traitement des pyrexies périodiques.

Nos résultats d'observation et de statistique sont au moins négatifs pour les vésicatoires. Sur 10 malades qui ont eu un vésicatoire à la nuque, 5 ont guéri, 5 sont morts. Des 22 malades auxquels on a posé simultanément ou successivement des vésicatoires aux cuisses et à la nuque, 11 ont guéri et 11 sont morts. Ici, comme dans le traitement d'autres affections graves, l'on est donc amené à réfléchir sur la légitimité des souffrances additionnelles du vésicatoire, sur le droit que peut avoir la médecine de susciter aux malades un surcroît de chances nuisibles (dégénérescence du vésicatoire, pourriture d'hôpital, etc.), sans la certitude de les compenser par une égale somme de chances favorables.

Dans les convalescences lentes et endolories qui succèdent à la méningite, l'eau distillée de laurier-cerise et l'acétate de morphine ont souvent apaisé un reste de souffrance nerveuse et l'insomnie; le sous-nitrate de bismuth a mis un terme à des vomissements qui compromettaient la nutrition et épuisaient les malades; le café rehaussait utilement les torpides; le vin aidait, avec une alimentation tonique, au rétablissement des forces; les frictions stimulantes et l'usage de la flanelle sur la peau nue activaient la circulation tégumentaire en corrigeant la tendance au refroidissement.

En somme, la méningite cérébro-spinale est l'une des maladies les moins accessibles aux efforts de l'art: impuissance presque absolue dans les cas foudroyants; tâtonnement dans les cas ordinaires. Plus funeste que la fièvre typhoïde et le choléra, il est heureux qu'elle appartienne à la famille des petites épidémies, et qu'elle semble bornée dans sa puissance extensive; car depuis qu'elle est l'objet de nouvelles études (1839), elle n'a frappé que des groupes restreints de population sans jamais étendre ses ravages aux masses à la manière du vrai typhus et du choléra.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'EMPLOI CHIRURGICAL DU CAOUTCHOUC; par M. le docteur DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon.

Peu d'années auront été aussi fertiles que celles qui viennent de s'écouler en découvertes de produits nouveaux, applicables à l'usage chirurgical. A la dextrine, à l'ivoire flexible, ont succédé le chloroforme, le gutta percha, le collodion, tous réellement utiles dans une sphère sagement limitée, mais dont on peut avec vérité dire que les services doivent rester et resteront toujours circonscrits à un petit nombre d'indications spéciales.

Le caoutchouc semblait, il y a peu de temps encore, condamné au même sort; mais de nouveaux procédés de préparation viennent de donner à son emploi un essor inattendu. La *vulcanisation*, telle qu'on l'exécute maintenant, présente un quadruple avantage: elle rend le tissu inaltérable à l'action des corps gras, des corrosifs, des acides minéraux, du nitrate d'argent, etc.; elle lui conserve toute son élasticité, quelles que soient les variations de température; elle augmente sa résistance au point qu'un homme adulte aurait besoin de toute sa force pour rompre une simple bande de caoutchouc ainsi préparée. Enfin le caoutchouc vulcanisé, quoique distendu à vingt reprises et chaque fois jusqu'aux dernières limites de son extensibilité, revient constamment à ses dimensions primitives, sans garder le moindre relâchement.

Ces propriétés précieuses, qui font du caoutchouc un agent tout nouveau, devaient naturellement suggérer aux médecins l'idée d'en tirer le même parti qu'on l'a déjà fait dans d'autres industries. Les appareils, instruments et bandages que M. le docteur Gariel construit montrent qu'il a compris en praticien expérimenté l'avenir de cette invention. Il faudrait presque un volume pour passer seulement en revue les applications qu'elle a reçues entre ses mains, et celles dont elle est encore susceptible; car c'est le grand mérite de ce procédé de se prêter aux diverses intentions des chirurgiens, de réaliser presque instantanément les indications que chacun peut avoir besoin de remplir. Un aperçu sommaire de ce qui a plus vivement frappé notre attention dans la riche collection de M. Gariel servira à faire voir ce que l'on peut attendre de la vulgarisation d'une découverte qui certainement n'en est encore qu'à ses premiers pas.

Les *bandes* en caoutchouc vulcanisé sont souples, fraîches à la peau, n'échauffent ni ne blessent. Avec elles pas de plis irritants pour le malade; plus de renversés embarrassants pour le chirurgien. Imperméables à la transpiration, au sang, au pus, aux divers liquides de pansement, elles sont à la lettre indestructibles; on les lave extemporanément en les frottant entre les doigts dans un vase d'eau. Il suffit de cette simple mention pour entrevoir l'économie énorme qui résulterait de leur adoption, soit chez les particuliers, soit dans les hôpitaux civils et militaires.

Des *alèzes* ont été aussi confectionnées par M. Gariel. Reposant sur ce plan toujours uni et sans plis, les fiévreux et les blessés seront à l'abri des causes d'irritation qui produisent des escarres à la suite de tout décubitus un peu prolongé.

C'est surtout dans la construction des agents d'*extension* et de *contre-extension* que les propriétés de la nouvelle substance ont été ingénieusement utilisées. Prenons pour exemple le cas le plus ordinaire, une fracture de cuisse. Une sorte d'étrier en forme de sac circulaire embrasse le cou-de-pied; mais il est découpé de telle manière que lorsque, après l'avoir placé, on l'insuffle, il se trouve transformé en un coussin exactement moulé sur le membre, touchant celui-ci par tous les points de sa surface, et par conséquent n'exerçant sur aucun d'eux de pression trop forte, capable de devenir dangereuse. Ajoutez que le caoutchouc, ainsi distendu par l'insufflation, offre une surface lisse et polie qui rappelle le toucher moelleux du velours. Il faut appliquer sous l'étrier une bande de caoutchouc, qui a le double avantage d'empêcher le gonflement du pied et de donner lieu à la pression médiate de l'étrier. Quant à la traction, elle s'opère en fixant au pied du lit deux lacqs prolongements de ce même sac, qu'on a également remplis d'air. Cordons résistants, quoique flexibles, et surtout éminemment rétractiles, ils peuvent être noués partout où l'on voudra, se réfléchir sur des poulies de renvoi, s'allonger autant qu'il sera nécessaire sans rien perdre de leur faculté de revenir sur eux-mêmes, qui assure à la traction une continuité et une exactitude parfaites. On comprend combien cette force soutenue, toujours agissante, toujours la même, a de puissance pour lasser les muscles les plus rebelles. A-t-on besoin cependant de relâcher la traction? Sans déplacer le malade, sans dénouer aucun lien, il suffit d'ouvrir le robinet et de laisser échapper une certaine quantité d'air. L'extension diminue immédiatement du degré voulu, et il n'est pas moins aisé de lui rendre ensuite, s'il le faut, son énergie primitive.

L'agent de contre-extension, qui fait partie intégrante du même appareil, est conçu d'après des principes entièrement semblables. Nous avons eu occasion de les voir appliqués chez des blessés, et de vérifier de nos propres yeux que l'expérience confirme de tout point ce que nous venons d'en dire. Essentiellement légers et portatifs, ils nous paraissent nécessairement appelés à remplacer dans les caissons des ambulances la lourde et embarrassante attelle contre-extensive.

Le même système de traction est employé avec avantage dans le traitement de certaines *difformités* ou *déviations*, *pieds-bots*, *adhérences vicieuses*, etc.; seulement il ne faudrait lui demander ici que de satisfaire à quelques indications, et non pas de les remplir toutes.

L'extrême distension que le caoutchouc vulcanisé peut supporter sans se rompre a donné à M. Gariel l'une de ses plus heureuses idées. Supposons une sonde en caoutchouc, terminée à son extrémité par un renflement à peine sensible dans l'état de vacuité. Avez-vous besoin de comprimer les parois d'un conduit ou d'une cavité naturelle, faites-y pénétrer la sonde; puis poussez dans celle-ci de l'air, soit avec la bouche, soit au moyen d'une seringue. Aussitôt le renflement prendra des dimensions surprenantes, énormes, dimensions qu'il conservera si vous avez soin de lier circulairement le bout de sonde laissé à l'extérieur. On pressent tout le parti à tirer de cet appareil dans le *tamponnement des fosses nasales*, dans la thérapeutique des *coarctations de l'œsophage, du rectum, de l'urètre*. Grâce à lui, le *tamponnement de l'utérus après l'accouchement* cessera de figurer parmi les *desiderata* de la chirurgie; car on pourra désormais substituer à la simple occlusion du col, qui laissait le sang s'épancher en masse dans la cavité utérine, la réplétion de la cavité même par une *ou plusieurs* de ces poches, qu'il sera ensuite aussi aisé de vider à moitié ou de retirer tout à fait qu'il l'avait été de les introduire.

Insufflé et restant insufflé, le tissu nouveau rend des services variés qui s'utilisent à chaque instant dans la pratique. Nous avons vu en ce genre, chez M. Gariel, des *pessaires* de toutes formes, des *pelotes herniaires*, des *coussinets de remplissage* pour les fractures (1), des pelotes destinées à la *compression des tumeurs du sein*. — Les pessaires surtout offrent ceci de remarquable qu'ils peuvent être introduits dans l'état de vacuité et n'être insufflés que lorsqu'ils sont en place. Le procédé par lequel on obtient ce résultat est de la plus grande simplicité.

A côté des grandes indications de la grande chirurgie, il y a encore place pour une foule de petits besoins auxquels le médecin a souvent à compatir. L'esprit inventif de M. Gariel a trouvé dans l'élastique et protéiforme substance de quoi y satisfaire largement. Nous citerons seulement à ce sujet ses *urinaux portatifs*, dont la perfection nous a frappé. Un petit sac, si petit qu'on peut véritablement le dire sans poids et sans volume, est ter-

(1) Avec ces remplissages, on peut en une demi-seconde, relâcher à volonté sans aucun déplacement l'appareil d'un fracturé qui se plaindrait d'être trop serré. On n'a pour cela qu'à entr'ouvrir le robinet, et à donner issue à une petite partie de l'air contenu dans le coussinet.

miné par une ouverture d'un diamètre moindre que celui de l'organe qu'elle doit emboîter. Par une manœuvre aussi facile à exécuter qu'à comprendre, on l'adapte autour de la verge, absolument comme on ajuste au poignet des gants garnis d'un cordon de caoutchouc. Pas de pression, pas de ligature, nul moyen de contention. L'urine, qui coule dans une poche imperméable, ne dévoile sa présence à aucun des sens. Libre de tout bandage, l'infirme, agit, marche ; il peut prendre toutes les positions imaginables sans que le réservoir déborde. Puis, au moment opportun, à l'angle d'un mur, il n'a qu'à tourner un robinet de décharge, et le sac est vidé en un instant, sans avoir quitté sa place.

J'ai encore à signaler la *genouillère* qui établit sur l'articulation hydarthrosée la compression la plus exacte, sans déterminer un seul pli. Il serait aisé de construire sur le même modèle des bandages pour toutes les régions où l'on voudrait favoriser par ce moyen la résolution de tumeurs ou de liquides extravasés. — Sous ce rapport, il y a une indication capitale signalée par M. Gariel, et que le caoutchouc remplit d'une manière vraiment surprenante. On sait qu'un bandage circulairement serré autour d'un membre y produit bientôt stagnation sanguine, gonflement, crampes, engourdissement, etc. C'est pour y obvier qu'on a imaginé les tourniquets et compresseurs, machines indispensables toutes les fois que la pression doit être portée un peu loin, mais d'un usage dispendieux et embarrassant. La bande vulcanisée va fournir au praticien de campagne les mêmes avantages. Entourez le poignet avec cette bande, en prenant la précaution de l'appliquer *tendue* sur la face dorsale et *lâche* sur la face palmaire. Vous constaterez ensuite qu'elle ne serre qu'au niveau de la première partie. Et en effet, vous pourrez aisément glisser un doigt entre la bande et la face antérieure, tandis que ce serait impossible pour la face postérieure de cette région. — On a donc obtenu ainsi la striction au degré désiré, tout en conservant la circulation intacte.

Il pourrait devenir fatigant, et il est sans doute superflu d'insister plus longuement sur les divers moyens d'utiliser ces procédés de fabrication. Chaque chirurgien en étendra sans peine l'application aux besoins de sa pratique ; car il n'est pas une maladie, un pansement, une opération qui ne nécessite, au moins comme adjuvant, la compression, la dilatation, la contention, la succion, la traction. Or le caoutchouc ainsi manié répond à tout. Non-seulement il suffit aux nombreuses exigences qui demeuraient à l'état de désir, mais encore il n'est pas douteux qu'il n'en suscite d'inconnues jusqu'ici, qu'en offrant de nouvelles ressources aux inventeurs, il ne provoque activement des découvertes thérapeutiques importantes. — Nous n'avons pas été les derniers à nous en apercevoir ; et il faudrait sans contredit être bien malheureusement doué pour ne pas emporter d'une visite à la collection de M. Gariel le germe, ou du moins la pensée d'innovations dans presque toutes les branches de l'art. Malgré tout ce qu'il en a déjà retiré, ce n'est encore, on peut le dire avec certitude, qu'un filon dont l'exploitation, ouverte à tous, ne peut manquer de profiter largement à l'humanité et à la science.

La question d'économie se trouve si pleinement résolue par l'emploi du caoutchouc vulcanisé qu'il y aurait, même au point de vue exclusivement financier, impéritie, négligence presque coupable à ne pas faire dans les hôpitaux l'essai d'appareils qui compensent, et bien au delà, par leur inaltérabilité le prix d'acquisition. Espérons que les administrations sauront le comprendre, et qu'elles ne tarderont pas à mettre les médecins à même de vulgariser par l'application clinique un moyen aussi avantageux que l'est celui-ci sous tous les rapports.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ANOMALIE PAR AUGMENTATION D'UNE VERTÈBRE CERVICALE, OBSERVÉE SUR UN SQUELETTE HUMAIN ; par M. DUBREUIL, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Je possède dans mon ossuaire un squelette que j'ai rapporté de Toulon : c'est celui d'un tambour-major suisse, âgé de 36 ans, et mort d'une pleuropneumonie suraiguë. Le sujet, que je rencontrais quelquefois pendant sa vie, dut attirer mon attention par sa haute stature, ses formes herculéennes, comme aussi par le contraste du petit volume de la tête, avec un corps colossal et d'ailleurs bien proportionné. Quand j'examinai le système osseux artificiellement articulé, je ne fus pas peu surpris de trouver le nombre des vertèbres cervicales s'élevant à huit (1). Mesurée dans sa longueur au moyen d'un fil qui en suit les courbures, la colonne vertébrale de l'atlas au sommet du coccyx donne $0^m,74$, et comparativement à un squelette de taille au-dessus de la moyenne, je trouve $0^m,62$.

La colonne cervicale de notre squelette est longue de $0^m,107$, tandis que, sur un autre squelette, la longueur de la même région ne s'élève qu'à $0^m,102$. La mensuration de chaque vertèbre cervicale, considérée isolément et à partir de la troisième, donne les résultats suivants :

Diamètre	vertical du	corps	de la troisième	vertèbre.	$0^m,014$
—	—	—	de la quatrième	—	$0^m,015$
—	—	—	de la cinquième	—	$0^m,013$
—	—	—	de la sixième	—	$0,^m013$
—	—	—	de la septième	—	$0^m,013$
—	—	—	de la huitième	—	$0^m,014$

LONGUEUR DES APOPHYSES ÉPINEUSES.

Axis	$0^m,02$
Troisième vertèbre	$0^m,017$
Quatrième —	$0^m,033$
Cinquième —	$0^m,022$
Sixième —	$0^m,025$
Septième —	$0^m,03$
Huitième —	$0^m,04$

Certes il est facile, au premier aspect, de constater la présence d'une vertèbre surnuméraire ; il n'en est plus de même quand il s'agit de classer celle qui est en plus. Je procéderai par voie d'exclusion : ainsi ce n'est pas la dernière ou la huitième qui est surnuméraire, puisqu'elle a les caractères distincts assignés à la septième vertèbre ou proéminente, qu'elle offre déjà de l'analogie avec les dorsales, et semble destinée à faire une transition entre deux ordres de vertèbres. La base des apophyses transverses est percée d'un trou qui, bien que rudimentaire, n'en est pas moins réel, et j'insiste sur ce fait significatif. On cherche vainement le tubercule antérieur de ces mêmes apophyses, tandis que les postérieurs les rapprochent, par leur développement, des vertèbres dorsales. Il y absence complète du prolongement costiforme, qu'il n'est pas rare de rencontrer sur la septième vertèbre, sans que cette disposition soit assez fréquente pour constituer néanmoins l'état normal. Quant à l'apophyse épineuse, elle se termine par un tubercule unique. Voilà donc une similitude évidente avec la septième vertèbre. Celle-ci n'est point l'excédante, parce que le trou de la base des apophyses transverses est plus ample même que celui des autres os de la même région, l'atlas excepté. Ce caractère n'appartient-il pas ordinairement à la sixième vertèbre, dont la septième occupe ici la place ? Je pense en définitive que c'est la sixième qu'il faut admettre comme réellement surnuméraire, opinion qui semble plus probable quand on examine le corps, dont le diamètre perpendiculaire égale celui de la vertèbre suivante, tout en étant moindre que celui de la précédente. On dirait que c'est là une sorte d'opposition à la loi générale, en vertu de laquelle la dimension des cycléaux ou corps vertébraux va en augmentant. Cette différence peut d'ailleurs s'expliquer par la compensation numérique des vertèbres, et s'il y en a plus, il faut convenir que quelques-unes d'entre elles offrent isolément une hauteur moindre ; mais j'avoue que la compensation est plutôt apparente que réelle, parce qu'en somme l'allongement de la colonne vertébrale est plus considérable qu'il n'a coutume de l'être.

Cette longueur insolite du levier représenté par le système osseux du cou a sans doute multiplié les insertions musculaires, comme celles des trapèzes, rhomboïdes, petits dentelés postérieurs et supérieurs, splénius, etc. Le nombre de certains muscles a été accru : par exemple, les interépineux, dont on compte douze, devaient s'élever à treize. Deux muscles surajoutés renforçaient dans la région prévertébrale les six paires de muscles situés de chaque côté, entre les apophyses transverses. Les grands droits antérieurs de la tête et longs du cou avaient aussi plus d'étendue. Les muscles de la région cervicale latérale profonde étaient dans la même catégorie ; enfin il est une circonstance qui doit être rappelée, alors qu'elle se lie à une application pratique : je veux parler du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale, signalé par le docteur Chassaignac sous le nom de tubercule carotidien. Cet anatomiste a le premier indiqué cette éminence, comme permettant la compression de la carotide primitive, et pouvant aussi devenir un point de ralliement quand on se propose de la découvrir pour en obtenir la ligature. Eh bien ! sur notre sujet les moyens hémostatiques devenaient plus sûrs et de plus facile exécution, puisque sur deux vertèbres, la surnuméraire et la suivante, on distinguait deux tubercules, tandis qu'ordinairement on n'en rencontre qu'un seul.

---

(1) Ce squelette a été vu par la plupart de mes collègues ; il fut pour notre Delpech un objet d'étude. Naguère M. Geoffroy Saint-Hilaire l'a observé avec le curieux intérêt qu'inspire à ce savant académicien tout ce qui se rapporte au sujet qu'il a traité en maître.

On sait que le nombre des nerfs existe toujours dans un rapport rigoureux avec celui des vertèbres. Au crâne et au rachis, les os sont diminués par les axes nerveux qu'ils protégent et qui leur préexistent ; ici une paire cervicale excédante, c'est-à-dire neuf au lieu de huit, multipliait les communications avec le système nerveux ganglionnaire.

Le cou se compose d'organes presque toujours en mouvement ; aussi les vertèbres de cette région sont-elles les plus mobiles. Qu'une pièce osseuse se trouve en plus, la mobilité s'en accroît nécessairement.

Si l'inflexion latérale s'accomplit dans la totalité du rachis, n'est-ce pas surtout au cou et aux lombes qu'elle se manifeste? L'observation a d'ailleurs démontré que chez tous les individus la flexion ne se produit pas dans le même lieu : c'est souvent entre la troisième et la septième vertèbre cervicale qu'elle s'opère. Voilà donc par le fait d'une vertèbre excédante la sphère des mouvements de la région cervicale augmentée.

« Plus dégagé dans notre espèce que dans tout autre, dit le docteur Maissiat (ÉTUDES DE PHYSIQUE ANIMALE. Paris 1843), le cou est doué de ce noble mouvement de renversement atloïdien, dépassant la verticale et permettant à la tête de se tourner vers les cieux ; rien chez les autres êtres n'est comparable à ce mode de locomotion cervicale. »

L'anomalie que je viens d'indiquer se distingue par sa rareté ; profitant des immenses ressources qu'offre notre bibliothèque et y compulsant les annales de la science, j'ai vainement cherché des exemples de vertèbre cervicale surnuméraire chez l'homme, et néanmoins à aucune époque plus qu'à la nôtre on n'a autant étudié la vertèbre, que l'on a été jusqu'à considérer comme l'élément de tout l'appareil osseux. Par l'extension abusive d'un principe vrai en lui-même, on a prétendu retrouver les attributs de la vertèbre là où, en réalité, ils ne sauraient être.

On lit dans l'HISTOIRE GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE DES ANOMALIES DE L'ORGANISATION, par M. Geoffroy-Saint-Hilaire (t. I, p. 665), le passage suivant : « Une observation due à Lieveling, prise sur un sujet adulte, est peut-être la seule qu'on puisse citer comme authentique, quant à l'existence de huit vertèbres cervicales. Cette rareté des vertèbres surnuméraires dans l'espèce humaine est très-remarquable, si on en rapproche le principe zoologique, généralement connu, qu'aucun mammifère, les aïs exceptés, n'a plus de sept vertèbres cervicales. » On connaît plusieurs cas de vertèbres surnuméraires appartenant à celles du dos : ils sont moins fréquents dans la région lombaire. M. Geoffroy-Saint-Hilaire a vu sur un individu qui en avait six dans cette partie l'excédante ayant d'un côté les caractères distinctifs des vertèbres de cette classe et de l'autre ceux des dorsales.

Un zoologiste dont les travaux restent comme un modèle de précision, le collaborateur de Buffon, celui qui prépara une partie des matériaux que l'illustre historien de la nature mettait en œuvre et auxquels la magie de son style imprimait la vie, Daubenton, frappé, durant sa laborieuse existence, de la masse des faits exceptionnels en anatomie, se montrait très-réservé quand, après les avoir colligés, il s'agissait de les formuler en lois générales. Cependant il établit celle relative aux vertèbres cervicales, quant à l'invariabilité du nombre. Emporta-t-il dans la tombe la conviction de l'infaillibilité de ce principe? Les avis à cet égard sont partagés. On voit dans son éloge, prononcé en 1800 par Cuvier, que cette loi fut démentie à la fin de ses jours par le seul examen de l'aï (*bradypus tridactylus*), genre peu ancien parmi les mammifères. Ayant à ma disposition un squelette de cet animal, j'ai suivi avec intérêt ce qui a été écrit sur l'organisation et les mœurs de l'aï, ou paresseux à trois doigts, classé d'abord mal à propos parmi les singes pour être mis plus tard dans la famille des tardigrades (1). Il faut l'avouer, ce que jusqu'à un certain temps peu éloigné de nous l'on nous a transmis sur l'aï est plutôt une sorte de roman qu'une véritable histoire anatomique, et l'on s'étonne que Georges Cuvier nous ait aussi laissé à désirer en ce qui concerne cet animal. Buffon ne craint pas d'avancer que l'aï et l'unau sont les seuls êtres que la nature ait maltraités, les seuls qui nous donnent l'image de la misère innée. Pour Cuvier, la nature en formant ces animaux a voulu s'amuser à créer quelque chose d'imparfait, de grotesque. Aujourd'hui il n'y a plus à s'étonner ou à imaginer en ce qui concerne l'aï : on a mieux fait, on l'a observé, et tout ce merveilleux disparaît devant une étude tant soit peu sévère. Déjà nos bons et anciens confrères de la marine, MM. Quoy et Gaymard, ont étudié vivants, et pendant quelque temps à bord de la corvette *l'Uranie*, deux aïs adultes : leurs remarques judicieuses viennent à jamais détruire toutes les exagérations dont ces animaux avaient été l'objet. On consultera avec avantage l'ouvrage de M. Boitard (le JARDIN DES PLANTES, *Description et mœurs des mammifères de la ménagerie et du muséum d'histoire naturelle*). Ce naturaliste arrive à démontrer que l'aï n'a souvent été étudié que dans des lieux et des circonstances pour lesquels il n'était point né.

D'autre part, je dois à de bienveillantes communications de M. Ytier, directeur des douanes à Montpellier, et qui vient de publier un voyage en Chine, d'assez curieux renseignements sur l'aï, dont il a observé plusieurs individus dans la Guyane. N'est-il pas surtout digne d'intérêt de trouver dans une œuvre philosophique toute moderne de M. Dédouets, intitulée : DE L'HOMME, DE LA CRÉATION OU DES CAUSES FINALES, réfutées avec avantage les erreurs longtemps émises et adoptées relativement au sujet en question ? Aujourd'hui un examen tant soit peu attentif vient démontrer que les prétendues misères de la construction de l'aï ne sont que convenances, comme si chaque organisation n'existait pas dans le but de la spécialité fonctionnelle. Qu'importe d'ailleurs cette apparente bizarrerie de formes qui étonnent, si elles sont accommodées et servent aux besoins de l'animal. Ce qu'il plaît d'appeler infirmité n'est, quand on y réfléchit, qu'une nécessité pour harmoniser les instruments de l'économie avec les fonctions qu'ils sont chargés d'accomplir, proposition applicable à tous les êtres de la création, et cela sans exception aucune. Nous accusons la nature quand nous ne sommes que légers ou incomplets dans nos investigations, et c'est faute de comprendre que nous devenons injustes au détriment des magnificences de la création. L'enchaînement de cause à effet une fois établi, on est conduit à saisir quelques conditions appréciables de l'existence : variété infinie dans les moyens, fécondité extrême dans les résultats, n'est-ce pas là en dernière analyse la devise de la nature? Mais revenons à l'animal qui nous a entraînés dans cette digression. Et je dirai d'abord que j'admets chez lui la présence de neuf vertèbres cervicales, tout en rappelant que cette manière de voir n'est pas aujourd'hui généralement adoptée.

Depuis plus de trente ans on reconnaissait la présence de neuf vertèbres cervicales chez l'aï, quand cette opinion fut réfutée par Thomas Bell. Il a cherché à démontrer, dans un mémoire lu à la Société zoologique de Londres (13 août 1833), que les deux vertèbres excédantes appartiennent à la région dorsale et nullement au cou. Suivant l'anatomiste anglais, la loi resterait donc dans toute sa généralité, sans qu'aucun cas exceptionnel vînt l'atteindre ou l'infirmer : ainsi ce que l'on considère comme apophyses transverses des vertèbres ne serait que des côtes rudimentaires perdues dans les chairs (1). Mais en regardant ces petits os ou costelles, pour me servir de l'expression proposée par M. Strauss d'Archain (ANATOMIE DESCRIPTIVE ET COMPARATIVE DU CHAT), n'est-ce point rejeter une exception pour en admettre une autre moins plausible encore? Si l'on accepte comme côte la saillie des apophyses transverses des vertèbres cervicales, n'est-on pas conduit à déposséder les côtes de leurs caractères anatomiques essentiels et en partie de leurs usages ? Voilà d'abord deux premières côtes, mais privées d'articulation avec le sternum et participant peu à l'acte respiratoire, alors que leur principal usage serait ici de faciliter l'étendue des mouvements de la tête et du cou, auxquels la région dorsale ne prend pas une part active ; car les vertèbres de cette région ne se meuvent que dans un seul plan, et cela à cause de l'obstacle que les côtes opposent au mouvement latéral.

A la seule contemplation du squelette, on voit que ce paresseux tridactyle n'est pas construit pour habiter le sol, y marcher ou y ramper. L'étude des organes passifs du mouvement indiquerait seule les bornes relatives et les curieuses modifications de cette fonction, qui en quelque sorte règle la persistance des espèces, aussi bien que la conservation de chacune d'elles. (Maissiat, ouvrage cité.)

C'est encore l'appareil osseux de celui qu'on appelle herbivore des arbres qui apprend que l'animal est fait pour le milieu dans lequel il vit ; que toute son organisation existe pour favoriser ses moyens d'attaque et de défense. Confiné sur les arbres, c'est là qu'il doit vivre ; mais son mode de sustentation est vraiment singulier : c'est au-dessous et non au-dessus des branches qu'il se tient cramponné par trois gros ongles cornés et recourbés

(1) D'après J.-F. Meckel, les individus de la famille des bradypus seraient destinés à offrir l'exemple de la variété successive et numérique des vertèbres cervicales ; ainsi l'unau n'a que sept vertèbres au cou, l'aï neuf et le bradypus torquatus huit. (TRAITÉ GÉN. D'ANAT. COMP., trad. de l'allemand par MM. Riester et Alph. Sanson, t. III, 2e partie, p. 397.)

(1) On lit dans le JOURNAL DE L'INSTITUT (7 mars 1849) une note de Macdonald sur la division erronée des vertèbres cervicales et dorsales et sur les rapports entre la première côte et la septième vertèbre du cou des mammifères. Contrairement à l'opinion admise que tous ceux-ci, hors le bradypus, possèdent sept vertèbres cervicales, c'est-à-dire sans rapport avec les côtes, le zoologiste d'outre-mer avance qu'il n'en est plus ainsi chez les quadrumanes carnivores, à l'exception des phoques, rongeurs, pachydermes, ruminants. Chez tous ces animaux la tête de la première côte s'articule à l'opposé de l'espace intervertébral, et en partie au corps de la septième vertèbre qui devient alors une vertèbre dorsale : c'est ainsi que dans l'espèce humaine les douze côtes auraient treize vertèbres en connexion avec elles. Macdonald propose même d'établir le principe général de la situation normale des côtes dans l'intervalle des vertèbres.

en crochets. Aussi combien les muscles fléchisseurs ne prédominent-ils pas sur les extenseurs ! D'autre part, la soudure des phalanges avec les os métacarpiens et métatarsiens apparaît ici très-précoce. L'allongement du cou ne s'explique-t-il point par la nécessité d'étendre la tête en tous sens, afin de saisir à de grandes distances et sans déplacement du corps entier les feuilles qui doivent le nourrir? C'est le dos situé en bas qu'il est suspendu aux branches. Voilà son attitude naturelle; et comment pourrait-il alors distinguer la terre, sur laquelle il ne se trouve que par un fâcheux accident, sans cette si facile rotation de la tête?

Il y a bien encore quelques particularités afférentes au squelette du tronc, et que je pourrais faire intervenir si c'était ici le lieu : une des plus frappantes, par exemple, n'est-elle pas l'ampleur de la cavité pelvienne chez l'aï? Par une assez singulière coïncidence, notre squelette humain à huit vertèbres cervicales présente une bassin avec une étendue et des dimensions telles que je n'en ai jamais rencontré de semblables même chez les femmes, dont cette partie du tronc paraît le plus largement développée: je me contenterai de citer quelques mensurations comparatives avec le squelette en question. L'intervalle séparant les épines iliaques antérieures et supérieures est de $0^m,265$, tandis que cet espace sur un bassin de femme bien conformé varie de $0^m,22$ à $0^m,25$. Les hanches, dans notre sujet, sont saillantes au point de déborder deux lignes parallèles verticalement tirées des moignons de l'épaule, tandis que le bassin de l'homme est ordinairement compris dans l'intérieur de ces lignes.

Le diamètre antéro-postérieur du détroit pelvien supérieur donne plus de $0^m,0115$, le terme moyen n'excédant guère $0^m,11$, le bi-iliaque $0^m,14$. Le détroit inférieur est augmenté dans les mêmes proportions que le supérieur.

Je termine cette observation déjà longue, et je l'ai compris; mais la science ne peut exister dans la seule contemplation des faits: elle demande qu'ils soient comparés, interprétés et appliqués, surtout quand ils sont insolites. Publiant une anomalie rare en elle-même, j'ai cherché à en tirer des inductions, et à montrer autant que possible la liaison intime entre l'anatomie et la physiologie, que l'illustre Haller appelait l'*anatomie animée*.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(SUITE.)

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1849 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Histoire raisonnée d'une angioïte accompagnée de fièvre nerveuse inflammatoire puerpérale;* par M. Ballotta. 2° *Sur l'action éméto-drastique de l'émulsion des semences d'*euphorbia latiris; par M. Petratti. (Forcé d'employer ce médicament, l'auteur en a étudié les propriétés, et en recommande l'usage à ceux qui se trouvent loin des pharmacies.) 3° *Cystotomie pratiquée chez la femme;* par M. Rossini Serafino. 4° *Observations cliniques prouvant l'efficacité de l'huile de foie de morue dans différentes maladies;* par M. Piccardi. 5° *Observations sur le travail de M. Sorgoni, relatif aux rizières;* par M. Vivarelli. 6° *Cas singulier de somnambulisme;* par M. P. V. 7° *De la dysménorrhée et de la meilleure manière de la traiter;* par M. C. Franceschi. (Les moyens hygiéniques lui semblent être supérieurs à tous les autres.) 8° *Manie annuelle périodique conduite à bonne fin;* par M. Bondi. 9° *Instructions pour le service des officiers militaires en paix et en guerre;* par M. Gamberini. 10° *Recherches sur le scorbut;* par M. Versari. 11° *Sur la doctrine des tempéraments;* par M. Girolami. 12° *Considérations pathologiques sur les fièvres puerpérales;* par M. Sorgoni. 13° *Cas d'absorption d'une matière huileuse;* par M. F. Rossi.

OBSERVATIONS SUR LE TRAVAIL DE M. SORGONI, RELATIF AUX RIZIÈRES; par M. VIVARELLI.

Nos lecteurs se rappellent sans doute l'habile moyen de conciliation que M. Sorgoni avait tenté pour rapprocher les risophobes et les risophiles. Les fièvres intermittentes, disait-il, qui infestent les pays de rizières ne tiennent pas essentiellement à la culture du riz; elles dépendent surtout des procédés vicieux d'irrigation mis en œuvre. Si au lieu d'un fond horizontal, on donnait une pente plus ou moins forte aux vasques où cette céréale se cultive, on éviterait la stagnation des eaux, et l'on détruirait le germe des fièvres sans pour cela compromettre la récolte.

M. Vivarelli s'inscrit contre ce projet d'arrangement entre les opinions opposées. Où, s'écrie-t-il, M. Sorgoni a-t-il donc étudié la culture du riz? Sans doute dans une rizière microscopique, en miniature, réunissant des conditions de localité, de disposition, de climat, tout exceptionnelles! Les choses ne se passent pas ainsi dans le district de Bologne, où cette culture a lieu en grand. Le fond des vasques doit être horizontal, et l'on va voir que c'est là une condition indispensable pour la réussite du grain.

A la fin de l'hiver, le terrain est travaillé. On l'ensemence lorsque le printemps est déjà avancé dans son cours, et après que les vasques ou *carrés* ont été remplis d'eau à la moitié environ de leur hauteur. Lorsque la graine commence à germer, il est nécessaire de laisser écouler l'eau. Alors les jeunes plantes ressentent immédiatement l'influence favorable de l'air et des rayons solaires. Notons bien que l'écoulement de la rizière ne doit pas être total; il faut que le terrain demeure fangeux, saturé d'humidité; il faut qu'il reste çà et là des flaques où l'eau séjourne, provoquant ainsi la décomposition des substances organiques végétales dont elle est couverte.

Pendant les mois de mai, juin et juillet, on remplit et l'on vide les vasques alternativement et d'une manière à peu près périodique de quinze en quinze jours. On pratique le dernier écoulement pour opérer le sarclage, qui se fait à la fin du printemps et finit généralement en juillet. Ceci terminé, on remplit la rizière, et l'on y retient l'eau jusqu'à la fin d'août, époque de la moisson qui nécessite une nouvelle évacuation préalable. Le riz commun ne se moissonne qu'à la fin de septembre. Depuis lors jusqu'aux prochaines semailles, le terrain est abandonné à lui-même.

Fondé sur une longue expérience de ce qui se passe à cet égard, M. Vivarelli n'hésite pas à déclarer que les alternatives d'irrigation et d'écoulement des eaux sont aussi essentielles à la fructification du riz ensemencé que l'air atmosphérique l'est à la respiration des animaux. C'est aussi à l'époque de l'écoulement qui précède le sarclage que les fièvres d'accès commencent à envahir le pays, parce que alors le soleil, dans toute sa force, active puissamment la décomposition des matières organiques d'où résultent les effluves délétères.

Le mode de creusement des vasques *à fond oblique*, que M. Sorgoni propose, prête également aux objections de M. Vivarelli. Si quelque possesseur de terrain a riz, dit-il, voulait former une rizière un peu vaste, il ne prendrait certainement pas le docteur Sorgoni pour directeur de ses travaux. Son système, qui suppose un courant d'eau continu et un déversement incessant de l'eau d'une vasque dans l'autre, resterait le plus souvent inapplicable par défaut de liquide; car pour alimenter, dans de telles conditions, une rizière de quelque étendue, il faudrait, non pas l'Aso ou le Pô, mais bien le Mississipi ou le Rio de la Plata.

De ce qui précède on peut tirer la conséquence (et l'auteur la formule très-explicitement) que le riz et les fièvres naissent toujours et fatalement l'un en même temps que l'autre. Qu'on essaye cette culture, dit-il, sur le mont Eda ou dans le delta du Gange, partout où il poussera du riz, vous aurez des fièvres. Encore peut-il se faire que, soit par mauvaise qualité du sol, soit par suite des vicissitudes atmosphériques, la céréale échoue plus ou moins complétement; mais la récolte funeste ne fera jamais défaut!

MANIE ANNUELLE PÉRIODIQUE CONDUITE A BONNE FIN; par M. BONDI.

Instructive par le seul fait de la singularité de son évolution, l'observation suivante le devient surtout par les résultats si tranchés en bien comme en mal des divers traitements qui furent successivement mis en usage.

OBS. — G. Panti, âgé maintenant de 21 ans, sanguin, bilieux, fut tout à coup, sans aucun antécédent, pris vers sa seizième année, le 19 juillet 1840, d'un délire apyrétique, avec envie de détruire tout ce qui était autour de lui. Cet état dura jusqu'au 21 août de la même année. Il n'en résulta ensuite qu'un amaigrissement des membres et de la faiblesse intellectuelle.

Bien rétabli sous tous les autres rapports, il retourna aux travaux des champs et jouit d'une bonne santé. Mais le 19 juillet 1841, puis ensuite tous les ans, le même jour, il retomba dans des accidents tout semblables à ceux que nous venons de mentionner. Pendant ces accès, on se borna à le saigner et à lui administrer quelques purgatifs salins.

Lorsque M. Bondi le vit, en 1844, il observa que, très-loquace au moment de l'accès, il était taciturne le reste du temps. D'ailleurs, son front bas, son crâne déprimé au sommet, son occiput aplati, son nez épaté, sa large bouche, sa petite stature le rapprochaient beaucoup des crétins. Une de ses sœurs, âgée de 25 ans, était crétine, épileptique et en démence depuis longtemps.

Pendant les accès, il avait la physionomie colère, des hallucinations de la vue, face rouge, langue recouverte d'un enduit jaunâtre; pouls petit, non fébrile; peau un peu brûlante et ansérine : il y avait une tension assez marquée au niveau de la région du foie.

M. Bondi pratiqua une saignée et prescrivit 40 grains de scammonée, à dose épicratique, enfin des lavements irritants. On répéta ensuite trois fois la saignée générale, et l'on fit deux applications de sangsues, une à l'anus et une aux apophyses mastoïdes. — L'état sembla un peu amélioré; mais néanmoins

il revenait tous les jours un violent accès de manie, pendant l'un desquels le malade alla se précipiter dans une mare d'eau.

Mettant à profit cette indication que la nature lui donnait, M. Bondi fit prendre des bains et des douches froides sur la tête, et prescrivit l'ellébore noir à l'intérieur.

La maladie en était à son quinzième jour. Au bout de quatre jours de ce nouveau traitement, le malade avait retrouvé la tranquillité, ou plutôt il était tombé dans une monomanie religieuse douce et calme. Mais le vingt et unième jour de la maladie, un nouvel accès furieux étant survenu, M. Bondi commença à le purger avec de la résine de jalap, et lui fit prendre toutes les heures une pilule composée de 15 centigrammes de sulfate de quinine et un quatre-vingt-seizième de grain d'acétate de morphine. Après en avoir pris quelques-unes, le malade présenta tous les symptômes d'une fièvre intense. L'appareil cérébro-spinal étant alors tombé dans le collapsus, on appliqua un large vésicatoire entre les épaules Et pour profiter de cette nouvelle voie d'absorption, on pansa matin et soir la surface dénudée avec un peu de

Axonge. . . . . 30 grammes.
Sulfate de quinine. . . . . 4 —
Sulfate de morphine . . . . 15 centigr.

L'effet de cette médication fut aussi solide que prompt. Bientôt guéri de son présent accès, le jeune homme retourna travailler aux champs.

Depuis lors, il n'a eu jusqu'aujourd'hui (1er mars 1849) aucun retour de son ancienne affection. Il a seulement la précaution de se faire saigner et de prendre un purgatif drastique un peu avant l'époque où il pourrait craindre une rechute.

CAS D'ABSORPTION D'UNE MATIÈRE HUILEUSE; par M. F. ROSSI.

M. Rossi ayant eu à traiter un jeune homme qui avait reçu dans le dos un coup de couteau, lui prescrivit 45 grammes d'huile de ricin, et recommanda de le tenir à la diète la plus rigoureuse.

Le lendemain, ce purgatif n'avait déterminé aucune évacuation alvine. En faisant ce même jour une saignée du bras à son malade, l'auteur fut fort étonné de voir que le sang reçu dans le vase présentait à sa surface de véritables *étoiles huileuses*, dont les plus petites avaient la circonférence d'une lentille.

Le jour suivant, il constata, sur le sang, reposé que la superficie du sérum était recouverte d'une couche ou pellicule huileuse. Le doigt plongé dans ce liquide ramenait de l'huile sur son extrémité. — Il s'est assuré que, avant la saignée, il n'y avait pas eu d'huile dans le vase.

Il faut dire que, le malade étant mort deux jours après, on reconnut à l'autopsie que l'instrument vulnérant avait perforé l'estomac. Mais il n'y avait pas d'épanchement dans la cavité abdominale.

V. GAZZETTA MEDICA LOMBARDA.

Les numéros de janvier, février, mars, avril et mai 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Description d'un veau sans yeux, avec quelques conjectures et observations;* par M. Panizza. 2° *Introduction à la clinique de la médecine misontologique*; par M. Geromini. 3° *De la pellagre et de la paralysie générale des aliénés*; par M. Verga. 4° *Communication de la syphilis par le moyen de l'allaitement et de la vaccination;* par M. Viani. 5° *Explication de l'augmentation de chaleur dans les parties paralysées par suite des lésions graves de la moelle;* par M. Lussana. 6° *Sur l'alliotrophagie*; par M. Verga. 7° *Préjugés vulgaires contre la saignée, et statistique des phlegmasies broncho-pulmonaires traitées avec ou sans la saignée, pendant le premier trimestre de 1848*; par M. Lassana. 8° *Exemple remarquable de l'insensibilité des aliénés aux lésions externes et internes;* par M. Verga. (Un aliéné avait bu et mangé jusqu'au dernier jour. Enlevé par une attaque d'asthme, il offrit à l'autopsie une énorme ulcération de l'estomac. L'organisme était donc resté chez lui insensible à cette grave lésion.) 9° *Une opinion sur la cause qui détermine l'antagonisme entre le fond et le col de l'utérus nécessaire pour l'accouchement;* par M. Lussana. (Le tissu utérin se contracte et se dilate à la manière des tissus caverneux. Quand le sang afflue de l'aorte par les artères spermatiques vers le fond de la matrice, une conséquence hydraulique nécessaire veut qu'il en arrive en même temps une moindre quantité au col par les artères utéro-vaginales.) 10° *Des causes de la dégénération adipeuse du foie*; par le même. 11° *Cas de troisième dentition;* par MM. Queglino et Porta. 12° *Ramollissement partiel d'un lobe antérieur du cerveau avec perte de la parole*; par M. Rizzi; *avec réflexions sur ce sujet*, par M. Strambio. 13° *Lypémanie avec tendance au suicide constipation obstinée; mort par inanition. Tumeur volumineuse naissant de la concavité du sacrum et comprimant le rectum*; par M. Biffi. 14° *Sur l'utilité de la glace employée dans diverses maladies;* par M. Cerri. (L'auteur prescrit la glace à l'intérieur, avec succès, dans les inflammations aiguës de poitrine.) 15° *Fièvres intermittentes, miliaire, irritation gastro-intestinale et péritonite; mort; autopsie : rupture de la rate;* par M. Gargagnati. 16° *Sur la fièvre miliaire qui régna en 1848 dans la commune de Bergosatollo;* par M. Belpietro. 17° *Cas de maladie charbonneuse;* par M. Borsieri. (La malade avait seulement été piquée par une guêpe qui venait de se poser sur un bœuf mort du charbon. Elle succomba.) 18° *Cas d'hydrophobie;* par M. A. Rossini. 19° *Abcès sous-thyroïdien ouvert dans la trachée;* par M. Verga. 20° *Épanchement de pus dans l'abdomen, par suite d'un abcès hépatique;* par M. Barbieri. 21° *Sur la nature des substances par lesquelles la contagion s'opère chez les animaux et dans les plantes;* par M. Merlini. (L'auteur combat l'hypothèse qui attribue la transmission à des insectes.) 22° *Nouvelles observations de syphilis congénitale;* par M. Facen. 23° *Trois cas de fièvre pernicieuse cholérique;* par M. Balardini.

COMMUNICATION DE LA SYPHILIS PAR LE MOYEN DE L'ALLAITEMENT ET DE LA VACCINATION; par M. VIANI.

OBS. — Madame N. N., d'habitudes irréprochables, mariée en Égypte, revint en Italie auprès de son mari, en 1838. Elle y accoucha au bout de quelques mois d'un enfant qu'elle allaita d'abord. Mais comme il lui vint des ulcérations syphilitiques aux mamelons, bien qu'elle ignorât être atteinte de cette maladie, elle fut obligée de le confier à une nourrice étrangère. Celle-ci fut bientôt prise de symptômes syphilitiques évidents. Il en fut de même d'une troisième, puis d'une quatrième femme, qu'on avait successivement chargées d'élever cet enfant.

Pour le sevrer, la nourrice désirant faire passer son lait, donnait quelquefois le sein à un autre nourrisson. Il contracta bientôt à la bouche des ulcères qui s'étendirent à tout le tube digestif (1) et le firent en peu de temps périr misérablement.

Confié enfin à la garde de deux de ses oncles, qui l'entourèrent des soins les plus vigilants, l'enfant de madame N. N. finit par ne plus présenter d'autre symptôme morbide qu'une légère ophthalmie. On le vaccina à ce moment.

Comme la variole régnait alors épidémiquement, beaucoup de médecins pratiquèrent la revaccination. L'oncle et la tante de l'enfant, âgés l'un de 28 ans, l'autre de 23, voulurent s'y soumettre, et demandèrent qu'on se servît, pour cette opération, du pus des pustules vaccinales de leur neveu. — M. Viani, ne connaissant pas alors les antécédents de ce dernier, n'y consentit cependant qu'avec peine, à cause de l'ophthalmie dont l'enfant était atteint.

Les choses marchèrent d'abord chez les revaccinés comme d'ordinaire ; mais, après la dessiccation des pustules, il se forma une croûte dure, raboteuse, entourée d'une aréole d'un jaune rougeâtre, différente des croûtes vaccinales normales. L'oncle fut bientôt couvert, sur tout le corps, de croûtes. Il survint plus tard des exostoses, des douleurs ostéocopes, quelques ulcères dans d'autres parties. Une affection scorbutique dont il était déjà atteint antérieurement rendit chez lui le développement de la syphilis encore plus grave. Et ce ne fut qu'après cinq ans de soins assidus qu'on parvint à l'en débarrasser.

La tante eut d'abord des ulcères à la vulve, accompagnés de condylomes à l'anus. Des glandes cervicales s'engorgèrent et suppurèrent. Il se déclara enfin une ophthalmie. — Cependant elle finit par revenir à la santé, mais seulement au bout du même espace de temps que le malade précédent.

— Nous ne parlerons pas de ce qui, dans l'observation précédente, concerne la transmission de la syphilis aux nourrissons ; car il est bien probable qu'ici, comme dans tous les cas de ce genre, ce n'est pas par l'intermédiaire du lait, mais par l'application du pus d'un ulcère du mamelon que la contagion s'est opérée.

Un autre fait bien plus remarquable est celui de la transmission syphilitique effectuée de l'enfant à ses parents. Deux circonstances rendent surtout cette histoire digne d'attention. La première est que, au moment où il devint agent de contagion, l'enfant ne présentait plus de phénomène syphilitique apparent, et qu'il n'en eut non plus aucun ultérieurement. Il faut donc conclure de là qu'un individu peut propager la syphilis quoiqu'il n'en ait à ce moment aucune manifestation appréciable.

Le mode suivant lequel s'est faite cette communication n'est pas moins curieux. C'est une humeur animale normale, et non le produit d'une lésion syphilitique qui a fourni l'élément contagieux. Ce fait vient entièrement à l'appui de ceux que le travail de M. Diday a récemment mis en lumière (v. GAZ. MÉD., n° du 29 septembre 1849); il prouve, comme eux, que les liquides de l'organisme d'un syphilitique peuvent devenir cause du développement de la syphilis constitutionnelle chez ceux à qui on les inocule.

(1) Cette extension des ulcères à tout le canal intestinal est-elle un fait que l'autopsie ait révélé ? N'est-elle qu'une simple supposition pour expliquer la mort de l'enfant? Le récit manque des détails nécessaires à cet égard. — Il ne s'explique pas non plus sur la question de savoir si la nourrice avait ou non des ulcérations au sein. (NOTE DU RÉD. DE LA REVUE.)

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE.

CHOLÉRA.

M. Pellarin adresse une nouvelle note sur le choléra de Givet. Il rapporte quelques faits en faveur de l'efficacité du chlorure d'oxyde de sodium comme moyen prophylactique, et il ajoute que depuis la désinfection des fosses d'aisances de la grande caserne, depuis surtout que les eaux de la Meuse, en s'élevant par l'effet des premières pluies d'automne, ont submergé les matières accumulées dans ces fosses, nul nouveau cas de choléra ne s'est déclaré dans la caserne. Cependant le choléra continue à sévir depuis six semaines à quatre lieues de nous, dans la petite ville de Fumay, et il s'est montré dans quelques villages plus rapprochés encore.

— M. Arago informe l'Académie que M. Rochet d'Héricourt, de retour de son voyage, a rapporté une plante dont l'écorce paraîtrait avoir la propriété de guérir la rage.

M. Rocher d'Héricourt sera invité à se mettre en rapport avec les membres de la section de médecine et de chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU SAMEDI 3 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, qui informe qu'il recevra l'Académie à l'occasion de son avénement au ministère.

Les membres de l'Académie qui voudront faire partie de la députation sont invités à se joindre au bureau.

EAUX MINÉRALES.

M. Patissier lit, au nom de la commission des eaux minérales, le rapport annuel sur les exercices de 1847 et 1848.

Ce rapport est suivi d'un appendice sur *les eaux minérales considérées au point de vue de l'assistance publique*, dont nous extrayons les passages suivants :

M. le rapporteur examine d'abord ce qui se fait aujourd'hui dans plusieurs établissements thermaux en faveur de l'assistance des pauvres. On voit par cet examen que les administrations hospitalières, quelques riches familles, en fondant de leurs deniers des hôpitaux temporaires, quelques bureaux de bienfaisance, quelques conseils généraux des départements, les propriétaires des établissements thermaux et les personnes charitables unissent leurs efforts pour alléger les maux des indigents qui se rendent aux eaux; partout la gratuité du traitement thermal leur est accordée. Mais là ne réside pas la difficulté principale : il s'agit de trouver des moyens permanents assurés de pourvoir à leur logement et à leur nourriture. Ici le législateur et le gouvernement doivent intervenir. Que doit-on faire? Faut-il agrandir les hôpitaux élevés près de quelques sources minérales, leur accorder une dotation plus considérable? et dans les localités thermales où il n'existe pas d'hospice, faut-il en établir de temporaires, ainsi qu'on l'a fait en faveur des militaires de Bourbonne-les-Bains, Baréges, Vichy?

M. Pâtissier, après avoir supputé les dépenses qu'occasionneraient de pareils établissements, arrive à conclure :

1° Qu'il faut conserver et entretenir les hôpitaux existants près des thermes; mais qu'il n'est pas d'une bonne administration d'en créer de nouveaux aux frais de l'État ou des départements;

2° Que la somme nécessaire pour la création d'hôpitaux temporaires, employée en secours privés, permettrait de faire jouir des bienfaits des eaux un grand nombre d'indigents et d'y prolonger leur séjour plus longtemps que s'ils étaient dans un hôpital : circonstance très-favorable pour assurer la guérison;

3° Que le traitement thermal, c'est-à-dire l'usage de l'eau en boisson, des bains, des douches, des étuves, ainsi que les soins du médecin, doivent être gratuits pour les nécessiteux malades;

4° Que les frais de déplacement et de séjour aux eaux doivent être supportés par le département auquel ces malades appartiennent, et que l'allocation d'un franc par jour est suffisante pour subvenir aux frais de logement et de nourriture;

5° Dans tous les thermes, des piscines, des baignoires, des douches, des étuves administrées et entretenues convenablement devront être affectés aux malades pauvres.

S'occupant ensuite des besoins du service médical, M. le rapporteur signale l'opportunité de rétablir le bain public. Son but principal dans cette seconde partie de cet appendice a été de mettre en relief l'utilité des piscines et la puissance de ce moyen curatif pour faciliter l'assistance publique.

Enfin le rapporteur exprime, au nom de la commission, le vœu que, pour obtenir des eaux minérales toutes les ressources médicinales qu'elles peuvent fournir, on organise dans tous les thermes des bains de vapeur, des douches de toute espèce, etc., comme autant d'éléments de succès pour les médecins. Espérons, dit-il en terminant, que la création de piscines et les perfectionnements thermaux réclamés par nos commissaires pourront s'effectuer prochainement sur les plans de l'ingénieur chargé spécialement par M. le ministre de l'agriculture et du commerce de l'aménagement des sources minérales de la France.

M. Londe : Dans le passage du rapport relatif aux eaux minérales qui contiennent de l'arsenic, je n'ai pas entendu désigner les eaux de Plombières. N'est-ce pas, si je ne me trompe, en 1838 qu'on a découvert l'arsenic dans la source de Plombières? n'est-ce pas à l'un de nos collègues de la section de médecine vétérinaire, M. Bouley jeune, que l'on doit la découverte du contre-poison de l'arsenic, le tritoxyde de fer hydraté?

Une voix : C'est M. Lassaigne.

M. Londe : Je regrette qu'il n'ait point été fait mention de ces faits dans le rapport.

M. Patissier : Cela n'entrait pas dans l'objet du rapport.

M. Londe : Les avantages attribués aux piscines me paraissent avoir été un peu exagérés. A Vichy, par exemple, les malades éprouvent en général une certaine répugnance à se baigner en commun.

M. Martin-Solon : On ne saurait, à mon avis, trop insister sur la nécessité d'instituer des secours pour faire profiter les malades indigents des bienfaits des bains thermaux. Le principe ne peut pas ne pas être admis. Quant à ce qui est relatif aux piscines, M. le rapporteur est trop bien au courant des usages des thermes pour n'avoir pas décrit avec la plus fidèle exactitude tout ce qui les concerne. J'ai été à même d'en constater par expérience les très-grands avantages. Ces avantages sont tels qu'on ne saurait les mettre en balance avec l'usage des baignoires isolées. On reste trois heures dans une piscine sans que la température de l'eau en soit sensiblement modifiée; c'est là un avantage considérable. Quant à l'agrément des bains en commun, il est aussi très-réel. Grâce à la conversation qui s'établit entre les baigneurs, les trois heures se passent sans ennui. Enfin on ne peut méconnaître non plus que la masse et le mouvement de l'eau n'ajoutent à sa qualité.

On a parlé du dégoût qu'inspirait le bain en commun; mais c'est à tort. Sous le prétexte de faire prendre aux nouveaux venus un bain de propreté, on commence par les examiner de la tête aux pieds, et ce n'est qu'après s'être assuré qu'ils n'ont ni ulcère ni affection cutanée qu'on les admet à la piscine; de sorte que, sous ce rapport, il y a toute sécurité pour les malades. Quant aux mœurs, il n'y a non plus aucune espèce d'inconvénient : les baigneurs sont revêtus d'une longue robe de laine très-épaisse qui ne laisse même pas voir les formes.

J'insisterai donc sur l'utilité des bains thermaux mis à la disposition des indigents, et sur l'utilité des piscines, que M. le rapporteur a d'ailleurs si bien fait ressortir.

M. Rochoux exprime la crainte que les ressources de l'État ne suffisent pas pour faire face aux frais qu'entraîneraient les améliorations proposées.

M. Durand-Fardel : Ce que MM. Pâtissier et Martin-Solon ont dit des piscines ne me laissera que peu de chose à ajouter. Je répondrai seulement à M. Londe qu'à Vichy on ne s'est jamais plaint des bains en commun; on n'a eu, au contraire, qu'à s'en louer. J'ai été à même de reconnaître que la thérapeutique des piscines est autre que celle des baignoires, et qu'elle lui est généralement très-préférable. Cependant les piscines ont un certain inconvénient : c'est de dépasser quelquefois les limites de l'action qu'on se propose d'obtenir.

M. Caventou demande que l'excellent rapport de M. Pâtissier reçoive toute la publicité possible, par son insertion dans le Bulletin et dans les mémoires de l'Académie.

M. le Président : C'est de droit.

M. Bouley, tout en déclarant qu'il ne peut accepter l'honneur de la découverte de l'antidote de l'arsenic qui lui a été attribuée par M. Londe, donne quelques explications sur les expériences qu'il a faites dans le temps sur des chevaux pour confirmer la propriété antitoxique du tritoxyde de fer.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend que des états de vaccinations.

La correspondance manuscrite comprend les pièces suivantes :

M. Leroy-d'Étiolles envoie un mémoire sur la nécessité de l'éclectisme dans la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre, suivi de considérations sur des perfectionnements apportés aux diverses méthodes de traitement.

M. Lecadre (du Havre) adresse : 1° l'histoire du choléra épidémique dans l'arrondissement du Havre, en 1849; 2° une note avec ce titre : Le Havre considéré sous le rapport hygiénique.

M. Goyrand adresse une lettre sur le choléra d'Aix en Provence.

M. Giusti (de Tripoli de Syrie), adresse un mémoire *sur la contagionabilité de la peste*.

L'auteur conclut que la peste peut se développer spontanément, c'est-à-dire sans préalable importation et par des causes inhérentes au sol, à l'atmosphère; aux individus et à leurs conditions physiques et morales en plusieurs régions de l'Orient;

Que tout fait croire que la peste sporadique n'est pas contagieuse;

Que la peste épidémique se propage comme les autres maladies par des causes cosmo-telluriques, etc.

Guérée, médecin à Longjumeau, adresse une note sur le choléra.

« Les causes et le siége de cette maladie, dit-il, sont jusqu'à ce jour restés inconnus; cela devait être, le choléra n'étant qu'une métastase des fluides lymphatique et nutritif. »

M. Raison adresse des réflexions sur le choléra, d'après les observations qu'il a faites en 1832 dans diverses communes de la Côte-d'Or.

M. Lebert adresse, au nom de M. de Castella, (de Neufchâtel), un mémoire contenant le mouvement de l'hôpital Pourtalès, de Neufchâtel, pendant les années 1846 et 1847.

On trouve dans ce mémoire :

1° Une statistique de 83 cas de fièvre typhoïde traités par le calomel à petites doses et les frictions mercurielles. Parmi les malades qui ont pu faire le traitement complet, il n'y a eu qu'une mortalité de 7 sur 83 (défalcation faite d'un certain nombre de malades morts sans avoir subi ce traitement).

2° Plusieurs cas de carie articulaire chez des jeunes scrofuleux guéris sans opération par l'emploi méthodique de l'huile de foie de morue, quoique la maladie fût tellement avancée que l'amputation parût d'abord être la seule ressource.

3° Dans les affections chroniques de la moelle épinière et les paralysies qui en dépendent, l'auteur recommande comme un des moyens les plus utiles les eaux de Baden, en Argovie, soit en bains, soit sous forme de douches.

4° Parmi les moyens vantés contre la phthisie tuberculeuse, il n'y en a point qui ait paru plus utile à M. de Castella que l'emploi méthodique du sel marin.

5° Le moyen qui lui a le mieux réussi dans les abcès froids est l'emploi des injections iodées, dont l'action, d'après M. Castella, est encore augmentée lorsqu'on y joint la compression.

EAUX MINÉRALES.

M. Guibourt lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur une source d'eaux minérales située à Villames-Saint-Aubin (Seine-et-Marne).

La commission conclut qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source. (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

La parole est à M. Amussat.

ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. Amussat lit un long discours, qu'il résume en ces termes :

Pour résumer mon opinion sur les principales questions en discussion, je vais essayer de formuler le résultat de mon expérience sous forme de propositions.

Sans doute Lisfranc et son école ont exagéré la fréquence des engorgements de l'utérus; mais, d'un autre côté, on est allé beaucoup trop loin en niant presque complétement l'existence de cette maladie, qui n'est pas toujours, ainsi qu'on l'a dit, la conséquence des déviations de l'utérus.

D'après les faits rapportés par MM. Moreau et Huguier, d'après ceux que j'ai observés, il est bien établi que l'engorgement, non pas seulement du col, mais du corps de l'utérus, existe, et assez fréquent. J'ajouterai qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer l'anatomie pathologique pour prouver ce fait, que tous les praticiens peuvent constater journellement.

Contrairement à l'opinion de l'auteur du mémoire en discussion, du rapporteur et de plusieurs des membres qui ont pris la parole, je pense qu'on a eu tort de chercher à déposséder l'utérus de l'influence si grande qu'il exerce sur l'organisme de la femme, comme l'ont pensé de tout temps nos meilleurs observateurs. Il est maintenant incontestable que les maladies de cet organe, fréquentes, nombreuses, variées, troublent à un haut degré l'existence des femmes qui en sont atteintes.

Sans entrer de nouveau dans l'exposé des symptômes et des signes de l'engorgement de l'utérus, je dirai cependant que, pour un praticien exercé, le simple toucher suffit pour faire présumer cette maladie. Quand, en faisant le tour du col avec le doigt indicateur, on le trouve plus gros, plus sensible qu'à l'état normal, dur, mou ou flasque sans tumeur ni déplacement, et surtout si en le soulevant, il paraît, ainsi que le corps de l'organe, plus lourd, plus difficile à déplacer que dans l'état habituel, on peut dire qu'il existe un engorgement. Le toucher par le rectum confirme le volume anormal de l'organe; mais le diagnostic doit encore être complété par les autres moyens d'exploration.

Ainsi par la vue, c'est-à-dire par le secours du spéculum, si le col remplit un de ces instruments d'un certain volume, de 16 lignes de diamètre par exemple, on peut dire avec assurance qu'il existe un engorgement.

Quand, après le traitement, le col ne remplit plus le même spéculum, et que d'ailleurs les symptômes ont cessé, on constate positivement que l'engorgement a disparu.

Je pourrais citer un grand nombre d'exemples de cette espèce.

Lorsque tous les symptômes que j'ai indiqués pour le col chirurgical sont évidents, et que le toucher par le vagin et par le rectum fait reconnaître que le gonflement s'étend à la totalité du col, on peut dire qu'il y a engorgement du *col anatomique*. Dans ce cas, la vue ne vient plus au secours du toucher, puisque le spéculum ne peut aller au delà du col chirurgical.

Lorsqu'à tous les signes caractéristiques déjà énoncés, on trouve, *en soulevant* le col utérin par le vagin, une pesanteur *anormale*, il y a présomption d'engorgement total de l'organe. Et si, en plaçant un doigt dans le rectum pour atteindre le fond de l'utérus et mesurer son étendue de droite à gauche et de haut en bas, on lui trouve des dimensions plus grandes en largeur ou en hauteur que dans l'état normal, le diagnostic est confirmé.

Pour plus de certitude encore, il faut palper avec soin l'hypogastre pendant que le doigt est alternativement placé dans le vagin et dans le rectum. Mais ce moyen de diagnostic n'est facile que chez les femmes dépourvues d'embonpoint, et surtout chez celles qui ont eu plusieurs enfants. On comprend qu'il est utile de s'assurer par tous ces moyens d'exploration que l'excès de volume de l'organe ne tient pas à une autre affection qu'à l'engorgement.

Quelquefois des déplacements et des tumeurs intra ou extra-interstitielles ont été confondues avec de simples engorgements de l'utérus; mais je n'ai pas à m'occuper ici des méprises et des examens légers et superficiels.

Si, après les moyens ordinaires d'exploration que je viens d'indiquer, il restait encore des doutes sur le diagnostic, le meilleur moyen de les lever serait de pratiquer le cathétérisme de l'utérus, auquel on n'a pas recours assez souvent.

Pour le traitement des engorgements, nous pensons qu'il ne faut pas être exclusif. Sans doute les moyens généraux doivent d'abord être employés; mais dès qu'ils paraissent insuffisants, il faut se hâter d'agir directement par des moyens chirurgicaux, sans cependant abandonner les moyens médicaux. Je pourrais citer un grand nombre d'exemples qui constatent les résultats que j'ai obtenus par cette méthode de traitement; mais le point important, dans la thérapeutique des affections de l'utérus, c'est de ne pas perdre un temps précieux dans l'usage des moyens ordinaires, afin de ne pas s'exposer à voir échouer des moyens plus actifs.

J'ai la conviction, basée sur des faits, que les engorgements, même compliqués d'altération du col, et des plus opiniâtres, peuvent être traités avec succès quand on les poursuit avec persévérance.

A cette occasion, je dois dire qu'on a beaucoup trop décrié la cautérisation, qui est, dans le plus grand nombre des cas, préférable à l'extirpation du col utérin. La cautérisation, bien faite, rend d'immenses services; elle permet, au besoin, de détruire tout le col, ainsi que je l'ai fait souvent.

Dans mon opinion, on guérit plus souvent les affections cancéreuses du col de l'utérus que celles du sein; elles m'ont paru avoir moins de tendance à récidiver. Ce fait, que j'avance avec une grande satisfaction, est basé sur des observations *non équivoques d'hérédité*; M. Dubois (d'Amiens), notre honorable secrétaire, en connaît un des exemples les plus remarquables.

Mais les ulcérations cancéreuses du col sont comme les *noli me tangere* de la face. Si on ne les détruit pas à fond avec un caustique puissant, on les avive au lieu de les détruire. De tous les caustiques, celui que je préfère, c'est le caustique solidifié de potasse et de chaux; il a tous les avantages des autres caustiques, même du fer rouge, sans en avoir les inconvénients.

Qu'il me soit permis de dire, en terminant ce qui est relatif aux engorgements, que lorsqu'un chirurgien est appelé en consultation par le médecin d'une malade atteinte d'une affection de l'utérus, ils doivent sans aucun doute se faire des concessions réciproques. Mais il faut que ces concessions soient limitées par les considérations plus puissantes encore relatives à la malade; car lorsqu'on attend trop longtemps à laisser au chirurgien toute sa liberté d'action, on a quelquefois la douleur de voir des affections qu'on croyait légères et bénignes prendre un mauvais caractère, et dépasser des limites qui ne permettent plus aux moyens chirurgicaux d'agir efficacement. Il ne faut donc jamais oublier que des malades qu'on aurait pu guérir sont devenues incurables parce qu'on n'a pas lutté avec assez de persévérance et d'énergie contre les progrès du mal, surtout à son début.

J'arrive maintenant à la question des déviations.

Les déviations antérieures et postérieures de l'utérus sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. On les confond souvent avec des tumeurs ou avec des engorgements de cet organe. Cela tient à la difficulté d'explorer, et aussi à ce que nos études chirurgicales et pathologiques sont fort incomplètes.

Quoique je n'aie pas fait la statistique des déviations que j'ai observées, je pense que l'antéversion et la rétroversion sont aussi fréquentes l'une que l'autre; mais la rétroversion a fixé davantage l'attention, à cause de sa gravité plus grande, et parce qu'elle constitue un accident redoutable pendant la grossesse.

Dans le principe, on les a confondues sous la dénomination de chutes ou d'abaissement de la matrice; ce n'est que dans ces derniers temps que la distinction des maladies a conduit à la distinction du traitement. Malgré les travaux des modernes et les moyens nombreux qui ont été proposés pour remédier à ces deux genres de déplacements. Leur traitement est moins avancé et moins certain que celui des engorgements, même de ceux de la plus mauvaise espèce.

Un seul moyen m'a réussi contre la rétroversion dans l'état de vacuité de l'utérus : c'est la cautérisation de la face postérieure du col pour le faire adhérer à la paroi correspondante du vagin et obtenir le redressement de l'organe.

J'avais d'abord pris la résolution de ne parler que sur les questions soulevées par M. Baud; mais puisque le débat s'est étendu, et que M. Roux a abordé deux points importants relatifs à l'extirpation complète de l'utérus et à l'amputation du col de cet organe, je ne puis me dispenser d'exprimer ici mon opinion sur ces deux opérations. Je dirai d'abord qu'étant très-partisan du progrès, j'ai aussi été tenté de faire l'extirpation de l'utérus, en voyant des femmes jeunes encore et d'une constitution robuste vouées à une mort certaine par le seul fait d'un cancer. Bien que jusqu'à présent cette opération n'ait pas donné les résultats qu'on en espérait, je ne pense pas qu'on doive la rejeter d'une manière absolue; peut-être trouvera-t-on le moyen de la pratiquer en évitant l'hémorrhagie, la péritonite, etc.

Pour l'amputation du col de l'utérus, même dans le temps où cette opération

était en grande faveur, je ne l'ai pratiquée qu'une seule fois, et j'en ai communiqué les résultats à l'Académie. Il y a eu récidive comme dans la plupart des cas de cette espèce : d'où je conclus que, dans l'impossibilité de savoir si on enlève avec l'instrument tranchant la totalité de la partie cancéreuse, il est préférable d'avoir recours à la cautérisation. Avec ce moyen puissant, j'ai détruit entièrement et sans qu'il y ait eu récidive des cancers bien constatés de la plus grande partie du col utérin. Mais si la tumeur présentait un volume considérable trop long ou trop difficile à détruire par les caustiques seuls, ceux-ci ne devraient être employés qu'après avoir fait l'ablation de la plus grande partie du mal. Alors seulement l'amputation du col de l'utérus, que j'ai plusieurs fois pratiquée de cette manière, me paraît devoir être conservée.

Comme on vient de le voir, j'ai négligé les détails et les développements relatifs à chacune des questions soulevées par l'auteur du mémoire et par M. le rapporteur, et j'ai circonscrit autant que possible le sujet si vaste de la discussion, en ne m'occupant que des engorgements et des déviations de l'utérus.

Plus tard il sera utile de reprendre ce sujet, surtout au point de vue pratique, afin d'établir ce qui a été fait, et quels sont les meilleurs moyens à employer. C'est ainsi que l'Académie, fidèle à sa haute mission, pourra être utile aux praticiens.

Je ne dois pas terminer sans remercier l'auteur du mémoire, M. le docteur Baud, d'avoir eu l'idée de soumettre à l'Académie le résultat de ses recherches sur les engorgements et les déviations de l'utérus. Pour ma part, je lui sais gré de m'avoir forcé à mettre en ordre et à résumer ce que l'expérience m'a appris sur ce sujet.

Je considère aussi comme un devoir, que je remplis avec une grande satisfaction, de rendre publiquement hommage à notre collègue M. Récamier, qui s'est le plus occupé des affections de l'utérus. N'oublions pas, en effet, que par ses travaux et sa longue expérience, il nous a servi de guide pour le diagnostic et pour le traitement de cette classe de maladies presque inconnues avant lui.

M. Gibert, après s'être excusé de parler pour la seconde fois, répond quelques mots à M. Amussat, puis il poursuit ainsi :

Je ne regrette point d'avoir le premier soulevé cette discussion, car il y a lieu d'espérer que les graves abus qui avaient été la conséquence de fausses théories et de pratiques vicieuses disparaîtront de la thérapeutique des maladies des femmes où des hommes éminents les avaient introduites et rapidement popularisés au grand préjudice de l'art et de l'humanité.

Qu'il me soit néanmoins permis de dire que la discussion presque exclusivement chirurgicale à laquelle nous avons assisté n'est pas de nature à changer les opinions si précises et si tranchées que je n'avais pas craint d'exprimer dès le début... bien que je m'empresse de reconnaître les lumières qu'elle a jetées sur les déplacements, déviations et autres lésions utérines qui sont plus particulièrement du ressort de la chirurgie.

Quatre ans d'expérience spéciale à l'hôpital de Lourcine, suivis de dix autres années d'observation à l'hôpital Saint-Louis, où toutes les semaines à ma clinique des maladies de la peau du lundi sont examinées au spéculum un certain nombre de femmes, m'avaient appris :

1° Que les altérations et variations de couleur, de volume, de forme, de texture, de situation du col de l'utérus signalées à tort par quelques chirurgiens comme l'origine et le point de départ d'un grand nombre de phénomènes morbides chez les femmes, pouvaient se révéler à l'examen fait par le toucher et le spéculum, sans donner lieu à aucun des accidents qu'on s'était plu à leur attribuer ;

2° Que ces divers accidents, que Lisfranc en particulier avait regardés comme le cortége obligé des engorgements utérins, pouvaient se rencontrer sans aucune altération locale sensible.

J'en avais naturellement conclu que les phénomènes signalés ne devaient pas toujours être rapportés à des lésions locales, souvent d'ailleurs assez insignifiantes, et surtout que l'importance de ces lésions et leur influence pathogénique avaient été singulièrement exagérées.

Or que nous a appris la discussion que nous venons d'entendre ?

Que les chirurgiens sont loin d'être d'accord entre eux, non-seulement sur l'importance et l'influence des diverses lésions utérines, mais sur l'*existence* même de quelques-unes d'entre elles, regardées pourtant par certaines comme la source principale et la condition formelle de tous les accidents locaux et généraux si fréquemment observés chez les femmes concurremment avec la leucorrhée ou même sans coexistence du catarrhe utérin...., surtout depuis que leur imagination a été vivement impressionée par le retentissement et la vogue de la thérapeutique spéciale combattue avec raison par M. Baud.

L'auteur que nous venons de citer, élève pourtant et disciple dévoué de Lisfranc, a voulu substituer aux *engorgements de l'utérus*, contre lesquels seuls était dirigé tout l'arsenal de sa thérapeutique spéciale, un simple déplacement physique de l'utérus dont le col est porté en haut et en arrière ; déplacement qu'on rencontre en effet chez un grand nombre de femmes, même bien portantes, après un ou plusieurs accouchements...., mais qui peut exister sans aucun accident et qu'on ne saurait, dans la plupart des cas, considérer comme morbide. M. Baud néanmoins propose d'y remédier par la simple application d'un instrument particulier dont notre honorable rapporteur a fait justice.

D'autre part, M. Velpeau, qui repousse avec l'auteur du mémoire les engorgements de l'utérus, veut trouver la source des accidents attribués à ces prétendus engorgements dans un autre mode de déviation qu'il appelle *antéflexion*... Tandis que MM. Malgaigne, Moreau et Roux disent n'avoir jamais observé cette lésion utérine..., en revanche, le premier admet une *rétroflexion* qui n'est pas mieux accueillie par plusieurs de ses collègues.

La rétroversion et l'*antéversion* de l'utérus elles-mêmes, modes de déplacement bien mieux connus et bien plus généralement admis, ont donné lieu à des assertions contradictoires qu'il est inutile de rappeler.

Enfin un autre orateur, M. Robert, négligeant ces diverses déviations et déplacements, s'est particulièrement attaché aux *granulations utérines*, qu'il regarde comme la source la plus commune de la leucorrhée et des divers accidents attribués par Lisfranc à l'engorgement.

Que conclure de tout cela ?

Que les chirurgiens, soumis plus que d'autres par la nature de leurs études à l'influence de l'anatomisme et de l'esprit de localisation exagérée qui a présidé à presque tous les travaux entrepris depuis une trentaine d'années, ont été entraînés à tout rapporter aux lésions locales dans la pathologie des femmes, et que l'usage habituel du spéculum est venu encore favoriser cette tendance.

Qu'il me soit donc permis de répéter que le plus grand nombre de ces lésions doivent être regardées comme des suites de l'accouchement ou comme des effets ou des complications du catarrhe utérin ; que plusieurs d'entre elles sont tenues sous l'influence d'une diathèse spéciale qui réclame une médication générale et non pas seulement des remèdes locaux.

Je fais d'ailleurs moi-même un trop grand cas des médications locales pour combattre les flux et les congestions passives du col de l'utérus qui sont si communes chez les femmes qui ont eu des enfants.

Et si je ne craignais d'abuser des moments de l'Académie, je pourrais à mon tour citer plus d'un exemple de guérison rapide obtenue par les douches ascendantes froides (1), les bains de siége froids, les injections à l'*alcoolé tannique* (2) chez des femmes que l'on avait regardées comme atteintes de *maladie de matrice* sérieuse, et qui avaient été soumises tantôt au traitement-*Lisfranc*, tantôt aux applications caustiques ou au fer rouge..., non-seulement en vain et pendant longtemps, mais encore au grand préjudice de l'état physique et moral des femmes impressionnées d'une manière très-fâcheuse, soit par le traitement lui-même, soit par les alarmes entretenues dans leur esprit (3).

Je suis donc, en somme, très-disposé à reconnaître avec Lisfranc, ainsi qu'avec MM. Jobert, Malgaigne, Roux et Huguier, qu'il existe des *engorgements chroniques* du col de l'utérus.. ; mais je les regarde presque toujours comme effets d'une diathèse lymphatique et comme suites de l'accouchement.

Lorsqu'en pareil cas il se développe des accidents locaux et généraux, ces accidents, plutôt nerveux et congestifs qu'inflammatoires, ne cèdent point en général à la médication antiphlogistique conseillée par Lisfranc, et sont loin de céder toujours aux cautérisations.

Je suis encore disposé à admettre avec l'auteur du mémoire, M. Baud, et avec MM. Hervez de Chégoin, Velpeau et Moreau, que les diverses déviations et déplacements utérins qu'ils ont signalés peuvent devenir la source d'accidents, mais à la condition toutefois que ces lésions revêtent certains caractères d'intensité, de persistance et de gravité qui puissent à juste titre leur mériter le nom de *maladie*.

Je reconnais surtout, avec MM. Jobert et Moreau, qu'il y a des états anormaux tout à fait inoffensifs, quelquefois naturels, d'autres fois accidentels, que l'on a plus d'une fois traités à tort comme des états morbides.

J'insiste sur la nécessité des médications générales appropriées aux diathèses *lymphatique*, *herpétique*, *syphilitique* qui se joignent souvent aux lésions locales que révèlent le toucher ou l'examen fait au spéculum, particulièrement au catarrhe utérin, aux engorgements du col, aux *érosions granulées* du museau de tanche....

Enfin j'appelle l'attention des praticiens sur les résultats fâcheux de l'imagination alarmée des femmes qui se croient atteintes de *maladie de matrice*, et sur les erreurs de diagnostic qui ont souvent en pareil cas fait attribuer une importance exagérée à des lésions locales fort insignifiantes ou qui, du moins, n'avaient que la part la plus faible dans les accidents.

Je ne voudrais pas terminer sans dire un mot à l'occasion d'une sorte de fin de non-recevoir qui s'est fait jour dans la discussion actuelle et que l'on reproduit très-volontiers presque à tout propos depuis une vingtaine d'années, savoir :

« *Qu'il n'est pas encore temps de se prononcer ; que la question est encore à l'étude ; que le sujet est encore à l'état de recherche...* »

N'est ce pas véritablement une singulière époque que la nôtre, époque, dit-on, si avancée, si progressive, et où cependant presque toutes les questions sont encore à l'état d'étude et de recherche ?

Hélas ! sous cette feinte humilité ne se cache-t-il pas un peu d'orgueil ? On veut de nos jours tout soumettre à son propre jugement, tout refaire d'après ses observations personnelles.... Mais, pour ne parler que de notre art en particulier, quelle vie humaine pourrait suffire à refaire un édifice dont l'élévation a nécessité les labeurs de tant de siècles ?

---

(1) En 1836 à l'hôpital de Lourcine, en 1840 à l'hôpital Saint-Louis et en ville, j'ai remis en usage avec succès les douches ascendantes utérines froides dont mon prédécesseur à l'hôpital Saint-Louis, le professeur Alibert, faisait le plus grand cas avec juste raison.

(2) J'ai donné tous les détails nécessaires sur cette préparation pharmaceutique dans la Revue médicale, 1837, t. I, p. 100, et dans le numéro d'avril 1845 du même journal.

(3) J'ai publié, dès 1837, un mémoire sur les *ulcérations de la matrice* où déjà je m'élevais contre ce genre d'abus que l'on trouvera signalé avec plus de développements dans les numéros de mars 1840 et septembre 1841 de la Revue médicale, ainsi que dans le cahier de janvier 1848 du Bulletin général de thérapeutique.

Dans le sujet restreint qui nous occupe, je crois que ce que nos prédécesseurs nous ont appris sur la leucorrhée ou *catarrhe utérin* peut encore aujourd'hui servir de guide au praticien ; car, pour lui du moins, il n'y a pas à hésiter, il faut bien qu'il se prononce ; il ne peut pas se borner à répondre à la malade qui vient le consulter : « *Attendez! la question est encore à l'état de recherche.* »

Eh bien ! sans contester les progrès de détail et surtout la précision de diagnostic que l'étude plus attentive des altérations locales et l'examen au spéculum ont fait faire à la pathologie utérine, je crois, somme toute, que la thérapeutique généralement adoptée au commencement de ce siècle dans les maladies des femmes était plus rationnelle et plus efficace que celle devenue banale dans ces dernières années sous l'influence et le patronage de quelques chirurgiens de notre époque, et en particulier de celui dont la méthode a été l'objet de justes critiques dans le mémoire de M. Baud.

M. VELPEAU : L'Académie comprendra qu'après toutes les attaques auxquelles j'ai été en butte, j'aie hâte de répondre. J'essaierai d'abord de rétablir la question dans ses véritables termes. Il semblerait, d'après tout ce qui a été dit dans cette discussion, que je nie non-seulement l'existence des engorgements de l'utérus, mais même leur possibilité. Je dois rappeler d'abord que j'ai distingué, dès le commencement de cette discussion, les engorgements du col des engorgements du corps. Je n'ai nullement contesté l'existence des premiers. Quant aux engorgements du corps, je n'ai pas non plus entendu nier leur possibilité; il n'entrera jamais dans mon esprit de nier la possibilité de quoi que ce soit (ho! ho!) Ce que j'ai dit et ce que je maintiens, c'est que les engorgements du corps, chroniques, essentiels, c'est-à-dire primitifs, uniques, sans autre maladie notable, sont au moins extrêmement rares; tellement rares que je n'en ai jamais rencontré, et que depuis vingt ans que je demande qu'il m'en soit montré un exemple, personne encore ne m'en a fait voir un. Ce n'est donc pas un défi que j'ai exprimé, comme on me l'a fait dire, mais plutôt un désir. Cependant, M. Roux prenant occasion de ce qu'il a pris pour un défi, a cru devoir s'élever contre les défis de ce genre en général, et il a rappelé ceux qu'avaient faits, dans des circonstances analogues, Pibrac, Delpech et Ast. Cowper au sujet des réunions des fractures de la rotule, des réunions sans raccourcissement des fractures du col du fémur et des fractures intra-capsulaires. Eh bien! en admettant que j'eusse fait un défi semblable, je ne me trouverais pas encore trop mal à l'aise pour le soutenir. Qu'y a-t-il de plus rare, en effet, que ces sortes de réunions! Ces chirurgiens, en substituant une opinion absolue à une autre, ont fini par faire reconnaître la vérité. Telle est aussi ma prétention. Ne vous rappelez-vous pas aussi qu'il y a trente ou quarante ans, on décrivait partout des luxations du poignet à droite, à gauche, en avant, en arrière. Vint alors un chirurgien, c'était Dupuytren, qui nia aussi l'existence de ces luxations. Tous les chirurgiens se soulevèrent contre cette opinion. Or, qu'est-il arrivé depuis? c'est qu'on ne voit plus d'observations de luxations du poignet; là où on avait vu des luxations, il y avait des fractures. Dupuytren avait raison; tout le monde est aujourd'hui de son avis. Je serais heureux d'atteindre le même résultat.

J'ai demandé que l'on me dît ce que l'on entendait par engorgements de matrice. M. Huguier en a donné une définition, M. Roux en a donné une autre, et ces deux définitions ne se ressemblent guère; M. Jobert en a donné une troisième qui ne ressemble ni à l'une ni à l'autre. Enfin, je viens d'en entendre une quatrième qui ne diffère pas moins des trois autres. M. Roux, par exemple, veut que l'engorgement ne soit ni l'inflammation ni l'hypertrophie. J'avoue qu'un gonflement qui ne serait ni l'un, ni l'autre de ces états est assez difficile à comprendre, et qu'il ne semble pas bien dangereux pour les femmes, ni bien difficile à résoudre.

M. Roux s'est demandé pourquoi l'utérus ne s'engorgerait pas, puisque le testicule, les amygdales s'engorgent bien. A ce sujet, je ferai remarquer que le mot engorgement, appliqué aux tuméfactions du testicule, consacre une erreur qui n'est plus en harmonie avec les progès de la science. Si vous faites abstraction des tubercules, du cancer, de l'engorgement syphilitique, en un mot des productions morbides du testicule et de l'inflammation, je ne vois pas trop ce qu'il vous restera à désigner sous le nom d'engorgement. J'en dirai autant pour les amygdales : en dehors de l'hypertrophie et de l'inflammation chronique, je ne vois pas ce que l'on pourrait désigner par engorgement. De sorte que, dans l'analogie invoquée par M. Roux, je ne vois rien qui justifie son opinion.

M. Jobert a invoqué l'anatomie pour prouver l'existence de l'engorgement; mais je ne crains pas de dire que son raisonnement ne m'a eu aucune façon satisfait. Il a d'abord posé en principe qu'il ne pouvait y avoir engorgement que là où il y avait du tissu cellulaire; or il admet ensuite des engorgements du tissu utérin où il n'y a pas de tissu cellulaire. Je laisse à juger la valeur de cette conclusion.

M. Moreau a cité un cas d'engorgement qu'il a dit avoir observé de ses propres yeux; c'est le même sans doute dont nous a entretenu M. Roux. Mais M. Roux s'est calomnié lui-même en disant qu'il n'y avait dans ce cas qu'un engorgement. Il me semble bien difficile qu'un homme comme lui se soit décidé à enlever une matrice qui n'aurait été simplement qu'engorgée, et qu'il l'eût prise pour un cancer, quand on sait qu'en définitive l'engorgement ne produit que des symptômes très-peu graves en comparaison de ceux qu'entraîne le cancer. Il y avait donc probablement dans cette matrice des lésions que M. Roux n'aura pas vues. Je récuse donc ce fait-là.

On a ajouté d'autres faits encore. M. Huguier a cité plusieurs exemples, mais je suis forcé d'avouer l'embarras où je me treuve avec M. Huguier. Il admet des engorgements complexes, des engorgements œdémateux, des engorgements tuberculeux, des engorgements diphthériques, etc., et il dit en avoir trouvé beaucoup; je le crois. Mais en a-t-il trouvé de simples, c'est-à-dire des engorgements chroniques essentiels, sans autres maladies! Voilà la question. Il nous a bien apporté ici des pièces; mais sur ces pièces, qui datent de plusieurs années, il est bien possible d'apprécier la masse, le volume, mais pour ce qui est de la nature de la maladie, c'est autre chose, et je suis d'autant moins disposé à croire que ces masses sont de simples engorgements que sur l'une d'elles il est facile de distinguer des végétations. M. Huguier nous a dit que, si l'on ne trouvait pas plus souvent l'engorgement sur le cadavre, cela tenait à ce que les femmes succombent rarement à cette affection, les traces de l'engorgement disparaissant le plus souvent après la mort. Cette proposition, je dois le dire, ne m'a pas médiocrement surpris. Que du temps de Broussais, on ait pu croire à la disparition après la mort des traces d'une inflammation légère, cela se conçoit encore; mais qu'un état chronique, qu'une hypertrophie siégeant sur un tissu aussi serré que celui de l'utérus puisse disparaître en quelques heures, ce serait bien surprenant; je ne crois pas que le tissu utérin soit aussi volatil. Je laisse à M. Huguier toute la responsabilité de cette opinion.

Enfin, M. Huguier m'a objecté l'observation clinique. Mais depuis vingt-cinq ans je fais aussi de la clinique; j'ai regardé de mon mieux, et je n'ai pas trouvé ce qu'on annonçait. Ce que j'ai trouvé, ce sont des états qui peuvent parfaitement en imposer à l'observateur, pour peu qu'il soit prévenu ou qu'il n'examine pas avec toute l'attention désirable. Je crois, en effet, malgré tout ce qu'ont dit MM. Huguier, Jobert, Amussat et Roux, qu'il s'est glissé beaucoup d'erreurs dans les observations faites à cet égard.

M. Roux m'a demandé comment j'appellerais un état morbide dans lequel le ventre est douloureux, dans lequel il y a des pesanteurs sur le rectum et sur la vessie, de l'écoulement blanc ou jaunâtre, dans lequel le col est volumineux. Je réponds à M. Roux que je n'appellerai certainement pas cela un engorgement, car il y a assurément une autre lésion, et ce qui le prouve, c'est la guérison même de cet état. Or vous savez si l'on guérit les hypertrophies du cœur et des amygdales.

Je crois donc, je le répète, que beaucoup de ces prétendus engorgements ne sont que des déviations de la matrice. J'ai cru aussi autrefois, comme tout le monde, à ces engorgements; voici comment je me suis désillusionné à cet égard pour la première fois. J'eus à soigner une femme qui éprouvait tous les symptômes que l'on a attribués à l'engorgement de l'utérus. Cette femme mourut. Que trouvâmes-nous? Une matrice de volume normal, mais rétrofléchie. J'ai vu en 1825 ou 1826 le cadavre d'une femme morte de suite de couches; nous trouvâmes également dans ce cas une matrice rétrofléchie. Ces faits ont été pour moi la première occasion des recherches auxquelles je me suis livré sur ce sujet; et depuis lors, j'ai observé un grand nombre de femmes traitées pour de prétendus engorgements de la matrice et qui n'avaient que des déviations. Cet état, j'en conviens, est quelquefois assez difficile à constater chez les femmes d'embonpoint qui ont les parois abdominales épaisses. Mais chez les femmes très-maigres, à parois abdominales souples, on peut très-aisément saisir l'utérus entre le doigt introduit dans le vagin et la main placée sur l'hypogastre, et le mesurer comme s'il était sur une table de dissection. Dans tous les cas où j'ai pu faire cette exploration, je n'ai trouvé que des déviations.

Je ne prétends pas dire qu'on ne puisse pas trouver des matrices volumineuses, mais il est presque toujours impossible, dans ce cas, de dire qu'il n'y a pas autre chose qu'un engorgement, qu'il n'y a pas, par exemple, des polypes, des fongosités, etc.

M. Huguier, qui admet, comme on l'a vu, des engorgements de toute espèce, nous a dit que, sur un relevé de 2,500 cas, il n'a trouvé que 13 cas d'engorgement. Or, si de ces 13 cas nous faisons la distraction des cas d'engorgement de nature spéciale, en les supposant de moitié seulement, on voit à quoi se réduit la proportion des engorgements essentiels; ils sont extrêmement rares. Je n'ai pas prétendu dire autre chose. M. Pajot, dans un compte rendu de mes cliniques, m'a fait dire, il y a plusieurs années, que j'admettais l'existence des engorgements de l'utérus dans la proportion de 1 p. 100; on voit que ce serait plus encore que n'en admet M. Huguier.

Ainsi, dans les prétendus cas d'engorgement, ou bien j'ai trouvé des déviations ou des inflexions, ou bien je n'ai rien trouvé du tout, c'est-à-dire qu'il s'agissait alors de ces affections purement médicales sur lesquelles M. Gibert vient d'insister avec juste raison.

Quant à la proposition de M. Moreau, qui nie jusqu'à la possibilité de l'antéflexion, j'y répondrai par un dessin représentant une antéflexion constatée, et décrite il y a plusieurs années dans mon service par un de mes anciens internes, M. Estivant. (L'orateur montre ici un dessin.)

Après un court résumé de ce qu'il vient de dire, M. Velpeau exprime le regret de ne pouvoir, dans cette séance, aborder la question de thérapeutique.

Il est cinq heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1849; par MM. LEBERT et BROWN-SÉQUARD, secrétaires.

I. — ANATOMIE NORMALE.

SUR UNE SINGULIÈRE DISPOSITION DES POCHES ANALES OU VESSIES ANALES ACCESSOIRES DE L'EMYDE CASPIENNE, ET SUR LES USAGES ATTRIBUÉS A CES POCHES; par M. RAYER.

Lorsqu'on insuffle le cloaque d'une tortue d'Europe, l'air pénètre dans la ves-

sie qu'il distend, dans le rectum qu'il dilate, et dans deux *poches* volumineuses, situées sur les côtés de la vessie qu'il remplit. Ces poches, ou *vessies anales accessoires*, indiquées par Perrault, figurées par Bojanus, et très-bien étudiées par M. Lesueur en 1839, qui les a décrites sur plusieurs espèces d'emyde de l'Amérique du Nord, offrent chez l'emyde d'Europe une disposition singulière qui n'a pas été signalée. Ces poches, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce que je mets sous les yeux des membres de la Société, se prolongent le long du pénis, auquel elles donnent un volume très-considérable lorsqu'elles sont distendues.

Les opinions des physiologistes sont très-partagées sur les usages de ces poches :

1° Se fondant sur ce qu'on ne les rencontre pas chez les tortues terrestres, et sur ce qu'on les trouve dans les tortues d'eau douce, quelques-uns ont pensé que l'animal paraît s'en servir pour *diminuer la pesanteur spécifique* de son corps, en les remplissant d'air ou d'eau.

2° D'autres, s'appuyant sur une expérience de Townson, qui a vu des tortues faire entrer par une sorte d'aspiration dans le cloaque le liquide dans lequel elles étaient plongées, et le faire sortir à volonté, ont supposé que les parois de ces cavités servaient *à la transpiration* de l'animal.

3° Dans une troisième manière de voir, on suppose que l'eau introduite par l'animal dans le cloaque et les poches, étant projetée au dehors avec force, peut *servir aux mouvements de locomotion* ou plus exactement de *progression*, comme cela a lieu chez les larves des libellules, qui nagent en repoussant brusquement l'eau introduite dans le dernier intestin garni de branchies.

4° On a aussi comparé ces poches aux vessies anales de plusieurs mammifères carnassiers, et *qui sécrètent des humeurs particulières;* mais ces dernières ont des parois glanduleuses, et les vessies anales de l'emyde d'Europe n'offrent point de glandes et sont composées d'une membrane très-mince, recouverte par le péritoine.

5° Enfin on a considéré ces poches comme des *organes supplémentaires des poumons* en ce qu'elles absorberaient une certaine quantité de l'air ou de l'oxygène contenu dans l'eau introduite du dehors dans leur cavité.

Somme toute, aucune de ces hypothèses ne peut satisfaire un esprit rigoureux, et de nouvelles recherches sont nécessaires; c'est ce qui nous a engagé à appeler sur ce point l'attention des membres de la Société. (30 septembre.)

A l'occasion de cette communication, M. Brown-Séquard fait remarquer que s'il est en effet peu probable que ces poches n'aient pour fonction que l'un ou même quelques-uns à la fois des usages qu'on leur a attribués, il n'en est pas moins vrai que de véritables phénomènes respiratoires ont lieu dans ces cavités. Ainsi, quand on pousse de l'eau chargée d'oxygène dans ces poches, on trouve en moins d'une demi-heure l'oxygène presque entièrement remplacé par de l'acide carbonique. On obtient le même résultat quand on y insuffle de l'oxygène ou de l'air atmosphérique. En conséquence, s'il n'y a pas lieu d'admettre que la fonction unique ou principale de ces poches soit de servir à la respiration, il est certain cependant qu'elles servent à cet usage.

II. — Physiologie.

1° Du tournoiement et du roulement consécutifs a l'arrachement du nerf facial; par MM. Martin-Magron et Brown-Séquard.

Si après avoir mis à nu le nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, chez un lapin ou un cobaye vivant, on tire vivement sur ce nerf de façon à le détacher à son insertion encéphalique ou tout à côté, on voit, après un temps qui varie de deux à cinq minutes, l'animal tourner sur lui-même par un mouvement de manége. Cette rotation a lieu de gauche à droite si l'arrachement a été fait à gauche, et de droite à gauche si c'est le nerf facial droit qu'on a arraché. Le tournoiement est précédé en général par des mouvements convulsifs des yeux, des mâchoires et de la tête sur le tronc; on voit ensuite l'animal se replier sur lui-même en arc, et si fortement parfois que sa tête s'approche considérablement du train postérieur. La concavité de cet arc existe du côté de l'arrachement. Il semble que tous les muscles longitudinaux de ce côté du corps soient mis dans un violent état de contraction, contre lequel l'animal lutte vainement. On éprouve de grandes difficultés quand on veut redresser le tronc et le cou de l'animal. Quelquefois le mouvement de manége commence aussitôt après cette incurvation latérale; d'autres fois ce n'est qu'après s'être ainsi tenu plié pendant un instant que l'animal commence à tourner. Le mouvement circulaire est d'abord opéré sur place; puis, au bout de quelques minutes, le cercle s'agrandit, et enfin, après huit, dix, vingt ou trente minutes au plus, l'animal marche droit. Pendant tout le temps du tournoiement, il n'y a pas de trace de paralysie dans aucune partie du corps, à l'exception, bien entendu, d'une moitié de la face.

Lorsqu'en arrachant le nerf facial, il se déchire dans une portion de son trajet dans le rocher, le tournoiement n'a pas lieu; mais il a lieu lors même que le nerf n'a pas été détaché à son insertion, pourvu qu'il n'en reste qu'une très-petite portion adhérente au centre nerveux. Le plus sûr moyen de réussir en faisant cette expérience est d'agrandir le trou stylo-mastoïdien, et d'arracher le nerf après l'avoir saisi dans cette ouverture même. Chez les cochons d'Inde, dans de pareilles conditions, l'expérience réussit toujours. L'expérience ne réussit pas chez les chiens; quoi qu'on fasse, le nerf se déchire toujours dans son trajet auriculaire. En général, on réussit parfaitement chez les lapins.

Quand, après avoir arraché le nerf facial d'un côté, on l'arrache de l'autre, quel que soit le temps écoulé entre les deux arrachements, une heure, un jour et même huit mois, au lieu de voir l'animal exécuter un mouvement de manége, on lui voit faire un mouvement de rotation, de roulement, sur l'axe longitudinal de son corps. Pour faire comprendre ce que c'est que ce roulement, nous le considérerons comme composé de quatre mouvements ; l'animal tombe d'abord sur le côté du dernier arrachement; puis il se met sur le dos, tenant les jambes en l'air ; ensuite il tombe sur le côté du premier arrachement, et enfin il se replace sur ses jambes. Tout aussitôt il recommence ces mouvements dans l'ordre indiqué. Ces mouvements sont très-rapides, et il n'existe pas d'intervalle entre eux. Pendant que l'animal roule, il s'éloigne du lieu où il était d'abord, et dans la direction du côté du second arrachement. En général, après dix, quinze ou vingt minutes de roulement, l'animal finit par pouvoir se mettre sur ses jambes, et alors ordinairement il tourne sur lui-même comme après le premier arrachement, mais sur le côté du second. Si on l'excite vivement, il se remet à rouler; bientôt cependant, malgré les excitations les plus vives, il ne roule plus, et décrit, quand il veut se mouvoir, des cercles de plus en plus grands, jusqu'à ce qu'il arrive à marcher droit. Le roulement et le tournoiement qui le suit sont terminés le plus souvent en moins d'une demi-heure.

Les auteurs de cette communication ne veulent pas se prononcer encore sur la cause des singuliers phénomènes consécutifs à l'arrachement du nerf facial; il leur suffira ici de faire remarquer l'analogie de ces mouvements, d'une part, avec le résultat des piqûres du pédoncule cérébelleux moyen, signalé par M. Magendie, et d'une autre part avec les mouvements bizarres, mais réguliers dans leur désordre, qui suivent la section des canaux semi-circulaires, d'après la découverte de M. Flourens. En regard des analogies, il faut placer la différence notable que voici : le tournoiement et le roulement se montrent de suite, et persistent dans les expériences instaurées par M. Magendie et M. Flourens, tandis qu'ils n'ont lieu qu'au bout de trois, quatre ou cinq minutes, et ne durent pas une demi-heure après l'arrachement du facial.

Comme objets de comparaison, M. Brown-Séquard, montre à la Société, au nom de M. Martin-Magron et au sien, trois lapins, sur lesquels il a été fait une piqûre de la moelle allongée, quelques lignes en avant du bec du calamus; ces animaux tournent sur eux-mêmes par un mouvement de manége, sur le côté opposé à celui de la piqûre. Ce tournoiement diffère essentiellement, par sa direction, de celui qui suit l'excitation de la moelle allongée, produite par l'arrachement du nerf facial. Une autre différence capitale existe entre ces deux tournoiements; elle est relative à l'époque où commence le phénomène et à sa durée : la piqûre du plancher du quatrième ventricule, quelques lignes en avant du bec du calamus, occasionne un tournoiement immédiat et qui dure autant que la vie de l'animal (de deux à treize jours), excepté les moments où l'animal marche lentement et sans que rien ne le trouble.

Plusieurs membres de la Société ont vu le tournoiement qui suit l'arrachement du nerf facial. (1er septembre.)

2° Contraction de la peau et mouvements vermiculaires du scrotum, sous l'influence de l'électro-magnétisme; par M. Brown-Séquard.

Tous les physiologistes s'accordent à dire que la contractilité du tissu, dont le derme est composé, ne peut être mise en jeu que par le froid ou par l'action nerveuse. Cette opinion est surtout fondée sur ce que l'application du galvanisme au dartos n'a fourni à Jordan que des résultats négatifs. Il était intéressant de chercher si les appareils électro-magnétiques énergiques, qu'on possède aujourd'hui, seraient impuissants à exciter la contractilité du derme, soit au scrotum, soit ailleurs. Cela méritait d'autant plus d'être cherché que quelques auteurs, J. Müller et Henle entre autres, s'appuient sur ce que le galvanisme passe pour inhabile à produire des contractions dans les fibres du derme, pour en tirer la conclusion qu'une différence essentielle existe entre la contractilité de ce tissu et celle des muscles de la vie organique.

D'après ces motifs, M. Brown-Séquard a cherché, à l'aide d'une machine électro-magnétique puissante, si des effets pouvaient être produits sur la peau. Ses expériences ont été faites sur l'homme et répétées fréquemment. Au scrotum, la contraction du dartos a été extrêmement vive; des plis profonds et nombreux se sont montrés, ainsi que des mouvements vermiculaires ou ondulatoires très-rapides. A la peau des membres et particulièrement à la face dorsale de l'avant-bras, qui a été le plus souvent l'objet de ces expériences, on voit se produire le phénomène connu sous le nom de *chair de poule :* les poils se hérissent et leurs bulbes font saillie au dehors. Il est des individus chez lesquels l'action du galvanisme sur la peau des membres est très-peu prononcée; chez d'autres, au contraire, et principalement, chose singulière! chez quelques paralytiques, elle a existé avec une telle intensité que toute la portion de peau étendue entre les points d'application de l'appareil magnéto-électrique, était couverte de petits mamelons constitués par les bulbes des poils. Dans les cas ordinaires, la chair de poule n'existe que dans un cercle peu considérable autour de chacun des points d'application des conducteurs. On voit quelquefois les poils se hérisser sans que leurs bulbes fassent une saillie manifeste.

La contraction de la peau et celle du dartos possèdent, comme celle du tissu musculaire de la vie organique, le double caractère de ne survenir qu'un peu après le commencement de l'excitation, et de persévérer quelque temps après que l'excitation a cessé.

Deux phénomènes curieux ont lieu en même temps que les contractions du dartos, quand on applique l'électro-magnétisme au scrotum; ce sont une sensation voluptueuse très-vive et l'érection du pénis.

M. Brown-Séquard a fait, devant la Société, l'application de l'électro-magnétisme à la peau de l'avant-bras, sur un paralytique : la *chair de poule* s'est montrée d'une manière très-notable. (8 septembre.)

3° DES CARACTÈRES MICROSCOPIQUES DES MATIÈRES CONTENUES DANS LES CANAUX ANNEXÉS A L'INTESTIN DES LARVES DE PLUSIEURS INSECTES; par M. J.-B. CHAUSSAT.

En examinant au microscope la matière contenue dans ces conduits chez la larve du *bombyx rubi*, à un grossissement considérable, j'ai distingué un assez grand nombre de cristaux octaédriques incolores, parfaitement transparents et de dimensions très-variées. Ces cristaux ne se dissolvent pas dans l'eau comme le feraient des cristaux octaédriques de sel marin; et sous ce rapport, ils se comportent comme les cristaux d'oxalate de chaux qu'on rencontre quelquefois dans l'urine de l'homme.

Indépendamment de ces cristaux, ces mêmes conduits contiennent une matière amorphe qui, traitée par l'acide acétique ou l'acide azotique étendu d'eau, est bientôt remplacée par de petits cristaux prismatiques et rhomboïdaux, transformation qui rappelle celle que présentent les urates des sédiments pulvérulents de l'urine de l'homme, traités par les mêmes acides.

J'ai fait la même observation chez plusieurs autres espèces de larves.

4° SUR LES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES QUI SUIVENT LA SECTION DU NERF SCIATIQUE; par M. BROWN-SÉQUARD.

On s'est fondé sur l'existence d'ulcérations et d'autres altérations pathologiques qui surviennent après la section du nerf sciatique pour soutenir que l'absence de l'action nerveuse trouble considérablement la nutrition. Nous n'avons pas l'intention de mettre ici en question l'influence du système nerveux sur la nutrition; nous voulons seulement montrer que les faits spéciaux relatifs au nerf sciatique n'ont aucune valeur. Voyons en effet ce qui se passe quand on a coupé le nerf sciatique, soit chez des grenouilles, soit chez des lapins et des cobayes.

Quant aux grenouilles, lorsqu'on a soin d'éviter l'entrée de l'eau par la plaie sous la peau, en humectant l'animal, on ne voit survenir, après la section du nerf sciatique, aucune altération pathologique, à l'exception toutefois d'une légère atrophie du membre paralysé.

Chez les mammifères nous avons cherché si les altérations qu'on a signalées, n'étaient pas l'effet de la compression et du frottement des parties paralysées contre les corps durs. Henle a émis la supposition que ces altérations peuvent provenir en partie de ce que l'animal ne sentant plus les portions paralysées du membre reste appuyé sur elles de façon à y gêner le cours du sang (ANAT. GÉN., t. II, p. 248, *note*). Pour trouver ce qui en est à cet égard, nous avons coupé le nerf sciatique aussi haut que possible sur des cobayes et des lapins. Quelques-uns furent laissés libres dans un cabinet carrelé; les autres furent enfermés dans une grande caisse dont le fond était recouvert d'une couche épaisse de son et de foin. En moins de quinze jours, il y avait déjà des altérations pathologiques notables chez les cobayes et les lapins libres; ils avaient tous perdu les ongles des doigts paralysés; l'extrémité du membre était tuméfiée, les tissus mis à nu étaient rouges, engorgés et couverts de bourgeons charnus. Au bout d'un mois les altérations précédentes s'étaient augmentées et la nécrose était survenue dans les os dénudés. Chez les animaux enfermés dans la caisse, aucune de ces lésions n'eut lieu. Ce n'est donc pas le défaut d'action nerveuse qui est la cause de ces altérations, mais bien le frottement des parties paralysées contre un sol rugueux et dur. Quant à la supposition d'Henle relativement au rôle de la compression seule, elle est démentie par ces expériences, puisque la compression des parties paralysées a eu lieu sans produire d'effet nuisible chez les animaux tenus sur du son et du foin. Il faut qu'il y ait compression et frottement contre des corps durs et rugueux pour que les altérations signalées se produisent.

5° CAS DE RÉGÉNÉRATION COMPLÈTE DU NERF SCIATIQUE; par le même.

La possibilité de la régénération des nerfs n'est plus à démontrer aujourd'hui : les recherches de Fontana, de Haighton, de Tiedemann, de M. Flourens et de plusieurs autres physiologistes ne peuvent laisser de doute à cet égard. Mais dans la plupart, sinon dans tous les cas cités comme des preuves de la régénération, le retour de la sensibilité et de la motricité n'a pas été absolument complet. Le fait suivant offre donc de l'intérêt, car il prouve la possibilité d'un *retour intégral* des facultés perdues après la section des nerfs.

Le 15 août 1848 le nerf sciatique fut coupé sur un cochon d'Inde adulte, à la partie supérieure de la cuisse. Pour éviter les altérations pathologiques qui surviennent au membre paralysé en pareil cas, par suite des frottements contre des corps durs, cet animal fut mis dans une cage où il avait pour litière du son, du vieux linge, du coton et du foin.

Un mois après l'opération il y avait déjà un commencement de retour de la sensibilité. Deux mois après la sensibilité était augmentée, mais elle était bien moindre que dans l'autre membre postérieur; les muscles paralysés commençaient à obéir à la volonté. Six mois après la section, l'animal opérait assez bien les divers mouvements de la jambe et des doigts; la sensibilité était revenue presque entièrement. A partir de ce moment jusqu'au mois de juillet de cette année, il regagna peu à peu ce qui lui manquait encore. Le retour de la sensibilité et de la motricité ne s'est donc accompli qu'au bout de onze mois. Cet animal a été montré à la Société dans la séance du 22 septembre; on a constaté que la sensibilité était également vive dans les deux membres postérieurs. Quant aux mouvements, on les a trouvés aussi complets, aussi énergiques dans le membre qui a été paralysé que dans l'autre.

Ce cochon d'Inde fut tué quelques jours après. En coupant le tronc du nerf au-dessus de la réunion aussitôt après la mort de l'animal, on vit tous les muscles auxquels il se distribue se mouvoir vivement.

M. Lebert a bien voulu faire avec M. Brown-Séquard l'examen du nerf. On trouva d'abord pour seule trace extérieure de l'opération des adhérences de fibres musculaires avec le névrilème. Si l'on n'avait pas eu soin de noter que la section était faite, au niveau de l'émission par le nerf sciatique, d'une grosse branche allant aux muscles de la cuisse, il aurait été difficile de reconnaître le lieu de la réunion. En effet il n'y existait plus de renflement. On sait que tous les auteurs s'accordent à signaler comme constante l'existence d'un renflement là où les deux bouts d'un nerf coupé se réunissent; quelques-uns ont noté la disparition de ce renflement dans les cas de régénération nerveuse très-ancienne. C'est ce qui a eu lieu sur l'animal opéré par M. Brown-Séquard, l'existence du renflement ayant été constatée par lui il y a six mois. Des portions du nerf à l'endroit de la réjonction ont été examinées avec soin et dans une étendue suffisante; MM. Lebert et Brown-Séquard y ont reconnu des fibres nerveuses parfaitement normales.

6° INFLUENCE DE L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME ET DE LA FOUDRE SUR LA DURÉE DE LA RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE; par M. BROWN-SÉQUARD.

On sait que, suivant Hunter et Himly, la rigidité cadavérique n'a pas lieu chez les hommes et les animaux foudroyés. Plusieurs auteurs ont révoqué en doute l'exactitude de cette observation. Sommer dit avoir vu la rigidité survenir *tout aussi promptement* qu'à l'ordinaire chez un chien tué par l'électricité. La plupart des médecins modernes qui ont écrit sur les signes de la mort déclarent que la rigidité ne manque jamais après la mort, et ils se servent de l'expérience de Sommer pour combattre Hunter. Nous allons montrer que cette expérience est tout à fait insignifiante, et que les observations faites par Hunter et Himly doivent être très-exactes.

On sait qu'en général plus la rigidité cadavérique tarde à se montrer, plus elle est énergique et plus elle dure de temps. Or si nous trouvons que l'électro-magnétisme appliqué à un animal qui va mourir agit sur lui de manière à ce qu'après sa mort la rigidité lui arrive d'autant plus vite que le courant employé sera plus énergique, on admettra aisément que la foudre, c'est-à-dire l'électricité atmosphérique en quantité énorme, fera arriver la rigidité encore beaucoup plus tôt que nous ne pouvons le faire avec les appareils que nous possédons. Si la rigidité arrive bien plus tôt sa durée devra être excessivement diminuée; en conséquence, il pourra être impossible d'observer son existence chez les individus foudroyés. C'est ce qui sera rendu manifeste par les chiffres suivants résultant d'expériences comparatives très-nombreuses.

Nous enlevons le cœur sur cinq mammifères (lapins ou cobayes) de même espèce, de même âge et autant qu'on en peut juger de même force; nous en laissons un de côté sans y toucher et nous soumettons les quatre autres au passage d'un courant électro-magnétique de force différente pour chacun des quatre animaux. Voici les curieux résultats qu'on obtient alors relativement à la rigidité cadavérique.

Le premier animal ne devient rigide qu'au bout de *dix heures*; sa rigidité est excessivement énergique et dure *huit jours*. Les quatre animaux soumis à l'électro-magnétisme présentent les différences suivantes : 1° celui qui a été soumis au courant le plus faible devient rigide au bout de *sept heures*, et sa rigidité dure *six jours*; 2° celui qui a reçu un courant un peu plus fort, mais moins énergique que les courants employés sur les deux qui suivent, devient rigide au bout de *deux heures*, et sa rigidité dure *trois jours*; 3° celui qui a été soumis à un courant plus puissant que le second, mais moins fort que le courant appliqué au suivant, devient rigide au bout d'*une heure*, et sa rigidité dure *vingt heures*; 4° celui qui a été soumis au courant le plus fort devient rigide en *sept minutes*, et sa rigidité ne dure que *quinze minutes*. Nous avons donc pour durée de la rigidité cadavérique dans ces cinq cas :

1° Chez l'animal non électrisé . . .	8 jours	ou	192	heures
2° Chez le premier animal électrisé	6	—	ou	144	—
3° Chez le second	—	3	—	ou 72	—
4° Chez le troisième	—			20	—
5° Chez le quatrième	—			0,25	—

Maintenant, si nous tenons compte de ceci que la durée de la rigidité cadavérique se trouve, chez le troisième animal électrisé, quatre-vingt fois ce qu'elle est chez le quatrième, tandis que le courant n'a guère été que deux fois aussi fort dans le dernier cas que dans le précédent, n'est-il pas infiniment probable que l'action de la foudre, qui est considérablement supérieure à notre plus forte action électro-magnétique, devra réduire la rigidité cadavérique à une durée de quelques secondes au plus ou même d'une minime fraction de seconde? En outre, comme l'électro-magnétisme en augmentant de force hâte d'autant plus l'apparition de la rigidité, à ce point qu'entre les deux derniers cas cités il y a la différence de sept à soixante minutes, ne doit-on pas admettre que la rigidité chez les individus foudroyés survient aussitôt après la mort? Les convulsions ou mieux la roideur tétaniforme, si prodigieusement fortes et si promptement terminées, que la foudre engendre, ne doivent-elles pas être suivies immédiatement par une rigidité très-faible et terminée incontinent? S'il en est ainsi, Hunter et Himly ont eu tort sans doute de dire que la rigidité n'a pas lieu chez les individus foudroyés; mais leur observation n'en est pas moins exacte : ils n'ont pas vu la rigidité et ils ne pouvaient pas la voir, puisqu'elle ne doit pas être observable. D'un autre côté, les auteurs qui ont nié la justesse de leurs observations se sont trompés aussi en affirmant que la rigidité devait exister, dans le cas en question, de manière à pouvoir être constatée comme après les autres cas de mort subite ou lente. Quant à l'expérience de Sommer, elle ne

prouve rien, si ce n'est que les décharges électriques qu'il a employées étaient beaucoup moins puissantes que la foudre. De plus, si Sommer avait comparé la rigidité cadavérique du chien qu'il a tué par l'électricité avec la rigidité d'un chien tué par hémorrhagie ou par asphyxie, il aurait vu qu'elle survient bien plus tôt chez le premier que chez le second, et il n'aurait pas dit que la rigidité survient *tout aussi promptement qu'à l'ordinaire* chez un chien tué par l'électricité.

Quel est le mode d'action de l'électro-magnétisme dans les expériences que nous avons rapportées? Dans une communication antérieure (COMPTE RENDU DE LA SOC. DE BIOL., n° 3, mars 1849), nous avons essayé de montrer que le galvanisme agit sur la rigidité cadavérique, parce qu'il met les muscles en action et détermine conséquemment chez eux les changements chimiques qui accompagnent toute contraction musculaire. En effet, toute cause de contraction musculaire produit aussi secondairement le même effet que le galvanisme ou l'électro-magnétisme sur la rigidité cadavérique. Ainsi la strychnine, la brucine, les acides minéraux et organiques, les poisons narcotiques, substances qui toutes donnent des convulsions, altèrent, par là même, les muscles de telle manière qu'après la mort la rigidité survient très-vite et dure peu. En outre, la rigidité survient d'autant plus vite, son énergie et sa durée sont d'autant plus diminuées que les convulsions ont été plus fortes et plus multipliées.

Malgré ces analogies on pourrait croire que l'électro magnétisme n'agit pas seulement comme excitateur de la contractilité musculaire. A ce sujet nous avons cherché si l'électro-magnétisme peut modifier la rigidité alors qu'elle existe et que, comme on le sait, la contractilité a disparu. Pendant plusieurs heures, nous avons fait passer un courant extrêmement énergique dans un membre rigide: la durée de la rigidité dans ce membre a été absolument la même que celle de l'autre membre correspondant du côté opposé chez le même animal.

Il y a donc tout lieu de croire que c'est en mettant en jeu l'irritabilité musculaire, comme le fait l'agent nerveux chez les animaux forcés à la chasse et chez les bestiaux surmenés, que l'électro-magnétisme active la venue de la rigidité cadavérique et la diminue en durée et en intensité.

Plusieurs expériences ont été faites sous les yeux de la Société pour démontrer les résultats signalés ci-dessus et d'autres encore. Ces expériences ont réussi complétement ; elles seront consignées dans le prochain compte rendu.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine a eu lieu lundi dernier, 5 novembre, dans le grand amphithéâtre, avec le cérémonial accoutumé.

Le professeur chargé de porter la parole au nom de la Faculté était M. Denonvilliers, le sujet du discours l'éloge de Blandin.

La lecture de cet éloge, qui a occupé la plus grande partie de la séance, a été accueillie par d'unanimes applaudissements.

Le doyen, M. Bérard, a ensuite, dans une touchante allocution, appelé toutes les sympathies de l'assemblée sur le zèle et le dévouement dont les élèves en médecine ont fait preuve durant les temps de calamité que nous venons de traverser.

Enfin M. Laugier, en qualité de secrétaire, a procédé à la proclamation des prix pour l'année 1849.

Voici les noms des lauréats :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

GRAND PRIX. — M. Dyonis des Carrières (Achille-Victor).
PREMIER PRIX. — M. Laboulbène (Alexandre-Joseph).
DEUXIÈME PRIX. — M. Hamilton (Robert).

PRIX MONTYON.

M. Simonis Empis (Georges), une médaille d'or.
M. Botrel (Jacques), une médaille d'argent.
M. le docteur Thore (Ange-Marie), une mention honorable.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES ET DES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT; par BOYER. — Cinquième édition, publiée par M. Ph. BOYER. — Tome VI. — Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4. — 1849.

Nous touchons au terme de cet ouvrage important, dont la publication, conformément aux promesses de l'éditeur, aura été accomplie assez rapidement pour que les progrès de la science n'aient pas eu le temps d'imprimer entre son commencement et sa fin une différence de physionomie par trop sensible. La plume de M. Boyer fils, devenue plus discrète, attend maintenant sans les provoquer les occasions de se faire jour par intervalles dans la carrière que son illustre père avait si bien remplie. On sait gré à l'annotateur de cette manière plus sobre, de cette érudition tempérée qui le rapproche de son modèle ; et les additions, qui de toute façon eussent toujours été une œuvre utile, sont mieux appréciées, se lisent avec plus de plaisir quand, comme à présent, elles ne viennent que pour compléter le texte évidemment insuffisant, sans montrer la prétention de se substituer à lui ou d'en réformer le sens.

Ce SIXIÈME VOLUME contient quelques-uns de ces sujets qui avaient fondé la réputation de Boyer comme chirurgien et comme écrivain didactique. Nommer les *plaies du bas-ventre* et les *maladies de l'anus*, c'est rappeler d'un mot la savante analyse du mécanisme des épanchements abdominaux, les saines notions sur les plaies par armes à feu, les vrais principes d'étiologie et de traitement de la fissure anale, qui, grâce à Boyer, ont jeté tant d'éclat sur la chirurgie française au commencement de ce siècle. On comprend que la part du commentateur soit nécessairement demeurée restreinte dans ces chapitres où règne le ton du maître, où se reconnaît dans maint passage cette profondeur d'aperçu, ce fini d'exposition auxquels on n'oserait ni retrancher ni ajouter sans se sentir comme coupable d'une sorte de sacrilége. Toutefois il est d'autres articles où un remaniement était indispensable, et nous allons trouver plus d'une occasion de louer sans arrière-pensée M. Boyer fils pour l'idée non moins que pour l'exécution des notes qu'il a ajoutées.

La suture des intestins est une de ces parties où la chirurgie contemporaine a réalisé un progrès sensible, et ce progrès n'est pas seulement dans un manuel opératoire plus ingénieux. Les instruments et les procédés nouveaux n'ont été, au contraire, imaginés que lorsque la physiologie pathologique eut montré que la juxta-position des séreuses est, dans ces cas, l'indication capitale. M. Boyer a bien compris et bien énoncé cette filiation naturelle dans la succession des idées qui ont amené la science au point de quasi-perfection où elle en est aujourd'hui sous ce rapport. Après avoir fait connaître les phénomènes qui président à la réparation des parois intestinales divisées, il classe toutes les méthodes proposées en deux espèces distinctes : méthode *par cicatrice* et méthode *par adhérence*. La première rétablit directement la continuité du calibre par réunion des surfaces divisées ; la seconde se propose seulement d'appliquer ces surfaces contre quelque point contigu de la séreuse abdominale. Les moyens, l'utilité, le résultat, l'indication spéciale, l'analogie définitive de ces deux ordres de moyens, ont été très-lumineusement exprimés par M. Boyer.

Une toute petite note mentionne les abcès de la fosse iliaque droite. Bien que cette distinction n'ait pas été spécifiée par l'auteur, nous pensons qu'il n'y comprend point la maladie qui, sous le nom de *phlegmon du petit bassin*, *abcès des ligaments larges*, a reçu de la part de plusieurs pathologistes modernes des développements si intéressants. La description de ceux-ci reviendra naturellement dans le prochain volume, à l'occasion des maladies des parties génitales de la femme, et nous n'avons pas besoin de la recommander à l'attention particulière de M. Boyer.

Nous avons à signaler, à propos de la cure radicale des hernies, un chapitre qui laisse fort peu de chose à désirer au point de vue de l'érudition. Si l'on en excepte les affusions froides (moyen excellent, ne fût-ce que comme auxiliaire, et qui ne méritait pas l'oubli où M. Boyer le laisse), toutes les tentatives essayées jusqu'à ce jour pour saisir ce précieux résultat, véritable pierre philosophale de la médecine, sont dites avec concision et clarté. Mais n'y a-t-il pas un pessimisme un peu trop découragé dans cette dernière phrase, qui d'ailleurs résume assez bien l'appréciation générale des divers procédés : « Les succès obtenus dans quelques cas, s'ils ont été durables, doivent être attribués au hasard, et non pas aux principes qui ont guidé les opérateurs ? » Il nous semble, quant à nous, que les moyens d'exécution ont ici fait défaut aux chirurgiens plus que les principes. Et l'introduction d'un bouchon organique, l'inflammation artificielle du pourtour de l'anneau, l'application si heureusement faite par M. J. Guérin de la méthode sous-cutanée, ne sont certes pas de ces idées qu'il soit juste, qu'il soit prudent d'englober *à priori* dans une condamnation en masse et sans restriction.

En poursuivant ce même chapitre des hernies, nous trouvons, rappelée avec la force de raisonnement et la chaleur de conviction qui appartenaient au continuateur de Boyer, la distinction fondamentale entre l'étranglement et l'engouement. Mieux encore que son prédécesseur, il différencie ces deux états morbides en les séparant par leurs véritables caractères étiologiques, séméiologiques et thérapeutiques. Il va sans dire qu'il repousse comme elle le mérite cette idée, exacte pour quelques faits particuliers, mais antilogique si on veut l'appliquer à tous les cas de l'espèce, d'après laquelle les symptômes de l'engouement seraient expliqués par une inflammation simple. Nous ne saurions approuver également ce que M. Boyer avance au sujet du pincement d'une partie seulement de l'intestin à travers l'ouverture herniaire. Ce n'est point, comme il le dit, une chimère ; rien n'est plus palpable que cette disposition. Nous l'avons constatée nombre de

fois, notamment à la clinique de Dupuytren, et l'expérience dément trop hautement les assertions de M. Boyer à cet égard pour qu'il soit utile de s'arrêter à réfuter les considérations théoriques sur lesquelles il s'efforce de les appuyer.

L'ouvrage original de Boyer, riche en considérations pratiques sur le traitement de l'étranglement herniaire, ne l'était pas au même degré quant aux préceptes de médecine opératoire relatifs à la kélotomie spéciale de chaque région. Il y avait là matière à d'utiles additions, et celui qui en avait accepté la tâche a trouvé dans son expérience de chirurgien d'hôpital de quoi remplir dignement cette lacune. Les règles concernant l'opération de la hernie crurale et de la hernie inguinale, chez la femme et chez l'homme, sont développées avec cette abondance que l'instruction pratique peut seule fournir.

Il est cependant un point que M. Boyer passe sous silence comme étant purement théorique, et qui pour nous touche aux intérêts pratiques les plus pressants : il s'agit du siége précis de l'étranglement herniaire, question si longuement débattue il y a quelques années, et que la discussion, si elle n'a pu la fixer entièrement, a du moins éclairée d'une vive et fructueuse lumière. Notre auteur attache fort peu d'importance à résoudre ce problème. « En effet, dit-il, que doit faire le chirurgien *après avoir ouvert le sac?* Il doit chercher le lieu de l'étranglement. Si celui-ci existe au niveau de l'anneau inguinal, qu'il soit produit par l'anneau ou par le collet, cela est indifférent, puisqu'en fendant l'un, il fendra l'autre. » J'en demande bien pardon à M. Boyer ; mais si au lieu de chercher quelle doit être la conduite du chirurgien *après avoir ouvert le sac*, il prenait la peine de se supposer à sa place un moment auparavant, il comprendrait qu'en parvenant à déterminer où est l'agent de l'étranglement, il pourra parfois (comme M. Bonnet (de Lyon) l'a souvent fait avec une pleine réussite) se dispenser d'ouvrir le sac. De là une puissante garantie contre la péritonite, principale cause de la mortalité qui suit ces opérations. De pareils débats sont de ceux qu'on peut ajourner, mais qu'on ne saurait indéfiniment reculer. Tôt ou tard ils seront forcément ramenés, au nom de l'humanité, sous les méditations des médecins pour qui une difficulté de plus dans l'acte opératoire n'est pas une fin de non-recevoir contre l'adoption d'un dogme reconnu d'ailleurs le plus utile.

Au sujet de l'extirpation des kystes ovariques, Boyer s'exprimait ainsi : « La moindre réflexion suffit pour montrer les dangers et l'impossibilité de cette opération, qui n'a pas été pratiquée et qui ne le sera vraisemblablement jamais. » Ce pronostic ne s'est point réalisé. Malgré ses incontestables périls, l'excision s'est vu enlever par le génie des chirurgiens modernes l'épithète d'*impossible* qu'on avait cru lui pouvoir infliger. Malheureusement, la France ne s'est point jusqu'ici engagée dans la voie que l'Angleterre et l'Amérique ont ouverte. Aussi M. Boyer fils peut-il, encouragé par le silence improbatif de ceux qui l'entourent, contester encore l'opportunité de cette opération et ne l'admettre que pour des cas « que l'expérience et le tact chirurgical devront faire discerner au praticien. » Cette opinion est la plus répandue maintenant. L'excessive réserve que nous reprochons ici à l'auteur lui sera donc probablement comptée par le plus grand nombre comme motif d'éloge. Mais ce n'était pas là une raison pour nous dispenser de saisir cette occasion de faire un nouvel appel au zèle de nos chirurgiens. Les résultats statistiques des opérations d'outre-Manche et d'outre-mer sont là pour convier les médecins, plus puissamment que nous ne saurions le faire, à expérimenter cette méthode qui n'est justiciable que de l'observation.

Les vices de conformation de l'extrémité inférieure de l'intestin sont, malgré les efforts récemment tentés, un écueil toujours embarrassant pour le médecin, et bien souvent funeste pour le malade. On lira donc avec intérêt les notes très-lucides que M. Boyer a ajoutées à la classification si méthodique de son père. Après avoir établi entre le rectum et la cavité ou ampoule anale une distinction que la physiologie et la pathologie confirment à l'envi, il cherche d'après quels signes on peut reconnaître si c'est l'une ou l'autre de ces deux parties qui s'ouvre dans les organes voisins. Il pose à cet égard les règles suivantes : 1° si la fusion a lieu à la partie supérieure du vagin, elle existe entre ce conduit et l'extrémité inférieure du rectum, l'ampoule anale n'ayant pas été formée ; 2° si la fusion a lieu avec la vessie au-dessus de l'ouverture des uretères, elle existe nécessairement entre le rectum et la vessie ; 3° mais si elle a lieu au-dessus des uretères, dans le trigone vésical, au point où la cavité anale a des adhérences avec la vessie, est-elle entre la vessie et le rectum, ou entre la vessie et la cavité anale ? Je pense, dit M. Boyer, qu'elle a lieu entre la vessie et le rectum, parce que cet intestin finissant là où commence le trigone vésical, il n'est pas nécessaire d'admettre, pour l'existence de la fusion et pour la possibilité de l'anomalie, un commencement de formation de la cavité anale ; seulement on peut penser que, cette cavité ne se formant pas, le rectum est resté confondu avec la vessie. »

La thérapeutique de cette grave infirmité a aussi préoccupé M. Boyer. Il rappelle les travaux de M. Amussat et le procédé perfectionné auquel ses recherches l'ont conduit. Puis il termine par un parallèle abrégé entre les deux méthodes de Littre et de Callisen, dont il fait ressortir les avantages respectifs ainsi que les défectuosités. Les raisons sur lesquelles il base ses conclusions sont trop succinctement énoncées pour qu'il y ait utilité à les discuter ici. Disons seulement que, en assignant la seconde place au procédé de M. Amussat, il a oublié de consulter la statistique. Le chiffre si minime de la mortalité qui suit les opérations de ce genre méritait sans doute de peser d'un plus grand poids dans la balance.

M. Boyer a soigneusement étudié le traitement chirurgical des bourrelets hémorrhoïdaux. Le récit sincère qu'il trace des variations de sa pratique sous ce rapport est la meilleure leçon qu'on puisse mettre sous les yeux de ceux dont l'expérience n'a pu encore fixer les hésitations. Il raconte donc que, fidèle d'abord à l'exemple de son père, il avait, en commençant, adopté l'excision de préférence à tout autre moyen. Malgré quelques revers, il continuait à appliquer ce système opératoire, lorsque, ayant eu à traiter un malade affaibli par des pertes de sang antérieures, il n'osa mettre en pratique un procédé qui pouvait entraîner des hémorrhagies consécutives dangereuses. Il essaya donc la cautérisation avec le fer rouge.

Or le succès, dans ce cas spécial, ayant pleinement couronné son espérance, il profita de l'expérience pour réformer sur ce point ses opinions et sa pratique. Depuis lors, il s'en est tenu à la cautérisation : il l'a exécutée douze fois, et, sauf un cas où la mort survint par une complication fortuite, il a toujours obtenu une prompte et facile guérison. — Il termine en détaillant les règles du manuel opératoire et les précautions à prendre pour effectuer, par ce procédé, l'ablation complète des tumeurs hémorrhoïdales.

L'impartialité dont il est si doux d'user envers des hommes tels que M. Ph. Boyer nous fait un devoir de lui dire que sa note contre l'injection iodée dans l'hydrocèle ne paraît conforme ni aux saines traditions de l'école de Boyer, ni à la manière de juger dont lui-même a fait preuve dans plus d'une occasion. De la part d'un esprit aussi pratique que celui-ci, on comprendrait une proscription lancée au nom de l'expérience. Mais lorsque, avant de condamner la méthode, il prend soin de prévenir « qu'il ne l'a jamais mise en usage, » lorsqu'on voit sa désapprobation n'être justifiée que par les succès qu'il obtient des injections vineuses, on regrette qu'un examen plus sérieux n'ait pas été institué. S'il avait seulement tenu compte des faits de double hydrocèle opérée, l'une par le vin, l'autre avec les préparations iodées, il n'aurait pu se dispenser de convenir que ces dernières, si elles n'apportent effectivement pas la certitude d'une guérison infaillible dans tous les cas, réalisent du moins, sous le rapport de la diminution des douleurs, de la simplicité du manuel et du peu de gravité des suites, un progrès qu'il y avait injustice, il y a dix ans, qu'il y aurait aujourd'hui imprudence à vouloir contester d'une manière absolue.

Par contre, et comme compensation (puisque, dans l'ordre des chapitres, cet article se présente maintenant sous notre plume), nous n'avons qu'à louer complétement l'appréciation que M. Boyer fait et de l'opération du varicocèle en elle-même et des procédés imaginés pour l'exécuter. Sa division de ces procédés en ceux où l'on découvre les veines sans inciser la peau et ceux où l'on incise cette membrane peut risquer au premier coup d'œil de paraître basée sur une considération trop superficielle pour conduire à d'utiles corollaires. Mais M. Boyer l'a su féconder par une vue qui lui appartient en propre et dont nous devons laisser au lecteur le plaisir de suivre par lui-même les déductions dans le texte.

L'opération du phymosis et l'amputation de la verge fourmillent d'omissions. Mais comme ces deux articles se trouvent à la fin du volume, nous espérons que les premières pages du tome prochain nous fourniront, par des additions dont M. Boyer comprendra bien la nécessité, l'occasion de changer la présente critique en éloges aussi mérités que les précédents.

— La médecine militaire répond noblement à l'ordre du jour Frepau : le choléra vient de frapper en Afrique, sur le champ de bataille épidémique, le chirurgien principal Poullain, le médecin-adjoint Hippol. Jacquot qui donnait de solides espérances, deux aides-majors dont les noms nous manquent encore, mais seront pieusement enregistrés dans le martyrologe de la profession ; enfin l'hôpital d'instruction de Strasbourg compte une seconde victime, le jeune Guélon ; nous regrettons de ne pouvoir reproduire les paroles touchantes prononcées sur sa tombe par un professeur de l'hôpital, M. le docteur Bertherand.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : MALADIES DE L'UTÉRUS.

Nous le disions bien, que M. Velpeau devait arriver logiquement à nier même l'engorgement du col utérin! Cette petite satisfaction nous a été donnée à la dernière séance de l'Académie. Oui, en vérité, M. Velpeau a décidément rompu avec l'engorgement, et il n'en veut plus ni pour le col ni pour le corps. Mais, va-t-on dire, il nous semblait que l'honorable académicien s'était fort récrié quand cette opinion lui avait été prêtée, au début de la discussion, par M. Rochoux. — Cela est vrai. — Il nous semblait encore que, pas plus tard que mardi dernier, après avoir accordé l'existence assez fréquente de l'engorgement du col, il avait sensiblement amendé son opinion, autrefois si absolue, sur la non-existence de l'engorgement du corps, et s'était borné à le déclarer très-rare. — Rien de plus exact. Mais M. Velpeau s'est aperçu un peu tard qu'il avait été de trop bonne composition, et passant l'éponge sur tout ce qu'il a pu dire jusqu'ici, il se retranche aujourd'hui dans le raisonnement suivant : Tout développement anormal de la matrice, corps ou col, offre l'une ou l'autre de ces deux conditions : ou bien le tissu propre est altéré, ou bien il conserve la texture normale. Dans le premier cas, c'est une phlegmasie chronique; dans le second, c'est une hypertrophie. Entre ces deux alternatives, il n'y a pas place pour l'engorgement. Ce raisonnement est à peu près celui que nous indiquions dans notre dernier article aux personnes qui seraient tentées de nier absolument l'engorgement utérin; mais franchement nous n'imaginions pas qu'on le prendrait au sérieux, surtout M. Velpeau qui, par là, rend sa thèse sur l'excessive rareté du gonflement du corps, en l'absence de cancer, fongus, polype ou granulations, moins soutenable qu'auparavant; car si le gonflement, qu'il regardait comme assez fréquent au col et comme à peu près inobservé au corps, était le résultat d'une phlegmasie, il en résulte clairement que ce qu'il niait, c'était cette affection connue sous le nom de métrite chronique, et dont on trouve la description partout, non pas seulement des symptômes, mais des caractères anatomo-pathologiques.

Mais qu'est-ce au fond que cette dichotomie appliquée aux gonflements utérins? Rien autre chose qu'une logomachie et un faux fuyant. Ce qui était en question devant l'Académie, c'était un fait matériel, celui de l'existence ou de la non-existence de l'engorgement du corps. A ce fait, M. Velpeau substitue deux termes, dont l'un, représenté par le mot *phlegmasie*, n'est pas un fait visible et palpable, mais une idée spéculative, un produit de l'esprit, une explication. L'idée fût-elle juste, l'explication vraie, que s'en autoriser pour repousser absolument la dénomination d'engorgement, n'en serait pas moins un jeu d'esprit puéril. Le résultat d'une cause peut bien avoir son nom propre sans emprunter celui de la cause, et l'on n'appelle pas la chute d'un corps une attraction, parce que c'est en vertu de l'attraction que le corps tombe. A ce compte, on pourrait nier l'hypertrophie elle-même en soutenant qu'elle est aussi le produit d'une phlegmasie, ou le cancer en l'attribuant à une perversion de la nutrition. Il faudrait également rayer le mot *engorgement* du vocabulaire médical, ne plus dire, par exemple, que le tissu cellulaire s'*engorge*, que les lèvres autour d'une plaie s'*engorgent*, qu'on sent des *engorgements* profonds autour d'une fracture, comme le dit sans doute chaque jour M. Velpeau lui-même, etc., mais que toutes ces parties sont le siége d'une phlegmasie chronique.

Non, la question n'est pas là. Il s'agit avant tout de savoir si le corps et le col utérin peuvent s'engorger, sauf à rechercher ensuite suivant quel mécanisme se produit l'engorgement, si sa nature est simple ou si elle est multiple. L'engorgement existe-t-il? existe-t-il, même indépendamment du cancer, du fongus, des corps fibreux et des végétations? S'il avait pu rester quelque doute, la description qu'en a donnée mardi M. Récamier l'aurait dissipé. Le col, pour M. Récamier comme pour tout le monde, doit être considéré comme engorgé quand il est augmenté de volume, d'un rouge plus ou moins foncé, mou et comme érectile, douloureux au toucher, et, s'il est examiné à l'autopsie, quand il donne à la coupe une quantité insolite de sang, quand les surfaces incisées se couvrent de points sanglants d'autant plus petits qu'on se rapproche d'avantage du corps. Toutes les arguties possibles ne feront pas qu'un tel état pathologique ne témoigne de l'existence d'un engorgement et que cette dénomination ne soit encore la meilleure qui puisse lui être appliquée. Nous ajoutons que c'est tomber dans une erreur profonde que d'y voir constamment le produit d'une inflammation.

Assurément nous ne voulons pas nier que l'utérus ne puisse devenir le siége de ce travail morbide qu'on désigne, dans toutes les autres organes de l'économie, sous le nom de travail phlegmasique : les produits qu'on rencontre parfois dans sa cavité ou dans les interstices de ses fibres en font foi. Mais nous sommes bien convaincus que la grande majorité des engorgements utérins sont, à leur début, absolument passifs. Tantôt l'organe a manqué, aux époques menstruelles, de l'énergie nécessaire pour chasser au dehors ou rapporter dans le torrent circulatoire l'excès de sang qui embarrassait son tissu; tantôt, à la suite de l'accouchement, il n'a pu se contracter assez dans toutes ses parties pour revenir entièrement sur lui-même et reprendre ses dimensions normales; le col est resté volumineux, mou, œdémateux. Nous avons remarqué que dans les huit ou dix observations rapportées par M. Récamier, la maladie avait presque toujours succédé à l'accouchement. Les résultats du traitement déposent également en faveur de la nature primitivement passive de la plupart de ces engorgements; quels sont les moyens qui réussissent le mieux, qui réussissent seuls dans la majorité des cas? les astringents, les caustiques, le fer rouge. Quels sont ceux qui échouent ordinairement? les émollients. Sur ce point encore, M. Récamier a puisé, dans sa vaste pratique, des enseignements précieux et décisifs dont il est venu faire part à l'Académie. Dans son opinion, les engorgements du col, loin de pouvoir rentrer toujours dans la phlegmasie ou l'hypertrophie, se rapprochent plutôt, du moins un certain nombre d'entre eux, des tumeurs hémorrhoïdales. Il a vu certains engorgements très-vasculaires, assez mous pour céder sous le contact d'un pompon de coton cardé, disparaître rapidement sous l'action d'injections astringentes, reparaître presque aussitôt, et ainsi de suite alternativement jusqu'à ce qu'ils eussent cédé définitivement à un traitement prolongé. Est-ce là une hypertrophie? est-ce là une phlegmasie? Et pourtant l'engorgement est palpable! Voilà donc M. Velpeau obligé de chercher une troisième catégorie d'affections à laquelle il puisse rattacher cette altération matérielle. Rien ne l'empêche, en effet, de dire qu'il s'agit alors de *tissu érectile* et non d'*engorgement*.

M. Velpeau ne s'est pas borné, dans son discours de mardi, à l'étrange argumentation que nous venons de rappeler; il a fait aussi une excursion dans l'histoire d'un ordre de lésions qui lui est cher, les *inflexions* de l'utérus. Il y aurait injustice à ne pas reconnaître que c'est à lui que la science

---

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR LE BRÉSIL. — CAUSERIES SUR LES US ET COUTUMES.

Nous allons parler de détails qui touchent moins à la science qu'à la profession, plus au métier qu'à l'art : telle est la question des honoraires, par exemple, qui, tout infime qu'elle puisse paraître, n'en est pas moins une question vitale dans toute l'étendue du double sens du mot; car à elle est intimement liée l'existence de la médecine et des médecins.

Le prix de la visite du médecin est généralement uniforme, je crois, dans toute l'Amérique. Au Brésil, on la paye avec un patacou (une once d'argent, environ 5 fr. 40 c.) ou 2,000 reis en papier. Le patacou des Portugais correspond au peso des Espagnols. Ce prix est un niveau pour tous les praticiens; les célébrités comme ceux qui exercent avec un grade inférieur, ou même sans grade aucun, tout est soumis à l'égalité du salaire; et s'il y a des exceptions à cette règle, ce n'est que bien rarement et par occasion. Vous avez à Paris une gradation qui part de la pièce d'un franc peut-être et va jusqu'à celle de 20 et plus. Dans certains départements, le point de départ descend jusqu'à 50 centimes pour s'élever proportionnellement. Ici rien de semblable; l'aphorisme saint-simonien : A chacun selon ses œuvres et ses capacités, n'est pas en vigueur. Dans les capitales comme dans les moindres bourgades, la rétribution est uniforme. Cette uniformité a sans doute plus d'avantages que d'inconvénients; mais les clients la poussent trop loin, ou bien en tirent des conséquences forcées, comme, par exemple, pour les visites de nuit. Ils ne se font aucun scrupule de vous arracher à votre repos pour des cas qui ne sont nullement pressants, et ils se croient quittes envers vous avec leur patacou ou leurs 2,000 reis. Ce ne sont que les plus généreux qui doublent cette somme. Enfin un pansement, une opération de petite chirurgie, qui font chez vous doubler, tripler et quadrupler la visite, ne se comptent ici pour rien.

Une habitude très-louable est celle de payer comptant ou à peu près. Quand trois mois sont écoulés depuis la dernière visite et que le médecin n'a pas reçu d'argent, il peut raturer sa créance s'il l'avait inscrite : c'est une chose perdue. Cependant il est plusieurs clients qui payent par année, d'autres qui s'abonnent pour une somme fixe. L'exiguïté du prix de ces abonnements contraste avec le taux courant des visites, ce qui fait que peu d'entre les jeunes docteurs y souscrivent. Les clients sont dans l'usage de tenir note exacte des visites, et d'envoyer ensuite le nombre correspondant de 2,000 reis, sans demander de mémoire. La somme destinée au médecin est scrupuleusement enveloppée dans du papier blanc, n'y eût-il qu'un seul billet ou une seule pièce de monnaie. Les anciens du métier nous disent qu'autrefois on avait la précaution de frotter soigneusement les pièces d'argent ou d'or, afin qu'elles eussent tout le lustre possible. Cette attention délicate est généralement omise maintenant; mais c'est là un des moindres griefs de la génération médicale actuelle contre la génération présente des

doit la plus grande partie de ce qu'elle possède sur ce sujet; mais il eût été heureux pour lui qu'il s'en fût tenu à l'exposé des faits anatomiques et n'eût pas cru devoir se hasarder dans le domaine des explications; car, à notre sens, la théorie des inflexions exposée par M. Velpeau, théorie qu'il applique également aux inversions ou déviations, est loin de l'emporter en probabilité sur celle qui est le plus généralement admise. Les matrices infléchies ou déviées sont ordinairement engorgées — hypertrophiées ou enflammées, dans le langage de M. Velpeau — et il est d'observation que l'engorgement occupe plus particulièrement, parfois même exclusivement, le côté sur lequel l'organe est plié ou incliné. On en a conclu, avec quelque apparence de raison, que c'était cette moitié engorgée des parois qui, plus pesante que l'autre, entraînait la totalité du corps de son côté et donnait lieu ainsi à une inflexion si le col restait dans son axe normal, ou à une déviation simple si l'axe du col suivait dans son déplacement celui du corps. Or M. Velpeau veut que ce soit le contraire qui ait lieu. Il soutient que l'engorgement est toujours consécutif a la déviation et en est la conséquence. Pourquoi ? Là-dessus M. Velpeau se tait absolument, et il se contente de dire que, s'il ne peut démontrer la justesse de son opinion, ceux de l'opinion opposée seraient aussi embarrassés que lui. Cela pourrait être ; nous n'en savons rien ; mais au moins ceux-là, bonne ou mauvaise, donnent une raison. Serait-ce donc trop exiger que de demander la sienne à M. Velpeau ? Qu'on veuille bien remarquer que la question est assez sérieuse ; car elle touche directement à la thérapeutique. Il est bien clair que le traitement devra varier du tout au tout, suivant qu'il s'agira d'attaquer l'engorgement pour faire disparaître la difformité, ou la difformité pour faire disparaître l'engorgement. M. Velpeau, fidèle à sa théorie, n'a parlé que des moyens mécaniques, et n'en a parlé que pour en déplorer l'insuffisance presque constante; mais d'autres praticiens affirment avoir guéri des déviations utérines par des moyens externes ou internes uniquement dirigés contre l'engorgement. L'hydropathie, maniée par des mains habiles, a même, comme on a pu le voir par un mémoire publié naguère dans la GAZETTE MÉDICALE, de telles prétentions. Or si ce résultat est réel, il dépose tout à la fois contre la pratique de M. Velpeau et contre sa théorie. On voit que la difficulté vaut la peine d'être examinée plus à fond, et reprise *en sous-œuvre*, comme l'a dit M. Récamier.

ÉPIDÉMIES.

HISTOIRE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE OBSERVÉE AU VAL-DE-GRACE EN 1848 ET 1849; par MICHEL LÉVY, médecin en chef et premier professeur.

Quatrième et dernier article.—Voir les numéros 43, 44 et 45.

NATURE ET DÉTERMINATION NOSOLOGIQUE.

La nature d'une maladie se déduit de la cause qui l'engendre; et quand celle-ci échappe aux recherches directes, on est réduit à la présumer par un procédé d'approximation logique qui consiste à peser les affinités de cette maladie avec telle autre maladie mieux connue, sous le multiple rapport de l'étiologie, des symptômes, des altérations cadavériques et des résultats de traitement. A l'aide de ce parallèle, qui peut s'appliquer à plusieurs affections à la fois, on arrive à la détermination nosologique de celle qui constitue le problème proposé. Cette détermination n'en est, à la vérité, qu'une solution provisoire; mais là où les faits s'arrêtent, la science n'a plus que l'examen et la discussion des analogies.

1° L'investigation étiologique n'a rien fourni pour l'élucidation de la nature des méningites cérébro-spinales : le froid et le chaud, la pluie et le soleil n'y font rien. Notre statistique générale présente, comme on l'a vu, deux maxima qui correspondent aux plus grandes chaleurs de l'été et aux premiers froids de l'hiver. Dans les épidémies antérieures, on a vu la méningite sévir en hiver, en été, plus fréquemment au printemps. M. Broussais insiste sur l'influence des premiers rayons du soleil printanier, agissant sur les corps prédisposés des jeunes soldats, et il croit expliquer ainsi la prédominance de la maladie en cette saison, qui est avec l'hiver l'époque d'arrivée des jeunes recrues. Si cette influence est décisive, pourquoi ne produit-elle point tous les ans le même effet ? — Nous en dirons autant du régime alimentaire, de l'état moral des hommes, des exercices, des conditions d'âge et de constitution. Cet ensemble de causes est permanent dans l'armée ; la méningite n'y est qu'un accident. M. Broussais fait valoir les fatigues musculaires suivies de refroidissement; or, pendant et après les combats de juin, les troupes ont eu à subir de grandes fatigues, bivouaquant dans les rues, couchant sur les trottoirs, exposés aux intempéries, aux alertes, aux agitations d'un service incessant de jour et de nuit, et c'est à la suite de ces dures journées que la méningite a diminué de fréquence et de léthalité. (Voir plus haut les tableaux statistiques.)

L'encombrement, c'est-à-dire l'infection miasmatique, a été signalé, comme la cause de la méningite, et expliquerait par conséquent sa nature. Cette opinion est celle de MM. Faure, à Versailles, Tourdes, à Strasbourg, Gasté, à Metz, Martin, à Laval, Paul, à Perpignan, Malapert, à Bayonne, etc. Le peu d'extension que la méningite a pris dans la garnison de Paris n'a point permis d'y vérifier la juste part de cette cause ; toutefois il importe de noter que l'encombrement est depuis 1830 la condition à peu près constante des habitations militaires à Paris, et c'est la première fois que la méningite s'y montre avec quelque énergie. En 1837, le 9e régiment de ligne, venu de Rochefort où il avait été maltraité par les fièvres, dut à cet antécédent et à l'encombrement de ses chambrées une aggravation de maladies et de mortalité qui motiva une enquête ; il avait d'ailleurs reçu beaucoup de recrues à Paris : point de méningite ; il y a plus : la formation de l'armée de Paris a nécessité l'occupation des casemates, dont plusieurs ont été encombrées, à ce point que les lits se touchaient et ne pouvaient être roulés; on eût dit une expérience expressément instituée pour mesurer la valeur étiologique de l'encombrement dans la méningite. Or les casemates ne nous ont envoyé que 3 cas de cette affection. Avant d'admettre, avec M. Tourdes, que le même miasme, modifié dans sa nature et ses effets par des circonstances qui nous échappent, produit ici le typhus, là les méningites cérébro-spinales, que l'on nous explique pourquoi, sous l'empire de conditions identiques et persistantes, tantôt ce miasme prend naissance, tantôt il ne se développe point; que l'on nous explique surtout pourquoi la méningite n'apparaît qu'à de longs intervalles dans l'armée, qui est soumise à une invariable uniformité d'influences, et pourquoi elle circonscrit, elle suspend indéfiniment ses ravages quand les causes auxquelles on l'impute sont générales et continues.

---

clients. Je vais en articuler quelques-uns qui sont beaucoup plus patents et plus sentis. Certaines gens ne regardent la visite du médecin comme complète que lorsqu'elle s'est terminée par une ordonnance; de sorte que toutes les fois qu'allant voir votre malade, vous vous contentez de l'interroger, de l'examiner, de régler son régime, de lui ordonner la continuation de vos prescriptions précédentes avec ou sans modification, si vous faites tout cela oralement, sans prendre la plume et sans envoyer votre écrit chez l'apothicaire, vous vous serez déplacé en vain, et vous aurez perdu votre temps. Votre visite sans ordonnance sera zéro pour votre malade. A la fin du traitement, il ne comptera que les visites avec formules. Rarement on réclame contre ces injustices, car il répugne de dire à celui qui vous paye sans compter avec vous : ce n'est pas assez, et du reste, quand on en vient à le faire, la réclamation est fort mal accueillie, presque jamais satisfaite, et on a perdu un client.

Souvent on est appelé pour voir un sujet malade depuis longtemps, et qui a passé par les mains de plusieurs autres médecins. Si c'est un cas désespéré pour lequel il n'y ait rien à faire, on trouve naturel de dire son opinion à la famille et de ne faire aucune prescription ; mais à son tour la famille trouve logique de ne pas payer le médecin qui n'a pas formulé.

Il est des médecins qui croient surmonter cet inconvénient en faisant régulièrement une ordonnance par chaque visite; ceux-là se créent pour leur usage un art de formuler auquel rien n'échappe. Une feuille de papier grand in-folio est journellement consommée pour leurs prescriptions. Ordonnance pour un cataplasme, ordonnance pour de la tisane d'orge, ordonnance pour un bain de pieds, deux ou trois remèdes à prendre à l'intérieur et autant de topiques à appliquer extérieurement, tel est le menu qu'ils servent à leurs malades toutes les vingt-quatre heures, et qu'ils varient tous les jours. Pour peu que la maladie dure, toute la matière médicale y passe. J'ai vu des malades qui avaient eu jusqu'à douze médicaments différents à prendre en un jour, à une heure d'intervalle les uns des autres et à pareille distance des aliments. Ces malades s'apercevaient, à la fin de leur rude journée, qu'il ne leur était pas reste le moindre petit quart d'heure pour prendre un bouillon. Ces médecins écrasent leurs malades; mais ils entendent très-bien leurs affaires, et ils jouissent de toute la considération des apothicaires.

Les rares accouchements que les médecins sont appelés à faire leur sont payés une once d'or.

Quand il s'agit d'opérations, il est d'usage que le malade s'informe préalablement du prix et traite d'avance avec le chirurgien. Cette méthode est excellente pour ceux qui s'entendent à exploiter. Les habiles du métier conviennent d'un prix et se font donner moitié d'avance; c'est là une grande sécurité, car il arrive parfois que la seconde moitié n'est jamais payée. Mais il se trouve aussi des opérateurs *habiles* qui ne se laissent pas plus leurrer pour la seconde moitié que pour la première. et qui exigent une caution de solvabilité reconnue. On peut appeler cela faire de la chirurgie *méthodiquement*. Les marchés de ce genre ont lieu surtout dans les campagnes. Certains médecins font des tournées dans l'intérieur des provinces, vont de bourgade en bourgade, d'habitation en habitation, s'informant s'il y a des malades, et quand ils en trouvent, ils font tranquillement leurs petites conditions et puis se mettent à l'œuvre. Cette exploitation de l'art de guérir est très-lucrative sans doute, mais elle peut avoir de graves inconvé-

2° On a posé la question de la méningite entre l'inflammation et le typhus.

Les arguments en faveur de la première opinion peuvent se résumer ainsi :

Constitution forte, tempérament sanguin ou lymphatico-sanguin de la plupart des sujets atteints;

Intervention de quelques causes secondaires, irritatives, telles que les excès d'alcool, l'insolation, l'épuisement cérébro-rachidien par les exercices et les fatigues musculaires, l'action du soleil au printemps, etc.;

Le siége de la maladie dans la pie-mère et dans le feuillet viscéral de l'arachnoïde;

La production du pus, car qui dit suppuration dit phlogose; et après le pus, les pseudo-membranes, les opalescences et épaississements de l'arachnoïdes, le plasma gélatiniforme qui infiltre la pie-mère, les traces de vascularisation morbide des enveloppes du cerveau, de la moelle; parfois l'extension de la phlogose à la pulpe cérébrale elle-même, comme dans l'observation de M. Tholozan;

La correspondance exacte des symptômes et des lésions : période d'excitation, expliquée par la fluxion sanguine sur le cerveau à travers la pie-mère, qui est comme son crible vasculaire; période de collapsus et de coma, quand il y a compression : le tout se passant ici comme dans les expériences de M. Magendie sur le rôle du fluide cérébro-spinal (Broussais, p. 201). Quand moelle et cerveau reprennent leurs fonctions, c'est qu'ils se sont habitués à la compression lente ou que la résorption des produits épanchés a déjà commencé.

Les saignées ont une efficacité merveilleuse, dès le début, contre les prodromes, et leurs succès sont encore incontestables dans la période d'excitation. (*Ibid.*)

Enfin la méningite sporadique ne ressemble à l'épidémique que par son siége, par ses symptômes, par l'insuccès du traitement : d'où M. Forget conclut qu'elle n'est pas plus spéciale dans l'une des circonstances que dans l'autre.

Aux faits et assertions qui précèdent, nous répondons :

Les caractères tirés de la constitution individuelle, et le mode d'action probable de quelques causes accessoires ou prédisposantes, sont ici sans valeur. L'érysipèle phlegmoneux frappe les forts et les faibles; la résorption purulente et la fièvre puerpérale n'épargnent aucune individualité, et cependant quoi de plus irritant qu'une amputation ou qu'un accouchement? et qui soutiendra qu'une épidémie de fièvres puerpérales, que la diathèse purulente qui sévit collectivement sur les blessés d'un hôpital, ont pour essence l'inflammation ?

Le siége anatomique d'une maladie n'indique pas rigoureusement la limite de sa sphère d'action et de développement dans l'organisme; d'ailleurs, l'altération cadavérique peut être cause ou effet. L'inflammation de la pie-mère explique-t-elle la présence du pus dans les articulations, quelquefois dans d'autres séreuses? Si rares que soient ces faits, ils veulent entrer comme éléments positifs dans la notion que l'on se fait de la méningite; il en est de même des éruptions que M. Broussais passe presque sous silence, pétéchies, sudamina, taches lenticulaires, etc., et du développement de l'élément folliculeux de l'intestin dans les deux tiers des cas. Cette dernière altération semble le signe anatomique commun de plusieurs groupes pathologiques, véritables endémies de l'armée, et que celle-ci fomente et colporte dans ses masses ambulantes, à travers les années et les garnisons : fièvres éruptives, fièvres typhiques, signe que l'on retrouve dans le groupe de maladies que l'on doit appeler pyohémiques, caractérisées par la profusion ou la dissémination du pus dans l'organisme : infection purulente, péritonite puerpérale, érysipèle phlegmoneux, etc. Quant aux rapports de ces groupes entre eux, ils échappent à notre appréciation; mais le fait de leur prédominance dans l'armée est démontré par l'observation de tous les grands hôpitaux qu'elle alimente.

Ce n'est pas tant la multiplicité des lésions qui annule ici les inductions de la médecine localisatrice, que la rapidité de l'étendue et la pyogénie. M. Jacquemin a rencontré le pus au bout de cinq heures chez un détenu de la Force; nous l'avons constaté chez un homme qui avait été apporté dans l'agonie; et si le rapport entre lésions et symptômes est exact, le coma initial des méningites foudroyantes fait supposer l'instantanéité de l'exsudation purulente, puisqu'on la trouve après la mort. Dans quelle phlegmasie légitime les phénomènes offrent-ils cette précipitation ou cette inversion ?

Les saignées, qui, suivant M. C. Broussais, font merveille contre les prodromes, pourraient bien n'avoir été pratiquées que dans des cas de simple hypérémie, de pléthore, de courbature; les renseignements manquent. Quant à leur utilité dans la première période de la méningite, c'est affaire de statistique; on a vu ce que donne la nôtre, et celle de M. Forget, et la statistique générale de M. Broussais. Deux mots la traduisent : impuissance et doute. L'état couenneux du sang fourni par les saignées, caractère que nous avons noté nous-même, ne prouve qu'une chose : c'est que la fibrine s'accroît dans la méningite; mais n'a-t-on pas signalé récemment le même phénomène dans le scorbut? ne l'avons-nous pas constaté dans les pneumonies pétéchiales et catarrhales de l'hiver de 1848-1849? Pringle ne l'a-t-il pas indiqué dans la fièvre d'hôpital ou de prison (1), et Hildenbrand, après Lind et Milmann, dans la période initiale du typhus (2)?

Symptômes, lésions, résultats de traitement, conspirent contre l'hypothèse de l'inflammation appliquée péremptoirement à la méningite cérébro-spinale, et fournissent les indices non équivoques d'une spécialité pathologique. L'inflammation intervient ici comme dans la variole, comme dans la péritonite purulente, comme dans la formation des abcès métastatiques; elle est l'un des ressorts du mécanisme pathogénique, elle ne le constitue point.

La maladie qui nous occupe appartient-elle à la famille des typhus? En est-elle une variété, une forme anatomique? Cette opinion, renouvelée de nos jours, est fort ancienne; elle procède de l'antique doctrine de l'élimination des matières morbifiques : « *Natura enim hoc pacto turbata, humores adhuc crudos existentes expellere qua data porta, cogitur; atque adeo nunc in cerebri meninges, impetu fertur materia febrilis, indeque phrenitis nascitur; nunc ad membranam costas succingentem idem malum adpellit, ex quo pleuritis oboriri solet* (3). » Pringle, parmi les résultats de dix autopsies très-incomplètes de fièvre d'hôpital, mentionne une fois l'existence d'une matière purulente dans les ventricules du cerveau et sur la partie supérieure du cerveau. Deux autres soldats, qui succombèrent à la même affection, offrirent, le premier un abcès de la grosseur d'un œuf dans la substance du lobe antérieur droit du

(1) MAL. DES ARMÉES, t. II, p. 91.
(2) Trad. de M. Gasc, 1811, p. 42.
(3) Sydenham, OP. OMNIA, sect. sexta, cap. III, *Pleuritis.*

---

nients. Il se trouve des clients assez peu scrupuleux pour envoyer attendre au détour d'un bois le médecin qui sort de chez eux emportant les honoraires qui ont été convenus d'avance : un coup de fusil ou un coup de couteau fait justice de l'homme, et l'argent rentre à la maison. Un de nos collègues et compatriotes, qui a fait une tournée dans l'intérieur de cette province avec la ferme résolution de faire rendre à la pratique tout ce qu'elle était susceptible de produire, vivait durant ce voyage dans une continuelle défiance de ses hôtes. Quand il devait quitter une habitation, il faisait ses préparatifs en secret et partait à l'improviste et à l'insu de ses clients, qui ne s'apercevaient de son départ que quand il était déjà en route dans une direction qu'ils ignoraient. Agir ainsi avec tous les estancieros, c'est sans doute faire injure à la loyauté de beaucoup d'entre eux; mais il y a des exemples qui légitiment une pareille conduite.

Dans les environs de Rio-Grande, un homme connu, riche et considéré, avait reçu une blessure qu'il devait tenir secrète parce qu'elle avait eu lieu dans la perpétration d'un crime. Un médecin de la ville (un Anglais) fut mandé à l'estancia du blessé et y séjourna plusieurs semaines pour le soigner. Il dut recevoir la périlleuse confidence des circonstances de la blessure; on lui promit une forte somme et on implora son silence. Le malade une fois guéri, le docteur était sur le point de quitter l'estancia, où le retenaient de jour en jour les instances et les soins empressés de ses hôtes. Un jour on lui proposa une promenade à cheval; il sortit accompagné de son ex-malade et d'une autre personne de la famille, mais il ne revint pas; les deux autres rentrèrent seuls à la maison. Il avait été traîtreusement assassiné par celui dont il avait étanché le sang et sauvé la vie; les onces d'or qui devaient être le prix de ses soins se trouvaient ainsi économisées et le secret qui lui avait été confié était en parfaite sûreté; c'était doublement une bonne affaire.

Un vieillard portait deux cataractes; un médecin, celui dont nous avons parlé avant de raconter la tragique histoire du docteur anglais, passe par chez lui et convient de la somme assez ronde de 100 onces (un peu plus de 8,000 fr.) pour l'opérer. Le résultat de l'opération ayant été de plonger irrévocablement dans les ténèbres des yeux qui avant distinguaient encore la lumière de l'obscurité, cela refroidit singulièrement la générosité de leur propriétaire. Le prix de l'opération parut alors exorbitant aux yeux qui en avaient été l'objet. On débat, on marchande, mais l'opérateur tient bon, exige et enfin obtient 80 onces. La somme, bien qu'écornée, était encore suffisante, ce me semble, pour consoler d'un insuccès opératoire. Notre médecin s'en va donc avec son or; mais voilà qu'on délibère et qu'on se ravise chez l'opéré, et que deux générations, ses fils et ses petits-fils, se mettent à la poursuite des 80 onces. Pendant plusieurs jours la mort plana sur la tête de notre confrère, mais, grâce à son habileté et à son heureuse chance, il sortit sain et sauf de ce danger.

Nous avons donné nos soins à un pauvre diable de Grec qui, après s'être fourvoyé une première fois en Portugal, était venu s'égarer tout à fait dans le Brésil. Nous dirons par parenthèse que ce descendant des vainqueurs de Troie avait, dans un moment de dépit conjugal, tenté de se suicider avec une arme fort peu homérique. Vous ne devineriez jamais.... il s'était frappé au cœur avec des mouchettes en argent! O désespoir que ta main est habile à trouver des armes plus ou moins meurtrières! Le malheureux se prenait sans doute pour une lumière. Heureusement que la vie ne s'éteignit point en lui sous ce coup qui n'était pas

cerveau, et l'autre un abcès de matière fluide et ichoreuse dans le cervelet; il ajoute que les suppurations dans le cerveau ne furent pas constantes, tandis que les intestins lui parurent plus particulièrement sujets à se mortifier. (*L. cit.*, t. II, chap. VII, § IV.) Hildenbrand (*l. cit.*, p. 161) rencontre cinq fois ce qu'il appelle la suppuration du cerveau ou les abcès du cerveau et de ses enveloppes, et il les rattache à la terminaison mortelle du typhus par apoplexie humorale. En 1813, M. Arnould observe à l'hôpital de la Marine de Brest quelques cas où, avec les symptômes du typhus régnant coexistent certains phénomènes d'un caractère particulier, tels que céphalalgie assez violente pour arracher des cris aux malades, trismus, roideur du cou, renversement de la tête en arrière, extension du tronc, etc. A la même époque et dans les premiers mois de 1814, M. Comte (de Grenoble) est conduit à établir, parmi les typhiques qu'il traite, deux catégories, les uns avec tétanos et les autres sans tétanos. La thèse de M. Biett (1814) contient quatre observations de même espèce qu'il rapporte à la frénésie aiguë. En 1815, M. Rampont distingue, dans la foule des malades atteints de typhus qui remplissent l'hôpital de Metz, quelques sujets qui meurent avec les symptômes décrits par M. Biett, et chez qui l'autopsie révèle l'infiltration séro-purulente de la pie-mère cérébro-spinale. C'est M. Gaultier de Claubry (1) qui, le premier depuis cette époque, a repris et discuté ces faits; mais évidemment les affinités symptomatologiques ont plus arrêté son esprit que les résultats des autopsies, si peu nombreuses ou si peu détaillées jusqu'à la réapparition de la méningite cérébro-spinale à Versailles en 1839. Est-il besoin d'ajouter que M. Gaultier de Claubry fait entrer les faits rapportés par MM. Comte, Biett, etc., dans le cadre un peu élastique des formes diverses du typhus, imitant en cela Hildenbrand, qui n'a rien laissé à faire sur cette affection aux écrivains qui se plaisent aux exercices de synthèse nosologique? M. le docteur Faure-Villar, dont l'excellent travail a ouvert la série des recherches exactes sur la méningite épidémique, conclut à l'idée de phlegmasie avec altération du sang, et comme Sydenham, il accuse l'aberration de l'effort éliminatoire (2). Presqu'en même temps (1839-1841), la même maladie régnait à Naples sous la dénomination de *typhus convulsif, typhus apoplectico-tétanique*. En 1844, M. Tourdes publia sa remarquable description de l'épidémie de Strasbourg, qu'il considère « comme une espèce de typhus cérébral produit par un miasme dont l'action élective se porte sur la pie-mère cérébro-spinale. » Tels sont l'origine et le développement de l'idée *typhus*, appliquée à la méningite cérébro-spinale épidémique.

Y a-t-il indentité ou confusion?

Pour ceux qui admettent l'indentité du typhus et de la fièvre typhoïde, le problème semble résolu, et c'est pourquoi nous sommes surpris des efforts que fait M. Gaultier de Claubry pour relier la pyogénie sous-arachnoïdienne aux manifestations ou métastases du typhus. Qui donc a jamais rencontré la suppuration de la pie-mère cérébro-spinale dans la fièvre typhoïde? Celle-ci règne à côté de la méningite; les deux maladies ne se confondent ni par leurs symptômes ni par leurs lésions typiques; leur marche, leurs complications, leurs tendances diffèrent: dans l'une, les troubles digestifs sont en saillie; dans l'autre, ceux de l'encéphale; dans celle-ci, l'allure lente est l'exception; dans l'autre, la règle. Dans la fièvre typhoïde, la lésion folliculeuse a une importance certaine, elle parcourt des phases diverses auxquelles se rapportent les descriptions de gangrène intestinale, d'intestins corrompus, enflammés, etc., dont abondent les histoires de typhus épidémique; dans la méningite, elle n'est ni aussi constante ni aussi prononcée; elle ne dépasse qu'exceptionnellement le simple degré de la congestion ou de l'hypertrophie. La fièvre typhoïde tend à l'ulcération, la méningite à la pyogénie. La convalescence des typhoïdes périclite suivant l'état des voies digestives, et c'est de là surtout que proviennent les rechutes; dans la méningite, les convalescences lentes ont coïncidé avec l'hydropisie ventriculaire, et c'est de l'encéphale que dérive l'imminence des rechutes. Ainsi les deux maladies oscillent, si l'on peut ainsi dire, entre deux pôles opposés, et ne se rapprochent que dans un certain nombre de cas par un croisement d'accidents cérébraux et de troubles digestifs. Le typhus, n'étant qu'une forme plus extensive et plus énergique de l'affection typhoïde, reproduit les mêmes oppositions, quoiqu'en raison de la rapidité de sa marche il ne comporte pas toujours une évolution aussi complète de la lésion intestinale (1).

Quant à ceux qui considèrent le typhus comme une maladie distincte de la fièvre typhoïde, ils éprouveront moins d'embarras à rapprocher de lui la méningite cérébro-spinale, et s'ils réussissent à démontrer l'identité de ces deux maladies, ils auront en même temps réfuté celle du typhus et de la fièvre typhoïde; car, nous le répétons, on ne saurait confondre la méningite cérébro-spinale épidémique et la fièvre typhoïde de nos hôpitaux militaires; tant de médecins militaires distingués qui ont observé simultanément l'une et l'autre et qui en ont fait l'objet de leurs investigations minutieuses, n'auraient point méconnu cette parenté; le parallèle des caractères symptomatiques et anatomiques du typhus et de la méningite ne donne lieu qu'à des rapprochements vagues: dans le typhus, stupeur et répugnance au mouvement dès le début (Hildenbrandt, p. 47 et suiv.); dans la première période, accidents de catarrhe oculo-nasal, de toux et d'oppression thoracique; dans le second septénaire, troubles nerveux que résume le mot *typhomanie*, stupeur avec idée fixe, symptômes digestifs très-prononcés, notamment la disposition à la dyssenterie et le météorisme qui est un phénomène assez invariable de la période nerveuse (*l. cit.*, p. 67). La méningite ne reproduit point ce tableau; les hémorrhagies, les pétéchies, les sugillations, les vibices ne lui sont point aussi familières qu'au typhus; les phénomènes tétaniques n'ont été notés qu'exceptionnellement dans cette dernière affection. « J'ai eu occasion de remarquer *quelquefois* une certaine roideur des doigts et des extrémités, un véritable trismus» (Hildebrandt, *l. cit.*, p. 104). Le renversement de la tête en arrière frappe tellement M. Comte (de Grenoble) qu'il fait des cas qui présentent ce phénomène une catégorie à part sous le nom de fièvre nerveuse typhoïde adynamique avec tétanos. Les thèses d'Arnould et de Biett ne comprennent ensemble que dix faits analogues, et au milieu de l'épidémie de typhus à Metz, M. Rampont ne signale que *quelques* cas où la symptomatologie révèle l'existence d'une affection plus particulière des méninges. La marche du typhus régulier diffère beaucoup de celle de nos méningites; elle est continue, dit Hildenbrandt (p. 57), dans le premier septénaire où il offre cependant, d'après ce grand observateur, un caractère saillant d'inflammation qui devrait le rapprocher d'au-

(1) De l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, Paris, 1848.

(2) Hist. de l'épid. de méningite, etc., observée a Versailles, 1848, p. 128.

(1) « La fièvre typhoïde et la méningite ont régné en même temps; les différences entre ces deux affections étaient généralement trop tranchées pour » qu'il fût possible de les confondre, etc. » (G. Tourdes, *l. cit.*, p. 163 et suiv.)

---

mortel, et que le flambeau de son existence continua de luire tout aussi brillant qu'avant. Mais ceci n'est qu'une digression étrangère au fait que je veux raconter. Ce Grec, versé dans la magie blanche et dans la physique amusante, et qui du reste prétendait avoir connu M. Comte, parcourait la campagne de cette province muni d'une machine électrique avec laquelle il distribuait des secousses à qui en voulait recevoir, au prix d'un patacou l'étincelle. Les uns en prenaient comme remède, les autres comme divertissement, et tous par curiosité. Notre homme faisait une excellente récolte. Il arriva chez un estanciera où on le fit séjourner plusieurs jours pendant lesquels il satura de fluide le maître de la maison, ses fils, sa femme et ses filles. Les intervalles des séances électriques étaient remplis par des séances de fandango et de mandoline, puis on allait à table où l'on mangeait l'*assado com couro*, les couyas de matte circulaient du matin au soir; c'était un train de vie enchanteur. Cependant, comme il n'est pas de si bonne compagnie qui ne se quitte, vint le jour où il fallut régler. Notre physicien compta ses étincelles et voulut les convertir en patacous; l'hôte lui dit alors qu'il n'avait pas d'argent à lui donner, mais qu'il allait le payer en bœufs, et il mit à sa disposition quarante têtes de bétail, ce qui, au prix de 4 patacous chaque, représentait un total de 160 décharges. Quel serait le physicien ambulant qui en France n'eût vu un coup de fortune dans un pareil marché? Mais celui-ci ne prit pas la proposition en bonne part; il trouva que cette affaire dégénérant en cornes tendait manifestement à la mystification. Il lui sembla ridicule de conduire des bœufs avec une machine électrique à la main, et le rôle de ses bergères touchant la lyre et gardant leurs troupeaux lui parut suranné; il aima mieux avoir prodigué son fluide pour rien et laisser l'estanciero avec ses cornes. Il partit mécontent après avoir imprudemment irrité son hôte, qui ne tarda pas à monter à cheval armé de ses pistolets et à se mettre à la poursuite du physicien. Ce dernier eut beau courir, l'autre gagna assez de distance pour lui loger quelques chevrotines dans le dos. Le destin qui réservait notre Grec à l'épreuve des mouchettes, le préserva, cette fois comme plus tard, d'un coup mortel.

On peut voir par ces récits qu'il n'est pas sans danger de faire valoir des exigences même légitimes avec certaines gens. En ville nous ne sommes pas exposés, ou mieux nous ne nous exposons pas à de pareilles difficultés; nous faisons la clientèle au jour le jour, sans marchés à l'avance, sans garanties contre la mauvaise foi de nos débiteurs. Aussi, sans parler des pauvres que nous traitons gratis, il y a un bon tiers des clients qui ne nous payent pas. Ceux-là exploitent tous les médecins nouveaux venus et souvent, après avoir usé les nouveaux, reviennent aux anciens, pensant que leur façon de payer aura été oubliée. Dans cette catégorie entrent des gens de toutes les conditions, mais en général nous devons nous défier des fidalgos, des gens à épaulettes, des commandeurs de plusieurs ordres, etc., etc. Nous recevons d'eux les promesses les plus séduisantes, et comme ils prétendent payer généreusement, ils ne se privent pas de nous déranger de nos affaires, de nos repas, de notre sommeil. On désigne ici ces gens-là sous le nom de *calotteiros*, et les tours qu'ils jouent sont appelés *calotas*. Chez nous on dirait *carrotteurs* et *carrottes*; il n'y a dans les mots que la différence d'une L à un R, la chose est la même. Depuis cinq ans que j'habite une ville brésilienne, il n'est pas venu à ma connaissance que des médecins aient eu recours à la justice pour se faire payer. Outre que ce moyen répugne aux médecins de tous les pays, il y a dans les formes et dans le prix de la justice brésilienne des

tant plus de la méningite; point d'exacerbations ni de rémissions alternatives, si ce n'est accidentellement. La méningite, au contraire, est tout à fait remarquable par ses alternatives, et souvent elle présente le phénomène de l'intermittence complète. La mortalité dans les deux maladies est bien différente; M. Gaultier de Claubry (*op. cit.*, p. 318) fait observer que dans le typhus des adultes, elle se balance entre 3 sur 4 et 1 sur 18 1/2; ce qui donne une moyenne de 1 sur 5 1/2, tandis que l'on sauve à peine 1 méningite sur 2.

L'anatomie pathologique se refuse encore plus explicitement à l'hypothèse que nous combattons. La lésion fondamentale siége dans l'axe cérébro-spinal, et cette lésion, c'est l'exsudation purulente à la surface des centres nerveux. Aucun effort d'induction, aucun artifice de citations et d'analogies rétrospectives ne saurait prévaloir contre ce fait. Il faut pardonner aux observateurs qui recueillent avec patience les données cliniques et nécroscopiques, de s'attacher à ce fait: il frappe quiconque en est témoin; Pringle en exprime un étonnement presque naïf; en le constatant pour la première fois, Hildenbrandt hésite : « Je croyais m'être trompé sur le diagnostic et avoir confondu une phthisie cérébrale avec un typhus » (p. 161). Par la suite il retrouve chez quatre autres sujets qu'il croit morts du typhus, ce qu'il appelle une suppuration du cerveau : « Le cadavre, dit-il, montre dans le cerveau et ses enveloppes des abcès qui ont occasionné la paralysie générale. » Nous avons déjà noté la rareté des cas où Hildenbrandt rencontre cette prétendue variété de terminaison du typhus par apoplexie humorale. Horn (v. Hildenbrandt, notice supplém.) observe aussi dans *quelques* cas accompagnés de symptômes de manie, de délire et d'assoupissement, des abcès étendus *entre la dure-mère et le cerveau* (?); mais il a soin d'ajouter que « la lésion la plus commune à la suite de l'apoplexie qui enlève plusieurs malades atteints du typhus ou de fièvre nerveuse, c'est l'hydrocéphale. Même proportion très-restreinte des cas où Biett, Arnould, Rampont, etc., ont constaté l'exsudation purulente de la pie-mère. Est-il probable que si cette altération eût été aussi fréquente que dans nos méningites épidémiques, on ne l'eût point signalée avec plus d'insistance, et mise en première ligne des caractères nécroscopiques du typhus? Loin de là, les relations les plus récentes, c'est-à-dire les plus complètes et les plus authentiques d'épidémies de typhus n'en font pas mention (Fleury, ÉPID. DE TOULON, 1829-1830; Gerhard, ÉPID. DE PHILADELPHIE, 1836; Landouzy, TYPHUS CARCÉRAIRE DE REIMS, 1839-1840.) C'est sur les recherches de MM. Ardy, Ducastaing et Pellerin que M. Gaultier de Claubry (p. 490) s'appuie pour établir un parallèle entre les caractères anatomiques du typhus et de la fièvre typhoïde; or, dans l'analyse qu'il fait de ces travaux, il n'y a trace de l'altération caractéristique de la méningite cérébro-spinale épidémique. D'autre part, où sont, dans les observations de méningite cérébro-spinale qui ont été publiées depuis dix ans en si grand nombre et avec des détails si exacts, où sont ces traces de phlogose vive des intestins grêles, ces taches livides dont M. Fouquier les a vus vergetés (Gaultier de Claubry, p. 78), ces ulcérations gangréneuses, ces escarres signalées dans la plupart des épidémies de typhus dont M. Gaultier a scrupuleusement résumé l'histoire? Admettons que l'on ait pris souvent pour une mortification de l'intestin l'ulcération des plaques de Peyer, et pour des indurations squirrheuses (Magnin, TYPHUS DE 1813-1814), les bords saillants de ces ulcères ou même les plaques dures de M. Louis, reste toujours à nous expliquer la rareté de ces altérations dans la méningite cérébro-spinale. « Les follicules isolés, dit M. Tourdes (p. 157), n'étaient jamais ulcérés; l'altération des follicules isolés et des plaques n'atteignait jamais un grand degré de développement; c'étaient toujours des lésions commençantes, même quand l'affection avait duré 12, 17, 28, 38 et 44 jours. » Nous n'avons rencontré, nous, le ramollissement superficiel des plaques qu'une seule fois. Ainsi, d'une part, absence des lésions intestinales les plus caractéristiques de la fièvre typhoïde et du typhus; d'autre part, existence presque constante d'une altération fondamentale à la surface des centres nerveux, et qui n'est signalée qu'exceptionnellement, et dans une proportion relativement exiguë, dans quelques épidémies de typhus. On insiste néanmoins; on invoque les autopsies muettes. Mais d'abord elles constituent l'exception, non la règle; sur 196 cas de méningite dont 122 mortels, M. Tourdes ne signale que trois fois, non la parfaite intégrité de la pie-mère, mais l'absence d'une exsudation bien caractérisée; cette lésion n'a manqué que chez un malade du Val-de-Grâce, mort dans le service de M. Mounier, et non compris dans notre statistique. L'altération folliculeuse de l'intestin grêle peut aussi manquer une fois sur cent dans la fièvre typhoïde : niera-t-on qu'elle ne soit un caractère anatomique important de cette affection? La fièvre puerpérale peut tuer avant le développement de ses lésions ordinaires qui se résument dans la pyogénie: dira-t-on que c'est un typhus et niera-t-on la valeur de la péritonite purulente qu'elle détermine? Propose-t-on de supprimer la classe des fièvres éruptives, parce que l'éruption fait défaut dans certains cas d'autant plus dangereux?

Sans doute, il n'est point difficile de trouver quelques ressemblances symptomatiques entre la méningite cérébro-spinale et quelques variétés de typhus irrégulier; mais il en existe aussi entre les phénomènes de la fièvre typhoïde et ceux d'une pneumonie méconnue ou d'une phlébite purulente. Si l'on a péché naguère par l'abus des idées de localisation, par l'excès de l'analyse, ne commettons pas aujourd'hui la faute inverse en exagérant la synthèse jusqu'à dilater le cadre du typhus au delà des faits bien constatés, et à en faire la dénomination banale d'un assemblage d'états morbides très-divers. Au reste, ces variétés ou formes du typhus irrégulier sont elles-mêmes très-loin d'être nettement définies; il suffit de lire l'ouvrage de Hildenbrandt et même celui de M. Gaultier de Claubry, pour se convaincre que, sous ce titre élastique, les auteurs ont groupé des états morbides différents ou des complications. La nomenclature, le nosologisme, l'imperfection ou l'incurie des recherches nécroscopiques, les difficultés de la guerre, etc., ont retardé les progrès du diagnostic; il n'y a lieu de revenir, par un effort d'analogies et d'interprétations, à des confusions plus naturelles il y a quarante ans que de nos jours. Le typhus ne sévit point autour de nous, comme en 1813 et 1814; trente-cinq ans nous séparent de cette époque néfaste: ne serait-il pas étrange de voir, en pleine paix et dans des conditions beaucoup plus avancées de bien-être et d'hygiène publique, reparaître la variété la plus funeste du typhus épidémique? Le développement de la méningite, en dehors de toute épidémie de typhus, ne prouve-t-il pas au contraire que les cas mentionnés par quelques épidémistes du dernier siècle et du commencement du nôtre, appartiennent à une maladie différente de celle qui se déroulait sous leurs yeux avec une si grande énergie d'épidémicité, et dont ils l'ont eux mêmes distingué, bien qu'incomplétement, par une somme de caractères propres? Pour nous, il reste peu de doute que, sous le nom de fièvre ataxique, ataxo-adynamique, nerveuse typhode avec tétanos, typhus apoplectique, etc., un certain nombre de cas de méningite cérébro-spinale ont passé méconnus à travers les grandes épidémies de typhus qui ont suivi les armées; les faits rap-

---

motifs suffisants pour préférer la perte d'une créance à son recouvrement par cette voie.

Quoique nous ayons acquis et payé le droit d'exercer chez une nation étrangère, quoique nous perdions un tiers de nos honoraires par la mauvaise foi d'un tiers de nos clients, enfin quoique nous donnions gratuitement nos soins aux pauvres, bien qu'ils ne soient pas nos concitoyens, les Brésiliens ne nous regardent pas moins, nous médecins étrangers, comme de véritables parasites vivant à leurs dépens et ils ne nous en épargnent pas le reproche directement ou indirectement quand ils croient en trouver l'occasion. Ce reproche fait pitié et ne mérite pas de réponse.

En France, une condition indispensable pour acquérir de la clientèle est la stabilité; ici ce n'est plus la même chose; c'est pendant la première année de son séjour dans une ville qu'un médecin peut gagner le plus de clients. Si le nombre n'en décroît pas dès la deuxième année, s'il se soutient jusqu'à la troisième, c'est tout au plus. Après ce temps, la chance est épuisée, il ne reste plus qu'à végéter avec une clientèle vulgaire. Aussi ceux qui ont l'expérience de l'Amérique du Sud changent souvent de résidence. Un homme qui a du savoir-faire et une bonne chance peut retirer de la première ou des deux premières années plus que de cinq autres qui les suivraient.

Les réunions de médecins en consultation sont ici très-fréquentes; on les appelle conférences, nom que je préfère à celui de consultation, qui a l'inconvénient d'être commun à l'avis que le médecin donne isolément dans son cabinet, et à la délibération de plusieurs médecins assemblés chez un malade. Les familles regardent comme une affaire de conscience de convoquer une consultation quand un malade approche de sa fin. Ces conférences, qui, si elles étaient faites à temps, pourraient être avantageuses, sont presque toujours trop tardives. Il m'est arrivé quelquefois d'être appelé à me réunir à d'autres médecins dans le but de délibérer sur l'état d'un malade, et de trouver, au lieu d'un malade, un cadavre qui n'était encore ni refroidi ni roidi, mais auquel il ne manquait que cela pour pouvoir être enterré loyalement; et il ne s'agissait pas de morts subites ni de maladies foudroyantes, il s'agissait d'affections chroniques qui comptaient des mois et des années, et de symptômes mortels qui avaient apparu depuis plusieurs jours. La délibération des médecins réunis en consultation, au lieu d'être respectée et d'avoir lieu à huis clos, est un spectacle pour la famille du malade, qui y assiste avec tous les curieux et les oisifs que cette circonstance fait accourir. Des jeunes filles, des enfants occupent opiniâtrément les premières places sans que les parents y trouvent à redire, ce qui est quelquefois embarrassant pour les consultants. Les visites pour conférences sont payées 20, 25 et 30 francs.

Il est rare que les médecins brésiliens s'adonnent uniquement à la pratique ou à la science; ils s'occupent activement de politique dès leur entrée dans le monde, font leur choix entre le parti *Saquarema* et le parti *Sancta-Luzia*, sobriquets qui désignent, le premier, les conservateurs, et le deuxième, les innovateurs, les servent selon leurs croyances ou leurs intérêts, et après un début de quelques années, tombent dans les filières des employés du gouvernement, des échevins, des députés aux assemblées provinciales et même à l'assemblée générale. Alors leur carrière médicale est close; ils se conservent encore au rang des praticiens, mais ce n'est que pour garder un pis-aller dans

portés par MM. Comte, Biett, Rampont, attestent que dans plusieurs localités visitées par le typhus, à la suite de nos armées, il s'est montré en même temps des méningites cérébro-spinales, probablement en nombre très-restreint, comme semblent l'indiquer les autopsies de Hildenbrandt, Horn, Biett, etc., comme nous les voyons se manifester depuis dix ans par petits groupes ou même par des cas isolés et successifs; car, autre différence qui la sépare encore du typhus, la méningite cérébro-spinale n'a qu'une médiocre force d'expansion, et elle est plus redoutable par la gravité que par le nombre de ses coups. Une coïncidence analogue a marqué au Val-de-Grâce le début de l'épidémie cholérique de cette année; pendant les trois premiers mois, des méningites ont continué de se montrer, empruntant même au choléra quelques-uns de ses caractères : que dirait-on si, fort de six ou sept observations de cette espèce, et imitant Hildenbrand qui, d'après cinq autopsies incomplètes, fait au typhus une terminaison par suppuration du cerveau, nous exprimions l'idée que le choléra de 1849 est une méningite, ou réciproquement que celle-ci est identique au choléra (1)?

Une maladie qui, dans l'immense majorité des cas, verse et souvent improvise le pus dans toute l'étendue de la pie-mère cérébro-spinale, ne peut avoir un caractère plus propre à la définir : la rapidité, l'abondance de cette pyogénie, quelquefois sa diffusion dans plusieurs séreuses, font entrer de droit notre méningite dans le groupe des maladies pyohémiques dont la péritonite puerpérale et la phlébite purulente sont des exemples mieux définis; groupe nosologique, non identique au typhus, mais voisin de ses formes symptomatiques; groupe qui a pour signe commun la tendance de l'organisme à produire du pus; sous l'influence de cette diathèse, les phlegmasies qui surviennent, ont une terminaison prévue, la suppuration; et ce phénomène une fois établi, il se répète dans d'autres organes avec une égale facilité. C'est dans ces conditions de l'organisme que naît et se développe la méningite céphalo-rachidienne (2).

Dans la péritonite puerpérale, dans la phlébite purulente, dans les cas de résorption, le pus se forme avec cette rapidité, avec cette profusion; on le rencontre dans les articulations; M. Velpeau l'a vu parfois étendu en nappe à la base du cerveau, dans les ventricules, et descendre autour de la moelle spinale, de manière à placer l'encéphale dans un véritable bain de pus (3); on retrouve ici la psorentérie et l'hypertrophie des plaques, le sang couenneux dans les saignées et poisseux sur le cadavre, les cas foudroyants où l'autopsie est négative, le frisson initial ou l'accès fébrile, qui a souvent marqué l'invasion de nos méningites, les pétéchies, les taches lenticulaires, les sudamina, les vomissements qui dénoncent le passage d'une matière septique dans la masse du sang; même tendance au typhoïsme, même insuccès des antiphlogistiques. Et si l'on passe à l'examen parallèle des circonstances étiologiques; on s'aperçoit que malgré leurs différences, qui sembleraient devoir être fondamentales, elles se résolvent dans un résultat commun : brusque mutation des influences générales et des habitudes de l'organisme. Le malade opéré subit dans sa modalité fonctionnelle une perturbation profonde, presque instantanée qui se traduit par une impressionnabilité excessive. Le profond ébranlement de l'organisme, à la suite des couches, place la femme dans des conditions dynamiques analogues à celles du traumatisme, et elle puise dans la spécialité de l'état puerpéral une formidable aptitude aux phlegmasies purulentes. Interrogez l'étiologie de la méningite : deux faits ressortent de toutes les statistiques, et, par leur répétition constante, ont atteint la certitude; savoir : 1° la prédilection de cette maladie pour l'armée; 2° la prédisposition des recrues, qui semblent désignées à ses coups; si l'on objecte qu'une petite proportion de soldats aguerris ne les ont pas évités, M. Paul Dubois répondra que pendant le règne de la fièvre puerpérale, il a vu le génie épidémique étendre ses ravages sur des sages-femmes, au moment de leurs règles. Le changement de climat et d'habitudes et de régime, le passage brusque et forcé de la vie domestique à la vie en commun, l'action convergente de toutes les influences que résume l'association militaire avec ses lois inflexibles, ses dures habitudes, sa discipline et son uniformité, développent chez les jeunes soldats une impressionnabilité qui dirige temporairement sur l'axe cérébro-spinal l'imminence des causes morbifiques. Il y a, dans cette crise morale et physiologique qui accompagne le noviciat de la communauté militaire, je ne sais quelle violence qui semble l'équivalent du traumatisme; ainsi s'explique la proportion plus forte de méningite fournie par les adolescents de la garde mobile.

Réunissez des blessés ou des femmes en couches : vous ne ferez pas naître nécessairement les accidents de résorption et la fièvre puerpérale; quand ces accidents se manifestent sous forme épidémique, une influence de plus est intervenue et a donné aux causes prédisposantes l'efficacité qui leur manquait. Cette influence qui échappe à nos moyens d'analyse, l'observation clinique nous permet de la rattacher à certaines constitutions médicales. Il en est de même pour le développement de la méningite cérébro-spinale; la constitution médicale que nous avons pu assigner d'après les données cliniques à l'année 1847—1848, a mis en jeu le mécanisme étiologique dont nous avons signalé plus haut les ressorts les plus apparents.

CONCLUSIONS.

1° La méningite cérébro-spinale qui s'est présentée en 1848—1849 au Val-de-Grâce est identique à celles qui ont été observées à Versailles, Strasbourg, Metz, etc.;

2° Elle a régné concurremment avec la fièvre typhoïde, qui en est restée distincte par ses symptômes, sa marche, ses lésions et sa mortalité;

3° Elle n'a pas pris un développement vraiment épidémique, et durant la période où elle a régné, les fièvres typhoïdes et éruptives se sont montrées en nombre plus considérable;

4° Elle ne s'est point développée proportionnellement aux conditions d'encombrement et d'infection miasmatique qui favorisent la production des maladies typhiques proprement dites;

5° Si l'on excepte quelques cas extrêmement rares de sidération, les lé-

(1) M. Laveran (Mémoires de la Société des sciences médicales de Metz 1848, p. 190), frappé de la coïncidence de la méningite cérébro-spinale avec les fièvres éruptives, exprime l'opinion qu'il pourrait y avoir entre ces deux affections identité d'origine et de nature, et c'est avec la scarlatine qu'il lui reconnaît quelques affinités plus prononcées (p. 144). Nos relevés statistiques (voir plus haut) établissent les mêmes relations de coïncidence qui ont plus particulièrement excité l'attention de M. Laveran, et donnent à son opinion autant de probabilités que peut en avoir l'hypothèse rétrospective de typhus. Ajoutons toutefois que nous ne la partageons point.

(2) *Exitium attamen tam cito illos sequi non a copia illorum humorum, sed a venefica qualitate ab intentissima putredine genita ut Galen. in phrenetica ab Hippocrate in libro tertio epid. descripta, tribus diebus mortuo accidisse memoriæ prodidit.* (Prosp. Albin., *l. c.*, p. 49.)

(3) Leçons orales de clin. chir., 1841, p. 55.

---

les éventualités de leur fortune politique. Ils négligent leurs malades, oublient leurs visites, se font attendre toujours et manquent souvent aux consultations; ils ne sont plus médecins que de nom. Le public accuse hautement les médecins brésiliens de déserter leur profession pour la politique; et à ce grief, il en joint un autre qui serait plus grave s'il était réel : ce serait de profiter de leurs rapports avec leurs clientes pour des fins non platoniques. La politique et les agressions galantes, voilà le texte invariable des reproches que les Brésiliens adressent aux médecins leurs compatriotes. Hâtons-nous de dire que, si la première accusation est juste, la seconde ne nous paraît pas fondée.

La plupart des crimes, excepté l'assassinat, sont très-rares au Brésil; aussi la médecine légale n'y existe que de nom; elle ne passe pas le seuil des écoles pour descendre sur le terrain de l'application de la pratique. Jamais l'appareil de Marsh n'a fait voir des taches arsenicales à un jury brésilien. Outre la rareté des empoisonnements, il y a bien encore deux autres raisons pour cela, c'est, d'une part, la rareté plus grande encore de médecins et de pharmaciens capables d'une analyse, et enfin l'inertie de la justice. La médecine légale meurt donc d'inanition en fait de poisons; elle n'est pas alimentée non plus par l'infanticide, qui manque complétement, mais qui est aussi largement substitué par l'avortement provoqué. Le suicide aussi fait défaut; quant à l'homicide, qui abonde, cela se passe en famille, et la justice ne s'en mêle que si le mort ou ses ayants cause font, à leurs frais et risques, un procès au meurtrier; or comme le mort ne se plaint jamais et que sa famille, si elle n'est pas contente, aime mieux riposter par la loi du talion, la médecine légale se voit frustrée du seul de ses domaines qui lui restait dans ce pays.

La rareté des crimes que je viens de citer s'explique par l'état d'une société naissante avec une petite population pour un vaste territoire, où chacun a ses coudées franches, où les passions ne sont pas comprimées par la foule, où la propriété est accessible à qui la veut. Ce ne sont que les étrangers qui fournissent les rares exemples de suicide qui se voient ici. Néanmoins, les suicides causés par la dernière crise commerciale ont éveillé l'attention de nos homœopathes, qui, on le sait déjà, sont des gens à charité sans limites. Ils cherchent, que dis-je! ils sont en train de découvrir (ne les dérangez pas! de grâce, ne les dérangez pas!) un remède contre le suicide, le suicide non consommé, bien entendu. Ils expérimentent sur eux-mêmes (ce qui fait frémir, quand on réfléchit qu'il s'agit ici des *similia similibus*) et ils engagent même le public à expérimenter aussi, pour que la trouvaille marche plus vite, à expérimenter quoi? des poignards, des pistolets, de l'arsenic ou de l'acide cyanhydrique? Non! des substances qui inspirent la tristesse, l'éloignement pour les choses de ce monde, l'aspiration au néant, le dégoût de la vie, etc. J'avoue que, dans mon ignorance, je m'attendais à voir ériger en antidote homœopathique du suicide une atténuation au dernier de tous les millionièmes degrés d'une carabine chargée à balle ou une dynamisation convenable d'un aiguillon d'abeille, ou même d'un suçoir de moustique, et Dieu merci! ce dernier remède n'aurait pas manqué dans l'Amérique du Sud.

On a institué depuis peu au Brésil des asiles pour les enfants abandonnés, mais avant cette institution, l'infanticide n'était pas plus connu qu'aujourd'hui, et les mères anonymes n'étaient nullement embarrassées de leur progéniture; ni la nécessité ni la réprobation publique ne pouvaient les pousser au crime. Il

sions cadavériques sont en rapport avec les symptômes observés pendant la vie, et elles en expliquent la marche et l'enchaînement, ce qui n'est point le propre des affections typhiques;

6° Parmi ces lésions, la plus constante et la plus remarquable, c'est la formation rapide et étendue du pus;

7° La tendance à la pyogénie est le trait générique du groupe des affections pyohémiques dont fait partie la méningite céphalo-rachidienne; la prédominance à peu près constante de la pyogénie dans l'axe cérébro-spinal constitue son caractère individuel;

8° La constitution médicale de 1847—1848 explique le règne de cette classe de maladies;

9° Si l'on parvient jamais à démontrer que la méningite cérébro-spinale est une des formes du typhus, on aura démontré en même temps la non-identité de celui-ci avec la fièvre typhoïde.

MATIÈRE MÉDICALE.

IODOGNOSIE (1) OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES; par DORVAULT.

PROPOSITIONS.

Chimiquement l'iode, par l'énergie et le caractère de ses affinités, occupe une place élevée dans la philosophie chimique. Les réactions caractéristiques auxquelles il donne lieu dans son contact avec les autres corps en font un des réactifs les plus usités dès laboratoires d'analyses.

Pharmaceutiquement l'iode et ses composés chimiques constituent aujourd'hui la base de plus du dixième des préparations magistrales.

Thérapeutiquement il y a entre l'iode et l'iodure de potassium la même différence qu'entre le mercure et le sublimé corrosif, ou encore qu'entre le soufre et les sulfures alcalins.

En thérapeutique médicale, l'importance de l'iodure de potassium égale aujourd'hui celle du sulfate de quinine.

En thérapeutique chirurgicale, l'iode, mieux connu, mieux apprécié, rendra un jour plus de services que n'en rend aujourd'hui le nitrate d'argent.

PARTIE MÉDICALE (2).

308 HISTORIQUE.—Si l'iode, ainsi que nous l'avons fait observer dans l'historique chimique, est un produit encore nouveau pour la chimie, il n'en est plus de même pour la médecine; car ses effets thérapeutiques sont connus depuis un temps fort reculé. Le célèbre Arnauld de Villeneuve, qui professait avec éclat à la fois l'alchimie et la médecine à Montpellier au treizième siècle, traitait le goître par l'éponge brûlée (*a*), et il est permis de croire que les vertus antistrumeuses de cette substance lui avaient été révélées par ses devanciers. Sous le nom d'*aceite de sal* (huile de sel) (*b*), les habitants de la Colombie se servent de temps immémorial des résidus ou eaux mères de différentes salines, et notamment de celle de Guaca, contre la même affection (Boussingault). Dans d'autres parties de l'Amérique où règne également le goître, les stipes d'une laminaire se vendent aussi, depuis une époque impossible à préciser, pour combattre cette infirmité. Les malheureux qui en sont atteints s'en délivrent souvent en mâchant comme du tabac des tranches de ces stipes, qu'ils nomment *palo coto* (Gréville). L'emploi contre divers sortes d'engorgements d'un grand nombre d'algues et d'autres thallasiophytes paraît s'être perpétué par tradition dans la médecine populaire de différents pays (*c*). L'emploi de l'huile de foie de morue est aussi fort ancien. Toutes ces substances ou produits doivent leurs propriétés antistrumeuses à l'iode.

En outre, l'analyse chimique, en faisant découvrir l'iode dans une foule d'eaux minérales où auparavant on n'en soupçonnait pas la présence, est venue fournir l'explication des vertus curatives fort anciennement connues de ces eaux dans les affections où les iodiques sont indiqués aujourd'hui avec succès. En effet, Arnaud de Villeneuve, dont nous venons de parler, outre l'éponge brûlée, recommandait aussi les eaux minérales salines contre les écrouelles. Bordeu, médecin des plus distingués du dix-septième siècle,

(1) De *iode* et de γνῶσις, connaissance, autrement dit notions de toute nature sur l'iode.

(2) La partie chimique et la partie pharmaceutique de cette monographie, attendu leur grand développement, ont été publiées dans la REVUE SCIENTIFIQUE.

En commençant la publication de la partie médicale de l'IODOGNOSIE, je dois quelques mots d'explication. — On demandera sans aucun doute comment, n'ayant pas le titre de médecin, j'ai pu aborder, traiter un sujet de médecine.— A peu près à la même époque, deux sociétés savantes (Société de médecine de Lyon et Société des sciences du Hainaut) mirent au concours une question qui comprenait à la fois de la chimie et de la médecine. Il fallait accepter les deux termes de leur programme ou renoncer au concours. J'acceptai, et j'eus la satisfaction de voir couronner mon travail par les deux Sociétés. La circonstance m'a donc fait faire le médecin malgré moi. Certes, si pour la partie médicale je m'en étais rapporté à mes propres forces, bien que ne traitant guère que les côtés physiologique et thérapeutique de la question, et que les connaissances dans les sciences physiques et naturelles que tout pharmacien doit posséder légitimassent quelque peu cette témérité, certes, dis-je, je n'eusse pas obtenu un pareil succès, et ne présenterais pas aujourd'hui avec une bien grande confiance mes élucubrations aux lecteurs d'un recueil aussi sérieux que la GAZETTE MÉDICALE. Mais c'est fort de l'initiation puisée dans la lecture des meilleurs ouvrages, et surtout des conseils et documents obtenus de nos célébrités médicales les plus spéciales sur la matière, ainsi qu'on le verra par les citations, que je présente cette partie de mon travail. Cette dernière déclaration en nécessite une autre : c'est que quelques-unes des théories ou idées que j'émets dans le cours de mon travail pouvant être traitées d'aventureuses, d'hérésies même; je n'entends en laisser incomber la responsabilité à personne qu'à moi seul.

(*a*) BREVIARII, lib. II, cap. IV, *De botio gulæ*.

(*b*) Cordonù, avec beaucoup d'auteurs qui se sont répétés, font à Arnaud de Villeneuve l'honneur de la première application; mais Chinchilla avance que lorsque Arnaud de Villeneuve conseilla l'éponge brûlée, il s'en référa aux expériences de Casamida. (Quintin Chiarlone, HISTOIRE DE LA PHARMACIE ESPAGNOLE.)

(*c*) Le docteur don Magin Bonet, professeur de chimie de l'Université d'Oviedo, a fait connaître récemment que les paysans des Asturies se servent traditionnellement, sous forme de cataplasmes et de décoctés, dans le traitement de plusieurs maladies du *fucus palmaticus*, plante dont on connaît la grande richesse en iode.

suffisait de porter un nouveau-né, la nuit, à la porte d'une maison, pour qu'il fût recueilli avec le plus bienveillant empressement et élevé avec les mêmes soins que les enfants de la famille, s'il y en avait, ou avec la tendresse due à un enfant unique s'il était confié à des personnes privées de descendants. Il arrive quelquefois, malgré l'existence des *casas d'expostos*, que de pareils dépôts ont encore lieu, et du reste, un grand nombre de familles, avec ou sans enfants, vont dans ces maisons choisir des fils ou des filles d'adoption qu'elles élèvent comme s'ils étaient issus de leur propre sang. Ce sont là des usages que les amis de l'humanité doivent bénir. Nous devons faire remarquer que ce ne sont que des enfants libres qui sont exposés, ceux qui sont esclaves étant une propriété et ayant une valeur ne sont jamais confiés à la charité publique ni à la charité privée, et telle femme qui envoie son enfant aux *expostos* et s'en sépare pour toujours, garde et élève avec grand soin l'enfant de sa négresse, tandis que le sien propre reste dans des mains étrangères.

L'art de guérir n'a point à s'occuper, dans ce pays encore neuf, des victimes de l'industrie; les affections causées par le maniement des substances insalubres, les mutilations faites par les machines ne se rencontrent que très-rarement, surtout dans la province que j'habite. Mais il existe ici des divertissements qui nous fournissent régulièrement une certaine proportion de malades; tel est celui par lequel on célèbre le temps de l'*entrudo*, appelé chez nous les jours gras. On s'amuse pendant ce temps-là à se lancer des projectiles connus sous le nom de limons; ce sont des boules creuses faites d'une mince couche de cire moulée sur une petite orange et remplies d'eau aromatisée avec de l'eau de Cologne. Pour peu qu'on se lance quelques-uns de ces limons, on ne tarde pas à être inondé, et quand le jeu s'anime et dure des heures et même des demi-journées, l'eau coule alors par torrents. Les femmes, bien que leurs vêtements se trempent plus facilement que ceux des hommes, sont les plus ardentes à ce jeu, qui dégénère parfois en un véritable délire. Comme la semaine du carnaval se trouve être ici au fort de l'été, ce déluge n'a rien de désagréable; mais vient ensuite une véritable épidémie de *constipaçoens* réelles ou imaginaires, et, à tort ou à raison, presque toutes les femmes affectées d'aménorrhée en font dater l'origine de l'époque de l'*entrudo*.

Très-souvent le public met les saints de moitié dans notre besogne, sans que nous nous en doutions; et à l'issue d'une maladie, quand elle est heureuse, nous sommes tout étonnés d'apprendre que la cure est due à saint Michel ou à saint Antoine; quand l'issue est malheureuse, c'est une autre affaire : il n'est plus alors fait mention du moindre saint, et la responsabilité pèse sur nous seuls. Dès qu'une personne tombe malade subitement et avec des symptômes qui paraissent alarmants, on s'en presse, même avant d'aller chercher le médecin, d'ouvrir une petite armoire qui contient un crucifix, une Vierge et les images de quelques saints ou saintes les plus en crédit, et l'on allume des cierges devant ces images. Cette armoire, connue sous le nom de *capellinha* ou d'*oratorio*, se rencontre, avec tous les degrés qui existent entre la nudité et le luxe, dans toutes les maisons, chez les plus pauvres comme chez les riches. On fait des promesses aux saints qu'on suppose les plus puissants pour obtenir des guérisons. Le Saint-Esprit reçoit beaucoup de vœux de ce genre, et quand vient le jour de la Pentecôte, sa chapelle est encombrée de membres et de diverses autres parties du corps figurées en pâtisserie, et représentant le siége de la maladie qui a fait le sujet du

insistait beaucoup sur l'emploi des eaux sulfureuses des Pyrénées contre la scrofule. Or nous avons vu que toutes ces eaux contiennent de l'iode. Cependant nous sommes loin de dire que les autres principes minéralisateurs soient pour rien dans l'action thérapeutique de ces eaux.

C'est au docteur Coindet (de Genève) que revient la gloire de l'introduction de l'iode, et par suite de l'iodure potassique comme corps chimiques définis, dans la matière médicale. Ce praticien, en consultant un formulaire, ayant vu que le célèbre Russel employait avec succès, sous le nom d'*éthiops végétal* (*æthiops vegetalis*), de *poudre de chêne marin* (*pulvis quercus marinæ*), le produit de la torréfaction du varech vésiculeux contre le goître, et considérant, d'autre part, que depuis Arnauld de Villeneuve l'éponge brulée n'avait cessé d'être conseillée par les praticiens contre la même affection, soupçonna que ces deux substances marines pourraient bien ne devoir leurs propriétés médicinales à autre chose qu'à l'iode, dont Courtois avait démontré la présence quelques années auparavant (1811) dans la première, et Fife plus récemment (1819) dans la dernière.

Aussitôt, procédant aux applications directes de la révélation que sa profonde sagacité lui avait suggérée, le célèbre praticien genevois employa l'iode contre l'hypertrophie de la glande thyroïde. Un an ne s'était pas écoulé depuis le commencement de ses expériences, qu'il en publiait le résultat pleinement confirmatif de ses prévisions. Ce fut le 25 juillet 1820 que la Société helvétique des sciences naturelles reçut cette importante communication. Dans ce premier mémoire et les deux autres qu'il publia successivement peu de temps après, Coindet démontra que l'iode était le véritable spécifique du bronchocèle, et fit entrevoir tout le parti qu'on en pourrait tirer dans différentes maladies, notamment dans la scrofule (*a*). La publication des travaux de Coindet fut le signal d'une grande et noble émulation parmi les médecins de toutes les nations de l'Europe, qui ne tar-

(*a*) Voici les mémoires de Coindet résumés par lui-même dans une lettre qu'il écrivit au chimiste anglais Thompson. Cette pièce, en même temps qu'elle corrobore l'historique que nous venons d'établir, fait connaître exactement les idées de Coindet sur l'iode.

« Il y a deux ans que je cherchais dans le formulaire de Cadet-Gassicourt une formule qui fût connue à Paris, et que je pusse indiquer à une dame de cette ville qui me consultait pour un goître : j'y trouvai que Russell conseillait le fucus brûlé. Je soupçonnai que le principe commun entre l'éponge, dont nous nous servons avec succès ici contre le goître, et le fucus, dont j'ignorais les propriétés, pourrait bien être l'iode. Je l'essayai avec infiniment de précautions, et je réussis. L'iode, mêlé avec du sucre, offrit de grands inconvénients; je le prescrivis en friction. Je crus m'apercevoir que c'était une préparation qui agissait sur certains estomacs, et alors le traitement devenait difficile. J'essayai l'hydriodate de soude, et aussi celui de potasse ioduré; j'eus un plein succès.

» Une grande pratique m'avait fourni pendant une année entière un grand nombre et une variété infinie de cas : ma découverte faisait du bruit; je la publiai en lisant un mémoire à la Société helvétique, réunie à Genève (il est imprimé pour août 1820). C'était bien l'occasion, le goître étant une maladie endémique dans notre patrie. Des clameurs s'élèvent; des sottises de quelques-uns les justifient; la malice et l'envie les repandent. Je n'y portais d'attention que ce qu'il fallait pour empêcher qu'on ne fît tomber un des plus beaux remèdes que je connusse. Je publiai mon second mémoire, qui, je le crois, renferme des documents précieux pour l'emploi de ce remède. Un homme âgé de 60 ans, menacé d'hydropisie de poitrine par suite de la compression qu'exerçait un goître, qui avec le col offrait 22 pouces de circonférence, en avait été délivré dans six semaines. Or quelle ne devait pas être l'étonnante faculté de ce remède de favoriser et d'activer l'absorption! or quelles ne devaient pas être aussi les précautions à prendre pour prévenir qu'elle ne se portât ailleurs! Ce cas m'avait rendu très-méfiant, et j'ai eu lieu de m'en applaudir. Je communiquai ce fait à tout le monde; je le fis voir à la plupart de mes confrères. Ils eussent dû comprendre que ce n'était pas un remède qu'on devait prescrire au hasard ni négliger d'en suivre les effets. Cependant on a fait la règle de trois, et elle a été d'autant plus fâcheuse que la dose a été plus forte. Jusqu'ici je m'étais servi de l'iode intérieurement, et seulement pour le goître; mais déjà, lorsque je publiai mon second mémoire, j'avais un grand nombre de belles expériences sur ce que je regardais comme *le complément de ma découverte*, c'est-à-dire *sur l'emploi de l'iode par friction* dans les maladies lymphatiques, ou essentiellement les scrofules. Une expérience étendue, variée, a confirmé, pour moi du moins, pleinement que l'iode est le spécifique de cette classe de maux, contre laquelle nous n'avons que des remèdes secondaires, c'est-à-dire qui agissent indirectement, tandis que je trouve que celui-ci excite directement et exclusivement le système lymphatique, d'où on en obtient des succès étonnants dans les cas précités.

» Je prescris une pommade composée d'hydriodate de potasse, avec axonge et cire blanche. Frottez matin et soir, avec gros comme une noisette, le goître, les glandes, l'articulation, la tumeur, etc. Il en peut résulter divers effets : un d'eux est une irritation locale, soit gerçure de la peau; c'est facile à éviter. Il y a une circonstance, et celle-ci est le point médical, qui en doit faire suspendre momentanément l'emploi. S'il y a une sorte de phlegmasie chronique dans les scrofules du col ou dans aucune de ces tumeurs scrofuleuses, caractérisée par la dureté, avec douleurs élancées, il faut la faire cesser par les sangsues, les cataplasmes émollients; dans quelques cas, par l'ipécacuanha; dans les autres, par les purgations salines, c'est-à-dire qu'après un traitement préparatoire indispensable, les frictions iodiques réussissent. Mais il arrive assez souvent qu'à leur tour celles-ci produisent une sorte de phlegmasie dans ces mêmes engorgements, c'est-à-dire qu'après un certain nombre indéterminé de frictions, elles développent une excitation des lymphatiques, caractérisée par la dureté, la douleur, la sensibilité des glandes scrofuleuses du goître, etc. On doit suspendre de suite toute friction et faire le traitement antiphlogistique, quelquefois même très-actif, surtout par les sangsues. Soit alors que la nature de l'inflammation ait été modifiée, soit que la seule absorption ait été vivement augmentée, le fait est que les douleurs cèdent, et que le plus souvent, quelques jours après, on est bien surpris de trouver les glandes engorgées, ramollies, diminuées, et que la guérison a été accélérée par cette sorte d'accident.

» Il arrive aussi, mais bien plus rarement, que lorsque l'iode a été prescrit intérieurement, il a une action *constitutionnelle*. Ceci confirme ce que je disais dans un de mes mémoires, qu'il faut éviter comme qui dirait une saturation. Le malade pâlit; il prend un teint particulier aux effets de l'iode; il maigrit d'abord là où les frictions sont établies, surtout si c'est le col, puis bientôt par tout le corps, si on ne cesse les frictions. Le pouls même peut devenir fréquent. Mais alors le goître, les glandes scrofuleuses, se dissipent pendant cette action avec une grande rapidité, et dans quelques cas, leur guérison est étonnante. Cependant par là on fait courir des chances plus ou moins fâcheuses au malade : chances inutiles au succès de l'iode, nuisibles à la réputation future de ce puissant remède, et qu'il est très-facile d'éviter; car dès qu'on aperçoit que les glandes, tumeurs, etc., se ramollissent et semblent diminuer, on suspend les frictions pour les reprendre quelques jours plus tard.

» J'ai constaté d'une manière sûre et certaine que l'action de l'iode continue quelque temps après que l'on en a suspendu l'emploi.

» Il ne s'agit donc pas de dire, comme je l'ai souvent ouï : *Vous avez le goître, prenez de l'iode.* Les engorgements scrofuleux demandent un traitement particulier, qui doit être observé pendant l'emploi, soit interne, soit ex-

---

vœu. D'autres promettent et offrent tout simplement des poules, des pigeons, des cochons de lait, des ananas, des oranges, des pastèques, toutes choses dont on fait immédiatement un encan, et qui sont vendues à l'enchère au profit de la confrérie dite du *Santissimo-Sacramento*. A cet encan du Saint-Esprit, les objets les plus insignifiants peuvent monter à un prix très-élevé, et on a vu adjuger une orange pour 125 francs. Mais si, pour obtenir des faveurs, on fait aux saints des promesses et des dons, on se sert aussi parfois, pour arriver au même but, de moyens beaucoup moins délicats : saint Antoine, par exemple, a le privilége d'être martyrisé dans la personne de ses images, de toutes sortes de façons plus saugrenues les unes que les autres. Sous le plus frivole prétexte, tel que celui d'avoir de la pluie ou du beau temps, on lui lie les pieds et les mains, on l'amarre à un poteau, on le plonge dans un seau d'eau, etc., etc., jusqu'à ce qu'il ait fait droit à la demande. Des femmes le mettent à coucher avec elles, afin que cet outrage fait à la chasteté et à la pudeur du saint le contraigne à accorder bien vite ce qu'on exige de lui Ce sont là de petites misères de saints.

A propos de petites misères, j'aurais bien à en raconter quelques-unes qui nous sont propres : ainsi, pour être conséquents avec la crainte de l'eau froide que l'on professe dans ce pays, nos clients, qui craindraient de compromettre notre santé en nous donnant, pour nous laver les mains, de l'eau à la température naturelle, nous servent un liquide bouillant dans lequel nous pouvons à peine tremper le bout des doigts. Pour nous essuyer, autre déception : la serviette de percale possède une bordure de dentelle qui empiète tellement sur le fond, et ce fond lui-même est criblé de tant de jours, que si on a les mains réellement mouillées, cette pompeuse serviette se trouve réduite à l'état d'une feuille de papier trempée avant d'avoir achevé la moitié de la besogne. Quand nous pénétrons dans la chambre d'un malade, nous entrons dans un épais nuage de fumée de fleurs de lavande ou même d'encens brûlés sur un réchaud, et nous demeurons quelques minutes demi-asphyxiés, ne pouvant parler, ne voyant rien, en attendant que la vapeur se dissipe et que nos voies respiratoires la tolèrent. Voulons-nous pratiquer une saignée, on nous ferme traitreusement les volets en plein midi, et on nous apporte une ignoble chandelle pour remplacer la lumière du jour; mais demandons une cuvette vide pour recevoir le sang, on s'obstine à nous apporter une petite tasse à café nageant dans une cuvette pleine d'eau chaude. Sommes-nous appelés près d'une malade, nous la trouvons presque toujours, bien que dans son lit, parfaitement habillée, et avec sa robe plus scrupuleusement crochetée que si elle était debout; le châle complète la parure. Il faut voir alors quel travail pour enlever pièce à pièce toute cette toilette inopportune : les cordons se nouent, les agrafes se cassent, les jupons, le corsage se déchirent; c'est un pêle-mêle avec les couvertures, les traversins et une demi-douzaine d'oreillers de toutes dimensions qui errent sur le lit, un pêle-mêle sous lequel on peut à peine découvrir la malade qu'on a à examiner. Nos malades du sexe féminin s'imaginent qu'il est nécessaire, dans presque tous les cas, que le médecin examine leur ventre par la vue et le toucher, et elles sont les premières à nous imposer cette obligation à laquelle nous ne devons pas nous soustraire sous peine de perdre de leur confiance. Mais à côté de cette bonne volonté pour nous montrer leur abdomen, nous trouvons une très-grande répugnance à nous laisser voir d'autres parties du corps qui, dans le cours ordinaire de la vie, sont beaucoup plus accessibles à l'œil. S'il s'agit du pied ou de la jambe, par exemple, une

dèrent pas à agrandir le cercle des applications de l'iode, déjà si heureusement ouvert.

Cependant on serait grandement dans l'erreur si l'on supposait que l'introduction de l'iode et de ses préparations dans la matière médicale se fit sans contestation. Tout au contraire, cet héroïque médicament trouva aussi, lui, ses Guy Patin. Les accidents qu'il occasionna, par suite de l'abus qu'en firent les enthousiastes dans l'origine, fut cause qu'on le décria hautement, et n'eût-ce été la persistance de praticiens convaincus de ses éminentes propriétés curatives, il est à supposer qu'il serait déjà depuis longtemps tombé dans l'oubli.

Oui, comme l'antimoine, comme le quinquina, comme, en un mot, la plupart des médicaments héroïques, il eut à vaincre, par ses propriétés médicinales positives, la résistance systématique que lui opposèrent de nombreux et ardents détracteurs. Y a-t-il, en effet, rien de plus remarquable, et en même temps rien qui démontre aussi péremptoirement les propriétés antistrumeuses de l'iode, que la manière même dont ces propriétés ont été reconnues? Dès le treizième siècle, l'éponge brûlée était authentiquement usitée dans nos contrées pour combattre le goitre; depuis un temps immémorial, l'huile de foie de poisson dans le nord de l'Europe, les eaux mères d'une saline et les stipes d'une fucacée dans diverses localités de l'Amérique méridionale, sont usités contre la même affection; au commencement du siècle présent, Courtois découvre l'iode, Coindet devine les propriétés antistrumeuses de ce corps; l'expérience confirme ses prévisions, et aujourd'hui la présence de l'iode est reconnue dans les éponges, les algues, l'huile de foie de poisson, les eaux mères des salines, tous produits que, par une sorte d'intuition, des populations ignorant le lien commun qui les reliait entre eux, avaient été portées à employer pour combattre la même maladie. Cette coïncidence empirique des faits, nous le répétons, défie les raisonnements les plus subtils du scepticisme le plus arrêté.

Tel est l'historique de l'introduction des iodiques dans la matière médicale.

Si nous arrêtons un instant notre pensée sur ce point de l'histoire des iodiques, nous en tirerons un enseignement bien digne de considération. Nous voyons, en effet, que c'est à l'empirisme le plus caractérisé que l'on doit de connaître les propriétés curatives de ces médicaments, puis que c'est à une induction rationnelle que l'on doit la précision et l'extension de leur emploi. N'est-ce pas là à fin de compte, n'en déplaise aux rationalistes exclusifs, l'histoire de tous les médicaments héroïques : empirisme d'abord, théorie ensuite? Par cette remarque, nous ne voulons nullement faire prévaloir l'empirisme sur la théorie, ni dire que cette dernière est incapable de rien découvrir d'important en thérapeutique. A Dieu ne plaise que nous prêchions les ténèbres quand tout tend à la lumière! Mais nous voulons seulement constater que jusqu'à présent elle n'a rien découvert de sérieux dans cette branche fondamentale de la médecine, qu'elle n'a jamais dépassé les limites des applications secondaires. Est-ce une théorie, un système médical quelconque, qui a découvert les propriétés du mercure, du quinquina, de l'opium, des éthers, ces nouveaux et merveilleux stupéfiants? Selon nous, il faut faire la part à chaque chose, et si l'absolu n'existe pas, c'est surtout en thérapeutique.

Après cette digression, reprenons notre sujet.

309. Aujourd'hui ce n'est plus la médication iodée qui a de l'importance, c'est la médication iodurée; ce n'est plus l'iode, mais l'iodure de potassium qui domine la thérapeutique de ce corps. Pour que l'on ne nous accuse pas de jouer ici sur les mots, nous dirons que nous n'avons cherché à établir cette distinction que parce qu'on l'a faite pour les préparations pharmaceutiques, et ensuite pour faire pressentir un fait sur lequel nous reviendrons plus tard, c'est à savoir, qu'introduit à l'état élémentaire dans l'économie, l'iode n'agit pas comme tel, mais agit combiné avec les alcalis qu'il trouve dans nos humeurs. Maintenant que nous nous sommes expliqués, nous ajouterons, que l'on dise *médication iodée*, *médication iodurée*, ou même, dénomination qui nous paraît plus heureuse, *médication iodique*, peu importe, pourvu que l'on ait une idée exacte des faits.

L'iode, ou mieux conséquemment avec ce que nous venons d'établir, l'iodure de potassium que nous prendrons pour type des iodiques doit être placé en tête de cette classe de médicaments que les anciens médecins désignaient sous le nom de *fondants*. Il doit être considéré comme l'agent le plus héroïque à opposer au travail de la plasticité organique, comme le remède le plus précieux pour combattre le bronchocèle, la cachexie scrofuleuse et les accidents les plus terribles de la syphilis constitutionnelle. En voilà certes assez pour accorder à l'iodure potassique une haute importance thérapeutique. Mais nous verrons par la suite que là ne se bornent pas les secours que la médecine peut lui demander.

Avant de passer à l'application des iodiques au traitement des maladies qui réclament leur emploi, nous croyons logique d'étudier d'abord d'une manière générale leurs effets physiologiques, puis de chercher à interpréter leur mode d'action. Les inductions que nous tirerons de cette étude, à peu près vierge encore, feront mieux comprendre les indications que l'on fait remplir à l'iode, et nous permettront d'établir sa thérapeutique sur des bases rationnelles.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DES IODIQUES.

Les médicaments ont été diversement classés. Si nous avions à nous occuper d'un pareil travail, nous les classerions en trois groupes principaux, selon leur action dynamique sur l'organisme vivant. Si nous considérons la production de cette action, nous voyons en effet que, parmi les médicaments, les uns agissent sympathiquement sur nos organes, dont ils modi-

---

terne, de ce remède; car tout ce que j'ai dit doit s'observer aussi lorsque l'on administre les solutions salines ou le remède d'iode. Ce remède, sous l'une ou l'autre forme, exige les mêmes soins, les mêmes règles que celles que l'on suit dans certains cas de syphilis, pour lesquels on prescrit le sublimé corrosif.

» Je continue toujours de prescrire l'iode intérieurement, mais moins fréquemment que je ne faisais, parce que les frictions donnent les mêmes résultats sans faire courir la chance de produire une lésion de l'estomac. Aussi un fait singulier est celui-ci : un demi-gros, soit 36 grains d'hydriodate de potasse, sous forme de frictions, guérit et dissout un goitre ou des tumeurs scrofuleuses dans le même espace de temps que le fait la solution d'hydriodate de potasse ou de soude, un demi-gros iode 10 grains pour une once eau distillée, prise par 10 gouttes, trois fois par jour, puis augmentée, etc. Cela étant, ma découverte, comme je l'ai dit plus haut, est complète par cette nouvelle méthode d'administration, qui est exempte de l'action fâcheuse de l'iode, lorsque celui-ci est donné intérieurement, dans des cas où il fallait le refuser, ou lorsqu'on ne sait pas s'arrêter à propos, ou lorsqu'il se rencontre des sujets tellement susceptibles à son action que les plus légères doses agissent simultanément sur l'estomac et sur le système lymphatique : autre est une action locale sur le même système, autre est une action générale. »

---

malade s'étudiera à n'en laisser paraître qu'un espace excessivement restreint, le plus souvent insuffisant, et cachera avec un soin égal la portion qui excède comme celle qui précède. Si un médecin, étant mandé dans une maison, ne peut s'y rendre de suite, il est très-probable que, bien qu'il fixe sa visite à quelques heures plus tard, et que ce léger ajournement paraisse accepté et convenu, il trouvera, quand il ira, le malade dûment visité et médicamenté par un de ses confrères qu'on sera allé chercher en sortant de chez lui. Comme la visite sans formuler est nulle aux yeux de celui qui la reçoit, et plus que nulle pour celui qui la fait, l'honnête client ne se prive pas de faire faire un voyage inutile au médecin, et il ne lui vient jamais à la pensée de l'envoyer prévenir pour le lui épargner.

A propos de cette variété de petites misères, je ferai remarquer qu'on ne voit point ici, comme chez nous, de ces exemples de persévérante confiance que les familles qui composent la clientèle d'un médecin lui accordent pendant toute sa carrière, confiance qui honore à la fois ceux qui la donnent et celui qui en est l'objet. Il n'y a de clients fidèles que ceux qui traitent à l'année, et encore ne le sont-ils pas toujours. Parmi les autres, les moins inconstants changent de docteur au moins trois ou quatre fois par an. Quant à ceux pour qui le plaisir est dans l'inconstance, ils en usent cinq ou six dans une seule maladie. Un beau jour, au milieu de vos plus belles combinaisons thérapeutiques tendant au salut de votre malade et à la gloire croissante de votre réputation, vous êtes surpris par la nouvelle suivante, qu'on vous donne quand vous vous êtes rendu au domicile du client, bien entendu : « Le senhor Fulano ou la senhora dona Sicrana » (tel ou telle) fait savoir à votre seigneurie (car on nous traite de seigneurie) » qu'il ou qu'elle veut faire trêve aux remèdes pour quelque temps; qu'en conséquence il est allé ou elle est allée à une chacra (maison de campagne) pour » changer d'air et boire du lait. Après quelques jours de repos, il ou elle re- » prendra son traitement, alors il ou elle fera avertir votre seigneurie. » C'est là un congé parfaitement en règle; la chacra, l'air des champs et le lait ne sont là que pour en adoucir perfidement la formule, et blanchir sous une teinte pastorale la noire ingratitude des malades. Ni les soins les plus dévoués, ni le zèle le plus actif, ni même une chance heureuse pour les maladies que vous aurez eues à traiter, et, ce qui est bien plus, pas même la gratuité de votre ministère, ne pourront vous préserver de ces petites avanies pour votre amour-propre. Mais si les clients montrent si peu d'attachement et de reconnaissance pour les médecins, ceux ci, en revanche, sont dispensés d'une foule de ménagements, d'attentions et de petits soins délicats auxquels, dans des conditions opposées, ils se tiendraient pour obligés. Il n'est pas de mal qui ne porte avec soi sa compensation.

Voilà, très-chers et très-honorés confrères, une esquisse des détails intimes de la vie médicale dans le pays où nous sommes.

L. P.

— M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire est de retour de son voyage en Hollande. Il a fait l'acquisition pour l'école d'acclimatation de Versailles d'un troupeau de lamas nés dans un des parcs appartenant au feu roi des Pays-Bas. M. Geoffroy-Saint-Hilaire a visité le musée de Leyde et le jardin zoologique d'Amsterdam.

fient les états morbides en vertu d'un effet de simple transmission par continuité de tissu : telle est par exemple l'action des émollients. Les autres agissent en portant leur virtualité sur la pulpe nerveuse. Ce sont ceux dont l'action intime est le plus obscure, se soumet le moins à l'analyse : tels sont, par exemple, les narcotiques. Les autres, enfin, agissent en modifiant chimiquement nos humeurs viciées : tels sont les ferrugineux. Nous dénommerions les premiers *médicaments physiologico-sympathiques;* les seconds, *médicaments physiologico-psychologiques;* et les derniers, *médicaments physiologico-chimiques.* Parmi ceux-ci, nous établirons une subdivision sous le nom de médicaments *chimico-catalytiques* dont l'iodure de potassium, type des iodiques, serait l'un des représentants les plus saillants. Voyons si notre proposition est fondée.

309. Si l'on soumet les fluides humoraux (sang, lymphe, sperme, lait), ou leurs éléments protéiques (albumine, fibrine, caséine), à l'action d'un soluté d'iodure potassique, on verra qu'il s'oppose à la coagulation de ceux-là et fluidifie ceux-ci (1).

310. Comment produit-il ce résultat : est-ce en changeant leur composition ? est-ce en leur prenant ou leur cédant quelque principe ? Non, puisque si l'on sépare les produits on retrouvera la totalité de l'iodure de potassium, et l'on verra que ce sel possède toutes ses propriétés chimiques. Donc il a agi par simple contact ; c'est ce singulier effet que ne pouvant mieux expliquer, les chimistes ont appelé *force* ou *vertu catalytique.*

Sur l'organisme vivant dans certains cas pathologiques, les phénomènes seront les mêmes. L'action fluidifiante se produira et sera rendue sensible par une modification dans la circulation lymphatique et sanguine, et l'intégrité de l'agent modificateur sera reconnue soit que l'on sorte de l'économie à cet effet une petite quantité d'un fluide humoral, du sang de la veine par exemple, soit que l'on expérimente sur de l'urine excrétée hors de son sein. Ce simple exposé suffit pour démontrer la proposition que nous posions tout à l'heure, savoir : que l'iodure potassique doit être classé parmi les médicaments physiologico-chimiques à action catalytique.

311. Il résulte donc aussi de ces données que l'iodure potassique est l'un des médicaments dont l'action intime sur l'organisme peut être, dans les limites toutefois de la catalyse, le plus facilement expliquée. Introduit dans l'économie à dose thérapeutique, il est absorbé directement et en totalité, ainsi que nous le verrons plus au long par la suite ; il passe dans le torrent circulatoire, et arrive, soit par les conduits naturels, soit par un effet d'imbibitions ou d'endosmose, dans les produits de sécrétions, comme la salive, les larmes, le lait, et enfin dans ceux d'excrétions, comme les sueurs, les urines (*a*).

La présence de l'iode a, en effet, été reconnue dans chacun de ces produits par plusieurs expérimentateurs, et tous les praticiens qui ont l'habitude de l'iodure potassique ont reconnu qu'il provoque la sécrétion et l'exhalation générale, augmente les fonctions des follicules muqueux de la bouche, des glandes salivaires, du canal alimentaire, du foie, des reins, de la peau, du pancréas, etc.

312. Les différents fluides animaux une fois chargés du sel iodique s'en débarrassent, ainsi que le démontrent de nombreuses expériences faites à ce sujet, dans une progression fort rapide. Le docteur Scharlau (de Stettin) a retrouvé quotidiennement 345 centigr. d'iodure potassique dans les urines d'un malade auquel il faisait prendre 350 centigr. de ce sel par jour ; la perte de 5 centigr. éprouvée s'explique par le passage de l'iodure potassique dans la salive, la sueur, les larmes. Le docteur Kramer a constaté sur lui-même qu'après un traitement de cinquante jours par l'iodure potassique, six jours suffirent pour l'élimination de ce sel ; en sorte qu'au bout de ce temps 385 grammes d'urine n'indiquant rien aux réactifs en contenaient par conséquent moins de 1/50000 de gramme.

Dans des expériences faites au Val-de-Grâce, le docteur Marchal (de Calvi) s'est assuré que l'iodure potassique commence à paraître dans les urines au bout de vingt-cinq à trente minutes, au plus tard d'une heure, et cela alors même qu'on n'a administré qu'une très-faible dose du sel, par exemple 5 centigr. Il s'est assuré aussi que le temps pendant lequel l'élimination s'achève est fort court. Ainsi 1 gramme d'iodure potassique a été administré à un homme dont on a gardé les urines depuis le moment de l'ingestion jusqu'au moment où elles n'ont plus offert de traces d'iode par les réactifs, c'est-à-dire pendant trente-six heures. Les urines analysées ont donné 0,883 d'iodure. Donc au bout de trente-six heures, il ne restait dans l'économie d'un gramme d'iodure pris par le malade que 0,117; encore probablement ce reste avait-il été éliminé par d'autres voies que les urines.

313. L'iode lui-même introduit dans l'économie n'agit, ne se comporte pas autrement. Corps coagulant a un très-haut degré, il agit comme tel dans les premières voies ; mais bientôt trouvant dans nos humeurs assez d'alcali (potasse, soude, ammoniaque) (*b*), pour se saturer, se dulcifier, il se transforme en iodure et en iodate, à moins que préalablement il n'ait été complétement transformé en acide iodhydrique dans l'estomac auquel cas il y a seulement formation d'iodure. « Administrez à un chien de l'iode à l'état simple et examinez après un court intervalle, vous n'en trouverez plus un atome à l'état libre. Le tout sera transformé en acide iodhydrique. » (Wallace. O. Saughnessey.)

Ainsi salifié, l'iode finit son trajet au sein de l'organisme en produisant son action dynamique.

On objectera peut-être que la vapeur d'iode arrivant jusque dans le sang, ainsi que l'expérience l'a constaté, cette transformation que nous indiquons pourrait bien n'avoir lieu que dans les dernières voies. Cette objection ne nous semble pas sérieuse. La vapeur d'iode inhalée peut, selon nous, arriver intacte jusque dans la grande circulation par un effet appartenant purement à la physique des gaz et vapeurs; mais nous contestons positivement qu'il en soit ainsi avec l'iode administré à l'état solide ou liquide et à dose thérapeutique. Nous n'aurions pas la composition chimique des fluides avec lesquels l'iode se trouve en contact avant d'arriver dans la vessie pour appuyer notre raisonnement, que l'urine qui ne contient ni alcali libre ni carbonates alcalins, mais qui présente au contraire des sels que l'iode ne saurait décomposer au sortir du torrent circulatoire. viendrait prouver que la transformation en iodure n'a pas lieu dans les dernières voies.

114. L'absorption de l'iode métalloïde est, comme celle de l'iodure potassique, fort prompte. On fit respirer à un chevreau de l'air chargé de vapeur d'iode en lui maintenant la tête dans une grande boîte. Au bout d'une demi-heure on saigna l'animal; le sang fut additionné de potasse, puis carbonisé, et les eaux de la vapeur évaporées à siccité donnèrent un résidu qui répendait des vapeurs d'iode par une addition d'acide sulfurique. (Panizza.) (*c*)

---

(1) Le sang veineux reçu dans un soluté d'iodure potassique prend une couleur rutilante remarquable ne forme pas caillot, mais laisse séparer après quelques heures une matière grenue rouge (globules) dans un liquide lui-même rouge vif. Au bout de quelques jours, le tout prend une couleur rouge-brun.

Le sperme, de semi opaque devient transparent, à l'exception toutefois de petits corpuscules qui nagent dans le liquide.

L'iodure potassique s'oppose à la coagulation du lait. Agité un moment avec du lait caillé, il rétablit l'homogénéité. Cependant si on continue l'agitation, le beurre se sépare. Il ne dissout donc pas non plus les globules gras du lait.

MM. Bonnet et Rey (de Lyon), dans leurs recherches sur l'action de diverses substances sur la coagulation du sang, ont reconnu que les solutés faibles d'alcalis et de leurs carbonates, ainsi que les sels neutres suivants : chlorures d'ammonium et de sodium, *iodure de potassium*, sulfate de soude et azotate de potasse s'opposent à la coagulation de la fibrine dissoute dans l'eau sucrée. (Depuis les travaux du docteur Denis (de Commercy), les chimistes de l'école de M. Liebig admettent que la fibrine et l'albumine sont identiques. L'école de M. Dumas, tout en n'en étant pas fort éloignée, ne l'admet pas encore.)

D'après les mêmes expérimentateurs, considérées au point de vue de l'action qu'elles exercent sur la fibrine et les globules du sang, les substances peuvent être divisées en quatre classes : 1° celles qui n'altèrent ni la structure des globules ni la plasticité de la fibrine (sérum et soluté de sucre ; 2° celles qui dissolvent les globules sanguins et conservent à la fibrine la propriété de se coaguler (eau); 4° enfin, celles qui conservent les globules et dissolvent la fibrine (chlorure de sodium, *iodure de potassium*, azotate de potasse).

Non-seulement les iodiques ne dissolvent pas les globules du sang, mais encore, dans l'économie vivante, sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium, la proportion de cette partie essentielle du sang augmente beaucoup dans certains états syphilitiques, ainsi que nous le verrons plus loin.

D'un autre côté, M. Poiseuille, dans ses expériences sur l'écoulement du sang dans les vaisseaux capillaires des animaux vivants, a constaté, à l'aide de son hémodynamomètre, que l'azotate de potasse, l'acétate, le chlorhydrate et l'azotate d'ammoniaque, le bromure et l'*iodure de potassium*, la plupart des eaux minérales facilitent la circulation dans les capillaires ; tandis que l'alcool, le chlorure de sodium, de magnésium, les acides sulfurique, tartrique, oxalique, acétique, etc., la ralentissent. M. Poiseuille démontre par une expérience fort ingénieuse que c'est indépendamment du cœur et des vaisseaux, et en modifient d'une certaine façon la constitution physique du sang que les premières substances activent le cours du fluide sanguin. Toutes ces données nous serviront plus tard dans la discussion.

(*a*) Il est probable qu'une portion de l'iodure de potassium en arrivant dans l'estomac y est décomposée par l'acide du suc gastrique, puis qu'elle se recompose aussitôt qu'elle a franchi cet organe.

(*b*) M. Liebig a constaté que les principes liquides de la fibre musculaire contenaient de la potasse et point de soude. Les principaux fluides humoraux contiennent plus spécialement de la soude. Mais si l'on considère l'affinité plus grande de l'iode pour le potassium que pour le sodium, on peut supposer que l'iodure qui se forme au sein de l'économie est celui de potassium.

(*c*) Nous traiterons en détail la question des effets physiologiques des iodiques sur l'homme, les animaux et les végétaux aux chapitres *Pathogénie* et *Toxicologie.*

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE GUÉRI PAR LES FRICTIONS DE TEINTURE ALCOOLIQUE DE BELLADONE; communiqué par M. CH. BRESSE, D. M. P., chirurgien-sous-aide-major à l'hôpital militaire de Rennes.

OBS. — Jumelle (Marius), soldat au 5e bataillon de la garde nationale mobile, en garnison à Rennes Ille-et-Vilaine), reçut le 20 mars dernier un morceau de bois de 10 kilogrammes environ sur la phalange unguéale du gros orteil gauche. Il résulta de cet accident une plaie contuse, large, avec hémorrhagie abondante, et qui, au dire du blessé, devint très-douloureuse. Cependant il n'entra pas à l'hôpital, il se contenta de garder le repos pendant quatre à cinq jours et de faire usage de topiques émollients qui firent disparaître le gonflement qui était survenu.

Le 20 mars, la plaie n'étant pas encore cicatrisée, il fut envoyé à l'hôpital pour un embarras gastrique, et il nous présenta les symptômes suivants : cephalalgie intense; langue pâteuse, saburrale; soif vive; perte d'appétit; douleur épigastrique, augmentant par la pression; ventre dur, indolore.

Cet état paraît confirmer le diagnostic du médecin du corps; en conséquence, on renouvelle l'emploi de l'eau de Sedlitz, déjà administrée à la caserne, sans pouvoir en obtenir plus d'efficacité que la première fois. Le malade ne nous parle pas de sa blessure du pied qui, par conséquent, échappe à notre observation. Les symptômes d'embarras gastrique, ainsi que la céphalalgie et la constipation, résistent aux divers moyens de traitement employés pour les combattre. Le malade se plaint en outre d'insomnie continuelle et de douleurs lombaires avec gêne des mouvements du tronc. On remarque aussi une agitation particulière des muscles de la face qui donne à sa physionomie un aspect grimaçant.

Enfin, le 5 avril, survient une gêne dans les mouvements de la déglutition et de la mastication. Cette gêne se change parfois en une contraction instantanée et très-douloureuse des mâchoires. La langue, surprise entre les arcades dentaires par une de ces contractions, est fortement morcelée sur ses bords.

La présence de ces symptômes nous engage à observer le malade avec plus d'attention, et c'est alors seulement que nous avons connaissance de la blessure du pied. Le gros orteil gauche présentait une plaie peu étendue, de couleur violacée et non encore complétement cicatrisée; l'ongle était entièrement détaché.

Dans le cours de la journée, tous les symptômes augmentent d'intensité; ainsi les douleurs plus ou moins vives et plus ou moins fréquentes que le malade éprouvait vers la région lombaire deviennent alors extrêmement intenses et arrachent au malade des cris déchirants Ces douleurs sont en outre accompagnées d'une contraction permanente des muscles de toute la région postérieure du tronc et du cou, contraction tellement forte que le corps est courbé en arrière comme un arc de cercle.

Les muscles de la respiration prennent part aussi à la contraction, mais incomplétement; aussi les mouvements respiratoires se font-ils avec quelque difficulté. Les membres supérieurs et inférieurs sont dans un état de rigidité complète : les doigts seuls conservent un peu de flexibilité.

La face est rouge, vultueuse; l'altération des traits est telle qu'elle imprime à la physionomie le caractère du rire sardonique; la voix aussi est notablement modifiée; la peau est inondée d'une sueur froide et visqueuse; la constipation persiste; les urines sont rares, de couleur foncée, et l'émission est difficile.

Ces symptômes présentent des moments de rémission pendant lesquels les mouvements ne s'exécutent qu'avec une extrême difficulté et une roideur très-douloureuse. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est qu'il suffit de regarder le malade avec une certaine fixité, ou même de lui adresser la parole pour rappeler immédiatement la rigidité convulsive; le moindre bruit qui se produit autour de lui produit le même effet.

Ce groupe de symptômes, leur intensité et la manière brusque avec laquelle ils ont apparu ne laissent plus de doute sur la nature de la maladie : nous avons sous les yeux un *tétanos traumatique général*, et pour être plus rigoureux, un *opisthotonos*.

M. le médecin en chef de l'hôpital voulut bien accorder sa confiance au moyen de traitement que j'ai proposé dans ma thèse inaugurale, où j'ai enregistré un premier cas de succès (GAZ. MÉD., n° du 30 septembre 1848). Des frictions avec la teinture alcoolique de belladone, à la dose de 40 à 50 grammes de teinture (5 parties d'extrait pour 11 d'alcool à 34°), furent faites sur toute la surface du corps et principalement sur les régions où la rigidité convulsive était la plus forte. Cinq minutes après, détente générale; le malade éprouve un bien-être inconnu jusqu'alors. Pendant deux heures environ, la douleur et la contraction avaient cessé; mais au bout de ce laps de temps, elles reparurent avec une intensité presque aussi grande que la première fois. Des frictions furent faites de nouveau pendant plusieurs minutes, et le mal cessa derechef pour reparaître ensuite, mais avec une intensité moindre et après un intervalle de temps plus considérable. — C'est pendant la journée du 6 que cette médication fut employée.

Le 7 et le 8, les contractions furent très-rares et extrêmement faibles; il existait cependant encore une légère roideur musculaire qui ne céda qu'à de nouvelles frictions.

Pendant ce traitement, la plaie du pied ne subit aucune modification; elle est ce qu'elle était le jour de l'entrée.

Le 12 avril, notre malade se considérant à l'abri de tout danger, quoique les mouvements de la mâchoire, du tronc et des membres n'eussent pas encore repris toute leur souplesse normale, s'exposa imprudemment au froid du matin et fut pris aussitôt de contractions tétaniques très-douloureuses des muscles sacro-lombaires; les mouvements des mâchoires et du thorax restaient libres. Sous l'influence d'un traitement local, tels que ventouses scarifiées, sangsues, vésicatoires, pansés avec l'extrait de belladone, placés sur le point douloureux, les accidents ne cédaient qu'avec beaucoup de lenteur, et il fallut recourir aux frictions de belladone, qui eurent, au contraire, un effet prompt et marqué. Tous les accidents tétaniques cessèrent, et quelques jours après, le malade sortit guéri de l'hôpital.

Cette dernière expérience tendrait à prouver que la belladone employée par la méthode endermique aurait moins d'effet qu'en frictions et sous forme de teinture. Cela tiendrait-il au peu d'étendue de surface sur laquelle le médicament est appliqué dans ce cas, ou bien, contrairement à l'opinion généralement reçue, à ce que l'inflammation produite par le vésicatoire mettrait un obstacle à l'absorption au lieu de la favoriser? Quoi qu'il en soit, les deux faits qui sont en notre possession nous portent à préférer les frictions avec la teinture alcoolique, qui, sans tenir compte ici de leur promptitude d'action, offrent l'avantage de pouvoir être employés sans aucun inconvénient sur de vastes régions.

Les effets remarquables obtenus par nous pour la seconde fois, dans une maladie aussi grave que le tétanos, nous font un devoir de les livrer à la publicité et d'appeler l'attention de nos confrères sur ce mode de traitement, dont l'expérimentation seule pourra démontrer la valeur.

Nous pouvons cependant ajouter qu'un praticien, qui avait eu connaissance de cette observation, a fait cesser avec une rapidité remarquable un trismus qui faisait craindre un tétanos traumatique général.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite et fin.)

V. GAZZETTA MEDICA LOMBARDA.

PRÉJUGÉS VULGAIRES CONTRE LA SAIGNÉE, ET STATISTIQUE DES PHLEGMASIES BRONCHO-PULMONAIRES TRAITÉES AVEC OU SANS LA SAIGNÉE; par M. LUSSANA.

L'auteur a eu, lui aussi, à lutter dans sa pratique contre ce préjugé populaire que nous connaissons tous, et qui, dans certains pays, chez certaines familles, brave invinciblement les prescriptions et les raisonnements du médecin. Ses efforts, comme il le remarque, sont d'autant plus fâcheux que les inflammations du système broncho-pulmonaire constituent justement le type des phlegmasies aiguës, celles contre lesquelles le traitement antiphlogistique est le plus impérieusement indiqué.

L'ancienne classification des fièvres *malignes* et par *débilité* sert de prétexte à ce préjugé, et le perpétue encore dans le vulgaire. Il s'en faut de beaucoup que les dogmes de Broussais aient jusqu'ici pénétré au même degré de profondeur dans la masse du peuple pour rectifier ses idées sur ce point.

La statistique de l'auteur fournit sous ce rapport, quoique restreinte, un exemple qu'il sera bon de méditer. Sur trente individus qu'il a eu à traiter de diverses phlegmasies thoraciques aiguës, vingt-quatre se sont laissé saigner, dont vingt-deux ont guéri et deux sont encore en traitement. Au contraire, de six qui ont refusé la saignée, deux ont guéri et quatre sont morts.

Ce qui rend ce résultat encore plus frappant, c'est qu'il a été recueilli au milieu des conditions les plus variées d'âge, de sexe et de localisation morbide. Ainsi le nombre total des sujets désignés ci-dessus se compose de dix-huit hommes et douze femmes. On y compte trois enfants, sept jeunes gens, douze adultes et huit vieillards. Sur vingt-trois pneumonies comprises dans ce tableau figurent quinze pneumonies droites et huit gauches : chez les hommes, six à gauche et neuf à droite; chez les femmes, deux à gauche et six à droite.

OBSERVATIONS DE TROISIÈME DENTITION; par MM. QUAGLINO et PORTA.

Ces deux faits ne se distinguent en rien, quant aux circonstances concomitantes, de ceux que l'histoire de la science a déjà enregistrés. Comme ceux que nous avons cités durant ces dernières années, ils ont rapport à

des personnes avancées en âge et à des femmes, lesquelles fournissent en effet plus fréquemment que les hommes des exemples de ce phénomène bizarre.

M. Quaglino a vu une femme de 66 ans qui s'était fait antérieurement arracher toutes les dents pour cause d'odontalgie, moins trois incisives; elle sentit pousser d'abord une canine supérieure, puis, au bout de quelques jours, la correspondante. Au bout d'un mois et demi, il sortit une canine inférieure, puis une première molaire.

La forme de ces dents est un peu imparfaite; elles sont jaunes et ressemblent à celles d'un rachitique.

La femme dont M. Porta rapporte l'histoire mourut centenaire; elle avait depuis longtemps perdu toutes ses dents, lorsque, deux mois avant sa mort, après quelques symptômes de congestion des gencives, il lui poussa six dents, savoir cinq à la mâchoire supérieure (une canine et les quatre molaires suivantes) et une grosse molaire, du même côté droit, à la mâchoire inférieure.

Ces dents, moins longues et moins grosses que les normales, étaient cependant blanches, bien développées et garnies d'émail.

— Chose singulière! la mastication avait été, chez la première malade, améliorée par cette dentition insolite; elle en fut, au contraire, gênée chez la seconde. Mais ceci s'explique aisément par la diversité des conditions où elles se trouvaient l'une et l'autre. La dernière avait perdu ses dents depuis longtemps, et les avait perdues naturellement; de manière que les gencives, endurcies par un long usage, remplissaient à merveille l'office de trituration, qu'elles ne voulurent point partager avec ces hôtes attardés.

La première femme, au contraire, n'était pas privée de ses dents depuis le même laps de temps. En outre, comme elle avait eu de très-nombreuses caries de ces ostéides, les gencives ayant nécessairement participé à la fluxion que cet état occasionne, étaient sans doute devenues le siége d'une inflammation chronique. Aussi ne broyaient-elles qu'imparfaitement, et durent-elles recevoir effectivement avec plaisir le secours que ce retour imprévu de jeunesse leur apporta.

RAMOLLISSEMENT PARTIEL D'UN LOBE ANTÉRIEUR DU CERVEAU AVEC PERTE DE LA PAROLE; par M. RIZZI.

Ce fait se présente accompagné des circonstances les plus propres à confirmer la vérité de la proposition défendue par M. Bouillaud sur les attributions spéciales des lobes cérébraux antérieurs. En voici d'abord le précis fidèle, tel que M. Rizzi le rapporte.

OBS. — Convalescent d'une contusion au pied, P. G., jeune homme de 32 ans, de constitution athlétique, de tempérament sanguin, fut pris à l'improviste d'un vertige et d'impuissance à prononcer une parole, ainsi qu'à mouvoir le bras et la jambe droites. On lui fit deux saignées au bras paralysé, et il ne sentit pas les piqûres.

Quoique ne pouvant parler, il manifestait par les signes les plus expressifs qu'il entendait les questions et faisait bien comprendre ses besoins. Il tirait la langue droite. Respiration lente; pouls dur et fréquent.

Le lendemain on réitéra la saignée à la jugulaire et au bras, et il fallut le sonder.

Le troisième jour, la jambe a recouvré le mouvement; mais le membre supérieur est toujours dans le même état.

Le cinquième jour, il peut rendre les urines spontanément. Il n'y a pas eu de selles depuis le commencement. Un drastique rétablit le cours des matières, mais sans produire aucune amélioration des autres symptômes. Plusieurs autres saignées furent encore pratiquées.

Enfin le huitième jour, après un frisson et un accès fébrile intenses, il expira malgré une dixième saignée.

AUTOPSIE faite trente-six heures après la mort.

Les vaisseaux des méninges, et surtout les ramifications artérielles, sont remplies de sang. L'arachnoïde est soulevée par une suffusion séreuse qui existe entre elle et la pie-mère.

Le cerveau ayant été coupé au niveau du centre ovale, la substance médullaire paraît plus élastique et résistante, légèrement ponctuée de sang.

Rien de remarquable ne s'observe dans le cervelet ni dans l'hémisphère cérébral droit.

Quant au gauche, dans son tiers antérieur, un peu au devant du corps strié dans l'étendue d'un pouce et demi jusqu'à la périphérie et à la base, il est ramolli au point de se coller aux doigts qui le touchent. La partie centrale de la substance médullaire altérée offre une teinte d'un blanc jaune. La périphérie est d'un blanc laiteux. La substance corticale est intacte. Un peu d'épanchement séro-sanguinolent à la base du crâne.

Nous l'avons dit : cette observation a, par l'isolement de la lésion anatomique, par la netteté des phénomènes morbides, une valeur que l'esprit le plus prévenu ne peut manquer de sentir. Aussi cette impression ne sera pas effacée entièrement, on peut l'affirmer, par les cas contraires que M. Strambio raconte ensuite. En effet, s'il a vu une fois la parole persister avec une altération des lobes antérieurs, une autre fois la parole abolie ces lobes restant intacts, on peut invoquer, pour expliquer ces apparentes contradictions, une foule de causes, et finalement ranger à juste titre ces deux observations parmi les faits négatifs. Celui de M. Rizzi présente, au contraire, le rapport évident, palpable, d'une cause avec son résultat. Il s'impose d'emblée à l'intelligence, et témoin unique, mais parlant assez haut pour se faire croire, ne perd rien de sa signification, malgré les assertions opposées dont on l'a fait suivre.

ABCÈS FORMÉ SOUS LE LOBE DROIT DE LA GLANDE THYROÏDE ET OUVERT DANS LA TRACHÉE; par M. VERGA.

La forme latente de cette maladie, qu'on n'avait pas même soupçonnée, jusqu'au moment où elle devint mortelle, est le trait le plus saillant de cette observation. Cette circonstance doit être attribuée en très-grande partie, à l'insensibilité que les aliénés ont en général pour toutes les lésions, soit internes, soit de cause traumatique.

OBS. — Une paysanne de 23 ans, arrivée à l'état de pellagreuse délirante, fut conduite à Senavra le 30 avril 1830. Elle eut, durant son long séjour dans cet établissement, plusieurs maladies; en 1830 et 1831, une fièvre tierce; en 1832 et 1835, une méningite; en 1846, une entérite grave; en septembre 1847, une diarrhée qui se prolongea pendant deux mois. Enfin, dans la nuit du 6 au 7 avril 1849, elle fut prise d'un accès d'asthme avec sifflement trachéal qui la fit succomber dans l'espace de quinze heures, malgré tous les secours. Un peu avant de mourir, elle rejeta par la bouche une grande quantité de matière puriforme striée de sang.

L'autopsie montra la glande thyroïde légèrement hypertrophiée et indurée. Ses lobes adhéraient fortement à la trachée. En détachant le sommet du lobe droit, on mit à découvert une cavité purulente du volume environ d'une noix, laquelle s'appuyait, par sa moitié externe, contre le même lobe de la thyroïde, et par l'interne, contre la trachée. Il existait une communication entre la trachée et l'abcès par une ouverture triangulaire qui s'était formée aux dépens soit de la membrane qui unit le larynx au premier anneau de la trachée, soit d'une partie de cet anneau lui-même.

La bronche droite était remplie d'un pus verdâtre. La bronche gauche n'en contenait pas une goutte. (Remarquons que la malade se tenait toujours couchée sur le côté droit.)

OBSERVATIONS DE SYPHILIS CONGÉNITALE; par M. JACOBO FACEN.

L'école de l'hôpital du Midi n'admet que le chancre pour point de départ de la syphilis. Le chancre, selon elle, est seul contagieux, et les lésions secondaires ne se transmettent en aucun cas par voie d'attouchement. — Pour être conséquente à ces principes, elle devait nier les faits de propagation, par contact, des altérations de syphilis congénitale. Aussi a-t-elle été conduite, pour expliquer ces cas, à supposer une immoralité exceptionnelle parmi les nourrices, accusant celles-ci d'avoir puisé dans un chancre primitif l'affection qu'elles rapporteraient à tort à leur nourrisson.

Une semblable interprétation, admissible pour quelques individus, ne peut sérieusement prétendre à devenir l'explication générale. Il faut le dire franchement : c'est là une erreur aussi évidente qu'elle serait préjudiciable si elle venait à faire loi. Et l'on doit d'autant plus vivement la signaler que, seul dogme faux parmi les innombrables vérités que Ricord a eu la gloire de promulguer, elle aurait plus de chances de passer inaperçue à l'ombre de cet imposant cortége.

Quand il n'existerait, pour réfuter de pareilles prétentions, que la série de faits suivants, attestée par un homme honorable, et qui s'est déroulée en quelques mois, dans le même pays, au vu et au su de toute la population, je n'hésite pas à dire que c'en serait bien assez. Laissons parler l'auteur, tout en supprimant les détails oiseux.

Un soldat rentrant dans ses foyers communiqua la syphilis à sa femme. Guérie par les remèdes spéciaux, elle donna cependant le jour à un enfant qui eut bientôt après sa naissance les symptômes de l'infection constitutionnelle.

Cet enfant avait des ulcères à la bouche. Confié à une nourrice, il lui communiqua la maladie, dont elle ne guérit que par les mercuriaux, et après une récidive qui nécessita une seconde administration de ces remèdes. — L'enfant mourut couvert d'ulcères.

Pendant sa maladie, cette nourrice voulant se débarrasser de son lait, donna plusieurs fois le sein à l'enfant de l'une de ses voisines. Il partagea en peu de temps le sort commun, et il est maintenant, malgré les soins assidus de l'auteur, dans le plus grand danger.

La mère de cet enfant ne tarda pas à présenter aussi les symptômes caractéristiques de l'affection constitutionnelle. Elle offrit chez elle beaucoup d'intensité et ne céda qu'à deux traitements successifs.

Ce n'est pas tout : le dernier enfant avait été donné en garde à une jeune fille de 18 ans. Elle eut, par suite de ces rapports avec lui, des pustules d'abord à la bouche, puis aux parties génitales. Le traitement ordinaire fut administré et procura la guérison.

La mère du dernier enfant avait pris un autre nourrisson. L'affection se développa également sur lui. M. Facen le fit aussitôt nourrir par une chèvre. Mais une enfant de 10 ans qui le soignait, scrofuleuse, contracta la maladie, dont les premiers symptômes se manifestèrent d'abord dans la cavité buccale, puis à la vulve. Elle en fut guérie par des pilules de calomel et des frictions mercurielles.

La mère de ces enfants, âgée de 50 ans, avait avec elles des rapports journaliers. Il se développa chez elle une éruption ichoreuse au cou, aux bras, à la poitrine; ulcères aux lèvres, aux gencives, au gosier; démangeaison vive à la vulve. Un traitement antisyphilitique fut nécessaire.

Un seul enfant infecté a donc communiqué la maladie, médiatement, à sept personnes!

VI. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches cliniques sur le diabète sucré*; par M. Capezzuoli. 2° *Cas de gastro-hystérotomie*; par M. Caifassi. 3° *Analyse chimique des eaux minérales et thermales des bains d'Aqui*; par M. Targioni-Tozzetti. 4° *Histoire d'une désarticulation scapulo-humérale pour gangrène nosocomiale*; par M. Torracchi. (L'amputation, pratiquée avant que la gangrène se fût limitée, eut le plus heureux succès.) 5° *Études chimico-pharmaceutiques sur l'eau distillée de laurier-cerise*; par M. Pegna.

CAS DE GASTRO-HYSTÉROTOMIE; par M. CAIFASSI.

OBS. — P. Raffaldi devint enceinte pour la première fois à l'âge de 30 ans. Difforme du bassin, de l'épine et des membres inférieurs par suite du rachitisme, elle arriva cependant à terme. Le chirurgien, appelé au commencement du travail, put reconnaître, après un sérieux examen, que la sortie du fœtus par les voies naturelles était impossible. En effet, la courbure excessivement prononcée du sacrum, le rapprochement considérable et le défaut de parallélisme des ischions rendaient le cercle pelvien tellement rétréci que son diamètre sacro-pubien ne mesurait pas plus d'un pouce et demi.

La tête du fœtus ne descendant point, malgré des contractions utérines très-énergiques et réitérées, il fut décidé, de concert avec M. Caifassi, consultant, qu'il était nécessaire de procéder à l'opération césarienne.

La malade étant placée sur le dos et la vessie préalablement vidée, M. Caifassi fit sur la ligne blanche une incision longitudinale, depuis l'ombilic jusqu'à 1 pouce au-dessus du pubis. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula une certaine quantité de sérosité. Une anse d'intestin, qui, malgré la pression de l'acide, s'était interposée entre l'utérus et la paroi abdominale, causa quelques difficultés pour compléter l'incision de celle-ci; mais on put cependant la pratiquer en protégeant avec le doigt cette portion flottante du tube digestif.

La matrice fut ensuite divisée, couches par couches. Le placenta s'implantait précisément au milieu de sa paroi antérieure. Comme il aurait gêné l'extraction du fœtus, l'opérateur le détacha dans sa moitié gauche, puis le renversa en dehors. Il fit alors sortir les pieds, mais ne put aller plus loin, vu que la tête était solidement engagée dans le détroit supérieur.

Il fallut, pour détruire cette complication, introduire l'index et le médius droits dans le vagin, et pousser avec eux sur la tête pendant que, de l'autre main, on imprimait au tronc de légers mouvements de traction. L'enfant était vivant

Après sa sortie, on acheva de détacher l'autre moitié du placenta. On dut ensuite réduire les intestins, dont une quantité considérable avait fait hernie au dehors, tandis qu'on s'occupait de repousser la tête.

Une opération aussi compliquée que celle-ci devant déterminer l'épanchement de liquides dans la cavité abdominale, M. Caifassi craignit que si l'on employait la suture des parois du ventre, la rétention forcée de ces liquides n'amenât une violente péritonite. Il se contenta en conséquence de réunir, à l'aide de longues bandelettes agglutinatives et d'un bandage approprié. Il ne se manifesta nul phénomène d'irritation locale; pas de fièvre, à part celle dite *de lait*, qui fut même très-légère. Les liquides se firent jour en abondance, soit par le vagin, soit à travers les lèvres de la plaie du ventre.

La cicatrisation était presque achevée le quatorzième jour, et le vingt-troisième l'accouchée se rendit à l'église, parfaitement guérie.

L'auteur n'hésite pas à regarder le mode simple de réunion qu'il a adopté comme l'une des plus puissantes causes du succès obtenu. Et il est du moins positif que l'absence de suture n'a pas retardé la cicatrisation; car on voit rarement des plaies de ce genre se fermer plus rapidement que celle-ci.

VII. CORRESPONDENZA SCIENTIFICA IN ROMA.

(Mars avril et mai 1849.)

CORPS ÉTRANGER DANS LE RECTUM, AYANT NÉCESSITÉ LA GASTROTOMIE; par M. REALI.

Sous le nom de cas *très-extraordinaire*, l'auteur raconte l'histoire, en effet fort bizarre, d'un paysan âgé de 40 ans, qui, *pour diminuer ses frais de nourriture*, eut l'idée de se fermer l'orifice anal. Il choisit en conséquence un morceau de bois, irrégulièrement taillé, un peu émoussé à sa pointe et entaillé vers sa base à coups de serpette dirigés obliquement de bas en haut et de l'extérieur à l'intérieur. Ce corps avait 23 centimètres de longueur et 9 à 10 centimètres de circonférence jusqu'à sa base.

Le brave homme s'introduisit le corps étranger dans le rectum si profondément qu'il ne put plus le retirer; et après avoir souffert pendant neuf jours des douleurs inouïes, il fut transporté, le 18 décembre 1848, à l'hôpital d'Orvieto, plus mort que vif.

M. Reali, qui l'examina lors de son entrée, introduisit le doigt indicateur dans toute sa longueur; mais il ne put atteindre le morceau de bois, tant il avait pénétré haut!

Le chirurgien ayant reconnu l'impossibilité de l'extraction par les voies naturelles, ne vit pas d'autre moyen de salut que la gastrotomie, vu que les pointes qu'offrait l'extrémité du bouchon de bois et le resserrement spasmodique du rectum contre ce corps mettaient obstacle à sa descente. Il ouvrit donc le ventre et y introduisit la main; mais avant de se décider à inciser l'intestin, il essaya encore, en pressant sur le corps étranger, d'en provoquer la sortie par où il était entré. Cette tentative ayant échoué, on fut obligé d'inciser l'intestin pour extraire par là le morceau de bois.

On termina l'opération en recousant l'intestin, puis la paroi abdominale. La cure fut continuée jusqu'à parfaite guérison, *aux applaudissements et à l'extase de tous*, dit le texte italien.

— Nous joindrions volontiers notre approbation à celle des assistants, s'il nous était démontré qu'il n'y avait aucun moyen d'extraire le corps étranger par les voies naturelles. Malheureusement l'auteur n'a fait qu'introduire les doigts, et ne paraît pas avoir songé à saisir le morceau de bois avec un instrument lithotriteur. Il nous semble impossible que, manié convenablement et conduit avec persévérance, un brise-pierre n'eût pas fini par atteindre, fixer, puis entraîner le bouchon.

Les entailles obliques dont ce morceau de bois avait été sillonné ne sauraient non plus avoir opposé une contre-indication sérieuse aux tentatives d'extraction par en bas. Le moyen du tube protecteur qu'on introduit entre la surface rectale et le corps étranger rugueux afin de favoriser le glissement de celui-ci, est sans doute aussi bien connu en Italie qu'en France.

VIII. IL PROGRESSO.

Ce nouveau journal bimensuel, publié à Florence sous la direction de MM. les docteurs Balocchi, Landi et Minati, comprend dans ses premiers numéros (janvier, février, mars, avril, mai et juin 1849) les travaux originaux suivants : 1° *Cas singulier de somnambulisme*; par M. P. V. 2° *Sur la génération de la fièvre et sur quelques dépendances de la diathèse phlogistique*, par M. Pucciauti. 3° *Sur un ostéo-mellite du membre inférieur droit*; par M. Palamidessi. 4° *Rapport sur les causes efficientes des fièvres pernicieuses automnales régnant dans la ville d'Alexandrie et au dehors*; par M. Colucci. 5° *Arthrite aiguë, guérie par le sulfate de quinine*; par M. Bruni. 6° *Ulcération intestinale de cause traumatique*; par M. Landi. 7° *Recherches microscopiques sur l'altération des globules du sang par l'action de quelques substances médicamenteuses*; par MM. Ranieri, Bellini et Tigri. 8° *Amputo-désarticulation de la première pièce du sternum pour cause de carie scrofuleuse*; par M. Landi. 9° *Deux mots sur quelques cas de névralgie et d'état spasmodique*; par M. Fallani 10° *De l'action des poisons*; par M. Bellini. 11° *Des fonctions de la rate*; par M. Tigri. 12° *De l'hydrothorax*; par M. Cappezzuoli. 13° *Sur la reproduction et l'organisation de quelques cryptogames*; par M. Targioni Tozzetti. 14° *Rupture de l'iléon par suite d'une contusion, sans épanchement de matières fécales dans le péritoine*; par M. Burresi. 15° *Amputation partielle du pied*; par M. Tempesté. 16° *Kyste hydatigène sur la partie convexe du lobe droit du foie*; par M. Pecchioli. 17° *Extraction complète du radius*; par M. Ginnaneschi. (L'os était nécrosé et sortit sans efforts.) 18° *D'une cause peu connue et peu étudiée d'infécondité chez la femme*; par M. Vannoni. 19° *Du nitrate d'argent contre la diarrhée des enfants*; par M. Bracciolini.

ULCÉRATION INTESTINALE, DE CAUSE TRAUMATIQUE; par M. LANDI.

L'observation suivante, dont l'intérêt sous le rapport médico-légal paraîtra évident, offre aussi un trait frappant de ressemblance avec ces blessures où les chirurgiens militaires ont occasion de constater la rupture d'un des viscères abdominaux, la paroi du ventre étant demeurée intacte.

OBS. — Un nommé Del Moso, âgé de 23 ans, de tempérament sanguin bilieux, s'occupait, l'un des premiers jours de septembre 1845, à midi, à charger son fusil pour faire peur à ceux qui viendraient voler ses raisins. Pour lever le chien

de l'arme, il eut besoin d'en appuyer la crosse contre son aine droite; mais au moment de le porter en haut, le chien tomba, le coup partit, et la crosse le frappa violemment contre la région inguinale. Peu de temps après, il s'y développa une vive douleur. Le malade, conduit à l'hôpital de Montepulciano, ajouta au récit ci-dessus qu'il avait depuis quelque temps, du côté qui venait d'être frappé, une hernie qu'il ne contenait point par un bandage. L'examen le plus attentif n'y laissa pas découvrir la moindre trace de lésion ni la présence d'aucun viscère hernié. On y appliqua des sangsues et des emplâtres (*sic*: probablement ce sont des cataplasmes), on administra des clystères; puis, lorsque la fièvre diminua, une saignée générale fut pratiquée. Il n'eut depuis lors ni évacuations alvines ni amélioration dans les douleurs. Le ventre devint gonflé, douloureux; nausées; le pouls lent, fugace; le visage se décomposa; refroidissement subit; enfin mort quarante-cinq heures après l'accident.

L'AUTOPSIE laissa voir une inflammation presque générale des intestins, de l'épiploon et du péritoine pariétal, et un ulcère circulaire du diamètre d'un denier dans l'iléon. Par cette ouverture s'était fait un épanchement de près de deux livres de matières fécales demi-fluides, contenant surtout des peaux et des pepins de raisin. Tout autour de cette perforation, et dans l'étendue de 4 à 5 lignes, il existait une fine injection, et l'on voyait sur ses bords des filaments albumineux. L'intestin était libre dans la cavité abdominale.

La paroi externe de la région frappée était enflammée dans une grande étendue, et ecchymosée en quelques points. Le péritoine formait un petit sac herniaire qui sortait d'environ 1 pouce hors de l'anneau crural. Le cul-de-sac de cet enfoncement était un peu renversé en dedans, comme si un corps adhérent à son fond l'eût tiré en ce sens. Outre l'inflammation, à laquelle il participait, ce sac présentait, surtout à sa base ou ouverture, des dépôts albumineux.

La coexistence de ces tractus albumineux au pourtour de la perforation intestinale et dans le sac porte à penser que l'anse, depuis longtemps adhérente au dehors, a été frappée par le corps contondant.

L'auteur agite la question de savoir si l'intestin n'aurait pas été seulement enflammé par ce coup, et s'il ne pourrait pas se faire que la perforation fût arrivée par suite de la pression exercée par le ligament de Gimbernat contre un viscère déjà irrité. Mais cette seconde version, que d'ailleurs il ne donne que comme hypothèse à discuter, ne nous paraît pas, à beaucoup près, aussi vraisemblable que celle d'une rupture subite, puis d'un épanchement qui s'effectua dès que l'intestin rentra ensuite dans l'abdomen.

AMPUTO-DÉSARTICULATION DE LA PREMIÈRE PIÈCE DU STERNUM POUR CAUSE DE CARIE SCROFULEUSE; par M. PECCHIOLI.

Nous conservons le nom original que l'auteur a cru devoir donner à cette opération, laquelle marquera certainement dans les fastes de l'art, non-seulement comme preuve de l'habileté du célèbre chirurgien de Sienne, mais aussi comme exemple d'une opération réglée substituée aux tentatives de resection partielle que jusqu'ici on s'était borné à exécuter sur le sternum.

OBS. — Domenico Pallotai, militaire, affecté du vice scrofuleux depuis l'âge de 23 ans, réclama les secours de l'art au mois de juin 1839 pour une carie étendue de la première pièce du sternum. La peau sous-jacente à l'os malade, décollée et ulcérée en plusieurs points, donnait continuellement issue à une matière purulente et permettait aisément de constater avec le stylet tous les ravages du mal. Une fièvre lente avec toux opiniâtre, affaiblissement et émaciation sensible compliquait l'affection locale.

Pallotai demandant à être opéré, on le soumit d'abord pendant deux mois à la diète lactée; ce qui, avec l'aide d'autres remèdes analogues, fit disparaître la fièvre, ainsi que la toux, et ranima les forces.

Après ces soins préalables, la nécessité de l'opération ayant été décidée en consultation, M. Pecchioli y procéda le 1er septembre. Avec un bistouri convexe, il fit une incision verticale sur la ligne médiane, puis deux incisions horizontales rencontrant chacune par son milieu l'une des extrémités de la première. Les deux lambeaux carrés formés de cette façon furent disséqués, puis renversés en dehors; ce qui mit à découvert la portion d'os cariée. L'opérateur la reséqua alors par en bas au moyen d'une petite scie. Latéralement, il n'employa qu'un bistouri courbe à lame étroite; le dirigeant de dedans en dehors, il incisa le second et le troisième cartilage sterno-costal, coupant la première côte en partie avec le stéotome, en partie avec le scalpel. Il n'y eut besoin de désarticuler que la clavicule droite, la gauche étant depuis longtemps déjà luxée par la destruction des ligaments baignés de pus.

La pièce sternale étant entièrement détachée de ses connexions osseuses et cartilagineuses, le chirurgien introduisit un levier sous le milieu de son extrémité inférieure. Il souleva ainsi le segment malade et termina son extraction en incisant de bas en haut avec le bistouri ordinaire l'attache des sterno-cléido-mastoïdiens, des sterno-hyoïdiens et des sterno-thyroïdiens. A part l'artère mammaire interne droite, tous les autres vaisseaux ouverts étaient sans importance.

A la place du sternum enlevé, on voyait le périoste, qui avait été ménagé. Il était épaissi, et offrait sous lui, en bas et à droite, un foyer purulent que l'on évacua. Par cette ouverture, on pouvait observer à travers la plèvre les mouvements respiratoires, ceux du cœur et des gros vaisseaux. La portion reséquée présentait les lésions de la carie en quelques points, dans d'autres celles de la nécrose.

Le malade avait eu une lipothymie après le pansement. La fièvre fut légère, mais la toux reparut et dut être combattue par la jusquiame. On enleva dès le lendemain l'appareil que le pus avait traversé.

Le 3, la suppuration avait augmenté; la fièvre persistait, peau chaude.

Le 4, la toux, devenue presque continuelle, s'accompagne de difficulté à expectorer; suppuration toujours abondante; la plaie commence à bourgeonner dans quelques points de sa surface.

A minuit, il survient, après de violents accès de toux, une hémorrhagie dont on ne peut constater l'origine, mais qui cède à des applications d'eau froide.

L'hémorrhagie revient le 5 au matin, et le même moyen l'arrête. On fait une petite saignée pour en prévenir le retour. Elle reparaît cependant deux fois encore le même jour avec une nouvelle force. Le malade tombe en défaillance et expire après une heure d'agonie calme.

NÉCROPSIE. — Léger épanchement séreux dans les cavités pleurales. Abcès entre la plèvre costale et la pulmonaire, correspondant à la face antérieure du lobe supérieur du poumon droit, et contenant environ 150 grammes de pus. Il était fermé de tous côtés par les lames de la plèvre. Hydro-péricardes. Oreillettes et ventricules du cœur, presque vides de sang.

— Il est impossible de voir, dans cette opération, rien qui en justifie le titre et qui ressemble à une désarticulation. Le chirurgien a coupé l'os avec une scie. De plus, il l'a divisé bien certainement au-dessous du niveau de la poignée avec le corps, puisque le texte dit qu'il incisa le cartilage de la troisième côte. Or la troisième côte s'articule, comme chacun le sait, avec le corps du sternum, et non avec ce que l'on appelle son manche.

De regrettables omissions empêcheront de tirer de cette observation tout le parti possible. Ainsi, on ne dit rien de l'âge du malade. Ni l'histoire clinique, ni la nécropsie ne font mention de la présence ou de l'absence de tubercules dans ses poumons.

Enfin, on se demande si la mammaire interne fut liée au moment où le chirurgien s'aperçut qu'il venait de l'ouvrir. Si réellement cette précaution n'a pas été prise, les hémorrhagies qui survinrent et qui furent la véritable cause de la mort, seraient un avertissement sérieux pour tout opérateur qui voudrait à l'avenir exécuter le plan opératoire conçu par M. Pecchioli.

D'UNE CAUSE PEU CONNUE ET PEU ÉTUDIÉE D'INFÉCONDITÉ CHEZ LA FEMME; par M. VANNONI.

Ce travail est le résultat d'une expérience spécialement dirigée vers ce point particulier depuis dix-neuf ans. Effectivement c'est en 1830 que l'auteur vit la première malade qui attira ses méditations et qui a servi de type à la description de l'état qu'il vient faire connaître.

OBS. — Une jeune femme de 21 ans, mariée depuis trois ans, ne pouvait devenir mère quoiqu'elle jouît d'une santé excellente en apparence et fût dans les meilleures conditions pour atteindre le but désiré. M. Vannoni pratiqua le toucher et trouva le col très-élevé dans le vagin, long de 4 ou 5 lignes, ayant une circonférence de près d'un demi-pouce, très-dur, froid et insensible. On pouvait à peine sentir l'orifice, à moins d'appuyer contre lui avec une certaine force la pulpe du doigt explorateur: cet orifice était circulaire. La base du col et son sommet avaient la même dimension. Le centre, légèrement plus volumineux, donnait à la totalité du col, renflé vers le milieu de sa hauteur, quelque ressemblance avec une olive. Le corps du viscère, exploré avec un doigt dans le cul-de-sac vaginal, et une main sur l'hypogastre, parut très-petit, quoique de forme normale. — La chaleur du vagin contrastait fortement avec la température très-basse qu'on trouvait au col.

Les mamelles étaient un peu moins développées qu'on ne les voit ordinairement à cet âge. Les devoirs de l'hymen étaient, de la part de cette femme, accomplis sans repugnance, mais sans plaisir sensuel.

Cette femme devint enceinte et accoucha heureusement en 1837, après dix ans de mariage. Elle eut plus tard deux autres enfants.

De ce premier fait, l'auteur tira la conséquence que l'atrophie, le défaut de développement du col dont il s'agit, n'est point un état nécessairement incurable.

En poursuivant ses investigations, il eut, peu de temps après, occasion de constater la même disposition, les mêmes caractères du col sur une femme de 40 ans, qui avait eu un enfant à 19 ans, s'était depuis lors adonnée au libertinage, et n'avait plus pu devenir enceinte. L'atrophie utérine était ici acquise, et non congénitale comme dans le premier cas.

Chez plusieurs autres femmes, mariées à un âge déjà assez avancé (30, 32, 38, 40 ans), il a reconnu ce vice de formation qu'il propose de nommer *hystéro-trachélo-atrophie* ou *micro-trachélo-hystérie*. Mais l'accomplissement le plus assidu des fonctions conjugales n'a pu, malgré leurs désirs, les rendre mères.

L'auteur en était resté là de ses observations, et il cherchait, sans avoir pu le découvrir, le remède de cette affection lorsque, en 1838, il fut consulté par une dame âgée de 23 ans, mariée depuis deux ans; mal réglée, du moins pour la quantité et les époques, elle offrait les mêmes conditions du col utérin que la première malade, était indifférente comme elle aux

jouissances de l'hymen, comme elle aussi stérile et se désolant de sa stérilité. Il se borna à lui conseiller l'exercice du cheval et l'usage d'eaux ferrugineuses. Deux ans après, la mentruation s'était déjà régularisée. Le col utérin, devenu déjà un peu plus volumineux, mesurait 6 à 7 lignes de longueur. L'année d'après (1840), la même dimension s'était élevée à 13 ou 14 lignes. En 1842, il en présentait 14 ou 15. Son tissu était plus mou et spongieux en quelques points. Parallèlement à ces changements successifs, l'appétit vénérien s'était prononcé de plus en plus.

La grossesse désirée ne tarda pas à avoir lieu ; elle accoucha d'un garçon après sept ans de mariage.

Dans deux autres cas analogues de tout point à celui-ci, la grossesse arriva après neuf et onze ans de mariage.

M. Vannoni fut par là conduit à penser que le stimulant propre de l'organe utérin, c'est-à-dire l'*acte conjugal* répété, constitue le meilleur moyen de faire cesser le défaut de développement du col, de rétablir à la fois ses dimensions, sa texture et ses fonctions normales, ainsi que son aptitude à permettre la fécondation.

Si cependant le mariage a été contracté trop tardivement, l'arrêt de développement devient un état confirmé définitif, et l'agent ordinairement si favorable qui en est l'antidote ordinaire n'a plus le pouvoir de ramener les conditions naturelles. — D'après son expérience, M. Vannoni avance que l'on peut espérer obtenir le retour de l'utérus atrophié à son état normal pourvu que les relations sexuelles aient été commencées avant que la malade ait atteint sa vingt-neuvième année.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE.

UNITÉ DE COMPOSITION DU LAIT DES MAMMIFÈRES ET DU CONTENU DE L'ŒUF DES OVIPARES PROPREMENT DITS.

M. Serres communique sous ce titre, au nom de M. le professeur Joly (de Toulouse), une note dont nous extrayons ce qui suit :

Occupé en ce moment de recherches physiologiques et chimiques sur le lait en général, et sur celui des femmes en particulier, M. Joly s'est proposé d'examiner cette idée qui lui a été suggérée par la *théorie des analogues*, savoir si le lait des mammifères n'est pas physiquement et même chimiquement identique avec le contenu de l'œuf des ovipares; de manière qu'il n'y aurait qu'un seul et même aliment pour tous les embryons, de même qu'il n'y a pour eux qu'un seul et même œuf.

Voici les analogies qu'il croit pouvoir admettre, au moins positivement :

On trouve dans l'œuf les globules vitellins qui contiennent une huile grasse, susceptible de se figer par le refroidissement, analogue du beurre et des globules qui le renferment, l'albumine et la vitelline différant si peu de la caséine que les chimistes les ont confondues sous la dénomination commune de matières albuminoïdes ou protéiformes; du sucre de lait, de l'eau et des sels, notamment du phosphate de chaux.

En traitant l'œuf de poule comme le lait des mammifères et par les mêmes agents chimiques (alcool, éther sulfurique, acide acétique), M. Joly a obtenu, à très-peu de chose près, les mêmes réactions.

Enfin, entre autres analogies moins frappantes, mais non moins réelles, M. Joly rappelle le mode de formation des globules butyreux, qui, d'après M. Gros (de Moscou), serait identique à celui des vésicules vitellines, l'existence de l'air dans l'œuf et la perméabilité de la coquille à ce fluide indispensable à la respiration de l'embryon des ovipares.

REMÈDE USITÉ CONTRE L'HYDROPHOBIE EN ABYSSINIE.

M. Rochet-d'Héricourt envoie une note sur la racine employée dans le nord de l'Abyssinie (à Dévratabor) contre l'hydrophobie.

Pour préparer le médicament, on enlève très-superficiellement l'écorce de cette racine; on fait sécher cette dernière, et on la réduit en poudre. On en donne au malade de 10 à 12 grains dans une petite cuillerée de miel ou de lait. Une heure et demie après qu'il a pris cette dose et qu'il a eu plusieurs évacuations et plusieurs vomissements, on lui fait boire de nombreuses tasses de petit-lait; et quand il est bien affaibli par suite de ces évacuations, on lui fait manger un gésier de poule rôti au beurre bien pimenté, qui arrête l'effet du médicament. Le malade mange également la poule, que l'on fait cuire de la même manière avec beaucoup de piment.

Cette racine, dont M. Rochet-d'Héricourt a vu lui-même les effets émétocathartiques, agit aussi par les urines, qui deviennent fortement chargées, et dans lesquelles il a constaté la présence de vers microscopiques.

Aussitôt que la dose a produit son action, le malade atteint de rage ne se trouve plus que sous l'influence particulière du médicament.

FIÈVRES PERNICIEUSES.

M. Liégey, médecin à Rambervillers (Vosges), adresse un mémoire intitulé : Quelques aperçus sur les fièvres pernicieuses. L'auteur a principalement pour but de prouver que le choléra actuel peut s'offrir sous le type intermittent dans une contrée non paludéenne; que l'influence cholérique n'est pas née *ex abrupto* (en France), mais qu'il y a eu d'assez longues périodes de germination et d'accroissement; qu'enfin le choléra asphyxique, algide, est le plus grand anneau d'une longue chaîne de pyrexie à laquelle se rattachent les diverses formes de la maladie dite méningite encéphalo-rachidienne épidémique, la grippe et certaines fièvres exanthématiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend une lettre de M. Carlier, préfet de police, qui transmet, conformément au désir exprimé par le secrétaire perpétuel, au nom de l'Académie, l'état par quartier et par arrondissement, des décès à domicile, causés par le choléra-morbus depuis l'invasion de l'épidémie jusqu'au 31 octobre.

D'après ce tableau, les décès se sont répartis de la manière suivante dans les douze arrondissements :

1er arrondissement	....	836
2e	—	915
3e	—	500
4e	—	449
5e	—	1023
6e	—	1120
7e	—	837
8e	—	1143
9e	—	717
10e	—	1137
11e	—	514
12e	—	1759
Total		10950

Les décès se sont répartis ainsi dans les divers mois de l'année :

Mars	130
Avril	694
Mai	2426
Juin	5769
Juillet	419
Août	810
Septembre	670
Octobre	32

La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

NOUVEAUX MOYENS D'ISOLER LE FER.

M. Poumarède, chef des travaux chimiques de l'Académie, communique un mémoire sur de nouveaux *moyens d'isoler le fer.*

Tout le monde sait que le fer, réduit par l'hydrogène, est aujourd'hui généralement employé en médecine ; mais ce qu'on ignore communément, c'est que le produit qu'on trouve sous ce nom dans le commerce est, malgré son prix fort élevé, un produit fort impur, attendu que l'hydrogène, en réduisant le peroxyde de fer, dépose sur ce métal toutes les impuretés qu'il renferme et qu'il est très-difficile de lui enlever.

M. Poumarède propose un moyen qui permet d'obvier à ces inconvénients et d'obtenir en très-peu de temps un fer très-pur et très-divisés, qui, au lieu de coûter 25 fr. le kilogramme, comme coûte le fer réduit par l'hydrogène, ne coûtera pas 25 sous.

Ce moyen consiste tout simplement à placer l'oxyde ferrique que l'on veut réduire dans un vase en tôle qu'on introduit, concurremment avec du charbon contenu dans des paniers en toile métallique ou en fil de fer, dans un long cylindre que l'on place dans un fourneau à réverbère et qui communique avec l'atmosphère par un long tube vertical.

Après deux heures d'une température rouge sombre, et alors qu'il ne se dégage plus de gaz oxyde de carbone, on enlève le cylindre du fourneau, et après qu'il est complétement refroidi, on trouve, en délutant l'appareil, l'oxyde ferrique réduit à l'état de fer spongieux qui n'est point pyrophorique.

La théorie de cette réduction nous paraît appelée à jeter un nouveau jour sur les phénomènes de ce genre. L'oxygène de l'air renfermé dans l'appareil forme d'abord une quantité d'oxyde de carbone qui vient réduire une partie correspondante d'oxyde ferrique, forme de l'acide carbonique qui contient une quantité d'oxyde de carbone double de la première ; de telle sorte qu'en vertu du phénomène progressif et continu qui se produit dans ce cas, l'oxyde ferrique se trouve constamment dans une atmosphère réductrice qui entraîne promptement sa réduction.

DIATRIPTEUR, INSTRUMENT DESTINÉ A DIVISER ET A EXTRAIRE LA TÊTE D'UN FOETUS MORT.

M. Didot, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Liége, adresse

un mémoire et un instrument qu'il nomme *diatripteur*. Il emploie cet instrument pour diviser la tête du fœtus mort et l'extraire dans les cas de vice de conformation du bassin. Cet instrument, comme son nom l'indique, agit par distension et éclatement : c'est une longue et forte pince dont les mors sont dentelés en dedans, et en dehors une des branches est creuse; elle contient une tige terminée par un dard, que la pression du pouce fait saillir. Ce dard s'implante dans la portion de la tête qui se présente, dans les fosses nasales de préférence, et lorsque les branches ont pénétré assez avant, on les écarte; les os se désarticulent ou éclatent; les portions détachées sont reprises par les mors des pinces, et extraites si elles sont trop grosses pour sortir; on les brise au moyen d'une crémaillère adaptée aux branches de l'instrument et d'un pignon qui l'engrène. Le diatripteur a été exécuté par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris.

M. Poggioli communique la relation de deux cas graves de hernies étranglées réduites par le vinaigre pris intérieurement.

M. Macario, de Sancergues (Cher), adresse une note sur le traitement du choléra par la strychnine.

M. Nelken annonce à l'Académie que, dans les derniers cas de choléra qu'il a eu à traiter, il a réussi à arrêter les vomissements et la diarrhée, et à rétablir la circulation, en faisant de larges cautérisations sur le ventre, les mollets et diverses autres parties du corps, au moyen de l'ammoniaque liquide.

M. le docteur Lorenzo Moder, médecin à l'hospice civil de Trente, envoie un mémoire en italien, sur un antidote du choléra. (Commission du choléra.)

M. le Président annonce qu'il y aura séance extraordinaire samedi prochain pour des rapports arriérés.

MM. Benjamin Brodie et Hogdson sont présents à la séance.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

M. Velpeau cède le fauteuil à M. Bricheteau pour monter à la tribune.

ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. Velpeau : Je demande pardon à l'Académie de prendre la parole pour la troisième fois dans cette discussion ; mais il ne m'a pas été possible, dans la dernière séance, de terminer ce que j'avais à dire sur quelques points, et notamment sur les inflexions de l'utérus. J'ai dit que ces inflexions étaient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pensait généralement. Pour donner une idée de cette fréquence, je dirai qu'ayant prié un de mes internes, M. Follin, d'en chercher des exemples sur le cadavre, il en a rencontré 6 cas dans un hiver, et que M. Deville, prosecteur des hôpitaux, en a trouvé 7 à 8 dans le même espace de temps. Mais je sais bien que les partisans de l'engorgement ne se tiendront pas pour battus par ce fait; ils invoqueront un dernier refuge; ne pouvant plus nier les inflexions, ils diront qu'elles sont la conséquence de l'engorgement. C'était l'argument favori de Lisfranc. A cela je répondrai à mon tour aussi par une assertion, c'est que ça n'est pas. Je ne veux pas dire par là qu'il n'y ait jamais de tuméfaction dans l'utérus, qu'il ne soit pas hypertrophié; il l'est quelquefois; mais je dis qu'il ne l'est pas ordinairement; j'ajoute que, quand l'hypertrophie existe, elle est la suite et non la cause de l'inflexion. Je sais bien qu'on me dira de démontrer ce que j'avance, et j'avoue que ça me paraît difficile; mais il est difficile aussi de démontrer le contraire par les faits directs ; il faudrait donc se lancer dans les raisonnements, et cela nous mènerait bien loin. Je dirai seulement que, lorsque l'engorgement existe, il se trouve du côté infléchi, en avant s'il y a antéflexion, en arrière s'il y a rétroflexion, etc.

On me dira encore : Comment expliquez-vous tous les symptômes qu'éprouvent les malades par une simple inflexion? Je n'en sais rien, et il me suffit que le fait soit ainsi. Il y a trois ordres de phénomènes qui doivent être la conséquence naturelle de l'inflexion. La matrice infléchie agit mécaniquement sur le rectum et la vessie, et par suite sur le système nerveux, comme le ferait l'engorgement.

Le volume de l'organe ne peut être augmenté sans que les ligaments larges soient en quelque sorte raccourcis; d'où des tiraillements sur le plexus hypogastrique et une réaction très-naturelle sur tout le système du grand sympathique.

Enfin la matrice ne peut s'infléchir sans qu'un changement notable s'effectue dans le canal utérin, sans qu'il se forme une sorte de rétrécissement vers le siége de l'orifice interne du col. De là difficulté pour le passage des règles ; de là ces douleurs qui se font sentir pendant les trois, quatre, cinq jours qui précèdent l'époque menstruelle, et qui cèdent ordinairement à l'instant où les règles paraissent. C'est sans doute à cette cause aussi que la plupart des femmes doivent ces coliques qui précèdent l'époque menstruelle.

J'ai agi dans ce cas-là comme je l'aurais fait sur le canal de l'urètre, et quand j'ai pu parvenir à dilater le canal utérin, les règles ont cessé d'être douloureuses.

Ce rétrécissement peut produire encore une autre espèce d'accident, dont j'ose à peine parler, c'est la stérilité. Je pourrais citer les noms de quatre ou cinq dames, qui étaient mariées depuis quatre, six, huit ou dix ans sans avoir eu d'enfants, et qui sont devenues enceintes après que j'ai eu dilaté le canal utérin. Je n'insisterai pas sur ce point délicat de la question.

J'arrive maintenant à la thérapeutique de ces affections. J'en ferai tout d'abord l'aveu, nous ne sommes pas très-riches sous ce rapport, car la plupart de nos remèdes échouent.

On a beaucoup usé et abusé des pessaires ; j'en ai peut-être abusé moi-même à une époque où j'étais moins éclairé sur la véritable nature des maladies utérines. Les pessaires peuvent bien avoir un certain avantage quand il s'agit de simples déviations; mais comment pourraient-ils agir sur l'utérus infléchi? Cela ne se conçoit pas. Aussi a-t-on fini par les abandonner presque généralement.

Les sachets dont les charlatans se sont emparés ont aussi eu leur vogue. Il y a à Paris une femme qui mène grand train, et qui prétend avoir guéri beaucoup de maladies de l'utérus au moyen de ces sachets. Tout cela soulage, mais ne guérit pas. Pour guérir, il faudrait redresser : c'est là ce qui est difficile. J'ai imaginé, pour y parvenir, plusieurs instruments : d'abord une tige qu'on introduisait courbe et qui se redressait ensuite. Quelques femmes l'ont supportée; la plupart n'ont pu la garder, et chez d'autres il s'est manifesté quelques accidents. Les pessaires à tige n'ont pas eu de plus heureux résultats. Je n'ai pas pu parvenir encore en définitive à trouver un instrument convenable.

On a eu l'idée d'agir par le rectum, en plaçant de petites vessies remplies d'eau ou d'autres corps dont l'effet devait être de repousser en avant l'utérus rétroversé. On est parvenu, dans quelques cas, à redresser; mais les femmes répugnent en général beaucoup à l'emploi de ce moyen.

J'ai voulu examiner aussi un moyen bizarre avec lequel une femme de Paris a fait fortune : je veux parler des frictions sur le ventre. Je dois avouer que j'ai vu de mes propres malades que je n'avais pu soulager moi-même, et qui me sont revenues guéries après avoir été frictionnées par la femme en question. La maladie touchait-elle alors à son terme naturel, était-elle usée, car les maladies dont il s'agit ont souvent une durée temporaire? C'est probable; mais le fait de la guérison à la suite des frictions, sinon par les frictions, est positif.

Dans tout cela, je n'ai trouvé qu'un moyen un peu général : ce sont les ceintures hypogastriques, que mon collègue M. Moreau a proscrites d'une manière si absolue. Ces ceintures, dont les meilleures me paraissent être celles à plaques fixes, produisent dans presque tous les cas une amélioration. Je ne sais trop comment expliquer ce fait, mais il m'a semblé qu'elles agissaient en soulageant la matrice du poids des viscères abdominaux.

Dans tout ce qui précède, je n'ai eu en vue que les maladies du corps de l'utérus; je vais maintenant dire quelques mots de l'engorgement du col. Je n'ai pas le moins du monde l'intention de nier l'engorgement du col; ce que je prétends seulement, c'est que l'engorgement, pour le col comme pour le corps, est rare; c'est ce qui me paraît facile à démontrer, à moins qu'on n'entende par ce mot d'engorgement l'inflammation ou l'hypertrophie du col. Il y a pour les engorgements du col comme pour les engorgements du corps une cause d'erreur; mais elle est d'une autre nature. D'abord le col n'a pas le même volume chez toutes les femmes; d'un autre côté, le col paraît souvent plus gros au toucher qu'au spéculum, ce qui a pu faire croire à des engorgements qui n'existent pas. J'ai vu chez des femmes qui abusaient du coït, un col gros, douloureux, enflammé; mais ce n'est pas là évidemment de l'engorgement chronique. J'ai vu des cols longs, mous, indolents, c'était de l'hypertrophie, c'est-à-dire une difformité, mais non point une maladie. J'ai vu enfin des cols enflammés; de sorte qu'en dehors des divers états que je viens de mentionner, je ne comprends pas trop ce qu'on peut entendre par engorgement.

Enfin, je dois dire deux mots de la maladie dont M. Robert nous a entretenus, et qui, loin d'être une affection toute spéciale résultant de l'état morbide d'un organe tout particulier, ne me paraît être que l'affection granulée que nous voyons très-souvent sur le col et sur le vagin, et qui se prolonge communément aussi dans l'intérieur de la cavité utérine.

Ainsi, pour moi, le col n'est pas plus sujet à s'engorger que le corps. Je me résume en disant :

1° Qu'il n'y a pas d'engorgement chronique essentiel du corps de l'utérus, et j'ajoute aujourd'hui du col, à moins qu'on n'entende par là l'hypertrophie ou l'inflammation ; 2° que la maladie la plus ordinaire du col, c'est l'affection granuleuse qui cède à un traitement topique, et qui s'use souvent d'elle-même, sans traitement ; 3° que parmi les moyens thérapeutiques préconisés, il n'en est pas un seul qui soit bon.

Un dernier mot : on se plaint fréquemment de la longueur et de la stérilité de nos discussions. Pour la longueur, on peut avoir raison, mais pour la stérilité, je le nie. Il y a hors de cette enceinte beaucoup de praticiens qui n'ont, à cet égard, aucune opinion préconçue, et qui n'attendent que le résultat de cette discussion pour en adopter une. Il résultera de tout ceci qu'on regardera de plus près à l'avenir, et cette discussion fera disparaître plus d'engorgements que tous les fondants du monde.

M. Récamier : Depuis qu'on a pu, à l'aide du spéculum, mettre en quelque sorte toutes les maladies de l'utérus à découvert, on y a trouvé, comme sur tous les autres organes, des phlegmasies. Mais ces phlegmasies sont-elles toutes les mêmes? Non : il y en a d'aiguës, il y en a de chroniques, il y en a de simples, de compliquées; enfin il y a des phlegmasies d'une nature spécifique. Ces phlegmasies demandent à être traitées de bien des manières différentes. Il y a de ces phlegmasies qui guérissent très-bien par les émollients, mais il en est qui ne guériraient jamais par ce moyen. J'ai donné des soins à des personnes qui avaient épuisé toutes les médications émollientes; j'ai eu recours à d'autres moyens; j'ai employé d'abord le nitrate de mercure, puis le nitrate de potasse dissous ou cristallisé, suivant les cas, et je suis parvenu, à l'aide de ces agents, à guérir des maladies de l'utérus qui avaient jusque-là été réfractaires aux autres méthodes. J'ai employé aussi les sachets pulvérulents, et j'ai réussi quelquefois sans avoir eu besoin de recourir à la cautérisation.

M. Velpeau a parlé des hypertrophies et des engorgements inflammatoires de l'utérus ; il y a autre chose encore. La nutrition de l'utérus est-elle une fonction qui puisse éprouver des altérations comme elle en éprouve dans les autres organes? Sans aucun doute. Pourquoi dès lors ne pas tenir compte de ces altérations? M. Récamier cite ici à l'appui de cette proposition des cas de transformations du tissu utérin en tissu anormal, sans analogue dans l'économie,

des exemples d'hypertrophies, les uns sans changement, les autres avec changement de texture, et enfin des cas d'une altération spéciale, qu'il désigne sous le nom de boursouflement.

Passant ensuite aux productions morbides intra-utérines, M. Récamier rapporte plusieurs faits dans lesquels il a amené au dehors des productions sans rapport de texture avec le tissu utérin. C'est l'observation des faits de ce genre qui l'a conduit à reconnaître qu'on pouvait impunément cautériser et récurer l'intérieur de l'utérus. Il termine enfin par la relation d'un grand nombre d'histoires particulières, qui tendent à établir, suivant lui, l'innocuité et l'efficacité de la cautérisation et de la méthode thérapeutique qu'il a instituée, le curage de la cavité de l'utérus.

PLAIE DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE AVEC DIVISION DU CONDUIT LACRYMAL ET RÉUNION AU MOYEN DE LA SUTURE.

M. le docteur A.-J. DESORMEAUX, chirurgien du bureau central, communique à l'Académie une observation de plaie de la paupière inférieure avec division du conduit lacrymal et réunion au moyen de la suture en conservant le conduit.

Il est entré, dit l'auteur, le 16 octobre, dans le service dont j'étais chargé à l'Hôtel-Dieu, un homme qui avait à la paupière inférieure du côté droit une plaie avec division du conduit lacrymal. Cette plaie, résultat d'un coup reçu en se débattant contre un sergent de ville, commençait au bord de la paupière, entre le point lacrymal et la commissure interne, descendait verticalement jusqu'au niveau du rebord orbitaire, puis se portait en dehors, transformant ainsi la moitié de la paupière en un lambeau qui se renversait en dehors et en bas. D'après cette disposition, il était évident que le conduit lacrymal était divisé; je m'en assurai en introduisant par le point lacrymal un stylet d'Anel qui ressortit dans la lèvre externe de la plaie. Lorsque je vis le malade pour la première fois, la blessure existait depuis trois jours sans avoir été pansée, et il était survenu un gonflement qui ne permit pas de tenter la réunion. Je fis appliquer des cataplasmes, et j'attendis quelques jours pour pratiquer l'opération suivante dans le but de réunir les deux lèvres de la plaie en conservant le conduit lacrymal.

Je commençai par passer une soie au moyen d'un stylet de Mycon que je fis entrer par le point lacrymal et sortir dans la plaie; puis je cherchai dans la lèvre interne l'autre bout du conduit divisé par où j'introduisis le même stylet jusque dans le sac lacrymal. Arrivé là, je ne pus pas le faire descendre dans le nez, et je l'amenai au dehors par une incision semblable à celle que l'on fait dans l'opération de la fistule lacrymale. Je laissai alors le stylet de Mycon, et je me servis du ressort de Pamard pour faire descendre dans le canal nasal et sortir par la narine le bout de la soie que j'avais amené au dehors par la plaie du sac. Ce séton ainsi placé, je réunis la plaie préalablement rafraîchie au moyen de deux points de suture séparés placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous du conduit. J'eus soin en enfonçant mes aiguilles de faire tendre le fil de soie afin que les extrémités du conduit fussent mieux affrontées.

Le quatrième jour, j'enlevai les points de suture; la plaie était réunie jusqu'au-dessus du conduit. Sa partie supérieure présentait seulement un petit écartement. Depuis l'opération, j'ai continué à tirer chaque jour un peu de la soie que j'ai laissée aussi longtemps pour m'opposer au resserrement de la cicatrice.

C'est à peine si les auteurs ont parlé de la section des conduits lacrymaux, et ils n'indiquent pas ce que l'on pourrait faire pour empêcher leur oblitération par le travail de cicatrisation. Leur silence me paraît tenir à la rareté de cette lésion. En effet, pour qu'elle ait lieu, il faut que la blessure porte entre le point lacrymal et le sac, c'est-à-dire dans une étendue de 7 à 10 millim. au plus et sur un point protégé par les saillies osseuses du nez, du sourcil et de la pommette. Si j'eusse simplement réuni la plaie, il est évident que le conduit aurait été oblitéré, ces deux bouts ne se trouvant plus au même niveau, et il ne serait resté plus tard que la ressource d'imiter Monco en perçant un nouveau canal à l'aide d'une aiguille courbe, procédé défectueux sur lequel on ne peut compter pour obtenir un résultat durable. Il valait mieux, ce qu'on fait pour une plaie de l'urètre, maintenir la cavité du conduit pendant la cicatrisation de la plaie. C'est ce que j'ai fait. Cette opération a quelque ressemblance avec le procédé de Louis pour le canal de Sténon, lorsque après avoir dilaté ce canal, on y laisse la mèche en faisant la suture de l'ouverture externe de la fistule. Mais dans le cas dont il s'agit, j'avais l'avantage de pouvoir faire passer le fil de part en part par les voies lacrymales tout en fermant la plaie, ce que l'on ne peut faire pour le canal de Sténon. Je pense cependant que dans les plaies récentes de la joue divisant ce canal, on pourrait appliquer un procédé analogue à celui que j'ai employé en introduisant dans les deux bouts une corde à boyaux ou un fil de plomb avant de faire la suture. Quoiqu'il en soit je crois avoir employé pour la paupière un procédé nouveau, et que l'on devrait suivre si l'on avait à soigner une plaie de cette nature, c'est à ce titre que je le soumets à l'Académie.

— M. LEMERLE, officier de santé, à Belleville, présente un enfant né la veille, à une heure de l'après-midi, présentant une extrophie du cœur.

Une commission est désignée pour examiner, séance tenante, cet enfant.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1849; par MM. LEBERT et BROWN-SÉQUARD, secrétaires.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° TUMEUR DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE; par M. FOLLIN.

M. FOLLIN montre deux os maxillaires supérieurs envahis, ainsi que la voûte palatine, par une tumeur dont la nature n'a pas été nettement déterminée. Le tissu morbide faisait saillie dans la cavité buccale, au niveau de la voûte palatine. De là il s'étendait dans les deux sinus maxillaires, qu'il remplissait entièrement. Les parois osseuses qui limitaient ce sinus n'étaient point altérées. La matière qui composait la tumeur était d'une consistance molle et d'une couleur jaunâtre. Elle n'a offert à l'observation microscopique que des globules mal définis. L'homme qui présentait cette maladie a succombé au choléra. La disposition de la tumeur eût nécessité l'ablation des deux mâchoires. (8 septembre.)

2° NOTE SUR UN SARCOCÈLE SYPHILITIQUE; par M. BLOT.

M. BLOT met sous les yeux de la Société des testicules syphilitiques pris sur un homme mort du choléra, et qui était atteint des accidents tertiaires de la syphilis. On voit dans les deux testicules les vaisseaux séminifères remplacés, dans les deux tiers de ces organes, par une matière grisâtre, élastique, paraissant homogène, et qui, examinée au microscope, se montre entièrement formée par des éléments fusiformes de tissu fibro-plastique.

M. Blot montre une planche représentant ces testicules. (15 septembre.)

3° CAS D'ALTÉRATION DE PLUSIEURS VERTÈBRES; par M. FOLLIN.

M. FOLLIN montre plusieurs vertèbres de la région lombaire dont le centre était marqué par une texture plus dense, par une coloration jaune, en un mot par tous les caractères qu'on a assignés à l'infiltration tuberculeuse. Néanmoins il n'a pas trouvé de globules tuberculeux dans la matière jaune qu'il a extraite des cellules osseuses. (29 septembre.)

4° CANCER DES POUMONS, ABCÈS ET VAISSEAUX LYMPHATIQUES CANCÉREUX; par M. LEBERT.

Les pièces que nous allons décrire proviennent du corps d'un individu de 50 ans environ, qui a succombé à l'Hôtel-Dieu avec les symptômes de l'asthme et d'une gêne extrême de la respiration, accompagnés d'un dépérissement rapide. Nous n'avons pas pu avoir de renseignements précis sur l'état de ce malade pendant la vie, et ce n'est qu'accidentellement que notre attention a été portée sur ces altérations.

A l'autopsie, nous avons trouvé une affection cancéreuse des poumons et des glandes bronchiques, avec existence de nombreux abcès dans ces poumons malades. Les tumeurs cancéreuses étaient disséminées sous forme de masses molles, jaunâtres, pulpeuses, infiltrées de beaucoup de suc cancéreux, et entourées de tissu pulmonaire sain ou infitré de pus. Leur volume variait entre celui d'un petit pois et celui d'une noix. La suppuration établie autour et dans l'intérieur de ces masses encéphaloïdes donne à l'ensemble de la lésion une ressemblance prononcée avec les abcès métastatiques. Dans plusieurs endroits de la surface des poumons, il existait des places arrondies du volume d'une pièce de 5 francs environ, dans lesquelles les réseaux de vaisseaux lymphatiques, remplis de matière cancéreuse, entourés et recouverts d'un très-riche réseau de vaisseaux capillaires et de petites veines, font relief au-dessus de la surface du poumon.

Les lymphatiques tranchaient sur les vaisseaux sanguins non-seulement par leur teinte blanchâtre, mais aussi par l'inégalité de leur calibre et par leur irradiation étoilée à leur circonférence.

Le cancer des glandes bronchiques formait une infiltration d'un blanc jaunâtre. Tous ces endroits affectés de cancer montraient à l'examen microscopique de fort belles cellules cancéreuses; même à la surface interne des abcès cancéreux, dans les vaisseaux lymphatiques des poumons seuls, la matière cancéreuse était plus desséchée et plus granuleuse. Ces cellules étaient généralement volumineuses, rondes ou irrégulières; leur dimension moyenne variait entre ^{mm},03 et 0^{mm},04. Les cellules mères avaient 0^{mm},06, et au delà les noyaux avaient en moyenne 0^{mm},02, les plus petits 0^{mm},01; d'autres en avaient jusqu'à 0^{mm},03. Par contre, ils étaient ronds ou ovoïdes. Dans quelques cellules, deux noyaux étaient soudés par leur milieu, et renfermaient généralement de grands nucléoles de 0^{mm},003 à 0^{mm},004, atteignant même au maximum 0^{mm},01. Il est à remarquer qu'un certain nombre de ces nucléoles étaient libres ou entourés de cellules sans noyaux, ou se trouvaient libres dans des cellules à noyaux à côté de celles-ci. Le tissu pulmonaire, infiltré de cancer, montrait très-bien au microscope les cellules entourées de la trame pulmonaire. Quand aux globules du pus de ces divers foyers, ils étaient généralement petits, variant entre 0^{mm},008 et 0^{mm},01. Beaucoup d'entre eux étaient dépourvus de noyau, et avaient tout à fait les caractères des globules pyoïdes. Un certain nombre d'entre eux, et c'étaient les plus volumineux, ayant 0^{mm},015 à 0^{mm},02, avaient pris tout à fait les caractères des globules granuleux, transformation si bien décrite par M. Reinhard (de Berlin).

Ces abcès dans les poumons étaient de vrais abcès cancéreux, des tumeurs cancéreuses, suppurées dans leur intérieur.

Dans la même séance, M. Lebert montre, en outre des dessins des pièces décrites ci-dessus, ceux de véritables abcès métastatiques des poumons, et deux planches comparatives sur le cancer et les transformations cystoïdes multiples des ovaires. (29 septembre.)

IV. PATHOLOGIE HUMAINE.

1° SUR DES CAS D'HYDARTHROSE DU GENOU PAR MÉTASTASE; par M. VERNEUIL.

M. VERNEUIL communique quatre observations d'hydarthrose du genou développées par métastase à la suite de maladies du canal intestinal, caractérisées surtout par un flux séreux considérable. Ces maladies ont été un cas de cholé-

rine intense et trois cas de dyssenterie. Il insiste sur l'influence réciproque des deux sécrétions, séreuse et intestinale. L'hydarthrose a paru dans la période de convalescence.

M. Verneuil ne donne pas ces faits comme nouveaux au point de vue théorique ; mais il n'a trouvé nulle part d'observations semblables.

On a signalé les hydropisies des cavités splanchniques, le rhumatisme aigu, comme suite ou complication dans les cas indiqués ; mais on n'a pas parlé de ces hydarthroses si bien isolées, sans anasarque et sans suffusion séreuse, dans d'autres cavités. Cette maladie s'annonce plutôt par une grande faiblesse dans la marche que par de la douleur locale. La douleur est même généralement assez faible pour que l'hydarthrose puisse passer inaperçue.

Le traitement doit être en général simple, malgré l'influence incontestable de la sécrétion des intestins sur l'affection articulaire. L'existence de la maladie viscérale empêche de recourir aux purgatifs. Si les émollients ou les résolutifs locaux ne réussissent pas, la ponction combinée avec la compression, récemment remises en honneur par les chirurgiens de la Clinique (MM. Richet et Sappey), semblaient très-applicable. (1er septembre.)

2° DE L'INFLUENCE DU CHOLÉRA SUR LA GROSSESSE ; par M. BOUCHUT.

Ce travail a été lu dans la séance du 1er septembre ; il fait partie des mémoires de la Société.

3° DU BOUTON D'ALEP ; par M. JILT.

Dans la séance du 1er septembre, M. RAYER donne lecture de l'extrait suivant d'une lettre de M. Jilt au docteur Thompson, extrait communiqué par ce dernier à M. Rayer :

« On croit que les naturels (d'Alep) et les étrangers doivent cette maladie à la grande quantité de matières végétales que contient l'eau de la ville et celle du voisinage ; mais, pour moi, je pense que c'est le sol gypseux qui donne à l'eau son action malfaisante. Cette eau est fort déplaisante, si l'on n'a pas eu soin de la bien filtrer. La matière de l'abcès a une odeur très-désagréable. Le bouton d'Alep se montre en général sur les extrémités, la face ou le nez ; il dure environ un an, puis disparaît de lui-même, laissant une cicatrice difforme. Les remèdes ne font pas cesser et n'amendent même pas le bouton d'Alep ; bien plus, ils l'aggravent, suivant les naturels. On le laisse paisiblement parcourir sa carrière, en se contentant d'un pansement simple. D'après mes observations, ce sont les individus atteints déjà d'une diathèse strumeuse ou scrofuleuse qui en sont frappés. Le sexe féminin est favorable à la maladie. Contrairement à ce qu'on croit ici, je me suis assuré qu'on peut traiter avec succès le bouton d'Alep, et cela à l'aide des acides minéraux et de la salsepareille. Dans quelques mois, j'émettrai une opinion plus positive. »

4° NÉPHRITE INTERMITTENTE ; par M. DEFER.

M. Rayer communique une observation de M. Defer, médecin de l'hôpital de Metz. L'auteur considère ce cas comme un exemple de *néphrite intermittente*. Le malade habite un pays ou règne quelquefois la fièvre intermittente. Depuis six jours les accidents se montraient régulièrement sous la forme d'accès quotidiens, caractérisés par un frisson violent, suivi d'une douleur assez vive dans la région des reins, douleur qui se propageait aux aines et à la vessie. Après cinq quarts d'heure de durée, l'accès se terminait par l'émission d'une petite quantité d'urine épaisse et sanguinolente. Ces accès ont cessé sous l'influence du sulfate de quinine.

M. Rayer rappelle que M. Elliotson a vu, chez une jeune personne qui avait eu antérieurement une fièvre d'accès, une *hématurie intermittente* guérie par le sulfate de quinine. Le docteur Gergeres a cité un cas analogue.

A cette occasion, M. Lallemand dit qu'il a vu plusieurs fois une ophthalmie intermittente associée à des accès de fièvre. (8 septembre.)

5° LUXATION SPONTANÉE DES DEUX FÉMURS CHEZ UNE FEMME ; par MM. FOLLIN et TAILHÉ.

M. Follin communique, au nom de M. Tailhé et au sien, un cas remarquable de luxation spontanée du fémur existant des deux côtés.

La femme qui offre cette singulière affection est âgée de 41 ans et malade depuis quinze mois. Vers cette époque, elle éprouva de la douleur dans le genou gauche avec gonflement. Cette douleur et ce gonflement se propagèrent bientôt au pied, à la hanche, puis à toutes les articulations du membre inférieur droit. Elle resta chez elle dans cet état pendant un mois ou six semaines sans pouvoir marcher ; quelques jours après elle put reprendre ses occupations, qu'elle ne quitta qu'au 1er octobre dernier, époque où elle entra à l'Hôtel-Dieu. Dans ce moment la hanche gauche surtout et la cuisse étaient très-volumineuses et le siége de douleurs vives. Le membre droit n'était pas malade. Lorsque le gonflement fut dissipé à gauche, on reconnut que ce membre offrait un raccourcissement de 6 centim. Une bottine dont le talon avait cette longueur fut donnée à cette malade. Dès le mois de janvier, c'est-à-dire trois mois après son entrée, elle put marcher sans trop de difficulté. Sortie de l'Hôtel-Dieu dans le mois de juin, elle vaquait à ses occupations lorsqu'un mois après, sans cause connue, elle s'affaissa sur elle-même ; elle voulut continuer son chemin, mais elle tombait à chaque pas. Transportée à sa demeure, elle fut aussitôt conduite à l'hôpital de la Charité.

Le raccourcissement de la jambe gauche n'est plus que de 2 c., de l'épine iliaque antérieure et supérieure aux malléoles ; on remarque un peu d'empâtement dans les parties molles de la hanche droite seulement, avec des douleurs peu intenses. Les parties molles de la hanche gauche n'offrent rien de particulier ; les grands trochanters sont dans une position bien plus élevée que dans l'état normal, le gauche surtout qui est sur un plan supérieur à l'épine iliaque antérieure et supérieure, les deux membres sont légèrement déviés en dehors, et la pointe des pieds affecte cette direction. Lorsqu'on maintient le bassin immobile et qu'on exerce des tractions sur les membres inférieurs, ceux-ci augmentent en longueur de 4 ou 5 centim. Lorsque la malade fait exécuter des mouvements de flexion et d'extension au membre gauche, on entend un bruit de frottement rude vers la fosse iliaque externe. La malade ne peut se tenir debout sans appui ; elle ne peut marcher sans béquilles ; elle s'aperçoit à peine en marchant de la différence de longueur des deux membres.

La rareté des faits analogues, l'obscurité qui couvre leur étiologie, rendent l'observation précédente digne d'attention. Y a-t-il eu là luxation primitive ? ou bien la sortie de la tête n'a-t-elle été que consécutive à une usure du bord cotyloïdien ? Ce sont là des opinions que l'autopsie seule pourrait rendre certaines. (29 septembre.)

V. — TÉRATOLOGIE.

1° ANATOMIE D'UN VEAU BICÉPHALE. (Suite.) — OSTÉOLOGIE ; par MM. RAYER et CL. BERNARD.

1° *Dans la tête la plus complète* (droite).

Les *os maxillaires supérieurs* sont bien développés, mais ils présentent une sorte de distorsion qui coïncide avec une incurvation de la face vers la tête voisine, de telle façon que l'os maxillaire droit présente sa face externe convexe, tandis que le même os du côté gauche présente sa face externe concave.

Les *os propres du nez* bien développés présentent une distorsion analogue à celle des maxillaires supérieurs.

Les *os intermaxillaires* normalement conformés et développés.

Les *os palatins* sont bien développés, excepté dans la portion horizontale qui est absente. Cet arrêt de développement existe aussi dans la portion horizontale des deux maxillaires supérieurs ; d'où il suit que la voûte palatine manque et qu'il y a communication libre entre les cavités buccale et nasale.

Le *vomer* existe en vestige vers son insertion sphénoïdale. Il manque entièrement dans le reste de son étendue. Il n'y a par conséquent pas de cloison des fosses nasales, excepté un vestige à la partie supérieure qui suit la courbure que lui imprime la conformation des os maxillaires supérieurs.

L'*ethmoïde* n'offre rien de remarquable ; il paraît normalement développé.

Les *os unguis et malaires* existent avec leur forme et leur développement ordinaires.

L'*os maxillaire inférieur* est bien formé et supporte les dents qu'on remarque chez les veaux de cet âge ; toutefois cet os offre une distorsion dans son corps qui est en harmonie avec l'inclinaison à gauche que présente la face du veau.

Le *sphénoïde*, par sa portion antérieure, s'articule avec le frontal. On y remarque les deux trous optiques comme à l'ordinaire. Dans sa partie postérieure bien développée, on voit également les deux trous ovales pour le passage des nerfs maxillaires inférieurs. Les apophyses ptérygoïdes sont également développées et bien conformées.

Les *os temporaux*. L'os temporal droit présente une disposition normale, et il correspond au côté libre de la tête. L'os temporal gauche correspond au point de soudure des deux têtes et offre par suite des particularités à noter. Cet os est resté libre dans sa portion écailleuse, tandis que sa portion pierreuse est complétement soudée avec la portion pierreuse du temporal de la tête voisine.

La fusion des deux rochers est de telle façon qu'il y a deux oreilles internes, deux conduits auditifs internes, mais une seule oreille moyenne, ou caisse du tympan avec une seule chaîne d'osselets de l'ouïe, une seule membrane tympanique et un seul conduit auditif externe.

Les arcades zygomatiques sont normalement développées.

L'*os occipital* étant situé en arrière du point de jonction des deux têtes existe unique et est commun aux deux têtes. Sa portion basilaire se bifurque en avant pour s'articuler du côté droit avec le sphénoïde de la grosse tête, et du côté gauche avec le sphénoïde de la tête plus petite. Au point où cette bifurcation s'effectue, on remarque une espèce d'éperon formé par un prolongement de la gouttière basilaire elle-même, qui vient se souder à la masse des deux rochers unis. Les condyles articulaires de l'occipital sont simples et circonscrivent un seul trou occipital commun aux deux cavités encéphaliques.

L'*os frontal*, régulièrement développé, est formé de deux pièces pouvant se désarticuler sur la ligne médiane. La fontanelle fronto-pariétale supérieure n'est pas encore ossifiée.

Les *pariétaux*, soudés sur la ligne médiane, se prolongent sur les côtés entre le frontal et le temporal.

Ils n'offrent rien de remarquable.

2° *Tête incomplète* (gauche).

Toute la partie crânienne de cette tête étant soudée avec sa voisine a dû être décrite en même temps. Les particularités à signaler ne sont point relatives aux os du crâne, qui sont bien développés, mais à ceux de la face qui ont subi un arrêt de développement beaucoup plus marqué que ceux de la tête droite.

Les *os maxillaires supérieurs* sont peu et inégalement développés. Celui du côté gauche, plus volumineux, est convexe en dehors, tandis que le maxillaire droit et convexe en dedans. Cette déformation coïncide avec une distorsion de la tête vers sa voisine.

Les arcades dentaires des os maxillaires supérieurs sont infléchies et recourbées l'une vers l'autre, de façon que les dents se regardent par leurs faces inférieures.

La voûte palatine manque absolument.

Les *os palatins* sont absents.

Les *os unguis*, les *os propres du nez* existent, mais peu développés.

Le *sphénoïde* est développé dans la portion antérieure, où on voit les deux trous optiques. Mais la partie postérieure est incomplétement développée. Il n'existe pas d'apophyses ptérigoïdes et le trou ovale manque des deux côtés.

L'os maxillaire inférieur manque complétement, et par conséquent aussi les muscles, d'où absence consécutive d'apophyse pterigoïde.

Les arcades zygomatiques étaient rudimentaires.

2° DE L'EXISTENCE DU SPHINCTER INFÉRIEUR DANS UN CAS D'ANUS IMPERFORÉ; par M. BLOT.

M. Blot montre à la Société un anus anormal, pris sur un enfant nouveau-né, mort d'érysipèle. Cet anus siégeait au niveau de la partie moyenne du raphé du scrotum. On voit très-distinctement sur cette pièce, à la partie inférieure du rectum, là où aurait dû exister l'anus, un anneau musculaire qui n'est autre que le sphincter inférieur. Il était important de démontrer formellement l'existence de cette disposition, car si elle se retrouvait dans tous ou dans plusieurs des cas analogues, on pourrait avec plus de confiance pratiquer un anus artificiel là où devrait exister l'anus naturel, puisque l'opéré aurait la chance de n'être pas soumis à l'affreuse infirmité qui consiste dans l'incontinence des matières fécales. (1er septembre.)

3° CAS DE POLYDACTYLIE CHEZ UN TRITON; par M. RAYER.

M. Rayer montre un triton présentant un exemple de polydactylie aux membres antérieurs.

A cette occasion, M. Brown-Séquard rappelle qu'il a montré à la Société, l'an dernier, une grenouille verte ayant six doigt aux membres postérieurs au lieu de cinq. Il a rencontré plusieurs fois la même monstruosité.

VI. — PATHOLOGIE COMPARÉE.

1° GRANULATIONS SUR LA MOULE COMESTIBLE (*mytilus edulis*. Lamark); par M. J.-B. CHAUSSAT.

Il reste encore beaucoup d'incertitudes sur la cause des accidents qu'on observe quelquefois après l'ingestion des moules. Il importe donc d'étudier avec soin toutes les altérations, toutes les anomalies qu'elles peuvent présenter. M. Chaussat, en examinant un assez grand nombre de ces mollusques, a rencontré environ une fois sur trente de petites granulations à leur surface.

2° SUR UN TUBERCULE PERLIFORME SAILLANT A LA FACE INTERNE DE LA VALVE SUPÉRIEURE D'UNE HUITRE (*cobitis tænia*); par M. RAYER.

Les couches calcaires superposées qui forment ce tubercule ont, à la coupe, un aspect vitreux, et sont beaucoup plus denses que celles des autres parties de la coquille. Ce tubercule a le volume d'un grain de raisin. M. Rayer rappelle qu'Audouin, dans ses OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES PERLES, a figuré un exemple remarquable de cette altération assez rare de la coquille de l'huître.

3° DÉVIATION DES VERTÈBRES CAUDALES, CHEZ UNE LOCHE DE RIVIÈRE (COBITIS TÆNIA. Linné); par le même.

M. Rayer met sous les yeux des membres de la Société une loche de rivière (*cobitis tænia*, Linné), dont les huit dernières vertèbres caudales, au lieu d'être disposées en ligne droite, forment avec celles qui les précèdent une courbure, presque à angle droit. Le corps de plusieurs de ces vertèbres paraît gonflé. Les chairs soulevées par elles formaient une petite tumeur en avant de la nageoire caudale. Cette déviation des vertèbres a été probablement le résultat de quelque violence extérieure, bien qu'il n'en reste aucune trace à la peau.

M. Rayer rappelle que, dans ses OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DES POISSONS, il a rapporté plusieurs exemples de déviation de la colonne vertébrale, observés sur des perches ou sur des brêmes. Linné a décrit des perches et des brêmes *bossues;* le prince Charles Bonaparte a fait mention d'une carpe *bossue*, et Bloch dit qu'on trouve des sandres dont l'épine du dos va en serpentant.

VII. — BOTANIQUE.

TRANSFORMATION DE FLEURS FEMELLES EN FLEURS MALES; par M. LEBRET.

M. Lebret montre des épis de fleurs mâles du maïs, au milieu desquels se trouvent plusieurs fleurs qui portent une graine parfaitement développée et mûre. Cette transformation pistillaire, ou transformation des fleurs mâles en fleurs femelles, a déjà été vue par Turpin, mais avec quelques particularités dans la distribution des fleurs sur l'axe de l'épi, qui ne se retrouvent pas dans le cas de M. Lebret.

M. MONTAGNE dit qu'il a plusieurs fois rencontré ce fait intéressant.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE, DESCRIPTION ET STATISTIQUE DE L'ASILE DES ALIÉNÉS DE BLOOMINGDALE (BLOOMINGDALE ASYLUM); par le docteur PLINY EARLE. — 1848.

Dans les travaux du genre de celui que nous analysons, on peut se proposer deux buts: ou de grouper méthodiquement les résultats de l'observation locale autour de certaines questions litigieuses, de manière à les éclairer d'une lumière nouvelle; ou de tracer purement et simplement l'inventaire des faits observés, laissant à d'autres le soin d'en déduire les applications scientifiques. C'est ce second parti qu'a adopté M. Pliny Earle. La discussion, la critique, ne se trouve presque nulle part dans son livre; en revanche, on y trouve le résumé statistique de toutes les observations recueillies dans l'asile depuis le mois de juin 1321 jusqu'au mois de décembre 1844, c'est-à-dire pendant une période de vingt-trois ans. On peut imaginer quelles richesses peuvent être enfouies dans une pareille collection; mais le malheur est qu'elles ne s'offrent pas d'elles-mêmes au lecteur, et qu'il lui faut les extraire de ses propres mains à la lumière des connaissances acquises. Ce genre d'ouvrage a un autre inconvénient: c'est de contenir un grand nombre de faits peu utiles, auxquels la science n'a rien à emprunter. Quelque précieux que soit celui dont nous nous occupons, il en pourrait fournir plus d'un exemple. Par ce motif, et nous étayant d'ailleurs de l'impossibilité de parcourir, avec l'auteur, tout le champ de la pathologie mentale, nous nous bornerons à fixer sur quelques points seulement l'attention du lecteur.

Le premier sera relatif à la division générale des maladies observées; elle n'en établit que deux classes: la première comprenant le *delirium tremens*, la seconde l'*aliénation*. Il paraîtra d'abord bien singulier de choisir dans le grand nombre des affections caractérisées par un trouble de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté, une simple variété comme le *delirium tremens*, pour l'ériger en une classe à part, et de former une autre classe, une classe unique de toutes les autres affections mentales qui comprennent plusieurs genres et tant de variétés. On sera plus étonné encore quand nous dirons que, dans ses relevés statistiques, l'auteur n'établit aucune distinction entre les diverses formes de l'aliénation. Tout ce qu'il dit des conditions étiologiques, de l'hérédité, des résultats du traitement, etc., s'applique à la masse des cas de folie observés dans l'asile, sans aucune indication spéciale des différences corrélatives aux diversités de la manifestation délirante. Il y a bien un chapitre intitulé: *Formes de la folie* (section IX); mais ce chapitre, qui comprend moins de deux pages, se borne à supputer la proportion des manies, des monomanies, des mélancolies, etc. Sur un total de 1,721 cas d'aliénation, non-seulement il n'est tenu aucun compte de ces données dans les résumés relatifs à l'étiologie et à la thérapeutique; mais elles ne viennent que postérieurement à ces résumés. La lacune que nous signalons affaiblit singulièrement le mérite de l'ouvrage, en obscurcissant beaucoup, comme on peut croire, la signification des résultats statistiques dont il est rempli.

Dans la partie consacrée au *delirium tremens*, on trouvera deux tableaux dressés sur une grande échelle, et d'après lesquels on peut se faire une idée exacte de la fréquence relative de la maladie chez l'homme et chez la femme, ainsi que de l'influence des professions. Tout le monde sait que le *delirium tremens* est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Sur un total de 254, M. Pliny Earle a compté 42 femmes seulement. L'influence des professions est aussi très-nettement accusée. Sur 238 malades où cette circonstance a été notée, on compte 50 marchands ou commerçants, 25 commis, 19 hommes de loi, 14 épiciers, la plupart détaillants d'eau-de-vie, 11 marins, 23 individus sans emploi. C'est, comme on peut voir, près des deux tiers des malades, et il reste pour l'autre tiers plus de *cinquante* professions.

Les résultats du traitement ont été très-favorables. Sur 322 malades, 288 sont sortis guéris, 20 seulement sont morts; 5 n'ont éprouvé aucune amélioration; les autres ont été plus ou moins soulagés. Mais il y a eu des récidives, et sous ce rapport le travail de l'auteur contient des documents qu'on trouverait difficilement ailleurs. Ainsi, sur les 322 sujets dont il vient d'être question, 102 sont rentrés une fois dans l'asile, 49 une troisième fois, 33 une quatrième, 23 une cinquième, 16 une sixième, 10 une septième, 6 une huitième, 5 une neuvième, 5 une dixième, 5 une onzième, 3 une douzième, 2 une treizième et 2 une *quatorzième!* Ce genre de maladie est un de ceux qui exposent le plus aux illusions thérapeutiques. On guérit le plus souvent et même assez vite d'un accès de *delirium tremens;* mais soit que le mal tende par lui-même à récidiver, comme l'épilepsie ou l'hystérie, soit que la passion des alcooliques, qui est en soi un genre de folie, se réveille et amène de nouveau ses fatals résultats, la récidive est toujours à craindre et manque rarement. Le chiffre indiqué ici est déjà assez élevé, mais il est sans doute au-dessous de la réalité; car si l'on a pu enregistrer celles qui ont ramené les malades à l'asile, combien d'autres peut-être ont eu lieu loin de l'observation! Ajoutons, du reste, qu'il y a impossibilité d'apprécier au juste l'influence du traitement sur le résultat obtenu, l'auteur n'ayant pas jugé à propos d'indiquer les moyens thérapeutiques mis en usage.

En ce qui concerne l'aliénation, de nombreux documents étiologiques ont été rassemblés par M. Pliny Earle; mais il serait de peu d'utilité de copier cette longue et trop sèche énumération de toutes les conditions qui

ont paru provoquer, plus ou moins directement, le développement de la folie. On a compté 664 *causes physiques*, tels que maladie syphilitique, intempérance, masturbation, névralgies, etc., contre 522 causes morales. Parmi les premières, nous signalerons particulièrement l'abus de l'opium. L'auteur cite 13 cas où l'usage immodéré de cette substance a paru être la seule cause appréciable de l'aliénation. Certes, il ne manquerait pas de bonnes raisons pour expliquer un pareil effet; il suffirait d'invoquer la congestion encéphalique qui résulte ordinairement de l'administration de l'opium. Mais c'est là une des questions au sujet desquelles on regrette le défaut absolu de distinction entre les formes morbides; car s'il y a des folies que l'usage de l'opium paraît susceptible de produire, il en est certainement qu'il peut prévenir ou guérir.

Dans un ouvrage comme celui-ci, la question de l'hérédité de la folie, qui est surtout une question de fait et qui ne varie pas beaucoup avec les formes de la maladie, ne pouvait manquer de s'éclairer d'une vive lumière. Sur ce point, les faits parlent haut et en foule. L'observation porte sur 1,641 malades, dont 323 (187 hommes et 136 femmes) ont eu des fous dans leur famille. Parmi les hommes, 118 comptent des aliénés dans leurs ascendants; 68 dans leurs collatéraux et 1 dans ses descendants. Parmi les femmes, 89 en comptent dans les ascendants, 42 dans les collatéraux, et 5 dans les descendants. Ces proportions sont inférieures à celles qui ont été indiquées pour d'autres observateurs. Il en est qui admettent l'hérédité dans un tiers des cas. Mais, d'un autre côté, la proportion de 323 sur 1,641 est à peu près celle qu'avait indiquée Esquirol pour les aliénés *pauvres* (il l'avait trouvé beaucoup plus considérable pour les malades riches de sa maison de santé), c'est-à-dire environ un *sixième;* et les sujets observés par M. Pliny Earle appartenaient aussi, sans doute, à la classe pauvre. Il faut noter d'ailleurs que, d'après l'auteur lui-même, dans les premières années de la fondation de l'asile, les observations n'étaient pas recueillies avec soin sous le rapport de la question de l'hérédité, et que, vraisemblablement, le chiffre réel de la transmission a été supérieur à celui de la statistique.

On a dit que la transmission de la folie s'opérait plus facilement par la mère que par le père; opinion conforme, du reste, à celle qui regarde la femme comme conservatrice du type de la race. L'auteur ne s'occupe pas spécialement de cette question; mais si l'on additionne séparément, d'un côté les chiffres relatifs à la transmission directe par le père, et de l'autre ceux qui concernent la transmission directe par la mère, on trouve, pour les premiers, 45, et, pour les seconds, 51. La loi indiquée ci-dessus, et qui est contestée par quelques aliénistes, se trouverait donc de nouveau confirmée. Il est juste néanmoins de reconnaître que la différence entre 45 et 51 n'est pas assez considérable pour lever toute incertitude.

Nous ne relèverons plus que quelques résultats relatifs à la terminaison de la folie, sans oublier de leur appliquer la remarque adressée plus haut aux résultats concernant le *delirium tremens* sur les inconvénients de l'absence de toute indication précise sur le mode de traitement, ni d'insister de nouveau sur le vague de données statistiques relatives à un état pathologique aussi complexe, aussi multiple que l'aliénation mentale. 1,762 malades ont passé par l'asile depuis 1821; sur ce nombre, 672 ont été guéri, 429 plus ou moins améliorés; 3 n'ont éprouvé aucun soulagement; 227 sont morts; 401 ont été retirés par leurs parents la plupart sans amélioration; 30 se sont échappés de l'asile. Quant à la proportion des récidives et à leur nombre chez le même individu, on en trouvera l'indication dans les chiffres suivants: 280 malades sont entrés deux fois à l'asile, 81 trois fois, 33 quatre fois, 18 cinq fois, 8 six fois, 7 sept fois, 4 huit fois, 4 dix fois, 3 onze fois, 3 de douze à quinze fois, 2 de seize à vingt et une fois, et 1 vingt-deux fois. Ce nombre si élevé d'entrées témoigne moins, sans doute, de rédives véritables que d'exacerbations successives d'une maladie toujours présente.

Outre les documents pathologiques recueillis sur les malades et dont nous venons de donner les principaux, on trouvera, au commencement de l'ouvrage des instructions détaillées sur l'établissement lui-même, spécialement sur les ressources thérapeutiques dont il dispose. Ces indications, qui auraient pu être plus étendues et plus précises, méritent néanmoins d'être recommandées à l'attention de ceux qui s'occupent spécialement de la question des asiles, question souvent agitée depuis Esquirol et sur laquelle existent encore bien des dissidences.

VARIÉTÉS.

— Le choléra règne toujours à Brest avec une certaine intensité.

A Toulon, le fléau a à peu près disparu. Il avait frappé 751 victimes du 12 septembre au 31 octobre.

En Algérie, on estime à 1,500 le nombre des décès dans l'armée.

Le choléra a complétement disparu en Hollande.

Il est encore dans sa période ascendante en Lombardie.

— M. Bourson, chirurgien-major de 1[re] classe au 12[e] chasseurs est désigné pour le 11[e] d'artillerie.

M. Infroit, chirurgien-major de 1[re] classe au 5[e] lanciers, est désigné pour le 4[e] d'artillerie.

M. Robillard, chirurgien de 1[re] classe au 29[e] de ligne, est désigné pour le 4[e] escadron du train des équipages.

M. Villamur, chirurgien-major de 1[re] classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour le 6[e] escadron du train des parcs d'artillerie.

M. Nicolas, chirurgien-major de 1[re] classe au 5[e] chasseurs, est désigné pour l'hôpital Blidah (Algérie).

M. Villaret, chirurgien-major de 1[re] classe au 7[e] dragons, désigné pour l'hôpital de Mostaganem (Algérie), est détaché à celui de Valenciennes.

— Le professeur Zanetti (de Florence) avait été décoré de l'ordre de Saint-Joseph par le grand-duc de Toscane, en récompense du zèle et du courage dont il a fait preuve dans les affaires de Custatone et de Montanare. Ayant appris que le grand-duc venait de décorer du même ordre les généraux autrichiens, le professeur Zanetti a immédiatement renvoyé sa décoration au grand-duc, qui à son tour lui a retiré son titre de professeur et sa chaire de clinique.

— Le docteur Morton, chirurgien du collége médical de Londres, vient de s'empoisonner avec de l'acide prussique. Ce praticien distingué, beau-fils du célèbre Samuel Cooper, n'était âgé que de 36 ans. Il était placé dans une position sociale des plus honorables et semblait jouir du bonheur intérieur comme de la considération générale. D'après les écrits qu'on a trouvés dans ses papiers, il semblerait que c'est à l'antipathie de son tempérament pour les spiritueux que l'on doive attribuer ce suicide. On trouve plus de vingt fois ces paroles dans diverses notes de sa main: « Éviter le vin, la bière et les spiritueux. » Et plus loin: « Ne pas oublier les cruelles souffrances que j'éprouve lorsque le matin je bois du vin ou de la bière: idées de suicide, pensées sombres et douloureuses, 100 à 120 pulsations, tête embarrassée, etc. »

AU RÉDACTEUR.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi de recourir à votre bien estimable journal pour faire quelques réflexions sur un des exemples de l'oubli fâcheux des récompenses nationales pour l'industrie, au sujet d'un artiste qui, nous en avons la conviction, n'y a nullement trouvé l'appréciation qu'il méritait.

M. Nachet, opticien, est depuis longtemps connu très-honorablement par les progrès éminents qu'il a fait faire au microscope, tant pour des appareils d'éclairage et de dessin que surtout pour les forts grossissements, cette immense difficulté devant laquelle les premiers opticiens de notre époque ont échoué, et pour laquelle M. Nachet a sans contredit dépassé tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour en France. Au moyen de ces perfectionnements d'optique, il a été possible de faire des découvertes importantes en anatomie, en physiologie et en pathologie, et les hommes qui désirent pousser l'étude de la composition moléculaire de nos tissus et organes aussi loin que les ressources actuelles le comportent, sont unanimes à accorder l'hommage d'une profonde gratitude à M. Nachet, qui leur a fourni la possibilité de reculer bien notablement les limites de l'observation exacte.

M. Nachet n'a pas exposé pour la première fois, et déjà antérieurement il a fourni les preuves de son habileté en soumettant ses instruments aux jurys antérieurs de l'exposition industrielle. M. Nachet était donc nanti de tous les titres qui engageaient l'honneur de l'industrie nationale, de récompenser dignement des efforts qui avaient eu pour résultat de dépasser les artistes les plus distingués dans une des branches les plus difficiles de l'optique appliquée.

Eh bien! pour toute récompense, on lui a décerné une *médaille de bronze*. Nous avons eu de la peine à croire à la réalité de ce fait, et c'est en allant aux informations précises qu'il ne nous a plus été permis de douter qu'un si fâcheux et regrettable oubli avait été commis envers cet opticien, à juste titre placé au premier rang parmi tous ceux qui se sont occupés du perfectionnement du microscope.

Et pourtant il y avait parmi les hommes appelés à juger ces instruments des savants très-éminents, qui, nous l'espérons, comprendront combien les amis du progrès, dans les appareils de science, sont peinés de cet oubli.

Nous croyons par conséquent être pleinement justifiés en *protestant énergiquement* contre une telle récompense, et dans l'intérêt de la dignité de l'art, nous espérons que M. Nachet refusera cette marque d'une appréciation aussi incomplète de son mérite modeste, mais grand et incontestable.

Veuillez agréer, etc.

H. LEBERT, D. M.

— M. Phillips commencera un cours des maladies des voies urinaires le jeudi 22 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

— M. le docteur Colas fera une première leçon, samedi prochain, sur la physiologie pratique ou physiologie appliquée à la médecine, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, de quatre à cinq heures.

— M. le docteur Duchesne-Duparc reprendra jeudi prochain 22, à son dispensaire de la rue du Paon-Saint-André, n° 8, ses conférences cliniques et ses consultations gratuites sur les *maladies de la peau;* il les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à 10 heures précises du matin.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : MALADIES DE L'UTÉRUS.

Nous touchons sans doute à la fin de la discussion sur les maladies de l'utérus. Après la dissertation tout à la fois si complète et si précise dont M. Paul Dubois a lu la première partie dans la dernière séance, il est impossible qu'on ne s'entende pas un peu mieux. C'est le tort de beaucoup d'orateurs de se jeter à tout hasard, sans préparation, sans réflexion même, bien plus, sans une idée suffisante des termes de la question, dans tout débat qui s'ouvre sur le sujet ordinaire de ses observations personnelles. Ce qui en résulte, on le sait, et on a pu le voir encore dans cette circonstance : la question, au lieu de s'éclaircir, s'embrouille davantage; les opinions les plus étranges, qu'un instant de recueillement ferait abandonner, se produisent bravement. Couvertes de l'autorité d'un nom, elles prennent une importance qui force à les relever, et voilà comment on arrive à disputer sur les notions les plus élémentaires de la science et de la pratique, à jouer sur des mots, à jeter le doute partout, à donner enfin au corps médical un spectacle peu conforme à la dignité et à la haute réputation de l'Académie. Ce n'est pas tout encore : on ne se contente pas de se singulariser par l'étrangeté de ses opinions; chacun veut absolument faire part *illicò* de ce qu'il sait, de *tout* ce qu'il sait ou croit savoir, sans se préoccuper suffisamment de l'objet de la discussion; de telle manière qu'il ne peut sortir aucune vérité bien établie, aucun principe, de cette multitude d'efforts éparpillés ou divergents. L'esprit calme et ferme de M. Dubois ne l'exposait pas à de tels écarts; aussi le débat a-t-il été ramené par lui sur son véritable terrain; et pour que ce terrain fût bien limité aux yeux de tous, il a commencé par un résumé lucide et des opinions de Lisfranc attaquées par M. Baud, et de celles de M. Baud lui-même, en partie adoptées par le rapporteur. Il a eu soin en même temps, par une habile disposition de son discours, de relier à ces opinions quelques-unes de celles qui se sont fait jour dans le cours de la discussion.— En présence d'une altération matérielle de l'utérus, Lisfranc rapportait toute la symptomatologie à la lésion locale; M. Baud et M. Gibert la rapportent presque exclusivement à un état général dont la lésion locale ne serait elle-même qu'un effet éloigné. — Cette lésion, suivant Lisfranc, était constante dans la leucorrhée : c'était un engorgement, soit simple, soit hypertrophique, soit induré, soit tuberculeux, soit squirrheux, et la déviation de la matrice, quand elle existait, était consécutive à l'engorgement. Suivant M. Baud, l'engorgement manque souvent, alors même que la femme accuse des douleurs inguinales ou lombaires, de la pesanteur dans le bassin, un écoulement muqueux ou purulent, etc., et la déviation de l'organe n'est pas toujours un résultat de l'engorgement. — L'engorgement, dans l'opinion de Lisfranc, était constamment le produit d'une phlegmasie chronique; elle le plus souvent, dans l'opinion de M. Baud, le produit d'une diathèse. — Enfin Lisfranc adressait toute sa thérapeutique à l'utérus; M. Baud veut qu'on l'adresse surtout à l'économie générale. Voilà le cadre dans lequel auraient dû se mouvoir les argumentations; c'est celui que s'est tracé M. Dubois. Mais pour le remplir complétement, il faut d'abord déterminer les altérations dont l'utérus est susceptible, et ici se place la question controversée de l'existence des engorgements simples et de certaines formes de déviations. Il faut ensuite, et c'est un point encore inexploré de la question, bien qu'il soit le plus important, apprécier la part individuelle de chaque lésion dans la symptomatologie des affections utérines chroniques.

Cette dernière étude, M. Dubois en a fait évidemment l'objet principal de son discours; mais comme il l'a à peine entamée mardi dernier, et qu'il doit la continuer dans la prochaine séance, nous ne nous en occuperons pas aujourd'hui. Sur tous les autres points, nous sommes heureux de la parfaite conformité qui existe entre ses opinions et celles que nous avons soutenues ici. Nous l'avons dit dès le commencement: il est des lésions de l'utérus, des leucorrhées, des engorgements, qui sont sous la dépendance directe d'affections ou de dispositions générales. M. Dubois a cité les affections dartreuse et syphilitique; nous avions ajouté le tempérament lymphatique. Cela n'empêche pas que, dans beaucoup d'autres cas, la lésion ne soit primitivement locale et ne commande tous les désordres fonctionnels. Mais il s'en faut bien que, même dans ces cas, la lésion soit toujours le produit d'une inflammation chronique, et bien souvent, comme nous l'avons dit dans notre dernier article, le gonflement du col utérin est primitivement passif. Comme M. Dubois aussi, nous avons toujours admis l'existence de l'engorgement, non-seulement du col, mais du corps; celle des inflexions aussi bien que celle des déviations; des antéflexions ou des antéversions aussi bien que des rétroflexions et des rétroversions. Les détails dans lesquels l'orateur est entré au sujet des inflexions particulièrement, sont de nature à ne plus laisser aucune incertitude dans les esprits les plus réfractaires.

Nous l'avons dit, toute cette partie du discours de M. Dubois, cette partie rétrospective, suivant sa propre expression, était surtout destinée à déblayer le terrain de toutes les difficultés qui auraient pu gêner l'examen de la grande question relative à l'influence spéciale de chaque lésion, engorgement, déviation, granulations, etc., sur la production des symptômes propres aux affections chroniques de l'utérus. Nous ne manquerons pas de nous y arrêter avec toute l'attention qu'elle mérite.

TÉRATOLOGIE.

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE QUELQUES MONSTRUOSITÉS DE LA FACE (mémoire lu à la Société de biologie); par MM. DAVAINE et ROBIN.

Nous avons l'honneur d'exposer d'abord à la Société le résultat de l'examen que nous avons fait de la tête d'un monstre cyclocéphalien, appartenant au genre *Rhinocéphale*.

OBS. I. — L'animal qui nous a présenté ce genre de monstruosité, est un cochon domestique (*sus scrofa*), paraissant être né à terme. Nous le devons à M. le docteur Donné. Le poids du corps est de 900 grammes. Tous les organes sont à l'état normal, sauf ceux de la tête. A l'extérieur, elle offre l'aspect suivant : elle est grosse, courte, arrondie et ne présente point l'apparence du groin caractéristique du cochon. De la partie inférieure du front naît une *trompe*, longue de 4 centim. sur 1 de diamètre; elle est garnie de quelques poils longs et roides; son extrémité libre forme un pavillon évasé. A l'intérieur, elle offre une cavité unique qui en occupe toute la longueur et qui est divisée par une cloison longitudinale, adhérente inférieurement, libre supérieurement. Cette cloison présente très-exactement la forme d'un vomer; elle est en partie cartilagineuse. On observe en outre près de l'extrémité libre de la trompe et dans sa cavité, deux replis de la membrane muqueuse en

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° III.

Rome, 3 novembre 1849.

A M. le docteur Daremberg.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE ROME ANCIENNE.

Une noble poussière. — Les sept collines et leurs forêts primitives. — Les deux Vélabres. — Travaux de dessèchement; le *loaque maxima*. — Le lac *Curtius*. — Débordements du Tibre. — Marais de Capree et de Terente. — Bassin de Rome, hydrologie. — Climat de Rome antique. — Végétation. — Ruines du palais de Néron.

C'est à vous, qui vous couvrez d'une poussière aussi glorieuse que les nobles tourbillons de l'arène olympique, célébrés par le poëte ami de Mécènes :

Sunt quos curriculo pulverem olympicum
Collegisse juvat; metaque fervidis
Evitata rotis, palmaque nobilis
Terrarum dominos evehit ad deos.

C'est à vous, l'amant des vieux livres, des parchemins jaunis par le temps, des manuscrits poudreux, que cette lettre sur la Rome d'autrefois doit naturellement être adressée.

Je vous ai précédé de quelques jours dans la ville éternelle, et mes mains profanes ont feuilleté des pages antiques que vos doigts eussent retournées bien plus savamment. En me voyant à cette besogne, c'était bien le cas de dire: *Spargere margaritas*..... Je passe le reste par politesse pour moi-même. Je l'avoue, je les ai trouvés bien laids, bien griffonnés, vos bons, vos chers, vos beaux manuscrits. Des lettres tortues, biscornues, boiteuses, serrées les unes sur les autres, sans points ni virgules!... J'ai passé une heure à lire une demi-page; aussi je vous les laisse de bon cœur. Tout le latin qui diapre ma lettre d'aujourd'hui a été puisé dans des livres bien imprimés. C'est bien plus commode! A vous de compléter tout ce qui manquera à ma topographie de Rome antique; à vous de relever les matériaux vulgaires avec lesquels je construis, en les semant de pierres précieuses tirées de la mine inépuisable de vos vieux grimoires.

Nous allons, s'il vous plaît, commencer notre excursion médicale et hygiénique, à partir de Romulus. Quel intérêt, s'écriera-t-on, y a-t il à décrire une chose passée, trépassée, à dépeindre Rome telle qu'elle a été, telle qu'elle n'est plus? Ne serait-ce que pure curiosité: voilà déjà quelque chose. On peut ne pas se soucier d'une ville inconnue ou vulgaire, mais de la ville éternelle, c'est une toute autre affaire. Nous ajouterons qu'aujourd'hui, la ville éternelle est un peu nôtre; raison de plus pour désirer la bien connaître. Enfin, dans la lettre qui suivra celle-ci, appliquant à la médecine nos données topographiques, nous aborderons de sérieuses questions de pathogénie.

forme de valvule, et vers la partie adhérente de cet appendice, quelques anfractuosités irrégulières, cornets ou cellules rudimentaires. La cavité de la trompe, ouverte inférieurement et en avant, se termine supérieurement, et en arrière en cul-de-sac.

Immédiatement au-dessous de la trompe existe une orbite unique, médiane, de forme à peu près quadrilatère, occupée par un œil unique, que nous décrirons plus loin. Les deux sourcils très-peu fournis sont distincts. Les paupières sont au nombre de quatre; les deux supérieures s'unissent sur la ligne médiane sous un angle léger; les deux inférieures offrent une disposition analogue. Leurs dimensions sont trop petites pour qu'elles puissent recouvrir l'œil.

Une petite surface plane sépare l'orbite de la lèvre supérieure. Celle-ci dépasse de beaucoup la mâchoire supérieure; elle est aplatie et se termine par une partie renflée. La lèvre inférieure est plus courte et relevée comme s'il y avait une sorte de menton. La langue sort entre les lèvres; la cavité de la bouche est trop petite pour la contenir. Le pharynx se termine en haut par un cul-de-sac auquel viennent aboutir les trompes d'Eustachi.

Le crâne a subi une déformation très-remarquable; son diamètre antéro-postérieur est beaucoup plus petit qu'à l'état normal; le diamètre vertical est au contraire plus grand.

Les rochers, les pariétaux, l'occipital sont normaux. Le sphénoïde offre un trou large, quadrilatère et constitué par les deux fentes sphénoïdales réunies, le corps de cet os n'existant pas. Ce trou, occupant la partie inférieure et moyenne du crâne, est circonscrit par les petites et les grandes ailes du sphénoïde et la base des apophyses ptérygoïdes.

Le sphénoïde antérieur est constitué par une simple lame ovalaire (apophyses d'Ingrassias) qui ne présente, dans l'intérieur du crâne, ni corps ni trous optiques; du côté de l'orbite seulement, on remarque un trou borgne qui paraît tenir la place d'un trou optique.

L'ethmoïde n'existe pas. Les frontaux réunis par une suture médiane sont extrêmement raccourcis. Vus par la face cérébrale, ils forment une cavité moitié moins profonde qu'à l'état normal. La portion orbitaire de chaque frontal, réunie sur la ligne médiane par suite de l'absence de l'ethmoïde, offre une suture saillante, ayant quelque rapport de forme et de position avec l'apophyse *crista galli*; en arrière de cette saillie existent deux petits trous qui communiquent avec l'orbite et donnent passage à une branche du nerf ophthalmique; en avant existent également deux trous presque confondus en un seul et simulant parfaitement le trou borgne; ces trous communiquent avec la trompe sus-orbitaire et donnent passage au nerf dont nous venons de parler.

Vus par la face externe, les frontaux réunis présentent la forme d'un cône aplati du côté de l'orbite et se terminent en avant par une apophyse grosse, courte, cylindrique qui sert de base à la trompe. Cette apophyse se continue avec un seul os nasal, presque aussi long que les frontaux, médian, un peu recourbé en bas, comprimé latéralement, contourné et ayant la forme d'un cylindre un peu aplati, fendu en dessous dans toute sa longueur et ouvert inférieurement. Cet os est évidemment analogue aux deux os propres du nez.

La cavité orbitaire occupe la plus grande partie de la face. A peu près quadrilatère, elle offre très-peu de profondeur relativement à ses autres dimensions; elle est bornée en haut par la trompe et les arcades orbitaires; en arrière par la portion orbitaire des frontaux, par les petites et les grandes ailes du sphénoïde, entre lesquelles se voient les grandes fentes sphénoïdales réunies; de chaque côté par les jugaux; inférieurement par l'apophyse nasal du maxillaire supérieur à l'état rudimentaire, et par les bulbes de deux grosses molaires qui en forment le plancher. Le maxillaire supérieur, très-court, paraît presque réduit à sa portion palatine; il offre un bord orbitaire formé par une lamelle mince, développée par un point d'ossification distinct, articulé avec les jugaux; au-dessous une petite surface verticale percée par les trous sous-orbitaires; puis immédiatement à angle droit, la saillie de l'apophyse palatine et du bord alvéolaire. Ce bord porte en avant trois dents comparables pour leur forme à des incisives, et dont l'intermédiaire, plus forte, médiane, n'est pas implantée dans une alvéole, mais dans la gencive.

Les os intermaxillaires n'existent pas.

Le maxillaire inférieur, plus court qu'à l'état normal, se recourbe fortement en haut, au niveau des dents canines.

L'encéphale occupait toute la cavité du crâne. Vu par la face supérieure, il présente en avant les hémisphères cérébraux confondus en un seul, allongés transversalement et laissant à découvert les tubercules quadrijumeaux. Cet hémisphère unique et transversal est tellement petit qu'il a à peine le volume d'un des deux hémisphères à l'état normal.

Les circonvolutions cérébrales sont peu marquées. Les tubercules quadrijumeaux sont plus volumineux qu'à l'état normal.

Le cervelet n'offre rien de particulier, si ce n'est un plus grand développement que dans l'état normal, développement qui contraste fortement avec le petit volume de l'hémisphère cérébral unique. Vu par la base, le cerveau ne présente point également de trace de division en deux hémisphères ni de circonvolutions. Les lobes et les nerfs olfactifs n'existent pas: on n'observe pas non plus le chiasma des nerfs optiques ni aucun rudiment de ces nerfs. La troisième paire existe, ainsi que toutes les autres paires. Le bulbe rachidien est beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal. Une seule éminence médiane remplace les éminences mamillaires.

Les deux ventricules latéraux sont remplacés par un seul ventricule médian. Quant aux modifications des nerfs après leur origine, nous n'avons pas trouvé de vestige de la première ni de la seconde paire; la troisième, la quatrième et la sixième sortent du crâne par la grande fente sphénoïdale.

La cinquième paire sort également par cette fente, et se divise immédiatement en ses trois branches, ophthalmique, maxillaire supérieure, maxillaire inférieure. La première seule mérite une description particulière. Cette branche, après avoir fourni plusieurs rameaux aux organes contenus dans l'orbite, se porte en avant en rapport avec la face inférieure de l'apophyse d'Ingrassias, et s'engage immédiatement dans le trou postérieur de la portion orbitaire du coronal. Parvenue dans le crâne, elle s'engage dans un sillon osseux, où elle est recouverte par la dure-mère, longeant l'*apophyse crista-galli* jusqu'au trou antérieur, où elle s'engage. Parvenue dans la trompe, elle s'y distribue aux diverses parties que nous avons décrites. Ce rameau est évidemment l'analogue du rameau nasal interne de l'ophthalmique, avec cette différence qu'il paraît constituer ici la branche principale de ce nerf.

L'œil unique, placé au centre de l'orbite, plus volumineux qu'un œil ordinaire, est plus étendu transversalement que verticalement; il présente deux cornées réunies en une seule, large, ovale, un peu déprimée sur la ligne moyenne en huit de chiffre. A travers cette cornée on aperçoit un double iris, circonscrivant deux pupilles distinctes. La sclérotique est unique, simple; elle se continue en arrière en un petit cordon fibreux, central, qui se perd bientôt dans l'orbite. Ce cordon, très-court, examiné au microscope, ne contient pas de matière nerveuse. L'intérieur de l'œil présente deux cristallins distincts se touchant par le bord interne. Les procès ciliaires forment autour de leur bord libre un ruban disposé en huit de chiffre. Il n'existait qu'une choroïde. Le corps vitré et la rétine étaient réduits en une bouillie qui ne permit aucun examen.

Obs. II. — Le sujet de notre *seconde observation* est un monstre de la famille des cyclocéphaliens, dont la tête a été présentée à la Société de biologie par M. Giraldès, qui a bien voulu la mettre à notre disposition.

Cette tête, séparée du tronc par une section faite au niveau de l'os hyoïde, appartenait à un cochon nouveau-né (*sus scrofa*), qui n'offrait, du reste, rien d'anormal. La partie supérieure et postérieure du crâne, ainsi que les oreilles, n'offrent rien non plus d'irrégulier.

A la partie inférieure du front existe une trompe de 4 centimètres de longueur sur 1 de diamètre, évasée à son extrémité libre et couverte de quelques poils. Elle présente à l'intérieur une petite cavité revêtue d'une membrane muqueuse, qui forme quelques replis irréguliers. Cette cavité s'ouvre à l'extrémité de la

---

L'emplacement que Romulus choisit pour fonder une ville à laquelle il ne rêvait pas sans doute un si brillant destin, était une sauvage et déserte contrée, accidentée par des monticules, couverte de ces bois épais dont l'ombre religieuse plaisait aux sibylles, et sillonnée par des vallons recélant des marécages dans leurs contours sinueux. Un fleuve, ou plutôt un torrent, soulevait chaque hiver ses flots jaunes et les roulait dans les vallées, alimentant ainsi les marécages et déposant des nappes stagnantes dans toutes les anfractuosités. Hygiéniquement, le site n'était pas bien trouvé; et, en fondant là une grande cité, on devait entrevoir d'immenses travaux pour plusieurs générations.

Quelques citations sont nécessaires pour établir que le portrait que nous traçons est conforme à la réalité.

Les sept collines étaient couvertes de bois, et d'autres forêts se pressaient au pied des monticules comme les flots d'une mer de verdure.

Voyons d'abord le Palatin, ce berceau de Rome :

Constitit in summo nemorosi colle Palati.
(Ovide, Métam., liv. xiv.)

Au pied du Palatin, comme nous l'apprend Varron, s'étendait un bosquet de myrte, consacré à Vénus.

Dans les bois de l'Aventin, la fable plaçait des satyres, des faunes, des sylvains, à l'ombre des chênes, des lauriers et des platanes :

Constat Aventinæ tremuisse cacumina sylvæ.
(Ovide, Fast., liv. vi.)
Lucus Aventino suberat niger ilicis umbra.
(Id., liv. iii.)

Un grave historien, Tacite, dit, en parlant du Cœlius : *Querque tulanus.*

Varron appelle *princeps lucum* le bois de hêtres qui couvrait l'Esquilin; Ovide, dans ses Fastes, en parle plusieurs fois :

Monte sub Esquilo multis incæduus annis
Junonis magnæ nomine lucus erat.....
Gratia Lucinæ dedit hæc tibi nomina, lucus.

Le Viminal disparaissait sous la verdure blanchâtre des saules, et le Quirinal n'était pas non plus une colline chauve :

..... Lucum pete colle Quirino
Qui viret et templum Romani regis obumbrat
(Ovide, Métam., liv. xiv.)

Enfin, Denys d'Halicarnasse peuple de chênes le mont Capitolin; Tacite place à ses pieds le bois de Bellone, et c'est aussi sur ses dernières rampes qu'on trouvait le *nemus argileti*.

Rome antique n'a occupé d'abord que ces monticules. De nos jours, elle les a presque tous délaissés, pour s'étendre au nord; et le Janicule, le Pincio et le Monte-Vaticano sont devenus collines romaines. Les murailles auréliennes, relevées par Honorius, et datant conséquemment d'une époque bien postérieure à celle dont il s'agit, n'ont jamais compris toutes ces collines dans leur ligne de circonvallation. Aux temps de l'ancienne Rome, les trois coteaux étaient couverts de forêts ou de jardins ombreux. Le bois du Janicule s'appelait *lucus Albionarum;* le Vatican était également peuplé de beaux arbres, et le nom du Pincio, *collis hortulorum*, indique assez qu'il s'arrondissait sous une verte parure. Rome

trompe par un orifice qui admet difficilement une grosse épingle. Immédiatement au-dessous se trouve une orbite unique, quadrilatère, surmontée de deux sourcils peu fournis. Elle est occupée par deux yeux placés horizontalement, et séparés l'un de l'autre par une petite languette de la conjonctive. Cette orbite présente en outre quatre paupières trop petites pour la recouvrir complétement. Enfin la face se termine en bas par une surface conique et verticale. Cette partie est constituée par la mâchoire supérieure et par la lèvre supérieure, qui la dépasse beaucoup et se termine insensiblement en pointe.

En arrière de la lèvre, on trouve une arcade dentaire irrégulière, une voûte palatine très-bombée et un repli semi-lunaire qui forme la paroi inférieure de la bouche, dont la cavité est un cul-de-sac peu profond, sans communication avec le pharynx.

La lèvre et la mâchoire inférieures n'existent pas.

On ne trouve non plus, dans la cavité buccale, aucun vestige de la langue.

L'occipital et le pariétal sont normaux.

Les temporaux, vus par la face supérieure, n'offrent pas d'irrégularités notables ; à la face inférieure, ils présentent les particularités suivantes : le conduit auditif externe est fendu dans toute sa longueur ; la caisse du tympan, réunie à celle du côté opposé, forme une crête transversale très-forte, très-saillante, qui divise la base du crâne en deux cavités profondes. Il n'y a pas d'apparence des cavités glénoïdes.

Le sphénoïde irrégulier, très-épais dans ses grandes ailes, offre deux fentes sphénoïdales presque normales, et un seul trou optique à la base des petites ailes.

Le frontal unique offre, dans sa partie orbitaire et sur la ligne moyenne, deux trous, dont le postérieur, communiquant avec l'orbite, donne passage à la branche nasale du nerf ophthalmique, et l'antérieur est l'orifice d'un canal qui conduit ce même nerf dans la trompe.

La face externe de cet os présente en avant une apophyse arrondie, très-forte, très-saillante, qui forme la base de la trompe.

Un os cylindrique, comprimé latéralement, fendu inférieurement dans toute son étendue, articulé avec l'apophyse précédente, constitue avec elle la totalité du squelette de la trompe. Cet os est l'analogue des os propres du nez.

Le maxillaire supérieur représente un cône tronqué, un peu aplati ; l'apophyse montante est réduite à une petite lamelle, ayant un point d'ossification propre. A l'extrémité inférieure existent trois dents aiguës, dont la moyenne est exactement médiane et en partie seulement développée dans l'os.

Tous les os dont nous n'avons pas fait mention, excepté les jugaux, manquent complétement.

Le maxillaire inférieur, recueilli avec soin, n'existait pas, même à l'état rudimentaire.

L'orbite est constituée, en haut par le frontal, en arrière par le frontal et la petite aile du sphénoïde, en bas par la base des apophyses ptérygoïdes et les bulbes de deux dents molaires, en dehors par les jugaux.

Les muscles temporal, masséter et ptérygoïdien d'un côté s'unissaient avec leurs congénères du côté opposé. Leur masse confuse formait, le sous-sphénoïde, une arcade qui, avec la voûte palatine, constituait le cul-de-sac de la bouche.

Au devant de la colonne vertébrale se trouvait une cavité fermée supérieurement, et se continuant inférieurement avec l'œsophage ; elle pouvait admettre le bout du doigt indicateur, au niveau de la bouche, un repli ou voile transversal, la divisait en deux parties. La postérieure, véritable pharynx, aboutissait à la base du crâne, en se rétrécissant beaucoup, on n'y voyait pas d'orifice pour les trompes d'Eustachi, qui n'existaient pas. L'antérieure, moins prolong e en haut, offrait en avant une portion de la membrane muqueuse très-différente du reste; cette partie de la membrane muqueuse, formant la paroi antérieure de la cavité, ressemblait parfaitement à celle de la base de la langue; elle était recouverte de papilles semblables et présentait à son centre un trou borgne.

Par la dissection, on a pu constater que cette partie était limitée en bas et sur les côtés par l'os hyoïde et les os styloïdiens (non encore ossifiés); elle recevait deux muscles des apophyses styloïdes et des faisceaux de fibres musculaires de l'os hyoïde; en haut, elle se confondait avec la paroi de la cavité, sans offrir aucune apparence de pointe ou de bord libre.

L'os hyoïde, en partie enlevé dans la section de la tête, n'a pu être examiné.

L'encéphale n'occupait pas toute la cavité du crâne. Vu par la partie supérieure, on apercevait, d'arrière en avant, le cervelet, plus gros qu'à l'état normal ; les tubercules quadrijumeaux ; l'orifice de l'aqueduc de Sylvius ; enfin, tout à fait en avant, une masse unique remplaçant les hémisphères cérébraux ; dans ce lobe médian existait une cavité unique, on n'y voyait ni corps calleux, ni vestige de la voûte à trois piliers.

Vu par la base, on pouvait constater l'existence de la tige et de la glande pituitaire, en arrière de laquelle une éminence avec un léger sillon longitudinal était formée par les éminences maxillaires réunies ; on constatait de plus l'existence de tous les nerfs du cerveau, excepté celle du nerf olfactif, qui manquait complétement, ainsi que les lobes du même nom. Les nerfs optiques naissaient de la base du cerveau, accolés l'un à l'autre sans former de chiasma ; ils se réunissaient presque immédiatement en un seul tronc, qui sortait par le trou de la petite aile du sphénoïde. Après un trajet d'un demi-centimètre à peu près, il se divisait en deux cordons qui aboutissaient à la partie inférieure et postérieure des globes oculaires.

Le nerf de la cinquième paire se divisait en trois branches. La branche maxillaire inférieure était très-petite et sortait par le trou ovale du sphénoïde. La branche ophthalmique, parvenue dans l'orbite, fournissait un rameau assez volumineux, qui entrait dans le crâne par un trou du temporal, se portait en avant sous la dure-mère et pénétrait par un canal que nous avons décrit dans la trompe, où il se terminait.

La première de ces observations doit être rangée dans le genre rhinocéphale, troisième division de la famille des cyclocéphaliens, établie par M. Geoffroy Saint-Hilaire (HISTOIRE DES ANOMALIES DE L'ORGANISATION, part. III, liv. 1), genre caractérisé par une orbite unique, contenant un seul œil ou deux yeux contigus et surmontés d'une trompe. La seconde observation nous montre également une orbite unique, surmontée d'une trompe; mais la partie inférieure de la face présente des différences très-notables dans la petitesse relative de la mâchoire supérieure, l'absence totale de la mâchoire inférieure et des parties constituantes de la bouche. Ces anomalies doivent faire ranger le monstre dont nous nous occupons dans le genre *stomocéphale*, cinquième division de la famille des cyclocéphaliens de M. Isid.-Geoffroy Saint-Hilaire. Ce genre de monstruosité, beaucoup plus rare que le précédent, n'est encore connu que par dix ou douze observations.

N'ayant pas d'autre but que d'apporter quelques matériaux à l'histoire des anomalies de la face, nous nous bornerons à signaler les particularités qui nous ont paru les plus dignes de remarque dans ces deux observations.

Dans tous les cas de cyclocéphalie, sans exception, dont nous avons lu la description, et même quelquefois dans certaines difformités très-graves de la face, telle que l'absence de la voûte palatine, le cerveau est gravement déformé; au lieu de deux hémisphères, il offre un lobe unique, antérieur et médian, sans scissure ni corps calleux, et ces lobes sont si peu développés en arrière, qu'ils n'atteignent pas les tubercules quadrijumeaux. C'est aussi ce que nous avons vu dans nos deux observations; mais nous avons constaté de plus une hypertrophie notable du bulbe rachidien et du cervelet, hypertrophie remarquable surtout dans le premier sujet. Nous nous sommes assurés de ce fait en les comparant avec le cerveau normal d'un cochon du même âge, que nous nous sommes procuré à cet effet.

---

antique se trouvait donc défendue des rigueurs du nord par un paravent de forêts; mais nous ajouterons que ce rempart la privait également du bénéfice des vents accourus du septentrion pour balayer les effluves apportées par le midi.

Les bois qui recouvraient le site de l'ancienne Rome grimpaient tantôt sur des rampes escarpées ; telles sont la chute de l'Aventin qui regarde le Tibre, et tels sont encore les flancs du Palatin ; tantôt couronnaient des cimes ; tantôt enfin s'allongeaient dans des vallées fort resserrées en certains endroits : ainsi l'arc de triomphe de Constantin occupe presque tout l'espace compris entre le Palatin et le Cœlius, et le Colisée se trouve à l'étroit dans le vallon où l'a bâti l'empereur Vespasien. Ce n'étaient pas, comme aujourd'hui, de simples ondulations qui séparaient les collines, mais de véritables ravins; en effet, les accidents ont disparu par l'accumulation des matériaux dans les cavités, et par la dégradation des cimes abaissées. Le sol s'est considérablement exhaussé depuis les temps de la vieille Rome, ainsi que l'indiquent tous les anciens monuments, enterrés quelquefois jusqu'à 25 pieds de leur base, comme on peut le voir à la colonne Phocas.

De nombreuses sources, dont il serait fastidieux d'indiquer ici le nom et le gisement d'après les auteurs, des fontaines et des flaques, stagnaient dans les anfractuosités, ou coulaient sur les pentes et versaient leur trop-plein dans les vallées. Mais c'est surtout le Tibre qui, par ses débordements de chaque année, épanchait sur le terrain des nappes liquides destinées à devenir de véritables marécages. Leur origine est clairement indiquée par Solin, dans son POLYHISTOR : *Quam præterfluens Tiberis fecerat*, dit-il en parlant de cette masse d'eau dormante.

En aval de l'île du Tibre commençait une bande marécageuse qui s'enfonçait dans les terres, sur la rive gauche, et se bifurquait bientôt. Une branche se projetait entre l'Aventin et le Palatin, dans cette vallée où fut plus tard le *circus maximus;* la seconde s'avançait dans l'espace compris entre le Palatin et le Capitolin. On appelait la première grand Velabre, et l'autre, petit Vélabre. Les détails que nous ont laissés plusieurs auteurs, notamment Varron, permettent d'affirmer qu'il en était bien ainsi. Brocchi, du reste, dans un ouvrage justement estimé et auquel nous empruntons beaucoup, a, bien avant nous, tiré des anciens les documents propres à établir cette topographie. (Brocchi, DELLO STATO FISICO DEL SUOLO DI ROMA. Romæ, 1820.)

Les inondations du Tibre entretenaient aussi un lac qui paraît avoir eu également communication avec le grand Vélabre ; nous voulons parler du *Lacus Curtius*, ainsi appelé du général sabin M. Curtius, et non pas de cet autre Curtius, chevalier romain, qui se dévoua pour sa patrie, en se précipitant dans un gouffre entr'ouvert sur le forum. Il n'entre pas dans notre sujet de rechercher si ce gouffre avait été produit par un tremblement de terre, ou si c'était une crevasse du sol rapidement desséchée après une vaste inondation.

Dans les Vélabres et dans le lac Curtius, on ne doit pas voir des nappes d'eau limpides et courantes, mais de vrais marais, ainsi que l'attestent les citations suivantes, et celles que nous donnerons plus loin, empruntées à Properce, à Tibulle, à Ovide.

Qua Velabra suo stagnabant flumine, quaque
Nauta per urbanas velificabat aquas.
(Properce.)

Dans nos deux observations, le chiasma des nerfs optiques n'existait pas ; c'est aussi ce qui a été constaté dans toutes celles dont nous avons pu prendre connaissance. Ce fait, ainsi que l'absence de la voûte et du corps calleux, la fusion des éminences mamillaires (Tiedeman, OBS. SUR LES VICES DE CONFORMATION DU CERVEAU, etc., — JOURN. COMPLÉM., t. XX, p. 207 et suiv.), tendrait à prouver qu'il n'y a pas ici arrêt de développement, mais fusion des parties latérales par l'absence des parties moyennes, comme il arrive pour les globes oculaires, qui, dans les mêmes conditions, s'unissent plus ou moins complétement, et pour les muscles masséters et temporaux, qui, dans l'absence de la mâchoire inférieure, se réunissent en formant une arcade sous la base du crâne. (Obs. II.)

Dans la première de nos observations, non-seulement le chiasma, mais les nerfs optiques manquaient complétement. Nous les avons inutilement cherchés à leur origine, ainsi qu'à leur terminaison à la sclérotique ; de plus, le trou qui leur donne passage dans la petite aile du sphénoïde n'existait pas. Ce trou était seulement indiqué par une petite dépression. Nous croyons donc à l'absence de ce nerf, quoique Tiedeman (*mém. cité*) révoque en doute, comme faits mal observés, les cas dans lesquels on n'a pas trouvé de nerf optique, le globe oculaire existant, et que M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire paraisse partager la même opinion. A la vérité, les exemples d'absence du nerf optique coïncidant avec l'existence du globe oculaire sont très-rares : nous n'en connaissons que deux, outre le nôtre. Le premier a été observé par M. Magendie (ANATOMIE D'UN CHIEN CYCLOPE ET ASTÔME, — JOURN. DE PHYSIOLOGIE, t. I, p. 374) sur un chien cyclope; les cinq premières paires de nerf manquaient. L'œil unique, *bien conformé*, contenait deux cristallins et une rétine disposée à l'ordinaire, ainsi que les autres membranes de l'œil. Le second exemple est rapporté par le docteur Ed. Lacroix (OBS. DE CYCLOPIE, — TRANS. MÉD., août 1833) : il s'agit d'un rhinocéphale humain chez lequel le globe oculaire était réduit à une sclérotique et à une choroïde; le nerf optique manquait.

La trompe a été considérée comme un nez rudimentaire par Tiedeman (*mém. cité*), et par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire (*ouv. cité*), qui rapportent, à l'appui de leur opinion, l'existence d'une cavité dans cette trompe, celle d'une membrane muqueuse qui la tapisse et les rudiments de cloison ou de cornets qu'on y rencontre. Nous ajouterons, comme nouvelle preuve, que la trompe reçoit un rameau du nerf ophthalmique qui, par son trajet dans l'orbite et dans la cavité du crâne, est évidemment le rameau nasal interne. Nous l'avons trouvé, et parfaitement identique, dans nos deux sujets.

Enfin, nous signalerons, dans notre deuxième observation, l'*absence de la mâchoire inférieure* et de la presque totalité de la langue. Nous ne connaissons aucune observation d'absence de la mâchoire inférieure sans autre anomalie; il y a toujours en même temps dans tous les faits dont nous avons lu la relation, absence de plusieurs autres parties de la face ou de la face tout entière. Même dans ces cas, on retrouve presque toujours une mâchoire inférieure rudimentaire, fort petite, cachée dans les parties molles, à la base du crâne, au devant de la colonne vertébrale, et ne donnant attache à aucun muscle. (Schubart, DE MAXILLÆ INFER. MONSTROSÆ PARVITATE ET DEFECTU, Berlin, 1818. — Magendie. *obs. citée.*) Alors, comme dans le sujet de notre observation, les muscles masséter, temporal et ptérygoïdien d'un côté, s'ils existent, s'unissent avec ceux du côté opposé en formant une arcade sous la base du crâne. (V. obs. 2. — Schubart, obs. 5, et une autre observation communiquée par Beckleben. — Haller, OPUSCULA PATHOLOGICA, obs. 58. — Magendie, *obs. citée.*)

L'absence de la langue n'a été également observée, chez les mammifères, qu'avec d'autres anomalies non moins graves de la face. Il est probable même que, dans plusieurs de ces observations, où l'existence de l'os hyoïde a été constatée, il y avait quelque rudiment de la langue, comme dans le sujet que nous avons examiné. Le seul exemple d'absence de cet organe, sans autre anomalie de la face, dont on ait donné la relation est celui qu'Antoine de Jussieu a rapporté dans les mémoires de l'Académie des sciences. (MÉM. AC. DES SC., 1718, p. 6.) Mais, dans ce cas, observé chez une jeune fille, il existait, dans l'espace qu'occupe la langue, une sorte de mamelon sous lequel le doigt pouvait constater l'existence des muscles de la base de cet organe, de sorte que ce n'était pas en réalité un exemple d'absence de la langue. Le seul cas, bien constaté par la dissection, d'absence de la langue, sans autres déformations, a été observé par M. Rayer sur une poule.

MATIÈRE MÉDICALE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES; par DORVAULT.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

315. ACTION INTIME DES IODIQUES. — Jusqu'à présent les auteurs qui ont voulu expliquer la vertu curative des iodiques n'ont pas, selon nous, traité convenablement cette importante question. Ils ont généralement pris les effets accidentels ou consécutifs pour les effets virtuels ou efficients; en d'autres termes, ils ont été chercher très-loin ce qui, suivant nous, était fort près. Essayons de prouver ce que nous avançons.

316. Parmi les physiologistes qui se sont occupés de la question, les uns veulent que l'iodure potassique soit un *excitant*, les autres un *hyposthénisant* (*a*). Pour les premiers, si les iodiques détruisent les empâtements lymphatiques, si tous les organes reprennent leurs fonctions sous leur influence, cela tient à la stimulation générale qu'ils impriment à l'organisme. Pour les derniers, si les iodiques triomphent d'états morbides divers, si les douleurs ostéocopes, les nécroses, les ulcères syphilitiques, les exostoses, les tumeurs gommeuses, etc., sont avantageusement combattus par leur usage, c'est qu'ils apaisent la surexcitation engendrée par l'état pathologique.

317. Il nous sera, nous croyons, facile de démontrer qu'aucune de ces deux manières de voir n'est l'expression de la vérité ; qu'elles reconnaissent les phénomènes accidentels, les épiphénomènes de la médication iodique, mais n'expliquent pas le phénomène principal, c'est-à-dire le mode d'action du médicament sur le mal même ou du moins ses produits ; qu'elles reposent, en un mot, sur une fausse interprétation des faits. Nous admettons, avec les partisans de la première opinion, et nous constatons même avec eux, l'excitation générale imprimée à l'économie par la médication iodique. C'est un fait avéré que, sous son influence, la circulation est activée ; que par suite les forces digestives sont excitées et accrues ; qu'en un mot, toutes les apparences d'une meilleure santé se manifestent à la fa-

(*a*) Les iodiques font partie de la classe des *hyposthénisants* (contro-stimulants), ordre 3, ou *hyposthéniques lymphatico-glandulaires* de Giacomini.

Et qua Velabri regio patet, ire solebat
Exiguus pulsa per vada linter aqua.
(Tibulle.)

Quæ Velabra solent in circum ducere pompas
Nil præter salices crassaque canna fuit.
. . . .
Hic quoque lucus erat juncis et arundine densus,
Et pede velato non adeunda palus.
(Ovide, FASTES, liv. VI.)

Le grand Vélabre n'était pas une flaque insignifiante, mais une longue bande marécageuse. Pour éviter de perdre trop de temps à le tourner, on avait établi un bac qui, au rapport de Varron, transportait pour un *quadrans* le voyageur sur l'autre bord. Cette petite navigation n'était pas toujours facile, car Denys d'Halicarnasse nous apprend qu'une boue épaisse arrêtait quelquefois le bateau. Il est probable que cet obstacle se présentait lorsque les chaleurs de l'été avaient pompé une partie des eaux du Vélabre. Le marécage, du reste, n'était jamais entièrement à sec, et nous sommes porté à penser qu'un certain niveau y était entretenu par la Calabre, ruisseau qui, selon toute apparence, ne se rendait au Tibre que par l'intermédiaire du Vélabre. L'antique Calabra serait la Marrana d'aujourd'hui, cours d'eau dont la source est voisine de Grotta-Ferratta, à quelques milles de Frascati.

C'est dans ce pays éminemment insalubre que Romulus et Rémus vinrent s'établir ; leur cabane était bâtie sur la pente du Palatin, en regard du grand Vélabre. Le modeste palais du second roi de Rome, de Numa Pompilius, n'était pas mieux situé; il s'élevait aussi sur la rampe du Palatin, mais plus à l'est, et probablement vis-à-vis le petit Vélabre, dans l'emplacement occupé aujourd'hui par l'église Saint-Théodore. Nous verrons, quand nous aborderons la pathologie de l'ancienne Rome, que ses habitants payèrent par de nombreuses maladies l'imprudence d'un tel voisinage.

Bientôt, du reste, le besoin d'un espace plus étendu pour la ville, qui prospérait rapidement, et peut-être aussi le désir de soustraire la population à l'empoisonnement miasmatique, firent entreprendre aux rois de Rome des travaux considérables, dans le but de combler ces foyers malfaisants. Romulus et Tatius, après la paix qui réunit les deux peuplades ennemies jusqu'alors, précipitèrent dans le Vélabre des masses de pierres arrachées au Capitolin et à la roche Tarpéienne; mais c'est à Tarquin l'ancien qu'était réservée la gloire de terminer les travaux commencés par ses prédécesseurs. Il fit construire, pour dessécher les Vélabres, un large égout qui reçut le nom de *cloaqua maxima*, probablement par opposition à d'autres conduits de moindre importance. Cet égout, dont on voit encore un fragment à peu près intact, près de l'église de Saint-Georges in Velabro, était long de 2,500 pas, et ses arceaux mesuraient 3 mètres en tous sens; de sorte que Pline n'exagérait rien quand il disait qu'une voiture chargée de foin y eût trouvé un libre passage. Il est construit à la façon étrusque, c'est-à-dire avec des blocs taillés et juxtaposés sans l'aide d'aucun ciment. Les arceaux et les parois sont formés par trois couches de pierres concentriques. C'est un tuf volcanique assez dur qui a fourni les matériaux; de temps en temps des blocs de travertin lient entre elles ces couches concentriques. Quelques-uns de ces blocs ont jusqu'à 15 pieds de longueur sur 5 d'épaisseur, proportions qui paraîtront

veur d'un stimulus général. D'un autre côté, si nous ne reconnaissons pas, avec les partisans de la seconde opinion, que l'usage des iodiques soit constamment suivi d'un certain ralentissement du pouls, effet d'où ils concluent à l'action hyposthénisante du remède, mais bien que c'est l'effet contraire qui a le plus souvent lieu, nous admettons, avec eux, que, dans certains cas de douleurs ostéocopes violentes, de tumeurs gommeuses avec symptômes inflammatoires graves. les iodiques agissent comme sédatifs de la circulation, et reconnaissons même qu'il est le narcotique par excellence des douleurs de cette nature.

Mais ce n'est ni dans la stimulation, proclamée par les uns, ni dans la sédation, invoquée par les autres, que résident les vertus médicatrices des iodiques, et ce n'est pas ce qui les fait employer. En effet, la stimulation, au lieu de précéder l'amendement de l'état pathologique, le suit; elle n'est que la conséquence de cette amélioration, que la suite de la désoblitération des vaisseaux par l'effet princeps, fondamental, de la médication; et la sédation n'a lieu que parce que le médicament combat avec succès, non l'exacerbation circulatoire, mais avant, le mal même qui l'a causée. Voilà donc, en somme, deux opinions les plus opposées qui se puissent voir dont la fausseté est, nous croyons, péremptoirement démontrée par le même raisonnement.

Voici une objection qui nous a été faite par le docteur Diday dans son rapport, sur notre travail, à la Société de médecine de Lyon: « Vous dites que l'excitation générale qui suit l'usage du sel iodique dépend uniquement de la disparition du mal; mais alors pourquoi la cure des mêmes accidents par les mercuriaux amène-t-elle donc un état tout différent, presque opposé? » Nous ne discuterons pas sur ce fait, que, dans la syphilis, les mercuriaux ne sont pas prescrits tout à fait dans les mêmes cas que l'iodure de potassium, ni ne rechercherons si l'effet attribué aux mercuriaux par le praticien lyonnais est bien celui qu'il dit; nous nous bornerons à ces simples questions: N'arrive-t-on pas tous les jours au même but par des moyens différents? De ce que l'on guérit une maladie par un médicament dont le mode d'action est tout autre que celui d'un second remède qui la guérit aussi, peut-on nier la cure produite par l'un des deux? L'iode guérit le goître; la simple compression en fait souvent autant: est-ce par le même effet dynamique? Ce n'est qu'un simple choix à faire.

318. Une troisième opinion, et c'est celle qui compte le plus de partisans, consiste à considérer les iodiques comme *altérants*, c'est-à-dire comme appartenant à cette classe de médicaments qui ont la propriété de changer l'état des solides et des liquides sans produire d'effets immédiats sensibles. Si elle cherche à expliquer la véritable action du médicament, mérite que n'ont pas les deux autres, cette opinion ne nous paraît pas plus exacte en résultat. Le premier argument que nous invoquerons contre cette manière de voir, c'est que les effets thérapeutiques de l'iodique commencent à se produire et peuvent en quelque sorte être appréciés à partir de la première dose; ensuite que, lorsque l'action dynamique qui caractérise les altérants se produit, l'effet virtuel des iodiques est arrêté, suspendu, ou le plus souvent est déjà produit sur l'état pathologique que l'on combat, preuve la meilleure sans contredit que nous puissions apporter à l'appui de notre opinion.

Y a-t-il, du reste, la moindre analogie entre la posologie des altérants, du mercure, par exemple, employé comme tel, et la posologie curative des iodiques, et en particulier de l'iodure potassique? Oui, nous répondra-t-on peut-être, en se reportant à certains produits naturels (éponge, eaux iodurées, huile de foie de poisson) dont nous avons appuyé nous-même les propriétés curatives, et qui contiennent l'iode en proportions presque infinitésimales. Mais qui ne sait aujourd'hui que, dans leurs associations naturelles, certaines substances, contrairement à d'autres, voient leurs effets dynamiques décuplés, centuplés? Il faut de 30 à 50 grammes de sulfate de magnésie, obtenu chimiquement, pour déterminer l'effet purgatif; 10 à 15 grammes de ce sel, contenu naturellement dans l'eau de Pullna, suffisent.

Nous ne refusons cependant pas la propriété altérante aux iodiques; nous la leur reconnaissons au contraire, ni ne prétendons dire qu'ils ne puissent rendre des services à ce titre; mais nous contestons positivement qu'il faille rapporter à cette action, si ce n'est accessoirement, l'effet curatif dans les principales maladies auxquelles on a opposé ces médicaments jusqu'à présent (*a*).

319. Parlerons-nous d'une quatrième opinion, émise par un praticien de mérite, le docteur Cantù, et qui consiste à attribuer à une action toute chimique les effets thérapeutiques de l'iode? L'iode, en contact avec les substances organiques même vivantes, en modifierait la composition en s'emparant de leur hydrogène; et la preuve, selon son auteur, qu'il en doit être ainsi, c'est qu'ayant pénétré à l'état de corps simple ou d'iodure dans l'économie, on le retrouve à l'état d'hydriodate dans les fluides et les solides. Est-il besoin de faire remarquer que cette opinion, émise à l'époque où l'on n'employait encore guère que l'iode lui-même, repose d'abord sur une propriété chimique de ce corps que l'on pouvait jusqu'à un certain point invoquer alors, mais qu'il n'est plus permis d'admettre aujourd'hui dans l'explication de l'action intime des iodiques; que, dans la dernière proposition, elle repose sur la différence que faisaient les chimistes d'alors entre les iodures et les hydriodates?

Ajoutons encore que Vogt en mettant les iodiques dans sa troisième classe, ordre I, ou médicaments opérant spécialement sur les systèmes sécréteurs et exhalants, semble en faire des sudorifiques. Est-il nécessaire de faire remarquer que, dans cette manière de voir comme dans les deux premières que nous avons exposées, l'effet consécutif est pris pour l'effet immédiat?

320. Ayant exposé les différentes opinions sur l'action des iodiques dans l'intimité des organes, nous arrivons à l'exposition de notre propre opinion.

Nous avons fait pressentir et maintenant nous confirmons que la virtualité des iodiques réside dans leur pouvoir fluidifiant sur les liquides animaux, action qui ôte à ces liquides la tendance qu'ils ont, dans certains états morbifiques, de laisser séparer leurs éléments constitutifs et protéiques, et de former des produits nouveaux tels que coagulum, fausses membranes, concrétions pathologiques diverses.

Ici on pourra objecter que si la virtualité des iodiques réside uniquement dans cette action fluidifiante, un grand nombre de substances beaucoup plus répandues, et partant d'un emploi bien moins dispendieux, la possèdent aussi. Cette objection, qui mérite considération, nous force d'entrer

(*a*) L'iode lui-même nous paraît avoir une action altérante en sus de la propriété fondante qu'il possède à l'état de combinaison. Mais la preuve que cette action altérante de l'iode métalloïdique n'est pas celle sur laquelle repose principalement la médication iodique, c'est que l'iodure potassique où cette propriété a disparu est un iodique plus puissant que l'iode lui-même.

---

d'autant plus remarquables qu'il s'agit des premiers temps de Rome. Devant cette belle et solide construction, on comprend le cri d'enthousiasme de Pline. N'est-il pas admirable qu'après sept cents ans, écrit l'encyclopédiste, ce conduit soit encore debout et intact, malgré les débordements du Tibre, les tremblements de terre et la masse d'édifices qui pèse sur les voûtes?

La sollicitude des rois de Rome ne se borna pas à dessécher les deux Vélabres; le lac Curtius fut aussi comblé :

Curtius ille lacus siccas qui sustinet aras,
Nunc solida est tellus, sed fuit ante lacus.
(Ovide, Fast., liv. vi.)

Bâtie sur un terrain déprimé, avoisinée par un torrent dont les eaux vagabondes n'étaient retenues par aucune digue, la ville de Rome devait cruellement souffrir des débordements auxquels le Tibre est sujet chaque année. Les anfractuosités dans lesquelles les eaux restaient captives et devenaient croupissantes furent sans doute comblées, ainsi que l'attestent les passages suivants :

Hic ubi nunc fora sunt, udæ tenuère paludes
Amne redundatis fossa madebat aquis.
. . . .
Stagna recesserunt, et aquas sua ripa coercet :
Sicca nunc est tellus. . . . .
(Ovide, Fast., liv. vi.)

Mais la cité resta néanmoins longtemps ouverte aux capricieuses visites des eaux gonflées du Tibre. Plutarque parle d'une inondation qui, sous les premiers rois, si nous avons bonne souvenance, couvrit le forum des débris de ses monuments écroulés; et du temps d'Horace, la ville éternelle n'était pas encore à l'abri des injures du Tibre :

Vidimus flavum Tiberim, retortis
Littore Etrusco violenter undis,
Ire dejectum monumenta regis,
Templaque Vestæ.
(Horace, ode 2.)

Cette inondation fut terrible sans doute; car le poëte va jusqu'à redouter qu'un nouveau déluge n'épouvante le monde, comme au temps de Deucalion et de Pyrrha :

Terruit gentes, grave ne rediret
Seculum Pyrrhæ, nova monstra questæ,
Omne cum Proteus pecus egit altos
Visere montes :
Piscium et summa genus hæsit ulmo,
Nota quæ sedes fuerat columbis;
Et superjecto pavidæ natarunt
Æquore damæ.
(Ibidem.)

Il paraîtrait que de Tarquin l'ancien datent les premiers travaux destinés à protéger la rive gauche contre le fleuve; mais au seizième siècle seulement, Rome, à l'abri des crues annuelles, ne craignit plus que les inondations tout à fait extraordinaires.

Quand on considère que le forum ancien était en certains endroits à 25 pieds au-dessous du niveau actuel, loin de s'étonner qu'il ait été envahi si souvent, on

plus profondément encore que nous ne l'avons fait dans l'appréciation de l'action dynamique de l'iodure potassique.

Sans aucun doute plusieurs substances, parmi lesquelles nous citerons les alcalis minéraux, l'ammoniaque, les sels ammoniacaux, le sulfate de soude (*a*), possèdent une action fluidifiante manifeste sur nos humeurs, et sont reconnus comme ayant des propriétés antistrumeuses évidentes. Dans l'action fluidifiante des iodiques ne gisent donc pas entièrement leurs propriétés thérapeutiques? Il y a donc en outre une propriété spéciale, inherente à leur nature? D'autre part, puisque l'iode n'agit qu'à l'état de combinaison, et particulièrement à celui d'iodure de potassium, auquel de ses éléments ce sel doit-il cette propriété spéciale? Voilà, on en conviendra, trois questions fort épineuses. Mais traitant l'histoire du sel iodique sous toutes ses faces, nous nous reprocherions de les avoir éludées; car elles sont dignes assurément de toute l'attention du thérapeutiste.

321. On sait depuis longtemps que les sels de même base, quel qu'en soit l'acide ou l'élément électro-négatif, produisent en général les mêmes effets physiologiques, à l'intensité près : les sels magnésiens sont toujours des purgatifs, les antimoniaux toujours des émétiques et les mercuriaux des antisyphilitiques; partant, il est rationnel d'admettre que c'est à la base et non au corps électro-négatif qu'appartient l'effet dynamique produit, à moins cependant que ce corps ne soit lui-même doué de propriétés médicinales manifestes, comme le cyanogène dans les cyanures, l'acide valérianique dans les valérianates, auquel cas il peut dominer ou seulement contre-balancer dans le composé les propriétés de l'élément électro-positif. La question ainsi posée, l'iodure de potassium, type des iodiques, agit-il par sa base, le potassium; ou par son radical, l'iode? Si nous procédions par analogie, nous résoudrions la question dans le premier sens. En effet, le chlore qui, comme chacun le sait, a tant d'analogie chimique avec l'iode, que connaître l'histoire chimique de l'un, c'est presque connaître l'histoire chimique de l'autre (35), combiné au potassium et par extension aux autres métaux, perd toutes les propriétés physiologiques qui lui sont propres, et le composé ne présente plus que les propriétés du métal uni au chlore, autrement dit, que les propriétés des autres sels de potassium ou des sels des autres métaux. Dans les iodures métalliques (*b*), et surtout dans les iodures alcalins et terreux, les propriétés propres à l'iode, au point de vue thérapeutique, prédominent manifestement.

322. Toutefois, il est nécessaire d'admettre comme conséquence naturelle des inductions précédentes, que l'action de l'iodure de potassium, que nous reprendrons en particulier, est composée comme ce sel lui-même; que le potassium et l'iode unis ensemble concourent à la production de l'action fluidifiante. Mais cette action fluidifiante est-elle spéciale ou simplement relative? Faut-il croire que, tandis que le potassium agit d'une manière qui ne lui appartient pas en propre, l'iode, au contraire, s'étant ouvert les voies par la combinaison, agit en imprimant à nos fluides une virtualité spécifique, mystérieuse, dont l'explication est au-dessus de notre intelligence, ou bien ne faut-il voir dans les iodiques qu'un pouvoir fluidifiant plus grand ou mieux approprié que chez les autres agents de fluidification? Cette question ultime, à laquelle nous sommes acculés, est, nous le répétons, des plus délicates. Des arguments nombreux militent en faveur de l'une comme de l'autre opinion. Cherchons donc, dans ce dédale de raisonnements qui se heurtent, se combattent, à démêler la vérité, dont le fil est si facile à perdre en pareille matière; et tâchons de l'en dégager, si toutefois il est possible de l'atteindre. Si, d'un côté, nous considérons la petite quantité de sel iodique que l'on peut faire agir à la fois sur la masse si grande de nos humeurs; si nous considérons que tous les fluidifiants que l'on a cherché, soit par analogie chimique, soit par analogie physiologique, à substituer aux iodiques, ont, ou à peu près, complétement échoué; si nous considérons enfin la spécificité de la scrofule et de la syphilis, que les iodiques sont particulièrement appelés à combattre, nous sommes portés à admettre la spécificité, cette propriété curative *sui generis* du remède. D'un autre côté, si l'on considère qu'il suffit du mouvement disgrégatoire le plus faible, du plus mince travail de la plasticité organique, de la formation du coagulum le plus impondérable pour amener une perturbation considérable dans l'économie; si l'on admet ensuite que le pouvoir fluidifiant des iodiques sur les fluides humoraux dépasse d'une manière qui ne peut encore être appréciée, faute de moyens suffisants, et préférablement, sans admettre ce pouvoir fluidifiant plus grand, si on lui en reconnaît un mieux approprié que celui des autres agents de cette classe, on est porté à rejeter cette spécificité absolue pour ne lui en reconnaître qu'une relative. Eh bien! nous l'avouerons, car il faut nous prononcer, c'est à cette dernière opinion que nous nous rangeons, en ajoutant toutefois que nous l'adopterions avec plus de satisfaction, si, au lieu des quelques notions que nous avons fait connaître et de simples inductions, nous avions un moyen dynamométrique certain qui pût nous démontrer cette action fluidifiante plus considérable ou plutôt mieux appropriée des iodiques sur nos humeurs.

M. Pereira (ELEMENTS OF MATERIA MEDICA) semble être arrivé au même résultat que nous; car pour lui les *liquefacients* ne produisent pas tous la même liquéfaction, ni ne la produisent de la même manière. Aussi parmi les fluidifiants établit-il un ordre à part pour les iodiques (*iodic liquefacients*).

Un dissolvant, en effet, n'a pas, par cela même qu'il est dissolvant, la propriété de dissoudre tous les corps. L'eau, ce grand dissolvant de la nature, ainsi que l'appelaient les anciens, est elle-même loin de ce pouvoir absolu, sans limite. L'alcool, l'éther et les autres dissolvants ordinaires, pour ne parler que de ceux-là, en sont encore plus éloignés. En outre chacun de ces dissolvants dissout plus facilement et en plus grande quantité certains corps que certains autres. Nous pouvons donc admettre que le pouvoir fluidifiant des iodiques est différent, mieux approprié à nos humeurs dans des cas pathologiques donnés, que celui des autres fluidifiants connus.

Ce qui peut encore porter à admettre cette appropriation, c'est le fait que nous avons fait ressortir plus haut, savoir, que l'iodure potassique a la propriété de dissoudre (pour nous ce n'est que fluidifier) la fibrine du sang et de la maintenir liquide sans détruire les globules, tandis que les alcalis minéraux, les sels ammoniacaux et d'autres substances dissolvent l'ensemble; c'est ensuite cette autre propriété que lui a reconnue M. Poiseuille de faciliter l'écoulement du sang dans ses canaux, tandis que d'autres sub-

(*a*) D'après des auteurs, le sucre, les extraits de gentiane et de salsepareille, des substances inertes, rendent le sang liquide d'une manière permanente.

(*b*) Si les propriétés de l'iode se font apercevoir dans les iodures des métaux des quatre dernières sections, plus que celles du chlore, ne se font remarquer dans les chlorures correspondants, il est cependant avéré pour nous que les propriétés virtuelles de ces métaux y prédominent. Les iodures de fer, de mercure, etc., agissent bien plus comme sels de fer et de mercure, que comme sels iodiques. Sous ce rapport, l'iode est en parfaite identité avec le soufre.

---

se demande comment il n'était pas couvert en permanence. Mais il faut remarquer que le lit du Tibre actuel est plus élevé que l'ancien; il s'est exhaussé par le dépôt des matériaux qu'il apporte des montagnes ou qu'il arrache à ses berges :

In mare cum flava prorumpit Tibris arena.

Cet exhaussement du lit d'un fleuve n'est pas, du reste, un phénomène bien rare, car on voit, notamment en Italie, des cours d'eau couler à un niveau plus élevé que le sol; de sorte qu'on a été obligé de les encaisser entre de fortes digues, et qu'ils simulent ainsi véritablement des aqueducs.

Ce n'était pas dans Rome seulement qu'on rencontrait des sources d'émanations paludéennes, mais à ses portes et dans sa campagne.

Sur l'emplacement du Campo Marzo actuel gisait le marais de Caprée, si fameux par l'apothéose, ou, si l'on aime mieux, par le meurtre de Romulus. Non loin de là, vers la moderne Piazza Nicozia, s'étendait le marais de Terente :

Fluminis ille latus cui sunt vada juncta Terenti
Aspicit. . . . .
(Ovide, FAST., liv. I.)

Sextus Rufus nous apprend que la campagne de Rome était semée de lacs épars et de nappes jetées çà et là.

Dans la vallée Arica, Pline et Columelle placent le lac de Turnus, qui fut desséché ensuite, ainsi que cela résulte d'un passage de ce dernier auteur (DE RE RUSTICA) : *Lacuturres ex convalle Aricinæ ubi quondam fuit lacus turrisque quæ remanet.* La ville de Gabies, qui donna tant de besogne à Tarquin le Superbe, se mirait dans un lac qui portait son nom. C'est près d'une nappe d'eau appelée Labicum, aujourd'hui lac de Regillo, qu'eut lieu la rencontre des Romains et des Sabins. Aux *Aquæ albulæ*, au pied de Tivoli, de vastes piscines s'ouvraient pour les baigneurs; de nos jours, dans ces lieux, la fièvre pernicieuse menace le visiteur. Albe-la-Longue s'étendait sur le bord du moderne lac d'Albano. Enfin nous pouvons citer le lacus Nemorensis et le lacus Sabatius, aujourd'hui lago di Bracchiano, etc.

Telle est la nomenclature incomplète des nappes liquides dont l'histoire nous a transmis les noms. Il est évident qu'il faut ajouter à cette énumération les autres lacs qu'on trouve aujourd'hui dans la campagne, et dont l'antiquité est incontestable; enfin ceux qui ont disparu, par exemple le lac de Giuturna, entre Albano et le Monte Savello, que le pape Paul V a fait dessécher à cause des miasmes pernicieux qui s'en échappaient.

FÉLIX JACQUOT.

— M. le ministre de la guerre vient de faire prendre, sur le rapport favorable du conseil supérieur de santé, plusieurs exemplaires du CLIMAT DE L'ITALIE, par le docteur Ed. Carrière. Ces exemplaires sont destinés aux divers hôpitaux d'instruction et à l'armée d'Italie, dont les médecins peuvent trouver d'excellents préceptes dans cet ouvrage.

stances qui, comme lui, fluidifient la fibrine n'influencent aucunement ou même retardent la circulation. Ces propriétés qu'il n'a pas seul, à la vérité, ajoutées à d'autres qui ne nous ont pas encore été révélées, nous paraissent donner à notre opinion un degré de validité incontestable.

Mais, dira-t-on peut-être, en admettant ces propriétés chimico-physiologiques en quelque sorte spéciales vous faites à votre insu de l'iode un remède spécifique dans toute la force du terme. Nous pouvons nous tromper sur ce point de doctrine, mais nous ne le croyons pas; de ce que chaque homme a un *facies* qui lui est propre, peut-on dire qu'il forme une espèce distincte, que son organisation anatomique est différente de celle des autres hommes? Quoi qu'il en soit de cette question, nous confessons hautement que nous tenons moins au mot qu'à la chose.

Dans le prochain article nous traiterons de l'application des iodiques aux maladies.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le numéro de juillet 1848 contient les articles originaux suivants: 1° *Statistique de la population de Philadelphie, de 1830 à 1840*; par le docteur Emerson. 2° *Statistique des amputations à l'hôpital de New-York, de janvier 1839 à janvier 1848*; par le docteur Henry W. Buel. 3° *Considérations et observations sur la fièvre congestive;* par le docteur Ch. Lavender. 4° *Observations sur le trismus des enfants nouveau-nés;* par le docteur Marion Sims. 5° *Sur les causes déterminantes de la proportion des sexes;* par le docteur Emerson. 6° *Excision d'un col utérin carcinomateux;* par le docteur Washington L. Atlee. 7° *Dissection d'un fongus hématode de l'œil;* par le docteur W. Clay Wallace. 8° *Occlusion et rigidité du col utérin et du vagin;* par le docteur James D. Trask.

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE CONGESTIVE; par le docteur CHARLES LAVENDER (de Selma).

Les médecins qui n'ont jamais observé que dans une seule région, et qui sont peu familiarisés avec la littérature médicale étrangère, ont nécessairement une idée fort incomplète de la pyrétologie. Cela vient de ce que, de toutes les manifestations morbides que l'homme peut présenter, il n'en est pas certainement dont la forme varie autant avec les localités que les *fièvres*. Ce ne sont pas seulement les différences de latitude qui déterminent ces modifications; car il serait difficile d'imputer au climat de l'Irlande le développement de ce terrible *typhus fever*, si peu semblable, sous certains rapports, à notre fièvre typhoïde. Néanmoins le climat est la condition la plus générale de la spécificité des formes pyrétologiques; non pas uniquement la température ou la pression atmosphérique, ou l'anémologie, mais encore les caractères géologiques et hydrologiques du lieu. Il est, par exemple, certaines formes de fièvres pseudo-continues ou rémittentes dont le type, si fortement tracé par Hippocrate, nous paraîtrait perdu, si des observations attentives ne l'avaient retrouvé au lieu même où Hippocrate l'avait rencontré et décrit, en Grèce, et ne l'avaient découvert également en Afrique, dans l'Inde et dans le continent américain.

C'est dans cette dernière région qu'a observé M. Lavender (à Selma, dans l'État d'Alabama), et la fièvre *congestive*, qui fait le sujet de son travail, appartient évidemment au groupe des fièvres rémittentes d'Amérique déjà décrites avec beaucoup de soin dans le même recueil, par le docteur Stewardson (1841 et 1842). Les détails suivants ne laissent aucun doute à cet égard.

La maladie prend quelquefois la forme congestive dès le début; puis, si le sujet y résiste, elle se change en rémittente ou en intermittente. D'autres fois, une fièvre d'accès plus ou moins régulière tourne subitement à la fièvre congestive. Dans ce dernier cas, le début de l'affection offre une physionomie peu différente de celle des intermittentes ordinaires. Il est marqué par plus de langueur, plus de débilité. Après un ou deux jours de prodromes propres aux fièvres automnales, le sujet devient anxieux, oppressé, pâle. Les extrémités se refroidissent, les traits se contractent. Lèvres empourprées; langue pointue, de couleur plombée, pâle, froide et visqueuse; pouls faible, fréquent, irrégulier, intermittent; par intervalles, horripilations générales, bien que le malade se plaigne rarement de froid. Pas de céphalalgie aiguë, mais sentiment de lourdeur et d'engourdissement dans la tête, le dos et les membres. Ordinairement il y a beaucoup de soif, des nausées et des vomissements. A ces signes de concentration, semblant annoncer la première période d'un accès régulier, ne succède pas de réaction; au contraire, la peau perd de plus en plus de sa caloricité et se couvre de sueur froide. L'anxiété et l'oppression augmentent. Le sujet reste à peine quelques secondes dans la même position. S'il essaye de se tenir debout, il est pris de vertiges. Malgré le refroidissement général, il accuse une chaleur insupportable, demande constamment à être éventé ou lavé à l'eau froide sur la face et sur la poitrine. Dans quelques cas cependant, la tête et le thorax acquièrent une chaleur morbide. La sueur se montre soudainement et disparaît de même. La peau devient bleuâtre, peu sensible, et la pression des doigts y imprime une marque qui ne disparaît qu'après quelques secondes. On observe parfois des ecchymoses aux parties déclives. Des selles aqueuses surviennent chez certains individus; c'est là un fâcheux symptôme. D'autres ont le hoquet. Habituellement, le malade est en proie à d'affreux cauchemars, s'imagine tomber, et paraît menacé de suffocation. Il reste une minute environ sans respirer, puis fait une inspiration profonde et crie qu'il va mourir étouffé. Cependant le pouls cesse de se faire sentir au poignet; une angoisse inexprimable survient, le sujet fait entendre quelques soupirs, les battements du cœur s'arrêtent, et la mort arrive en six ou huit heures.

Quand la terminaison est heureuse, une réaction salutaire s'établit et la convalescence marche rapidement. D'autres fois, la réaction est incomplète et bientôt suivie d'un second paroxysme analogue au précédent, qui emporte le sujet. Enfin, on peut observer ainsi plusieurs paroxysmes séparés par des mouvements de réaction, tantôt insuffisants pour amener la guérison, tantôt de plus en plus complets et aboutissant enfin à une franche convalescence.

A l'autopsie, il n'est pour ainsi dire pas d'organe important qu'on ne puisse trouver engorgé; mais la congestion porte surtout sur la rate. Celle-ci peut acquérir en quelques heures le double de son volume normal. Le foie offre le plus souvent aussi la même altération, toutefois à un moindre degré. Il en est de même des poumons. Mais, ajoute l'auteur, la congestion la plus funeste est celle qui porte sur le cerveau; quand elle existe, elle s'annonce par du coma, du délire, le roulement des yeux dans les orbites, la dilatation des pupilles, les illusions d'optique.

Quant au traitement, il n'y a contre cette forme de fièvre qu'un remède efficace, c'est le sulfate de quinine. On le donne à la dose de 5, 10, 15 et 20 grains toutes les heures ou toutes les deux heures jusqu'à ce que ses effets caractéristiques se soient manifestés; après quoi on en modère les doses suivant les indications. L'auteur analyse également les effets thérapeutiques de plusieurs autres moyens, tels que les stimulants, les vomitifs, les purgatifs, etc., mais sans fournir sur ces diverses médications, y compris la médication quinique, des documents assez précis pour permettre d'apprécier sûrement par les résultats la valeur relative de chacun d'eux.

On peut voir, par ce qui précède, que la fièvre dite congestive ne ressemble exactement à aucune des pyrexies que nous avons coutume de rencontrer en France. Ce n'est pas la fièvre inflammatoire, personne ne peut en douter; ce n'est pas la fièvre typhoïde ni le typhus, car les intestins n'offrent pas les altérations caractéristiques de ces maladies; l'auteur ne signale même aucune lésion intestinale; M. Stewardson, qui en parle, n'indique qu'un léger ramollissement de la muqueuse et un développement peu prononcé des follicules de Brunner. Ce n'est pas non plus une intermittente pernicieuse caractérisée, car souvent la maladie est continue, et quand elle offre des intermittences, celles-ci sont mal déterminées. C'est donc une fièvre rémittente ou subcontinue. Nous ne prétendons pas assurément que nos pays sont absolument exempts de maladies analogues; mais assurément elles y sont rares, surtout à Paris, et elles n'ont pas cette marche rapidement funeste qu'on a vue tout à l'heure. Il faut aller en Afrique ou sous les tropiques pour rencontrer de nombreux exemples, pour la voir régner endémiquement. C'est enfin une de ces fièvres, dont le type pourrait souvent tromper sur leur nature essentielle, et qu'on a heureusement nommées *fièvres à quinquina*. Il est d'ailleurs plusieurs preuves décisives de la conformité de cette affection avec la fièvre d'Afrique; c'est d'abord l'efficacité, dans l'une et dans l'autre, des sels de quinine; c'est ensuite la prédominance des congestions splénique et hépatique sur celles des autres organes. Il est vrai que M. Lavender appelle spécialement l'attention sur la congestion du cerveau, tandis que M. Stewardson paraît la regarder comme secondaire et comme infiniment moins significative que l'engorgement de la rate. Twining avait dit aussi que, dans les fièvres du Bengale, la plupart des viscères, notamment le cerveau, étaient toujours congestionnés; ce sont presque les expressions de M. Lavender. Tout ce que nous pouvons affirmer à cet égard, c'est que les documents fournis par ce dernier sont incomparablement moins détaillés et moins précis que ceux de Stewardson, et que jusqu'ici l'opinion qui considère l'engorgement de la rate comme la lésion capitale, caractéristique, de la fièvre congestive et qui légitime ainsi l'assimilation de cette fièvre avec les *rémittentes* et les *subcontinues*, doit être regardée comme la plus probable. M. Lavender, du reste, malgré le vague de ses considérations et l'importance qu'il semble attribuer aux congestions du poumon et du cerveau, n'hésite pas,

en définitive, à assigner pour cause à la fièvre congestive un empoisonnement miasmatique.

Il est un rapprochement dont on se défend avec peine en lisant la description rapportée plus haut : c'est celui de la fièvre congestive avec le choléra. Refroidissement général, petitesse du pouls qui finit même par s'effacer entièrement, couleur bleuâtre de la peau, effacement lent des plis qu'on y forme en la pinçant, selles aqueuses, voilà bien des points d'analogie. Néanmoins il ne faut pas oublier qu'on pourrait tout aussi bien rapprocher cette forme de fièvre subcontinue de certains empoisonnements violents, tels que l'empoisonnement par l'arsenic. Personne n'ignore la ressemblance frappante de certains symptômes de l'intoxication arsenicale avec ceux du choléra. De tels rapprochements ne doivent être tentés qu'avec beaucoup de réserve. Si la fièvre congestive et le choléra se ressemblent sous quelques rapports, ils diffèrent assez sous beaucoup d'autres, notamment sous celui des effets de la médication quinique (qui est une sorte de pierre de touche) pour qu'il ne soit pas prudent de conclure d'une certaine ressemblance symptomatologique à l'identité étiologique.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE TRISMUS DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur MARION SIMS (de Montgomery).

La dénomination de *trismus*, employée ici, correspond à celle de *tétanos*, plus généralement usitée pour désigner une affection convulsive des nouveau-nés, caractérisée surtout par le resserrement des mâchoires, mais aussi, et à peu près constamment, par des mouvements spasmodiques, des contractures de plusieurs autres parties du corps. Beaucoup plus commune dans les pays chauds que dans nos climats, cette maladie n'a été que depuis peu de temps l'objet d'une étude sérieuse. L'un des meilleurs travaux qui lui aient été consacrés est sans doute celui de Matuszinski, médecin fort distingué mort à Paris il y a quelques années. On peut le lire dans la GAZETTE MÉDICALE de 1837. Les observations qu'il avait recueillies à l'hôpital de Stuttgard, d'accord avec celles, beaucoup moins précises et d'ailleurs fort rares, qu'avaient déjà publiées d'autres auteurs, tendent à placer le caractère anatomo-pathologique principal du tétanos dans un épanchement de sang intra-rachidien, entre la dure-mère et les parois du canal osseux, épanchement auquel se joint d'ordinaire une extravasation sanguine dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, les ventricules et les plexus choroïdes. Quand nous disons que ces résultats de l'observation sont d'accord avec ceux dont la science était déjà en possession, on doit l'entendre seulement du fait de l'épanchement sanguin dans le rachis ; car, quant au siége précis de l'hémorrhagie, ce n'est pas en dehors de la dure-mère, mais bien dans la grande cavité arachnoïdienne qu'elle avait été signalée. Il en est ainsi du moins dans l'observation citée par Billard dans son TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS.

M. Sims apporte dans cette question une idée tout à fait nouvelle et singulière, ou plutôt il vient essayer d'en confirmer la justesse ; car déjà il l'a soutenue dans un travail publié en 1846, dans THE AMERICAN JOURNAL. Cette idée, c'est que le trismus des nouveau-nés reconnait pour cause une pression mécanique allongée sur la moelle et les nerfs qui s'y insèrent; que cette pression peut bien dépendre quelquefois de quelque lésion interne, mais résulte *très-généralement* (*most generally*) d'un déplacement de l'occipital en avant, d'un véritable enfoncement de l'os, déplacement souvent assez considérable pour apparaître à la première vue, mais quelquefois si faible qu'il faut un examen minutieux et méthodique pour le constater. Suivant l'auteur, cet enfoncement de l'occipital est une condition *physiologique* et innocente de l'accouchement; mais s'il persiste quelque temps après, il devient une condition pathologique dont le résultat est la production du trismus.

M. Sims ajoutait, dans son premier travail, que le défaut d'ossification des os crâniens était *nécessaire* à la détermination de la maladie. Aujourd'hui, c'est justement le contraire qu'il soutient, et l'on comprendrait mieux, en effet, qu'un certain degré de solidité des os, ne leur permettant pas de fléchir trop facilement sous la pression, favorisât leur chevauchement au niveau des sutures. Il soutenait encore que le trismus se produisait seulement pendant le décubitus dorsal; depuis, il l'a vu naître chez des enfants toujours couchés sur le côté. Mais quant au fond de la théorie, telle que nous venons de la rappeler, il la défend avec une nouvelle force. Les preuves qu'il invoque sont anatomiques, physiologiques et thérapeutiques.

Durant la parturition, dit-il, les bords de l'occipital passent en avant des pariétaux ; mais ils reviennent ensuite en arrière, dans un temps variable de douze à quarante-huit heures. C'est la position normale de l'occipital. Tant qu'il n'y est pas arrivé, le décubitus sur le dos ou même un peu latéral, mais tel que l'occiput supporte tout ou partie du poids de la tête, exagère le déplacement. Il a constaté avec le toucher ce déplacement au niveau des deux symphises, chez un grand nombre d'enfants affectés de trismus et qui avaient été couchés sur le dos. Chez d'autres qui avaient été placés dans le décubitus semi-latéral ou tout à fait latéral, l'occiput avait chevauché de ce côté seulement, et son bord correspondant était placé *en avant* du pariétal, tandis que le bord opposé faisait saillie *en arrière*. Enfin, il s'est assuré plus directement encore du déplacement chez des enfants morts de tétanos.

Voilà pour le fait anatomique. Quant aux rapports étiologiques du déplacement avec la production du trismus, l'auteur rapporte avec détails une douzaine d'observations curieuses, dont quelques-unes ont eu pour témoins des médecins dignes de foi. Tantôt le trismus prend naissance peu de temps après que l'enfant a été couché sur le dos; il diminue dans le décubitus latéral, il cesse rapidement si le petit malade est placé sur le ventre, pour reparaître si on lui fait reprendre sa première position ; il y a des cas où ces alternatives se sont répétées plusieurs fois. Tantôt les contractures des membres n'ont lieu que du côté du chevauchement de l'un des bords de l'occipital. La troisième observation en est un exemple. Il existait des mouvements spasmodiques des membres droits seulement, et l'occipital avait passé du côté droit en avant du pariétal, tandis que, à gauche, il était situé derrière. Au bout de deux heures de décubitus latéral, tous les accidents avaient disparu, et le lendemain matin, l'occipital avait repris sa position normale.

Mais une autre preuve, plus directe encore, a été fournie par le traitement. M. Sims est parvenu, et il cite les cas, à arrêter presque subitement les accidents spasmodiques, en redressant l'occipital au moyen d'une opération. Il introduit pour cela dans la suture lambdoïde un couteau court, solide, à lame étroite, et s'en sert comme d'un levier, en prenant son point d'appui sur le bord du pariétal. Quand cette opération doit être faite des deux côtés, il maintient le bord relevé jusqu'à ce que l'autre ait été également ramené à sa position normale.

L'opinion émise par M. Sims, et que nous croyons tout à fait neuve, méritait d'être rappelée avec le cortége de faits qui l'entourent. Si ces faits n'ont pas été recueillis sous l'empire d'une grande illusion, ils ont une signification des plus précises et aussi des plus importantes au point de vue pratique. A la lecture, ils paraissent défier les objections, et sous le rapport purement spéculatif, il n'y a aucune invraisemblance à admettre que l'occipital, placé à l'extrémité du grand diamètre de la tête, ne puisse subir pendant la parturition un enfoncement, un chevauchement derrière le pariétal, assez grand pour ne pouvoir plus revenir de lui-même à sa position naturelle. Il nous paraît toutefois hors de doute que M. Sims a exagéré le rôle de ce déplacement dans la production du trismus. Si telle était la cause ordinaire, presque unique, comme il semble le dire, de cette affection, on ne voit pas pourquoi sa fréquence varierait autant de pays à pays, pourquoi elle appartiendrait de préférence aux pays chauds. On se demande encore comment il se ferait que le canal rachidien des enfants morts de trismus serait à peu près constamment le siége d'une extravasation sanguine. L'auteur dit bien que cette extravasation peut manquer ; mais resterait encore à expliquer son extrême fréquence. Elle existait même dans le seul cas d'autopsie rapporté par l'auteur ; le sang était épanché entre la dure-mère et le rachis, comme dans les observations de Matuszinski. M. Sims croit, il est vrai, que l'épanchement était consécutif à la mort ; mais il nous est resté du doute à cet égard. On rencontre rarement, dans les autopsies, du sang épanché à la face externe de la dure-mère. MM. Rilliet et Barthez disent n'en pas posséder une seule observation.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU SAMEDI 17 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE LA VALLÉE DE L'ANGILLON.

M. DUBOIS (d'Amiens) lit pour M. HUZARD un rapport officiel sur un mémoire de M. Germain, médecin adjoint des épidémies dans le Jura.

M. le ministre, par des considérations d'intérêt public et par des motifs particuliers au docteur Germain, demande un rapport d'urgence sur ce mémoire, intitulé : TOPOGRAPHIE MÉDICALE ET AGRICOLE DE LA VALLÉE DE L'ANGILLON, canton de Champagnolle (Jura).

L'auteur du mémoire examine successivement, dans autant de parties, la météorologie, la nature géologique du sol, l'agriculture et l'hygiène des habitants, la constitution dominante des habitants et leurs maladies les plus communes, enfin les moyens de diminuer les causes d'insalubrité de la vallée.

L'auteur termine par des conseils de prophylaxie humaine ou vétérinaire. Il insiste surtout sur cette considération, que les habitudes des populations rurales, une fois prises, sont difficilement modifiées, et qu'il faut pour les changer que l'administration persiste vigoureusement dans les projets qu'elle aura adop-

tés à ce sujet, qu'elle s'aide pour l'amélioration de la salubrité des médecins des épidémies, et surtout qu'elle tienne la main à l'exécution des mesures sanitaires que la municipalité a le pouvoir et même le devoir de prescrire. Enfin il propose, entre autres moyens d'assainissement, le redressement de la rivière de l'Angillon, redressement qui paraîtrait devoir donner de très-grands avantages. Il s'agit de rendre à une culture améliorée une grande étendue de terrains tourbeux, marécageux, et une grande quantité de prairies noyées.

La commission propose, pour conclusions, de répondre à M. le ministre que les projets d'assainissement de la vallée de l'Angillon sont à prendre en sérieuse considération, sous le rapport de la salubrité et de l'augmentation de la richesse agricole des habitants.

M. Londe : Je regrette que le rapporteur ne soit pas présent à la séance, car il est toujours possible de faire des objections à un travail en l'absence de son auteur ; il ne me paraît pourtant pas possible de laisser passer sans observations au moins une des conclusions du rapport, à savoir que l'Académie engage l'administration à prendre en sérieuse considération le redressement de la rivière proposé par M. Germain. Outre que ce n'est pas chose facile que de redresser le cours d'une rivière, il est très-possible que d'autres moyens, tels que des saignées pratiquées dans le sol, des déversoirs pour l'écoulement des eaux, puissent rendre la salubrité à la vallée dont il s'agit. Dans tous les cas, la commission de l'Académie, n'ayant pas vu les localités et n'ayant pas des renseignements topographiques précis, ne peut que recommander au gouvernement de prendre en considération la question soulevée dans le mémoire de M. Germain sans s'occuper des moyens à employer pour en obtenir la solution.

M. H. Gaultier de Claubry est du même avis que M. Londe; il pense qu'il faudrait se borner à appeler l'attention de l'autorité sur la nécessité d'assainir la vallée en question, sans lui désigner aucun moyen. Il n'appartient pas à l'Académie de spécifier la nature des travaux à effectuer pour atteindre ce but.

M. Moreau et M. Girardin parlent dans le même sens.

Les conclusions du rapport, défendues par MM. Dubois et Rochoux, sont adoptées avec la modification demandée par M. Londe.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE LA VILLE DE SALINS.

M. Dubois (d'Amiens) lit encore, au nom de M. Huzard, un deuxième rapport sur un mémoire de M. Germain, intitulé : Études médico-topographiques sur la ville de Salins (Jura) et sur la constitution physique des habitants. Traitement de cette diathèse au moyen des eaux mères de la saline de cette ville.

Ce mémoire se compose de cinq chapitres.

Le premier est relatif aux rapports géologiques et topographiques de la ville et gorge de Salins avec la santé des habitants.

Le chapitre deuxième a pour objet des études étiologiques sur l'endémie du goître au bas de la première chaîne du Jura depuis Salins à Lons-le-Saulnier et les environs.

Le troisième : les eaux minérales salines froides de Salins, leurs propriétés médicales. Indications thérapeutiques.

Le quatrième : le mode d'administration thérapeutique des eaux minérales de Salins.

Enfin, le cinquième renferme des observations particulières à l'appui des propositions qui précèdent.

L'auteur fait voir, en résumé, que, par sa géographie physique, la vallée de Salins est sous l'influence d'une humidité presque continuelle, et parfois sous l'influence des effluves marécageux de la Saône;

Que sous cette influence, la constitution générale des habitants est lymphatique et disposée aux maladies qui sont plus particulières à cette sorte de constitution, aux scrofules, aux goîtres, à certaines maladies de la peau;

Que, par une conséquence de la minéralogie des montagnes, deux sortes d'eaux servent aux besoins des habitants, les unes sortant des calcaires compacts sont pures, aérées, d'une facile digestion et parfaitement saines; les autres sortant de marnes calcaires ou de bancs de gypses, sont chargées de carbonate et de sulfate de chaux, impures par conséquent et d'une digestion difficile ;

Que les goîtreux se rencontrent particulièrement, presque d'une manière exclusive, dans les localités et dans les familles où il est fait un usage constant de ces dernières eaux, tandis qu'ils sont exceptionnels et héréditaires seulement là où l'on fait usage des eaux pures et saines ;

Que la minéralogie par le fait des sources salines fournit le remède le plus actif aux maladies qui sont la suite du climat et de la nature des eaux ; que le remède est dans la soude et le bromure de potassium qui se trouvent dans les eaux mères de la saline.

Enfin une conséquence de ces faits, que l'auteur ne fait qu'indiquer, est qu'il serait avantageux à la santé publique que des bains publics fussent établis à Salins dans l'intérêt général, surtout dans l'intérêt des classes pauvres des localités environnantes.

M. le rapporteur propose à l'Académie de remercier M. Germain de sa communication, de dire qu'elle donne son approbation au mémoire, et de faire déposer ce mémoire aux archives de la Société où il sera fructueusement consulté.

M. Moreau fait remarquer qu'il n'est pas exact de rapporter le goître à l'action des eaux carbonatées, ainsi que le fait l'auteur du mémoire. On trouve dans les environs de Paris, notamment à Arcueil, des eaux très-chargées de sels calcaires, et cependant il n'y a point de goîtreux.

M. H. Gaultier de Claubry rectifie une erreur d'analyse contenue dans le mémoire, et qui consiste à évaluer à 1 kilog. par 2 hect. d'eau la proportion de bromure de potassium, proportion évidemment exagérée.

M. Londe pense que l'Académie ne peut pas donner son approbation à un travail qui renferme des faits erronés. Il propose en conséquence de supprimer la seconde conclusion du rapport et d'adopter seulement la première et la troisième conclusion. (Adopté.)

M. Bousquet lit le rapport général sur les vaccinations pratiquées en France dans le cours de l'année 1847.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Des états de vaccination de Saône-et-Loire, du Cher et de la Seine;

2° Une lettre du ministre du commerce, avec envoi d'une note de madame Coquillard, sage-femme à Belleville, relative à l'emploi de la fleur de seigle et de froment pour faciliter les opérations de l'enfantement (M. Capuron, commissaire);

3° Lettre du même ministre transmettant : une note sur le carbonate de soude comme antidote du choléra ; trois lettres relatives à des moyens curatifs à employer contre le choléra ; une lettre de M. Grépinet (de Landrecies), qui préconise l'émétique pris à petite dose (5 à 10 centigr.) comme un moyen prompt et sûr de guérison à employer contre le choléra ; une recette d'un remède contre la rage; une lettre de M. Bayard, avec certificat de puisement d'une source d'eaux minérales de Château-Gontier;

4° Une lettre du même ministre, avec un rapport rédigé par les officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne (Haute-Marne), et contenant leurs observations sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de Bourbonne ont été appliquées pendant l'année 1848 ;

5° Enfin, une lettre du même ministre, avec envoi de plusieurs dessins représentant un appareil propre à placer les cholériques dans une température chaude et sèche.

CHOLÉRA ET SUETTE.

M. Brochard (de Nogent-le-Rotrou) envoie un nouveau document pour servir à l'histoire de l'épidémie de choléra qui a sévi dans cette contrée.

M. Plouviez adresse un extrait des documents qui lui ont servi à composer les mémoires sur le choléra qu'il a adressés à l'Académie en 1848 et 1849. Ces documents sont accompagnés d'une note sur le traitement prophylactique et curatif du choléra, qu'il résume en ces termes :

« Le mal asiatique a une marche spéciale, contre laquelle il faut des mesures et des agents particuliers. Les efforts des médecins échoueraient la plupart du temps, comme l'expérience l'a prouvé, si dorénavant les personnes étrangères à l'art de guérir ne leur venaient en aide, en usant au besoin, pendant leur absence, de moyens qui arrêtent pour ainsi dire à coup sûr les préludes de l'affection cholérique épidémique. Supprimer les prodromes, exciter la sueur, voilà le principal spécifique. »

M. Lachaise soumet à l'Académie une notice sur l'épidémie de choléra et de suette qui a sévi sur la commune de Chouilly, arrondissement d'Épernay, où il a été renvoyé par le ministre du commerce. Il y joint un tableau explicatif de la marche de l'épidémie.

L'épidémie de Chouilly, suivant M. Lachaise, a eu cela de remarquable :

1° Qu'elle s'est déclarée, comme dans beaucoup d'autres communes, en dehors de toute cause apparente d'infection inhérente à la localité, mais qu'elle a tenu toute la population sous son influence; 2° qu'elle a sévi plus particulièrement sur les individus qui vivaient dans les conditions hygiéniques les moins favorables; 3° que si rien, ni dans son développement ni dans sa marche, n'a déposé en faveur de la *contagion*, elle a au contraire mis hors de doute l'influence de l'infection, de telle sorte que jamais, dans une maison, la maladie ne s'arrêtait à un seul individu, et que sa gravité s'y multipliait toujours par le nombre des malades; et néanmoins, 4° que le choléra a souvent débuté par la suette, et qu'alors il était d'autant plus grave que la suette avait été plus bénigne ; 5° que les révulsifs cutanés et les antispasmodiques sont les moyens thérapeutiques qui nous ont semblé avoir eu le plus de succès.

M. Jobert (de Dole) adresse le tableau statistique de l'épidémie du choléra-morbus à Vireaux, commune de l'arrondissement de Tonnerre (Yonne).

M. Maslieurat-Lagémard adresse une observation de choléra observé à Saint-Priest (Creuse).

M. Bonnafont communique le double d'une observation qui a été adressée au préfet du département du Nord par les administrateurs de l'hospice, et qui a trait au choléra. (Comm. du choléra.)

M. Tribes (de Nîmes) adresse un mémoire sur la prétendue épidémie de suette qui, dans quelques localités, marche de concert avec le choléra de 1849.

M. Burguoy, médecin des épidémies de Péronne, adresse un mémoire intitulé : Quelques considérations sur la suette miliaire qui vient de régner dans l'arrondissement de Péronne et sur son traitement. (Comm. déjà nommée.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

La parole est à M. P. Dubois.

ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. Paul Dubois : J'étais membre de la commission dont le rapport a provoqué la discussion actuelle, et c'est à ce titre que j'ai demandé la parole.

Ce n'est pas sans crainte toutefois que je prends une part tardive à ces débats. En effet, la nature de mes études habituelles et de mon enseignement spécial m'imposeraient presque le devoir de n'y intervenir que pour ajouter quel-

ques lumières nouvelles à celles que la discussion a déjà répandues ; tel serait assurément mon désir, mais telle n'est pas mon ambition. Si le rapport de notre honorable collègue M. Hervez, travail dont je me reconnais très-volontiers solidaire, sans en accepter cependant toutes les opinions, avait été le sujet de quelques objections, je les aurais combattues ; mais ni le rapport, ni même le mémoire de M. Baud n'ont été mis sérieusement en cause dans ce débat. On pourrait croire, en effet, que ceux de nos collègues qui y ont pris part ont été moins préoccupés des idées soumises à leur appréciation que du soin d'exposer celles qui leur étaient propres sur quelques points relatifs aux affections utérines : mais ce tort est, je crois, plus apparent que réel, et il peut être facilement expliqué par la nature et l'étendue du sujet. Il importe toutefois que quelque résultat utile surgisse du mémoire soumis à l'Académie, du rapport auquel il a donné lieu et des débats scientifiques auxquels vous avez exceptionnellement consacré plusieurs de vos séances. Il importe d'expliquer et de concilier, ce qui me paraît facile, des opinions contradictoires exprimées devant vous par des hommes instruits et expérimentés sur des faits matériels qui doivent paraître facilement appréciables. Il importe surtout enfin, pour le public médical, dans cette enceinte et ailleurs, que cette discussion éclaircisse, si cela est possible, une question fort controversée, et qui se présente chaque jour obscure et embarrassante dans la pratique. Il m'a semblé qu'un exposé fidèle et un examen critique des opinions qui se sont produites et auxquelles vous me permettrez d'ajouter consciencieusement les miennes pourra conduire à ce résultat ; c'est le but que je désire atteindre, c'est la tâche modeste que je me suis donnée.

Avant d'entrer en matière, qu'il me soit permis de faire une remarque indispensable à l'utilité et à la clarté de cette discussion. M. Baud a eu le soin, dès le début de son travail, d'établir une distinction judicieuse au point de vue de l'objet qu'il s'était proposé : c'était de partager en deux groupes les affections utérines. Le premier se compose des transformations de tissu et des productions anormales qu'on ne peut guérir que par la soustraction du produit morbide. Le second comprend des états pathologiques dont on peut triompher soit par les seules ressources de la vitalité des tissus, soit en imprimant aux mouvements organiques et fonctionnels déviés une direction régulière et réparatrice.

Je resterai fidèle à cette distinction, il me paraît évident que l'intérêt qui s'attache à la discussion actuelle est tout entier restreint à ces affections trop communes de l'utérus, dont la place ne semble pas bien déterminée dans nos cadres nosologiques, dont le traitement est trop souvent livré à une pratique moins éclairée que routinière, et dans l'application duquel on pense, à tort ou à raison, que les préoccupations honnêtes et consciencieuses de la science n'ont pas toujours occupé la place qui leur était due.

Ces maladies, dont M. Baud a fait le sujet de son mémoire, seront aussi l'objet exclusif des considérations que je vais présenter.

L'expression un peu trop générale d'*affections* ou de *maladies chroniques de l'utérus*, que j'ai souvent employée à défaut d'une dénomination plus précise aura donc après cette explication préalable le sens conventionnel que je vous demande la permission de lui donner.

Vous avez appris, par ces débats, quelle place importante Lisfranc avait donnée dans la pathologie de l'utérus aux engorgements de cet organe, et quelles distinctions il avait établies entre les altérations diverses qu'il comprenait sous cette dénomination, le soin avec lequel il avait décrit ces lésions apparentes de l'utérus, l'importance qu'il leur prêtait et les moyens d'investigation qu'il y appliquait et auxquels il attachait tant de prix, disent assez qu'à l'influence à peu près exclusive de ces lésions il rattachait la manifestation des accidents divers dont se composait la symptomatologie des maladies utérines.

Évidemment, il n'avait pas eu la pensée d'en placer ni d'en indiquer la cause ailleurs que dans l'utérus et ses annexes. Ces maladies étaient donc pour lui essentiellement locales. Il est néanmoins évident qu'il avait été frappé de la perturbation générale de la santé et des phénomènes pathologiques variés, le plus souvent nerveux, qui s'associaient aux effets plus limités des lésions locales, mais Lisfranc ne leur accordait, au point de vue de l'importance et du traitement, du moins dans presque tous les cas, qu'un rang évidemment secondaire.

D'une autre part, comme les modifications pathologiques qu'il désignait par l'expression d'engorgement donnaient au tissu de l'utérus plus d'épaisseur et de densité, et en augmentaient tout à la fois le poids et le volume, il lui paraissait naturel qu'elles produisissent l'abaissement ou la déviation de cet organe. Et telle était la relation de ces deux faits dans l'esprit de Lisfranc, que le fait de la déviation lui semblait infailliblement provoqué par l'existence de l'engorgement ; celui-ci était donc la cause, la déviation n'était que la conséquence.

Quel que fût le genre des engorgements, qu'ils fussent hypertrophiques, indurés simples, tuberculeux ou indurés squirrheux, car telles étaient les dénominations qu'il avait adoptées, il est incontestable que Lisfranc admettait comme la cause la plus commune de leur développement l'inflammation à ses divers degrés. Suivant lui, quelques-unes de ces altérations subissaient la transformation cancéreuse à laquelle elles étaient fatalement conduites par leur nature même ; les autres, que leur constitution primitive ne condamnait pas infailliblement à cette funeste dégénérescence, pouvaient la subir cependant et la subissaient en effet, dans un assez grand nombre de cas, par l'action persévérante et non combattue de la cause qui leur avait donné naissance.

Conséquent avec l'idée qu'il s'était faite de la part que l'engorgement prenait aux déviations de l'utérus, Lisfranc croyait que le meilleur moyen de corriger celles-ci était de dissiper l'engorgement utérin qui les avait produites ; conséquent avec ses idées sur l'origine le plus souvent phlegmasique des engorgements, et surtout entraîné par la pensée thérapeutique qui s'associait alors, dans la plupart des esprits, à celle d'un état inflammatoire quelconque, Lisfranc appliquait à presque tous les engorgements sans distinction le traitement antiphlogistique dont les émissions sanguines constituaient le moyen principal ; conséquent enfin avec la pensée de la transformation funeste des engorgements lorsqu'ils étaient abandonnés aux ressources impuissantes de la nature, il regardait le traitement préféré par lui comme le seul moyen de la prévenir.

Quelques-unes de ces opinions, exposées d'une manière formelle dans les ouvrages de Lisfranc, l'étaient beaucoup plus explicitement encore dans ses leçons ; aussi pénétrèrent-elles rapidement dans le public. Bientôt il n'y eut plus une souffrance quelque peu rapprochée de la région utérine qui, si légère qu'elle fût, ne fit naître la pensée d'un péril imminent, et ne fit réclamer immédiatement le secours regardé comme indispensable d'une médication préventive. Vingt années environ se sont écoulées depuis la propagation de ces idées dans le monde extra-médical, et le temps (nous en avons la preuve chaque jour) n'a pas encore dissipé les préoccupations et les craintes qu'elles y font naître ; mais il n'en a pas été de même dans le monde médical.

La foi dans la doctrine et surtout dans la thérapeutique de Lisfranc s'y est non-seulement affaiblie, mais en grande partie perdue, et le mémoire qui a soulevé ces débats en est un remarquable témoignage. En effet, ainsi que vous l'a dit notre honorable rapporteur, M. Baud est un reconnaissant disciple et un sincère admirateur de Lisfranc, et cependant il n'a pas écrit son œuvre pour ébranler seulement la doctrine de son ancien maître, mais pour la renverser de fond en comble ; les preuves de cette intention sont évidentes. Dans le court aperçu qui précède, vous avez pu voir que Lisfranc localisait dans l'utérus la source des accidents variés dont l'ensemble constituait pour lui les affections utérines, et qu'il regardait comme accessoire et consécutif le trouble général de la santé. Cette partie fondamentale de la doctrine de Lisfranc, M. Baud la combat et la rejette ; pour lui, la perturbation générale de la santé est le phénomène pathologique initial et essentiel ; les lésions locales sont consécutives et secondaires.

Ces lésions, Lisfranc leur prêtait, pour la plupart des cas, une origine inflammatoire ; M. Baud leur conteste cette origine, et ne l'admet que comme une rare exception.

L'engorgement, dont Lisfranc avait fait l'un des témoignages principaux, et, ainsi que le dit M. Baud, l'unique expression des affections de l'utérus, l'engorgement paraît à M. Baud occuper dans la pathologie utérine un rang immérité, et usurper une place qui est due à la déviation. A celle-ci M. Baud rend une importance, suivant lui, trop longtemps méconnue ; et, pour nous servir du langage expressif et métaphorique de notre confrère, il réhabilite la déviation et la venge des longues usurpations de l'engorgement.

J'ai cru ces détails rétrospectifs utiles, afin de vous rappeler le terrain offert tout d'abord à la discussion, et le programme implicitement contenu dans le mémoire de M. Baud et dans le rapport de vos commissaires. Ce programme, je me propose de le suivre, convaincu qu'il peut répondre à l'importance et aux besoins des questions de pathologie spéciale qui ont été soulevées.

La pensée principale et caractéristique du mémoire de M. Baud, c'est de transporter en dehors des organes génitaux le siége réel des affections chroniques dont il s'est occupé. Cette pensée est-elle fondée ? Les affections chroniques de l'utérus ne sont-elles que des phénomènes consécutifs d'une altération générale de la santé, ou constituent-elles, au contraire, un état pathologique local sous l'influence duquel la santé générale est souvent troublée, ou, pour m'exprimer en des termes plus explicites encore, lorsqu'une femme accuse des douleurs inguinales ou lombaires habituelles, une sensation incommode de pesanteur dans le bassin, une souffrance sourde ou quelquefois aiguë dans le vagin et se propageant assez souvent vers l'anus, un malaise ou une faiblesse générale indéfinissable, une sensibilité exagérée des organes génitaux externes, incommodités que la marche, la station, les mouvements d'une voiture augmentent presque toujours ; lorsqu'à ces souffrances se joignent, comme circonstances concomitantes, un écoulement vaginal muqueux ou purulent, une sensibilité anormale des parois utérines que la pression du doigt exagère instantanément, une rougeur ou une érosion de la portion vaginale du corps utérin, un accroissement notable du volume et de la densité de l'utérus et parfois une déviation de cet organe ; quelque significative que puisse paraître cette réunion de circonstances, y a-t-il lieu de se demander s'il faut ne voir dans cet ensemble de phénomènes que l'effet d'un vice général de la santé qui doit être exclusivement combattu par des moyens thérapeutiques généraux, ou s'il faut, au contraire, n'y considérer que des lésions organiques qui requièrent exclusivement une médication locale ?

J'ai dit l'opinion de M. Baud à cet égard. Il est vrai qu'il ne l'appuie que par une démonstration théorique qu'il serait trop long de rappeler, et qui est d'ailleurs fort contestable.

Mais cette insuffisance de preuves ne détruit pas, à mon avis, la valeur réelle de la question élevée par M. Baud ; aussi peut-il paraître surprenant que dans la discussion elle ait été seulement effleurée. Notre collègue, M. Gibert seul, n'a pas hésité à la résoudre dans le même sens que l'auteur du mémoire, mais il est vrai, pour d'autres raisons.

A cette occasion notre collègue s'est plaint, non sans motif, de cette tendance trop générale à chercher exclusivement dans les lésions locales l'expression de tout état pathologique. Tout en reconnaissant ce qu'il peut y avoir de fondé dans cette critique, je me permettrai de rappeler cependant que cette tendance, blâmée par notre collègue, n'est que l'effet heureux d'une réaction commencée à la fin du dernier siècle contre l'omnipotence de doctrines qui négligeaient ou dédaignaient l'étude des causes locales, et faisaient intervenir dans la production des maladies l'influence tout aussi exclusive, mais assurément moins évidente, d'une altération générale des liquides ou des solides de l'économie.

La question soulevée par M. Baud n'en méritait pas moins d'être discutée. S'il

est vrai, en effet, que, dans les affections qui nous occupent en ce moment, les phénomènes pathologiques locaux constituent, dans la plupart des cas, l'expression primitive et essentielle de la maladie et l'objet principal de la médication, il n'est pas moins incontestable que, dans un grand nombre de circonstances, ces lésions locales ne sont que les effets consécutifs d'une cause plus générale. Il est impossible, par exemple, de n'être pas frappé de la coïncidence fréquente d'une affection herpétique actuelle ou récemment dissipée et d'une maladie chronique de l'utérus. L'analogie remarquable de structure qui existe entre la peau et la membrane muqueuse vaginale, et les relations si intimes de cette dernière avec l'utérus, expliquent assez la possibilité de leurs relations pathologiques.

Je rappellerai que plus d'une fois, dans le cours de cette discussion, le vice syphilitique a été signalé comme une des causes générales de quelques affections chroniques de l'utérus, et cette opinion, que la destination même des organes aurait pu justifier *à priori*, est aujourd'hui fondée sur de nombreuses observations, et généralement admise.

C'est encore un cas dans lequel les phénomènes locaux ne sont que le témoignage d'une altération générale de la santé. Je veux faire cependant à ce sujet une observation, et elle m'est inspirée par le soin avec lequel notre collègue M. Gibert appuyait sur l'énonciation de cette cause, comme s'il pensait s'adresser à des auditeurs incrédules, ou signaler un fait beaucoup plus commun qu'on ne paraît le croire. Si telle était l'intention de notre collègue, je voudrais pouvoir atténuer par une remarque l'impression qu'il a voulu produire: c'est qu'en admettant la réalité du caractère syphilitique de quelques affections utérines, le fait ne doit être considéré que comme une exception. Les cas maintenant très-nombreux de ces maladies qui se sont offerts à mon observation (il est vrai dans la pratique civile) me permettent d'exprimer cette opinion. Je la crois d'ailleurs nécessaire au point de vue de la réserve qu'il importe de mettre, vis-à-vis du public et en cette question, dans l'expression d'un jugement assez souvent sollicité.

Dans les cas qui viennent d'être indiqués, l'affection générale a précédé ou accompagné la manifestation des phénomènes locaux. Une succession contraire de ces deux éléments essentiels de la maladie peut avoir lieu. Les lésions utérines se produisent d'abord, comme dans la plupart des cas, sous l'influence d'une cause locale, et sont plus ou moins rapidement suivis des troubles fonctionnels généraux qui ont été signalés. Cependant, en dépit du traitement, la maladie se prolonge, et l'on voit la perturbation générale de la santé et l'ébranlement surtout du système nerveux devenir si prédominants, qu'ils constituent bien plutôt alors la maladie que les lésions primitives.

C'est dans ces divers cas qu'un traitement local reste trop souvent impuissant et qu'on voit des guérisons obtenues par des médications auxquelles les lésions des organes génitaux sont restées presque tout à fait étrangères. C'est ainsi que le changement de lieu, d'habitude et de régime, la vie de la campagne substituée à celle de la ville, les bains de mer, l'hydrothérapie, les eaux minérales, et en particulier les eaux sulfureuses, ont souvent produit des guérisons que des moyens thérapeutiques divers, appliqués avec insistance sur les organes génitaux, n'avaient pu obtenir. Il est une circonstance surtout qui a dû frapper tous les observateurs, c'est l'influence des impressions morales tristes sur la manifestation et la prolongation des souffrances que j'ai indiquées, et par opposition l'action rapidement salutaire du calme et du contentement de l'esprit. Évidemment un état pathologique ne saurait être tout entier dans les lésions matérielles tangibles et visibles, quand il peut être sûrement et promptement modifié par des agents thérapeutiques de cette nature.

Je terminerai ce sujet par une dernière considération. Nos collègues M. Velpeau et M. Gibert nous ont dit avec raison que des sensations pénibles variées, ayant le siége et le caractère des souffrances propres aux affections utérines, s'accompagnant, comme ces dernières, de troubles fonctionnels divers et plus ou moins marqués, étaient parfois accusés par des femmes chez lesquelles cependant aucune lésion réelle de l'utérus ne peut être constatée. La réalité de ces illusions pathologiques ne saurait être révoquée en doute, et sans être communes assurément, on peut dire qu'elles ne sont pas rares. Il est bien remarquable que les organes génitaux aient le singulier privilége d'être souvent le but des perversions intellectuelles. Personne n'ignore, en effet, combien les sensations, les souffrances, les réactions sympathiques de la grossesse, et jusqu'à des phénomènes qui semblent de nature à échapper à l'empire de l'imagination, se sont cependant produits sous cette influence. Ces faits ne doivent point être oubliés dans l'étude pratique des affections utérines.

J'ai fait à l'influence réelle d'un état anormal de la constitution une part que l'observation attentive et persévérante des affections chroniques de l'utérus étendra peut-être plus encore. J'arrive à la part qui me semble être avec raison plus généralement faite aux lésions locales : quelles sont ces lésions?

Ce sont les inflexions de l'utérus, l'abaissement, les déviations, l'engorgement, les érosions simples ou granuleuses, un écoulement muqueux ou purulent, ordinairement l'un et l'autre; en un mot, un flux catarrhal accompagné d'une altération variable de la couleur de l'organe et d'une augmentation plus ou moins notable de sa sensibilité, phénomène rendu surtout apparent par la pression du doigt.

Il est rare, quoique ce ne soit pas impossible, que tous ces éléments pathologiques soient réunis chez le même sujet, mais l'association de plusieurs d'entre eux est le cas le plus ordinaire. Je dois ajouter que, dans un petit nombre de circonstances tout à fait exceptionnelles, mais qu'il importe de signaler, le dernier de ces phénomènes pathologiques, à savoir l'exaltation de la sensibilité, peut être le seul appréciable ou du moins le seul réellement significatif. Le sens pratique de cette remarque apparaîtra j'espère plus tard dans le cours de cette discussion.

Après avoir rappelé les opinions de M. Baud et celles qui ont été exprimées ici, je tenterai, dans la mesure de mon expérience, de remplir une lacune regrettable de la discussion; je me propose, en effet, d'apprécier la valeur de chacun de ces éléments locaux de la maladie, eu égard à l'influence qu'ils exercent sur les troubles de la santé et à leur importance au point de vue du traitement.

Mais d'abord qu'il me soit permis de vous rappeler quelques-unes des contradictions que l'énonciation presque seule de plusieurs de ces phénomènes a provoquées. Si j'avais pris la parole au début de l'avant-dernière séance, il est probable que j'aurais défendu la réalité de l'engorgement contre l'incrédulité de notre honorable président, et que j'aurais rappelé les excellentes raisons données déjà par notre collègue M. Roux, le fait cité par M. Moreau et les preuves décisives fournies par les pièces pathologiques que M. Huguier a soumises à votre examen. Le soin que j'aurais pris alors serait aujourd'hui tout à fait superflu. L'engorgement tel que Lisfranc l'entendait et l'enseignait, tel qu'il est discuté par M. Baud et compris par nous tous, cet engorgement n'est plus contesté par M. Velpeau; ce que notre collègue contestait n'étant pas mis en question, la controverse reposait donc sur un malentendu, et désormais en se prolongeant elle resterait évidemment stérile. Mais il n'en saurait être de même de la question des inflexions et des déviations. Les premières ont été contestées non pas seulement quant à leur existence, mais même quant à leur possibilité; les autres l'ont été quant à leur fréquence absolue et quant à leur fréquence relative. Je pense que sur le premier point mes honorables collègues sont maintenant édifiés; les recherches et les expériences de M. Jobert, les figures présentées à la dernière séance par M. Velpeau, et enfin les pièces probantes de M. Huguier, doivent avoir dissipé tous les doutes.

Depuis cette discussion, il s'en est présenté à mon observation un nouvel et remarquable exemple chez une jeune femme auprès de laquelle je fus mandé il y a très-peu de jours. Quelques irrégularités dans le retour de ses règles et surtout le désir extrême de devenir mère, lui firent penser qu'elle était enceinte; d'après ses calculs, elle devait être parvenue au moins au sixième mois de sa grossesse; un examen très-superficiel qui fit un jeune confrère qui devait l'assister lui inspira quelques doutes, et, pour les dissiper, il réclama ma présence. Il ne me fut pas difficile de reconnaître que les espérances de cette jeune femme n'étaient pas fondées; l'utérus était petit, très-mobile, et le corps de l'organe était fortement infléchi en arrière; le fond et la portion vaginale étaient presque en contact et dirigés conséquemment dans le même sens, c'est-à-dire qu'ils regardaient l'un et l'autre en bas et en arrière; une circonstance favorable au diagnostic existait dans ce cas: la souplesse des parois abdominales permettait à la main appliquée sur l'hypogastre d'atteindre l'utérus, dont le diamètre vertical était cependant fort raccourci par l'inflexion. Il était alors facile de constater l'altération par la brièveté même de l'organe et par l'introduction de l'extrémité du doigt indicateur dans le pli ou l'espèce de sinus qui résulte de l'inflexion. Je demande pardon à l'Académie d'insister sur ces détails, et je crois néanmoins utile de lui en faire connaître les motifs. Il n'est pas très-rare que des corps fibreux superficiels se développent, soit en avant, soit en arrière, immédiatement au-dessus de la portion sus-vaginale du col utérin, par conséquent en des points très-rapprochés de l'un des deux culs-de-sacs péritonéaux. Le doigt, en refoulant la partie supérieure du vagin, peut en général les atteindre sans difficulté; leur face lisse, leur forme arrondie, leur saillie modérée, un enfoncement anguleux compris entre eux et l'utérus et dans lequel l'indicateur pénètre, ces dispositions offrent trop d'analogie avec celles que j'ai signalées plus haut pour qu'une méprise ne soit pas facile à qui ne serait pas prévenu. J'avais donc reconnu, dans le cas dont vous venez d'entendre le récit, l'absence d'une grossesse ardemment désirée; malheureusement il est probable que j'ai reconnu plus encore, c'est-à-dire une anomalie congéniale qui, selon toute apparence, laisse peu d'espoir d'une grossesse future. Ce cas renfermait d'ailleurs plus d'un enseignement : il offrait un de ces exemples, déjà très-nombreux dans mes souvenirs, de la facilité prodigieuse avec laquelle on croit à ce qu'on désire. En quittant cette jeune femme, je voulais la consoler de ses espérances déçues, et je la félicitais de ce qu'heureusement elles ne s'étaient pas assez prolongées pour que le désappointement fût extrême. Hélas! me dit-elle, il ne peut pas être plus grand : depuis quelque temps j'étais convaincue que je sentais les mouvements de mon enfant, et je m'étais déjà pourvue d'un berceau, d'une layette et d'une nourrice; vous le voyez, tous mes préparatifs étaient faits.

Après cette digression, que je désire ne vous avoir pas paru trop longue, je reviens à mon sujet.

Dans cette discussion, les antéversions et les rétroversions de la matrice n'ont pas été contestées; mais des divergences remarquables d'opinions se sont produites à l'égard de leur fréquence, quelques-uns de nos collègues, regardant comme les cas les plus rares ceux que d'autres croient être les plus communs, et *vice versâ*. C'est ainsi que, dès l'origine de cette discussion, notre collègue M. Malgaigne assura n'avoir constaté, dans le cours d'un assez grand nombre d'années, que deux cas de rétroversion, tandis que dans son rapport, M. Hervez avait signalé ce genre de déviation comme très-commun. Ces dissentiments entre des hommes distingués prouvent-ils l'influence du hasard, ou la vanité de la science, ou l'habitude et l'adresse inégales des investigateurs? Non. Aucune de ces explications ne saurait être sérieusement invoquée. Il en est une beaucoup plus plausible.

Nos recherches manuelles ne sont fructueuses en général qu'à la condition d'être faites pour un but bien déterminé d'avance et avec l'intention arrêtée d'y parvenir; si l'on ne se propose, en les commençant, que de reconnaître un fait pathologique donné, il est très-possible que certaines altérations, quelque voisines qu'elles soient, vous échappent. Si donc quelques-uns de nos collègues, n'ont pas constaté une déviation utérine que d'autres ont rencontrée souvent, c'est que les premiers n'ont pas dirigé leurs recherches, quoiqu'ils le pussent

assurément, de manière à obtenir ce résultat; je n'en voudrais même d'autre preuve que la déclaration faite par M. Malgaigne, dans la séance qui suivit celle où il s'était élevé contre la prétendue fréquence des rétroversions; des examens ultérieurs lui avaient permis de constater, chez plusieurs individus, ce qu'il n'avait rencontré que deux fois dans le cours d'une longue pratique. Je suis convaincu, qu'averti par cette expérience récente, M. Malgaigne dirigera désormais ses recherches de manière à reconnaître sans peine des déviations qui étaient jusque-là passées inaperçues pour lui.

Le fait vrai, c'est que les antéversions et les rétroversions sont des accidents communs, il ne saurait plus y avoir de dissentiment à cet égard. Quant à leur fréquence relative, je ne puis personnellement exprimer une opinion positive à ce sujet. Il y a quelques années, une discussion s'était élevée sur cette question même, entre Blandin et moi, il croyait l'antéversion beaucoup plus commune que la rétroversion, en se fondant sur un motif en apparence plausible, c'est que l'antéversion ne constituait qu'une exagération facile de l'inclinaison naturelle du corps de l'utérus en avant; de mon côté, j'exprimais une opinion contraire, en invoquant comme cause de cette déviation, la propulsion de l'utérus en arrière par l'expansion de la vessie chez les femmes, expansion que rendent souvent considérable leur réserve naturelle, et surtout la contrainte à laquelle elles sont soumises par nos habitudes sociales. Je pris dès ce moment la résolution de dresser une double liste de ces cas à mesure qu'ils se présenteraient à mon observation; cette liste était déjà longue lorsque je l'abandonnai; elle ne concluait ni en faveur de l'opinion de Blandin ni en faveur de la mienne; les rétroversions et les antéversions y figuraient en nombre à peu près égal, et cependant j'incline encore à croire que les rétroversions sont plus communes que leurs opposées.

J'ai dit que, dans la mesure de mes lumières, je tenterais de fixer la valeur individuelle des divers phénomènes pathologiques locaux quant à leur influence sur les troubles fonctionnels et quant au traitement; mais je ne saurais commencer cet examen sans avoir élucidé d'abord une question que la discussion me paraît avoir obscurcie. En plusieurs circonstances, les mots d'inflexion et de déviation ont paru devenir synonymes, sinon dans l'esprit, du moins dans le langage de quelques-uns de nos collègues, et je serais surpris si cette confusion, involontaire sans doute, n'avait pas jeté quelque trouble dans les idées des médecins qui, de près ou de loin, suivent ces débats. Le soin que je vais prendre sera justifié d'ailleurs par quelques difficultés exceptionnelles sans doute, mais réelles, et que je vais indiquer dans un instant.

L'inflexion suppose, comme l'indique cette expression même, une altération dans la forme de l'utérus, qui est en effet plié en deux dans le sens de ses faces, mais elle n'implique en aucune manière un changement dans sa situation ou sa direction, bien que ce changement puisse exister. La déviation suppose au contraire un changement dans la situation et la direction de l'utérus et n'implique nullement une altération dans sa forme, bien que la concomitance de cette altération ne soit pas impossible, ainsi que je vais le dire.

L'inflexion, quand elle est bien prononcée, est en général une affection congéniale et liée, ainsi que l'a fait remarquer justement M. Jobert, à une série d'autres altérations. La déviation est le plus souvent une affection accidentelle. Cependant les inflexions peuvent être acquises, et dans quelques circonstances, elles se lient comme conséquence à une déviation. Par exemple, lorsque le fond de l'utérus est fortement dévié en arrière, il n'est pas impossible qu'il déprime assez le cul-de-sac péritonéal postérieur, pour descendre au-dessous du niveau du col utérin même.

Or il est difficile qu'une déviation aussi prononcée se produise sans que l'organe subisse un certain degré d'*incurvation*, mais cette altération se saurait être assimilée à l'inflexion réelle. Dans l'inflexion, la ployure de l'utérus, si je puis dire ainsi, est le fait pathologique capital; dans la déviation, c'est le déplacement qui constitue la maladie, l'*incurvation* est un phénomène ordinairement secondaire et accessoire.

Dans l'inflexion, le volume de l'utérus est souvent moindre que dans l'état normal, mais les parois ont leur densité régulière.

Dans la déviation compliquée d'incurvation, le volume de l'utérus est assez souvent accru et sa densitée diminuée, la partie déplacée présentant une mollesse pâteuse et fréquemment plus de sensibilité que dans l'état normal.

L'inflexion est ordinairement une affection incurable; il n'en est pas absolument de même de l'incurvation, qui peut être corrigée, mais il est vrai avec de faibles chances d'un succès permanent.

J'aborde maintenant le sujet difficile que je me suis proposé.

Je commencerai par écarter et par mettre en quelque sorte hors de cause ceux des phénomènes pathologiques que j'ai supposés réunis chez un même sujet, et qui ne me semblent pas concourir, du moins dans la grande majorité des cas, aux troubles fonctionnels locaux ou généraux. Dans cette catégorie, je place en première ligne les inflexions. Ces altérations dans la forme de l'utérus ne me paraissent pas pouvoir exercer par elles-mêmes une influence fâcheuse sur la santé des femmes qui en sont atteintes; elles ne sont que des anomalies toujours inoffensives, et qui ne cessent de l'être que par une raison tout à fait étrangère aux affections utérines chroniques. Cette raison, c'est l'occlusion partielle ou du moins le rétrécissement de la voie que le sang menstruel doit parcourir pour s'écouler à l'extérieur. De cette disposition anormale résultent des douleurs vives et continues pendant la durée de chaque période cataméniale. La coexistence de ces deux faits, l'inflexion de l'utérus et la dysménorrhée, est à peu près constante. Les réflexions de notre collègue M. Hervez à cet égard, et qui paraissent en opposition avec la réalité du fait que je viens de signaler, ces réflexions ne le contredisent en aucune manière. Il est donc bien entendu que les inflexions de l'utérus exemptes de complication ne sauraient en aucun cas être considérées comme provoquant par elle-mêmes d'autre trouble fonctionnel que celui qui se produit à l'occasion de l'éruption menstruelle. Quant à l'abaissement et aux déviations, antéversion et rétroflexion, je crois pouvoir leur prêter, pour ma part, la même innocuité toutes les fois qu'elles ne sont pas exagérées, et c'est là le cas le plus commun. L'opinion contraire, je le sais, est très-généralement admise; elle est exprimée dans le mémoire de M. Baud, dans le rapport et dans d'autres écrits de M. Hervez; elle l'a été dans la discussion par M. Jobert et par M. Amussat; enfin elle est écrite et adoptée presque partout, et néanmoins je pense, avec Lisfranc, que ces déviations n'ont d'autre influence fâcheuse que celle qu'elles tiennent de quelques complications pathologiques, et en particulier d'un état inflammatoire chronique concomitant.

Cependant deux genres de causes sont ordinairement invoquées pour expliquer les effets nuisibles de l'abaissement ou des déviations de l'utérus : c'est, d'une part, le tiraillement des ligaments, c'est-à-dire des moyens contentifs de l'utérus, et d'une autre part la pression que ce viscère déplacé exercerait sur les organes contenus dans le bassin. Quand on songe à la laxité naturelle de ces liens qui laissent à l'utérus une mobilité extrême, quand on compare surtout cette laxité à la sphère étroite dans laquelle sa mobilité s'exerce, il est permis de considérer comme une simple allégation les tractions douloureuses exercées sur les ligaments par l'utérus déplacé, et néanmoins renfermé dans la cavité pelvienne. D'autres considérations militent encore en faveur de cette opinion.

Les déplacements dont je parle sont assez souvent provoqués par le développement de tumeurs dans le bassin. Celles-ci refoulent l'utérus soit en avant, soit en arrière, et il est constant que, dans la plupart des cas, quoiqu'une déviation notable de cet organe soit produite, les malades ne réclament l'assistance du médecin que quand le développement de l'abdomen est devenu incommode.

Quant à la pression que le viscère déplacé exerce sur les organes voisins, on comprend qu'elle n'ait pas les inconvénients qu'on lui attribue; d'abord parce que le volume de l'utérus seulement dévié, n'est pas tel qu'il puisse comprimer réellement les organes pelviens, et ensuite parce que cette pression est même très-supportable dans un grand nombre de cas où des tumeurs beaucoup plus considérables que l'utérus déplacé occupent la plus grande partie de l'excavation du bassin, et compriment inévitablement les viscères qui y sont contenus.

Je conviendrai que les déviations peuvent devenir la cause de souffrances assez vives dans deux conditions particulières : c'est, d'une part, lorsque les organes avec lesquels l'utérus est en contact sont le siége d'une phlegmasie, et d'autre part lorsque le corps de cet organe, dans la rétroversion, le col, dans l'antéversion, sont le siége d'un engorgement ou d'une irritation marquée.

Le frottement que les matières fécales exercent alors pendant leur excrétion sur les parties malades peuvent provoquer en effet des souffrances aiguës. D'une autre part, il peut arriver, et ces cas ne sont pas très-rares, que des adhérences s'établissent entre le fond de l'utérus déplacé et le rectum, et que l'excrétion des matières fécales en soit rendue difficile et douloureuse; mais ces différentes conditions sont exceptionnelles. On reconnaîtra plus loin qu'il faut se féliciter doublement qu'il en soit ainsi, d'abord à cause de la rareté même de ces faits pathologiques, et en second lieu à cause des difficultés et de l'insuffisance fréquente du traitement qui leur est appliqué.

Mes collègues ne penseront pas sans doute, du moins je l'espère, que j'aie fondé sur le raisonnement seul une opinion aussi contraire à celle qui est généralement admise. Des faits très-nombreux, observés scrupuleusement soit sur des femmes bien portantes et qui me consultaient pour des causes étrangères à une affection utérine, soit chez des femmes qui avaient reçu mes soins pour des phlegmasies catarrhales dont elles étaient guéries, et qui conservaient néanmoins des déplacements dont elles n'avaient nullement la conscience, ces faits, dis-je, ont d'abord fait naître dans mon esprit l'opinion que je viens de produire, et plus tard la réflexion l'a expliquée et confirmée. Et il faut bien que cette opinion soit fondée, car les déviations de l'utérus sont des faits pathologiques communs. Si donc elles avaient ordinairement les conséquences qu'on leur prête, et si elles requéraient en conséquence l'emploi des moyens contentifs généralement prescrits, je n'hésite pas à dire que, dans nos villes, le tiers au moins des femmes seraient condamnées à en subir l'application, ou devraient se résigner à l'impotence.

Je présume que parmi les collègues qui m'écoutent, il en est quelques-uns à l'esprit desquels se présente le souvenir de cas observés par eux ou par d'autres, et dans lesquels une déviation utérine a provoqué les troubles fonctionnels qu'on leur attribue; mais j'ai la conviction que ces cas sont exceptionnels, et plus tard je leur ferai, dans la partie thérapeutique de cette communication, la part qui leur est due.

A cette négation de l'importance symptomatologique qu'on a trop généralement donnée aux déviations utérines sans distinction, j'en ajouterai une autre; elle est relative au rôle que l'on prête à l'engorgement non-seulement dans la production, mais même dans la détermination du sens de l'inclinaison vicieuse. Qui ne voit que si cette opinion était fondée, il n'y aurait pas de grossesse commençante qui ne se compliquât tout à la fois d'un abaissement notable et d'une déviation de l'utérus? car les deux circonstances que l'on regarde comme favorables à ces états pathologiques sont réunies alors, accroissement général du volume, et augmentation d'épaisseur prédominante dans un point des parois utérines.

Le titre même du mémoire de M. Baud (DES ENGORGEMENTS DE L'UTÉRUS), l'importance donnée par Lisfranc à ces altérations, enfin l'opinion trop absolue sans doute exprimée tout d'abord à leur égard par un de nos savants collègues, et que j'ai rappelée, ont donné à ce fait pathologique dans la discussion actuelle une place qui ne me paraît pas méritée. L'engorgement le plus commun dans les affections chroniques de l'utérus, celui qui offre les caractères anatomo-pathologiques qui vous ont été exposés avec une grande exactitude par notre collègue M. Huguier,

n'est pas un fait primitif; sa manifestation dans le tissu de l'utérus n'est, comme la même lésion dans d'autres organes, que le résultat fréquent d'une phlegmasie aiguë ou chronique préexistante. Il n'a en conséquence que la valeur d'un épiphénomène dont l'importance varie selon son étendue, le point qu'il occupe dans l'organe malade, et enfin selon l'influence qu'il exerce, sur la persistance, les retours ou les exacerbations de l'état phlegmasique. L'engorgement des parois utérines peut être en effet comparé, sous ce dernier rapport, à l'augmentation de volume avec induration des amygdales, du testicule, de l'un des ovaires. Il peut représenter, comme ces altérations, une cause provocatrice d'accidents inflammatoires réitérés, dont l'action peut être momentanément suspendue, mais que réveillent presque infailliblement les stimulations naturelles auxquelles ces organes sont exposés par leur destination propre et par leurs rapports inévitables avec des agents extérieurs.

Les érosions simples ou granuleuses ont occupé peu de place dans cette discussion; ce n'est pas cependant qu'à tort ou à raison (je m'expliquerai plus tard à ce sujet), elles n'en occupent une assez grande dans la thérapeutique. M. Baud ne les a signalées que d'une manière incidente et à propos des difficultés qu'elles peuvent ajouter au diagnostic des affections cancéreuses de l'utérus.

Dans la discussion, elles n'ont été particulièrement mentionnées, si je ne me trompe, que par notre collègue M. Velpeau. La valeur qu'il leur a donnée conduirait, si elle était réelle, à les considérer comme une des conditions locales les plus dignes d'attention dans la pratique. Je ne saurais pour ma part adopter cette manière de voir; il en est, à mon sens, de ces lésions comme de l'engorgement, elles ne sont, ainsi que celui-ci, qu'un phénomène consécutif d'une autre altération qui les a précédées; elles n'ont donc en général, au point de vue de la symptomatologie et du traitement, qu'une importance secondaire; aussi ne me paraît-il pas exact de dire avec M. Velpeau que les érosions granuleuses sont une cause des écoulements muqueux ou purulents qui ont lieu dans les affections utérines. Je ne conteste pas qu'une fois produites, elles ne concourent à augmenter l'hypersécrétion purulente ou muqueuse, mais on peut tenir pour certain que dans la très-grande majorité des cas au moins, elles n'en précèdent pas l'apparition, tandis qu'au contraire elles lui succèdent. On peut être également assuré que la disparition artificielle des érosions granuleuses n'est pas suivie de la suppression de l'écoulement. Je dis, pour conclure sur ce point, que, eu égard au fait pathologique qui constitue essentiellement l'affection utérine, les érosions granuleuses n'ont que la valeur d'une lésion secondaire.

Après avoir écarté les inflexions, l'abaissement et les déviations modérées de l'utérus comme représentant des phénomènes pathologiques indépendants en général des affections utérines chroniques qui sont l'objet de cette discussion; après avoir placé l'engorgement de l'utérus et les érosions simples ou granuleuses dans un rang secondaire, et à titre d'éléments pathologiques le plus souvent consécutifs dont la présence presque constante n'est pas cependant un caractère distinctif et nécessaire de l'affection utérine dont l'absence n'implique nullement l'absence de cette affection, il me reste à dire maintenant qu'elles sont, dans mon opinion, les éléments pathologiques qui, dans la très-grande majorité des cas, constituent l'essence des affections utérines considérées du moins dans ce qu'elles ont de purement local, et quels sont ces éléments dans quelques circonstances exceptionnelles. Je me propose de le dire dans la prochaine séance si l'Académie veut bien m'accorder encore sa bienveillante attention.

BIBLIOGRAPHIE.

ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE, traduction de M. LITTRÉ. — Sixième volume.

Malgré les événements qui ont arrêté tant de choses, et surtout les paisibles travaux de l'esprit, la traduction des œuvres d'Hippocrate marche à sa fin. Elle n'a été abandonnée ni par l'auteur ni par l'éditeur; l'un et l'autre ont continué de s'avancer vers le but qu'ils s'étaient promis d'atteindre. Assurément cette traduction, complète et faite avec un grand appareil de philologie comparée, pourra être considérée comme l'une de ces œuvres après lesquelles il ne reste plus rien à faire. Comme je l'ai dit il y a quelques années, en parlant du premier volume de cette grande et belle édition, il y aurait peut-être quelque chose à ajouter et même à changer dans l'aperçu de l'histoire des temps hippocratiques et l'appréciation du génie philosophique du grand médecin ou de l'école que ses écrits représentent. Mais hors de là, il ne peut pas y avoir de place pour la critique. Les philologues seuls sont bons juges de la question. Jusqu'ici personne ne s'étant levé pour témoigner contre la traduction, une sorte d'approbation unanime ressort de ce silence.

Le dernier volume de ceux qui ont paru (le sixième) contient un grand nombre des œuvres de la collection. En voici l'énumération : ce sont les traités de l'*art*, de la *nature de l'homme*, du *régime salutaire*, des *vents*; de *l'usage des liquides*, le *livre premier des maladies*, les traités des *affections*, des *lieux dans l'homme*, de la *maladie sacrée*, des *plaies*, des *hémorrhoïdes*, des *fistules*, du *régime* composé de quatre livres, dont le dernier traite des *songes*, un des phénomènes les moins explicables de notre physiologie. Ces diverses œuvres sont du plus haut intérêt; mais elles n'appartiennent pas directement à Hippocrate. Les discussions philologiques auxquelles s'est livré M. Littré dans le premier volume de la collection assignent à chacun de ces traités la place que les faits et les événements de l'histoire paraissent leur assigner, en même temps que la nature des opinions et les formes de la phrase. Toutefois, bien qu'ils n'appartiennent pas directement au grand esprit qui a dominé toute la médecine grecque, ils sont de son école. On reconnaît que s'ils n'ont pas été écrits par l'homme qui savait renfermer avec tant d'art des idées substantielles et fécondes dans une phrase courte et précise, ils appartiennent à ses élèves les plus directs ou à leurs continuateurs. C'est la doctrine du maître, à peine altérée ou confusément rendue en quelques endroits. Il n'est pas sans intérêt, je crois, de suivre M. Littré dans l'appréciation qu'il fait de l'origine de ces divers écrits. Je pense même qu'il est nécessaire de ne pas la laisser passer sous silence.

Le livre sur la *nature de l'homme* serait de Polybe, le gendre d'Hippocrate; mais au lieu de former un tout homogène, il serait composé, comme le dit Galien et comme le pense M. Littré, de pièces et de morceaux. Tel était le sort de la plupart des ouvrages de l'antiquité : lorsqu'ils se perdaient, ce qui arrivait souvent, on ne les rétablissait qu'à l'aide de fragments épars dont le recollement laissait plus tard apercevoir aux connaisseurs les sutures grossières qui en opéraient la réunion. Le traité du *régime des gens en santé* a des connexions trop étroites avec le livre de la *nature de l'homme* pour que M. Littré ne l'attribue pas au même auteur, au gendre d'Hippocrate.

M. Littré a fait une quatrième classe des livres qui, ne paraissant appartenir ni à Hippocrate ni à ses héritiers ou continuateurs directs, portent le cachet caractéristique de l'école de Cos; il y renferme les traités des *fistules*, des *hémorrhoïdes*, de la *maladie sacrée*, des *airs*, des *lieux dans l'homme*, le traité sur l'*art*, celui du *régime* et des *songes*, qui n'est pas le même que l'œuvre attribuée à Polybe, etc. Ce sont, comme on vient de le voir, la plupart des écrits contenus dans le sixième volume des œuvres complètes. Ainsi donc, bien qu'ils n'appartiennent ni à Hippocrate ni aux hommes qui avaient été nourris près de lui de sa doctrine, et méritaient plus que tous les contemporains l'honneur de la vulgariser, ces ouvrages ont droit au rang qu'ils occupent depuis que la collection hippocratique a été formée. Ils présentent, sous des aspects différents et quelquefois au milieu d'écarts et d'erreurs assez graves, les idées du maître; mais lorsqu'elles reparaissent, elles se présentent et se dessinent de manière à étonner l'esprit du lecteur. Citer des morceaux de ces divers écrits pourra paraître à quelques esprits amoureux de nouveautés une chose futile, et, ce qui est plus grave, un amusement stérile. Mais en science comme en toutes choses, le passé peut rendre plus qu'on ne pense des services au présent. Ce qui brille surtout dans ces œuvres sorties des temps antiques, c'est la manière dont la vérité est abordée. La logique ne passe pas à travers le crible des argumentations pour atteindre le but. Là le sophisme est condamné avec une puissance d'autorité dont nous avons perdu la tradition. On ne le traite pas avec égards; on ne lui dit pas avec courtoisie : Monsieur, tirez le premier! On l'aborde de front, et on passe droit et ferme sur lui comme un vain obstacle dont on ne s'occupe un instant que pour le rendre à jamais impossible.

Le traité de l'*art* a pour but de combattre ceux qui prétendent que la médecine n'existait pas et que la guérison, quand elle arrivait, était due non à l'art médical, mais à la fortune. Cette phrase de l'argument qui précède le traité le fait assez connaître, mais ne dit pas la manière dont les questions de dialectique y sont discutées. Les petits sommaires mis en tête de chaque verset ou chapitre donnent l'économie du travail. Il faut lire cependant tous les textes si on veut se faire une idée d'une manière de procéder qui va de prime saut au cœur des questions pour y porter une critique pleine de sens, de grandeur et même de finesse. Ainsi commence le traité de l'*art* : « Il est des gens qui se font un art d'avilir les arts, s'imaginant faire par ce genre de travail non pas ce que je dis, mais étalage de leur propre savoir. A mon sens, découvrir chose qui n'ait pas été découverte et qui trouvée vaille mieux qu'ignorée, ou achever ce qui est resté inachevé, c'est le but et le fait de l'intelligence. Au contraire, vouloir, par artifice peu honorable de langage, vilipender les inventions d'autrui, sans rien perfectionner, tout en décrivant les travaux des savants auprès des ignorants, ce n'est plus le but et le fait de l'intelligence, mais c'est plutôt une annonce d'un mauvais naturel ou d'impéritie. Car à l'impéritie seule il appartient de vouloir, mais sans aucunement le pouvoir, satisfaire la malveillance qui aime dans les ouvrages du prochain, à calomnier le bon et à railler le mauvais. » Je pourrais prolonger la citation, car on trouve à chaque feuillet de ce petit traité des appréciations écrites et pensées dans le goût de celle qui précède.

Dans le traité sur la *nature de l'homme*, on entre à pleines voiles dans le dogmatisme, mais ce n'est pas sans se frayer un chemin à travers les broussailles dont les sophistes des anciennes écoles avaient embarrassé le chemin de la vérité; c'est là que se montre cette habileté, cette sûreté de main. L'opinion est attaquée en même temps que l'homme. Ce n'est pas seulement la logique qui atteint l'argument vicieux, c'est encore la critique acérée qui lance sur l'argumentateur la flèche du ridicule. La discussion

porte d'abord sur ceci, à savoir : que l'homme n'est pas un en tant que substance, mais qu'il est multiple. Cette thèse ne présente pas assurément de grandes difficultés dans la preuve. Il faut comprendre cependant qu'à l'époque où la science était une sorte d'*à priori* appuyé sur une expérience limitée, les choses devaient se présenter autrement. Ce qui était fort discutable dans ces temps reculés est investi aujourd'hui d'une sorte de certitude. Les sophistes avaient donc beau jeu. Maîtres en l'art de parler et de parler sur tout, même sur ce qu'ils ignoraient le plus, il leur était facile de dominer les esprits et de les égarer. Dans notre siècle, nous connaissons assez la puissance du sophiste lorsqu'il a le bonheur d'être éloquent. La raison la plus forte a beau entrer dans la carrière, le plus souvent l'avantage ne lui reste pas; elle se retire épuisée, mais non blessée. Les hippocratistes furent plus heureux, ils surent triompher, car leurs écrits firent de nombreux partisans à l'école. Mais s'ils imposèrent pendant longtemps une sorte de silence à ces prestidigitateurs de science et de beau langage, ils n'en éteignirent pas la race. Après Hérophile et dans cette Alexandrie qui fut grande par ses écoles, les sophistes reprirent leur puissance et firent un peu trop longtemps parler d'eux.

Je passe les détails sur les divers écrits contenus dans le volume, pour m'arrêter au livre sur la *maladie sacrée*. C'est un grand et beau morceau, où l'enseignement s'allie toujours à la critique, mais où la critique s'exerce avec une merveilleuse entente et une grande vigueur. Dans cet écrit, il s'agit d'éloigner le *quid divinum* des recherches étiologiques. Le *quid divinum* est la ressource de l'ignorant; lorsqu'il se sent impuissant à écarter le voile qui cache une cause, il cache cette cause dans l'épaisseur des nuages, il la place dans le tabernacle de la Divinité. Ce procédé à l'usage des anciens se retrouve aussi chez les modernes. Seulement il ne s'agit pas pour eux de la Divinité. Après Voltaire et ses continuateurs dans la philosophie ou la médecine, on ne se fût pas engagé dans cette voie, sous peine d'en expier la tentative par le ridicule ou la défaveur. Mais en changeant le mot, on est parvenu à exprimer la même chose. Le *quid divinum* de notre époque sceptique, ce sont les nerfs. Une maladie inconnue, bizarre, dont la nature se dérobe à nos moyens d'investigation, dont une thérapeutique souvent renouvelée ne parvient pas à dompter les symptômes, devient une maladie nerveuse. Après avoir rendu cette décision, on est satisfait de son jugement; on suppose qu'on est parvenu à satisfaire le malade; et on se repose dans une sereine placidité. Il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Pour prouver que la maladie sacrée, c'est-à-dire l'aliénation mentale, ne devait pas être sacrée pour la médecine, et qu'elle pouvait et devait y toucher, l'auteur de l'écrit de cette question entre dans une voie où il est très-intéressant et très-instructif de le suivre. On peut y prendre plus d'une bonne leçon : « La maladie sacrée, dit-il, ne me paraît avoir rien de plus » divin ni de plus sacré que les autres, mais la nature et la source en sont » les mêmes que pour les autres maladies. » Plus loin, il continue ainsi : « Ceux qui les premiers ont sanctifié cette maladie, furent, à mon avis, ce » que sont aujourd'hui les mages, les expiateurs, les charlatans, les imposteurs, tous gens qui prennent des semblants de piété et de science supérieure. Jetant donc la divinité comme un manteau et un prétexte qui » abritassent leur impuissance à procurer quelque chose qui fût utile, ces » gens, afin que leur ignorance ne devînt pas manifeste, prétendirent que » cette maladie était sacrée. » C'est à la fois une réfutation et un tableau de mœurs. Tout cela est rationnel et présenté dans une forme excellente. Mais ce n'est pas tout. La critique n'est rien sans la partie dogmatique. Celui qui se borne à renverser peut être considéré comme un esprit plein de méchanceté et de turbulence, s'il se contente de cette première phase de l'action, la plus facile et souvent la plus désastreuse parmi tous les grands faits d'intervention humaine. Voici donc la part de la construction nouvelle, de l'enseignement fécond de l'école comme l'hippocratisme n'a jamais manqué de le faire, lorsqu'il s'est placé dans le champ de la discussion.

Qu'on me permette encore de citer. « Je dis donc que le cerveau est » l'interprète de l'intelligence. » Voilà déjà un siége à la maladie sacrée, une source d'où découle le phénomène. « Mais le phren, ajoute l'auteur, a » un nom (de φρονεω penser) qu'il doit au hasard et à l'usage, mais non à » la réalité et à la nature. Je ne vois pas, en effet, quelle influence il a » pour la pensée et l'intelligence. A la vérité, quand on éprouve à l'improviste un excès de joie ou de chagrin, il tressaille et cause des soubresauts, » mais cela tient à son peu d'épaisseur..... Il n'a point de cavité où il puisse » recevoir le bien ou le mal qui survient..... Quelques-uns disent que nous » pensons par le cœur, et que cet organe est ce qui éprouve le chagrin et » les soucis; il n'en est rien..... Toutefois ni l'un ni l'autre (le diaphragme » et le cœur) n'a part à l'intelligence; c'est le cerveau qui est la cause de » tout ce que j'ai indiqué. » Voilà une erreur, celle qui place dans le cœur les affections, qui est victorieusement combattue. Cependant elle n'est pas morte encore, tant les idées de l'ancien hippocratisme ont peu passé dans les langues et dans les mœurs. On dit que notre langage est le plus scientifique le plus exact de tous; il contient cependant la même erreur d'étiologie combattue par le livre de l'école hippocratique. C'est le cœur qui aime, c'est le cœur qui souffre; on lui donne, dans les poëtes comme dans les écrivains de l'ordre sérieux, un plus beau rôle que le cerveau. L'erreur, déracinée dans la science, a toujours cours dans le monde. Malgré ce qu'il y a de positif dans notre forme française, celle-ci tient étroitement encore à cette idéalité. Puisqu'il en est ainsi de notre temps, que devait-il se passer, sous ce rapport, pendant les siècles qui appartiennent aux plans les plus reculés de l'histoire? Certainement les sophistes n'avaient pas de peine à attribuer au cœur et au centre phrénique le rôle du cerveau. La science et les croyances traditionnelles s'alliaient alors, loin de se combattre. C'est en se reportant à cette antiquité, si favorable à certaines erreurs, qu'on admire l'hippocratisme. Je ne m'aventure pas trop en exprimant cette opinion, car on admire la doctrine de Cos, même en étudiant les conditions scientifiques et intellectuelles de notre temps.

Je pourrais pousser plus loin cette analyse à vol d'oiseau du sixième volume de la collection de M. Littré; mais je m'arrête, en engageant le lecteur à revenir sur les vieux livres restaurés par la philologie, et jeunes encore malgré leur vénérable antiquité.

VARIÉTÉS.

PROJET D'INSTITUTION DE CLINIQUES AUX EAUX MINÉRALES.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser la lettre suivante à M. le président du Comité d'hygiène publique :

« Paris, le 16 novembre 1849.

» Monsieur le président,

» Le comité d'hygiène s'occupe, je le sais, avec une louable et vive sollicitude de tous les services qui intéressent la santé publique. A ce titre, je viens faire un nouvel appel à son zèle, en l'invitant à rechercher avec moi les moyens de propager de plus en plus la connaissance et l'étude des eaux minérales.

» Vous savez, monsieur le président, combien le nombre des sources de ce genre est considérable en France, *mais combien aussi les services que l'art de guérir peut leur emprunter sont peu appréciés par la plupart des médecins;* c'est une lacune qu'il importe de combler sans le moindre retard.

» Le premier devoir de l'administration serait donc, dans mon opinion, de créer et d'établir au siége même des établissements, une clinique au profit des élèves les plus distingués de nos écoles et de nos hôpitaux.

» Cette clinique aurait le double avantage de compléter l'instruction médicale des hommes qui donnent le plus d'espérance à la science et à l'art de guérir, et de faire entrer davantage l'usage et l'emploi des eaux dans la thérapeutique.

» Je n'ai pas besoin, en m'adressant au comité d'hygiène, d'insister sur les résultats qu'on est en droit d'attendre d'une semblable institution. Je me bornerai seulement à inviter le comité à indiquer :

» 1° Les grands établissements qui, par leur importance et les qualités spéciales de leurs eaux, présentent à l'étude le plus d'intérêt.

» 2° Je desire être également fixé sur le nombre d'élèves à attacher à chaque établissement, sur la durée des études et sur les obligations à leur imposer; enfin sur les instructions et les devoirs à prescrire à MM. les inspecteurs chargés désormais du service de clinique.

» Je désire, monsieur le président, que le comité soit, par vos soins, saisi le plus tôt possible de l'étude de cette question. Je suivrai avec un vif intérêt ces travaux, et je serai heureux de pouvoir m'y associer aussi souvent que mes occupations m'en laisseront le loisir.

» Recevez, monsieur le président, l'assurance de ma considération très-distinguée.

» Le ministre de l'agriculture et du commerce, » DUMAS. »

— On écrit d'Oran, le 5 novembre :

« Oran est dans la consternation. On parle de 700 décès militaires déclarés et 3,700 civils, sans y comprendre les décès non connus de la mosquée, des juifs et des Maures. C'est un sixième de la population. Toutes les boutiques sont fermées; les affaires sont suspendues, on fait des feux, on tire le canon. Hier il y a eu une grande procession. Le choléra est foudroyant; des familles entières sont mortes. Dans une maison, les habitants, au nombre de 10, sont tous morts dans une nuit. Le choléra décime aussi les Arabes. 30 condamnés sont employés à ouvrir des fosses. Des prolonges ramassent tous les soirs les cadavres. Un bataillon de tirailleurs, fort de 400 hommes, en a perdu 200; le 2ᵉ chasseurs d'Afrique en a perdu 80. Le général Cuny a été malade; son aide de camp est mort. Les quatre sœurs de charité sont tombées victimes du fléau. »

Les nouvelles du 10 sont un peu plus rassurantes. Le choléra diminuait, mais ses ravages ont été terribles. On lit dans une lettre :

« Le choléra nous a cruellement éprouvés; il diminue un peu maintenant en ville, mais il gagne à l'intérieur. Le terrible fléau, qui avait déjà enlevé M. Poulain, chirurgien en chef de l'hôpital militaire, et son remplaçant, M. Hennequin, vient de nous ravir M. Gœdord, médecin en chef du même établissement.

» M. l'évêque d'Alger, arrivé le 8 par le bâtiment à vapeur *le Vautour*, a visité les divers établissements sanitaires.

» L'épidémie paraît sévir particulièrement en ce moment dans la direction de Sidi-Bel-Abess. A Mers-el-Kebir, près d'Oran, il y a eu jusqu'à présent, tant à domicile qu'à l'hôpital, 41 décès cholériques. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ABOLITION DU CERTIFICAT D'ÉTUDES POUR LE BACCALAURÉAT. — CLINIQUES THERMALES. — LE CHOLÉRA EN ALGÉRIE.

La discussion de l'Académie sur les maladies de l'utérus nous avait mis en retard avec quelques sujets importants. Nous profitons de la suspension d'armes qui a eu lieu mardi dernier, et qui paraît devoir se prolonger pendant plusieurs semaines encore, pour nous mettre au courant.

On sait que M. le ministre de l'instruction publique vient d'abolir le certificat d'études pour le baccalauréat. Cette mesure a donné lieu à diverses interprétations. En fait, c'est un pas dans la voie de l'enseignement libre; c'est favoriser l'avénement des méthodes qui peuvent, en un temps donné, produire de plus rapides résultats. Mais on ne l'a pas suffisamment remarqué, la mesure est incomplète : on donne à la concurrence la liberté de faire plus vite et plus librement, à la condition de faire la même chose qu'auparavant; c'est-à-dire de se mouvoir dans le cercle universitaire. Pour que la concurrence pût porter ses fruits, il eût fallu que le jury chargé d'apprécier les résultats ne restât pas le même, qu'il ne restât pas juge et partie. Le caractère de l'enseignement libre réside précisément dans l'indépendance et l'impartialité du jury. La mesure de l'abolition du certificat d'études est donc illusoire au point de vue du principe qu'elle semble favoriser. Il y a malheureusement un autre motif de croire qu'elle n'a pas été tout à fait inspirée par l'intérêt de l'enseignement libre; les considérants du décret ne le font que trop voir : on a eu bien moins pour but de favoriser le progrès des méthodes et le développement des connaissances, que « de diriger les forces »morales du culte; de rendre *aux vieilles croyances heureusement conser»vées au sein des familles, une nouvelle vigueur*, et de dissiper ainsi jus»qu'aux apparences d'un relâchement entre ces croyances et l'enseignement »de l'État, et amener la conservation de la société par la conservation des »dogmes. » La mesure est donc toute politique. Nous n'avons pas à décider si elle est destinée à rendre les services qu'on en attend sous ce rapport; il nous suffit de faire bien voir qu'on n'a pris de l'enseignement libre que le nom : c'est un prétexte destiné à couvrir le but réel de la réforme. Les considérants du décret ajoutent, il est vrai, que l'Université a accepté la mesure de très-bonne grâce. Cela se comprend à merveille. L'Université continuera à contrôler les produits de la concurrence qu'elle autorise. L'effort n'est pas très-grand. C'est à la condition de se donner des alliés contre un ennemi commun, qu'on appelle le *socialisme*, que l'Université consent à favoriser l'enseignement des pères de famille, c'est-à-dire des traditions, des dogmes propres à opposer une digue au progrès révolutionnaire. Nous n'avons rien à dire de cette théorie; nous regrettons seulement qu'on n'ait pas vu les choses de plus haut, sauf à bénéficier du résultat qu'on n'eût pas moins obtenu en s'inspirant d'un but plus franchement libéral.

— Une mesure d'un ordre moins général, mais non moins intéressante pour la science et la médecine en particulier, a été prise par M. le ministre du commerce : nous voulons parler de l'institution de cliniques près des établissements thermaux. Cette mesure a besoin d'être envisagée de deux façons : comme moyen de favoriser le progrès scientifique, et comme moyen d'améliorer le sort de la classe pauvre. M. le ministre ne s'est occupé que du premier point de vue. Il affirme avec raison que les médecins connaissent assez peu en général l'immense ressource que leur offrent les eaux minérales. On l'a querellé pour avoir osé dire cette vérité un peu crûment à ses confrères. Il n'y a pas de quoi vraiment : d'abord cela est incontestable; et puis le reproche fera ouvrir les yeux, et donnera peut-être envie de ne plus le mériter. Nous sommes donc tout à fait de l'avis de M. le ministre, et nous approuvons son projet. Mais ce n'est encore qu'un projet; nous faisons nos réserves quant à l'exécution.

M. le ministre n'a dit mot du point de vue d'hygiène sociale qui se rattache à cette mesure. Il est évident que pour faire une clinique il faut des malades, et des malades qui se prêtent aux exigences de l'enseignement. Mais il eût été bon, dans ce temps d'antagonisme, de se montrer soucieux des intérêts du pauvre, de se montrer heureux de signaler le moyen d'agrandir la sphère de son bien-être et faire ressortir les avantages que sa santé en retirera. Si on ne prenait pas la peine de vulgariser d'avance la signification réelle du bienfait, il pourrait arriver, lorsqu'on instituera les cliniques thermales, que la classe ouvrière n'y vît qu'un moyen d'expérimentation utile à la classe riche.

Nous nous dispenserons de rappeler l'initiative qu'a prise la GAZETTE MÉDICALE à l'égard de cette création. Dans les premiers mois qui ont suivi la révolution de février, nous avons appelé très-explicitement l'attention de l'autorité sur la création de services hospitaliers près des établissements thermaux. Nous sommes heureux d'avoir prévu, sinon provoqué cette utile mesure.

— Le choléra a complétement disparu de la capitale, et il ne règne plus que dans quelques localités circonscrites des départements. En revanche, il continue à exercer ses ravages dans l'Algérie. Les dernières nouvelles sont loin d'être rassurantes. Si la mortalité diminue sur un point, elle se maintient ou augmente sur d'autres. La maladie sévit particulièrement sur les militaires. A Oran, par exemple, la proportion a été énorme. Sur 1,700 décès, 1,100 ont été fournis par la garnison, 600 par la population. Le corps des officiers de santé a payé un contingent inusité jusqu'ici. Nous publions plus loin les noms de nos malheureux confrères qui ont succombé victimes de leur zèle et de leur dévouement. La mortalité a été aussi très-grande parmi les infirmiers. Ces faits ne doivent pas passer inaperçus; s'ils sont douloureux, ils n'en portent pas moins avec eux un enseignement qu'il faut savoir mettre à profit. Jusqu'ici donc l'épidémie cholérique de l'Algérie s'est fait remarquer :

1° En général, par une intensité exceptionnelle;

2° Par une mortalité relativement plus grande parmi les militaires de la garnison;

3° Par un nombre de décès inusité jusqu'ici parmi les médecins et les infirmiers.

Ces trois circonstances méritent d'être étudiées.

Nous avons déjà constaté l'intensité exceptionnelle du choléra sous l'empire de circonstances propres à ajouter à l'activité de sa cause essentielle. Nous l'avons fait observer : lorsque, durant le cours d'une épidémie, on voit la même cause produire des résultats si différents, il faut bien faire intervenir des influences secondaires corrélatives. C'est ainsi que nous avons signalé l'action probable des grandes chaleurs combinées avec la stagnation des eaux, et surtout des eaux malsaines. C'est ainsi qu'on a allégué le voisinage des rivières, l'encombrement des malades. Ces remarques n'ont pas encore reçu de démonstrations rigoureuses. C'est surtout dans les circon-

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° III.

(Suite.)

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE ROME ANCIENNE.

Les savants se sont justement préoccupés des changements qui surviennent dans le climat d'une région, sous la double influence des modifications du globe, et des transfigurations que subit la surface du sol par le travail de l'homme. Ces études ont fourni de belles pages à l'un des amis de la GAZETTE MÉDICALE, au professeur Fuster. On n'attend pas de nous des recherches approfondies sur la ville et la campagne de Rome considérées à ce point de vue; avec notre existence nomade, les esquisses à grands traits sont seules permises.

On s'est demandé si le climat de la ville d'autrefois différait notablement de celui de Rome moderne, et, dans l'affirmative, s'il était plus chaud ou plus froid. Pour cette dernière opinion se sont déclarés plusieurs auteurs, qui ont cru expliquer de cette manière la moindre nocuité des miasmes paludéens, dans les temps anciens, malgré l'abondance des surfaces exhalantes. Cette manière de voir n'est pas soutenable, et nous ferons voir que les fièvres ont été, jadis comme elles le sont aujourd'hui, en rapport d'intensité et de nombre avec l'étendue des laboratoires paludéens. La première supposition devient au contraire l'expression de la vérité, quand on la formule avec cette réserve : le climat n'a pas beaucoup varié dans le cours des siècles; il était probablement autrefois un peu plus chaud et un peu plus humide.

Puisque nous ne pouvons pas emprunter nos termes de comparaison à des observations thermométriques prises à l'époque ancienne et dans les temps modernes, il faut recourir à des preuves indirectes. Et d'abord, invoquons le règne végétal, qui nous a déjà fourni ailleurs de précieux indices, lorsque nous tracions la météorologie du Sahara algérien et du désert central. (V. EXPÉDITION DU GÉNÉRAL CAVAIGNAC DANS LE SAHARA ALGÉRIEN. Relation du voyage, exploration scientifique, etc. — 1 vol. gr. in-8°. Paris, 1849.)

Dans la ville de Romulus, comme dans la cité des papes, on trouve les mêmes espèces végétales; telles sont, pour ne citer que les plus caractéristiques : l'olivier, l'oranger, le myrte, le laurier et quelques palmiers. Nous avons vu que Varron place au pied du Palatin un bosquet de myrte consacré à Vénus, et Ovide nous représente un palmier s'élançant d'une fente des édifices qui surmontaient le Capitolin. Que ce palmier ait été un *phœnix dactylifera* ou un *chamærops humilis*, peu importe; les deux se retrouvent dans la ville actuelle. Nous ajouterons même, au sujet de ce dernier, que, dans nos nombreuses courses en Algérie, nous n'avons jamais rencontré un *chamærops humilis* aussi élancé que celui qu'on voit dans le jardin du couvent de Saint-François, au Transtévère.

stances où les effets des causes présumées peuvent s'observer sur une grande échelle qu'on est plus à même de conclure. Nous croyons que l'Algérie est destinée à fournir ce supplément de démonstration. Grâce aux travaux de nos savants confrères qui ont écrit sur les causes de la mortalité de l'Algérie, il est presque hors de doute aujourd'hui que l'influence paludéenne y compte en première ligne. La combinaison de cet élément avec l'élément cholérique n'expliquerait-elle pas l'intensité extraordinaire de l'épidémie algérienne. Voilà pour un premier point. On comprend bien que nous n'émettions cette opinion que sous forme de doute : l'observation et un examen plus approfondi de la question pourront seuls lui donner une solution positive.

Quant à la mortalité plus grande parmi les militaires, les officiers de santé et les infirmiers, elle aurait une signification non moins intéressante. Les partisans de la non contagion absolue y verront peut-être un motif d'être plus réservés à l'avenir, à l'égard de l'agglomération des individus, et surtout au sujet de l'immunité, sans cesse alléguée des médecins et des personnes qui ont des rapports fréquents avec les malades. Ces résultats sont pour nous des effets plus marqués de causes plus obscures quand elles sont moins intenses; mais, nous le répétons, nous ne présentons ces remarques que comme des appels à l'observation ultérieure, de ceux de nos confrères surtout qui sont à même de la multiplier et de la féconder par des faits nombreux et variés.

ÉPIDÉMIES.

NOTE SUR LES FIÈVRES QUI ONT SUCCÉDÉ A L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DE 1848, A IASSY (MOLDAVIE); par A.-H. BASSEREAU, docteur en médecine, ancien élève des hôpitaux de Paris.

Nous avons dit dans notre précédent mémoire, sur l'épidémie de choléra qui a sévi en Moldavie pendant les mois de juin et juillet 1848, que la maladie avait laissé à sa suite des fièvres à type continu, rémittent et intermittent, offrant des caractères particuliers et différents de ceux qu'on observe dans les fièvres, qui chaque année règnent ici pendant l'automne (1).

En effet, lorsque l'épidémie tira vers sa fin, nous commençâmes à observer chez certains malades des symptômes particuliers, dont nous ne nous rendîmes d'abord pas compte d'une manière satisfaisante. La maladie débutait par quelques frissons partiels, irréguliers, un sentiment de brisure dans tous les membres, suivi d'une faiblesse extrême, comme au début d'une affection catarrhale, et cependant les malades n'étaient affectés ni de toux, ni de coryza, ni de pesanteur aux sinus frontaux, ni de douleurs dans la poitrine. La respiration était entièrement libre, seulement plus accélérée à cause de l'état de fièvre. Il y avait de la céphalalgie générale; la tête, disaient-ils, leur semblait enflée; la peau même en était douloureuse au toucher. La peau, la plupart du temps, était presque nette ou un peu blanchâtre, humide et plate. Il y avait peu de soif, et cependant ils se plaignaient d'un goût amer très-prononcé dans la bouche, quelques-uns d'envies de vomir. La langue était chaude, sèche; le pouls tantôt assez plein, mais plus ordinairement modérément développé, donnait 80, 90, 95 pulsations par minute. Chez les uns on observait un peu de diarrhée; chez les autres, au contraire, de la constipation. Point de douleurs dans le ventre, qui était souple; quelquefois seulement un peu de pesanteur à l'épigastre.

(1) Pendant la saison des fruits, la fièvre intermittente est on peut dire presque épidémique en Moldavie.

Les urines étaient chargées; il y avait peu de sommeil, souvent interrompu par des rêvasseries. En présence de pareils symptômes, nous nous demandâmes à quelle affection nous avions affaire. Était-ce le début d'une fièvre gastrique, bilieuse, ou bien d'une fièvre rémittente ou intermittente, dont les accès, ainsi que cela arrive souvent ici, devaient se régulariser plus tard, ou bien enfin étions-nous sous l'imminence d'une fièvre typhoïde? Dans l'incertitude, nous eûmes recours à la méthode expectante. Des sinapismes à l'épigastre et aux jambes, pour dégager la tête, des boissons rafraîchissantes et délayantes, quelques lavements lorsqu'il y avait de la constipation, de l'eau de riz gommée, lorsqu'au contraire il existait de la diarrhée, tels furent les moyens que nous employâmes dans le principe. Mais au bout de quelques jours, la maladie restant toujours *in statu quo*, et craignant de voir survenir des symptômes plus graves, nous dûmes songer à une autre médication. Aux malades qui étaient constipés, nous administrâmes d'abord la potion suivante :

Prenez : Pulpe de tamarin. . . . . 60 grammes.
Faites bouillir pendant une demi-heure, dans eau q. s. jusqu'à réduction de. . . 150 grammes.
Faites infuser pendant une demi-heure à vase clos, racine de rhub. en morceaux 4 grammes.
Filtrez et ajoutez sirop de fleurs de pêcher 30 —
A prendre par petites tasses dans l'espace d'une heure.

Nous obtînmes par ce moyen une ou deux selles assez copieuses, qui apportaient, il est vrai, un peu de soulagement au malade, mais sans changer sensiblement son état. Nous eûmes alors recours aux sels neutres; les selles, il est vrai, étaient plus nombreuses, mais le résultat ne fut guère plus satisfaisant. Leur emploi avait en outre l'inconvénient d'être de nouveau suivi de constipation.

Chez ceux qui avaient la bouche amère et des nausées, nous administrâmes un vomitif :

Ipécacuanha. . . . . 75 grammes.
Tartrate antimonié de potasse. . . . . . 2 centigrammes.

Mais nous n'eûmes que rarement des vomissements bilieux et abondants, et l'état général ne s'amendait guère.

Voyant alors que, par ces moyens directs, nous n'atteignions pas le but que nous nous étions proposé, nous employâmes la potion suivante :

Prenez : Feuilles de digitale pourprée. . . . . . 2 grammes.
Faites infuser une demi-heure dans eau bouillante . . . . 180 grammes.
Passez et ajoutez : Sirop de framboises. . 30 —
Nitrate de potasse . . . . 2 —
Prenez chaque deux heures deux cuillerées à bouches.

Ce moyen nous réussit à merveille. Nous répétions ordinairement le même

---

Il donne un formel démenti à l'épithète que les botanistes ont accolée à son nom.

Quelques auteurs italiens ont prétendu que la réussite du cèdre, transporté autrefois à Rome où il a prospéré, est une preuve de la haute température dont cette ville jouissait jadis, cet arbre ne réussissant plus aujourd'hui qu'en Afrique et en Asie Mineure. Pour soutenir une pareille opinion, il fallait ne pas avoir vu le cèdre magnifique qui étale son large parasol au Jardin des Plantes, à Paris.

La température de Rome ancienne n'était certainement pas plus basse que celle de la ville actuelle : voilà les motifs qui nous portent à penser qu'elle se trouvait au contraire un peu plus élevée.

Rome moderne s'étend au nord d'un groupe formé par l'Aventin, le Capitolin, le Palatin, le Cœlius, voire même l'Esquilin et le Viminal. Ce rempart défend, jusqu'à un certain point, la ville des ardeurs du midi. Au septentrion, la cité est au contraire à peu près sans protection.

Rome antique se trouvait dans des conditions presque opposées; elle couronnait les sept collines, les dépassait, et s'étendait dans la rase campagne balayée par les vents du midi. Bien plus, la ville était protégée contre le nord par une ceinture de forêts qui n'existe plus aujourd'hui.

Incontestablement, toutes ces circonstances sont propres à élever la température.

Les Romains portaient autrefois des vêtements qui laissaient à découvert les jambes, les bras et le cou. Ce costume pourrait peut-être aussi être invoqué pour concourir à la démonstration à laquelle nous voulons arriver.

Tacite nous apprend que des regrets ont été donnés à l'ancienne construction de Rome, après que cette ville, ruinée pour satisfaire un caprice de Néron, eut été repeuplée de maisons moins hautes, et coupées de rues plus larges.

« Erant qui crederunt, dit l'historien (ANN., lib. XIII), veterem illam formam salubritati magis conduxisse; quoniam angustiæ itinerum, et altitudo tectorum non perinde solis vapore perrumperentur; at nunc patulam latitudinem, et nullâ umbrâ defensam, graviore æstu ardescere. »

Certes, dans Rome moderne, on n'en est pas à manifester de tels regrets, et l'on n'envie pas cette vieille construction qui rappelle l'antique Carthage, où, selon Polybe, pour aller de l'enceinte extérieure à la citadelle de Byrsa, l'armée de Scipion dut traverser des rues encaissées entre des maisons à six ou sept étages, si étroites qu'on pouvait presque se donner la main, par les fenêtres, d'un côté à l'autre. A la brûlante Afrique d'autrefois, ces maisons si prodigieuses en hauteur; et à l'Afrique moderne ces tortueuses ruelles que les enjambements des habitations changent en une suite de porches obscurs. L'Europe n'a que faire de ces précautions.

En parcourant les restes du palais de Néron (*domus aurea Neronis*), nous avons aussi recueilli cette impression : que le climat devait être plus chaud alors qu'aujourd'hui, pour motiver une semblable construction. Mais qu'on nous permette de visiter avec quelque détail ce précieux débris des temps antiques, car une foule de considérations hygiéniques vont jaillir sous nos pas.

Le faîte du palais se trouve au-dessous du sol actuel, et ses appartements spacieux sont restés, pendant des siècles, remplis de terre, de débris, et ignorés du monde. C'est à cette circonstance que nous devons la conservation du monument

médicament, et au bout de quarante-huit heures le malade entrait en convalescence; seulement il restait un peu de faiblesse et d'inappétence pour les aliments, que nous combattions par le vin de quinquina.

Faut-il attribuer le succès de ce moyen à l'emploi antérieur des purgatifs et des vomitifs? Cela est possible. Il est vrai que nous avons eu recours à ces derniers dans presque tous les cas où les malades étaient constipés, pour peu que la langue ne fût pas tout à fait nette, ou chez ceux qui avaient des nausées; mais nous avons aussi employé la digitale et le nitre seuls chez ceux qui n'avaient que des symptômes généraux, et ils nous ont également réussi. Sous leur influence, le pouls s'abaissait, la chaleur diminuait, et il survenait ordinairement une transpiration qui terminait la maladie. Chez ceux qui avaient de la diarrhée, nous ajoutions ordinairement 5 centigrammes d'extrait aqueux d'opium.

Nous avons eu recours quelquefois à l'application de sangsues à l'anus et aux apophyses mastoïdes, dans les cas où la céphalalgie était trop violente; elles la diminuaient, il est vrai, mais sans la faire cesser tout à fait, et sans agir d'une manière notable sur l'état général du malade. Nous n'avons pas osé recourir à la saignée générale; car nous nous étions convaincus de ses mauvais effets pendant la dernière période du choléra, et nous craignions de voir se développer des symptômes nerveux.

D'après toutes ces données, et prenant en considération la tendance au caractère typhoïde qu'avait affectée l'épidémie vers sa fin, quoique les symptômes que présentait l'affection que nous venons de décrire n'aient pas été clairement dessinés et se soient accompagnés de l'influence prolongée du miasme cholérique, dans certains cas, nous pensons que, si nous l'eussions laissé marcher, nous eussions eu affaire à une fièvre typhoïde, et que ces premiers symptômes qui se sont montrés appartenaient à une dothinentérie légère. Que si l'on nous demande maintenant comment nous expliquons l'action de la digitale et du nitre, nous répondrons que les premiers malades que nous observâmes ne nous mirent pas immédiatement sur la voie, et que, dans les circonstances données, nous agîmes sur la circulation générale qui nous semblait pouvoir être surexcitée par les mêmes causes qui avaient présidé au développement de la première période de l'épidémie, c'est-à-dire une chaleur variant de 25 à 30 degrés Réaumur, et qui produisaient une partie des mêmes effets sans être suivies des autres, puisque celle-ci était pour ainsi dire éteinte; que la digitale et le nitre, en ralentissant la circulation, agirent dans ce cas comme antiphlogistiques et empêchèrent le développement de la maladie. Peut-être nous trompons-nous en émettant *à posteriori* une opinion que les faits n'ont point démontrée (nous voulons parler de la terminaison possible de l'affection); mais l'état de faiblesse générale dans lequel se trouvaient les malades, sans qu'il fût possible d'en assigner la cause à une lésion évidente d'un organe quelconque, les rêvasseries pendant le sommeil, pouvaient faire admettre une atteinte au système nerveux général, qui peut-être avait sa source dans une altération commençante des follicules de l'intestin, ce que, dans certains cas, la diarrhée, quoique légère, qui existait, pouvait faire soupçonner. Nous soumettons, du reste, volontiers notre manière de voir au contrôle de gens plus éclairés; nous nous bornons à rapporter le résultat de notre pratique. Quant à l'explication théorique, nous en ferons volontiers bon marché. Qu'on n'aille pas pourtant inférer de là que nous adoptons pour règle de conduite une routine aveugle qui ne base pas son diagnostic sur des théories éclairées par un jugement sévère. Loin de nous une pareille idée! Nous voulons seulement dire qu'il est quelquefois, en médecine, de ces cas qui ne sont pas clairement définis, et dans lesquels le médecin est souvent obligé, tout en rapportant les faits qu'il a sous les yeux à des données aussi probables que possible, de modifier celles-ci après coup, selon les résultats obtenus, en un mot, d'avouer qu'il s'est trompé. Heureux lorsque c'est le raisonnement qui a tort, et que le malade se trouve sauvegardé (1)!

La période de temps pendant laquelle nous observâmes l'affection que nous avons décrite plus haut dura à peu près trois semaines; après quoi la maladie prit un autre caractère. Des symptômes gastriques apparurent accompagnés d'une rémittence et d'une intermittence difficilement appréciables. Chez certains malades le dernier type apparaissait comme symptôme prédominant; mais lorsque nous voulûmes l'attaquer de prime abord par l'antipériodique, nous échouâmes presque constamment. Nous dûmes d'abord avoir recours aux évacuants. Lorsqu'on négligeait cette précaution, et même souvent malgré l'emploi de ces moyens, un grand nombre de fièvres revêtaient le caractère pernicieux. Quelquefois la maladie débutait par un ou deux accès de fièvre intermittente, quotidienne ou tierce, puis la chaleur reprenait après un intervalle de une ou deux heures, quelquefois d'une demi-heure seulement, lorsqu'il y avait plus tard un peu de rémittence; c'était surtout vers le matin, mais elle était difficilement appréciable. Nous eûmes recours dans le principe aux vomitifs, surtout chez ceux qui avaient des nausées, quelquefois même des vomiturations; mais en général ils ne nous ont pas réussi; ils n'amendaient point l'état du malade, et ils avaient l'inconvénient de déterminer des crampes d'estomac, sans produire des vomissements en rapport avec l'état de la langue qui ordinairement était recouverte d'un enduit jaunâtre épais. Les éméto-catarthiques n'offraient guère de meilleurs résultats, quoique cependant ils fussent suivis d'un amendement plus prononcé. Les sels neutres, et parmi eux le sulfate de magnésie à la dose de 30 ou de 45 grammes dissous dans 500 ou 750 grammes de bouillon aux herbes, à prendre dans l'espace d'une heure ou une heure et demie, sont les médicaments qui ont rendu le plus de services. Mais, chose remarquable, c'est que, sous leur influence, la langue ne se nettoyait pas entièrement; seulement le type se dessinait et devenait plus franchement intermittent. Parmi les cas les plus intéressants de ce genre, nous citerons le suivant:

Obs. — M. V..., âgé de 48 ans, d'une constitution nervoso-bilieuse, sujet aux constipations et aux migraines, fut pris tout à coup d'un violent accès de fièvre, avec frisson, claquement de dents, qui durèrent plus d'une heure. Nous le vîmes pendant la période de chaleur. Il avait du délire, la langue était revêtue d'un conduit jaunâtre épais, il y avait eu quelques légères vomiturations. Cet état dura environ quatorze heures, et fut suivi d'une abondante transpiration. Il y eut un intervalle de cinq heures; après quoi la peau redevient sèche, brûlante; le pouls assez développé battait cent-dix fois par minute. La céphalalgie était intense, l'épigastre et le ventre étaient tendus sans être douloureux à la pression, la langue était dans le même état que nous avons indiqué plus haut; il y avait une soif ardente, point de délire. Comme il n'y avait pas eu de selles depuis trois jours, nous prescrivîmes un éméto-catarthique, qui ne produisit aucun effet. 30 grammes de sulfate de soude ne furent également suivis d'au-

(1) Comme les idées religieuses du pays et les rites du culte grec empêchent de faire des ouvertures de cadavres, et que d'ailleurs la mort n'a jamais suivi, parmi nos malades, l'affection ci-dessus, nous ne sommes en aucune façon en mesure de justifier notre opinion par l'anatomie pathologique.

---

dans son entier. Sans doute on n'y retrouve pas, comme à Pompeï, chaque chose en son lieu, avec ses formes et sa fraîcheur, et chaque objet usuel n'attendant, pour ainsi dire, que la main qui allait en disposer quand la ville fut subitement engloutie; mais la carcasse est parfaitement conservée, les murs restent debout et supportent des voûtes sur lesquelles le temps n'a pas mordu. On montre encore aujourd'hui des fresques qui, du temps de Raphaël, étaient assez vives pour que ce grand maître ait pu y chercher des inspirations qu'il a jetées sur les cintres du Vatican.

La construction de ce palais est des plus simples. Figurez-vous un vaste parallélogramme formé par une double série de sept salles adossées côte à côte; les deux séries sont elles-mêmes juxta-posées, et chacune forme ainsi l'une des grandes faces du parallélogramme. Flanquez chaque petite face d'un corridor, qui longera conséquemment deux salles; enfin, groupez contre l'un de ces corridors une foule de petites chambres, qui constitueront les communs, et vous aurez bâti la *maison dorée* de Néron.

Comme tout le palais, les salles sont voûtées; elles ont 33 pieds de hauteur sur 25 de longueur approximativement et 18 de largeur. Chaque pièce prend son jour sur le jardin au milieu duquel le palais était situé; une porte surmontée d'une fenêtre: voilà toutes les ouvertures destinées à introduire l'air et la lumière dans ces vastes salles. Ces voûtes épaisses, ces larges murailles, ces grandes dimensions, en hauteur surtout; l'absence de ces petites pièces dans lesquelles l'habitant des pays tempérés cherche un chauffage plus facile pendant l'hiver; la rareté et l'exiguïté des ouvertures; la substitution du stuc et du marbre à ces boiseries auxquelles on demande, dans le Nord, de conserver le calorique artificiellement entretenu dans l'intérieur, et de protéger contre le froid du dehors: tout cela ne dénoterait-il pas un vif désir de fraîcheur, qui ne se fait pas sentir à un égal degré sous le ciel de la ville actuelle? Ce qui nous porte encore à le penser, c'est que chaque salle semble avoir été, en outre, protégée par une sorte de galerie, de péristyle, dont la saillie couvrait d'ombre les murs des appartements. Sur les parois de ces galeries, on voit des fresques représentant des arbres, des palmiers surtout, et l'on se demande si le peintre n'a pas eu l'intention d'harmoniser sa décoration intérieure avec celle du jardin, de marier ses feuillages peints aux feuillages naturels qui, sans doute, s'engageaient jusque sous les arceaux. Toutes ces précautions dénoteraient un amour extrême, fruit d'un besoin réel, pour l'ombre, la fraîcheur et l'isolement. Les modernes Italiens cherchent aussi à se placer dans ces conditions, mais ils font bien moins de frais et d'efforts pour atteindre ce but.

La partie du palais de Néron la plus significative au point de vue qui nous occupe, c'est la *crypta*, galerie voûtée parallèle au palais, mais isolée du corps de bâtiment. Ce véritable caveau est clos de toutes parts, et ne donne accès à la lumière que par quinze petites ouvertures carrées pratiquées le long de ses voûtes. Celles-ci ne sont guère moins élevées que les cintres des appartements du palais. On pense généralement que les Romains cherchaient dans leurs *cryptes* cette température uniforme que l'air conserve dans les souterrains pendant les différentes saisons.

Ce qui reste du palais des Césars, ruines immenses couvrant le mont Palatin tout entier, nous indique une construction analogue à celle de la *maison dorée*, quoique sur de plus grandes proportions. Ce sont partout des voûtes épaisses,

cune évacuation. Deux lavements avec une once d'huile de ricin restèrent sans résultat.

Le troisième jour nous administrâmes 45 grammes de sulfate de magnésie. Le malade vomit une partie de la médecine et eut une seule garde-robe, mais peu copieuse, et contenant des matières sèches, noirâtres, arrondies comme des noix. Pendant ce temps, la fièvre était toujours considérable; il y avait de l'agitation; il était même survenu un peu de délire pendant la nuit, et la langue commençait à se sécher. Craignant le développement d'une fièvre typhoïde et voulant à tout prix évacuer les voies digestives, nous donnâmes le quatrième jour 60 grammes de sulfate de magnésie dans 500 grammes de bouillon aux herbes.

A la suite de ce médicament, M. V... eut le même jour onze selles de matières noirâtres d'une fétidité insupportable au commencement, et bilieuses vers la fin, avec sentiment de brûlure à l'anus. Nous lui prescrivîmes alors une décoction de tamarin pour boisson, qui entretint le lendemain encore les évacuations, lesquelles se réduisirent à quatre, et allèrent en diminuant. La langue s'était presque entièrement nettoyée, la chaleur avait disparu, et il était survenu une transpiration que nous regardâmes comme critique.

Nous croyions la maladie terminée, lorsque le septième jour, sans cause connue, vers midi, M. V... fut pris de nouveau d'un frisson violent qui dura près de trois heures, puis d'une chaleur intense, suivie d'une abondante transpiration vers le matin. Nous attendions pour donner le sulfate de quinine que les accès se régularissasent. La journée entière se passa bien.

Le lendemain, à la même heure que l'avant-veille, il survint un accès de fièvre intermittente pernicieuse comateuse tellement violent que nous nous demandâmes si le malade n'y succomberait pas. Il se termina, comme le premier, vers le matin. Aussitôt sans attendre nous administrâmes 2 grammes de sulfate de quinine à prendre en une fois. Le lendemain matin, nous redonnâmes 75 centig. de l'antipériodique. L'accès suivant manqua. Nous allâmes chaque jour en diminuant les doses, et M. V... se rétablit complétement, sans avoir ressenti autre chose qu'un peu de confusion dans la vue, et des bourdonnements d'oreille qui se dissipèrent peu à peu. »

Un des caractères des fièvres de cette année était un sentiment de faiblesse considérable, persistant quelquefois pendant plusieurs semaines après la guérison. Nous avons vu des malades, pour avoir eu deux ou trois accès ordinaires de fièvre quotidienne ou tierce, rester quelquefois quinze jours ou trois semaines avant de reprendre leurs forces et leur appétit. Ils ressentaient continuellement de la gêne à l'épigastre, avec sentiment de gonflement et expulsion par les voies supérieures et inférieures de flatuosités considérables. Nous donnions dans ces cas d'abord des poudres de :

Prenez :	Sous-nitrate de bismuth.	10	centigr.
	Poudre de rhubarbe . . .	5	—
	Ol. saccharum d'Anis . .	50	—

A prendre chaque deux heures.

Lorsque le sentiment de gêne à l'épigraste avait diminué, et que malgré cela l'appétit ne revenait pas, non plus que les forces, et si la langue restait blanchâtre, sans rougeur à sa pointe et sur les bords, nous administrions, suivant les individus, deux, trois ou quatre fois par jour, deux cuillerées à bouche de vin de quinquina, ou une décoction amère de houblon, de petite centaurée, etc., etc. Nous n'avons eu recours que rarement à l'application de sangsues, excepté dans les cas de douleur véritable, de sentiment de brûlure au creux de l'estomac. Dans ce cas elles nous ont toujours bien réussi; elles ont fait disparaître cette douleur, et souvent après leur emploi seul, la langue s'est tout à fait nettoyée et l'appétit est revenu.

Cette seconde période, qui dura environ encore trois semaines, fut remplacée par l'apparition de fièvres à type franchement intermittent, mais qui dans presque tous les cas, s'accompagnaient de symptômes cholériques, de vomissements, de diarrhée, quelques fois même de crampes, quoique l'épidémie eût totalement disparu d'Iassy depuis plus d'un mois. Ces symptômes disparaissaient aussitôt l'accès terminé, pour reparaître avec le suivant. Le type que nous avons observé le plus fréquemment était le quotidien et le tierce double. C'est aussi pendant cette période de la maladie que nous avons vu le plus de fièvres intermittentes pernicieuses. Nous donnions pour calmer les vomissements et la diarrhée pendant les accès des poudres ainsi composées :

Prenez : Poudre de Dower,		
Sous-nitrate de bismuth.	de chaque, 10 cent.	
Ol. Sacchar de feuilles de pêcher		5 décigr.

Chaque heure une poudre. — Il est très-rare qu'au bout de trois ou quatre poudres ces symptômes ne se soient pas calmés. Et alors dans l'apyrexie, aussitôt après la cessation de l'accès, nous administrions le sulfate, le muriate, ou le valérianate de quinine. Une chose à remarquer, c'est que les années précédentes 75 cent. de l'antipériodique suffisaient ordinairement pour couper les fièvres les plus tenaces, tandis que cette année nous avons été presque toujours obligés d'en donner 10 décigr., jusqu'à deux gramm., en diminuant successivement les doses. Avant l'épidémie, il était rare qu'on ne parvînt pas à prévenir l'accès qui suivait la première administration de la quinine; depuis que celle-ci a cessé, il nous est presque toujours arrivé d'en voir survenir encore un; seulement il était diminué assez souvent de longueur et d'intensité, ce n'était que le second qui manquait tout à fait, et cela, quelque dose que nous ayons donnée et quelque intervalle que nous ayons eu devant nous pour laisser au médicament le temps d'agir. Nous devons dire aussi que cette année les accès avaient une longueur beaucoup plus considérable que d'habitude; nous en avons vu souvent, dans des fièvres tierces, durer trente-huit heures.

Nous administrions ordinairement, après le troisième accès et aussitôt que la transpiration avait cessé, 5 décigrammes de l'antipériodique en une fois. (Il va sans dire que la dose était moindre selon que nous avions affaire à des sujets plus ou moins âgés, puis nous attendions la fin de la quatrième; nous supposons une fièvre quotidienne.) S'il y avait lieu, nous donnions de nouveau 3 décigrammes puis, le troisième jour deux décigrammes, toujours aussi loin que possible du moment où l'accès revenait ordinairement. La fièvre disparaissait ordinairement. Nous attendions alors cinq ou six jours, puis nous redonnions la même dose de cette manière : le premier jour 3 décigrammes, le second jour 2, le troisième 15 centigrammes, le quatrième 10, le cinquième et le sixième également 10, et le septième 5 centigrammes. De cette manière nous prévenions presque sûrement le retour des accès, qui ont ici une grande tendance à reparaître à la moindre occasion. Si nous avions affaire à des malades qui avaient déjà souffert de la fièvre antérieurement et qui présentaient un engorgement de la rate (ce qui est ici extrêmement fréquent), nous laissions, après cette seconde dose, s'écouler une quinzaine, puis nous la redonnions de la même manière; enfin, après un mois nous la recommencions.

Pour une fièvre terce, nous avions recours au même mode d'administra-

---

des porches obscurs qui se succèdent les uns aux autres, des vestiges de dômes massifs, des appartements bien clos, fermés à la lumière et précédés de portiques. Les bains de Livie, aujourd'hui souterrains, recevaient si peu de jour, qu'on pourrait aisément croire qu'ils ont toujours été au-dessous du sol. Nous en dirons autant de la vaste galerie, revêtue de stucs richement peints, que des fouilles récentes, entreprises par les ordres de l'empereur de Russie, ont fait découvrir et déblayer. Ce corridor, qu'on pense être celui où Caracalla a été tué, était une véritable *crypte*.

Retournons à la *maison dorée;* nous ne sommes pas au bout des leçons d'hygiène antique qu'on peut y puiser. Mais ici qu'on nous permette une petite excursion à laquelle on pardonnera sans doute, en faveur de l'intérêt qui s'y rattache, de nous éloigner un peu de notre sujet.

Néron avait bâti son palais sur des maisons particulières, à 1 mètre ou 2 au-dessus de leur pavé. On voit encore les mosaïques qui chamarraient le sol de ces habitations, et l'on reconnaît avec facilité l'emplacement des pièces. Un parchemin trouvé dans le palais atteste en outre qu'il a été construit sur la demeure de plusieurs citoyens.

Le palais du tyran subit lui-même le sort que son maître avait infligé aux humbles demeures des Romains; un autre empereur, le fils de Vespasien, condamna la *maison dorée* à servir de fondements à ses Thermes. Mais au lieu de démolir le palais, il bâtit par dessus ses voûtes, qui devinrent le sol des nouveaux édifices. Comme le palais n'était pas assez vaste pour servir de support aux immenses constructions qu'il avait projetées, Titus en doubla presque l'étendue, en y ajoutant de grandes galeries conçues à peu près sur le même plan que les salles de Néron. Ces corridors furent construits obliquement aux façades du palais, crime de lèse-architecture dont le vainqueur de Jérusalem se souciait peu, pour les motifs que nous allons exposer. Après avoir retiré de l'ancienne demeure impériale les objets les plus précieux qui s'y trouvaient (le Laocoon était de ce nombre), il fit combler de terre et le palais et ses nouvelles constructions. De la sorte, la splendide *maison dorée*, dont les auteurs ont tant célébré la magnificence, fut enfouie, avec ses fresques admirables, avec les marbres précieux qui la revêtaient, et se trouva réduite au rôle fort humble de servir de piédestal, de fondement, aux Thermes gigantesques de Titus, c'est-à-dire à des piscines publiques, à des bains particuliers, à la demeure impériale, à des temples, des gymnases, des exèdres, des pinacothèques, etc.; car, comme on ne le sait pas assez, les Thermes contenaient tout cela, et n'étaient pas seulement de simples établissements ouverts aux baigneurs.

Quel but se proposait Titus par cet étrange procédé de construction? Évidemment aucune idée conservatrice n'y a présidé, puisque le palais a été ignominieusement comblé. On ne peut pas non plus supposer un calcul d'économie, soit de temps, soit d'argent, car il était moins coûteux et plus expéditif d'abattre le palais et d'utiliser ses décombres, que de construire de nouvelles arcades colossales et de remplir de matériaux ces imenses lacunes. Titus a eu sans aucun doute en vue, ou de manifester son mépris pour un empereur odieux, ou bien d'assainir ses Thermes, placés dans un lieu bas, humide, exposé aux fièvres et visité peut-être quelquefois par les eaux débordées du Tibre. Je livre à votre appréciation, cher et savant confrère, cette dernière supposition, à laquelle je suis enclin à m'arrêter.

tion; seulement nous nous arrangions de manière à pouvoir donner les deux premières doses avant le retour du quatrième accès. Nous laissions ordinairement un intervalle de douze heures entre chaque prise du médicament. Quant aux fièvres quartes, qui sont ici les plus tenaces, nous continuions de la même manière l'emploi de la quinine plus longtemps, en ayant soin de recommander aux malades de boire du vin absinthé mêlé à de l'eau ferrée. Nous indiquons du reste cette dernière précaution à tous ceux qui ont eu la fièvre, et nous nous en sommes presque toujours bien trouvé (1).

Pour les enfants, nous avons eu recours presque constamment à l'emploi de la quinoïdine, qui est d'une administration beaucoup plus facile à cause de son amertume beaucoup moindre et qui se développe beaucoup plus lentement, et nous avons, dans presque tous les cas, réussi avec elle à couper les accès. Nous la donnons aux mêmes doses que nous leur eussions donné les autres préparations de quinine.

Nous avons dit plus haut comment et quand nous administrions l'antipériodique dans les cas de fièvres intermittentes pernicieuses. Quand nous étions appelé pendant le second accès, nous n'en attendions pas la fin pour faire prendre le médicament, craignant de ne pas avoir assez de temps devant nous, si nous attendions qu'il fût terminé, pour que celui-ci pût agir.

Si nous récapitulons les différentes phases sous lesquelles se sont présentées les affections qui ont suivi le choléra cette année, nous trouvons que, ainsi que celui-ci, elles ont eu trois périodes différentes, correspondantes, pour ainsi dire, à celles qu'avait offertes l'épidémie, que nous avons décrite dans notre précédent mémoire (GAZ. MÉD., n° des 14 et 28 octobre 1848) et qui leur avait imprimé un caractère particulier. Ainsi, la première période du choléra offrit un caractère inflammatoire qu'on retrouve dans la première période de la maladie que nous avons décrite ici en premier lieu. Plus tard, nous voyons surgir des symptômes purement gastriques, correspondant à la seconde phase de l'épidémie; enfin, le type intermittent se dessine franchement accompagné d'accidents cholériques (diarrhée, vomissements, crampes), avec tendance au caractère pernicieux, ainsi qu'il en avait été pour ce dernier mode dans la dernière période du choléra. Ce qui distingue surtout les fièvres de cette année de celles des années précédentes, c'est, outre les caractères particuliers que nous avons signalés plus haut, leur ténacité, cet état de gastricisme pour ainsi dire intercurrent qui masquait les accès et ne permettait leur entier développement qu'après avoir été combattu lui-même par les moyens appropriés; enfin, l'état de faiblesse extrême dans lequel elle jetait les malades et qui se prolongeait si longtemps. Ajoutons encore qu'elles sévirent sous la forme d'une épidémie des plus intenses, car nous ne savons pas s'il existe en ville une seule maison où il n'y ait pas eu de malades de la fièvre intermittente.

(1) On vend ici, chez tous les marchands de vin et dans tous les cabarets, du vin rouge et blanc, dans lequel on a fait infuser de l'absinthe; il est plus ou moins amer, selon qu'on le désire, et on en fait un usage assez général.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

EXPOSÉ ANALYTIQUE ET COMPARATIF DES PROCÉDÉS D'URÉTROTOMIE, PAR SCARIFICATION ET PAR INCISION; par le docteur REYBARD (de Lyon).

Les procédés opératoires usités dans le traitement des rétrécissements sont très-nombreux; cependant, en définitive, ils se rapportent tous à trois méthodes modifiées suivant le génie, les convenances des chirurgiens, les exigences des cas particuliers de leur pratique; ce sont la cautérisation, la dilatation et l'urétrotomie.

Chacune de ces méthodes peut être considérée sous le triple point de vue de son origine, de son manuel opératoire, et surtout du degré d'efficacité qui lui est inhérent. Mais dans ce court extrait d'un ouvrage complet sur les rétrécissements, dont la publication est prochaine, je ne me propose pas une étude aussi longue, j'ai seulement pour objet celle de l'urétrotomie, proprement dite, et la comparaison des deux procédés qui la composent.

Mais avant d'entrer dans l'examen de cette méthode, je dois faire une remarque préliminaire sur le sens que j'attache à ces mots : *rétrécissements guéris*; par eux, je ne saurais entendre ceux dont l'élargissement n'est pas définitif; chacune des méthodes peut amener ce résultat éphémère; pour moi, rendant à ces mots leur signification rigoureuse, je ne considère comme procédé curatif que celui qui, détruisant les rétrécissements dans leur principe et leur effet, sans rechute possible, rend au canal ses dimensions normales d'une façon permanente et constatable, non-seulement immédiatement après son application, mais encore après plusieurs années, succès auquel on ne saurait prétendre par les deux premiers. Ainsi que je l'ai dit en parlant du diagnostic des rétrécissements, il faut, dans ces délicates manœuvres d'exploration, proscrire l'usage des bougies rigides, moyen infidèle, et se servir exclusivement de celles à boules, en gomme élastique, sans mandrin.

On appelle *urétrotomie* cette opération par laquelle un instrument tranchant étant introduit dans l'urètre, on coupe plus ou moins profondément le siége des rétrécissements pour avoir ensuite recours à l'emploi des bougies, soit afin d'opérer la dilatation, soit afin d'empêcher simplement la réunion des lèvres de la plaie; c'est dans le procédé qui m'est particulier que leur action est ainsi réduite.

Pour faciliter l'exposition des perfectionnements que j'ai apportés à l'urétrotomie, je distinguerai deux procédés dans cette méthode de traitement; l'un a reçu le nom de *procédé par scarification*; à l'autre, je donnerai celui de *procédé par incision*. Cette distinction me paraît de la plus haute importance, car, au point de vue pratique, l'un constitue un traitement seulement palliatif, et l'autre un traitement curatif, inconnu dans la science avant mes travaux.

SCARIFICATION.

Le *procédé par scarification*, qui peut encore s'appeler *par débridement*, car il semble avoir moins pour but d'élargir le canal au moyen de la plaie que d'en faciliter la dilatation, après avoir fait cesser son étrangle-

---

Nous ne quitterons pas la *maison dorée* de Néron, sans parler d'une inscription singulière trouvée sur les murs de la *crypta*, inscription où l'on confie peu galamment aux déesses des soins de police dont elles devaient fort peu se soucier :

Duodecim deos et deas
Et Jovem omnipotentem maximum
Habeat iratos quisquis hic
Mixerit aut cacarit.

Cette inscription ne date certainement pas du temps où Néron habitait son palais. Il est probable qu'alors les jardins étaient clos, et d'ailleurs la terreur qui suivait un pareil nom était bien capable de donner un moment de patience au sphyncter sollicité le plus vivement. On croit qu'après l'abandon du palais, les édiles ont dû formuler cette terrible menace, afin d'empêcher la dégradation d'un monument auquel s'attachait un intérêt artistique.

Notre promenade, à la lueur des torches, sous les voûtes aujourd'hui obscures de la *maison dorée*, nous a fait perdre de vue notre sujet. Nous venions de chercher à établir que le climat de Rome antique devait être un peu plus chaud que le climat de la ville des papes. La différence, comme nous l'avons dit, n'était pas bien grande; cette dernière proposition pourrait, à la rigueur, s'énoncer, sans qu'il soit besoin de l'appuyer; mais, cher et savant confrère, il faut que je vous donne encore un peu de votre aliment favori, un peu de latin.

Il n'est pas bien rare de voir aujourd'hui le mont Oreste (*Soracte*) se parer d'un blanc manteau de neige; or ce phénomène n'était pas inconnu du temps d'Horace :

Vides ut altà stet nive candidum
Soracte; nec jam sustineant onus
Silvæ laborantes, geluque
Flumina constiterint acuto;
Dissolve frigus, ligna super foco
Large reponens.......
(Horace, liv. I, ode VIII.)

Dans l'hiver de 1812 à 1813, la glace de la pièce d'eau Borghèse a pu supporter des patineurs pendant quatre jours. La citation précédente tend à établir qu'autrefois de semblables exceptions se présentaient déjà. Tite-Live, d'ailleurs, dit très-explicitement avoir vu le Tibre gelé.

La moyenne annuelle des jours de neige est aujourd'hui de 1,6 à Rome, et, dans un hiver extraordinaire, on a compté quatre jours de neige. La strophe suivante établit encore que de tels faits ne sont pas sans analogues dans l'antiquité :

Jam satis terris nivis atque diræ
Grandinis misit pater, et, rubente
Dexträ, sacras jaculatus arces,
Terruit urbem.
(Horace, ode II.)

Comme de nos jours, l'hiver était jadis assez froid pour rendre le feu nécessaire ou au moins agréable.

Solvitur acris hiems, gratâ vice veris et Favoni
. . . .

ment, est celui dans lequel, après avoir incisé le tissu morbide, sens du rétrécissement, on emploie ensuite les sondes pour en agrandir l'ouverture.

Cette opération est loin d'être d'origine moderne : A. Ferri pratiquait des scarifications sur les rétrécissements anciens, faisait des piqûres et des coupures avec une sonde pointue et tranchante, pour obtenir leur ramollissement et leur résolution. A. Paré recommandait aussi d'aviver les chairs exubérantes par un moyen semblable et dans le même but. Plus tard on vit Doerner, Siebold et Sœmmering lui en rapportant l'honneur, se servir d'une sorte de lancette conduite à travers une sonde. Physick (de Philadelphie) a proposé un instrument à peu près semblable : une canule était introduite dans l'urètre, arrivée au niveau du rétrécissement, il faisait saillir une lame et la bride se trouvait divisée. Dorsey a présenté aussi deux urétrotomes de cette espèce : l'un droit est destiné aux rétrécissements de la région pénienne de l'urètre; l'autre, un peu recourbé près de sa pointe, s'adresse aux rétrécissements de la région sous-pubienne. Desondi a présenté un instrument analogue.

L'urétrotomie par scarification était donc très-anciennement connue; mais l'imperfection des instruments avec lesquels on la pratiquait sans doute autrefois en faisait une opération si dangereuse qu'elle était abandonnée depuis des siècles et tombée dans un oubli si universel chez les praticiens, qu'on la regarda pour ainsi dire comme une découverte moderne, lorsque, en 1824, M. Amussat la remit en usage; ce chirurgien proposa alors d'y procéder avec des instruments qui coupaient par un effort latéral et d'arrière en avant. A la même époque, je la pratiquais (à Annonay, Ardèche) avec des instruments qui coupaient également par un effort latéral, mais d'avant en arrière.

Ces instruments, semblables en ce qu'ils étaient tous deux appelés à remplir la même indication, différaient complétement par leur mécanisme. Bien qu'ils fussent loin d'atteindre à la perfection à laquelle on est arrivé depuis, ils suffirent cependant à prouver que la crainte des fausses routes, mise en avant par les détracteurs de cette méthode, n'était pas fondée.

D'ailleurs cet exemple trouva de nombreux imitateurs, et la chirurgie s'enrichit bientôt de plusieurs instruments nouveaux, dont je crois la description inutile, je me bornerai à citer les noms de leurs auteurs, cette simple énumération prouvera l'empressement avec lequel on se précipita dans la voie ouverte par M. Amussat et par moi. En effet, après les instruments fabriqués, d'après mes indications, on vit apparaître ceux de MM. Ségalas, Ricord, Delcroix, Leroy-d'Étiolles, Guillon, Dupierris, Mercier, Rattier, Tanchou, Staggford, Despiney. On voit que chaque opérateur voulut avoir son scarificateur et s'attribuer ainsi une part dans la découverte. Cette unanimité n'était-elle pas à la condamnation des moyens employés jusqu'alors, puisque leur abandon était si facilement consenti ?

A côté de la scarification vinrent prendre place divers autres procédés qui en dérivent évidemment; ainsi c'est à la scarification que se rapporte le débridement des rétrécissements par le cathétérisme forcé, pratiqué notamment avec les cathéters Mayor et l'instrument de M. Perreve. Ces auteurs prétendent, il est vrai, que l'emploi de leurs procédés a pour effet la dilatation seule du point rétréci du canal; mais tel n'est pas mon avis, il en résulte certainement une solution de continuité ne différant de celle obtenue par la scarification, seulement en ce que l'art n'y a point présidé, et qu'au lieu d'être pratiquée par une main habile, on livre à une force inintelligente le soin de se frayer un passage. Tout ce qui aura trait à la scarification peut donc s'appliquer au débridement par les corps dilatants que je viens de mentionner. Leur mode réel d'action indique très-nettement leur place.

Le triomphe, partage de la scarification lors de son apparition, triomphe témoignant d'ailleurs moins de sa valeur réelle que de l'impuissance des moyens dont la science disposait et qui forment encore aujourd'hui son seul domaine, fut de courte durée; ne tenant point ses espérances conçues, elle dut perdre de son prestige et de son crédit, ne plus être considérée comme une méthode, mais seulement comme un auxiliaire parfois utile de la dilatation, et les chirurgiens les plus distingués, MM. Roux, Velpeau, Blandin, Bérard, Gerdy, Robert, Malgaigne, Vidal (de Cassis), entre autres, ne l'acceptèrent jamais; elle ne trouva même pas asile entre les mains de tous les spécialistes, car les plus consciencieux ne lui accordent pas une entière confiance. Aucun blâme n'est à déverser sur ces chirurgiens pour cette réprobation; elle est méritée; mais autant l'urétrotomie par scarification ou débridement a peu de valeur intrinsèque, autant je me crois en droit d'en revendiquer pour l'urétrotomie par incision, et de l'ériger en méthode générale de traitement, possédant exclusivement une entière efficacité. J'apporte à l'appui de cette assertion des idées nouvelles basées sur les plus saines doctrines d'anatomie pathologique, des expériences et des faits significatifs, arguments sans lesquels toute découverte chirurgicale est stérile.

Les ouvrages touchant cette opération furent aussi très-nombreux; cependant les écrits anciens et modernes sur l'urétrotomie prouvent que cette opération fut toujours à peu près pratiquée de la même manière, et que le secret de son mode précis d'action a été sans cesse cherché et cherché en vain. Il m'était, je crois, réservé d'apporter quelque lumière sur la solution d'un problème aussi important, et de combler le vide considérable que la science présentait. L'étude patiente et attentive des phénomènes de la cicatrisation résultant des grandes et des petites incisions de l'urètre sur l'homme et sur les animaux m'ont fait apprécier leur influence comparative sur l'élargissement du canal. Enfin, l'exploration attentive de la structure anatomique de l'urètre, les expériences, l'observation clinique, l'inefficacité bien reconnue de la scarification comme procédé curatif; telles sont en résumé les réflexions qui m'ont conduit à chercher des moyens plus certains, et m'ont amené, par des idées nouvelles, à tirer l'urétrotomie de la fausse route où elle se fourvoyait pour en faire une méthode raisonnée, intelligente et sûre.

Ce procédé, qui m'appartient, et auquel j'ai donné le nom d'*urétrotomie par incision*, n'a pas subi ces fluctuations de faveur et de défaveur qui ont marqué l'histoire de la scarification, elle est trop nouvelle pour avoir éprouvé ces alternatives; mais si l'auteur de ce mémoire n'est pas trompé par les nombreuses années d'une pratique pleine de succès qu'il lui doit, il croit pouvoir lui assigner une place distinguée parmi les procédés les plus sûrs dont dispose la chirurgie. Cependant il ne se fait point illusion; il sait qu'avant d'être accueillie, sa méthode a une phase difficile à traverser; il faut, en effet, que les vrais serviteurs de la science se familiarisent avec elle, et par leurs jugements impartiaux, fassent taire ses détracteurs intéressés, éteignent le bruit malveillant qui se fait autour de toute découverte, si utile qu'elle soit, car son apparition et son succès sont le signal de l'abandon, de la chute de tous les procédés douteux, dont l'excessive pauvreté de la science faisait la seule valeur; or quelle chute a lieu sans exciter les regrets, l'envie, la colère?...

Ac neque jam stabulis gaudet pecus, aut arator igni.
(Horace, ode IV.)

Horace, qui célébrait le bonheur de la médiocrité et n'en vivait pas moins en aimable et raffiné sybarite, avait grand soin, quand les brouillards d'automne ou la neige de l'hiver couvraient les collines de Tibur ou les champs d'Albano, de quitter ces humides et froides contrées pour Rome ou les bords de la mer:

Quod si bruma nives albanis illinet agris,
Ad mare descendet vates tuus......
(Horace, ep. VI, liv. I.)

Nous avons dit que, selon toute probabilité, l'atmosphère était plus chargée d'humidité dans Rome ancienne que dans la ville moderne. En effet, les bois qui garnissaient les pentes aujourd'hui décharnées, qui s'étalaient dans la campagne, et grimpaient jusque sur les collines de la cité, devaient arrêter au passage les vésicules aqueuses qui voyagent dans les airs, et entretenir ainsi une constante humidité. Nous ajouterons que l'évaporation était évidemment plus grande dans la ville antique, à cause de l'étendue des surfaces liquides créées artificiellement, et de l'abondance des fontaines et des eaux jaillissantes. Une des choses qui frappent le plus dans Rome actuelle, c'est la véritable prodigalité des eaux; aucune ville de France ne saurait lui être comparée à ce sujet; eh bien! cette profusion, qui fait l'admiration des étrangers, n'est que pauvreté, eu égard à la masse liquide que la ville des Césars recevait. Elle est évaluée à 1,320,000 mètres cubes par jour; tandis qu'aujourd'hui 1/6 seulement de cette quantité, 180,000 mètres cubes, arrivent dans la ville et se disséminent dans ses fontaines.

Ainsi, vastes forêts remplissant l'office de chapiteaux condensateurs, large surface d'évaporation, température plus élevée et conséquemment plus de capacité pour les vésicules aqueuses; voilà, ce nous semble, tout autant de causes qui devaient concourir à modifier l'état hygrométrique de l'atmosphère.

Nous nous arrêterons là dans le champ de nos suppositions motivées. Il était permis de chercher à déterminer l'inflexion qu'a subie la ligne isotherme dans la succession des siècles, mais il serait téméraire d'entreprendre un pareil travail relativement aux lignes isothère et isochimène; seulement, on peut avancer que le climat de Rome ancienne devait être plus constant qu'il ne l'est aujourd'hui. D'abord, les forêts des collines qui s'élèvent au nord de la ville, la sauvegardaient un peu contre ces dépressions thermométriques si fréquentes de nos jours, quand le septentrion vient à souffler et à dompter les vents du midi. En second lieu, on sait que l'abondance des eaux contribue à entretenir une certaine uniformité dans la température, par la raison qu'elles subissent avec lenteur l'influence des milieux ambiants, qu'elles se maintiennent, l'été, plus fraîches, l'hiver, plus chaudes que l'air environnant.

Dans une prochaine lettre, j'appliquerai à la pathologie, considérée dans le cours des temps, les données topographiques et météorologiques qui figurent dans celle-ci.

FÉLIX JACQUOT.

Le *procédé par incision* est celui qui consiste à couper avec un instrument tranchant, non-seulement le tissu morbide du rétrécissement, mais encore les tissus sains sous-jacents, dont on a si grand soin de respecter l'intégrité dans la scarification. Dans mon procédé, l'emploi des sondes joue un rôle entièrement différent de celui auquel elles sont appelées dans celui-ci. Elles ne sont plus destinées à comprimer fortement les parois du canal pour en augmenter la capacité, mais seulement à empêcher l'agglutination des lèvres de la plaie, à les faire cicatriser séparément sans les enflammer et sans les faire suppurer et obtenir dans leur intervalle une cicatrice non-seulement assez large pour rétablir le canal dans ses dimensions normales, mais encore une cicatrice souple, mince, qui n'étant pas rétractile assure la guérison du rétrécissement.

Ces différences caractéristiques assignent à ces deux procédés une portée bien différente et nécessitent une étude particulière pour chacun d'eux. Cependant leur distinction offre une certaine difficulté, car, dans une série de phénomènes devant conduire à des résultats si opposés, l'esprit est frappé par une analogie remarquable et de nature à induire en erreur; l'observation révèle, en effet, qu'après l'emploi de l'un ou de l'autre, on obtient immédiatement une grande facilité à traverser le canal avec de grosses sondes, et l'on pourrait se hâter de conclure de ce fait à une valeur égale entre les deux procédés : il n'en est rien cependant : l'incision amène une guérison radicale, la scarification procure seulement une amélioration passagère. Je donnerai de cette apparente contradiction, que j'ai dû constater en passant, l'explication fournie par l'observation clinique et par mes expériences sur le cadavre ou par les recherches comparatives sur la dilatabilité de l'urètre et de ses divers tissus; ma doctrine y puise la sanction la plus éclatante.

L'urétrotomie, telle qu'elle a été pratiquée jusqu'à ce jour, n'est à proprement parler que le procédé de la scarification. Or, d'après la définition de celle-ci, on sait que les incisions étant trop superficielles pour élargir le canal, on est obligé d'avoir recours à la dilatation pour arriver à ce but; la scarification est donc une opération complexe et auxiliaire de la dilatation. Quoi qu'il en soit, la scarification facilite à un si haut degré l'élargissement du canal qu'elle devrait être en grande faveur parmi les chirurgiens qui considèrent encore la dilatation comme la méthode rationnelle et curative de rétrécissements, parmi ceux, en un mot, qui se méprenant sur le caractère éminemment élastique de leurs parois qui se laissent aisément refouler par des corps moins souples qu'elles, pour reprendre leur place primitive dès qu'elles ne sont plus sous l'influence de ceux-ci, considèrent un rétrécissement comme définitivement guéri lorsque son ouverture peut admettre librement une sonde d'un gros calibre. Abusé par la facilité de cette manœuvre, j'avoue avoir moi-même partagé cette erreur; on peut, en lisant mes premières publications, s'assurer que je n'ai réellement traité ces maladies dans les premières années de ma pratique que par la scarification. Mon procédé portait déjà à cette époque le nom d'incision et les plaies faites avec mes urétrotomes étaient plus profondes que celles qu'on pouvait obtenir avec les autres instruments : cependant je ne pratiquais point encore la méthode de l'incision comme je l'entends aujourd'hui, éclairé par de longues et consciencieuses recherches : j'étais en effet contraint d'avoir recours aux sondes pour dilater l'obstacle et ramener ses parois au niveau de celle de l'urètre, de les employer, en un mot, comme des corps dilatants; nécessité qui n'existe plus maintenant, ainsi que je l'ai dit.

Avant d'entrer dans l'examen approfondi de la scarification, je dirai quelques mots de la disposition des tissus de l'urètre et particulièrement de celui qui constitue les rétrécissements. Cette connaissance est également indispensable pour faire connaître le mécanisme de la guérison des rétrécissements et pour expliquer les causes de leur reproduction après leur traitement par cette méthode.

La région spongieuse de l'urètre qui est la plus étendue et la plus fréquemment envahie par les rétrécissements, si même elle ne l'est exclusivement, comme le pensent quelques auteurs, est composée de deux feuillets membraneux superposés et réunis par une couche de tissu cellulo-vasculaire érectile appelé *tissu spongieux*. La membrane interne, formée elle-même de la muqueuse et de la membrane musculeuse du corps spongieux, est très-extensible; aussi varie-t-elle en largeur et en épaisseur, suivant qu'on considère le canal dans l'état de vacuité ou de dilatation. Le conduit étant vide, cette membrane, dont les parois se touchent alors, présente environ 10 à 12 millim. de largeur et 1 ou 2 millim. d'épaisseur. Lorsqu'il est dilaté, elle s'amincit, au contraire, en raison du développement qu'elle prend, au point de perdre plus de la moitié de son épaisseur et d'acquérir le double de largeur. La membrane externe, entièrement fibreuse, très-mince, demi-transparente, est très-peu élastique; dans l'état de vacuité du canal, elle a presqu'autant d'étendue que sa membrane interne peut en recevoir dans son état de dilatation.

Le tissu spongieux se compose de larges cellules, communiquant toutes ensemble, et d'un grand nombre de vaisseaux artériels et veineux. Ces cellules, habituellement pénétrées de sang, sont inégalement réparties entre les deux membranes dont je viens de parler ; aussi l'épaisseur des parois de l'urètre, constituée en grande partie par elles, n'est point uniforme, elle varie suivant leur nombre, surtout suivant la quantité de sang contenue dans ses intestins. Or, comme, d'une part, ces cellules en possèdent davantage dans l'état de vacuité du canal que dans celui de dilatation, on doit en conclure que ses parois ont plus d'épaisseur dans le premier cas que dans le second; d'autre part, il est facile de déduire des faits précédents la conséquence que, pendant la dilatation, les parois de l'urètre, dont l'épaisseur est déterminée par le tissu spongieux, ne s'amincissent pas seulement par le fait de l'allongement des deux membranes dont elles sont formées, mais surtout par la compression du tissu spongieux lui-même.

Quoique cette démonstration de la structure normale de l'urètre me paraisse suffisante pour faire concevoir la disposition de ses diverses membranes et faire pressentir la manière dont leur division peut contribuer à l'élargissement du canal, je pense cependant pouvoir rendre ma pensée d'une façon plus frappante encore en établissant une comparaison vulgaire sans doute, mais tellement appropriée à mon sujet que je ne crois pas devoir la taire. Je compare la région spongieuse à une manche d'habit doublée, ouatée et piquée. Le tissu spongieux, placé entre deux membranes plus minces que lui, les réunit comme la ouate de coton interposée entre le drap et la doublure réunit ceux-ci. De part et d'autre, nous avons donc trois couches concentriques dont celle du milieu (tissu spongieux dans l'un, ouate dans l'autre) possède une épaisseur bien plus considérable que celle des couches qui lui sont contiguës. De cette disposition résulte inévitablement une perte proportionnelle dans l'étendue de la membrane interne, perte se traduisant dans l'urètre par la diminution de son calibre. Or si la manche d'habit était trop étroite, comment l'élargirait-on? chercherait-on à en augmenter l'ampleur en coupant la doublure dans sa longueur? Evidemment non. Eh bien ! si la comparaison que nous avons faite est exacte, et l'on ne saurait en douter, pourquoi pense-t-on pouvoir donner plus d'ampleur au canal par la scarification, opération par laquelle on coupe seulement la membrane interne, qu'on pourrait en donner à la manche d'habit par la division de sa doublure? N'est-il pas rationnel de croire que l'élargissement obtenu par cet expédient sera nul?

Pour compléter cette comparaison et en faire sortir immédiatement toutes les déductions logiques qu'elle peut fournir, qu'on me permette d'ajouter que si, pour élargir la manche d'habit, on est obligé, après l'avoir fendue suivant longueur, en coupant la doublure, la ouate et le drap, d'y rapporter, d'y mettre une pièce, on devra, par la même raison, être obligé de diviser les parois de l'urètre dans toute leur épaisseur, d'y faire une plaie très-étendue pour permettre à une large cicatrice de s'y former entre ses bords et de venir, en s'ajoutant aux parois de l'urètre, en accroître la largeur et de la sorte augmenter le diamètre de ce conduit, résultat auquel la scarification ne peut prétendre.

Puisque le tissu spongieux est le plus extensible de ceux de l'urètre, on pouvait en conclure que les parois de ce conduit qui en contiennent le plus devaient évidemment être les plus facilement dilatables et celles qui peuvent acquérir le plus de capacité; c'est en effet ce que j'ai constaté en pratiquant la dilatation artificielle de l'urètre sur le cadavre.

C'est à cette excessive extensibilité du tissu spongieux qu'il faut attribuer la mobilité et le glissement de la membrane interne sur sa membrane externe, phénomènes dont les conséquences sont, tantôt le refoulement des rétrécissements pendant leur exploration, d'où résulte une certaine incertitude sur leur profondeur; tantôt leur déplacement en avant pendant l'urétrotomie par incision et par suite la difficulté de couper le tissu spongieux au niveau de l'obstacle; enfin l'impossibilité de diviser ce tissu avec les instruments de scarification ordinaire, et la peine que j'éprouve quelquefois à le couper entièrement dans l'urétrotomie pratiquée même avec mes urétrotomes armés au plus haut degré, ainsi que j'ai pu le démontrer en urétrotomisant devant la commission du prix d'Argenteuil, qui s'est assurée combien est vaine la crainte du danger de franchir involontairement, avec mes instruments, les parois de l'urètre, quand ce résultat est si difficilement obtenu alors même qu'on tente d'y parvenir, et chimérique celle de pratiquer une boutonnière à la peau de dedans en dehors.

Quoique les sondes n'agissent pas sur le tissu des rétrécissements, après sa division, comme corps dilatant et n'élargissent pas l'ouverture de l'obstacle en en opérant l'allongement, il n'est pas moins important, pour concevoir le mécanisme de son élargissement, d'avoir une connaissance exacte des tissus de l'urètre, qui subissent une altération dans ces maladies. Or on sait que la membrane interne est toujours atteinte dans les rétrécissements; que neuf fois sur dix elle est même la seule qui le soit, c'est-à-dire que dans les neuf dixièmes de ces affections, le tissu spongieux ne participe pas à l'altération. Il ne faut pas oublier que dans tous les rétrécissements cette membrane perd la moitié ou les trois quarts de sa largeur ; qu'à de très-rares exceptions près elle est altérée dans toute la circonférence du

canal; que le tissu morbide dont le développement entraîne la perte de son élasticité, n'en augmente pas l'épaisseur, quelquefois même elle en a moins que dans l'état sain.

Enfin, j'ajouterai que cette membrane, la seule qui soit altérée dans ces maladies, est aussi la seule divisée ou intéressée dans la scarification.

Ces courtes considérations de structure et d'anatomie pathologique dans lesquelles nous sommes entrés me paraissent indispensables pour faire comprendre le mécanisme de l'action des différents procédés d'urétrotomie sur les rétrécissements.

La scarification étant, ainsi que je l'ai déjà dit, un mode de traitement complexe, nous avons donc à examiner successivement le rôle que jouent la section du tissu anormal par l'instrument tranchant, puis celui de la dilatation, parties dont elle se compose, c'est-à-dire déterminer la part d'influence de l'un et de l'autre dans ce traitement.

Quelques mots sur les instruments usités en urétrotomie.

On appelle urétrotomes les instruments tranchants avec lesquels se pratiquent les opérations dans le canal. Ceux dont se sert la scarification sont fort nombreux, très-connus; aussi passerai-je sous silence leur description: elle serait sans aucun intérêt; en outre, j'en ai parlé ailleurs. Je me bornerai à faire remarquer que les moyens les plus ingénieux ont été employés pour limiter leur action aux membranes les plus superficielles de l'urètre et au tissu anormal des rétrécissements. Aussi regarde-t-on comme les plus heureusement construits, les plus perfectionnés, ceux qui les atteignent exclusivement ou qui les intéressent sans étendre leur action aux tissus sains du canal. Telle est même leur disposition que la plupart d'entre eux ne les coupent pas en entier. La crainte d'entamer les tissus non altérés est telle parmi les partisans les plus éclairés de cette opération, que M. Amussat a cru devoir remplacer ses premiers scarificateurs par une espèce de grattoir ou de rugine avec lesquels il détruit peu à peu le tissu morbide. C'est par suite des mêmes préoccupations que l'on a imaginé les divers sarcotômes, et probablement aussi la râpe de M. Desruel. Quelle que soit la forme de ces instruments, qu'ils coupent d'avant en arrière ou d'arrière en avant, nous supposerons, pour faciliter l'étude de la scarification, le tissu morbide toujours divisé dans toute son épaisseur. Ceci étant admis, examinons d'abord pour quelle part la plaie contribue à l'élargissement de l'ouverture du rétrécissement, nous analyserons ensuite l'action des sondes.

Aucun auteur n'a jusqu'à ce jour envisagé la scarification sous ce double point de vue; je ne me dissimule pas que, dans cette discussion nouvelle, réside une des plus grandes difficultés de mon sujet; aussi n'est-ce pas sans un certain embarras que j'aborde la détermination précise de la part d'action des deux procédés dont elle se compose. J'espère cependant les traiter tous deux avec assez de méthode et de clarté pour faire apprécier les idées émises par moi sur leur compte.

Si on ne peut pas établir *à priori* pour combien la plaie coopère à l'élargissement, il est du moins permis d'avancer que celui-ci doit être en proportion de la profondeur de la division, celle-ci variant avec l'épaisseur des parois du rétrécissement. Or, d'une part, si elle n'excède pas celle du tissu malade, si, d'autre part, les instruments de scarification ne peuvent étendre leur action au delà, il est évident que la plaie devra toujours être superficielle; j'avais donc raison de dire que la scarification avait moins pour effet d'élargir le rétrécissement que de faciliter la dilatation, en affaiblissant la résistance que ses parois opposent à l'introduction des sondes. On serait donc dans l'erreur, comme je le démontrerai en parlant de l'urétrotomie par incision, si l'on croyait que la plaie résultant de la scarification doit avoir la profondeur indiquée par les dimensions des urétrotomes armés avec lesquels on la pratique : par exemple, un urétrotome de 3 millimètres pouvant acquérir, lorsqu'il est ouvert, par la saillie de sa lame, 5 millimètres de plus, c'est-à-dire un volume égal au diamètre d'une sonde de 8 millimètres, ne fera pas une section de 5 millimètres de profondeur et n'agrandira pas le canal dans la même proportion ; la plaie sera seulement superficielle. Dans cette opération, le tissu morbide du rétrécissement aura seul été atteint ; il pourra même ne l'être qu'imparfaitement ou pas du tout. Le degré d'extensibilité dont sera doué ce tissu décidera de la profondeur à laquelle l'urétrotome pénétrera; c'est uniquement à cette propriété, si développée dans quelques rétrécissements, que doivent être rapportées cette difficulté, cette impossibilité même de diviser le tissu morbide en entier avec les instruments employés habituellement. Une lame ne sectionne, en effet, un tissu que lorsqu'il est tendu et ne fuit pas devant son tranchant, et nous savons qu'ici un glissement a lieu ayant pour effet d'éloigner le point rétréci, de le faire se distendre au moment où la section va s'opérer; de telle façon qu'à la faveur de ce mouvement l'instrument divise les parties les plus superficielles seules.

J'ai cherché à me rendre compte de la profondeur des plaies résultant de la scarification, et par conséquent du degré d'élargissement obtenu par celle-ci sur les rétrécissements. J'y suis parvenu en constatant sa largeur avec des bougies à boule introduites immédiatement avant et après l'opération, et en tenant compte de la différence des agents explorateurs : par exemple, si l'obstacle qu'on traversait avant la scarification avec une bougie de quatre millimètres seulement, admettait aussitôt après et avec une égale facilité une bougie de 6 millimètres, j'en concluais que la plaie avait élargi le rétrécissement de 2 millimètres. Pour être concluante, cette exploration doit être pratiquée, je l'ai dit, avec des bougies à boule, sans mandrin, très-souples, très-flexibles, ne nécessitant aucun effort pour leur introduction, afin de ne pas traverser l'obstacle en en dilatant l'ouverture et rendant sensible la plus légère résistance éprouvée en le franchissant; il faut, en un mot, que leur flexibilité soit telle qu'elles plient lorsque la portion du canal à parcourir n'est pas en rapport direct avec le volume du bouton situé à l'extrémité de l'instrument.

La différence entre les deux bougies, dont l'une a été introduite avant et l'autre après l'opération, traduit donc l'agrandissement obtenu dans les dimensions du canal.

Si je n'eusse souvent employé un moyen aussi rigoureux de constater l'élargissement procuré par la scarification, j'aurais certainement attribué celui-ci aux plaies résultant de la division de ses parois, abusé par la facilité avec laquelle l'impulsion la plus légère fait pénétrer les sondes du plus gros calibre dans toute l'étendue du canal, presque sans résistance appréciable au niveau de l'obstacle, quoiqu'elles se traversent cependant en déchirant la membrane interne, au lieu d'en opérer la dilatation, comme on le croit généralement. Des expériences faites sur le cadavre pour établir la dilatabilité comparative des couches de l'urètre ont pu seules m'expliquer le mécanisme de la production de ce fait. Ces expériences m'ont révélé les phénomènes suivants, dont j'étais loin de soupçonner l'existence, à savoir: 1° que la membrane interne de l'urètre est moins extensible que le tissu spongieux ; que non-seulement elle se déchire, mais qu'elle se décolle encore, si l'on pousse la dilatation au delà de son extensibilité naturelle, dilatation violente d'où naît une plaie large et superficielle dont la surface est représentée par le tissu spongieux mis à découvert; 2° que le tissu spongieux, le plus extensible de ceux de l'urètre, supporte, contrairement à ce qui a lieu pour la membrane interne, la plus grande dilatation, sans se laisser entamer et sans éprouver la moindre lésion. Son extensibilité est telle qu'elle permet de ramener les parois du rétrécissement au niveau de celles de l'urètre, et de donner à l'ouverture de l'obstacle autant de capacité que le canal en possède dans ses autres parties.

S'il n'avait fallu expliquer, avant les données fournies par ces expériences, comment l'ouverture des rétrécissements était élargie par la scarification, ou pourquoi l'élargissement n'était pas proportionné à l'étendue de la plaie faite par l'instrument tranchant, j'aurais sans doute résolu cette question, comme le font encore aujourd'hui les partisans de ce procédé opératoire; ainsi tantôt j'aurais émis l'avis que, pour guérir les rétrécissements, il suffit que les sondes en élargissent l'ouverture, en refoulant le tissu morbide, en l'amincissant par la compression et en en sollicitant la résolution et le ramollissement par l'irritation qu'elles y déterminent; tantôt, supposant avec eux les rétrécissements simplement déterminés par une membrane flottante placée de champ dans le canal, de manière à l'obstruer, sans altérer ses parois, sans en diminuer la largeur, j'aurais cru qu'il suffisait de fendre cette espèce de valvule pour faire disparaître complétement l'obstacle au cours de l'urine. Ce ne sont pas là les seules hypothèses que j'aurais eu à invoquer ; d'autres encore pouvaient me prêter leur aide dangereuse et fausse: ainsi j'aurais pu supposer aussi que, placé dans l'épaisseur de ses parois, le tissu du rétrécissement était rétractile et étranglait le canal à la manière d'un fil qui, embrassant seulement la membrane interne de l'urètre, servirait à en faire la ligature. Dans cette dernière alternative, pour rendre l'analogie plus complète, il faudrait encore supposer que cette membrane interne est saine et que le tissu morbide, quoique engendré dans son épaisseur, n'a contracté avec elle aucune adhérence, et que, par conséquent, il suffit de la couper pour faire cesser l'étranglement du canal et lui permettre de se déplisser pour reprendre sa largeur primitive absolument comme cela a lieu lorsqu'on a coupé le fil avec lequel on a fait la ligature artificielle. Mais n'est-il pas évident qu'entre l'étranglement simulé du canal de l'urètre et un rétrécissement il n'y a d'autre ressemblance que la diminution de la capacité de ce conduit? Qui ne voit que dans le premier cas la membrane muqueuse n'éprouve aucune altération de tissu, que le fil qui la comprime et la fronce n'a aucune adhérence avec elle, sa section suffisant pour la voir reprendre toute sa largeur et le canal sa circonférence normale? Dans les rétrécissements au contraire on n'observe rien de semblable ; il suffit même d'avoir fait quelques autopsies pour savoir que la membrane muqueuse, la seule malade, est altérée dans toute son étendue et son épaisseur, que cet état entraîne la perte de son élasticité et de la moitié ou des trois quarts de sa largeur, ce qui réduisant la circonférence du canal, en diminue proportionnellement le diamètre.

D'après ce que je viens de dire, on voit que les rétrécissements ne sont

constitués ni par un tissu malade susceptible de résolution, ni par un tissu membraneux placé de champ dans le canal, dont les parois resteraient saines, ni par un tissu distinct l'étranglant accidentellement à la manière d'un fil, embrassant seulement la membrane muqueuse, mais qu'ils sont au contraire, 90 fois sur 100, la conséquence de la transformation de cette membrane en un tissu anormal, ainsi que je l'ai déjà dit. Si, dans cette altération, celle-ci n'augmente pas d'épaisseur, si elle perd son élasticité, enfin si c'est réellement par la privation de sa largeur qu'elle diminue la circonférence du canal, nous serons bien obligé d'avoir recours à d'autres théories pour expliquer ces phénomènes. Les doctrines nouvelles qui m'ont servi à démontrer le peu de fondement de celle-ci m'aideront à en créer une plus rationnelle. Il me sera possible de l'expliquer en rappelant la disposition du tissu morbide, l'extrême facilité avec laquelle la membrane interne se déchire, l'excessive extensibilité du tissu spongieux. En effet, en admettant que les rétrécissements sont simplement le résultat de l'altération de la membrane muqueuse, serait-il possible d'accorder à la plaie résultant de sa section plus d'étendue qu'elle n'a elle-même d'épaisseur? et réciproquement peut-on présumer que cette plaie donne plus d'élargissement qu'elle n'a de profondeur?

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite et fin.)

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros d'octobre 1848, janvier et avril 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Opération d'un anus artificiel*; par le docteur Mason Warren. 2° *Empoisonnement par l'arsenic traité par la magnésie calcinée*; par le docteur Emory Bissel. 3° *Remarques sur la diathèse d'oxalate de chaux*; par le docteur Charles Frick. 4° *Cas de chirurgie racontés au bureau de médecine et de chirurgie*; par le docteur G. Delaney. 5° *Extrait des registres de la Société médicale de Boston*; par le docteur Samuel Parkman. 6° *Recherches expérimentales au sujet de l'explication donnée par M. Poiseuille de l'action purgative de certaines substances*; par le docteur Wymberley Jones. 7° *Sur l'emploi de la chaleur et des bains de vapeur*; par le docteur Kneeland. 8° *Nouvelle opération pour la cure radicale du varicocèle*; par le docteur Gross. 9° *Mélanges de pathologie*; par le docteur Ruschenberger. 10° *Cas d'hydrophobie, traité par le chloroforme*; par le docteur H. Hartshorne. 11° *Tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure; ablation de la moitié gauche de cet os*; par le docteur Gross. 12° *Phénomènes insolites produits par l'administration du sulfate de morphine*; par le docteur Anderson. 13° *Observation d'étranglement d'un testicule par le canal inguinal*; par le docteur Samuel Moseley. 14° *Notes pratiques*; par le docteur H. Hartshorne. 15° *Ligature de l'artère sous-clavière gauche*; par M. J. Mason Warren. 16° *Avantages des pansements simples en chirurgie*; par M. Thomas Harris. 17° *Nouveau traitement du catarrhe*; par M. Lockwood. 18° *Cas de tumeur congénitale enkystée sur la poitrine, traité avec succès par le séton*; par M. Gross. 19° *Cas de plaie d'arme à feu à la poitrine*; par M. Blanton. 20° *Extrait des comptes rendus de la Société de Boston*, par M. Samuel Parkman. 21° *Cas d'accouchement prématuré*; par M. G. Porter. 22° *Relation de cas traités à l'hôpital de Pensylvanie*; par M. G. Fox. 23° *Sur l'étiologie des fièvres intermittentes et rémittentes*; par M. Gayley. (La pensée principale de ce travail est que le poumon exerce une action décarbonisante plus prononcée en hiver qu'en été; que c'est à cause de cela que l'exposition au froid pendant l'hiver amène des pneumonies, et pendant l'été des hépatites.) 24° *Cas de paralysie des aliénés*; par M. Pliny Earle. 25° *Inhalation de chloroforme dans l'amputation de la cuisse*; par M. Robert Robson. 26° *Resection et désarticulation de la mâchoire inférieure pour un ostéo-sarcôme*; par M. Blackman. 27° *Hystérotomie vaginale*; par M. H. Griffin. 28° *Amputations dans les plaies d'armes à feu*; par M. R. Macsharry. 29° *Cas d'intussusception*; par M. Wilmer Worlington. 30° *Sur la structure intime des cartilages articulaires*; par M. Joseph Leidey. 31° *Cas d'hydrophobie, dont un suivi de guérison*; par M. Samuel Jackson. 32° *Cinq cas de laryngite pseudo-membraneuse, trois opérations, deux succès*; par M. Forsyth Meigs. 33° *Cas de petites véroles reçues à l'hôpital de Philadelphie en 1845-1846*; par M. Sargent. 34° *Cas d'hydropisie ovarique*; par M. Peaslee. 35° *Effets du chloroforme comme agent narcotique*; par M. Warren. 36° *Cas de rétroversion de l'utérus, avec description d'un nouvel instrument*; par M. H. Bond. 37° *Extraction d'un verre de cristal engagé dans le rectum; rupture du pénis*; observations rapportées par M. Ruschenberger.

STATISTIQUE DES AMPUTATIONS FAITES A L'HÔPITAL DE NEW-YORK, DE JANVIER 1839 A JANVIER 1848 (1); par M. W. BUEL.

Amputation dans l'articulation coxo-fémorale, 1 ; — mort.
Amputations de cuisse, 34 ; — 24 guéris, 10 morts.
Amputation dans l'articulation du genou, 1 ; — mort.
Amputations de jambe, 24 ; — 17 guéris, 7 morts.
Amputations dans l'articulation de l'épaule, 9 ; — 5 guéris, 4 morts.
Amputations du bras, 11 ; — tous guéris.
Amputations de l'avant-bras, 11 ; — 8 guéris, 3 morts.
En résumé, sur 91 opérations, il y a eu 26 morts.

Cette statistique donne sur un point, qui est en général négligé dans les recherches de cette espèce, des indications précieuses, quoique trop restreintes; je veux parler de l'influence que la méthode opératoire a eue sur le résultat. — On n'a noté que pour 49 cas la manière dont l'amputation a été faite. Vingt-quatre fois l'amputation a été pratiquée à deux lambeaux, et vingt-cinq fois par la méthode circulaire. Or, sur le premier nombre, il y a eu 4 morts, ce qui fait une mortalité de 17,66 pour 100. Sur le second, il n'y en a eu que 3, ou 12 pour 100. — Mais il faut observer que, parmi les faits de la première catégorie, figurent 15 cas d'amputation de cuisse, tandis qu'il n'y en a que 6 dans la seconde; ce qui rétablit sans doute un peu l'équilibre en faveur de la méthode à lambeaux.

Quant aux lésions par lesquelles ces amputations étaient indiquées, ç'a été 62 fois des blessures. — Sur ce nombre, 19 morts.

29 amputations ont été faites pour des affections spontanées, chroniques. — 6 ont été suivies de mort.

La mortalité a donc été de 30,64 pour 100 dans les lésions traumatiques, et de 20,67 seulement dans les autres maladies : résultat conforme à ce que d'autres statistiques avaient déjà mis en évidence

Sur le nombre de 62 amputations pour plaies et violences externes, il y eut 36 amputations primitives (une de désarticulation de la hanche; mort; — 7 de cuisse, 4 morts; — 12 de jambe, 5 morts; — 7 de bras et 5 d'avant-bras, tous guéris), en tout une mortalité de 27,77 pour 100.

Les 26 autres opérations, faites à différentes périodes après le moment de l'accident, ont fourni une mortalité de 30,76 pour 100. (Ce sont 11 amputations de cuisse, dont 3 morts; —une de genou, mort; — 7 de jambe, une mort; — 5 désarticulations de l'épaule, 3 morts; — une du bras et une de l'avant-bras, tous deux guéris.

Sous le rapport de l'âge, les patients se répartissent ainsi :

Au-dessous de 10 ans. . .	4	1 mort.
Entre 10 et 20 ans. . . .	11	1 —
— 20 et 30 ans. . . .	32	12 —
— 30 et 40 ans. . . .	21	5 —
— 40 et 50 ans. . . .	11	4 —
— 50 et 60 ans. . . .	9	2 —
— 60 et 70 ans. . . .	2	0 —
— 70 et 80 ans. . . .	1	1 —

Quatre seulement, parmi les opérés, se trouvaient être des nègres, et il en mourut trois. L'auteur remarque aussi que, sur 14 amputations de cuisse, pratiquées pour des maladies du genou, il ne mourut que 2 sujets, qui étaient deux nègres. Ceci, dit-il, vient à l'appui de cette opinion généralement reçue que les blancs supportent mieux les opérations.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION PURGATIVE DE CERTAINES SUBSTANCES; par M. le docteur G. WIMBERLEY JONES.

On sait que, d'après les expériences de M. Poiseuille, si l'on interpose un tissu animal entre le sérum du sang et une solution de sulfate de soude ou de chlorure de sodium, le courant de l'endosmose a lieu du sérum à la solution saline. D'après le même expérimentateur, en ajoutant de l'hydrochlorate de morphine à cette dernière, le courant a lieu en sens opposé. Ces résultats ont paru rendre compte de l'action des purgatifs salins, qui attireraient ainsi le sérum du sang dans la cavité intestinale, et de l'effet constipant des narcotiques, qui empêcherait l'exosmose du sérum.

L'auteur a voulu répéter les expériences de M. Poiseuille, et vérifier aussi sa théorie. Son appareil consiste en un tube de verre d'un septième de pouce de diamètre sur 5 pouces de longueur, fixé sur une échelle graduée en douzièmes de pouce. Le tube est renflé à son extrémité inférieure dans toute la partie qui dépasse le bout correspondant de l'échelle, et terminé par un rebord saillant en dehors. Un lambeau de muqueuse stomacale fraîche, fixé par une ligature sur le rebord en saillie, ferme ce renflement du

(1) Cet article appartient au numéro de juillet 1848.

tube; sa face veloutée, celle qui forme dans l'estomac la surface intérieure de la cavité, regarde en bas. Le tube est rempli de sérum et plonge dans une solution saline.

On voit que la membrane est ainsi, vis-à-vis de cette solution, dans le même rapport que la muqueuse gastrique vis-à-vis des purgatifs ingérés. Or, comme dans les expériences de M. Poiseuille, l'endosmose s'est faite du sérum à la solution saline.

Mais ce qui s'accorde mal avec la théorie de l'action purgative déduite de ce fait, c'est que le courant de l'endosmose a eu lieu dans le même sens quand la solution saline a été remplacée par une solution astringente d'alun ou d'acétate de plomb, c'est-à-dire par une solution qui a précisément pour effet de diminuer ou d'arrêter la sécrétion intestinale. Il faut ajouter que, contrairement aux résultats annoncés par M. Poiseuille, l'addition de sels de morphine n'a modifié en rien, dans les expériences de l'auteur, ni la rapidité ni la direction de l'endosmose. En se servant même d'une solution de sels de morphine exclusivement, le courant a eu lieu encore du sérum à la solution.

LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE GAUCHE POUR UN ANÉVRISME; DÉVIATION CONSIDÉRABLE DE CE VAISSEAU, ET CHANGEMENT QUI EN RÉSULTE DANS SES RAPPORTS; par M. MASON WARREN.

OBS. — Miss. A., âgée de 30 ans, avait eu un pied-bot, et comme conséquence une double courbure de l'épine, dont elle fut traitée avec succès dès ses premières années. Elle consulta M. Warren en décembre 1847 pour une tumeur anévrismale située justement au dessus de l'extrémité scapulaire de la clavicule, et du volume d'un œuf de pigeon. Venue quatre mois auparavant à la suite d'un effort fait avec le bras, elle avait été accompagnée, au moment de sa formation, d'un craquement que la malade ressentit dans le point siége actuel de la maladie. Plus tard la tumeur grossit graduellement, devint pulsatile, et prit tous les caractères d'un anévrisme.

Lorsque M. Warren voulut reconnaître le trajet normal de la sous-clavière au-dessous de la clavicule, là où elle passe sur la première côté, il ne trouva ni ce vaisseau ni le tubercule osseux qui sert ordinairement de repère pour aller à sa recherche. Après diverses investigations sur le cou, il rencontra enfin une artère volumineuse, se dirigeant obliquement en haut, parallèle au bord externe du trapèze et en étant éloignée d'un pouce environ. En la comprimant les battements cessaient dans la tumeur, aussi bien que le pouls à la radiale.

Poussant plus loin son examen, l'auteur constata que la première côte et une partie de la seconde passaient obliquement en travers du cou, au-dessus de la clavicule. L'insertion du scalène antérieur à la première côte fut distinguée non sans peine, car le tubercule habituel n'était pas assez développé pour se reconnaître au toucher. Tout le système osseux de cette région semblait avoir subi un déplacement, comme si l'épine et les côtes eussent été attirées en haut, et le sternum dans une direction opposée.

La compression exercée sur la tumeur engourdissait le membre supérieur; et l'on put reconnaître en effet que le plexus brachial se trouvait en contact immédiat avec l'artère.

Le mal faisant des progrès rapides, l'opération fut pratiquée le 24 décembre en présence de plusieurs médecins.

On fit d'abord une incision de 2 pouces, s'étendant à partir du voisinage du bord externe du bas du sterno-mastoïdien, dans la direction de l'articulation scapulo-claviculaire jusqu'à un pouce du bord du trapèze. Les pulsations du vaisseau étaient le principal guide pour l'opérateur. La peau, le fascia superficialis incisés, un second coup ouvrit l'une des branches d'une artère qui nait du tronc thyroïdien; elle fut ouverte et liée. Une veine, paraissant être la jugulaire externe, fut maintenue en haut de la plaie, et un cordon nerveux en bas.

Enfin l'opérateur ouvrit la gaîne du vaisseau, et passa sous lui de bas en haut une aiguille à anévrisme; il aurait été trop difficile de la faire pénétrer dans la direction opposée, à cause du scalène antérieur qui avait son insertion précisément au-dessous. L'aiguille rencontra le dernier nerf du plexus brachial qui était en contact très-intime avec l'artère; cependant, avec un peu d'adresse, on en fit sortir la pointe entre ces deux organes. Définitivement, après s'être assuré qu'aucun cordon nerveux n'était compris dans l'anse de fil, M. Warren la serra autour de l'artère. Le pouls cessa à l'instant, ainsi que les battements dans la tumeur, laquelle disparut. Le membre devenu un peu froid se réchauffa par l'application de flanelle.

Dès le 26, on put constater le retour des pulsations à l'artère radiale. Le 29, elles y étaient plus développées, mais n'avaient pas encore reparu à l'aisselle. La place occupée par la tumeur offre maintenant une dépression évidente.

La plaie de l'opération se réunit rapidement par première intention. Mais, malgré de fréquentes et assez fortes tractions exercées journellement sur lui vers la fin, le fil de la ligature ne put être detaché que le *quatre-vingt-seizième* jour.

La malade, revue au bout de six mois (le 14 septembre 1848), a recouvré l'usage de son bras. La tumeur anévrismale a disparu en grande partie, mais elle paraît toujours contenir quelque fluide. Un gros tronc artériel, qu'on suppose être la suprascapulaire, se trouve directement à sa surface et comme incorporé avec elle. Mais on peut par une manœuvre soigneuse l'en détacher et reconnaître par conséquent que les battements de cette artère ne font que simuler des battements de la tumeur.

Le lecteur a sans doute distingué déjà les motifs qui rendent cette observation remarquable et nous ont engagé à en relever exactement les principales circonstances. Ce sont d'abord l'extrême rareté des cas semblables à celui-ci où une tumeur anévrismale située au-dessus de la clavicule a été guérie par la ligature; en second lieu, la singularité de l'anomalie, laquelle a sans doute contribué au succès obtenu en permettant à l'opérateur d'atteindre son résultat par une ligature faite en dehors des scalènes. La rapidité du retour de la circulation collatérale, et la chute si tardive de la ligature méritent aussi, quoiqu'à un degré accessoire, d'être prises en considération.

NOUVEAU TRAITEMENT DU CATARRHE; par le docteur JOHN A. LOCKWOOD.

Ce traitement *nouveau* consiste dans l'application d'une solution de nitrate d'argent sur la membrane de Schneider; c'est dire en même temps que, malgré cette dénomination générale de catarrhe, il s'agit tout uniment du coryza. L'auteur semble ignorer que le même moyen est employé depuis longtemps en France; il a été proposé par M. Cazenave (de Bordeaux) contre la carie chronique, et par M. Tessier (de Lyon) contre le coryza aigu. Ce qu'il y a de singulier, c'est que le médecin de Lyon emploie le nitrate d'argent dans les mêmes circonstances, à peu près de la même manière, et aux mêmes doses que le médecin de Lyon. Comme lui, il l'emploie au début du coryza, quand la muqueuse nasale est sèche et rouge, avec sentiment de chaleur, de plénitude et de démangeaison. Comme lui, il l'applique au moyen d'un pinceau, avec cette différence que ce pinceau est de poil de chameau, tandis que celui de M. Tessier est en charpie. Comme lui enfin, il ne porte la dose du sel d'argent qu'à une dizaine de grains par once.

M. Lockwood paraît s'être trouvé aussi bien que son devancier de l'emploi de ce moyen. Le premier effet de l'application, dit-il, est de provoquer un abondant écoulement de sérosité qui se continue pendant quelques minutes; après quoi, les narines laissent passer l'air plus librement, et il en résulte un soulagement manifeste. L'inhalation de l'air froid cause d'abord dans le nez une impression saisissante; mais cela dure peu, et à moins que l'inflammation ne se soit étendue au delà de la membrane de Schneider, la guérison ne se fait pas attendre. L'auteur assure, comme M. Tessier, que le contact de la solution n'est nullement douloureux, *ni même désagréable*.

On comprend que, si la phlegmasie catarrhale s'est déjà propagée au pharynx, il est à peu près impossible d'étendre le traitement local à toutes les parties malades, et dès lors le soulagement ne peut être que partiel. Cependant, même dans les cas où les bronches étaient envahies, les applications ont encore eu un grand avantage, celui de diminuer cette pesanteur de tête, si insupportable parfois, qui accompagne le coryza intense.

L'auteur ne donne aucune observation détaillée et se borne à l'énoncé du résultat général. Nous sommes, quant à nous, disposé à attribuer au moyen qu'il préconise une véritable efficacité, et nous le croyons bien supérieur, par exemple, à l'inspiration de la poudre de calomel. Le nitrate d'argent donne lieu d'abord à un écoulement séro-muqueux très-abondant, et c'est là un premier avantage qu'il partage avec les aspirations ammoniacales. Il modifie ensuite la surface de la muqueuse beaucoup plus profondément que ne le peuvent faire les autres agents employés jusqu'ici dans le même but. Nous répéterons, à ce sujet, ce que nous avons déjà dit (GAZ. MÉD., 1845), en rendant compte du travail de M. Tessier; la proportion du nitrate d'argent nous semble un peu faible. Quand on voit tous les jours instiller sans inconvénient entre les paupières une solution de un gramme et plus par once d'eau, souvent même cautériser directement la conjonctive avec le crayon de nitrate d'argent, on ne voit pas pourquoi le même traitement ne serait pas appliqué à la muqueuse des narines. Nous avons une fois, dans un cas de coryza chronique, injecté avec une seringue une solution *au trentième;* la maladie en a été peu modifiée, l'opération n'ayant pu être renouvelée; mais il n'en est résulté aucun accident. Seulement, le liquide ayant reflué par le canal nasal jusque dans les conduits lacrymaux, il en est résulté une assez vive douleur qui a duré une heure environ.

CAS D'INTUSSUSCEPTION; par le docteur WILMER WORTHINGTON.

L'intérêt de ce fait est surtout dans la longueur de la portion d'intestin invaginée. La science possède déjà, il est vrai, des exemples analogues, mais ces exemples-là sont assez rares pour que nous croyions utile de faire connaître celui dont il s'agit.

OBS. — Un enfant mâle, âgé de 3 ans et 4 mois, de constitution délicate, fut foulé par un cheval et reçut de fortes contusions dans le dos et dans la fosse iliaque gauche. C'était en 1847. Pendant deux ans, jusqu'en novembre 1849, il se plaignit souvent de douleur dans l'abdomen au voisinage de la partie contuse; puis la douleur s'aggrava considérablement et s'accompagna par intervalles de vomissements. La mère, pour conjurer ces symptômes, administra de fortes doses de laudanum, mais sans bénéfice apparent. L'auteur fut

appelé à voir l'enfant à la fin de décembre ou au commencement de janvier 1849. Supposant que la cause des accidents était dans la présence de vers intestinaux, il dirigea le traitement en conséquence, mais sans amener le moindre changement dans les symptômes, le moindre soulagement dans la douleur. Environ six semaines avant la mort, la diarrhée survint avec sortie de matières muqueuses et sanguinolentes. La douleur était alors très-vive dans le région indiquée plus haut, et les efforts d'expulsion étaient accompagnés d'un ténesme intense. L'enfant rendit deux ascarides lombricoïdes très-développés; ce furent les seuls vers rendus dans le cours de la maladie. A cette époque survint un *prolapsus ani* qui fut signalé par la mère; mais comme elle faisait rentrer elle-même l'intestin après chaque évacuation, ce prolapsus ne fut jamais constaté par l'auteur. Le petit malade s'émacia considérablement et les douleurs devinrent de plus en plus intenses. On eut recours aux calmants jusqu'au moment de la mort qui eut lieu le 10 juillet. Les bains chauds, les fomentations et d'autres moyens furent également employés, mais sans le moindre succès.

A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, on trouva le grand épiploon enflammé. L'estomac, le duodénum, le jéjunum et une partie de l'iléon offraient également çà et là des traces de phlegmasie. La partie inférieure de l'iléon, le cœcum, le colon et le rectum étaient beaucoup plus altérés et de la même manière, principalement le cœcum et le colon; l'iléon offrait un état voisin de la gangrène. *Le cœcum, le colon, à l'exception des dix ou douze derniers pouces, et une partie considérable de l'iléon, étaient engagés dans la partie inférieure du colon et le rectum, formant ainsi une longueur de plus de deux pieds d'intestins invaginés.*

Le foie, la rate, le pancréas, les reins et la vessie étaient à l'état normal. L'estomac et les intestins étaient entièrement vides (aucune nourriture du reste n'avait été prise depuis deux semaines). Il n'y avait pas de vers dans le tube digestif.

On voit par cette description que, au moment de l'autopsie, l'intestin ne faisait pas saillie hors de l'anus et que l'invagination s'arrêtait dans le rectum. Mais l'auteur a soin de prévenir que les femmes chargées d'ensevelir le corps avaient repoussé une tumeur sortant de l'anus, circonstance en rapport avec cette déclaration de la mère qu'elle avait été obligée de faire rentrer aussi une partie saillante après chaque défécation. Il est donc fort probable que le cœcum était arrivé jusqu'au sphincter et l'avait dépassé dans les efforts d'expulsion. Ce serait conséquemment un cas analogue à celui qui fut montré par Hévin à l'Académie de chirurgie et qu'on trouve rapporté dans les mémoires de cette compagnie.

OBSERVATIONS D'HYDROPHOBIE; par le docteur SAMUEL JACKSON.

M. Jackson a eu occasion d'observer avec soin trois cas d'hydrophobie dont il donne l'histoire. De ces trois cas, il en est un trop vaguement raconté pour offrir quelque importance. Il ne s'agissait pas d'une véritable rage, c'est-à-dire d'une hydrophobie rabique, mais d'une hydrophobie spontanée. Le sujet mourut subitement au milieu d'un violent paroxysme, si subitement que l'auteur attribue la mort à une introduction de l'air dans les veines, accident fort possible, mais dont la preuve directe n'est pas donnée. Dans un autre endroit du mémoire, il est dit que le même sujet périt d'asphyxie: en sorte qu'il reste à cet égard beaucoup d'incertitude.

Le second cas est relatif à une rage canine. Les spasmes nerveux furent très-violents pendant les premières quarante-huit heures qui suivirent l'admission; mais soit effet d'une potion de chloroforme, soit cours naturel de la maladie, ils se modérèrent considérablement, et le sujet tomba peu à peu dans un état d'épuisement analogue à celui qu'on remarque dans certaines fièvres de mauvais caractère. L'auteur attribue la mort à une sorte d'asphyxie produite par le spasme de l'appareil respiratoire sous l'influence du poison rabique. C'est une opinion conforme à celle de Marshall Hall, et qui ne s'appuie pas sur des preuves bien décisives.

Le troisième cas enfin offre quelques circonstances plus intéressantes, surtout celle d'une terminaison heureuse; mais il faut dire tout de suite que la vraie nature du mal est restée douteuse. Une femme âgée de 30 ans, étant devant sa porte avec son enfant, vit deux chiens courir dans la rue. S'étant absentée quelques instants, elle fut rappelée aussitôt par les cris de l'enfant, qui venait d'être attaqué par un des chiens. Elle se précipita à son secours et le dégagea; mais elle reçut une morsure à la partie interne du poignet de la main droite. Deux plaies perforées avaient été faites par les dents du chien, mais tellement légères qu'elle n'en parla pas à son mari et n'y attacha aucune importance. La cicatrice se fit en un jour ou deux.

Aucun accident ne survint pendant plus de deux mois. A cette époque, c'est-à-dire en octobre, les cicatrices rougirent, se tuméfièrent légèrement et devinrent douloureuses. Quelques jours plus tard, l'une d'elles s'ouvrit, donna issue à quelques gouttes de pus verdâtre et se referma; l'autre resta très-sensible, et la douleur s'étendit le long du bras jusqu'à l'épaule. Bientôt tout le membre se tuméfia, et une petite tumeur se forma à sa partie interne, à 2 pouces environ au-dessous de l'aisselle. Cependant l'esprit de la malade n'en était nullement frappé, et elle ne songeait pas à la rage. Mais le 27 octobre au matin, ayant pris un verre d'eau froide, selon son habitude, elle éprouva une sensation de frémissement qui se passa aussitôt; quelques heures après, une inquiétude singulière, une sorte d'horreur à la vue de l'eau. Le soir, ayant voulu prendre un bain, elle fut prise d'un frissonnement en plongeant la main dans le liquide pour en éprouver la température. Enfin, peu de temps après, au moment de boire un verre d'eau, elle fut saisie d'un spasme violent du thorax, avec sentiment de suffocation. C'est alors qu'elle fut visitée par M. Jackson. Il n'y avait pas de fièvre; le pouls était à 68 ou 70; injection des conjonctives; douleurs dans le cou et dans la gorge; voix rauque. On lui présenta un verre d'eau; elle en prit un peu, mais en voulant l'avaler, elle fut prise de nouveau d'un spasme qui ne parut pas dépasser la gorge et le larynx. On eut recours à l'emploi des sinapismes appliqués sur l'épigastre et le long de l'épine, de l'assa fœtida et du chloroforme à l'intérieur.

A partir de ce moment, la maladie présenta une série de phénomènes très-compliqués, et dont voici les principaux. Il y eut une succession de spasmes de la gorge, laissant entre eux des intervalles de calme pendant lesquels la malade était très-gaie et pouvait avaler de l'eau. La sensibilité s'éteignit dans le membre supérieur droit jusqu'au-dessous du deltoïde; puis il fut agité de petits mouvements spasmodiques. La pression sur les aines et les cuisses, sur les aisselles, déterminait des douleurs aiguës. La cicatrice du poignet était rouge et douloureuse. Dans la journée du 29 octobre, le chloroforme fut administré sous forme d'inhalation, jusqu'à production de l'insensibilité. Les spasmes disparurent aussitôt; tous les muscles tombèrent dans le relâchement. Ce jour-là on excisa la cicatrice; puis, sur la demande de la malade, on appliqua le caustique sur la plaie. Un spasme survint alors, qui fut arrêté aussitôt par une nouvelle inhalation de chloroforme. Néanmoins de nouveaux accès survinrent; la vue d'un métal brillant les rappelait avec violence; on était obligé de couvrir les glaces et tous les objets à reflets éclatants. Dans la violence des accès, la malade sentait une sorte de tressaillement qui partait de la cicatrice, montait le long du bras, traversait la poitrine et atteignait l'estomac. Il y eut, le 30 octobre, un vomissement de sang. Comme il existait de la constipation, on donna des purgatifs en pilules, qui furent facilement avalées. La plaie suppura abondamment, et c'est à partir de ce moment, c'est-à dire du 31 octobre, qu'une amélioration notable se fit sentir. Le spasme de la gorge revint moins souvent, moins fort, toujours combattu avec avantage par le chloroforme, et finit par disparaître. Les secousses convulsives du bras droit persistèrent plus longtemps; elles parurent revenir avec une nouvelle intensité quand la plaie fut près de la guérison. Une nouvelle cautérisation fut pratiquée le 17 novembre. Enfin, à partir du 24, tout accident sérieux disparut, et la malade recouvra une parfaite santé.

A bien peser toutes les circonstances de cette observation, il nous paraît évident qu'il ne s'agissait pas de l'hydrophobie rabique. La malade avait été, il est vrai, mordue par un chien; mais on ne possède aucun renseignement sur l'état de l'animal au moment de la morsure et postérieurement. Était-il enragé? La chose est au moins douteuse, car il voyageait en compagnie d'un autre chien, ce qui n'est pas ordinaire aux chiens enragés, et paraît en outre n'avoir mordu aucune autre personne dans la rue. Les phénomènes symptomatologiques présentés par la malade ne sont pas, d'ailleurs, ceux de l'hydrophobie rabique. Nous y verrions plutôt, et l'auteur a eu lui-même cette pensée, la manifestation d'une simple névrose. Cette névrose est-elle de la famille de l'hystérie, comme l'avis en a été émis au lit de la patiente? L'hystérie est en effet fréquemment caractérisée par des accidents analogues, surtout par des paralysies partielles de la sensibilité; elle s'accompagne aussi parfois d'hydrophobie, de difficulté à avaler, de sensations pénibles à la vue des objets brillants. Mais rien, dans les antécédents, ne vient appuyer cette conjecture. L'affection, d'ailleurs, a été liée manifestement au fait des morsures du poignet, et a disparu après l'ablation et la cautérisation des cicatrices. Aussi loin donc qu'on peut remonter dans l'étiologie et dans la nature de cette singulière névrose, on est amené à y voir une simple hydrophobie, non rabique, ayant son point de départ dans une lésion locale; à peu près comme on voit une sensation d'engourdissement dans un doigt être le point de départ d'accès d'épilepsie.

NOUVEL INSTRUMENT POUR RÉDUIRE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS; par M. BOND.

Quoiqu'il doive être fort difficile de faire saisir la construction de cet instrument sans le secours de la gravure, nous essayerons de dire l'idée que nous avons pu nous en former d'après la description que contient le texte original, assez obscur en quelques points.

Il consiste en deux cuillers, l'une *anale*, l'autre *vaginale*, et en une plaque à mortaise dans laquelle l'extrémité du manche de chacune vient s'ajuster de manière à y être fixée par une vis dans les rapports qu'on juge convenable d'établir entre elles.

La cuiller anale (et par cuiller l'auteur n'entend parler que du manche

courbe qui en fait partie), la cuiller anale a pour sa courbure un rayon de 4 pouces 1/2. Sur son corps carré et long de 3 pouces, le corps de l'autre cuiller peut ou glisser ou s'arrêter. La cuiller vaginale a une courbure moindre, 3 pouces 1/2; elle est creusée, selon sa longueur, d'une rainure de 2 pouces de longueur, exactement figurée sur la partie carrée de l'autre cuiller, de manière à glisser réciproquement l'une dans l'autre, ou à être fixées ensemble par le moyen de la vis. Cette rainure est percée en bas d'un trou assez large pour laisser passer la tête de la vis quand on l'y présente longitudinalement.

L'extrémité interne, ou, si l'on veut, viscérale de chacune des cuillers, est terminée par un bout d'ivoire. Celui de la cuiller anale représente une sphère de 5 à 6 huitièmes de pouce de diamètre. On l'introduit facilement à l'aide d'un *speculum ani*. Le bout de la cuiller vaginale est ovale, ou mieux en forme d'un cylindre terminé de chaque côté par un hémisphère. Il y a plusieurs de ces bouts de rechange, de volume et de formes différentes, qu'on fixe extemporanément par une vis à l'extrémité de la cuiller. Il y a environ 6 pouces 1/2 de distance entre l'extrémité des cuillers et l'endroit où elles se réunissent. Passé ce point, un manche commun, assez court, sert à manœuvrer l'instrument formé de ces deux pièces réunies.

Voici maintenant comment on doit s'y prendre pour l'employer. Détachez chaque cuiller; introduisez-les l'une après l'autre, celle-ci dans le rectum, celle-là dans le vagin; puis unissez-les au moyen de la vis. Surtout rappelez-vous bien de mouvoir ensuite les cuillers parallèlement aux axes du bassin, et de ne jamais les pousser trop vite en avant.

Quant au bout de la cuiller vaginale, il sera placé plus haut ou plus bas, selon que les circonstances l'exigeront. Si le fond de l'utérus est tout à fait tombé entre le rectum et le vagin, il sera convenable de pousser en haut la cuiller qui est mobile (la vaginale), de manière que l'extrémité de toutes les deux soient à peu près de niveau. Il est entendu que, dans cette position, l'espace laissé entre les deux cuillers doit être seulement assez grand pour comprendre, sans presser sur elles, les parois du vagin et du rectum, et n'avoir par conséquent que 3 huitièmes de pouce. Mais si le fond de l'utérus n'est pas descendu aussi bas, ou si le vagin reçoit aisément la cuiller qui doit le parcourir, alors desserrez la vis, et sans permettre à la cuiller vaginale de sortir, portez en haut la cuiller anale de manière à replacer le fond de l'utérus en avant dans sa situation naturelle.

Il peut se présenter des cas où il sera nécessaire de faire jouer les deux cuillers séparément.

Cet instrument a procuré à M. Bond plusieurs succès, dont un entre autres chez une femme de 37 ans, chez qui la rétroversion était survenue pendant des efforts de défécation. De nombreux essais de réduction, tentés avec la main par diverses personnes, par l'auteur lui-même, avaient échoué. Du premier coup il réussit avec son instrument, et causa si peu de douleurs que la patiente, songeant aux tortures qu'on lui avait fait subir antérieurement, s'écria : « Ah ! docteur, je vous prie de ne plus jamais m'opérer désormais avec les doigts ! »

CAS DE FRACTURE DU PÉNIS; par M. RUSCHENBERGER.

Voici tout ce que le texte contient sur ce fait, qui forme le pendant d'un cas resté longtemps unique dans les annales de l'art :

Un jeune homme, natif de Canton (Chine), vint consulter M. Parker. Marié depuis huit mois, il avait rencontré, lors de la première nuit, des obstacles insurmontables à l'accomplissement des rapports sexuels. Pendant un effort fait dans ce but, il ressentit une violente douleur. Depuis lors l'érection reste bornée à un demi-pouce du pénis, du côté de sa racine, et l'extrémité de l'organe pend molle et flasque.

En l'examinant, M. Parker trouva en effet un espace transversal bien limité, dans la longueur des corps caverneux, et situé à un demi-pouce du pubis.

Aucun traitement ne fut essayé.

— Nous avons constaté un état en quelque façon analogue chez les malades qui portent des indurations lamellaires de la coque fibreuse des corps caverneux. A la suite de cette lésion, souvent irremédiable, et qui accompagne surtout les blennorrhagies anciennes, le pénis n'a perdu aucun de ses droits à l'érection; seulement les deux moitiés, louablement turgescentes, sont unies, au niveau de l'induration, par une sorte d'articulation qui, malheureusement pour le malade, rappelle les diarthroses de beaucoup plus près que les symphyses. Ce défaut de fixité entre deux parties également propres au service équivaut presque par le fait au sort du jeune marié dont l'histoire précède.

DERNIÈRES NOUVELLES D'UN OPÉRÉ AUQUEL LA LIGATURE DES DEUX CAROTIDES AVAIT ÉTÉ FAITE POUR UNE TUMEUR ÉRECTILE DE LA TÊTE.

Nos lecteurs seront bien aises de connaître les renseignements que M. Warren a eus récemment sur l'état de ce malade, dont l'histoire a été rapportée en détail dans GAZ. MÉD., 1847, p. 161. L'opération fut pratiquée à la fin de 1845.

Aujourd'hui, au bout de trois ans, on ne peut découvrir de pulsations dans les artères temporales. Il en est de même des artères labiales. Il y a cependant un léger battement aux artères angulaires là où elles s'anastomosent avec la branche nasale de l'ophthalmique.

Sur le cou existent un grand nombre d'artères volumineuses, nées de la sous-clavière, et parmi lesquelles on distingue spécialement la supra-scapulaire.

La lèvre est un peu plus *pleine* que lors du dernier bulletin ; mais elle est libre de toute ulcération.

Les fonctions du cerveau n'ont été troublées d'aucune façon.

FRACTURE DE CUISSE NON CONSOLIDÉE, TRAITÉE PAR LA RESECTION, LA DÉNUDATION ET UNE LIGATURE MÉTALLIQUE; par M. BRAINARD.

OBS. — Un homme âgé de 34 ans, ayant eu la cuisse fracturée par le choc d'un corps lourd, passa d'abord onze semaines en appareil. La consolidation ne se trouvant point effectuée, on frotta les deux fragments l'un contre l'autre, et l'on replaça le membre dans l'appareil, où il fut de nouveau laissé sept semaines. — On dut, pendant tout ce temps, exercer l'extension, parce que le fragment supérieur tiré en avant par la contraction spasmodique des muscles menaçait de percer la peau; il en résultait aussi un raccourcissement sensible.

Quand M. Brainard l'examina, en février 1848, il vit que les fragments étaient si peu adhérents entre eux qu'ils se mouvaient lorsqu'on pressait sur eux, comme s'ils avaient été dans un sac. Leurs bouts étaient arrondis.

Le 1er mars, M. Brainard mit à découvert le siége de la fracture par une longue incision. Il commença par emporter à l'aide de cisailles le tissu fibreux très-ferme qui recouvrait l'extrémité de chaque bout osseux. Puis, la pointe du fragment supérieur étant très-aiguë et ayant beaucoup de tendance à se déplacer en avant, il en reséqua avec la scie à chaîne un segment d'un pouce environ.

Après avoir fait l'extension, il unit les deux fragments en les entourant d'un fil double, d'argent, qu'il tordit autour d'eux. La plaie fut suturée, et le membre, environné d'attelles, fut placé sur un plan incliné. — Une inflammation considérable se développa, et malgré un traitement antiphlogistique énergique, elle ramena ces mouvements spasmodiques anciens, qui raccourcirent un peu le membre.

Le fil fut retiré le 24 mars; ce qui ne put se faire sans produire de l'inflammation, puis un abcès.

Au bout de trois mois, le malade pouvait mouvoir le membre dans son lit; au bout de quatre, marcher avec des béquilles. Et maintenant (1er août) les muscles atrophiés reprennent leur force, et il se sert avec une grande facilité de ce membre, quoiqu'il soit notablement raccourci.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE.

FABRICATION DE LA CÉRUSE AU POINT DE VUE DE LA SANTÉ DES OUVRIERS.

M. COMBES lit, au nom de MM. Pelouze, Rayer et au sien, un rapport sur la fabrication de la céruse en France, considérée au point de vue de la santé des ouvriers, à l'occasion d'un rapport du comité d'hygiène et de salubrité du département du Nord, envoyé à l'Académie par MM. Lefebvre et Poëlmann, fabricants de céruse dans les environs de Lille, et duquel il paraissait résulter que, grâce aux améliorations introduites dans les procédés de fabrication et aux soins hygiéniques donnés aux ouvriers, aucun d'eux n'aurait été atteint depuis plus d'un an de coliques saturnines.

D'après l'exposé des faits observés par les commissaires chargés par l'Académie de constater l'état de ces fabriques et les renseignements recueillis par eux sur les lieux, ils affirment :

1° Que les maladies des ouvriers cérusiers peuvent être généralement prévenues par la substitution des procédés mécaniques au travail manuel dans les opérations où les hommes sont obligés de toucher et de manier la céruse; l'intervention de l'eau dans la séparation des écailles des résidus de plomb, la pulvérisation de ses écailles et le criblage qui la suit; la substitution du moulage en prismes ou en briques à l'empotage de la céruse broyée à l'eau; broyage à l'huile, dans la fabrique même, de toute la céruse qui subit cette manipulation avant d'être mise en œuvre, etc.;

2° Que beaucoup d'améliorations favorables à la salubrité, récemment introduites dans la plupart des fabriques de céruse, ont considérablement diminué le nombre des maladies, bien que toutes les fabriques, même les plus perfectionnés, laissent cependant quelque chose à désirer, surtout en ce qui concerne la séparation des écailles de céruse du plomb non attaqué, la pulvérisation et le criblage qui précèdent le broyage à l'eau entre des meules horizontales.

En résumé, les commissaires sont d'avis unanime que la fabrication de la

céruse ne constitue point une industrie insalubre, pourvu qu'elle soit pratiquée par les méthodes et avec les précautions convenables qu'ils ont signalées dans le rapport, et qui sont déjà appliqués en grande partie dans quelques-uns des établissements qu'ils ont visités.

M. Lallemand voudrait que la commission fût moins affirmative et que puisqu'à ses yeux ce n'est qu'à certaines conditions que la fabrication dont il s'agit n'est point insalubre, elle s'exprimât au conditionnel et qu'elle dit : « La fabrication de la céruse ne *constituerait pas...* » au lieu de dire : « ne *constitue pas* une industrie insalubre. »

M. Flourens exprime le même avis que M. Lallemand et fait remarquer, en outre, que la forme dans laquelle la commission a présenté la conclusion est contraire aux usages de l'Académie. L'Académie, et en cela elle a parfaitement raison, dit M. le secrétaire perpétuel, ne se prononce jamais sur la réalité ou la non-réalité d'un fait, car l'existence d'un fait ne saurait dépendre d'un vote; il est ou il n'est pas, quelle que soit à son égard l'opinion de l'Académie. S'il est vrai, un vote n'y peut rien ajouter; s'il est faux, l'Académie se compromet en votant le contraire. Je crois donc que la commission devrait modifier ses conclusions, de manière à ne point engager ainsi la responsabilité de l'Académie.

M. Pelouze, membre de la commission et M. Combes donnent quelques explications, desquelles il résulte qu'ils ont constaté sur les lieux l'exactitude des faits qu'ils avancent dans le rapport, et affirment que depuis qu'on a mis en usages les procédés dont il s'agit, aucun ouvrier n'a été malade.

M. Rayer, tout en reconnaissant l'exactitude des faits avancés par le rapporteur et la justesse de la pensée exprimée par les conclusions, convient cependant qu'il vaudrait mieux ne s'exprimer que d'une manière conditionnelle.

Après quelques simples observations échangées, entre M. le rapporteur et le secrétaire perpétuel, la commission propose de substituer à la première rédaction la rédaction suivante :

« Vos commissaires sont d'avis unanime qu'il a été introduit des améliorations considérables dans la fabrication de la céruse sous le rapport de l'hygiène des ouvriers, et qu'elle cessera d'être une industrie insalubre quand elle sera pratiquée par les méthodes et avec les précautions signalées dans le rapport » (Ces conclusions sont adoptées.)

GASTRO-STOMIE.

M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, informe l'Académie qu'il a pratiqué, le 13 de ce mois, l'opération de la gastro-stomie sur un malade unanimement condamné à une mort prochaine et inévitable par suite d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage.

Cette opération accomplie dans des conditions très-favorables, parfaitement supportée, exempte d'accidents, inspirait les plus légitimes espérances, lorsqu'au bout de quinze heures le malade accusa un peu d'oppression, et s'éteignit tout à coup quelques heures plus tard sans plaintes, sans douleurs, sans aucune prévision de la gravité de sa position, et sans que les personnes présentes eussent soupçonné une terminaison si fatale et si imprévue.

L'auteur pense que la science appelée à juger le mérite ou les convenances de l'opération qu'il a proposée, et qu'il vient de pratiquer pour la première fois, ne saurait tirer aucune conséquence définitive de cet insuccès.

L'analyse de l'observation tend à démontrer, suivant M. Sédillot :

1° L'existence de rétrécissements œsophagiens circonscrits, infranchissables, sans action directe sur les organes environnants où sur la constitution générale, et parfaitement compatibles avec la vie, dans les cas ou la nutrition serait conservée.

2° La possibilité : *a* de produire artificiellement sur un point déterminé des parois abdominales une hernie de l'estomac ; *b* de percer ce viscère et d'y introduire une canule à demeure, sans hémorrhagies, sans épanchements, sans autres lésions concomitantes, sans péritonite.

Quant aux causes probables de la mort, l'auteur croit que la présence de l'air interposé entre la paroi abdominale et l'estomac et les viscères environnants a pu occasionner une imminence de péritonite suffisante pour annihiler la vie chez un homme soumis à de nombreuses causes débilitantes.

Quelle que soit du reste la valeur de cette explication, M. Sédillot pense qu'on n'hésitera pas à considérer la mort comme un fait accidentel, sans liaison nécessaire et véritable avec l'opération pratiquée ; que la gastro-stomie par conséquent ne se trouve en aucune façon condamnée par la terminaison fatale qui est survenue, et qu'en modifiant quelques-unes des conditions opératoires, on en obtiendra un succès complet.

Enfin les enseignements qui lui paraissent devoir être déduits des faits précédents sont les suivants :

1° Maintenir l'estomac à la plaie extérieure de l'abdomen, de manière à fermer complètement cette dernière et à provoquer immédiatement des adhérences entre les deux feuillets viscéral et pariétal du péritoine.

On parviendrait à ce résultat en combinant à l'action de la canule quelques points de suture, destinés à unir les deux plaies.

2° S'abstenir, pendant le premier jour, de faire dans l'estomac aucune injection de liquides, et n'y introduire qu'un peu d'eau le deuxième jour pour rétablir lentement et graduellement les fonctions de ce viscère.

EMPLOI DES ARMATURES MÉTALLIQUES CONTRE LES ACCIDENTS NERVEUX CONSÉCUTIFS AU CHOLÉRA.

M. Burq, élève en médecine à l'hôpital Cochin, dépose sur le bureau de l'Académie :

1° Un paquet cacheté, dans lequel il rapporte diverses expériences propres à jeter quelque jour sur des questions de physiologie et de pathologie nerveuse;

2° Un modèle perfectionné de ses armatures métalliques employées contre les accidents nerveux du choléra;

3° Un mémoire sur quelques accidents nerveux consécutifs au choléra, non décrits par les auteurs, et sur leur traitement par les armatures métalliques.

DE L'EMPLOI DE LA GLACE COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE ET DES LOIS A OBSERVER DANS SON MODE D'ADMINISTRATION, SOIT DANS LES CAS DE MÉDECINE, SOIT DANS LES CAS DE CHIRURGIE.

M. Wanner lit sous ce titre un mémoire dans lequel il développe la thèse qu'il a déjà soutenue dans une précédente communication, savoir : 1° que pour toutes les phlegmasies, générales ou locales, internes ou externes, l'application du froid est un des moyens les plus efficaces pour ramener les fonctions à l'état normal; 2° que l'application en doit être faite à la fois à l'intérieur et à l'extérieur, et de manière à ne pas laisser se produire de réaction.

D'après cette manière de voir pour les cas de médecine, l'auteur administre la glace, à l'intérieur, d'une manière incessante, mais en petite quantité, avec l'emploi de lavements froids toutes les six heures, de passes d'eau à la température de glace fondante, faite avec une éponge sur la partie malade. Pour les cas de chirurgie, dans la période inflammatoire, il applique des cataplasmes froids et souvent arrosés de décoction de guimauve froide, ou il fait faire des irrigations froides s'il y a une inflammation violente, dans les cas de contusion grave. (Commis., MM. Serres, Roux et Rayer.)

— M. Foucault envoie un mémoire sur de nouveaux appareils propres à administrer les bains locaux et généraux par la voie sèche (hydrophores et bandages, lits mécaniques et caléfacteur).

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE.

RECHERCHES SUR LE POUVOIR MOLÉCULAIRE ROTATEUR DE L'ALBUMINE DU SANG ET DES LIQUIDES ORGANIQUES; DESCRIPTION D'UN ALBUMINIMÈTRE DESTINÉ A DONNER IMMÉDIATEMENT ET TRÈS-EXACTEMENT LA QUANTITÉ D'ALBUMINE QU'ILS CONTIENNENT.

M. Becquerel présente, au nom de M. A. Becquerel, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, un mémoire dont voici le résumé :

L'albumine du sérum du sang et des liquides organiques jouit des propriétés optiques reconnues par M. Biot dans un grand nombre de liquides ou de dissolutions, c'est-à dire ayant la faculté de faire tourner le plan de polarisation d'un faisceau de rayons lumineux, proportionnellement à la quantité de substance active placée sur la route du faisceau. Appuyé sur cette donnée de M. Biot, qui avait signalé le pouvoir rotatoire de l'albumine sans le mesurer, M. Bouchardat est le premier qui, dans un mémoire intéressant sur ce sujet, donna, comme mesure de ce pouvoir rotatoire de l'albumine, le chiffre 27°42', basé sur trois examens d'albumine du blanc d'œuf et un seul du sérum du sang. M. Bouchardat, arrêté par l'insuffisance de l'appareil ordinaire de polarisation et la coloration foncée ou même l'opacité du sérum du sang, ne put généraliser cette application. C'est ce que j'ai essayé de faire dans le travail que je présente en ce moment.

En effet, l'appareil ordinaire à l'aide duquel on opère en mesurant directement la rotation du plan de polarisation d'un faisceau de rayons réfléchis sur une glace noire ne peut servir ici ; car le sérum du sang, quelque pur qu'il soit, est toujours jaunâtre sous une petite épaisseur, et d'un beau rouge sous une épaisseur de 20 centimètres, qui est l'épaisseur minimum avec laquelle on puisse opérer. De plus, l'image rouge obtenue avec la lumière diffuse est trop peu nette pour que l'on puisse employer cet appareil, vu le peu d'intensité de la lumière, eu égard à la transparence du liquide à analyser.

Le saccharimètre de M. Soleil ne peut pas non plus être employé, parce que les rayons qui traversent le sérum sont d'une couleur rouge homogène, et que cet appareil ne peut être employé avec avantage que lorsque des rayons différemment réfrangibles traversent la substance en assez grande quantité pour que les deux portions de l'image observée soient toujours ramenées à la même teinte, et que le moindre mouvement du compensateur produit un changement dans ces teintes.

Nous avons songé alors à faire construire un appareil fondé sur la mesure directe de la rotation, c'est-à-dire sur le même principe que celui de M. Biot, mais disposé de manière que l'intensité de l'image lumineuse qui doit, par ces variations d'éclat, indiquer la rotation, soit plus considérable. Nous nous sommes alors arrêté à une disposition analogue à celle proposée par M. Mistcherlitz pour le sucre, mais en la modifiant de façon qu'elle permette de mesurer, à quelques minutes près, la rotation.

Cet appareil se compose d'abord d'un polariseur qui est un prisme de Nicol parfaitement pur. Ce prisme, situé près d'une lampe, permet aux rayons lumineux de pénétrer dans l'axe de l'instrument; ensuite vient un tube de cristal de 20 centimètres de long, terminé par deux faces planes que les rayons traversent sans déviation. — En avant du tube est placé, non plus un prisme de Nicol, mais un prisme biréfringent taillé de manière qu'une des images soit éliminée. Une petite lunette de Galilée, placée en avant de ce prisme, permet de mieux juger des variations d'intensité de l'image de l'ouverture.

Le prisme et cette lunette sont situés dans l'axe d'un cercle gradué en cuivre de 25 centimètres de diamètre, et disposés de manière qu'ils puissent se mouvoir autour de cet axe à l'aide d'un bras de levier. Un vernier donne la minute sur le cercle, et permet de fixer les positions du prisme biréfringent avec une grande approximation.

La source lumineuse employée est une lampe alimentée par l'huile essentielle

de schiste, dont la clarté déjà très-vive est encore augmentée par un réflecteur placé en arrière de la lampe et par une lentille placée en avant, et à l'aide de laquelle on concentre la lumière sur l'ouverture faite au polariseur.

Quand on veut opérer, on dirige l'extrémité de l'appareil, qui comprend le polariseur, vers la lampe, de façon cependant que cette lampe ne puisse envoyer de rayons que sur l'ouverture du polariseur. L'observateur ainsi que le prisme analyseur se trouvent ainsi en dehors de toute influence lumineuse dans une chambre obscure; il peut, et cela est mieux encore, s'isoler davantage en s'enveloppant la tête dans une étoffe noire, sauf l'œil dirigé vers l'axe de l'appareil. Il élimine ainsi tout autre lumière que celle qui pénètre dans le liquide placé dans le tube d'essai.

Si avant de placer le liquide albumineux dans le tube, on a mis l'analyseur dans une position telle que l'analyseur et le polariseur soient à angle droit, on éteint toute trace de lumière. En mettant alors le liquide dans le tube d'expérience, on ne tarde pas à constater que le plan à droite et à gauche, duquel des effets semblables se manifestent, a tourné d'un certain angle que l'on cherche à évaluer. Avec un peu d'habitude, on court à peine le risque de se tromper de quatre à cinq minutes dans les évaluations de l'angle, ce qui est une inexactitude beaucoup plus grande que celle à laquelle on devait s'attendre pour des observations de ce genre. En même temps qu'on opère avec l'appareil, on a fait constamment les opérations chimiques nécessaires pour analyser le sérum du sang ou les liquides albumineux à la manière ordinaire, et on a pu ainsi vérifier constamment que les nombres déduits de l'analyse physique étaient les mêmes que ceux résultant de l'analyse chimique. On a pu ainsi en déduire une table indiquant par chaque minute la quantité correspondante d'albumine existant dans le liquide.

C'est ainsi que nous avons obtenu les résultats suivants :

1° L'albumine en dissolution dans le sérum du sang et dans un grand nombre de liquides organiques dévie à gauche le plan de polarisation d'un faisceau lumineux.

2° L'intensité de cette déviation est proportionnelle à la quantité d'albumine contenue dans ces liquides, et peut dès lors lui servir de mesure très-exacte et très-précise.

3° Le pouvoir moléculaire rotatoire de l'albumine dans les liquides qui n'ont pas été modifiés par des agents chimiques capables de les altérer, peut être évalué d'après des expériences multipliées, et en appliquant la formule de M. Biot à 27° 36'. Chaque minute correspond à 0 gr. 180 d'albumine. Chaque degré (60 minutes) à 10 gr. 800 d'albumine. L'approximation étant, ainsi que nous l'avons déjà dit, de 4 à 5 minutes, on court à peine le risque de se tromper de 1 p. 100 à peu près, chance d'erreur qu'on serait loin d'éviter aussi bien dans l'analyse chimique de ces mêmes liquides.

4° Dans l'état physiologique, le sérum du sang humain contient une quantité d'albumine oscillant entre 75 à 85 sur 1,000, et les moyennes 80, ce qui est indiqué par des déviations à gauche, oscillant entre 7 et 8 degrés, et en moyenne 7° 30'.

5° Dans l'état pathologique, la quantité d'albumine du sérum oscille, dans les limites normales, dans les cas suivants : les maladies légères ou de peu de durée; les affections dans lesquelles l'alimentation est continuée; les maladies d'une certaine gravité à leur début; enfin un certain nombre d'affections chroniques dans lesquelles l'état général est assez satisfaisant.

6° La quantité d'albumine du sang augmente quelquefois, mais très-rarement. Ces cas étant tout exceptionnels, on ne saurait, quant à présent, les rattacher à aucun principe général.

7° La quantité d'albumine du sang diminue fréquemment; c'est ce qui a lieu à des degrés très divers dans les cas suivants : une alimentation insuffisante ou insuffisamment réparatrice; les maladies chroniques débilitant les individus; les affections dans lesquelles une diète prolongée est maintenue; les maladies dans lesquelles ont lieu des évacuations sanguines, des pertes de liquides quelconques, des hydropisies, les phlegmasies d'une certaine gravité et en particulier les pneumonies, etc., etc.

Si nous examinons quelques groupes de maladies, nous trouvons pour résultats :

8° Dans la fièvre continue simple, l'albumine reste dans ses proportions habituelles.

9° Dans la pléthore, tantôt elle reste à l'état normal, tantôt elle diminue notablement.

10° Dans l'érysipèle de la face avec fièvre, l'albumine diminue un peu, la moyenne des chiffres est représentée par 6° 41' ou 72 gr. 18 alb.

11° Dans la pneumonie, l'albumine, à peu près normale le premier ou le deuxième jour, diminue ensuite et souvent dans une proportion considérable.

Le chiffre moyen de toutes les premières saignées est 6° 27', ou 69 gr. 66 alb. Celui des secondes 5° 54', ou 63 gr. 72 alb. La moyenne des premières saignées faites à partir du quatrième jour est représentée par le chiffre 5° 44', ou 61 gr. 92 alb. Celui des secondes par 5° 31', ou 59 gr. 28 alb. Dans un cas, chez un homme qui a parfaitement guéri, 4° 54', ou 52 gr. 92 alb.

12° Dans la pleurésie aiguë, les mêmes modifications se produisent, mais à un moindre degré. Il en est de même dans la bronchite aiguë.

13° Dans les autres phlegmasies, c'est en général l'intensité et la gravité de la maladie, la diète absolue, l'époque à laquelle remonte le début qui règle en quelque sorte la diminution de l'albumine.

14° Dans l'emphysème pulmonaire, l'albumine diminue lorsque surviennent les accès de dyspnée et de suffocation. La moyenne générale est 6° 31' ou 70 gr. 38 alb.

15° Dans les maladies de cœur, l'albumine du sérum varie peu, tant qu'il ne se déclare pas d'hydropisie; alors elle diminue, et souvent dans des proportions considérables, la moyenne des maladies du cœur avec hydropisie est 6° 21' ou 68 gr. 76 alb.

16° Dans la maladie de Bright, c'est la production des hydropisies et non la perte de l'albumine par les urines qui détermine la diminution des proportions de l'albumine du sang. Dans quatre cas de la maladie de Bright avec hydropisie, la moyenne a été 5° 21', ou 57 gr. 78 alb.

17° Dans l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau, quelques faits encore peu nombreux autorisent à penser qu'il y a diminution de l'albumine du sérum.

18° La mesure directe de la déviation permet d'apprécier avec une très-grande exactitude la proportion d'albumine contenue dans tous les liquides pathologiques.

19° Dans plus de 150 saignées et 50 liquides pathologiques, nous n'avons jamais rencontré de sérum dont la présence ait pu modifier d'une manière quelconque les résultats de la polarisation.

HOMOLOGIE DES MEMBRES SUPÉRIEURS ET INFÉRIEURS CHEZ L'HOMME.

M. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de pathologie externe à la Faculté de médecine de Strasbourg, lit un mémoire sur ce sujet.

L'auteur établit que pour faire un parallèle exact et rigoureux entre les membres supérieurs et inférieurs, il faut procéder à la comparaison des parties similaires en commençant par l'extrémité périphérique (main et pied), passer ensuite à l'épaule et au bassin, puis au bras et à la cuisse; enfin arriver au coude et au genou; en un mot suivre l'ordre d'évolution des parties; car, dit-il, les parties analogues formées les premières sont les plus simples, et partant les plus parfaitement identiques.

Après l'étude détaillée du parallèle des os, M. Rigaud en déduit la formule suivante : Il faut admettre comme bien démontrée l'analogie de deux os dont l'identité est évidente pour leurs extrémités périphériques.

L'étude de la squelettologie étant terminée, M. Rigaud poursuit l'application de ces principes fondamentaux à la myologie des membres, et pose ainsi une des bases sur lesquelles devra désormais s'appuyer, selon lui, l'étude des analogues.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec un rapport de M. Marie, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mende, au sujet d'une épidémie de fièvre catarrhale bronchique dont la commune de la Méjols (Lozère) a été affligée dans derniers temps.

2° Une seconde lettre du même ministre invitant l'Académie à publier dans l'intérêt de l'agriculture et de la médecine pratique un annuaire des eaux de la France, donnant la composition, telle qu'on la connaît aujourd'hui, des eaux des fleuves, rivières et sources, des lacs, des étangs salés, de l'eau des mers de notre littoral, des eaux et boues minérales, travail qui devra consister d'abord en une collection de résultats connus et en une appréciation de la valeur des analyses. Le ministre exprime le désir que l'Académie s'appliquât à mettre en lumière tous les principes de nature à éclairer l'opinion sur ces matières. (Commis., MM. Orfila, Chevallier, Pâtissier, O. Henry, Boutron.)

— M. Daremberg rend compte à l'Académie de la première partie de sa mission.

— M. Bouyer adresse un mémoire sur quelques formes du choléra observées dans les départements de la Creuse et de la Haute-Vienne. L'auteur examine les deux questions suivantes :

1° Le choléra a-t-il une forme toujours identique?

2° Ne peut-il pas être modifié dans son expression, dans sa marche, par des circonstances de lieu et de maladies?

L'auteur conclut que le choléra n'a pas toujours une forme identique et qu'il peut être modifié dans sa marche, dans son expression, par des circonstances de lieu et de maladies. (Commission du choléra.)

— MM. Breton frères soumettent à l'Académie un appareil électro-médical. (Commissaires : MM G. de Mussy, Poiseuille et H. Gaultier de Claubry.)

— M. Alibran (de Compiègne), envoie une observation d'un corps étranger dans le rectum. (Commissaire : M. Velpeau.)

M. le Président annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Lacournère.

M. H. Gaultier de Claubry est appelé à la tribune pour lire un rapport au nom de la commission des remèdes secrets.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de pathologie.

L'Académie procède au scrutin.

Nombre des membres présents, 95; majorité, 48.

Les voix se répartissent comme il suit :

M. Grisolle obtient. . .	31	suffrages.
M. Trousseau	23	
M. Michel Lévy	21	
M. Martinet	12	
M. Requin	7	
M. Nonat.	1	

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin.

Votants, 90; majorité, 46.

M. Grisolle obtient. . .	36	suffrages.
M. Trousseau.	36	
M. Michel Lévy.	15	
M. Martinet	2	
M. Requin	1	

La majorité n'ayant pas encore été obtenue, on procède à un scrutin de ballotage entre les deux candidats qui ont réuni le plus grand nombre de voix.

M. Grisolle obtient. . .	52
M. Trousseau	36

M. Grisolle est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'autorité.

Il est 5 heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LES FONCTIONS DU FOIE; par M. le docteur MESSIAN. — Rapport de la première section sur ce mémoire. — M. FALLOT, rapporteur.

Ce travail est une suite d'hypothèses sans liaison ni suite, et entièrement dépourvues de preuves. Aucune idée nouvelle.

MÉMOIRE MÉDICO-LÉGAL SUR L'EMPREINTE DES PIEDS; par M. MASCART. — Rapport de la quatrième section sur ce travail. — M. VLEMINCKX, rapporteur.

Une analyse de ce travail a déjà été insérée dans le compte rendu de la séance du 22 juillet 1848. M. le rapporteur conclut à son insertion dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LES COMMUNICATIONS DE MM. CARLIER, SPRING ET LOMBARD CONCERNANT LE CHOLÉRA ASIATIQUE (1).

M. FALLOT : Messieurs, je ne chercherai pas à vous cacher à quel point l'absence de l'honorable M. Varlez me contrarie et m'embarrasse. Elle me contrarie, parce que je m'attendais à le voir ici et qu'il me tardait, surtout après le manifeste qu'il a publié, de me trouver encore une fois en face de cet intrépide champion de l'homœopathie ; elle m'embarrasse, parce que tout en ayant soin d'éviter tout ce qui pourrait être personnel, il me sera impossible de ne pas citer quelquefois son nom en combattant des proposions avec lequelles il s'est identifié. J'étais loin, je vous l'avoue, de m'attendre à son absence, et ne puis me dispenser d'en consigner ici mes regrets.

M. le rapporteur se défend d'abord d'avoir attaqué l'homœopathie sans la connaître. Il l'a étudiée au contraire aux meilleures sources. Il discute ensuite les principales assertions émises par M. Varlez, et se livre à une discussion approfondie des principes de l'homœopathie.

MM. Dugniolle, Vleminckx, Didot, François, Seutin, Carlier prennent successivement la parole, les uns pour, les autres contre l'homœopathie, et se livrent à des développements d'un grand intérêt, mais que leur caractère trop spéculatif nous empêche de reproduire.

La discussion a d'ailleurs été continuée à la séance suivante.

CANCER DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR DROIT PÉNÉTRANT DANS LA FOSSE NASALE, L'ORBITE, LE SINUS FRONTAL, LES CELLULES ETHMOÏDALES ET LE SINUS SPHÉNOÏDAL; EXTIRPATION DE TOUTE LA TUMEUR PAR UNE SEULE INCISION PRATIQUÉE SUR LA LIGNE MÉDIANE DE LA FACE; HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES; GUÉRISON; observation communiquée par M. le professeur MICHAUX, membre titulaire.

Dans votre séance du 28 janvier 1848, j'ai eu l'honneur de soumettre à votre examen un jeune homme auquel j'avais extirpé l'os maxillaire supérieur, pour détruire un polype qui avait des adhérences nombreuses à la base du crâne, à la colonne vertébrale et au pharynx.

Cette opération n'ayant alors été pratiquée que depuis deux mois, on aurait pu, à cette époque, douter d'une guérison radicale; des collègues avaient même témoigné la crainte d'une récidive.

J'ai pensé que l'Académie ne serait pas fâchée de revoir le nommé Verheyde, sujet de cette opération, et qu'elle constaterait avec moi que toute crainte de récidive est aujourd'hui dissipée. En effet, l'opération est faite depuis dix-huit mois; toute la plaie est tapissée par une muqueuse de nouvelle formation, et on remarque dans son fond le sinus sphénoïdal ouvert, et sur le côté externe l'ouverture de la trompe d'Eustachi.

Ce jeune garçon s'est beaucoup fortifié depuis l'opération, et sa constitution est bonne.

Vous vous rappellerez, messieurs, que j'avais enlevé la mâchoire supérieure, en ne faisant qu'une seule incision sur la ligne médiane de la face. C'était la première fois que j'exécutais ce procédé; je viens aujourd'hui vous montrer un second exemple de ce mode opératoire.

Le sujet que voici avait une affection cancéreuse du maxillaire supérieur; la déviation du globe de l'œil en dehors, en haut et en avant ne laissait aucun doute sur l'émigration de la tumeur dans l'orbite; celle-ci se voyait aussi dans la fosse nasale correspondante, sous la forme polypeuse.

Après avoir bien examiné ce malade et mûrement réfléchi sur son mal, je crus qu'il y avait deux points essentiels à éclairer: 1° l'extirpation totale du maxillaire supérieur était-elle nécessaire, la voûte palatine paraissant saine? 2° le cancer occupant la face interne et le fond de l'orbite ne s'étendait-il pas jusque dans l'intérieur du crâne?

Pour résoudre ces deux questions, je crus qu'il fallait mettre à nu l'os maxillaire supérieur et se créer une voie pour introduire le doigt dans la cavité orbitaire : c'était là le premier temps de l'opération; c'était aussi celui qui devait décider du reste de cette dernière.

J'entrepris l'opération le 2 juin, assisté par mon collègue M. Craninx et mes élèves. Je pratiquai d'abord une incision qui divisa la face sur son milieu, depuis le front jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure ; je disséquai un lambeau de dedans en dehors, et une fois l'os maxillaire supérieur dénudé, je m'aperçus qu'il était tellement altéré qu'on ne pouvait pas espérer d'en conserver une portion; son extirpation totale fut donc décidée; mais avant de la commencer, je devais être certain que le mal ne pénétrait pas dans la cavité crânienne, car dans ce cas toute opération devenait inutile. J'introduisis donc le doigt le long de la face interne de l'orbite, je le glissai vers la face supérieure, et j'arrivai enfin dans le fond de cette cavité.

Je contournai ainsi toute la portion orbitaire de la tumeur, et j'acquis la certitude qu'elle n'entrait pas dans le crâne. Je désarticulai d'abord l'os maxillaire supérieur, et j'attaquai ensuite la partie supérieure de la tumeur; celle-ci entrait, en avant, dans le sinus frontal et dans les cellules ethmoïdales, que je détruisis jusqu'à la lame criblée de cet os; elle s'étendait jusque dans le fond de l'orbite, et s'engageait dans le sinus sphénoïdal. Des cautères chauffés à blanc furent promenés sur toute la surface saignante.

Aucun accident n'est survenu, excepté une hémorragie assez inquiétante qui eut lieu lors de la chute des escarres, dix-huit jours après l'opération. C'est la première fois que tel accident arrive chez mes opérés de la mâchoire supérieure; il faut certes tenir compte de ce que la ligature de l'artère maxillaire interne n'a pu être faite que médiatement; je me suis demandé si l'épidémie régnante n'avait pas sur l'état du sang, une influence telle qu'elle disposerait à des hémorrhagies, et ce qui me porte à croire que cette supposition est assez fondée, ce sont les deux faits suivants : un habitant de Louvain, qui fut atteint, en 1832, du choléra, a conservé depuis, une diathèse hémorragique telle, que lorsqu'il se fait la plus légère blessure, on a la plus grande peine à arrêter l'écoulement du sang. Il est venu souvent réclamer des soins à l'hôpital ; il y est encore aujourd'hui ; une fois il a été sur le point de mourrir d'hémorrhagie. J'ai aussi dans ce moment en traitement un malade auquel j'ai fait la resection de la mâchoire inférieure, lequel a eu des hémorrhagies consécutives qui m'ont donné les plus grandes inquiétudes, et qui n'ont pu être arrêtées que par une cautérisation actuelle profonde et faite à deux reprises.

J'ai voulu soumettre à l'examen de l'Académie ce nouvel opéré, afin de lui faire constater la supériorité de mon procédé d'extirpation de la mâchoire supérieure sur tous les procédés employés jusqu'à ce jour.

Il faut encore constater ici une autre innovation qui mérite de fixer l'attention de la compagnie. Après l'ablation de l'os maxillaire supérieur, la phonation est toujours très-altérée, et on ne peut avoir recours à des moyens de prothèse, parce qu'on n'a pas des points d'appui suffisants. Dans ce cas-ci, la portion horizontale de l'os du palais ayant été conservée, j'ai pensé qu'on pourrait placer un obturateur. En effet, M. Bonneels jeune a confectionné, sur ma demande, celui que je tiens en mains; il est formé d'une éponge et d'une plaque d'argent neuf; vous pouvez juger, messieurs, combien la phonation est améliorée par l'application de cet instrument.

Voici, du reste, l'observation détaillée de ce cas, telle qu'elle a été recueillie à ma clinique, par M. Gravez, élève interne.

» OBS. — J. Corneille W....., âgé de quarante ans, domicilié à Waalwyk (Brabant septentrional), d'une bonne constitution, a toujours joui d'une bonne santé. Il n'est pas à sa connaissance qu'aucun membre de sa famille ait été atteint d'un mal semblable à celui qu'il porte.

» L'affection qui l'a amené à Louvain a débuté vers le 15 septembre 1848, par une petite tache rouge vis-à-vis du trou sous-orbitaire; ce point fut bientôt le siége de picotements qui se répétaient plus ou moins souvent; du reste, il n'y avait pas de gonflement appréciable. Bientôt des douleurs vives se déclarèrent; elles paraissaient avoir leur point de départ dans la fosse canine et s'irradiaient dans les dents, dans les oreilles, vers les tempes et jusqu'au sommet de la tête. On prit ces douleurs pour une névralgie de la face; des sangsues, des emplâtres, des vésicatoires et autres moyens furent prescrits. Vers le commencement de novembre, il survint un peu de fièvre, des sueurs nocturnes, la perte de l'appétit. La respiration par la fosse nasale droite commença à être gênée; de là des efforts pour se moucher, qui amenèrent du mucus mêlé de sang. Les douleurs devinrent presque continues; des battements, des bourdonnements d'oreille vinrent s'y joindre. La santé générale ne tarda pas à souffrir. Le sommeil devint agité et interrompu par des rêves fatigants.

» En février 1849, on crut que les douleurs pouvaient avoir leur source dans deux dents cariées de la mâchoire supérieure, et on en fit l'évulsion en mars; le gonflement était encore peu considérable, et il paraissait avoir des alternatives d'augmentation et de diminution.

» Au commencement du mois d'avril, la vue commença à s'altérer, et l'œil

(1) Voir la GAZETTE MÉDICALE, n° 25, 26, 27, 28 et 37.

droit étant poussé un peu en dehors, il y eut diplopie; le chemosis qui cache aujourd'hui le globe de l'œil se montra subitement en une nuit. C'est aussi vers cette époque qu'on découvrit une production polypeuse dans la fosse nasale droite, contre laquelle on essaya des injections. Celles-ci produisirent une hémorrhagie tellement considérable que le malade tomba en syncope.

» ÉTAT ACTUEL. — Gonflement œdémateux et assez uniforme de la joue droite, s'étendant du nez à la tempe. La peau de cette joue, surtout près de l'œil, est d'un rouge livide; chemosis considérable, cachant le globe de l'œil et recouvrant la paupière inférieure. Le globe oculaire est porté en avant, en dehors et en haut; diplopie. La pression au devant de l'oreille, sous l'arcade zygomatique, le resserrement des mâchoires, le glissement des dents les unes sur les autres, éveillent de la douleur. Le ganglion préauriculaire est un peu gonflé.

» La voûte palatine n'offre rien de particulier; on voit dans la fosse nasale droite une tumeur ayant tous les caractères d'un polype charnu. Une sonde de femme, introduite dans cette cavité, est arrêtée vers son milieu; du côté gauche, elle pénètre facilement, excepté en arrière, où elle se trouve arrêtée par la cloison déviée. Cette exploration cause une perte de sang assez abondante. Il y a du reste assez souvent des épistaxis. Le doigt, introduit dans l'arrière-bouche, reconnaît une tumeur molle, bosselée, remplissant l'ouverture postérieure de la narine droite et même celle du côté gauche.

» Quand la température est humide, le malade souffre davantage. Il ne dort presque plus; il éprouve des sueurs nocturnes; il a souvent de la fièvre vers le soir; la peau et la sclérotique ont une teinte jaunâtre; l'haleine est fétide. Du reste, l'appétit est assez bien conservé; la respiration est bonne; le pouls est dépressible; il bat 80 à 100 pulsations par minute. Toutes les régions du corps sont examinées, toutes les fonctions sont interrogées, et rien ne fait supposer l'existence d'un état pathologique ailleurs qu'à la face.

» L'opération ayant été résolue, M. le professeur Michaux y procède de la manière suivante :

» Il pratique d'abord une incision sur la ligne médiane de la face, depuis le front jusqu'à la lèvre supérieure inclusivement; il dissèque un lambeau pour mettre à découvert l'os maxillaire supérieur. Après s'être assuré que celui-ci est trop altéré pour en conserver une portion, et que le mal n'entre pas dans la boîte crânienne, l'opérateur désarticule le maxillaire supérieur de l'os malaire, de son congénère, de la portion horizontale de l'os palatin, et l'apophyse montante et l'os du nez du frontal. Au fur à mesure qu'on sépare la tumeur, on s'aperçoit que non-seulement elle occupe le sinus maxillaire, qu'elle entre dans la fosse ptérygo-maxillaire et dans la fosse nasale droite, mais qu'elle s'engage dans l'orbite, le sinus frontal, les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal. L'artère maxillaire interne ayant été déchirée, ne peut être entourée que par une ligature médiate. Toute la plaie est cautérisée avec des fers chauffés à blanc. Ceux-ci ne sont appliqués que légèrement sur la lame criblée de l'os ethmoïde et dans le sinus sphénoïdal. La réunion des téguments est faite par la suture entortillée. Le malade a bien supporté l'opération et a perdu peu de sang; on lui administre une potion calmante, et on lui donne de la limonade pour boisson.

» Le 3 juin, le chemosis a entièrement disparu; la plaie est en bon état; le malade a peu dormi; les urines sont rouges et rares; il y a de la fièvre. Il éprouve une douleur légère dans l'arrière-bouche, surtout quand il avale. (On lui accorde un peu de bouillon et de l'eau vineuse.)

» 4 juin. La nuit a été meilleure; abattement moindre; encore un peu d'accélération dans le pouls. La plaie étant déjà réunie, on ôte çà et là quelques points de suture.

» Le 5, le mieux se soutient. Le malade est content; il avale sans trop de gêne; fièvre modérée. On ôte toutes les épingles; la réunion par première intention est parfaite. (Limonade citrique; oranges; bouillon; lait.)

» Le 6 et le 7, même état. On fait des injections pour nettoyer la plaie. (On prescrit un lavement qui produit une selle.)

» Les 8, 9, 10 et 11, il n'y a presque plus de fièvre. Le malade se fait mieux comprendre; il se lève. On lui conseille de manger de la viande hachée.

» Les jours suivants, les forces reviennent. M. W..... se lève, descend et se promène au jardin.

» Le 21, la plus grande partie des escarres s'étant détachées, M. W..... saigne du nez. Cet écoulement s'arrête par quelques boulettes de charpie introduites dans les narines.

» Dans la nuit du 22 au 23, l'hémorrhagie reparut avec force, au point que le malade perdit 20 à 22 onces de sang. Le tamponnement et la compression directe avec le doigt arrêtèrent cet écoulement. Le 23, vers dix heures du matin, nouvelle hémorrhagie par un jet artériel; on a recours à la cautérisation inhérente; on prescrit des poudres de digitale et d'alun à l'intérieur; on recommande la diète et le repos le plus absolu.

» Le tout se passa bien jusqu'au vingt-sixième jour; alors l'hémorrhagie se renouvela subitement et sans aucune cause appréciable. La perte de sang fut peu abondante, attendu que le doigt d'un aide fut appliqué immédiatement sur le point de sa source et y fut maintenu jusqu'à ce que tout fût préparé pour une nouvelle cautérisation. Celle-ci fut plus inhérente, plus profonde que la première fois.

» On recommanda le repos au lit, le plus grand calme; on continua les poudres de digitale et d'alun, qu'on alterna avec des pilules de Blaud. On donna des boissons et des aliments froids. Aucun accident ne vint plus entraver la guérison; les escarres tombèrent le 10 juillet, et la plaie apparut parfaitement nettoyée. On permit au malade de se lever, de se promener, de se mettre à un régime plus fortifiant. Quelques jours après la chute des escarres, la plaie était recouverte par une muqueuse de nouvelle formation; on remarquait que l'œil avait à peu près sa position normale, et que le strabisme et la diplopie avaient beaucoup diminué. On conseilla un traitement mécanique propre à ramener l'axe de l'œil en dedans. Enfin M. W..... est déclaré radicalement guéri. On ne se douterait guère qu'il a un maxillaire supérieur de moins, car la difformité est très-peu apparente : une simple cicatrice linéaire se voit sur la ligne médiane de la face; la joue droite est un peu affaissée. »

TUMEUR SITUÉE ENTRE L'ARTÈRE CAROTIDE ET LA VEINE JUGULAIRE INTERNE, S'ÉTENDANT DE L'ANGLE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE A DEUX TRAVERS DE DOIGT AU-DESSUS DE LA CLAVICULE; EXTIRPATION SANS AUCUN ACCIDENT; GUÉRISON RADICALE. — Observation communiquée par M. le professeur MICHAUX, membre titulaire.

Je désire aussi, messieurs, vous faire voir un jeune fille à laquelle j'ai enlevé une tumeur située dans la région carotidienne. Cette tumeur, grosse comme un œuf de dinde, s'étendait de l'angle de la mâchoire à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule. Assez dure, un peu bosselée, elle ne tenait aux parties profondes que par un pédicule; on sentait et on voyait sur la face superficielle battre l'artère carotide primitive et ses branches.

Toutes mes recherches ont été infructueuses pour trouver la veine jugulaire interne; les veines jugulaires superficielles lui étaient superposées, la jugulaire antérieure et l'externe se réunissaient en forme de V sur sa face cutanée dont le sommet se trouvait à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule; cette disposition anatomique m'a empêché d'inciser les téguments aussi bas que je l'aurais désiré.

La malade s'était soumise à plusieurs traitements, tant internes qu'externes, pour faire disparaître cette tumeur, qui datait déjà de sept ans. Elle avait été traitée en dernier lieu à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles pendant neuf mois. Là on avait incisé la tumeur; dans cette incision, on avait introduit pendant longtemps des canules, et on y avait fait des injections; on laissa cicatriser l'incision et on en vint aux frictions fondantes et à des remèdes internes. Ce traitement eut pour résultat la formation d'une cicatrice rentrante, et la malade a déclaré, à plusieurs reprises, et d'une manière formelle, que le volume de la tumeur n'était pas diminué lorsqu'elle sortit de cet établissement.

Entrée dans mon service à l'hôpital de Louvain, cette malade fut le sujet de deux leçons de clinique; dans l'une, je cherchai à établir le diagnostic de la maladie, et je portai celui d'une adénite chronique dégénérée; dans l'autre, je m'occupai du traitement et je conclus que l'extirpation était le seul moyen à tenter; mais ce moyen n'était-il pas dangereux, que l'on dût y renoncer? Je fis connaître, en présence de la malade, tous les dangers de l'opération, et malgré cela elle la réclama. Prenant en considération la volonté de cette jeune fille; prévoyant que la tumeur finirait par comprimer les voies aériennes et digestives, je me décidai à entreprendre l'extirpation de la tumeur. Je priai mes collègues, MM. Craninx et Van Kempen, de me prêter leur assistance.

Voici les principaux temps de cette opération :

Je pratiquai d'abord une incision elliptique dans laquelle je compris la cicatrice rentrante; je cherchai à détacher la tumeur par son bord postérieur, et tout à coup j'ouvris une veine volumineuse; je plaçai immédiatement le doigt sur l'ouverture, et après avoir fait comprimer au-dessous d'elle, je fis la ligature de la veine blessée; je m'aperçus alors que ce n'était que la veine faciale qui s'abouchait dans la jugulaire interne; celle-ci longeait tout le bord postérieur de la tumeur.

Je voulus disséquer l'artère carotide sans la dénuder, mais l'adhérence de ce vaisseau étant intime avec le tissu cellulaire qui entourait la tumeur, j'incisai cette espèce d'enveloppe, et je pus ainsi faire une dissection à distance de l'artère celle-ci entièrement isolée de la tumeur, je cherchai à séparer cette dernière des tissus sous-jacents; je n'y parvins que très-péniblement, car chaque fois que je tiraillais légèrement la tumeur, il survenait une toux convulsive qui m'obligeait à cesser toute manœuvre. La tumeur ne tenant plus que par un pédicule, je plaçai sur celui-ci une ligature, mais au moment que je la serrai, la malade laissa échapper un cri de douleur et de détresse; la respiration parut un moment suspendue; bientôt je desserrai le fil, et l'opérée reprit courage. Je détruisis insensiblement le pédicule avec les doigts, et l'extirpation de la tumeur eut lieu en totalité et en une seule masse.

Je ne pense pas, messieurs, que l'on puisse exécuter une opération plus délicate; en effet, la tumeur s'était développée entre l'artère carotide et la veine jugulaire interne; le nerf pneumogastrique était probablement situé dans le pédicule que j'ai voulu entourer d'un lien; toutefois, je n'ai pas vu ce cordon nerveux. Ce fait prouve jusqu'où peut aller la chirurgie lorsqu'on a affaire à des sujets dociles et courageux. L'opération a duré au moins une heure et demie.

La toux convulsive, qui survenait chaque fois que je soulevais la tumeur, et qui a rendu l'opération plus longue et plus difficile, dépendait probablement du tiraillement du nerf laryngé supérieur. Je pris toutes les précautions, dans les soins consécutifs, pour empêcher le pus de fuser vers la poitrine. Il ne survint aucun accident. La formation de la cicatrice fut retardée par des fils qui étaient restés dans le fond de la plaie, et qui provoquèrent de petits abcès. La nécropsie de la tumeur a démontré qu'elle avait tous les caractères physiques et microscopiques du tissu graisseux.

Je suis heureux de pouvoir mettre sous les yeux de l'Académie un fait aussi curieux, et je la prie d'en permettre l'insertion dans son Bulletin. Cette observation, qui a été recueillie par M. le docteur Bougaerts, figurera bien à côté de celles que feu mon regrettable ami et collègue De Lavacherie vous a communiquées peu de temps avant sa mort.

« OBS. — Barbe Coosemans, âgée de 25 ans, née à Louvain, domiciliée tantôt dans cette ville, tantôt à Bruxelles, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé, assure que tous les membres de sa famille sont d'une forte constitution. Il y a environ sept ans, après un voyage fatigant, et dans lequel elle avait été

continuellement exposée à l'air, elle éprouva des douleurs dans la région mastoïdienne; à la même époque, il se développa en dessous de l'angle de la mâchoire une tumeur de la grosseur d'une tête d'épingle, douloureuse à la pression. Cette tumeur resta stationnaire pendant six semaines; après elle grossit lentement et acquit en quatre ans le volume d'une noisette; elle consulta un médecin, qui lui conseilla des cataplasmes, des pommades, des emplâtres, et finit par appliquer un morceau de potasse caustique; il lui prescrivit aussi une médication interne. Ne gagnant rien par ce traitement, la malade resta pendant un an sans employer aucun remède. Puis, voyant que la tumeur prenait encore plus de volume et constituait une difformité désagréable, elle se rendit à l'hôpital Saint-Pierre, où elle fut traitée durant neuf mois. D'abord on fit une incision vers le milieu de la tumeur; on plaça dans cette incision une sonde en gomme élastique qui provoqua de la suppuration; on fit des injections et on appliqua, pendant trois mois, des cataplasmes émollients. Lorsque l'incision fut cicatrisée, on prescrivit des pommades résolutives et l'huile de foie de morue à l'intérieur.

» A sa sortie de l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, le volume de la tumeur était à peu près le même que lors de son entrée. La malade dit même qu'il était plus considérable; il est de celui d'un œuf de poule. Elle revint dans sa famille à Louvain, et y prit bientôt du service en qualité de femme de chambre. Ses maîtres lui donnèrent congé après une année de service; enfin, désolée de son infirmité, qu'elle considérait comme la cause principale de son renvoi des services domestiques qu'elle avait occupés, elle s'adressa à M. le professeur Michaux, à qui elle exposa sa triste position. Celui-ci, après l'avoir bien examinée, lui conseilla d'entrer dans son service à l'hôpital civil de Louvain. Cette proposition fut acceptée avec empressement, et l'entrée eut lieu le 17 mars. C'est là que j'eus l'occasion de l'observer et de recueillir les symptômes suivants :

Tumeur occupant la région latérale du cou, depuis l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule; de la forme et de la grosseur d'un œuf de dinde, elle est indolente, bosselée, assez dure, ne présentant aucune apparence de fluctuation et n'étant le siége d'aucun battement, excepté sur le trajet de l'artère carotide primitive, comme nous le dirons tout à l'heure. Vers son milieu, elle présente une cicatrice rentrante, qui résulte d'un traitement antérieur; le reste des téguments qui la recouvrent est sain; elle paraît assez mobile; on dirait qu'elle s'engage en dessous du chef antérieur du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien; elle suit les mouvements de déglutition; sur sa partie antérieure, on voit et on sent les battements de l'artère carotide; on aperçoit également sur sa face cutanée deux veines, la jugulaire antérieure et l'externe, qui se réunissent en formant un V, dont le sommet se trouve à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule. Des recherches réitérées ne purent faire découvrir la position de la veine jugulaire interne. Toutes les fonctions, chez cette jeune femme, étaient dans un état physiologique. M. le professeur Michaux fit de cette malade le sujet de deux leçons cliniques; dans la première, il chercha à poser le diagnostic, et en premier lieu il se demanda si la tumeur était solide ou liquide. Vu l'absence de toute fluctuation, vu les bosselures et la consistance assez dure que présentait la tumeur; vu le résultat des traitements qu'elle avait subis ailleurs, et particulièrement à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, le professeur conclut que la tumeur était solide; et ce fait lui parut tellement évident, qu'il crut inutile de faire une ponction exploratrice, moyen souvent si efficace pour assurer le diagnostic des tumeurs. Après avoir établi que la tumeur était composée d'éléments solides, notre maître se demanda quelle était sa nature; était-ce une adénite chronique, une affection cancéreuse, un lipôme? La manière dont la tumeur s'était développée, son siége primitif, sa marche, son état d'indolence, la cicatrisation de la plaie que l'on avait établie, l'absence de complication, le bon état de santé générale furent autant de motifs que M. Michaux fit valoir en faveur du diagnostic d'une adénite chronique. Dans une deuxième conférence clinique, le professeur de chirurgie s'occupa de la thérapeutique à mettre en usage contre cette tumeur; il examina d'abord si l'on pouvait espérer de la faire disparaître par d'autres moyens que par la destruction; il conclut négativement; il pensa aussi que la cautérisation potentielle devait être rejetée; il ne restait donc que l'instrument tranchant à employer : il fit connaître tous les dangers de cette opération; il insista sur la lésion de l'artère carotide primitive et surtout de la veine jugulaire interne, dont on ne connaissait pas la position. Le nerf pneumogastrique pouvait aussi être compris dans la tumeur. Tous les dangers de ces lésions furent communiqués à la malade, en ajoutant cependant que l'opération pouvait aussi se faire sans être accompagnée d'accident grave. Barbe Coosemans réclama l'opération. M. Michaux la pratiqua le 28 mars de la manière suivante :

» M. le professeur Van Kempen fut chargé de surveiller l'artère carotide, et M. le professeur Craninx avait pour fonction de protéger la veine jugulaire interne. L'opérateur fit d'abord une incision elliptique, qui embrassait la cicatrice rentrante et qui ne put dépasser en bas la tumeur, à cause de la réunion des veines jugulaires superficielles; il chercha ensuite à séparer la tumeur sur son côté postérieur, sans la soulever; tout à coup il s'écoula dans la partie supérieure de la plaie une assez grande quantité de sang noir; on crut avoir ouvert la veine jugulaire interne; de suite l'opérateur plongea les doigts dans la plaie pour comprimer le point d'où le sang sortait; l'aide exerça une compression entre le cœur et l'endroit lésé. On chercha la veine lésée, on en fit la ligature, et on s'aperçut que c'était la veine faciale qui se rendait dans la jugulaire interne; celle-ci longeait tout le bord postérieur de la tumeur; par une dissection douce, lente et faite avec les doigts, on parvint à séparer le tronc veineux de la production pathologique. Il est inutile de dire que, dans cette dissection, on a évité de soulever et de tirailler la tumeur, et que la compression a été continuée sur la veine jugulaire interne au-dessus de la clavicule. On s'occupa ensuite de la dissection de l'artère carotide primitive, dont les battements pouvaient être aperçus par tous les assistants.

» L'artère était très-adhérente au tissu cellulaire qui entourait la tumeur; l'opérateur appréciant tout le danger que l'on courait en isolant trop ce vaisseau des tissus ambiants, fendit cette espèce d'enveloppe, et la laissa attachée à l'artère. La dissection de celle-ci devint ainsi beaucoup plus facile et moins dangereuse. Restait à faire la dissection de la face postérieure de la tumeur; on la fit aussi en grande partie avec les doigts, et elle fut excessivement longue, à cause que l'opérée était prise à chaque instant d'une toux laryngée, convulsive, ce qui obligeait de cesser toute manœuvre opératoire. On parvint enfin à n'avoir plus qu'un pédicule qui attachait la tumeur aux tissus sous-jacents; le chirurgien embrassa ce pédicule avec un fil, mais au moment où il serrait la ligature, la malade jeta un cri de détresse et parut comme suffoquée. L'habile opérateur s'empressa d'enlever la ligature qui probablement comprenait le nerf pneumogastrique. Insensiblement le pédicule fut détruit au moyen des doigts, et la tumeur fut enlevée en totalité et en une seule masse.

» Après avoir lié quelques petites artères, on réunit la partie supérieure de la plaie par la suture entortillée, et le reste fut pansé à plat, bien certain qu'on ne pouvait pas obtenir la réunion par première intention, d'autant plus qu'on se serait exposé à faire fuser le sang, et plus tard le pus vers la poitrine; dans le but de prévenir ce dernier accident, une compression fut établie entre l'angle inférieur de la plaie et la clavicule. Quoique l'opération eût duré au moins une heure et demie, Barbe Coosemans n'était pas très-affaiblie; après avoir été nettoyée, elle marcha jusqu'à son lit; on lui administra une potion calmante. Deux jours après l'opération, il y eut un suintement de sang veineux assez considérable qui fut arrêté en rendant le pansement plus compressif.

» Les pansements consécutifs furent faits de manière à obtenir une cicatrisation du fond vers la partie superficielle de la plaie; on passa souvent le crayon de nitrate d'argent dans la plaie. A la fin du mois d'avril, la cicatrisation étant complète et la demoiselle Coosemans jouissant d'une santé parfaite, sortit de l'hôpital. Le 13 juin, elle vint à la consultation; la cicatrice était enflammée, et dans son milieu, il se présentait un petit abcès que l'on ouvrit; il en sortit du pus louable; ce point resta fistuleux et, malgré tous les moyens employés, on ne pouvait en obtenir l'occlusion; on ne fut plus étonné de cette résistance lorsqu'on vit sortir de la fistule un morceau de ligature. Plus tard, un second abcès se produisit et un second fil sortit de la plaie. Ce sont donc deux ligatures qui étaient restées dans le fond de la plaie, qui ont empêché si longtemps la cicatrisation de se faire complétement, et cependant tous les auteurs disent que lorsqu'on ne réunit pas une plaie par première intention, on peut enlever les deux chefs des ligatures, celles-ci devant être entraînées par la suppuration.

» Le 21 juillet, Barbe Coosemans est sortie de l'hôpital, et elle assure aujourd'hui qu'elle ne s'est jamais portée aussi bien.

» Après l'opération, MM. les professeurs ont examiné la tumeur, et ils lui ont reconnu tous les caractères du tissu graisseux. »

BIBLIOGRAPHIE.

DES PRISONNIERS, DE L'EMPRISONNEMENT ET DES PRISONS; par M. le docteur FERRUS, inspecteur général du service des aliénés, etc. — Un vol. in-8°. — Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le livre de M. Ferrus qui traite une question devenue vitale, surtout depuis la révolution dernière, ne peut qu'être un bon livre, et un livre très-curieux et très-instructif pour les recherches qu'il contient. L'auteur était merveilleusement placé en effet, pour vérifier par lui-même tous les éléments du problème. Familier avec l'étude des perturbations de l'intelligence, connaissant le personnel des maisons de détention, comme celui des établissements d'aliénés, il pouvait aborder le problème avec plus de chances de succès que ces idéologues de l'administration, qui font de l'organisation pénitentiaire sans posséder de connaissances médicales et sans avoir pénétré dans les asiles où l'on traite la famille nombreuse des maladies de l'esprit. Grâce à cette position à peu près unique que possède M. Ferrus, il a écrit un traité *ex professo* où il entre dans de nombreux détails, où il ne tire pas de conséquence sans s'appuyer d'une preuve, où les statistiques enfin et les observations directes servent de cortége à tous les ordres de considérations. L'analyse détaillée à laquelle nous allons nous livrer donnera une idée exacte de la substance du livre, et nous conduira aux déductions finales qui sont le résumé ou l'expression réduite de cet important travail.

La première partie est consacrée tout entière à l'historique du système pénitentiaire. M. Ferrus, pour être complet, commence par l'analyse des différents systèmes américains et des modifications qu'ils ont subies après leur importation en Europe. Ce qu'il y a d'intéressant à constater dans cette étude des origines, c'est que l'Assemblée constituante posa les éléments de la nouvelle législation pénale. C'est elle qui établit le système qui admettait l'amendement du coupable et en poursuivait la réalisation pendant la durée de l'expiation. Une fois sur la voie, cette assemblée mémorable ne se borna

pas à poser une formule plus ou moins vague, laissant à l'avenir le soin des détails et de l'exécution. Elle décréta que tout condamné placé dans les maisons de gêne serait isolément renfermé dans un lieu éclairé, sans fers ni liens, et qu'il serait privé dans cet *encasulement*, pendant la durée de sa peine, de toute communication avec les autres prisonniers et les personnes du dehors. Il est impossible de poser d'une manière plus explicite les conditions de l'isolement absolu, tel que l'Amérique l'a mis d'abord en pratique. Ainsi, le système pénitentiaire a commencé à naître sur le sol où il est revenu après une longue émigration et sous le patronage de MM. de Beaumont et de Tocqueville qu'on peut considérer comme ses importateurs dans notre pays.

M. Ferrus, après avoir développé ces indispensables prolégomènes, fait connaître l'état des prisons en France depuis l'empire. Ces considérations sont très-intéressantes par les détails nombreux et les judicieuses appréciations qu'elles présentent. Il y est surtout question de ces maisons centrales assez mal organisées d'abord, comme sans doute on ne l'ignore pas, et où se faisait sur une grande échelle l'éducation du crime. Peut-être d'autres causes auraient donné tout autant de récidives, si ces maisons avaient reçu tout d'abord une meilleure organisation. Le crime est ingénieux à faire des élèves ; il trouve toujours moyen de former ses prosélytes, quelque obstacle qu'on lui oppose, soit au dedans soit au dehors de la prison. Dans cette histoire de l'institution des maisons centrales, M. Ferrus fait connaître parmi les règlements qui les ont régies ceux qui avaient rapport à l'alimentation. C'est très-important au point de vue pénitentiaire. L'aliment, en agissant sur le physique, réagit sur le moral. En étudiant les différentes constitutions monacales, on peut y voir comment les fondateurs avaient compris la question, avec quelle perspicacité, à ces époques où la science n'était pas bien forte, ils avaient prémuni le moral contre les excitations du physique. Il est probable que les organisateurs du système pénitentiaire n'ont pas songé à ces exemples ; ils ont préféré obéir à l'impulsion des idées et aux opinions du jour. Il fut un temps en effet, nous parlons de la période comprise entre 1830 et 1848, où la philanthropie avait fait des progrès rapides, et surtout des progrès assez peu rationnels. Le condamné méritait une considération toute particulière, et même des soins un peu trop délicats pour ses antécédents. Avec de telles idées, il n'était pas possible, car il faut être logique même dans la voie de l'erreur, de lui imposer de trop grandes privations. C'était déjà bien assez de le soustraire à ce monde, où, il faut l'avouer, il n'avait guère su conserver sa dignité d'homme. Aussi l'alimentation fut donnée avec une certaine abondance, nous n'osons pas dire avec un certain luxe. Les cantines étaient bien pourvues, et le condamné qui avait quelque argent, pouvait y trouver des moyens d'excitation qui ne le conduisaient pas certainement à trouver facile et léger le joug que lui imposait sa peine. Cette aberration dans le règlement se fit sentir dans la discipline. La démoralisation s'aggrava, et avec elle les fautes qui devaient en être le funeste fruit. On crut devoir aller d'un extrême à l'autre. On avait fait trop, on arriva à ne pas faire assez. C'est ainsi qu'on procède quand on n'a pas de principes. Les oscillations auxquelles on est en butte vous poussent en deçà ou au delà, en vous emportant toujours loin du seul point où il convient de s'arrêter.

L'auteur de ce travail, qui est médecin avant tout, réclame contre la mesure qui, en voulant modérer l'usage des boissons fermentées et des aliments nutritifs, avait exagéré la portée de cette louable réforme. L'intérêt sanitaire est d'une grande importance dans les questions de moralisation, lorsqu'on veut poursuivre avec quelque succès une œuvre aussi difficile. Le détenu, en perdant ses forces, comme le dit avec raison M. Ferrus, perd son aptitude au travail, et cesse, à cause du découragement auquel il est en proie, d'être accessible à toute régénération morale. Nous savons, nous médecins, que le physique soutient souvent le moral, et que les hommes trop faibles pour avoir quelque puissance de réaction, ne résistent pas plus à une lutte physique qu'à une lutte de conscience.

L'historique auquel M. Ferrus se livre, de toutes les conditions, de tous les progrès, de toutes les modifications qui appartiennent au système pénitentiaire, comprend naturellement la folie, question des plus importantes, comme on sait, dans une organisation qu'on a accusée de produire l'aliénation mentale. Les uns, et nous sommes de ce nombre, ont partagé et soutenu cette opinion ; d'autres ont soutenu le contraire. Dans une discussion qui s'éleva, il y a quelques années, dans la GAZETTE MÉDICALE entre M. Baillarger et moi, je partais, pour dire que la cellule devait déterminer ou développer la folie, des principes les plus élémentaires de la physiologie. La santé du cerveau, disais-je, s'entretient chez beaucoup d'individus, et surtout chez ceux qui sont doués d'une imagination vive, par la diversion dans les pensées ; en d'autres termes, tel homme toujours en présence d'un reproche de conscience, d'un remords, ou d'une même série d'idées, passera de la préoccupation à l'exaltation, et de l'exaltation à la folie. Si cet homme tombe dans l'abattement au lieu de passer par l'exaltation, la folie sera de la mélancolie, et peut-être de la stupidité. L'activité de la fonction cérébrale se sera éteinte ; il n'y aura plus de pensée, du moins à l'état apparent. M. Baillarger ne fut pas de notre opinion. Il préféra en appeler à une certaine statistique, à une certaine expérience tirée de livres plus ou moins américains, d'assertions plus ou moins transatlantiques qui avaient passé les mers, mais n'en étaient pas plus sérieuses pour cela. Le système français, préconisé par M. Moreau-Christophe, ayant fait une concession à notre caractère national, la folie devait s'y montrer moins fréquente, mais enfin elle devait se montrer. Comme les principes restent et que les statistiques passent, j'ai eu raison avec les premiers, et d'autres, aussi sincères et moins prudents, ont eu tort avec les secondes. Les développements de M. Ferrus sur ce sujet capital le prouvent d'une manière assez concluante, pour que nous soyons heureux de nous appuyer sur une telle autorité. Voici, en effet, comment il présente la question de la folie dans le système pénitentiaire, et comment il la résout.

Dans le rapport de l'Académie, fait en 1835 pour éclairer le fait de l'influence du système sur le développement de la folie, il fut déclaré que l'emprisonnement cellulaire ne semblait pas devoir augmenter les cas de folie dans une notable proportion. « Cette opinion, dit M. Ferrus, hâtons-» nous de l'établir, n'était pas fondée sur nos observations personnelles, » mais sur les résultats alors connus des expérimentations américaines. » Les membres de la commission montrèrent, comme on voit, beaucoup de déférence pour des travaux qui ne portaient pas tous un cachet de certitude, et dont les auteurs ne méritaient pas en grande partie la confiance de l'Académie. Mais enfin, telle était l'impulsion. On voyait de très-bon œil, à cette époque, les institutions pénitentiaires. On ne désirait, on ne voulait qu'une chose, les faire prospérer sous notre ciel. Mais depuis, des études consciencieuses ont été poursuivies ; on a vu les faits de près, et dans un système modifié et par conséquent un peu moins contraire à l'état du cerveau que le système modèle, on a été conduit à des résultats assez différents. M. Ferrus, en analysant les conditions morales des détenus comparativement à celles de la population qui jouit de la vie libre, fait remarquer qu'il y a entre ces deux classes d'hommes une différence énorme. La première présente en général la prédominance des instincts ; la seconde, celle des sentiments. Conséquemment, les aliénés qu'elles fournissent sont séparés radicalement par ce double mobile ; chaque catégorie a sa physionomie propre. Il est inutile de chercher à prouver, d'après cette observation, si la prédominance des instincts doit conduire plus fréquemment à la folie que la prédominance plus noble ; c'est une question faite pour entraîner trop loin. Mais dans tous les cas, voici les conclusions formelles de M. Ferrus, et qui répondent victorieusement à tout ce qu'on a pu dire sur l'innocuité du système pénitentiaire. « On ne saurait mécon-» naître, dit cet auteur, que la folie ne soit comparativement très-commune » dans les prisons ; et si des prédispositions individuelles, comme nous l'a-» vons exprimé déjà, sont véritablement nécessaires pour que la folie y » éclate, il n'en résulte pas moins que l'emprisonnement exerce une puis-» sance très-active comme cause déterminante. » *Et nunc intelligite !*

Après avoir épuisé la partie historique sur des exemples pris dans les principaux établissements et sur toutes les classes de détenus, M. Ferrus passe dans la deuxième partie, à l'étude des conditions physiques, des aptitudes morales et intellectuelles pour arriver à une classification des condamnés, et à l'institution de règles disciplinaires et d'une éducation moralisatrice. Le premier point (la classification morale) est un point capital. Il y a des détenus qui sont initiateurs, d'autres qui présentent l'état passif. Ceux qui ont le plus d'énergie enseignent le vice et en imposent la pratique; les timides et les inertes (la proportion en est grande dans les prisons) deviennent une cire molle, un instrument obéissant entre les mains de leurs dominateurs. Il y a, en outre, des criminels endurcis et des novices, ceux qui arrivent au crime par une démoralisation profonde, et d'autres par hasard et sous l'impulsion inattendue d'une forte passion, délire passager qui a éclaté une fois et qui peut ne plus se développer. M. Ferrus, qui analyse avec détail toutes ces différences et même tous ces contrastes, s'arrête à la classification suivante pour marquer, entre chaque catégorie, des conditions sur lesquelles il faut fonder les règles de l'éducation et de la discipline. Dans la première classe, il place les condamnés pervers, énergiques et intelligents, qui pèchent sciemment soit par organisation soit par système; dans la seconde, les condamnés vicieux, abrutis ou passifs qui sont entraînés au mal, non par absence complète de discernement, mais par indifférence pour la honte comme pour le bien, par lâcheté, par paresse pour ainsi dire, et par défaut de résistance aux imitations mauvaises ; dans la troisième enfin, les ineptes ou incapables, à intelligence obtuse et dépourvue d'industrie, qui n'ont jamais parfaitement apprécié la portée de leurs actes et ont subi pour la plupart différentes condamnations, non-seulement sans les redouter, mais presque sans les comprendre. Cette classification, dont nous reproduisons textuellement les termes, est très-rationnelle et la seule qu'on puisse adopter, surtout après tous les développements et tous les faits que M. Ferrus a donnés à l'appui.

Dans un rapport mémorable présenté à la chambre des pairs un peu plus d'un an avant la révolution de février, et dont l'auteur est M. Bérenger (de la Drôme), la classification présentée a quelque analogie avec celle dont nous venons de parler. On y divise les causes de la criminalité en trois grandes catégories : 1° les grandes passions; 2° les circonstances; 3° les vices du cœur. Les deux premières renfermeraient les moins pervers, la dernière comprendrait les plus dangereux. Seulement, il y a à faire observer que la catégorie des vices du cœur aurait dû porter un autre titre. Voici, du reste, ce que j'en disais moi-même dans la REVUE NATIONALE (Janvier 1848) (1) : « On a mis sur le compte du cœur, malgré la physiologie, les » instincts affectueux. Mais ce qui fait la haine, ce qui produit les grands » coupables, ceux qu'on ne corrige pas, ne vient pas de ce qu'on appelle un » vice du cœur, mais d'une série de déterminations de l'esprit qui s'exer- » cent avec la logique et la fermeté d'un système. » M. Ferrus a compris, en physiologiste exercé, que la première catégorie devait moins sa supériorité dans la carrière du crime, à un manque absolu de sensibilité, qu'aux erreurs sauvages de l'esprit et aux combinaisons hardies de l'intelligence. S'il fallait citer un des exemples les plus complets de ces types de la criminalité la plus incurable, n'avons-nous pas Lacenaire dont le souvenir ne s'effacera pas de longtemps?

C'est sur cette base de classification que M. Ferrus établit la discipline et l'éducation pour faire marcher de pair, la punition des coupables et leur amendement. Ici l'auteur s'écarte un peu des routes suivies, mais on va voir qu'il ne le fait pas sans motif, et surtout sans rester fidèle aux prémisses de son livre. On y lit précédemment que la population des prisons vit peu par les sentiments moraux comparativement à la population libre. Il règne en quelque sorte dans cette lie sociale une sorte d'alliance entre les instincts les plus inférieurs et la sagacité, et même, dans quelques individus, la supériorité de l'intelligence, qui étonne l'observateur. M. Ferrus part de cette opinion basée sur des faits nombreux et des preuves multipliées pour établir que les criminels sont moins accessibles qu'on ne pense à l'éducation religieuse et à tous ces moyens d'action qui ne manquent jamais leur effet sur les individus suffisamment moraux. Il faut parler à ces hommes, qui n'appartiennent plus à la société que par quelques côtés, et par les plus mauvais, un langage qu'ils puissent comprendre et qui les dispose favorablement à recevoir peu à peu une éducation plus élevée. « Ainsi, dit M. Fer- » rus avec beaucoup de justesse et de bon sens, un moyen de moralisation » simple, nécessaire, efficace, eût été de proclamer que chaque individu » doit d'abord à la société, toute la somme de peines, de soins et d'efforts » dont il est capable, s'il veut participer à la sécurité, au bien-être qu'elle » procure, aux bénéfices qu'elle dispense. » Mais tout en parlant de ce genre d'éducation s'adressant un peu trop à l'égoïsme et pas assez au dévouement, l'auteur appelle au secours du criminel l'éducation religieuse. Seulement il sait qu'on commence par entrer dans une ame et une pensée qui résistent à toute bonne influence par la seule brèche qui reste ouverte, celle des intérêts les plus directs et les plus frappants. Il résume d'ailleurs de la manière suivante la thérapeutique morale et hygiénique dont l'habitant de la cellule doit être l'objet : 1° intervention moralisatrice incessante de la part du directeur et de tout le personnel de l'administration pénitentiaire; 2° punitions et récompenses; 3° instruction élémentaire et morale; 4° travail; 5° enseignement religieux; 6° régime hygiénique. Toutes les questions et surtout les questions plus particulièrement médicales sont traitées, il faut le dire, avec soin et avec une parfaite connaissance des choses. Nous regrettons seulement que M. Ferrus ne donne pas plus de valeur et plus d'efficacité à l'intervention des corporations religieuses dans le service des pénitenciers. Il s'appuie sur les statistiques comme ses adversaires pourraient le faire à leur tour, car rien n'est moins concluant que ce moyen d'argumentation dans des ordres de faits d'une nature complexe.

La troisième partie traite plus spécialement des applications. Elle comprend les applications dans toutes les voies, dans la voie morale, intellectuelle et hygiénique, et même les applications complémentaires qui ont été l'objet de divers essais pratiqués ou admis par l'administration. Dans cette partie, tout passe à l'étude, les moyens d'action et les différents groupes d'individus qui peuplent les prisons. Ceux-ci ne sont pas seulement étudiés dans les catégories précédemment faites, mais dans les différentes conditions qui sont produites par l'âge et le sexe. On sait que, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, il y a des coupables et des criminels dans notre société, et que les femmes, qui devraient être peu nombreuses dans les catégories des condamnés, y occupent quelquefois, et pour certains crimes, une place qu'on n'eût pas soupçonnée. Suivant les sexes, les âges et les catégories de la criminalité, il faut varier la peine, c'est évident. Les endurcis, les criminels devront seuls supporter cet isolement complet et absolu qui les force à subir par la puissance de la gêne, les améliorations qu'on essayera de leur imprimer. Toutefois une objection se présente en face de cette uniformité à peine modifiée de la forme pénitentiaire. N'est-ce pas une injustice d'infliger la même nature de punition lorsque les délits sont si différents? Le moyen âge n'était-il pas plus logique avec ses moyens nombreux et un peu trop barbares de punition? La solution de la question est assez difficile, malgré les efforts de M. Ferrus pour y parvenir. Il y a un moyen peut-être de la préparer ou pour mieux dire de lui faire faire un grand pas, c'est d'introduire dans la pénalité l'élément de la déportation. Dans un lieu éloigné du sol de la France, on pourrait plus facilement varier la peine chez les condamnés de la plus mauvaise catégorie. Entre l'isolement cellulaire et le travail en plein air, et plus tard avec la liberté, lorsque l'éducation aurait fait des progrès suffisants pour assurer la moralité, il y a une infinité de nuances qui ne seraient pas sans effet pour arriver au but. Une telle conduite serait plus difficile à suivre sur le territoire français. On connaît d'abord les méfiances de la population; elle rejette les détenus comme s'ils portaient avec eux la gangrène du vice. Ne faut-il pas respecter ce sentiment au lieu de le détruire? Pour concilier sa conservation avec la nécessité de la libération qui jette chaque année dans la population libre, une masse de condamnés dont la moralisation est loin d'être assurée, il faudrait qu'un patronage surveillât, dirigeât et distribuât les libérés dans les parties de la France où la population est la plus rare, et où des travaux d'agriculture et de salubrité réclament beaucoup de bras. M. de Bonneville a écrit un excellent ouvrage où ce côté de la question est traité. Mais encore un inconvénient dans ce soin profond, dans cette exagération de dévouement qu'on montrerait pour les criminels. Il y a des gens qui n'ont jamais connu le vice, qui ont toujours vécu en luttant contre les terribles impulsions de la misère, et qui ne pourraient se réjouir un instant à la pensée consolante que quelqu'un ou quelque société les patronne. Il faudrait agrandir le plus possible le cercle de la déportation, même avant l'abolition de la peine de mort, problème pénal très-difficile à résoudre, et dont les moralistes n'ont pas jusqu'ici parfaitement posé les termes.

On dirait que tout a été écrit depuis un siècle en faveur de l'individualité, et même de l'individualité criminelle. La folie, en augmentant par ses progrès, le nombre des signes ou des manifestations qui y conduisent, a trouvé des excuses à des faits qu'autrefois on ne savait que condamner. Gall, avec son système, a donné une si grande force aux instincts, les a montrés si puissants contre les déterminations du libre arbitre, qu'il a réduit la part de la responsabilité. Les actes de démoralisation ayant été considérés enfin comme une maladie, on est arrivé à croire, à soutenir, et je fais ici mon amende honorable de l'avoir cru et soutenu à une certaine époque, que le crime devait être traité comme une affection : le bourreau ne devait plus être qu'un médecin, et les condamnations n'étaient plus désormais des prescriptions thérapeutiques. Heureusement qu'une réaction s'opère. M. Ferrus n'y entre pas avec enthousiasme; il cherche seulement à garder une juste mesure entre la philanthropie et le droit des sociétés, entre l'éducation et la punition. Voici, d'ailleurs, les conclusions de son travail, qui est un des bons livres dictés par le problème de l'organisation pénitentiaire :

« En résumé, dit M. Ferrus, nous demeurons convaincu que si l'on veut » entrer dans la voie des progrès réels, on ne saurait décréter une forme » unique; car la répression pénitentiaire, pour être digne de notre civili- » sation, doit respecter la vie humaine, être juste, moralisatrice et intelli- » gente. Or, en la rendant uniforme pour des individus divers, on cesse de » la rendre égale pour tous; on porte une atteinte profonde à la santé d'un » grand nombre; on la laisse sans action sur beaucoup; on fait de certains » détenus, non des amendés, mais des idiots; on courbe enfin sous la » dangereuse unité d'un principe les lois si complexes de la nature hu- » maine. »

Ces dernières phrases disent la philanthropie éclairée de l'auteur en même temps que l'excellent esprit dans lequel a été écrit le livre. Le sentiment qui l'a dicté mériterait seul des éloges, si on ne devait les accorder surtout aux bons renseignements qu'il contient et à la vigueur de logique avec laquelle ils ont été fécondés.

Dr ED. C.

VARIÉTÉS.

— Paroles prononcées aux obsèques de M. le docteur HENNEQUIN, chirurgien-major au 2e régiment de spahis, le 29 octobre 1839, par M. le docteur GUYON chirurgien en chef de l'armée d'Algérie.

Messieurs,

Comment se défendre d'une profonde émotion en regard de cette nouvelle dépouille de l'un de nous?...

(1) Rédigée par MM. Buchez, Bois-le-Comte, Bastide, Cerise, Ed. Carrière, etc.

Comment se défendre de la plus vive affliction sur les bords de cette fosse qui s'ouvre à côté de celle à peine refermée du chirurgien principal Poullain ?...

La mort du docteur Hennequin, qui nous réunit dans ce moment, a suivi de bien près celle de cet honorable confrère! Le docteur Hennequin a suivi de bien près, dans cette lugubre enceinte, celui qu'il avait remplacé sur la brèche!!!...

Vous le savez tous, messieurs, à la mort du chirurgien principal Poullain, le docteur Hennequin, déjà employé à l'hôpital d'Oran, fut chargé de son service. Ce service, M. Hennequin s'en acquittait avec son zèle et son dévouement accoutumés, lorsqu'il fut obligé de l'interrompre par une indisposition qui n'offrait, en apparence, rien de bien grave. On se trompait, et notre malheureux confrère se trompait lui-même.

Avant-hier, dans la soirée, le fléau apparut chez lui avec toute son intensité. Il exprima le désir d'être transporté à l'hôpital. Là, M. Hennequin, ne se méprenant plus sur son état, fit appeler aussitôt l'aumônier, le vénérable abbé Picazo, qu'on trouve jour et nuit au chevet des malades, et se mit ainsi dans la position du chrétien résigné.

Dès lors, calculant en quelque sorte le peu de temps qui lui restait à vivre, il ne demanda plus rien à la terre... rien... qu'un peu d'air pour respirer moins péniblement, avec un peu d'eau pour humecter son palais desséché...

C'est ainsi qu'il mourut, ou, pour mieux dire, qu'il s'éteignit, aujourd'hui à une heure du matin.

Sa physionomie n'exprimait alors aucune souffrance; elle portait au contraire l'empreinte du calme le plus parfait: noble témoignage d'une conscience pure et d'une vie bien remplie.

M. Hennequin était chirurgien-major de deuxième classe et chevalier de la Légion d'honneur; il appartenait au 2e régiment de spahis. Tous ses grades et sa croix, il les a conquis sur la terre d'Afrique, qu'il n'a presque pas quittée depuis 1832.

Je l'ai connu et vu de près dans les diverses phases de sa carrière.... jamais il n'a cessé de se distinguer par son zèle pour la science et son dévouement à l'humanité.

Nous perdons en lui un de nos chirurgiens-majors les plus distingués et les plus actifs: c'est un témoignage que je me plais à lui rendre et qui sera sanctionné, je n'en doute pas, par tout le corps dont il faisait partie.

Adieu! Hennequin, adieu! Poullain, mânes chères à jamais réunies!... adieu! du plus profond de notre cœur, chers et regrettés collaborateurs!...

Que si nos paroles pouvaient encore arriver jusqu'à vous, nous vous dirions: — Qu'en des temps plus tranquilles, nous aimerons à redire vos noms, — que nos successeurs les retrouveront avec orgueil dans les fastes de la médecine algérienne, — que dans cette histoire à venir on lira:

« Poullain et Hennequin, morts en remplissant leur devoir dans le fléau » d'Oran en 1849. »

A ces noms, messieurs, viendront se joindre ceux de nos autres collègues dont la tombe est encore si fraîche sur d'autres points de l'Algérie:

Les noms du médecin adjoint Jacquot, mort à Arzew; — du chirurgien-major Denis, du sous-aide Douzinelle, morts à Tenez; — du sous-aide Sainte-Marie, mort à El-Arrouch.

Adieu à vous tous! chers collaborateurs, qui, à cette heure, avez déjà payé d'une *mort obscure* votre dévouement à la sainte cause de l'humanité!...

Nous tous, mes chers collaborateurs, qui tenons encore tête à l'orage, — nous tous qui sommes réunis dans cette enceinte où s'amoncellent tant de victimes de l'incompréhensible fléau, — nous tous, médecins, chirurgiens et pharmaciens, nous continuerons sur la même brèche l'œuvre si bien commencée par les confrères dont nous déplorons la perte; nous y périrons l'un après l'autre, comme Dieu voudra!.., — nous y périrons tous, si Dieu le veut!!!...

C'est notre pensée, à nous tous qui sommes ici; c'était aussi la vôtre, nobles victimes que nous pleurons! Elle dut vous animer jusqu'à votre dernière heure!... Ce feu sacré ne s'est pas éteint avec vous: il brûle de toute sa force au cœur de vos continuateurs; il s'y aviverait encore, si c'était possible, au souvenir de votre belle mort!...

Pour la dernière fois, adieu! Hennequin, adieu! Poullain, adieu! au nom de tous nos collaborateurs ici présents, comme en celui de tous nos autres confrères des autres points de l'Algérie, et dont bon nombre se trouvent comme nous, en ce moment, aux prises avec le fléau de Dieu!!!...

— Le chiffre des médecins morts en Algérie, jusqu'à ce jour, s'élève à treize, savoir:

Un chirurgien principal,	Poullain, mort à Oran.
Deux chirurgiens majors,	Hennequin, id.
	Denis, mort à Ténès.
Un aide-major,	Bara-Levi, mort à Tlemcen.
Six sous-aides,	Dispot, mort à Arzew.
	Ballien, mort à Aumale.
	Bellot, mort à Oran.
	Douzinelle, mort à Ténès.
	Siurolles, mort à Gastonville.
	Sainte-Marie, mort à El-Arrouch.
Un médecin ordinaire,	Gœdorp, mort à Oran.
Deux médecins-adjoints,	Julia, mort à Oran.
	Jacquot, mort à Arzew.

Nous n'avons perdu aucun pharmacien.

Le chiffre des infirmiers qui ont succombé a été énorme à Alger, à Ténez, à Arzew et à Oran.

— DISTRIBUTION DES MÉDAILLES DE L'UNIVERSITÉ AUX CINQUANTE ÉLÈVES DÉSIGNÉS PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — La distribution de ces médailles a été faite ce matin à neuf heures à la Faculté de Médecine par M. Bérard, doyen, assisté de M. Amette, secrétaire de la Faculté.

Après un discours bienveillant, dans lequel M. le doyen a remercié, au nom de l'Université, MM. les élèves qui ont mérité une distinction si honorable pour les services qu'ils ont rendus et le dévouement dont ils ont fait preuve à l'occasion du choléra, les noms des élèves récompensés ont été successivement appelés et remise a été faite à chacun de sa médaille.

Cette médaille, en argent et d'un grand module, est fort belle. Elle porte en exergue d'un côté ces mots: Université de France; choléra de 1849; au milieu une figure d'Hippocrate et un malade couché dans son lit. Sur l'autre face, sont le nom et les prénoms de l'élève, le lieu et la date de sa naissance.

Nous ne saurions donner trop d'éloges à la sollicitude paternelle du doyen et à l'empressement qu'il a mis à consacrer par une marque publique de reconnaissance le dévouement des élèves qu'il regarde comme ses enfants.

— Le nombre des premières inscriptions prises à la Faculté de Médecine de Paris du 2 au 15 novembre est de 377.

Le chiffre de ces mêmes inscriptions n'était, à la même époque de l'année dernière, que de 254.

— Les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent ont été désignés pour occuper de nouveaux postes:

MM. Balech, aux ambulances de l'Algérie, passe à Lille.
Mauduit, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
Meurs, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
Massiani, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
Rémy, aux ambulances de l'Algérie, détaché au Roule, passe à Lille.
Ucciani, à l'hôpital d'Ajaccio, passe à Metz.
Sainte-Marie, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
Gueury, aux ambulances de l'Algérie, passe à Lille.
Rollet, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
Couture, à l'hôpital de Nancy, passe à Metz.
Reboud, à l'hôpital de Mont-Louis, passe à Strasbourg.
Perrin, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
Rol, à l'hôpital de Givet, détaché à Popincourt, passé à Strasbourg.
Rey, à l'hôpital de Toulouse, passe à Strasbourg.
Milliot, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
Panerazj, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
Casses, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
Ridreau, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
Baraban, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
Bigot, à l'hôpital de Rennes, détaché à l'armée des Alpes, passe à Metz.
Tisson, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
Dufay, dit Sanial-Dufay, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

BULLETIN DU CHOLÉRA A ALGER.

(Hôpitaux militaires, du 12 au 19 novembre.)

	entrées	décès	sorties
Hôpital du Dey	7	4	10
— de Mustapha	1	»	12
— de Birkadem	2	5	14
Totaux	10	9	36

(Population civile, du 12 au 19 novembre.)

	entrées	décès	sorties
Hôpital civil d'Alger	»	»	»
Lazaret	14	9	4
Cité Bugeaud	2	»	3
En ville	»	7	»
Totaux	16	16	7

— La petite commune de Misserghin, où le choléra sévit cruellement aujourd'hui, avait déjà été visitée par le fléau, dès sa première apparition à Oran. Quelques compagnies du 9e bataillon des chasseurs à pied qui y avaient été envoyées ont surtout été affreusement décimées alors; deux officiers du plus grand mérite, le commandant Vallois et le sous-lieutenant Marx, furent au nombre des victimes.

— D'après les nouvelles reçues de Mostaganem (datées du 7 novembre), l'état sanitaire était des plus satisfaisants. Cinq ou six cas seulement s'étaient déclarés à l'hôpital militaire, et tout faisait croire que cette ville échapperait encore cette fois comme en 1834, à la terrible épidémie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

CONSTITUTION MÉDICALE DE L'ALGÉRIE (1).

Quatre périodes, sous le point de vue de la pathologie, divisent l'année en Afrique, périodes qu'on peut caractériser, en nous servant des anciennes dénominations, en *type nerveux au printemps*, *bilieux gastrique en été*, *bilieux putride en automne*, *catarrhal putride en hiver*.

Le cadre de mon travail ne me permettant pas d'entrer dans une description minutieuse des formes nombreuses que revêtent les maladies suivant les saisons, je ferai en sorte d'exposer les caractères principaux et de marquer l'empreinte de chaque saison sur la constitution épidémique, *summa sequar vestigia rerum*. D'ailleurs, un de nos savants confrères, le docteur Félix Jacquot, prépare un grand travail sur le climat et la topographie générale de l'Algérie.

La PREMIÈRE PÉRIODE commence en mars et finit en juin.

Cette saison, fraîche bien que courte, est sans contredit une des plus agréables du globe. A part quelques pluies qui règnent encore en avril, le ciel est serein, la brise de mer douce et chaude, la végétation magnifique.

La moyenne thermométrique marque alors 15 degrés. Cette saison renferme des conditions atmosphériques d'une suavité inconnue dans notre climat de la France. Tout se redresse, se ranime et renaît; la surface de la terre présente le tableau d'une verdure agréable; elle est recouverte de riches moissons de blé, d'orge, etc. Les poumons respirent plus à l'aise; le sang est mieux vivifié, la nutrition plus facile; l'action nerveuse se relève plus puissante. C'est en mai seulement que commencent à se faire sentir les premières ébauches de l'épidémie; mais à cette époque les maladies vives, fugaces, aiguës, franches, parcourent rapidement leurs périodes; les affections chroniques, les engorgements viscéraux, les diathèses séreuses, scorbutiques, ces reliquats de l'hiver, reçoivent de l'influence printanière une activité inconnue, bienfaisante; les fièvres quartes, irrégulières, rebelles, de l'hiver reviennent à leurs conditions originelles de fièvre quotidienne franche, et cèdent facilement à l'antipériodique; les congestions viscérales se dissipent. Ainsi moins de difficulté dans le diagnostic, plus d'activité, plus de franchise dans les symptômes, plus de promptitude et de facilité dans la convalescence, tels sont les caractères pathologiques de cette saison; puis le génie des maladies printanières s'éteint successivement, *œstas succedens transmutat*.

DEUXIÈME PÉRIODE. — Celle-ci comprend les mois de juillet, août et septembre.

A cette époque, le ciel se maintient constamment dans une sérénité parfaite; les pluies ne viennent plus rafraîchir la terre; la végétation, naguère si vigoureuse et si riante, est subitement arrêtée dans sa marche rapide; la plante, fanée, décolorée, se courbe sous l'influence de la chaleur excessive d'un été sec et brûlant, et sous le poids d'une abondante poussière. Tout semble frappé de mort et de stérilité. Les ruisseaux se tarissent, et les troupeaux dans les ravins et le long des cours d'eau, en cherchant un peu d'herbe fraîche, soulèvent d'énormes nuages de poussière. Les plaines qui, en avril, étaient encore de larges lacs, sont transformées en un désert poudreux, aride et calciné. Le sol se fendille, et de larges crevasses, qui se forment de toutes parts, s'exhalent des miasmes délétères. Le temps est lourd; les nuits sont souvent insupportables. Les orages sont rares; cependant j'ai vu quelquefois ces météores se former menaçants, de gros nuages s'amonceler, puis bientôt le ciel reprendre sa sérénité sans qu'il tombât une goutte de pluie. L'aurore n'est pas de longue durée : le lever du soleil est presque instantané, et la chaleur commence à se faire sentir vers huit heures; elle va toujours en augmentant, et deviendrait insupportable si elle n'était tempérée sur le littoral par la double brise quotidienne qui vient de la mer.

C'est vers la fin de cette saison que souffle le simoun, ce vent du sud si redouté dans le désert, dont l'impression, dans quelques cas, ne saurait mieux être comparée qu'à celle qu'on éprouve lorsqu'on se présente tout à coup devant la bouche d'un four embrasé. Alors homme, animal, plante, tout ce qui vit, porte l'empreinte de la fatigue, de la langueur et de l'accablement.

Pendant cette époque, dite la *saison sèche*, la moyenne thermométrique marque 23.

Avec les progrès de la chaleur les fièvres intermittentes graves prennent bientôt le dessus sur les dyssenteries, qui ont aussi acquis quelquefois à cette époque une intensité remarquable. Bien qu'elles soient moins nombreuses que les fièvres paludéennes, qu'elles ne remplissent pas le principal rôle dans la scène pathologique, elles y tiennent cependant encore une grande place. Les hypérémies du foie se montrent aussi au commencement de cette saison. Les signes qui les annoncent sont fréquemment insidieux et trompeurs; ils simulent quelquefois les affections gastro-intestinales apyrétiques. Dans quelques cas plus rares, les symptômes graves se développent tout à coup.

Les fièvres, à cette époque, n'ont plus la simplicité et la franchise des fièvres printanières; elles prennent alors fréquemment le type continu, ou bien peu à peu les accès empiètent considérablement les uns sur les autres, et il n'est bientôt plus possible de saisir les alternatives de mieux qui séparaient les accès des mois précédents; elles deviennent fréquemment pernicieuses, ou offrent, dans quelques cas, des symptômes alarmants ou même insidieux qui tuent en quelques jours si on ne s'empresse de leur opposer un remède dont l'efficacité est généralement constatée. Elles se compliquent presque toutes de nuances plus ou moins prononcées d'embarras gastrique et bilieux.

TROISIÈME PÉRIODE.—Elle commence en octobre et finit dans le courant de décembre.

Dans cette saison, la température s'abaisse; cependant la moyenne thermométrique marque encore 21 degrés; la végétation commence à renaître; les brises de la mer sont plus fortes et plus rafraîchies, les rosées plus abondantes et les nuits plus fraîches. La chaleur se fait encore sentir fortement vers le milieu du jour et ne dure guère que trois ou quatre heures. Le soleil n'a déjà plus cet éclat éblouissant de l'été. De gros nuages apparaissent; les vents ouest-nord-ouest soufflent. Les pluies arrivent bientôt, et la terre, avide d'eau, l'absorbe, s'en abreuve rapidement et les plantes se régénèrent.

(1) Les ravages causés par le choléra en Algérie donnent un intérêt d'actualité à l'excellente étude que nous publions aujourd'hui de la constitution médicale de ce pays.

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

Le système broussaisien, ou le *physiologisme*, sera longtemps encore le dernier qui ait présenté un corps complet de doctrine médicale. Bien des années s'écouleront avant de recommencer un aussi grand, un aussi difficile travail. En attendant, nous restons dans l'anarchie, ou plutôt dans la nullité des opinions. Cherchez un *stratum* et un *criterium* quelconques dans la médecine en France, vous n'en trouverez pas. Perdus que nous sommes dans l'analyse, dans les détails, on ramasse des faits, on les accumule, on les entasse, quant au résultat théorique, aux conclusions, point. Ranger des produits à côté les uns des autres, voilà tout, et l'on ne ressemble pas mal à des rédacteurs d'étiquettes. De là la misère de nos conceptions médicales, et l'obstination de se renfermer dans des généralités banalement scolastiques; de là encore cette pratique empirique, souvent routinière, qu'on veut bien appeler *méthode expérimentale*. En général, nous ne sommes point *oseurs* en médecine, et nous nous apercevons très-rarement que les limites du possible dépassent toujours l'horizon actuel de la science. D'ailleurs, deux formidables obstacles s'opposent à fonder parmi nous une doctrine générale, coordonnant et reliant les faits connus : le premier, c'est l'espèce d'aversion, de frayeur puérile que les mots de *système* ou d'*hypothèse* produisent sur les esprits faibles, se traînant dans les bas-fonds de nos connaissances : ils ne voient pas qu'un système est souvent un principe de force et d'impulsion de la science. Le second obstacle, bien autrement grave, c'est qu'il faut des hommes d'une haute valeur intellectuelle pour de pareils travaux. Or, en médecine comme en tout, le petit nombre des élus sera toujours celui des penseurs profonds. Remarquez, en effet, que ces hommes doivent être entièrement occupés, absorbés dans leurs travaux; ils doivent fortement s'attacher à la science, et n'en pas faire un métier. Quand Stalh, Brown, Rasori, Broussais, jetaient les fondements de leurs systèmes, ils ne pensaient guère, je crois, à courir la pratique, ni à en calculer au bout de l'année les produits aurisonnants. Aussi avaient-ils cette attention profonde, cette sagacité d'interprétation, cette finesse, cette étendue presque illimitée de vues indispensables pour saisir les rapports, pour ouvrir de nouveaux horizons et s'enfoncer dans des aperçus extrêmes et lointains. Ils étaient doués en outre de cet art d'exposer, de développer leurs idées avec largeur et puissance, art assurément très-rare. Ami lecteur, prenez votre lanterne *de Diogène*, cherchez parmi nous des hommes de cette taille, mais n'espérez guère les trouver.

— Le point de départ d'un grand mouvement scientifique n'en peut être le terme, si ce point est fécond. Ordinairement ce mouvement s'amplifie, se développe et se continue. Sans apercevoir distinctement le but, on rattache des essais à des observations, des expériences à des conclusions, et une vérité sort

En même temps une humidité profonde imprègne l'atmosphère. Un sentiment de relâchement et de faiblesse succède dans l'organisme vivant à la tension vigoureuse, à l'excitation causée par cette vive et continuelle chaleur. Les dyssenteries, plus nombreuses, sévissent aussi avec plus de violence. Les fièvres pernicieuses deviennent plus rares, les récidives très-communes; elles se changent facilement en quartes obstinées, donnent lieu à des engorgements viscéraux, à des accumulations de sérosité. L'enflure des pieds est fréquente. Le rétablissement est long, pénible, incertain; le moindre écart, la plus petite irrégularité dans le régime, les variations atmosphériques un peu brusques, suffisent pour déterminer une rechute. C'est dans cette saison que se manifestent les fièvres les plus intraitables. Les secousses réitérées de la maladie ont ruiné la constitution. Il ne faut pas accuser le sulfate de quinine d'impuissance : ce sont des résultats contre lesquels il ne peut rien.

Ainsi atonie générale ou défaut de réaction, engorgements viscéraux, longueur interminable des maladies, intermittence obscure, irrégularité des symptômes fébriles, tels sont les caractères que revêtent à cette époque les fièvres intermittentes.

QUATRIÈME PÉRIODE. — Enfin cette période comprend une partie de décembre, janvier et février.

C'est le temps des pluies. A cette époque, les plaines sont couvertes d'eau; quelques îlots plus élevés apparaissent comme au milieu d'une vaste mer. La température moyenne sur le littoral est en général de + 12. L'hygromètre marque constamment un haut degré d'humidité. Cette constante douceur et l'humidité de l'atmosphère tendent à détruire le ressort que le froid de l'hiver vient dans nos pays imprimer chaque année à nos organes. Les maladies diminuent, il est vrai, de nombre; mais les rechutes de diarrhées, de dyssenteries, d'hépatites et des fièvres contractées les mois précédents sont fréquentes; elles trouvent les organes sous-diaphragmatiques engorgés, empâtés, et un manque d'énergie dans tout l'abdomen. Elles revêtent fréquemment alors un caractère de putridité et de gravité remarquables. Aux fièvres ardentes de la saison précédente ont succédé ces fièvres lentes si bien décrites par Pringle en Hollande, et qui conservent encore, sous le masque des fièvres typhoïdes, quelques-uns des caractères originels des fièvres intermittentes. Ainsi, à mesure que nous nous éloignons des points culminants, les maladies se transforment, dégénèrent, s'étendent, se confondent, et sur les limites extrêmes des saisons, nous voyons apparaître une multitude de maladies ambiguës dont rien n'est plus difficile que de déterminer les véritables rapports et l'origine réelle.

Cette succession régulière des maladies n'a pas toujours lieu, et les effets d'une saison peuvent se prolonger quelquefois au delà de ses limites ordinaires; mais si elles n'arrivent pas dans leur vrai moment, s'il y a anachronisme en quelque sorte dans la date de leur apparition, cette marche, désordonnée en apparence, a une logique propre, une explication naturelle, dans le retard ou l'avancement des saisons. Il est curieux pour l'observateur de suivre pour ainsi dire pas à pas, dans ce pays, le passage des maladies d'une saison à celles de la saison suivante.

AUG. HASPEL,
Médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon.

HISTOLOGIE.

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR LA STRUCTURE DE LA FIBRE MUSCULAIRE DU MOUVEMENT VOLONTAIRE ET DU CŒUR DANS LES DIVERSES CLASSES D'ANIMAUX; par M. le docteur LEBERT (1).

Avant d'aborder les détails de ce résumé, je dois attirer toute l'attention des physiologistes sur un travail récemment publié, sur la fibre musculaire, par M. Prevost (de Genève), travail dont j'ai eu l'honneur de communiquer un extrait à la Société de biologie. Nos recherches, faites d'une manière indépendante, à l'exception de celles anciennement publiées par nous dans les ANNALES DES SCIENCES NATURELLES, sur la formation du cœur, nous ont conduit à des résultats assez analogues pour pouvoir se contrôler mutuellement, ce qui est pour moi d'autant plus satisfaisant, que tout le monde sait de combien de beaux travaux la physiologie moderne est redevable à l'illustre médecin de Genève.

Si nous cherchons à embrasser dans quelques considérations générales tous les divers éléments qui concourent à la formation des muscles du mouvement volontaire, nous voyons avant tout quatre degrés différents, que la muscularité parcourt, d'une manière ascensionnelle, pour arriver à la texture complète du tissu qui, par ses contractions, exécute les fonctions de la locomotion. Le premier degré est celui de la motilité sans fibres musculaires. Toute l'enveloppe du corps d'un animal peut alors se contracter et s'élargir, et exécuter même des mouvements vifs de progression et de natation, sans que même les plus forts grossissements microscopiques démontrent des fibres, des granules, des stries, des cylindres, éléments que nous allons bientôt rencontrer dans la fibre musculaire. Nous avons ici des mouvements fort analogues à ceux que nous observons dans d'autres circonstances dans le corps animal et végétal, éléments auxquels on ne saurait, à coup sûr, pas attribuer un caractère d'animalité; tels sont les cils vibratiles des épithéliums de la surface du corps de plusieurs embryons et le mouvement des fils spermatiques que l'on a regardés pendant si longtemps à tort comme des animalcules. Il existe enfin quelque chose d'analogue dans le mouvement autonomique des sporules des algues.

Nous retrouvons ainsi, au bas de l'échelle animale, des qualités générales de la matière qui cependant y sont déjà notablement modifiées par la vie, tout en manquant encore d'une base moléculaire spéciale. Nous appelons ce premier degré du tissu musculaire tissu anhyste du mouvement spontané. On le rencontre dans toute la classe des infusoires proprement dits, dans plusieurs polypes et dans plusieurs helminthes de la classe des cystoïdes et de quelques nématoïdes inférieurs.

Le deuxième degré de muscularité est celui dans lequel on ne rencontre pas encore l'élément essentiel du muscle, le cylindre musculaire, mais bien déjà une de ses parties essentielles, la fibre, qui se trouve encore englobée dans la substance intermédiaire transparente, sans que des groupes de ces

(1) Le travail entier, ainsi que les sept planches qui l'accompagnaient, ont été communiqués à la Société de biologie, dans sa séance du 4 août 1849.

toujours d'une autre vérité; le point essentiel est d'en bien saisir le caractère, les tendances et le but.

— Il y a véritablement des médecins heureux et d'autres malheureux dans la pratique, tout savoir, toute habileté mis de côté. Est-il *houroux?* demandait le cardinal de Mazarin en parlant d'un homme qu'on lui présentait pour occuper un poste élevé dans la diplomatie. On pourrait faire la même question sur les médecins; car il en est, quelque chose qu'ils fassent, qui ne réussissent jamais, en sorte que si leur conscience est en repos, leur réputation en souffre. Les anciens, à qui rien n'échappait, avaient fait la même remarque. Leclerc dit qu'Aristophane fait mention d'un médecin nommé Acesias, si malheureux dans sa pratique que plus il soignait un malade et plus le mal empirait, ce qui donna lieu à ce proverbe : Ἀκεσίας ἰάσατο, *Acesias l'a traité*, proverbe dont les Grecs se servaient lorsqu'une affaire devenait plus mauvaise malgré les soins qu'on prenait pour la rendre bonne. Aussi par politesse devons-nous dire de plus d'un pauvre malade traité hors des règles de l'art : *Acesias l'a traité.*

— Chaque âge a ses folies médicales, ses miracles de guérison; on sait tous ceux qui s'opéraient sur le tombeau du diacre Pâris. Il suffisait de faire des contorsions, d'avoir ou de feindre des convulsions, et l'on guérissait infailliblement. Un certain abbé Bécheran ouvrit un des premiers ce fatigant exercice : il dansa sur le tombeau du prêtre une danse dans laquelle il y avait un pas nommé le *saut de carpe*, et que l'abbé faisait dans la perfection. Il avait une jambe plus courte que l'autre de 14 pouces, et il prétendait que tous les trois mois elle allongeait d'une ligne. Un mathématicien qui chiffra le temps auquel sa guérison serait complète la régla à *cinquante-cinq* années de cabrioles. *Quid rides? de te fabula narratur* Voyez, écoutez les magnétiseurs, et dites si en beaucoup de choses nous avons plus de bon sens que nos pères.

— Cabanis (MÉMOIRE SUR LES INFLUENCES DU RÉGIME SUR LES HABITUDES MORALES) recommande de lire en entier la lettre de Pline le jeune, où ce dernier soutient que nous sommes meilleurs pendant la maladie qu'en pleine santé. Je crois, avec l'auteur du célèbre ouvrage des RAPPORTS, etc., que le principe est trop absolu; il y a pourtant un côté vrai qu'on ne saurait nier. Voyons cette lettre d'un auteur dont le nom a traversé les âges avec honneur (1) : « Tout ré-

(1) Voici le texte pour les amateurs de la belle latinité : « Nuper me cujusdam amici languor admonuit, optimos esse nos, dum infirmi sumus. Quem enim infirmum aut avaritia aut libido sollicitat? Non amoribus servit, non appetit honores, opes negligit, et quantulumcumque, ut relicturus, satis habet. Tunc deos, tunc hominem esse se meminit. Invidet nemini, neminem admiratur, neminem despicit; ac ne sermonibus quidem malignis aut attendit, aut alitur; balnea imaginatur et fontes, hæc summa curarum, summa votorum; mollemque in posterum et pinguem, si contingat evadere, hoc est, innoxiam, beatamque destinat vitam. Possum ergo quod plurimis verbis, plurimis etiam voluminibus philosophi docere conantur, ipse breviter tibi mihique præcipere, ut tales esse sani perseveramus, quales nos futuros profitemur infirmi. Vale. (EPIST., lib. VII, 26.)

fibres s'individualisent pour former des faisceaux. Il est vrai que ces fibres, très-contractiles, forment déjà de véritables plans musculaires, tantôt parallèlement superposées, tantôt s'entrecroisant à angle droit et constituant enfin autour des diverses ouvertures du corps des couches circulaires et rayonnées qui peuvent opérer alternativement le rétrécissement ou la dilatation de l'ouverture d'une cavité close, premier vestige des sphincters. Ces couches fibreuses musculaires, qui se rencontrent dans les polypes, les acalephes, le sac musculeux qui enveloppe le corps de beaucoup de mollusques, helminthes et annélides, peut être désigné comme tissu fibreux ou fibrillaire des muscles du mouvement spontané. Semblable au précédent degré d'évolution pour plusieurs de ses qualités, il en diffère en ce que la direction des mouvements que l'animal doit exécuter est déjà marquée par celle des fibres qui avec leur substance unissante forment les plans musculaires.

Le troisième degré d'évolution de la fibre musculaire est celui où les fibres se groupent pour former des cylindres ou des faisceaux, et où les plans musculeux font place aux véritables muscles, de plus en plus différenciés de tout ce qui les entoure. Ce mode d'être de la fibre musculaire se rencontre souvent chez les mêmes animaux chez lesquels on observe dans d'autres parties le second et parfois le premier degré de développement de ce tissu. La structure générale de cette première ébauche du cylindre musculaire offre plusieurs variétés d'aspect. On rencontre des fibres dont le groupement fasciculaire n'est encore que faiblement esquissé, tandis que l'on en observe d'autres où les cylindres sont déjà nettement marqués, mais montrent à peine ou point des fibres dans leur intérieur. Ces cylindres sont encore généralement englobés dans une substance unissante intermédiaire qui remplace les gaînes celluleuses que nous observons chez les animaux supérieurs. Il est important de noter ici que cette forme de fibre musculaire offre aussi plusieurs variétés dans le mode de distribution des granules moléculaires dans l'intérieur des cylindres ; on les voit quelquefois en très-petite quantité, d'autres fois assez nombreux pour masquer à peu près la structure fibreuse ; ils sont tantôt régulièrement distribués, tantôt se rencontrent-ils le long de la surface et des interstices des fibres, tantôt enfin les voit-on dans l'intérieur des fibres primitives, disposés de distance en distance, de façon que ces points d'apparence opaque alternent avec leurs interstices plus transparents dans le trajet de la fibre. Ce troisième degré d'évolution de la fibre musculaire, que l'on peut désigner comme tissu musculaire à cylindres unis ou fibreux, se rencontre dans un grand nombre d'animaux inférieurs, et devient surtout général chez les mollusques et les annélides.

Nous arrivons au quatrième degré d'évolution de la fibre musculaire ; c'est son état plus parfait et tel que nous le rencontrons pour les muscles du mouvement volontaire, à partir des mollusques jusque dans les vertébrés les plus hautement organisés. Nous avons, du reste, observé que cette limite n'était pas si nettement tracée, et que déjà, dans plusieurs polypes, acalephes, mollusques, helminthes et annélides, on rencontrait cette quatrième catégorie de fibres musculaires, celle qui est pourvue de raies transversales. Malgré les nombreux travaux des anatomistes sur la structure intime des muscles, nous avons cependant pu nous convaincre, en parcourant tous ces travaux, qu'il existait encore de nombreuses erreurs dans la science sur la texture intime de la fibre du mouvement volontaire, erreurs que l'on ne saurait éviter qu'en variant et en multipliant considérablement ces recherches, en faisant précéder l'examen microscopique chaque fois d'une dissection soigneuse, en soumettant les préparations ainsi faites, successivement à des grossissements faibles et de plus en plus forts (7 à 800 diamètres réels et non ceux mesurés par les opticiens), en se servant enfin de bons diaphragmes verticaux parmi lesquels celui muni de lentilles d'éclairage inventé dernièrement par M. Nachet, a une grande et incontestable supériorité.

Comme pour la fibre nerveuse, le tube nerveux primitif est le dernier élément essentiel de l'appareil de l'innervation : le cylindre musculaire est son analogue par rapport aux fonctions du mouvement volontaire. Ce n'est ni la fibre primitive, ni le pli transversal, mais bien le cylindre musculaire en lui-même, qui est l'unité, pour ainsi dire, de la force motrice, dont les manifestations ont lieu dans l'intégralité de ce cylindre et non d'une manière isolée dans ses divers éléments constituants. La constance, ou, pour nous exprimer plus correctement, la grande fréquence des plis transversaux dans ces sortes de muscles est une des qualités essentielles de cette forme de fibre musculaire.

Nous appelons cylindres primitifs toute portion de tissu musculaire nettement délimitée dans toute sa circonférence, ou qui au microscope se traduit par deux contours longitudinaux beaucoup plus nettement tranchés et isolés que les fibres longitudinales de l'intérieur, cylindres munis la plupart du temps de plis transversaux à la surface. Ces cylindres, longs, parallèles, aplatis d'avant en arrière, se groupent et se réunissent pour former des faisceaux musculaires, et s'entourent alors, dans les animaux supérieurs, de gaînes celluleuses communes. Il y a un mode de groupement de ces cylindres primitifs auxquels on ne saurait accorder une assez grande attention : c'est leur réunion au nombre de quatre, de cinq et au delà en un seul cylindre secondaire, beaucoup mieux délimité au dehors que ne le sont les cylindres primitifs de son intérieur. Ces cylindres secondaires sont alors souvent munis de plis transversaux communs, surajoutés aux plis transversaux propres à chaque cylindre de son intérieur. Il y a dans ces circonstances une double erreur à éviter : l'une est de ne pas confondre ce cylindre secondaire avec un cylindre primitif, quoiqu'au fait il lui ressemble beaucoup ; l'autre, bien plus importante à signaler, c'est de ne pas prendre pour des fibres primitives ces cylindres primitifs, lorsqu'ils sont étroits. Quant à la première erreur, elle ne serait pas grave, et exposerait tout au plus à une confusion de langage et de mesures ; car, dans la contraction, ces sortes de cylindres secondaires se comportent à peu près comme les cylindres primitifs isolés, et il existe comme une espèce de solidarité dans les mouvements de tous les cylindres primitifs contenus dans un tel cylindre secondaire.

Le cylindre musculaire se compose de la surface avec ses plis transversaux et de l'intérieur, renfermant les fibres primitives avec leur substance intermédiaire unissante et leurs granules moléculaires fibrillaires et interfibrillaires.

La surface est, comme nous l'avons dit, ordinairement munie de ces plis transversaux, auxquels on a attribué avec raison, comme nous le verrons plus tard, une bien grande importance. Cependant nous voyons ces plis transversaux manquer dans la substance musculaire du cœur de beaucoup d'animaux supérieurs, et même dans quelques muscles du mouvement volontaire des très-jeunes vertébrés. Quant à la substance du cœur, nous avouons qu'elle nous paraît former un degré intermédiaire entre la structure des muscles du mouvement volontaire de la vie animale et ceux de la vie organique. Nous n'avons peut-être pas encore tous les éléments pour

---

cemment la maladie d'un de mes amis me fit faire cette réflexion que nous sommes fort gens de bien quand nous sommes malades. Car quel est le malade que l'avarice ou l'ambition tourmente? Il n'est plus enivré d'amour, il ne désire point les honneurs, il se soucie peu des richesses, et compte toujours avoir assez du peu qu'il se voit sur le point de quitter. Il croit qu'il y a des dieux et il se souvient qu'il est homme ; il n'envie, il n'admire, il ne méprise la fortune de personne. Les médisances ne lui font ni impression ni plaisir. Toute son imagination n'est occupée que de bains et de fontaines. Tout ce qu'il se propose, s'il peut en réchapper, c'est de mener à l'avenir une vie douce et tranquille, une vie innocente et heureuse. Je puis donc nous faire ici à tous deux, en peu de mots, une leçon dont les philosophes font des volumes entiers. Persévérons à être tels pendant la santé que nous nous proposons de devenir quand nous sommes malades. » Il y a du vrai dans ces paroles, mais les exceptions sont loin d'être rares ; d'ailleurs Pline ne parle sans doute que des maladies aiguës ; quant aux maladies chroniques, cela est tout différent ; le caractère, cette physionomie de l'âme, est loin de se présenter sous le même aspect de douceur et de modération qu'il avait autrefois ; la nature humaine ne se change pas, mais elle peut se modifier profondément.

— Malgré la gravité de leurs études, de leurs occupations, il est des médecins qui ont cet esprit de saillie qu'on croit le partage exclusif des gens du monde. Corvisart en était doué, et souvent il répartit avec une piquante vivacité aux plaisanteries que son illustre client, l'empereur Napoléon, faisait contre la médecine et les médecins. Feu Esquirol joignait aussi à une grande instruction, un esprit fin, railleur, caustique dans l'occasion, sachant lancer un trait qui n'était pas *sine ictu*. Il dit un jour au célèbre duc de Liancourt, qui repoussait une demande qui lui était faite en faveur des aliénés, par la nécessité de venir d'abord au secours des prisonniers : « C'est très-bien, monsieur le duc, dit Esquirol, mais il ne va dans les prisons que des gens qui l'ont plus ou moins mérité, tandis que nous ne sommes pas sûrs ni vous ni moi de ne pas pas aller à Charenton. »

— Depuis longtemps on a fait la remarque que le médecin comme le prêtre a le privilége de parcourir souvent en assez peu de temps l'échelle sociale et d'y puiser d'utiles et graves enseignements. Parfois et à peu d'heures d'intervalle, il lui est donné de contempler la terrible lutte de la pauvreté laborieuse contre les nécessités de chaque jour, de voir combien il y a de misères, de privations à la base de la société, combien aussi éprouvent de chagrins, d'infirmités, de douleurs, ceux qui, placés au sommet, ne savent que faire de leur temps, de leur argent et de leur santé. A ce sujet, je me rappelle que je donnais des soins, il y a plus de quinze ans, à madame de P..., issue d'une des plus illustres familles d'Italie. Cette dame habitait un des riches hôtels de la place Vendôme ; mais éprouvant tout le malaise de la satiété et l'ennui du bonheur, son sort lui paraissait triste. D'ailleurs elle se croyait *rouinée*, selon son expression, car elle n'avait plus que cinquante mille livres de rente. Attaché au bureau de charité de l'arrondissement, je donnais en même temps des soins à une femme atteinte d'une maladie chronique, pauvre, aveugle, âgée, demeurant rue Saint-Guillaume, sous un toit à charbon que le propriétaire par commisération lui

prouver cette thèse histologiquement; mais nous avons beaucoup de raisons qui nous font croire qu'on y parviendra un jour, et que même toute la division des muscles en ceux de la vie animale et ceux de la vie organique est encore beaucoup trop générale, comme nous pensons, au surplus, que c'est le cas pour toute l'histologie, dont nous possédons à peine, dans l'état actuel de la science, des contours justes.

Pour revenir à la surface des cylindres, elle est donc rarement lisse, et ordinairement munie de raies transversales. Ces raies sont constituées par des plis arrondis, légèrement saillants, qui font le tour annulaire du cylindre aplati, sans communiquer les uns avec les autres comme les tours d'une spirale. Ces plis, de plus, ne sont pas des accidents de relâchement ou de contraction, mais ils sont tout à fait permanents; seulement on les voit plus ou moins rapprochés, éloignés ou distendus, selon que le cylindre est contracté, relâché ou distendu. A ces variétés de distance correspond leur aspect comme simple ligne ou comme raie à double contour. Ces plis annulaires, qui quelquefois font reconnaître des rangées transversales des granulés dans leur intérieur, à travers leur surface légèrement convexe, ne traversent nullement le cylindre dans toute son épaisseur, et ne le transforment pas par conséquent, comme on l'a dit, en une pile de disques.

La surface interne du cylindre est entièrement unie à la substance intermédiaire demi-transparente qui réunit entre elles les fibres primitives, et qui forme de cette façon la gangue, la masse unissante qui fait du cylindre une véritable unité organique; car ce n'est qu'exceptionnellement que les fibres primitives sont assez nettement isolées pour avoir une véritable individualité. Ces fibres primitives, très-fines, sont ou lisses ou alternativement opaques, ou transparentes, tout le long de leur trajet, et les granules, ainsi distribués à distance le long de leur intérieur, montrent parfois encore de la transparence dans leur centre, lorsqu'on les examine avec de forts grossissements. Leur juxtaposition, transversale et parallèle dans des fibres voisines, peut simuler l'apparence des plis transversaux. L'existence de ces points opaques dans l'intérieur des fibres n'est, du reste, nullement constante.

Nous n'avons point laissé échapper d'occasion pour mesurer, au moyen du micromètre, toutes les parties constituantes de la fibre musculaire, mesures auxquelles nous attachons une grande importance pour toutes les observations microscopiques de physiologie et de pathologie. Voici en quelques mots le résultat général de toutes ces mesures. La largeur des fibres primitives oscille en moyenne entre 0mm,001 et 0mm,0015; nous ne les avons point vues dépasser 0mm,002. A cette largeur des fibres correspond le diamètre à peu près équivalent des points opaques, des granules moléculaires. La largeur du cylindre non strié peut varier entre 0mm,004 et 0mm,02. Quant aux muscles à cylindres striés, le cylindre primitif varie entre 0mm,005 et 0mm,1; observons toutefois que c'est parmi les cylindres de 0mm,05 à 0mm,1 que l'on rencontre ces cylindres secondaires qui, par l'étroite réunion des cylindres primitifs, affectent les principaux caractères de ceux-ci.

La largeur des raies transversales varie entre 0mm,001 (simplement linéaire) et 0mm,0025. A l'état de grande distension, nous avons vu leur distance aller jusqu'à 0mm,01.

La nutrition de la fibre musculaire se fait généralement par les vaisseaux sanguins et par leur transsudation nutritive. Bien plus facile à constater chez les animaux supérieurs, la distribution vasculaire dans les muscles affecte en général la direction des cylindres, et les capillaires sont souvent logés dans leurs interstices; toutefois la nature ne s'astreint pas à cette grande régularité, et nous avons figuré des réseaux capillaires des muscles qui, tout en suivant la direction générale des fibres, ne se distribuent cependant pas d'une manière régulière à chaque cylindre. Nous n'avons jamais vu entrer de vaisseaux capillaires dans l'intérieur des cylindres chez les animaux supérieurs. Quant au canal central du cylindre, que l'on observe chez quelques animaux inférieurs, nous n'avons pas encore d'idée arrêtée sur sa nature.

L'innervation des muscles a lieu par la distribution des terminaisons nerveuses dans la substance musculaire. Tout en accordant une grande confiance aux observations récentes de M. Wagner sur la division des fibres primitives ou fibrilles qui se perdraient dans la substance même des cylindres musculaires, nous n'avons pas encore pu les confirmer jusqu'à présent, et en tout cas nous ne pensons pas que ce soit là le mode unique d'innervation des muscles. Nous avons bien évidemment vu des tubes nerveux primitifs nombreux cheminer entre les plans de cylindres musculaires et revenir à des filets nerveux pour constituer ainsi dans leur trajet des anses partout isolées, composées d'un ou de plusieurs tubes primitifs, sans donner lieu au moindre partage dans tout ce trajet. C'est donc par contact en masse et non par pénétration directe et correspondant à chaque cylindre musculaire en particulier, que l'excitation des muscles au moyen du système nerveux nous paraît avoir lieu. La coloration des muscles dépend évidemment d'un pigment particulier, vu qu'on peut les rencontrer rouges chez les animaux à sang blanc, et blancs chez les animaux à sang rouge. Cette matière colorante est du reste si intimement liée à toute la substance de la fibre musculaire qu'on n'y reconnaît point de granules pigmentaires particuliers, quelques cas pathologiques exceptés.

La contraction de la fibre musculaire a préoccupé depuis longtemps les physiologistes. Mais si de notre temps on a fait de fort belles recherches sur cette contraction excitée par le galvanisme et par d'autres agents physiques, on a peut être trop négligé de l'observer partout où elle peut se manifester, sans l'intervention de ces agents artificiels. On a pu voir dans le courant de ce travail (dont nous ne donnons ici que l'analyse) que vivement frappé par les ingénieuses expériences de M. Prévost sur la contraction des muscles du *carabus auratus*, nous avons étudié sur un grand nombre d'animaux inférieurs le mode de contraction musculaire spontanée. Nous avions bien commencé, il y a plusieurs années une série de recherches sur le mode de contraction des muscles sous l'influence du galvanisme, lorsque nous avons eu connaissance du beau travail de M. E.-H. Weber sur le mouvement musculaire, publié dans le DICTIONNAIRE DE PHYSIOLOGIE de Wagner (15e livraison). Ce travail si remarquable est d'une telle exactitude dans toutes ces expériences, qu'après l'avoir lu et qu'après avoir constaté surtout ce que l'auteur dit de la contraction musculaire au moyen des appareils de rotation, j'ai renoncé à pousser plus loin ces recherches pour prendre celles de M. Weber plutôt comme terme de comparaison avec mes propres expériences sur la contraction spontanée.

M. Weber a posé la loi générale qu'à la différence entre les fibres de la vie animale et celle de la vie organique, différence constituée en bonne partie par l'existence des stries transversales dans les premières, correspondait aussi un mode différent de contraction par l'excitation galvanique.

Les muscles de la vie animale se contractent au moment même où on les excite, soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs nerfs et la con-

---

laissait habiter avec sa petite-fille. Toujours je faisais ces deux visites immédiatement l'une après l'autre, c'est-à-dire tantôt du palais au trou à charbon, tantôt de celui-ci au palais; je touchais pour ainsi dire à la fois les deux bouts de l'échelle. Et en vérité je me suis demandé bien des fois, sans pouvoir résoudre la question, quelle était de mes deux malades la plus infortunée. Ce qu'il y a de certain, c'est que la grande dame se plaignait infiniment et plus souvent que la pauvre aveugle. Telle est l'humanité considérée au plus haut comme au plus bas degré, spectacle que nous avons continuellement sous les yeux. Voulez-vous donc connaître l'homme et les hommes en plein et à fond, soyez médecin, puis sachez voir et observer.

— Un petit ressort d'acier à l'aide duquel le chapeau se replie sur lui-même et ne tient que la place d'un cahier de *corrigés*, voilà le chapeau Gibus, et ce chapeau a fait gagner cinq ou six cent mille francs à son inventeur. En 1811, Courtois, chimiste habile, trouva l'iode qui a rendu d'incomparables services à l'humanité. Cependant le pauvre Courtois est mort à peu de chose près dans l'indigence, et les pharmaciens de Paris se sont généreusement cotisés pour faire une pension à sa veuve. Les conclusions d'une pareille différence sont faciles à tirer, et elles ne sont pas à l'honneur de notre société.

— *Le mystère de la génération*. Cette expression est pleine de justesse, même à notre époque où l'on a fait beaucoup de travaux pour que ce grand phénomène ne fût plus un mystère. De toutes les hypothèses faites à ce sujet, la plus ingénieuse est certainement celle de Buffon. On sait que ce grand naturaliste inventa le moule intérieur, puis les molécules organiques qui se rendent de toutes les parties du corps dans ce moule pour former l'être fécondé. Or voici la réfutation qu'a faite un contemporain de la brillante hypothèse de Buffon.

Selon lui, à la fin du quart d'heure voluptueux, quand Ovide et Corinne rassasiés de plaisir sont plongés dans un profond sommeil, leurs *molécules organiques*, qui se trouvent réunies, s'arrangent dans un moule intérieur par une attraction particulière, et Corinne devient mère.

Si les *molécules* fournies par Ovide sont plus nombreuses ou plus actives que celles de Corinne, l'embryon est mâle; sinon il est du sexe de Corinne.

Si la maîtresse d'Ovide recevait dans ses bras un autre Romain plus robuste ou plus voluptueux, les *molécules* organiques du nouvel amant, l'emportant en activité, l'enfant qui en résulterait ressemblerait à son père et la trahison de Corinne serait découverte.

Si, par une suite de cette dépravation, que le luxe et la satiété entraînent, Corinne se livrait à un de ces hommes disgraciés de la nature et qui ne suppléent à la privation de quelques membres que par la vigueur de leur tempérament, *plusieurs moules* manquant au père, et ne pouvant être représentés en petit dans le fœtus, l'enfant viendrait au monde mal organisé, et Corinne serait punie de son crime par la naissance d'un monstre.

— Laissez le temps faire un pas, et vous serez étonné de la décrépitude *précoce* d'une infinité de choses que nous adoptons, que nous croyons, que nous admirons.

traction persiste tant que dure l'excitation galvanique, et dès qu'elle cesse le relâchement des muscles a lieu. Lorsqu'on excite, au contraire, la fibre musculaire de la vie organique, il se passe un certain temps avant que la contraction ait lieu; en revanche elle se prolonge après que l'excitation a cessé et se propage même de proche en proche. M. Weber a retrouvé ce mouvement animal, dans la contraction partout où, même d'une manière exceptionnelle, la fibre musculaire, transversalement striée, pouvait être constatée; c'est ainsi que la fibre striée du tube digestif de la tanche, ainsi que celle de l'œsophage des rongeurs, offre la contraction instantanée, tandis que ces mêmes parties, là où elles sont pourvues de fibres non striées, montrent la contraction tardive. L'iris des mammifères, composé des fibres organiques, montre cette dernière contraction, tandis que celle des oiseaux, qui renferme des fibres musculaires striées, offre le premier mode de contraction. Dans l'œsophage du chien et du chat, on observe l'une et l'autre espèce de fibres et d'une manière correspondante l'un et l'autre mode de contraction. Ces recherches si curieuses du célèbre physiologiste de Leipzig rendent très-probable que dans les animaux inférieurs, chez lesquels la fibre striée n'existe pas, le mode de contraction serait plutôt celui de la fibre organique. Nous avons en effet souvent été frappé combien chez quelques espèces la simple excitation par des instruments mécaniques pouvait exciter des mouvements de contraction et de torsion vermiculaire prolongés, et nulle part nous n'avons vu ce phénomène aussi net et aussi persistant que dans les muscles des organes masticateurs du buccin. Il faudrait toutefois de nombreuses recherches directes sur l'application du galvanisme à la contraction musculaire des animaux inférieurs, avant d'étendre sur eux cette loi formulée par M. Weber. Nous avons donné, dans tout ce mémoire, des détails circonstanciés sur le mode de contraction spontanée des fibres striées; aussi nous bornerons-nous ici à quelques remarques très-succinctes.

Il faut avant tout éviter la grave erreur de prendre pour un mouvement de contraction l'action de divers agents chimiques; c'est ainsi, par exemple, qu'un faisceau musculaire d'une patte d'insecte trempé dans une goutte d'eau montre promptement un mouvement d'épanouissement de faisceaux musculaires qui n'a rien à faire cependant avec les contractions rhythmiques régulières qui durent quelquefois pendant dix à quinze minutes, et que l'on ne commence à observer, au contraire, que lorsque à ce premier mouvement d'épanouissement a succédé une position calme et fixe. Il ne faut pas non plus confondre avec un véritable mouvement l'action des agents chimiques soit acides soit alcalins, même fortement dilués; le mouvement que l'on observe alors est un simple effet d'imbibition et nullement une excitation de la contractilité.

Quant à la véritable contraction, nous en avons signalé le mécanisme, tel qu'on l'observe au microscope pour plusieurs annélides et crustacés et surtout pour un grand nombre d'espèces d'insectes. Il faut distinguer ici la contraction normale brusque et instantanée avec raccourcissement et élargissement du cylindre, le mouvement s'opérant dans la direction rectiligne, suivi d'un relâchement qui fait revenir le muscle du cylindre à son état premier, et le second mode de contraction qui, tout en étant anormal, est cependant utile à connaître, en ce sens qu'il décompose pour ainsi dire le mouvement brusque et instantané de la contraction normale. C'est un mouvement vermiculaire, ondulatoire, se propageant de proche en proche le long du cylindre, mouvement dont on ne saurait nier l'existence tout en ne le regardant pas comme type du mouvement régulier et normal. Quant au mouvement tournoyant du cylindre, nous avons vu que ce n'était qu'un accident dû au manque d'un point d'attache fixe.

Si, en terminant, nous comparons enfin le mode de développement embryonnal de la fibre musculaire dans les animaux vertébrés avec son évolution successive dans les diverses classes d'animaux, nous sommes obligé d'avouer qu'il y a beaucoup plus de différences que d'analogies; et quant à la diversité de la structure des muscles dans les diverses classes, nous pouvons ajouter aux quatre degrés d'évolution signalés au commencement de ces généralités, qu'une des grandes différences entre les animaux classés au bas et au haut de la série animale est que la différence entre la fibre musculaire de la vie animale et de la vie organique, si tranchée dans les vertébrés, disparaît de plus en plus complétement à mesure qu'on se rapproche davantage des classes inférieures.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES; par DORVAULT.

(Suite. — Voir les numéros 46 et 47.)

APPLICATION DE LA MÉDICATION IODIQUE AUX DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES DE L'ORGANISME, QUI LA RÉCLAMENT.

325. Dans cette division, avant tout pratique, de notre travail, nous donnons le résumé aussi substantiel que possible des travaux des auteurs les plus recommandables qui ont écrit sur la médication iodique. Nous l'augmentons de documents encore inédits qui nous ont été communiqués, et aussi, chaque fois que l'occasion s'en présente, de nos propres remarques.

Il est bien entendu que nous ne traitons pas des maladies en elles-mêmes, ce qui serait tout à fait hors de notre compétence, mais seulement de l'application de la médication iodique à leur traitement. Si quelquefois nous touchons à la nosologie, à l'étiologie, etc., et les discutons, ce n'est qu'incidemment et uniquement dans le but d'éclairer, d'appuyer notre pensée.

Dans l'exposé qui suit, nous ne nous occupons également que du degré d'efficacité des iodiques dans chacune des affections que nous passons en revue. Nous avons réservé, pour en faire autant de chapitres distincts, les inductions théoriques, la posologie, le mode d'administration, le régime et les autres accessoires de la médication iodique.

GOITRES (a).

324. C'est contre cette affection qui, avant la découverte de l'iode, faisait le désespoir des malades et des médecins que ce médicament a tout

(a) Goître, de *guttur*, gorge, cette maladie affectant la gorge. Le mot bronchocèle, nom appliqué comme synonyme de goître, a une étymologie analogue; il vient de βρογχος, gorge, trachée-artère, et de κηλη, hernie, tumeur.

— Il y avait jadis un professeur, beau diseur, élégant discoureur et qui faisait profession de scepticisme en médecine, au milieu d'un groupe d'élèves qui l'écoutaient avec un certain étonnement. « Messieurs, leur disait-il, nous avons beau chercher la vérité, elle nous échappe toujours, nous n'en saisissons que le fantôme ou l'apparence. » « Mais monsieur, lui dit un élève, si nous ne pouvons pas parvenir à la vérité, j'aime autant ne pas venir à votre cours. »

— *Bon en théorie, mauvais en pratique*, axiome d'une complète, d'une suprême absurdité.

— Toutes les sciences se tiennent tellement par des liens patents ou secrets, elles sont toutes si étroitement liées, que lorsqu'il s'agit des causes et des lois générales, il est impossible d'en écarter une seule complétement. Elles reflètent l'une sur l'autre la lumière qui les éclaire toutes. La médecine en est un insigne exemple, ses rapports avec les autres connaissances humaines sont aussi profonds que multipliés, et c'est d'elle qu'on peut dire : *Dat omnibus et recipit ab omnibus*.

— On blâme les médecins de faire, en général, une trop grande part à l'organisation; mais, outre que ce reproche est parfois mal fondé, on ne voit pas que c'est à l'aide de l'étude des organes qu'ils s'élèvent à la connaissance pleine et entière de l'homme, autant du moins qu'il nous est donné de l'obtenir. Une crédule et jactancieuse métaphysique peut se renfermer dans de ténébreuses abstractions, placer la vérité sur un trône de vapeurs, en se contentant du vague et de l'insubstantiel; mais peut-elle espérer de connaître ainsi l'homme dans tout son être? Non, sans doute. Je le sais, l'âme, même la plus mêlée à la chair, la plus dominée par les tendances instinctives, la plus obscurcie par la puissance organique, n'en conserve pas moins son caractère indélébile. Le MOI, représenté par une volonté énergique est une force primitive qui domine l'organisme, idée parfaitement rendue par un philosophe moderne, lorsqu'il rappelle ce mot d'un grand capitaine se disposant à marcher au combat. « Tu trembles, carcasse, mais tu tremblerais bien davantage si tu savais où je vais te conduire. » Rien de mieux assurément; mais combien de fois aussi cette volonté, toujours limitée par les conditions organiques, n'est-elle pas en outre domptée, subjuguée par des habitudes, par un type primordial d'organisation qui la tyrannisent sans cesse, misérable esclave, *strascinando la catena*, preuve de sa déchéance et de sa nullité. Vouloir est beau; mais le pouvoir de vouloir, voilà ce qui nous manque, parce qu'il y a un sceau de misère et de faiblesse imprimé à la matière organisée.

— Quand on a exercé la noble profession de médecin pendant de longues années, lorsque les cheveux ont blanchi au service de l'humanité, pour peu qu'on ait réfléchi, on obtient la solution de plusieurs graves questions, parce qu'on a vu une infinité de choses dans leur réalité, et qu'on peut estimer la vie ce qu'elle vaut et la chiffrer au plus vrai. La philosophie, la bonne philosophie, c'est-à-dire l'expression la plus élevée de la raison fortifiée par l'expérience, vient alors pour ainsi dire d'elle-même apporter son flambeau, après avoir contemplé notre pauvre machine dans ses états les plus variés, les plus opposés, après l'avoir vue exposée aux plus cruelles souffrances à cause de cette incu-

d'abord été expérimenté; et c'est une de celles où son action curative n'est plus depuis longtemps hypothétique.

Nous avons dit comment Coindet fut amené le premier à faire cette application et comment les résultats confirmèrent ses prévisions.

Souvent six semaines à deux mois de médication iodique suffisent pour dissiper des goîtres assez considérables. Déjà, après huit jours de traitement, la peau se relâche et semble s'épaissir; la tumeur se ramollit pour diminuer et disparaître ensuite. Cette diminution a généralement lieu d'abord en hauteur, puis en épaisseur; plus tard la tumeur se divise en lobes qui se subdivisent eux-mêmes ensuite.

Tels sont les résultats que l'on obtient avec les goîtres qui, au premier degré et médiocrement volumineux, consistent dans une infiltration gélatiniforme du tissu cellulaire du corps thyroïde. Mais, on le pense bien, les choses ne vont pas toujours d'une manière aussi prompte ni aussi régulière. Des goîtres résistent quelquefois au traitement assidu de plusieurs mois et même de plusieurs années. Il en est en outre de tout à fait réfractaires, tels sont les goîtres dégénérés.

On a fait la remarque que le goître se guérissait mieux dans certains pays que dans certains autres, par exemple, en Suisse qu'à Paris. Cela prouve que le goître varie de nature et qu'il importe d'en tenir compte.

325. C'est sans doute pour n'avoir pas pris garde à ce fait que des praticiens se plaignent de n'avoir obtenu aucun résultat des iodiques contre le goître. Si l'on considère que le terme goître ou bronchocèle a été fâcheusement appliqué à des cas pathologiques d'état et d'origine très-divers, il ne doit pas paraître surprenant qu'on obtienne aussi des résultats différents et même négatifs de l'emploi des iodiques. Certains goîtres, et ceux-là seuls devraient porter ce nom, consistent en une hypertrophie de la glande thyroïde. D'autres consistent en une accumulation de sang dans les vaisseaux ou en une infiltration séreuse dans les tissus; d'autres encore sont constitués par la production dans l'intérieur de la glande thyroïde de produits séreux, muqueux, gélatineux, fibreux, cartilagineux, osseux et même quelquefois par un squirrhe. Il est évident que quelques-uns de ces goîtres, si tant est qu'on puisse donner ce titre à tous ces états pathologiques, se guériraient d'eux-mêmes, que d'autres sont incurables, et enfin que le reste cède avec plus ou moins de facilité aux iodiques. Il y a donc ici, comme en toute question clinique, une affaire de diagnostic.

Le docteur Coindet, qui fait autorité dans la matière, a observé que la marche de la cure était la même, soit qu'il combattit le bronchocèle par l'iode à l'intérieur, soit qu'il l'attaquât par des applications locales. Cependant il n'en conseille pas moins l'administration de l'iode à l'intérieur, malgré le traitement externe, mais il est vrai à plus faible dose.

Parmi les particularités du traitement du goître, nous citerons les suivantes:

Dans quelques cas, le tissu cellulaire qui entoure la tumeur reste gonflé et donne au toucher la sensation d'un kyste vide. Dans d'autres, le goître ne se dissipe qu'incomplétement, mais assez pour n'être plus ni incommode ni difforme.

Assez souvent encore, selon le docteur Bouchacourt, l'hypertrophie du corps thyroïde coïncide avec un kyste. Dans cette occurrence, les traitements interne et externe iodique font tomber l'hypertrophie, mais il reste le kyste, qui ne disparaît qu'en pratiquant la ponction, que l'on fait suivre de l'injection iodée.

Sur quelques goîtres, l'iode est longtemps avant de manifester son action, et le mieux se produit tout à coup, alors que l'on commence à désespérer.

326. Le docteur Lebert parle de goître volumineux dont la fonte, sous l'influence du traitement iodique, a été si rapide, que des accidents ont suivi. Aussi, dit-il, les médecins suisses, qui en ont fort l'habitude, se mettent-ils en garde contre les accidents d'une atrophie trop prompte en ne prescrivant l'iode qu'à faible dose et par des suspensions et des reprises alternatives du traitement.

Voici la statistique clinique du goître d'après les résultats obtenus par quelques expérimentateurs.

Coindet dit avoir guéri plus des deux tiers des goîtreux qu'il a traités.

Irminger en a guéri	50 sur 70
Baup	45 sur 46
Manson.	87 sur 116

Ces résultats ont été obtenus dans l'origine de la médication iodique. Un travail statistique du goître, exécuté dans l'état actuel de l'art, aurait un grand intérêt.

SCROFULE (*a*).

327. Cette affection qui, sous les noms vulgaires d'*humeurs froides* et d'*écrouelles*, maladies répugnantes et héréditaires, faisait le désespoir des familles parce qu'on en guérissait rarement et qu'alors les médecins eux-mêmes la considéraient comme incurable; la scrofule, disons-nous, trouve sa curation dans l'usage de l'iode.

« Cette idée de l'incurabilité de la scrofule, dit le docteur Lugol, explique comment les malheureux qui en étaient atteints se soumettaient aux pratiques les plus illusoires, les plus superstitieuses, aux traitements les plus empiriques, tant il est vrai, chose digne de remarque, que les maux dont on ne guérit pas sont ceux dont les remèdes sont le plus multipliés; tandis qu'au contraire on les voit diminuer de nombre à mesure que la médication spéciale se découvre, se perfectionne. »

328. Si nous mettons de côté les moyens superstitieux, tels que l'observation du cours des astres, les exorcismes, les amulettes, l'imposition des mains, privilége miraculeux que se disputaient les rois de France et d'Angleterre, voire même de véritables médicaments, mais ridiculement appliqués, pour ne parler que des agents thérapeutiques préconisés par des médecins praticiens dignes de ce nom, la liste en sera encore fort longue. Nous citerons d'une manière collective les antiscorbutiques, les toniques, les excitants, les absorbants (les anciens médecins croyaient généralement à la présence d'un ferment acide dans la scrofule: nous reviendrons sur ce point), les purgatifs préconisés surtout par Chauliac, Fuschius, Baillou et Etmuller, les mercuriaux vantés par Bordeu, Paré, Baglivi et Bouvard, les préparations auriques préconisées

(*a*) Scrofule de *scropha*, truie, à cause du gonflement dont le col de cet animal est quelquefois affecté, et que l'on a comparé à l'adénite cervicale, forme type de la scrofule. Strume de *struma* (du verbe *struo*, j'amasse), nom adopté par les auteurs latins pour désigner la scrofule et quelquefois le goître. Ecrouelles de χοιρας (qui tient du porc), nom sous lequel Hippocrate parle de cette affection.

rable folie de vouloir au delà de ce que peuvent donner la puissance vitale et la capacité organique, le médecin comprend que Dieu nous a donné la mesure de connaissance et de félicité proportionnée à notre nature, qu'il faut s'arrêter en tout à certaines limites, et ces limites sont éternelles. Nul ne les franchira, parce qu'à un inconnu impénétrable correspond une invincible ignorance. Aussi le médecin observateur fidèle des lois de l'économie et de la sagesse qui en réalité ne diffèrent pas, tâche de finir dans une douce paix la carrière qu'il a consacrée au bien et à d'utiles travaux. Que lui faut-il, que demande-t-il? Une honnête aisance et le repos de la conscience; ajoutons avec le poëte :

Le désir vrai qu'on nous oublie,
Le travail qui sait éloigner
Tous les fléaux de notre vie;
Assez de bien pour en donner,
Et pas assez pour faire envie.

R. P.

— Le nombre des élèves en médecine dans les facultés de Paris et de Strasbourg a augmenté notablement cette année: le chiffre des premières inscriptions prises du 2 au 15 novembre est à Paris de 377, et à Strasbourg de 121; celui des auditeurs bénévoles (Suisses, Allemands, etc.) est dans cette dernière ville de 48. Le nombre de ces premières inscriptions dans la Faculté parisienne dépasse non-seulement celui de 1848, qui était de 272, mais encore celui des cinq dernières années, qui a oscillé entre 216 et 251.

— On a ouvert en Amérique un établissement de bains affectés à la classe ouvrière. Les bâtiments ont 150 pieds de longueur. La somme qu'il a coûté à établir est de 125,000 fr.

— On a remarqué que le bégayement est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Le docteur Graves cite à ce sujet une famille où cette infirmité s'est reproduite durant trois générations chez tous les individus du sexe masculin, sans attaquer aucunement les individus du sexe féminin.

— Le mécontentement des médecins anglais contre l'Amirauté, les abus de pouvoir et le manque d'égards envers les médecins et chirurgiens de marine sont arrivés à leur comble. Le collége des chirurgiens d'Édimbourg a décidé qu'il ne recommanderait plus aucun candidat aux postes vacants jusqu'à ce qu'une réforme et des lois appropriées aient accordé au corps médical de la marine les prérogatives auxquelles il a droit.

— M. Coste, professeur au collége de France, ouvrira son cours le mardi 18 décembre, à une heure précise, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

par Lalouette et qui comptent encore quelques partisans, les antimoniaux employés par Huffeland, les ferrugineux conseillés par Baumès. Certes on ne peut s'empêcher de reconnaître, en considérant la scrofule dans sa cause et ses effets, ce que ces médications isolées ou sagement combinées entre elles avaient de rationnel, et qu'elles durent rendre des services à une époque où l'antistrumeux par excellence, l'iode, bien que révélé par ses effets dans quelques substances, était tellement dans les limbes du doute et du hasard qu'il était encore à découvrir.

329. Les eaux minérales salines, ainsi que nous l'avons vu plus haut, ont été fort recommandées par Arnauld de Villeneuve. Selon Bordeu, les eaux minérales sulfureuses sont le médicament général des scrofules. Celles de Baréges et d'Eaux-Bonnes, dit-il, donnent au sang une constitution plus vive, plus forte, plus élastique; l'empêchent de se *coaguler*. Les eaux minérales précitées méritent encore de nos jours tous les éloges qu'en ont faits ces deux grandes autorités, et cela ne doit pas étonner puisque ces agents reconnaissent l'iode parmi leurs principes minéralisateurs. Il en est de même des huiles de foie de morue et de raie dont l'introduction officielle dans la matière médicale date de 1790, mais dont l'usage remonte à une époque beaucoup plus reculée.

Citons encore deux médicaments que des praticiens de nos jours, en petit nombre il est vrai, mettent au même rang que l'iode comme antistrumeux : ce sont le noyer (feuilles et brou) introduit dans la matière médicale par le docteur Jurine (de Genève), et rappelé avec beaucoup d'insistance il y a quelques années par le docteur Négrier (d'Angers), puis le chlorure de baryum, employé d'abord par Crawford en 1784 et que les docteurs Baudelocque et Guersant recommandaient d'employer lorsque l'iode était sans effet. Nous verrons bientôt que le docteur Payan a donné dans ces derniers temps le même conseil, mais en déterminant d'avance les cas de scrofule à soumettre au sel barytique.

L'iode ne fût-il efficace que contre la scrofule, et nous verrons qu'il l'est encore plus contre la syphilis tertiaire, que la découverte de ses propriétés antistrumeuses serait encore un immense bienfait pour l'humanité, quand on considère le nombre des individus scrofuleux aujourd'hui répandus dans les populations et mis par lui en quelque sorte à l'abri des stigmates indélébiles de cette déplorable affection.

Si l'on considère la connexité qui existe entre le bronchocèle et la scrofule, on voit que de l'application de l'iode au traitement de celui-là à son application au traitement de celle-ci il n'y avait qu'un pas à faire. Coindet avait trop de sagacité pour que cette analogie lui échappât. C'est donc encore à ce praticien que revient l'honneur de cette application. Après lui une foule de praticiens d'un grand renom s'occupèrent activement du nouveau remède; parmi ces médecins qu'il nous suffise de citer Baup, Biett, Carro, Coster, Brera, Gairdner, Benaben, Manson, Formey, Strauss, Irminger, Magendie, Sablairoles, Kolley, Zinck, Gimelle, Cazenave. Mais aucun de ces praticiens ne s'est assurément autant occupé et d'une manière aussi persévérante de la thérapeutique de l'iode dans les maladies scrofuleuses que le docteur Lugol. C'est donc plus particulièrement le résumé des travaux du scrofulographe de l'hôpital Saint-Louis que nous allons présenter ici.

En effet, pour faire apprécier le degré d'efficacité de l'iode dans la scrofule, nous ne saurions mieux faire que de reproduire les sommaires des observations décrites dans le troisième mémoire du docteur Lugol, qui comprennent à peu près toutes les formes de la scrofule.

330. I. — L'IODE DANS LA SCROFULE TUBERCULEUSE.

Obs. I. — Tubercules ulcérés de chaque côté du col, survenus chaque année au printemps, depuis quatre ans, avec altération profonde de la peau et incrustations : ophthalmie gauche; épiphora abondant. Sept mois de traitement ioduré. Guérison.

Obs. II. — Vaste ulcération tuberculeuse occupant le côté droit du col et de la face; tumeur tuberculeuse au côté gauche du col. Trois mois de traitement ioduré. Guérison.

Obs. III. — Tumeur tuberculeuse dans l'aine droite, ulcérée depuis un mois qu'elle avait été ouverte. Deux mois de traitement ioduré. Guérison.

Obs. IV. — Scrofule tuberculeuse, cellulaire et cutanée; toux habituelle depuis l'enfance, réveillé plusieurs fois par des ophthalmies; arrêt de développement jusqu'à dix-sept ans. Huit mois et dix jours de traitement ioduré pendant lequel survint une hémoptysie. Guérison. Santé générale meilleure qu'à aucune autre époque antérieure au traitement ioduré.

II. — L'IODE DANS L'OPHTHALMIE ET LE CORYZA SCROFULEUX.

Obs. V. — Ophthalmie double de cinq mois avec cécité; carie scrofuleuse dans le premier âge. Guérison après cinq semaines de traitement ioduré.

Obs. VI. — Ophthalmie scrofuleuse purulente; coryza des plus intenses; ramenés en quelques jours à l'état d'ophthalmie et de coryza ordinaire par un traitement local ioduré énergique, et guéris ensuite par ce même traitement plus modéré, associé à l'usage intérieur de l'iode.

III. — L'IODE DANS LA SCROFULE CUTANÉE.

A. Dans la scrofule cutanée ulcéreuse.

Obs. VII. — Scrofule cutanée, existant depuis douze ans, sur un individu dans un état de souffrance et de marasme impossible à décrire. Six mois et vingt jours de traitement ioduré. Guérison.

Obs. VIII. — Vieux ulcères scrofuleux larges et profonds sur diverses parties du corps. Cinq mois et quelques jours de traitement ioduré. Guérison.

B. Dans la scrofule cutanée esthiomène.

Obs. IX. — Scrofule esthiomène du nez, de la lèvre supérieure et des joues. Guérison après trois mois de traitement. Récidive; nouvelle guérison obtenue au bout de cinq semaines.

Obs. X. — Tubercules cervicaux; esthiomène du col et de la face; absence d'hérédité et de causes occasionnelles des auteurs. Traitement ioduré d'un an. Guérison.

IV. — L'IODE DANS LA SCROFULE CELLULEUSE.

Obs. XI. — Abcès froid, gros comme les deux poings, au côté gauche du col. Ponctions; injections iodurées; pansements iodurés; eau minérale iodurée. Guérison en six semaines.

Obs. XII. — Ophthalmie double depuis la plus tendre enfance. Depuis l'âge de 18 ans, plusieurs abcès fistuleux sur la fesse gauche, la région lombaire, l'épine antérieure supérieure de l'os des iles, la cuisse, l'aine du même côté. Cinq ulcères tuberculeux au col. Cas singulier d'hérédité. Quatre mois et vingt jours de traitement ioduré. Guérison.

Obs. XIII. — Six ulcères fistuleux dans l'épaisseur de la cuisse gauche; hypertrophie, induration du tissu cellulaire de ce muscle; ulcère longitudinal croisant obliquement de haut en bas la clavicule gauche; carie de la rotule de ce côté; ulcère fistuleux dans la région moyenne postérieure de la cuisse droite. Huit mois de traitement ioduré. Guérison.

Obs. XIV. — Scrofule des tissus cellulaire et graisseux des membres abdominaux qui avaient acquis des dimensions éléphantines, offrant un nombre infini de cicatrices, plusieurs tumeurs celluleuses, plusieurs ulcères fistuleux; aménorrhée. Sept mois et demi de traitement ioduré. Retour des menstrues; les membres avaient repris leur volume et leur forme normale; la plupart des fistules étaient taries; celles qui restaient étaient près d'être fermées. La malade est sortie de l'hôpital par des contrariétés.

V. — L'IODE DANS LA SCROFULE DES OS.

Obs. XV. — Tumeur blanche du coude avec carie et abcès; scrofule congéniale non héréditaire. Cinq mois de traitement ioduré. Guérison.

Obs. XVI. — Tumeur blanche de l'épaule droite; plusieurs abcès froids fistuleux; marasme du bras; colliquation générale. Traitement ioduré de dix mois. Guérison très-avancée. Récidive très-alarmante, traitée localement d'une manière énergique; la malade guérit de nouveau. Depuis trois mois, il ne reste que trois petits trajets fistuleux, peu profonds, qu'on pansait avec de petits plumasseaux enduits de pommade iodurée que j'ai remplacés depuis quelques jours par de simples excitations, au moyen de solutions concentrées d'iode.

Obs. XVII. — Tumeur blanche fistuleuse du genou gauche guérie en deux mois, avec ankylose, par les préparations iodurées et l'exercice, chez un malade qui avait été alité pendant dix ans, pour une tumeur de même nature, du genou opposé.

Obs. XVIII. — Tumeur blanche du genou droit, percée de trois fistules en dedans et en dehors, avec hypertrophie, induration des parties molles de la moitié interne de la cuisse. Traitement ioduré de trois mois. Guérison.

Obs. XIX. — Hydarthrose; tumeur blanche du genou gauche. Traitement ioduré de trois mois. Guérison.

Obs. XX. — Luxation spontanée ancienne; consolidation de l'articulation coxo-fémorale gauche; formation, sur cette articulation, d'abcès et de trajets fistuleux; traitement antiphlogistique; régime analogue; repos du lit pendant près d'un an; progrès de la maladie jusqu'au marasme. Traitement ioduré de six mois. Guérison complète.

Obs. XXI. — Coxalgie droite; abcès fistuleux dans le tiers supérieur interne de la cuisse; abcès froid dans la fosse iliaque externe; fièvre marasmoïde; trois escarres au sacrum; diarrhée colliquative. Cinq mois de traitement ioduré. Guérison.

Obs. XXII. — Luxation spontanée effectuée du fémur droit, avec deux abcès froids fistuleux symptomatologiques; sortie de quatorze esquilles du fémur par l'une de ces fistules. Guérison par un traitement ioduré de seize mois, pendant

lesquels le malade a marché presque tous les jours au promenoir de l'hôpital ou dans la salle (*a*).

Obs. XXIII. — Carie vertébrale; abcès froid lombaire; tumeur blanche du bras droit percée de quatre fistules, par l'une desquelles étaient sorties six esquilles du cubitus; tumeur blanche du bras gauche fistuleuse, avec sortie d'une esquille du cubitus; tumeur blanche du genou gauche, etc.; marasme au plus haut degré. Six mois de traitement ioduré. Guérison.

Obs. XXIV. — Tumeurs tuberculeuses; tubercules ulcérés dans toutes les régions cervicales; caries fistuleuses de l'os maxillaire inférieur et de l'os malaire droit. Traitement ioduré de six mois. Les tubercules et les ulcères tuberculeux guérissent; les deux fistules donnent issue chacune à une esquille du maxillaire inférieur; elles se ferment. Cet os reste hypertrophié. Le malade ne peut écarter les mâchoires de plus de 3 lignes.

Obs. XXV. — Tubercules du col et de la face ulcérés; caries de l'os malaire gauche et du corps maxillaire inférieur du même côté chez un homme de 21 ans, rachitique depuis l'âge de 4 ans. Traitement ioduré de cinq mois. Guérison des tubercules et de la carie de l'os maxillaire. On continue le traitement; on le modifie de toute manière. La carie de l'os malaire n'a éprouvé aucune amélioration (*b*).

331. A la suite de cet exposé, nous devons faire remarquer une chose : c'est que l'on se ferait une fausse idée des résultats de la médication iodique chez les scrofuleux en acceptant cette suite d'observations sans réflexion aucune. En effet, ces observations ont trait, à part une couple de cas où la réussite n'a pas été complète, à des cas tous suivis de guérison. Il s'ensuivrait, si l'on admettait ces faits sans contrôle, que l'iode serait un moyen infaillible contre la scrofule; qu'il n'y aurait qu'à en faire l'application pour être certain de la cure. Malheureusement il n'en est pas ainsi; car à côté du succès il y a l'insuccès. Nous dirons plus: y a-t-il guérison radicale dans toute la rigueur du terme, de la scrofule par l'iode, autrement dit l'iode fait-il qu'un individu atteint de scrofule en perde complétement le germe? On peut en douter. Nous considérons donc que le docteur Lugol, dans son dernier mémoire, n'a voulu que donner des exemples de ce que l'on pouvait obtenir de ce précieux médicament.

Dans son premier mémoire, le docteur Lugol a établi la statistique des succès et des insuccès qu'il a obtenus sur un nombre donné de malades; le voici : de 109 malades scrofuleux traités dans le cours de seize mois, trente ont quitté l'hôpital avec des amendements notables; quatre ont vu le traitement inefficace sur eux; trente-six sont sortis complétement guéris; enfin trente-neuf étaient encore en traitement, et dont le plus grand nombre en voie de guérison.

Mais il faut reconnaître aussi, en retour, que ces chiffres représentent les résultats obtenus, dans l'enfance de la médication iodique, contre la scrofule; alors que les modes d'administration étaient excessivement bornés, que les accessoires du traitement n'étaient pas connus, arrêtés comme ils l'étaient déjà à l'époque où le scrofulographe de l'hôpital Saint-Louis écrivait son troisième mémoire, et surtout comme ils le sont aujourd'hui. Ajoutons qu'en adoptant franchement l'emploi de l'iodure potassique sans addition d'iode contre la scrofule, pouvant aller plus hardiment, on ferait faire de grands progrès au traitement de cette affection. Nous reviendrons sur cette dernière proposition.

332. Faisons encore une réflexion. Nous allons voir dans le chapitre suivant que les iodiques, remèdes héroïques dans la syphilis, sont loin d'avoir la même efficacité dans toutes les périodes de cette affection. Ne pourrait-il pas en être de même dans la scrofule? L'iode ne serait-il pas plus efficace dans la scrofule héréditaire que dans la scrofule acquise? dans l'adénite, l'arthrite, l'ostéite scrofuleuse, que dans le simple bourrelet ganglionnaire, l'altération des fluides, et *vice versâ?* Les auteurs anciens et modernes ne nous paraissent pas s'être occupés sérieusement de la nosologie de la scrofule. Bordeu, il est vrai, reconnaît trois phases dans toutes sortes d'écrouelles : l'état latent, l'état patent et la dégénérescence. Parmi les auteurs modernes, le docteur Guersant père admettait quatre phases dans la scrofule : l'incubation, la localisation, la dépuration et la terminaison. Le docteur Lugol et d'autres auteurs ont bien encore établi des divisions, réuni en groupes nombreux les affections scrofuleuses; mais on comprend de suite que ce ne sont pas là les divisions dont nous entendons parler; qu'elles ne répondent pas à celles que l'on reconnaît dans la syphilis : qu'elles établissent, dénomment les phases de l'évolution de chacune des formes de la scrofule, mais ne classent pas ces formes elles-mêmes par rapport à leur ordre de succession et de transformation. Il y a là, nous le croyons du moins, une étude à faire qui pourra grandement contribuer à fixer sur la valeur thérapeutique de l'iode selon les formes de la scrofule (*a*).

(*La suite au prochain numéro.*)

(*a*) Le docteur Lugol, contrairement à la majorité des praticiens, qui, avant ses expériences, conseillaient de tenir les malades au repos, préconise l'exercice du corps dans les cas de tumeurs blanches du pied, du genou, de la hanche, etc.

(*b*) A l'occasion de cette observation, le docteur Lugol fait remarquer que l'iode procure des guérisons incomplètes qui améliorent beaucoup la position des malades.

(*a*) Le docteur Payan (d'Aix) a cherché récemment à déterminer les cas de scrofule qu'il convient de soumettre à l'iode, et ceux qui doivent être soumis à l'hydrochlorate de baryte, qui, suivant cet habile praticien, jouit d'une action hyposthénisante marquée « En général, dit-il, on se représente la constitution scrofuleuse comme le développement extrême, comme l'exagération du tempérament lymphatique avec débilité générale des organes et des fonctions. Or une observation attentive prouve que des symptômes scrofuleux peuvent se rencontrer chez des individus à fibre sèche, à teint brun, à cheveux noirs, à tempérament autre que le lymphatique; en un mot, de même que les lymphatiques ne sont pas tous scrofuleux, de même les scrofuleux ne sont pas tous lymphatiques. De cette différence dans le caractère de la maladie, en résulte une fort grande dans la thérapeutique qu'on doit lui opposer : tonisez, excitez par tous les moyens les premiers (scrofuleux iodiques); mais employez les sédatifs et les hyposthénisants chez les derniers (scrofuleux barytiques) » Cette distinction ingénieuse et vraie, quant aux malades, a, nous croyons, besoin de la sanction de l'expérience quant aux remèdes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

FOETUS MONSTRUEUX CÉLOSOMIEN (1); SPINA-BIFIDA DE LA RÉGION DORSALE; ABSENCE COMPLÈTE DES VERTÈBRES LOMBAIRES; INVERSION DES MEMBRES INFÉRIEURS; par M. le professeur Dubreuil (2).

Pour exposer avec quelque méthode les monstruosités, anomalies, réunies sur le sujet dont nous traçons l'histoire, nous dirons d'abord ce qui a été constaté sans le secours de la dissection, et ce qu'elle a fait découvrir.

Obs. — Le fœtus touchait au sixième mois de la vie intra-utérine. Le système pileux est plus abondant qu'il n'a coutume de l'être à cette période de l'existence; la tête volumineuse est supportée par un cou qui, malgré sa brièveté apparente, n'en est pas moins constitué par sept vertèbres distinctes. La base du thorax est tellement rétrécie qu'elle l'emporte peu en capacité sur le sommet. Bien que nous ayons à regretter que l'autopsie de la poitrine et de l'abdomen ait été pratiquée déjà depuis longtemps, et peut-être pas avec toutes les précautions désirables, quand le fœtus a été soumis à notre examen, nous avons facilement constaté que la paroi antérieure de cette dernière cavité a dû rester congénitalement ouverte, par suite d'une véritable éventration. Les viscères abdominaux placés en dehors étaient privés de leur enveloppe cutanée et fibreuse normales, revêtus du péritoine seulement, ils étaient contenus dans la gaîne du cordon ombilical.

De la partie postérieure du dos, on voit saillir une tumeur volumineuse, molle, de la grosseur d'une orange, étendue de la région dorsale à la région sacrée. Le toucher fait percevoir une dépression longitudinale, due à l'absence de l'arrière-train des vertèbres, et annonçant l'existence d'un spina-bifida, suite d'hydrorachis. L'ouverture anale est oblitérée, et les organes génitaux masculins ne sont pour ainsi dire qu'ébanchés. Le membre abdominal gauche, plus élevé que le droit, est tellement contourné, que sa face interne est antérieure et l'externe postérieure. Le membre inférieur droit, situé plus bas que son congénère, est encore plus complétement dévié, puisque sa face postérieure regarde en avant, alors que l'extrémité antérieure du pied est tournée en arrière. Les pieds sont affectés de varus (3)

Après l'exposition des anomalies visibles à l'extérieur, procédons à l'examen de celles appréciables par le secours du scalpel. Jetons un coup d'œil sur la tumeur recouvrant la partie postérieure et inférieure du tronc, tumeur due à l'existence d'un spina-bifida, rempli par un liquide séreux, et dont les parois, incisées de dehors en dedans, nous offrent la peau, une membrane fibreuse qui est la dure-mère distendue par l'épanchement, des membranes plus internes dues à l'arachnoïde et à la pie-mère spinales; enfin un tronçon de moelle épinière détruit à sa partie inférieure.

Cavité thoracique. Ce qui étonne d'abord, c'est l'étendue considérable du diamètre perpendiculaire, par suite de l'insertion insolite du diaphragme plus bas qu'à l'ordinaire.

Le cœur, réniforme, affecte la disposition suivante. La portion ventriculaire

(1) De κηλη, hernie, et de σωμα ventre.

(2) Ce fœtus m'a été apporté de Valparaiso par le docteur Commeiras, chirurgien de première classe de la marine. La partie descriptive de l'observation a été rédigée sous mes yeux par M. BoulIech, prosecteur de la Faculté, et je suis garant de l'exactitude des détails auxquels j'ai dû joindre quelques réflexions.

(3) Si ce genre de pieds-bots est assez peu apparent sur le squelette, c'est que le préparateur a exercé une certaine violence pour les replacer dans leur position naturelle.

est aplatie, le bord gauche convexe, le droit concave; l'oreillette droite n'occupe plus la base de l'organe, mais descend sur le bord droit pour se prolonger vers le lieu où se trouve le sommet. Quant à l'oreillette gauche, peu développée, on la découvre à la partie la plus reculée de la base du cœur.

Née comme à l'ordinaire, l'artère pulmonaire contourne l'aorte, et, à une distance de près de 2 centim., fournit à gauche une branche d'un gros calibre, à direction oblique de bas en haut, et de droite à gauche se ramifiant dans le poumon de ce côté. La pulmonaire émet un peu plus haut et à droite une autre branche plus petite que la précédente, affectant la même disposition envers le poumon droit. Après l'émission de ces deux branches, l'artère à sang noir poursuit son trajet descendant, recourbée d'avant en arrière, vis-à-vis l'origine des bronches, et recevant par sa convexité l'extrémité de la crosse aortique: remarquable anastomose, dont résulte un tronc unique qui, se portant sur les parois latérales gauches de la colonne vertébrale, constitue ainsi l'aorte thoracique descendante; celle-ci, après son passage à travers l'ouverture diaphragmatique, envoie une branche considérable à la masse intestinale, et vient se continuer avec la crurale droite. Née en arrière, l'aorte se porte bientôt en avant, recourbée au-dessus de la pulmonaire, décrivant une véritable incurvation, pour se continuer par son extrémité avec l'artère pulmonaire.

La cavité abdominale, très-petite, est à peu près vide des viscères qu'elle a coutume de contenir. Le tube digestif, très-court, se termine par une sorte d'ampoule ou cloaque, recevant l'uretère gauche.

Les reins sont volumineux, l'uretère droit se rend dans la vessie, et la cavité pelvienne n'existe pour ainsi dire pas.

On distingue, sur le squelette mis à nu, les particularités suivantes: la colonne vertébrale n'est plus composée que de vingt et une pièces, parmi lesquelles on compte sept cervicales, douze dorsales, le sacrum et le coccyx.

Rien de particulier à signaler pour la colonne cervicale, mais la dorsale décrit une courbure très-légère, à concavité droite, et à convexité gauche. Le point culminant de l'incurvation répond à la jonction de la deuxième vertèbre dorsale avec la troisième. A cette courbure en succède une autre, à direction inverse, occupant la partie inférieure de la colonne dorsale, courbure au niveau de la sixième vertèbre dorsale, et dépendant d'une véritable torsion des vertèbres correspondantes: on voit leurs corps inclinés à droite; la moitié de l'arc vertébral de ce côté est élevé, tandis que l'opposé est surbaissé; aussi les trous de conjugaison sont-ils tournés en avant.

Quant aux vertèbres lombaires, elles manquent en totalité (1).

Formé en arrière par la colonne dorsale, le thorax ne présente à droite que onze côtes. La direction de ces arcs n'a rien que d'ordinaire jusqu'au cinquième; mais à partir de celui-ci, ils sont très-rapprochés, inclinés en bas et situés obliquement. Les deux dernières côtes sont soudées par leur angle. Il résulte de cette obliquité que la face interne des trois ou quatre dernières est presque en contact avec la convexité de la dernière courbure de la colonne vertébrale, et qu'aussi le bord antérieur de la dernière côte touche la crête iliaque correspondante, disposition du reste facile à comprendre par l'absence des vertèbres lombaires.

La paroi thoracique gauche n'est composée que de dix côtes. La sixième et la septième sont disposées en sens inverse; leur bord supérieur est convexe, l'inférieur concave, leur extrémité antérieure, dirigée en bas; de sorte que les cinquième et sixième côtes ressemblent assez bien à deux courbes tangentes, en contact seulement par leur partie moyenne. Il y a soudure des trois dernières côtes entre elles; toutefois, malgré cette réunion insolite, on distingue des traces de division près de leurs articulations antérieures et postérieures.

Les os iliaques offrent une disposition très-singulière: le droit occupe un plan plus postérieur que celui du côté opposé. La partie large de l'ilion, à courbure inverse de celle qui lui est naturelle, montre la face externe planiforme en avant et convexe en arrière; et telle est son inclinaison, que la crête iliaque devient antérieure, et que les deux épines iliaques antérieures regardent en bas. La face interne est aussi plane.

L'ischion a sa face externe en avant et en dehors, tandis que l'interne est placée en arrière. Le corps du pubis, ainsi que sa branche horizontale, affectent une direction verticale inférieure. Situées en bas, les cavités cotyloïdes sont très-rétrécies. L'os coxal gauche, dans sa région iliaque, offre une direction assez analogue à celle de son congénère. L'ischion regarde en avant et en dedans par sa face interne, et dans une disposition inverse, par l'externe. Le pubis est placé tout à fait horizontalement; la cavité cotyloïde, déformée, est superficielle.

Nous arrivons à l'anomalie de position des membres: on aperçoit sur le fémur droit une courbure très-prononcée, à convexité antérieure, alors que le fémur gauche est rectiligne. La tête fémorale, supérieure en volume au cotyle, est hors de sa cavité, à laquelle elle est comme suspendue par un ligament interarticulaire, aplati, membraniforme. La face postérieure du fémur regarde directement en dehors. Le tibia subit un mouvement de torsion plus prononcé encore, puisque la face postérieure est devenue tout à fait antérieure. Le bord interne du pied est fortement relevé. Le fémur gauche est légèrement dirigé en dehors. Le tibia a la même inclinaison.

(1) Ce n'est qu'après un examen répété du rachis que nous avons enfin établi l'absence complète des vertèbres lombaires; nous l'avons étudié avant qu'il fût réduit à l'état sec: une investigation superficielle pouvait induire en erreur, surtout en considérant la colonne vertébrale par sa partie antérieure; ici, au bas de la région dorsale, à l'origine et sur les côtés de la sacrée, on distingue plusieurs germes osso-cartilagineux, qui paraissent appartenir aux vertèbres lombaires non développées; mais avec quelque attention, on reconnaît des noyaux osseux appartenant aux masses apophysaires, placés à de grandes distances, déjetés en dehors par la présence de l'hydro-rachis; d'ailleurs guidé par le principe de connexion, ne peut-on affirmer que l'os qui sépare les os coxaux n'est en réalité que le sacrum?

Après la description de ce fœtus, qui semble destiné à présenter la réunion de plusieurs monstruosités, anomalies, on est comme malgré soi conduit à rechercher, dans les annales tératologiques, les faits plus ou moins analogues au précédent. Ce n'est pas tout encore: l'esprit n'est-il pas désireux de saisir l'affinité qui lie la plupart de ces vices de conformation, et d'apprécier autant que possible leur mutuelle subordination?

Pour nous conformer à l'ordre chronologique, rappelons que Méry (HISTOIRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1740, p. 42) a mentionné l'observation d'un fœtus humain monstrueux, dont l'épine du dos était contournée de telle sorte que la poitrine et l'abdomen, vus par devant, les parties extérieures de la génération, les genoux et les pieds se trouvaient placés en arrière du corps. Les trois cavités, de la tête, de la poitrine et du ventre, étaient toutes ouvertes; la voûte du crâne, le sternum, le péritoine et les muscles abdominaux manquaient. Nous passons sous silence les vices de conformation du cœur et des gros vaisseaux.

On lit dans le JOURNAL DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE (janvier 1773, p. 27) l'histoire d'un fœtus monstrueux, publiée par le docteur Gastellier (de Montargis). Une femme jeune accouche de deux enfants au cinquième mois et demi de la gestation; l'un des jumeaux est bien conformé, tandis que chez l'autre, dont le placenta est isolé, la poitrine et l'abdomen ne forment qu'une seule cavité, à laquelle adhère une poche membraneuse d'un tissu si fin et si diaphane que l'enfant ayant survécu une heure à sa naissance, on a pu apercevoir très distinctement les pulsations du cœur, qui appuyait sur l'os iliaque gauche. Les fesses sont situées en avant et en bas, c'est-à-dire qu'elles sont inclinées vers le côté gauche du visage. Par cet arrangement extraordinaire, elles sont antérieures, au lieu d'être postérieures. On ne peut distinguer à l'extérieur aucune trace d'anus ni d'organes générateurs. A la dissection, telle est l'ectopie de certains viscères que le thymus, les poumons et le cœur recouvrent le sacrum et le coccyx. Quoique l'auteur ne soit pas très-explicite à l'occasion d'une tumeur qu'il signale comme ayant des racines à la partie postérieure des dernières vertèbres dorsales, on ne saurait méconnaître l'existence d'un véritable spina-bifida.

Quant au squelette, comme dans celui que nous avons étudié, on ne voit que onze côtes droites et six seulement à gauche. La colonne vertébrale est courbée vers sa région moyenne d'arrière en avant, de telle manière que le sacrum et le coccyx forment une saillie considérable en avant, disposition toute contraire à celle que ces os affectent ordinairement. On aperçoit, mais toujours en devant, les parties postérieures des ilion, ischion et pubis. La face antérieure des fémurs, tibias et péronés se rencontre tout à fait en arrière.

On lit dans Sandifort (OBSERVATIONES ANATOMICO-PATHOLOGICÆ, année 1779, liv. III, ch. I, p. 37) ce qui suit: Une femme de 45 ans, enceinte pour la neuvième fois, était parvenue au troisième mois de la grossesse, quand elle se laissa choir sur un pont couvert de glace; elle tomba sur le côté gauche du corps. La douleur fut telle qu'elle éprouva une syncope et ne put se relever. Les douleurs se calmèrent sans cesser entièrement; elles persistèrent même jusqu'au septième mois de la gestation, époque à laquelle l'accouchement eut lieu avec facilité. L'enfant, qui était monstrueux, expira tôt après la naissance. Le développement du crâne, considérable en arrière et révélant une hydrencéphalie, cachait en partie la région cervicale très-courte. Le thorax était sensiblement rétréci, et plusieurs côtes étaient dépourvues de cartilages. (J'omets de mentionner nombre d'autres anomalies.) Les viscères ordinairement renfermés dans l'abdomen faisaient saillie en dehors de la cavité, dans laquelle ils n'avaient jamais été contenus; ils étaient renfermés dans la gaîne du cordon ombilical. Un spina-bifida occupait le dos et les lombes. Sans torsion aucune du rachis ou changement dans la forme et les rapports des os coxaux, il existait une rétroversion des membres inférieurs, avec pied-bot, talus pour le droit. Je rapporterai les paroles de l'auteur: *Femoris ossa, superiore parte cum innominatis rite articulata, sensim versus inferiora una cum cruris ossibus sic contorta erant, ut non genu, sed poples, ab anteriore conspiceretur, et pedes mirandam formam, singularemque haberent situm, ex adjectis figuris satis cognoscendum* (1).

A ces quatre cas de *célosomie* et *inversion des membres inférieurs*, recueillis dans l'espèce humaine, joignons le suivant fourni par un quadrupède: ce fait, nous l'empruntons à un de nos anciens et affectionnés élèves de l'École pratique, aujourd'hui habile professeur de zoologie à la Faculté

(1) Trois planches sont jointes à cette observation.

des sciences de Toulouse. M. Joly a publié, en 1845, un mémoire sur un monstre *streptosome*, avec un dessin annexé au texte. Le sujet est une pouliche née morte au haras de Giroflay. Placés hors des parois de l'abdomen, les organes normalement contenus dans cette cavité sont ici renfermés dans un sac membraneux ; les viscères du thorax sont également déplacés. Le rachis a éprouvé une singulière torsion dans la région lombaire, torsion que partagent les membres postérieurs ; ils apparaissent contournés de telle sorte que ce qui devrait être placé en arrière l'est directement en avant. A l'occasion de ce mode de monstruosité, notre collègue a créé le genre *streptosome* (corps tordu), nous l'admettons sans difficulté, car, en tératologie surtout, quand les faits présentent entre eux les caractères d'une parenté évidente, il importe de les grouper, les dénommer, pour rendre claire et facile la diagnose du genre.

Il importait de colliger plusieurs exemples de ces déviations organiques, compliquées et réunies sur le même individu, car un fait isolé a par lui-même peu de valeur ; sont-ils au contraire multipliés et parfois presque identiques, au point de vue de la tératologie, alors on arrive à concevoir que la complication des monstruosités n'est pas toujours inextricable. Parmi ces abnormités, attachons-nous à celles se reproduisant avec une sorte de constance, en entraînant d'autres qui leur sont comme subordonnées, ou dans une mutuelle dépendance.

La rapide analyse des observations rapportées devient ici indispensable : on a vu que leur nombre s'élève à cinq, quatre empruntées à l'espèce humaine ; l'autre fournie par un fœtus de grand mammifère. Établissons d'abord le caractère essentiel, dominant dans toutes ces anomalies. Ne se retrouve-t-il pas dans l'éventration, ou mieux dans cette situation congénialement extra-abdominale, des viscères qui n'ont jamais occupé la cavité qui leur est assignée, mode de vice de conformation qui a servi à M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire pour créer le genre *célosome* (1). Ce n'est pas une hernie, il n'y a pas de traces de rupture, et d'ailleurs les organes ne sauraient avoir perdu droit de domicile dans une cavité splanchnique, puisqu'ils ne l'ont jamais occupée. N'est-ce pas une véritable ectopie ? Ce qui constitue cette monstruosité, c'est la permanence d'un état qui, dans les circonstances ordinaires, ne devait être que transitoire. Faut-il donc rappeler que chez l'embryon, une des parties les premières formées est l'abdomen, et l'on répète même que le produit de la conception n'est alors qu'un abdomen. Quand l'intestin se développe, une partie seulement est contenue dans le ventre, le reste du tube digestif se trouve renfermé dans la base de la gaîne du cordon ombilical, appendice ou prolongement des parois abdominales. Eh bien ! dans le fait en question, la communication des intestins avec le cordon, loin d'avoir eu un terme marqué, a duré jusqu'à la naissance. Cette anomalie se complique quelquefois de la fusion du ventre et du thorax en une cavité unique résultant de la division ou perforation originelles du diaphragme, se combinant aussi avec la fissure du sternum ou sa non-réunion sur la ligne médiane. A ces vices de conformation accompagnant d'une manière assez constante la célosomie, il en est d'autres s'étendant à la partie terminale du tube digestif, aux organes générateurs et urinaires. Les changements qu'ils subissent, en ce qui intéresse surtout leur situation et leurs rapports, n'ont rien de surprenant, quand on réfléchit que, relégués dans la même enceinte, en contact plus ou moins médiat avec les intestins, dont en général la fixité n'est pas invariable, ils partagent avec eux toutes leurs chances de déplacement.

Comment expliquer avec quelque apparence de probabilité cette inversion des membres inférieurs, que l'on retrouve encore dans la *simélie*, mais avec fusion plus ou moins complète des fémurs, tibias, sorte de monstruosités dont nous parlerons ailleurs ?

Dans ce groupe de multiples déviations, le lien qui unit la célosotomie au changement de position des membres nous échappe, et ce dernier vice de conformation, s'il existe même isolément, reste sans explication. Cet aveu, on le trouve consigné par M. Isidore-Geoffroy-Saint-Hilaire, dans son bel ouvrage sur les *anomalies de l'organisation*. Loin de nous la prétention d'être plus heureux que celui qui a écrit en maître sur ce sujet ; cependant, nous appuyant sur les faits que nous avons publiés, voyons si, dans leur affinité tératologique, les uns ne servent pas à éclairer l'étiologie des autres. Chez les individus monstrueux dont nous avons reproduit l'histoire, on voit une coïncidence ou combinaison marquée entre la rétroversion des membres et l'existence d'une torsion plus ou moins considérable des vertèbres dorsales inférieures lombaires, et parfois du sacrum. Dans l'observation qui nous est propre, la région lombaire manquait sans qu'aucun vestige la rappelât, tandis que d'autre part la direction, la forme des os coxaux, s'éloignaient de ce qu'elles ont coutume d'être. Que si l'on nous objectait que nous attribuons tout au système osseux rachidien, qui n'est que dominé dans son développement par celui de la moelle, nous rappellerons que sur le fœtus de Valparaiso, soumis à notre examen, après avoir longtemps macéré dans l'alcool, nous constatâmes facilement l'absence de la moelle épinière dans sa partie la plus déclive, puisqu'elle ne descendait pas jusqu'à l'avant-dernière vertèbre dorsale. C'est aussitôt après l'apparition du germe que l'on peut distinguer les premiers linéaments du rachis, se traduisant par ce que l'on est convenu d'appeler la corde dorsale ; elle n'est à vrai dire qu'une ébauche de la colonne épinière, c'est du tissu cellulaire disposé en forme de tube ; néanmoins la moelle spinale s'organise, et ne faut-il pas un certain laps de temps avant que le canal destiné à la protéger parvienne à l'état cartilagineux et osseux ? L'hydropisie de la moelle ou de ses méninges a perturbé, enrayé toute formation des vertèbres lombaires.

La notion de la causalité si difficile à saisir dans les sciences en général l'est plus encore dans la tératologie ; et tout en reconnaissant la puissante intervention des lois de l'organisme dans les phénomènes de la monstruosité, il faut aussi faire une certaine part à la pathologie.

Nous n'avons point à parler de la préexistence des germes, et par suite de celle des organes, théorie tout hypothétique, qui ne figure aujourd'hui que dans le domaine de l'histoire ; mais à combien de causes pathogéniques est en but l'embryon dans sa connexité avec ses organes d'existence passagère, substitués l'un à l'autre et servant à sa nutrition avant le développement du placenta ! On ne pourrait méconnaître le parti que Geoffroy-Saint-Hilaire a tiré des maladies dont il est le siége, de celles des membranes et des brides qu'elles peuvent présenter accidentellement, pour expliquer certains genres de monstruosités. Notons que, dans la plupart des abnormités qui nous ont occupés, le cordon ombilical se faisait remarquer par sa brièveté extrême.

D'ailleurs, sans trop accorder aux causes mécaniques, on est forcé d'admettre que dans le cours de la grossesse la diminution des eaux de l'amnios ne met pas toujours l'enfant à l'abri des contractions subites et violentes de l'utérus.

Enfin les individus mal conformés et servant de texte à cette publication viennent encore surabondamment prouver la justesse de l'axiome tératologique, établissant sur le même être la pluralité plutôt que l'unité des monstruosités ; pour ne rappeler que le premier fœtus que nous avons décrit, quelle longue série de déviations du type naturel, de variétés, anomalies, vices de conformation, monstruosités ! Parties molles, parties dures, organes affectés à des fonctions diverses, la plupart sont atteints dans leur conformation interne et externe, comme dans leurs connexités. Disons en terminant, pour ceux qui seraient préoccupés du désir de comparer à l'état normal de quelques animaux, l'inversion des membres inférieurs observée dans l'espèce humaine, que cette abnormité se trouve naturellement dans les membres postérieurs des cheiroptères : ici la face ordinairement antérieure du fémur est tournée en arrière, et l'extrémité inférieure dirigée en dehors.

OBSERVATION D'UNE ANGINE QUI A NÉCESSITÉ LA TRACHÉOTOMIE ET CAUSÉ LA MORT ; communiquée par le docteur LUCIEN PAPILLAUD, médecin à Porto-Alègre (Brésil).

OBS. — Émilie Davies, enfant de 9 ans, d'une constitution moyenne, ayant l'habitude de se promener pieds nus dans l'intérieur de sa maison et même dans une cour constamment humide, devait à cette coutume de fréquentes inflammations du pharynx, qui jusqu'alors avaient été sans gravité.

Le 22 juin 1848, elle fut encore une fois affectée de cette maladie ; mais ce ne fut pas sous l'influence des causes accoutumées, et ce fut avec une gravité jusqu'alors inconnue.

Appelé le 24 près de la jeune malade, nous la trouvâmes avec une fièvre intense et une altération notable de la voix ; le fond du pharynx était très-rouge et couvert de mucosités d'un blanc jaunâtre ; les amygdales étaient entamées par des ulcérations recouvertes d'un mucus concret ; les fosses nasales étaient libres, et les matières fournies par l'expuition étaient de simples mucosités blanches ou teintes de jaune et toujours inodores. (Sangsues sous l'angle de la mâchoire de chaque côté ; tartre stibié.) Abondant écoulement de sang et vomissements répétés.

Le 25, amélioration. (Répétition de la même prescription, plus un gargarisme aluminé.)

Le 26, la malade semble entrer en convalescence, mais le mouvement fébrile est encore très-intense. Le soir de ce même jour, il y a une recrudescence avec dyspnée qui nous fait ordonner encore des sangsues et du tartre stibié, l'émission sanguine pour le soir et l'émétique pour le lendemain matin. Le 27, nouvelle amélioration suivie d'une seconde recrudescence (1 gramme de calomel en quatre prises ; attouchements avec l'acide hydrochlorique dilué). Aggravation constante jusqu'au 30, malgré des cautérisations avec l'acide chlorhydrique

(1) Hâtons-nous de faire remarquer que la seule éventration ne caractérise pas le genre célosome, mais qu'il faut y joindre l'inversion des membres, la malformation des organes génito-urinaires et autres.

et puis le nitrate d'argent, des insufflations de poudre d'alun et calomel, et l'usage interne d'un sirop de oie de soufre et d'une potion au kermès. Ce jour-là la peau et le voile du palais se couvrirent de taches lenticulaires violacées. Enfin, dans la nuit du 30 juin au 1er juillet, la suffocation devint imminente, une crise faillit enlever la malade, et à trois heures après minuit, nous la trouvâmes cyanosée et agonisante, ayant à peine, à notre jugement, deux heures à vivre. Dans ce cas extrême nous pratiquâmes la laryngo-trachéotomie à la lueur de quelques bougies et aidé seulement des femmes qui entouraient la pauvre enfant; car nous n'avions pu réussir, à cette heure avancée, à réunir quelques confrères pour partager notre responsabilité et pour nous aider tant de leurs conseils que de leurs mains, et le temps pressait. Au dernier temps de l'opération, à l'ouverture du canal aérien, nous crûmes un instant que la patiente expirait entre nos mains; mais après quelques inspirations et expirations orageuses, elle revint à la vie, recouvra une respiration calme et facile, et ne tarda pas à s'endormir d'un sommeil calme et paisible. La journée du lendemain se passa bien, le murmure vésiculaire se faisait entendre dans toute l'étendue des deux poumons; des injections d'eau tiède furent faites dans la trachée pour aider à détacher le mucus qui, en se concrétant, gênait la respiration; chaque fois que se firent ces injections, la canule fut retirée, nettoyée et replacée; le mouvement fébrile avait sensiblement baissé. La nuit fut comme la journée aussi bonne que possible: mêmes soins. Le surlendemain la respiration devint graduellement oppressée; il fallut des soins plus minutieux, les injections d'eau tiède, qui la veille soulageaient tant la malade, ne furent plus expulsées avec la même facilité et il fallut en définitive y renoncer tout à fait. Le soir l'oppression étant intense et la peau prenant une teinte cyanosée, on fit une saignée du bras qui ne soulagea que momentanément; la nuit fut très-mauvaise, et outre l'oppression continue, il y eut plusieurs accès de suffocation; le murmure vésiculaire avait cessé de se faire entendre. Aggravation graduelle de tous ces symptômes pendant le troisième jour, jusqu'à deux heures quarante-cinq minutes, moment auquel la malade expira dans une agonie paisible.

Pendant les trois jours qui suivirent la trachéotomie, on essaya à différentes reprises de fermer momentanément la plaie pour juger de l'état de la respiration par les voies naturelles, et on eut ainsi la preuve qu'à mesure qu'on s'éloignait du moment de l'opération elle devenait de moins en moins gênée; la plaie elle-même offrait le meilleur aspect, l'ouverture trachéale était grandement suffisante, puisque l'air passait non-seulement par la canule mais encore au-dessus et au-dessous; le mouvement fébrile avait baissé, de sorte que toutes les circonstances qui accompagnèrent et qui suivirent l'opération semblaient en présager le succès. Malheureusement la perturbation apportée dans l'acte respiratoire, soit par la maladie, soit par la voie artificielle qui avait été ouverte, et probablement par ces deux causes ensemble, ne permit pas de sauver cette intéressante enfant, dont le courage et la présence d'esprit furent à un degré bien au-dessus de son âge pendant ses derniers jours.

Pendant tout le cours de la maladie, l'inspection du pharynx ne fit découvrir aucune trace de fausses membranes, et après l'opération, la malade n'en rejeta pas un seul lambeau ni par les efforts de toux ni à l'aide de l'écouvillonnement qui fut essayé tous les jours à plusieurs reprises.

Nous publions cette observation d'abord pour servir à la statistique de la trachéotomie et ensuite pour prouver que, en dehors du croup et de l'angine maligne, il peut y avoir des cas d'angine pharyngo-laryngée qui finissent par réclamer impérieusement la ressource extrême de cette opération, malgré leur apparence de simplicité et leur marche primitivement bénigne.

L'autopsie n'ayant pas été faite, nous ne pouvons savoir avec certitude si l'obstacle au passage de l'air était dû au gonflement purement inflammatoire de la glotte ou à un épanchement sous-muqueux; cependant nous ferons observer que le symptôme caractéristique de l'œdème de la glotte, savoir l'inspiration laborieuse et l'expiration facile, a manqué pendant le cours de cette affection et que nous avons toujours noté une difficulté à peu près égale dans ces deux temps de l'acte respiratoire.

OBSERVATION DE TAILLE BILATÉRALE PRATIQUÉE POUR EXTRAIRE UNE TIGE DE JONC DE LA VESSIE; par M. le docteur FLEURY, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

OBS. — Le nommé Guillaume Monet, âgé de 33 ans (de Sauxellange), avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, il y a trois mois, une fille publique avec laquelle il se trouvait lui introduisit dans le canal de l'urètre une tige de jonc qui pouvait avoir 50 centimètres de longueur. Lorsqu'il voulut extraire ce corps étranger, il se brisa au niveau du méat urinaire, et malgré les efforts qu'il fit pour le retirer, il ne put y parvenir. La portion qui était restée dans la vessie devait avoir, nous assura-t-il, une longueur de 12 centimètres. Dès ce moment il ressentit au périnée une douleur sourde qui se manifestait surtout après l'expulsion des urines. C'est alors que Monet s'est décidé à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il a été admis le 2 août 1849.

Comme le malade nous assura que la tige de jonc s'engage souvent dans le canal, j'ai espéré pouvoir la saisir au moyen des pinces de Hunter; mais n'ayant senti aucun corps étranger dans toute l'étendue de l'urètre, j'ai dû renoncer à ce moyen.

Une algali en argent, introduite dans la vessie, parcourt avec facilité l'intérieur de l'organe, qui offre une assez grande capacité; le bec de la sonde donne par moments la sensation d'un corps légèrement rugueux, dont il est assez difficile de préciser la position et le volume; mais en se reportant au récit du malade, qui ne varie point dans la relation qu'il nous fait des circonstances qui ont précédé les douleurs qu'il a ressenties au périnée et au col de la vessie, on doit penser que le corps étranger est devenu le noyau d'un calcul urinaire qui a encore peu de volume, mais qui néanmoins est assez sensible pour que sa présence se manifeste au contact d'une sonde.

J'ai cherché à l'extraire avec l'instrument percuteur de M. Heurteloup; mais toutes les tentatives qui ont été faites sont restées infructueuses. Il ne restait plus alors qu'un parti à prendre : c'était d'inciser la vessie et d'enlever le corps étranger qu'elle contenait. Le malade demandait avec instance une opération qui devait le soustraire à la gêne qu'il éprouvait depuis trois mois, et était disposé à se soumettre à tout ce qui serait proposé pour le débarrasser d'un mal qui lui rendait l'existence insupportable. Dès l'instant où la lithotritie offrait d'aussi grandes difficultés, il ne restait plus qu'un moyen à tenter : c'était la cystotomie.

Des différents procédés de taille périnéale, j'ai donné la préférence à la cystotomie bilatérale, qui devait nous mettre bien plus facilement à l'abri d'une hémorrhagie que la taille latéralisée. A en juger, du reste, d'après le volume que devait avoir avoir acquis le corps étranger, une incision étendue ne paraissait pas nécessaire.

L'opération a été pratiquée le 14 août; elle a d'abord été d'une grande simplicité. Une incision de 20 millimètres à peu près a été faite au périnée. L'ouverture pratiquée au col de la vessie paraissait avoir une étendue plus que suffisante pour donner passage au corps étranger qu'elle contenait; mais son extraction n'a pas laissé que d'être laborieuse. La tige du jonc n'occupait pas le bas-fond de la vessie, comme on l'observe ordinairement pour les calculs; on sentait derrière le pubis une de ses extrémités en recourbant l'indicateur en le portant fortement de bas en haut.

Une tenette droite a d'abord été introduite; mais elle n'a ramené à l'extérieur qu'un petit fragment de calcul. Une pince à polype recourbée lui a été substituée sans plus de succès : ce n'est qu'au moyen d'une tenette recourbée qu'il m'a été possible de retirer le corps étranger. La tige du jonc, deux fois repliée sur elle-même, est incrustée, dans la plus grande partie de son étendue, de sels calcaires; elle a une longueur de 14 centimètres.

Le malade avait été soumis à l'action du chloroforme; aussi l'opération avait-elle été peu douloureuse, quoique le contact des instruments avec la muqueuse vésicale eût été plus prolongé que nous ne l'aurions voulu. Les suites n'en ont pas moins été des plus simples. L'inflammation qui s'est développée a été très-légère, et au bout de dix jours l'urine reprenait son cours par les voies naturelles. Il est survenu cependant un accident auquel nous nous croyions bien peu exposé, vu le peu d'étendue de l'incision, qui ne dépassait la ligne médiane que de 10 à 12 millimètres de chaque côté.

Très-peu de sang s'était écoulé pendant l'opération; mais au bout d'une heure et demie on vint avertir l'interne de garde, qui se transporta immédiatement auprès du blessé. Une hémorrhagie assez abondante s'était faite à l'extérieur; il crut devoir se borner à placer un tampon de charpie à la surface de la plaie. L'écoulement du sang parut s'arrêter assez facilement. Je vis le malade dans la journée, et je ne crus pas devoir renouveler l'appareil. Je recommandai à l'élève d'appliquer au périnée une éponge imbibée d'eau froide, si par hasard il était appelé de nouveau. Dans la soirée, le même accident se reproduisit; mais les réfrigérants n'eurent pas plus de succès que les absorbants et la compression extérieure. J'eus alors recours à l'introduction de la sonde, munie d'une chemisette de linge dont l'intérieur fut garni de charpie. Ce tamponnement eut tout le succès que nous pouvions en attendre; l'hémorrhagie fut arrêtée d'une manière définitive.

Depuis ce moment il n'est pas survenu le moindre accident, et à la fin du mois, la plaie était presque entièrement cicatrisée. Le malade a quitté l'hôpital le 8 septembre.

LETTRE SUR L'URÉTROTOMIE; par M. MERCIER.

Mon cher confrère,

Je vous adresserai incessamment un supplément à mes RECHERCHES SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE; mais, en attendant, permettez-moi quelques réflexions au sujet de la dernière publication de M. Reybard.

Moi aussi j'ai cherché à m'éclairer par l'anatomie sur la structure des rétrécissements (voir la GAZETTE MÉDICALE de 1845), et je suis arrivé à un résultat que je regarde comme positif, c'est que si un rétrécissement occupe toute la circonférence du canal et qu'il offre quelque peu de résistance à la dilatation, on peut être presque sûr que l'altération du tissu envahit toute l'épaisseur des parois urétrales. Celles-ci sont alors condensées, dépourvues de cellules et plus minces dans le lieu rétréci que dans les parties voisines. Or ce tissu étant inextensible ne peut fuir devant l'instrument comme le tissu sain, pourquoi serait-il besoin de faire de si longues et si profondes incisions pour le comprendre dans toute son épaisseur, et d'exposer les malades à des infiltrations urineuses et à la mort, comme j'en ai vu un exemple à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin ?

Mais supposons que M. Reybard ait raison, et que la muqueuse de l'urètre soit seule condensée, rétractée et *amincie* neuf fois sur dix, pourquoi ne pas se contenter de la diviser seule, et inciser le tissu spongieux qui est supposé sain et doué de sa dilatabilité normale? Pour emprunter à mon honorable confrère sa comparaison, lorsque, dans une manche ouatée et doublée, la doublure seule est trop étroite, a-t-on jamais coupé la doublure, la ouate et le drap pour l'élargir?

N'abusons jamais de l'instrument tranchant, encore moins dans l'urètre qu'ailleurs. Je sais et j'ai dit qu'il est des rétrécissements qu'il faut diviser; mais ces cas sont comparativement rares, et ils le deviendront encore plus à mesure que se perfectionneront et se régulariseront certains procédés de dilatation plus doux et infiniment plus inoffensifs.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches sur la substance médullaire des os*; par MM. Gosselin et Regnauld. 2° *Remarques sur certains phénomènes d'auscultation et sur la transmission des bruits produits dans la cavité thoracique;* par M. Racle. 3° *Note sur plusieurs cas d'intoxication saturnine observés au château de Claremont, avec quelques remarques;* par M. H. Guéneau de Mussy. 4° *Deux observations de bronchite pseudo-membraneuse;* par M. Thore. 5° *Recherches expérimentales sur la phonation;* par M. Segond. 6° *Recherches sur la méningite tuberculeuse;* par M. Hahn. 7° *De la persistance du canal artériel;* par M. Bernutz. 8° *Induration syphilitique du canal de l'urètre;* par M. Notta. (La différence entre l'engorgement inflammatoire chronique et l'induration réellement syphilitique n'est pas assez nettement spécifiée dans ce cas pour qu'on puisse l'accepter comme exemple bien constaté de cette dernière altération.) 9° *Recherches sur les causes et la nature du typhus cérébro-spinal*, par M. Boudin. 10° *Du choléra-morbus épidémique observé à la Salpêtrière en mars et avril 1849;* par M. Barth. 11° *Du strabisme droit ou direct;* par M. L. Corvisart. 12° *Recherches anatomiques sur les muscles qui entourent la portion membraneuse de l'urètre;* par M. Demarquay.

RECHERCHES SUR LA SUBSTANCE MÉDULLAIRE DES OS; par MM. GOSSELIN et REGNAULD.

L'objet principal de ces recherches porte sur l'existence de la membrane médullaire. Tous les anatomistes l'admettent, et décrivent même les cloisons qu'elle envoie dans l'intérieur de la moelle. Les physiologistes sont également d'accord sur le rôle qu'elle joue dans les phénomènes de formation et de nutrition du tissu osseux. Enfin les chirurgiens lui ont attribué, sous le nom de périoste interne, une importance capitale dans le travail de régénération et pour la sécrétion du cal. Pas un doute, pas une hésitation ne se produisent dans le langage de ceux qui ont à parler de cet organe. Ruysch seul avait écrit ces paroles, dont le sens explicite eût, ce semble, dû servir plutôt d'avertissement : « *Dubito etiam an non anatomici liberaliter nimis loquantur de membrana quam putant medullam ipsam ambire.* »

Et cependant cette membrane n'existe pas. MM. Gosselin et Regnauld ayant examiné, dans ce but, l'intérieur d'os longs, choisis dans des conditions diverses, ont vu la moelle composée tantôt de matière grasse semi-fluide ou consistante et de vaisseaux extrêmement fins qui forment un réseau à sa surface et dans son épaisseur, tantôt d'une substance qui contient une très-faible proportion de matière grasse, et qui a la consistance et l'aspect d'une gelée fortement colorée en rouge par le réseau sanguin, plus abondant que dans le cas précédent.

Mais que la moelle soit *graisseuse* ou gélatiniforme, on ne voit rien à sa surface ni dans sa substance qui ressemble à une membrane; on ne parvient ni à l'étaler, comme on le fait aisément du tissu fibreux, même de celui qui offre le moins d'épaisseur, ni à en détacher un lambeau au moyen de tractions exercées avec la pince.

Différents procédés, employés pour vérifier le fait, ont tous conduit les auteurs à un résultat identique. Exposée à la chaleur, une moitié de cylindre osseux laisse effectivement paraître quelque chose de ressemblant à une membrane; mais ce n'est que l'albumine contenue dans la moelle, et dont le calorique a opéré la coagulation et le dessèchement.

La macération dans divers liquides n'a pas mieux réussi à montrer la membrane cherchée.

Le microscope n'a montré dans la moelle que des cellules adipeuses intactes, au milieu de gouttes huileuses sorties d'autres cellules qui s'étaient déchirées. Il y avait en outre des globules sanguins et des granules irréguliers, mais point de fibres celluleuses, point de faisceaux, point de ces fibres appelées par Henle fibres de noyaux.

L'analyse chimique ne fait pas non plus reconnaître de matière gélatineuse dans la moelle, ni aucun tissu transformable par l'eau bouillante en gélatine.

Quelle idée faut-il donc se faire de la substance médullaire? Pendant la formation des os et avant leur complet développement, le canal médullaire des os longs n'est autre chose qu'un canalicule vasculaire; seulement l'artère principale qu'il contient est plus volumineuse que les artères des autres canalicules. Les ramifications dans lesquelles elle se subdivise sont entremêlées de quelques cellules adipeuses et d'une matière gélatiniforme d'une nature particulière; mais comme le canal s'agrandit avec l'âge, à mesure que les couches internes du canal médullaire sont résorbées, il se fait dans la cavité un dépôt de matière grasse qui a pour fonction de soutenir les vaisseaux nourriciers, et de les maintenir en contact avec la surface osseuse dans laquelle ils sont destinés à porter les éléments de nutrition.

Du moment où il est démontré que la membrane médullaire n'existe pas, on doit laisser de côté les opinions qui lui avaient attribué un rôle en physiologie et en pathologie. Mais les fonctions qui n'appartenaient pas à la membrane sont en réalité remplies par le réseau vasculaire qui se ramifie à la surface interne de l'os. Tout en corrigeant une erreur matérielle, le travail de MM. Gosselin et Regnauld laisse donc subsister à peu près intacte l'explication habituellement donnée de la nutrition, de la reproduction et de la séparation des os.

REMARQUES SUR CERTAINS PHÉNOMÈNES D'AUSCULTATION ET SUR LA TRANSMISSION DES BRUITS PRODUITS DANS LA CAVITÉ THORACIQUE; par le docteur VICTOR RACLE.

Le but de l'auteur est d'indiquer, à l'aide d'observations qui lui sont propres, quelques-unes des circonstances qui renforcent et transmettent parfois à une grande distance les bruits normaux ou anormaux émanés du cœur ou du poumon. Disons tout de suite qu'il nous paraît trop réduire le champ dans lequel s'entendent normalement ces bruits chez la plupart des sujets. « Les bruits de la respiration et ceux du cœur, dit-il, ne s'entendent, à l'aide de l'auscultation, *que dans les points de la partie thoracique les plus rapprochés de ceux où ils se produisent.* » Et il ajoute plus loin, comme exemple, que les bruits du cœur ne sont pas perçus à la partie postérieure de la poitrine. Or il y a là certainement une erreur de fait. Chez un très-grand nombre d'individus sains, pour peu qu'ils modèrent les mouvements respiratoires, on entend très-bien le cœur battre, non-seulement sur des parties de la paroi thoracique extérieure qui ne sont pas *les plus rapprochés* de la région précordiale, mais encore sur la paroi postérieure.

Cette réserve faite, voyons à quelles circonstances l'auteur attribue le renforcement et la transmission des bruits.

Trois observations seulement sont rapportées. Dans la première, il s'agit d'une jeune femme tuberculeuse qui présentait un bruit de gargouillement sous la clavicule droite et un bruit semblable dans la fosse sous-épineuse, se prolongeant, celui-là, jusqu'à la base du poumon. Il existait une matité légère dans toute cette étendue. La malade avait été prise peu de jours auparavant d'un point de côté à droite, avec fièvre et toux violente. A mesure que ces derniers phénomènes disparurent, l'étendue du gargouillement se réduisit, et l'on ne l'entendit bientôt plus qu'au sommet du poumon. L'auteur attribue à la formation d'un épanchement la transmission du bruit de gargouillement. Suivant lui, « un liquide, *bon conducteur du son*, pouvait facilement prendre le bruit produit au sommet du poumon et le transmettre, *sans diminution d'intensité*, à toute l'étendue de la paroi thoracique, pourvu qu'il fût directement en rapport avec les parois de la caverne tuberculeuse. »

La seconde observation a pour sujet une femme affectée de maladie organique du cœur, chez laquelle un bruit de râpe très-fort était perçu dans tout le côté droit de la poitrine. Le même côté donnait un son mat à la percussion et le bruit respiratoire y était nul. Il n'y avait de sonorité et le murmure respiratoire n'était perceptible que dans la moitié interne de la région sous-claviculaire; mais là on n'entendait pas les bruits du cœur. A l'autopsie, on constata que le cœur, hypertrophié et portant un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, était recouvert d'une forte lame de poumon. Il existait à droite un épanchement pleurétique considérable qui

avait refoulé le poumon vers la partie supérieure du médiastin et la partie interne de la région sous-claviculaire. Le liquide baignait immédiatement le médiastin et le péricarde. — Ici encore, l'auteur regarde le liquide épanché comme l'agent de transmission du bruit anormal.

La troisième observation enfin, destinée à montrer l'influence des corps solides sur la transmission des bruits thoraciques, est celle d'un phthisique qui offrait au niveau de l'articulation du cartilage de la deuxième côte droite avec le sternum une voussure assez notable. On entendait en ce point un bruit de soufflet très-prononcé, simple, isochrone aux battements du pouls: ce bruit ne s'entendit ni au niveau du cœur ni dans les carotides. Il existait une caverne au sommet du poumon droit. L'autopsie fit voir que la paroi interne de cette caverne était formée par une masse tuberculeuse du volume d'un œuf comprimant la crosse de l'aorte, et touchant, par un de ses côtés, le cartilage de la deuxième côte, au niveau du point où se trouvait la voussure. Cette masse tuberculeuse, ajoute l'auteur, était à la fois la cause du bruit de soufflet qui se passait dans l'aorte et l'agent de transmission de ce bruit.

M. Racle ne paraît en aucune manière se préoccuper des travaux, assez nombreux, déjà publiés sur le même sujet. Cela est d'autant plus regrettable, à notre avis, que, dans quelques-uns d'entre eux, la question a été traitée avec une étendue et une sévérité que nous ne saurions reconnaître dans la courte note analysée plus haut. Il eût pu tirer bon parti, par exemple, du mémoire de M. Monneret sur l'ONDULATION PECTORALE DANS L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET LES MALADIES, mémoire dont nous avons rendu compte dans le dixième numéro de cette année (p. 185). Nous l'avons dit alors, un son émané du solide pulmonaire ou cardiaque, et qui, au lieu de se transmettre directement à la paroi thoracique, est obligé de traverser un liquide, s'affaiblit nécessairement au lieu de se renforcer. Toutes les observations possibles ne sauraient aller contre cette loi physique. M. Racle appelle le liquide épanché un *bon conducteur* du son. Il est vrai que les liquides en général, bien que peu aptes à résonner eux-mêmes, transmettent le son avec plus d'intensité que l'air : c'est ce que savent bien tous les plongeurs, et c'est sans doute pour cette raison que les dernières extrémités de la portion molle de la septième paire baignent dans un liquide. Mais il est vrai aussi que les solides sont, à leur tour, meilleurs conducteurs que les fluides ; il est vrai encore que l'air lui-même, s'il est renfermé dans un tube, comme celui qui remplit les canaux bronchiques, transmet le son sans affaiblissement notable, quelle que soit la longueur du tube. Conséquemment les vibrations du tube laryngo-pulmonaire et celles de la colonne d'air incluse se transmettront toujours aux parois thoraciques avec plus d'intensité quand la transmission sera directe que lorsqu'elle aura lieu par l'intermédiaire d'une couche liquide. Il en sera de même des vibrations des valvules cardiaques. Cela ne veut pas dire que la présence d'un liquide dans le thorax ne puisse jamais être l'occasion d'un renforcement du son ; mais c'est en refoulant les parties vibrantes vers la paroi thoracique, et en rendant plus immédiate la transmission des vibrations. Voilà du moins la théorie. La pratique ne la dément pas; car le premier effet d'un épanchement thoracique est ordinairement d'obscurcir, d'éloigner le murmure respiratoire, et le premier effet d'un hydropéricarde d'affaiblir les bruits du cœur alors même que le pouls indique, dans les contractions de cet organe, assez d'énergie pour faire vibrer assez fortement les valvules des orifices. Il faut toutefois reconnaître qu'il reste encore beaucoup à faire sur cette question de physiologie pathologique, et il est à désirer qu'elle soit un jour reprise à nouveau par quelque observateur muni de plus de connaissances en physique que n'en possèdent généralement les médecins.

NOTE SUR PLUSIEURS CAS D'INTOXICATION SATURNINE OBSERVÉS AU CHATEAU DE CLAREMONT; par le docteur HENRI GUÉNEAU DE MUSSY.

Les faits contenus dans la note de M. Guéneau sont curieux sous plus d'un rapport, et d'abord sous celui de la forme des accidents saturnins. Pendant longtemps, presque tous les habitants de château de Claremont ont offert des symptômes bizarres, d'après lesquels ont eût difficilement deviné la cause du mal. Chez quelques-uns, c'était l'apparence de l'hystérie, avec amaigrissement, sensibilité exagérée de la peau, larmes faciles et abondantes, insomnie, inquiétude extrême; d'autres offraient un ténesme vésical des plus fatigants; celui-ci des douleurs aiguës dans la paroi antérieure du thorax; celui-là des sueurs abondantes, etc. Tous ces accidents et beaucoup d'autres tenaient, comme l'expérience chimique l'a prouvé, à la présence du plomb dans l'eau employée au château. Elle contenait une quantité énorme (un grain de plomb métallique par gallon, ou 4,54 litres). L'opium, la belladone, les purgatifs, eurent peu de succès. Mais on tira les plus grands avantages de l'emploi du sulfure hydraté de fer et des bains sulfureux et savonneux.

Quant à la cause de la présence d'une si grande quantité de plomb dans une eau qui jusque-là avait été prise sans inconvénient, elle est restée fort obscure. Les nouveaux hôtes de Claremont, à leur arrivée au château, avaient remplacé une citerne naturelle, encombrée de détritus végétaux et animaux, par un gros cylindre en fer qui fut adapté aux tuyaux de plomb par lesquels l'eau était conduite depuis longtemps. Comment cette modification a-t-elle pu être l'occasion d'un dégagement du plomb? C'est ce qu'il serait difficile d'expliquer.

DEUX OBSERVATIONS DE BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE ; par le docteur THORE fils.

Les observations de bronchite avec formation de pseudo-membranes sont rares; à ce titre, celles que rapporte M. Thore, et dont une lui a été fournie par M. Lasserre (de Montauban), mériteraient déjà d'être signalées; mais elles sont rendues plus intéressantes encore par un caractère qui n'appartient presque à aucune des observations du même genre publiées jusqu'ici. Dans les cas recueillis par MM. Nonat, Fauvel, Mahot, Bonamy, Macé, Malherbe, la formation de fausses membranes dans les bronches n'était qu'une expression isolée et circonscrite d'une influence épidémique se manifestant par beaucoup d'autres caractères d'un autre ordre; elle se liait, par exemple, à une épidémie de grippe ou de catarrhe aigu. L'affection observée par MM. Thore et Lasserre paraît, au contraire, avoir été indépendante de toute action épidémique, et s'est présentée avec toutes les apparences de la simplicité : c'est à cette circonstance sans doute qu'il faut attribuer l'issue favorable dans ces deux cas, malgré une intensité remarquable, d'une maladie ordinairement mortelle.

Il s'agissait de deux enfants âgés, l'un de 9 ans, l'autre de 14, tous deux de tempérament lymphatique. Chez l'un l'affection a débuté brusquement au milieu d'un état de santé fort bon ; les membranes ont été rejetées dès le lendemain, et tout a été terminé en douze jours. Chez l'autre, ce n'a été que trois mois et demi après l'apparition des premiers symptômes que les productions pseudo-membraneuses ont été expulsées, et la durée totale de la maladie a été de cinq mois. C'est donc un exemple curieux de bronchite pseudo-membraneuse chronique analogue à ceux que M. Valleix a empruntés aux médecins anglais. (GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, t. II.)

Les corps pseudo-membraneux expectorés par le premier malade plongeaient au milieu d'un liquide incolore, visqueux, semblable à une solution gommeuse, spumeux par places, et mélangé à des crachats franchement muqueux. Ils étaient pelotonnés, ayant le volume d'un gros pois ou d'une petite aveline. Développés, leur longueur a varié de 3 à 4 centimètres ; leur largeur a rarement dépassé 4 à 5 centimètres. Leurs divisions étaient régulières et n'allaient jamais au delà de la quatrième ou cinquième bifurcation. Plusieurs se terminaient par un chevelu très-délié. La plupart étaient manifestement canaliculés; dans la cavité des plus considérables d'entre eux, on pouvait distinguer une mucosité spumeuse et des bulles d'air. Dans quelques-uns, contrairement aux observations de beaucoup d'autres observateurs, il a été impossible, par aucun moyen, de découvrir une canal ou une cavité quelconque. Ces pseudo-membranes étaient d'un blanc rosé et paraissaient contenir des fibres allongées et résistantes ; elles ne cédaient que dans une certaine mesure à la traction et à une pression même assez forte. Plusieurs offraient des linéaments vasculaires et des arborisations très-distinctes d'un rose vif.

Les pseudo-membranes rendues par le second enfant, celui chez qui l'affection a suivi une marche chronique, paraissaient provenir des grosses bronches et avoir remonté jusqu'à la trachée. Leur diamètre moyen était de 8 à 10 millimètres, les plus petites variant de 2 millimètres à 1 demi-millimètre. L'une d'elles avait 6 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur.

Le traitement suivi dans le cas à forme aiguë a consisté surtout dans l'emploi de vomitifs répétés ; les évacuations amenaient toujours la sortie de fausses membranes et étaient suivies d'une amélioration immédiate. Quant à l'autre cas, l'observation ne fait mention d'aucun moyen thérapeutique.

Cette espèce d'affection des bronches doit-elle être rapprochée du croup? Serait-elle en quelque sorte le croup des bronches comme l'autre est le croup du larynx? Il est impossible de n'être pas tenté d'établir entre les deux altérations un rapprochement intime. Néanmoins il est à noter que les pseudo-membranes des bronches sont plus fibreuses, plus denses, plus résistantes que celles du vrai croup. En second lieu, nous ne sachions pas qu'on ait jamais vu les premières coïncider avec des sécrétions pseudo-membraneuses de la muqueuse d'autres organes ou de la peau, comme le croup en offre encore des exemples. Nous notons ces différences sans vouloir toutefois y ajouter une très-grande importance, ni en faire la base d'une distinction essentielle entre les deux maladies.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA PHONATION; par M. SEGOND.

L'auteur, déjà honorablement connu par des travaux antérieurs sur les problèmes qu'offre le mécanisme vocal, s'est proposé, dans ce mémoire, de préciser l'organe et le mode de formation de la voix de fausset.

Dès l'abord, une observation d'anatomie comparée, sur laquelle il revient avec insistance, paraît avoir décidé son opinion. Chez le chat, les ligaments antérieurs de la glotte ont une épaisseur considérable, et sont séparés de l'épiglotte par un sillon large et profond. Ils sont donc dans les meilleures conditions physiques pour vibrer aisément et pour vibrer isolément. Or il se trouve précisément que les sons de fausset tiennent une très-grande place dans le miaulement de cet animal, et qu'il n'émet, au contraire, des sons de poitrine que dans le coït ou les combats qui précèdent cet acte.

L'induction qui découle du rapprochement de ces deux faits semble avoir été la première cause de la doctrine que M. Segond énonce ensuite d'une manière très-explicite. Selon lui, le registre de fausset est dû à la vibration des cordes vocales supérieures, la formation de celui de poitrine restant dévolue aux cordes inférieures. La modification de tonalité, les changements d'intensité et les variétés de timbre ont lieu en vertu des mêmes causes pour les deux espèces de voix. Il n'y a de spécial au fausset, en rapport avec l'organe spécial qui leur donne naissance, que la nature du son qui caractérise ce registre.

Comme tous les auteurs qui l'ont précédé, M. Segond passe en revue toutes les explications proposées avant lui, et à l'instar aussi de ses prédécesseurs, il ne manque pas de les déclarer fausses, incomplètes, insoutenables. Nous partageons sur plusieurs points sa manière de voir à ce sujet. Il nous semble seulement traiter avec un dédain assez peu justifié les expériences de Muller (que nous retrouverons tout à l'heure déposant contre lui). Quant à la théorie de MM. Diday et Pétrequin, la longue réfutation qu'il en présente repose tout entière sur la confusion qu'il fait continuellement, et ce semble volontairement, entre la fatigue dépendant de la contraction forcée des muscles expirateurs et celle infiniment plus légère qui tient au resserrement de la glotte.

Suivons maintenant M. Segond dans l'exposé des preuves de sa théorie. Il s'appuie d'abord sur ce fait singulier, que certains hommes jouissent de la faculté de faire entendre simultanément deux sons vocaux distincts, l'un de fausset, l'autre de poitrine. La conclusion naturelle et assez pressante de cette observation physiologique est la nécessité de l'existence de deux instruments vocaux corrélatifs. (Si ces phénomènes de double voix se passaient journellement, ils tomberaient dans le domaine de la critique, et l'on serait bientôt éclairé sur leur réalité et leur signification. Mais quand on voit l'auteur obligé, pour en trouver quelques exemples, de s'adresser aux Baskirs, d'aller fouiller jusque dans les *merveilles* du seizième siècle, la valeur de l'argument souffre forcément du caractère exceptionnel du fait, ainsi que de l'impossibilité de vérifier les conditions de sa production. D'ailleurs, les deux instruments vocaux une fois admis, il n'en resterait pas moins à rechercher encore si l'un d'eux est constitué par les cordes vocales supérieures.)

Mais voici d'autres preuves, véritablement expérimentales. M. Segond a coupé transversalement sur le chat les cordes vocales inférieures avec un petit crochet tranchant introduit par l'espace crico-thyroïdien. Or, dit-il, cette opération amène d'abord une aphonie complète; mais après huit ou dix jours, la voix du miaulement se reproduit dans une parfaite intégrité. Ces chats ayant été abattus du moment où leur voix s'était rétablie, on constata dans tous les cas une division plus ou moins complète des replis inférieurs. (Cette expérience devra encore être répétée par d'autres physiologistes avant de pouvoir servir de fondement à la théorie qu'elle a pour but d'étayer. Quelque décisive qu'elle soit aux yeux de l'auteur, elle nous semblerait à nous beaucoup plus probante si l'on avait vu la cessation de la fonction vocale, non pas totale, mais bornée au registre dont on venait de détruire l'organe, si surtout l'autopsie avait révélé une division plus complète, au lieu de plus ou moins complète, des replis inférieurs.)

SECONDE EXPÉRIENCE PARALLÈLE. — M. Segond voulant couper, sur le même animal, les replis supérieurs de la glotte, fit violemment distendre les mâchoires, pendant qu'avec une pince-érigne on opérait des tractions sur la langue. Il put ainsi, avec un crochet, saisir l'épiglotte et attirer le larynx à l'isthme du gosier; et comme, chez le chat, les replis supérieurs de la glotte forment l'ouverture supérieure du larynx, tandis que les replis aryténo-épiglottiques sont très-obliquement dirigés en dehors, on put voir les deux replis supérieurs vibrer. A peine la section de ces replis pratiquée, les cris du miaulement furent à l'instant même abolis.

Après un tel résultat, observe M. Segond, il ne pouvait plus y avoir de doute sur le rôle des replis supérieurs. (Quoi! pas d'autre détail, et vous vous déclarez satisfait! Mais dans l'expérience précédente, où vous n'aviez coupé que les replis inférieurs, n'y avait-il pas eu également aphonie? La voix, il est vrai, s'était rétablie plus tard. Mais qui vous dit qu'il n'en aurait pas été de même ici? Vous nous répondrez peut-être (si vous répondez) que les animaux ont été conservés et que la voix n'est pas revenue. Si cela est, nous l'apprendrons avec intérêt; mais ce qu'il y a de certain, c'est que le présent mémoire ne fait nulle mention de cette circonstance; ce qu'il y a de certain, c'est que la vérité gagne toujours à se révéler spontanément, de prime abord, sans avoir attendu les provocations de la critique.)

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Chez le chien, les replis aryténo-épiglottiques masquent complétement le mécanisme des phénomènes vocaux; mais la disposition des replis supérieurs de la glotte par rapport à l'épiglotte est telle que, en opérant des tractions sur celle-ci, on peut les empêcher de fonctionner. Si donc on fait saisir la langue avec une pince-érigne afin d'attirer le larynx aussi haut que possible, la douleur fait ordinairement pousser à l'animal des cris dont les replis supérieurs sont les organes. Si alors on opère des tractions latérales sur l'épiglotte, de manière à séparer les replis supérieurs, ceux-ci s'appliquent sur les faces latérales des replis aryténo-épiglottiques et les cris aigus cessent pour faire place aux sons plus graves produits par l'instrument inférieur. En répétant ces tractions de manière à intercepter l'action de l'instrument supérieur, on fait alternativement crier le chien en voix de fausset ou en voix de poitrine. (Cette vivisection nous semble beaucoup moins heureusement conçue que les précédentes. Elle a le défaut grave de laisser subsister les cordes inférieures, de permettre par conséquent d'invoquer leur action pour expliquer, et cela tout aussi légitimement que M. Segond, le mécanisme des sons de fausset produits. En effet, ces tractions *latérales* sur l'épiglotte n'ont pas lieu, que je sache, sans amener dans les cordes inférieures un changement physique ou une réaction vitale. Or Muller ne pourrait-il pas alléguer que cette modification a suffi pour faire que la corde inférieure ne vibrât plus *que par ses bords?* MM. Diday et Pétrequin, pour la mettre dans l'état *où elle brise l'air à la manière d'une embouchure de flûte?...* C'est donc une expérience défectueuse que celle où le changement produit n'est pas assez limité à l'organe dont on voulait préciser la fonction pour qu'on puisse affirmer qu'aucun autre organe n'a pris part à l'accomplissement de celle-ci.)

— S'il faut maintenant juger la portée et le caractère général de cette hypothèse, nous n'aurons pas besoin d'insister longuement pour dire en quoi elle nous paraît erronée et insuffisante. Deux faits, l'un expérimental, l'autre d'observation journalière, suffisent, ce nous semble, pour détruire les conclusions que d'ingénieux rapprochements rendent, à un premier coup d'œil, assez vraisemblables.

D'abord, il est constant qu'on peut obtenir de véritables sons de fausset sur un larynx détaché du corps, *sans ligaments supérieurs de la glotte.* Les expériences que cite Muller sont péremptoires. Huschke les a reproduites, et avec le même résultat. Voilà donc l'organe prétendu indispensable de la formation du fausset, réduit à partager, sinon à céder les attributions dont M. Segond voulait lui faire un monopole.

Le second fait est encore plus significatif. M. Segond admet que le fausset est produit par les *vibrations* des cordes vocales supérieures, le registre de poitrine l'étant par les *vibrations* des cordes inférieures. La formation de ces deux espèces de voix aurait donc lieu par un mode identique, par le mécanisme des lames vibrantes. Or s'il est une vérité établie par l'universelle pratique des chanteurs, c'est que, au-dessus de toutes les différences qui séparent le fausset de la voix de poitrine, il en est une capitale, indéniable, la différence de *nature.* Proposer pour l'explication de chaque registre une seule et même *disposition physique des corps où ils se forment*, c'est donner un démenti à ce que l'expérience a généralement consacré. M. Segond lui-même semble reconnaître implicitement la force de cet argument; en effet, c'est celui qu'il emploie (et là avec raison) contre Muller; car il sait fort bien répondre à l'hypothèse de la production du fausset par la vibration du bord seulement des cordes inférieures que « le registre de fausset, s'il tenait à une telle modification, aurait avec le registre de poitrine des relations constantes quant au développement et à la *nature* du son! »

DE LA PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL; par le docteur BERNUTZ.

L'observation qui fait la base de ce travail est trop longuement racontée pour que nous puissions la reproduire ici *in extenso.* Nous allons seulement en retracer brièvement les principales circonstances anatomiques et symptomatologiques. Après quoi nous rechercherons le mode d'enchaînement des diverses lésions entre elles et de quelques-uns des symptômes par rapport aux lésions. C'est un sujet sur lequel M. Louis a déjà jeté un grand jour dans son MÉMOIRE SUR LA COMMUNICATION DES CAVITÉS DROITES ET GAUCHES DU CŒUR; il nous guidera dans notre appréciation.

OBS. — Il s'agit d'un homme de 23 ans, mort le 8 mars 1847 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Piédagnel. Le cœur, d'un volume *monstrueux*, oc-

cupait plus des deux tiers de la hauteur de la cavité gauche de la poitrine, dont le tiers supérieur était occupé par les gros vaisseaux énormément dilatés. La dilatation et l'hypertrophie étaient surtout prononcées dans les cavités droites. Toutes les cavités étaient distendues par une telle quantité de sang brunâtre, de consistance de gelée de groseille, qu'on en tira de quoi emplir, dit l'auteur, *le quart d'un seau.* — Veine-cave supérieure énormément distendue, ainsi que la veine-cave inférieure; leurs parois exemptes d'hypertrophie. Oblitération du trou de Botal. Oreillette droite double de celle du côté opposé; ses parois épaissies. Orifice auriculo-ventriculaire droit libre; la valvule tricuspide augmentée d'étendue en proportion de l'agrandissement de l'ouverture paraît pouvoir le fermer complétement. L'embouchure de l'artère pulmonaire dans le ventricule droit très-large; pas d'altération des valvules correspondantes, qui sont seulement un peu opaques et ne paraissent pas insuffisantes. Au-dessus de cette embouchure, l'artère pulmonaire forme une courbe dont la convexité touche la partie latérale gauche du thorax; elle donne ensuite l'artère pulmonaire gauche; puis, avant de fournir l'artère droite, elle se dilate à sa partie supérieure, de manière à former une cavité semi-elliptique comme surajoutée. Cette cavité, capable de loger la moitié d'une noix porte à son sommet une ouverture régulièrement arrondie, à bords lisses, qui fait communiquer l'aorte et l'artère pulmonaire; ce conduit de communication n'offre aucune altération; par son intermédiaire, la membrane interne de l'aorte et celle de l'artère pulmonaire se continuent. Au-dessous de ce point, l'aorte descendante, saine, a son calibre normal; tandis qu'au-dessus ce vaisseau offre une dilatation assez considérable, sans altération des parois, fusiforme, ayant son maximum au niveau de l'origine du tronc branchio-céphalique, puis diminuant rapidement dans l'aorte ascendante et se terminant au-dessus de l'orifice cardiaque. Ce dernier orifice a les dimensions assignées à l'état normal; mais il est rétréci, dit l'auteur, *par les valvules sygmoïdes qui paraissent avoir des dimensions beaucoup trop considérables pour l'ouverture qu'elles doivent fermer et qui, plissées sur elles-mêmes, ne peuvent s'appliquer contre les parois du vaisseau.* Ces valvules épaissies offrent quelques petites cartilaginifications à leur bord libre; mais peuvent fermer exactement l'orifice. Ventricule gauche, dilaté, mais moins proportionnellement que le droit. Valvule mitrale saine, agrandie et suffisante. Oreillette gauche, peu spacieuse relativement aux autres cavités; sa membrane interne, blanche, opaque, épaissie, forme des duplicatures très-étendues; ses parois peu épaisses.

Le poumon gauche était refoulé en arrière par le cœur et réduit à une lame peu épaisse. Il était libre de toute adhérence et crépitait à peine entre les doigts. Son tissu, exempt d'hépatisation, de tubercules, de noyaux apoplectiques, était seulement condensé et très-rouge. Le poumon droit, refoulé à la fois par le cœur et par le foie qui remontait jusqu'au niveau du mamelon, présentait aussi un très-petit volume, était retenu par des adhérences celluleuses et parsemé à l'intérieur de taches noires. Un litre de sérosité citrine dans l'abdomen. Foie volumineux, congestionné. État normal des intestins. Il existait un hypospadias.

Le sujet de cette observation avait éprouvé des étouffements dès son enfance. Quand il est entré à l'hôpital une douzaine de jours avant de mourir, la face offrait une teinte violacée, les lèvres étaient bleuâtres, ainsi que l'intérieur de la bouche; des pulsations se voyaient au-dessus de la fourchette du sternum. Frémissement cataire très-prononcé dans tout le côté gauche de la poitrine. Au niveau de la pointe du cœur, on entend un bruit de souffle assez éclatant, succédant immédiatement à l'impulsion, se prolongeant presque jusqu'à la fin du grand silence, mais coupé en deux par un repos instantané. Plus en dehors, en se dirigeant vers le cartilage de la quatrième côte, bruit râpeux très-prononcé. A mesure qu'on s'éloigne vers la partie supérieure du sternum, ce bruit diminue; mais il reprend une nouvelle intensité au niveau des pulsation sus-stercorale, sur le trajet de la carotide gauche, tandis qu'il est moins marqué sur le trajet de la carotide droite. Le pouls, perceptible à l'artère radiale gauche, n'était sensible, à droite, qu'à l'artère humérale; il était petit, faible, sans intermittence.

Les jours suivants, la dyspnée a augmenté; des accès de suffocation sont survenues; la figure est devenue complétement bleue, les lèvres noires, les mains, les avant-bras, les pieds, les genoux comme teints avec du jus de mûres. C'est dans un de ces accès que le malade a succombé.

On a pu voir, par les détails anatomiques dans lesquels nous sommes entré, que la dilatation et l'hypertrophie occupaient surtout les cavités droites, comme dans les cas de persistance du trou de Botal, à laquelle se joint parfois, d'ailleurs, celle du canal artériel. On ne peut pas dire pourtant qu'il y ait eu ici communication des cavités droites et gauches; mais il y avait communication des deux circulations tout près de leur centre. En admettant, comme cela est vraisemblable et comme semble l'attester l'existence d'un hypospadias, que la persistance du canal artériel soit congénitale, a-t-elle été le principe de toutes les autres altérations? Par quel mécanisme pourrait-elle amener la dilatation de toutes les cavités et la prédominance de cette dilatation à droite? Quand le trou de Botal n'est pas oblitéré, il existe ordinairement (dix fois sur vingt, d'après le travail de M. Louis), un rétrécissement de l'artère pulmonaire qui peut fournir une explication de l'anévrisme du ventricule correspondant, et consécutivement de l'oreillette. Ici, au contraire, l'artère pulmonaire était très-dilatée à son origine. M. Bernutz, remarquant que l'aorte était également dilatée au-dessus de l'embouchure du canal artériel, attribue ces deux dilatations à la même circonstance, la rencontre et le heurt des deux colonnes sanguines par l'ouverture anormale, et, suivant lui, l'anévrisme du cœur droit, celui du cœur gauche même, en grande partie, ne sont que des conséquences éloignées de la même cause. Mais il est douteux que cette seule condition de la persistance du canal suffise pour amener le mélange des deux sangs au point de les faire se choquer à travers l'ouverture, et produire une sorte de recul qui, en refoulant les deux ondées vers l'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire, finirait par les dilater en ce point, et par dilater finalement toutes les cavités. M. Louis croit que ce mélange ne résulte pas nécessairement non plus de la simple persistance du trou de Botal, et qu'il n'a lieu qu'autant que l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, ou que, d'une manière ou d'une autre, l'oreillette ne peut se dégorger librement dans le ventricule. S'il en est ainsi, il faut supposer au début de l'affection, c'est-à-dire dès les premiers temps de la vie, indépendamment de la persistance du canal artériel, l'existence d'une autre lésion, également congénitale, capable de forcer le sang à passer par le conduit resté ouvert, comme on voit le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire le forcer à passer par le trou de Botal. Or qui sait si dès l'origine le cœur n'était pas assez volumineux pour gêner le cours du sang dans les poumons, si les poumons eux-mêmes n'offraient pas déjà à un certain degré cette extrême petitesse, cette texture dense notées dans l'observation? Nous n'oserions certes l'affirmer; mais l'analogie conduit à cette supposition.

On n'éprouvera aucune difficulté à se rendre compte de la dyspnée, des accès de suffocation, de l'état bleuâtre de la face et des extrémités, en présence d'altérations si considérables de l'organe central de la circulation et des obstacles apportés à la circulation pulmonaire. Il serait tout à fait inutile d'insister. Mais il est un symptôme dont l'interprétation n'est pas aussi facile: c'est le bruit de râpe correspondant à la systole ventriculaire, ayant son maximum d'intensité entre le mamelon et le cartilage de la quatrième côte, et bien différent du bruit de souffle perçu vers la pointe du cœur. Nous sommes disposé, quant à nous, à le rapporter, avec l'auteur, à la communication anormale; d'autant plus qu'il existait au point de jonction de l'aorte et de l'artère pulmonaire une sorte d'*éperon* qui pouvait vibrer sous le choc des ondées sanguines.

DU STRABISME DROIT OU DIRECT; par M. L. Corvisart.

Qu'on suppose un des muscles droits de l'œil atteint de paralysie complète sans raccourcissement du muscle antagoniste, l'œil au repos restera droit. Si, au contraire, le sujet cherche à diriger ses deux yeux dans le sens de l'action du muscle paralysé, — en haut, en bas, à droite ou à gauche, suivant le siége de la paralysie, — pendant que l'œil sain obéit à l'impulsion de la volonté, l'œil affecté reste immobile, et sa persistance dans sa situation normale contraste avec la direction imprimée à l'œil sain. C'est à ce contraste, produit par cette cause, et résultant de ce mécanisme, que l'auteur a donné le nom de *strabisme droit*. Partant de cette donnée, M. Corvisart passe en revue tous les auteurs, rappelle les diverses théories connues du strabisme, et il en conclut que jusqu'ici aucune théorie, aucun auteur n'avaient compris le *strabisme droit* dans sa classification.

Quelque opinion qu'on se forme des idées de l'auteur, on ne saurait s'empêcher de reconnaître dans son travail une grande finesse d'analyse, et un excellent ton de discussion. Il est à regretter que le fond n'y réponde pas à la forme.

Le strasbisme est une difformité. Il n'y a point de strabisme sans déviation d'un ou des deux yeux. C'est le changement de direction qui constitue le caractère même de la difformité. Le langage de tous les peuples, depuis les Grecs et les Latins, l'a ainsi consacré; c'est donc déjà une tentative périlleuse que de vouloir fausser le langage usuel; et cette intention devient une erreur, une faute, quand elle a pour résultat de vouloir faire rentrer dans un cadre méthodique un fait qui ne s'y rapporte pas. Tel est le cas de M. Corvisart. Or son strabisme droit n'est pas un strabisme, c'est tout simplement un symptôme de la paralysie d'un des muscles droits de l'œil, laquelle produit une désharmonie passagère des yeux, mais non une déviation anormale d'un ou des deux yeux. Voilà pour la définition.

Quant au fait signalé par M. Corvisart, et qu'il regarde comme infiniment rare, il est, au contraire extrêmement fréquent, surtout depuis l'opération du strabisme par la méthode qui coupe tout. Dans son travail sur le strabisme consécutif, M. J. Guérin a fait remarquer que presque tous les sujets auxquels on a divisé l'un des muscles droits par la méthode ordinaire, offrent à un degré plus ou moins prononcé l'état que M. Corvisart appelle strabisme droit, c'est-à-dire que, par suite de l'excision d'une partie du muscle divisé, et par suite de la non-réunion des tronçons restants, l'œil reste privé de mouvement dans le sens de ce muscle: d'où il suit que lorsque le sujet veut regarder de côté, l'œil opéré reste fixe en place, tandis que l'autre marche au gré de la volonté. M. Corvisart a cité, d'après M. Verhaeghe, un exemple de ce genre. Ils sont, comme nous avons dit, très-communs à Paris. De l'aveu des opérateurs les plus habiles: ils constituent le succès de la méthode.

Le même fait existe dans certains cas de *paralysie peu ancienne* d'un des muscles, et M. J. Guérin l'avait signalé dès longtemps, non-seulement à l'œil, mais dans toutes les parties du corps, pour témoigner contre l'opinion commune, qui suppose que la paralysie d'un muscle entraîne nécessairement une déviation dans le sens du muscle antagoniste resté sain. Cette déviation ne vient qu'à la longue aux yeux comme ailleurs; et elle est précisément le résultat d'un mouvement répété dans un sens pendant longtemps sans antagonisme. Nous sommes donc obligé de conclure que M. Corvisart a improprement appelé strabisme droit un simple symptôme de paralysie, ou d'absence d'action d'un des muscles droits de l'œil.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE.

SIÉGE DE LA SENSIBILITÉ.

M. le docteur BROWN-SÉQUARD, secrétaire de la Société de biologie, envoie une note intitulée : SUR LE SIÉGE DE LA SENSIBILITÉ ET SUR LA VALEUR DES CRIS COMME PREUVE DE LA PERCEPTION DE DOULEUR.

Les conclusions de cette note sont :

1° Que l'expérience capitale relatée par plusieurs physiologistes comme démontrant que les lobes cérébraux ne sont pas le siége exclusif des perceptions, ne prouve aucunement ce qu'on a cru qu'elle démontrait ;

2° Que les animaux peuvent crier alors qu'on leur a enlevé tout leur encéphale, moins la moelle allongée ;

3° Que l'existence des cris ne peut pas prouver qu'il y a eu perception de douleur, puisque les cris résultent des contractions musculaires qui peuvent être de l'action réflexe, comme les contractions des muscles des membres ;

4° Que la protubérance n'est pas, comme le croit M. Longet, le siége de la sensibilité ;

5° Que si l'on admettait que les cris prouvent qu'il y a eu perception de douleur, il faudrait admettre que la moelle allongée sert aux perceptions de douleur ;

6° Que si l'on admettait que l'agitation prouve aussi qu'il y a eu perception de douleur, il faudrait admettre que la moelle épinière sert à ces perceptions.

CONTRACTILITÉ ET SENSIBILITÉ ÉLECTRO-MUSCULAIRES.

M. DUCHENNE (de Boulogne) adresse le résumé d'un mémoire intitulé : RECHERCHES FAITES A L'AIDE DU GALVANISME SUR L'ÉTAT DE LA CONTRACTILITÉ ET DE LA SENSIBILITÉ ÉLECTRO-MUSCULAIRES DANS LES PARALYSIES DU MEMBRE SUPÉRIEUR.

L'auteur résume, sous forme de propositions, les conclusions qui lui semblent ressortir des faits et des considérations développées dans ce mémoire :

1° Lorsqu'on étudie l'état des propriétés musculaires en limitant la force électrique dans chacun des muscles ou des faisceaux musculaires, on voit les paralysies du membre supérieur se partager en deux classes bien distinctes. Dans l'une, la contractilité et la sensibilité électro-musculaires sont diminuées ou abolies; dans l'autre, la contractilité électro-musculaire est toujours intacte et la sensibilité électro-musculaire (1) est ou normale, ou augmentée, ou diminuée, et quelquefois même abolie. Dans la première, on compte les paralysies saturnines, les paralysies avec lésion ou sans lésion appréciable de la moelle ou des nerfs qui en émanent et de cause non saturnine; dans la seconde, on observe les paralysies cérébrales, les paralysies rhumatismales et les paralysies hystériques.

2° *Paralysies saturnines.* Dans les paralysies saturnines, certains muscles perdent, en tout ou en partie, la faculté de se contracter sous l'influence du galvanisme, tandis qu'il existe une sorte d'immunité pour les autres muscles.

3° Les muscles qui souffrent dans leur contractilité électrique se rangent de la manière suivante, si l'on a égard à l'ordre dans lequel ils sont successivement atteints par cette lésion dynamique : à l'avant-bras, l'extenseur commun des doigts, l'extenseur propre de l'index et du petit doigt, le long extenseur du pouce, les radiaux, le cubital postérieur et le long abducteur du pouce, au bras et à l'épaule, le triceps et le deltoïde.

4° La lésion de la contractilité électro-musculaire peut se montrer isolément dans chacun des muscles du membre supérieur, mais ordinairement elle suit la marche indiquée dans la troisième proposition. Ainsi nous n'avons jamais vu les radiaux lésés dans leur contractilité électrique avant l'extenseur commun des doigts, etc., etc.

5° Les muscles qui sont atteints dans leur contractilité électrique sont aussi lésés dans leur sensibilité. Mais la sensation produite par la galvanisation musculaire est seulement un peu diminuée, bien que ces muscles ne se contractent pas sous l'influence de l'excitation électrique.

6° Les muscles qui souffrent dans leurs propriétés électro-dynamiques sont les seuls qui, en réalité, aient subi l'influence délétère du poison saturnin. Ce sont eux en effet qui sont frappés d'atrophie, qui les premiers perdent leurs mouvements volontaires et qui résistent le plus longtemps à l'influence thérapeutique des divers traitements, ainsi que nous le démontrerons dans un prochain travail.

7° *Paralysies avec lésion de la moelle ou des nerfs qui en émanent, et de cause non saturnine.* Les lésions matérielles des nerfs ont pour conséquence inévitable la perte ou la diminution de la contractilité et de la sensibilité électriques des muscles qui sont sous leur dépendance.

8° La lésion anatomique de la moelle entraîne *presque toujours* après elle la diminution ou la perte, soit de la contractilité, soit de la sensibilité électro-musculaire.

9° Dans certaines paralysies générales progressives avec conservation de l'intelligence, et qui à l'autopsie ne révèlèrent l'existence d'aucune lésion appréciable de la moelle ou de ses nerfs, la contractilité et la sensibilité électro-musculaires ont été trouvées ou diminuées ou abolies.

10° *Paralysies cérébrales.* Quand on excite la contraction avec un courant galvanique agissant *à minima* sur un muscle paralysé, la contractilité paraît quelquefois plus développée chez lui que chez son congénère. Mais la différence d'excitabilité est si faible qu'elle n'a aucune valeur, aucune signification. En effet, dans l'état sain, ces petites excitations électriques portées sur des muscles congénères provoquent leur contraction d'une manière inégale et irrégulière.

11° Pour être en droit d'affirmer que la contractilité électro-musculaire est augmentée dans la paralysie cérébrale, il faudrait que la différence d'excitabilité entre les muscles paralysés et les muscles sains fût considérable, ainsi qu'on l'a observé dans les paralysies de la première classe, dans lesquelles la contractilité électro-musculaire est toujours diminuée d'un tiers au moins. Or c'est ce qu'on n'observe jamais dans les paralysies cérébrales.

12° La sensation développée par la galvanisation des muscles paralysés n'est ni augmentée ni diminuée notablement dans la paralysie cérébrale.

13° *Paralysies rhumatismales.* Dans les paralysies consécutives à une névralgie brachiale ou à un rhumatisme musculaire, la contractilité électro-musculaire est normale, quand toutefois la fibre musculaire n'est pas transformée en tissu graisseux.

14° Dans ces paralysies, la sensibilité électro-musculaire augmente souvent dans quelques points des muscles paralysés.

15° Il existe une espèce de paralysie dite rhumatismale seulement pour la cause qui l'a produite et qui ne peut être rangée ni dans la paralysie cérébrale ni dans les deux espèces précédentes Dans cette paralysie, la contractilité et la sensibilité électro-musculaires sont à l'état normal.

16° *Paralysies hystériques.* La contractilité électro-musculaire est conservée intacte dans la paralysie hystérique.

17° La sensibilité électro-musculaire est au contraire généralement diminuée ou abolie.

18° Enfin, les mouvements volontaires peuvent revenir complétement, malgré la persistance de la lésion de la sensibilité électro-musculaire.

Ces propositions sont bien différentes de celles qui ont été formulées par M. Marshall-Hall. Ce physiologiste ne pouvait connaître, avec son mode d'expérimentation, l'état de la contractilité électro-musculaire, de l'irritabilité dans les paralysies; car, loin d'agir directement sur le tissu musculaire, il n'excitait que les terminaisons nerveuses exclusivement destinées à la sensibilité. La contraction musculaire se développait alors sous l'influence d'une excitation contraire à la direction de la force nerveuse motrice, par une sorte d'action réflexe. Cette action réflexe ne pouvait même servir à distinguer les différentes paralysies, parce que, dans l'état normal, les muscles congénères galvanisés avec des courants très-faibles se contractent inégalement, irrégulièrement et sans cause appréciable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

a Quatre lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi : 1° de recettes de plusieurs remèdes contre le choléra; 2° d'un rapport détaillé du docteur Valat (d'Autun) sur une épidémie de dyssenterie qui a sévi sur la commune de Roussillon en août et octobre derniers (comm. des épidém.); 3° d'une lettre de M. Pellarin, chirurgien aide-major de la garde mobile à Givet, relative aux causes du choléra; 4° d'une notice explicative avec modèle de pessaire brisé, inventé par madame Coquillard, sage-femme à Belleville ;

b Une lettre de M. le préfet de police, qui transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour les mois de juillet, août, septembre et octobre de cette année.

M. ANGELOT, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon, membre corres-

(1) Sensation qui se développe sous l'influence de la galvanisation des muscles.

pondant de l'Académie de médecine, annonce que le choléra a éclaté à Lyon dans l'hôpital militaire.

Du 10 au 16 novembre, il y a eu 3 cas : 2 sont morts et 1 est encore en convalescence.

Après un intervalle de douze jours, le 28 novembre, 7 nouveaux cas se sont déclarés : 5 sont morts, 3 restaient en traitement.

Journée du 29 : 10 nouveaux cas, 3 morts, 10 restant en traitement.

Journée du 30 : 7 nouveaux cas, 5 morts, 12 restant en traitement.

Journée du 1er décembre : 2 nouveaux cas, 4 morts, 10 restant en traitement.

Journée du 2, jusqu'à cinq heures du soir : 12 nouveaux cas, 2 morts, 20 restant en traitement.

Total, 37 cas depuis le 28.
17 morts.

Jusqu'à ce moment le foyer de l'épidémie paraît concentré dans l'hôpital militaire; on parle cependant de 1 cas en ville et de 2 cas dans le grand Hôtel-Dieu.

M. Mazier, médecin à l'Aigle (Orne), adresse une lettre sur les effets du collodion. Des expériences qu'il a faites avec cette substance, l'auteur conclut : 1° qu'il tient en place vingt jours au moins, quand l'exfoliation de l'épiderme ou toute autre cause ne vient point le soulever; 2° que le sang, la suppuration et l'humidité même des cataplasmes, tout en abrégeant la durée de sa ténacité, ne la font pas cesser.

M. Desnée (de Chinon) adresse quelques renseignements sur les revaccinations.

M. H. Erhel, chirurgien de la marine à Brest, envoie un mémoire intitulé : Quelques considérations sur la constitution médicale de l'île de Tahiti, résumé des observations qu'il a pu faire pendant son séjour dans l'Océanie. (Comm., MM. Gérardin et Rochoux.)

M. Duchesne (de Boulogne) adresse les conclusions d'un mémoire sur la contractilité musculaire.

M. Gislain (de Montargis) envoie une relation du choléra de 1849 à Montargis (Loiret).

M. Charrier (de Chaillé-les-Marais) (Vendée) envoie une note sur la question de la contagion du choléra.

M. le Président annonce que la séance publique annuelle aura lieu mardi prochain, à l'heure ordinaire.

M. Mérat a la parole pour donner lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Lacournère.

A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports sur les prix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 82 juillet 1849. — Présidence de M. Vleminckx.

(Suite et fin.)

De l'emploi du feu dans le traitement des maladies chirurgicales; par M. le docteur Hoppe. — Rapport de la troisième section sur cet ouvrage. — M. de Meyer, rapporteur.

Chargé par la compagnie de vous présenter un rapport sur l'ouvrage du docteur Hoppe intitulé : Das Feuer als Heilmittel, oder die Theorie des Brennens in der Heilkunde, je me bornerai à vous donner une courte analyse des points principaux que l'auteur traite, laissant à votre sagacité et à votre pratique l'appréciation des doctrines qu'il émet.

Cet ouvrage, où nous voudrions voir prédominer davantage des données purement pratiques et qui, sous ce rapport autant que sous celui de la clarté et de la concision, le cède à celui de Percy, se distingue surtout par des aperçus très-étendus de haute physiologie. Dans une première partie que l'auteur intitule *Recherches physiologiques sur la cautérisation*, il passe d'abord en revue l'effet primitif du cautère sur les différents systèmes, en examine l'action locale primitive et l'effet physiologique qu'il produit instantanément sur l'économie tout entière. Suivant ici la marche que la nature elle-même lui indique, il décrit l'escarre que la cautérisation a produite, la réaction qui s'ensuit pour en opérer l'élimination; à cette occasion, il fait l'histoire complète de la brûlure en général, et émet des idées qui sont tout à fait en rapport avec la saine pratique et l'observation journalière. Une remarque importante qu'il fait, c'est celle qui est relative à certaines circonstances qui peuvent entraver la guérison de ces plaies; il insiste particulièrement sur l'influence qu'a sur elles la gangrène d'hôpital. Il termine cette partie physiologique en retraçant le mode de guérison des plaies produites par la brûlure.

Passant ensuite à la partie thérapeutique, il examine en détail les différents cas dans lesquels on a préconisé la cautérisation. Outre celles que nous avons indiquées plus haut, il signale l'emploi du feu comme moyen plastique; le parallèle que l'auteur établit entre la cautérisation considérée sous ce point de vue, et le redressement des difformités par le bistouri nous a semblé présenter un grand intérêt.

C'était là, en quelque sorte, la thérapeutique générale de la cautérisation. Dans les chapitres suivants, l'auteur examine tout ce qui a rapport à la thérapeutique spéciale; on y trouve les indications et les contre-indications de la cautérisation, ses effets locaux et généraux sur les différents états morbides de l'économie; mais, nous le répétons, à cette occasion, nous aurions désiré y rencontrer plus d'indications spéciales pour certain genre de maladies.

Dans la seconde partie de l'ouvrage et que nous croyons pouvoir intituler : *Partie opérative de la pyrotechnie*, l'auteur fait avec beaucoup d'exactitude un exposé de tout ce qui doit précéder ou servir à l'opération elle-même, il en indique le manuel opératoire, entre dans des considérations sur la profondeur, l'étendue de la cautérisation, examine les différentes propriétés et les indications spéciales du métal dont se compose le cautère actuel, ainsi que ses différentes formes.

La cautérisation objective forme un chapitre à part; l'auteur en indique les effets spéciaux. Passant ensuite aux autres genres de cautérisation directes par le feu, il consacre un chapitre spécial aux différents genres de moxas, dont il fait l'appréciation thérapeutique tant entre eux que par rapport aux autres modes de cautérisation. L'ouvrage est terminé par des considérations pratiques sur le mode de guérison des plaies produites par la brûlure et l'influence que peut avoir cette guérison ou la suppuration plus ou moins longue sur la thérapeutique des états morbides tant généraux que locaux.

En résumé, cet ouvrage est le fruit d'une étude consciencieuse. L'auteur y fait preuve d'une profonde érudition, de connaissances physiologiques et thérapeutiques très-étendues.

M. le rapporteur propose de voter des remercîments à M. le docteur Hoppe, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger. (Adopté.)

Essai sur un nouveau mode de délivrance dans les cas d'angustie extrême du bassin; par M. le docteur A. Didot (de Liége) membre titulaire.

(Résumé analytique.)

Vous savez, messieurs, que des difficultés presque insurmontables s'opposent à la délivrance par les voies naturelles, lorsque les dimensions du bassin ne sont pas en rapport avec les diamètres irréductibles de la tête du fœtus, c'est-à-dire lorsque le détroit supérieur mesure moins de trois pouces dans le sens sacro-pubien, et que la tête de l'enfant présente son développement normal. Ceux d'entre vous qui se sont occupés d'obstétrique ont pu se convaincre de l'insuffisance des moyens proposés, et de la gravité des dangers qui menacent l'existence des malheureuses arrivées au terme de la gestation avec pareille difformité.

Deux ordres de moyens renferment toutes les méthodes en usage pour amener la délivrance dans ces circonstances, selon que l'on agit sur les organes de la mère ou sur ceux du fœtus.

Le premier ordre comprend : l'accouchement prématuré artificiel, la symphyséotomie, l'opération césarienne.

Le deuxième ordre embrasse les divers procédés qui ont été successivement imaginés pour agir sur la tête ou sur d'autres parties du fœtus. Ce sont : les crochets de toute espèce, les tire-têtes, le teriebellum, les ciseaux de Smellie et de Dugès, le céphalotrybe de M. Baudelocque, le forceps-scie de M. Van Huevel, et enfin l'instrument désarticulateur que j'ai fait construire et que j'appelle *diatribe* ou *diatripteur*.

Dans le travail que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, je me livre à un examen approfondi de chacune de ces méthodes, et je précise l'opportunité ou les inconvénients de chacune d'elles.

Ainsi, en rendant justice à l'innocuité de l'accouchement prématuré artificiel, je suis forcé de reconnaître qu'il est insuffisant dans la grande généralité des cas, parce qu'il constitue une *mesure préventive* qui perd tous ses avantages si le terme naturel de la grossesse est arrivé.

En examinant l'opération de la symphyséotomie, ses avantages et ses conséquences, je suis naturellement amené à la rejeter, malgré les récentes modifications qu'elle a subies entre les mains des accoucheurs napolitains.

L'opération césarienne seule nous reste comme unique moyen de salut, lorsque l'enfant est vivant, et que l'on se décide à la pratiquer de bonne heure. J'indique même une modification importante à apporter aux procédés anciens, et je donne deux manières aussi simples que faciles de pratiquer la *suture utérine* sans abandonner les fils dans l'épaisseur des tissus ou sans les loger dans un angle de la plaie.

J'ai la certitude que l'on se trouvera bien de cette modification déjà justifiée par une heureuse tentative du docteur Godefroy (de Mayenne).

Abordant ensuite l'examen des divers instruments successivement imaginés pour diviser les parois du crâne ou pour réduire et désagréger les os de la tête du fœtus, je suis forcé de constater que leur nombre et leur variété suffisent pour prouver qu'aucun d'eux n'a rempli les indications que l'on avait en vue. Les annales de la science relatives à ces terribles procédés, sont écrites avec du sang, et pour toute conclusion l'on n'arrive qu'à ce triste mot : mort.

Le céphalotribe de M. Baudelocque, accueilli d'abord avec une faveur marquée, a bientôt cessé de paraître aussi innocent que ses patrons l'avaient annoncé; car s'il broie la tête du fœtus dans un sens, il contond horriblement les organes de la mère dans le sens opposé, et pour le juger convenablement, je n'ai eu qu'à rapporter la judicieuse appréciation de M. le professeur Van Huevel.

Le forceps-scie me paraît la plus belle, la plus ingénieuse, la plus heureuse conception de l'art moderne : M. Van Huevel a réalisé un progrès merveilleux,

je dirais presque la perfection, si quelques inconvénients secondaires ne restaient encore attachés à son procédé plutôt qu'à sa méthode.

Ainsi, 1° on ne peut pas toujours appliquer le forceps lorsque le diamètre sacro-pubien est totalement vicié ; 2° on ne saurait *enfoncer* le forceps assez profondément pour bien saisir la tête, de façon surtout à *dépasser* le point qui doit servir de limite à l'action de la scie ; 3° la scie *graisse* presque toujours, marche difficilement, casse souvent et exige de la part des aides une adresse, une habileté que l'on rencontrera rarement hors des grandes villes. Si l'on serre trop le chariot, la scie ne peut fonctionner ; si l'on imprime le moindre mouvement au forceps, la tête change de position et la scie se fourvoie ou se tord.... Du reste, l'opération est généralement longue, et doit être parfois recommencée ; 4° les manœuvres recommandées pour extraire le segment du crâne détaché par la scie, peuvent, dans certaines circonstances, nuire aux organes de la mère, les blesser, les contondre, les déchirer ; 5° lorsqu'une première section ne suffit pas, il faut en faire une seconde, et réappliquer le forceps. Mais si une première application *profonde* est souvent difficile, parfois impossible, une seconde sera-t-elle plus facile? 6° après la sortie du corps du fœtus, lorsque la version sera rendue nécessaire par la position, sera-t-il toujours possible de faire manœuvrer le forceps-scie? la neutralité promise à la mère sera indubitablement violée ; 7° la détroncation, faute ou accident, sera une circonstance favorable pour le forceps-scie, je le crois, mais c'est à la condition que l'instrument puisse être profondément engagé, et cela sera souvent impossible.

Quel que soit le fondement de ces objections, la découverte de M. Van Huevel restera comme le moyen le plus héroïque que nous possédions pour terminer les accouchements entachés de difformité grave. Malheureusement le prix de l'instrument est trop élevé pour que tous les accoucheurs puissent en faire l'acquisition ; et à ce propos je me demande s'il ne serait possible, convenable que l'un de ces forceps fût déposé dans chaque chef-lieu de canton et mis à la disposition des praticiens du ressort. La dépense supportée au marc le franc par les communes ne constituerait pas une charge bien lourde.

Comme vous le pensez bien, messieurs, je ne me suis pas livré à une appréciation détaillée des quelques centaines d'instruments successivement imaginés pour entamer le crâne du fœtus ; ces instruments sont décrits dans une thèse soutenue en 1826 par le docteur Charles Sadler (de Carlsruhe), et sont presque tous tombés dans l'oubli, ainsi bien que l'*anneau scalpel* de Simson (d'Édimbourg).

L'insuffisance des procédés connus pour amener la délivrance dans les cas de viciation grave du bassin étant démontrée, je me suis arrêté à l'idée qu'il serait possible de désarticuler les os du crâne du fœtus dans le sein de sa mère, sans entamer les parties molles qui les recouvrent et sans recourir à des instruments tranchants ou piquants. Le problème ainsi posé me paraissait devoir résoudre toutes les difficultés, me paraissait devoir vaincre toutes les objections opposées aux procédés en usage.

Deux conditions étaient nécessaires pour arriver à une solution : 1° pouvoir introduire la main dans la cavité utérine, ce qui à la rigueur n'est pas indispensable ; 2° employer les ouvertures naturelles pour disjoindre les os et en faire l'extraction au besoin.

Je passe sous silence mes premiers essais, que je rapporte en détail dans mon travail, et j'arrive au résultat.

Je fis construire mon *diatribe*, qui n'est qu'un levier *disjoncteur*, agissant à la manière des ciseaux de Smellie, c'est-à-dire en divergeant. L'instrument se compose de deux leviers du premier genre, articulés l'un avec l'autre et se fournissant mutuellement point d'appui. Adoptant la disposition du tire-balle de Percy, j'ai laissé à l'une des branches sa rectitude entière, tandis que l'autre est courbée vers la poignée, de manière à constituer une bascule dont la puissance est telle que tout os doit éclater lorsqu'on la fait agir. Dans l'intérieur de la branche droite glisse une tige à plaque terminale, dont l'extrémité porte une petite lame arrondie et forte qui déborde les mors de la branche de 2 lignes au plus, lorsque l'opérateur appuyant sur la plaque veut diviser quelque partie molle pour faire pénétrer l'instrument, et qui rentre à l'instant dans la tige, lorsque la pression cesse, par l'effet d'un petit ressort à boudin placé dans la poignée. L'extrémité des mors est mousse et obtuse, parce que j'ai dit que je ne voulais employer pour la désarticulation aucun appareil tranchant ou piquant, afin d'éviter les inconvénients graves de cette double disposition.

Muni de mon *diatribe*, je me livrai à des essais sur le cadavre, et parvins bientôt à préciser les données qui doivent guider les expérimentateurs : je les résume en quelques mots.

1° Il faut s'assurer des dimensions exactes du bassin, aussitôt que faire se pourra, et pour acquérir des notions précises, aucun appareil ne donnera des résultats aussi certains que le pelvimètre géométrique de M. Van Huevel ;

1° Avoir la certitude que l'enfant a cessé de vivre ;

3° Pouvoir introduire la main dans la cavité utérine, déterminer exactement la position de l'enfant, et la modifier si elle n'est point favorable, c'est-à-dire, faire en sorte que la face soit accessible au diatribe ;

4° Enfoncer d'abord l'instrument dans les fosses nasales, et le faire agir par éclatement dans le sens perpendiculaire aussi bien que dans le sens transversal pour luxer les deux maxillaires supérieurs ;

5° Enfoncer la cloison ethmoïdienne en abaissant le manche de l'instrument, pénétrer dans le crâne, faire agir le double levier dans les deux sens ci-dessus indiqués, afin de briser le plancher supérieur de l'orbite et de luxer le coronal sur le sphénoïde ;

6° Enfoncer le diatribe dans l'angle interne de chaque œil, le faire pénétrer le plus directement possible dans le fond de l'orbite, afin qu'il s'engage dans la fente sphénoïdale, et fasse éclater la grande aile de l'os ;

7° Extraire les deux maxillaires supérieurs *par la bouche*, après les avoir déprimés par les orbites, à l'aide du doigt nu, ou armé d'un *doigtier articulé* en acier que j'ai fait aussi construire, ou enfin à l'aide du diatribe lui-même converti en *pince* par une vis à pression ; et, après arrachement, les faire *couler* le long de la paume de la main jusqu'à la vulve, afin de ne pas dégager cette partie une fois introduite ;

8° Reporter l'extrémité du diatribe par l'orbite jusque contre le corps même du sphénoïde, enfoncer dans la substance fibro-cartilagineuse de l'os la lame de la branche droite, et y faire pénétrer ensuite le diatribe lui-même, pour briser les portions agglomérées de l'os ; répéter la même opération en avant de la colonne vertébrale vers les côtés de l'apophyse basilaire, et réduire la base du crâne en fragments. Ou bien, à l'aide de l'indicateur armé du doigtier articulé, enfoncer le crochet mousse de ce doigtier dans les fissures osseuses, et par une flexion forcée se faire jour et désagréger le plancher du crâne, sans cependant chercher à extraire les fragments ;

9° Faire éclater les deux temporaux au moyen du diatribe implanté *derrière* l'apophyse mastoïde, et dans la profondeur du col vers le bord de l'insertion externe du trapèze ;

10° Chaque fois que le diatribe pénètre dans le crâne, lui faire exécuter de larges mouvements circulaires, pour désagréger la pulpe cérébrale et en faciliter la sortie ;

11° Faire précéder la désarticulation de la *version*, chaque fois que la tête ne sera pas accessible à l'instrument, et ne pas même reculer devant la *détroncation*, si la présence du col et des épaules du fœtus devient un obstacle à la manœuvre. Mais, dans ce cas, il ne faudrait jamais manquer de passer un large cordon à travers les parties molles du col, pour maintenir la tête *au dehors* et éviter le ballottement ;

12° Pour achever l'extraction de la tête, il suffira d'engager un des diamètres réduits, et l'aider à la manœuvre soit au moyen du forceps, soit à l'aide de tractions exercées ou sur la mâchoire supérieure, ou, si la détroncation a lieu, sur le cordon passé dans les chairs du col.

La manœuvre de la désarticulation n'entraîne pour la mère aucune violence autre que la version presque toujours nécessaire, *quoi que l'on fasse*, et le séjour momentané de la main dans la cavité utérine. C'est beaucoup sans doute ; mais, en présence des dangers certains d'une position aussi fâcheuse, que sont ces inconvénients, surtout à côté des périls inséparables des autres modes de délivrance?

Dans mon travail je rapporte une observation de désarticulation des os du crâne du fœtus, suivie de guérison parfaite de la mère. Cette opération pratiquée à tâtons, pour ainsi dire, et sans instruments convenables, offrait des difficultés de premier ordre. Néanmoins, il ne s'ensuivit aucun accident pour l'organe utérin, et le rétablissement fut prompt. Ai-je tort de croire qu'avec un appareil parfaitement approprié et des notions précises, il ne sera pas plus facile d'obtenir la délivrance? Non, messieurs, et j'espère que les expérimentateurs reconnaîtront bientôt qu'il y a là une voie sûre pour arriver à la délivrance des malheureuses qui sont arrivées au terme de la grossesse, avec une viciation grave du bassin.

— Cette communication est renvoyée à l'examen de la troisième section.

La séance est levée à trois heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDE PRATIQUE ET PHILOSOPHIQUE DU COL DE LA MATRICE, CONSIDÉRÉ SOUS LE TRIPLE RAPPORT DE SON ANATOMIE NORMALE ET TÉRATOLOGIQUE, DE SA PHYSIOLOGIE ET DE SA PATHOLOGIE ; précédée d'un coup d'œil historique sur l'UTÉRUS ET SES MALADIES ; par M. E. FORGET. — Un vol. in-8° de 212 pages. — Paris, 1849 ; chez Labé, libraire, 4, place de l'École-de-Médecine.

Nous possédions, il y a quelque quinze ans, à l'école de Paris, une anatomie sentimentale, dite transcendante ou philosophique, choyée surtout des jeunes professeurs, et qui se piquait de donner par les causes finales le dernier mot des moindres détails de l'organisme. C'est à elle que revient l'honneur d'avoir dédoublé la paroi abdominale en dix-huit feuillets ; et elle signala sa période d'apogée par cette phrase restée célèbre : « La Providence a voulu que les testicules fussent pourvus d'autant d'enveloppes qu'ils en ont besoin ! » — Depuis lors, la mode a changé, les anatomistes se résignent maintenant à observer un peu plus la nature et à l'expliquer un peu moins : et la science n'a rien perdu à cette transformation de leurs habitudes.

M. Forget est-il tout à fait pur de toute filiation avec cette école ? Je lui en demande bien pardon : mais la question est au moins permise quand on voit un auteur se présenter dans la carrière afin de lutter, comme un paladin en champ clos, *pour la réhabilitation* du col de l'utérus ! Champion dévoué, il ne manque pas une occasion d'exalter son protégé, soit en re-

haussant ses mérites, soit en dépréciant son plus dangereux et plus prochain rival, *le corps* de l'utérus ! — Dégageons, pour l'analyse, la pensée de l'écrivain de ce style imagé qui obscurcit la vérité et prête à l'erreur un dangereux coloris : et voyons, tout simplement, sans périphrases, à utiliser ce que ces recherches, accomplies avec une persévérante application, peuvent renfermer de profitable pour la pratique.

M. E. Forget propose, dans la terminologie de ces organes, une modification qui nous paraît heureuse. Il appelle *col chirurgical* de l'utérus la portion du col qui forme relief dans le vagin, et réserve le nom de *col anatomique* pour la totalité du col utérin. Cette distinction mérite d'être acceptée et répandue. Elle contribuera à faire de mieux en mieux différencier deux parties que l'on confond trop souvent entre elles, ou dont on va même jusqu'à méconnaître l'existence. Pour combien de médecins, en effet, le mot *col* n'est-il pas rigoureusement synonyme de museau de tanche ? La nouvelle dénomination aurait donc le double avantage de donner une idée plus exacte de l'ensemble de l'organe, et de rappeler instantanément à l'esprit sa division naturelle en deux segments.

La hauteur, les limites, le mode de l'insertion du vagin au col ont déjà beaucoup préoccupé les anatomistes. Mais faute d'avoir suffisamment détaillé la part que chaque couche de la paroi vaginale y prend, ils ne sont point arrivés à un résultat identique. Or voici ce qui résulte d'une étude plus soigneuse faite par M. Forget. A partir du cul-de-sac postérieur, les diverses tuniques qui constituent la paroi vaginale divergent. La muqueuse se recourbe de haut en bas, et vient tapisser les deux faces du museau de tanche jusqu'à son méat. La fibreuse, qui la double, se recourbe également dans le même sens ; mais elle s'arrête à 5 ou 6 millim. au-dessus du bord extérieur de la lèvre utérine en avant, et à 9 ou 10 millim. en arrière, puis se confond avec son tissu. — Le tissu propre ou érectile se termine en s'élargissant et formant ainsi un cône dont la base vient s'appliquer directement sur le col et s'identifie avec sa propre substance, mais en paraissant s'épanouir surtout à sa surface. — La couche dartoïde se réfléchit au contraire de bas en haut sur le col, et lui fournit une gaîne qui se continue avec les fibres longitudinales superficielles de l'utérus. — Enfin la couche sous-séreuse fournit au col une deuxième gaîne cellulo-vasculaire, tomenteuse, assez épaisse, qui lui adhère médiatement à l'aide d'un tissu cellulaire lamineux, facile à diviser, et l'abandonne ensuite pour se continuer, en remontant sous le péritoine, dans l'épaisseur des ligaments larges.

Il résulte de cet arrangement, bien décrit par l'auteur, qu'une portion très-notable du col utérin est *inscrite* dans la base du triangle musculo-membraneux et érectile qui vient s'épanouir sur lui. Cette portion doit conserver le nom d'intrà-vaginale. — On comprend toute l'importance d'une détermination si rigoureuse au point de vue de la médecine opératoire.

On n'a en général tenu compte, dans les livres classiques, que des différences existant entre le col d'une accouchée et celui d'une nullipare. M. E. Forget introduit un nouvel élément. Il pense que, à l'aide de certains caractères, on peut reconnaître si le col a subi, comme il le dit, *l'aggression pénéinne ;* en un mot s'il y a déjà eu intromission. Comme il peut devenir intéressant, en médecine légale, de résoudre cette question, nous allons donner les signes qui, d'après notre auteur établissent ce fait.

1° L'obliquité du col est telle que son axe viendrait aboutir vers le milieu du coccyx.

2° Sa lèvre antérieure, qu'elle soit hypertrophiée ou amincie, dépasse sensiblement la lèvre postérieure, après réduction de l'obliquité.

3° Son méat a perdu sa forme circulaire, devenue linéaire elliptique.

4° Le cul-de-sac vaginal antérieur est assez notablement déprimé.

Après avoir tracé le tableau des variétés que le col peut offrir dans l'état de vacuité et de gestation, M. Forget passe en revue ces anomalies soit accidentelles, soit congénitales. Il étudie ensuite sa structure, et y admet la présence d'un tissu réellement musculaire. Mais il est un autre point sur lequel peu de lecteurs tomberont d'accord avec M. E. Forget. De sa propre autorité, par voie d'induction et d'analogie, ne prétend-il pas doter le museau de tanche d'une couche de tissu érectile ? Ses motifs, pour l'admettre, sont d'abord, que la couche érectile du vagin doit s'étaler et s'épanouir à la surface du col. En second lieu, le *col chirurgical* étant, selon l'auteur, l'analogue du gland, doit avoir comme lui du tissu érectile dans sa composition. D'un autre côté, la suffusion séreuse qui infiltre souvent les bords de l'orifice au moment de l'accouchement, se comprend bien mieux dans une substance érectile et aréolaire que dans les interstices de fibres musculaires qui sont alors à leur maximum de distension et d'aplatissement. Enfin plusieurs anatomistes contestent dans le col utérin la présence de fibres musculaires nombreuses. Or, dit M. E. Forget, s'il y a peu de fibres musculaires, il faut bien que quelque autre tissu en tienne la place. Peut-on alors, dans un organe tel que le museau de tanche, admettre quelque chose de plus rationnel qu'un tissu érectile ?

Ce sont là sans doute pour les anatomistes futurs des excitants à mieux étudier la nature de la couche superficielle du col ; mais il y a loin encore de ces simples présomptions, et M. E. Forget le confesse lui-même, à l'admission de cette nouvelle substance parmi les éléments matériellement démontrés qui entrent dans la composition de l'organe.

C'est encore à titre de conjecture qu'il convient d'enregistrer ce que l'auteur dit de la sensibilité du col. L'existence des nerfs, à l'état de vacuité, y étant fort controversée, il a pris le parti de rassembler les preuves qui témoignent que cette région est douée de sensibilité, afin de conclure de la réalité de la fonction à la présence de l'organe. Or il a vu le col saisi par des érignes faire grimacer les patientes : Lisfranc professait que le col peu sensible à la section, l'est beaucoup à la pression. L'application du nitrate d'argent a été *tout aussitôt* suivie d'un picotement très-vif chez une dame que l'auteur traitait d'exulcération du col. Enfin une pression exercée sur cette région détermine des sensations très-vives, variables, mais aboutissant toujours à la douleur si l'on déploie un certain degré de force (quant à cette dernière preuve, il serait nécessaire de tenir compte séparément de la douleur, qui doit résulter du tiraillement qu'une pression énergique imprime en même temps aux ligaments de la matrice).

La physiologie du col a été traitée par M. E. Forget avec un soin particulier, avec trop de soin peut-être : car la lecture de ce chapitre (du moins pour ceux qui prennent à la lettre tout ce qui est écrit) pourrait faire prêter à l'auteur des opinions qui, à ses yeux, ne sont encore que des hypothèses, justiciables de l'avenir et d'un examen plus approfondi. L'attention qu'il met à ne laisser dans l'ombre aucune des fonctions de son organe favori le conduit à lui supposer des attributions qui sont peut-être réelles, mais ne sauraient jusqu'ici recevoir une démonstration expérimentale. Sans parler de l'office de *sentinelle avancée* qu'il assigne à la portion sous-vaginale (col chirurgical), il est une autre propriété dont le siége, selon lui, serait en partie du moins dans le col. Il s'agit de l'éréthisme génésique. L'analogie du gland est encore invoquée ; puis il cite quelques observations personnelles, celles entre autres d'une jeune dame chez laquelle il fut obligé de suspendre de légères frictions qu'il pratiquait avec un pinceau pour ôter les mucosités du col, et cela *parce qu'il en résultait une sensation qui mettait la malade fort mal à son aise !*

Les autres usages constatés du col utérin sont exposés avec une méthode et un fini qui rendra cette partie instructive même pour les physiologistes consommés, à plus forte raison pour les gens du monde, au suffrage desquels M. Forget nous a bien l'air d'avoir fait plus d'un sacrifice dans le cours de son intéressant opuscule. Du reste, si tel a été son but, il a parfaitement réussi. Et ses confrères ne seront pas les derniers à le féliciter d'avoir su vulgariser les saines notions, que le médecin gagne toujours à voir substituer chez ses clients, aux préjugés dont l'influence contrarie et déjoue si souvent les efforts de l'art.

DE SYMPODIA (DE LA SOUDURE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES) ; dissertation inaugurale par CHARLES-GEORGES LANDSDORFF. — Heidelberg, 1846.

C'est une description d'un fœtus mort-né à terme et offrant la monstruosité remarquable de la soudure complète des cuisses, des jambes et des pieds en un seul appendice conique, semblable à une extrémité postérieure de phoque ou de poisson. Ce fœtus monstrueux est né de parents bien portants ; la mère est âgée de 26 ans et a déjà eu un autre enfant qui est bien conformé. Par le haut le fœtus monstrueux ne présente rien d'anormal, à l'exception de l'absence du doigt médius de la main droite. Ce n'est qu'au-dessous de l'ombilic que commencent les vices de conformation. M. Landsdorff les a décrits avec beaucoup de détails et les a fait représenter dans trois planches lithographiées qui donnent une bonne idée de tous les détails anatomiques de la monstruosité. La description est précédée d'un aperçu général sur les monstruosités et leurs classifications.

VARIÉTÉS.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

LE CHOLÉRA A LYON.

— On nous écrit de Lyon :

« Le choléra vient d'éclater dans notre ville. A la suite de froids excessifs pour la saison (de 6 à 7° au-dessous de zéro), plusieurs militaires, malades déjà, et séjournant depuis quelque temps à l'hôpital, ont été pris des symptômes les mieux caractérisés et ont succombé en 6 à 10 heures.

Les premiers cas se sont déclarés le mercredi 28 novembre.

Le 2 décembre il y avait eu	32	entrées et	17	décès.
Le 3	—	42	—	23	—
Le 4	—	52	—	28	—

(Chiffres à partir du jour de l'invasion.)

Il faut noter que jusqu'ici le fléau n'a sévi que sur des hommes habitant l'hôpital militaire. — Trois infirmiers sont compris dans le chiffre des morts. — Quelques soldats cholériques ont, il est vrai, été apportés à l'hôpital de leurs quartiers, mais il a été constaté qu'ils avaient quitté les salles peu de jours auparavant.

Il est remarquable que l'hospice de la Charité, peuplé de vieillards, d'infirmes et de femmes en couche, et qui n'est séparé de l'hôpital militaire que par un mur mitoyen, n'a offert jusqu'ici aucun cas de choléra; l'état sanitaire y est, au contraire, excellent.

La population avait cru jusqu'à ce jour que le fléau se concentrerait à l'hôpital militaire; mais, depuis trois jours, il s'est présenté en ville quelques cas, ne laissant aucun doute sur le diagnostic.

Une femme a été apportée de la cour des Archers à la salle 2 des femmes, nº 34. Elle a succombé le 30 novembre avec la cyanose la plus prononcée.

Dans cette même salle, une phthisique, qui y était couchée depuis longtemps, a eu le même sort.

Enfin aujourd'hui 4 décembre, un homme employé aux vidanges, habitant rue Paradis, a été conduit à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, nº 41. Malade depuis six heures du matin, il est mort à midi et vingt minutes, offrant les signes les plus indubitables du choléra asiatique.

Les journaux quotidiens ont jusqu'à présent cru devoir cacher la vérité au public; et quelques médecins se sont faits les échos de ce mensonge, qui, quoique excusé par de louables intentions, offre bien des dangers. — Mais dans sa séance du 3 décembre, la société de médecine, saisie de cette question, après avoir entendu les opposants, a été d'avis, à la presque unanimité, que les cas de l'hôpital militaire appartiennent au type le mieux accentué du choléra asiatique.

Du reste, l'autorité, prévenue dès les premiers indices du danger, a organisé tous les services de secours de manière qu'ils puissent fonctionner aussitôt que le mal éclaterait sur une plus large échelle. —On attend; on espère encore que l'immunité si remarquable dont Lyon avait joui jusqu'ici lui servira du moins à étouffer le fléau dès sa naissance. Et il est, en effet, certain que sa diffusion est extrêmement lente, si l'on considère l'insalubrité et la misère qui affligent de temps immémorial tous les quartiers de notre cité.

— La semaine dernière, le choléra, qui n'avait jamais paru à Gray (Haute-Saône), s'y est tout à coup déclaré au moment où on s'y attendait le moins. Il y a sévi d'abord d'une manière violente; on parle de dix-neuf personnes mortes dans un seul jour. Les dernières nouvelles sont rassurantes; le fléau est aujourd'hui en décroissance.

— Le choléra a fait de grands ravages dans le Workhouse de Taunton-Street à Londres. Cet établissement était placé dans des conditions sanitaires si mauvaises qu'on doit plutôt s'étonner que les ravages n'aient pas été plus considérables.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Quelque répugnance qu'on puisse avoir à entretenir de soi le public, il est des circonstances où l'honneur le commande; c'est le cas où l'honneur même est en jeu, et où l'on n'a d'autre moyen que la publicité pour repousser l'erreur ou la calomnie.

Dans mon dernier concours pour le bureau central on a insinué çà et là ces assertions : 1° que je me serais attribué, dans l'ouvrage que j'ai publié en 1839, sous le titre de : RECHERCHES SUR L'AUSCULTATION ET LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, des découvertes propres au professeur célèbre dans les salles duquel j'ai fait une partie de mon internat; 2° que j'aurais affiché cet ouvrage sur les murs de Paris dans des termes empreints de charlatanisme; 3° que j'aurais fait placarder une autre espèce d'affiches, avec désignation d'heures de consultations gratuites sur la première période de la phthisie pulmonaire.

Si j'eusse pu trouver à ces insinuations un éditeur responsable, j'en eusse fait justice directement, et me serais gardé d'occuper le public de pareilles misères. Mais je n'ai pu saisir nulle part l'auteur ou les auteurs de ces calomnies. Cependant on s'en est fait une arme contre moi dans le dernier concours. On pourrait vouloir s'en servir encore dans d'autres circonstances; et je sors, quoique à regret, du silence que j'ai gardé jusqu'ici.

Je prends une à une les assertions.

1° Je sais tout ce que je dois à la bienveillance et à l'autorité du maître illustre dont j'ai été l'élève, l'interne, et dans les salles duquel j'ai continué et terminé les recherches dont se compose mon ouvrage. Mais j'affirme ici, hautement et sans crainte d'être démenti par qui que ce soit, que la pensée, l'exécution et les résultats de ces recherches sont à moi et à moi seul. Ce n'est pas que je m'en exagère l'importance, mais c'est une injustice que de douter qu'elles m'appartiennent, et c'est faire injure à M. Andral que de lui supposer la moindre prétention à des travaux qu'il n'a fait qu'encourager de sa bienveillance et de ses conseils. Ils auraient probablement une autre portée, s'il y eût participé. Au besoin, j'ajouterais que tout ce que je dis ici de ces travaux se retrouve dans ma dédicace au maître illustre dont il est question, dédicace qu'il a bien voulu accepter et dont je lui ai soumis les termes avant l'impression. Enfin cette réclamation, qu'on se permet d'élever en son nom, il eût bien su la faire lui-même, et c'est à moi sans doute que son caractère honorable l'eût adressée d'abord; mais il ne l'a jamais faite et il ne la fera jamais.

2° Peu après la publication de mon ouvrage, mon libraire le fit afficher sur les murs de Paris, en accompagnant le titre du livre d'un commentaire de sa façon, où il employait ces expressions, dont il n'avait vu sans doute que la portée commerciale : « *Traitement hygiénique, préservatif et curatif, le plus souvent suivi de succès*. Ce fut M. Andral qui m'annonça ce fait. A l'instant même, et sous ses yeux, j'écrivis au libraire devenu propriétaire de mon ouvrage, le sommant de faire aussitôt disparaître ou couvrir toutes ces affiches. J'ai encore sa réponse sous les yeux (je la tiens à la disposition de qui voudra la voir), et j'y lis textuellement :

» Quant à ce que vous exigez, je n'en ferai rien; car je ne puis faire l'impossible. La seule chose que je puisse faire, et je viens de la faire à l'instant même, » c'est de faire rentrer de suite dans mes mains toutes les affiches qui n'ont pas » été apposées, et de suspendre provisoirement l'affichage. Je dis provisoire» ment, car je ne vois pas d'où naît votre indignation.... L'affiche d'un livre es» une affaire commerciale; l'éditeur la fait comme il l'entend, ainsi que ses an» nonces.... Ce qu'elles peuvent avoir d'emphatique, de trop favorable au livre, » est mis sur le compte de l'éditeur, et non de l'auteur.... Comme éditeur, je » dirai tout ce que je croirai propre à faciliter le débit, et je prétends n'avoir à » faire en cela que ma volonté.... Croyez bien, monsieur, qu'il m'est pénible » d'avoir avec vous de semblables rapports, et que je voudrais de tout mon » cœur qu'il en fût autrement. Mais, je vous le répète, je veux faire mes affiches » et mes annonces de la manière que je croirai la plus convenable pour la vente, » et je ne reconnais à personne le droit d'y intervenir. »

Mes amis, mes maîtres et entre autres M. le doyen de la Faculté m'engagèrent alors à me borner à repousser publiquement la responsabilité de ces affiches. Je le fis aussitôt dans une lettre qui a été publiée, sous la date du 26 juin 1839, dans les journaux de médecine.

3° Je passe à la troisième imputation. Je le déclare de la manière la plus absolue : je n'ai jamais fait, à aucune époque, sous aucune forme, en aucun lieu, aucune affiche de consultation gratuite ou autre, sur aucune maladie. Et toute imputation contraire est dénuée de toute espèce de fondement. Je sais qu'à l'époque où j'habitais le nº 3 de la rue de Marivaux, et peu après la publication de mon livre, un médecin qui habitait un autre numéro de la même rue, afficha des consultations gratuites sur la première période de la phthisie pulmonaire, mais avec l'indication de son numéro à lui. C'est sans doute cela qui a servi de prétexte aux allégations malveillantes dont j'ai été l'objet.

Je tiendrai désormais pour calomnies, indignes même d'attention, à plus forte raison de réponse, toute assertion qui, au lieu de se présenter franchement à moi-même ou publiquement, avec des faits et quelqu'un qui les articule, comme il appartient à la vérité et à la bonne foi, se glissera dans l'ombre, comme elle a déjà fait, sous le vague des expressions et de l'anonyme, évitant soigneusement ma présence comme agit la fausseté.

Mais l'insuccès de mon dernier concours a eu encore un autre prétexte. Mes titres antérieurs et mes épreuves m'avaient valu dans le concours un rang officiel, dont une prétendue erreur de diagnostic m'a dit-on fait déchoir. Ici comme ailleurs, je n'ai qu'à raconter les faits.

Cette erreur prétendue est relative à une malade de 42 ans (nº 14 de la salle Saint-Bazile, hôpital de la Charité, service de M. Rayer), désignée pour être l'objet d'une consultation écrite. Le diagnostic avait été arrêté et écrit par le jury dans ces termes : cystite chronique et entérite chronique. Le diagnostic que j'ai formulé, à la suite de l'exposé des symptômes, a été celui-ci : péritonite chronique sans tubercules ni dans les poumons, ni dans l'abdomen. Cystite chronique; vaginite chronique sans affection ni du col, ni du corps de la matrice, et inflammation chronique de la partie inférieure du gros intestin, c'est-à-dire du rectum.

Ce diagnostic a été condamné pour avoir admis une péritonite, et avoir limité l'entérite chronique dans le rectum.

Cependant la malade est morte huit jours après le jugement du concours, a été autopsiée le dimanche 28 octobre par l'interne du service, devant M. Rayer, devant moi, devant d'autres personnages, et voici quels en ont été les résultats: la paroi abdominale antérieure est adhérente de toute part aux anses intestinales, qui sont toutes adhérentes entre elles, adhérentes avec le foie, la rate, le diaphragme, la vessie, la matrice; et toutes les adhérences, déjà anciennes et celluleuses, réunissent en une seule masse tous les organes abdominaux et les parois abdominales. L'intestin grêle et le gros intestin sont sains. On ne trouve de trace d'inflammation chronique que dans le rectum. Les mêmes traces d'inflammation chronique se retrouvent dans le vagin et dans la vessie; le corps et le col de la matrice sont sains. Il n'y a de tubercules ni dans les poumons, ni dans l'abdomen. A côté de ces confirmations précises du diagnostic du candidat, on trouve une pyélite chronique et purulente que ni juges ni candidat n'avaient reconnue.

Telles sont, monsieur le rédacteur, les explications qui m'ont paru indispensables pour faire apprécier, comme elles doivent l'être, les causes assignées à l'insuccès de mon dernier concours. Je laisse au public le soin de les juger.

Agréez, etc.

J. FOURNET.

Paris, ce 4 décembre 1849.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE. — ÉTAT SANITAIRE DES COLONIES ALGÉRIENNES.

C'était mardi dernier jour de séance annuelle à l'Académie de médecine, jour de fête et de délassement où la docte compagnie se donne ordinairement le double plaisir de distribuer quelques couronnes et de goûter un morceau de littérature de l'endroit. Quand nous parlons de couronnes distribuées, nous faisons une métonymie flagrante; chacun sait qu'on ne revient pas des luttes académiques, comme les guerriers romains de la bataille, avec une couronne de chêne sur la tête, mais bien avec un billet de banque dans sa poche, ce qui n'est pas moins flatteur. C'est M. Gibert qui, en sa qualité de secrétaire annuel, a présenté le rapport sur les prix; il s'est acquitté de cette tâche assez ingrate en homme habitué à répandre sur les arides sujets de la pathologie l'agrément du style et la verve de la diction. Nous ne lui reprocherons que d'avoir un peu trop malmené d'honnêtes compétiteurs qui, en se mêlant à des concours où les attire l'appât de la *couronne* ci-dessus définie, n'ont pas pris l'engagement formel d'avoir le sens commun. Les noms des vainqueurs proclamés, M. Velpeau, président, a donné connaissance des questions proposées comme sujets de prix pour les années 1850 et 1851. Nous en faisons la remarque sans y attacher plus d'importance que de raison, ces questions, celles du moins qui sont du choix de l'Académie, portent sur des sujets cent fois étudiés, cent fois débattus dans l'enceinte même de l'Académie, que l'observation a remués en tous sens, sur lesquels enfin il n'est pas probable qu'on tire des moyens actuels d'investigation plus qu'ils n'ont donné jusqu'ici. Nous parlons notamment des questions relatives aux tumeurs blanches, à l'anatomie pathologique du cancer, aux effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose. N'y aurait-il pas moyen d'ouvrir aux compétiteurs une voie moins battue, de mieux stimuler leur zèle par l'attrait d'un sujet plus nouveau, de mieux servir la science enfin par une meilleure direction des efforts? Que messieurs du conseil d'administration prononcent; comme eux, nous nous bornons à poser des *questions*.

Mais l'événement de la séance devait être l'éloge d'Antoine Dubois, par son homonyme, M. le secrétaire perpétuel. Le personnage était bien choisi. C'était une figure faite pour l'éloge académique que cet Antoine Dubois qui, sans l'aide de la protection, sans le secours même du renom qui s'attache à de grands travaux accomplis, sans une ligne échappée de sa plume, uniquement par des qualités inhérentes à sa personne et par le mérite intrinsèque de son esprit, est parvenu d'une position infime aux premières dignités de la profession, comme aux plus hautes régions de la clientèle. Il y aurait à cet égard un rapprochement intéressant à établir entre lui et une autre illustration médicale, Bourdois de Lamothe. Il serait curieux de rechercher comment des qualités différentes à beaucoup d'égards ont pu les élever l'un et l'autre, avec un égal bonheur, au pinacle de la science et de l'art, et les introduire au chevet des souverains. Sans nous engager dans un parallèle que nous aurions voulu voir indiqué par l'orateur, nous dirons seulement que Dubois, avec la simplicité de ses manières, la tournure gauloise de son esprit, la fermeté et, si nous osions le dire, la rusticité de son bon sens, était fait pour l'aristocratie de l'empire, comme Bourdois, avec son parfum de bon ton, l'était pour l'aristocratie de la royauté. Le premier devait être et a été, dans le sens littéral, plus populaire que le second; le nom de Dubois était aussi connu pour le moins en bas de la société qu'en haut.

Le panégyriste n'a peut-être pas dépeint en traits assez accentués cette originale physionomie. En racontant les épisodes de la vie si accidentée de Dubois, il a fait applaudir la vivacité du récit, un tour de périodes et une surabondance d'images où l'imitation de Pariset se faisait, à notre goût, un peu trop sentir. On peut dire qu'il a réussi; l'assistance le lui a témoigné avec chaleur; et pourtant il nous a semblé que de toute cette narration on ne pouvait, pour ainsi dire, extraire le vrai Dubois, celui que nous avons connu. Nous nous attendions aussi à ce que l'orateur tirât meilleur parti des grands événements auxquels son personnage a été indirectement mêlé, et que, sans le laisser perdre de vue, il l'eût animé davantage de la vie de son époque. C'est à cette œuvre surtout qu'excellait le prédécesseur du secrétaire actuel, et si l'on veut une comparaison applicable dans la circonstance, on peut voir dans l'éloge de Desgenettes qui, comme Dubois, avait suivi Bonaparte en Égypte, les pages éclatantes inspirées à Pariset par cette merveilleuse expédition.

La grande étendue donnée à la partie anecdotique de l'éloge a laissé à M. le sécrétaire perpétuel peu de place pour l'appréciation d'Antoine Dubois comme professeur et comme savant. Là encore, malgré l'énumération méthodique, trop méthodique, des perfectionnements que lui doit la chirurgie, nous n'avons pas retrouvé aussi frappant que nous l'aurions désiré le portrait du grand praticien. L'homme n'est pas tout entier dans ses inventions. Dubois ne perdrait rien de sa renommée s'il n'avait rien inventé ou rien perfectionné. C'est à l'œuvre, c'est au lit du malade, qu'il fallait le voir pour le bien connaître; c'est là que nous aurions voulu qu'on nous le montrât avec des couleurs plus tranchées et une plus grande vigueur d'appréciation.

L'orateur a été plus heureux dans la péroraison. Cette espèce d'évocation de l'original devant la copie apposée aux murs de l'Académie a produit un heureux effet. Les applaudissements ont éclaté avec chaleur. Ils ont redoublé encore à un passage où l'illustration du professeur actuel d'accouchements a été habilement associée à celle d'Antoine Dubois. Le père s'était enorgueilli du fils; le fils s'enorgueillissait du père; l'Académie a montré par des témoignages unanimes que la science était fière de tous deux.

— Nous sommes de ceux, les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE se le rappellent, qui ont insisté sur la possibilité de coloniser l'Algérie, et sur la très-grande utilité de cette colonisation. Les grands pouvoirs de l'État ont été de notre avis. Cependant l'expérience avait à prononcer, et malgré toute l'autorité de la logique et des précédents, elle seule pouvait décider en dernier ressort.

L'extrait qu'on va lire du rapport adressé au gouvernement par la commission de l'assemblée nationale envoyée sur les lieux offre un grand intérêt au point de vue sanitaire des colons; on y a apprécié les choses sans exagération ni réticence. On peut y voir que si les colons n'ont pas échappé aux influences locales, ils n'en ont pas souffert au point de renverser notre confiance, et de légitimer les appréhensions des adversaires de la colonisation. Voici cet extrait:

Au moment où s'est accomplie notre inspection, les centres agricoles étaient loin d'offrir des spectacles riants. Le solstice africain y mettait, pour la première fois, les constitutions à l'épreuve. Beaucoup en étaient profondément ébranlées.

Feuilleton.

ÉLOGE D'ANTOINE DUBOIS (1).

Messieurs,

Le grand chirurgien dont je vais essayer de vous retracer aujourd'hui la vie a été un de ces hommes de science éminemment pratiques, un de ces hommes d'action qui, peu soucieux de leur gloire future, oublieux de la postérité, ne pensent qu'aux choses présentes, et ne s'occupent que de leurs contemporains.

Antoine Dubois n'a rien écrit, il n'a rien publié; il n'a eu d'autre ambition et d'autre joie que de bien faire, de bien agir, laissant à d'autres le soin de faire connaître les nombreux services qu'il a rendus à la science et les belles actions qui ont honoré sa vie.

Fatale insouciance! déplorable incurie qui priverait les nouvelles générations du plus riche enseignement, si quelque main pieuse ne venait disputer à l'oubli ce que les anciens auraient appelé les *memorabilia* de ce grand praticien.

A défaut de tout autre, j'ai dû, messieurs, m'imposer cette tâche; j'ai dû, pendant que la tradition est encore vivante, chercher à esquisser les vives saillies, les traits imposants de cette belle physionomie.

Nos écoles, nos hôpitaux, nos amphithéâtres, nos Académies, tout est plein de sa mémoire. Les maîtres d'aujourd'hui ont tous été ses disciples; perdu moi-même, en d'autres temps, dans la foule de ses auditeurs, il m'a été donné de le voir et de l'entendre. Il n'est pas jusqu'au peuple enfin qui ne connaisse et ne répète encore le nom d'Antoine Dubois!

Telles sont, messieurs, les sources où j'ai puisé. Puissent les pages qui vont suivre ne point vous paraître trop indignes d'une si grande renommée! puissent-elles, fortes de votre assentiment, sanctionnées par votre témoignage, assurer quelque durée aux souvenirs d'une vie si laborieuse, si honorable et si glorieusement remplie!

Antoine Dubois naquit en 1756, le 19 juin, à *Grantat*, petite ville du Quercy, aujourd'hui département du Lot, sur les bords d'un mince cours d'eau qui se jette dans la Dordogne.

Comme tous les hommes dont les commencements ont été amers et pénibles, dont la jeunesse a été laborieuse et difficile, Dubois, dans la conversation, aimait à remonter le cours de ses premières années, à parler de son pays, et surtout de sa famille. Son père était receveur de l'enregistrement et des domaines. Enlevé par une mort prématurée, il avait laissé sa veuve à peu près sans fortune. Dubois avait deux sœurs. Sa mère eut longtemps à lutter contre l'adversité. Laborieuse et aimante, elle sut inspirer à son fils le goût du travail et l'amour de la famille.

Près de sa mère et de ses sœurs, ses premières années s'écoulèrent douce-

(1) Par M. Fr. Dubois (d'Amiens).

Dans la province de Constantine, les fièvres sévissaient avec une énergie qu'expliquent de grands mouvements de terrain. On dirait que ce sol ne consent à redevenir fécond qu'au prix de quelques hécatombes. Les atteintes n'étaient pas graves, mais peu de colons y échappaient. Dans le mois de juillet, les hôpitaux de Philippeville, de Bone et de Ghelma furent encombrés de malades, venus des villages de l'intérieur. Le mouvement général comprit deux mille fiévreux sur quatre mille cinq cents âmes dont se composaient les convois, et dans le nombre ne figurent pas ceux qui furent traités et guéris sur place. Une seule commune, celle de Robertville, sur quatre cent soixante habitants, en eut quatre cent cinquante de frappés. Elle expiait une erreur d'emplacement. Ni la santé ni la jeunesse n'en mettaient à l'abri; les plus vigoureux comme les plus débiles payèrent ce tribut au climat. Le mal n'était pas violent, il cédait aux premiers soins; mais de pareilles trêves ne sont pas longues, et à la date des derniers avis, les établissements hospitaliers se remplissaient de nouveau par suite de redoutables rechutes.

Et à ce sujet, monsieur le ministre, qu'il soit permis à la commission de payer un juste tribut d'éloges aux médecins qui dirigent les hôpitaux sur lesquels les malades ont été évacués. Rien n'était prêt pour en recevoir un pareil nombre; l'humanité et le zèle des chefs de service y ont suppléé. Il était impossible d'assister, sans en être touché, aux scènes qui se passaient dans ces asiles de la douleur, de voir quels soins, quelles attentions délicates étaient prodigués à ces femmes, à ces enfants qui demandaient à être consolés autant qu'à être guéris. Au sein des colonies mêmes, le personnel des médecins a laissé peu à désirer; on citerait à peine une ou deux exceptions. Dans bien des cas, ils ne luttaient qu'à force de dévouement contre l'insuffisance des moyens dont ils disposaient. C'est là un point digne d'attention. Mieux pourvus, ils rendraient de bien meilleurs services, et, par des traitements sur place, diminueraient le nombre des évacuations sur les hôpitaux. Que faudrait-il pour cela? Simplement multiplier les infirmeries locales et enrichir les petites pharmacies créées dans chaque centre et mises sous la main du médecin.

La maladie n'était pas le seul motif qui assombrît l'aspect des villages nouveaux; il s'y joignait des signes évidents de déchéance et de misère. Pouvait-il en être autrement? Les libéralités du trésor ne défrayent pas les besoins comme le ferait une activité suivie et naturelle. Même en s'épuisant, le trésor ne peut pas tout donner; il est une limite où son action s'arrête et où commence l'effort personnel. Ici, par exemple, le colon reçoit de l'État, à titre gratuit, une concession de terrain, des rations de vivres, un logement, des instruments d'exploitation, du bétail, des prestations en nature. Qu'exiger de plus, et n'est-ce pas excéder la juste mesure des sacrifices? Eh bien! tant de largesses, tant de dons ne suffisent pas pour arracher ces populations au dénûment. Des femmes, des enfants y marchent couverts de haillons; beaucoup d'entre eux manquent de chaussures. Par mille détails se trahit un état d'abandon qui blesse les yeux et afflige le cœur. Pourquoi? C'est qu'en dehors des besoins alimentaires, il est une foule d'autres besoins qui ne sont pas d'une moindre nécessité. Or, sans argent, sans produits, sans travail, comment y pourvoir? Force est d'y renoncer, et c'est un premier pas vers la déchéance.

On remarquera que la détresse et la misère dont souffrent les malheureux colons ne sont pas absolument inséparables de la colonisation. Cependant, qui pourrait méconnaître leur influence comme auxiliaires des causes inhérentes au climat et aux localités, et en particulier de l'élément paludéen?

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR DE NOUVEAUX CARACTÈRES DE LA GANGRÈNE, ET SUR L'EXISTENCE DE CETTE LÉSION DANS DES MALADIES OU ELLE N'A PAS ENCORE ÉTÉ DÉCRITE; par M. le docteur CHARLES RACLE, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Je n'ai pas l'intention de faire dans tous ses détails l'histoire de la gangrène.

Mais je serai obligé de toucher à presque tous les points de sa description, parce que l'étude que j'ai faite de cette maladie m'a fourni des résultats nouveaux sur un grand nombre des phénomènes qu'elle présente, et parce que l'observation m'a convaincu que les traités de médecine, aussi bien que de chirurgie, ont négligé un grand nombre des caractères de cet accident.

Je diviserai ce mémoire en deux parties:

La première traitera de la gangrène isolée des maladies qui la provoquent;

La seconde établira les rapports de cet accident avec les diverses conditions pathologiques dont il dépend.

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA GANGRÈNE EN GÉNÉRAL.

La gangrène n'est presque jamais un accident unique et simple, et qui survienne comme seul phénomène morbide. On peut toujours reconnaître la cause pathologique dont elle dépend, parce qu'elle est presque toujours précédée par des symptômes ou des lésions anatomiques qui constituent une maladie véritable et bien caractérisée.

La gangrène ne serait donc qu'une complication ou un élément de maladie dans la majorité, je dirai même dans la presque totalité des cas où on la rencontre.

Les symptômes qui la précèdent appartiennent par conséquent, non à la gangrène, mais à la maladie sous la dépendance de laquelle elle se trouve.

Décrire une première période qui précède le germe de la gangrène, c'est faire l'histoire des diverses maladies qui la font naître. Je renvoie en conséquence cette étude à la deuxième partie de ce mémoire, et je fais de suite la description de la gangrène proprement dite.

§ I. — Description. — Symptomatologie.

La gangrène ne consiste que dans la mortification des parties molles, et dans les altérations qui suivent cette mortification.

Les signes physiologiques sont peu importants à reproduire ici: ce sont l'insensibilité, l'immobilité, la cessation de la circulation et la perte des pulsations artérielles.

Je n'ai rien à ajouter à cette description.

Il n'en est point ainsi pour les signes physiques. Les changements ma-

---

ment; il était aimé et choyé. Mais bientôt il fallut quitter la maison où il était né. Sa mère jouissant dans le pays d'une estime générale et méritée, le souvenir aussi de son père aidant, on avait obtenu pour lui une bourse au collége de Cahors. A la vie de famille qu'il aimait par-dessus tout, allait succéder la vie de collége: vie de peines et de labeur sans doute que celle d'un pauvre boursier, mais dorée quelquefois par des rêves d'avenir; puis enfin à cette vie de collége devait succéder l'isolement, l'abandon dans cette masse confuse et indifférente qu'on appelle le monde.

Dubois, en effet, n'était pas de ces hommes que la fortune prend par la main au sortir du berceau, qui tiennent de leurs familles de puissants protecteurs ou un grand nom. Né dans l'obscurité et de sang plébéien, Dubois allait se trouver en face de cette société du dix-huitième siècle; il allait avoir, comme on le dit, à creuser son sillon et à se faire le fils de ses œuvres.

A peine âgé de 20 ans, il quitte pour toujours sa province et se met résolument en route pour Paris. Il dut faire le voyage à pied, en compagnie d'un honnête roulier, vivant avec lui et comme lui. Arrivé à la barrière de Fontainebleau, le petit pécule que lui avait donné sa mère était à peu près dépensé: c'est à peine s'il lui restait quelque menue monnaie en poche. Cependant, avant de se séparer de son compagnon de voyage, Dubois le fit entrer dans l'arrière-boutique d'un marchand de vin, et fit avec lui un dernier repas: circonstance qui ne sortit jamais de sa mémoire, et qui donna lieu à un épisode que j'aurai plus tard occasion de rappeler.

Voilà donc Dubois arrivé à Paris, mais à peu près sans ressources. Il est bien vrai qu'il allait y trouver une tante, une sœur de son père, mariée à un homme, sinon riche, du moins dans une honnête aisance, propriétaire de la maison qu'il occupait rue Bailleul, dans le quartier du Louvre; mais Dubois n'était pas sans inquiétude sur la réception qu'allait lui faire cet oncle, dont le caractère n'avait rien de bien rassurant pour lui. Il le savait dur, sans éducation et d'une avarice sordide.

Son petit paquet sous le bras, il se met en marche, et vers midi, il arrive dans la rue Bailleul. Heureusement pour lui, sa bonne tante était seule à la maison; elle n'avait point d'enfants, elle accueillit Dubois comme un fils. Un air de famille le lui avait fait reconnaître. Elle se sentait toute glorieuse en voyant sa bonne mine, son air de franchise, et il portait le nom de son père à elle, celui qu'elle avait perdu en se mariant.

Mais l'oncle allait rentrer, et cette bonne parente redoutait elle-même pour son neveu les suites de cette première entrevue.

Son mari rentre en effet; elle se hâte de lui présenter son neveu. « Pourquoi, dit brusquement à celui-ci l'oncle irrité, pourquoi êtes-vous venu à Paris sans ma permission?

—Mon oncle, répondit modestement Antoine, je n'aurais pas voulu vous désobéir. »

Paroles adroites, qui témoignaient à la fois et de la déférence qu'il aurait eue pour son oncle, et de son vif désir de venir le trouver! Elles adoucirent un peu ce rude parent. C'était l'heure du dîner; Dubois fut invité à se mettre à table et à y prendre part.

Mais tout n'était point fini. Le lendemain, au point du jour, l'oncle le fit lever, le conduisit au port au blé, et là, sans égard pour un jeune homme qui lui ap-

tériels qui s'opèrent dans les tissus mous frappés de mort sont mal connus encore, et les descriptions des auteurs sont très-inexactes sur ce point.

C'est surtout au début de la gangrène que ces signes sont importants à bien connaître ; mais il est plus facile de les constater sur les malades que de les décrire et de les faire comprendre par des descriptions.

Pour rendre mon étude plus facile, j'établirai dans la gangrène plusieurs degrés distincts.

Ils sont au nombre de trois.

Premier degré, escarre grise.

Deuxième — — noire.

Troisième — élimination.

PREMIER DEGRÉ.

Le premier degré n'est décrit dans aucun auteur classique : tous les écrivains ont commencé l'histoire de la gangrène par le second degré.

Je suis tenté de croire que les auteurs ne l'ont pas indiqué parce qu'ils ont constamment méconnu la nature de la lésion lorsqu'elle n'est encore qu'au premier degré.

Description. — Toute partie molle dans laquelle cesse la vie présente au début les phénomènes suivants :

Diminution dans le volume ; abaissement de la température d'un et même de deux degrés, ainsi que je m'en suis assuré.

Coloration altérée. Tous les auteurs disent que si le tissu est rouge, cette teinte devient bleuâtre, livide, par le fait de l'arrêt de la circulation capillaire ; puis enfin qu'elle devient noire.

C'est là une erreur très-facile à rectifier par une observation attentive. Je sais que la possibilité d'assister au début même de la gangrène manque et a dû manquer à tous les auteurs, et je comprends ainsi l'erreur qu'ils ont commise.

Ayant eu souvent l'occasion de voir débuter cette lésion sur les jeunes enfants dans les cas de gangrène de la bouche, j'ai pu me convaincre de l'inexactitude des descriptions cliniques, et ayant transporté dans l'observation de la gangrène des adultes les résultats de cette première étude sur les enfants, j'ai généralisé et confirmé ainsi les conséquences auxquelles j'étais arrivé.

Or, dans cette double étude, j'ai constamment vu que les tissus mous, quels qu'ils soient, qui viennent de perdre la vie, offrent une teinte caractéristique : c'est une coloration d'un *blanc grisâtre* ou *jaunâtre* et d'un *aspect terne.* Il est impossible de méconnaître cette teinte quand on l'a une fois observée.

Cette coloration est constamment le premier phénomène que présente la gangrène au début ; elle se rencontre dans tous les tissus sans exception, et quelle que soit la cause qui lui a donné naissance.

Que la gangrène soit sous l'influence d'une maladie générale ou locale, qu'elle soit le résultat d'une cautérisation avec le feu ou la potasse, qu'elle résulte de la congélation des parties molles, constamment les tissus morts sont d'abord d'un blanc terne plus ou moins gris ou jaunâtre.

Jamais les tissus ne sont primitivement noirs.

Il est des cas dans lesquels la gangrène semble débuter par une autre coloration, et donner raison à la description clinique ; car elle aurait primitivement donné naissance à des escarres noires.

Mais le mode de production de la gangrène, dans ce cas, rend parfaitement raison de la différence que je signale.

C'est en effet dans les membres affectés de gangrène sénile que l'on voit au début cette coloration. Mais deux conditions particulières sont réunies, dans ce cas, pour tromper : d'abord, dans les gangrènes de tout un membre, la mort commence incontestablement par les parties profondes, ainsi que la décomposition des parties molles ; une coloration violacée se développe dans les tissus profonds avant que la peau soit atteinte, et donne à celle-ci, par transparence, une teinte noirâtre qu'elle n'a pas encore, et qui ne doit être la sienne que plus tard, c'est-à-dire lorsqu'elle-même sera gangrenée et arrivée à une période plus avancée. Secondement, en même temps que la teinte noire des tissus profonds frappés de gangrène donne au tégument une teinte qui ne lui appartient pas, l'épiderme se détache de la peau gangrenée, se remplit d'une sérosité sanguinolente qui vient encore compliquer les phénomènes et peut tromper les observateurs.

Mais, dans les deux cas, un soin plus grand fera toujours reconnaître que les tissus ne sont pas colorés comme on le décrit, qu'ils ont une teinte grise. Quand il existera des phlyctènes, il suffira d'enlever l'épiderme pour voir au-dessus le derme évidemment mortifié, mais qui n'est encore que blanchâtre.

C'est là un fait de pure observation ; tout médecin qui voudra le vérifier arrivera à la même conclusion, pourvu qu'il ait assisté véritablement au début de la gangrène.

L'anatomie pathologique démontrera encore cette vérité.

Cette coloration dure environ de trois à six heures avant de changer.

On verra qu'elle varie dans la nuance selon le tissu affecté.

A cette époque, les tissus sont déjà complétement privés de vie : ce n'est point une pâleur dépendant de la cessation de la circulation ; c'est une teinte de gangrène véritable. Les tissus ainsi colorés sont entièrement insensibles et désorganisés, et il est impossible d'y rappeler la vie. J'ai souvent traversé dans toute son épaisseur la joue d'un enfant chez qui la gangrène n'était cependant encore qu'à ce premier degré.

Les tissus gangrenés prennent donc une couleur *blanchâtre* bien caractérisée au début de la lésion.

J'insiste encore sur ce point parce que, comme je le prouverai plus loin, l'ignorance de ce signe a fait commettre de graves erreurs, et fait méconnaître la gangrène dans un grand nombre de maladies où elle existe pourtant bien réellement.

SECOND DEGRÉ.

Il manque quelquefois, comme je le dirai, et se trouve remplacé par d'autres phénomènes.

Après un laps de temps variable, les tissus frappés de mort changent ordinairement de coloration, la teinte blanchâtre et terne devient d'un gris sale ; puis elle passe au roussâtre, devient brune, et enfin entièrement noire.

Cette transformation est assez rapide : en l'espace de deux à trois heures, les tissus blancs sont devenus noirs.

Je n'ai rien à ajouter à ce qui est connu.

Je dirai cependant qu'il me semble possible d'expliquer le changement de coloration des tissus morts par leur dessèchement, ou du moins par l'évaporation graduelle de l'eau qu'ils contenaient ; on sait que par le dessèchement tous les tissus noircissent. Il doit en être de même dans ce cas.

---

partenait de si près, pour un jeune homme élevé avec douceur dans le sein de sa famille, poli par une éducation libérale et distinguée, il lui fit charger ses épaules d'un énorme sac de sel, et lui dit de le suivre. Dubois revenait souvent et sans amertume sur le traitement que lui avait fait éprouver son oncle, non pour montrer ce qu'il avait été forcé d'endurer, mais à cause de l'étrange idée qu'eut le parent de l'inviter, en passant devant le Louvre, d'en admirer la belle colonnade. Le pauvre Antoine, qui pliait sous le faix, lui demanda la permission d'aller d'abord déposer son fardeau, sauf à revenir un autre jour admirer le monument.

Voilà, messieurs, sous quels auspices l'avenir se présentait à Dubois ; mais sa résolution était prise. Déjà prudent et circonspect, en mesure de faire face à tous les événements, il avait quelque foi dans cet avenir qui à tout autre aurait paru bien sombre. Ce n'était là, en effet, que le commencement des rudes épreuves par lesquelles il dut passer.

On agita bientôt pour lui la question de la profession qu'on lui ferait embrasser ; il avait fait toutes ses études, sauf sa philosophie. L'oncle, qui était dévot et qui voulait surtout se débarrasser de son neveu, opina pour l'état ecclésiastique, dont l'apprentissage ne devait rien lui coûter. Comme il n'y avait pas d'engagement immédiat à prendre, et que d'ailleurs c'était là le seul moyen de terminer son éducation, Dubois ne fit aucune objection ; il fut présenté au curé de Saint-Germain-l'Auxerrois, prit le petit collet, se fit tondre, et entra au collége Mazarin, dans la classe de philosophie.

Mais vers la fin de l'année, il fallut opter de nouveau et définitivement : ou rester dans le monde, ou entrer au séminaire. Dubois n'hésita pas un seul instant ; il déclara à son oncle qu'il se sentait né pour la vie de famille ; qu'il n'avait aucune espèce de goût pour une profession qui le mettrait en dehors de la société, et qu'il se soumettrait à tout plutôt que d'entrer au séminaire.

Déjà, d'ailleurs, une autre profession était l'objet de tous ses vœux. Le médecin de son oncle l'ayant pris en amitié, lui avait conseillé de se livrer à l'étude de la chirurgie, et Dubois s'était fait introduire dans les amphithéâtres et dans les hôpitaux. L'oncle ayant fini par le savoir, lui déclara que, sauf la table, il ne devait attendre de lui aucune espèce de secours. D'autres personnes heureusement s'intéressèrent à lui ; on lui procura quelques élèves, auxquels il donna jusqu'à des leçons de lecture, et on lui fit avoir des pièces de procédure à copier. Dubois y consacra une partie de ses nuits, et se mit ainsi en mesure de poursuivre ses nouvelles études.

Voilà, messieurs, quels ont été les commencements d'Antoine Dubois ; et pour quiconque sait l'histoire de notre art, il n'y a pas à s'en étonner. C'est par ces rudes sentiers qu'ont dû passer la plupart des grandes intelligences qui ont jeté tant d'éclat sur la science. Ouvrez les fastes de la chirurgie, et vous en trouverez à chaque page de mémorables exemples.

Quel est ce jeune homme dont l'esprit pénétrant et inventif émerveille les maîtres de son temps, et que les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu laissaient opérer sous leurs yeux, tant il montrait de zèle, d'intelligence et d'adresse? C'est Ambroise Paré, le futur chirurgien des derniers Valois ; il vient de sortir de la boutique d'un barbier, et il sera une des plus grandes gloires de la France.

Quel est cet autre élève que Maréchal trouvait tous les matins endormi sur le seuil de la Charité? C'est J.-L. Petit, qui se tenait là avant l'aube afin d'avoir la meilleure place auprès de ce grand chirurgien.

TROISIÈME DEGRÉ.

Enfin se déclare la période d'élimination, qui est très-différente, suivant la forme que revêt la gangrène : elle est *sèche* ou *humide*.

Dans le premier cas, le travail d'élimination se passe dans les tissus sains. Une inflammation ulcérative les sépare des tissus morts, qui se dessèchent, se momifient, deviennent cornés.

Lorsqu'elle est humide, les phénomènes sont bien différents. Tout le travail a lieu dans les parties gangrenées, et presque toujours les tissus sains y sont étrangers et ne font aucun effort pour opérer la séparation des parties malades ; aussi se gangrènent-elles ordinairement d'une manière successive, et sans qu'on puisse arrêter ce travail de mortification.

Les parties qui se gangrènent et se putréfient sont gonflées de liquides ; des gaz putrides s'y développent et s'étendent dans le tissu cellulaire en s'infiltrant le long des trajets des vaisseaux dans les interstices musculaires, etc., lorsque la peau n'est pas ouverte, ou s'exhalent au dehors dans le cas contraire, et répandent l'odeur caractéristique de la gangrène, odeur acide, infecte; les tissus se ramollissent, tombent en putrilage noirâtre qui se détache à mesure, au milieu de liquides sanieux, séro-sanguinolents, d'une odeur également infecte.

C'est là un véritable travail de putréfaction ; mais celle-ci ne ressemble pas à la décomposition cadavérique, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la différence de l'odeur que ces deux modes de destruction développent.

La gangrène sèche et la gangrène humide ne sont donc pas deux formes distinctes de la gangrène : ce sont deux variétés différentes seulement. On les trouve en effet souvent réunies sur le même malade et sur les mêmes tissus.

On a attribué la différence qui existe dans ces cas à l'état différent des parties au moment où la gangrène les prend. Lorsqu'elles sont imbibées de sucs, la gangrène, dit-on, est humide ; lorsqu'elles sont dans un état contraire, la gangrène est sèche.

La différence dont je parle dépend, à mon avis, de l'état de la circulation dans les parties affectées. La circulation, en effet, peut être entièrement interrompue dans les tissus ou se faire encore ; de là dépend le caractère particulier de la gangrène, ainsi que je l'ai vu pour la gangrène des membres, lorsque le sang peut arriver par les gros vaisseaux restés perméables jusque dans les parties gangrenées, l'altération a le caractère de la *gangrène humide*. Lorsque le sang n'y abonde pas, elle revêt celui de la gangrène sèche.

Or, si les artères qui aboutissent aux points gangrenés restent perméables, ou que le sang n'ait à traverser qu'un faible caillot humide, les parties aqueuses de ce liquide filtrent et se répandent dans le tissu mortifié. Il se fait pour ainsi dire une *hémorrhagie* dans celui-ci, et les chairs se dissolvent dans les liquides.

Une condition qui me paraît faciliter beaucoup le développement de la putréfaction humide, c'est la gêne et la cessation de la circulation en retour, par suite de l'oblitération des veines qui partent des points affectés de gangrène. Par cet obstacle, toutes les parties séreuses du sang restent stagnantes dans les tissus.

Au contraire, si les artères afférentes sont oblitérées comme il arrive quelquefois, et que les veines restent perméables, d'une part, le sang n'arrive point aux tissus, et de l'autre les liquides des parties molles sont résorbés. Ainsi le tissu se sèche peu à peu par le double effet de l'évaporation perspiratoire et de la résorption des liquides des parties malades.

Cette explication rendrait compte d'un autre fait d'observation. C'est que la gangrène sèche se sépare spontanément avec beaucoup plus de facilité que l'autre. On comprend que, par le fait même du travail qui fait que la gangrène est sèche, il existe une condition indispensable à l'élimination des parties mortes, je veux parler de l'oblitération naturelle des artères sur les limites du mal. Cette oblitération, par elle-même et par le travail inflammatoire qu'elle traduit et dont elle est le résultat, amène la limitation de la gangrène et plus tard son élimination.

Dans la gangrène humide, il n'existe point d'inflammation des tissus capable d'oblitérer les vaisseaux et de limiter la gangrène. Celle-ci remonte donc sans discontinuer.

Ces deux modes d'élimination par gangrène sèche et gangrène humide se reproduisent pour tous les tissus ; ainsi une simple escarre de la peau s'enlève en totalité après s'être desséchée, ou bien tombe en putrilage et s'élimine. Un parenchyme, comme la joue, a les mêmes modes de gangrène, quoique la forme sèche soit la plus rare. Un membre entier est également affecté de gangrène sèche ou humide.

§ II. — Anatomie pathologique.

Elle offre des particularités à indiquer.

Les auteurs n'ont pas assez insisté sur les caractères des tissus gangrenés.

Au début, quand les tissus sont encore blancs, ainsi que je l'ai dit, les parties profondes ont également le même aspect. Je l'ai souvent constaté sur les tissus divers de la joue chez les enfants atteints de gangrène de la bouche.

Et dans cette période, on peut encore, quoique avec peine déjà, reconnaître les tissus différents et distinguer un muscle d'une artère et un nerf du tissu cellulaire.

Mais très-peu de temps après, et bien avant même que les tissus soient noirs, toute la texture des parties molles se modifie à un tel point qu'elle semble avoir entièrement disparu. Et tous les tissus tendent tellement à se confondre qu'il devient entièrement impossible de reconnaître à la dissection les divers éléments dont se composent les parties du corps qui ont été frappées de gangrène.

Aussi, lorsque l'on a dit que les vaisseaux d'une partie gangrenée renferment du sang noir, fluide ou quelquefois coagulé, on ne veut point dire qu'il s'agisse des vaisseaux contenus dans les tissus atteints de mort, mais de ceux qui sont placés autour des points où la vie a cessé.

§ III. — Diagnostic : stupeur locale, diphthérite, pourriture d'hôpital.

La description que je viens de faire, en montrant au début des affections gangréneuses un état particulier qui est déjà de la gangrène et qui offre un aspect tout spécial, nous impose l'obligation de tracer le diagnostic de ce premier degré ; car c'est en effet alors qu'il y a le plus d'intérêt à pouvoir reconnaître cette grave lésion.

Or cette première période a quelques analogies avec plusieurs conditions pathologiques dont il importe de la séparer.

En raison de sa teinte blanchâtre, on est exposé à méconnaître la gangrène dans un grand nombre de conditions.

Quel est enfin ce pauvre répétiteur de mathématiques qu'on destinait aussi à l'état ecclésiastique, et qui préféra s'imposer les plus dures privations pour étudier la chirurgie ? C'est Desault, le troisième de cette grande lignée, le précurseur et le maître de cette brillante cohorte de chirurgiens au milieu de laquelle nous verrons figurer Dubois pendant plus d'un demi-siècle.

C'est en effet à Desault, au plus grand chirurgien de l'époque, que s'attacha Antoine Dubois. Desault venait de fonder en France la première école de clinique chirurgicale; il tenait alors le sceptre de la chirurgie. Dans le nombreux concours d'élèves qui se pressaient sur ses pas, il avait distingué le jeune Dubois ; Peyrilhe, l'historien de la chirurgie, le lui avait recommandé. Dubois n'avait pas encore atteint sa vingt-troisième année, et déjà ce qui dominait en lui, c'était un jugement sain et exquis, une conception patiente et sérieuse. En toutes choses, il s'en tenait déjà au plus clair, visant au plus droit, et courant, comme on le dit, au pressé : ayant parfaitement compris que toute bonne étude en chirurgie doit être fondée sur l'anatomie, il s'était exclusivement livré aux dissections.

Desault, qui visitait chaque jour son amphithéâtre, fut frappé du zèle et de l'assiduité que montrait le protégé de Peyrilhe. « Courage, Dubois ! lui dit-il un jour, dans deux ans vous serez mon prévôt. — Dans deux ans, répondit Dubois, j'espère mieux que cela : je ferai des leçons en mon propre nom et dans un amphithéâtre à moi. » Desault, loin de se trouver blessé de cette franchise, lui en sut gré, et avant la fin de la première année, il en fit son prévôt.

C'était là comme le premier échelon de sa fortune scientifique; il n'avait pas encore 25 ans, et déjà, comme il l'avait dit à Desault, il était en mesure d'inaugurer son enseignement de l'anatomie dans un amphithéâtre à lui. Il professait alors à double titre : en son propre nom et au nom de l'École pratique.

Que de générations, messieurs, ont passé dans nos écoles depuis cette époque, qui remonte à près de 70 ans ! Que sont devenus les premiers auditeurs d'Antoine Dubois ? Combien en pourrions-nous retrouver dans le sein de cette Académie, qui renferme tant de vétérans de la science ? Au moment où j'écrivais ces lignes, il en était un, messieurs, un seul ! La mort est venu le frapper quand je me faisais un bonheur de le voir aujourd'hui au milieu de vous : c'était le modeste et respectable M. Lacournère, qui s'applaudissait d'avoir été un des premiers disciples d'Antoine Dubois.

Comme la plupart des jeunes professeurs, Dubois menait alors de front plusieurs genres d'enseignement : il donnait à la fois des leçons d'anatomie, des leçons de médecine opératoire et des leçons d'accouchement. C'est qu'aussi il avait trouvé de grands maîtres pour guides. Prévôt de Desault d'abord, puis, en 1786, prévôt de Baudelocque, il suppléait ce dernier dans son enseignement, et semblait déjà rivaliser avec lui.

Il avait trouvé son véritable terrain ; son génie, déjà adulte et viril, pouvait y marcher d'un pas libre et sûr. Éprouvé par le malheur, Dubois avait senti plus que tout autre peut-être ce qu'il y avait de noble et d'utile dans l'enseignement et dans l'exercice de la chirurgie. Il avait appris à connaître le prix de l'argent. Ses leçons étaient rétribuées ; un double motif lui en faisait une loi : son premier argent avait été employé à faire venir près de lui sa mère et sa sœur ; il disait ensuite, et avec un grand sens, que les élèves ne suivent guère avec assiduité que les cours qu'ils ont payés. Ils ne veulent point perdre leur argent, di-

Cette teinte blanche ne doit pas être confondue avec la stupeur locale et avec cet état encore mal connu qui frappe souvent les doigts antérieurement affectés de panaris, et que l'on désigne sous le nom de *doigts morts*, état qui n'est qu'une suspension ou une diminution de la circulation capillaire.

Plusieurs caractères l'en distinguent :

1° l'uniformité de la teinte, 2° l'aspect terne, et 3° sa circonscription.

1° Sur la surface d'un tissu gangrené, la teinte que nous venons de décrire est entièrement uniforme dans toute l'étendue de la partie affectée.

Cette uniformité n'est même altérée ni par la pression, ni par la gêne apportée à la circulation de la partie malade.

Cette uniformité frappera tous les observateurs qui la rencontreront.

Jamais, dans les deux états que je lui compare, cette uniformité n'est complète.

2° L'aspect terne de cette teinte ne se rencontre que dans la gangrène.

On voit, dans les parties stupéfiées et où la circulation capillaire est suspendue, que le tissu conserve sa transparence et un aspect de vitalité qui ne demeure point dans le premier cas.

3° Les tissus gangrenés sont nettement séparés des parties vivantes ; leur coloration se termine par un bord net, parfaitement distinct, et au delà duquel la coloration change brusquement. Il n'y a pas de transition de dégradation de couleur entre le centre d'une escarre et les tissus sains.

Toute l'escarre a une teinte blanche uniforme, et le tissu ambiant, quel qu'il soit, a une couleur rose quelquefois rouge très-vif.

Jamais il n'est difficile d'indiquer la limite exacte de ce qui est véritablement *mort*, même à l'époque où les tissus gangrenés offrent encore une teinte blanchâtre.

Les trois caractères que je viens de faire connaître : 1° l'uniformité de la coloration blanchâtre des parties gangrenées, 2° son aspect terne, et 3° sa brusque limitation, suffisent pour faire distinguer la gangrène au début de tous les autres états qui s'en rapprochent et que je lui ai comparés.

Mais il existe un dernier élément morbide avec lequel on peut confondre et avec lequel on a confondu trop souvent les plaques gangréneuses superficielles : ce sont les *pseudo-membranes*.

Je déclare que cette ressemblance est très-frappante et peut servir d'excuse aux erreurs que l'on commet.

Je ne crains pas d'affirmer qu'un grand nombre de cas de gangrène passent inaperçus, en ce qu'ils sont pris pour des cas de diphthérite. Autant autrefois on était disposé à voir de la gangrène où elle n'existait pas, autant aujourd'hui on la méconnaît même lorsqu'elle est réelle.

Depuis les beaux travaux de M. Bretonneau, et de ses élèves Trousseau, etc., la diphthérite a pris une importance telle qu'elle a réellement effacé et remplacé la gangrène.

Cependant la gangrène est une affection très-fréquente et qui n'est considérée comme rare que parce qu'on la méconnaît et qu'on la prend pour une *affection couenneuse*.

Il importe donc de tracer avec soin les caractères qui peuvent séparer la diphthérite de la gangrène.

Caractères communs. Plaques bien nettement circonscrites, coloration d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, insensibilité.

Caractères différentiels (1). Les fausses membranes couvrent plusieurs points rapprochés les uns des autres, ou bien une grande étendue de surfaces. Elles n'envahissent jamais de proche en proche de grands espaces.

Les plaques gangréneuses sont isolées, peu nombreuses, ou si elles occupent une grande étendue, c'est parce qu'une ou plusieurs d'entre elles ont pris de l'extension et se sont réunies.

Les pseudo-membranes demeurent sur les parties envahies pendant un temps fort long, sans changement apparent, soit qu'elles se renouvellent, soit qu'elles restent les mêmes. On ne peut constater à leur circonférence aucun travail éliminateur.

Les pseudo-membranes ne tombent pas en lames ou en lambeaux étendus ; elles se fondent dans les liquides sécrétés par la surface malade et comme en suppuration.

Les plaques gangréneuses, au contraire, se détachent par lames ou par lambeaux, toujours reconnaissables, et laissent une solution de continuité avec perte de substance que jamais les pseudo-membranes ne provoquent. Aussi y a-t-il cicatrice indélébile dans un cas et absence de cicatrice dans l'autre. Je sais bien que quelques auteurs professent une opinion contraire et attribuent à la diphthérite la propriété de faire naître des cicatrices durables. Je déclare que les *véritables diphthérites*, quelque graves que je les aie observées, n'ont jamais donné lieu à un semblable résultat, et j'ai souvent été étonné de voir des surfaces affectées très-profondément en apparence par une inflammation diphthéritique intense, se guérir sans laisser d'autres traces de cette grave lésion qu'une coloration particulière des surfaces qu'il est impossible de prendre pour une cicatrice.

Mais le caractère le plus important qui permettra toujours de distinguer une plaque diphthéritique d'une plaque gangréneuse, quel que soit son siége, c'est la consistance différente des deux produits morbides. Le premier, touché avec l'extrémité d'un stylet, se laisse pénétrer, déchirer avec la plus grande facilité. Le tissu en est mal organisé, friable ; et après avoir été déchiré le sang sort aussitôt avec abondance des tissus sous-jacents. En passant un linge sec sur les pseudo-membranes, en opérant un frottement assez marqué, la plus grande portion de celles-ci s'enlève et laisse à nu un tissu rouge injecté, couvert de granulations comme variqueuses tant elles sont gorgées de sang. Aussi ce liquide inonde aussitôt toute la surface dépouillée.

Les escarres blanches ou jaunâtres les plus ressemblantes aux pseudo-membranes se distingueront constamment de celles-ci par un caractère contraire à celui que je viens de décrire. Touchées avec la pointe d'un stylet ou même d'un bistouri, elles offrent une résistance qui empêche non-seulement de les déchirer, mais même de les pénétrer avec facilité. On reconnaît aisément que le tissu qui les forme a été organisé complétement et est véritablement *charnu*.

On comprend cette différence.

Les pseudo-membranes, formées d'une exsudation fibrineuse coagulée à mesure qu'elle se forme, ne peuvent avoir de consistance ; elles n'ont pas d'organisation, pas de trame ; c'est un agrégat de globules.

Les tissus morts, au contraire, sont encore organisés au moment où ils

(1) Les pseudo-membranes ont une teinte jaunâtre que la gangrène n'a jamais aussi franchement.

---

sait-il, et ils y gagnent de la science.

Je dirai plus tard quel était le caractère de son enseignement et quelle a été son influence dans nos écoles ; j'ajoute seulement ici que déjà, dans ses leçons, il se montrait d'humeur libre, franche et indépendante, révélant dès ces premières années toute l'originalité de son caractère.

Dubois n'appartenait encore ni à l'Académie royale de chirurgie ni aux écoles de chirurgie. Ces grands corps ne pouvaient cependant tarder à recevoir dans leur sein le jeune professeur. L'Académie commença ; elle admit Dubois au nombre de ses membres en 1790 ; mais elle avait depuis longtemps perdu cette vie, cette animation que lui avait imprimée son premier directeur, il semblait que la grande âme de J.-L. Petit s'en était retirée ; Desault avait presque entièrement cessé d'assister à ses séances, soit que son esprit dominateur n'ait pu s'accommoder de l'égalité académique, soit qu'il ait désespéré de son avenir ; le foyer de la science chirurgicale n'était plus là, Desault l'avait transporté avec lui à l'Hôtel-Dieu.

La seconde promotion ne se fit pas attendre ; c'était le roi qui désignait les professeurs des écoles de chirurgie : ce privilége de la royauté allait tomber avec tous les autres ; la dernière nomination eut lieu en 1791, ce fut celle d'Antoine Dubois. Louis XVI le nomma professeur d'anatomie.

La révolution était en marche. Quand vinrent ses premières manifestations, Dubois les accueillit avec enthousiasme ; son esprit, essentiellement plébéien, n'entrevoyait alors que des idées généreuses et propices à la cause des peuples ; il y prit et conserva une liberté digne et réfléchie ; plus tard, dans ses rapports avec de grands personnages, il sut conserver cette franchise de manières qui est aussi éloignée de la révolte que de la flatterie.

Une nouvelle carrière allait s'ouvrir pour Dubois. Distrait un moment de ses études ordinaires, il avait rempli, en 1792, les fonctions de chirurgien-major à l'hôpital militaire de Melun, puis il était entré dans le conseil de santé des armées, et c'est en cette qualité qu'il avait été chargé d'inspecter les hôpitaux de l'armée des Pyrénées-Orientales.

La tourmente révolutionnaire avait emporté les anciennes Facultés, l'Académie royale de chirurgie et la Société royale de médecine ; mais en 1794 et 95 la Convention avait doté la France de nouvelles institutions, et dans ce nombre se trouvaient l'école de santé de Paris, la chaire d'anatomie fut en quelque sorte restituée à Antoine Dubois.

On en était là quand la mort de son maître Desault laissa vacante la chaire de clinique chirurgicale ; le successeur de Desault était d'avance désigné par l'opinion publique : c'était Dubois qui allait enfin se trouver à sa place. Mais la France à cette époque passait par des phases telles que toute individualité semblait s'effacer ; la société tendait à se réorganiser sur de nouvelles bases et avec de nouvelles mœurs ; mais la France n'avait point encore désarmé ; c'était toujours comme un vaste camp. Une grande expédition se préparait, elle devait être dirigée par le vainqueur de l'Italie ; tout ce que la France avait de grand dans les sciences, dans les arts et dans les lettres devait y concourir.

Berthollet avait été chargé par Bonaparte de recruter des savants ; ceux-ci étaient devenus les véritables dispensateurs de toute grande renommée ; déjà dans nos assemblées politiques ils avaient pris le pas sur les gens de lettres ; c'était sur les pentes mêmes de la montagne qu'avaient siégé ces esprits, qui, comme l'a dit Garat, avaient pris dans les sciences exactes de la roideur en même

ont encore leur teinte blanchâtre; ils conservent donc leur consistance normale et opposent aux tractions leur résistance habituelle.

Ces plaques sont adhérentes aux tissus encore vivants et sains, en sorte que lorsqu'on veut soulever ou détacher une escarre des parties sur lesquelles elle s'est développée, on éprouve une résistance très-notable et l'on tiraille en même temps les tissus de manière à s'assurer qu'il existe encore entre les parties mortes et les parties vivantes une union de continuité de tissu.

Il est impossible, dans le cas de diphthérite, lorsqu'on veut soulever une pseudo-membrane vers sa circonférence, d'opérer des tractions sur les tissus sains, par la raison que les fausses membranes étant très-friables se déchirent aussitôt.

Enfin le sang ne coule jamais abondamment des tissus sous-jacents aux escarres lorsqu'on vient à déchirer celles-ci ou à les soulever à leur circonférence, et jamais il n'est possible d'enlever le tissu gangrené en le frottant avec un linge sec.

Il va sans dire que ces caractères appartiennent aux plaques gangréneuses au premier degré; car lorsque ces plaques sont passées au second ou au troisième degré, elles peuvent devenir friables. Mais dans cette période avancée les autres caractères de coloration, de putréfaction, etc., sont devenus suffisants pour empêcher toute erreur.

Je puis assurer que le dernier caractère, la friabilité, suffit pour faire distinguer les plaques couenneuses des surfaces gangrenées.

Il m'est arrivé bien souvent de croire, au premier aspect, avoir affaire à des sécrétions pseudo-membraneuses lorsque la résistance, la ténacité du tissu me démontrait que j'avais sous les yeux une véritable gangrène.

J'engage les observateurs à employer pour cet examen un linge sec placé au bout du doigt; ils verront qu'on enlève ainsi des surfaces malades presque toute la concrétion pelliculeuse; et si le linge glisse à la surface de la plaque blanchâtre qu'ils auront sous les yeux, sans en enlever aucune parcelle, sans l'entamer, ils pourront conclure avec confiance qu'ils observent une gangrène au premier degré. Les phénomènes ultérieurs leur démontreront l'exactitude du diagnostic.

Nous indiquerons plus loin quelques autres caractères propres à la gangrène de la peau et des muqueuses et qui pourront servir encore à distinguer de la diphthérite les plaques de tissus privés de vie.

Il est encore une autre condition pathologique dont il nous faut établir le diagnostic : je veux parler de cet état encore mal connu dans sa nature que l'on nomme pourriture d'hôpital. Quelques pathologistes en ont fait une forme de la gangrène.

Pour moi, je me refuse entièrement à cette manière de considérer la pourriture d'hôpital.

J'ai eu l'occasion de l'observer un si grand nombre de fois à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital des Enfants malades, que je me suis formé à cet égard une conviction qui aurait besoin de preuves bien frappantes pour être ébranlée.

Cette maladie ne me présente en effet aucune des conditions caractéristiques de la gangrène, et me paraît offrir au contraire tous les caractères d'un autre état morbide bien défini.

Ainsi les plaques de la pourriture d'hôpital ne sont jamais aussi nettement limitées que celles de la gangrène; elles ne sont point séparées des tissus qui n'en sont pas envahis par un bord aussi tranché par sa coloration et pour ainsi dire aussi régulier; leur surface est mamelonnée; elles s'accompagnent toujours de phénomènes bien différents de ceux qui se manifestent en même temps que le sphacèle.

Le caractère important de toute escarre est, comme je l'ai dit, la consistance notable pendant la période où les tissus ne sont pas encore putréfiés.

De même jamais la maladie qui nous occupe ne frappe un point du corps recouvert encore de son épiderme, comme le fait la gangrène; ce sont toujours des surfaces dénudées qui en sont atteintes.

Enfin, on ne voit jamais se détacher des parties affectées de pourriture d'hôpital des lambeaux de quelque étendue conservant la forme qu'ils avaient sur les surfaces malades. Lorsqu'on a cautérisé une surface affectée de pourriture d'hôpital, on voit, il est vrai, le lendemain et les jours suivants se détacher de grosses masses d'un blanc grisâtre, séparées des tissus sains par un travail d'élimination; mais ce phénomène est le résultat de la cautérisation qui mortifie les parties touchées, et il ne faut pas le considérer comme une condition normale de la pourriture.

De là résulte qu'il n'y a réellement point de perte de substance, et je suis convaincu que même dans la forme appelée ulcéreuse de la pourriture d'hôpital, il n'y a que de très-légères destructions de tissus. J'ai vu si souvent des lésions de ce genre offrir les altérations les plus graves en apparence et ne laisser aucune trace de cicatrices, que je suis disposé à juger avec beaucoup de retenue les accidents de cette nature. Les ulcères, qui semblaient être les plus profonds, se guérissent si facilement et sans stigmate, que l'apparence me paraît être seule beaucoup plus grave que le mal réel.

Cela dépend de ce que l'altération n'affecte jamais que les bourgeons charnus nouvellement formés sur les surfaces dénudées et nullement les tissus normaux. Cette assertion sera facile à vérifier pour tous les praticiens.

Ainsi la pourriture d'hôpital ne ressemble en rien aux gangrènes.

Mais ce n'est pas assez. Elle ressemble à une autre maladie, je veux parler de la *diphthérite*, dont elle a tous les caractères dans sa forme *couenneuse*. Quant à sa forme *ulcéreuse*, nous verrons à quoi on peut la rapporter.

La pourriture d'hôpital de forme couenneuse, présente deux états bien différents d'aspect, mais tout à fait identiques par leur nature.

Dans l'un de ces états, les surfaces des plaies ou des téguments enflammés se couvrent d'une couenne diphthéritique dont la nature ne peut pas être contestée. Elle est d'un blanc jaunâtre, molle, caséeuse, facile à déchirer et à enlever, et laissant une surface saignante lorsqu'on l'a emportée à l'aide d'un linge; elle ne tombe pas en lambeaux, mais en détritus inaperçus contenus dans les liquides que les points malades fournissent continuellement sous forme de suppuration ichoreuse.

Le second état de la pourriture couenneuse est très-singulier, et je ne sache pas qu'il ait encore été décrit. Il consiste dans le développement à la surface des plaies en particulier, de grosses masses, boursouflées, entièrement transparentes et offrant l'aspect d'une gelée tremblante. Ce sont évidemment des portions de tissu cellulaire qui se sont gonflées de liquides albumineux, gélatineux, et qui viennent faire saillie à la surface des parties malades. Je n'ai guère observé cet état que sur des plaies véritables où il y a un suintement abondant de liquides qui sans doute contribuent à son développement.

Cette forme gélatineuse de pourriture est rarement isolée de la précé-

---

temps que de la rectitude et qui, fiers de posséder des lumières immédiatement applicables, avaient été bien aises de se séparer par leur place comme par leur dédain de ces hommes de lettres et de ces philosophes dont les lumières n'arrivent aux individus qu'après avoir éclairé la société tout entière.

Bonaparte, élevé lui-même dans la culture des sciences exactes, voulait s'entourer d'un cortége de savants; c'était parmi eux qu'il s'attendait à trouver des historiographes; mais Bertholet, qui avait ordre de se taire sur le but de l'armement qui se préparait à Toulon, ne put obtenir le consentement de Dubois qu'après les plus vives instances, et il est à remarquer que Cuvier, également sollicité par Bertholet, avait répondu par un refus et s'était ainsi épargné le désagrément d'avoir à abandonner l'expédition, après avoir reconnu que les véritables intérêts de la science l'appelaient ailleurs.

Dubois ne tarda pas à regretter de se voir enrôlé dans cette savante et aventureuse milice; on sait avec quelle rapidité se fit la conquête de la Basse-Égypte; les savants se partagèrent en deux classes : les uns durent rester au Caire ou à Alexandrie, les autres durent accompagner nos soldats dans leurs diverses expéditions.

Un pieux devoir avait retenu Dubois à Alexandrie. Kléber avait été blessé dans un des premiers combats; Dubois, lié avec lui d'une étroite amitié, n'avait pas voulu l'abandonner, il était resté près de lui pour lui donner des soins.

Kléber admirait le génie de Bonaparte, mais il passait dans l'armée pour faire de l'oppposition et Dubois était naturellement disposé à partager ses idées. Déjà d'ailleurs se révélait dans Bonaparte ce système personnel, cette volonté de tout rapporter à lui; dans la science comme dans la politique, il s'était arrogé des pouvoirs constituants. Lors de la fondation de l'Institut du Caire, il s'était soumis, il est vrai, à une double élection, ses confrères en science l'avaient nommé vice-président de cette compagnie; mais tout en paraissant ainsi comprendre les intérêts de la science dans ceux de sa gloire, il ne s'attachait en réalité qu'aux intérêts de sa politique.

C'était là ce qui ne pouvait échapper à un esprit aussi positif et aussi pénétrant que celui de Dubois, et dès lors il songea à revenir en France. Attaché à l'expédition, non pas par un grade militaire, mais en simple qualité de savant, il avait été compris au nombre des membres de l'Institut du Caire, ce qui ne lui conférait aucune fonction bien déterminée.

Ajoutons que Dubois n'était pas une de ces natures enthousiastes que ravit l'idée seule de lointains voyages, qui n'ont d'autre but que de voir et de sentir, d'admirer d'autres lieux, d'autres mœurs, d'autres couleurs locales.

A l'aspect de ces tristes plages, de ces ruines, de ces malheureuses populations où l'homme ne laboure et ne moissonne jamais pour lui, de ce soleil implacable et de ces masures infectes, Dubois se sentit profondément contristé; il ne vit dans Alexandrie et dans le Caire que de grandes *villasses*; il avait vu d'abord les choses en beau, très en beau, disait-il, mais la conquête achevée, il voyait qu'au despotisme des mameluks avait succédé un autre despotisme, celui des nouveaux conquérants; et comme il ne voulait être ni le louangeur ni le Callisthènes de l'armée, il sollicita l'autorisation de revenir en France. Sa santé d'ailleurs s'était altérée; on lit dans le procès-verbal de la séance de l'Institut du Caire du 16 vendémiaire an VII, les paroles suivantes :

« Lettre de M. Dubois, professeur à l'École de médecine de Paris, qui expose

dente; l'une existe sur un point de la plaie, l'autre sur un point voisin. Mais évidemment, malgré l'aspect complétement différent de ces deux états, c'est la même nature de lésion. Dans les deux cas, c'est une production de matière albumineuse ou fibreuse, qui se dépose et se concrète dans un cas, et qui dans l'autre infiltre le tissu cellulaire et y reste liquide ou à demi solide.

Quant à la forme ulcéreuse de la pourriture, c'est une lésion d'une toute autre nature, mais qui n'a rien à faire avec la gangrène. C'est évidemment une inflammation destructive qui s'empare, non point des tissus normaux comme la peau et les muscles, mais qui affecte les bourgeons charnus, et ces bourgeons seulement. Que l'on examine attentivement les phénomènes qui se passent dans ces cas, on verra des ulcères à fond grisâtre ou brunâtre s'étendre dans tous les sens, et cependant quand la guérison ou la mort surviendront, on ne trouvera dans le premier cas aucune cicatrice irrégulière; dans le second, aucune destruction des organes affectés en apparence.

D'ailleurs, y eût-il plus que ce que j'admets, il est clair qu'il y aurait dans la pourriture ulcéreuse un mode de destruction de tissus que l'on ne peut pas rapporter à la gangrène, et c'est tout ce que je prétends faire admettre en ce moment.

Ainsi la pourriture d'hôpital, dans les trois aspects que j'ai indiqués ne présente aucune analogie avec la gangrène; dans un cas, elle constitue une inflammation ulcérative incontestable; dans les deux autres, une affection *diphthéritique* qui n'est pas douteuse.

Elle ne peut donc pas être réunie à la gangrène, et l'on ne peut pas plus confondre ces deux maladies qu'on ne peut confondre la *diphthérite* avec la gangrène.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES; par DORVAULT.

(Suite. — Voir les numéros 46, 47 et 49.)

APPLICATION DE LA MÉDICATION IODIQUE AUX DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES DE L'ORGANISME QUI LA RÉCLAMENT.

SYPHILIS.

333. Depuis l'époque où apparut la syphilis, les médecins, aidés en cela des empiriques de toutes les classes et de tous les pays, n'ont cessé de chercher de nouveaux remèdes, soit pour remplacer le mercure, soit pour l'aider à combattre cette affection. Le gayac, la salsepareille, la squine, le sassafras, la lobélie, le buis, la saponaire et toutes les substances végétales dites dépuratives ou sudorifiques, l'ammoniaque, l'opium, les préparations d'argent, d'or, de platine, les purgatifs, les antiphlogistiques, sont parmi les médicaments ceux qui ont été le plus préconisés à cet effet. Parmi les moyens d'une autre nature, nous citerons la diète extrême (*cura famis*), la saignée poussée jusqu'à rendre les individus exsangues, et les sueurs par la fatigue poussées littéralement jusqu'à l'exténuation. Le docteur Oppenheim (de Hambourg) a trouvé que 141 substances simples et un très-grand nombre de remèdes composés avaient été recommandés à diverses époques comme pouvant être substitués au mercure. Mais aujourd'hui la plupart de ces substances sont tombées dans l'oubli sous ce rapport, et celles que la thérapeutique antisyphilitique a conservées ne figurent qu'à titre d'auxiliaires.

334. Un médicament qui mérite réellement le titre d'antisyphilitique, un médicament qui ne remplace pas toujours le mercure, mais qui vient à son aide lorsque son action diminue et le remplace lorsque son action cesse; un médicament dont l'efficacité augmente à mesure que celle du mercure décroît et qui complète réellement ainsi la médication antisyphilitique, a été cependant découvert : ce médicament est l'iodure de potassium!

L'iodure de potassium est tellement bien le remède par excellence de la syphilis ultime, qu'il peut servir de pierre de touche pour la distinguer, dans ses cas obscurs, d'autres maladies : *Naturam morborum ostendit curatio*. Que de cas de syphilis latente, en effet, dévoilés en même temps que guéris par l'iodure de potassium!

335. L'historique des iodiques dans le traitement de la syphilis ne sera pas lu sans intérêt.

Coïndet, qu'il nous faut toujours rappeler dans ce travail, dit dans son troisième mémoire qu'il est à supposer qu'un jour on tirera avantage de l'union de l'iode avec le mercure pour combattre la syphilis sur les sujets scrofuleux. Biett, dès 1821, constatait par l'expérience la justesse de cette prévision. Mais il ne s'agit point, comme on le voit, d'un iodique pur. Ce fut Brera, praticien distingué de Padoue, qui, en 1822, tenta le premier l'emploi de l'iode lui-même contre l'infection syphilitique. Peu après (en 1823), M. Richond des Brus, abandonnant, du moins dans ce cas, la doctrine de l'irritation dont il était l'un des adeptes les plus ardents, le suivait dans la même voie. Mais, chose digne de remarque, les expériences de ces praticiens et du petit nombre de ceux qui les imitèrent jusque vers 1828 furent faites contre les accidents de la syphilis appartenant à la période de cette affection (blennorrhagie, chancre, bubons) où le médicament a le moins d'efficacité, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Peut-être aussi est-ce à cette circonstance qu'il dut de ne pas faire de grands progrès dans la nouvelle application. Ce n'est réellement qu'à cette époque (1828) que les iodiques furent appliqués au traitement des accidents tertiaires de la syphilis, dont ils triomphent plus admirablement et plus sûrement encore que de la scrofule. L'honneur de cette application revient au docteur Lugol, ainsi que le démontrent les trois observations décrites dans son dernier mémoire. Mais, il faut le reconnaître, ce praticien distingué n'ajouta peut-être point aux guérisons qu'il obtint par les iodiques toute l'importance qu'elles avaient. Il les reçut presque comme une chose fortuite, amenée par une application également fortuite; car, ainsi qu'il le dit lui-même dans l'une des trois observations précitées, c'est en désespoir de cause, et en quelque sorte pour complaire au malade qui en est l'objet, qu'il fit cette application. Quoi qu'il en soit, il faut néanmoins supposer que c'est aux cures obtenues et relatées par ce praticien que les autres trouvèrent la source de leurs succès par la médication iodique. Ce que nous venons de dire du docteur Lugol, nous pouvons, mais seulement en partie, l'appliquer au docteur Martini (de Lubeck), qui expérimenta l'iode vers la même époque contre les engorgements syphilitiques chroniques des testicules. Le docteur Lucas Championnière, dans son JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRUR-

---

qu'une maladie grave le met hors d'état de demeurer plus longtemps en Égypte et le prive ainsi de la satisfaction de partager les travaux de l'Institut.

« Le secrétaire est chargé de témoigner à M. Dubois, au nom de tous les membres de l'Institut, les regrets que leur fait éprouver cette séparation. »

Mais c'était le général en chef qui devait décider si Dubois et son jeune fils Isidore pourraient ou non quitter l'armée.

Bonaparte n'avait pu cacher son mécontentement en apprenant la demande formée par Dubois; c'était pour lui une pensée désagréable qu'un témoin aussi impartial et aussi exempt de préjugés retournait en Europe presque aussitôt que ses premiers bulletins.

Dubois fut donc mandé au Caire. Introduit auprès du général en chef, celui-ci l'accueillit avec de grandes démonstrations d'amitié; il le fit asseoir près de lui sur un divan; mais Dubois fut inébranlable; Bonaparte finit par lui dire, non sans humeur, qu'il avait besoin de lui, comme de tous les membres de la commission, qu'il devait rester et ne plus penser à son pays. « Eh bien! répondit Dubois, c'est précisément parce que je pense à mon pays que je veux y retourner. »

L'entretien en resta là. Peu de jours après, Dubois reçut l'autorisation; il s'embarqua sur un aviso et revint en France avec Louis Napoléon, le père du président actuel de la république.

Dubois, rendu à sa famille et à ses nombreux élèves, reprit avec bonheur le cours de ses travaux; on le vit mener pour ainsi dire de front le fructueux enseignement sur lequel j'aurai tout à l'heure à revenir, et cette vaste pratique qui devait lui concilier une si honorable popularité. Il suffisait à tout par une activité de chaque instant, et qui ne s'est jamais ralentie; dès le matin, il était dans son cabinet, habillé et botté, comme un soldat sous les armes, et pour toute la journée. A des hommes de sa trempe et de son mérite, on offrait alors des places, on sollicitait leur coopération; j'en citerai ici un mémorable exemple. Par un arrêté du conseil général des hospices, en date du 16 nivose an X (6 janvier 1802), le petit hospice du nom de Jésus, situé rue du Faubourg-Saint-Martin, avait été consacré à recevoir des malades payant un prix de journée, et il avait pris la dénomination de *maison de santé*. Le conseil ne voulait confier le service médical de cet établissement qu'à un praticien éminent, déjà en possession pour ainsi dire de la confiance et de la faveur du public. M. Chaptal, alors ministre de l'intérieur, offrit cette place à Dubois; celui-ci répondit que si son nom pouvait être de quelque utilité pour la prospérité de cette maison, il accepterait, bien que cela fût contraire à ses intérêts, puisque bon nombre de ses malades trouveraient plus économique d'aller se faire soigner par lui dans la maison de santé que de l'appeler chaque jour dans leur domicile.

Dubois fut nommé chirurgien de cet établissement par arrêté du ministre de l'intérieur, le 17 floréal an X (7 mai 1802), mais son entrée en fonctions n'eut lieu que le 1er prairial de la même année.

Sans anticiper ici sur les événements, je dois dire qu'en janvier 1816, un arrêté du conseil des hospices autorisa la translation de cet établissement dans l'ancienne communauté des sœurs grises, faubourg Saint-Denis, et que cette institution prit dès lors le nom de Maison royale de santé; mais déjà le peuple lui avait donné un autre nom : on ne la connaissait que sous le nom du grand praticien qui l'avait pour ainsi dire créée, c'était la maison de santé de M. Du-

GIE PRATIQUES, dit, en 1834, que les iodiques étaient employés depuis plusieurs années, et avec beaucoup de succès, par le docteur Cullerier neveu, dans les affections syphilitiques chroniques ; et dans son ouvrage intitulé : RECHERCHES SUR LA THÉRAPEUTIQUE ANTISYPHILITIQUE, publié en 1836, il insiste encore davantage sur les bons effets de cette médication. Mais jusque-là l'emploi des iodiques dans la syphilis n'avait point d'authenticité, rien de général. Ce fut dans cette même année 1836 que le docteur Wallace, professeur à l'hôpital de Jervis-Street de Dublin, publia dans le journal THE LANCET ses leçons sur le traitement de la syphilis par l'iodure potassique. Ces leçons ne furent connues en France qu'en 1837. A cette époque, le docteur Ricord, qui joue un grand rôle dans ce qui va suivre, expérimentait l'iodure ferreux contre la syphilis constitutionnelle. Mais le médecin irlandais démontrait dans ses leçons d'une manière si concluante les heureux effets qu'il avait obtenus de l'iodure potassique neutre, que le savant syphiliographe de l'hôpital du Midi se hâta d'expérimenter le nouvel agent, dont il étendit et régularisa l'emploi de la manière la plus heureuse. L'essor était donné ; aussi bientôt après la presse médicale de tous les pays enregistrait-elle des travaux qui confirmaient pleinement la vertu antisyphilitique de l'iodure potassique.

L'importance acquise aujourd'hui par l'iodure potassique dans le traitement de la syphilis nous oblige à donner à cette partie de notre travail toute l'étendue qu'elle comporte. Avec nos propres et humbles observations, nous présenterons donc ici la substance des travaux les plus importants sur la matière, parmi lesquels viennent en première ligne ceux des docteurs Wallace (de Dublin), Ricord (de Paris), Payan (d'Aix), Gauthier (de Lyon).

336. Avant d'aller plus avant, nous avons à nous poser cette question : L'iodure potassique est-il également applicable à toutes les périodes de la syphilis ? Nous croyons pouvoir établir, comme règle thérapeutique générale, que le meilleur remède d'une maladie n'a pas la même efficacité dans toutes les périodes de cette maladie. Le mercure nous offre un exemple frappant de cette vérité, et telle est peut-être la cause qui lui a fait refuser par les médecins qui ne l'ont pas suffisamment expérimenté ses éminentes propriétés antisyphilitiques, et aussi celle qui lui fit chercher avec tant d'insistance un succédané. L'iodure potassique fait-il exception à cette règle ? Nous avons déjà fait pressentir que non. Étudions-le donc dans les trois périodes de la syphilis généralement admises aujourd'hui en suivant l'ordre de leur développement.

DE L'IODURE POTASSIQUE CONTRE LES ACCIDENTS PRIMITIFS DE LA SYPHILIS.

337. Ainsi qu'on l'a vu, les premiers essais tentés de la médication iodique dans la syphilis l'ont été dans les cas d'accidents primitifs. Malgré cette antériorité, on peut dire que c'est dans cette période que son étude est la moins avancée, et il faut arriver aux deux ou trois dernières années pour trouver des expériences suivies sur ce sujet. Il résulte desdites expériences que c'est dans cette période de la syphilis que l'iodure potassique montre le moins d'efficacité. Les cas de syphilis primitive les mieux déterminés, où il est manifestement utile et même préférable au mercure, sont, selon Wallace, ceux appartenant à la forme pustuleuse.

Voici les résultats obtenus dans le service du docteur Ricord sur une série de malades atteints d'accidents primitifs.

Neuf sujets atteints de chancres au prépuce ont été soumis à l'usage du médicament jusqu'à cicatrisation de l'ulcère. Chez aucun de ces malades la marche et la durée du chancre n'ont paru influencées d'une manière évidente par l'administration du médicament. Les variations de durée observées se sont rencontrées de même chez ceux traités par d'autres méthodes. Elles se sont étendues d'un à deux mois pour la durée d'un chancre.

Quinze malades atteints de bubons chroniques, ulcérés ou indurés, ne purent être guéris que par des médications locales appropriées, sans que l'administration de l'iodure à l'intérieur ait paru concourir d'une manière certaine à la guérison.

Treize sujets atteints de blennorrhagie n'ont paru offrir aucun résultat thérapeutique qu'on pût attribuer à l'iodure administré pendant un espace de temps qui a varié de huit à vingt et un jours. L'épididymite blennorrhagique a paru également réfractaire à l'action du remède.

Voici un tableau comprenant 15 observations retirées du mémoire du docteur Payan, dans lesquelles l'iodure a fait la base du traitement. Ce tableau est plus favorable que le précédent, puisque tous les malades ont été guéris. Cependant l'auteur dit n'avoir pas choisi les cas, mais les avoir au contraire pris tels qu'ils se sont présentés à lui.

Ulcères primitifs presque tous indurés aux parties génitales et une fois à l'hypogastre, sans bubon	8 cas.
Ulcères primitifs indurés et bubons inguinaux	5 —
Ulcère primitif gangréneux	1 —
Pustules humides de la vulve très-nombreuses	1 —

Malgré ce résultat, l'auteur n'en considère pas moins le mercure comme préférable pour combattre la généralité des cas des accidents primitifs.

Nous mentionnerons encore un article du JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES de Turin, touchant les expériences des docteurs Sperini, Riberi et Gasca, sur l'emploi de l'iodure potassique dans la syphilis, par lequel on voit que, sur 50 cas de symptôme syphilitique et d'accidents attribués à l'abus du mercure, et qui ont cédé à l'usage de ce médicament, on compte :

Vastes ulcères primitifs indurés aux parties génitales	5 cas.
Ulcères primitifs indurés et bubons inguinaux	3 —
Ulcères primitifs indurés, tubercules muqueux, excroissances et bubons inguinaux	6 —
Bubon inguinal primitif	1 —
Pustules muqueuses ulcérées et ulcères primitifs	3 —

Total, 18 cas de syphilis caractérisée par des accidents primitifs et guéris par l'iodure potassique.

Cependant, d'autre part, on voit, par le travail des docteurs Hanck et Kluge, que sur 400 cas de syphilis observés par eux, l'iodure potassique s'est montré le plus souvent inefficace dans les accidents primitifs. C'est du reste aussi là l'opinion du docteur Ricord, nous l'avons déjà dit, et de la plupart des autres syphiliographes.

Comme médication topique, la teinture d'iode pure donne les meilleurs résultats pour la cicatrisation du chancre phagédénique, forme la plus grave de l'ulcère primitif de la syphilis.

DE L'IODURE POTASSIQUE CONTRE LES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

338. Il résulte de la proposition que nous avons émise plus haut, savoir, que l'efficacité de l'iodure potassique augmente en raison directe de l'an-

---

bois, et ce nom lui a survécu. Pour le peuple, ce n'est encore aujourd'hui ni la maison royale, ni la maison nationale de santé, c'est la maison de M. Dubois ! Juste et légitime tribut de reconnaissance payé pour ainsi dire par la voix de tout un peuple et par une tradition qui s'obstine ainsi à consacrer le nom des bienfaiteurs de l'humanité.

Dubois cependant n'était point encore à l'apogée de sa réputation, et déjà l'envie s'attaquait à sa personne avec une violence et un acharnement sans exemple.

C'est que le grand éclat que jetait son nom ne tenait pas seulement à son incomparable habileté dans la pratique de la chirurgie, mais aussi à ses succès dans l'art des accouchements ; or il y avait alors, à Paris, un homme qui ne pouvait lui pardonner sa haute position et ses talents : c'était le fameux Sacombe.

Sorti de l'étude d'un procureur, à peine initié à l'art des accouchements, dans l'École de Montpellier, Sacombe était entré au collége de Navarre, puis il s'était livré fortement à la pratique des accouchements. Doué d'un certain talent de rédaction, et possédé de la fureur de rimer, Sacombe s'était donné un brevet de dénonciateur et de maître en calomnie, qu'il exerçait dans une feuille de sa composition publiée sous le nom de *Lucosie*.

Disons-le à l'honneur de notre époque, la conscience publique se révolterait si de pareilles diffamations venaient à souiller la presse médicale.

Versificateur impudent, Sacombe avait dédié au *vertueux* Péthion la première édition de sa LUSINIADE, en attendant que la restauration lui permît d'en dédier la quatrième à Louis *le désiré*.

Dubois dédaigna de répondre aux outrages de Sacombe ; celui-ci d'ailleurs l'avait mis en excellente compagnie. Ce Thersite des accoucheurs s'en était pris successivement à Fourcroy, qu'il appelait le continuateur de Robespierre ; à Pelletan, qui, suivant lui, avait organisé le crime au grand hospice de l'Humanité de Paris ; et enfin collectivement à Baudelocque, à Dubois, qu'il traitait d'assassins.

Baudelocque avait d'abord méprisé les attaques de Sacombe ; mais on sait qu'à l'occasion de l'accouchement de madame Tardein, une telle clameur s'était élevée que Baudelocque dut traîner son calomniateur devant les tribunaux ; Sacombe fut justement flétri et condamné. Dubois, moins malheureux que Baudelocque, avait perdu il est vrai la femme Vasseur ; mais du moins, en pratiquant l'opération césarienne, il avait donné et conservé le jour à une jeune fille qui reçut le nom de *Césarine*, et qui depuis était restée l'objet constant de ses soins et de ses bontés.

Mais Sacombe était là ; prêt à tout exploiter, il avait été trouver le père de cette jeune fille, et il lui avait persuadé qu'en poursuivant Dubois devant les tribunaux, il en obtiendrait des dommages-intérêts ; cet homme, qui n'était que faible, avait suivi les conseils de Sacombe, et déjà il avait intenté une action judiciaire, quand des personnes honnêtes lui firent entrevoir à quel degré d'ingratitude il allait se porter envers le bienfaiteur de sa fille.

Ramené à de meilleurs sentiments, et malgré les instances de Sacombe, qui, érigeant dans ses vers l'ingratitude en principe, répétait à sa jeune fille :

cienneté du mal d'une part, et de l'autre, des quelques résultats heureux dont nous venons de parler contre la forme primitive de la syphilis, il résulte, disons-nous, que dans la forme secondaire, cette efficacité doit déjà avoir une certaine évidence. La plupart des praticiens les plus compétents sur la matière, et le docteur Ricord, entre autres, gardent le silence sur ce point, et semblent par là contester qu'il en soit ainsi. M. Puche dénie, quant à lui, aux iodiques, une efficacité quelconque dans les accidents secondaires. D'autres, tout en reconnaissant aux mercuriaux une efficacité plus générale encore dans cette forme de la syphilis, considèrent le sel iodique comme possédant une action curative marquée que l'art peut utiliser dans bien des circonstances. D'autres enfin professent que, dans cette période de la syphilis, on obtient les plus beaux résultats de l'union de la médication iodique avec les mercuriaux.

Le mémoire du docteur Payan contient 15 observations relatives à des cas de syphilis secondaire promptement guéris par l'usage de l'iodure de potassium. Ces cas sont :

1 de syphilide tuberculeuse.
2 de syphilide squammeuse.
3 de syphilide pustuleuse.
3 d'affections pharyngées, dont une avec éruption furonculaire.
1 de roséole syphilitique, avec douleurs présumées de même nature.
1 d'ophthalmie accompagnée de pustules nombreuses, taches cuivreuses et couronnement syphilitique.
2 d'ulcères syphilitiques du scrotum, dont un avec complication d'orchite.
2 de végétations rebelles du gland.

DE L'IODURE POTASSIQUE DANS LES ACCIDENTS TERTIAIRES DE LA SYPHILIS.

339. C'est contre ces accidents que l'iodure potassique montre toute sa puissance curative. C'était contre eux, avant la connaissance de cette propriété que l'on avait le plus à se plaindre des médications les plus accréditées. L'iodure potassique, nous l'avons déjà dit, est venu combler cette lacune de la manière la plus heureuse, et, propriété non moins précieuse, c'est, nous le répétons, que tandis que le mercure est d'autant moins efficace que le mal est plus invétéré, l'action de l'iodure potassique suit une progression inverse : son efficacité augmente en raison de l'ancienneté du mal. Ce que l'on remarque en outre parmi ses qualités, c'est la rapidité de son action. C'est ainsi qu'on le voit faire cesser du jour au lendemain les douleurs ostéocopes les plus intolérables, et faire éprouver au malade un calme que ne lui eussent point procuré les opiacés; qu'on le voit en très-peu de temps résoudre des exostoses volumineuses et anciennes, arrêter les progrès de la carie et des périostoses, et les guérir ensuite.

« Je suis, dit le docteur Ricord, tellement persuadé de l'efficacité des préparations iodurées dans le traitement des accidents tertiaires; leur efficacité est suivie de si heureux résultats que je ne crains pas de les proposer comme spécifiques de cette période de la syphilis constitutionnelle, et peut-être même comme prophylactique de ces mêmes accidents, alors qu'on a fait disparaître, par un traitement mercuriel, les accidents secondaires. »

« Il suffira, dit le docteur Payan, de parcourir avec attention les nombreux faits relatés par les hommes de l'art pour s'assurer que rarement la spécificité d'un médicament a été mieux et plus authentiquement démontrée. C'est même chose remarquable de voir avec quelle unanimité les médecins nationaux ou étrangers qui ont expérimenté l'iodure de potassium dans ces cas, s'accordent à en constater l'héroïque efficacité. Or quand on pense en quoi consistent ces accidents tertiaires de la syphilis; quand on réfléchit qu'ils comprennent les périostoses, les exostoses, les douleurs ostéocopes, les caries, les nécroses, les tubercules profonds de la peau et des muqueuses, les rétractions musculaires, etc.; quand reportant ses souvenirs vers le passé, on songe à l'embarras réel qu'on éprouvait, il y a quelques années à peine, pour triompher de ces lésions graves et généralement si rebelles, parfois même incurables, on ne peut s'empêcher de considérer l'application de la médication iodurée au traitement des maladies syphilitiques, comme un événement heureux et comme une phase réelle de progrès dont la pratique médicale aura vivement à s'applaudir dans ces cas invétérés que nous avons spécifiés. »

Voici comment s'exprime, à propos de l'iodure de potassium, une de nos célébrités médicales que l'on n'a pas l'habitude d'accuser de se laisser aller à l'enthousiasme, le docteur Chomel, dans une de ses leçons cliniques de 1845 :

« Depuis quelques années, un nouveau médicament est venu enrichir la thérapeutique spéciale des affections syphilitiques : c'est l'iodure de potassium, dont on retire des effets surprenants. Lorsque le mercure est devenu impuissant, l'iodure de potassium détermine des succès qui tiennent du prodige. J'ai vu, entre autres faits que je pourrais vous citer, un sujet affecté de vérole depuis près de vingt ans, qui avait des céphalalgies atroces contre lesquelles le mercure avait échoué, et chez lequel des tumeurs périostiques commençaient à se développer. J'ai vu ce sujet être débarrassé de tout accident dans l'espace de quinze à vingt jours, sous l'influence de l'iodure de potassium. Continué pendant quelque temps encore, ce traitement a complétement rétabli le malade, qui depuis s'est toujours très-bien porté. Ainsi, lorsque des accidents secondaires surviennent, des douleurs ostéocopes, des gonflements du périoste, au lieu de ces tisanes, désagréables à prendre, dont on abreuvait les malades, administrez l'iodure de potassium, et en fort peu de temps les accidents secondaires se dissiperont. Il est bien entendu cependant que vous ne mettrez ce remède en usage que chez les individus qui auront suivi préalablement un traitement mercuriel. S'ils n'en avaient point fait usage, c'est par le mercure qu'il faudrait commencer.

» En général, au lieu d'administrer de prime abord le mercure sous forme d'iodure, ce qui réunirait à la fois l'action du mercure et celle des préparations iodurées, je préfère employer chaque médicament, et à son tour. Je commence par le deuto-chlorure pour passer ensuite à l'iodure de potassium. Tel est le résultat de la pratique que j'ai suivie depuis quelques années, et bien que les faits que j'ai été à même d'observer soient moins nombreux que ceux que recueillent chaque jour les praticiens qui s'occupent spécialement du traitement des affections syphilitiques, ils ont été si complétement et si constamment heureux, que je n'hésite pas à vous conseiller de suivre la même méthode chez les malades qui se présenteront à vous. »

La méthode d'administration de l'iodure potassique, conseillée par le savant professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu, soulève une question que nous discuterons plus loin.

Comme exemples de la puissance curative des iodiques dans la syphilis tertiaire, nous ferons connaître les quelques observations cliniques suivantes, en faisant remarquer que nous n'avons eu que l'embarras du choix :

Que Dubois lui vendit assez cher sa naissance
Pour dispenser son cœur de la reconnaissance;

malgré ses instances, dis-je, Vasseur finit par se désister.

Telle fut l'issue de ces odieuses persécutions. On dit que la vie de Baudelocque en fut empoisonnée, qu'il ne put détacher de son sein le trait mortel que la calomnie y avait enfoncé; Dubois supporta ces outrages avec le calme d'une âme forte; en cette circonstance comme en tant d'autres, il en appela à cette philosophie qui faisait le fond de son caractère, et qu'il avait résumée dans cette devise, empruntée à Jacobo-Sylvius, cet autre Dubois du seizième siècle : *Bene agere ac lætari!* philosophie un peu payenne si l'on veut, mais qui puise la sérénité de ses jouissances dans l'accomplissement préalable des bonnes et des nobles actions.

Telle était la situation de Dubois, quand survinrent des événements qui allaient de nouveau le mettre en rapport avec l'ancien général en chef de l'armée d'Égypte.

Bonaparte avait suivi son génie et sa fortune; après avoir passé par le consulat, il avait ceint sa tête du laurier impérial et de la couronne de fer. Dubois n'avait pas entièrement cessé de le voir; mais tout à son art et à sa clientèle, il n'avait fait que de courtes apparitions, à la Malmaison d'abord, puis aux Tuileries.

Lié d'une étroite amitié avec Corvisart, d'une de ces amitiés rares, entières et profondes que rien ne peut altérer, pas même l'esprit de rivalité, Dubois avait trouvé tout naturel que son ami ne l'eût point porté comme premier chirurgien sur sa liste de présentation pour la maison médicale de la nouvelle cour; Dubois n'avait pas suivi, comme Boyer, une ligne exclusivement chirurgicale; il préférait d'ailleurs, et de beaucoup, son cabinet de consultations aux salons des Tuileries; un service personnel de chaque instant n'était donc ni dans ses goûts ni dans ses intérêts.

Dubois, cependant, était une de ces illustrations qui tôt ou tard devait finir par graviter dans le tourbillon de la gloire impériale. J'ajouterai que c'était dans l'art médical un homme taillé en quelque sorte comme les comprenait l'empereur. Simple, droit, laborieux, toujours sur pied, consommé dans la pratique et ne s'occupant que de son art.

« J'ai préféré, comme médecin, M. Corvisart à M. Hallé qui est de l'Institut, disait un jour l'empereur, en plein conseil d'État, et cela précisément, ajoutait-il, parce que M. Corvisart ne sait pas ce que c'est qu'un *triangle équilatéral*, et à cette occasion l'empereur faisait remarquer que, par une étrange bizarrerie de l'esprit humain, tel est un grand médecin qui n'a jamais pu apprendre une division complexe. »

Or Dubois était un homme précisément comme le voulait l'empereur, et les événements ne devaient pas tarder à montrer quelle confiance Napoléon était disposé à lui accorder.

Le 16 décembre 1809, Napoléon avait fait prononcer la dissolution de son mariage avec l'impératrice Joséphine, qui ne pouvait lui donner de postérité, et le 12 avril 1810, il avait contracté un nouveau mariage avec l'archiduchesse Marie-Louise.

CAS REMARQUABLE D'EXOSTOSES, DE CARIES, DE MARASME, DE COMPRESSION CÉRÉBRALE PAR LA CARIE DE LA PARTIE ÉCAILLEUSE DES TEMPORAUX; UN GRAND NOMBRE DE TRAITEMENTS MERCURIELS; TROIS TRAITEMENTS PAR L'OXYDE D'OR EXASPÈRENT LA MALADIE; GUÉRISON PAR UN TRAITEMENT IODURÉ DE DEUX MOIS ET DEMI. (Troisième mémoire du docteur LUGOL, obs. XXVII.)

OBS.—Le 26 décembre 1830, se présenta chez moi un jeune homme de 29 ans, arrivé au plus haut degré de marasme. Les membres n'étaient plus formés que par les os, et la peau était hérissée d'exostoses. La voix était enrouée, et le malade éprouvait une toux rauque analogue à celle des lépreux. L'appétit était perdu, les voies digestives affaiblies par une diarrhée et des pituites très-abondantes. La débilité était portée au point que l'idée seule du mouvement répugnait au malade. Les deux oreilles versaient par le conduit auditif externe une grande quantité de sanie roussâtre souvent sanguinolente très-fétide. La suppuration était abondante au point de nécessiter quatre ou cinq pansements dans les vingt-quatre heures. Assez souvent des parcelles osseuses étaient mêlées avec le pus. L'apophyse mastoïde du côté droit formait un relief considérable; la peau qui recouvrait cette tumeur conique, formée par l'hypertrophie de l'apophyse, était rouge, et percée au niveau du sommet d'un orifice fistuleux qui conduisait le stylet jusqu'à l'os dénudé. En arrière de cet ulcère fistuleux, on voyait un second orifice, par lequel il était facile de faire parvenir un liquide injecté jusque dans l'oreille externe. Du côté gauche, l'apophyse mastoïde, quoiqu'un peu moins saillante que celle opposée, offrait néanmoins la même maladie, même suppuration par le conduit auditif externe, même trajet fistuleux, même facilité de faire passer l'injection par l'orifice extérieur de ce trajet dans le conduit auriculaire. Il y avait surdité des deux oreilles.

L'injection de ces trajets fistuleux donnait lieu à des phénomènes de compression cérébrale que l'on pouvait produire à volonté. Le premier coup de piston de chaque seringue produisait un bruit perçu par le malade, qui en éprouvait une faiblesse passagère et des éblouissements, ce qui nous porta à penser que la carie pouvait se prolonger à la portion écailleuse du temporal, d'où le contact immédiat d'un liquide avec l'encéphale produisait des phénomènes de compression.

Les mêmes phénomènes avaient lieu dans d'autres circonstances. Le malade était sujet à éprouver en marchant des vertiges instantanés, des éblouissements, qu'il cherchait à nous faire comprendre en disant que ses yeux dansaient, et qu'après s'être croisés deux ou trois fois, ils reprenaient leur assiette naturelle. Chaque fois que ce phénomène avait lieu, la chute du corps était imminente. Le malade ne la prévenait qu'en s'arrêtant tout à coup.

Ces phénomènes très-remarquables avaient lieu surtout à l'occasion d'un grand mouvement respiratoire, en se mouchant, en toussant, en éternuant, et ils étaient d'autant plus prononcés que l'oreille était plus remplie de pus.

En rapprochant ces phénomènes de ceux produits par les injections, il est facile de voir que, dans les deux cas, on doit les regarder comme des effets de compression cérébrale.

Ce malade, âgé de 29 ans, ressemblait à un vieillard au déclin de sa carrière.

Dès l'âge de 15 ans, il avait abusé de ses forces, et peu d'années après avait commencé une série de maladies syphilitiques contractées l'une sur l'autre, et qui ne l'avaient point rendu plus modéré sous aucun rapport de régime. Des exostoses avaient déformé tout le système osseux; des pustules avaient envahi la peau, et l'avaient couverte des ulcérations les plus hideuses.

On avait administré le mercure sans aucune mesure et à des doses d'autant plus fortes que, par son mauvais emploi, la syphilis exaspérée paraissait toujours avoir été attaquée trop faiblement.

Après sept ou huit ans de traitements mercuriels faits dans plusieurs hôpitaux militaires, notre malade demanda à être dirigé sur Montpellier; il y subit trois traitements par l'oxyde d'or. L'usage de ce remède réveilla les exostoses, et avec elles la plus grande insomnie et une irritabilité nerveuse qui poussa plusieurs fois le malade au désespoir.

Tel était son état lorsque, soutenu par une dernière espérance que lui avait inspirée la lecture de mon premier mémoire, il vint à Paris me demander un traitement ioduré.

Ne voyant pas la scrofule dans l'histoire des antécédents ni dans le diagnostic que j'avais sous les yeux, je dois dire avec franchise que je ne comptais point sur l'iode, et que je l'ai donné plutôt par instinct et pour ne point désespérer le malade, que dans la persuasion rationnelle de son efficacité.

M. *** fut mis au traitement ioduré le lundi 27 décembre 1830. (Eau minérale iodurée; injections iodurées matin et soir dans les trajets fistuleux auriculaires; frictions iodurées sur les exostoses; bains iodurés entiers.) Le malade ne put supporter les frictions avec la pommade iodurée ni avec celle au proto-iodure de mercure.

Nous étions à peine arrivés à la fin de la première quinzaine du traitement que l'appétit était revenu et que la diarrhée avait cessé. Déjà le malade entendait un peu le roulis des voitures et commençait à s'en préserver.

Dans les premiers jours de février, il marchait à pied presque toute la journée; les membres avaient acquis plus de volume; l'appétit était des plus forts; les exostoses et les douleurs ostéocopes avaient à peu près disparu. (La dose intérieure d'iode est portée à 1 grain par jour. Le malade prend quatre bains iodurés par semaine, et continue les injections matin et soir dans les trajets fistuleux auriculaires.)

A la fin de février, je trouvais le malade sensiblement amélioré d'une visite à l'autre. La suppuration des oreilles avait diminué considérablement; l'apophyse mastoïde droite était revenue presque entièrement à son volume normal; le malade entendait le bruit de sa pendule, et se donnait le plaisir d'aller entendre la musique italienne.

12 mars. Les exostoses avaient disparu complétement. Les ouvertures fistuleuses n'étaient pas tout à fait oblitérées; mais depuis une quinzaine de jours la suppuration était fort peu abondante; les injections ne pénétraient plus, même dans les trajets qu'elles parcouraient auparavant, avec la plus grande facilité. Depuis longtemps les injections ne produisaient plus de phénomènes de compression cérébrale, et le malade n'y était plus sujet en marchant dans la rue. L'ouïe était revenue, à peu de chose près. Le sommeil, l'appétit, les forces, ne laissaient plus rien à désirer. Le malade ne pouvait se fatiguer à marcher toute la journée pour ses affaires, quoiqu'il se promenât dans les rues de Paris ayant dans sa main une canne dans laquelle était contenu un fusil du poids de 9 livres, et qu'il portait des deux mains alternativement, afin de donner plus de force à ses bras.

Dans cet état, M. *** est parti pour la Guadeloupe, où l'appelait son service de capitaine d'artillerie.

Voici encore un cas de guérison de syphilis tertiaire des plus remarquables que l'on puisse voir obtenue à l'aide de l'iodure de potassium après plusieurs médications infructueuses. Cette observation est du docteur A. Cade (de Bourg-Saint-Andéol). (BULLET. DE THÉRAP., t. XX.)

341. ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES DE LA GORGE ET DU NEZ, REBELLES PENDANT PLUS DE VINGT ANS A UNE INFINITÉ DE MOYENS THÉRAPEUTIQUES ET COMPLÉTEMENT GUÉRIES EN VINGT JOURS PAR L'IODURE DE POTASSIUM.

OBS. — M. X.., doué d'une bonne constitution, fut atteint, en 1818, d'un écoulement blennorrhagique qui se dissipa en peu de temps sans remède. Un ou deux ans après, il éprouva des maux de gorge, des douleurs aux extrémités inférieures qui coïncidèrent avec une éruption de taches cuivrées à la peau. Le médecin ordinaire, méconnaissant la nature du mal, opposa aux symptômes morbides un traitement purement antiphlogistique. Cependant le mal s'accrut rapidement et concentra son activité sur la langue, le voile du palais et le larynx, au point qu'en 1830 le médecin crut à une phthisie laryngée. La langue était comme tailladée profondément en différents sens, les amygdales, le voile du palais, la partie postérieure et supérieure du pharynx étaient le siége d'ulcérations nom-

---

Peu de jours après le mariage et lorsque des signes non équivoques allaient annoncer que les espérances de l'empereur devaient se réaliser, Baudelocque mourut, laissant une succession scientifique à laquelle Dubois était seul en mesure d'aspirer.

D'abord la place d'accoucheur en chef à l'hospice de la Maternité; trois candidats devaient être présentés au ministre de l'intérieur; le conseil des hospices fit cette présentation le 16 mai 1810. Dubois était placé en tête de la liste; sa nomination fut approuvée par un arrêté ministériel en date du 15 juin suivant.

Mais la partie la plus lourde de cette succession était assurément celle qui allait incomber à Dubois dans le palais de l'empereur.

Ici, messieurs, les faits vont acquérir un véritable intérêt historique et peut-être éveiller en vous quelque attente.

L'épisode que je vais avoir à vous raconter devra vous montrer en effet et les anxiétés par lesquelles dut passer l'homme de l'art appelé dans les graves circonstances, et les sentiments qui agitèrent le chef de la grande nation, et la joie de tout un peuple apprenant qu'un nouveau César était né dans l'empire. C'est dans la journée du 20 mars, éphéméride à la fois glorieuse et fatale, que Dubois fut appelé auprès de l'impératrice, non pas pour la première fois, mais pour intervenir s'il y avait lieu et mettre fin à un travail qui se prolongeait douloureusement.

C'est une grande responsabilité sans doute que celle qui pèse sur l'homme de l'art en pareille circonstance; mais s'il est une statistique propre à porter quelque sécurité dans l'âme du praticien, c'est assurément celle qui fait la part excessivement minime des accouchements dans lesquels l'art est obligé d'intervenir et celle des accouchements qui se terminent par les seules forces de la nature.

C'est la réflexion que fait tout jeune médecin appelé pour la première fois à donner ses soins dans quelque grande famille, et je m'imagine que Dubois traversant les salons des Tuileries, puisait peut-être lui-même des motifs de sécurité dans cette supputation rassurante du grand nombre des accouchements naturels comparés à celui des accouchements contre nature.

Chargé du service de l'hospice de la Maternité, Dubois savait que sur 20,357 accouchements qui avaient eu lieu dans cet établissement de 1797 à 1811, 20,183 s'étaient effectués sans qu'il fût besoin d'y mettre la main. Et sans pousser l'optimisme jusqu'à adopter cette opinion de Boer que sur 132 accouchements, c'est à peine s'il est besoin d'intervenir une seule fois, Dubois, fort de sa propre expérience, pouvait certainement se dire que sur 50 accouchements l'homme de l'art ne doit, terme moyen, prêter son ministère qu'une fois.

Telles pouvaient être, je le répète, les pensées qui préoccupaient Dubois. Introduit près de l'impératrice qui l'attendait avec impatience, il y trouve son ami Corvisart. Le travail durait depuis plusieurs heures; il n'y avait plus à attendre, Dubois se mit en mesure de constater l'état des choses; mais quels ne durent point être sa surprise, son effroi, quand il reconnut qu'il allait avoir affaire à une *présentation de la hanche!* Je ne sais, messieurs, si son front en pâlit, mais certes il dut maudire son étoile qui, dans une pareille circonstance, le faisait tomber sur une de ces présentations qui, au rapport de Merriman, ne devraient s'offrir que 42 fois sur 18,000 accouchements!

Aucun doute ne pouvait rester dans son esprit; il entraîne Corvisart dans

breuses. La cloison des fosses nasales offrait une perforation de 3 à 4 lignes de diamètre; il y avait de plus des douleurs ostéocopes et de syphilides à la peau. Le muriate d'or et de soude fut administré de diverses manières, et sous l'influence de ce sel les syphilides cutanées disparurent, les douleurs des membres se calmèrent, mais les ulcérations de la gorge restèrent stationnaires.

Le docteur Aubenas (de Montélimart) conseilla de remplacer les préparations aurifères par le sublimé qui occasionna des coliques qui obligèrent de le suspendre. Plus tard un cautère fut appliqué à la nuque, ce qui rendit les maux de gorge plus rares. Les douleurs des jambes térébrantes et s'exaspérant la nuit devinrent alors le symptôme prédominant. Le malade alla prendre les eaux thermales de Bagnols et en éprouva un soulagement, mais de peu de durée. Quelque temps après les douleurs ostéocopes reparurent avec plus d'intensité et ne cédèrent qu'à l'emploi endermique de la morphine.

M. X... me fit appeler en 1837; je reconnus l'existence d'une ulcération superficielle à la membrane pituitaire et d'une autre à la voûte palatine dont je parvins à obtenir la cicatrisation par l'usage interne du proto-iodure de mercure associé à l'opium, et par des cautérisations successives au nitrate d'argent. Cette cure ne se maintint pas longtemps. L'apparition d'un nouvel ulcère à la cloison du nez réclama le même traitement et ne guérit qu'après avoir détruit en totalité le cartilage médius.

En mars 1838, la surface du nez, qui ne s'était jamais dépouillée de cette rougeur lie-de-vin dont elle était marquée lors de ma première visite, fut subitement envahie à gauche par un ulcère à bords taillés à pic et à fond blafard. Le proto-iodure de mercure fut de nouveau prescrit à l'intérieur. L'ulcération fut cautérisée tantôt avec le nitrate acide de mercure, tantôt avec l'acide hydrochlorique, et pansée avec la pommade au calomel jusqu'à formation de bourgeons charnus où l'on substitua à la cautérisation le pansement avec de la charpie imbibée de chlorure d'oxyde de sodium. Au bout de trois mois la cicatrisation des plaies était complète; mais la rougeur insolite du nez et l'induration des tissus résistèrent.

L'ulcère du nez récidiva dans l'hiver de 1839. J'eus recours aux mêmes moyens que précédemment. Au bout de deux mois le traitement n'avançant pas, je substituai au traitement mercuriel interne les préparations d'or, mais sans beaucoup de succès. Semblable à l'hydre de la fable, l'ulcère guérissait d'un côté pour reparaître de l'autre, laissant toujours après lui d'horribles pertes de substance. C'est dans cet état vraiment désespérant que je conseillai à M. X... (août 1839) d'aller consulter à Montpellier. Le savant professeur à qui je l'adressai lui appliqua quatre fois en un an le cautère actuel qui modifia la plaie, mais ne la guérit jamais complétement. M. X... revint de Montpellier dans un état pire de mutilation. L'ulcération, conjointement avec le feu, avait détruit la totalité du nez et une bonne partie de la lèvre supérieure. Moi-même, cédant aux sollicitations du malade et du professeur, je portai quatre fois le fer rougi à blanc sur cette énorme plaie, mais sans amendement notable.

C'est alors que, frappé des succès merveilleux que le docteur Ricord venait d'obtenir avec l'iodure de potassium, je proposais l'emploi de ce remède héroïque. Un gramme d'iodure de potassium fut prescrit à prendre dans les vingt-quatre heures, dissous dans un demi-litre de tisane de saponaire, et les ulcères furent lotionnés avec un soluté d'iodure ioduré.

A peine le malade eut-il consommé 3 grammes d'iodure que, émerveillé d'un changement sensible dans l'état de ses plaies, il se hâta de m'adresser la note suivante : « Monsieur, je viens de panser les plaies de la lèvre et du nez. J'ai la certitude en ce moment d'une amélioration bien prononcée. Le fond des plaies qui était blafard avant-hier est d'un rouge vermeil aujourd'hui. En un mot l'ulcération tend à disparaître à vue d'œil. J'ai le plus grand espoir d'être délivré sous peu, grâce à la poudre merveilleuse que vous me faites prendre et qui ne m'a nullement incommodé. Soyez certain que je ne me fais point illusion cette fois-ci. 28 janvier 1841. »

L'avenir ne tarda pas à prouver que M. X... ne se faisait point en effet illusion; car en élevant graduellement la dose d'iodure jusqu'à 3 grammes par jour, en moins de trois semaines j'eus l'indicible satisfaction de voir complétement cicatriser des ulcères de vingt ans de date. Nous avons continué l'usage du remède pendant trois mois pour achever de résoudre l'induration sur laquelle l'ulcère était greffé.

M. X... jouit aujourd'hui de la santé la plus florissante.

342. TUMEURS SYPHILITIQUES DES BOURSES (observation recueillie dans le service de M. VIDAL DE CASSIS à l'hôpital du Midi.)

Ces tumeurs que, à cause de leur durée, de leur opiniâtreté à résister aux modificateurs généraux et locaux de la thérapeutique proprement dite, l'on confondait quelquefois jadis avec les tumeurs malignes, c'est-à-dire avec certaines formes du cancer, et qui, le plus souvent jugées incurables, étaient extirpées, cèdent avec une grande facilité à l'iodure de potassium, comme on va le voir par l'observation suivante.

Ce cas de testicule syphilitique est remarquable par l'aspect encéphaloïde de la tumeur, à ce point qu'un chirurgien de quelque valeur se méprit sur le diagnostic de l'affection et extirpa un testicule, intimement convaincu de sa nature cancéreuse.

OBS. — Le malade, âgé de 29 ans, est peu robuste et a l'apparence scrofuleuse. Il y a six ans, il eut une blennorrhagie qui coula pendant dix-huit mois; elle ne fut jamais *douloureuse* et guérit sans traitement. Six mois après, sans de nouveaux rapports *sexuels*, des *accidents* se montrèrent successivement du côté du gland, de la peau, dans l'aisselle gauche, aux aines et dans la bouche. Enfin le testicule gauche s'engorgea et en quatre mois il acquit un volume énorme. Des élancements se firent sentir, se *ramifiant* jusqu'aux reins. On fit l'ablation de la tumeur, et au bout de six semaines la cicatrisation était complète.

Deux ans après apparaît un nouvel engorgement au testicule droit. Cet engorgement acquit rapidement le volume des deux poings; il était dur, surtout à la partie inférieure. Il était le siége de douleurs intenses, lancinantes, qui ne laissaient point au malade un instant de repos. (Sangsues, frictions avec l'onguent napolitain, emplâtre de Vigo). Amélioration sensible. Mais la vie irrégulière du malade fait reparaître le mal, et c'est alors qu'il entra à l'hôpital dans le service de M. Vidal. La tumeur est beaucoup plus volumineuse que le poing, dure en arrière et sur les côtés, un peu molle en avant où il y a une apparence de fluctuation dans l'étendue d'un pouce environ; elle est *ovoïde*, à grosse extrémité supérieure, et ressemble assez bien pour la forme à une hydrocèle, mais elle est beaucoup moins lourde que cette dernière tumeur. Comme il a été dit plus haut, elle est le siége de douleurs lancinantes très-vives. La dureté particulière de cette tumeur, la nature des douleurs, la circonstance de l'ablation déjà faite de l'autre testicule, tout semble prouver que c'était là un véritable sarcocèle, une tumeur squirrheuse ou encéphaloïde qui devait avoir une terminaison funeste. Mais ayant étudié l'histoire de ce malade, le docteur Vidal le soumit dès son entrée à l'iodure de potasium; il y en avait à peu près 8 grammes d'administrés que déjà les douleurs avaient à peu près cessé; peu à peu la tumeur a diminué de volume; puis le testicule a repris sa forme et a seulement conservé un peu plus de volume qu'un testicule ordinaire.

Quel regret n'aurait pas le chirurgien qui a extirpé le premier testicule s'il savait que l'organe congénère a été conservé!

243. AUTRE OBSERVATION DE SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE GRAVE.

OBS. — Madame X., actuellement âgée de 36 ans, d'une constitution médiocre, a éprouvé, il y a environ dix ans, des symptômes primitifs de syphilis, caractérisés par un écoulement et des chancres aux parties génitales. Ces symptômes se dissipèrent au bout de six semaines sous l'influence d'un traitement dont la nature ne put être indiquée par la malade. Il y a deux ans, madame X. ressentit une légère douleur à la gorge, à laquelle elle fit d'abord peu d'atten-

---

l'embrasure d'une fenêtre et le prie d'aller trouver l'empereur pour lui expliquer l'état des choses; Corvisart, qui ne se souciait nullement d'aller porter une pareille nouvelle, répond à Dubois que ce n'est pas à lui que revient cette mission, mais bien à l'accoucheur; Dubois, sobre de paroles comme toujours, ne réplique pas un mot, il se fait conduire près de l'empereur; Napoléon était au bain. Dubois commençait à peine à lui expliquer sous quels fâcheux auspices s'annonçait l'événement qui allait s'accomplir, que l'empereur l'interrompt vivement et s'écrie : « Sauvez la mère! »

Dubois n'avait pas même fait allusion à une cruelle alternative qui d'ailleurs ne se présentait pas; mais Napoléon, obéissant au premier mouvement de son cœur, montrait comment ici ses affections passaient avant sa politique; rappelez-vous cependant, messieurs, tous les sacrifices qu'il s'était imposés pour laisser après lui un héritier de son empire, un aîné de sa race, avec quelle joie il avait appris que Marie-Louise, plus heureuse que Joséphine, allait enfin combler ses vœux. Eh bien! quand est venu ce moment suprême où vont se réaliser ou s'anéantir peut-être à jamais ses longues espérances, le premier cri qui s'échappe de son cœur, ce n'est point le cri du soldat ambitieux, du profond politique, de l'homme d'état, de l'empereur enfin, forcé de renoncer à cet heureux enfantement qui devait assurer la stabilité et la perpétuité de son trône; c'est le cri d'un homme de cœur, de l'époux qui tremble à la seule idée du danger que va courir cette fille des Césars à laquelle il n'était uni que depuis quelques mois.

Dubois fit comprendre à l'empereur qu'il allait trop loin; il ne lui dissimula point cependant les graves conséquences qui pouvaient être à redouter, et finit par lui dire, qu'en pareille circonstance, la coutume est d'appeler un ou plusieurs praticiens en consultation. « M. Dubois, lui répondit l'empereur, si vous n'étiez pas ici, c'est vous, et vous seul qu'on irait chercher; retournez près de l'impératrice, et traitez-la comme vous le feriez de la femme d'un boulanger. »

Certes, Dubois pouvait s'enorgueillir de cette pleine et entière confiance de l'empereur, mais la responsabilité qui allait peser sur lui n'en était que plus effrayante.

Le travail de l'enfantement ne pouvait plus faire de progrès, l'impératrice s'épuisait en efforts impuissants : le moment d'agir était venu.

Les grands dignitaires de l'empire avaient été appelés, ils se tenaient dans un salon voisin. L'empereur était présent; il savait qu'une manœuvre délicate, pleine de danger, allait être exécutée par l'homme de l'art; il encourageait l'impératrice, et l'esprit agité d'une mortelle inquiétude, il chercha à donner à son front ce calme, cette sérénité qu'il conservait si naturellement sur les champs de bataille.

Dubois procède en effet, et sans hésiter, à cette hardie et savante manœuvre qu'on appelle la *version*, manœuvre qui a pour but de suppléer à la nature impuissante, ou plutôt en défaut, en erreur, et en vertu de laquelle l'homme de l'art, se substituant en quelque sorte à cette force providentielle qui devrait diriger et accomplir à elle seule tous les actes de l'économie vivante, fait ce qu'elle aurait dû faire, va chercher jusque dans les profondeurs du sein de la mère, les seules parties saisissables de son enfant, les fait glisser sur elles-mêmes, les ramène à l'orifice des détroits, leur fait franchir ces voies douloureuses, et accomplit ainsi à lui seul toutes les phases du grand acte de la parturition.

tion; bientôt cette douleur augmenta, s'étendit et s'accompagna d'une gêne manifeste dans la déglutition.

Ce fut six mois après l'apparition de ce mal de gorge que la malade fut soumise à mon observation. Je constatai sur le voile du palais et sur la luette plusieurs ulcérations serpigineuses, qui déjà avaient détruit la plus grande partie de ces organes. Les bords des ulcérations étaient indurés, et leurs surfaces étaient grisâtres et livides. A ces signes, reconnaissant une infection syphilitique constitutionnelle, je prescrivis un traitement dont le sublimé et les sudorifiques firent la base. Sous l'action de ces moyens, les ulcérations se modifièrent dans leur aspect, et peu à peu la cicatrisation ne laissa plus subsister que des lambeaux au voile du palais.

Le traitement fut continué trois mois, et un mois au moins après la disparition des accidents. La santé demeura bonne pendant six mois; puis la malade commença à ressentir des douleurs de tête gravatives avec paroxysmes nocturnes, qui devinrent dans peu de temps tellement atroces que la patiente songea plusieurs fois au suicide. Quelque temps après le développement de la céphalalgie, il survint de l'enchifrènement et une sécrétion de matière épaisse et fétide dans les fosses nasales.

Après l'emploi inutile de plusieurs moyens, procédant par voie d'exclusion, je rapportai de nouveau les accidents au virus vénérien, qui cette fois portait son action sur le système osseux. La malade fut soumise à l'usage de la solution d'iodure de potassium (iodure, 15 grammes; eau, 250 grammes), dont elle prenait une cuillerée à bouche matin et soir d'abord, puis deux cuillerées dans une tasse de tisane sudorifique. Ce traitement fut continué pendant trois mois. Après les quinze premiers jours, les douleurs diminuèrent, et au bout de six semaines elles avaient entièrement cessé. Quatre ou cinq fois la malade a rendu par les narines des fragments osseux, qu'à leur nature celluleuse ou lamelleuse on devait croire provenir de l'ethmoïde. La réunion de ces différents fragments égalait au moins en volume la moitié de cet os.

Depuis plusieurs mois la santé de madame X. est complétement rétablie; le nez n'a subi aucune déformation, et tout porte à croire que cette fois la guérison est bien définitive.

Nous devons cette observation encore inédite, et réduite aux phases principales de la maladie à l'obligeance du docteur E. Deschamps.

Selon le docteur Ricord, l'action de l'iodure potassique contre les cancers syphilitiques de la langue tient du prodige. Cette action est telle, dit-il, que l'on peut presque constater par les yeux le moment d'arrêt du mal aussitôt que l'on commence la médication. Les cas les plus graves, ceux où la langue sphacelée, rongée, tombant en putrilage sous l'action dévorante du mal, présente, en un mot, le tableau le plus désespérant, sont ceux qui offrent les plus beaux exemples de cette puissance curative, sans analogue, de l'iodure potassique. Or on sait que ce sont là des cas éminents de tubercules syphilitiques tertiaires.

Des observations inédites et des dessins qu'il nous a obligeamment montrés justifient pleinement l'admiration du syphiliographe de l'hôpital du Midi pour le sel iodique.

Pour rendre un peu plus complète la liste des cas où l'iodure potassique a amené la guérison, nous dirons qu'à l'époque où Wallace publiait ses leçons, il avait administré l'iodure de potassium à 142 malades. Parmi eux, 6 étaient atteints d'iritis, 6 d'affection des testicules, 10 de nodus et autres affections du système fibreux, synovial et osseux, 97 d'éruptions cutanées, 20 d'affections des membranes muqueuses; il le donna, dans 3 cas, à des femmes enceintes pour prévenir l'infection du fœtus.

L'efficacité de l'iodure potassique dans les cas d'iritis a été contestée par plusieurs expérimentateurs. Le docteur Gauthier, d'accord avec Wallace, dit avoir vu l'iodure potassique réussir plusieurs fois dans cette affection.

Il résulte de ce qui précède que la science possède aujourd'hui un nombre assez imposant de faits qui démontrent que l'iodure potassique peut rendre des services signalés dans les accidents les plus terribles de la syphilis, services que sont loin de pouvoir rendre, quoi qu'en ait dit M. Rodet (de Lyon) dans un récent mémoire, les sels d'or, d'argent, de platine, les sudorifiques.

Il en résulte en outre que deux médicaments se partagent presque exclusivement la thérapeutique antisyphilitique, le mercure et l'iode. Cherchons donc à établir un parallèle entre eux.

344. VALEUR COMPARATIVE DES PRÉPARATIONS DE MERCURE ET D'IODE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Le docteur Ricord formule à peu près ainsi la médication antisyphilitique : dans la syphilis primitive (forme indurée), des mercuriaux ; dans la syphilis secondaire et la période des transitions, des mercuriaux presque exclusivement ou tout au plus unis à l'iode ; enfin dans la syphilis tertiaire, l'iodure potassique presque exclusivement.

Étendons ces propositions en les coordonnant en outre avec ce qui précède.

Les mercuriaux sont en général les remèdes certains de la syphilis primitive dépourvue de symptômes inflammatoires; cependant même dans cette période l'iodure potassique ne doit pas être considéré comme dénué d'efficacité. On y aura recours de préférence aux autres succédanés du mercure chaque fois que celui-ci se montrera impuissant, soit qu'on l'administre seul, soit associé au mercure.

Les mercuriaux l'emportent encore de beaucoup dans le traitement de la syphilis secondaire; cependant les cas où son efficacité contrebalance et même est supérieure à celle du mercure sont assez nombreux dans cette période, et surtout à mesure qu'on s'approche davantage de la période tertiaire. La recommandation que nous venons de faire plus haut d'avoir recours, à défaut de réussite du mercure, à l'iodure potassique seul ou associé à celui-là, est surtout applicable à la période secondaire de la syphilis.

Les cas qui paraissent réclamer plus spécialement la médication mercurielle sont ceux appartenant à la forme exanthématique, et ceux qui réclament la médication iodique à la forme pustuleuse.

Les mercuriaux sont en général impuissants dans la période tertiaire de la syphilis et d'autant plus que celle-ci s'éloigne davantage de la période secondaire. L'iodure potassique, au contraire, est à l'apogée de sa puissance curative et d'autant plus que les cas sont plus anciens. Ceux qui réclament l'usage du mercure sont les exceptions.

Les mercuriaux et les iodiques sont indiqués à la fois dans les cas mixtes, c'est-à-dire dans les cas encore assez nombreux où des accidents d'une période de la syphilis sont entés sur ceux d'une autre période ou plus exactement dans les cas où les accidents qui réclament l'une et l'autre médication se trouvent mêlés.

Comme la distinction des accidents qui appartiennent à telle période plutôt qu'à une autre n'est pas infaillible, car elle n'est souvent tranchée en apparence que dans les livres, ont pourra dans les points litigieux lancer l'iodure potassique comme ballons d'essai.

En effet, doit-on appeler accidents syphilitiques tertiaires ceux qui viennent

---

Avant même d'avoir amené les pieds au dehors, Dubois avait reconnu quel était le sexe de l'enfant; mais plus prudent que Smellie qui, en pareille circonstance, dit-on, avait bercé d'un faux espoir toute la cour d'Angleterre, Dubois n'en dit rien, il poursuit son opération, dégage successivement les pieds, le siége, le tronc et les bras de l'enfant. Il ne reste plus que la tête; mais celle-ci reste comme enclavée au détroit supérieur : situation critique qui va mettre de nouveau en relief le sangfroid, la résolution et la sagesse de l'opérateur; se gardant bien, en effet, d'exercer, comme le veulent quelques-uns, des tractions même modérées sur le cou de l'enfant, Dubois s'arme de son forceps, en glisse les branches sur les côtés de la tête, la saisit hardiment et l'entraîne au dehors!

Mais cet enfant qu'il vient ainsi d'amener à la lumière ne pousse pas un cri; il est pâle et ne fait aucun mouvement. Dubois, sans désemparer, emploie tous les moyens usités en pareil cas. Sept mortelles minutes s'écoulent; l'enfant ne donne aucun signe de vie. L'empereur, debout, dans l'attitude d'une profonde méditation, la tête penchée sur la poitrine, suit tous les mouvements de Dubois; enfin on aperçoit comme un soulèvement des parois de la poitrine, la bouche s'ouvre, l'air y pénètre. Il a respiré, s'écrie un des assistants! Oui, répond l'empereur; mais si c'était pour la première et pour la dernière fois! Il achevait à peine ces mots, que l'enfant respire à pleine poitrine, et pousse un cri qui l'annonce définitivement à la vie.

Alors Napoléon, obéissant à une de ces inspirations poétiques qui lui étaient familières, saisit son fils sous les bras, le soulève dans ses mains puissantes, et, s'avançant vers la porte du salon où se trouvaient réunis tous les grands de l'empire : Messieurs, s'écrie-t-il, c'est le roi de Rome! Puis revenant sur ses pas, et remettant à Dubois son précieux fardeau : « Baron Dubois, dit-il, voilà votre enfant. »

Le canon des Invalides annonçait en même temps au peuple de Paris ce grand événement. Chacun comptait avec anxiété les retentissantes détonations; au vingt-deuxième coup, l'allégresse était universelle; c'était bien un fils, un successeur, un aîné de cette race impériale que Marie-Louise venait de donner à la France.

Que sont devenus, messieurs, les jours de grandeur et de gloire qui semblaient en présager tant d'autres! Et cet enivrement de tout un peuple qui saluait de ses applaudissements la naissance de ce roi de Rome, croyant voir le gage d'une impérissable dynastie, et semblait dire avec le poëte : *Tu Marcellus eris!*

Ils sont loin de nous sans doute, messieurs; mais déjà, sur les marches du même trône, un autre enfant portant aussi le nom de Napoléon, était né, gardé, comme en réserve, par la Providence, afin de venir un jour, comme un symbole d'ordre, d'union et de prospérité, présider aux nouvelles destinées de la France!

Je reviens à l'empereur Napoléon. Sa reconnaissance ne se fit pas attendre : les honoraires de Dubois avaient été d'abord portés à 15,000 fr. par an; c'était Corvisart qui avait proposé le chiffre; l'empereur avait ajouté de sa main : et 15,000 fr. pour chaque accouchement. Mais le lendemain de la naissance du roi de Rome, le comte Daru écrivit à Dubois qu'il avait 100,000 fr. à lui remettre au nom de l'empereur.

tard ou ceux qui adoptent une certaine forme? Dans ce cas la roséole qui succède au chancre primitif après deux ans ne serait plus la même affection que celle qui l'a suivi après deux mois. Le symptôme tertiaire est-il toujours celui qui a été précédé du secondaire? Combien de cas tertiaires d'après la nosologie seront trouvés secondaires par le traitement, et *vice versâ*.

Il résulte de ces quelques aphorismes et remarques sur la valeur comparative des mercuriaux et des iodiques dans le traitement de la syphilis, que là où le mercure échoue l'iode réussit et *vice versâ;* en un mot que dans le cas où il est difficile de déterminer la période de la maladie, ou encore la médication qu'elle réclame, l'un est la pierre de touche de l'autre. Cette réciprocité bien appréciée, bien inculquée dans l'esprit des praticiens, peut donner les plus heureux résultats.

Ajoutons comme second corollaire que dans les cas où l'un ou l'autre de ces deux agents suffit, le choix de l'iodure potassique est commandé comme offrant moins d'inconvénient et comme plus expéditif.

Comme fait se rapportant au parallèle que nous venons d'établir entre les iodiques et les mercuriaux, nous ajouterons encore que, selon le docteur Rodet (mémoire cité), l'iodure potassique est mal supporté en général dans les cas où il convient d'avoir recours au mercure, et il agit d'une manière d'autant plus satisfaisante que le malade est encore vierge de tout traitement antérieur. Ces propositions nous paraissent diamétralement opposées aux faits journellement observés. Nous reviendrons sur cette question.

Voilà les trois principaux groupes de maladies dans lesquels les iodiques ont une action curative des plus saillantes, des mieux démontrées. Mais les iodiques ont encore été préconisés contre un grand nombre d'autres maladies. Nous allons passer brièvement en revue ces autres applications.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de juillet, août, septembre et octobre 1849 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Du service médical des indigents des campagnes;* par MM. Chauvin et Verger. 2° *Recherches sur les causes de la phthisie pulmonaire et sur les moyens de la prévenir;* par M. Turck. 3° *Note sur la guérison de certaines affections de mauvaise nature, vulgairement appelées cancer;* par M. Tanchou. 4° *De la méthode hémospasique dans le traitement du choléra épidémique;* par M. Junod. 5° *Recherches sur la composition du sang;* par M. Abeille. 6° *De la réunion immédiate des plaies et du collodion;* par MM. Hervier et Brelin. 7° *Quelques observations de névralgies sciatiques rebelles traitées et radicalement guéries par la cautérisation du dos du pied;* par M. Payan.

NOTE SUR LA GUÉRISON DE CERTAINES AFFECTIONS DE MAUVAISE NATURE, VULGAIREMENT APPELÉES CANCERS; par M. TANCHOU.

Fidèle à la voie qu'il a déjà si heureusement su exploiter dans l'intérêt des malades prétendus incurables, M. Tanchou cite aujourd'hui un nouvel exemple de cancer ulcéré, amené par lui à bonne fin. Comme toute la valeur de semblables observations réside dans les détails d'où ressort l'exactitude du diagnostic annoncé, c'est en rapportant toutes les circonstances du fait que nous allons mettre le lecteur à même de juger de sa signification sous le rapport thérapeutique.

OBS. — M. Tanchou fut consulté, le 15 juillet 1847, par une dame âgée de 64 ans. Elle portait une tumeur squirrheuse du sein droit, de 7 à 8 centimètres sur 3 ou 4 d'épaisseur, couronnée d'une plaie qui en avait 3 ou 4. La malade avait été d'un tempérament sanguin, fort imparfaitement réglée, et ne l'était plus depuis plusieurs années. La tumeur était très-dure, un peu adhérente aux côtes; elle projetait, en rayonnant, des trousseaux fibreux dans les parties voisines; une série de ganglions se dirigeait vers le creux de l'aisselle où se trouvait un paquet de tissus du même genre qui se propageait sous les muscles pectoraux et jusque sous la clavicule. L'origine de la tumeur remontait à dix-huit mois. Elle donnait lieu à des élancements douloureux qui, devenant surtout intenses pendant la nuit, empêchaient le sommeil.

On n'avait jusqu'alors prescrit que des remèdes insignifiants. Après un examen local et général approfondi, portant sur le passé et le présent, M. Tanchou mit la malade à l'usage des amers pendant quelques jours; elle prit un bain et fut purgée.

Le 25 juillet, elle commença à prendre une cuillerée à café par jour d'une solution de 10 grammes d'iodure de potassium sur 100 grammes d'eau.

Le 30, saignée; pansement avec une pommade iodée; attouchement des points squirrheux avec une solution d'iode un peu concentrée.

Le 10 août, la tumeur paraît un peu ramollie, moins saillante, plus mobile. L'iodure fatiguant l'estomac, on le remplace, après quelques jours de suspension, par trois gouttes de liqueur de Fowler.

Le 19, la plaie paraissant stationnaire, on fait une application de pâte de Vienne, qui laisse ensuite une plaie évidemment cancéreuse. On la pansa alors avec une solution d'un gramme d'iodure d'arsenic pour 100 grammes d'eau; et on la saupoudra parfois avec la poudre de tan, et de quinquina quand cette préparation semblait trop ramollir, décolorer les tissus et les rendre blafards; elle fut pansée aussi avec une solution épaisse d'opium quand la malade accusait de la douleur, et parfois avec une solution de nitrate d'argent.

Elle prit aussi de temps en temps, à la place de la solution de Fowler, des pilules d'extrait de saponaire et d'aconit napel. On lui ordonna de réduire un peu la quantité de ses aliments.

La plaie changea peu à peu d'aspect; de grisâtre, granulée, évidemment cancéreuse, elle se couvrit successivement de petits bourgeons charnus très-fins et de bonne nature, et prit tous les caractères d'une plaie simple. Ses bords, coupés à pic par le caustique, s'affaissèrent, devinrent en biseau, se cicatrisèrent.

La guérison, qui date déjà de près de deux ans, ne s'est pas démentie. Il faut noter que deux médecins avaient diagnostiqué un cancer, et qu'ils avaient adressé cette dame à M. Tanchou dans le but de la faire opérer.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG; par le docteur ABEILLE.

Sans fonder des espérances exagérées sur le résultat des recherches si générales et si actives dont l'hématologie est depuis quelque temps l'objet, sans prétendre y trouver le dernier mot de la nature intime des maladies, on peut néanmoins accorder que la science en retirera des notions précieuses sous ce rapport, et de plus précieuses encore sous le rapport de l'interprétation séméiologique. Dans cette pensée, nous nous faisons un devoir de recueillir tous les travaux sérieux d'hématologie. Celui de M. Abeille ne pouvait passer inaperçu. Entrepris dans le but spécial, un peu trop restreint peut-être, de contrôler les expériences de MM. Andral et Gavarret, il est remarquable par la consciencieuse rigueur apportée à

Messieurs, il était sans doute plus difficile à cette époque d'obtenir un simple ruban de la Légion d'honneur, qu'il ne l'est aujourd'hui d'avoir le cordon de commandeur, car il ne fallut rien moins que ce mémorable événement pour que Dubois fût nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Après la chute du gouvernement impérial, Dubois se tint simplement à l'écart. Sans chercher à prendre le rôle d'un homme en disgrâce, sa maxime était: Si on a besoin de moi, on viendra me chercher.

Il ne fut appelé qu'une seule fois auprès de la famille royale; ce fut dans un cruel moment.

Le duc de Berri venait d'être frappé d'un coup de poignard. M. Bougon, tenant à faire preuve de dévouement, avait voulu sucer la plaie, comme pour racheter la vie du prince aux dépens de la sienne. C'était une plaie de poitrine, où l'hémorrhagie est tant à craindre. Dupuytren voulut en sonder la profondeur; Dubois ne voyant rien à faire ne fit rien.

Louis XVIII s'était fait transporter auprès de son malheureux neveu: il voyait que le danger était grand, il aurait voulu en connaître toute l'étendue. Comment faire: placé près du lit ensanglanté, il ne pouvait rien dire qui ne fût entendu du blessé. Monarque éminemment lettré, il pensa qu'en recourant à la langue des savants, il obtiendrait une réponse des hommes de l'art, et que son neveu, dont l'éducation littéraire avait été fort négligée, ne comprendrait pas ce qu'elle pourrait avoir de menaçant. Il s'adressa donc en langue latine à Dupuytren. Soit surprise ou défaut d'habitude, Dupuytren ne sut que répondre. Dubois, fort de ses premières études et avec son remarquable esprit d'à-propos, répondit immédiatement et par une phrase correcte, élégante, et en termes tels, que le malade ne pouvait soupçonner l'arrêt qu'il prononçait.

Le roi, malgré sa douleur, parut frappé de cette savante et circonspecte repartie.

J'arrive maintenant, messieurs, à une triste époque pour la célèbre école dont Antoine Dubois était un des ornements. Depuis le retour des Bourbons, l'indépendance et le libéralisme des professeurs portaient ombrage au pouvoir; une coterie puissante demandait des destitutions. Bien des places étaient enviées. On n'attendait qu'une occasion, qui ne tarda pas à se présenter.

Le 18 novembre 1822, jour fixé pour la séance de rentrée, Desgenettes devait porter la parole et prononcer l'éloge de Hallé.

Il commença au milieu du plus violent tumulte. Ce n'était ni à sa personne ni aux opinions qu'il exprimait que s'adressait l'amphithéâtre: on s'insurgeait contre l'esprit qui dominait alors l'Université!

Devant cette jeunesse turbulente et sceptique, Desgenettes ne voulut rien retrancher de son discours. Dominant les clameurs de cette foule, il commença par faire l'éloge des sentiments religieux de Hallé.

« Je croirais manquer à sa mémoire, dit-il, je croirais la trahir, et vous auriez le droit de me traiter comme un lâche, si j'appréhendais de vous dire hautement que M. Hallé eut des sentiments de religion aussi sincères que profonds. Comme Pascal, il s'anéantissait devant la grandeur de Dieu! »

Mais l'ancien médecin de l'armée d'Orient, l'ancien ami des Girondins, ne put longtemps se contenir. Placé entre le pouvoir qui regardait l'École comme

son exécution. Cette sévérité se traduit particulièrement par une précaution à laquelle M. Andral n'avait pas cru devoir s'arrêter, celle d'indiquer en détail, pour chaque expérience, l'âge, la constitution, les habitudes du sujet, le commémoratif et les symptômes de l'affection; de manière à prévenir toute objection qui voudrait s'appuyer sur une erreur de diagnostic.

Comme nous l'avons dit, M. Abeille s'est proposé de répéter les expériences de MM. Andral et Gavarret. Il s'est servi du même procédé; il compare constamment ses résultats aux leurs. Cette limitation volontaire du terrain de la recherche a, nous l'avouons, quelque chose d'assez singulier. On ne s'explique pas bien, si ce nouveau travail ne remonte pas déjà à une date lointaine, qu'il n'y soit tenu absolument aucun compte des recherches d'autres expérimentateurs de tout pays, anglais, allemands, italiens, français; que, par exemple, les noms de MM. Becquerel et Rodier n'y soient même pas prononcés. Cette lacune est d'autant plus regrettable que le procédé de ces deux expérimentateurs est susceptible, à de certains égards, de donner des résultats plus exacts que celui de MM. Andral et Gavarret. Dans ce dernier, par exemple, les globules suspendus dans le sérum sont comptés à tort parmi les *matériaux solides* de ce liquide; en sorte que le chiffre relatif à ces matériaux est toujours trop élevé, tandis que celui des globules est toujours trop faible. On peut ajouter que, dans plus d'un travail récent, les conditions physiologiques et pathologiques des sujets avaient été suffisamment précisées, et que, sous ce rapport, les recherches de M. Andral se trouvaient déjà contrôlées avant le contrôle de M. Abeille.

L'auteur a fait et rapporté en détail soixante-seize analyses du sang, dont quarante-trois complètes et trente-trois portant seulement sur la fibrine. En voici les résultats :

1° Dans les phlegmasies, la fibrine s'est élevée au-dessus de la proportion normale, suivant une progression qui a été en rapport direct avec l'étendue, l'acuité de l'inflammation; elle a diminué au fur et à mesure de la résolution. Cette élévation du chiffre de la fibrine n'est devenue sensible qu'après que l'altération pulmonaire a eu dépassé la période de simple congestion. Ce résultat confirme, comme on voit, celui qu'ont annoncé MM. Andral et Gavarret. MM. Becquerel et Rodier ajoutent à cette augmentation de la fibrine dans les phlegmasies une diminution notable des globules et une augmentation de la cholestérine.

L'auteur ajoute que des saignées répétées dans la pneumonie n'empêchent point la proportion de fibrine de monter *si la phlegmasie s'accroît*, et il en tire la conséquence que, l'inflammation une fois déclarée, les saignées ne constituent qu'un moyen secondaire de traitement. Ce n'est pas le lieu de discuter sur l'utilité des évacuations sanguines dans la pneumonie; mais on ne comprend pas bien par quel procédé logique l'auteur tire de ses expériences une déduction contraire à cette utilité. La fibrine continue à augmenter malgré les saignées, *si la phlegmasie s'accroît*. Rien de plus vrai; mais les saignées peuvent-elles mettre obstacle à l'accroissement de la phlegmasie? Voilà la question. Si elles le peuvent, elles amèneront indirectement la diminution de la fibrine. Les saignées répétées, ajoute M. Abeille, quel que soit d'ailleurs l'état du sujet, n'exercent pas d'influence appréciable sur le chiffre de la fibrine, tandis qu'elles abaissent rapidement celui des globules. C'est encore un fait reconnu, et il faut même ajouter qu'elles abaissent aussi celui de l'albumine; mais qu'importe? Dès lors qu'il est admis que les changements dans la proportion de la fibrine ne sont que l'*effet* de la phlegmasie, qu'importe, dans la question, que les saignées ne produisent pas des changements analogues? En supposant qu'elles fussent efficaces contre la pneumonie, elles le seraient, non par leur influence sur la composition chimique du sang, mais par une action directe sur la maladie elle-même.

2° Dans les expériences relatives aux affections typhoïdes, la proportion de la fibrine a toujours été au-dessous de l'état normal. Dans des cas où la maladie typhoïde a surpris l'organisme dans un état de phlegmasie, avec excès de fibrine constaté, on a vu celle-ci tomber rapidement au-dessous de la proportion physiologique. Le même résultat a été constaté pour la variole, même bénigne, mais surtout pour la variole adynamique, avec hémorrhagies et pétéchies. Et l'auteur fait judicieusement remarquer, à cette occasion, que M. Serres, lorsqu'il a voulu établir l'affinité de la variole avec la fièvre typhoïde, aurait pu arguer de cette analogie des altérations du sang dans ces deux maladies. Sur ces différents points encore, l'auteur est d'accord avec MM. Andral et Gavarret, à cette exception près que ces derniers expérimentateurs n'ont pas attribué à la variole un abaissement si constant du chiffre de la fibrine. Mais il est bon de rappeler que, si l'on s'en rapporte aux expériences très-bien instituées, nous le répétons, de MM. Becquerel et Rodier, la diminution de la fibrine est un caractère beaucoup moins inséparable de la fièvre typhoïde que ne l'avait cru M. Andral. Suivant eux, « on la voit aussi bien s'effectuer dans des cas très-graves que dans des cas de médiocre intensité; tantôt la fibrine *reste normale*, tantôt elle diminue, toutes choses paraissant égales d'ailleurs..... » « En général, ajoutent-ils, la diminution coïncide avec la forme adynamique de la maladie, forme qui peut cependant exister, se développer et conduire les malades à la mort *sans que la diminution se produise.* »

Une question a été agitée au sujet des hémorrhagies dans les fièvres graves, et M. Abeille la touche en passant. Les uns ont attribué les pertes ou les extravasations sanguines à la défibrination partielle du sang; d'autres ont objecté que dans le scorbut, où le sang sort si facilement de ses vaisseaux, la fibrine du sang, loin de diminuer, augmente. L'auteur admet le fait; mais il le rejette sur une altération des solides. Cette altération des solides dans le scorbut, altération qui devrait embrasser le corps entier, puisqu'il n'est guère de parties exemptes de l'extravasation sanguine, n'est pas facile à démontrer, et il y a, de plus, des raisons de conjecturer que l'extravasation est bien due, en effet, à un état morbide du sang, quoique cet état ne soit pas celui qu'on avait imaginé *à priori*. Et d'abord, il n'est pas exact de dire que la fibrine ait été trouvée en excès dans toutes les expériences récentes touchant le scorbut; il en est où elle a donné un chiffre normal. En second lieu, les expérimentateurs ont signalé dans le sang une particularité singulière : c'est une diminution très-considérable de la densité, non proportionnelle à l'abaissement du chiffre des matériaux solides. Il y a là certainement, si les expériences sont exactes, l'indice d'une altération du sang. Et qui pourrait nier l'influence possible d'une altération encore indéterminée sur le produit des hémorrhagies?

3° Dans les fièvres intermittentes, conformément aux résultats signalés par M. Andral, la fibrine a gardé sa proportion normale, et le chiffre des globules a été trouvé en rapport avec la constitution et les antécédents du sujet. D'autres expérimentateurs ont constaté toutefois, dans quelques cas, une augmentation de la fibrine. Cette augmentation dépendait-elle de quelque phlegmasie cachée? L'auteur le croit fermement. C'est une question à étudier de nouveau?

---

entachée de matérialisme, et les élèves qui ne voulaient applaudir qu'aux idées d'opposition, Desgenettes fit une de ces sorties spirituelles et mordantes qui lui étaient familières. Des applaudissements frénétiques accueillirent ses paroles imprudentes; il répéta sa phrase, qui excita les mêmes transports. C'était prononcer l'arrêt qui allait frapper le corps au nom duquel il portait la parole. Trois jours après, le 2 novembre, une ordonnance royale supprimait provisoirement la Faculté, et onze professeurs, au nombre desquels était Antoine Dubois, furent destitués.

Je ne veux rien dire ici, messieurs, de celui qui prit la place d'Antoine Dubois à l'hôpital de perfectionnement, de celui qui osa s'asseoir dans son amphithéâtre, sur ce fauteuil de paille si connu des élèves, qui osa enfin pratiquer des opérations sur cette table, sur le lit où Dubois avait si souvent émerveillé les élèves par son incomparable dextérité.

Il est des temps malheureux où le pouvoir semble prendre à tâche de donner aux élèves le spectacle des plus douloureux contrastes.

Tristes exigences de l'esprit de parti! On n'est capable, on n'est digne à ses yeux que par l'opinion qu'on professe, et nullement par le mérite ou le talent qu'on possède.

Mais vers la fin de la restauration, une nouvelle ère, une ère de réparation sembla s'ouvrir pour l'École. La réaction libérale qui, sous le court ministère de M. de Martignac, avait ramené dans leurs chaires MM. Cousin, Guizot et Villemain, avait aussi amené la réintégration de Dubois à la Faculté.

Le discours qu'il prononça à cette occasion, dans l'assemblée des professeurs, est un modèle de bon goût et de modestie.

« Je vous reviens, mes chers enfants, disait le vétéran de la science à ses jeunes collègues, je vous reviens avec une augmentation d'années et avec une santé encore peu affermie. Vous connaissez depuis longtemps l'exactitude et l'assiduité que je mettais à remplir mes devoirs; si vous trouvez, mes chers collègues, que cette activité soit moindre que celle que vous m'avez connue, vous aurez la générosité de la compenser avec celle que j'avais autrefois. »

Mais bientôt une révolution vint frapper en masse les professeurs nommés en 1823. Le doyen fut compris dans cette élimination; il fallut pourvoir à son remplacement.

Le 4 août 1830 une ordonnance du lieutenant-général du royaume conféra cette dignité à Antoine Dubois. Ce choix fut universellement approuvé. Toutes les conditions désirables semblaient réunies dans le nouveau titulaire, une immense renommée, un beau caractère, des opinions sagement libérales, la sympathie de ses collègues et celle des élèves.

Dès le premier jour de sa promulgation, le nouveau doyen pensa qu'il était de son devoir, qu'il était surtout de son caractère, de sauvegarder, dans l'intérêt même de l'école, les actes de son prédécesseur. Le nouveau doyen, dis-je, provoqua une réunion de professeurs, et il fut décidé qu'avant de se séparer on signerait une lettre dans laquelle on exprimerait à l'ancien doyen la reconnaissance de la Faculté pour l'esprit de modération et de bienveillance dont il avait fait preuve pendant la durée de son administration.

C'est ainsi, messieurs, qu'Antoine Dubois inaugura son décanat; mais il sentait lui-même que l'heure de la retraite approchait pour lui. Le 4 mai 1831,

4° M. Tourdes avait recherché l'état de la fibrine dans deux cas seulement de méningite cérébro-spinale. Ces expériences étaient bien restreintes pour en tirer des conséquences positives. M. Abeille publie cinq nouvelles analyses du sang dans la même maladie, dont une complète et quatre portant seulement sur la fibrine. Dans toutes, cet élément a été trouvé en excès, à peu près comme dans les cas de phlegmasie du poumon ou des articulations. Au lieu du chiffre normal de 2,2 millièmes suivant les uns, ou 3 millièmes suivant d'autres, on a trouvé de 4,3 à 10,1; cette dernière proportion est considérable. Postérieurement au travail de M. Abeille, M. Michel Lévy a publié, dans la GAZETTE MÉDICALE (1849, p. 836), le résultat de trois analyses faites au Val-de-Grâce, et dans lesquels le chiffre de la fibrine a varié de 4,8411 à 5,6638. L'augmentation proportionnelle de la fibrine dans l'affection dite méningite cérébro-spinale épidémique paraît donc un fait acquis. C'est un caractère qui la distingue du typhus, avec lequel plusieurs auteurs la confondent, M. Boudin en particulier. Jointes à la prédominance des lésions anatomiques dans les méninges encéphalo-rachidiennes et au faible degré des lésions folliculaires de l'intestin, elles constituent la plus forte dissemblance entre la méningite et les pyrexies typhoïdes. Est-ce à dire néanmoins que cette maladie doive être considérée comme une phlegmasie pure et simple? C'est ce que nous ne saurions accorder. L'excès de fibrine peut bien attester la présence d'un certain nombre de localisations inflammatoires, mais ne suffit pas à prouver la nature primitivement et essentiellement inflammatoire de la maladie. Ce caractère ne suffit pas à combler les grandes différences symptomatologiques qui séparent la méningite simple de l'affection appelée méningite cérébro-spinale, et que M. Boudin a fait ressortir dans un travail récemment analysé par la GAZETTE MÉDICALE.

5° Enfin, dans l'albuminurie, l'albumine du sang est tombée au-dessous du chiffre normal. C'est un résultat conforme à tous ceux qui ont été obtenus jusqu'ici. Nous n'avons donc pas à y insister.

QUELQUES OBSERVATIONS DE NÉVRALGIES SCIATIQUES REBELLES TRAITÉES ET GUÉRIES PAR LA CAUTÉRISATION DU DOS DU PIED; par le docteur PAYAN (d'Aix).

Nous sommes convaincu que beaucoup de sciatiques qu'on laisse se prolonger indéfiniment, en demandant chaque jour un nouveau remède à l'empirisme pharmaceutique, guériraient rapidement si on avait recours plutôt à la cautérisation par le fer rouge. D'une manière générale les cas de névralgies guéries par l'application du feu sont assez nombreux, et leur valeur thérapeutique ne serait pas beaucoup accrue par la publication des quatre observations de M. Payan, si le mode d'emploi du moyen n'appelait pas ici, plus spécialement, l'attention. C'est une application nouvelle du procédé qu'avait indiqué M. Robert dans la REVUE MÉDICALE de 1847 (numéro d'octobre), et qui consiste à promener le cautère entre les derniers os métatarsiens, alors même que la douleur s'étend de cette région au tronc même du nerf sciatique. On trouvera encore une observation de ce genre, par M. Jobert, dans le numéro de février 1848 du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. L'intérêt du travail de M. Payan étant tout entier dans l'exposé des faits, nous allons les rapporter brièvement.

OBS. I. — Un ouvrier plâtrier, âgé de 34 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Aix pour une névralgie sciatique datant de *quinze ans*. Néanmoins il avait presque toujours pu vaquer à ses occupations, accoutumé qu'il était à supporter son infirmité avec résignation. L'accès de douleur qui l'avait ramené à l'hôpital avait été plus intense que les précédents et remontait à six mois. La plupart des moyens ordinaires avaient été employés. Dans la journée, le membre était endolori et engourdi; le soir, des douleurs violentes se déclaraient tout le long du nerf sciatique et de ses branches, surtout derrière le trochanter, à la partie postérieure de la jambe et jusque sur le dos du pied. On appliqua d'abord *cent sangsues* en deux fois; on eut recours aux lavements de térébenthine, aux vésicatoires volants, simples ou morphinés. Il s'ensuivit du soulagement, et le malade put même reprendre son travail au bout de dix-huit jours; mais presque aussitôt les douleurs reprirent une nouvelle acuité, et le malade revint à l'hôpital. Deux moxas appliqués sur le trajet du nerf dans le voisinage du trochanter et des frictions sur le membre avec des liniments calmants produisirent un peu de soulagement; néanmoins vers le jarret et à la hanche, les douleurs ne diminuèrent pas. C'est alors que M. Payan porta un cautère chauffé à blanc entre les deux derniers os du métatarse sur une longueur de 3 centim. Le succès fut complet. Le sommeil revint la nuit suivante, et il n'y eut plus jamais aucun élancement. La plaie était cicatrisée le vingt-huitième jour. Le sujet a été revu plusieurs fois depuis cette époque (c'était à la fin de 1847), et il a été constaté que la guérison s'était maintenue.

OBS. II. — Un homme de 45 ans avait une sciatique depuis six ans dans le membre droit, quand, au printemps de 1848, les douleurs s'étant exaspérées, il vint consulter M. Payan. La douleur siégeait sur presque tout le trajet du nerf et ses principales ramifications, c'est-à-dire depuis la région fessière jusqu'au creux poplité, sur toute la face postérieure et même externe de la jambe, et jusqu'aux orteils. La cautérisation fut pratiquée entre les deux derniers métatarsiens. La plaie mit trente et un jours à se cicatriser. La guérison a été radicale; aucune douleur n'avait reparu dix-huit mois après ce traitement.

OBS. III. — Chez le sujet de cette observation, âgé de 46 ans, la sciatique avait cinq ans de date. M. Payan le visita le 22 novembre 1848. Un accès violent s'était déclaré depuis dix jours. Les douleurs occupaient la cuisse et la jambe gauches. Quarante sangsues furent appliquées derrière le grand trochanter; on donna un julep morphiné. Un léger amendement survint, mais dura peu. Le 24 novembre, elles avaient repris leur première intensité; on pratiqua alors la cautérisation comme dans les observations précédentes. « Le moment de l'application du fer incandescent, dit l'auteur, fut la fin des douleurs névralgiques. » La nuit suivante amena un sommeil doux et prolongé. Depuis une année la guérison se maintient parfaitement. La plaie avait mis trente-cinq jours à se cicatriser.

OBS. IV. — Une femme de 35 ans entre à l'hôpital le 6 novembre 1848, pour une sciatique du côté gauche, datant du mois de janvier. Les douleurs résidaient surtout le long de la jambe en dehors et en arrière, et s'étendaient jusqu'aux orteils. Elles étaient très-vives, quoique un peu apaisées déjà par l'application de vésicatoires volants. La cautérisation inter-métatarsienne fut pratiquée le 24 novembre. L'observation n'en indique pas les résultats, par oubli sans doute ou par erreur typographique, mais les quelques considérations qui suivent laissent penser que le succès a été aussi complet que dans les autres cas.

Ces faits sont on ne peut plus concluants; les trois premiers surtout, qui concernent des sciatiques rebelles et déjà anciennes. Il ne paraîtra pas d'ailleurs singulier que des névralgies soient calmées sur toute la longueur du nerf par un moyen appliqué au niveau de ses dernières ramifications, surtout quand elles sont placées superficiellement. Une lésion matérielle d'un tronc nerveux, comme la section ou la compression, produit surtout, parfois même exclusivement, des douleurs aux extrémités terminales, témoin la compression du nerf cubital, dont les effets se font sentir presque uniquement au bord externe de la main et aux deux derniers doigts. En outre, on sait que dans les névralgies, la douleur se localise plus particuliè-

---

il priait le ministre d'accepter sa démission. Dans sa réponse adressée à la Faculté, le grand maître de l'Université marquait avec quel regret il avait été obligé de céder aux instances de M. Dubois. Enfin au commencement de 1833, Antoine Dubois se démit des fonctions de professeur; mais sur la demande de la Faculté, le conseil de l'Université arrêta que le titre de professeur honoraire lui serait conféré, qu'il conserverait le droit d'assister aux assemblées de la Faculté, et de prendre part à ses délibérations.

Dubois était entré dans sa quatre-vingtième année; certes c'était bien l'âge du repos, et cependant il n'aurait pas renoncé à ce qu'il appelait encore ses devoirs, si depuis longtemps sa santé n'avait été profondément altérée.

Par une circonstance étrange, et qui cependant n'est pas rare dans l'histoire de la médecine, Dubois, qui avait étudié avec une sorte de prédilection les maladies des voies urinaires, qui excellait, comme je le dirai tout à l'heure, dans l'art d'extraire les calculs de la vessie, Dubois finit par être atteint lui-même de cette redoutable maladie. Mais, lui disait un jour un de nos collègues, en manière de conversation, ceci ne doit point vous effrayer, vous qui connaissez si bien cette maladie et l'opération qu'elle exige. C'est précisément pour cela, répondit Dubois, que je ne me ferai pas opérer; et cependant il finissait par reconnaître lui-même que cette opération, toute cruelle qu'elle est, est à la fin invoquée comme un bienfait par tous les calculeux.

Mais, heureusement pour lui, la science venait de faire un merveilleux progrès; une découverte admirable, longtemps rêvée par le génie chirurgical, et que l'instinct de conservation avait, dit-on, révélée à quelques malades, venait enfin d'être formulée et appliquée avec succès sur le vivant: je veux parler de la lithotritie. Dubois, habile lithotomiste, avait d'abord partagé les opinions, on pourrait même dire les préjugés, de beaucoup de chirurgiens de son temps contre la lithotritie; peut-être même les aurait-il conservés toute sa vie, si s'étant sondé lui-même, en 1828, il n'eût acquis la conviction qu'il a, à n'en plus douter, un calcul dans la vessie. Or, ayant à choisir, pour son propre compte, entre une méthode qui fait pénétrer les instruments par les voies naturelles, et une méthode qui les introduit par des incisions variées, mais toutes douloureuses et profondes, Dubois écrivit à M. Civiale, le 21 décembre 1828: « J'ai décidément besoin de vous. »

Ce n'est pas qu'il n'eût encore bien des objections à faire; mais M. Civiale, qui connaissait parfaitement son illustre malade, employa un argument adapté à son caractère; il conduisit chez lui un malade atteint de la pierre, le fit coucher sur son propre lit et se mit à l'opérer. Dubois suivit attentivement tous les incidents de l'opération, puis, quand M. Civiale eut terminé: je suis prêt, lui dit-il; et la première séance eut lieu le surlendemain.

Dubois, très-discret pour sa part, aurait voulu cacher à tout le monde la maladie dont il était atteint, et surtout l'opération à laquelle il allait se soumettre; M. Civiale ne fut pas aussi discret: il en avait dit quelques mots, insistant surtout sur les bonnes conditions dans lesquelles se trouvait son malade. Dubois en fut informé, et il en fit quelques reproches, du reste fort gracieux, à son opérateur: « Je voulais, si je succombais, lui dit-il dans une lettre du 4 février 1829, que personne ne sût que vous m'eussiez touché; que si, au contraire, je me trouvais débarrassé, je voulais présenter la chose comme un miracle opéré par vous. »

rement dans les filets placés superficiellement. Dans le mode de traitement indiqué plus haut, outre que l'action est plus voisine des parties nerveuses qu'elle ne le serait à la cuisse, elle porte précisément son action là où la sensation douloureuse tend à s'établir le plus fortement. Il y aurait à voir maintenant si le succès serait le même dans les cas où la névralgie ne dépasserait pas le tronc du nerf sciatique.

DE LA BELLADONE CONTRE L'INCONTINENCE D'URINE; par le docteur AUG. CAUVIN.

Ce travail ne se compose que d'une observation. M. Cauvin fut appelé, au mois de mars dernier, pour une jeune fille âgée d'environ 7 ans, atteinte depuis quatre ans et demi à cinq ans d'une incontinence nocturne et parfois diurne, consécutive, dit l'auteur, à une anasarque. Il prescrivit l'usage de pilules composées chacune de un centigramme de poudre et d'un demi-centigramme d'extrait de belladone. L'enfant prit, pendant la première semaine, une pilule chaque soir; pendant la seconde semaine, deux également le soir; pendant la troisième semaine, une le matin et deux en se couchant. L'amélioration se prononça au bout de quinze à vingt jours, et l'incontinence ne tarda pas à disparaître complétement. Deux pilules par jour furent encore prises pendant deux semaines, pour consolider la guérison, qui s'est enfin maintenue.

L'emploi de la belladone contre l'incontinence d'urine chez les enfants est en effet le plus efficace des moyens connus. Néanmoins, il échoue absolument dans certains cas, et nous croyons que c'est souvent parce qu'on ne tient pas pas assez compte, dans le traitement, de l'état général des individus. L'incontinence n'est qu'un symptôme, lié ordinairement à une débilité de tout l'organisme, ou à une faiblesse de la partie inférieure de la moelle épinière accusée par des chutes fréquentes ou l'impossibilité d'une longue marche. Il est donc prudent de commencer le traitement par l'emploi des moyens toniques internes et externes, l'usage du fer, du quinquina, les lotions froides, etc. Quand l'effet de ce traitement s'est manifesté, on a bien plus de chances de détruire l'incontinence par la belladone. Que si ce moyen ne réussit pas encore, il faut s'adresser directement à la moelle, au moyen de frictions sur les lombes avec des liqueurs fortifiantes employées froides autant que possible, et surtout du seigle ergoté à l'intérieur. Nous avons vu des cas où la belladone ayant d'abord échoué, a obtenu un succès complet, administrée après un traitement de plusieurs mois par le seigle ergoté.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE.

ORIGINE DU GOÎTRE.

M. GRANGE, docteur ès sciences et docteur en médecine, adresse un mémoire dans lequel il expose le résultat des recherches qu'il a entreprises sur l'origine du goître, et sur l'influence des terrains magnésiens sur le développement de cette maladie.

Le goître, suivant l'auteur, paraît être indépendant des phénomènes météorologiques, ainsi que de la pauvreté, de la malpropreté et de l'hérédité.

Le goître et le crétinisme ont de tels rapports entre eux qu'il y a lieu d'admettre que le crétinisme dépend de la même cause, mais s'exerce spécialement sur des sujets qui y sont prédisposés dès le premier âge. La cause du goître est fixée et transportée par les eaux potables, et l'on peut prendre le goître à volonté, en allant boire pendant plusieurs mois les eaux de sources bien connues par leurs propriétés délétères.

L'auteur a expérimenté l'usage du sel ioduré à la dose d'un dix-millième à cinq dix-millièmes, et il a constaté que ce sel employé à tous les usages domestiques comme le sel ordinaire guérissait du goître et pouvait en préserver les familles.

Enfin M. Granger se propose de démontrer par des expériences directes :

1° Que c'est bien l'eau de certaines sources qui donne le goître ;

2° Que c'est à la magnésie qu'il faut attribuer le développement de cette tumeur ;

3° Qu'en séparant la magnésie des eaux potables, ou en recourant à des eaux qui ne contiennent pas cette substance en dissolution, on peut se préserver du goître ;

4° Que le sel ioduré, à la dose maximum de 5 dix-millièmes employé pendant une année, préserve complétement du goître sans exposer à d'autres maladies ;

5° Que le gouvernement peut, en mettant à la disposition des pays ravagés des sels de cuisine iodurés provenant soit des fabriques de soude de warech, soit des sels préparés directement, faire disparaître ces affections, qui atteignent en France près de 500,000 habitants et dégradent l'espèce humaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES PRIX DE 1849.

M. GIBERT, secrétaire annuel, présente le résumé analytique des travaux de la commission des prix.

Messieurs, il ne manque point d'esprits critiques qui, se croyant assez volontiers universels lorsqu'ils ne sont que superficiels, ne sont que trop disposés à blâmer les corps savants officiels du peu d'activité qu'ils montrent (disent-ils) dans l'accomplissement des travaux qui leur sont imposés.

Sans vouloir ouvrir de force des oreilles qui ne veulent point entendre ni présenter à des aveugles volontaires des vérités qu'ils ne veulent pas voir, qu'il nous soit permis d'opposer à des critiques injustes les nombreux travaux auxquels se livrent annuellement, dans le sein de notre Académie, les commissions permanentes, telles que celles des *eaux minérales*, des *épidémies*, des *remèdes secrets*, de *vaccine*, et les commissions temporaires chargées de l'examen d'un si grand nombre de pièces et de documents provenant de tous les points de la France et de l'étranger, commissions dont les nombreux rapports sont autant de jugements ou d'avis motivés qui intéressent à la fois l'autorité, la science et l'humanité.

Cette année, les travaux administratifs, en ce qui concerne les services publics, ont tous été réglés par le zèle de vos rapporteurs.

Trois rapports généraux sur les *épidémies*, sur les *eaux minérales*, sur les *vaccinations* ont été adressés à l'autorité, sans parler des nombreux avis offi-

---

Quelques courtes séances suffirent pour le débarrasser de sa pierre, et le 26 juin il écrivait à M. Civiale : « La fatigue que j'éprouve n'a pas du tout de rapport avec quoi que ce soit de corps étranger dans la vessie, et ma certitude va toujours croissant, à savoir qu'il n'y a plus rien. »

Grâce à cette opération, Dubois put encore jouir pendant quelques années, sinon d'une santé parfaite, au moins d'une existence assez douce. Profitons-en, messieurs, pour revenir en quelque sorte sur cette honorable carrière, et pour dire comment il a marqué son passage dans la science.

Pour donner une idée aussi exacte que possible des services que Dubois a rendus à la chirurgie, et de l'influence qu'il a exercé dans l'enseignement, je vais successivement le considérer comme professeur, comme médecin consultant et comme opérateur.

Il y avait alors dans l'École de Paris deux sortes de professeurs : les uns visant au talent oratoire, châtiés, éloquents mêmes parfois, circonspects, polis et révérentieux envers leur auditoire; studieux, progressifs, et par cela éminemment utiles; les autres qu'on aurait pu appeler des hommes primitifs, obéissant à leurs propres inspirations, nés d'eux-mêmes, quelquefois incultes, mais toujours originaux; peu soucieux de plaire, ayant toutes les familiarités de la force et du génie. C'est à cette dernière catégorie que Dubois appartenait; on y trouvait avec lui les Chaussier, les Desgenettes, les Boyer, les Pelletan, etc., et tant d'autres qui ont disparu de la carrière, mais dont le souvenir est impérissable.

Dubois, je l'ai déjà dit, chargé d'un service de clinique chirurgicale, avait enfin trouvé sa véritable voie. Chirurgien en chef de l'hospice de perfectionnement, il y faisait des leçons et y donnait des consultations qui attiraient un grand concours d'élèves.

Génie calme et reposé, jamais on ne le voyait chercher à produire ce qu'on appelle des effets oratoires. Rien de plus vigoureux et de plus simple que ses allocutions; sa phrase était nette et concise, sa pensée, étendue d'une manière pittoresque, frappait tous les esprits; une seule idée le préoccupait; il voulait être compris; de là un choix particulier d'expressions et de répétitions. Ce que, dans l'impression d'un livre, on marque en caractères italiques, il le faisait saillir en le répétant coup sur coup. Que, s'il lui échappait un mot nouveau, hybride ou même un peu barbare, je le maintiens, disait-il, car vous m'avez compris, et c'est là ce que je voulais.

Il laissait à d'autres l'ambition de charmer et d'étonner leurs auditeurs, la gloire de se faire admirer et d'arracher des applaudissements. Je ne sache pas qu'il ait été jamais applaudi. Son ambition, à lui, était de faire que la justesse et la clarté de ses expressions répondissent à la netteté et à la précision de ses idées. On sentait dans ses leçons une abondance vive et franche, un esprit ample, droit, et surtout solide.

Il avait la juste prétention d'*enseigner* et non de *discuter* et de *convaincre*; il en appelait à l'*autorité* de son expérience et de son jugement, non de sa parole ou de sa *dialectique*.

Rarement il donnait du développement à ses idées; il cherchait de préférence une phrase, un mot heureux, qu'il répétait mais ne commentait pas.

ciels transmis sur les *remèdes secrets*, la plupart présentés avec cette assurance et cette présomption, qui sont le cachet de l'ignorance et de la crédulité.

Les rapports des commissions annuelles des prix sont encore une preuve du zèle et de l'activité des membres de cette Académie, dont je n'ai aujourd'hui à vous offrir qu'un court aperçu, en m'acquittant de la mission que j'ai reçue du conseil d'administration, savoir, le compte rendu analytique des rapports faits au sujet des prix de 1849.

Je m'acquitterai de cette tâche aussi succinctement que possible, n'oubliant pas que vous êtes venus ici pour entendre une autre parole que la mienne.

1° La commission du *prix Civrieux*, composée de MM. Fouquier, Collineau, Jolly, Baillarger, et ayant pour rapporteur M. *Bouvier*, avait à juger, en 1849, les mémoires relatifs à la question de la CHORÉE.

Ces mémoires sont au nombre de quatre.

L'un d'eux signale une méthode de traitement nouvelle et bizarre, qui consiste à placer le sujet sur un coucher garni de sangles, à entourer ses membres de bandages dextrinés, et à les fixer, ainsi que le reste du corps, par des liens qui opposent un obstacle insurmontable aux efforts de la contraction musculaire.

Suivant l'auteur, deux malades atteints de chorée ancienne et rebelle, dont il rapporte l'histoire, ont dû leur guérison à cette sorte de traitement mécanique.

Un second mémoire n'offre guère à signaler que le point de vue, très-important à la vérité, de l'influence de l'hérédité sur le développement des névroses en général et de la chorée en particulier...... Aussi l'auteur a-t-il pris pour épigraphe cet adage bien connu, mais jamais peut-être assez apprécié dans les familles qui s'unissent pas les liens du mariage : « GAUDEANT BENE NATI. »

Le troisième mémoire est remarquable par le grand nombre de faits qu'il renferme, empruntés à tous les écrits publiés sur la matière, en sorte que, sous ce rapport, il constitue une précieuse monographie. Bien que l'auteur soit avare de remarques et d'appréciations, il est important de signaler celle-ci, qui lui paraît comme le corollaire de tous les faits thérapeutiques qu'il a entassés dans son travail, savoir :

« Qu'il n'y a point jusqu'ici de remède qu'on puisse opposer avec quelque » certitude à la chorée; que ni l'eau froide, ni les bains sulfureux, ni la strychnine » ne tiennent les promesses récemment faites en leur nom. »

Je crois, pour ma part, que beaucoup de praticiens seront disposés à admettre ce jugement, et que le temps, l'hygiène, le développement naturel des jeunes filles, ont plus d'influence sur la guérison de la chorée qu'un grand nombre de médications vantées d'après certaines vues théoriques.

Quoi qu'il en soit, ce mémoire a paru digne d'encouragement et de récompense à la commission, et sur sa proposition, l'Académie a décerné à son auteur, M. le docteur Roth, de Paris, une médaille de 300 fr.

Il nous reste à parler du mémoire n° 2, auquel un prix de 1,000 fr. a été accordé.

Ici, outre les faits acquis à la science et que l'auteur relate avec soin, deux cent trente-huit observations, la plupart recueillies dans les hôpitaux, sont propres à celui-ci, et servent de base aux conclusions générales qui terminent son travail. On trouve dans ces conclusions la durée moyenne de la maladie, fixée d'une manière générale et approximative à deux mois et deux mois et demi, sauf les récidives, qui ne sont pas rares.

D'autres propositions propres à l'auteur seront sans doute moins facilement admises que celle-ci, telles, par exemple, que l'étiologie de la maladie fixée dans le rhumatisme ou la chlorose, et la nature essentiellement nerveuse, reconnue seulement pour un tiers ou un quart des cas.

Ce mémoire est le seul qui fasse connaître les bons effets de la gymnastique, à laquelle naturellement l'honorable rapporteur de la commission fait une part très-large dans le traitement de la chorée.

L'auteur de ce mémoire (auquel, je le répète, un prix de 1,000 fr. a été décerné) est M. le docteur Sée (de Paris).

La Commission propose et l'Académie adopte, pour question de prix à décerner en 1850 : « DES CONVULSIONS. »

Cette importante question, encore si obscure et si difficile, malgré les lumières récentes apportées dans ce sujet par les recherches laborieuses de l'anatomie pathologique, sera traitée d'une manière générale. Il est probable qu'ultérieurement la compagnie aura à proposer aux efforts des concurrents les questions partielles qui se rattachent aux diverses espèces de convulsions.

2° PRIX DE L'ACADÉMIE. — « *La fièvre typhoïde est-elle contagieuse?* » Telle est la question pleine d'actualité et d'intérêt, tant sous le point de vue scientifique que sous celui de l'humanité, qu'avaient à résoudre les nombreux concurrents qui se sont présentés cette année pour disputer le prix de l'Académie.

Dix-sept mémoires ont été soumis à la commission, dont M. Gaultier de Claubry a été nommé rapporteur (1).

Quatre de ces mémoires seulement nient la contagion, tandis que treize l'affirment.

C'est là sans doute un premier résultat très-significatif, et qui certainement eût été tout différent si la question avait été posée il y a une vingtaine d'années, tant il est vrai que les théories régnantes influent d'une manière toute-puissante sur les questions mêmes qui ne sembleraient jamais devoir être décidées que par les faits!

Par contre, il n'est plus demeuré parmi les concurrents qu'un seul représentant de la doctrine physiologique, lequel persistant avec une persévérance digne d'une meilleure cause à regarder la fièvre typhoïde comme une *gastro-entérite*, en conclut naturellement que cette maladie ne saurait être contagieuse.

Laissant de côté le sens rigoureux et étymologique du mot qui implique l'idée de communication directe par contact, les auteurs contagionistes se bornent à reconnaître le caractère contagieux dans tous les modes possibles de transmission de la maladie d'un individu à un autre. Ainsi tombe le grand argument tiré de la théorie moderne de l'*infection*, qui deviendrait simplement pour la fièvre typhoïde, comme pour quelques autres maladies, un mode spécial de contagion.

En effet, tout en prouvant par quelques observations choisies qu'un sujet atteint de fièvre typhoïde peut à lui seul communiquer sa maladie à d'autres individus dans une localité où elle n'existait pas auparavant, les mêmes auteurs admettent cependant, comme condition de cette propagation, la formation autour du malade d'une atmosphère miasmatique capable d'infecter ceux qui l'approchent d'une manière habituelle et continue. L'encombrement n'est plus qu'une cause secondaire qui accroît et favorise la propagation du mal.

Quant à la différence apparente ou réelle qu'on trouve entre les villes et les campagnes sous le rapport de la fréquence et de la certitude des exemples de la propagation de la fièvre typhoïde par contagion, peut-être réside-t-elle dans les conditions différentes où se trouvent placés et les malades et les observateurs.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il qu'un grand nombre de faits bien observés tendent à résoudre par l'affirmative la question posée comme sujet de prix de cette année.

Ce résultat n'a rien d'aussi alarmant qu'on pourrait le croire au premier aperçu. La transmission du mal ne s'opère que dans des conditions d'âge, d'habitudes, de séjour continu, qu'il est le plus souvent possible d'annuler ou de modifier, en sorte que les malades n'auront point à souffrir de la solution par l'affirmative de la question de la contagion. Ne sait-on pas aujourd'hui que, même pour les maladies rigoureusement contagieuses, c'est-à-dire transmissibles par le contact, il suffit souvent des plus simples précautions pour éviter le mal? Pour ma part, j'ai touché des milliers de vénériens et de galeux, et je n'ai jamais subi la contagion.

Ne nous préoccupons donc pas outre mesure des conséquences fâcheuses que pourrait avoir, par rapport aux malades, la confirmation de la contagion pour la fièvre typhoïde, pour la peste, pour le choléra lui-même; car, Dieu merci! et c'est

(1) Cette commission se composait de MM. Louis, Chomel, Bricheteau, Mélier et Gaultier de Claubry.

Bref, il avait toutes les qualités d'un professeur de clinique : un jugement rapide et sûr, une parole droite, concise et comme aphoristique.

J'arrive maintenant à ses *consultations publiques*. Dubois leur avait donné un caractère particulier. Avant lui, personne n'avait imaginé qu'on pût en faire un véritable enseignement clinique; on les considérait comme une œuvre purement philanthropique et hospitalière. Dubois, sans leur ôter ce caractère moral, en faisait l'objet de conférences pleines d'intérêt; il y mettait de la bonhommie en même temps que de la science, interpellant tour à tour les malades et les élèves; c'était une succession de scènes parfois plaisantes et toujours intéressantes. Procédant encore à la manière antique, c'est-à-dire par aphorismes ou par apophthegmes, il inculquait ainsi dans l'esprit de ses auditeurs des déductions toutes pratiques. Ne cherchant point d'ailleurs à les initier aux détours ou aux mystères de ses diagnostics, qui sait? Peut-être n'aurait-il pu lui-même s'en rendre compte, étant de ces praticiens, qui du premier coup, mettent le doigt sur le mal sans trop savoir comment.

On a dit de lui que pour se faire citer à l'instar d'un redoutable et infaillible oracle, il n'aurait pas craint de porter, en certains cas, le désespoir dans l'âme de ses malades. Ce fait est de toute fausseté; c'est le contraire qui est vrai. Il avait pour principe que quand on ne peut pas guérir les malades, il faut les laisser dans l'erreur, il faut les tromper. Mais, lui objectait-on, comment promettre ce qu'on ne peut pas tenir, et se faire payer pour une guérison qu'on n'obtiendra pas? Eh! pourquoi, répliquait Dubois, irais-je décourager ces pauvres malades? Vous dites que je leur fais payer de fausses promesses; pas du tout, je leur ai vendu de l'espérance; trouvez-moi quelque chose de plus précieux?

Mais c'est comme *opérateur* que Dubois a remporté la palme de son art. On sait à quel degré de perfection il avait porté ce que j'appellerai l'intelligence et le manuel des opérations : nul de son temps ne l'a surpassé; je ne sais même si quelqu'un l'a égalé; il opérait non avec ostentation ou élégance, mais avec cette sûreté, cette aisance, cet aplomb que peuvent seules donner la justesse du coup d'œil, une longue expérience, et enfin une certaine adresse innée.

Dans les sentiers douloureux et sanglants, sa main, armée d'un fer salutaire, n'allait jamais au delà de ce qui, pour lui, était mathématiquement tracé, et elle ne s'arrêtait jamais en deçà de ce que le mal exigeait. Il suivait invariablement cette ligne que dépasse trop souvent la témérité, et que n'ose pas atteindre la timidité.

Une des plus remarquables tendances de ce grand opérateur était de simplifier les procédés et de se borner au plus petit nombre possible d'instruments; il avait une répugnance très-grande pour tous les instruments mécaniques qu'on propose de substituer à l'action de la main. Aussi, quand on venait à lui parler de quelque nouveau perfectionnement apporté à un instrument : « Oh! s'écriait Dubois, c'est très-ingénieux, mais la main! la main! la main! »

C'était merveille de le voir, armé de son bistouri, pratiquer l'opération de la taille, opération si délicate, si hasardeuse, si pleine de dangers. Il était alors le seul chirurgien de Paris qui suivît le procédé de Chéselden, précisément parce qu'il l'avait ramené à la plus extrême simplicité.

Une fois son cathéter introduit et maintenu, il arrivait droit dans sa cannelure,

là un progrès dont nous pouvons nous glorifier, notre époque médicale a su s'affranchir des terreurs et des précautions outrées qu'inspiraient à nos devanciers les maladies contagieuses!

Dans le grand nombre de mémoires qu'elle a eus à examiner, la commission a cru devoir écarter du concours ceux qui n'avaient traité la question que d'une manière superficielle et incomplète, et ceux mêmes qui, contenant de bons matériaux, n'offraient point les éléments suffisants pour une solution satisfaisante.

Restaient encore à comparer entre eux cinq mémoires, sous les nos 3, 5, 4, 2 et 15, qui tous, à des titres différents, méritaient de justes éloges.

Le prix de 1,500 fr. a été décerné au mémoire n° 13, qui a paru à la commission le plus complet et le plus probant en faveur de la contagion; il a pour auteur M. le docteur Pied-de-Vache (de Dinan).

Un second prix de 500 fr. a été accordé à l'auteur du mémoire n° 14, M. le docteur Letalenet (de Paris);

Enfin une mention honorable à chacun des auteurs des mémoires nos 17 et 1, MM. les docteurs Georges Muller (du Haut-Rhin) et de Larroque (de Paris).

La commission propose et l'Académie adopte pour sujet du prix de 1851 :

La question chirurgicale des TUMEURS BLANCHES.

3° COMMISSION DU PRIX PORTAL. — Cette commission, composée de MM. Cruveilhier, Cornac, Nacquart et Husson, avait pour rapporteur *M. Rochoux*.

Le sujet du prix à décerner était la *cirrhose*.

Bien moins riche que la précédente, cette commission n'a eu à examiner qu'un seul mémoire. L'auteur considère la cirrhose comme le résultat d'une sorte d'hypertrophie des mailles cellulo-fibreuses fournies au parenchyme du foie par la capsule de Glisson, qui étouffe en quelque sorte les grains glandulaires contenus dans ces mailles. Le rapporteur trouve cette opinion assez probable, mais blâme l'auteur de ne l'avoir point appuyée sur les recherches microscopiques qui auraient pu seules en démontrer la réalité. Toutefois, comme ce mémoire, d'ailleurs, offre l'histoire de la cirrhose aussi complète que le permet l'état actuel de la science, l'auteur, M. le docteur Fauconneau-Dufresne (de Paris) recevra, à titre d'encouragement, une médaille de 400 fr.

La question proposée pour le nouveau sujet de prix est la suivante :

« Faire connaitre, en s'appuyant sur des observations microscopiques suffisantes, l'anatomie normale du foie et l'anatomie pathologique de l'altération connue sous le nom de *foie gras*. »

4° COMMISSION DU PRIX ITARD. — La commission chargée d'examiner les ouvrages envoyés pour concourir au prix triennal fondé par notre regrettable collègue, se composait cette année de MM. Louis, Huguier, H. Gaultier de Claubry, Martin-Solon, et J. Guérin, rapporteur.

Onze ouvrages, plus ou moins importants et plus ou moins volumineux, avaient été adressés à la commission; mais celle-ci a décidé que, conformément à l'esprit de la dotation Itard, elle ne se croirait pas obligée de s'en tenir aux ouvrages qui lui avaient été directement soumis, mais qu'elle pourrait décerner le prix à tout autre livre publié soit en France, soit à l'étranger, qui lui paraîtrait le mériter, pourvu qu'il eût un but pratique et que sa publication eût été comprise dans le délai fixé par le testateur.

Parmi les ouvrages envoyés au concours, les quatre suivants ont particulièrement fixé l'attention de la commission, savoir :

Les recherches de *M. Fourcault* sur les causes générales des maladies chroniques;

Le Manuel pratique des maladies des nouveau-nés, par *M. Bouchut;*

Le Traité de la fièvre typhoïde, par *M. de Larroque;*

Le Traité pratique des maladies des enfants, par *MM. Rilliet* et *Barthez*.

En conséquence, un premier prix de 2,000 fr. est accordé à MM. Rilliet et Barthez, anciens élèves de nos hôpitaux, et un second prix de 1,000 fr. est décerné à M. de Larroque, médecin honoraire de l'hôpital Necker.

La commission du *prix d'Argenteuil* n'a pas encore, à la vérité, soumis son rapport à l'Académie, mais ce rapport est aujourd'hui terminé. L'auteur, *M. Gerdy*, le communiquera très-prochainement à ses collègues; rien n'a été négligé pour que le public et la compagnie fussent complétement éclairés sur les propositions des divers concurrents. Ils ont été appelés à opérer sous les yeux des commissaires; ceux-ci n'ont pas consacré moins de soixante séances à l'examen et à l'appréciation des procédés destinés à perfectionner la cure si importante et si difficile des maladies des voies urinaires.

La commission du *choléra* s'est aussi réunie un grand nombre de fois. Dès l'apparition du fléau elle avait chargé l'un de ses membres, M. le docteur *Martin-Solon*, de rédiger un projet d'instruction populaire que l'Académie s'est empressée de transmettre à l'autorité. Un autre de ses membres, *M. J. Guérin*, doit faire sur l'épidémie de 1849 un rapport général qui ne pourra être soumis à la compagnie que lorsque les matériaux nécessaires auront été rassemblés.

De très-nombreux documents, à la vérité, dus la plupart au zèle de nos membres correspondants, ont été examinés par la commission, mais elle a malheureusement éprouvé d'autre part beaucoup de retards et de difficultés quant à l'envoi des documents administratifs.

Tel est en peu de mots, messieurs, le résultat des travaux de vos diverses commissions, et plus particulièrement de celles que vous aviez chargées de vous rendre compte des questions de prix. Je suis forcé de réclamer votre indulgence pour l'analyse sèche et aride à laquelle il m'a fallu me restreindre dans le but d'épargner votre temps, et de ne pas fatiguer votre attention que réclame le discours solennel de cette séance. L'intéressante biographie que vous allez entendre, la parole éloquente et énergique de notre secrétaire perpétuel, vous dédommageront de la perte de quelques instants de bienveillante attention que vous avez bien voulu m'accorder.

PROGRAMME DES PRIX.

PRIX DE 1849.

L'académie avait proposé pour sujets des prix de 1849 les questions suivantes :

PRIX DE L'ACADÉMIE. — La fièvre typhoïde est-elle contagieuse?

Ce prix était de 1,500 francs.

L'Académie a décerné :

1° Le prix de 1,500 francs à M. le docteur Pied-de-Vache, médecin à Dinan (Côtes-du-Nord), auteur du mémoire n° 13.

2° Un prix de 500 francs à M. le docteur Letalenet, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 14.

3° Une premiere mention honorable à M. le docteur G. Muller, médecin à Burnvillers (Haut-Rhin), auteur du mémoire n° 17.

4° Une seconde mention honorable à M. le docteur de Larroque, ancien médecin de l'hôpital Necher, auteur du mémoire n° 1.

PRIX FONDÉ PAR M. PORTAL. — De la cirrhose.

Ce prix était de 1,200 francs.

L'Académie a accordé un encouragement de 400 francs à M. le docteur Fauconneau-Dufresne, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 1.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — De la chorée.

L'Académie a décerné un prix de 1,000 francs à M. le docteur Sée, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 2, et une récompense de 300 francs à M. le docteur Roth, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 3.

PRIX FONDÉ PAR M. ITARD.

A. MM. Rilliet et Barthez, 2,000 francs pour leur TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS.

A M. de Larroque, 1,000 francs pour son TRAITÉ DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

PRIX FONDÉ PAR M. D'ARGENTEUIL. — Ce prix n'ayant pas été donné pour la

---

en un second mouvement il incisait l'urètre; puis, faisant glisser la pointe du bistouri dans les rainures, il divisait le col de la vessie en bien moins de temps qu'il ne m'en faut ici pour le raconter. Le malade, n'ayant éprouvé en quelque sorte qu'une sensation, poussait à peine un cri de douleur; tandis que les spectateurs, émerveillés d'une telle adresse, poussaient un cri de surprise et d'admiration.

C'est que tout spectateur instruit savait à travers quelles difficultés l'opérateur avait dû marcher pour exécuter cette manœuvre hardie, rapide et brillante.

Quant à la lithotomie chez la femme, on connait le procédé suivi par Dubois; sans doute, il avait pu lire dans Amb. Paré que le procédé n'était rien moins que nouveau, que c'était le procédé de Laurent Collot; mais qui ne sait ce qu'il faut d'efforts, de persévérance et d'autorité pour vulgariser des procédés utiles, des procédés qui resteraient éternellement ensevelis dans les livres si le génie chirurgical ne venait les réaliser dans l'exercice commun de l'art.

Dubois avait donc rendu cette opération *sienne* en en faisant chaque jour une habile et heureuse application, et c'est avec raison qu'on appelle encore aujourd'hui cette manière d'opérer le *procédé d'Ant. Dubois*.

J'en dirai autant de la réunion des plaies par *première intention* à la suite des grandes opérations, des amputations et ablations de tumeurs considérables; c'était un mode de pansement qui avait été conçu et appliqué avant lui; mais il a contribué plus que personne de son temps à l'introduire dans la pratique de la chirurgie.

J'ai parlé tout à l'heure de la tendance d'Antoine Dubois à simplifier les opérations: il en donné de nouvelles preuves dans les modifications qu'il a apportées à l'opération de l'anévrisme et de la fistule à l'anus.

Dubois, l'un des premiers, avait substitué le procédé ancien de la ligature à celui de l'incision préconisé et exclusivement employé par Boyer.

De même, pour l'opération de la fistule à l'anus, il lui suffisait d'une sonde cannelée et d'un bistouri boutonné courbe. Le gorgeret en bois employé par Boyer et par ses élèves était complétement abandonné par Dubois.

De même encore, pour l'opération de la cataracte, c'est Dubois qui, l'un des premiers encore, a introduit dans la pratique française l'opération par le simple déplacement.

Dubois s'était beaucoup occupé des maladies des yeux; il avait pris le goût de cette étude dans une visite qu'il fit à Pavie et dans ses entretiens avec Scarpa, pour lequel il avait conservé une très-grande estime et une vraie amitié.

J'ai déjà parlé de la remarquable indépendance d'esprit d'Antoine Dubois; j'aurais pu en trouver des preuves nombreuses aussi bien dans sa pratique que dans son enseignement : à une époque où toutes les formes des affections syphilitiques étaient soumises au même traitement et considérées comme également graves, Dubois professait des opinions qui n'étaient partagées que par un petit nombre d'esprits, et auxquelles cependant l'étude plus attentive de ces affections et des recherches nombreuses ont donné une sorte de consécration.

On peut dire qu'ici Dubois s'était placé en avant de son époque, et il en a été de même pour le traitement des affections cancéreuses au moyen de la pâte arsenicale du frère Côme. Dubois avait un double but en cautérisant ainsi après

première période de 1838-1844, une nouvelle commission a été appelée à juger les mémoires envoyés au concours ; cette commission a terminé ses travaux. Le rapport sera soumis très-prochainement à l'Académie.

PRIX PROPOSÉS POUR 1851.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie met au concours la question suivante *Des tumeurs blanches.*

Ce prix sera de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. PORTAL. — L'Académie met au concours la question suivante : *L'anatomie du foie et le foie gras.*

Ce prix sera de 1,200 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — Madame de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse, l'Académie met au concours la question suivante : *Des convulsions.*

Ce prix sera de 1,000 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être envoyés dans les formes usitées, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1851.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait de son testament :* « Je lègue à l'Académie de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée;* et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1849, sera décerné en 1852.

PRIX FONDÉ PAR M. D'ARGENTEUIL.—*Extrait de son testament.* « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850 : sa valeur sera de 2,238 fr., plus les intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant six années.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE. — Ce prix, qui est triennal et de la valeur de 1,800 fr., sera accordé en 1851 à l'auteur du meilleur ouvrage sur la *mélancolie.*

Les mémoires devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars 1851.

N. B. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement avant le jugement sera par ce seul fait exclu du concours (*Décision de l'Académie du 1er septembre* 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1850.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie a mis de nouveau au concours la question de l'emploi des émétiques dans le traitement des maladies; mais afin d'obtenir des travaux vraiment utiles, elle limite le sujet et se borne à demander : L'étude des effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose dans les maladies.

L'Académie déclare qu'elle demande aux compétiteurs, non pas leur opinion, leur manière de voir au sujet du tartre stibié à haute dose dans les maladies, mais des faits en nombre suffisant recueillis avec soin et avec tous les détails nécessaires pour qu'aucun doute ne puisse s'élever sur le caractère des maladies traitées ; en un mot, l'Académie demande des démonstrations et non des conjectures, et elle mettrait beaucoup plus de prix à l'ouvrage qui démontrerait nettement la vérité d'une seule proposition, qu'à celui qui rendrait seulement probables, ou plus ou moins vraisemblables, de nombreuses propositions.

Ce prix sera de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. PORTAL. — Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Ce prix sera de 1,200 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — L'Académie a pensé que s'il est une forme de surexcitation de la sensibilité nerveuse qui réclame un traitement préventif ou curatif, c'est assurément la douleur; en conséquence, elle met au concours les questions suivantes : De la douleur; des moyens qu'on peut lui opposer, et spécialement des moyens dits anesthésiques. Quels sont les avantages et les dangers qui peuvent résulter de leur emploi? Comment pourrait-on prévenir ces dangers?

Ce prix sera de 1,000 fr.

— M. F. DUBOIS (d'Amiens) lit l'éloge d'Antoine Dubois.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

AIDE-MÉMOIRE DE L'OPÉRATEUR, COMPRENANT LES OPÉRATIONS ÉLÉMENTAIRES, LES LIGATURES D'ARTÈRES, LES AMPUTATIONS DANS LA CONTIGUÏTÉ ET LA CONTINUITÉ DES MEMBRES, ET LES RESECTIONS DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES, avec 60 planches représentant 213 sujets; par M. A. ISNARD. — Un vol. in-18. — Paris, 1849. Chez J. B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le but de ce petit ouvrage est aussi simplement conçu qu'il a été fidèlement exécuté. Retracer aux souvenirs des chirurgiens les règles des opérations les plus usuelles, de celles que tous peuvent se trouver extemporanément appelés à pratiquer ; présenter dans un dessin clair et débarrassé des détails accessoires l'ensemble de la région sur laquelle on opère et le jeu des instruments, tel est l'objet que M. Isnard s'est proposé. Le soin qu'il a pu donner personnellement à la confection des planches, un style lucide et remarquable par l'art de rendre accessibles même aux élèves les descriptions les plus scabreuses, assurent à l'auteur un succès de vogue, dès que l'existence de son AIDE-MÉMOIRE sera un peu connue dans le monde médical. De pareils livres réussissent toujours quand ils se bornent, comme celui-ci, à ce qu'il y a de journellement applicable dans la science des opérations, et lorsque, comme celui-ci encore, ils savent renoncer à la préten-

---

l'ablation du mal par l'instrument tranchant : il modifiait profondément les parties sur lesquelles l'application du caustique était faite, et il pénétrait beaucoup plus loin qu'avec l'instrument tranchant.

Ces idées ont été reproduites dans ces derniers temps, et on leur a donné une grande importance, puisqu'on a prétendu que le caustique arsenical suffit seul à la destruction des tumeurs cancéreuses d'un médiocre volume.

Je suis obligé de m'arrêter ici, messieurs, dans cette énumération, et cependant je sens qu'il y aurait justice à l'étendre plus loin. Dubois avait fait pénétrer ses idées et sa pratique dans tous les esprits par un travail opiniâtre de plus de quarante années ; mais la source des progrès qu'il a fait faire à la science, déjà à peine évidente quand il professait, s'est presque entièrement perdue depuis lui.

Que de choses n'aurais-je point à mentionner pour ce qui concerne l'art des accouchements, si les bornes de cet éloge me le permettaient ! que d'idées pratiques aujourd'hui reconnues incontestables, et dont lui-même n'avait jamais cherché à prendre publiquement possession ! Tous ces souvenirs sont à peu près perdus, sauf ce qui se rapporte au forceps, qui aujourd'hui encore peut être considéré comme réunissant les meilleures conditions au point de vue de sa structure et de son mécanisme, forceps imaginé par Dubois et qui porte son nom.

Après avoir fourni cette longue et laborieuse carrière, Dubois a passé ses derniers jours entouré d'une honorable et nombreuse famille, menant cette vie patriarcale qui lui était si chère; ayant plus que personne l'expérience du monde, ayant été aux prises avec la misère et ses cruels enseignements, Dubois aimait à y reporter ses souvenirs comme pour jouir du contraste et s'applaudir du chemin qu'il avait fait; il ne passait jamais sur le pont Neuf sans montrer au haut d'une maison la croisée d'une toute petite chambre où il avait donné des leçons de lecture à de pauvres écoliers.

Un jour, il allait à Bicêtre rendre visite à un de nos collègues qui était entré dans sa famille. Arrivé à la barrière de Fontainebleau, ses yeux tombent sur la boutique d'un marchand de vins; il fait arrêter sa voiture, entre dans la maison et pénètre jusque dans une petite salle où se trouvaient attablés quelques pauvres jeunes gens encore tout poudreux du long voyage qu'ils venaient de faire. Dubois contemple un moment cette salle obscure; que de souvenirs il y retrouvait ! C'était là que, plus d'un demi-siècle auparavant, il avait fait ses adieux à son premier compagnon de voyage, à ce brave roulier qui l'avait amené à Paris ! Sa présence avait suspendu la conversation des jeunes gens; mais Dubois avait reconnu à leurs derniers mots, dits en patois, qu'ils étaient du Quercy, que c'étaient des compatriotes. Il leur demande avec intérêt ce qui les amène à Paris; ils venaient y chercher fortune comme tant d'autres. Eh bien ! leur dit Dubois, moi aussi je suis du pays, comme vous j'étais sans fortune, j'avais fait la route à pied, je me suis reposé dans cette même salle, assis peut-être à la table où vous êtes; puis j'ai travaillé, toujours travaillé ; j'ai fait des économies ; on dit que je suis devenu riche ; peut-être avez-vous entendu parler de moi, on m'appelle le docteur Dubois. Faites comme moi, mes enfants, n'attendez rien que de votre travail, et vous réussirez. Ceci dit, Dubois leur donna sa bénédiction, paya leur écot et remonta en voiture.

Du reste, à cette époque de sa vie, Dubois devait se trouver heureux; il se voyait revivre avec une sorte d'orgueil dans un fils aussi modeste que distingué ;

tion de vouloir réformer la chirurgie à propos de la publication de ce qui doit être et rester un simple manuel.

Quelques préceptes sur les opérations en général, sur les incisions, la cautérisation, l'hémostasie, l'éthérisation, précèdent ce qui est relatif à chaque opération en particulier. M. Isnard prémunit le jeune médecin contre un écueil dont nous avons souvent reconnu nous-mêmes les dangers, bien qu'il ne soit signalé dans aucun des traités classiques. L'élève, dit-il, doit se placer toujours dans les conditions les plus favorables, se faire aider par ses camarades, et prendre les mêmes précautions dans ses manœuvres sur le cadavre que s'il s'agissait d'une opération sur le vivant. Il arrive, en effet, presque toujours qu'une opération faite avec négligence est manquée; c'est une artère qu'on ne trouve pas, parce qu'on n'a pas pris la peine de s'orienter à l'aide des points de repère; ou bien c'est un lambeau trop court, mal taillé. Dans tous les cas, ce résultat ne sert qu'à faire douter l'élève de son aptitude, s'il est modeste, ou à lui faire dire, s'il est vain, qu'il opérerait mieux sur le vivant; ce qui fait qu'il n'en retire aucun avantage pour son instruction. — Sages paroles, salutaire avertissement, dont chacun de nous a eu besoin, sans s'en être douté, au début de sa carrière chirurgicale, et qu'on ne saurait trop répéter à ceux qui y font aujourd'hui leurs premiers pas!

Nous avons parlé de l'heureuse qualité que M. Isnard possède d'éclaircir les détails les plus difficiles à comprendre. Pour en donner une idée, nous transcrirons seulement la description suivante du mécanisme compliqué par lequel Bourgery a imaginé d'exercer la compression sur l'artère sous-clavière. « Il faut, pour saisir l'action de ce compresseur, se figurer un bandage de corps entourant la poitrine. A ce bandage aboutissent, en avant et en arrière du thorax, les trois chefs d'une bretelle, simple en arrière et bifurquée en avant, après qu'elle a dépassé le point situé vis-à-vis l'artère sous-clavière à comprimer. Au niveau du vaisseau existe une plaque métallique garnie, située au-dessous de la clavicule; au-dessus de cet os est fixée une longue vis de rappel qui fait pénétrer jusque sur l'artère une pelote étroite et bien rembourrée. Ainsi la pelote de compression se trouve fixée de manière à ne pouvoir se déplacer. »

Sans offrir les mêmes développements que dans un traité d'anatomie chirurgicale, la partie consacrée à la description de la région que l'opérateur a besoin de connaître est très-détaillée; elle l'est beaucoup plus que dans certains manuels fort répandus. Et comme l'élève peut, en même temps, voir représentées, à côté du texte, les particularités anatomiques qui l'intéressent, on ne conçoit guère qu'avec un pareil guide il soit exposé à s'égarer. Le texte n'est pas moins exact, quant à ce qui concerne les procédés. On voit aisément que l'auteur est lui-même remonté aux sources, et a pris la peine de rédiger son livre non-seulement à coups de ciseaux, mais à force de méditations et de recherches.—Entre-temps, au milieu de ces préceptes didactiques, quelques pensées originales se font jour, dont l'avenir pourra profiter. C'est ainsi que, après avoir dressé la liste de toutes les observations de ligatures du tronc brachio-céphalique et fait connaître leur triste issue, l'auteur demande si l'on ne se créerait pas des chances plus favorables en liant, en même temps que l'innominée, la carotide primitive et la sous-clavière. On devrait ensuite couper le vaisseau entre les deux ligatures, puis le tordre très-légèrement autour de son axe et le fixer en le déviant de sa rectitude.

Nous approuvons moins certains paragraphes concernant les *indications*. Ces conseils, véritables excursions hors du programme qu'il s'est tracé, ne sont généralement pas de nature à donner une haute idée du soin que l'auteur a mis à les rédiger. En outre, ils manquent dans la plupart des articles, et ne viennent çà et là qu'incidemment, sans motif qui explique la présence de cette addition ici plutôt qu'ailleurs. En les faisant disparaître partout sans ménagement, M. Isnard se réservera une place dont l'exécution de l'ouvrage prouve qu'il saura sans peine profiter. — Ce reproche s'applique surtout aux indications de quelques ligatures (notamment celles de la tibiale postérieure et de l'axillaire), car nous convenons que dans les considérations sur les cas qui nécessitent les amputations et les resections, et principalement dans ce qui a rapport au traitement des plaies par armes à feu, l'AIDE-MÉMOIRE contient des données extrêmement judicieuses, quoique succinctement présentées et qui ne dépareraient point un traité de plus longue haleine.

Les amputations, opération si usuelle, réclamaient une attention toute particulière dans un ouvrage consacré à faciliter de préférence l'exécution des manœuvres qu'on peut être le plus souvent appelé à pratiquer. M. Isnard a apporté à leur description, et surtout à l'appréciation des procédés comparatifs, le soin et le jugement que les progrès de la chirurgie rendent si nécessaires pour celui qui veut se charger d'une tâche aussi délicate. Non content d'exposer ce qui a trait aux grandes amputations, il a voulu que le jeune médecin trouvât rassemblées sous sa main toutes les indications que l'exercice de l'art peut rendre utiles. Ainsi il accorde une mention également détaillée à ces opérations que la chirurgie moderne a popularisées, et qui offrent l'avantage de conserver des segments de membre, fort précieux malgré leur exiguité: telles sont l'amputation des deux premiers métacarpiens avec le trapèze et le trapézoïde; la désarticulation des trois cunéiformes et des trois premiers métatarsien, en conservant le cuboïde, le quatrième et le cinquième métatarsiens, ou en retranchant ces deux derniers os; la désarticulation de tous les métatarsiens et des trois cunéiformes; l'amputation tibio-tarsienne en conservant l'astragale, etc.

En raison même de leur siége et de la lésion qui porte le chirurgien à y recourir, les resections n'ont pas de règles fixes comme les amputations, ou du moins les préceptes les plus précis, les plus rationnels en apparence risquent de devenir souvent insuffisants ou trompeurs pour celui qui aurait eu une confiance exclusive. Aussi le chapitre qui contient la description des procédés de resection est-il notablement moins développé. C'est à chacun de prendre conseil, au moment décisif, de son jugement, de sa hardiesse, de ses connaissances anatomiques, et un traité ne peut guère prétendre à faire autre chose que de guider ici l'opérateur dans le tracé des incisions extérieures. M. Isnard, fidèle en ceci aux traditions de tous ceux qui l'ont précédé, se borne à un petit nombre d'indications générales, et insiste spécialement, à propos de chaque resection en particulier, sur les considérations d'anatomie topographique.

Ce traité ne renferme qu'une partie de la médecine opératoire; et, dans l'intention de M. Isnard, il n'est pas destiné à un plus grand développement. A notre avis, persister dans cette résolution serait un dommage pour la science non moins qu'un tort de la part de l'auteur. Les encouragements ne lui manqueront pas pour l'exciter à ne point laisser son œuvre incomplète. Espérons qu'il saura comprendre tout l'avenir auquel elle nous semble appelée, et qu'il terminera prochainement, sur le même plan, ce qu'il a commencé d'une manière si fructueuse pour l'instruction des élèves et des jeunes médecins.

---

son nom, continué dans l'École et dans l'Académie par ce digne héritier, ne pouvait plus périr; il l'avait vu, avec une indicible satisfaction, conquérir, par son seul mérite, une haute position dans l'enseignement et dans la pratique.

Dubois n'avait plus rien à désirer; ses parents, ses amis seuls pouvaient encore avoir quelque chose à désirer, mais plutôt pour eux que pour lui: *qu'il vécût!* Mais vers le commencement de 1837, au mois de mars, il fut atteint d'une double pneumonie, à laquelle il succomba le 30 du même mois, dans sa quatre-vingt-unième année.

S'il est au monde un spectacle consolant et doux, a dit Vicq-d'Azyr, c'est sans doute celui d'une vie longue, paisible et respectée, que n'agitèrent point les passions et que n'aigrirent point les revers: telle a été, messieurs, en grande partie du moins, la vie d'Antoine Dubois.

N'ayant guère eu d'illusions, même dans ses jeunes années, il n'avait pas eu plus tard à les perdre; esprit juste, fin et sensé, il avait su mieux que personne arranger sa vie; ce qu'il y avait de plus remarquable en lui, c'était le bon sens, un bon sens probe, allant quelquefois jusqu'à la vulgarité, mais exprès et à dessein; estimant toutes choses à leur juste valeur, Dubois, même dans l'intimité, ne parlait que quand il avait quelque chose à dire et non pour parler; bien convaincu que, dans toute discussion, chacun finit par garder son opinion; il énonçait simplement la sienne et ne la soutenait pas; que, si on le pressait, il n'avait qu'une réplique: J'ai dit. Et il se taisait. Pourquoi, lui disait-on un jour, ne cherchez-vous pas à faire prévaloir votre opinion quand vous la croyez vraie et juste? « Parce que, répliquait-il, je sais d'avance que je ne réussirais pas: *Qui vult decipi decipiatur!* »

Dubois, sauf quelques morceaux de peu d'étendue, n'a rien écrit; il semble qu'il ait voulu suivre l'avis que M. Joubert donnait aux professeurs de son temps, et qui était aussi celui que Lebrun donnait aux femmes: « Inspirez, leur disait-il, et n'écrivez pas! » Mais les professeurs, ajoutait M. Joubert, sont comme certaines femmes: ils veulent tous écrire, ils ne veulent pas ressembler aux muses.

Dubois a pu inspirer de bons livres, il ne voulut jamais en faire; quand on le pressait d'écrire, il répondait: « J'en sais trop et trop peu. » Il trouvait que des jeunes gens peuvent avoir la prétention d'écrire des traités complets.

Mais il est temps, messieurs, de m'arrêter dans mon appréciation du caractère d'Antoine Dubois; je vous ai parlé de ses talents, de son esprit, de son savoir; je vous ai entretenu de ses qualités morales; je vous ai montré qu'il avait le cœur bon et l'âme honnête.

Quant à sa personne, si vos souvenirs vous faisaient défaut, je vous dirais de contempler un moment avec moi (montrant le portrait de Dubois) cette physionomie mâle et sévère où respirent néanmoins la bonté et la franchise, ce grand œil bleu si profondément observateur, ce front calme et haut où se décèlent à la fois la fermeté, le sang-froid et l'esprit d'à-propos.

Les labeurs, les soucis, les anxiétés de la vie chirurgicale n'y avaient encore laissé aucune ride; c'était la sérénité du philosophe pratique.

Finesse, sagacité, lumineuse intelligence, voilà ce que révèle ce beau et simple portrait, que la piété d'un fils a placé dans cette enceinte.

REVUE GÉNÉRALE.

LETTRE SUR L'UNICITÉ DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon).

Mon cher monsieur Ricord,

Vous avez paru prendre tant d'intérêt à mes derniers travaux sur la prophylaxie de la syphilis que, par reconnaissance, sinon par un calcul que l'autorité de votre nom justifierait surabondamment, je vous dois, en quelque sorte, compte des moindres progrès que cette question pourra faire à l'avenir. On a semblé quelque peu étonné dans le monde médical de la confiance que j'accorde au principe posé et prouvé par vous de l'*unicité de la vérole dans une existence humaine*. Comme j'appuyais sur cette *loi* toute ma théorie, et que cette théorie avait par son résultat de quoi piquer la curiosité et provoquer la critique, on s'est tout d'abord rué sur la base; et c'est vous, mon cher maître, qui, en définitive, avez été le premier et le plus vivement attaqué. Ces attaques ont-elles quelque solidité? Vos ennemis ont-ils enfin découvert un point sur lequel l'expérience ne donne pas raison à votre sagacité vraiment divinatoire? Veuillez me permettre d'en causer quelques moments avec vous.

Toute opinion tranchée invoque la statistique; car c'est une arme d'autant plus précieuse que, si on ne parvient à l'avoir pour soi, elle se tourne à l'instant contre vous. Mais, dans le présent débat, un fait singulier se rencontre : chacun des deux partis hésite également à l'employer. « Citez des preuves vivantes de votre assertion, » nous crient nos adversaires. Et nous leur répondons : « Montrez-nous ceux qui auraient eu deux fois la syphilis constitutionnelle!.....» Mais personne, ni dans un camp ni dans l'autre, ne s'est mis jusqu'ici en mesure d'obtempérer à la sommation. Comme à Fontenoy, personne ne veut tirer le premier, et les spectateurs, sans doute, doivent commencer à s'impatienter.

La solution de cette première difficulté est cependant bien simple. Évidemment, nous, les *unicistes*, nous entasserions des centaines d'exemples conformes à notre dogme, qu'on serait encore en droit de nous soutenir qu'il n'y en a point assez. Pour établir la réalité de ce qu'on dit être *la règle*, ce n'est pas trop que des milliers de faits concordants. Au contraire, un petit nombre de cas bien observés suffiraient à prouver que cette prétendue règle subit assez d'*exceptions* pour cesser de mériter ce nom. Nos adversaires auront gain de cause s'ils parviennent à réunir dix cas de double vérole successivement contractée, tandis que nous n'aurions qu'ébauché la démonstration en citant cent exemples de syphilis unique.

Le petit nombre des faits qui leur suffiraient pour nous confondre n'est que le moindre des avantages qui rendent la partie si belle à nos adversaires. Par un bonheur dont ils consentiront peut-être un jour à profiter, le travail de statistique n'est facile, n'est, à la rigueur, possible, que pour eux. Si un malade prend deux fois la vérole par suite de deux chancres d'origine diverse, cela se voit, cela se constate, cela peut aisément être établi. Quant à nous, comment nous y prendre pour faire entendre (surtout à certains sourds de votre connaissance) qu'un second chancre n'a pas été suivi d'une poussée d'accidents secondaires qui lui appartiennent? Après un an, dix, vingt, trente ans de santé parfaite, on le tiendra toujours pour menacé de symptômes consécutifs. Mourût-il de vieillesse, leurs soupçons iront jusqu'à murmurer que, sur lui, la vérole n'avait pas encore perdu tous ses droits! — Eh bien! mon cher maître, devons-nous nous plaindre de nos antagonistes? Le sort pouvait-il nous les choisir plus généreux? Eux seuls peuvent avoir des observations concluantes; eux seuls peuvent se donner le plaisir du triomphe sans avoir compulsé plus de dix cas. Et ils se taisent! Et, dans une position si avantageuse, ils se résignent modestement à la défensive!

Or, ce qu'ils ne veulent faire, je vais le tenter, malgré l'infériorité réelle de notre situation; car il faut que ce grand procès se juge. Et quelque danger qu'il y ait pour moi d'oser venir le plaider à votre place, je n'hésite pas à lancer le ballon d'essai, vous laissant, s'il y a lieu, le soin de la réplique.

Pour le malheur de nos adversaires, la vérole est infiniment plus simple qu'ils ne nous la figurent. A les entendre, ce serait un dédale inextricable. Il n'y aurait pour les divers symptômes qui la constituent ni époques d'apparition ni ordre de succession; on serait aussi exposé aux accidents consécutifs six ans que six mois après le chancre. Puis la variété la plus arbitraire présiderait à la manifestation de ces phénomènes; de sorte que sur le malheureux contaminé pourraient indifféremment et à toute période éclater les douleurs musculaires ou les exostoses, l'iritis ou la roséole, des tubercules plats ou des nodus, etc., etc.

Une telle confusion, reconnaissons-le à leur honneur, est moins profonde dans leur esprit que dans leurs paroles, et vous savez par expérience qu'ils sont ni tout à fait aussi crédules ni aussi peu dépourvus d'astuce qu'ils ne le voudraient faire croire. Cette prétendue impossibilité de classer les symptômes de la diathèse syphilitique, s'ils la soutiennent, c'est à peu près comme le singe de la fable, dans un double but :

Leur bien premièrement, et puis le mal d'autrui.

Leur bien ou celui de leur théorie sur la double vérole; car puisque la syphilis constitutionnelle jouit malheureusement de la funeste propriété de récidiver deux, trois ou un plus grand nombre de fois, du moment où rien ne pourrait différencier une *rechute* d'avec une *nouvelle syphilis*, il est clair que les *non unicistes* trouveront sans peine à multiplier des exemples conformes à leur doctrine. Je connais un jeune commis négociant qui prit un premier chancre en mars 1840 : traitement simple. En mai de la même année, roséole et papules muqueuses : six semaines seulement de pilules mercurielles. Second chancre contracté vers la fin de novembre : on ne le traite que localement. En février 1848, il vient me consulter pour des tubercules ulcérés de la langue. Nos adversaires auraient certes triomphé; et pour rester fidèles à leurs principes, eussent sans doute traité par le mercure ce qu'ils auraient regardé comme une deuxième diathèse nouvellement acquise. Je me contentai, moi, de diagnostiquer là un symptôme tertiaire et de le guérir par l'iodure de potassium.

N'allais-je pas oublier *le mal d'autrui?* Mais ces messieurs ne l'oublient pas; et le ton de leur polémique me rappelle tous les jours qu'en sapant la doctrine de l'*unicité*, ils ne seraient pas fâchés d'ébranler un peu son fondateur, rival qui, de toute manière, gêne leur développement plus qu'ils ne veulent l'avouer.

N'imitons pas cet exemple, mon cher maître. Forts de la vérité qui est

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

Nº IV.

Rome, 30 novembre 1849.

A M. le docteur Vaillant, médecin-inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

MALADIES DE ROME DANS L'ANTIQUITÉ, AU MOYEN AGE ET JUSQU'A NOS JOURS.

Fièvres paludéennes dans Rome antique. — Culte de la déesse Febris. — Pleurésies. — Apoplexies. — Assainissement graduel. — L'insalubrité revient avec la barbarie et diminue quand la civilisation refleurit.

Dans ma précédente lettre, adressée au docteur Daremberg, j'ai voulu tracer la topographie de l'ancienne Rome; permettez-moi, très-honoré chef, de vous faire hommage des lignes où je cherche à féconder ces documents, en montrant les rapports qui existent entre l'état du sol et de l'atmosphère et le caractère du règne pathologique.

I. — Fièvres dans l'ancienne Rome.

En présence de la nombreuse cohorte des fièvres paludéennes graves qui vient fondre annuellement sur Rome à la fin de chaque été et pendant tous les automnes, on s'est demandé si un pareil état de choses a pu exister dans la ville ancienne, si remarquable par le beau type et la trempe robuste de ses habitants; dans cette Rome, maîtresse du monde, dont la population s'est accrue si rapidement et a prospéré à un si haut degré. Beaucoup d'historiens et presque tous les gens du monde ont nié que la ville de Romulus fût insalubre, sans se donner la peine d'interroger les archives des temps antiques, sans étudier ce livre éternel qu'on appelle la nature, et dont les immuables enseignements restent toujours les mêmes devant les siècles qui passent. Quelques médecins, abusés sans doute par l'amour du pays, ou désireux de ne pas jeter la terreur à la foule étrangère qui vient animer Rome, ont prétendu, au contraire, que la cité ancienne était plus insalubre que la ville actuelle. Leur opinion sera discutée dans le cours de cette lettre.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré, et dont les principales trouveront place ici, établiront que Rome antique a été sujette aux fièvres paludéennes, mais que la nocuité de celles-ci a varié selon les temps, ou plutôt, pour mieux spécifier, selon la civilisation plus ou moins avancée, se traduisant par des travaux d'assainissement et par des mesures hygiéniques plus ou moins

avec nous, ne craignons pas de leur enseigner ce que c'est que la syphilis. puisqu'ils feignent de l'ignorer.

Le chapitre des récidives est véritablement le seul sur lequel on puisse s'appuyer avec quelque apparence de raison pour battre en brèche le dogme de l'*unicité*. Mais il faut ici se défier des illusions volontaires et involontaires. Ainsi que je le disais tout à l'heure, une rechute ressemble si peu à une nouvelle vérole que, dans l'immense majorité des cas, on peut les distinguer à des particularités tout à fait caractéristiques. Ainsi :

1° Lorsque la diathèse syphilitique éclate, il y a chez les trois quarts au moins des sujets des prodromes, — céphalée, lassitudes musculaires, sensation de brisement général, — qui précèdent de quelques jours l'invasion des symptômes visibles. — Dans une rechute, l'altération, quelle qu'elle soit, (ecthyma, squammes, périostose, tumeurs gommeuses) s'établit paisiblement; ou s'il y a un trouble général, il est consécutif à la lésion locale, et succède à son apparition, loin de l'avoir devancée.

Première conclusion à tirer de ceci. Lorsque, à la suite d'un second ou troisième chancre, un individu qui a été antérieurement en proie à la syphilis présentera quelque accident constitutionnel, vous serez conduit à éloigner l'idée d'une nouvelle intoxication si les prodromes ont manqué. Or tenez pour certain que, dans ce cas, ils manqueront toujours.

2° Ce qu'on s'obstine à appeler rechute n'est (vous avez eu la gloire, mon cher maître, de le dire et de le démontrer) autre chose, en réalité, qu'une des phases possibles du cours régulier de la maladie. L'exostose qui, au bout de deux ans, succède à la syphilide la plus méthodiquement traitée, ne mérite pas plus le nom de récidive qu'un dépôt tophacé n'est la récidive d'une attaque de goutte, que l'emphysème pulmonaire n'est la récidive des bronchites qui l'ont prédédé, que la tumeur blanche d'une articulation n'est la récidive des rhumatismes qui avaient fixé la fluxion. C'est assez faire comprendre que, en général, les diverses poussées successives de la syphilis ne se ressemblent point. Aussi les bons observateurs, je pourrais dire les observateurs de la bonne école, ne s'y trompent pas : ils jugent, d'après l'état actuel seul, des circonstances qui ont préexisté. Une lésion syphilitique étant donnée, ils la classent comme secondaire de première poussée, secondaire de deuxième poussée, de transition ou tertiaire, et l'interrogatoire du malade confirme ensuite ce diagnostic, que le succès des médications différentes appropriées à chacun de ces quatre cas ne tarde pas à faire encore mieux ressortir.

Seconde conclusion. Un premier chancre ayant été suivi de symptômes constitutionnels, s'il survient encore de ces symptômes après un chancre ultérieur, je ne consentirai point à les considerer comme causés par ce nouveau chancre s'ils affectent la forme des accidents qui annocent, non pas un second, mais un troisième ou quatrième chaînon de la série syphilitique; or ils ont presque toujours cette dernière forme.

3° Quelque longue que soit la période pendant laquelle nos adversaires admettent qu'on est en puissance de vérole, il se trouve cependant une foule de sujets qui, après une ou deux éclosions de phénomènes constitutionnels, sont quittes de la maladie : syphilitiquement parlant, ils ont *fait leur temps*. Eh bien! si après quatre ou cinq ans de santé parfaite sous ce rapport il leur arrive de prendre de nouveaux chancres, soyez sûr qu'ils ne présenteront presque jamais ensuite de symptômes d'aucune espèce, secondaires ou tertiaires, larvés ou patents, simples ou compliqués.

La catégorie dont je parle étant très-nombreuse, la *troisième conclusion* qui ressort de cette remarque peut se vérifier tous les jours le plus facilement du monde en faisant raconter au premier individu que vous rencontrerez sa biographie vénérienne.

4° L'expérience journalière atteste que les premiers phénomènes de syphilis générale apparaissent ordinairement dans les deux mois qui suivent le début du chancre, et qu'ils ne surviennent que très-rarement une fois les six premiers mois expirés.

Cette vérité que j'ai apprise de vous, mon cher maître, je l'ai reconnue exacte dans tout le cours de ma pratique. Or voyez à quel point elle va nous servir dans la discussion actuelle, car

Quatrième conclusion. Ce qui dépend d'une nouvelle infection se déclare dans les six mois à partir du moment de celle-ci. Ce qu'on nomme *récidive* survient, au contraire, à époques indéterminées, notamment au printemps et à l'automne ou sous l'influence de perturbations physiques ou morales. Il faudrait, par conséquent, des coïncidences bien singulières pour qu'une récidive parût justement dans les six mois à compter du début du nouveau chancre. Par le fait, il n'en est que très-rarement ainsi. Aussi la différence entre un accident d'origine ancienne et une prétendue infection générale récente peut-elle le plus souvent s'établir très-aisément en prenent seulement le soin de consulter les dates.

5° La première poussée des symptômes secondaires (roséole et tubercules muqueux) disparaissent très-habituellement d'eux-mêmes, ou par la seule action d'un traitement local. — Au contraire, les symptômes dits de transition, et surtout les tertiaires, nécessitent, pour s'effacer, un traitement adressé à la constitution.

Les premiers symptômes constitutionnels guérissent par le mercure. — A un second degré ils réclament l'association de ce médicament avec les préparations iodurées. — Plus avancée, l'affection ne cédera qu'à l'iodure potassique.

Ne contestez pas ces données, messieurs les *non-unicistes*, car la *cinquième conclusion* qui en découle, est la condition *sine quâ non* de vos succès cliniques. Un nodus (symptôme de tertiaire) éclôt accidentellement quelques mois après un deuxième ou un troisième chancre qui, lui-même, avait été précédé d'une syphilis secondaire. Si vous voyez là un produit du dernier chancre, c'est le mercure qu'il faut lui opposer. Mais vous savez trop bien que, s'il sauve effectivement ici vos principes, ce métal ne ferait rien pour la guérison. Vous donnez donc (et je vous en loue fort) l'iodure de potassium, accomplissant simultanément la double bonne œuvre de sauver votre malade et de vous réfuter vous-mêmes.

6° Je garde pour le dernier un argument que vous, mon cher monsieur Ricord, vous appellerez décisif, que je me contente, moi, de trouver très-bon. Vous inclinez fort à professer que le chancre induré est seul l'origine de la diathèse syphilitique. Quant à moi, bien qu'à mes yeux le chancre induré la produise toujours, je ne pense pas qu'il la produise seul; et je dis hautement (parce que des preuves vivantes ont passe sous mon observation, d'autant plus attentive qu'elle s'exerçait en connaissance parfaite de vos doctrines), je dis que le chancre *souple* est, plus rarement il est vrai que l'induré, suivi, lui aussi, de syphilis constitutionnelle (1).

(1) Je tiens d'autant plus à reproduire ici mon opinion qu'un journal sérieux (L'UNION MÉDICALE, 1849, 27 novembre) me suppose en conformité parfaite de croyance avec M. Ricord sur ce point. Ma dissidence à cet égard est formelle; et je pensais avoir assez fait pour la porter à la connaissance d'un écrivain qui se pique de quelque érudition, en la publiant successivement en 1845 (ANN.

---

efficaces. Rome naissante a été ravagée par des fièvres endémo-épidémiques des plus graves; à mesure que sa puissance s'est accrue, le miasme fébrifère a cédé la place; avec la décadence, le mal a repris son empire; enfin, de nos jours, la sécurité renaît et la santé tend à chasser la maladie. Toujours le règne pathologique a été en rapport avec l'étendue et la puissance des foyers miasmatiques, et cette grande loi qui reçoit journellement sa consécration dans l'espace, c'est-à-dire par l'observation de tous les pays, la reçoit aussi dans le temps, c'est-à-dire quand on la considère dans le cours des siècles.

Il est impossible, absolument impossible, *à priori*, que la contrée dépeinte dans notre dernière lettre n'ait pas été d'une flagrante insalubrité; on se rappelle sans doute les conditions dans lesquelles elle se trouvait : chaleur, humidité, inondations, marécages. L'histoire est là pour dire que cette prévision de l'esprit est bien l'image de la vérité. Solin nous apprend que les habitants primitifs avaient été obligés d'abandonner le mont Palatin, à cause des exhalaisons vomissant la fièvre. Or on n'a pas oublié que le Palatin était enfourché par le double bras du grand marécage appelé Vélabrum.

Si l'on pouvait prendre à la lettre le pesssimiste Juvénal, la détérioration de l'espèce aurait commencé de bonne heure sous ces funestes influences :

> Nam genus hoc vivo jam decrescebat Homero.
> Terra malos homines nunc educat atque pusillos.

Presque tous les historiens, Plutarque, Tite-Live, Denys d'Halicarnasse, Solin, etc., relatent l'histoire de nombreuses épidémies qui, sous les rois de Rome et pendant la République, ont sévi sur les populations. On est en droit de se demander si ces pestes, mot employé jadis dans un sens tout autre que celui qu'on lui donne aujourd'hui, n'étaient pas les fièvres paludéennes, estivales et automnales (1). Les principales ont eu lieu sous le règne de Romulus, de Numa, à la fin de celui de Servius Tullius, et du temps de Tarquin le Superbe; mais des motifs qui nous semblent d'un certain poids nous autorisent à penser que ces années ont été tout simplement celles où des circonstances insolites ont amené une plus grande mortalité.

Ces épidémies devinrent plus rares dans la suite. Dion Cassius (lib. LIV) parle encore d'une peste qui, en l'an 22 avant J.-C., couvrit de désolation Rome et l'Italie entière. Le Tibre avait considérablement débordé, et les autres fleuves de la Péninsule étaient probablement aussi sortis de leur lit accoutumé. L'épidémie sévit dans toute l'Italie et enleva tant de monde que les campagnes restèrent en friche faute de bras pour les cultiver. Cette peste, que Dion qualifie de *contagieuse*, peut bien, malgré certaines présomptions étiologiques, avoir été toute autre chose qu'une endémo-épidémie de fièvres paludéennes; aussi ne parlerons-nous que des premières.

Si l'on veut juger du caractère des pestes qui désolèrent l'origine de Rome, d'après celui que les descriptions des médecins d'une époque plus avancée as-

(1) Dans le passage suivant, Vitruve désigne évidemment les fièvres paludéennes sous le nom de peste : « M. Hortilius, cum Salapiam ad lacum sitam quatuor millia passum, ab eo loco Salapios transtulisset, cives illos annuâ peste liberavit » (Lib. I, cap. IV).

Quoi qu'il en soit, puisque le chancre induré est, d'un commun accord, *toujours* suivi de syphilis générale, puisqu'il est déjà la vérole constitutionnelle même, il est évident que si un chancre s'indure, on peut inférer de cela seul qu'il a engendré la diathèse syphilitique.

Or, *sixième conclusion*, une fois qu'un chancre s'est induré, aucun de ceux que le même individu contracte ultérieurement ne s'indure; de sorte qu'on a là, même bien avant que le nouveau chancre soit cicatrisé, un signe précieux, sinon pour affirmer, du moins pour présumer que le plus souvent il ne sera pas suivi d'intoxication syphilitique.

Je résume le sens de ces remarques, et je dis aux médecins dégagés de tout parti pris dans la question, et libres de ne la juger que d'après ce qu'ils voient;

Observez bien, et toutes les fois que vous aurez cru rencontrer un cas de double vérole successive, vous trouverez :

Que le second ou troisième chancre ne s'est pas induré;

Que les ulcérations, papules ou squammes, regardées d'abord comme effet d'une deuxième diathèse, n'ont pas été précédées de symptômes prodromiques généraux;

Qu'ils n'affectaient ni le siége, ni la forme des phénomènes constitutionnels de première poussée;

Que la date de leur apparition est toujours en rapport avec le temps qui sépare un accident de transition ou tertiaire de l'époque du premier chancre, et qu'elle n'est qu'exceptionnellement (c'est-à-dire très-rarement) en rapport avec le temps qui devrait exister entre des accidents vraiment secondaires et le dernier chancre auquel on voudrait les attribuer;

Que ces lésions n'apparaîtront presque jamais si le sujet a été, pendant quatre ou cinq ans, exempt de tout accident constitutionnel à partir de la guérison de sa vérole constitutionnelle antérieure;

Que, si on ne les traite pas, elles ne s'effaceront point d'elles-mêmes.

Qu'on en aura toujours plus vite et plus sûrement raison par une médication ioduro-mercurielle ou iodurée que par le mercure seul.

Interprétez largement ces donnés. En examinant les cas que nos adversaires vous présenteront comme exemples de double vérole, acceptez-les pour valables s'ils ne contiennent qu'une seule de ces causes d'exclusion. N'éliminez, j'y consens, que ceux où la plupart d'entre elles se trouveront réunies.

Essayez ce travail; et, toute analyse faite, son résultat aura de quoi vous payer de votre peine; car, les faits ainsi rendus à leur sens véritable, vous arriverez, avec les débris des preuves apportées par les non unicistes, à fonder une statistique des plus convaincantes en faveur de l'unicité.

Mais l'influence d'une syphilis antérieure, m'objecte-t-on, mais l'action d'un traitement mercuriel ne doivent-elles pas altérer l'évolution de la diathèse et dénaturer cette succession régulière de phénomènes par laquelle vous prétendez distinguer les effets d'une ancienne infection d'avec ceux d'une nouvelle?...

L'influence d'une syphilis antérieure! Ah, de grâce, messieurs, n'insistez pas sur cet argument. Ne voyez-vous pas que c'est tout un aveu de votre part, aveu d'autant plus méritoire qu'il n'était pas sollicité. Du moment où vous convenez que l'existence d'une syphilis constitutionnelle peut modifier la suivante, nous sommes bien près de nous entendre. Il n'y a plus qu'un degré qui nous sépare; car si vous croyez comme nous que l'organisme reçoive de la syphilis une aptitude à ne plus payer une seconde fois le même tribut de la même manière, il ne vous en coûtera guère d'admettre que, au lieu de *modifier* la seconde infection générale, cette aptitude peut aller jusqu'à l'*empêcher*.

Quant à l'action du mercure, étudions l'objection.

Le mercure se donne ou durant l'accident primitif, le chancre, ou bien pendant la phase constitutionnelle.

1° Ou. administré durant le chancre, défigure-t-il ensuite le cours de la maladie? Et d'abord, cette influence, en la supposant réelle, est-elle bien souvent produite? En d'autres termes, parmi les malades de la classe de ceux qui peuplent les hôpitaux, combien y en a-t-il qui, pour un chancre, suivent la médication mercurielle?—Dans un travail déposé en 1847 à l'Académie de médecine (et qui sera publié aussitôt que M. Lagneau, nommé rapporteur, aura bien voulu s'en occuper), j'ai traité cette question, et j'ai établi par la statistique que 73 sur 100 de ces malades négligent de faire ce qu'on appelle un traitement antisyphilitique.

Cette notion n'est pas sans importance. Elle nous apprend que le mercure pris à cette période ne peut pas mettre bien fréquemment obstacle à ce que les observations de diathèse syphilitique soient recueillies dans la succession régulière et naturelle des phénomènes qui la constituent.

Mais l'influence du mercure administré à la période primitive est-elle réellement telle qu'on la suppose? Le mémoire dont je parlais est spécialement consacré à examiner ce point. Ne pouvant vous le transcrire ici, mon cher maître, je me borne à vous en détacher une conclusion, que l'expérience n'a fait depuis lors que me confirmer de plus en plus : « Quelque hâtif, quelque énergique, quelque prolongé qu'ait été le traitement mercuriel fait pendant la durée du chancre, il ne retarde pas d'un seul jour l'époque d'apparition des accidents secondaires, et ne change rien ni à leur siége, ni à leur nature. »

2° Maintenant, examinons ce qu'il advient d'un traitement antisyphilitique fait contre des accidents secondaires déclarés : voyons, surtout, si l'influence qu'il peut alors exercer sur l'évolution ultérieure de la maladie serait de nature à faire, comme on le dit, méconnaître les symptômes causés par un empoisonnement syphilitique de nouvelle date.

L'influence dont on parle ici, tout le monde en connaît les effets. Ainsi que vous l'avez enseigné, mon cher monsieur Ricord, elle s'opère en *supprimant* ou en *retardant* un des anneaux de la chaîne syphilitique. Or admirez, je vous prie, l'ingratitude de nos adversaires pour le mercure. Si je soutenais, moi, le principe de la double vérole possible, je saurais, il me semble, me défendre d'une semblable inconséquence. Un homme qui a eu des accidents secondaires est, comme on sait, exposé par cela seul à en avoir ensuite d'une autre espèce. Prend-il un nouveau chancre entre ces deux attaques : que peuvent, que doivent désirer ceux qui croient que ce chancre va devenir la source d'une deuxième vérole constitutionnelle? Leurs vœux seraient comblés, n'est-il pas vrai, s'ils trouvaient moyen d'éloigner assez la manifestation à craindre par suite de l'ancienne infection, pour pouvoir observer à leur aise les effets de la plus récente.

Eh bien! le mercure fournit ce précieux avantage. En retardant la troisième germination syphilitique, en supprimant les *phénomènes de deuxième poussée secondaire ou de transition* qui auraient pu la constituer, il déblaye le terrain devant le nouveau chancre; il fait que tout

DES MALAD. DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS, numéro d'avril, p. 261), en 1848 (GAZ. MÉD., p. 591) et en 1849 (GAZ. MÉD., p. 774).

---

signent aux maladies dominantes et aux endémo-épidémies annuelles, on est forcé de faire rentrer ces pestes dans la grande famille des fièvres paludéennes. En effet, Galien décrit comme fort communes les hémitritées, et déclare que la *semitertiana* a été l'affection dominante pendant le règne de Marc-Aurèle. (COMM. II, in lib. I; Hipp., DE MORB. POPUL., et in libro DE MORB. TEMP., c. VIII.) Asclépiade dit d'une manière non moins formelle que, de son temps, c'est-à-dire à l'époque de Pompée, les fièvres quotidiennes, cataleptiques et léthargiques dominaient la pathologie romaine (Cælius Aurelianus, ACUT. MORB., lib. II, cap. X). Le grand Pompée fut lui-même atteint de fièvre, gagnée en Campanie, ainsi qu'en témoigne une citation qui sera bientôt rapportée.

Frontinus, intendant général des aqueducs sous l'empereur Nerva, félicite ce prince d'avoir, par ces travaux, corrigé l'air romain, considéré jusque-là comme infâme (DE AQUÆDUCTIBUS URBIS ROMÆ COMMENTARIA, éd. commentée par Rondelet) : *apud veteres urbis infamis fuit aër.*

Horace, dans la charmante épître où il s'excuse à Mécène du retard qu'il met à le rejoindre à la campagne, décrit les terreurs qui assiégent les familles à l'époque où les fièvres s'abattent sur la ville éternelle :

Quinque dies tibi pollicitus me rure futurum,
Sextilem totum mendax desideror : atqui,
Si me vivere vis sanum, recteque valentem,
Quam mihi das ægro, dabis ægrotare timenti,
Mæcenas, veniam : dum ficus prima, calorque
Designatorem decorat lictoribus atris;
Dum pueris omnis pater, et matercula pallet,
Officiosaque sedulitas, et opella forensis
Adducit febres, ac testamenta resignat.

(Horace, liv. I, épit. VII.)

Vitruve, Palladius, Varron, Pline, etc., recommandent de ne bâtir ni cirques ni habitations particulières au voisinage de marais. Il serait trop long de rapporter ces passages, d'où il résulte que les anciens appréciaient les malfaisantes influences des eaux croupissantes.

Un fait bien remarquable qui avait néanmoins passé inaperçu, avant que le savant professeur de Matthœis, le tirant de l'oubli, lui donnât tout le relief qu'il mérite, c'est le culte rendu par les anciens Romains à la déesse Febris (1). L'existence de cette divinité, pure création romaine, car on ne la retrouve chez aucun des autres peuples du paganisme, et les sacrifices qu'on lui offrait sur trois autels, dans la ville de Romulus, établissent péremptoirement que les fièvres sévissaient avec fureur dans la cité de ces temps-là.

L'antiquité fourmille de si nombreux documents, épars çà et là, il est vrai, constatant le culte de la déesse Febris, qu'on s'étonne de voir les historiens

(1) « De Matthœis, Dissertatio medico-archeologica sul culto reso dagli antichi Romani alla Dea Febris. Roma 1818. »— Curt Sprengel, dans son HISTOIRE DE LA MÉDECINE, dit aussi un mot de cette divinité, si nous avons bonne mémoire, et Lancisi parle des divinités *Mephitis* et *Cloacina*. Ce dernier nous paraît tout simplement une épithète de la déesse Febris; mais Méphitis semble avoir été une déité à part.

phénomène général engendré par lui se dessine sans obstacles, puisque les lésions qui auraient pu l'obscurcir par leur caractère mixte ou par leur précocité d'apparition, auront été, grâce au mercure, forcées de lui céder la place, et de revêtir, en outre, un costume si tranché que la confusion entre elles ne serait plus permise.

Vous avez déjà sans doute compris maintenant pourquoi nos antagonistes accusent tant le mercure de tout confondre. Par son secours, l'horizon se dégage; et ils sont libres de voir, s'il se présente, le moindre phénomène qui serait la conséquence du dernier chancre. Mais si, malgré cela, ils n'aperçoivent rien, faut-il les blâmer d'en vouloir un peu à l'imprudent ami qui les force d'avouer que ce n'est pas la faute de leurs yeux?

Un refuge leur reste encore; mais ce n'est qu'une impasse où ils ne laisseront engager que leurs plus mauvais soldats. Diront ils que le traitement mercuriel fait pendant la première constitutionnelle a empêché le chancre, *contracté ensuite*, de produire la diathèse syphilitique? — J'en doute; car autant vaudrait prétendre qu'en prenant à 18 ans un litre de liqueur de Van-Swieten, un jeune homme sera ensuite assuré durant sa vie entière contre toute chance de syphilis générale.

Ai-je besoin de répéter ici, mon cher maître, ce que j'ai dit ailleurs, que, comme toutes les *lois*, en zoologie, le principe d'*unicité* comporte des exceptions? Mais les rares faits de ce genre, dont vous avez eu vous-même la loyauté de publier un exemple, ne sauraient avoir plus de valeur pour infirmer la règle que n'en ont contre le principe d'*unicité variolique* les cas authentiques, mais exceptionnels de double variole successive.

Il arrivera, du reste, et de ces exceptions et de la règle elle-même, ce qui advient de tout ici-bas, et que nul ne saurait changer. Les rationalistes argumenteront, vos rivaux argutieront; puis le vrai public médical, les praticiens, entendant tout ce bruit au-dessus d'eux, prendront la peine d'observer et ne tarderont pas à juger la question. Je serai heureux, mon cher maître, d'avoir, pour ma part, contribué après vous à la remettre à l'ordre du jour; et je le serais davantage encore si mon initiative pouvait vous décider à entrer vous-même dans la discussien. Les légères dissidences qui me séparent de vous s'effaceraient bien vite sous l'empire de votre parole aussi piquante que persuasive, aussi aimable que respectée.

Agréez, etc.

P. S. Il m'a été demandé de votre part, si je ne répondrais pas aux deux ou trois lettres que votre collègue de l'hôpital du Midi vient de publier contre mon procédé de vaccination préservatrice de la syphilis constitutionnelle. Très-franchement je l'aurais voulu; mais c'eût été tout à fait inutile, et voici pourquoi. — Un ancien usage classique voulait que, dans toute discussion, l'argumentation commençât sa réplique par l'énoncé des moyens de son adversaire. Si M. Vidal, qui a bien voulu *devenir classique pour cette fois seulement*, l'avait été jusqu'à suivre ce précepte, il se fût facilement épargné un long labeur. Dans mon mémoire, en effet, j'ai pris soin d'écrire les principales objections qui pourraient être émises contre mon idée; puis j'ai fait suivre chacune d'elles d'une réfutation. Or M. Vidal se borne à reprendre ces objections (avec infiniment plus d'esprit que moi, j'en conviens; car il est si riche de ce fonds que parfois tout son bien se trouve prêté à autrui), mais sans plus de force. Seulement, il omet de reproduire ma réfutation. *C'est sa manière*, dit-il. Tous les goûts sont libres et toutes les manières aussi. Pour moi, si je critiquais, j'en préférerais une autre. Mais, comme auteur critiqué, celle-là m'accommode fort; car elle me dispense de répondre, puisque je me trouve avoir déjà répondu.

Le lecteur qui voudra prendre la peine de vérifier ceci reconnaîtra que tous les arguments de M. Vidal sont exprimés et réfutés d'avance dans mon mémoire. Je n'aurais donc rien à ajouter, pour le moment, sur le fond. Quant à la forme, hélas! c'est encore là un des motifs qui me réduisent au silence. Tout cela est si fin, si subtil, si joli, que je n'irai certes pas me risquer à répliquer, moi qui ne suis pas sûr d'avoir toujours bien compris. Oserais-je d'ailleurs lutter contre l'aigle de la presse parisienne! Non, ce serait de l'ingratitude, sinon de la présomption. De telles attaques servent mieux l'idée que vingt panégyriques; et elles ne font pas grand mal à l'auteur; car je ne sais s'il m'a entamé bien profondément, mais je vous assure n'avoir pas beaucoup souffert entre ses *serres fines!*

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR DE NOUVEAUX CARACTÈRES DE LA GANGRÈNE, ET SUR L'EXISTENCE DE CETTE LÉSION DANS DES MALADIES OU ELLE N'A PAS ENCORE ÉTÉ DÉCRITE; par M. le docteur CHARLES RACLE, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ IV. — Gangrène dans les divers tissus.

GANGRÈNE DE LA PEAU. — GANGRÈNE DES MUQUEUSES.

L'étude de la gangrène dans les divers tissus offre un grand intérêt, surtout au point de vue de la pratique. Elle fait reconnaître que dans beaucoup de tissus on ne la connaît point encore dans toutes les conditions où elle se développe.

C'est ici le moment de faire remarquer combien les traités de pathologie ont, dans ces derniers temps, induit en erreur les esprits qui ne se tiennent point en garde contre des descriptions trop superficielles.

En considérant la gangrène dans les divers tissus, et surtout dans les diverses régions, on a fait de ces localisations diverses autant de maladies distinctes qui semblent n'avoir aucun rapport entre elles. On croirait que leurs causes sont différentes, que leurs caractères ne sont pas les mêmes.

C'est là une erreur profonde. Parce que la gangrène affecte la joue, ce n'est pas une maladie qui mérite un nom à part. C'est une des ses nombreuses localisations. Qu'on la décrive avec plus de détail, rien de plus convenable; mais qu'on la sépare de la gangrène en général comme quelque chose de distinct, rien de plus erroné.

Sous l'influence d'une même cause, toutes les parties de l'économie peuvent être prises de gangrène. Les localisations différentes ne font pas changer ses caractères, et c'est l'ensemble du mal qui mérite un nom, suivant l'aspect qu'il revêt; ce n'est pas une même maladie qui a plusieurs manifestations.

Cela dit, examinons quelles modifications apportent aux caractères que

---

des derniers siècles ne leur donner aucune place dans l'Olympe du paganisme. Avec l'aide de quelques recherches, et surtout grâce aux aimables causeries et à la dissertation archéolo-médicale du professeur de Matthœis, nous allons vous étaler, très-honoré chef, une longue page d'érudition, quelquefois d'emprunt, qui, si vous ne perdez pas patience en chemin, restituera son domaine à cette pauvre déesse, si méchante pour les hommes, mais si utile aux médecins, auxquels elle envoyait force clients.

Dans quelques lignes bien hardies pour l'époque où il vivait, un homme qui était à la fois un grand orateur, un politique habile et un philosophe, Cicéron, déplore l'aveuglement des hommes qui, divinisant le mal, ont consacré des autels aux génies malfaisants, et nous apprend que Febris trônait à Rome dans le sanctuaire de la divinité.

« Quis tantus error fuit perniciosis etiam rebus non modo nomen deorum, » sed etiam sacra constituerentur? Febris etenim fanum in Palatino, et Orbonæ ad eadem Larum, et aram Malos Fortunæ Esquilis consecratam vidimus.» (DE NAT. DEORUM, lib. III.)

« Araque vetus stat in Palatio Febris. » (DE LEG., lib. II.)

D'après Valerius Maximus, la déesse Febris a eu trois temples à Rome:

« Febrem autem ad minus nocendum templis colebant, quorum adhuc unum » in Palatio; alterum in area Marianorum monumentorum, tertium in summâ » parte Vici Longi extat. »

Cette phrase de Valerius Maximus donnerait même à penser que ces temples ne sont pas les seuls qui aient existé. (Valerius Maximus, DIC. FACT. MEMOR., lib. II, cap. V.)

Non-seulement Cicéron et Valerius Maximus, mais d'autres historiens, entre autres Pline l'ancien (NAT. HIST., lib. II, cap. V) et Elien (VAR. HIST., lib. XII, cap. XI) parlent du temple érigé à la déesse Febris, sur le Capitolin. Ce temple était probablement le plus célèbre, et le lieu se trouvait bien choisi pour un tel culte, car, du sommet du monticule, on planait sur les marécageux Vélabres, empire de la malfaisante déesse.

Prudentius, auteur chrétien, déplore, comme Cicéron, la perversion du sentiment religieux chez les hommes qui ont déifié la fièvre:

> Par furor illorum quos tradit fama dicatis
> Consecrasse Deas Febrem Scabiemque sacellis.
>
> (Hamart, v. 157)

Les archéologues (Tomasini, DE DONARIIS ET TABELLIS VOTIVIS, IN GRÆV, vol. XII, p. 867), Grutero (INSCRIPT., vol. I, p. 97), nous ont conservé une bien curieuse inscription, de laquelle il résulte que Febris était une puissante déesse (*divina, magna, sancta*), et ne figurait pas dans la foule obscure des minces divinités dont l'imagination antique peuplait si prodigalement les cieux, la terre et les eaux:

> febri. divinæ. febri
> sanctæ. febri. magnæ
> camilla. amata. pro
> filio. male. affecto. p.

Non-seulement Febris recevait les offrandes des familles dans lesquelles un

j'ai décrits d'une manière générale les tissus différents qui peuvent être affectés.

J'étudierai principalement la gangrène de la peau et celle des muqueuses, n'ayant rien de nouveau à dire de celle des parenchymes.

GANGRÈNE DU TÉGUMENT EXTERNE.

La gangrène de la peau est fréquente; elle est souvent unie au sphacèle des autres tissus, mais elle se présente quelquefois isolée. Il n'est pas rare de rencontrer des plaques qui sont composées du seul tissu cutané.

Les escarres de la peau ont des caractères particuliers dont il est important de donner la description.

La mortification, lorsqu'on peut la voir débuter, commence par une tache très-petite rouge violacé semblable à une piqûre de puce; autour de ce point se forment des zones d'un blanc grisâtre nettement limitées, d'un aspect terne, caractéristique, et portant encore à leur centre la petite tache colorée par laquelle s'annonce le mal.

Alors l'épiderme n'adhère plus au derme et quelquefois est enlevé accidentellement: le derme ainsi dénudé est chagriné à sa surface, insensible, etc. Il offre une résistance qui indique bien que le tissu altéré était organisé plus complétement qu'une fausse membrane.

Dans d'autres circonstances des liquides sont sécrétés plus abondamment que dans le cas précédent, et, retenus par l'épiderme, ils le soulèvent et forment des phlyctènes. Le liquide contenu sous l'épiderme est sanguinolent, roussâtre, et empêche de juger de la coloration du derme, ainsi que déjà je l'ai dit.

Quoi qu'il en soit, l'escarre, une fois produite, est blanche, ou d'un blanc jaunâtre au début. Alors, ou bien elle conserve cette coloration jusqu'à ce quelle ait été éliminée, ou bien elle devient jaunâtre, dure, transparente et comme cornée (escarre sèche); ou bien, enfin, elle devient entièrement noire après avoir passé par différentes colorations: dans ce cas la peau est grenue et paraît comme charbonnée.

Enfin, dans un grand nombre de cas et en particulier dans ceux qui accompagnent les gangrènes humides, les escarres deviennent violacées et tombent en détritus liquide et en une sorte de bouillie noire et fétide.

Dans cette lésion l'épiderme est donc conservé dans les premiers moments de l'altération, et l'on pourra toujours en retrouver quelques lambeaux encore adhérant au pourtour de la plaque gangréneuse.

Ce caractère est très-précieux, car il sert de signe distinctif nouveau entre la diphthérite et la gangrène. En effet, dans la diphthérite, l'épiderme n'existe jamais à la surface des pseudo-membranes. Ainsi que M. Trousseau l'a fort exactement signalé (art. *Diphthérite*, DICT. EN 30 VOL.), jamais les pseudo-membranes ne se développent sur un tégument revêtu de son épiderme; ce n'est que sur les points déjà excoriés que cette lésion s'observe.

Lors donc que l'on trouvera une plaque d'un blanc jaunâtre qui pourra par sa teinte et sa disposition faire hésiter entre une escarre et une pseudo-membrane, l'existence de l'épiderme, si on peut la constater à la surface de la lésion, indiquera qu'il s'agit de gangrène et nullement de diphthérite.

GANGRÈNE DES MUQUEUSES.

On regarde comme très-rare la gangrène bornée aux membranes muqueuses. Les auteurs du COMPENDIUM DE MÉDECINE vont même jusqu'à nier l'existence de la gangrène primitive de la muqueuse buccale. Ils pensent qu'elle est toujours liée au sphacèle des autres tissus ou qu'elle ne se borne à la muqueuse que quand celle-ci est le siége d'une inflammation ulcérative.

Mon observation m'a conduit à un résultat tout à fait opposé à celui que je viens de rapporter. Je crois, en effet, que la gangrène, même comme lésion primitive et locale, est extrêmement fréquente sur les membranes muqueuses, et qu'elle se borne très-souvent à produire des plaques qui ne dépassent pas l'épaisseur de ce tégument.

La description générale que j'ai donnée de la gangrène rend facile à saisir la raison qui a donné lieu à l'opinion que les muqueuses sont rarement affectées de gangrène.

Cette lésion, en se développant sur le tégument interne, donne lieu à des escarres qui ne ressemblent en rien à celles que l'on décrit ordinairement, et leur aspect éloigne par conséquent toute idée de gangrène.

Il est très-rare, en effet, que ces escarres prennent une teinte grisâtre, et ce n'est que lorsqu'elles affectent une grande épaisseur de tissus ou des tissus fort analogues à la peau que les plaques gangréneuses y deviennent noires après avoir été d'un blanc grisâtre, premier caractère de toute gangrène.

Dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans la majorité des circonstances où la gangrène affecte les muqueuses, leurs escarres sont d'un *blanc de lait*, non-seulement au début, mais encore jusqu'à leur chute complète. Elles sont semi-transparentes, dépressibles et élastiques, mais tenaces et adhérentes.

Jamais elles ne sont ni déprimées de manière à former une excavation, ni saillantes; elles sont de niveau avec les parties environnantes, et c'est là un caractère qui les distingue des pseudo-membranes qui sont toujours ou au-dessus des muqueuses ou au-dessous de l'épithélium des tissus ambiants.

Elles ne se putréfient jamais en place (et je répète qu'il ne s'agit point de la gangrène qui affecte les muqueuses en même temps que les tissus sous-jacents; il ne s'agit que des escarres bornées aux muqueuses mêmes). Les escarres sont éliminées avec une grande rapidité, ce qui met obstacle à leur décomposition: aussi se détachent-elles entières. On comprend, en effet, que l'humidité considérable de la plupart des muqueuses ainsi que leur grande vascularité rende le travail d'élimination très-court. Et c'est à cette double condition que j'attribue le fait que je signale.

Enfin, à la chute d'une escarre des muqueuses, la perte de substance est nette et il n'y reste aucune portion de tissu gangrené.

En déclarant que la gangrène des muqueuses est une affection qui me paraît très-fréquente, je me vois obligé de déclarer aussi que cela ne vient pas de ce que je réunis la diphthérite et la gangrène des muqueuses. Je sais que cette confusion a été faite, mais je ne partage pas l'opinion des médecins qui l'ont soutenue.

En dehors des diphthérites des muqueuses il existe un très-grand nombre de gangrènes de ces membranes.

La confusion d'ailleurs est facile à éviter. Aux caractères distinctifs qu e

---

être cher subissait sa colère, mais on voyait aussi des peuples entiers réunir leurs prières pour apaiser la cruelle déesse:

> Provida Pompeio dederat Campania febres
> Optandas; sed multæ urbes, et publica vota
> Vicerunt. . . . .
>
> (Juvénal, satire x, v. 283. — V. aussi Vell. Pater. et Dion Cassius.)

Le culte de la déesse Febris était un culte de terreur; dans cette divinité, on doit voir un génie mauvais qu'on cherchait à fléchir, et non pas une déesse protectrice dont le rôle aurait été, non pas de répandre la maladie, mais de préserver contre ses atteintes. Cela résulte évidemment des passages de Cicéron, de Valerius Maximus et de Prudentius, que nous avons rapportés plus haut. L'autorité du saint évêque d'Hippone vient encore se joindre à toutes ces preuves:

« Pallori et Febri fana Romani constituerunt, et cacadæmones placando moneat ne noceant (1). » (Augustinus, DE CIVITATE DEI, lib. III, caput. XXV.)

Il était réservé au christianisme de purifier l'idée de la puissance divine et de bannir de ses prières toutes les fictions et les allégories qui personnifient le mal. Certes, la pratique de la religion catholique a bien ses superstitions, surtout dans certaines classes et dans certains pays, mais sur toutes ces croyances, souvent ridicules dans leur manifestation, domine le beau génie du christianisme: on demande un bienfait, une faveur, à une divinité bonne, mais jamais prière n'a eu pour but d'apaiser un être divin, mauvais et injuste. Aussi était-ce une douce vierge, cette miraculeuse *madonna delle febbi*, dont l'image, exposée à la sacristie de Saint-Pierre, pendant le moyen âge, attirait un grand concours de fidèles, qui lui rendaient un culte tout d'amour, d'espoir ou de reconnaissance.

On sait que, chez les anciens, les gens délivrés d'une maladie quelconque se tenaient sous les portiques des temples, pour indiquer aux souffrants les remèdes qui les avaient guéris; ou bien qu'ils écrivaient l'indication du mal et du traitement qui l'avait dompté, sur des tables exposées à la vue du public. Les choses se seraient passées différemment dans les temples de la déesse Febris, selon un commentateur de Valerius Maximus. Ce dernier historien s'exprime ainsi:

« In eaque (Febris templa) remedia, quæ ægrorum corporibus adnexa fuerant, » deferebantur. »

Le jésuite Cantel, interprétant à sa manière ce passage peu clair de Valerius Maximus, pense que les malades apportaient dans le temple et sous le péristyle les remèdes qui avaient été appliqués sur leur corps, et qu'ils les laissaient exposés aux yeux des fidèles:

« In eaque Febris templa, post recuperatam valetudinem, portabantur remedia quæ fuerant ægrorum corporibus applicata. »

Nous pensons, avec M. de Matthœis, qu'il faut entendre le mot *deferebantur*

---

(1) Saint Augustin parle encore ailleurs de la déesse Febris: « Eisque Febrem » Bellonamque prætulerunt, quibus antiqui fana fecerunt. (DE CONST. EVANG., lib. I, cap. XVIII.)

j'ai déjà signalés, j'ajouterai que, dans les muqueuses pourvues d'un épithélium, les fausses membranes ne se forment qu'après la destruction de celui-ci, tandis que la gangrène ici comme à la peau frappe la muqueuse conservant encore son épithélium, et que celui-ci reste encore pendant quelque temps sur la surface morte. Il faut donc qu'il ait existé préalablement un travail morbide suivi d'une ulcération véritable de la muqueuse pour que la diphthérite se développe. La gangrène, au contraire, n'a pas besoin d'ulcération pour se produire.

La continuité parfaite de la membrane muqueuse et de son épithélium avec le tissu de l'escarre, l'aspect reconnaissable encore à cette période des mêmes parties dans la portion de tissu frappée de mort, sa surface lisse ou encore villeuse suivant les localités, feront bien reconnaître que le tissu de la muqueuse et celui de l'escarre sont continus.

Lorsque les pseudo-membranes se développent sur des muqueuses naturellement dépourvues d'épithélium ou du moins recouvertes d'un épithélium très-fin et presque liquide, le tégument interne conserve son intégrité, et il n'est point possible alors de les prendre pour des plaques gangréneuses; un caractère essentiel les en distingue : elles adhèrent à peine à la membrane qui leur a donné naissance, et il suffit de mettre dans l'eau les parties recouvertes de produits couenneux et d'agiter un peu le liquide pour voir les pseudo-membranes se détacher d'elles-mêmes de la muqueuse et flotter dans le fluide où on les a plongées.

Jamais une escarre ne peut se détacher avec une pareille facilité; même dans un état de putréfaction avancé elle conserve des adhérences marquées avec les tissus sous-jacents.

J'aurais encore d'autres considérations à ajouter si je jetais un coup d'œil sur les diverses régions où on observe la gangrène.

Mais ce travail prendrait alors un développement qui n'appartient qu'à une monographie et non à un simple mémoire dans lequel je me contente d'exposer les points seulement sur lesquels j'ai quelques considérations nouvelles à présenter,

Je vais donc indiquer actuellement les formes et les variétés de gangrène que j'ai observées.

§ V. — Formes de la gangrène.

Les différences que présentent les cas divers de gangrène que l'on observe, existent dans la lésion elle-même ou dans les circonstances qui l'accompagnent.

Les premières sont peu importantes pour la pratique, parce que dès que la gangrène est déclarée, il importe peu qu'elle soit sèche ou humide, limitée ou envahissante.

Mais les conditions qui accompagnent la gangrène ont beaucoup plus d'intérêt pour le praticien, parce qu'elles peuvent indiquer la voie à suivre pour atteindre jusqu'à la lésion principale et instituer un traitement rationnel.

Sous ce rapport, on peut établir les classes suivantes de gangrènes :

1° La gangrène simple;
2° — asthénique;
3° — avec symptômes inflammatoires;
4° — avec induration;
5° — avec symptômes nerveux;

6° J'ajouterai une forme de gangrène qui n'a pas été décrite encore chez l'homme, mais qui me paraît avoir chez lui quelques analogues.

Je ne prétends point donner la tableau de toutes les formes que la gangrène peut revêtir.

Il existe, en effet, dans le cadre de la pathologie une grande variété qui demande de nouvelles études. Et, par exemple, je dirai qu'il existe des gangrènes dites spontanées, gangrènes séniles qui sont le résultat d'une gêne de la circulation artérielle. Ainsi, j'ai vu un vieillard chez lequel toutes les artères de la jambe étaient ossifiées et dont les parois étaient épaissies au point de ne plus laisser au centre des vaisseaux qu'un canal *capillaire*. Cette disposition avait dû apporter à la circulation du membre un obstacle suffisant assurément pour amener la gangrène dont le membre était affecté. Le sphacèle, dans ces cas, se produit d'une manière *toute mécanique*. Les phénomènes concomitants ont par conséquent très-peu d'intérêt.

Si l'on parvenait à découvrir, comme dans ce cas, la cause réelle de toutes les autres gangrènes, les symptômes qui les accompagnent n'offriraient que peu d'importance.

Enfin, dans quelques circonstances, il me semble que les altérations du sang ont une grande part à la production de ces lésions. Je ne veux point parler seulement des dissolutions ou défibrinations du sang; mais je crois qu'une trop grande plasticité peut amener un semblable résultat. Je ne me fonde sur aucune analogie directe; mais les conditions générales que m'offraient certains malades m'ont amené à une pareille opinion, et je crois que l'on pourra être conduit à faire quelques recherches nouvelles dans ce sens. Ainsi, des hommes jeunes encore, d'un tempérament sanguin et même pléthorique, d'une constitution robuste me paraissent n'être atteints de gangrène que par suite de cette exagération dans les qualités du sang. Ce n'est là qu'une vue de l'esprit; mais elle est destinée à prouver que je ne crois pas avoir épuisé toutes formes que la gangrène peut offrir, et que je n'ai pas voulu essayer de trancher la question en établissant des classes arbitraires.

GANGRÈNE SIMPLE.

Cette forme de l'affection qui m'occupe est celle dans laquelle ni l'état local des malades ni l'état général ne présentent de phénomènes importants et qui puissent avoir aucun rapport avec la gangrène.

Dans ces cas il existe souvent un mouvement fébrile, mais qui n'a rien de caractéristique et qui n'est pas lié avec cette forme de gangrène plus qu'avec une autre.

Les caractères physiques sont exactement bornés à ceux que j'ai indiqués rapidement plus haut) mais elle se distingue des autres formes, en ce qu'elle s'environne d'un cercle demi-rose franc, indiquant un travail inflammatoire de bonne nature qui limite de bonne heure le progrès du mal. Aussi l'extension de cette forme de gangrène est toujours très-modérée.

La chute des parties atteintes est très-facile, et la guérison s'obtient presque spontanément.

GANGRÈNE ASTHÉNIQUE.

La gangrène asthénique est la forme la plus commune de l'affection qui fait l'objet de ce mémoire. Je ne crains pas de dire qu'elle comprend

---

dans le sens de *proclamer*, *rendre public*, soit par la parole, soit par l'inscription. De la sorte, le culte de la déesse Febris ne différait pas, sous ce point de vue, de celui des dieux, grands et petits, qui présidaient à la médecine : Apollon, médecin, Minerva medica, Esculape, Podalyre et Machaon, Hygie et Panacée, etc.

Sous quelle forme le paganisme, si heureux dans le choix des attributs dont il a paré ses dieux, a-t-il représenté la redoutable déesse Febris? Les anciens se taisent à cet égard, mais le professeur de Matthœis est disposé à croire que la statue dont les traits sont ainsi esquissés par Lucien pourrait bien avoir été celle de la déesse : presque chauve, demi-nue, peu de barbe, veines saillantes, abdomen proéminent, représentée dans la position d'une personne qui veut boire. Cette peu gracieuse effigie, si éloignée de ces formes héroïques ou suaves que le ciseau grec taillait dans le marbre, pour retracer l'image des dieux, cette effigie, disons-nous, réunit en effet plusieurs des caractères de la cachexie paludéenne. Ainsi le volume du ventre trahirait l'accumulation séreuse péritonéale ou l'engorgement des viscères abdominaux; la divarication veineuse pourrait être le produit de la gêne de la circulation, amenée notamment par l'hypersplénotrophie; enfin, la soif accompagne la fièvre lente des individus dont l'économie est imprégnée du miasme paludéen. L'opinion de M. de Matthœis est donc, tout au moins, ingénieuse et vraisemblable.

II. — Apoplexies et pleurésies dans l'ancienne Rome.

Nous nous sommes longuement étendu au sujet des fièvres, et nous avons dû le faire, puisque ces affections, dans tous les âges de Rome, ont imprimé un cachet spécial à la pathologie de l'*agro romano*. Nous serons plus bref en parlant de quelques autres maladies dont le rôle est bien moins important.

Quoiqu'un certain nombre de présomptions se réunissent pour établir que le climat de l'ancienne Rome avait moins d'instabilité thermométrique que le climat de la ville moderne, il n'en est pas moins vrai que les perturbations devaient être pourtant assez fréquentes, dans cette vallée du Tibre, où Borée et Auster soufflent alternativement le chaud et le froid, sans que leur influence puisse être mitigée, sans que la transition soit ménagée par l'intervention pacificatrice de l'est et de l'ouest. Aussi la pleurésie, commune aujourd'hui, surtout dans les jours d'automne, a-t-elle été déjà observée par les anciens.

Horace semble spécifier la maladie dans le vers suivant :

> . . . . Latus, aut renes morbo tentantur acuto.
> (Horace, sat. III, lib. II.)

Juvénal fait sans doute allusion au même mal, dans ce passage :

> Præterea lateris vigili cum febre dolorem
> Si cæpere pati, missum ad sua corpora morbum
> Infesto credunt a numine. . . . . .
> (Juvénal, sat. XIII.)

Cicéron (DE ORAT., lib. III) et Plutarque (VIE DE CAÏUS MARIUS) nous apprennent que Lucius Crassus et C. Marius ont succombé, le septième jour, à une douleur de côté.

plus des trois quarts du nombre total des affections gangréneuses que l'on observe.

Comme le nom que je lui impose le fait assez comprendre, elle est sous la dépendance d'un état de faiblesse et quelquefois de cachexie véritable qui se traduit à la fois dans l'état général des malades et dans l'état local qui accompagne la gangrène.

Un défaut de vitalité général se fait toujours reconnaître dans les cas où cette affection se développe, et il ne faut pas prendre cette cachexie véritable pour l'effet du développement de la gangrène, elle lui est antérieure et en est véritablement la cause productrice.

Les malades sont pâles, maigres, dans l'abattement, aucune de leurs fonctions végétatives ne s'accomplit bien, la respiration est incomplète, l'hématose insuffisante, la digestion n'est point réparatrice.

Un état d'étiolement réel frappe ces individus, quelquefois des signes évidents de scorbut se sont prononcés.

La gangrène semble ne se produire alors que comme le dernier terme auquel puisse aboutir la débilité.

Sous l'influence de cette cause naît une gangrène dont les caractères se ressentent de l'état cachectique général.

Jamais je ne l'ai vue naître d'emblée, comme une gangrène franche et locale; elle a besoin, pour se produire, d'un point d'irritation locale, inflammation, ulcération ou plaie qui détermine pour ainsi dire sa localisation.

C'est ainsi que les inflammations de la peau produites par le contact des urines ou des fèces;

C'est ainsi que les vésicatoires, les ulcères et les voies des orifices fistuleux des abcès froids;

C'est ainsi enfin que les érysipèles survenus comme complication ultime des fièvres graves et dans lesquels l'inflammation est si peu marquée que je crois pouvoir assimiler ces érysipèles aux irritations légères dont je les ai rapprochés;

Sont les points sur lesquels se développent constamment les lésions gangréneuses.

Un autre caractère de cette sorte de gangrène, caractère de la plus haute importance et qui traduit bien la condition productrice du mal, c'est la multiplicité de ses localisations.

Il est extrêmement fréquent de voir se développer ensemble ou successivement de la gangrène dans plusieurs points du corps. Ainsi j'ai vu des enfants présenter de la gangrène des parois buccales en même temps que les doigts des pieds et des mains, que les organes génitaux et que les bords des ouvertures d'abcès froids étaient eux-mêmes le siége d'autres lésions gangréneuses.

Une condition générale préside donc à la production de cet état, puisqu'il naît dans un si grand nombre de points des désorganisations de même nature. On ne peut contester cette théorie.

Ses caractères sont de ne jamais s'annoncer par des phénomènes locaux internes, de ne point avoir été précédée de gonflement, de chaleur ni de douleur, en un mot par aucun signe d'inflammation;

De revêtir l'apparence des gangrènes humides, et, par conséquent, de prendre très-rapidement une teinte bleuâtre ou même noire, et de se putréfier rapidement en répandant au loin cette affreuse odeur qui ne peut laisser aucun doute sur la nature de la lésion.

Elle est envahissante dans sa marche et donne lieu à des désorganisations souvent très-étendues.

Ainsi, lorsqu'elle affecte le membre inférieur, elle peut remonter jusqu'au haut de la cuisse.

Lorsqu'elle se développe dans les parois buccales, elle envahit souvent simultanément, en se portant vers l'extérieur d'une part, toute une joue, les paupières et une partie du cou, et en gagnant vers l'intérieur d'autre part, les gencives, la langue, le voile du palais, un côté de l'isthme du gosier et une grande partie du pharynx, quelquefois même, comme je l'ai vu, les points les plus élevés du larynx.

Cette gangrène, qui peut, comme je l'ai dit, frapper plusieurs points du corps à la fois ou simultanément, est, dans ces cas, beaucoup moins étendue dans chacune de ses localisations; elle n'offre alors que des lésions de quelques centimètres de diamètre dans chaque endroit affecté. Chaque lésion particulière perd ainsi en étendue ce que les localisations gagnent en nombre.

Cette forme de gangrène a cela de particulier qu'elle ne trouble presque point l'état général des malades; elle ne provoque point de mouvement de réaction; et quelques malades éprouvent à peine un peu plus de chaleur et de soif que dans l'état qui précédait.

Il est de même rare de voir cette lésion faire naître en se produisant un état d'abattement et de prostration que nous verrons être le résultat habituel de quelques autres formes.

J'ai même vu souvent des malades ne présenter que cet état de langueur et de malaise indéterminé qui est le propre de la sorte de cachexie qui précède constamment cette forme de gangrène; et cependant ces malades offraient déjà des désorganisations très-avancées et quelquefois même déjà assez étendues.

Ce fait est surtout frappant chez les enfants. Les jeunes malades ont une joue noire et gangrenée dans toute son épaisseur, et cependant ils conservent un œil vif, ils se lèvent et marchent encore. Ils ont seulement moins de vivacité, moins de couleurs; leur appétit est moindre, et la soif seule les tourmente.

Aucun effort de réaction locale ne se manifeste autour des points mortifiés. Ainsi les escarres sont entourées à peine d'une zone d'un rose pâle qui est vite transformée en gangrène.

L'altération n'a par conséquent aucune tendance à se limiter spontanément.

Aussi ne s'arrête-t-elle que par la mort des malades qui en sont atteints.

GANGRÈNE AVEC INFLAMMATION.

Nous avons vu tout à l'heure la gangrène naître sur des points irrités déjà, et quelquefois sur des téguments affectés d'érysipèle.

Ce n'est point de la même espèce de gangrène qu'il s'agit ici, quoique dans la circonstance présente la lésion se développe également sur des points enflammés.

En effet, dans la gangrène asthénique, la phlegmasie antécédente n'est qu'une cause occasionnelle qui est importante pour la localisation de la lésion, mais ce n'est pas elle qui la produit.

Ici, au contraire, la phlegmasie offre une très-grande importance, et il semble exister réellement entre elle et la gangrène un véritable rapport

---

Nous pouvons nous dispenser de rapporter ici les passages où Celse et Cœlius Aurelianus parlent de la pleurésie; la fréquence de cette affection, dans l'ancienne Rome, est assez mise hors de doute par un grand débat qui a fourni de nombreuses pages à Galien : il s'agissait de savoir si, dans la pleurésie, il était indispensable de saigner du côté malade, comme le prétendaient les adversaires du médecin de Pergame, ou si, avec ce dernier, on pouvait espérer qu'une saignée du bras droit calmerait l'inflammation de la plèvre gauche.

L'apoplexie offre ceci de remarquable à Rome, qu'elle a revêtu assez souvent le caractère épidémique, si toutefois ce mot, mal défini, peut être employé pour désigner une pareille affection groupant un certain nombre de cas dans un espace de temps restreint, sous l'influence de perturbations atmosphériques, aidées probablement par d'autres circonstances indéterminées. Quoi qu'il en soit, Panarolus, au milieu du dix-septième siècle (IATROLOGISMI OBSERV.), Barnabei (DISSERT. DELLE MORTI IMPROV.), Lancisi, au commencement du dix-huitième siècle (DE SUBITANEIS MORTIBUS), et enfin Pirrius, quelques années plus tard, relatent l'histoire de ces apoplexies.

Les anciens n'ont pas ignoré ces affections; Celse les représente comme très-fréquentes : « Quod nervorum resolutio frequens ubique morbus sit » (lib. III, cap. XVII); et Pline envie le sort de ceux que la mort vient ainsi enlever sans souffrances : « Miraculo sunt, atque frequente mortes repentinæ, hoc est summa » vitæ felicitas, quas esse naturales docebimus. Plurimos prodidit Verrius, nos » cum delecta modum servabimus. » (Lib. VII, cap. LIII.)

III. — Fièvres de Rome, au moyen âge et jusqu'à nos jours.

Lorsque l'empire romain atteignit l'apogée de sa grandeur, l'insalubrité se trouva considérablement diminuée, par suite d'immenses travaux dans lesquels le luxe et l'hygiène concouraient au même but, à l'assainissement. La campagne voisine était couverte de jardins, de cultures, de bosquets, et semée d'habitations; des aqueducs recueillaient sur les montagnes et conduisaient dans la ville d'immenses quantités d'eau; partout des bassins, des lacs artificiels, des canaux recélaient une onde limpide; les flaques étaient desséchées, et les terrains bourbeux hier encore jaunissaient bientôt parés de riches moissons :

Sterilisve palus dudum, aptaque remis,
Vicinas urbes alit, et grave sentit aratrum.
(Horace, ARS. POET.)

Puis, quand les eaux, qui jouaient un rôle si important dans les plaisirs comme dans l'hygiène du peuple-roi, avaient rafraîchi leur ville, elles se rendaient au Tibre, sans s'égarer en route, sans stagnation et sans effluves.

Grâce à cet assainissement progressif, le culte de la déesse Febris fut négligé, et on laissa le temps lésarder les murs de ses temples. Sous Trajan, comme nous l'apprend un auteur déjà cité, Frontinus, l'air romain ne méritait plus l'épithète *infamis*, qu'on lui avait, à bon droit, appliquée dans les premiers temps, et que la décadence lui fit donner de nouveau.

L'insalubrité ne reprit pas son empire à mesure que les affaires périclitaient, parce que sous les derniers souverains, à l'époque où Rome se trouvait si tourmentée au dedans, si affaiblie au dehors, chacun de ses maîtres d'un jour se

de cause à effet; en sorte que la gangrène paraît n'être qu'une deuxième période de la maladie dont la phlegmasie forme la première.

Les phénomènes inflammatoires varient beaucoup dans leur intensité aussi bien que dans leurs caractères. Depuis l'érysipèle et le phlegmon jusqu'aux inflammations spécifiques, que nous rappellerons dans la seconde partie de ce travail, on peut observer toutes les formes de l'inflammation.

Nous ne les décrirons point; car je l'ai dit en commençant, je ne veux m'occuper que de ce qui est propre à la gangrène même.

Quant aux caractères que revêt cette forme de gangrène, ils sont les suivants :

Au moment où la gangrène va se développer, les symptômes généraux, qui étaient quelquefois fort intenses, se calment tout à coup, la fièvre tombe, la chaleur diminue et redevient normale, le délire cesse, les malades reprennent l'intégrité des fonctions intellectuelles.

Il se fait, en un mot, une détente qui paraît être une amélioration véritable de l'état des malades.

Mais, pour les praticiens, ce mieux, arrivé brusquement sans phénomènes intermédiaires, est d'un fâcheux pronostic, et annonce ou une mort prochaine ou la gangrène des parties affectées de phlegmasie.

C'est ce qui a lieu en effet.

C'est à ces cas, et à ces cas seulement, que la description de l'effet local de la gangrène, telle que la présentent les auteurs classiques, peut convenir avec quelque exactitude.

Les symptômes locaux de l'inflammation se modifient, ils disparaissent en partie, la coloration rouge des tissus prend une teinte vineuse, qui bientôt devient celle que nous avons indiquée comme propre à la gangrène. Et ici encore on peut s'assurer que la première teinte sous laquelle se présente cette lésion est une coloration grisâtre, plus terne à la vérité et plus foncée que dans les autres formes de la même altération, mais constamment au moins grisâtre au début.

Bientôt les parties privées de vie revêtent une couleur *feuille morte*, puis brunâtre, et enfin violacée, ou même entièrement noire. Elles suivent les transformations que nous avons déjà fait connaître.

Les autres périodes sont celles que nous avons décrites d'une manière générale. Toutefois, il faut dire que la *momification* des parties molles n'est jamais liée à cette forme de gangrène, et le raisonnement fait concevoir le motif de l'exclusion que se donnent ces deux conditions. L'inflammation ayant abreuvé les tissus malades de liquides que l'absorption, entièrement suspendue dans les points altérés, ne peut leur enlever, agit de manière à ne permettre que la formation de la gangrène humide.

Comme la précédente, cette forme de la maladie ne se borne pas aux points qu'elle frappe au début; elle présente constamment une période d'extension pour ainsi dire nécessaire.

Mais ses progrès sont infiniment moins rapides que dans la gangrène *asthénique*. Du jour au lendemain il peut y avoir un ou deux centimètres de parties nouvellement envahies, mais jamais de larges surfaces comme dans le cas précédent.

Dès lors, ou bien les progrès peuvent continuer d'une manière ininterrompue, et alors la mort est promptement le terme de l'envahissement, ou bien ils ne tardent pas à s'arrêter.

Ces deux conditions différentes ont, dans les caractères de l'inflammation, une traduction fidèle. L'intensité variable de cet état local est en rapport avec la marche ultérieure de l'altération. Ainsi, lorsque les phénomènes phlegmasiques disparaissent entièrement dans un tissu primitivement enflammé au moment où la gangrène s'y développe, il est certain que celle-ci continuera de s'étendre.

Lors, au contraire, que la phlegmasie persiste avec une certaine intensité malgré le développement du sphacèle, on peut être assuré que la lésion se limitera. Et il me semble avoir remarqué que la cessation de ses progrès est d'autant plus assurée, que l'inflammation environnante est plus intense et plus franche.

Ce fait est en contradiction, je le sais, avec les opinions généralement reçues. On considère, en effet, la violence de l'inflammation comme une cause productrice de la mortification et, par conséquent, de ses progrès.

L'observation démontre l'erreur de cette théorie, et c'est sur l'observation que je fonde les propositions précédentes. Aussi, pour être confirmées ou repoussées, elles ont besoin d'être vérifiées directement, non par une observation seule, mais par la comparaison de plusieurs faits différents. Ainsi, il ne suffira pas de trouver un fait de gangrène, qui se limite malgré un travail phlegmasique absolument peu intense. Il faut comparer ce cas à ceux où la gangrène ne se limite généralement pas; on verra que dans le cas précédent la phlogose, quoique peu développée, considérée d'une manière absolue, est assez vive comparée à toutes les autres où le sphacèle suit une marche progressivement croissante.

Ce n'est donc qu'après une observation très-étendue que donne seule la pratique des hôpitaux, que l'on peut acquérir l'habitude de juger chaque cas isolé, et le jugement que l'on en porte est toujours le résultat d'une comparaison mentale que l'on établit entre le fait soumis à l'observation actuelle et ceux que l'on a vus auparavant.

L'inflammation, lorsqu'elle a un certain degré d'intensité, a donc pour effet de limiter la gangrène. Elle l'environne, en effet, d'un cercle de parties dans lesquelles la vitalité est assez élevée pour résister au travail de mortification qui s'était produit à peu de distance.

Et ici encore la gangrène qui s'étend me paraît être le résultat d'un défaut de vitalité bien plus que d'un travail pour ainsi dire oppressif qui étoufferait la vie par sa violence. Mais ce défaut de vitalité est alors tout local et sous l'influence de la phlegmasie; et celle-ci le trahit. En effet, lors même que l'inflammation environnante paraît avoir une certaine vivacité, si la gangrène qui s'est produite continue ses progrès, on peut constater que l'inflammation est plus dans l'apparence que dans la réalité. Les tissus sont rouges, mais la rougeur est produite par la stase du sang dans les capillaires et la pression qui l'en fait disparaître laisse une tache blanche dans laquelle le sang ne revient que lentement. Le *pouls capillaire*, en un mot, est très-lent et paresseux. La circulation capillaire est loin d'être active. Les tissus enflammés sont gonflés, mais c'est par de l'œdème de mauvaise nature, et le doigt, en les déprimant, y produit facilement un creux qui persiste longtemps avant de s'effacer.

La vitalité de ces tissus qui semble être satisfaisante est donc loin de garantir la limitation du mal. Il importe, en conséquence, de toujours examiner attentivement ces signes locaux, lors même qu'il paraîtrait fort faciles de les constater. Leur apparence peut induire en erreur.

On verra encore dans la thérapeutique que les moyens les plus convenables à opposer à cette forme de gangrène confirment l'opinion que j'expose sur la condition primitive qui préside au développement de toute gangrène.

---

hâtait de jouir, et gaspillait ses trésors en luxe et en ostentation; or, comme nous l'avons dit, le luxe travaillait dans l'intérêt de la santé publique.

Mais quand la chute de l'empire fut complète, la nature, dont les funestes tendances n'étaient réprimées qu'à l'aide d'efforts soutenus, reconquit bientôt tous ses droits. L'homme se mit aussi de la partie, et prêta secours à l'influence délétère qui le tuait. Rome abandonna les sept collines antiques, s'étala sur la rive gauche du Tibre, dans la plaine humide et inondée de *Campo Marzo*, et au pied du mont Pincio, sur la place du Peuple, encore engraissée par des débris végéto-animaux en putréfaction. Enfin elle passa le torrent, et jeta les fondements de ses palais et de ses masures, dans l'insalubre Vatican, au Transtévère et au Borgho, que le *malaria* enveloppe dans ses funestes influences.

Totila, roi des Goths, couvrit l'Italie de ruines; les murs d'enceinte furent abattus en grande partie, les aqueducs coupés, et une portion de la ville devint la proie des flammes. La maladie se joignit à la dévastation pour achever la ville de Rome. Avec Théodoric commença heureusement une période de restauration; les aqueducs furent réparés, et les eaux stagnantes reprirent leur cours vers le Tibre. Mais le Nord n'avait pas encore vomi toutes ses hordes; les Francs, les Lombards passèrent bientôt, comme un torrent destructeur. *Ubique luctus aspicimus*, s'écrie saint Grégoire, *ubique gemitus audimus*.

Vers ces temps-là, comme nous l'apprend Joannès Diaconus, il y eut une inondation du Tibre si extraordinaire que l'eau coulait par-dessus plusieurs monuments. Rome et sa campagne devinrent un vaste cloaque, et une peste cruelle dépeupla tout le pays.

La grande vénération dont on entourait les *madones de la fièvre*, entre autres l'image dont nous avons déjà parlé, nous semble une excellente preuve indirecte de la fréquence des fièvres paludéennes au moyen âge. Mais les preuves directes sont loin de faire défaut.

Voici le portrait que saint Pierre Damien, qui écrivait au onzième siècle, fait des habitants de Rome, dans une épître en vers adressée au pape Nicolas II :

Roma vorax hominum, domat ardua colla virorum;
Roma ferax febrium necis est uberrima frugum;
Romanæ febres stabili sunt jure fideles;
Quem semel invadunt, vix a vivente recedunt.

L'historien qui a conté les faits de Frédéric Ier (Otho Frisingensis, De rebus Frederici, lib. II, cap. XX, p. 252) nous dépeint avec les plus sombres couleurs la désolation de la ville de Rome, lorsque ce prince y arriva.

« Ex vicinis stagnis, cavernosisque ruinosis circa urbem locis, tristibus erumpentibus, et exhalantibus nebulis, totus vicinus crassatur aer, ad hauriendum mortalibus lethifer ac pestilens. »

Aussi les habitants fuyaient-ils la ville pour gagner les montagnes : « Urgebatur hoc incommodo in urbe, civis, hoc tempore, ad montana consuetus fugere. » L'armée fut également obligée d'aller asseoir son camp dans la contrée montagneuse.

Innocent III, au commencement du treizième siècle, gémissait sur la brièveté de la vie des Romains de son temps; peu d'individus, disait-il, arrivent à quarante ans, et les sexagénaires sont une véritable rareté.

Sous ce pape, Rome, qui avait compté plusieurs millions d'âmes, cherchait,

GANGRÈNE PAR INDURATION.

Elle n'offre pas de caractères particuliers dans les parties sphacelées. Elle s'accompagne seulement d'un engorgement des tissus qui entourent la mortification, et c'est dans cette induration que le progrès de la lésion se forme.

Quelques pathologistes y ont attaché une très-grande importance et l'ont regardé comme une lésion particulière à la gangrène et qui se manifesterait dans l'épaisseur des tissus avant qu'aucun travail de mortification se soit encore développé. Cette appréciation me paraît inexacte.

Je considère cet engorgement des parties molles comme un travail d'inflammation incomplète qui est provoqué dans les parties encore vivantes par la lésion développée auprès d'elles.

Et en effet, comme je le dirai plus bas, je ne l'ai jamais observé sans que déjà le sphacèle existât. Je lui ai constamment vu suivre la marche de celui-ci.

GANGRÈNE AVEC PHÉNOMÈNES NERVEUX.

Je crois être le premier à signaler cette forme de gangrène.

Elle offre des caractères extrêmement tranchés qui en font une forme nettement séparée des autres.

Je vais donc la faire connaître avec soin.

Elle est plus rare que les précédentes, mais je l'ai observée cependant assez souvent pour en pouvoir tracer une description complète. L'une de ces espèces est fréquente, mais elle a toujours été méconnue sous ce rapport.

Je ne l'ai observée bien tranchée qu'à la peau. On pourra trouver quelques gangrènes des autres parties du corps avec des phénomènes nerveux, mais non avec la même marche et le même aspect.

La gangrène qui offre cette forme se produit sur des personnes qui jouissent d'une bonne santé; elle n'est par conséquent précédée d'aucun signe morbide qui ressemble à ceux des autres formes de la gangrène.

Elle n'est pas non plus la suite d'une inflammation des tissus où on la voit naître, comme nous l'indiquions pour les cas précédents.

Rien ne peut faire prévoir la nature du mal qui va affecter les individus.

Mais soit que l'on ait été appelé à donner des soins aux malades avant le début de la gangrène, soit que l'on ait soigneusement tenu compte des antécédents, on observe que les individus atteints de cette forme de la maladie gangréneuse ont été tourmentés pendant un temps plus ou moins long, avant l'apparition du mal, par des douleurs vives qui siégent dans les points que la gangrène frappera de mort.

Ces douleurs précèdent quelquefois de trois semaines la première manifestation et persistent jusqu'à son apparition. Dans d'autres circonstances elles ne s'annoncent que vingt-quatre heures d'avance. Et c'est le terme le moins prolongé que j'aie observé. Entre ces deux limites peuvent se rencontrer beaucoup de variétés dans la durée des souffrances.

Ces douleurs sont aiguës, lancinantes, avec un caractère variable de brûlure ou de froid. Les élancements de la douleur sont rares ou très-fréquents; ils suivent presque toujours le trajet bien connu d'un nerf, comme je le montrerai dans les observations. Malgré leur vivacité, la santé générale n'en éprouve aucune altération.

En un mot, ce sont de véritables douleurs névralgiques qui, chez plusieurs malades que j'ai observés, ont simulé complétement une *névralgie* essentielle, et ont jeté beaucoup d'incertitude dans le diagnostic et le traitement.

Après une durée que j'ai fait connaître, il survient dans un point qui n'offre aucune altération préalable, aucune rougeur, il survient, dis-je, une tache plus ou moins étendue sur laquelle l'épiderme se soulève, se détache du derme, et bientôt celui-ci, devenu grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, présente tous les caractères qui appartiennent à la gangrène telle que je l'ai décrite au premier paragraphe, mais non point telle que les auteurs classiques la représentent.

A partir de ce moment, les douleurs névralgiques cessent ordinairement.

Quelquefois elles continuent ou se reproduisent, mais alors elles annoncent la formation de nouveaux points gangréneux.

Ceux-ci sont constamment distincts les uns des autres et jamais ils ne prennent d'extension une fois produits. Tout ce qui doit se mortifier est affecté primitivement dans toute son étendue. Les escarres ne commencent pas par un point imperceptible autour duquel s'étend la gangrène, elles ont dès l'origine, toute leur grandeur.

Cette forme de gangrène se manifeste donc en donnant lieu à la formation de plaques plus ou moins larges, mais presque constamment multiples. Leur nombre est ordinairement en raison inverse de leur étendue.

Il y a des plaques sphacelées du diamètre d'une pièce de *cinq francs*, alors les malades n'en voient naître qu'une ou deux, quelquefois, mais rarement cinq ou six, et ordinairement ces escarres sont largement espacées.

Lorsqu'elles n'ont que deux ou trois millimètres, comme je le dirai plus loin, elles sont ordinairement très-nombreuses et rapprochées les unes des autres, en formant souvent des anneaux dont le centre est entièrement sain, anneaux semblables à ceux de l'herpès.

Les escarres ainsi produites peuvent noircir, se putréfier et se détacher en détritus gangréneux.

Mais chez quelques malades elles restent blanchâtres, se dessèchent, prennent l'aspect de corne blonde, et se séparent avec lenteur des parties environnantes.

Dans d'autres cas, la plaque mortifiée reste blanche et conserve sa mollesse, tout en se séparant en totalité de manière à représenter une lame organisée.

Elle offre alors complétement l'aspect d'une pseudo-membrane développée sur une ulcération de la peau; et c'est un cas où le diagnostic devient difficile. Or, dans tous les cas où cette forme de gangrène a été observée, on l'a prise pour une diphthérite.

Mais il est quelques caractères à l'aide desquels on peut distinguer ces deux produits morbides.

J'ai déjà insisté sur ce point dans l'étude générale que j'ai faite de la gangrène (article *Diagnostic*).

Ici j'ajouterai de nouvelles considérations.

D'abord les escarres sont éliminées par un travail particulier qui est le même pour tous les points gangréneux; elles se séparent des tissus vivants en lames étendues qui ont une résistance très-appréciable.

Tous les chirurgiens connaissent le grincement particulier que fait éprouver un tissu gangrené quand on le coupe avec des ciseaux. Cette résistance

---

épars çà et là, perdus dans ses vastes ruines, de rares et pâles habitants : la ville éternelle ne nourrissait plus que 35,000 enfants!

Pendant le séjour des papes à Avignon, la cité romaine fut loin de refleurir; aussi, quand Grégoire XI s'assit de nouveau sur le siége de Saint-Pierre, la population ne dépassait elle pas 33,000 âmes.

Les papes Martin V, Pie II, Sixte IV, Alexandre VI, Jules II, employèrent tous leurs efforts à repeupler et à assainir Rome; mais dans cette période qui comprend près d'un siècle les tentatives ne furent pas très-heureuses. Un des plus grands papes dont la chrétienté s'honore, Léon X, vit au contraire ses vœux couronnés, et la ville compta 85,000 habitants. Cet état prospère dura trop peu; sous Clément VII, quinze ou vingt ans après la mort de Léon X, les maladies ravageaient de nouveau Rome réduite à 32,000 âmes.

A partir de cette époque, Rome ne cessa de progresser, et la sollicitude des papes ne lui manqua pas un seul instant. Aujourd'hui le recensement donne 160,000 habitants.

Nous ne voulons pas dire que Rome soit aujourd'hui une ville salubre; cette thèse serait insoutenable. Les fièvres ont toujours régné et régneront toujours à Rome, mais à des degrés extrêmement différents. Les auteurs qui ont pris à tâche de prouver la salubrité quand bien même de l'air romain ont échoué en plaidant leur mauvaise cause; tels sont Cagnati (DE ROMANI AERIS SALUBRITATE COMMENTARIUS), et Panorolus (ÆROLOGIA). Lancisi est beaucoup mieux inspiré quand il loue ses qualités *natives*, tout en reconnaissant que des circonstances accidentelles le chargent de malfaisantes vapeurs (DE NATIVIS ET ADVENTITIIS CŒLI ROMANI QUALITATIBUS; DE NOXIIS PALUDUM EFFLUVIIS). Doni (DE RESTITUENDA SALUBRITATE AERIS ROMANI), Manelphius (MENSA ROMANA, SEU URBANA VICTUS RATIO), Baglivi (PRAX. MED., lib. I, cap. XIII) se joignent à Lancisi pour condamner l'air romain comme impur et malsain, *crassum et humidum*. Le passage où Jean-Baptiste Doni dépeint l'aspect des habitants de Rome est trop remarquable pour que nous ne le rapportions pas ici :

« Horum plerosque videas morbosos, pallidosque aspectu, ac vix firmandis vestigiis, ne dum farniculis, aut ferramentis ferendis habiles, catervatius mœstos ingredi, quippe quorum magna pars in urbanis nosocomiis vel vitam relinquunt, vel longo tempore cum morte luctantur. »

Le facies paludéen des Romains n'a pas non plus échappé aux poëtes, car Alfieri, dans un fameux sonnet à l'adresse de Métastase, si je ne me trompe, les appelle *pallidi, muti, estenuati volti.*

Mais en voilà assez sur cette bonne ville de Rome, dont cette lettre est loin d'être le panégyrique. J'ai bien peur, très-honoré chef, de ne pas pouvoir être plus gracieux à son égard dans quelques unes de mes autres épîtres, et mon ami Daremberg, qui avait avant moi le projet de parler de l'état sanitaire de Rome au moyen âge, d'après des renseignements encore peu connus, aura aussi grand mal à être galant, mais il lui sera facile d'être plus complet. Je me rattraperai en courtoisie dans mon exploration médico-artistique; ici l'admiration ne sera que justice.

FÉLIX JACQUOT.

est telle qu'en saisissant la circonférence de la lame mortifiée on peut exercer des tractions sur le fond de la plaie, et ces tractions indiquent également l'adhérence remarquable de l'escarre avec les autres tissus. Ce n'est, en effet, que quand la séparation s'est complétement opérée qu'on peut l'enlever en totalité.

Cette résistance dans les escarres dont il s'agit ici persiste en effet jusqu'à l'élimination complète.

Enfin la surface dont elles se détachent offre à la périphérie où adhérait l'escarre un bord coupé à pic qui indique si clairement la perte de substance éprouvée qu'il faut une observation bien superficielle pour s'y tromper. La cicatrice blanche qui en est la conséquence vient enfin confirmer le diagnostic basé sur les considérations précédentes.

Pour les pseudo-membranes, elles ne sont pas éliminées par le même procédé que les escarres; elles se dissolvent en quelque sorte dans les liquides séreux qui suintent des érosions sur lesquelles elles se produisent et sont enlevées sous forme d'une espèce de supuration. Quelquefois elles laissent quelques grumeaux fibrineux distincts mêlés à la sérosité qui s'écoule.

Enfin, lorsqu'on veut saisir une pseudo-membrane à l'aide d'une pince, elle se laisse écraser sans faire éprouver aucune résistance; aussi ne peut-on point l'enlever des surfaces où elle adhère : on ne la détache qu'en essuyant celles-ci.

Séparée ainsi, la pseudo-membrane se reproduit indéfiniment.

Jamais on ne peut constater les signes d'une véritable perte de substance, et l'absence de cicatrice fibreuse, blanche, déprimée, en est une nouvelle preuve.

La description de cette forme de la gangrène pourra laisser quelque étonnement aux médecins qui n'ont pas eu souvent l'occasion d'observer cette affection; mais elle sera reconnue, j'en suis convaincu, par tous les hommes d'une grande pratique.

D'ailleurs, en traçant l'histoire des maladies qui lui donnent naissance ou qu'elle forme, nous montrerons clairement la condition que nous voulons décrire sous ce nom.

D'après ce que j'ai dit, cette gangrène est peu grave par ses suites; mais elle a, comme toutes les gangrènes, pour funeste résultat de produire des cicatrices indélébiles.

Il me reste maintenant à parler de la dernière forme de gangrène que j'ai désignée. Je lui consacrerai le commencement de l'article suivant.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

EXPOSÉ ANALYTIQUE ET COMPARATIF DES PROCÉDÉS D'URÉTROTOMIE, PAR SCARIFICATION ET PAR INCISION; par le docteur REYBARD (de Lyon).

(Suite. — Voir le n° 49.)

Après avoir examiné de combien la division du tissu anormal élargit le rétrécissement, nous allons nous entretenir de la dilatation, et constater pour quelle part elle concourt à ce résultat. C'est donc l'action des sondes sur le rétrécissement qui vient d'être scarifié que nous étudierons. Cet examen, dont personne je crois ne s'est encore occupé, présente un intérêt égal à celui de la question que nous venons de parcourir sommairement. Elle nous fera apprécier la méthode dont nous nous entretenons à sa juste valeur, et nous montrera le peu de confiance qu'on doit lui accorder en révélant les causes de la reproduction des coarctations urétrales.

On sait bien qu'en dilatant un rétrécissement non scarifié, les sondes en agrandissant l'ouverture par leur action directe sur le tissu morbide; mais ce que je crois n'avoir été consigné nulle part, c'est la manière d'agir des corps dilatants après la scarification.

Il est facile de concevoir que la plaie produite par le scarificateur, limitée au tissu morbide et élargissant à peine l'ouverture de l'obstacle, en partageant celui-ci en plusieurs segments, ne formant donc plus un anneau complet, doit cesser d'être susceptible d'élongation. Ceci constaté, il sera facile de prévoir que du moment où les sondes n'agissent plus sur le tissu morbide seul, c'est sur les tissus sains seuls qu'elles doivent porter leur influence. Cependant on n'a point encore dit comment se manifestait leur action sur ces tissus, ni quelle part elles prenaient à l'élargissement du rétrécissement. On n'a jamais supposé, par exemple, que leur effet immédiat fût de déchirer la membrane muqueuse avant d'agir directement et exclusivement sur la portion du tissu spongieux mis à nu par cette déchirure. Même silence sur les modifications qu'elles impriment aux plaies d'un rétrécissement ~~et l'influence qu'elles~~ exercent sur leur cicatrisation et sur la nature de leur cicatrice; ce sont cependant là autant de questions importantes sur lesquelles je me propose d'apporter quelques éclaircissements.

La facilité avec laquelle on pratique la dilatation d'un rétrécissement récemment scarifié porte à croire qu'on en élargit l'ouverture en allongeant simplement ses parois et en agissant sur des tissus d'une parfaite intégrité; mais il n'en est point ainsi, je le démontrerai par le raisonnement appuyé sur les expériences cadavériques et l'exploration comparative de l'ouverture du rétrécissement, pratiquée d'abord immédiatement après la scarification, puis aussitôt après la dilatation. Nous avons vu les sondes étendre leur action sur le tissu spongieux seulement, après avoir déchiré la membrane muqueuse, déchirure commençant par les extrémités de la plaie, à laquelle elle donne 5 ou 6 fois plus d'étendue en longueur et en largeur; mais il est vrai de le dire, elle est si facile et se produit sous l'influence d'un effort si léger, qu'elle a pu passer inaperçue jusqu'à ce jour; elle serait restée sans doute longtemps encore ignorée, si je n'avais étudié avec une attention toute particulière l'action des sondes après la scarification, et si mes recherches sur la dilatation des tissus de l'urètre ne m'avaient appris que la membrane interne de cet organe est moins extensible que le tissu spongieux. L'observation, en me démontrant qu'elle était encore moins extensible et qu'elle avait même moins de largeur en avant et en arrière de l'obstacle que dans les autres parties du canal, m'a également convaincu que la déchirure devenait très-facile, surtout lorsqu'un commencement de solution de continuité avait été effectué. Cette dernière remarque me porterait à croire que cette membrane a, sous ce rapport, une certaine analogie avec quelques étoffes dont la division entière devient si facile dès qu'un point de leur tissu est rompu.

Cependant, si facile que soit la lacération de la membrane muqueuse, elle ne saurait s'effectuer à l'insu de l'opérateur dont l'attention est éveillée. En effet, outre qu'il faut pousser la sonde avec un peu de force pour la faire pénétrer dans le rétrécissement, elle éprouve encore en le traversant une certaine résistance qu'une main exercée peut toujours reconnaître à cette sensation particulière et indéfinissable excitée au moment où une sonde, serrée et comprimée, s'avance en déchirant les tissus qui l'entourent, et que l'expérience lui fera rapporter à cette rupture de la membrane muqueuse. Le complément indispensable de la scarification, c'est-à-dire l'introduction d'une sonde rigide et volumineuse, fait donc éprouver à la muqueuse urétrale une déchirure considérable, qui ne se traduit pas seulement à la sensation que nous venons de traduire, mais encore par l'élargissement qu'elle procure à l'ouverture de l'obstacle, en donnant à la plaie beaucoup plus d'étendue. Ce fait que les plaies soumises à la scarification sont considérablement agrandies par les causes que nous venons de révéler, nous ont conduit à cette conclusion rationnelle, que cette opération était réellement complexe, qu'elle se pratiquait par deux procédés successivement mis en usage. Dans l'un l'instrument tranchant coupe le tissu morbide; dans l'autre la sonde déchire la membrane interne et convertit la solution de continuité, d'abord linéaire et de longueur très-bornée, en une plaie 5 ou 6 fois plus considérable.

On peut reconnaître que la muqueuse a souffert une déchirure à l'agrandissement de l'ouverture du rétrécissement; on peut en outre le constater : 1° par la grande facilité avec laquelle on y introduit les grosses sondes que l'on a eu tant de difficulté à y faire pénétrer avant le débridement, et dont le passage s'est effectué en labourant en quelque sorte les tissus; 2° par l'exploration avec des bougies à boule pratiquée immédiatement après la scarification et répétée aussitôt après la dilatation. La comparaison du volume des sondes après chacune des deux opérations signale le degré d'élargissement obtenu après l'une et l'autre. Par exemple, si après la scarification une bougie à boule de 5 millim. peut seule être introduite, et une de 8 mill. venant à traverser avec la même facilité le point coarcté après la dilatation, il faut bien en conclure que le rétrécissement a été élargi de 3 millimètres par la sonde dilatative, et attribuer cet élargissement plutôt à la dimension donnée à la plaie par la déchirure de la muqueuse, qu'à l'allongement pur et simple de cette membrane. La lacération de celle-ci s'opère non-seulement parce qu'elle est naturellement moins extensible que le tissu spongieux, mais aussi parce qu'en devenant le siége de coarctation, elle perd encore de son extensibilité et même un peu de sa largeur normale au niveau de l'obstacle et dans une étendue variable, en avant et en arrière de celui-ci, ainsi que je l'ai démontré en traitant du diagnostic des rétrécissements et de leur exploration avec des bougies à boules de différents volumes.

Les bougies à boule dont nous avons fait usage pour vérifier l'élargissement apporté à l'ouverture du rétrécissement par la plaie résultant de la section du tissu morbide, constituent donc encore les moyens explorateurs auxquels nous avons recours pour constater l'étendue que cet élargissement acquiert par le fait de la déchirure de la membrane muqueuse après la dilatation. Dans ces deux circonstances, elles traduisent fidèlement l'état

du canal et prouvent que l'élargissement est toujours proportionné à l'étendue des solutions de continuité.

Mais quelles que soient les dimensions de ces déchirures, comme elles ne s'étendent pas au tissu spongieux protégé contre les violences qui ont occasionné la rupture de la muqueuse par sa propre extensibilité, elles sont tout à fait superficielles et ne donnent pas à l'ouverture du rétrécissement la largeur qu'on serait porté à attendre du volume des sondes dilatatives avec lesquelles on le traverse librement les deux ou trois premiers jours après l'opération, c'est à dire avant que l'inflammation n'ait encore envahi ces tissus; aussi est-on obligé de les employer ensuite comme des corps dilatants pour empêcher la réunion des bords de la plaie dont l'inflammation est vivement excitée par le frottement et la compression exercée sur eux afin de les tenir à distance.

On ignore, ou du moins on n'a pas encore dit quels sont les tissus de l'urètre qui sont allongés par les sondes après la scarification. Il est facile de concevoir que ne pouvant plus exercer leur influence sur le tissu morbide dès qu'il est sectionné, elles doivent porter leur action sur le tissu spongieux mis à nu par le retrait de la membrane muqueuse déchirée. En effet, c'est ce tissu qui supporte l'effort, mais il est tellement extensible que sa dilatation s'effectue avec une incroyable facilité; aussi longtemps qu'il est doué de ses propriétés normales, c'est-à-dire tant que l'inflammation ne l'a point envahi, l'allongement s'opère sans que rien vienne se révéler au chirurgien; aussi serait-on jusque-là porté à croire que cet élargissement est en rapport avec le volume des sondes introduites; cependant, en réalité, il a tout au plus la moitié de l'étendue supposée.

Telle est la part que les sondes prennent à l'élargissement du canal après la scarification et leur manière d'agir sur les tissus de l'urètre. Examinons maintenant quels sont les changements et les modifications que ces corps dilatants impriment aux solutions de continuité existant après l'opération.

La dilatation a une double influence sur les plaies qui suivent la division du tissu morbide, ou plutôt celle-ci leur imprime une double modification : la première, purement physique, se rapporte à leur étendue, leur forme, leur aspect; la seconde est physiologique, par l'irritation et l'inflammation que leur agent immédiat, les sondes, y déterminent, et aussi par l'action exercée par ces phénomènes morbides sur la cicatrisation. Ces dernières considérations nous amèneront à parler de la nature des cicatrices et de leur différence, suivant qu'elles succèdent à des plaies ayant ou n'ayant pas suppuré.

Pour l'intelligence des changements physiques imprimés par les sondes aux plaies produites par la scarification, il faut d'abord examiner dans quel état elles se présentent aussitôt après l'opération, c'est-à-dire avant la dilatation. On peut déjà se faire une idée assez exacte de leur forme et de leur étendue, si on se rappelle que l'instrument de scarification ne pénètre pas au delà du tissu morbide : en effet, si, comme je crois l'avoir suffisamment démontré, ces plaies ne sauraient avoir plus d'étendue que le tissu n'a lui-même d'épaisseur et de longueur, on peut avancer qu'elles n'ont généralement pas plus de 2 millimètres de profondeur, et, quant à leur longueur, elle est toujours subordonnée à celle du rétrécissement. Ces solutions de continuité ressemblent à de simples incisions, non-seulement par leur peu d'étendue, mais encore parce que leurs bords restent habituellement contigus. C'est une erreur de croire qu'ils s'écartent spontanément entraînés par le tissu morbide; il ne peut en être ainsi, puisque celui-ci n'est pas élastique, ainsi qu'on le sait.

Mais pendant la dilatation, ces solutions de continuité acquièrent une étendue considérable, en longueur, par le fait de la déchirure de la membrane muqueuse; en largeur, par son décollement, conséquence de la lacération du tissu cellulaire qui l'unit au corps spongieux. On doit donc repousser comme fausse l'idée d'attribuer celle-ci à la déchirure de ce corps érectile; j'ai acquis par des expériences sur le cadavre la certitude qu'il n'en est rien. On sait que le tissu morbide sectionné par la scarification met à découvert le tissu spongieux, dont il n'est séparé d'ailleurs que par une couche de tissu cellulaire très-fin : or, si après l'opération le volume de la sonde introduite dans le rétrécissement lui permet de le franchir librement, la plaie s'élargit alors par simple écartement de ses bords, pour redevenir linéaire aussitôt qu'on a retiré le corps dilatant.

Si, au lieu d'une sonde de moyenne grosseur, on pratique la dilatation avec une sonde d'un très-gros calibre, on voit succéder à l'écartement des bords de la plaie la déchirure de la membrane interne, déchirure s'effectuant par les deux points les plus éloignés de la solution de continuité.

Tel est le mode suivi par la plaie pour arriver à l'allongement que l'on remarque; mais, en même temps qu'elle s'étend en longueur, le décollement de la membrane interne lui permet d'acquérir aussi une largeur considérable. En outre, lorsque la plaie a été dilatée de la sorte ou avec des bougies d'un volume considérable, ses bords ne se rapprochent pas immédiatement après l'enlèvement du corps dilatant, comme dans le premier cas, mais elle conserve une partie de la dimension acquise.

L'étendue à laquelle ces plaies atteignent par le fait de la dilatation est variable et très-difficile à déterminer; cependant on peut avancer qu'elle est d'autant plus considérable que le canal a subi une diminution plus considérable dans son calibre en avant du rétrécissement, suivant aussi que celui-ci a plus ou moins de longueur; suivant encore le nombre des plaies et le volume des sondes dilatatrices. Mais, quelle que soit leur étendue, ces plaies restent toujours superficielles, parce que la membrane interne, moins extensible que le tissu spongieux, après s'être déchirée, se décolle et se sépare de ce dernier après la lacération du tissu cellulaire qui les unit. En effet, après avoir écarté les bords de la division, les sondes, au lieu d'agir sur le tissu spongieux en le déchirant de dedans en dehors, suivant son épaisseur, se bornent à en allonger les fibres, puis elles impriment à la membrane muqueuse les désordres que nous venons de mentionner. Ainsi, ces plaies, qui doivent les trois quarts de leur étendue à l'action des sondes, n'ont réellement aucune profondeur, parce que, sans énergie suffisante pour rompre le tissu spongieux, ces corps dilatants n'agissent sur lui qu'en allongeant ses fibres et en déchirant les faibles adhérences qui l'unissent à la membrane muqueuse et au tissu morbide du rétrécissement.

Quoique cette explication des effets des sondes sur les plaies produites par la scarification pût suffire à faire comprendre les changements physiques qu'elles éprouvent, je n'aurais cependant pas cru devoir en donner une description aussi détaillée, basée sur des données purement théoriques, si les expériences faites par moi sur les cadavres ne m'avaient permis de saisir le mécanisme des diverses modifications imprimées à ces solutions de continuité par l'influence des sondes. Tous les chirurgiens peuvent aisément répéter ces expériences et s'assurer de l'exactitude des résultats qu'elles offrent, et dont je viens de résumer les plus saillants. Lorsqu'on dilate l'urètre au delà de son extensibilité naturelle avec un de mes dilatateurs à deux branches, ses parois éprouvent une solution de continuité suivant leur longueur. Si on examine celle-ci attentivement, on voit qu'elle est bornée à la membrane interne, qu'elle est large, superficielle, et entre ses bords, minces et écartés, s'aperçoit le tissu spongieux dont les cellules n'ont éprouvé aucune lésion. Ce tissu est intact et présente une surface lisse, plus unie que si on l'eût séparé de la membrane muqueuse par une dissection très-minutieuse.

Cependant cette plaie, sans aucune profondeur, conserve néanmoins une grande partie de sa largeur lorsqu'on a retiré l'instrument dilatant.

Si au lieu de déchirer la membrane muqueuse par la dilatation forcée de l'urètre, on divise d'abord cette membrane et on dilate ensuite et de la même manière le canal, on voit la plaie prendre une forme analogue à la précédente. En effet, de simple fente qu'elle était primitivement, elle s'accroît en longueur et en largeur, par suite de la déchirure et du décollement de la membrane interne qui met le tissu spongieux à nu. Ici encore ce tissu ne souffre aucune lésion; on ne voit point non plus, après l'enlèvement du corps dilatant, les bords de la plaie se rapprocher par le fait de leur rétractilité des tissus de l'urètre, comme cela arriverait si les tissus avaient été simplement allongés. Aussi, au lieu de redevenir linéaires, ces plaies conservent-elles en grande partie l'étendue acquise pendant la dilatation. Or, si de pareilles transformations se présentent dans les plaies de l'urètre dans les expériences sur le cadavre, pourquoi le même phénomène ne s'offrirait-il pas dans celles produites par la scarification d'un rétrécissement, lorsqu'on opère avec des sondes d'un diamètre supérieur à celui de son ouverture? L'étroitesse du canal au niveau du rétrécissement, ou plutôt le peu de largeur des parois de celui-ci et leur inextensibilité, ne constituent-elles pas des dispositions de nature à rendre plus faciles les transformations de ces plaies? Le tissu anormal scarifié, en effet, n'étant plus extensible et ayant une largeur de beaucoup inférieure à celle de l'urètre, il est évident que les plaies produites par les sondes doivent être bien plus larges au niveau de l'obstacle qu'en avant et en arrière de son ouverture, où la membrane muqueuse a plus ou moins conservé ses propriétés constitutives. Ajoutons encore qu'elles seront dans ces circonstances d'autant plus étendues que le diamètre du canal sera devenu plus petit et que les sondes introduites pour en opérer la dilatation seront plus volumineuses.

La ressemblance entre les plaies de l'urètre élargies par la dilatation forcée du canal à l'état normal et celles dues à la scarification est trop évidente pour qu'il soit permis de considérer la dilatation comme susceptible de modifier les unes différemment des autres. Aussi n'est-il pas douteux pour moi que les plaies provenant de la section du tissu morbide, primitivement superficielles et linéaires, s'agrandissent comme celles des expériences cadavériques dont je viens de parler, et qu'elles proviennent également de la déchirure et du décollement de la membrane interne de l'urètre.

Les sondes employées après la scarification n'ont donc pas seulement pour effet d'élargir l'ouverture du rétrécissement en allongeant ses parois, elles s'agrandissent aussi en déchirant celles-ci et en transformant les plaies linéaires en plaies superficielles à large surface; elles conservent en partie

ces dimensions après l'enlèvement du corps dilatant. Il résulte de cette importante observation qu'on ne saurait accuser la scarification d'être une méthode de traitement seulement palliative, parce que les plaies qui en résultent n'ont pas une étendue suffisante, car de linéaires qu'elles sont au moment où l'instrument tranchant les produit, elles deviennent fort larges par l'action des sondes introduites après cette opération pour dilater l'ouverture de l'obstacle. Nous serons donc obligés d'attribuer à d'autres causes l'insuffisance de cette méthode, peut-être les trouverons-nous dans le mode de cicatrisation de ces solutions de continuité ou dans la nature même de leur cicatrice.

Outre les changements physiques que les sondes font subir aux plaies de l'urètre, elles leur impriment encore des modifications physiologiques importantes à connaître.

Quoique les plaies résultant de la section du tissu morbide du rétrécissement aient été considérablement agrandies par la déchirure et le décollement de la membrane muqueuse, elles ne conserveraient cependant qu'une partie de l'étendue occasionnée par la dilatation, aussi est-on obligé de persister dans l'usage des sondes jusqu'à leur entière cicatrisation pour les maintenir dans une largeur plus considérable et solliciter de la sorte une plus ample cicatrice; mais qu'elles soient employées pour élargir l'ouverture de l'obstacle ou pour empêcher la réunion des lèvres de la plaie, les sondes agissent uniquement comme corps dilatants. Que deviennent les plaies pendant le traitement consécutif, traitement consistant dans l'usage des sondes longtemps prolongé ou seulement momentané? Évidemment elles doivent bientôt être envahies par l'inflammation, car elles sont en grande partie le résultat de la déchirure de tissus éminemment vasculaires, et elles subissent l'action permanente ou du moins répétée de causes d'irritation; les sondes ne les irritent pas, en effet, seulement par leur simple contact, ou par leur séjour plus ou moins long, mais encore par le frottement et par la compression qu'elles exercent sur elles. Ces corps dilatants ne sauraient d'ailleurs élargir le canal ni écarter les bords des plaies sans allonger et tirailler considérablement le tissu spongieux mis à découvert. Aussi l'inflammation de ce tissu est-elle une des conséquences inévitables de ce mode de traitement. Cette inflammation revêt deux caractères différents, dont chacun a des dangers; examinons sommairement les deux degrés sous lesquels elle peut se présenter.

Dans le premier, elle est légère, bornée à la solution de continuité elle-même, ou à la portion de tissu spongieux mis à nu. Cette plaie se cicatrise malgré la constante irritation exercée sur elle par le séjour des sondes et le gonflement du tissu spongieux lui-même; toutefois, ce n'est qu'après avoir suppuré pendant un certain temps à la manière des plaies ulcéreuses. On conçoit que les cicatrices nées dans ces circonstances sont épaisses et partagent au plus haut degré la nature et les propriétés des tissus inodulaires; telles sont probablement celles qui s'établissent après la scarification suivie de dilatation, car ayant une largeur considérable et suffisante pour rendre au canal son diamètre normal, elles ne l'élargissent pourtant pas d'une manière durable, et l'observation apprend que ces cicatrices deviennent de plus en plus solides et rétractiles à mesure que leur organisation s'opère. C'est évidemment en vertu de cette rétractilité qu'elles diminuent progressivement de largeur et que les rétrécissements se reproduisent au bout d'un temps plus ou moins long.

Au second degré, l'inflammation qui se développe après la scarification ne se borne, ni à la plaie, ni à la portion de tissu spongieux dénudé, elle l'envahit en entier dans toute la circonférence de l'urètre. Alors les parois de ce conduit se gonflent et se tuméfient, elles perdent leur élasticité, et le cathétérisme de difficile et douloureux qu'il était, ne peut plus être pratiqué qu'avec des bougies très-fines ou devient même impossible. Le malade se trouve alors réellement menacé de rétention d'urine. Les accidents consécutifs prennent une gravité redoutable, car arrivée à ce degré d'intensité, l'inflammation se termine par suppuration, des abcès se forment dans l'épaisseur du tissu spongieux, le pus détruit un grand nombre de ses cellules, et après leur destruction, les membranes fibreuse et interne se réunissent et forment un rétrécissement fibreux de l'espèce de ceux qui se développent après la contraction du périnée. Dans ces cas, comme dans le précédent, la plaie ne se cicatrise qu'après une longue et abondante suppuration, lorsque cette dangereuse inflammation a perdu de sa violence, mais la cicatrice est éminemment solide et rétractile; aussi les rétrécissements se reproduisent-ils avec une déplorable rapidité.

Je ferai remarquer à l'occasion de cette cicatrice, située superficiellement et de niveau avec la membrane interne de l'urètre, qu'elle doit peut-être son excessive rétractilité à sa formation sur le tissu spongieux, tissu essentiellement fibreux et vasculaire.

Je termine ce que j'avais à dire touchant la scarification, en répétant que tout ce qui précède, concernant les plaies produites par cette méthode de traitement des rétrécissements, s'applique en tout point à celles qui résultent de la déchirure de leurs parois par les corps dilatants.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de juillet et septembre 1849 contiennent les articles suivants: 1° *Instructions pratiques sur le traitement du choléra-morbus*; par MM. Martin Lauzer et Cotin. 2° *Névralgie générale ou disséminée. De la cautérisation intercurrente dans les névralgies*; par MM. Valleix et Jobert. 3° *De l'hygiène en Algérie*; par M. Espanet. 4° *Un accès pernicieux en Algérie*; par le même.

NÉVRALGIE DU SCROTUM ET DU CORDON, GUÉRIE PAR LA CAUTÉRISATION INTERCURRENTE; par M. JOBERT.

Voilà un de ces cas que la pratique des maladies urinaires présente assez fréquemment. Ordinairement rebelles aux médications antiphlogistique et émolliente, ils réclament une thérapeutique plus active; mais les malades consentent rarement à s'y soumettre pour ce qu'ils ne considèrent, après tout, que comme une simple incommodité. Il a fallu, dans l'observation suivante, toute la persévérance de M. Jobert, et toute la confiance qu'il avait su inspirer à son malade pour décider celui-ci à subir le traitement jusqu'au bout, bien que ce traitement fût le seul, ainsi que l'expérience le démontra, qui fût capable d'opérer la guérison radicale.

OBS. — Il entra, le 3 mars dernier, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, un homme d'une trentaine d'années, se plaignant d'éprouver, depuis le mois de novembre précédent, de vives douleurs au périnée, pendant et surtout après les émissions d'urine; ces douleurs se reproduisaient souvent dans l'intervalle même des mictions, sous forme d'élancements aigus revenant à des mouvements irréguliers et se propageant jusqu'au bout du gland. Quoique cet homme n'eût jamais eu, à ce qu'il assure du moins, de blennorrhagie, et qu'il eût toujours mené une vie régulière, il survint, peu de temps après la première apparition des douleurs, un écoulement abondant de pus par l'urètre; il se développa de la douleur et de la tuméfaction dans la fosse naviculaire, en même temps qu'il se manifestait de la sensibilité dans l'aine, mais sans grosseur ni rougeur.

Ce malade avait d'abord été traité à l'hôpital Beaujon; on l'avait sondé; on lui avait mis des sangsues au périnée, il avait pris des bains et il était sorti au bout de six semaines, assez bien guéri en apparence pour pouvoir reprendre ses travaux; mais huit jours après, les mêmes symptômes revinrent, le malade retourna à la consultation de l'hôpital Beaujon, où il fut de nouveau traité et soulagé pour quelques jours. Les mêmes douleurs ne tardèrent pas à reparaître et se propagèrent jusqu'à l'aine.

C'est dans ces circonstances que le malade est entré dans le service de M. Jobert. L'état général était satisfaisant; il n'y avait pas de fièvre; l'appétit était bon, les forces étaient seulement un peu diminuées. Le malade éprouvait de fréquentes envies d'uriner et y résistait difficilement; car alors il lâchait l'urine involontairement. Les urines sont claires, sans mélange de pus ni de sang; les dernières gouttes seulement sont quelquefois lactescentes; dans l'intervalle, il se fait un faible suintement de mucus puriforme qui tache le linge.

La prostate est légèrement engorgée. De vives douleurs se font sentir dans le scrotum, particulièrement à droite; elles se propagent le long du cordon, et à travers l'anneau jusque sous la paroi abdominale. Le cordon est rétracté. La pression et même de simples frottements exaspèrent les douleurs. Celles-ci ne sont pas permanentes, mais elles reviennent irrégulièrement et à des intervalles rapprochés; elles empêchent souvent le malade de dormir.

Après avoir inutilement employé les bains et les moyens émollients pendant les premiers jours, M. Jobert applique, le 8 mars, deux boutons de feu sur la région hypogastrique. Ceux-ci ne produisent qu'une escarre très-superficielle et sans bénéfice pour le malade.

Le 11, il applique des raies de feu sur la même région; celles-ci donnent lieu le lendemain à des escarres superficielles qui produisent un peu de mouvement fébrile.

Le 14, il y a déjà une diminution considérable dans les douleurs névralgiques; le malade éprouve moins fréquemment l'envie d'uriner. Les escarres commencent à se détacher et à suppurer.

Le 15, continuation de la suppuration, qui est peu abondante; le malade est très-soulagé.

Le 18, continuation de l'amélioration; les urines sont claires et le malade n'urine pas plus souvent qu'avant sa maladie.

Le 25, le malade s'estime tout à fait guéri et demande son *exeat*.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Juillet, août et septembre 1849.)

DE L'INFLUENCE DE LA SAIGNÉE ET D'UN RÉGIME DÉBILITANT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE; UTILITÉ DE CETTE MÉTHODE DANS CERTAINS VICES DE CONFORMATION DU BASSIN; par M. DEPAUL.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a demandé à la diète, aux saignées, un moyen de réduire le volume du fœtus à des proportions compatibles avec le diamètre de l'ouverture qu'il doit traverser. Parmi les modernes, Osiander, M. Moreau, M. Bouchacourt, ont apporté des faits ou des arguments plus ou moins décisifs en faveur de la méthode. Néanmoins, comme elle n'est point encore soustraite à l'influence des préjugés contraires, il y avait lieu à une discussion plus approfondie qu'elle ne l'a été jusqu'ici; et le plaidoyer devait surtout s'appuyer sur des exemples de réussite.

L'esprit sévère et judicieux de M. Depaul le rendait particulièrement propre à cette tâche délicate. Après avoir lu son travail, personne ne disconviendra qu'il n'ait puissamment aidé à la solution du problème. Nous citerons d'abord les deux observations qu'il rapporte; et nous verrons ensuite comment il entend appliquer et restreindre la méthode elle-même.

OBS. I. — Une femme de 26 ans, atteinte de rachitisme, avait, par suite de cette affection, le bassin déformé, et la longueur du diamètre sacro-pubien diminuée de 3 centimètres. Une première grossesse, en 1843, se termina par un travail de huit jours de durée, qui, avec l'aide du seigle ergoté, produisit un enfant très-volumineux, mort depuis trois ou quatre jours.

Quelques mois après, nouvelle grossesse au terme de laquelle M. Depaul fut appelé. L'enfant étant mort, il saisit la tête avec le forceps et la fit sortir en la comprimant vigoureusement.

L'enfant était très-volumineux et pesait 9 livres. La tête était remarquable par la petitesse des fontanelles et l'épaisseur des os.

Après une fausse couche à deux mois et demi, cette femme redevint enceinte pour la quatrième fois le 21 novembre 1847, on avait d'avance arrêté la nécessité pour ce cas de provoquer l'accouchement prématuré. Mais la malade ayant proposé de se soumettre à un régime alimentaire très-sévère, M. Depaul tomba d'accord avec elle sur ce point. Quoiqu'elle eût habituellement un très-grand appétit, sa cliente se résigna à ne manger par jour que des légumes et une demi-livre de pain, y compris celui qui faisait partie des potages. Elle ne prenait de la viande qu'une fois par semaine et en très-petite quantité. En outre, elle fut saignée à trois mois, une seconde fois à six mois, puis à huit mois, enfin à huit mois et demi. On lui retira chaque fois environ 400 grammes de sang.

Sous l'influence de ces moyens, la santé générale fut visiblement modifiée, le visage pâlit et l'on put constater un amaigrissement notable. L'examen fait à sept mois, et répété à huit, permit de constater que le fœtus était petit, très-mobile dans la cavité utérine. On réitéra encore, par prudence, cette exploration à huit mois et demi : elle donna les mêmes résultats.

Le 19 août 1848, après un travail d'environ quatre heures, la tête franchit le détroit supérieur en première position du sommet, et sortit sans aucune difficulté.

L'enfant, du sexe féminin, parut très-vivante et cria immédiatement. Elle était fort petite et pesait seulement 5 livres. Diamètre bi-pariétal, 3 pouces. Os du crâne très-minces et dépressibles. Sutures et fontanelles plus larges que d'habitude.

Cette enfant prit à l'instant le sein de sa nourrice, et aujourd'hui (30 avril 1849) elle se porte à merveille.

La mère s'est promptement rétablie, tant de ses couches que de la débilité momentanée, suite de ses privations volontaires.

Ici l'art a tout fait, tout dirigé : voici maintenant un cas où il a seulement été appelé à constater le résultat obtenu par des sacrifices que l'amour maternel s'était spontanément imposés.

OBS. II. — Madame B., mariée en mai 1842, avait déjà eu deux couches; l'une, terminée par le forceps, produisit un enfant volumineux, mort, dont le crâne portait des traces d'enfoncement causé par la pression de l'instrument; la seconde, où, après six applications infructueuses de forceps, M. P. Dubois fut forcé d'opérer la perforation du crâne; l'enfant était encore très-gros.

Le 20 décembre 1846, M. Depaul fut appelé, en l'absence de M. P. Dubois malade, auprès de madame B. Enceinte pour la troisième fois, elle disait être arrivée, à ce moment, au huitième mois de sa grossesse. La dilatation était complète, les membranes venaient de se rompre, quoique le travail ne durât que depuis deux heures et demie. Le cordon faisant saillie hors de la vulve, et la circulation fœtale ayant déjà subi d'assez profondes modifications, M. Depaul jugea urgent de terminer l'accouchement. Il appliqua donc le forceps, et à l'aide de quelques tractions modérées, il parvint sans peine à faire franchir l'obstacle à la tête. L'enfant fut facilement ranimé. Le médecin fut frappé de son petit volume : les os du crâne, plus minces que d'ordinaire, se laissaient facilement déprimer. Son poids était de 2,600 grammes (un peu plus de 5 livres); sa longueur de moins de 47 centimètres; diamètre bi-pariétal de 8 centimètres 3 millimètres.

Aujourd'hui qu'il a plus de 2 ans et demi, sa force et sa santé ne laissent rien à désirer.

La mère se rétablit promptement sans le moindre accident. Cette femme, étant ensuite devenue plus familière avec son médecin, lui avoua qu'elle avait un peu dissimulé la vérité lors de son dernier accouchement. En réalité, se voyant enceinte, et effrayée par le souvenir de ses deux premières couches, elle fit d'abord des fumigations et but de la décoction de sabine, d'armoise et de rue, dans le but de se faire avorter. Mais n'en ayant retiré d'autre résultat qu'un suintement sanguin passager et insignifiant, elle se soumit d'elle-même à un régime débilitant. Le matin elle prenait une côtelette avec la moitié d'un petit pain de 5 centimes; dans la soirée, un bouillon seulement. Peu de vin; mais une soif vive qui se déclara dès le début de ce régime la forçait de boire souvent de l'eau.

Elle souffrit d'abord beaucoup de ce changement; mais elle finit par s'y accoutumer. Son embonpoint diminua notablement.

Le point important de ce détail est que, au moment de l'accouchement, bien qu'elle eût déclaré n'être qu'au huitième mois, elle était néanmoins, et elle savait parfaitement qu'elle était arrivée à terme. Le petit volume de ce dernier enfant, comparé à la grosseur des deux précédents, prouve donc tout à fait en faveur de l'influence qu'a eue ici le régime affaiblissant.

M. Depaul avait été conduit à conseiller la diète et la saignée par l'autorité et l'exemple de M. Moreau, puis aussi par l'observation de ce qui se passe à la campagne, où les éleveurs de bestiaux savent très-bien que pour les avoir forts et vigoureux lors de la naissance, il faut nourrir abondamment les mères pendant la gestation.

Il est une objection journellement présentée contre cette proposition, et dont M. Depaul nous semble faire vraiment trop bon marché. Que de femmes ne voit-on pas, tourmentées de vomissements continuels pendant toute la durée de la grossesse, accoucher cependant d'enfants bien développés! — A cela l'auteur répond que ce cas est justement l'exception et qu'il est bien plus commun de voir, dans de telles circonstances, naître des enfants chétifs. — (N'en déplaise à M. Depaul, il n'y a ici ni règle, ni exception. Les deux cas se voient tous les jours; mais il est vraisemblablement ici d'autres influences qu'on n'a pu encore préciser, car il serait impossible, dans l'état actuel de la science, à un accoucheur même connaissant à fond la manière dont la mère a vécu durant sa grossesse, de dire d'avance quel sera le volume du fœtus. Il est néanmoins positif que des présomptions puissantes plaident pour la réalité d'une action directe exercée par le régime; mais ce ne sont encore que des présomptions.)

Les deux observations précédentes prouvent clairement que cet arrêt momentané du développement des fœtus ne nuit en rien à la force de leur constitution ni à leur santé future.

M. Depaul est d'avis que le régime débilitant est surtout indiqué pour les femmes qui antérieurement n'ont jamais accouché d'un enfant vivant, sans qu'on puisse attribuer cet accident à une autre cause qu'au volume considérable du fœtus. A la vérité, l'accouchement prématuré artificiel offre dans cette même conjoncture une ressource précieuse. Mais relativement à l'enfant, il y a dans la précocité de sa naissance, une source de dangers multipliés qu'il n'est pas besoin de détailler et qui expliquent les résultats fâcheux que l'accouchement prématuré offre sous le rapport de la mortalité des enfants.

La saignée et le régime débilitant doivent-ils également être préférés quand la dystocie tient à un rétrécissement du bassin? Évidemment ils ne peuvent alors remplacer l'accouchement hâtivement provoqué, que si le diamètre sacro-pubien n'a pas perdu plus de 3 centimètres. Cependant on pourrait combiner ces deux ordres de moyens; l'influence des débilitants permettrait alors de reculer un peu le moment de provoquer l'accouchement, et d'accorder ainsi au fœtus quelques semaines en plus de maturation au sein de sa mère. Il est clair, du reste, que les indications relatives à cette association varieront selon chaque cas en particulier.

D'ailleurs, l'accoucheur peut et doit chercher de temps en temps à constater par le développement de l'utérus, par la quantité de liquide qu'il contient, par la mobilité de l'enfant, si le résultat qu'il cherche à atteindre a été obtenu. S'il n'en est pas ainsi, on s'en aperçoit et l'on a recours à la parturition provoquée avant terme.

Enfin, ce dernier moyen sera le seul possible chez les femmes affectées d'un certain degré d'angustie pelvienne, qui n'ont pas consulté dès les premiers mois de leur grossesse.

Quant à la manière de diriger le régime débilitant, M. Depaul pense qu'on agira convenablement en ne le faisant suivre qu'à partir du troisième ou du quatrième mois. Avant cette période, le développement du fœtus marche trop lentement pour en être influencé bien sensiblement. D'ailleurs, à cette époque, une modification profonde imprimée à la mère serait de nature à compromettre la grossesse.

Les douleurs épigastriques si vives que ce changement d'alimentation cause dans les premiers temps s'apaisent graduellement ; de sorte que, durant les deux ou trois derniers mois, les malades de M. Depaul se seraient sans peine imposé des privations même beaucoup plus longues.

Il faut s'abstenir des viandes noires et fortement réparatrices. Les soupes maigres et les légumes doivent faire la base de la nourriture. Sans donner des règles précises, qui seraient impossibles à fixer, M. Depaul croit pouvoir établir qu'il faut retrancher les trois quarts de ce qui constituait l'alimentation ordinaire.

La saignée n'est pas indispensable ; mais si on la juge utile, il faudra la renouveler surtout dans les deux ou trois derniers mois, c'est-à-dire à l'époque où le fœtus se développe dans une proportion considérable.

DE L'EXTRACTION DES CORPS FIBREUX DANS LES ARTICULATIONS PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE ; par M. ALQUIÉ.

La méthode sous-cutanée, ou du moins le procédé employé par M. Goyrand selon cette méthode pour l'extraction des corps articulaires, n'est pas sans inconvénients assez notables. M. Alquié fait ressortir avec force les difficultés de cette manœuvre en rappelant que M. Goyrand lui-même dut s'y prendre à trois reprises pour diviser les tissus qui retenaient en place le corps étranger. M. Bonnet cite également, dans son ouvrage sur les maladies des articulations, un cas où il ne put déloger le cartilage de la cavité articulaire. M. Pleindoux (de Nîmes), M. Velpeau et M. Alquié ont aussi éprouvé cet échec.

Il est donc bien constant que les difficultés de cette espèce d'opération sous-cutanée sont quelquefois au-dessus de l'habileté des chirurgiens les plus expérimentés. Mais a-t-elle des dangers ? C'est une tout autre question ; et nous avons cru reconnaître que le chirurgien de Montpellier ne serait pas fâché de pouvoir, comme la première, la résoudre par l'affirmative. Lisez plutôt la manière dont il s'exprime à cet égard :

« Du moins dans ces deux cas (ceux de MM. Velpeau et Bonnet) si l'on n'a pu pousser les corps fibreux hors de l'articulation, les malades n'ont pas éprouvé de sort funeste ; il n'en a pas été de même pour les deux sujets suivants. » . . . . « Un homme de 35 ans fut traité à l'hôpital de Nîmes pour un corps fibreux du genou gauche. Jugeant convenable d'employer le procédé de M. Goyrand, M. Pleindoux y soumit le malade. Il s'efforça d'inciser la capsule avec un ténotome, et de faire passer à travers le corps fibreux. Ce temps de l'opération fut long et difficile : l'opérateur ne peut même dire si le corps fut délogé de la synoviale. Les accidents inflammatoires furent si violents que le malade succombait, le vingt-cinquième jour, à la prostration la plus caractérisée. » De ce récit, on pourrait en effet conclure que l'opération sous-cutanée a entraîné la mort. Mais la vérité est que, dès le lendemain de ces tentatives infructueuses, M. Pleindoux *agrandit l'incision et fait l'extraction du corps fibreux*. Or ce second temps est-il donc tellement insignifiant, tellement étranger à la terminaison fatale, que M. Alquié ait pu se permettre de le passer entièrement sous silence. Il ne pouvait l'ignorer puisqu'il extrait l'observation de la thèse de M. Moré où les moindres circonstances de l'opération sont rapportées dans tous leurs détails. Si donc c'est par oubli qu'il a omis celle-ci, il doit aujourd'hui terriblement en vouloir à sa mémoire qui l'expose à de pareils soupçons d'infidélité volontaire. Et si ce n'est pas par oubli.... !

Quant au cas qui lui est propre, M. Alquié est bien de taille à supporter la responsabilité de ce revers, qui ne doit pas étonner si l'on songe qu'il fit des tentatives d'extraction sous-cutanée sur une articulation fatiguée déjà par des ponctions faites peu de jours auparavant ; qu'il opéra avec un *bistouri* ; que, enfin, il prolongea ses manœuvres plus longtemps que la prudence ne le comportait.

Quoi qu'il en soit de tout ceci, alors même qu'il n'y aurait que des difficultés attachées à l'exécution de l'opération de M. Goyrand, c'en serait bien assez pour justifier des recherches faites dans le but de découvrir un moyen plus simple d'arriver au même résultat. Le procédé sous-cutané qui appartient à M. J. Guérin réaliserait probablement ce *desideratum* ; mais il ne s'agit en ce moment que d'examiner celui que M. Alquié conseille.

Selon ce chirurgien, la difficulté qu'on trouve à extraire les corps étrangers, à les faire passer de la cavité articulaire dans les couches sous-cutanées, vient de la laxité de la membrane synoviale. Vaste et débordant les surfaces cartilagineuses, cette membrane, surtout au genou, ne peut résister à l'instrument avec lequel on cherche à la diviser dans une certaine étendue. Or, comme il n'est facile de couper que ce qui est fixé, on comprend pourquoi une pareille section reste ordinairement incomplète et trop courte. Un instrument comme le bistouri ou le ténotome ne produit, le plus souvent, dans la synoviale, qu'une simple ponction malgré tous les efforts auxquels le chirurgien se livre pour l'agrandir. On peut aisément s'en assurer sur le cadavre.

Partant de cette idée, M. Alquié propose un instrument propre à tendre la synoviale en même temps qu'il servirait à l'ouvrir convenablement. C'est un bistouri en forme de serpette, semblable à celui qu'on emploie dans certains procédés de myotomie oculaire. Après avoir saisi le corps fibreux à l'aide d'une aiguille à acupuncture, le chirurgien ferait un pli de la peau à quatre travers de doigt au-dessus du genou, pli dont il percerait la base pour frayer passage à la serpette. Portant alors celle-ci à travers l'ouverture cutanée jusqu'à la capsule synoviale et sur le corps étranger, il accrocherait cette membrane, pénétrerait dans sa cavité, piquerait de nouveau cette tunique séreuse à une distance de plusieurs centimètres, et diviserait par pression et glissement la portion de membrane comprise entre les deux extrémités de la lame tranchante.

— Nul doute qu'une incision plus large de la synoviale ne doive puissamment contribuer à faciliter l'exécution du temps le plus épineux de l'opération. On ne peut qu'applaudir, sous ce rapport, à l'idée de M. Alquié, car elle semble *à priori* admirablement propre à réaliser cet avantage. Nous présumons par conséquent qu'elle recevra prochainement de l'expérimentation sur le cadavre ou de l'application clinique la consécration qui lui est indispensable.

En cas d'insuffisance de cet instrument, on pourrait essayer pour remplir le même objet un tout petit lithotome caché, piquant à sa pointe, ou des ciseaux, comme ceux de Smellie pour la céphalotomie, tranchants par leur bord externe. Ils devraient bien entendu être construits sur des dimensions appropriées à ce but spécial.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA CURE DES CORPS MOBILES DES ARTICULATIONS ; par M. DUMOULIN.

M. Dumoulin s'est proposé de tenter une voie toute différente pour arriver au même résultat que ceux qui l'ont précédé dans ces recherches. Il veut immobiliser le corps mobile en un lieu où il ne soit plus nuisible. Il a pensé à utiliser, dans ce but, la propriété que les synoviales ont, comme toutes les séreuses, de contracter des adhérences lorsqu'une pression un peu prolongée maintient leurs deux feuillets rapprochés. C'est par la ligature sous-cutanée qu'il espère cloisonner ainsi le corps étranger et le tenir à perpétuité isolé de l'articulation. Voici comment on y procède.

On prend un lien de soie armé à l'un de ses bouts d'une aiguille légèrement courbe, terminée en fer de lance ; on commence par bien fixer le corps fibreux dans un point convenable du pourtour articulaire, et on le confie à un aide. Cela achevé, on fait un pli à la peau, et l'on passe l'aiguille entre elle et la capsule, circonscrivant dans un demi-cercle sous-cutané le corps à extraire, puis on fait saillir l'aiguille dans un point diamétralement opposé à l'ouverture d'entrée. On engage cette même aiguille dans l'ouverture de sortie qui sert maintenant d'ouverture d'entrée, et l'on entraîne le fil après elle, circonscrivant dans une autre demi-circonférence le corps mobile ; puis on fait ressortir cette aiguille par la première ouverture d'entrée, de telle sorte qu'on a un fil dont les deux chefs sortent par la même ouverture, et qui embrasse dans son anse toute la portion de capsule et de membrane synoviale qui entoure le corps mobile. Avec de la précaution, et en prescrivant à l'aide de soulever un peu le corps qu'il retient entre ses doigts, il est facile de faire la constriction en arrière de lui. On la fait de suite très-forte, et on l'assujettit par un nœud double, puis on fixe les chefs en dehors.

Dans trois expériences qu'il a faites sur des chiens (car le procédé n'a pas encore été essayé chez le malade), M. Dumoulin a constaté qu'il a fallu quatre, cinq et six jours pour la séparation des parties et la chute de la ligature. Mais, en l'absence de corps étranger, il avait dû comprendre la peau dans le nœud, circonstance qui a sans doute un peu retardé l'élimination du fil.

— Avant M. Dumoulin, on avait déjà cherché à séquestrer, au moyen de la compression, le corps étranger dans une partie de la cavité articulaire. Le procédé dont nous venons de donner la description est incontestablement plus efficace que ses anciens essais. Et, quoiqu'on ne puisse porter sur lui un jugement définitif avant qu'il n'ait reçu la sanction de l'expérience, il est cependant permis de dire que son ingénieuse conception éloigne presque certainement la chance de voir survenir à sa suite des accidents de quelque gravité.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE.

M. ISIDORE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE lit une note sur deux monstres doubles parasitaires du genre *céphalomèle*. (Nous publierons textuellement cette note.)

CHOLÉRA.

M. Pellarin lit les conclusions des diverses communications sur le choléra qu'il a faites à l'Académie des sciences pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1849.

Cette partie du travail de l'auteur tend à établir que l'épidémie de choléra dans Givet a reconnu deux origines distinctes : 1° l'*importation*, par un jeune homme arrivant de Bruxelles, où il avait logé dans une maison contenant des cholériques ; — 2° L'*infection*, par les fosses d'aisances méphitiques de deux casernes.

Le premier cholérique, Joseph Ollénard (28 ans), fut atteint le soir même de son arrivée de Bruxelles à Givet, le 17 août. Il guérit. Mais dans la maison où il était traité, une domestique, Ursule Desmoulins (24 ans), est prise du choléra le 25 août et meurt le 31. La veille, 30, l'enfant des maîtres d'Ursule, âgé de 3 ans, est atteint et enlevé. La garde qui a soigné ces deux derniers malades succombe à une attaque de choléra dans la nuit du 2 au 3 septembre. La grand'mère de l'enfant, qui est restée près de lui tout le jour de la maladie, éprouve les symptômes de choléra le 1er septembre et meurt le 6. Le même jour, le domestique de cette dame avait été pris et emporté en quelques heures. Un capitaine en retraite, qui était allé fréquemment dans la maison des premiers cholériques, sans les approcher toutefois, tomba malade le 2 et succomba le 3 au matin. Les trois dernières victimes habitaient des rues différentes où nul cas de choléra ne s'était encore déclaré.

Voilà pour l'importation.

Voici maintenant pour l'infection :

Dans la nuit du 31 août au 1er septembre, la latrine de la petite caserne exhalait une odeur d'œufs pourris et des vapeurs piquantes en abondance. A onze heures du soir, le grenadier Lefebvre, au sortir de cette latrine, est pris des symptômes d'un choléra foudroyant ; un peu plus tard, un second grenadier, dans la même circonstance, est atteint pareillement. Tous deux étaient morts avant neuf heures du matin. Un grand nombre d'hommes des deux compagnies du 63e de ligne, logées à la petite caserne, sont attaqués successivement du choléra. « Quand une fois, m'ont dit ces militaires, on avait été à la latrine, on se sentait le cœur soulevé et on éprouvait bientôt le besoin d'y retourner avec du dévoiement ; puis survenaient les vomissements, les crampes, etc. » Quelques-uns étaient comme frappés d'un coup de marteau à la tête. Un caporal de grenadiers tomba ainsi à deux pas de la latrine. Le soir, à minuit, on comptait à l'hôpital 19 entrées et 6 décès de cholériques, tous provenant de la petite caserne qui fut évacuée sur la demande des médecins.

Cinq jours plus tard, les premiers symptômes du choléra se manifestaient à la grande caserne chez une cantinière de la garde mobile, au sortir d'une latrine infecte où cette femme était allée bien portante et sans dévoiement. Les cas suivants éclatent de la même manière, quelques-uns sur des hommes exempts de diarrhée et de toute indisposition antérieure. Par ce temps de basses eaux, les matières des fosses d'aisances, que la Meuse est chargée d'enlever, formaient, avec un peu d'eau croupissante laissée par le fleuve, des cloaques qui devenaient autant de foyers d'infection cholérique. Du moment qu'on eut jeté sur ces amas de matières une grande quantité de chaux, du moment surtout que la Meuse, par l'effet des premières pluies d'automne, se fut élevée jusqu'à submerger les fosses, aucun nouveau cas de choléra n'eut lieu à la grande caserne.

Les conclusions de ce travail se résument dans la proposition suivante :

« Le choléra est engendré par *infection* et propagé par *contagion*. »

Voici la série des déductions que l'auteur a tirées tant des faits par lui observés que de ses recherches sur l'origine et la marche à suivre dans les divers pays où ce fléau s'est montré :

1° Le choléra est un empoisonnement produit par l'absorption d'un ou de plusieurs gaz délétères exhalés des matières animales en décomposition, spécialement de celles que renferment les fosses d'aisances.

2° L'agent de l'empoisonnement cholérique se comporte de manière à faire croire qu'il pourrait bien être le gaz sulfhydrique et sa combinaison ammoniacale.

3° Dans l'épidémie du choléra que j'ai observée à Givet pendant le mois de septembre 1849, le choléra a toujours été contracté à la suite de l'une ou de l'autre de ces deux circonstances :

Fréquentation de latrines infectes ;

Ou respiration de miasmes émanés des matières rejetées par les cholériques. (Je n'entends point dire que ce soit là le seul mode de transmission du choléra, mais simplement que c'est l'un des plus ordinaires.)

4° Il n'est pas nécessaire d'avoir déjà la diarrhée pour être atteint du choléra, si l'on s'expose, sans la protection d'un désinfectant qui les neutralise (le chlore, par exemple), aux influences qui engendrent ou qui transmettent l'affection cholérique.

5° La diarrhée ne constitue une prédisposition au choléra que parce qu'elle oblige d'aller fréquemment aux endroits où l'on respire l'air méphitique qui donne le choléra et parce qu'elle rend l'absorption plus active chez les sujets qu'elle a débilités.

6° Le choléra ne voyage qu'avec et par les individus qui en ont pris le germe.

7° L'influence épidémique en dehors des causes bien déterminées qui peuvent donner lieu au choléra est une hypothèse gratuite.

Cette influence ne se manifeste que là où se rencontre l'une ou l'autre des deux causes de choléra que j'ai signalées plus haut : matières animales en décomposition ou émanation de cholériques.

8° L'influence épidémique ne doit s'entendre que de la disposition créée par la présence d'un certain nombre de malades dont chacun est susceptible de devenir pour les personnes qui l'approchent un foyer d'infection cholérique, c'est-à-dire un agent de transmission de la maladie ; ce qui constitue la *contagion* proprement dite, de quelque manière que cette transmission se fasse.

9° Il faut repousser comme aussi peu fondée qu'effrayante l'idée des masses d'air empoisonné, de *nuages cholériques* qui circuleraient dans l'atmosphère promenant le fléau indien d'un bout à l'autre du globe.

10° Les conditions qui font naître le choléra, les circonstances à la faveur desquelles il se propage sont de nature à disparaître devant les efforts éclairés de l'homme ; l'une de ces conditions paraît être l'usage où l'on est dans l'Inde, ce foyer d'origine des épidémies cholériques, de jeter les cadavres dans les fleuves.

11° En temps d'épidémie de choléra, la désinfection des fosses d'aisances et des matières rejetées par les cholériques ; l'enfouissement immédiat de ces matières, si c'est dans les campagnes où la plupart des habitations n'ont pas de fosses d'aisances couvertes ; voilà l'essentielle mesure de préservation à mettre en usage.

12° L'empoisonnement cholérique porté à un certain degré est tout à fait incompatible avec la conservation de la vie.

13° L'intensité de l'attaque de choléra, en d'autres termes, la rapidité, la violence des symptômes cholériques, la gravité du danger, la difficulté du rétablissement sont en raison de la quantité de gaz délétère absorbé, et en raison *inverse* de la force de résistance du sujet.

14° Deux indications sont à remplir dans le traitement du choléra déclaré :

a. Soutenir les forces vitales contre l'action du principe délétère qui tend à les détruire.

b. Neutraliser autant que possible ce principe au sein de l'économie, et en favoriser l'élimination.

A la première indication répondent les inspirations de vapeur d'éther (qu'on doit avoir soin de ne pas pousser jusqu'à produire le narcotisme), les boissons aromatiques spiritueuses et opiacées, les frictions excitantes, les applications de corps chauds, de sinapismes, de vésicatoires à la surface du corps.

Plusieurs de ces moyens agissent aussi dans le sens de la seconde indication qui réclame en outre les inspirations de chlore, les lotions avec les chlorures, le renouvellement de l'air autour des cholériques, l'attention d'éloigner d'eux promptement leurs déjections, ainsi que les linges et les effets qui en sont souillés ; enfin l'usage de boissons abondantes et en particulier de l'eau pure qui est souvent mieux supportée que tout autre liquide.

Il faut se défier des émissions sanguines et d'une diète trop prolongée après une attaque de choléra.

Dès que l'estomac les tolère, il faut donner les toniques, les préparations de quinquina spécialement, un peu de vin et quelques bouillons fortifiants.

15° Bien loin qu'une première attaque de choléra mette à l'abri d'une nouvelle attaque, elle y prédispose au contraire.

16° L'usage modéré des spiritueux est tout à fait hygiénique en temps d'épidémie de choléra, surtout de la part des personnes qui approchent les malades.

17° Ce sera un des premiers devoirs de l'administration en présence d'une épidémie de choléra, que d'établir, comme l'avait demandé la commission médicale de 1831, des hôpitaux exclusivement affectés aux cholériques (1).

ASSAINISSEMENT DES AIGUISERIES D'ARMES.

M. Morin dépose, au nom de M. Jules Peugeot, directeur de l'aiguiserie d'armes de Hérimoncourt, un relevé statistique destiné à faire connaître la proportion des cas d'accidents produits par les éclats de meules et des cas de mort par phthisie pulmonaire occasionnés par la respiration des poussières émanées de ces meules, avant et depuis l'établissement des mesures prophylactiques adoptées dans cette usine, mesures qui consistent en un système d'armatures des meules et de ventilateurs aspirateurs.

Voici le résultat de cette statistique comparative :

Dans une période de neuf ans, antérieurement à l'établissement de ces moyens prophylactiques, sur dix ouvriers aiguisiers, quatre, c'est-à-dire les quatre dixièmes ont été blessés par des éclats de meules, et sept ont péri de phthisie pulmonaire.

Dans une période de cinq ans, depuis l'application de ces nouvelles mesures, un seul ouvrier est mort phthisique, encore cet ouvrier avait-il travaillé longtemps auparavant dans l'usine ; et le chiffre des blessés est de zéro.

RAPPORT DE LA CHALEUR ANIMALE AVEC LA QUANTITÉ D'OXYGÈNE COMBINÉ PENDANT LA RESPIRATION.

M. Chénot, ancien élève de l'École des mines, envoie une note sur le rapport de la chaleur animale avec la quantité d'oxygène combiné pendant l'acte de la respiration.

Suivant l'auteur, ce serait à tort qu'on aurait classé les animaux jusqu'à présent en animaux à sang chaud et en animaux à sang froid. Contrairement à l'opinion généralement admise par les physiologistes, l'auteur croit que tous les

(1) Cette commission, nommée le 26 juill. 1831, était composée de MM. Portal, A. Dubois, Lisfranc, Chomel, Cruveilhier, Parent-Duchâtelet et Guéneau de Mussy. De crainte d'alarmer la population, l'autorité ne crut pas devoir déférer au pays l'avis de la commission.

animaux ont une chaleur absolue, proportionnelle à la quantité d'oxygène qu'ils comburent, et que tous en comburent en proportion des aliments qu'ils s'approprient et dans la proportion de leur poids. Les variations de température ne tiendraient simplement qu'à l'état du milieu dans lequel les animaux vivent.

FONCTIONS DES GLOBULES DU SANG ET BUT DE LA RESPIRATION.

M. Clémens, ancien maître de sciences physiques au collége de Vevey (Suisse), actuellement étudiant en médecine à Berne, adresse, sous le couvert des ministres de l'agriculture et du commerce, un mémoire sur les fonctions des globules du sang et sur l'un des buts probables de la respiration.

Les globules du sang, d'après M. Clément, seraient doués d'une vie et d'une force particulière, en vertu desquelles ils peuvent résister à la destruction et à la putréfaction, et provoquer les mouvements du cœur dans la circulation. Cette même force et cette même vie président à la nutrition des organes.

Quant au but principal de la respiration, ce serait, suivant l'auteur, la production du fluide globulaire et la nutrition du corps par la décomposition du sang au moyen des globules dont les fonctions dans les vaisseaux capillaires ressembleraient à celles d'un système nerveux mobile.

Enfin l'acide carbonique qui s'unit aux globules lorsqu'ils ont rempli leurs fonctions, agirait à la manière d'une sorte de soupape de sûreté, en narcotisant ces globules et les forçant au repos pendant leur passage dans les vaisseaux veineux.

M. Pétrequin envoie un mémoire sur la cataracte noire et sur son diagnostic différentiel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre des affaires étrangères annonçant l'envoi d'une caisse d'échantillons de *cédrons* employés dans l'isthme de Panama, comme fébrifuges et antivénéneux (renvoyée à une commission composée de MM. Chevallier, Mérat, Honoré et Duméril) ;

2° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'une notice sur le traitement du choléra par M. Turecki, étudiant en médecine

3° Lettre du même ministre, avec envoi d'une recette d'un remède contre le choléra et la cholérine, par M. Paoli, pharmacien à Bouniagues (Dordogne) ;

4° Trois autres lettres du même ministre, avec envoi de notices et échantillons de divers remèdes secrets, et d'un instrument destiné à fonctionner comme sangsues et comme ventouses ;

5° Enfin, le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pendant le mois de novembre, envoyé par le préfet de police.

Le secrétaire perpétuel de la Société centrale d'agriculture annonce que, conformément aux vœux de l'Académie, la Société d'agriculture a désigné une commission pour s'occuper, de concert avec la commission de l'Académie, du projet d'annuaire des eaux de la France.

M. Daremberg adresse un post-scriptum à sa lettre du 19 novembre dernier, contenant des renseignements nouveaux sur des manuscrits de Rufus et des matériaux utiles à l'histoire de la médecine pendant la période byzantine.

M. Gouticeit, médecin à Orel, en Russie, envoie un mémoire sur l'efficacité des vésicatoires dans le traitement des inflammations rhumatiques des membranes séreuses. (Commissaires : MM. Louis et Bricheteau.)

M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, adresse une deuxième observation d'hydrocèle guérie par l'injection gazeuse d'ammoniaque liquide. (Comm. : MM. Velpeau et Jobert.)

M. Morlot, médecin en chef provisoire de l'asile des aliénés de Dijon, signale à l'Académie quelques faits qu'il croit favorables à l'opinion de la contagion du choléra.

M. Germain, médecin de l'hôpital de Salins, envoie un mémoire sur l'activité thérapeutique des eaux minérales de Salins, et de leur résidu liquide d'évaporation. (Comm. des eaux minérales.)

Le même médecin écrit en réponse à une objection qui a été faite à l'une des assertions contenues dans un de ses derniers mémoires, pour affirmer de nouveau que c'est bien, ainsi qu'il l'avait avancé, dans la proportion de 2,0 *grammes* par *hectolitre* d'eau que se trouve le bromure de potassium dans les eaux mères des salines de Salins.

M. Pellarin adresse les conclusions et la fin des communications faites par lui à l'Académie sur le choléra de Givet pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1849. Dans cette note, l'auteur appelle l'attention sur un danger qui pourrait exister en temps d'épidémie cholérique, c'est que le crime ne songeât à tirer parti de la redoutable propriété qu'ont les matières rejetées par les malades de communiquer le choléra aux personnes qui en respirent les émanations.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement du bureau pour l'année 1850. L'Académie procède au scrutin.

1° Pour le président. — Votants, 74.

M. Bricheteau obtient	67 voix.
M. Husson	1
M. Mérat	1
M. Orfila	2
M. Nacquart	1
Billets blancs	2

M. Bricheteau est nommé président.

2° Pour le vice-président. — Votants, 69.

M. Orfila	63 voix.
M. Rayer	2
M. Gibert	1
M. Guéneau de Mussy	1
M. Louis	1
M. Nacquart	1

M. Orfila est nommé vice-président.

3° Pour le secrétaire annuel.

M. Gibert	57 voix.
M. Orfila	1
M. Rayer	1
M. Martin-Solon	1

M. Gibert est réélu secrétaire annuel.

4° Pour le premier membre du conseil.

M. Velpeau	47 voix.
M. Guibourt	3
M. Poiseuille	2
M. Jobert	1
M. Rayer	1

M. Velpeau est nommé membre du conseil.

5° Pour le deuxième membre du conseil.

M. Rayer	31 voix.
M. Cornac	8
M. Poiseuille	4
M. Jobert	2
M. Guibourt	1
M. Nacquart	1
M. Barthélemy	1

M. Rayer est nommé membre du conseil.

6° Pour le troisième membre du conseil.

M. Guibourt	27 voix.
M. Jobert	10
M. Poiseuille	9
M. Cornac	5
M. Dizé	1

M. Guibourt est nommé membre du conseil.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1849 ; par le docteur Brown-Séquard, secrétaire.

I. — ANATOMIE NORMALE.

1° SUR L'EXISTENCE DE DEUX ESPÈCES NOUVELLES D'ÉLÉMENTS ANATOMIQUES QUI SE TROUVENT DANS LE CANAL MÉDULLAIRE DES OS ; par M. Ch. Robin.

1° Il existe dans tous les os courts, plats ou longs, outre les cellules adipeuses, les vaisseaux et de la matière amorphe finement granuleuse, une espèce particulière de cellules, qu'on peut appeler *cellules médullaires* parce qu'elles sont propres au tissu médullaire des os. Ces cellules sont sphériques ou un peu polyédriques ; elles ont un diamètre de 0mm,015 à 0mm,018 ; elles sont transparentes, à bords nets ; elles renferment toutes un noyau sphérique, régulier, transparent, à bords très-nets, en général assez foncés. Il a un diamètre de 0mm,006 à 0mm,007. Entre le noyau et la cellule existent des granulations moléculaires dont la quantité varie, mais qui sont constantes et sont plus abondantes autour du noyau que dans le reste de l'étendue de la cellule. Ces cellules sont plus abondantes chez les jeunes sujets que chez les adultes ; chez les premiers, elles forment presque à elles seules avec les vaisseaux la moelle des os, qui jusqu'à la fin de la grossesse ne renferme que fort peu de cellules adipeuses.

2° On trouve dans les os longs et aussi dans les os courts, mais en quantité moindre, une autre espèce d'éléments anatomiques qui sont plus importants à connaître que les précédents, parce qu'ils constituent quelquefois à eux seuls certaines tumeurs des os. Quelques tumeurs des os, considérées par les pathologistes comme du cancer, renferment non des cellules cancéreuses, mais un élément spécial, caractérisé par de grandes plaques ou lamelles aplaties, tantôt polygonales, tantôt irrégulièrement sphériques, ayant au moins 0mm,050 à 0mm,080 de diamètre. Ces plaques sont finement granuleuses et sont remar-

quables par les noyaux, au nombre de six à dix, qui sont contenus dans l'épaisseur des plaques et leur donnent un cachet tout spécial. Ces noyaux ont 0^{mm},009 de longueur sur 0^{mm},005 de large ; ils sont ovoïdes et contiennent un ou deux nucléoles, accompagnés de petites granulations moléculaires. J'ai eu l'occasion de voir plusieurs tumeurs de ce genre qui, dans un cas, avait déterminé un *spina-ventosa* du tibia et en avait distendu et aminci considérablement la substance osseuse et avait fini par faire issue au dehors. M. Lebert possède également des dessins de tumeurs formées des mêmes éléments que je viens de décrire. M. le docteur Vosse de Christiania a observé une tumeur des métatarsiens qui était formée de ces éléments dont il m'a montré un dessin.

Les faits que je veux ajouter aux précédents, c'est que ces éléments sont des éléments normaux du tissu médullaire des os, qu'on y trouve sans qu'il y ait affection de ces organes. On les trouve surtout à la surface de la moelle, entre elle et la face interne du canal. Ils sont beaucoup moins nombreux que les cellules précédemment décrites et que les cellules adipeuses. Ils sont aussi plus abondants dans les os des jeunes sujets que chez ceux des adultes et des vieillards. On les trouve de même que les premières dans les os de tous les mammifères domestiques. C'est donc par formation locale en grande abondance de ces plaques ou lamelles que sont formées les tumeurs de la nature de celles où cet élément a été observé d'abord avant d'être étudié à l'état normal. (20 octobre.)

2° SUR L'OS THYRO-HYOÏDIEN DES BATRACIENS ANOURES; par M. DAVAINE.

On sait qu'un des buts principaux de l'anatomie comparée est de rechercher et d'étudier toutes les modifications qu'un appareil ou qu'un organe déterminé peut éprouver dans la série des animaux qui en sont pourvus. Cette étude offre des difficultés sérieuses qui naissent de variétés considérables qu'un même organe peut présenter, non-seulement dans sa forme et dans ses rapports, mais encore dans le nombre variable des éléments qui peuvent le composer. Il est un autre genre de difficultés non moins réelles, mais dont on ne s'est pas, je crois, aussi généralement préoccupé : je veux parler des difficultés qui naissent nécessairement toutes les fois que, par suite d'une sorte de fusion, un os et un cartilage, par exemple, se trouvent remplacés, chez un animal, par une pièce unique, osseuse ou cartilagineuse. Je m'explique : il existe chez les grenouilles et chez les autres batraciens anoures un os-cartilage, que l'on désigne dans les traités d'anatomie comparée sous le nom d'*os hyoïde*. Or je me propose d'établir, dans cette note, que cet os-cartilage, dont je présente plusieurs préparations à la Société, correspond par ses usages, par sa conformation, par les muscles qui s'y insèrent, non pas à l'os hyoïde seulement, mais bien à la fois à l'os hyoïde et au cartilage thyroïde des mammifères.

Sans m'arrêter aux inductions que l'on pourrait peut-être trouver dans la structure de cette plaque ostéo-cartilagineuse, je commencerai par rappeler succinctement les analogies de cet organe avec l'os hyoïde des mammifères ; analogies tellement nombreuses et incontestables qu'il a toujours été considéré et décrit exclusivement comme os hyoïde chez les batraciens.

Placé au devant du col, en arrière de la langue, cet organe présente antérieurement deux apophyses longues et grêles (apophyses styloïdiennes) qui vont se fixer à la base du crâne ; il donne insertion à des muscles nombreux, qui, soit médiatement, soit immédiatement, concourent aux mouvements divers de la langue ; ce sont : pour chaque côté, un géni-hyoïdien, deux ou trois stylo-hyoïdiens (suivant les espèces), un mylo-hyoïdien, dont une portion, dans le crapaud commun, s'insère à la corne styloïdienne. Ces muscles portent cette plaque ostéo-cartilagineuse en haut et en avant. Ce sont, en outre, un omo-hyoïdien, un sterno-pubio-hyoïdien qui, dans quelques espèces, comme le crapaud et la rainette, forme deux muscles distincts ; ils portent cette plaque en arrière ou sur les côtés. Enfin un muscle hyo-glosse puissant s'y insère et achève de démontrer que, comme l'os hyoïde chez les mammifères, cet organe forme en quelque sorte le squelette de l'appareil lingual, et qu'il doit être considéré comme l'os hyoïde des batraciens anoures.

Mais, d'un autre côté, si l'on examine l'appareil respiratoire de la grenouille, on trouve à l'entrée de cet appareil un organe vocal, un larynx qui offre de grandes analogies avec celui des mammifères.

D'abord, en avant des poumons, un anneau plus ou moins compliqué est l'analogue du cartilage cricoïde. Cet anneau supporte deux cartilages mobiles qui, par leurs mouvements, ouvrent ou ferment la glotte. Ils sont surmontés d'un petit cartilage corniculé et donnent attache à un ruban ou corde vocale dont les vibrations produisent la voix des grenouilles. Ces cartilages, dont l'analogie avec les cartilages aryténoïdes de l'homme ne peut être méconnue, ont été considérés comme des aryténoïdes par tous les anatomistes et en ont reçu le nom.

Pour achever la série des analogues entre le larynx des batraciens anoures et celui des mammifères, il manque le cartilage thyroïde. Mais faisons abstraction pour un instant des fonctions de l'hyoïde par rapport à la langue, et considérons seulement ses rapports avec le larynx ; alors nous voyons tout d'abord qu'il forme au devant de cet organe une plaque terminée par deux cornes postérieures (cornes thyroïdiennes), dans l'écartement desquelles est logé le larynx. L'extrémité libre de ces cornes s'articule avec le cricoïde de la même manière que les petites cornes du cartilage thyroïde dans les mammifères ; de plus une membrane analogue à la thyro-cricoïdienne achève dans toute l'étendue du bord postérieur de la plaque hyoïdienne les moyens d'union de ces deux organes. Là ne se bornent pas les fonctions de cette plaque par rapport au larynx : trois muscles ou paires de muscles servent aux mouvements de cet organe. Le premier, situé à la face postérieure ou supérieure du larynx, prend son insertion au sommet de la corne thyroïdienne de l'hyoïde, et, se portant en dedans, va s'insérer au bord libre de l'aryténoïde ; en se contractant, il ouvre la glotte. Le second, placé en avant de celui-ci, s'insère également à la corne de l'hyoïde, auprès du précédent ; il contourne le larynx en avant, s'insère en partie au cartilage aryténoïdien et confond le reste de ses fibres avec ses analogues du côté opposé. Ce muscle ferme l'orifice de la glotte. Le troisième de ces muscles, placé entre les précédents et le cartilage aryténoïde, s'insère en avant à la base de la corne thyroïdienne de l'hyoïde, et en arrière à l'arc dorsal du cartilage cricoïde en confondant ses fibres avec ses analogues de l'autre côté. Il peut fermer la glotte et présenter la base des aryténoïdiens en face de l'infundibulum où s'abouchent les poumons.

Ainsi, dans les batraciens anoures, la plaque que l'on a désignée sous le nom d'*os hyoïde* ne se borne pas à supporter le larynx, mais elle forme une pièce principale, essentielle dans la constitution de cet organe. Non-seulement elle s'articule avec le cricoïde, mais elle donne attache aux muscles qui font mouvoir ce cartilage et à ceux qui ouvrent et ferment la glotte. Il est inutile de rappeler ici que dans l'homme et les mammifères, c'est là la fonction principale du cartilage thyroïde.

De cet exposé, il résulte que la plaque hyoïdienne des batraciens, indépendamment de ces rapports avec la langue, forme une partie essentielle du larynx de ces animaux, qu'elle remplit chez eux la fonction dévolue au cartilage thyroïde chez les mammifères. Il faut donc admettre que la plaque hyoïdienne des batraciens anoures, qui présente les caractères d'un cartilage thyroïde d'une part, d'un os hyoïde d'une autre part, est une sorte de fusion de ces deux organes, que c'est en un mot un *os thyro-hyoïdien*. (20 octobre.)

3° SUR LA CONFORMATION PARTICULIÈRE DU CRANE ET DU CERVEAU CHEZ LES POULES HUPPÉES ; par MM. RAYER et LEBERT.

M. LEBERT lit, au nom de M. Rayer et au sien, une note détaillée sur ce sujet.

Après avoir consigné les observations des anatomistes et des physiologistes que cette singulière disposition avait frappés, il met sous les yeux de la Société plusieurs pièces fraîches et des crânes de poules ou de coqs huppés, sur lesquels on constate :

1° Une projection prononcée en avant, avec soulèvement des os frontaux ;

2° Un arrêt de développement dans l'ossification de ces mêmes os ;

3° L'intervalle qui existe entre les hémisphères et les tubercules quadrijumeaux, contrairement à ce que présente le cerveau des poules non huppées.

Les auteurs de cette note insistent enfin sur la remarque qu'ils ont faite du passage des vaisseaux provenant des parties molles situées au-dessous de la huppe, et traversant la partie restée membraneuse ou non entièrement ossifiée des os frontaux pour se rendre dans les sinus veineux encéphaliques ; une large communication existe aussi, sur un crâne de coq présenté, entre les veines cérébrales, dites de Galien, et les veines extérieures du péricrâne et de la huppe.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° SUR LA MUTABILITÉ DE LA COLORATION DES RAINETTES ; par M. DAVAINE.

« Je viens de mettre sous les yeux de la Société une rainette verte (*hyla arborea*), qui m'a offert, depuis huit ou dix jours, plusieurs variations successives de couleur. Lorsqu'elle me fut apportée, le 27 septembre, elle présentait la coloration verte ordinaire aux batraciens de cette espèce. Je la mis dans un bocal avec une autre rainette verte.

» Le lendemain, la première de ces deux rainettes était complétement noire sur toutes les parties qui la veille présentaient une teinte verte. La coloration noire persista jusqu'au 1er octobre, jour où je l'apportai dans le laboratoire de M. Rayer. Le 2, elle présenta de nouveau une teinte uniformément verte, mais un peu foncée. Le 3, elle était redevenue noire. Le 4, elle conservait la même teinte, mais les pattes et le ventre étaient d'un jaune safrané très-prononcé. Aujourd'hui 6, les pattes et le ventre sont d'une couleur à peu près normale, mais le dos et la tête présentent, sur un fond noir, un pointillé vert et blanc. Cette rainette est restée constamment avec l'autre dont j'ai fait mention et qui n'a jamais présenté de changement dans la coloration d'aucune de ses parties.

» On sait que MM. Duméril et Bibron, Dugès et Gervais, ont mentionné ce singulier phénomène de la mutabilité de la coloration des rainettes. Tout récemment (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1848), M. Pouchet a donné de ce phénomène une explication, qui rappelle celle de M. Milne-Edwards relativement aux variations de couleur si connues du caméléon. Suivant M. Pouchet, la peau des rainettes offre quatre couches distinctes : l'épiderme, une couche colorante superficielle d'où dérive la coloration verte de l'animal, une couche colorante profonde, plus épaisse, noirâtre, composée de houppes pénicilliformes, et enfin le derme. Les changements de couleur dépendraient de l'expansion vers la surface de la peau des houppes colorées de pigment noir, tandis que la teinte verte resterait normale ou deviendrait plus prononcée par suite du retrait des houppes de ce pigment noir et profond.

» Quelque ingénieuse que soit cette explication, il n'est peut-être pas impossible que ces changements ne puissent dépendre de simples modifications de la lumière à la surface de la peau. Au moins l'existence des deux pigments admis par M. Pouchet (le pigment superficiel vert et le pigment profond noir) ne peut rendre compte de certaines colorations observées chez les rainettes, et en particulier de la coloration jaune mentionnée par Dugès ; car le jaune est une couleur primitive, qui ne peut naître du mélange plus ou moins complet du pigment noir et du pigment vert.

» Je me propose d'examiner, à divers grossissements au microscope, des couches minces de la peau de ces grenouilles, dans le but d'y rechercher les dis-

positions pigmentaires signalées par M. Pouchet, et dont aucun anatomiste, à ma connaissance, n'a fait mention depuis. » (6 octobre.)

2° SUR LA MORT PAR LA FOUDRE ET PAR L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME; par M. BROWN-SÉQUARD.

On s'étonne de ne pas rencontrer, en général, chez les individus foudroyés, des lésions qui expliquent la mort, et l'on se demande comment tue la foudre. Il est facile de résoudre cette question. Toute cause d'excitation des forces nerveuse, musculaire, etc., agit de façon à diminuer d'autant plus la quantité de ces forces qui se trouve à un moment donné chez un individu, que l'excitation est plus énergique. Tous les faits connus démontrent l'exactitude de cette loi. Il en ressort que la foudre, en tant que cause d'excitation extrêmement puissante, déterminera la dépense de toute la quantité des forces nerveuse, musculaire, etc., chez les individus qu'elle frappera. Ces forces anéanties, on comprend parfaitement que la vie doive cesser aussitôt, puisque aucun des actes vitaux de quelque importance ne saurait s'accomplir en l'absence de ces forces.

Ainsi donc, la foudre tue en épuisant toute la quantité des forces dynamiques que possède l'économie animale. On s'explique ainsi très-facilement l'absence de lésion visible dans les organes : il n'en est pas besoin pour tuer, il suffit de l'anéantissement des forces.

Peut-il se faire cependant que, dans certains cas, la foudre tue d'une autre manière? Assurément le fait est possible : je ne veux pas parler ici des accidents qui peuvent avoir lieu chez un individu renversé par la foudre et qui n'aurait pas été tué si, dans sa chute, il ne s'était fait une blessure mortelle. J'entends parler des cas où de faibles décharges de fluide électrique atmosphérique viendraient atteindre successivement un individu. Dans ce cas, la mort aurait lieu par asphyxie, comme elle a lieu, en général, chez les animaux qu'on tue par le galvanisme ou l'électricité. Tous les muscles du corps, respirateurs et autres, entrent en contraction, il devient impossible à l'individu (homme ou animal) de faire des mouvements respiratoires, et l'asphyxie s'opère complétement.

Dans ce cas, on constatera à l'autopsie toutes les traces de l'asphyxie. Bien que cette manière d'agir de la foudre doive être très-rare, on conçoit qu'elle est possible. Les hommes tués ainsi devront présenter une rigidité cadavérique très-reconnaissable, survenue quelques minutes après la mort, et qui sera très-peu énergique et durera bien moins d'une heure. De plus, la putréfaction, qui survient si vite d'ordinaire chez les individus foudroyés, tardera un peu plus à se montrer dans le cas particulier qui nous occupe.

A l'appui de ce qui précède et des assertions contenues dans le précédent compte rendu, sous le titre : INFLUENCE DE L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME ET DE LA FOUDRE SUR LA DURÉE DE LA RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE, nous rapporterons les expériences suivantes qui ont été faites sous les yeux de la Société, dans les séances du 15 et du 22 septembre.

1° Un des membres postérieurs d'un lapin avait été soumis pendant une demi-heure à l'action d'un courant électro-magnétique énergique, et aussitôt après l'animal avait été tué, environ deux heures et demie avant la séance, à l'ouverture de laquelle on put constater, sur le train postérieur de ce lapin, que la rigidité cadavérique existait déjà dans le membre galvanisé, tandis que l'autre membre était encore tout à fait souple. A la fin de la séance, c'est-à-dire un peu moins de deux heures après, on reconnut que la rigidité durait encore, mais qu'elle avait de beaucoup diminué dans le membre galvanisé, tandis qu'elle commençait à peine dans l'autre. Huit jours après, ces deux membres furent de nouveau montrés à la Société : le premier était en pleine putréfaction; le second possédait encore la rigidité cadavérique.

Dans le membre galvanisé, la rigidité est survenue deux heures après la mort de l'animal; elle a duré un peu moins de trois heures, et la putréfaction a déjà été très-manifeste au bout de deux jours.

Dans le membre non galvanisé, la rigidité est survenue environ quatre heures et demie après la mort de l'animal; elle a duré neuf jours, et la putréfaction n'a été très-manifeste que le douzième jour après la mort.

2° Sur un autre lapin, on enlève les membres antérieurs, sous les yeux de la Société, et l'on fait passer par l'un d'eux un courant électro-magnétique puissant. On constate que l'irritabilité musculaire diminue peu à peu, et l'on n'en trouve plus de traces au bout de dix minutes; la rigidité commence dès lors à se montrer, mais très-faible.

L'autre membre conserve encore l'irritabilité musculaire à un degré considérable. Vers la fin de la séance, c'est-à-dire au bout d'une demi-heure, on constate que la rigidité a disparu dans le membre galvanisé, tandis qu'elle n'existe pas encore dans l'autre. Elle n'y est survenue que quatre heures et demie après qu'elle eut cessé dans le membre galvanisé.

Huit jours après, ces deux membres furent de nouveau montrés à la Société; celui dont la rigidité n'avait duré qu'une demi-heure était dans un état de putréfaction très-avancée; l'autre était encore rigide.

3° Un cochon d'Inde fut tué par l'électro-magnétisme; on continua pendant dix minutes après sa mort, à faire passer le courant de sa tête à l'anus; lorsqu'on l'interrompit, la roideur existait déjà dans les muscles du cou et dans ceux de la face, des mâchoires et du tronc. Deux minutes plus tard, la rigidité survint dans les membres. Au bout d'une demi-heure, les membres étaient redevenus souples.

Le lendemain matin (en moins de treize heures), la putréfaction avait déjà commencé chez cet animal; il fut montré à M. Rayer et à M. Lallemand, qui constatèrent l'existence de la putréfaction.

3° EXPÉRIENCES SUR LA CONTRACTILITÉ DE LA RATE, exécutées par plusieurs membres de la Société, sur l'invitation de M. RAYER.

M. Kolliker a publié récemment un remarquable mémoire duquel il résulte : 1° que les muscles qu'on avait regardés jusqu'ici comme formés de *fibres lisses* sont composés de cellules très-allongées, portant un noyau allongé, dont la direction est parallèle à celle de la cellule; 2° que ces cellules allongées, nommées par Kolliker *fibres cellules musculaires*, se trouvent dans un très-grand nombre d'organes ou de parties d'organes.

M. Kolliker a constaté l'existence de ces fibres cellules dans le mamelon et son auréole, dans le derme, dans l'intérieur du globe oculaire (muscle de Crampton, etc.), dans le tube digestif, dans la vessie, dans une partie de la prostate et aussi du vagin, dans les artères, les veines et les lymphatiques, dans les uretères, l'urètre, les trompes, l'utérus, le dartos et les conduits déférents, dans la trachée et les bronches, et enfin dans la rate et plusieurs autres organes.

Si ces fibres cellules méritent la qualification de musculaires, elles doivent être contractiles, et les tissus où elles se trouvent en quantité suffisante doivent posséder la contractilité. Conduit par cette idée, M. R. Wagner a cherché si la rate pouvait se contracter sous l'excitation galvanique. Les trabécules de cet organe et même chez certains animaux sa membrane d'enveloppe dite fibreuse, sont composées de fibres cellules. On savait depuis longtemps que la rate était contractile : M. Defermon avait signalé les singulières contorsions de cet organe sous l'influence de la strychnine; M. Wagner a obtenu des contractions non douteuses par l'excitation galvanique.

Sur l'invitation de M. Rayer, M. Cl. Bernard s'est procuré deux chiens, et il a fait, avec l'aide de plusieurs membres de la Société, les expériences suivantes :

Un de ces chiens a été empoisonné par de la strychnine, après qu'on eut mis la rate à nu, sans léser son pédicule vasculaire. On mesura les diverses dimensions de l'organe, et lorsque l'animal, pris de convulsions tétaniques, fut près de mourir, on mesura de nouveau sa rate; on ne trouva qu'une très-légère diminution de volume, qui pouvait d'ailleurs tenir à une diminution dans la quantité de sang circulant dans l'organe; mais il parut évident à plusieurs des assistants que la surface de la rate avait changé d'aspect et de lisse était devenue chagrinée et que ses bords avaient changé de forme.

Cette expérience, comme on voit, n'a pas donné des résultats très-tranchés; cependant il ne faudrait pas en conclure que la rate est peu ou n'est pas contractile sous l'influence de la strychnine; en effet, la rate employée dans cette épreuve a présenté des altérations pathologiques.

On mit ensuite à nu la rate de l'autre chien, en évitant de léser son pédicule vasculaire. Les dimensions de l'organe ayant été prises, on appliqua les conducteurs d'un appareil électro-magnétique énergique (1) sur les deux extrémités de la rate. Après plusieurs minutes d'excitation, on reconnut que la longueur de la rate avait diminué de 2 à 3 centimètres. Cette expérience fut répétée plusieurs fois avec un résultat analogue. En faisant passer le courant dans le sens transversal de l'organe, on trouva aussi une diminution incontestable de la largeur. Cela fait, on coupa le pédicule de la rate et on la suspendit par sa grosse extrémité à l'un des conducteurs de l'appareil électro-magnétique; on vit alors à plus de vingt reprises et à chaque application de l'autre conducteur sur la petite extrémité de la rate, un mouvement très-manifeste d'ascension et de torsion de l'organe, surtout au voisinage de cette dernière extrémité.

Dans le précédent compte rendu, on trouve rapportées des expériences de M. Brown-Séquard sur la contraction de la peau produite par le galvanisme. M. Brown-Séquard ne connaissait pas alors les recherches de Kolliker sur les fibres cellules musculaires. Ces fibres existant dans le derme, mêlées aux fibres de tissu cellulaire, il y a lieu de se demander si la contraction de la peau qui se manifeste par ce qu'on appelle *chair de poule* est produite par les fibres cellules musculaires seules, ou si le tissu cellulaire intervient pour une part plus ou moins grande dans cette contraction. M. Brown-Séquard, se fondant sur ce que le nombre de ces fibres cellules dans le derme cutané est peu considérable, et sur ce que la contraction envahit quelquefois toute la peau qui se ride et se fronce, en même temps que les bulbes des poils font saillie, croit devoir admettre que le tissu cellulaire est contractile et participe, même largement, aux contractions de la peau.

4° RECHERCHES SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA MOELLE ALLONGÉE; par M. BROWN-SÉQUARD.

L'an dernier, M. Brown-Séquard a communiqué à la Société les résultats de recherches extrêmement multipliées, relatives aux fonctions et aux propriétés de la moelle allongée. Ces recherches ont été faites sur cinquante-quatre espèces d'animaux, appartenant aux cinq classes de vertébrés. En attendant la publication complète de ces recherches, nous allons, pour garantir à l'auteur son droit de priorité, insérer ici les résultats suivants de ses expériences :

1° La vie des batraciens ne paraît être nullement abrégée, après l'ablation de la moelle allongée seule ou avec le reste de l'encéphale, tant que ces animaux sont tenus dans de l'air à la température de + 1 à + 6 ou 8 degrés centi-

(1) Cet instrument est le même que M. Rayer a mis à la disposition de M. Brown-Séquard, et à l'aide duquel celui-ci a pu faire beaucoup d'expériences déjà mentionnées dans ce compte rendu et dans les précédents, et d'autres plus nombreuses encore qui seront rapportées dans les prochains comptes rendus.

grades. — Un grand nombre de batraciens ont vécu, dans ces conditions, trois mois et quelques jours.

2° Les circulations sanguine et lymphatique, la respiration cutanée, la digestion, les sécrétions de mucus, d'épiderme, d'urine, etc., la réparation nutritive, la faculté réflexe, les propriétés des nerfs et des muscles, se montrent chez les batraciens privés de la moelle allongée, avec autant de rapidité ou d'énergie que sur ceux qui possèdent cet organe et qui sont exposés à la même température.

3° Tous les animaux, même les mammifères adultes, peuvent survivre au moins de dix à vingt minutes à la perte de la moelle allongée, quand leur température a été abaissée jusqu'au-dessous de 30 à 34 degrés centigrades. Pour obtenir ce résultat, l'insufflation pulmonaire n'est pas nécessaire.

4° Des différences énormes existent dans la durée de la vie pour une même espèce animale, suivant les températures, après l'ablation de la moelle allongée. Ainsi la survie des batraciens, par exemple, se compte par des mois à la température de + 1 à + 8° c., par des semaines à celle de + 5 à + 12°, par des jours à celle de + 10 à + 16°, par des heures à celle de + 20 à + 24°, et par des minutes à celle de + 30 à + 40°.

5° MOUVEMENTS RHYTHMIQUES DES MUSCLES RESPIRATEURS ET LOCOMOTEURS APRÈS LA MORT; par le même.

On sait qu'au moment de la mort la plupart des muscles de la vie animale et de la vie organique se contractent plus ou moins énergiquement. Dans une communication précédente (voyez le n° 7 de nos comptes rendus, juillet), nous avons essayé de montrer que pour l'intestin et la vessie ces contractions sont excitées par le sang veineux. Nous allons faire voir ici que les muscles respirateurs et locomoteurs peuvent avoir, après la mort, des mouvements quelquefois très-réguliers et qui ne sont pas dus à une action des centres nerveux; nous chercherons plus tard si c'est aussi le sang veineux qui cause ces mouvements. Parmi les faits rapportés à la Société, nous signalerons ceux qui suivent:

1° Après la section intra-abdominale des nerfs des plexus sciatique et lombaire, d'un côté, sur des mammifères, si l'on asphyxie subitement l'animal, on voit d'abord les trois membres non paralysés pris de mouvements convulsifs. Au bout d'une à trois minutes, ces mouvements cessent, et l'on ne remarque plus que quelques tremblements dans les muscles de ces membres. Le membre paralysé n'éprouve ni convulsions ni tremblements pendant une ou deux minutes, puis tout à coup on voit éclater dans les divers faisceaux des muscles de ce membre des contractions plus ou moins vives. Dans un même faisceau, ces contractions paraissent assez souvent se suivre d'une manière régulière, rhythmique. Dans quelques cas, j'ai vu, en outre de ces tremblements, des mouvements de la totalité du membre, consistant en plusieurs flexions et extensions successives du membre; après ces mouvements survenaient les contractions isolées des faisceaux. Ces cas sont ceux dans lesquels l'action des muscles a le plus tardé après la mort; une fois elle n'a eu lieu que six minutes après le commencement de l'asphyxie qui dura deux minutes et demie.

2° A la face, on voit après la mort sur des lapins et des cochons d'Inde, auxquels on a coupé ou arraché le nerf facial, des mouvements isolés des faisceaux musculaires, ne différant presque pas de ceux qui ont lieu lorsque le nerf facial est intact. Ces contractions durent cinq, six ou huit minutes après la dernière respiration; elles commencent et finissent un peu plus tard, lorsque le facial est coupé que lorsqu'il ne l'est pas. J'ai vu une fois des mouvements semblables pendant la vie chez un vigoureux cochon d'Inde, sur lequel j'avais arraché le nerf facial. Cet animal, pendant dix ou quinze jours, après l'opération, eut constamment des tremblements dans les muscles faciaux paralysés; au bout de ce temps les tremblements n'eurent plus lieu que lorsqu'on activait la circulation et la respiration, ou lorsque l'on mettait obstacle à cette dernière fonction. Dans ce dernier cas surtout ils étaient très-forts. Ce singulier phénomène se montra pendant plusieurs mois.

3° J'ai vu sur des lapins, affaiblis par des pertes de sang et près de mourir ou venant de respirer pour la dernière fois, des mouvements rhythmiques du sterno-mastoïdien et du peaucier au niveau de l'angle de la mâchoire. Ces mouvements m'ont paru avoir le même rhythme que les battements du cœur.

4° Sur une vingtaine de jeunes lapins d'un mois à six semaines, j'ai réussi à voir six fois complétement les faits suivants; sur les autres, je n'ai vu qu'une partie de ces faits. J'ouvre l'abdomen largement et j'étale les intestins, dans le but d'abaisser la température de l'animal; après quelques minutes j'ouvre la poitrine par la section d'une des côtes (1); je laisse alors encore quelques minutes de répit à l'animal, et ensuite j'ouvre tout un côté de la poitrine. Dans cette situation les mouvements respiratoires continuaient encore avec force. J'enlève le sternum; puis je coupe les deux nerfs diaphramatiques; le mouvement du diaphragme n'en continue pas moins en accord avec les mouvements des autres muscles inspirateurs. Environ huit minutes après, les mouvements du diaphragme continuent toujours avec régularité (de cinq à vingt par minute); les muscles intercostaux se contractent, mais faisceau par faisceau; cette contraction de parties isolées est régulière, et on voit la contraction revenir en général à des intervalles égaux dans un même faisceau. Je détruis alors toute la moelle épinière; les mouvements du diaphragme et des muscles intercostaux ne sont troublés en rien par cette opération; ils continuent encore pendant près d'un quart d'heure avec la même régularité.

(1) En faisant cette expérience, il m'est arrivé deux fois de voir le poumon faire hernie par la plaie du thorax; à chaque *inspiration*, je voyais alors la portion herniée du poumon se dilater et tendre à s'échapper davantage de la poitrine.

Des faits qui précèdent, nous concluons que les muscles de la vie animale peuvent se mouvoir d'une manière rhythmique comme le cœur, bien que séparés des centres nerveux. Il ne faudra donc plus chercher la cause de la persistance des mouvements rhythmiques du cœur, après la mort, dans une organisation spéciale à cet organe; ce qu'il faudra chercher, c'est la cause commune qui produit des mouvements rhythmiques dans les différents muscles (cœur, diaphragme, etc.) où on les trouve. Dans une prochaine communication, nous essayerons de montrer que le sang veineux, probablement par l'acide carbonique qu'il contient, est la cause excitatrice de ces mouvements. (27 octobre.)

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

ON ANORMAL NUTRITION IN ARTICULAR CARTILAGES (DE LA NUTRITION ANORMALE DANS LES CARTILAGES ARTICULAIRES); par M. P. REDFERN. — Un vol. in-8° de 63 pages, avec planches intercalées. — Édimbourg, 1849. Chez Sutherland et Knox, George-Street.

Depuis que la structure et les fonctions des cellules à noyaux chez les animaux et dans les plantes ont été bien étudiées par Schleiden et Schwann, il est devenu très-important de déterminer la part qu'elles prennent à la nutrition et à la formation des tissus hétérologues. Ce sont elles, en effet, qui jouent le principal rôle dans ces transformations, comme agents destinés à extraire du sang différentes substances et à les modifier de manière à donner naissance aux divers produits dont il est question.

Les cartilages fournissent plus qu'aucun autre tissu le moyen d'observer aisément les modifications dont il s'agit, car les mutations naturelles qui, dans les autres systèmes organiques, sont bornées à la période de développement, continuent ici durant toute la vie, et même la plupart du temps on ne peut admettre sur ces changements l'influence directe des vaisseaux sanguins, du moins de ceux d'un certain calibre, puisqu'il n'y a de canaux vasculaires distincts que dans les cartilages qui dépassent une certaine épaisseur, un huitième de pouce, par exemple.

Jaloux d'utiliser ces données précieuses, M. Redfern a pris pour en profiter la voie la plus simple, celle de l'anatomie pathologique laborieusement et attentivement consultée. Chez treize malades, affectés de lésions articulaires de nature différente, il a soumis les pièces pathologiques à l'examen microscopique, et a puisé dans cette analyse la source d'indications importantes sur le mécanisme qui préside aux altérations et aux transformations du tissu cartilagineux. Ce sont ces résultats que nous allons maintenant faire connaître d'après l'auteur.

Avant d'explorer les phénomènes qui révèlent l'état morbide, voyons d'abord en quoi consiste l'organisation normale des cartilages. Ils sont constitués sur une masse de cellules à noyaux, semblables à ceux de la trame cellulaire des plantes. Dans une autre forme, les cellules sont étalées en une masse granuleuse ou fibreuse, appelée hyaline ou substance intercellulaire. — Dans chacune de ces deux formes, ces cellules sont capables d'en produire d'autres, de sorte que de nouvelles viennent, au fur et à mesure, prendre la place des anciennes qui disparaissent. Cette rénovation est entretenue continuellement par le moyen des vaisseaux qui rampent dans l'os ou dans la membrane synoviale.

L'un des points les plus intéressants que les recherches actuelles de M. Redfern aient mis en lumière, est la conversion en tissu fibreux de la substance hyaline des cartilages sous l'empire de conditions pathologiques déterminées. Les pièces qu'il a analysées lui en ont offert de nombreux exemples, dont il met la description détaillée sous les yeux des lecteurs.

Il établit ensuite que le tissu cartilagineux est susceptible de toutes les altérations que les autres tissus peuvent offrir. Ainsi:

1° Il peut s'hypertrophier, augmenter de volume sans modification de sa substance, bien que, ordinairement, un pareil état s'accompagne de ramollissement. Une élévation constatée sur la surface articulaire externe du tibia, chez un ouvrier âgé de 38 ans, qui n'avait offert aucun fâcheux symptôme pendant la vie, a servi à l'auteur d'exemple, et lui permet d'affirmer la réalité de l'hypertrophie pure et simple.

2° Le cartilage se ramollit aussi, ce qui est habituellement visible à l'œil nu. La texture devient alors pulpeuse et semblable à une portion d'un fibro-cartilage. Au microscope, la substance hyaline est d'une couleur sombre et indistinctement granuleuse ou fibreuse. Les cellules ont plus de volume et contiennent un certain nombre d'autres cellules ou de noyaux. Par intervalles, la masse fibreuse sombre contient des corpus-

cules ou de petites cellules qui paraissent être sorties de cellules plus grandes déchirées.

3° L'atrophie s'observe surtout chez les personnes âgées ; elle affecte en général toute une partie de la surface articulaire.

4° L'ulcération, la plus importante de toutes ces affections, occupe ordinairement le centre plutôt que la circonférence de la surface cartilagineuse. Le pourtour de l'abrasion présente des portions de cartilage normal ou à peu près qui semblent avoir été laissées là après l'absorption des autres parties.

D'ailleurs, quelques variétés que la maladie puisse offrir quant à l'apparence extérieure des tissus envahis, les caractères microscopiques sont toujours les mêmes dans tous les cas. Ils consistent en changements dans la structure et l'arrangement des cellules, et en changements dans la substance hyaline ou intercellulaire. Ces derniers, peu sensibles dans les formes aiguës de l'affection, deviennent très-marqués et peuvent être suivis aisément lorsque l'évolution en est plus lente.

La première transformation qu'on peut remarquer dans les cellules est leur grossissement et leur disposition irrégulière dans le tissu. Quelques-unes, chez les sujets observés par M. Redfern, avaient acquis un volume cinq ou six fois plus considérable qu'à l'état normal. Elles deviennent arrondies, ovales ou oblongues ; elles sont isolées et irrégulièrement distribuées, au lieu d'être allongées et rassemblées en groupes qui forment des colonnes dans les parties plus profondes. — Si la maladie marche rapidement, les cellules se distendent bientôt ; les noyaux ténus sont convertis en granules, et les cellules forment ensuite dans le tissu un certain nombre de cavités dont les parois paraissent comme bigarrées, ou bien les cellules s'ouvrent, donnant ainsi lieu à une série de cavités ; et ayant évacué leur contenu, elles participent à la formation d'une membrane *fibro-nucléolaire*, avec des corpuscules comme mamelonnés qui remplissent les cellules ouvertes.

Quant aux altérations de la substance hyaline, elles consistent en fentes qui portent sur les bandes et les fibres de toute grosseur, les plus petites fibres n'étant pas distinctes de celles du tissu fibreux blanc. Ces bandes constituent des aspérités ou saillies qui proéminent dans l'intérieur de la jointure, libres par un bout, attachées par l'autre au cartilage. — Parmi ces inégalités qui donnent à la surface cartilagineuse l'aspect velouté, on trouve quelquefois des masses gélatineuses arrondies qui s'attachent aux bandes striées et interrompent leur continuité. Elles paraissent être le contenu modifié des cellules cartilagineuses. — Les plus petites bandes sont entièrement transparentes et ne renferment de traces ni de cellules ni de noyaux. Les plus grosses contiennent dans leur intérieur toutes les formes de cellules et de noyaux.

La membrane qui recouvre l'os au fond des ulcérations anciennes de cartilage qui ont guéri a les mêmes caractères que celle qui tapisse la surface libre d'un cartilage chroniquement affecté. Elle consiste en petites fibres dirigées horizontalement. Les parties anciennement formées n'offrent plus de noyaux ; on en trouve encore dans celles plus récentes, ainsi qu'une masse granulo-fibreuse, pleine de corpuscules sortis des cellules déchirées.

Tant que les cartilages sont seuls altérés, il n'existe pas d'autre changement dans les tissus, et il ne s'y forme point de pus. Il n'en est plus de même lorsque les os et la membrane synoviale prennent part à la maladie.

Les causes de l'affection des cartilages sont locales ou générales. Ce qui prouve l'influence de ces dernières, c'est d'abord que l'altération se rencontre parfois sur un grand nombre, sur le plus grand nombre des articulations chez le même individu ; en second lieu, il arrive qu'on trouve de ces lésions tout à fait caractérisées dans des jointures où aucune douleur, aucune gêne dans les mouvements pendant la vie n'aurait pu faire supposer l'existence d'une maladie. M. Redfern cite, dans ses observations, des exemples vraiment remarquables de ce dernier ordre.

La maladie suit quelquefois un cours extrêmement prompt. M. Mayo a vu les cartilages articulaires de tout le cou-de-pied disparaître en un mois. M. Lawrence parle d'un homme chez qui les cartilages du fémur et du tibia furent complétement détruits dans l'espace de quatre jours.

Comment se fait-il que l'ulcération des cartilages passe, dans quelques cas, comme inaperçue, tandis que chez d'autres sujets elle cause de vives douleurs, amène la fièvre hectique et nécessite l'amputation ? M. Redfern en appelle, pour résoudre cette question, à des faits plus nombreux et mieux observés, se bornant en ce moment à faire remarquer que les cartilages n'ont pas de nerfs en propre, que du pus ne s'y forme jamais, qu'enfin il est très-difficile de distinguer sur le vivant la maladie des cartilages seuls d'avec celle qu'une altération osseuse accompagne. — C'est là, selon nous, le nœud du problème ; et il est presque certain que les souffrances ainsi que la réaction inflammatoire ne commencent qu'à l'époque où l'os est altéré, ou bien quand la synoviale s'enflamme.

De cette longue et patiente étude ressort-il quelques données capables d'éclairer la thérapeutique de ces affections ? Les agents de traitement doivent nécessairement varier selon que la cause morbide est locale ou générale, et suivant sa nature spéciale dans l'un et dans l'autre cas. Brodie accorde une grande confiance à l'emploi des cautères. Mais quand le sujet est scrofuleux ou en proie à la diathèse tuberculeuse, il est évident qu'on se trouvera bien mieux d'un traitement adressé à la constitution même. L'huile de foie de morue est spécialement indiquée dans ces cas, en même temps qu'on établira localement le degré d'activité de la maladie. Si les cartilages ont perdu leur poli, le repos est impérieusement prescrit. On devra également l'ordonner lorsqu'on désire obtenir l'ankylose, car rien n'expose plus à une irritation destructive et n'empêche plus l'organisation de la lymphe que le frottement réciproque de deux surfaces rugueuses et douées d'une sensibilité si hautement développée.

VARIÉTÉS.

— Depuis les dernières nouvelles que nous avions données du choléra à Lyon, l'état de la ville est devenu beaucoup plus rassurant.

Voici les chiffres indiquant la suite du mouvement à l'hôpital militaire :

4 décembre	12 nouveaux cas	2 morts.		
5 —	6 —	0 —		
6 —	1 —	3 —		
7 —	2 —	2 —	4 sorties (ce sont les premiers).	
8 —	7 —	1 —	3 —	
9 —	5 —	3 —	3 —	
10 —	0 —	0 —		
11 —	1 —	3 —		

En tout, depuis le commencement de l'épidémie, il y a eu 88 entrées, 40 morts, 10 sorties ; 14 sont en convalescence et le reste en traitement.

Sur les 83 cholériques, on a remarqué que 10 cas seulement appartiennent à des militaires étrangers à l'hôpital ; et ils ont été notablement moins malades que les autres, puisque sur ces 10 il n'en est mort que 2. Ils étaient venus de la caserne de l'Arsenal, de celle de Perache, de celle des Collinettes et du fort Lamotte.

A part ces 10 cas, le choléra n'a frappé que des individus actuellement à l'hôpital militaire, ou qui en étaient sortis seulement depuis deux ou trois jours.

Du reste, comme dans toutes les épidémies, le mal devient moins foudroyant, plus accessible au secours de l'art à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'invasion. — Le fléau paraît donc en pleine décroissance ; nous aurons soin d'en faire connaître les moindres exacerbations, s'il en survient.

En ville, la santé est parfaite. Excepté une cholérine grave reçue le 9 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Rater, aucun nouvel exemple de choléra n'a été signalé.

— La Société de médecine de Nimes vient de recevoir de M. le ministre de l'instruction publique, à titre d'encouragement et de subvention, la somme de 300 fr.

— La Société académique de la Loire-Inférieure a mis au concours, pour l'année 1850, lee deux questions suivantes :

1° Quels seraient les moyens les plus efficaces et en même temps les plus économiques d'organiser la médecine des pauvres dans les villes et dans les campagnes ?

Faire l'historique des essais tentés à ce sujet.

2° Histoire critique de l'art en Bretagne.

Une médaille d'or de la valeur de 300 fr. sera accordée à l'auteur du meilleur mémoire sur chacune de ces questions.

Les mémoires, avec le nom et l'adresse des auteurs renfermés dans un billet cacheté et portant une épigraphe qui devra se trouver également en tête du mémoire, devront être adressés à M. le docteur Malherbe, secrétaire de la Société, avant le 1er octobre 1850.

— L'Italie est littéralement sillonnée de cordons sanitaires et de quarantaines. Il y en a en Toscane, en Piémont, en Lombardie. Le royaume de Naples fait varier de deux à dix jours la durée des quarantaines, selon les endroits d'où les vaisseaux arrivent. Les îles d'Elbe et de Sardaigne ont adopté les mêmes mesures, et cependant le choléra a éclaté dans ces deux contrées. Il est à craindre que les précautions prises en Italie n'aient pas de plus heureux résultats que partout ailleurs.

— M. Magendie commencera son cours au collége de France, vendredi prochain à midi, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

Le professeur exposera cette année *les principes de la médecine expérimentale.*

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

COUP D'ŒIL RÉTROSPECTIF SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE DE L'ANNÉE 1849.

Nous avons coutume, on le sait, de faire ressortir le caractère et la marche de toutes les constitutions médicales et des épidémies dont nous pouvons être témoin. Notre dernier compte rendu s'appliquait aux six premiers mois de cette année; le prochain comprendra le dernier semestre. Nous sommes donc en règle sous ce rapport, et nous pourrions nous en tenir à ces appréciations; mais il nous a semblé utile, au moment où l'année va finir, de rassembler dans un seul tableau les principaux traits de la constitution de 1849, sauf à revenir avec plus de détails, dans notre prochaine *Revue sanitaire*, sur ceux qui appartiendront à une époque postérieure au mois de juin.

Dès le commencement de l'année, et même antérieurement, on avait signalé, nous avions nous-mêmes signalé à diverses reprises, la physionomie insolite des maladies régnantes. En juillet, août et septembre, nous appelions l'attention sur la fréquence et le caractère particulier des diarrhées, des angines, des exanthèmes aigus, des fièvres continues. Les diarrhées précédaient ou accompagnaient la plupart des autres affections, et se compliquaient très-souvent, surtout chez les enfants, de symptômes cérébraux. Beaucoup d'angines devenaient rapidement couenneuses ou gangréneuses, avec petitesse du pouls, cardialgie, refroidissement général. Constituant parfois toute la maladie, elles existaient plus souvent à titre de complication de la scarlatine, qui alors suivait une marche irrégulière et prenait rapidement la forme adynamique. Dans certains cas, les exanthèmes avaient à peine paru qu'ils se compliquaient de douleurs musculaires, d'oreillons, de flux intestinal, de rougeur uniforme du pharynx, et la maladie se terminait par une sueur abondante ou dégénérait en fièvre rémittente (GAZ. MÉD., 1848, p. 119). Enfin, on observait à Paris une espèce singulière de fièvre, très-différente, quant à son aspect symptomatologique, de la fièvre typhoïde, et offrant parfois, surtout dans les derniers jours, l'apparence d'une des formes du choléra épidémique. Peu ou point de diarrhée, alternatives de chaleur et de froid; pouls petit et mou, inégal et irrégulier; pas de ballonnement du ventre ni de gargouillement iliaque; faiblesse excessive, absence de délire. Au bout de quelques jours, alors que rien ne semblait indiquer un danger prochain, tout à coup le pouls devenait vermiculaire, la face se grippait, les yeux s'enfonçaient et s'entouraient d'un cercle noirâtre, et le sujet expirait presque sans agonie.

Telles sont les formes morbides que nous signalions en septembre 1848. Un peu plus tard, en octobre, nous observions une autre nature d'affections gastro-intestinales, remarquables par certains caractères dont la parenté avec ceux du choléra ne paraissait pas douteuse : tels étaient de violentes douleurs abdominales continues et rémittentes, occupant principalement la région hypogastrique, des vomissements abondants de matières bilieuses, le ballonnement du ventre, la petitesse du pouls, qui était tantôt précipité, tantôt d'une extrême lenteur; l'abaissement de la température extérieure, des tiraillements douloureux dans les cuisses et les jambes. Cette forme morbide, M. Hervez de Chégoin la rencontrait à son tour en décembre, et en faisait le sujet d'une note dans L'UNION MÉDICALE.

C'est dans ces circonstances que s'ouvre l'année 1849. Les affections régnantes continuent à offrir un caractère insolite. On rencontre, par exemple, en janvier, des maladies plus propres au printemps ou à l'été qu'à l'hiver, des urticaires, des prurigos, des fièvres intermittentes, quelques fièvres continues, des affections bilieuses. Dès le mois suivant elles augmentent en nombre et en intensité. On voit surtout les fièvres prendre dès le début un caractère d'acuité ou une expression adynamique susceptible d'inspirer des inquiétudes; vertiges, prostrations, rougeur des pommettes, diarrhées, faiblesse générale. Cet appareil de symptômes ne tardait pas ordinairement à disparaître, et la maladie se terminait en quelques jours ou se transformait en une fièvre intermittente que le sulfate de quinine coupait facilement. A cette même époque, c'est-à-dire en février, on remarquait dans certains hôpitaux, et M. Legroux signalait dans une note expresse, la fréquence des fièvres puerpérales, celles des érysipèles chez les nourrices et les enfants.

A tous ces signes, on pouvait reconnaître l'approche du fléau qui a si tristement marqué l'année 1849. D'autres raisons encore existaient de redouter une prochaine invasion. L'épidémie s'était avancée vers l'occident en suivant presque identiquement, du sud au nord-ouest, comme l'a montré M. Monneret, la même route que la précédente, depuis le Gange jusqu'à Moscou. En outre, sa marche avait été beaucoup plus rapide; elle avait fait tout ce chemin en quatre ans, tandis qu'il n'en avait pas fallu moins de treize à la première. De la Russie en France, l'itinéraire du choléra n'a pas été aussi complétement semblable à celui de 1831; mais, chose remarquable, le fléau a pénétré par le même point du territoire, c'est-à-dire par Calais. En 1831, il entrait à Calais le 15 mars; il y entrait à la fin de novembre 1848. Mais une circonstance particulière à la récente épidémie, c'est que, au lieu de s'avancer du point d'arrivée vers d'autres localités, elle apparut successivement sur plusieurs points du littoral et de la frontière du Nord sans qu'on pût découvrir aucune voie de propagation; elle envahit tour à tour Dunkerque, Bourbourg, Lille, Marchiennes, Valenciennes, le Havre, Fécamp. Alors les appréhensions tirées de la marche rapide du fléau ne se vérifièrent que trop. A la première invasion il avait mis près d'un an à venir de Calais à Paris, du 15 mars 1831 au 6 janvier 1832, suivant les uns, au 26 mars suivant les autres; cette fois, quatre mois au plus lui suffisent. Il éclate vers les premiers jours de mars au dépôt de Saint-Denis, et le 10 ou le 11 à Paris.

La rapidité du parcours de la dernière épidémie, la multiplicité des points par lesquels le mal est successivement introduit en France, sont donc deux circonstances qui la distinguent de celle de 1831. Si maintenant nous les considérons toutes deux dans leurs caractères propres, tels qu'il nous a été donné de les observer dans notre pays, nous trouverons encore d'autres différences notables, relativement surtout à la marche, à la gravité et à la durée.

L'une des plus remarquables assurément est la suivante. Dans la plupart des localités où le choléra a fait son apparition, plus particulièrement dans le Pas-de-Calais, on l'a vu s'éteindre, se consumer, pour ainsi dire, sur place, et cela malgré une intensité du mal assez grave pour enlever la moitié des malades. Comme nous le disions à cette époque, sa semence semblait avoir été importée dans des lieux inféconds et s'épuiser sur un petit nombre d'individus. Dans quelques endroits, après avoir disparu pendant quelque temps, il s'est montré de nouveau, presque aussi redoutable que la première fois. Des faits analogues s'étaient déjà

Feuilleton.

LE TEMPS MIS A PROFIT. — L'ÉTUDE ET LA PRATIQUE. — ÉTRENNES AUX AMIS DE LA SCIENCE.

Tempus mea possessio, tempus ager meus. (Hier. Cardanus.)

Au docteur B....

Que le temps est une chose précieuse! Voilà, me direz-vous, mon ami, une de ces vérités communes, rebattues, triviales même, que personne ne s'avise de contester; j'en conviens, et pourtant il n'en est pas de plus grande, de plus grave et de plus utile. Connaître tout le prix du temps, c'est savoir vivre. Le temps, on le sait, est l'*étoffe dont la vie est faite;* maintenant il ne s'agit plus que d'en faire l'emploi; et c'est ici que se manifestent de grandes différences parmi les hommes. Si le temps, comme l'a dit un illustre médecin du seizième siècle, Jérôme Cardan, est la propriété de chacun de nous, le champ qui nous appartient, ne faut-il pas le remuer, le cultiver, l'arroser de nos sueurs pour le féconder? Semblable au champ dont parle le vieillard de la fable, il y existe un trésor caché; or, que faut-il pour le trouver? Du travail, des efforts, de l'attention, de la vigilance, de l'économie. Négligez ces moyens, le trésor reste à jamais enfoui, le possesseur n'a plus qu'un champ stérile où croissent l'ortie et les chardons à la place du bon grain. Cela se voit dans toutes les professions, mais notamment dans la médecine. Pourquoi cette différence? C'est que cette profession, par une sorte de privilége, exige à la fois de continuels efforts de l'intelligence et une prodigieuse activité du corps.

Telles sont, mon ami, les paroles que j'adressais à un confrère qui me faisait le reproche tout à fait bienveillant de travailler trop, selon son expression. Eh quoi! me disait-il, la force de l'âge est passée chez vous depuis longtemps; vos facultés physiques ne sont plus les mêmes, et cependant on dirait que vous ne vous lassez pas. Vous écrivez dans deux ou trois journaux, vous avez publié plusieurs ouvrages; *quoique auteur*, une clientèle vous est acquise; on vous trouve parfois dans les hôpitaux, dans les bibliothèques publiques, dans les musées anatomiques ou d'histoire naturelle. Ajoutez, lui dis-je, que tout livre important en médecine, en philosophie, en littérature, me passe par les mains, car la curiosité est mon faible ou mon défaut. — Alors, me dit-il, vous passez donc les nuits au travail? — Moi, point du tout, je dors sur les deux oreilles, six à sept heures. Je vois quelques malades en ville; je ne refuse pas toujours une réunion agréable et confraternelle, enfin je tâche de vivre comme tout le monde. — Vous avez donc un moyen spécial, un *secret* pour vous multiplier ainsi. — Certainement, lui dis-je, j'ai un secret à cet égard, et il est aussi simple qu'efficace. — Comme vous vous piquez de franchise, reprit mon interlocuteur, seriez-vous assez bon confrère pour me le communiquer, j'en ferais mon profit. — Très-volontiers, répondis-je; à quelle heure vous levez-vous? — Mais ordinairement ni trop tôt, ni

passés peu de temps auparavant, en Russie, en Allemagne, en Hollande et surtout en Angleterre. On sait même que ce dernier pays a eu une seconde fois la visite du fléau depuis la libération du nôtre. Cette sorte d'infécondité que nous venons de signaler dans le principe du choléra, à son entrée en France, jointe au chiffre modéré des malades et des décès dans d'autres pays du Nord ou de l'Orient précédemment envahis (notamment à Constantinople où, suivant M. Monneret, le nombre des attaques ne montait pas à plus de 100 à 150 dans les plus mauvais jours, et où la proportion des décès restait fort au-dessous de ce qu'elle avait été en 1830), cette infécondité, disons-nous, pouvait faire espérer que le fléau n'exercerait pas de très-grands ravages à Paris. On sait qu'il n'en a pas été ainsi, et des documents authentiques constatent que l'épidémie de 1848 a été plus meurtrière que celle de 1831. La différence n'est pas d'un tiers, comme on l'a avancé récemment, mais elle est encore considérable. Il est mort cette année, en arrêtant le compte à la fin d'octobre, environ 20,000 personnes du choléra; il en était mort un peu plus de 18,000 en 1831, d'après les calculs de la commission instituée à cette époque (V. le RAPPORT SUR LA MARCHE ET LES EFFETS DU CHOLÉRA, p. 61).

Une autre différence entre les deux épidémies est relative à la succession des périodes. On connaît les trois périodes classiques d'augment, d'état et de déclin. Cette division avait déjà reçu une atteinte notable en 1831; ce fut bien pis en 1848. La comparaison vaut la peine d'être établie avec quelques détails. En 1831, le nombre des décès du choléra alla croissant du 26 mars, jour de l'invasion, au 13 avril; le 14, il tomba de 756 à 651. La diminution fut progressive jusqu'au 9 juillet. Mais ce jour-là commença une recrudescence qui dura neuf jours, et éleva (le 18) le nombre des morts à 225. Le lendemain, l'épidémie entra définitivement dans la période de déclin En 1841, on se le rappelle, les fluctuations furent bien plus nombreuses. Nous les avons indiquées avec assez de soin, en temps et lieu, pour n'avoir plus besoin de nous y étendre longuement. Disons seulement que l'épidémie augmente du 10 mars au milieu d'avril, diminue jusqu'au commencement de mai, prend une nouvelle intensité jusque vers le 20 du même mois, s'apaise de nouveau pendant une huitaine de jours, se ranime encore une fois jusqu'au 10 ou 11 juin, et décline enfin définitivement. En somme, deux recrudescences bien marquées, sans compter beaucoup d'autres oscillations moins notables, avec cette circonstance que la seconde recrudescence, celle du mois de juin, différente en cela de la recrudescence de 1831, a porté le chiffre des décès beaucoup plus haut que dans la première période d'augment.

On a dit et répété que le choléra de 1848 avait été à Paris moins grave que celui de 1831, et que, s'il avait fait autant et même plus de victimes, cela tenait à ce qu'il avait duré plus longtemps. Cette assertion n'est pas tout à fait exacte. Il est bien vrai que la durée de l'épidémie récente a été plus longue que celle de son aînée; mais la différence n'est pas telle qu'elle puisse expliquer entièrement la disproportion des décès. En effet, le choléra de 1831, qui avait commencé *au plus tard* le 26 mars, a été considéré par la commission comme terminé le 25 septembre, et à cette époque le chiffre des décès oscillait entre 1 et 10; il avait varié de 25 à 30 au commencement de septembre et pendant tout le mois d'août. Or le choléra de 1848, commencé une quinzaine de jours seulement plus tôt que le précédent, c'est-à-dire au 10 ou 11 mars, ne donnait plus, à la fin de septembre, que de 4 à 15 décès par jour. Ultérieurement, jusqu'à la fin d'octobre, le chiffre ne s'est grossi en tout que de 32. Or, nous l'avons dit tout à l'heure, à cette date, fin octobre, la mortalité cholérique de 1849 dépassait d'environ 1,500 celle de 1831. Évidemment une telle disproportion n'est pas en rapport avec celle de la durée des deux épidémies. Comment donc l'expliquer? On le peut, suivant nous, par la répétition des recrudescences. Il est bien vrai que le choléra de cette année n'a jamais offert d'une manière un peu soutenue une gravité égale à celle du choléra de 1831; — celui-ci avait donné en un seul mois (avril) 12,733 décès, tandis que le premier n'a fourni au maximum (juin) que 5,760 en ville et 3 à 4 mille approximativement dans les hôpitaux; — mais cette recrudescence du mois de juin avait été précédée d'une autre en mai, laquelle avait déjà élevé notablement le chiffre des décès. En résumé donc, si l'on peut soutenir que l'activité de la cause épidémique n'a jamais atteint le degré qu'on lui avait connu en 1831, il est juste d'ajouter qu'elle s'est ranimée plus souvent, et c'est ainsi seulement qu'on peut se rendre compte des ravages qu'elle a exercés.

Nous n'avons pas à décrire ici les caractères propres de l'affection épidémique, à rappeler les diverses formes que nous avons cru devoir admettre. Nous renvoyons sur tous ces points à la GAZETTE MÉDICALE; nous rappellerons seulement les transformations subies par l'épidémie à mesure qu'elle approchait de son déclin. La première, notée à la fin de juin et de juillet, a consisté dans une combinaison des phénomènes cholériques avec des symptômes soit franchement bilieux, soit dyssentériques. Plus tard, en août et septembre, les symptômes névralgiques de la maladie, spécialement les crampes, sont devenus plus rares et moins intenses. Il en était de même de la cyanose. Un bon nombre de choléras suivaient toutes leurs phases sans la moindre douleur dans les membres, sans contracture, sans autre changement de couleur à la peau qu'une pâleur terne et mate. Enfin, dans le mois de septembre, quand le véritable choléra devint de plus en plus rare, on observa un état particulier des voies digestives sur lequel nous avons appelé l'attention (1849, p. 749), et qui consistait en une constriction douloureuse à l'épigastre, des vomissements répétés, provoqués surtout par l'ingestion de la moindre quantité de boisson chaude, un sentiment continu de suffocation, de nombreuses éructations, la tension de l'épigastre, une douleur remontant le long de la colonne vertébrale, la lenteur habituelle du pouls, excepté quand la maladie se prolongeait. Dans certains cas, se joignaient à ces symptômes le météorisme et l'endolorissement de tout l'abdomen; les garde-robes, bien que parfois liquides au début, se supprimaient, ou devenaient très-rares ou très-difficiles. Alors le facies s'altérait, prenait une teinte jaunâtre, et le sujet maigrissait rapidement. Nous n'avons pas vu de semblables cas se terminer d'une manière funeste.

Voilà pour ce qui concerne particulièrement le choléra observé à Paris; mais il n'a pas seul occupé la scène; pendant toute la durée de son règne, on a observé un certain nombre d'affections abdominales intercurrentes, plus ou moins empreintes, si on peut le dire, du sceau cholérique. Nous les avons ramenées à sept formes assez bien accentuées qui sont: la diarrhée séreuse apyrétique, la diarrhée fébrile, l'appareil ordinaire des phlegmasies intestinales avec peu ou point de diarrhée, la dyssenterie apyrétique, la dyssenterie fébrile, la constipation, les coliques nerveuses. Nous renvoyons pour chacune de ces formes à l'étude que nous en avons faite dans un article spécial (p. 652). Il nous faut seulement ajouter que depuis l'époque à laquelle remonte cette étude (mois d'août), la diarrhée fébrile, la dyssenterie, la phlegmasie intestinale ont continué à se montrer avec une fréquence et dans des proportions variables. Nous reviendrons sur ce point dans notre prochaine *Revue sanitaire*.

---

trop tard, à huit heures ordinairement. — Eh bien moi, lui dis-je, je me lève à six, quelquefois à cinq en été, et je consacre ces trois heures à un travail suivi. Or, cette portion de temps mise à part, et paraissant si peu de chose, ne me donne pas moins de 90 heures par mois, ce qui fait 270 heures pour trois mois, 540 heures pour six mois, dont je puis amplement disposer. Or pensez-vous que quand on emploie bien cette masse d'heures à des travaux quelconques, on ne puisse rapidement les avancer, soit en assemblant des matériaux, soit en les coordonnant pour arriver aux résultats. Remarquez néanmoins qu'il ne s'agit que de six mois, jugez quand on y emploie par nécessité, par goût ou par plaisir de longues années de son existence. Certes l'espace devient large et la provision abondante. La richesse, dit-on, est du travail accumulé: pas toujours, quand il s'agit de richesses matérielles, mais rien n'est plus vrai, si l'on parle de trésors intellectuels, pourvu qu'on y mette un certain art de cumul et d'économie; travailler, recueillir, méditer, écrire sans suite et sans méthode, c'est sillonner légèrement la surface du terrain; loin de là, il faut y enfoncer profondément le soc de l'attention; creusez toujours, creusez profondément, si vous voulez trouver le trésor que recèle le temps, ce vaste champ qui appartient à tous.

Ce qu'il y a d'avantageux pour les médecins, c'est l'heureuse obligation où ils sont de faire marcher de front l'étude et la pratique, les préceptes et les applications; il leur est donné par conséquent de moissonner, de récolter, de glaner de toutes parts quand ils le veulent, tout ce qui est utile, tout ce qui peut les éclairer: livres, journaux, clientèle particulière, malades des hôpitaux, amphithéâtres, société générale, marche progressive des idées et des sciences, mœurs et coutumes, préjugés du monde, etc., tout fournit son contingent, tout apporte son tribut, pourvu qu'on sache choisir, discerner, noter, quelquefois immédiatement, ce qui est digne d'intérêt, pour le passer ensuite à la *coupelle* de la réflexion, afin d'obtenir des produits, des conclusions. On ne saurait croire combien cette méthode d'attention, de vigilance, d'activité continues, tendent à augmenter les richesses à la longue (1). Comprenez bien que le temps est élastique: il diminue, se comprime, se rétrécit, se réduit à rien, ou bien il s'allonge, se multiplie, se féconde, d'après l'emploi qu'on sait en faire, et la méthode qu'on imprime aux travaux entrepris. On peut appliquer au temps cette pensée de Descartes, « qu'un homme est moins supérieur aux autres hommes par l'esprit que par l'usage qu'il en fait. » Noter, recueillir, compulser, paraît d'abord très-peu de chose; mais à la longue, on en sent le grand avantage, l'extrême importance, nouvelle preuve que l'on serait trop au-dessus des autres, si l'on connaissait bien l'influence des petites choses sur les grandes. Maintenant, dis-je à l'honorable confrère qui m'interrogeait, vous commencez à entrevoir, ce qui n'est pas difficile, en quoi consiste mon secret, rien de plus simple, c'est qu'on a beaucoup de temps quand on n'en veut pas perdre. En général, il n'y a rien de si calomnié que le temps, tantôt on lui reproche sa vitesse et tantôt sa lenteur. Il faut le dire, sa marche est terrible,

(1) On a dit du chancelier d'Aguesseau, que s'apercevant que madame d'Aguesseau se faisait toujours attendre *dix* ou *douze minutes* avant de se rendre dans la salle à manger pour le dîner, il fit un ouvrage uniquement pendant ce temps, afin de ne pas perdre un instant, ouvrage qui parut quinze ans après qu'il eut pris cette résolution.

Enfin, depuis la cessation à peu près complète du choléra et en dehors de toute influence épidémique, nous avons à signaler pour le moment, nous réservant aussi d'y insister en temps et lieu, plusieurs ordres d'affections qui nous ont paru dominer la constitution médicale, à savoir: des méningites en juillet et août, des ophthalmies aiguës en août et septembre, des rhumatismes, des fièvres intermittentes, des pleuro-pneumonies en novembre et décembre, des exanthèmes aigus, à marche irrégulière, se combinant parfois singulièrement avec le rhumatisme articulaire, pendant une partie de ce dernier mois.

Nous n'indiquerons que ces traits généraux de la constitution médicale de 1849. Ce sont les plus tranchés et les plus importants. Il ne nous reste plus qu'à rappeler en peu de mots les notions étiologiques et les résultats thérapeutiques qui nous ont paru ressortir de l'étude attentive de cette constitution.

Nous n'avons jamais eu la prétention de trouver dans les vicissitudes atmosphériques la cause essentielle du choléra. Bien au contraire, nous avons donné, tables météorologiques en main, la preuve que les changements de l'atmosphère n'avaient exercé aucune influence directe ou indirecte sur l'*invasion* de l'épidémie; nous avons même fait remarquer que le caractère insolite des maladies qui l'avaient précédé, celui des affections gastro-intestinales qui l'ont accompagné dans tout son cours, la rareté aux mois de mars et d'avril de formes morbides ordinairement fréquentes à cette époque de l'année, que toutes ces circonstances étaient subordonnées à une cause autre que les variations météorologiques, à la cause même de l'épidémie, dont elles n'étaient au fond que l'expression abrégée et imparfaite. Mais tout en maintenant la spécificité de la cause épidémique, nous avons montré que, contrairement à l'opinion de beaucoup de praticiens, les variations de température exerçaient sur la marche et l'intensité du choléra et des affections gastro-intestinales concomitantes une influence très-appréciable. Il n'a pas été douteux pour nous que les recrudescences de l'épidémie n'aient été amenées par une élévation rapide de la chaleur.

En ce qui concerne la thérapeutique, nous n'avons pas craint de proclamer la supériorité de la méthode évacuante, spécialement des vomitifs. Non pas que nous ayons jamais prétendu que cette méthode dût être employée à l'exclusion des autres; il est évident, au contraire, qu'elle doit être, dans presque tous les cas, associée à la méthode stimulante; que les opiacés employés après les évacuants, surtout dans la cholérine, et plus particulièrement encore dans les cas où prédomine l'état névralgique du tube digestif, peuvent rendre de très-utiles services; mais le traitement fondamental doit être demandé aux évacuants. Et à ce sujet, qu'il nous soit permis de rappeler que la loi posée dans la GAZETTE MÉDICALE en 1831, concernant l'existence à peu près constante de la diarrhée prodromique, et la possibilité de conjurer presque à coup sûr l'attaque du choléra par un vomitif ou un purgatif, a reçu en 1849 une éclatante confirmation. Ces divers préceptes, nous les avons développés si souvent, et pendant le cours de l'épidémie, et au sujet de la discussion de l'Académie de médecine belge sur le choléra, qu'il serait fastidieux d'y revenir. Nous les consignons encore une fois ici. Il n'existe pas, pour le moment, de statistique propre à en faire ressortir la justesse; mais c'est l'expérience qui nous les a suggérés, et nous ne craignons pas qu'elle les démente jamais.

PATHOLOGIE EXTERNE.

NOTE SUR LES FRACTURES EXTRACAPSULAIRES DU COL DU FÉMUR, ACCOMPAGNÉES DE PÉNÉTRATION DANS LE GRAND TROCHANTER, lue à l'Académie de médecine de Belgique; par M. MICHAUX, membre titulaire.

Les chirurgiens anglais et français se sont beaucoup occupés, dans ces derniers temps, des fractures du col du fémur accompagnées de pénétration. C'est dans le but de confirmer les travaux de nos voisins, et de fixer davantage sur ce sujet l'attention de mes confrères belges, que je me suis décidé à soumettre à l'examen de l'Académie des pièces pathologiques qui ne laissent aucun doute sur la possibilité de ces fractures.

La première de ces pièces appartient à un fémur droit : c'est une fracture non réunie par un cal osseux.

En écartant les fragments l'un de l'autre, on voit à la face interne du grand trochanter, une cavité de réception qui est agrandie par un rebord osseux de nouvelle formation. Si l'on met les fragments en place, on remarque que le fragment interne s'enfonce dans cette cavité pathologique. A la partie postérieure et supérieure du grand trochanter, il existe des traces d'une fracture. Le petit trochanter est très-développé.

J'ai fait dessiner cette pièce : 1° les fragments écartés l'un de l'autre pour faire mieux voir la cavité trochantérienne de réception (voy. fig. 1); 2° les fragments en place, pour démontrer la pénétration du fragment supérieur dans le grand trochanter (fig. 2).



Fig. 1.



Fig. 2.

---

car elle est irrévocable et sans repos; mais elle est lente et mesurée; votre œil n'en peut apercevoir le mouvement imperceptible sur le cadran qui la trace; mais songez que cette aiguille qui vous paraît immobile, marche toujours, qu'elle ne s'arrête point et qu'elle ne rétrograde jamais... tel est le temps :

Abîme où sans retour sont bientôt confondus
Et l'instant qui va naître et l'instant qui n'est plus.

Maintenant, il est de toute évidence qu'il ne faut pas se laisser dériver à l'aventure sur le courant des événements de la vie ordinaire, s'amuser de frivolités et dépenser follement les vingt-quatre heures de la journée, si l'on veut ne pas faire lâchement défaut à la science. Un point essentiel est de *savoir lire*. Cette expression vous étonne, cher confrère, mais elle me semble juste dans ce sens, qu'il ne faut pas lire du pouce et à la volée, comme on le fait communément, car c'est miracle aujourd'hui si l'on pénètre dans le vif d'un livre. La méthode la plus sûre est donc de lire la plume à la main, de remarquer, d'annoter chaque point important, pour y réfléchir ensuite et le commenter mentalement. Toutefois, que serait-ce de lire, de feuilleter sans cesse les livres nouveaux et anciens, sans les applications directes ou positives? Assurément peu de chose. Je le répète, pour un vrai médecin, l'étude et la pratique ne doivent jamais être séparées; ce sont pour ainsi dire l'âme et le corps. La certitude psychologique du praticien et la rigueur mathématique du statisticien constituent le caractère fondamental de notre profession. Malheureusement, rien de plus rare parmi les médecins, et l'on peut dire que, sous ce rapport, leur temps est très-inégalement distribué. Il en est, et c'est aujourd'hui le petit nombre, qui préfèrent l'étude aux fatigues et aux ennuis de la science pratique, ils ont pour ainsi dire l'ivresse de l'écritoire et l'engouement de la plume. Certes on peut l'avouer, il y a ici d'immenses jouissances; aussi, à leurs yeux, l'étude est tout, donne tout, fait oublier tout; mais c'est là une erreur et même un tort quand il s'agit de la médecine. Le médecin est fait pour les malades, il doit consacrer une partie de son temps à les guérir ou à les soulager; c'est là son objet principal, son but, sa vocation, je dirai plus, son devoir. D'ailleurs, ce n'est qu'ainsi qu'il est possible de cueillir le fruit de l'arbre de la science dans toute sa maturité. Voir et faire, examiner et appliquer, sans ce principe, le point de vue *autoptique* échappe, la vérité s'obscurcit par une foule d'idées étrangères; on ne conçoit que des opinions n'ayant ni opportunité, ni vitalité, parce qu'elles manquent de base, d'appui ou de *criterium* réalisé. D'un autre côté, il est des médecins qui, se disant praticiens exclusifs, ne consacrent aucune partie de leur temps à l'étude; ils ne le prodiguent réellement que dans l'intention d'augmenter leur clientèle et leur fortune. Comme une bibliothèque fait bien dans le cabinet d'un médecin, ils ont une bibliothèque, mais ils n'en approchent guère; à leurs yeux, un livre à lire est une sorte de supplice, une plume est un instrument à peu près inutile, tout travail scientifique, le travail des désœuvrés de cabinet, de ces oisifs qui écrivent par besoin ou par métier. Livrés à une pratique *tumultueuse et galopante*, comme disait Quesnay, lassés, brisés, fatigués, souvent ennuyés, ils n'ont ni la force, ni le loisir de noter, de recueillir, bien moins encore de réfléchir, de penser, de mettre leur expérience douteuse et fugitive au profit de la science. N'attendez d'eux que des idées circonscrites, superficielles, qui flottent pour ainsi dire à côté des choses et n'y touchent point. Médecins sur-affairés qui, selon l'expression de Phèdre, *nihil operose agunt*, ils ne font rien

La deuxième pièce est aussi un fémur droit; la fracture est réunie par un cal osseux complet, excepté à la partie antérieure, près du sommet du grand trochanter. Là il existe un point où les fragments sont disjoints. La partie postérieure et supérieure du fragment interne est enfoncée dans le grand trochanter. Celui-ci a été fracturé à sa partie supérieure et postérieure (fig. 3).

J'ai trouvé ces deux premières pièces dans le musée de la Faculté de médecine de l'ancienne Université de Louvain.

La troisième pièce m'a été donnée en 1842, par mon collègue et ami M. Langlet: c'est un fémur gauche. Le fragment supérieur pénètre dans le grand trochanter par la portion postérieure de sa surface; la partie antérieure est un peu écartée de cette apophyse. La réunion de cette fracture n'est pas complète; elle ne me paraît même que fibreuse; on peut faire mouvoir le petit fragment dans la cavité trochantérienne. Le bord antérieur et supérieur du grand trochanter a été fracturé, et le fragment libre se trouve déplacé en arrière le long du bord postérieur de cette apophyse; ce fragment est uni au grand et au petit trochanter par des jetées osseuses en forme de stalactites. Ces productions osseuses sont fort remarquables; elles sont tellement développées qu'en regardant la pièce par sa face postérieure, on ne voit du col du fémur que la tête articulaire. Aussi ai-je fait dessiner cette pièce vue par sa face antérieure pour montrer la pénétration (fig. 4).

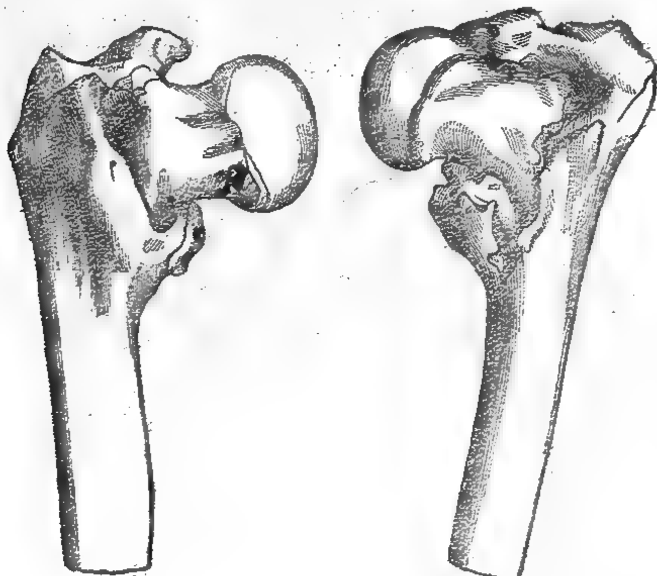


Fig. 3. Fig.

La quatrième pièce est le fémur gauche d'une vieille femme qui a été traitée dans mon service à l'hôpital civil de Louvain, et qui y est morte d'une pneumonie, vingt-six jours après la lésion osseuse de la cuisse. Sur cette pièce, on voit que presque toute la surface inférieure du col est enfoncée dans le canal médullaire du fémur, que le fragment supérieur est remonté en dehors, et que l'angle formé par le col et la diaphyse est diminué au point que la tête articulaire touche le petit trochanter. C'est donc un cas de pénétration dans le corps du fémur plutôt que dans le grand trochanter; celui-ci est séparé presque en totalité du reste de l'os. Les trois fragments sont unis ensemble par du tissu fibreux (fig. 5 et 6) (1).

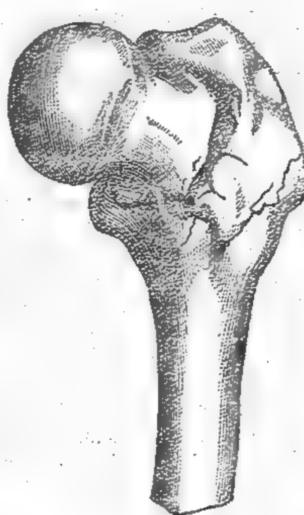


Fig. 5.



Fig. 6.

La cinquième pièce est un fémur droit qui provient aussi d'une vieille femme qui a succombé, cinq semaines après l'accident, à une affection purulente. Cette femme, en tombant, s'était fait une forte contusion à l'avant-bras droit, laquelle fut suivie d'un phlegmon diffus qui se termina par suppuration.

Sur cette pièce (fig. 7), la moitié postérieure du fragment supérieur est enfoncée en forme de coin dans l'épaisseur du grand trochanter, qui est comme éclaté en deux portions, dont la postérieure constitue un fragment qui s'étend jusqu'au petit trochanter inclusivement. Ces trois fragments sont attachés ensemble par des liens fibreux. Si cette pièce était débarrassée de tout le tissu ligamenteux qui l'entoure, on verrait mieux combien elle ressemble à la première pièce.

Ces deux dernières fractures, je les avais diagnostiquées pendant la vie, et j'avais annoncé à mes élèves qu'elles étaient accompagnées de pénétration. J'en ai observé d'autres cas, mais les malades ont guéri.

Il est à remarquer que parmi les chirurgiens qui admettent le déplacement par pénétration dans les fractures du col du fémur, il en est qui pensent que cette pénétration n'est que le résultat consécutif d'une espèce

(1) La fig. 5 représente l'os fracturé vu par sa face postérieure, et la fig. 6, le même os vu par sa face antérieure.

---

qu'avec un certain fracas; aussi s'enivrent-ils de bruit, d'argent et de vanité. A les entendre, ils n'ont jamais le temps de rien faire, de rien écrire, de rien publier; est-ce paresse, est-ce impuissance? Quelquefois l'une et l'autre. Aussi quand ils essaient ou quand la nécessité les oblige à énoncer leurs idées sur un sujet quelconque, tout leur paraît pénible, embarrassant; ils le font presque toujours *crassa pinguique Minerva*; c'est alors qu'ils apprennent que la chose du monde la plus difficile est de penser profondément, de penser juste, de produire ses idées avec clarté, avec méthode, quand on a perdu l'habitude du recueillement, de la solitude et du commerce avec les livres. *Magna clientela, magna servitus*, nous savons cela; mais aussi pourquoi ne pas savoir se borner. Ce qu'il y a de certain, c'est que les plus illustres médecins se sont constamment voués à l'étude comme à la pratique; ils ont été à la fois de grands écrivains et de grands praticiens. Contentons-nous de citer parmi eux, Fernel, Baillou, Boerhaave, Dehaën, Mead, Sydenham, Van Swieten, Lorry, Stoll, Bordeu, Astruc, etc. Ce dernier est mort laissant deux millions de fortune, et pendant plus de soixante ans il n'a pas passé un seul jour sans s'occuper d'études profondes sur les sujets les plus variés. Parmi les chirurgiens, on peut signaler seulement en France, Ambroise Paré, J.-L. Petit, Ledran, Sabatier, enfin notre illustre contemporain Boyer. Tous, comme on voit, ont été livrés aux applications de l'expérience, et tous ont publié d'excellents ouvrages. Cette turbulence de pratique et de clientèle qui enivre et fatigue certains médecins ne les a point emportés. Pourquoi cela? parce qu'ils savaient faire un emploi judicieux de leur temps, parce que chaque instant de sa durée était apprécié, estimé, calculé à propos, parce qu'ils savaient enfin que tout vrai médecin doit compte à la science, à l'humanité, de ses travaux et de son expérience. La plus sainte, la plus unanime, la plus entraînante protestation de l'esprit humain est celle du travail contre la paresse et l'oisiveté.

Il est aussi des médecins très occupés qui, comprenant ces vérités, ont en réserve un immense recueil de faits et d'observations; malheureusement ils courent la clientèle tout le jour, et consacrent la nuit aux travaux de l'étude. Chacun d'eux semble dire :

Ce que j'ôte à mes nuits, je l'ajoute à mes jours.

Coutume dangereuse, homicide, surtout à un certain âge (1). Ce qu'on ôte aux nuits, on l'ôte à la santé, cela est indubitable. N'est-ce pas là secouer le sablier pour le hâter? Il en résulte de graves inconvénients, parce que cet état violent de surexcitation organique ne peut durer; il faut succomber. Mais on ne veut rien perdre d'une *belle position*, c'est-à-dire que ce très-habile sophiste, l'esprit de lucre, l'emporte inévitablement. Qu'arrive-t-il? C'est que les matériaux, amassés sans choix, ne peuvent servir, et pour peu qu'on tarde à les employer, ils deviennent souvent un pêle-mêle, une confusion inextricable. Aussi un de ces médecins, à qui un de ses amis demandait à voir quelques observations, lui répondit-il : « Je vous les communiquerais volontiers, mais com-

(1) C'est là, comme je l'ai observé dans ma GALERIE MÉDICALE, ce qui a causé la mort de Lisfranc, à l'âge de 57 ans, malgré l'étonnante vigueur de sa constitution.

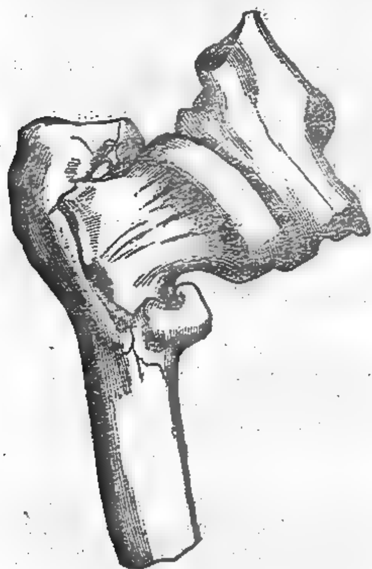
d'usure par frottement, par pression d'un fragment sur l'autre. D'autres au contraire, et je suis de ce nombre, prétendent que la pénétration est un effet immédiat qui se produit en même temps que la fracture. Il est facile de prouver que la pénétration, dans les fractures extracapsulaires du col du fémur, est un effet immédiat de la cause fracturante.

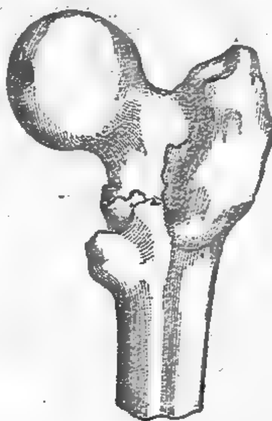
1° Cette fracture réunit les diverses conditions nécessaires pour qu'elle soit compliquée de pénétration. En effet, le fragment iliaque du fémur représente une espèce de cône, dont la consistance est beaucoup plus forte que celle du grand trochanter; ces fractures s'effectuant le plus souvent par une chute sur le grand trochanter, la cause fracturante tend à rapprocher fortement l'une de l'autre les deux extrémités du col.

2° Si la pénétration était le résultat d'un frottement, de la pression d'un fragment sur l'autre, comment expliquer la consolidation par un cal osseux? Et cependant la deuxième pièce en est une preuve irrécusable.

3° Les fractures récentes accompagnées de pénétration, comme celles de la quatrième et de la cinquième pièce, recueillies sur des sujets dont le membre a été tenu en repos et toujours soutenu lorsqu'ils se sont levés, sont les preuves les plus convaincantes que la pénétration est un effet immédiat de la cause fracturante.

4° Enfin les expériences sur les cadavres démontrent aussi que l'opinion que je soutiens est la vraie. En frappant violemment avec un corps volumineux et à large surface le grand trochanter d'un cadavre, de vieille femme surtout, on produit une fracture avec pénétration, semblable à celles trouvées sur des individus morts plus ou moins longtemps après s'être fracturé le col du fémur. J'ai souvent produit de ces fractures pour montrer à mes élèves leur mécanisme, leurs symptômes et leurs caractères anatomiques. Voici une de ces fractures artificielles (fig. 8) : le col, par sa partie postérieure, est enfoncé dans le tissu spongieux du grand trochanter; celui-ci est fracturé en plusieurs fragments.


Fig. 7.


Fig. 8.

Quatre de ces pièces pathologiques ont des caractères communs :

1° La pénétration a lieu dans la partie antérieure du grand trochanter.

2° C'est la portion postérieure du fragment cotyloïdien qui s'enfonce, la portion antérieure restant libre; de là une pénétration incomplète.

3° Le fragment interne forme un angle saillant en avant, déplacement qui a été bien décrit par M. Denonvilliers.

La quatrième pièce diffère des autres en ce que sur toutes la pénétration existe dans le canal médullaire du fémur; le grand trochanter est fracturé; une partie de la face externe de cette apophyse est devenue supérieure; elle est aussi devenue plus courte.

Les caractères anatomiques rendent parfaitement compte des symptômes que l'on observe dans les fractures du col de fémur accompagnées de pénétration dans le tissu spongieux du trochanter.

Les principaux symptômes de la fracture qui nous occupe sont les suivants :

1° Douleur superficielle à la région trochantérienne, augmentant par la pression et par les mouvements. Le siége de la fracture à la base du col, la complication constante d'une fracture du grand trochanter expliquent assez pourquoi la douleur se fait sentir superficiellement.

2° Raccourcissement réel plus ou moins prononcé, peu susceptible d'augmenter par le temps. Le degré de raccourcissement varie d'après le degré de pénétration et d'après la diminution plus ou moins considérable de l'angle que forme le col sur la diaphyse.

3° Renversement du pied en dehors. Ce symptôme s'explique par la pénétration de la partie antérieure du trochanter; le renversement du pied en dehors doit être d'autant plus prononcé que la pénétration a lieu dans un point plus antérieur. Peut-être le renversement du pied en dedans, qui a été observé par quelques chirurgiens, dépendait-il de ce que la surface antérieure du fragment cotyloïdien avait pénétré dans la partie postérieure du grand trochanter. L'angle saillant en avant que forme le fragment interne sur l'externe, résulte aussi de ce que la pénétration a lieu dans la partie antérieure du tissu trochantérien.

4° J'ai senti la crépitation chez les deux malades dont j'ai montré les pièces pathologiques et chez d'autres, auxquels j'ai cru reconnaître une fracture extracapsulaire avec pénétration. Enfin, chaque fois que j'ai pu produire sur le cadavre une fracture de cette espèce, j'ai pu percevoir la crépitation par des mouvements modérés de rotation, et cela sans détruire la pénétration. L'existence de la crépitation est même le meilleur signe pour s'assurer que l'on a déterminé une fracture.

Il me semble que le siége superficiel de cette fracture, la fracture concomitante du grand trochanter, doivent rendre la crépitation assez facile, quoique quelques chirurgiens considèrent la difficulté de l'obtenir comme un signe principal des fractures avec pénétration. Je dois dire cependant, d'après ce que j'ai observé dans les expériences sur le cadavre, que les mouvements communiqués à la partie inférieure de la cuisse ne se passent guère dans la fracture, mais dans la cavité cotyloïde. Ceci explique pourquoi les malades guérissent ayant la pointe du pied déviée, quoi que l'on fasse pour tenir le pied dans une bonne position pendant tout le traitement.

Pour compléter le diagnostic des fractures extra-capsulaires avec pé-

---

ment trouver cette épingle dans la botte de foin de mes paperasses? » Il y a plus : c'est que ce double travail brise, énerve les forces de l'esprit, aussi bien que celles du corps, comme dans l'activité intellectuelle, il y a aussi une baisse progressive dans l'activité de la pratique. Encore un peu de temps, et l'on ne voit plus que les restes d'une *clientèle* qui tombe, d'un *talent* qui s'éteint. De pareils désastres ne prouvent qu'une chose : c'est que le temps a été fort mal dirigé. En effet, tantôt on l'a employé avec une ardeur presque fébrile, d'autres fois on l'a laissé couler avec une impardonnable négligence. Dans ce dernier cas, l'étude est ordinairement tout à fait négligée; ainsi, nullement au courant de la science, étrangers à la marche du progrès, de pareils médecins restent ordinairement au fixe d'une pratique vulgaire, insignifiante, routinière, pourtant ils se disent praticiens, et ils s'en glorifient.

Vous le voyez, mon ami, il ne suffit pas d'utiliser chaque instant, chaque fraction même la plus minime du temps; il faut encore en avoir l'économie, c'est-à-dire sa juste distribution ou répartition. On remarque des individus dont le zèle et l'assiduité paraissent extrêmes, et qui n'avancent en rien, parce que tout chez eux est désordre et confusion. Il en est d'autres, au contraire, dont les occupations sont si bien réglées, dont le temps est si justement utilisé, qu'ils font face à tout, que jamais ils ne sont en retard pour aucun travail, pour aucune obligation ou aucun devoir. A quoi tient cette activité omniprésente? Évidemment à une admirable distribution de leur temps, à cette fermeté de vouloir et de persévérance qui courbe les obstacles et surmonte les difficultés. C'est là toujours un sujet d'étonnement pour les hommes dominés par la paresse, soit naturelle, soit produite par cette torpeur intellectuelle fruit d'une existence aisée et d'un avenir assuré. Aussi les médecins qui en sont frappés, parvenus à un certain âge, deviennent-ils incapables de se livrer à l'étude et à la pratique. Ordinairement surchargés d'embonpoint et d'oisiveté, on les voit, comme dit énergiquement un poëte,

Traîner les longs moments d'une inutile vie.

Que leur a-t-il manqué? Une juste économie du temps; elle seule, en effet, enfante ces miracles d'activité qui produisent les travaux les plus remarquables dans tous les genres. Napoléon, certainement un modèle dans ce genre, fut néanmoins frappé de l'activité de Lacépède, nommé grand chancelier de la Légion d'honneur, occupant deux chaires, administrant dans les plus grands détails, occupé de plusieurs ouvrages importants, sans négliger certaines obligations du monde. — Comment faites-vous? lui demanda Napoléon étonné — Sire, lui répondit-il, c'est que j'emploie la méthode des naturalistes, qui consiste dans l'habitude de ne pas perdre un instant; ensuite de distribuer d'abord toutes les parties d'un sujet jusqu'aux plus petits détails, selon leurs rapports essentiels.

Cependant, tout en attachant une extrême importance à la distribution du temps, il ne convient pas toujours de le mesurer et de le doser, de distiller pour ainsi dire les 1,440 minutes de la journée avec une précision minutieuse, par conséquent puérile et mesquine. L'essentiel est d'établir un ensemble bien ordonné du temps, avec les travaux entrepris, les occupations indispensables, de tenir un sage milieu entre un excès de régularité sèche, roide, et un laisser-

nétration, on portera son attention sur la région trochantérienne, si aux symptômes que j'ai cités il vient se joindre de l'ecchymose, du gonflement autour du grand trochanter. Si ce dernier paraît raccourci, écrasé, ou présente quelque autre signe de fracture, il ne peut rester aucun doute sur l'existence d'une fracture extracapsulaire accompagnée de pénétration dans le tissu spongieux du grand trochanter. J'ajouterai cependant, pour ne rien oublier, que tous les cas de fractures de l'espèce que j'ai observés ont été occasionnés par une chute sur le grand trochanter. Le déplacement par pénétration n'est pas seulement un point curieux de pathologie dans l'histoire des fractures externes (1) du col du fémur, mais il conduit encore à des conséquences pratiques qui me paraissent de la plus haute importance. Ces conséquences sont relatives à l'exploration des malades chez lesquels on soupçonne une fracture du col du fémur, et au traitement.

1° Lorsqu'on examinera un malade pour s'assurer s'il est atteint d'une fracture du col du fémur, on se gardera bien de faire exécuter au membre des mouvements trop étendus dans le but de sentir ou de la mobilité anormale ou de la crépitation. Ces mouvements pourraient détruire la pénétration que je considère comme une condition favorable à une bonne consolidation. Pour le même motif, on se gardera d'exercer de violentes tractions sur le membre blessé, comme on le fait trop souvent lorsqu'on cherche à distinguer une fracture d'une luxation.

2° Les diverses méthodes de traiter les fractures du col du fémur peuvent se rapporter à trois : l'extension permanente, la demi-flexion, et enfin celle des chirurgiens qui n'appliquent aucun appareil, et permettent aux malades de se lever, de marcher avec des béquilles dès les premiers jours de l'accident.

Je ne saurais accepter aucune de ces méthodes pour traiter les fractures du col accompagnées de pénétration, car elles exposent à détruire la pénétration. Je ne me déciderais à recourir à une extension modérée que dans les cas de raccourcissement considérable.

Le traitement doit avoir pour but de conserver la pénétration et d'empêcher les mouvements dans les parties fracturées. On atteint ce double but en appliquant un appareil amovo-inamovible qui s'étend à toute la longueur du membre et embrasse complétement le bassin en forme de ceinture. La compression doit porter principalement sur la région trochantérienne. On pourra mettre sur cette dernière quelques compresses pour la rendre plus saillante.

Cet appareil, rendu solide par la dessiccation, permet au malade de se lever, de marcher avec des béquilles, en prenant la précaution de soutenir le membre.

La réunion étant encore fibreuse cinq à six semaines après l'accident, on ne permettra au malade d'appuyer sur le membre qu'après un traitement de deux mois au moins. On ne devra pas s'attendre à guérir sans raccourcissement, ni à corriger complétement la déviation de la pointe du pied en dehors (2).

(1) J'appelle *externes*, avec M. Gimelle, les fractures qui occupent la moitié externe du col du fémur.

(2) Voir la discussion dont cette note a été l'objet au compte rendu de l'Académie de médecine de Belgique.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES; par DORVAULT.

(Suite. — Voir les numéros 46, 47, 49 et 50.)

APPLICATION DE LA MÉDICATION IODIQUE AUX DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES DE L'ORGANISME QUI LA RÉCLAMENT.

344. Affections cutanées.

Ce que nous allons exposer ici de l'emploi interne des iodiques contre les maladies de la peau, est plus particulièrement l'expression de l'opinion du docteur Cazenave. Nous ne pouvions suivre un meilleur guide.

Les iodiques ont été essayés à l'intérieur dans le traitement de la plupart des maladies de la peau ; leurs effets ont toujours été incertains. Ils ont été quelquefois suivis de bons résultats ; rarement la guérison complète a pu être attribuée à eux seuls. Quoi qu'il en soit, ils agissent différemment, suivant les formes et aussi suivant l'état de l'éruption.

En général, ils échouent quelle que soit la forme de l'éruption, si même ils n'augmentent pas la maladie, toutes les fois que l'affection se présente à un état tant soit peu aigu. Si l'on tient compte de leurs effets physiologiques assez constants sur la peau, on ne sera pas surpris de ces résultats.

Borné au traitement des maladies chroniques, le rôle des iodiques dans la thérapeutique cutanée n'est pas encore aussi satisfaisant qu'on pourrait le croire. Ainsi, dans les affections squammeuses, par exemple (*lepra vulgaris, psoriasis*), contre lesquelles on pourrait attendre d'eux de bons résultats, généralement leur efficacité est douteuse, on peut même dire jamais complète.

Contrairement au docteur Cazenave, le docteur Ricord considère l'iodure de potassium bien dosé, bien suivi dans ses effets, comme le remède par excellence de l'*acne indurata*. De nombreuses cures l'autorisent dans son opinion. L'iodure potassique déterminant pathogénésiquement avec une grande facilité cette même affection cutanée, il s'ensuit qu'il aurait sur les individus qui en sont atteints une action homœopatique.

L'iodure de potassium a semblé suivi d'heureux effets dans le traitement de l'*éléphantiasis des Grecs*. Le docteur Cazenave dit avoir plusieurs fois constaté ses avantages, et le regarde même comme un des moyens les plus précieux de traitement de cette terrible affection au début des tubercules.

Dans le *lupus* (esthiomène), c'est encore aujourd'hui un des meilleurs modes de traitement interne ; mais on peut douter qu'avec lui seul on puisse obtenir une guérison complète sans avoir recours, entre autres moyens, à la cautérisation. Les cas de guérisons du lupus à l'aide de l'iodure potassique seul, que les journaux ont enregistrés, étaient bien évidemment des cas de syphilis méconnus.

Théoriquement, il semblerait que les iodiques dussent être principalement très-efficaces dans tous les cas d'éruption qu'on peut rattacher à un principe strumeux, ou qui traduisent à la peau une exagération du tempérament lymphatique. Mais il faudrait toujours que l'éruption ne présentât aucune trace d'acuité.

---

aller qui tient au désordre. Mais remarquez ici, mon ami, comme en toutes choses, les actions sont l'expression du type intérieur, autrement dit de l'esprit individuel. Cette précieuse économie du temps est pour ainsi dire innée chez certaines personnes, tandis que rien n'est plus difficile chez d'autres individus. Aussi combien sont rares les hommes qui réunissent au goût du travail, une conception facile, un jugement sain, une tête intelligente et bien ordonnée. Remarquez encore, je vous prie, que je mets en première ligne le goût du travail. Telle est, en effet, l'origine, le principe de tout effort dans les travaux entrepris non-seulement pour les applications, mais encore pour tout ce qui a une *valeur d'inspiration*. L'amour passionné de la science pour elle-même, voilà le caractère distinctif et glorieux des vrais savants, le signe de leur mission. Aussi de pareils hommes savent-ils ce qui est très-difficile : *ils ont appris à travailler*, c'est-à-dire que leur volonté a appris à gouverner leur intelligence. C'est alors qu'on obtient cette heureuse facilité pour qui l'étude et l'application sont des jouissances et non pas des efforts. Il est certain que tout médecin ayant la forte volonté de produire un ouvrage digne d'être remarqué, ouvrage qui sente le travail, l'hôpital et l'amphithéâtre, comme on dit, doit avoir non-seulement pour l'objet qu'il traite une sorte de prédilection, mais encore une certaine dose de foi, d'élan et d'enthousiasme ; qu'il sache tout examiner avec les yeux du corps et avec ceux de l'esprit, car l'esprit a aussi son microscope. C'est ainsi qu'on obtient de ces vérités cachées pour ainsi dire sous l'écorce et jusque dans la racine des phénomènes, de ces idées qui portent l'empreinte de la force de tête où elles ont été conçues. Quant à ceux qui, au mépris du temps, se hâtent de mettre le public dans la confidence de leurs moindres observations, de leurs superficielles élucubrations, qui ignorent que toute composition réclame une idée mère qui la féconde, l'anime et la coordonne, soyez certain, mon ami, que tout se fait chez eux en raison inverse du carré du bon sens, et que par conséquent tout est stérile, chétif, non viable. Toujours une œuvre de durée doit être longtemps *couvée* par l'application, par le temps, et il est bien reconnu que ce dernier se venge toujours de ce qu'on a fait sans lui. Pour parvenir à ce point désirable, il n'y a qu'à persister, et bientôt on s'en fait un plaisir, puis une habitude, un besoin même, oui, un besoin, et même irrésistible. C'est précisément en quoi consiste ce charme du travail et de la pensée, unique consolation qu'accepte parfois le malheur, dictame merveilleux qui seul guérit les plaies de l'âme, adoucit celles du corps, ou du moins suspend les douleurs en donnant à l'esprit une activité salutaire.

Vous le voyez, mon ami, sans négliger l'art ou la pratique, il est d'une haute importance de donner une partie de son temps à l'étude. Le champ dont parle Cardan en sera plus productif. Malheureusement c'est ce qui devient de plus en plus rare, surtout à Paris : l'odieuse et lâche doctrine de l'*utile* avant tout, l'exaltation des intérêts et des jouissances matérielles, en voilà évidemment les causes. Notre profession n'en est point exempte, la plaie du siècle y a jeté son venin. Aussi l'étude, la méditation, le travail de la pensée sont-ils négligés. Qui n'a remarqué ici un découragement atonique funeste, véritable défaillance morale que rien ne peut arrêter. On veut, dit-on, du positif; oui, pourvu que ce soit du positif sonnant ou qui ait cours à la bourse. Tout pour l'utile ; volontiers ils demanderaient si les doctrines, si les principes, si la science, sont des choses qui peuvent nourrir, et si, comme le dit un sophiste dans TIMON D'ATHÈNES, elle peu-

345. A l'extérieur, d'après les médecins étrangers, l'iode, et en particulier la teinture de ce corps, donne de très-heureux résultats dans la thérapeutique cutanée. Le docteur Davies, d'Herford (SELECTIONS IN PATHOLOGY AND SURGERY.—Londres, 1839), préconise très-fort l'emploi topique de la teinture d'iode contre la plupart des taches et autres affections de la peau. Les docteurs Hoffbaner, Kennedy, etc., l'ont trouvée très-efficace dans le *psoriasis*, le *pityriasis*, l'*ichthyose*, la *gale*, l'*acne*, le *lichen*, l'*eczéma*, le *prurigo*, l'*impétigo*, le *porrigo*, l'*ecthyma*. Le premier s'applique à l'aide d'un pinceau. Il s'ensuit une sensation de brûlure qui dure une à deux heures. Après quelques jours, on fait tomber les croûtes qui se sont formées à l'aide de l'eau tiède ou de cataplasmes.

Nous compléterons ces données sur l'emploi topique de la teinture d'iode à la fin de cette revue des applications thérapeutiques des iodiques.

Les expériences tentées par le docteur Cazenave sur l'acarus de la gale de l'homme lui ont démontré que le liquide dans lequel le sarcopte périssait le plus rapidement était une dissolution d'hydriodate de potasse ioduré, ce qui l'a engagé à traiter la gale par l'usage de lotions soit avec un soluté d'iodure ioduré, soit avec un soluté d'iodure de potassium tenant en suspension de l'iodure de soufre (190).

A l'école vétérinaire d'Alfort, on a tiré également de bons résultats des mêmes moyens contre la gale des chiens et des chevaux.

346. Tumeurs blanches.

Les tumeurs blanches, et particulièrement celles, de beaucoup les plus nombreuses, qui reconnaissent pour cause la scrofule ou la syphilis, trouvent, prises à temps, leur curation dans l'usage des iodiques. (Voy. les chap. *Scrofule* et *Syphilis*.)

Les auteurs rapportent plusieurs cas pathologiques de cette espèce où l'amputation du membre affecté ou seulement l'ablation de la tumeur avaient été jugées indispensables, furent cependant rendues inutiles par l'usage des iodiques qui amenèrent la guérison de l'affection. Il sera donc sage, dans tous cas analogues, avant d'arriver au moyen extrême de l'amputation, de tenter l'action de ces agents.

347. Carie des vertèbres (mal de Pott).

Selon Patterson et quelques autres auteurs, cette maladie, presque toujours scrofuleuse, est aussi heureusement traitée par les iodiques que le bronchocèle. Le premier cite trois cas à l'appui de son opinion. Cette affection est, du reste, comprise dans les sommaires des observations du docteur Lugol. (Voyez aussi aux *Injections* ce qui concerne les abcès avec carie.)

348. Carreau.

Cette affection, qui se rapproche aussi des maladies strumeuses, et que même des auteurs classent positivement comme telle, trouve, selon Bréra, Callaway, Benaben, Gairdner, Baron, Haden, Gassan, un remède efficace dans les iodiques.

349. Rachitisme.

Cette affection, qu'*à priori* on considère toujours comme une variété de la scrofule, en est, selon la plupart des auteurs qui s'en sont occupés, tout à fait dinctincte. Soit que les scrofulographes aient tous admis cette distinction et n'en aient pas tenté l'emploi, soit qu'ils n'en aient obtenu que des résultats négatifs, ils ne mentionnent point ou ne mentionnent qu'à peine l'iode dans le traitement du rachitis. L'huile de foie de poisson, cependant, qui donne de si bons résultats dans certaines formes de la scrofule, fait aussi merveille dans le rachitis. Serait-ce donc que, tandis que dans le scrofule cette huile agit par son iode, dans le rachitisme elle agirait surtout par son principe phosphoré, très-propre en effet, uni à la chaux contenue dans les aliments, à réparer les pertes faites par le système osseux?

350. Phthisie.

Si l'on réfléchit que la scrofule est un état tuberculeux, on ne tarde pas à comprendre que l'iode, si bien appropriée au traitement de cette dernière affection, doit avoir quelque efficacité dans la phthisie pulmonaire, que des médecins distingués comme Hufeland, Lepelletier (de la Sarthe), classent parmi les scrofules, ainsi que les phthisies bronchiques, mésentériques, etc.

Baudelocque conseillait d'employer la vapeur d'iode en inhalation chez les phthisiques, mais les résultats ne furent pas heureux. On est même parti de l'aggravation du mal, survenue généralement par suite de ces inhalations, pour refuser à l'iode toute efficacité contre la phthisie. C'est là évidemment une conclusion erronée, attendu qu'il n'y a rien d'étonnant, d'après ce que nous avons dit et de ce que nous ferons mieux encore ressortir des effets physiologiques de l'iode lui-même, que ce corps ait exaspéré le mal : c'est une question de mode d'administration. En effet, dans le cas qui nous occupe, en raison des propriétés irritantes de l'iode, il importe au plus haut point de faire un bon choix du mode d'administration. Là sont tout à la fois l'explication du succès de l'huile de foie de morue dans la phthisie et sa recommandation.

Cependant les praticiens les mieux disposés s'accordent généralement à dire que la médication iodique ne convient guère que dans la période d'initiation ou commençante de la phthisie, et qu'elle est plus nuisible qu'utile lorsque le mal est dans une période avancée, en ce que, déterminant les fontes des tubercules devenus trop nombreux, il hâte l'événement fatal.

C'est le cas de faire observer ici que sans nul doute la plupart des guérisons d'affection du poumon obtenues par l'usage du carragaheen et même du lichen d'Islande, doivent être en partie rapportées au composé iodique que ces substances renferment. L'usage des fucus riches en iode, la laminaire saccharine par exemple, où ce corps, ou plutôt l'iodure potassique, est uni à du mucilage et à des substances analeptiques, nous paraîtrait parfaitement indiqué dans les phthisies.

L'illustre Laennec avait eu l'idée de l'emploi des fucus ou varecs dans ces affections. Mais supposant que leur iode se volatilisait, il prescrivait de placer ces plantes dans les chambres des phthisiques. On conçoit qu'il ne dut point réussir.

Les docteurs Luedicke, Gourand, Gauthier (de Lyon), ont publié des exemples concluants de guérison par l'iodure de potassium. De leur côté, les docteurs Andral et Dupasquier ont préconisé avec beaucoup d'insistance l'iodure ferreux contre la phthisie pulmonaire.

351. Leucorrhée et blennorrhée.

Le docteur Gimelle a le premier appelé l'attention des médecins sur les effets des iodiques contre la leucorrhée, qui selon quelques auteurs est souvent une conséquence de la diathèse scrofuleuse. Il a décrit quatre cas de leucorrhée intense, dont un avec complication d'engorgements lympha-

---

vent servir de manteau afin de se préserver de la bise. Quant à moi, appuyé sur des faits irrécusables, je dirai aux contempteurs de l'étude : Quelque chose que vous fassiez, que vous imaginiez, songez que les livres ont toujours contenu, propagé et enfanté le progrès. Savez-vous que vous êtes guidés, éclairés, gouvernés par des livres? savez-vous que le Code civil et l'Évangile sont des livres dont vous dépendez continuellement pour votre foi, pour vos actes, pour vos intérêts, pour la vie entière et au delà? Ignorez-vous que les livres sont les archives de l'expérience, la source de nos lumières, le dépôt du savoir des âges? L'homme de l'art qui n'a pas cette conviction ne sait rien, marche en aveugle, et *l'esprit médical* s'est retiré de lui. Cherchez bien, cherchez avec soin parmi les productions des hommes les plus utiles, les plus graves, les plus difficiles, vous n'en trouverez pas qui soient plus dignes de nos louanges, de nos encouragements, que la production d'un bon livre. Mais soit qu'on aspire à ce noble but, soit qu'on se contente de faire son profit des ouvrages des autres, le fait important est de ne pas prodiguer follement sa vie, de calculer jour par jour les résultats matériels, étrangers sous bien des rapports à la sainte austérité de notre ministère. C'est ainsi qu'on dégrade sa profession, qu'on lui donne ce caractère de vénalité qui appartient aux choses vulgaires. Comment faire pour éviter cet écueil? Faut-il le répéter? Bien connaître le prix du temps, s'en faire une ressource utile, un auxiliaire puissant, et surtout graver dans son cœur, dans sa mémoire, sur son front, sur tout ce qui nous entoure, dans son esprit, cette grande vérité, qu'on a beaucoup de temps quand on n'en veut pas perdre. Adieu, cher et honorable confrère, *vive et vale*.

R.-P.

— Salick Effendi, médecin ordinaire du sultan et directeur de l'École impériale de médecine à Constantinople, a fait diverses améliorations dans cet établissement. Le nombre des inspecteurs a été augmenté, et le docteur Spitzer, professeur en chef de l'École, a été nommé directeur des études. La GAZETTE MÉDICALE de Constantinople a été placée sous la direction du docteur Spitzer et de son conseil.

— Le ministre de l'intérieur de Sardaigne a présenté dernièrement au roi les membres de la commission nommée par le roi son père, en 1845. Cette commission devait rechercher les causes du crétinisme, et indiquer des remèdes pour le combattre. Il résulte des tableaux statistiques du rapport, que la Sardaigne ne renferme pas moins de 7,000 crétins répandus sur vingt-deux des provinces sardes.

— Le gouvernement bavarois a nommé une commission de médecins et de chimistes éminents, qui a pour mission de s'enquérir de la nature du choléra, principalement au point de vue de ses rapports avec les influences atmosphériques, terrestres, électriques, magnétiques, etc. Le docteur Vose Walter, professeur de chirurgie à l'Université de Munich, présidera cette commission.

— CHLOROFORME. Le nommé John Shorter, portier, âgé de 48 ans, robuste, mais intempérant, entra, le 9 octobre 1849, à Saint-Thomas Hospital, service du docteur Samuel Sollez. Cet individu était affecté d'un ongle incarné du gros orteil gauche. Avant de l'opérer, on procéda à l'inhalation avec un drachme d'abord, auquel on ajouta ensuite 10 gouttes. Mais une fois que ce malheureux eut perdu connaissance, il ne fut plus possible de le rappeler à la vie.

tiques et un autre compliqué de goîtres, où il a parfaitement réussi. Sablairolles, peu après, a décrit trois cas et Gœden deux cas de guérison par le même moyen. Cependant le docteur Gauthier dit avoir vu des leucorrhées persister pendant l'usage de l'iodure potassique chez des femmes qu'il traitait pour des accidents de syphilis. Le docteur Puche dit même avoir vu les flueurs blanches accrues sous l'influence de ce traitement. Il y a à n'en pas douter, dans cette différence de résultats, une question d'acuité et de chronicité du mal.

L'iodure de potassium nous paraît formellement nuisible dans la blennorrhagie aiguë. Dans la blennorrhagie chronique, quelques praticiens disent en avoir obtenu de bons résultats. Le docteur Crusell dit avoir eu un succès complet de l'emploi alternatif de ce sel et du copahu dans l'urétrite invétérée.

352. **Aménorrhée et chlorose.**

Sablairolles a le premier appliqué les iodiques contre l'aménorrhée. Il cite plusieurs cas de guérison fort concluants pour démontrer leur efficacité dans cette maladie. Bréra fait des citations analogues, parmi lesquelles il en est qui démontrent en outre leur utilité dans la chlorose, ce qui ne doit pas surprendre si l'on considère que, de même que la leucorrhée, elle reconnaît souvent pour cause la diathèse scrofuleuse.

Le docteur Puche a vu plusieurs fois les menstrues apparaître abondamment chez des femmes syphilitiques non réglées depuis deux ou trois mois le jour même où il leur administrait l'iodure de potassium en vue de la syphilis. Coindet, d'ailleurs, considérait l'iode comme un puissant emménagogue, et M. Magendie le regarde même comme un abortif.

353. **Squirrhes et cancers.**

M. Magendie a vu guérir comme par enchantement, dans l'espace de quinze jours, deux cancers de la langue considérés comme incurables. Hufeland et Osann disent avoir obtenu des résultats avantageux des iodiques contre le *squirrhe* et le *carcinôme de l'utérus*. Ullmann de Marbourg dit avoir pleinement réussi dans les cas les plus désespérés de cancers du visage, des mamelles et de la matrice. Le docteur Ashwell, qui se loue beaucoup de l'emploi des iodiques dans ce dernier cas, ne fût-ce que comme palliatif, dit qu'ils échouent lorsque c'est le corps même de l'utérus qui est atteint de carcinôme. Les docteurs Heylen et Devergie ont publié des cures de *lupus vorax* par l'usage intérieur de l'iodure de potassium.

Beaucoup d'auteurs prétendent que les iodiques améliorent simplement les états cancéreux. D'autres assurent qu'ils n'ont aucune action, et que les guérisons obtenues par leur moyen se rapportent à des cas de syphilis méconnus. C'est en particulier là l'opinion bien arrêtée des docteurs Cazenave et Ricord. Il faut conclure de cette divergence d'opinions que tous les cas cancéreux ne sont pas curables par les iodiques, mais qu'il en est qui le sont; le tout est de reconnaître l'indication.

354. **Cachexie mercurielle, maladies métalliques.**

Les iodiques produisent les plus heureux effets contre les accidents de la médication mercurielle. Les faits cités par Knüd, Christison, Gauthier, etc., ne laissent aucun doute à ce sujet. MM. Melsens, Natalis Guyot et Gusmann ont employé en outre, avec un plein succès, l'iodure de potassium chez des ouvriers de fabriques où l'on emploie le mercure (doreurs, miroitiers), atteints de maladie mercurielle qui n'avait point été précédée d'affections syphilitiques. Le docteur Gervasio Sanchez, médecin des mines de mercure d'Almaden (Espagne), a commencé des expériences en grand sur les ouvriers mineurs qui confirment déjà les bons effets de l'iodure potassique dans le mercurialisme.

Quelques praticiens rejettent *à priori* l'emploi des iodiques dans la salivation mercurielle, parce qu'ils déterminent eux-mêmes une sorte de salivation. L'objection n'est pas rationnelle. Il ne s'agit pas ici, en effet, de faire d'un médicament une lance d'Achille qui guérit les blessures qu'elle a faites, mais bien de détruire les accidents d'une médication par une autre médication, ce qui est bien différent.

Nos considérations sur le mode d'action des iodiques dans les diverses maladies que nous passons en revue, ne laisseront aucun doute sur l'efficacité des iodiques dans la plupart des maladies métalliques et dans le mercurialisme en particulier.

355. **Hydropisies.**

Les iodiques ont procuré des succès dans les hydropisies générales et partielles. Sans parler ici de ceux obtenus de l'application topique de la teinture d'iode faite par M. Martin-Solon pour résoudre les épanchements de la cavité abdominale, nous ferons observer que depuis nombre d'années des praticiens allemands préconisent l'usage interne des préparations d'iode contre l'*ascite*. Le docteur Thirion (de Namur) a publié récemment trois cas d'ascite guéris par l'iodure potassique. Le premier est relatif à un médecin qui, à la suite d'une affection organique grave, ancienne, mais dont le diagnostic ne put jamais être nettement déterminé, fut pris d'une ascite qui résista à tous les moyens mis en usage : diurétiques, drastiques, etc. Ce médecin, après de nombreuses et infructueuses tentatives de toute sorte, résolut de se soumettre au traitement par l'iodure potassique. Il prit d'abord par jour 40 centig. de ce sel dissous dans 75 grammes d'eau distillée, une cuillerée toutes les heures et demie. Dès les premiers jours de cette médication, il y eut des urines copieuses et d'abondantes sueurs et la collection abdomidale diminua rapidement; en moins d'un mois elle avait complétement disparu. Le malade continua l'usage de l'iodure deux mois encore. Après en avoir pris 41 grammes, la guérison parfaite à cette époque ne se démentit pas. Dans les autres cas, les malades prirent, le second 45 grammes et le troisième 220 grammes d'iodure de potassium pour arriver à guérison.

Nous parlerons plus loin du traitement de l'ascite par les injections iodiques.

356. **Empoisonnements.**

Théoriquement, MM. Donné et Bouchardat ont établi que le soluté d'iodure de potassium ioduré était un bon contre-poison de la plupart des alcalis végétaux. M. Leriche a constaté pratiquement pour la noix vomique (strychnine) et M. Leroy des Barres pour le colchique (vératrine, colchicine) son efficacité (171).

357. **Maladies diverses.**

Les iodiques ont encore été employés avec plus ou moins de succès : 1° dans les *engorgements chroniques du foie* désignés par les Anglais sous le nom de *liver complaint*, et que les Européens contractent par leur séjour dans les contrées équatoriales (Cristin, Eusèbe de Salles, Christison). Les praticiens anglais paraissent d'ailleurs faire grand cas des préparations d'iode dans toute inflammation, induration et engorgement du foie où, suivant eux, elles sont aussi souvent efficaces que le mercure qu'il leur associent quelquefois; 2° dans les *tumeurs* ou *engorgements de l'abdomen*, des *mamelles*, de l'*ovaire*, de l'*utérus* et autres indéterminés; 3° dans l'*hémoptisie*, suite d'aménorrhée (Bréra); 4° dans l'*œdème des extrémités inférieures* (ibid.); 5° dans la *goutte* (Gendrin, Valentin, Tardy, Miligan, Maury); 6° le *rhumatisme* (Macléod, Clendinning, Magendie, Bouyer); 7° dans les *hypertrophies* des ventricules du cœur (Magendie), des mamelles (Delfiz, Fingerhutt); 8° dans le gonflement scorbutique des gencives (Magendie); 9° dans la *glucosurie* ou diabète sucré (médecins allemands); 10° dans les *ulcères atoniques* des jambes (Lisfranc); 11° l'anasarque (Buisson); 12° l'anesthésie (Briquet); 13° la polysarcie (Graefe), la paralysie ancienne (Magendie, Mausan), la paraplégie; 14° contre le *céphalotome*; tumeur de cette nature très-volumineuse guérie sans opération, le malade s'y étant refusé, à l'aide de frictions continuées deux mois avec la pommade à l'iodure de potassium, après l'emploi sans succès des astringents, de l'eau blanche, du sel ammoniaque, etc. (Martinency, UNION MÉDICALE, 1849); 15° l'*Hydrocéphale* (Christiern, GAZ. MÉD, 1844) (v. 355);

16° les névroses. { Névralgies en général (Payan, auteurs divers); Chorée (Manson); Céphalalgie (Locher-Balber); Tic (*ibid.*)

358. **Homœopathie.**

Les homœopathes se guidant, disent-ils, sur l'ensemble des symptômes produits sur l'organisme sain, et dont voici les principaux : amaigrissement, gonflement œdémateux, céphalalgie, cuisson des yeux, dureté de l'ouïe, teint pâle, jaunâtre, gonflement extérieur du cou, boulimie, pyrosis, vomissement, déplacement de flatuosités, excitation de l'appétit vénérien, induration du testicule, métrorrhagie, toux invétérée, matutinale, violents battements de cœur, déchirement dans les membres, surtout aux articulations; les homœopathes, disons-nous, emploient l'iode (3 ou 4 globules imbibés dans la 30° dilection) contre l'arthrite chronique, la cachexie mercurielle, les affections scrofuleuses et lymphatiques, l'engorgement et l'induration des glandes, l'atrophie des enfants scrofuleux, les affections rachitiques, les affections rhumatismales, les dartres, l'ophthalmie et l'otite scrofuleuse, la blépharophthalmie, le carreau, la phthisie abdominale, le bubon scrofuleux et arthritique, la dyspepsie, l'aménorrhée, les flueurs blanches, la galactorrhée, la phthisie laryngée, le catarrhe chronique, la grippe, la coqueluche, les gonflements inflammatoires du genou, le goître, les tumeurs blanches, l'hydartre, etc., etc.

L'iodure de potassium n'est pas encore employé en homœopathie.

359. **Médecine vétérinaire.**

L'action dynamique des iodiques sur les animaux domestiques paraît être

la même que sur l'homme. Ils peuvent donc être et sont en effet employés en médecine vétérinaire dans les mêmes circonstances que dans la médecine humaine. Leur emploi contre le *farcin* des chevaux, affection qui a tant d'analogie avec certaines formes de la scrofule, est aujourd'hui très-répandu.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉFLEXIONS AU SUJET DE L'APPAREIL POUR LES MOUVEMENTS ARTIFICIELS DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE, DÉCRIT PAR M. BONNET (DE LYON), DANS LA GAZETTE MÉDICALE (1); ET DESCRIPTION D'UN NOUVEL APPAREIL, par M. le docteur SAUSSIER, médecin à Troyes.

Parmi les appareils de mouvement employés par M. le docteur Bonnet dans le traitement des maladies articulaires, et décrits par lui en 1848 et 1849 dans la GAZETTE MÉDICALE, j'ai remarqué en particulier celui qu'il destine à l'articulation de l'épaule (page 636, 1849).

J'ai cru reconnaître que cet appareil était insuffisant, du moins pour les cas où les mouvements sont le plus diminués, ou empêchés.

Cet appareil consiste : 1° en une cuirasse matelassée, à surface uniforme, enveloppant entièrement les deux côtés de la poitrine, et offrant une ouverture pour le passage du bras; 2° en tiges, poulies, etc., destinées à remplacer l'aide d'une personne, et à permettre au malade de se suffire à lui-même, pour exécuter les mouvements artificiels.

Ainsi que le dit M. Bonnet (page 635, même année), dans les roideurs de l'articulation de l'épaule, les mouvements de l'omoplate suppléent avec tant de facilité aux mouvements du bras, que l'articulation scapulo-humérale est dans des conditions particulières d'immobilité, qui favorisent la production des adhérences et de l'ankylose. J'ajoute qu'il n'est pas de jointure diarthrodiale où il soit plus difficile d'effectuer des mouvements artificiels à cause de la mobilité extrême de l'omoplate et des efforts qu'il faut faire pour fixer cet os, lorsque la roideur articulaire est un peu prononcée.

Eh bien ! après avoir essayé en 1847, sans connaître celui de M. Bonnet, un appareil semblable au sien, une cuirasse matelassée, embrassant complétement les deux côtés de la poitrine, je crois pouvoir affirmer que cette cuirasse sera insuffisante dans les roideurs prononcées, parce que l'omoplate n'est point fixée et qu'elle se dérobe toujours malgré la pression de l'appareil, car cette cuirasse ne fait autre chose que comprimer l'omoplate sur le thorax. Il suit de là que les résultats obtenus sont très-imparfaits, même lorsque les surfaces articulaires seront susceptibles d'être ramenées à leur état physiologique normal.

C'est pour fixer l'omoplate d'une manière à peu près invariable que j'ai imaginé, dans la même année, un autre appareil dont voici la description.

Il consiste en un fragment postérieur de cuirasse matelassée, en forte tôle, soudé sur une tige verticale en fer, laquelle est fixée à ses deux extrémités : 1° par un cercle en fer, qui embrasse le col et qui est échancré en devant, pour que l'on puisse le poser et l'enlever.

2° Par une ceinture qui contourne la taille du malade et s'attache en devant. Cette ceinture peut être tout entière en tissu solide ou en métal dans sa partie postérieure, pour empêcher les vacillations du fragment de cuirasse, auquel on la fixe, comme à la tige verticale, par des points de suture pratiqués à travers des trous préparés d'avance.

Aux extrémités de l'échancrure du cercle sont attachées deux courroies qui se croisent en sautoir sur la poitrine, et sont ramenées par derrière, pour se réunir en passant par-dessus le fragment de cuirasse, qu'elles pressent plus ou moins fortement contre le côté de la poitrine correspondant au siége de la maladie.

Mais la partie importante de l'appareil est celle qui avoisine l'omoplate. Elle est formée par une gouttière peu matelassée, surajoutée, en tôle comme la cuirasse elle-même, qui embrasse le bord interne, la pointe ou angle inférieur, et une partie du bord externe de l'os, et le recouvre dans le tiers inférieur de sa face postérieure de manière à empêcher toute espèce de mouvement.

Chez le sujet pour lequel cet appareil fut exécuté, l'omoplate faisait une forte saillie en arrière, on la plaçait avec facilité dans la gouttière. Mais malgré toutes les circonstances favorables résultant de la disposition de l'appareil et de la saillie de l'épaule, l'omoplate nous échappait encore souvent et quittait la gouttière pour passer en avant; tant il est difficile de la maintenir longtemps dans une immobilité complète !

A ce sujet je ferai encore une remarque; c'est en vain que l'appareil une fois fixé on voudrait charger le malade seul d'exécuter les mouvements artificiels : les variations incessantes des diamètres thoraciques permettront toujours à l'omoplate de s'échapper de la gouttière. Il est indispensable qu'il ait auprès de lui un aide qui replace la pointe scapulaire aussitôt qu'elle fuit. C'est dire assez que l'appareil ne devra pas rester appliqué en permanence; on procédera par séances, qui se répéteront deux ou trois fois par jour et dureront environ un quart d'heure.

(1) Année 1849, page 636.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin.)

V. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur le choléra sporadique sympathique;* par M. Racle. 2° *Mémoire sur le mécanisme de l'étranglement des hernies et l'emploi du chloroforme pour la réduction ;* par M. Guyton. (Nouveaux faits et nouvelles considérations à l'appui de la théorie qui attribue l'étranglement à la contraction des parois abdominales, poussant les gaz dans la portion d'intestin déplacée.) 3° *Remarques et observations sur la resection des os du pied;* par M. Liaudet. 4° *De l'humorisme moderne;* par M. Tessier. 5° *Documents statistiques pour servir à l'histoire de la taille et de la lithotritie;* par M. Pamard. 6° *De l'état réel de la science touchant le traitement du choléra.* 7° *Du mode de production du tintement métallique, du souffle amphorique et de quelques autres phénomènes encore mal connus du pneumothorax ;* par M. Milcent. 8° *De l'emploi thérapeutique du manganèse et de ses préparations pharmaceutiques*, par M. Hannon. 9° *De la dilatation du canal de l'urètre pour aider à l'extraction des calculs vésicaux chez l'homme ;* par M. Pamard. 10° *De l'organisation du sang épanché comme origine de tumeurs de diverse nature ;* par M. Alquié. 11° *Remarques sur quelques affections du col de la vessie;* par M. Aug. Mercier. 12° *Études pratiques sur la pharyngite folliculeuse ou granulée ;* par M. Bouland. 13° *Mémoire sur les causes et le mode de développement des hernies crurales;* par M. Malgaigne. 14° *Sur les causes et le traitement de la métropéritonite puerpérale;* par M. Maurat. 15° *De l'autoplastie appliquée à la dénudation des testicules (oschéoplastie);* par M. Goyrand.

MÉMOIRE SUR LE CHOLÉRA SPORADIQUE SYMPTOMATIQUE; par le docteur V. RACLE.

Ce mémoire a pour but de démontrer que le choléra sporadique est, dans un grand nombre de cas, lié à l'existence de lésions matérielles soit des viscères abdominaux, soit même de tout autre organe, et conséquemment ne peut être considéré comme une affection toujours essentielle. Cette proposition, de laquelle découlent quelques déductions pratiques relatives au diagnostic, au pronostic et au traitement, l'auteur cherche à l'établir de la manière suivante.

Il commence par rapporter très au long l'observation d'une femme de 32 ans qui fut prise de vomissements abondants, de déjections alvines considérables et involontaires, de douleurs vives à l'abdomen, de crampes, puis de refroidissement général, avec cyanose des extrémités, haleine et langue donnant la sensation du froid, yeux cernés de bleu, brillants, non injectés, suppression des urines, pouls insensible à l'artère radiale et à l'artère humérale du côté droit, faiblement perceptible à gauche. Cette femme mourut dix jours après le début des accidents abdominaux, et l'on trouva des désordres considérables dans l'iléon. La muqueuse de cette partie de l'intestin était parsemée de plaques noires formées par une infiltration sanguine et un épaississement du tissu ; au commencement de l'iléon, ces plaques, arrondies, discoïdes, larges et épaisses comme des lentilles, étaient isolées ; plus bas, elles se rapprochaient ; plus bas encore, elles se confondaient par place. Dans l'intervalle de ces agglomérations de plaques, la muqueuse semblait avoir subi un léger grattage. Tout à fait inférieurement, on rencontrait de véritables ulcérations qui allaient s'agrandissant à mesure qu'on descendait, de telle façon que la destruction de la muqueuse finissait par être générale.

Ce fait relaté comme *specimen*, l'auteur ajoute qu'il en possède beaucoup d'autres, relatifs à des cas de choléra développés soit à la suite d'altérations de la muqueuse intestinale, soit à la suite d'hémorrhagies de la même muqueuse, ou de *péritonite commençante*, ou de *perforation de l'estomac*, ou de *pneumonie*. Les quelques détails dans lesquels il entre à cet égard sont destinés à démontrer l'antériorité de la lésion matérielle par rapport à l'appareil symptomatologique propre au choléra. Ainsi, dans un cas où les accidents cholériques n'ont duré que 63 heures, on a trouvé l'intestin fortement ecchymosé dans une grande partie de son étendue et offrant de distance en distance un pointillé pseudo-membraneux. Un convalescent de fièvre typhoïde, mort après trente-six heures d'accidents cholériques, portait une suppuration de la base des deux poumons. Il en était de même à peu près dans trois autres cas où les symptômes du choléra avaient été également de peu de durée. Enfin, chez une femme affectée de cancer de l'estomac, des accidents de même genre qui n'ont duré que vingt-quatre heures ont pris naissance pendant un travail d'ulcération qui n'aurait pas tardé à mettre en communication la cavité de l'estomac et le péritoine et qui s'accompagnait déjà d'une péritonite circonscrite.

De cette fréquente subordination des phénomènes cholériques à la lésion matérielle de quelque viscère, l'auteur déduit, comme nous l'avons dit, quelques conséquences pratiques. Les voici en peu de mots.

1° Il peut devenir difficile de distinguer un choléra *symptomatique* du vrai choléra, du choléra *idiopathique* ou *essentiel*. Cependant les signes ordinaires de la lésion matérielle accuseront souvent le caractère symptomatique du choléra. Une douleur abdominale vive mettra sur la trace d'une entérite, les crachements sanglants sur celle de la pneumonie, etc. On peut présumer encore que le choléra est symptomatique lorsque sa durée est longue, que sa marche, au lieu d'être régulière, se compose d'une série d'exacerbations et de rémissions, lorsque, à la suite, ou même dans l'intervalle des paroxysmes, il se manifeste quelques symptômes différents de ceux du choléra, etc.

2° Le pronostic du choléra symptomatique est subordonné surtout à la gravité de la lésion matérielle primitive; il repose donc sur une toute autre base que le pronostic du choléra essentiel.

3° Dans le choléra symptomatique, le traitement doit s'adresser principalement à l'altération anatomique dont il dépend. Dans ce cas, le traitement dirigé contre le choléra spécialement pourrait être nuisible à la maladie primitive; par exemple, les alcooliques, les toniques, les excitants aggraveraient une pneumonie, une entérite dont le choléra ne serait que le symptôme. L'auteur cite à l'appui de cette proposition une observation recueillie à l'Hôtel-Dieu et dans laquelle on voit des accidents cholériques, paraissant liés à une affection intestinale aiguë, céder rapidement à des applications de sangsues au siége après avoir été traités sans succès par les opiacés.

— Tout le monde sera d'accord avec l'auteur sur ce fait que le choléra naît quelquefois pendant le cours de certaines lésions viscérales, telles que pneumonie, entérite, péritonite, etc.; et, comme lui encore, on considérera volontiers ces lésions comme ayant été l'*occasion* du développement de l'affection cholérique. L'accord sur ce point est même tellement général qu'il nuit notablement à l'intérêt des *observations à l'appui* que l'auteur a pris la peine de recueillir. Mais les choléras de cette sorte, ainsi liés à l'existence d'une maladie actuellement en cours d'évolution, méritent-ils, dans l'acception scientifique du mot, le nom de symptomatiques? Là-dessus nous cessons de partager l'avis de l'auteur. Sans doute on peut rencontrer parmi les troubles fonctionnels qui accompagnent telle ou telle maladie viscérale, des phénomènes propres au choléra. Cela s'observe en temps d'épidémie cholérique. Nous avons signalé nous-mêmes des crampes dans une fièvre typhoïde, la diarrhée blanche dans une pneumonie. Ces phénomènes sont alors si directement subordonnés à l'affection existante, qu'on peut les regarder comme *symptomatiques*. Mais qu'on accorde le même nom à un choléra véritable, complet, muni de tous ses caractères, ayant ses phases ordinaires de développement, uniquement parce qu'il se sera développé à l'occasion d'une autre maladie, c'est abuser de l'analogie. La nature du mal est-elle affectée en quelque chose par cette circonstance? Nullement. Un choléra qui éclate pendant le cours d'une pneumonie est de même nature exactement qu'un choléra venu au milieu d'une santé parfaite. Il n'est pas exact de dire que l'un et l'autre devraient être traités différemment. On pourra tenir compte tout au plus, pour l'énergie du traitement, pour le choix des médicaments, pour quelques accessoires, des conditions particulières du sujet; mais le fond du traitement devra être le même dans les deux cas. L'auteur nous paraît surtout donner un précepte dangereux, quand il conseille de *diriger tous les efforts du traitement* vers la maladie qui a précédé le choléra, de *négliger en partie le traitement des affections cholériques*. Le praticien qui, devant un choléra consécutif à une pneumonie, se préoccuperait surtout de cette dernière, aurait le temps de perdre son malade avant d'obtenir seulement une légère modification de l'affection pulmonaire. Nous allons plus loin, nous croyons que, dans la perturbation profonde apportée à tout l'organisme par l'invasion du choléra, une phlegmasie aiguë déjà développée se subordonne néanmoins, quant à sa marche, quant à sa gravité, à la nouvelle affection, et que le traitement d'une pneumonie, par exemple, devra être influencé par la présence d'un choléra actuellement développé beaucoup plus que le traitement du choléra par la préexistence de la pneumonie.

Ce n'est pas à dire que tout soit inexact dans l'assertion de M. Racle. Il y a un organe dont les lésions, quand elles surviennent d'une manière aiguë sur une grande surface et atteignent de suite un haut degré d'intensité, amènent souvent des manifestations symptomatologiques analogues à celles du choléra : cet organe est l'intestin. Les symptômes qui suivent l'ingestion des substances corrosives sont fréquemment cholériformes; il en est de même, dans certains cas, des phelmasies suraiguës. Dans ce dernier cas, l'expression est vraiment celle du choléra sporadique. Rien n'empêche alors de lui donner ce nom, en y ajoutant celui de symptomatique. Mais ici il n'y a vraiment qu'une seule et même maladie, à savoir une altération grave de la muqueuse intestinale, et ce n'est qu'au point de vue purement symptomatologique, au point de vue des phénomènes extérieurs, qu'on peut y voir un choléra. La dénomination est donc déjà assez arbitraire; mais c'est bien pis, et on n'a plus l'excuse d'aucun prétexte, quand on fait d'un choléra développé dans le cours d'une affection étrangère au tube digestif, d'une pneumonie par exemple, le symptôme de cette affection, et qu'on y voit l'obligation de traiter, avant tout, la pneumonie.

REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR LA RESECTION DES OS DU PIED; par M. LIAUDET.

Les resections partielles du pied n'étant le plus souvent proscrites qu'à cause des difficultés de leur exécution, il importe de remettre incessamment sous les yeux des praticiens des exemples propres, comme ceux-ci, à démontrer de combien une guérison obtenue ainsi presque sans mutilation, l'emporte sur les amputations, quelque perfectionnées qu'elles aient été dans les derniers temps.

EXTIRPATION DE L'OS CUBOÏDE; GUÉRISON.

OBS. I.— K..., 15 ans, s'était donné il y a neuf mois une entorse au pied; il se forma plus tard au devant de la malléole externe une ouverture qui dégénéra en fistule avec ulcère. Un stylet pénétrait dans la direction de l'os cuboïde, et y faisait sentir ce craquement particulier et ce ramollissement qui caractérisent la carie. On ne pouvait cependant affirmer que les os voisins fussent sains. Le malade ne marchait qu'à l'aide de béquilles.

Le 17 juillet, on fit une incision cruciale intéressant l'ulcère. Après avoir disséqué les lambeaux, on divisa en avant et en arrière les attaches ligamenteuses de l'os malade, qu'on saisit alors avec une forte pince à crochets qui servit à le tirer pour faciliter sa séparation. Ce temps fut rendu plus pénible à cause de la grande fragilité de cet os, qui dut être enlevé pièces par pièces. Les surfaces articulaires des quatrième et cinquième métatarsiens, ainsi que celle du calcanéum, étaient parfaitement saines. Un petit fragment de substance corticale saine du cuboïde resta attaché à la surface articulaire, saine du troisième cunéiforme; on laissa au travail suppuratoire le soin de son élimination.

Les compresses avec l'eau glacée furent maintenues constamment sur le pied. — Les douleurs et la fièvre ne se montrèrent que faibles et durèrent seulement deux jours.

Pendant les pansements subséquents, on enleva à deux reprises quelques petits fragments d'os nécrosé.

La cicatrice ne tarda point à se faire. Le malade put quitter l'hôpital, sans béquilles, le 19 septembre.

Depuis près de quatre ans la guérison ne s'est point démentie.

EXTIRPATION DU SCAPHOÏDE; GUÉRISON.

OBS. II — M..., 23 ans, fit en octobre 1844 une chute dans laquelle son pied fut fortement tourné en dehors. Il ressentit dès lors une douleur vive au niveau du scaphoïde. Sous l'influence de manœuvres irrationnelles, le mal s'exaspéra, le pied se tuméfia, et le malade entra à l'hôpital le 11 mars 1846.

Une enflure considérable peu douloureuse occupait tout le cou-de-pied. Il y avait une fistule dans la direction du scaphoïde, et une autre au bord externe du pied dans celle du cuboïde; mais en introduisant un stylet dans celle-ci, on le faisait sortir par la première. Au contraire, du côté du scaphoïde, on rencontrait un corps rude et poreux, ainsi que d'autres durs et plus petits. Le malade, faible et très-maigre, ne pouvait marcher qu'en se soutenant sur une béquille, et gardait ordinairement le lit.

L'huile de foie de morue donnée pendant trois mois lui avait rendu sa santé et ses forces, mais l'état local, resté le même, décida M. Bruns à entreprendre la résection du scaphoïde qu'une exploration attentive avait fait reconnaître carié.

Le 23 juin, une incision cruciale comprenant les parties malades, fut pratiquée sur le cou-de-pied. On pénétra alors dans un tissu cellulaire induré qu'on enleva en grande partie. Après avoir mis l'os à nu, on l'enleva petit à petit avec une

forte pince. Ne pouvant pas saisir le bord externe du scaphoïde, on prolongea l'incision en dehors et on divisa toutes les parties molles jusqu'à l'os. On lia les deux bouts de l'artère tibiale postérieure, et on put enlever le reste de l'os malade. Les surfaces articulaires voisines étaient parfaitement saines.

L'eau glacée fut maintenue à demeure sur la région opérée. Dès le 25 la fièvre était tombée : une partie de la plaie s'est réunie par première intention; le reste suppure.

La plaie se cicatrisa assez rapidement. Le malade peut maintenant marcher et travailler comme autrefois. — Il n'y a pas eu de récidive jusqu'à présent (mars 1848).

DE L'AUTOPLASTIE APPLIQUÉE A LA DÉNUDATION DES TESTICULES; par M. GOYRAND.

A la suite des plaies du scrotum avec issue du testicule au dehors, on voit parfois le testicule dénudé rester privé d'enveloppe. En effet, quoique le scrotum se referme le plus souvent par un procédé naturel, il arrive aussi que, dans certains cas, les bords de la plaie cutanée se rapprochent derrière le testicule; et, au lieu de se trouver recouvert, cet organe se dégage de plus en plus à mesure que la cicatrisation s'opère.

M. Goyrand, ayant eu à traiter un accident de ce genre, a réussi en disséquant les bords de la solution de continuité, et en les réunissant au devant du testicule par la suture. C'est à cette opération restauratrice qu'il donne le nom d'*oschéoplastie*.

Voici, du reste, les sages préceptes qu'il donne sur la conduite à tenir dans les divers cas de lésion du scrotum avec sortie du testicule.

S'agit-il d'une blessure récente, on doit réintégrer immédiatement ces organes dans les bourses, sans craindre d'opérer les débridements nécessaires à la réduction.

Si le chirurgien, appelé plusieurs jours après l'accident, trouve le testicule adhérent par sa grande partie postérieure au pourtour de la blessure devenue trop étroite pour le laisser repasser dans les bourses, il doit détruire les adhérences, détacher les bords de la plaie, débrider et réduire.

Dans le cas de dénudation des testicules par la gangrène, on attendra la détersion de la plaie et les effets du travail de rapprochement qu'opère la force de cicatrisation. Le plus souvent, ce travail inodulaire suffira pour réparer le désordre et attirer la peau sur les testicules dénudés; mais s'il n'en est point ainsi, si, arrivée sur les côtés des testicules, la peau du scrotum cesse d'être attirée en avant, dès qu'il est bien reconnu que la cicatrice doit s'achever par exsiccation des bourgeons charnus à la surface des testicules dénudés, la chirurgie expectante ne convient plus, on doit recourir à l'oschéoplastie; et cette opération doit être pratiquée avant que l'exsiccation de la surface de la plaie soit commencée.

DE LA VALÉRIANE CONTRE L'ÉPILEPSIE; par le docteur CHAUFFARD.

Voilà certes un sujet bien rebattu. Il y a longtemps qu'on emploie la valériane contre l'épilepsie, et quoi qu'en aient dit Sylvius, Sauvages, Willis, Rivière, Quarin et beaucoup d'autres, il est aujourd'hui peu de praticiens qui croient en avoir retiré des avantages marqués. Mais si le remède est vulgaire, la dose à laquelle M. Chauffard le préconise ne l'est pas. Il ne s'agit pas moins que d'une once, une once et demie, deux onces de poudre de racine par jour. Il y a déjà longtemps que M. Chauffard a osé, pour la première fois, administrer de telles quantités d'une substance qu'on regardait généralement comme dangereuse au-dessus de quelques gros. Il a été depuis imité par plusieurs thérapeutistes, par M. Barbier, entre autres, et sans inconvénients.

Dans le présent travail, M. Chauffard rapporte deux séries d'observations, les unes relatives à l'épilepsie proprement dite, les autres à des affections spasmodiques de diverses formes.

Les premières sont au nombre de douze. Dans toutes, la valériane à haute dose a été employée; dans toutes, l'épilepsie a guéri, et autant qu'on peut juger (sauf dans une), radicalement. Dans quelques cas, les attaques paraissaient légères; mais dans les autres, et c'est le plus grand nombre, il ne saurait y avoir de doute sur la gravité des accidents. Ainsi, dans la première observation, non-seulement les attaques étaient fréquentes, mais l'intelligence commençait à s'altérer; il y avait un peu d'idiotisme. *Le sujet pleurait ou riait sans motif, restait assis, morne, plein de répugnance pour la lecture et pour la promenade.* Il prit pendant cinq mois 40 et même 50 grammes de valériane par jour; il en continua ensuite l'usage, à de moindres doses, pendant un an. Il passa d'abord cinq ou six mois sans attaques; plus tard, et pendant six ans, l'amélioration devint plus prononcée encore. On associa alors à la valériane l'eau ferrugineuse, des frictions sur la colonne vertébrale avec l'alcool thériacal. Le succès ne se démentit pas pendant trois ans; mais à cette époque il devint aliéné, eût de nouvelles attaques et entra dans une maison de santé. — Chez le sujet de la seconde observation, suivant l'expression du mémoire, les attaques étaient *fréquentes, soudaines et brutales; elles duraient des demi-journées*, s'accompagnaient de lividité de la face, de la saillie des veines frontales, de respiration stertoreuse, enfin de tous les phénomènes caractéristiques. Sous l'influence de la valériane à 40 et 50 grammes, les accès s'éloignèrent rapidement, et la guérison fut complète au bout de quatre mois. — Deux autres malades avaient des accès *fréquents, qui les renversaient privés de toute sensibilité et sans connaissance, avec les membres roides et secoués par de fortes convulsions, les yeux fixes, la bouche couverte d'écume*, etc. La guérison fut encore ici radicale. Nous pourrions citer d'autres observations de même valeur. Néanmoins, et bien qu'il nous semble impossible de conserver le moindre doute sur le caractère épileptique de la maladie, nous regrettons que l'auteur n'ait pas apporté un peu plus de développement et de précision dans l'exposé des faits. Quelques-unes des observations n'occupent que trois ou quatre lignes. Il faut d'ailleurs ajouter que M. Chauffard est le premier à faire des réserves sur le degré de vertu qu'on pourrait être tenté, d'après des faits qu'il publie, d'attribuer à la racine de valériane. Il prend soin de prémunir lui-même le lecteur contre les désappointements. Il insiste sur la part qui peut revenir, dans le succès, aux changements d'habitude et de régime, à l'usage d'une bonne nourriture, à l'exercice en plein air et à l'emploi de quelques autres moyens thérapeutiques associés à la valériane. Ces remarques judicieuses, nous les relevons en notre propre nom; elles témoignent de la sagesse d'esprit et de la sincérité de l'auteur. Mais la part qui reste à la valériane est encore assez grande, à nos yeux, pour frapper quiconque lira avec soin les observations du mémoire.

Quant aux faits relatifs à certaines affections convulsives autres que l'épilepsie, ils concernent des accidents hystériques et cholériques, guéris également par la valériane à haute dose.

VI. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros de janvier, avril et juillet 1849 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Recherches sur la paralysie générale progressive*; par le docteur Lunier. (Article de critique, échappant à l'analyse.) 2° *Du traitement de l'aliénation mentale dans les asiles d'Angleterre.* (Extrait traduit du rapport d'une commission au lord chancelier.) 3° *Un mot sur les hallucinations de l'enfance*; par le docteur Thore. 4° *Mémoire médico-légal sur un cas de folie homicide*; par le docteur Aubanel. 5° *Réflexions sur les observations recueillies dans le service de l'asile des aliénés de Fains*; par le docteur Renaudin. 6° *De la paralysie générale chez les pellagreux*; par M. Baillarger. 7° *Influence du choléra sur la production de la folie*; par le docteur Delasiauve. 8° *Rapport médico-légal sur un cas d'interdiction*; par le docteur Parchappe. 9° *Examen médico-légal d'un cas de monomanie instinctive*; par le docteur Lunier. (Affaire du sergent Bertrand.)

UN MOT SUR LES HALLUCINATIONS DANS LA PREMIÈRE ENFANCE; par le docteur THORE.

L'intérêt de l'observation qui a servi de texte à la note de M. Thore est surtout dans le jeune âge du sujet en proie aux hallucinations. C'était une petite fille de 14 mois et demi. Cette enfant avait avalé en grande quantité des semences de datura stramonium. La mère lui ayant donné le sein peu de temps après, il y eut un vomissement dans la matière duquel se trouvait une grande quantité de graines blanchâtres. Outre les symptômes ordinaires de l'empoisonnement par le datura, faiblesse fréquente du pouls, injection de la face, secousses brusques des membres supérieurs et inférieurs, large dilatation des pupilles, etc., on constata l'existence d'hallucinations de la vue très-prononcées. L'enfant ne paraissait voir aucun des objets qui l'entouraient ou qu'on lui présentait, tandis qu'elle cherchait continuellement à saisir avec la main un objet imaginaire. Un vomitif administré à l'instant, et qui amena le rejet de 75 à 80 grains de datura, des lavements purgatifs, quelques excitants, conjurèrent le danger : la guérison était entière le cinquième ou sixième jour.

Cet exemple d'hallucinations de la vue chez un si jeune enfant aurait plus d'intérêt encore si la cause occasionnelle du désordre n'était pas due à une intoxication. C'est surtout dans les maladies aiguës, dans les méningites, les fièvres, qu'il y a à se demander si les hallucinations peuvent appartenir à la première enfance. L'observation fait défaut sous ce rapport. Mais nous sommes de l'avis de l'auteur quand il dit qu'une investigation attentive découvrirait souvent l'existence d'hallucinations chez de tous jeunes enfants. Il en a rencontré à quatre ou cinq ans; nous en avons vu nous-même, il n'y a pas longtemps, chez une petite fille de trois ans et quelques mois.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ LES PELLAGREUX; par le docteur BAILLARGER.

On se rappelle le mémoire sur la paralysie pellagreuse lu à l'Académie de médecine par M. Baillarger. Ce mémoire, vivement attaqué dans la GAZETTE DE MILAN par MM. Rizzi et Verga, a été défendu par M. Gaetano Strumbio. Aujourd'hui, c'est M. Baillarger lui-même qui entre en lice dans une lettre adressée au champion de sa cause. Son but est surtout de contre-balancer l'assertion du docteur Verga, qui, placé sur un théâtre d'observation extrêmement favorable (à l'hospice de la Senavra), affirme n'avoir jamais rencontré la paralysie générale des pellagreux, par la déclaration contraire d'autres médecins également familiarisés avec l'étude de la pellagre.

Le premier document sur lequel s'appuie M. Baillarger est une statistique inédite de M. Bonacossa, médecin en chef de l'asile des aliénés de Turin. En 1843, il est entré à l'asile de Turin 256 aliénés, dont 29 étaient atteints de pellagre. Sur ces 29 malades, 5 (1 homme et 4 femmes) présentaient tous les signes de la paralysie générale avec délire ambitieux.

Le second document est emprunté à M. Girelli, directeur des hôpitaux de Brescia, et ancien médecin en chef de l'asile des aliénés. M. Girelli a publié en 1830, sur la pellagre, un travail dans lequel il n'a pas fait mention de la paralysie générale; il n'en dit rien non plus dans le rapport sur l'asile des aliénés pour 1846. Mais dans le rapport de 1844, on trouve le passage suivant : « Chez une grande partie des déments, *et spécialement chez ceux dont la maladie reconnaissait pour cause la pellagre*, l'apoplexie ou l'intempérance, *j'ai souvent observé à tous les degrés la paralysie des aliénés* que le célèbre Esquirol a souvent décrite, et qui, attaquant quelquefois seulement les muscles qui servent aux mouvements volontaires, produit d'abord une démarche vacillante, et graduellement une immobilité complète. »

M. Baillarger invoque encore les observations de M. Liberali sur la manie pellagreuse. Ce médecin est beaucoup moins explicite que les deux premiers. Il décrit bien chez les maniaques pellagreux des lésions anatomiques qui sont celles de la paralysie générale, opacité de l'arachnoïde, adhérences des méninges au cerveau, infiltration séreuse de la pie-mère, épanchements dans les ventricules; mais il n'est pas aussi précis quant à ce qui concerne la symtomatologie. Cependant il signale des cas nombreux « dans lesquels à la fièvre, au délire, succèdent la taciturnité, un état d'hébétude, l'immobilité, dans lesquels la physionomie perd toute expression, et le malade, privé de mouvement, est forcé de rester couché sur le dos. »

Enfin M. Baillarger rapporte une observation empruntée aux registres de l'hospice de la Senavra, de cet hospice dont M. Verga est médecin, et dans laquelle on voit notés chez un pellagreux les symptômes et les altérations nécroscopiques propres à la paralysie générale. L'auteur de l'observation ajoute que *cette encéphalite pellagreuse est plus fréquente qu'on ne pense*.

Les documents invoqués par M. Baillarger paraissent concluants; on doit, sans doute, tenir compte, dans l'examen de cette question, de la chance que les aliénés pellagreux partagent avec tous les autres de tomber en paralysie générale, en supposant même l'absence de tout lien direct entre cette dernière affection et la pellagre. Mais on remarquera que, dans la statistique de M. Bonacossa, la paralysie générale compte pour plus d'*un sixième* dans le nombre des aliénés pellagreux; que M. Giralli dit l'avoir observée *souvent* dans la même catégorie d'aliénés; qu'enfin l'auteur de l'observation recueillie sur le registre de l'hospice de la Senavra regarde comme *fréquente* l'encéphalite pellagreuse. Il paraît donc qu'il y a là plus qu'une coïncidence fortuite.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Grisolle.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Grisolle à prendre place parmi ses collègues.

M. GÉRARD, de Gray (Haute-Saône), rend compte à l'Académie de l'épidémie du choléra qu'il a observée dans cette résidence.

M. GIUSTI (de Tripoli de Syrie) envoie de nouveau son mémoire sur la contagion de la peste.

M. JAMES YEARSLEY, chirurgien de l'établissement central de Londres pour les maladies de l'oreille, adresse un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement contre la surdité, quand celle-ci est accompagnée de perte entière ou partielle de la membrane du tympan, et qu'elle soit compliquée ou non d'un écoulement de l'oreille.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement partiel des commissions permanentes.

Pendant que l'Académie procède au scrutin, la parole est donnée à plusieurs membres pour des rapports.

REMÈDES SECRETS.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit au nom de la commission des remèdes secrets un rapport officiel sur un remède proposé contre l'hydrophobie.

La commission exprime l'avis, que le remède proposé ne peut produire aucun effet utile. — Elle propose en conséquence de répondre au ministre qu'il n'y a pas lieu de faire l'application favorable du décret de 1810.

EMPLOI DU CHARBON VÉGÉTAL CONTRE LES AFFECTIONS NERVEUSES DE L'ESTOMAC.

M. PATISSIER lit les nouvelles conclusions d'un rapport précédemment communiqué à l'Académie sur un mémoire concernant l'emploi du charbon végétal contre les affections nerveuses gastro-intestestinales idiopathiques et symptomatiques, par le docteur Belloc, chirurgien-major du 6e régiment de hussards. (Commissaires : MM. Récamier, Caventou et Pâtissier, rapporteur).

Voici ces nouvelles conclusions.

Il résulte des faits cliniques rapportés dans le mémoire de M. Belloc et de ceux que vos commissaires ont eu l'occasion de recueillir :

1° Que la poudre de charbon de bois de peuplier ordinaire peut être employée avec avantage dans le traitement des affections nerveuses de l'estomac et des intestins; que ses effets thérapeutiques ne paraissent pas différer sensiblement de ceux qui résultent de l'emploi de la poudre du charbon de bois légers et poreux (saule blanc, sapin, mélèze, etc.);

2° Que ces poudres ne sont réellement efficaces qu'autant qu'elles sont administrées à haute dose, c'est-à-dire quatre à cinq cuillerées à bouche par jour à prendre avant ou après le repas.

Vos commissaires estiment que M. Belloc a rendu service à la médecine pratique en rappelant l'attention des médecins sur les avantages thérapeutiques du charbon végétal. Ils vous proposent d'adresser une lettre de remerciements à cet estimable confrère et de déposer son mémoire dans les archives.

Ces conclusions sont adoptées.

DE LA PARACENTÈSE DANS LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES CHRONIQUES.

M. BRICHETEAU lit, au nom de MM. Louis, Cruveilhier et au sien, un rapport sur deux mémoires, l'un de M. Laveran, intitulé : DE LA THORACENTHÈSE DANS LE TRAITEMENT DE LA PLEURITE, le second de M. Boudant, intitulé : RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES CHRONIQUES AU MOYEN DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME.

Le mémoire de M. Laveran renferme cinq observations; trois de ces observations prouvent que les pleurésies aiguës et chroniques peuvent devenir des maladies mortelles nonobstant l'emploi des moyens les plus énergiques. Quant à l'opinion de l'auteur sur les avantages de la ponction, elle est appuyée sur deux autres faits qui terminent son mémoire, et dans lesquels la thoracenthèse a été pratiquée avec succès.

Les faits rapportés par M. Boudant attestent de nouveau l'efficacité des injections faites dans la cavité de la plèvre après la ponction du thorax. Voici les conclusions du travail de M. Boudant, que le rapporteur livre au jugement de l'Académie :

1° Dans l'empyème général qui s'étend au diaphragme, il vaut mieux ouvrir la poitrine au lieu d'élection que sur la tumeur quand il y en a une; l'ouverture de la tumeur ne convient que lorsque le foyer est très-limité et circonscrit.

2° Les injections composées, toniques ou excitantes, n'ont pas le danger qu'on leur reproche.

3° Elles sont en certains cas très-efficaces dans les empyèmes chroniques, soit pour modifier la nature des fluides épanchés, soit pour déterminer l'oblitération de la cavité pleurale par une sorte d'inflammation adhésive.

4° L'air peut pénétrer impunément dans le foyer de la collection purulente, lorsque celle-ci est déjà ancienne ainsi que les lésions organiques qui l'accompagnent.

5° Suivant toutes probabilités, le poumon n'étant point dilatable, cet air, comme l'avait avancé Sanson dans la discussion de 1836, peut concourir à l'évacuation du liquide, par l'action compressive de la pesanteur; on peut alors jusqu'à un certain point comparer la poitrine à un tonneau plein de liquides, dont on détermine le jet par une ouverture supérieure donnant accès à une colonne d'air atmosphérique.

M. le rapporteur propose, en terminant, d'adresser des remercîments aux auteurs des deux mémoires, de déposer ces mémoires dans les archives, et d'inscrire les noms de MM. Laveran et Boudant sur la liste des candidats qui sollicitent le titre de membres correspondants de l'Académie. — (Adopté.)

M. le président fait connaître le résultat du scrutin pour le complément des diverses commissions. Voici ce résultat :

COMMISSION DES ÉPIDÉMIES. — Sortants : MM. Espiau et Dupuy. Élus : MM. Collineau et Grisolle.

VACCINE. — Sortants : MM. Moreau et Londe. Élus : MM. Cupuron et Nacquart.

REMÈDES SECRETS.—Sortants : MM. Collineau et Villeneuve. Élus : MM. Martin-Solon et Soubeiran.

EAUX MINÉRALES.—Sortants : MM. Renauldin et Guibourt. Élus : MM. Lecanu et Boullay.

TOPOGRAPHIE. — Sortants : MM. Roche et Nacquart. Élus : MM. Huzard et Duval.

PUBLICATION. — Sortants : MM. Bousquet, Bourdon, Barthélemy, Bégin et Cornac. Élus : MM. Bouvier, Bouley jeune, Bousquet, Longet et Robert.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

FRACTURES EXTRA-CAPSULAIRES DU COL DU FÉMUR, ACCOMPAGNÉES DE PÉNÉTRATONI DANS LE GRAND TROCHANTER.

M. MICHAUX, membre titulaire, lit une note sous ce titre (1), qui devient l'objet de la discussion suivante :

M. DIDOT : Je suis complétement de l'avis de l'honorable M. Michaux, quant à la symptomatologie et même quant à la thérapeutique des fractures du col du fémur avec pénétration dans le grand trochanter. Cependant je crois, que dans ces sortes d'accidents, il est prudent de ne pas favoriser outre mesure la compression qu'exerce le fragment du col sur la partie du fémur dans laquelle il est engagé. En pareil cas, je conseillerai toujours d'appliquer l'appareil amovo-inamovible, mais j'y joindrais, jusqu'à dessiccation complète, l'usage d'un *coussin abducteur* que je place entre les cuisses, et qui agit par le rapprochement des deux genoux l'un contre l'autre.

En même temps, je comprends dans la coque amidonnée un coussin oblong que j'étends sous le trochanter, et qui est destiné à le soutenir dans une bonne position.

M. SEUTIN : J'ai encore des doutes fondés sur ce qu'on appelle pénétration du col du fémur dans le grand trochanter, et les pièces que nous présente M. Michaux me confirment dans ce doute. Je sais que mon opinion n'est partagée ni par M. Michaux, ni par d'autres membres de l'Académie, ni même par la plupart des auteurs qui ont écrit sur la matière.

Je dis qu'il n'y a jamais pénétration dans le sens rigoureux du mot. Cette pénétration apparente n'est jamais que le résultat de l'éclatement du trochanter.

Nous savons tous que la spongiosité de cette partie osseuse permet aux lamelles qui la composent de se briser, et qu'au bout de deux ou trois mois il s'y forme une fausse articulation occasionnée par les mouvements qu'on a permis aux malades ; c'est ce qui simule alors la pénétration du col dans le trochanter. Ainsi dans cette pièce que vous a présentée M. Michaux, je vois encore que le feuillet postérieur du trochanter s'est écarté, et je ne vois réellement pas, je le répète, dans le sens du mot, une pénétration du col du fémur dans le grand trochanter.

J'en appelle à M. Michaux lui-même ; qu'il examine bien les cols du fémur qu'il nous a montrés, et il verra qu'il y a toujours éclatement de la partie postérieure du trochanter. Comment cela arrive-t-il ? Lorsque le blessé tombe perpendiculairement, cette partie du fémur porte à plat et rencontre un obstacle constitué par le col ; cet obstacle est moindre dans la partie latérale et postérieure, et elle éclate. Appelez-vous cela pénétration ? l'appelez-vous incrustation ? Je dis que réellement, presque toujours, le trochanter se brise. Par le choc, il éclate, et la prétendue pénétration n'est jamais que secondaire. Il me semble donc que le sens du mot *pénétration* serait que la partie la plus dure, la plus compacte du col entre dans le tissu spongieux. Or c'est ce que je n'ai pas encore vu. Cela peut arriver, mais dans les sept huitièmes des cas au moins, les choses se passent comme je viens de l'indiquer.

Nous savons bien que dans les fractures du radius il peut y avoir pénétration de l'os, c'est-à-dire que le fragment inférieur, qui est compacte, peut pénétrer dans l'épiphyse et s'y engrener, parce que ce fragment peut offrir une forme aiguë. Comme cette partie inférieure du radius est entourée de ligaments peu nombreux, il arrive rarement qu'il y ait pénétration avec immobilité de l'os. Je dois à la vérité de dire que je l'ai vue une seule fois.

A mon avis, dans tous les cas, cette prétendue pénétration ne dépend donc jamais que de la fracture du trochanter. Il faut dans cette fracture, encore plus que dans toutes les autres, une immobilité complète des fragments, précédée d'une réduction aussi exacte que possible, et maintenue par l'application d'un bandage qui ne permet aucun mouvement aux parties fracturées.

Je ne serai jamais d'avis de laisser un malheureux le pied tourné en dedans ou en dehors ; peut-on supposer que la jambe, le genou et la cuisse, qui pèsent ensemble environ vingt-cinq à trente livres, puissent ne pas détruire ou désenclaver cette prétendue pénétration? La chose est évidemment impossible. Voyez-vous le malade chercher à se relever, faire des mouvements pour placer convenablement la cuisse, afin d'alléger ses douleurs? Il faudrait, pour que la pénétration pût avoir lieu et se maintenir, que les tissus ne fussent ni mous ni spongieux. Un clou, une cheville, une vis même méthodiquement appliqués ne pourraient pas la maintenir ! (M. Seutin montre plusieurs pièces de M. Michaux dans lesquelles il fait voir que le col n'a point pénétré dans le tissu spongieux du trochanter, mais que c'est la partie postérieure du trochanter qui a cédé et qui a permis au col de s'*introduire* entre ses fragments et non pas de *pénétrer* à travers son tissu.)

Voici une pièce plus ancienne, ajoute M. Seutin. Ah ! voilà la pénétration ! Ceci est l'effet des mouvements, de marches continuelles, etc. Que se passe-t-il là? Un frottement dans les cellules. Je n'y vois pas le canal médullaire dont on vous a parlé : j'y vois tout bonnement le résultat de l'usure qui a détruit les cellules et produit cette excavation qui peut sans doute aller jusqu'au canal médullaire. Voici l'explication des auteurs : La partie la plus compacte du col étant la partie inférieure, ils croient que cette partie va s'incruster dans le trochanter. Mais c'est encore par l'éclatement de cette partie spongieuse et friable qu'on part de cette erreur pour conseiller aux chirurgiens de maintenir le pied en dedans ou en dehors, afin d'avoir un point d'attache de plus pour la consolidation. Gardons-nous bien de jamais suivre ce principe, car nous nous exposerions à obtenir une consolidation très-irrégulière des fractures du col du fémur, et nous condamnerions les malheureux fracturés à conserver à tout jamais le pied en dedans ou en dehors. Nous en sommes venus maintenant, permettez-moi de le dire, à une telle perfection que nous ne pouvons plus admettre de tels principes. Il faut réduire le mieux possible, et maintenir le plus possible les fragments en rapport.

On a osé avancer dans cette enceinte que le bandage amidonné produisait des engorgements dans les intestins, à l'anus, des gangrènes, etc. Mais y a-t-on bien réfléchi? Il y a dix ans que j'ai publié une observation relative à un nommé Boisseau qui s'était fracturé le col du fémur ; tout le monde a pu la lire. Eh bien ! chez lui, j'ai fait l'extension, la contre-extension, j'ai maintenu le membre dans la position qu'il devait avoir dans l'état normal et que j'ai précisée, la mesure à la main, etc. Depuis lors, cet homme est venu mourir à l'hôpital, et voici ses deux fémurs (1).

Regardez-les avec attention et dites-moi si on peut obtenir une réduction plus exacte, plus précise. Boisseau était âgé de 42 ans, et j'avance que j'ai mis tous mes soins à obtenir une guérison parfaite, une guérison qu'on chercherait vainement à obtenir chez les personnes âgées. Je n'oserais me flatter de réussir toujours aussi bien, mais ce que j'ose avancer, c'est qu'aujourd'hui j'obtiens, plus qu'autrefois, des guérisons sans grande claudication et sans douleur pendant le traitement.

Je n'ai malheureusement pas entendu les explications de M. Michaux, mais M. Didot me semble avoir dit qu'en général il ne faut pas réduire les fractures du col du fémur. Eh bien ! c'est comme si l'on disait qu'il ne faut pas réduire les fractures du corps du fémur ; je trouve même que dans les fractures du col de cet os il y a beaucoup plus de nécessité de faire la réduction pour pouvoir maintenir le pied dans une position normale et pour affronter les fragments l'un contre l'autre, afin de favoriser, par une coaptation aussi juste que possible, la consolidation des extrémités fracturées. Je vous le demande, messieurs, pourquoi cette espèce d'indifférence, ce quasi-abandon que la plupart des chirurgiens anciens et modernes affectent d'avoir pour la guérison de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur, tandis qu'ils font tant d'efforts pour arriver à une cure exacte de celle du corps de cet os ?

Je n'ai jamais compris cette injuste préférence, si ce n'est la grande difficulté qu'ils disent rencontrer pour bien maintenir les parties fracturées en rapport. Nos contemporains surtout conseillent encore les plans inclinés, divers bandages à extension, et l'abandon du membre, en permettant aux blessés de faire quelques légers mouvements.

Dans l'intéressant mémoire qu'il a publié, M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, ne craint pas d'avancer que l'expérience a prouvé que la plupart des appareils sont inutiles dans le cas qui nous occupe, et cela sous le prétexte qu'aucun d'eux ne forme un ensemble immobile de la cuisse malade et du bassin. Si M. Robert avait vu ou lu combien il est facile de faire un tout du bassin, de la cuisse, de la jambe et du pied, au moyen d'un bandage cartonné et amidonné, il ne parlerait point ainsi et changerait d'opinion, j'en suis certain. Quant au vide qui s'établit entre la coque amidonnée et le membre du blessé, notre savant confrère ignore sans doute le moyen d'y remédier, soit en le resserrant, soit en interposant des coussins faits avec de l'ouate ou des étoupes. Que M. Robert et ceux de nos collègues, chefs de service dans les hôpitaux, fassent l'essai de ma méthode, et je leur assure d'avance un résultat avantageux.

Je conjure tous mes confrères de ne plus laisser leurs blessés atteints de fracture du col du fémur *pourrir* dans leur lit, de ne plus les exposer aux pneumonies hypostatiques, aux excoriations et aux escarres gangréneuses de la région du sacrum, et qu'au lieu de coussins, de plans inclinés, de bandages de corps, d'attelles plus ou moins longues, de courrois toujours blessantes, etc. etc., ils fassent usage d'un bandage qui se moule à toutes les éminences, à tous les enfoncements du membre malade et du bassin. Ils verront, au bout de vingt-quatre ou quarante heures, leurs blessés se coucher dans toutes les positions, se lever sans la moindre douleur et satisfaire à tous leurs besoins sans la moindre gêne.

Les fonctions d'un os sont d'autant plus importantes à maintenir que la lésion est plus rapprochée de l'articulation. C'est pourquoi il est nécessaire, indispensable de réduire le plus exactement et le plus tôt possible, toute solution de continuité osseuse dans ces conditions, et de la maintenir réduite par

(1) Voir plus haut cette note, que nous reproduisons textuellement.

(1) DU BANDAGE AMIDONNÉ, 1840, p. 347.

des moyens appropriés. C'est à quoi je suis parvenu au moyen du bandage amidonné, appliqué d'une manière convenable, peu connue des chirurgiens modernes.

Il y a d'autres éléments d'insuccès qu'on oublie toujours de prévenir. C'est que la plupart des vieillards qu'on laisse alités pendant quinze, vingt, trente ou quarante jours, succombent à des pneumonies hypostatiques. J'ai vu bon nombre de vieillards qui, traités de la sorte, finissaient de cette manière. Par ma méthode, il n'y a point de mouvement possible dans l'articulation lésée, si le bandage est convenablement appliqué; vous pouvez déplacer les blessés et les mettre dans un fauteuil aussitôt après la dessiccation de l'appareil opérée. Vous prévenez ainsi les hypostases.

Repoussez l'idée qu'ont soutenue MM. Nélaton, Velpeau, Astley Cooper, Robert, Dupuytren et autres. Ici même, M. Langlet n'a-t-il pas fait de l'opposition au traitement que je conseille, en avançant que mon bandage empêche la circulation, donne des engorgements intestinaux, détermine des hypostases qui peuvent facilement être suivies de gangrène des environs de l'anus ou de toute autre partie?

Ces accidents n'arrivent jamais, messieurs. C'est comme si on venait nous dire que les bandages herniaires produisent semblables choses. Si vous portez une ceinture qui comprime trop l'abdomen, que faites-vous? Vous la lâchez, n'est-ce pas? Inutile de répéter que bien appliqué, bien moulé, mon bandage ne peut jamais amener de résultats fâcheux; soutenir le contraire, c'est avouer qu'on ne l'a jamais appliqué.

Pourquoi voudriez-vous, je vous le demande au nom de la science, au nom de la pratique, au nom de l'humanité, ne pas employer un bandage pour maintenir l'extrémité supérieure d'un os comme le fémur, qui, par l'action musculaire d'une part, de l'autre par les mouvements involontaires que l'on fait pour relever les blessés, leur appliquer le premier appareil, mettre les vieux malades du fauteuil au lit, et *vice versâ*, a besoin d'être bien contenu, pourquoi, dis-je, ne voudriez-vous pas, parce qu'il s'agit de la lésion osseuse, la plus grave relativement au membre, d'une lésion souvent mortelle, ne pas faire mieux ou tout au moins ne pas chercher à faire mieux que s'il s'agissait de la cuisse ou de la jambe?

Je voudrais que ceux qui désirent encore faire de l'opposition vinssent me dire: « Voilà le pourquoi. » On dira: « J'ai traité vingt-cinq cas semblables. » Mais je répondrai à cela que j'avais aussi traité plus de deux cents, plus de trois cents cas de fractures avant que j'eusse songé au bandage amidonné; je faisais comme les autres, je faisais moins bien qu'aujourd'hui.

M. Didot : Je demande à ajouter quelques mots pour rectifier d'abord l'interprétation que mon honorable ami M. Seutin vient de donner à mes paroles, et ensuite pour compléter l'idée que j'ai émise.

M. Seutin nie, ou à peu près, la possibilité des fractures du col du fémur avec pénétration dans la substance spongieuse du grand trochanter, parce que le grand trochanter lui-même est constamment fracturé dans ces sortes d'accidents. C'est cependant, messieurs, un fait admis par tous les auteurs, c'est un fait anatomiquement possible, un fait enfin qui trouve encore ici sa confirmation dans les pièces que vous avez sous les yeux. Au demeurant, nous sommes parfaitement d'accord quant au fond, et je crois que nous ne sommes arrêtés que par une difficulté de mots.

Quant à la thérapeutique, voici le dissentiment: M. Seutin veut que l'on réduise cet enclavement, que l'on replace les fragments dans leur disposition normale, même en présence de cette considération que, chez les sujets âgés, la consolidation n'a lieu qu'au moyen d'une substance fibreuse intermédiaire. J'avoue, messieurs, que je ne saurais partager cette opinion dans son sens absolu, et voici comment j'ai l'habitude d'agir. Lorsque le col du fémur est fortement engrené dans la substance du grand trochanter, lorsque la position du membre et surtout du pied n'est point telle que la marche en doive être notablement gênée, je fais en sorte de rétablir des rapports convenables *sans réduction*, je reporte le pied dans l'abduction, et je tâche de conserver l'enclavement. Cette conduite me procure l'avantage d'avoir une coaptation solide, d'éviter l'éloignement forcé des fragments, et la production d'une cavité qui, plus tard, devrait se remplir d'une substance fibreuse plus ou moins problématique.

M. Michaux : Messieurs, je crois que nous ne sommes plus tout à fait d'accord sur le mécanisme d'après lequel la fracture du trochanter se fait.

M. Seutin dit que le col du fémur vient se loger entre les fragments du grand trochanter, que c'est parce que celui-ci est fracturé que le col du fémur paraît s'y enfoncer. Je pense, au contraire, que la fracture du grand trochanter n'est qu'un effet de la fracture du col du fémur, et que, comme M. Seutin l'a dit, par une expression assez juste cette fois, le grand trochanter *éclate*. Il n'éclate pas par une cause directe, mais il éclate parce que le col du fémur le comprime, s'enfonce dans ses cellules, dans son tissu spongieux. Le fragment iliaque agit à peu près comme un coin sur le grand trochanter qu'il fait éclater.

Quant au fait thérapeutique, au fait pratique, je suis tout à fait de l'avis de M. Seutin, et je l'ai dit, il faut maintenir les fractures. Une fois qu'on a reconnu une fracture par pénétration, il faut chercher à maintenir la pénétration; mais je crois qu'il ne faut pas chercher à établir l'extension. Nous différons sur ce point. Je crois que M. Seutin, en même temps qu'il emploie le bandage amovo-inamovible, a recours à l'extension. Je pense au contraire, comme M. Didot, qu'il faut chercher à conserver la pénétration.

M. Seutin : Pour nous mettre d'accord, je prierai MM. Didot et Michaux de nous indiquer exactement les signes de la pénétration. Ah! si nous pouvions avoir toujours la certitude que celle-ci existe, on pourrait peut-être modifier le traitement; mais dans les pénétrations du col du fémur à travers l'écartement du grand trochanter, vous avez de la crépitation, vous n'avez pas un maintien constant et solide. Ne croyez pas, je le répète, qu'on membre aussi lourd que le membre pelvien puisse laisser en place le fragment qui a pénétré en forme de coin. Sur vingt fractures, vous en avez seize, vous en avez dix-huit où il y a crépitation: et si vous ne l'observez pas, vous la recherchez pour établir un diagnostic certain. Non-seulement vous vous servez du toucher, mais vous vous servez de tous les autres moyens qui sont à votre disposition, même de l'auscultation, pour ne pas appliquer un bandage inutile. Pour pratiquer l'auscultation, ne faut-il pas faire mouvoir le membre dans tous les sens afin de vous assurer s'il y a ou non crépitation? Eh bien! dans ces essais vous désenclaverez toujours la prétendue pénétration.

Je ne vois pas, quand il y a pénétration du grand trochanter, qu'il soit si facile d'arriver à en établir le diagnostic. Mais quand même je saurais qu'il y a pénétration et que cette pénétration a porté le pied en dehors, croyez-vous que je ne le remettrais pas dans sa position ordinaire et que je voudrais faire marcher l'individu le reste de ses jours le pied en dehors? Croyez-vous que je respecterais cette prétendue pénétration aux dépens d'un pareil inconvénient. Non, mille fois non.

Je crois, messieurs, que s'il y avait réellement une pénétration à travers le trochanter, on exposerait le patient, en maintenant cette pénétration, à une foule d'accidents plus graves que si on retirait les fragments les uns des autres.

Je ne voudrais pas que l'on crût que, parce qu'il y aurait pénétration, je conseillerais à un praticien de ne pas réduire. Je lui dirais, au contraire: réduisez le mieux possible; mettez le pied dans une bonne position; appliquez un bandage capable de maintenir constamment dans l'immobilité le pied, la jambe, la cuisse et le bassin pendant toute la durée de la cure; qu'il y ait immobilité parfaite de tout le membre, et vous aurez, dans beaucoup de circonstances, des consolidations plus ou moins parfaites, vous éviterez les fausses articulations, et surtout les pneumonies hypostatiques, toujours si dangereuses chez les vieillards. De cette manière, vous pourrez faire lever constamment les blessés, les faire promener à béquilles ou en voiture, et vous ne les exposerez plus aux excoriations, aux escarres du sacrum toujours si douloureuses.

N'allez pas, je vous prie, inculquer aux jeunes praticiens des principes tels que ceux que je combats. Si on faisait la même chose pour le fémur fracturé dont les extrémités osseuses pourraient également s'introduire l'une dans l'autre; par l'effet de la contraction musculaire ou d'une autre circonstance, je ne balancerais pas à les désengrener, et à les remettre le plus en rapport que possible. Cette théorie me semble si vraie, si juste, si rationnelle, que je m'étonne qu'on vienne ici en prôner d'autres. Malgré tout le respect que je professe pour les praticiens illustres avec lesquels je suis en opposition, je ne saurais m'empêcher de combattre leur opinion, et d'engager les jeunes chirurgiens à bien réfléchir avant de soumettre leurs blessés à d'autres moyens qu'à ceux que j'ai l'honneur de proposer. L'expérience a sanctionné ce que j'avance.

M. Langlet : J'ai demandé la parole pour répondre à M. Seutin qui me met constamment en cause.

M. Seutin a dit que, dans le traitement des fractures du col du fémur chez les vieillards, c'était à tort qu'on avait accusé l'appareil amidonné de déterminer des hypostases dans les intestins. Eh bien! messieurs, les faits sont là et ils s'expliquent parfaitement. Si la circulation abdominale est rendue difficile par l'application de l'appareil, évidemment l'hypostase peut se produire. Jamais je n'ai accusé l'appareil amidonné de déterminer dans ce cas la gangrène, mais on pourrait fort bien l'expliquer. En effet, la circulation n'est certainement pas rendue plus active par la compression du ventre, et si on admet des hypostases dans les poumons par la seule position horizontale du malade, comment ne pas admettre que ces hypostases pourront se produire dans les vaisseaux du rectum, etc., etc., quand la compression vient en aide? Or, chez les personnes âgées, la gangrène n'est-elle point fréquente dans les engorgements par cause mécanique?

Quant à l'appareil amidonné chez les vieillards, je dois dire que presque tous s'y refusent; j'en ai rencontré beaucoup qui ont défait leur pansement, quoiqu'il fût très-bien appliqué: j'ai voulu l'appliquer de nouveau et ils l'ont déchiré.

M. Seutin : Messieurs, quand le malade est gêné, je prends des ciseaux ou un couteau et coupe la bande qui comprime trop; il est donc injuste de dire qu'on ne peut pas supporter l'appareil, à moins d'y mettre de la mauvaise volonté ou de l'obstination.

Mais est-ce que les artères intestinales sont comprimées par une bande qui passe au-dessus d'une cavité osseuse? M. Langlet ne peut pas soutenir cela.

Quant aux vieillards qui enlèvent et qui déchirent leur bandage, je vous déclare, Messieurs, qu'à Saint-Pierre pareille chose n'arrive *jamais*. C'est qu'à Saint-Pierre personne ne se traite selon sa volonté et ses caprices.

Quant à dire que l'hypostase pulmonaire peut être comparée à l'hypostase des intestins, c'est ce que je n'admets pas. Le catharre pulmonaire est inhérent à la vieillesse, et si on laisse longtemps les vieillards couchés sur le dos, au bout de quinze jours il survient de la toux, de l'oppression et tous les phénomènes de la pneumonie hypostatique à laquelle ils succombent fréquemment.

Le bandage ne gêne jamais la circulation; je parle non pas de la circulation de la peau, mais de la circulation des artères renfermées dans la cavité abdominale, toujours protégées par le bassin.

— M. Michaux : M. Seutin dit qu'il était difficile de reconnaître les fractures par pénétration, et il nous a prié de lui en faire connaître les symptômes. Dans ma note j'ai décrit les symptômes spéciaux de ces fractures, et je regrette vivement de ne pas avoir eu le bonheur d'être entendu de M. Seutin. J'ai fait le diagnostic sur le vivant, et j'ai eu l'occasion de pratiquer des autopsies qui m'ont mis à même de vérifier mon diagnostic.

L'argumentation de M. Seutin pourrait faire croire que j'abandonne à elles-mêmes les fractures du col du fémur lorsqu'elles sont accompagnées de pénétration. C'est une erreur. J'ai même dit que la plupart des méthodes adoptées ne me paraissaient pas convenir, en ce sens qu'elles pouvaient détruire la pénétration. Quant à déplacer le pied en dedans ou en dehors, je le fais; mais je demanderai à M. Seutin s'il lui est arrivé souvent, quelques précautions qu'il ait prises, de détruire le raccourcissement et de rétablir le pied dans sa position normale. On peut obtenir des résultats semblables, mais ce ne sont que des exceptions.

M. Seutin : Boisseau nous le prouve.

M. Michaux : C'est un cas exceptionnel, et ces exceptions sont très-rares. Du reste, le fait relatif à Boisseau n'est pas un cas de pénétration.

M. Seutin me paraît aussi confondre l'engrenure avec la pénétration. Ce sont cependant deux modes de déplacement, choses tout à fait différentes : l'engrenure a lieu dans les fractures dentelées. Les fragments s'engrènent l'un l'autre, ou l'un dans l'autre, à l'instar de ce qui a lieu dans la suture sagitale du crâne.

PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE DANS SES SÉANCES DES 2 OCTOBRE 1847, 30 SEPTEMBRE 1848 ET 13 OCTOBRE 1849.

I. — CONCOURS DE 1848-1850.

Première question. — « Faire l'histoire de l'albuminurie (maladie de Bright), en insistant d'une manière spéciale sur la nature de la maladie.

Prix : une médaille d'or de 600 fr.

Deuxième question. — « Donner un résumé de l'influence que les sciences chimiques et physiques ont exercée sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies. »

Prix : une médaille d'or de 600 fr.

Troisième question. — « Écrire un exposé raisonné de toutes les recherches et découvertes faites, depuis le commencement du dix-neuvième siècle, pour éclairer les questions relatives aux empoisonnements, considérés tant au point de vue du traitement médical à leur opposer, que sous le rapport médico-légal. »

Prix : une médaille d'or de 600 fr.

Quatrième question. — « Déterminer la valeur de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval; établir, par des faits, les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer. »

Prix : une médaille d'or de 500 fr.

Cinquième question. — « Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de *pleuro-pneumonie épizootique*, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

» Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix : une médaille d'or de 800 fr.

II. — CONCOURS DE 1847-1851.

« Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer par des expériences nouvelles, l'influence qu'exercent sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal, les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. »

Prix : une médaille d'or de 1,500 fr.

CONCOURS DE 1849-1851.

Première question (cinquième du concours de 1847-1849). — « Déterminer par l'observation et l'expérimentation la part respective des centres nerveux sur les mouvements du cœur. »

Prix : une médaille de 800 francs.

Deuxième question (sixième du concours de 1847-1849).—Faire l'histoire des tumeurs blanches des articulations, en insistant particulièrement sur le traitement que réclame chacune de leurs variétés. »

Prix : une médaille d'or de 1,000 francs.

Troisième question. — « Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. »

Prix : une médaille d'or de 400 francs.

Quatrième question. — Exposer l'état de nos connaissances sur la constitution chimique des différentes productions pathologiques, tant liquides que solides, et faire connaître, autant que possible, les caractères chimiques propres à les distinguer entre elles. »

Prix : une médaille d'or de 800 francs.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

Leur remise devra avoir lieu, savoir :

Pour les questions du premier programme, avant le 1er avril 1850, pour celles des deuxième et troisième, avant le 1er avril 1851.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis aux concours; ils devront être adressés, francs de port, à M. le docteur Sauveur, secrétaire de l'Académie, au Musée, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise, qu'ils répéteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus du concours.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part au concours;

2° Que les jugements portés sur les mémoires seront respectivement publiés dans les séances solennelles de 1850 à 1851;

3° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires;

4° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

Bruxelles, le 15 octobre 1849.

Le secrétaire de l'Académie, D. Sauveur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1849; par le docteur Brown-Séquard, secrétaire.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

III. PATHOLOGIE HUMAINE.

1° CAS DE MÉNINGITE RACHIDIENNE CHRONIQUE TRÈS-ANCIENNE; MÉNINGITE CÉRÉBRALE AIGUE; TUBERCULES A LA FACE CONVEXE DU LOBE CÉRÉBRAL GAUCHE; RAMOLLISSEMENT DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE A LA RÉGION CERVICALE. — PARALYSIE DES MOUVEMENTS VOLONTAIRES DES MEMBRES; CONSERVATION DE LA SENSIBILITÉ; ATROPHIE, CONTRACTURE ET FLEXION OU ADDUCTION DES QUATRE MEMBRES; par MM. Brown-Séquard et Tailhé.

Cette observation sera publiée prochainement avec plusieurs autres, présentées à la Société dans le courant de l'année. Nous croyons cependant devoir, dès à présent, signaler les faits suivants qui en ressortent :

1° Malgré un ramollissement très-notable des cordons postérieurs de la moelle épinière à la région cervicale, ce malade avait conservé entièrement sa sensibilité.

2° Malgré une paralysie complète des mouvements volontaires des membres, datant de la première année de sa vie, ce malade s'est développé au point d'avoir atteint 1m,38 à un âge où la taille moyenne de l'homme est de 1m,49. Ses membres avaient leur développement normal en longueur, mais les mains et les pieds étaient plus longs proportionnellement que le reste des membres.

3° Les muscles, bien qu'atrophiés, étaient très-rouges et n'avaient absolument rien perdu de leur structure. Nous devons dire que, bien que paralysés du mouvement volontaire, ils étaient mis en mouvement, très-souvent, par action réflexe.

2° CAS DE PRODUCTION DE GAZ DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE PENDANT L'ACCOUCHEMENT; par M. Cazeaux.

« Une jeune femme de 30 ans fut apportée à la clinique d'accouchements à cinq heures et demie du soir, et remit la note suivante. Le travail est commencé depuis 48 heures. Depuis trois heures du matin, la dilatation est complète, et les contractions énergiques n'ont pu parvenir à engager la tête au détroit supérieur. Dans la journée, plusieurs applications du forceps ont été pratiquées sans succès par deux médecins aidés d'une sage-femme qui les avait fait appeler. Deux grammes de seigle ergoté ont été donnés sans résultat apparent. A six heures et demie on me fait demander, et j'arrive auprès de la femme à huit heures. Vers six heures, les douleurs, qui étaient faibles au moment de l'arrivée de la malade, se ranimèrent, et quand j'arrivai, elles étaient très-intenses et très-rapprochées. Il me sembla que la tête s'engageait franchement à la partie supérieure de l'excavation, et la sage-femme m'assura que depuis une heure un progrès réel s'était opéré. Je crus devoir attendre encore un peu pour juger moi-même des progrès du travail. Pendant que je l'examinais, je remarquai que, sur la ligne médiane et un peu au-dessous de l'ombilic, les parois abdominales n'étaient pas immédiatement appliquées sur le globe utérin. Dans un espace qui avait à peu près 15 à 16 centimètres de large sur 10 à 12 de hauteur, les parois abdominales étaient séparées de la paroi utérine par une couche de gaz étalée en nappe, couche qui avait un travers de doigt d'épaisseur pendant la contraction, et semblait diminuer de moitié pendant l'intervalle des douleurs. La percussion donnait un son clair dans toute l'étendue de cette couche, et mat sur tout le reste de la tumeur utérine. En déprimant brusquement avec le doigt la paroi abdominale, on sentait très-manifestement la couche gazeuse qui se laissait refouler, puis on arrivait sur le tissu dur de l'utérus. On avait, en un mot, une sensation sem-

blable, sous beaucoup de rapports, à celle qu'on obtient lorsque, dans l'hydropisie du genou, on presse brusquement sur la face antérieure de la rotule. Pendant l'intervalle des douleurs, il était facile de refouler cette couche gazeuse en haut, au-dessus même de l'ombilic, mais elle revenait immédiatement à sa place dès qu'on cessait la pression.

» Tous ces faits ont été constatés par les médecins et les élèves présents, et tous furent convaincus, comme moi, que ces gaz étaient bien dans la cavité du péritoine, que grâce à leur légèreté et grâce aussi aux efforts de contraction de tous les muscles du ventre, ils étaient venus se placer sur le point le plus élevé (la femme était couchée) et le moins résistant à cause de l'amincissement très-notable en ce point des plans aponévrotiques et de l'écartement des muscles droits; que leur étalement en nappe ne permettait pas de penser qu'ils fussent renfermés dans une anse intestinale; que puisque, par une pression brusque, on pouvait en les écartant sentir, un peu plus profondément, la paroi résistante de la matrice, on ne pouvait pas croire qu'ils fussent dans la cavité même de cet organe: ils étaient d'ailleurs tout aussi facilement distingués pendant la contraction et pendant le relâchement de l'utérus, ce qui n'aurait pas eu lieu s'ils avaient été renfermés dans l'utérus, car la dureté et la résistance offertes pendant la douleur n'auraient certainement pas permis de les sentir pendant la durée de la contraction.

»Ces gaz étaient donc bien dans la cavité péritonéale. Mais à quoi attribuer leur présence? Est-ce à une perforation du vagin et à une lésion traumatique du péritoine, qui aurait permis à l'air extérieur de pénétrer dans sa cavité? Mais les accidents consécutifs, quoique graves, ont eu une terminaison heureuse, et n'ont pas paru être ceux d'une péritonite générale; d'ailleurs nous n'avons pas constaté cette perforation du vagin.... Pendant l'introduction du forceps, l'air extérieur, pénétrant dans l'utérus, aurait-il pu, comme l'a supposé un de nos collègues, passer par les trompes et arriver ainsi dans la cavité du ventre? J'avoue que je ne comprends pas pourquoi il ne se serait pas plutôt échappé par le col et le vagin. Reste donc la pensée d'une production accidentelle de gaz dans la séreuse péritonéale. Quoique dans l'état actuel de la science, il soit bien difficile de prouver qu'une inflammation même violente du péritoine puisse produire une sécrétion de gaz, nous ne voyons donc guère que cette origine qu'on puisse assigner au fait rapporté plus haut. Quoi qu'il en soit, du reste, de la cause, le fait a été examiné pendant plus d'une heure par un trop grand nombre de personnes pour qu'on puisse le révoquer en doute.

» L'accouchement s'est terminé tout seul à dix heures du soir. Le lendemain et les jours suivants, je n'ai pu retrouver trace de ces gaz. La femme a voulu sortir trop tôt de l'hôpital, mais elle était dans une condition qui, sauf les accidents imprévus, n'offrait aucun motif d'inquiétude. »

3° RECHERCHES SUR UN MOYEN DE MESURER L'ANESTHÉSIE ET L'HYPERESTHÉSIE; par M. BROWN-SÉQUARD.

On connait les curieux résultats que que E.-H. Weber a obtenus, en cherchant les différences d'intensité de la sensibilité cutanée, par l'application simultanée des deux pointes d'un compas sur la peau. On sait qu'il a vu que lorsque ces deux pointes sont très-rapprochées l'une de l'autre, elles ne donnent la sensation que d'une seule pointe, tandis qu'au delà d'une certaine limite, elles donnent la sensation de deux pointes. Les diverses parties de la surface du corps sont, ainsi que l'a vu Weber, si différentes les unes des autres, relativement à la distance *limite*, en deçà de laquelle les deux pointes ne donnent que la sensation d'une seule, et au delà de laquelle elles sont toutes deux senties, qu'au bout des doigts, quand les pointes ne sont pas en deçà de 2 millimètres, on en sent deux, tandis qu'au dos ou à la cuisse, on n'en sent qu'une, tant qu'elles sont en deçà de 8 à 10 centimètres.

M. Brown-Séquard a fait, chez 9 malades, dans le service de M. Rayer, et chez 2 malades de sa clientèle, ayant une diminution plus ou moins grande de la sensibilité tactile, l'application des pointes d'un compas sur les avant-bras et sur les jambes atteints d'anesthésie, dans le but de juger du degré de cette paralysie. Voici ce qu'il a trouvé :

1° Anesthésie presque complète. Quel que fût l'écartement des deux pointes — 10, 15, 20 centimètres — la malade ne percevait que la sensation d'une pointe. L'application était faite sur une des deux jambes. Sur l'autre jambe, où l'anesthésie était moins prononcée, la malade commençait à percevoir les deux pointes quand leur écart était arrivé à 12 centimètres.

2° Anesthésie à un degré moyen. Dans plusieurs cas, l'écartement *limite* a été, sur les avant-bras et les jambes, de 9 à 16 centimètres. La limite, à l'état normal, d'après les recherches de Weber, de plusieurs auteurs allemands ou anglais, et de M. Brown-Séquard, est en général de 3 à 5 centimètres pour l'avant-bras et la jambe.

3° Anesthésie très-faible. Dans deux cas de paralysie du mouvement, où il était impossible de reconnaître, à l'aide des moyens ordinaires, si la sensibilité était diminuée, M. Brown-Séquard a constaté que l'écartement *limite* était de 6 à 7 centimètres.

De ces trois séries de faits, il suit donc que l'on peut, en faisant usage de l'application des deux pointes d'un compas sur la peau : 1° reconnaître l'existence d'une anesthésie méconnaissable autrement; 2° mesurer le degré de l'anesthésie.

Il en est de même pour l'hyperesthésie. Dans un cas de paralysie du mouvement des membres inférieurs, le malade percevait la sensation des deux pointes sur le pied, même à la distance de 5 millimètres, tandis qu'à l'état normal, dans les mêmes lieux, on ne perçoit la double sensation qu'autant que l'écartement des deux pointes dépasse 25 ou 30 millimètres. L'acuité des sensations, dans ce cas, a été excessive; la sensibilité à la douleur était aussi exagérée que la sensibilité tactile.

Nous ajouterons à ce qui précède deux remarques essentielles : c'est que pour réussir dans ces expériences, il faut appliquer *simultanément* les deux pointes, et il faut aussi que les pointes soient un peu mousses et incapables de piquer. (27 octobre.)

4° SUR DES PRODUCTIONS FONGIFORMES, RENDUES PAR DES CHOLÉRIQUES ET TROUVÉES DANS L'AIR ET DANS LES EAUX DES LIEUX OU RÈGNE LE CHOLÉRA.

(Extrait d'une lettre du révérend M.-J. Berkeley au docteur Montagne.)

« Vous avez probablement entendu parler de ces productions fongiques qui ont été observées à Bristol, dans l'air condensé et dans les eaux des districts en proie à l'épidémie régnante, et que l'on a retrouvées jusque dans les évacuations des cholériques. Ces corps fongoïdes ne se rencontrent point dans les cantons où ne règne pas le choléra, ni chez les malades affectés d'autres maladies. Un échantillon de ces évacuations, assez semblables à une décoction de gruau (*vice gruel*), vient de m'être adressé, et j'y observe des corpuscules d'une certaine grosseur ressemblant exactement aux spores d'un mucos ou d'un oidium. C'est là tout ce que j'ai pu voir; mais le docteur Brittan et d'autres affirment qu'à mesure que la maladie croît en intensité, ces corps acquièrent de plus grandes dimensions et finissent par contenir dans leur cavité un assez grand nombre de nouvelles cellules qui deviennent autant d'individus distincts dès que la cellule-mère s'est déchirée. Si les choses sont ainsi, la production en question n'est point un champignon, du moins je n'ai pas l'idée d'un semblable mode de propagation dans la famille. C'est plutôt la structure d'un *microcystis*, mais je ne puis concevoir qu'une algue soit capable de vivre dans un estomac humain. Je soupçonne qu'il y a là quelque inexactitude, et si mon soupçon est fondé, les petits corps sont réellement de nature fongique, et les grands quelques cellules animales modifiées par la maladie. Le sujet est manifestement très-curieux. Je vais tenter d'obtenir de nouvelles informations de M. Stephens. »

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° NÉCROSE DU FÉMUR; par M. LEBERT.

M. Lebret met sous les yeux de la Société le fémur droit d'une jeune fille, âgée de 12 ans. Le tiers inférieur de l'os offre plusieurs particularités se rapportant à la présence d'un séquestre et au travail de réparation que subissait le périoste. Des stalactites osseuses forment par leur jonction une véritable enveloppe fenêtrée à la portion du fémur nécrosé; une lame épaisse de ce dernier est très-mobile et peut aisément se détacher. Enfin une coupe étant pratiquée suivant la longueur de l'os, on suit l'exsudation périostique depuis sa moindre épaisseur jusqu'à une consistance osseuse épaisse de 2 à 3 centimètres. Au niveau du séquestre, les cellules du tissu spongieux paraissent condensées et remplies de graisse. La malade a succombé aux progrès d'une fièvre hectique; ses poumons étaient remplis de tubercules.

2° SUR LES OSTÉOPHYTES DES POISSONS; par M. VALENCIENNES.

M. Valenciennes ayant trouvé une exostose remarquable sur le corps d'une des vertèbres coccygiennes d'une morue, la met sous les yeux de la Société. Il fait remarquer la nature éburnée de ce tubercule osseux.

Afin de présenter cette observation à un point de vue plus général, il a eu soin de réunir plusieurs pièces ostéologiques de différents poissons qui offrent des ostéophytes, et il fait voir que l'on peut les classer en deux séries: les unes sont *accidentelles* et de même nature que celle de la morue qu'il présente; telle est une exostose, remarquable par sa grosseur, développée sur le corps d'une vertèbre du lépidope argenté, poisson de nos mers, plus commun dans la Méditerranée que dans l'Océan d'Europe. Les autres sont *normales*, c'est-à-dire qu'on les rencontre comme caractère spécifique de certains poissons. Il montre les crêtes osseuses et renflées du crâne des *chrysophrys gibbiceps*, *globiceps*, du *pagallus lituoquathus;* les os du bras de certains pagres.

Il montre à cette occasion les inter-épineux d'un singulier poisson de l'Atlantique américain, le *chætodon arthriticus*. Ces ostéophytes sont formées du renflement des premiers interépineux de l'anale, qui se développent successivement, de manière que le renflement du troisième finit par envelopper celui du second qui avait lui-même envahi le premier. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le corps de l'interépineux reste avec la forme styloïde primitive dans l'ostéophyte; il semblerait que la table externe de l'os se diviserait en deux lamelles, l'une restant adhérente au corps de l'autre, et l'autre rejetée au dehors par le développement hypertrophié du diploé qui forme le renflement osseux.

3° SUR UNE TUMEUR CONSIDÉRABLE TROUVÉE CHEZ UN CHIEN; par M. LEBLANC.

« La tumeur que je présente à la Société a été rencontrée à la face postérieure de la jambe chez un chien de basse-cour; depuis quatre années qu'elle avait apparu, elle n'avait cessé de se développer tout en occasionnant une boiterie continue. L'exploration était difficile vu la méchanceté de l'animal; on ne put reconnaître la nature de la tumeur; ce ne fut qu'après la mort qu'il fut possible de l'examiner. Elle occupait toute la face postérieure de la jambe et l'espace compris entre le fémur et le tibia; de telle sorte que la flexion était devenue impossible, et les deux articulations fémoro-tibiale et fémoro-rotulienne, quoique saines, ne pouvaient plus fonctionner; la cuisse était complétement atrophiée.

» A l'autopsie, je trouvai immédiatement sous la peau une couche fibreuse blanche, dure et criant sous le bistouri; le centre de la tumeur plus mou et d'un blanc plus mat présentait entièrement l'aspect d'un cancer encéphaloïde ramolli; l'os était malade et ramolli à sa face postérieure. Cette tumeur avait dans quelques points des caractères semblables à ceux des tumeurs fibro-plastiques de M. Lebert et des ostéosarcômes de Boyer.

» Ces espèces de tumeurs se développent chez le cheval, le bœuf et le chien. Très-communes chez le bœuf autour des articulations, elles sont dans ce cas fibro-plastiques, tandis que chez le cheval ce sont de véritables ostéosarcômes du maxillaire. Au microscope, cette tumeur a présenté les caractères d'une tumeur mixte, à savoir : 1° des corps fusiformes, 2° des noyaux fibro-plastiques, 3° des cellules cancéreuses. »

V. — PATHOLOGIE COMPARÉE.

HYDROPHTHALMIE CONGÉNITALE CHEZ UNE JEUNE COULEUVRE D'ESCULAPE; par M. RAYER.

M. Chaussat montre à la Société de la part de M. Rayer une jeune couleuvre d'Esculape, âgée de trois mois environ. Cet animal a été donné à M. Rayer par M. Duméril. L'œil gauche de cette petite couleuvre est atteinte d'une *hydrophthalmie* d'autant plus remarquable que cette maladie parait avoir été *congénitale;* en effet, la personne chargée de soigner cette couleuvre assure avoir remarqué la déformation de l'œil au moment où elle venait d'éclore. L'hydrophthalmie est évidemment constituée en très-grande partie, sinon en totalité, par une augmentation morbide de l'humeur aqueuse. La cornée transparente s'est sensiblement élargie, et le globe de l'œil, fortement saillant en dehors de l'orbite, est beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé. Pour déterminer d'une manière plus positive les changements qui sont survenus dans l'organisation de cet œil, M. Rayer en fera la dissection.

VI. — TÉRATOLOGIE.

1° CAS DE SYNDACTYLIE CHEZ L'HOMME; par M. MOREL-LAVALLÉE.

M. Morel-Lavallée présente un cas de *syndactylie* chez un homme de 30 ans. Cette réunion congénitale n'existe qu'entre le médius et l'annulaire de chaque main. Il n'y en a aucune trace ni entre les autres doigts ni aux orteils; car, ainsi que le fait remarquer M. Morel, cette anomalie porte quelquefois sur tous les doigts et sur tous les orteils, en sorte que les quatre extrémités sont palmées. L'histoire de l'Académie des sciences (1727) en a conservé un exemple.

Dans le cas soumis à la Société, la réunion régnait dans toute la longueur des deux doigts, à chaque main. Du côté droit, les deux doigts, d'ailleurs régulièrement conformés, avaient toutes leurs articulations libres et indépendantes. Ils n'étaient réunis que par une membrane formée de la double épaisseur de la peau; les ongles eux-mêmes étaient isolés. Cette main a été opérée avec un succès complet.

A la main gauche qui n'a pas été opérée, la difformité offre un degré de plus. Les deux ongles, qui ont du reste leur forme naturelle, sont réunis dans toute leur longueur. Il y a également fusion entre les deux phalanges qui les portent. M. Morel se demande si les deux articulations sont aussi en communication; il insiste sur la possibilité de cette extension de l'anomalie, qui compliquerait l'opération d'une double plaie articulaire. Mais rien ne permet d'éclaircir ce point. Cette fusion des deux phalanges terminales est comme le premier degré d'une fusion plus complète qu'on a vue régner entre toutes les phalanges de tous les doigts munis alors d'un seul ongle. Dessaix (JOUR. DE MÉD., t. XV, p. 275) a même rencontré un cas où, à chaque main, les phalanges soudées ensemble à leurs extrémités comme sur les côtés ne formaient qu'une lame osseuse, mobile seulement sur le métacarpe. Il n'y avait pas suffisamment d'étoffe pour cinq doigts; il n'en tailla que quatre. L'opération réussit au point que la malade pouvait coudre.

M. Morel-Lavallée, en opérant la main droite, a divisé la double épaisseur de la peau par deux incisions successives, l'une à la face dorsale, l'autre à la face palmaire. On est plus sûr d'obtenir ainsi une séparation régulière des deux doigts, que si on coupait d'un seul trait la membrane, de haut en bas ou de bas en haut; car alors l'œil ne peut suivre ou guider en même temps l'instrument à la face palmaire et à la face dorsale.

Un autre point sur lequel insiste également M. Morel, c'est l'espérance illusoire qu'on pourrait concevoir, d'après l'étendue de la membrane interne digitale, d'en réunir immédiatement les bords divisés. En effet, bien qu'en écartant légèrement l'annulaire et le médius on pût engager entre eux la pulpe du doigt, la réunion immédiate a été impossible. La suture a été faite avec deux doigts, à surjet à l'un, entortillée à l'autre. Pansement avec des bandelettes de collodium, puis de diachylon. Une étroite bandelette de caoutchouc, qui prenait son point d'appui au poignet, passait entre les deux doigts pour retenir la cicatrice dans des limites convenables.

M. Morel-Lavallée exécutera à l'autre main le procédé de Chélius, procédé qui consiste à tailler à la racine des doigts, aux faces dorsale et palmaire, deux lambeaux en V, dont les extrémités tronquées sont réunies par un point de suture dans l'intervalle digital. Il a pour but, en substituant ainsi la peau à la cicatrice, de prévenir l'extension excessive de cette dernière sur les phalanges. Les deux phalanges onguéales seront séparées avec une scie cutellaire.

2° SUR UN CAS DE RHINOCÉPHALIE CHEZ UN LAPIN; par M. DAVAINE.

Je dois à l'obligeance de M. Desmarets d'avoir pu examiner le monstre rhinocéphalien qu'il a présenté à la Société dans une de ses dernières séances.

Je vais faire le résumé de ce qui m'a paru le plus intéressant dans ce nouveau cas pour le comparer ensuite à ceux dont nous avons déjà eu l'honneur, M. Robin et moi, de lire les observations à la Société.

L'animal qui fait le sujet de cette note est un lapin nouveau-né, dont la tête seule présente des anomalies qui consistent dans une trompe, qui naît du front, au-dessous de laquelle existe une orbite unique, médiane, occupée par un seul globe oculaire; au-dessous de cette orbite se trouvent la bouche et les mâchoires qui diffèrent peu de l'état normal.

[Le cerveau remplissait toute la capacité du crâne; il offrait, au lieu de deux hémisphères cérébraux, un seul lobe antérieur, médian, sans traces de circonvolutions ni de scissure. Il n'y avait pas non plus de glande pituitaire. La première et la seconde paire de nerfs cérébraux n'existaient pas. Les tubercules quadrijumeaux, le cervelet et tous les nerfs cérébraux, sauf les deux premières paires, nous ont paru à l'état normal.

L'orbite avait des dimensions bien moindres que dans les autres cas de cyclocéphalie observés par nous; les paupières n'étaient pas distinctes. Sous la trompe et sur la ligne médiane existait une membrane semi-lunaire, libre par un de ses bords et placée au-dessus de l'œil, comme une paupière rudimentaire. Le globe oculaire ne paraissait pas plus volumineux qu'un œil normal; quatre muscles droits s'y inséraient; quelques faisceaux de fibres musculaires correspondaient aux obliques internes. La cornée était opaque, rugueuse et recouverte d'une substance d'apparence plâtreuse; la sclérotique était régulière, sans division. L'iris était adhérente à la cornée; un cristallin unique avait contracté des adhérences évidemment morbides avec le cercle ciliaire; celui-ci offrait sur une portion flottante quelques granulations qui pouvaient peut-être provenir d'un second cristallin en grande partie résorbé. Un détritus d'un gris noirâtre était probablement formé par la rétine et la choroïde.

Le nerf optique, recherché avec le plus grand soin, n'a été trouvé ni dans l'orbite ni à la sclérotique.]

La trompe était constituée par une apophyse de l'os frontal et par une pièce osseuse, creusée en dessous en gouttière, analogue aux os propres du nez; une substance cartilagineuse et la peau achevaient de former cette trompe, qui n'offrait pas de cavité dans son intérieur.

Dans cette observation, comme dans celles dont nous avons déjà entretenu la Société, les anomalies du cerveau, à part l'augmentation de volume des parties postérieures dans quelques cas, portent uniquement sur les hémisphères cérébraux, qui ne forment qu'un lobe unique, antérieur et médian, par l'absence du corps calleux et de la voûte à trois piliers.

L'absence du nerf optique, que nous avons déjà constatée dans l'une de nos observations, est, suivant les auteurs, un fait très-rare lorsque le globe oculaire existe; c'est pourquoi nous l'avons recherché avec le plus grand soin, et nous avons acquis la certitude qu'il n'existait pas.

Enfin cette observation nous offre le degré le plus avancé de la cyclocéphalie. L'une de nos précédentes observations nous a présenté deux yeux distincts dans une orbite unique; l'autre nous a montré un seul œil dans l'orbite unique, mais cet œil avait deux cristallins, deux iris et d'autres traces d'une fusion incomplète des deux globes oculaires; dans celle-ci nous ne trouvons plus qu'une seule cornée, un seul cristallin dans une sclérotique d'un volume ordinaire.

Il n'est pas hors de propos de faire observer ici que cet œil portait les traces d'un état pathologique déjà ancien. La cornée était profondément altérée, l'iris adhérente, le cercle ciliaire irrégulier et offrant quelques granulations semblables à des débris de cristallin.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'ENTRAÎNEMENT DES PARTIES ANTÉRIEURES DU CORPS VITRÉ PENDANT L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT; par M. L. BOYER. — In-8 de 50 pages. — 1849. — Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Que de procédés et de nuances de procédés renaissent chaque jour pour l'opération de la cataracte! et que d'insuccès cependant persistent à suivre les combinaisons manuelles ou instrumentales dont on avait le mieux auguré! Aussi ne faut-il ni s'étonner ni se plaindre de l'ardeur que nos chirurgiens mettent à étudier les moindres défectuosités du système opératoire en usage, afin d'y trouver le secret encore impénétrable de cette opiniâtre différence entre les promesses de la théorie et les déceptions de la pratique.

Partageant et ces regrets et ces espérances, M. L. Boyer cherche à porter la pratique dans une nouvelle voie en même temps plus rationnelle et plus fructueuse. Il examina d'abord avec soin l'effet que l'abaissement du cristallin produit dans les milieux et les membranes oculaires, et crut remarquer un phénomène inaperçu encore et capable d'expliquer l'opacité qui persévère ou qui récidive après l'opération en apparence la mieux exécutée. — Jaloux de contribuer pour notre part à éclairer l'importante question qu'il soulève, nous exposerons d'abord l'ensemble de ses recherches pour apprécier ensuite ce qu'elles contiennent d'exact et d'applicable.

M. L. Boyer avance qu'une des causes qui font le plus courir le risque de voir remonter le cristallin après l'abaissement, « c'est l'entraînement des parties antérieures du corps vitré, qui, cédant à la pression exercée sur l'appareil lenticulaire s'infléchit sur lui-même dans la cavité de l'œil, de manière à présenter momentanément à la pupille une portion de sa sphère parfaitement transparente. » Avant d'aller plus loin, voyons comment l'auteur a constaté que cela se passe effectivement ainsi dans les opérations pratiquées sur le vivant.

Il a vu plusieurs fois sur l'œil de cadavres où il venait d'abaisser le cristallin que la lentille, parfaitement enchatonnée, sans déchirure de la capsule, avec son cercle normal de procès ciliaires, correspondait à un point de la circonférence de l'œil plus ou moins éloigné de l'ouverture de la pupille. Il y avait eu, dans ce cas, rotation complète du corps vitré dans la cavité de l'œil; et la preuve, c'est qu'on pouvait aisément ramener le cristallin à sa position normale en faisant tourner le corps vitré avec lui.

Le phénomène se trouve ici parfaitement exposé. Mais cela arrive-t-il de même sur le vivant? Pour savoir qu'en penser, il suffit de rappeler que l'auteur n'a jamais pu obtenir ce résultat *lorsqu'il opérait sur des cadavres frais*. Un certain degré de putréfaction est donc nécessaire pour amener entre les adhérences des parties le relâchement qui permet seul ce déplacement.

Voulant savoir à quoi s'en tenir sur ce point, M. L. Boyer a fait sur des yeux une ouverture pour pouvoir suivre lui-même les mouvements du cristallin, et il a vu que, si l'on cherche alors à pratiquer la dépression directe sans ouvrir les capsules, l'appareil lenticulaire obéit à l'aiguille et se déplace, en entraînant à sa suite la portion antérieure du corps vitré qui s'infléchit pour permettre ce déplacement; mais aussitôt que la pression cesse, les parties reprennent leur position normale. — L'auteur reconnaît du reste, avec une louable sincérité, que cette seconde expérience n'est *pas très-précise*, l'ouverture préalable offrant au corps vitré une issue lorsqu'on presse sur lui, et augmentant, par conséquent, sa mobilité naturelle.

La même inflexion a-t-elle lieu lorsqu'on opère sur un œil intact? D'après M. L. Boyer, cela est *indubitable*. En effet, en agissant sur des yeux plus gros (cheval, mouton), on sent très-distinctement un corps solide et résistant qui par moments échappe aux tentatives de déplacement et tourne brusquement autour de l'aiguille; et à l'examen ultérieur, on retrouve souvent le cristallin exactement dans ses rapports normaux, sans déchirure de sa capsule; ce qui prouve que, dans tous ces mouvements, ces rapports n'ont pas été altérés. — Cette troisième expérience serait plus décisive si l'on avait *vu* le cristallin dans les nouveaux rapports où cet entraînement l'a placé. Mais ici encore la loyauté de M. Boyer vient affaiblir la signification de son argument. Jamais, dit-il, en ouvrant les yeux ensuite, il ne m'a été possible de constater la permanence de cette disposition, qui est de sa nature essentiellement fugitive.

Il est donc constant que si le déplacement par l'entraînement explique en effet le mécanisme de la réascension du cristallin, il ne peut rendre compte que de la réascension *subite;* car ce déplacement cesse aussi promptement qu'il se produit; la réascension qui tiendrait à cette cause se produirait manifestement avant que l'opérateur eût extrait l'aiguille, et lorsque la lentille remonte, plus tard, cet accident (d'après l'observation même de M. L. Boyer sur l'instantanée cessation de l'entraînement) tient probablement à une tout autre cause.

L'auteur invoque encore une raison pour prouver la réalité et la fréquence de cette rotation du corps vitré. Sur le vivant, sans qu'il y ait cataracte, on peut reconnaître, à travers la pupille, les mouvements du cristallin, qui contracte, sous la pression de l'aiguille, une teinte légèrement opaline, laquelle permet d'en distinguer la circonférence lorsque, dans les différents mouvements qui lui sont communiqués, il s'éloigne et se rapproche alternativement de la pupille. Or M. L. Boyer a pu très-fréquemment voir sur des yeux vivants cet éloignement momentané du cristallin, puis son retour immédiat à sa position normale. Mais cet *éloignement* et ce *rapprochement* (d'ailleurs si difficiles à constater pour une vue moins exercée que ne l'est celle de l'auteur) nous semblent se rapporter plutôt à l'enfoncement de la lentille vers le centre du corps vitré qu'à un mouvement de rotation, tel que celui-là seul dont il s'agit.

Certaines circonstances qui s'observent durant l'abaissement sur le malade paraissent à M. L. Boyer s'expliquer naturellement par le phénomène de l'entraînement. Ainsi, lorsque l'aiguille pressant directement de haut en bas, on aperçoit le bord supérieur du cristallin descendre verticalement, immédiatement au-dessus de lui se dessiner un croissant d'un noir parfaitement pur, d'abord très-étroit, puis de plus en plus large, et enfin une pupille entière, nette et diaphane sans aucun nuage, il y a lieu de craindre que le cristallin ne soit pas sorti de sa capsule et que les parties antérieures du corps vitré n'aient été entraînées avec lui dans un mouvement de rotation plus ou moins étendu.—Nous ferons à ce sujet une réflexion. M. Boyer analyse ici une particularité de l'opération, et cherche, si nous ne nous trompons, à établir que lorsqu'elle se produit c'est que l'entraînement a eu lieu. Toutes les fois donc qu'on l'observera, on sera, selon lui, autorisé à dire que le corps vitré a été entraîné; et, comme il ne reste qu'un instant déplacé, on sera sûr que le cristallin va remonter. Ainsi, *formation du croissant diaphane*, comme l'auteur l'énonce, *entraînement du corps vitré, réascension immédiate de la lentille*, ce sont là les trois phases successives d'un même phénomène; et la première s'étant effectuée, la seconde et la dernière doivent nécessairement s'ensuivre. Or M. Boyer a bien songé à profiter de cette coïncidence, car il fait remarquer que la réascension du cristallin dans de pareilles conditions *n'est pas rare dans la pratique*. Mais ce n'est point assez, nous venons de le faire sentir. Loin de n'être pas rare, il faut que cette réascension soit *constante;* autrement l'explication perd sa valeur, et l'on peut avec avantage contester à M. L. Boyer que les apparences manifestées durant l'opération, qu'il donne comme caractérisant l'entraînement, dénotent en effet que ce phénomène a eu lieu.

Résumant cette discussion, qui était nécessaire, nous dirons que l'existence du déplacement spécial signalé par M. L. Boyer n'a rien d'invraisemblable. Mais sa réalité est loin, à notre avis, d'être aussi bien démontrée que l'auteur le pense; à la vérité, la difficulté de constater rigoureusement, anatomiquement, un mouvement semblable, ajoutait beaucoup au désavantage de sa position.—Quant à la fréquence de l'entraînement, on comprendra aisément que c'est là une question à réserver jusqu'à nouvel ordre.

D'autre part, la réascension du cristallin n'a pas besoin de l'hypothèse de l'entraînement du corps vitré pour se concevoir. Les connexions vasculaires *naturelles* qui retiennent l'appareil lenticulaire en place en expliquent assez la possibilité. M. Pétrequin a montré le mécanisme de charnière à ressort par lequel le cristallin tend à revenir en place lorsqu'on a opéré par réclinaison. Or la réclinaison n'entre-t-elle pas en partie dans tous les procédés d'abaissement? La distensibilité du corps vitré et celle des adhérences qui l'unissent normalement à la face interne de la cavité oculaire font que le corps vitré peut céder momentanément dans un quart ou un cinquième de sa circonférence, mouvement que M. L. Boyer entend n'expliquer que par son entraînement total.

Quoique l'entraînement ne soit rien moins qu'un fait prouvé, il suffit néanmoins que ce fait soit possible pour qu'on examine avec le plus grand intérêt les conséquences qui en résultent quant à l'opération de la cataracte par abaissement. Or cette étude a été exécutée par M. L. Boyer d'une manière à la fois si méthodique et si fructueuse, que tout praticien trouvera sans doute instruction et profit à en connaître les résultats.

L'entraînement étant admis, indique entre les nombreux procédés d'abaissement un choix nécessaire. Il est clair que plus l'aiguille pressera le cristallin obliquement à sa surface, plus le mouvement qu'elle lui imprime pour l'abaisser se rapprochera d'une courbe concentrique à l'un des grands cercles de la sphère oculaire, et plus on risquera de produire l'entraînement. Il est également évident que, pour l'éviter, il faudra ne presser sur le cristallin qu'après avoir préalablement incisé la capsule cristalline, en commençant par sa face postérieure de préférence à l'antérieure.

Basé sur ces données, le procédé que l'auteur conseille paraît essentiellement propre à réaliser les conditions dont sa théorie lui a révélé l'importance. Son caractère fondamental consiste en ce que l'opérateur, après avoir ouvert le feuillet postérieur de la capsule, repousse le cristallin d'abord directement d'avant en arrière jusqu'à ce qu'il soit arrivé au centre du corps vitré. On le récline alors seulement pour l'abaisser ensuite soit directement, soit en bas et en dehors, lui faisant suivre ainsi, pour l'amener au point où on cherche généralement à le placer, non point une ligne droite oblique relativement à l'axe de l'œil, mais une ligne brisée formée de deux parties réunies à angle droit au centre de l'œil, et suivant toujours la direction exacte d'un rayon, d'abord pour se rapprocher, puis pour s'éloigner du centre du corps vitré, afin que celui-ci soit toujours, autant que possible, retenu en équilibre, ne soit en aucun moment sollicité à se mouvoir, et conserve par conséquent plus sûrement sa position normale.

Nous renvoyons au texte même ceux de nos lecteurs qui, désirant pratiquer cette opération, auraient intérêt à en connaître les moindres détails. Ils ont été exposés par M. L. Boyer, avec cette exactitude graphique, attribut heureux de l'école de M. Amussat, qui fait plus pour la propagation des idées utiles que toutes les recommandations, puisqu'elle permet à chacun de les appliquer à son tour dans les mêmes conditions et avec les mêmes chances de succès que l'inventeur. L'expérience générale permettra donc bientôt de juger de la valeur du procédé de M. L. Boyer, procédé qui, à notre avis, réalise un perfectionnement incontestable, quoi qu'il en puisse être de la conception théorique sur laquelle il l'a appuyé.

ERRATUM. — N° 51, page 977, 2e colonne, ligne 37, au lieu de 1840, *lisez* : 1847.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME QUATRIÈME

DE LA TROISIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1849.

A

Abcès aigu du foie, par M. William M'Lean, 309.
—de la glande thyroïde ouvert dans la trachée, par M. Verga, 894.
Absorption (Cas d') d'une matière huileuse, par M. Rossi, 874.
—des solides, par M. Follin, 491.
—des substances insolubles, par M. Mialhe, 168.
Académie de médecine (Séance annuelle de l'), 957, 972.
Acarus folliculorum, par M. Leblanc, 572.
Acclimatement et colonisation en Algérie, par M. F. Jacquot, 144.
Accouchements (Traité de l'art des), par M. Paul Dubois, 392.
—d'un fœtus monstrueux, par M. Lesauvage, 147.
—naturel dans un cas d'imperforation incomplète du vagin, par M. Ygonin, 567.
—tardif (Observation d'), par M. Van Hengel, 69.
—(Contusion du scrotum dans l'), par M. Haesendonck, 69.
—Resserrement du col utérin sur l'enfant, par madame Coquillard, 606.
Acétate de plomb dans le traitement de quelques affections oculaires, par M. Florent Cunier, 564.
Achromatopsie complète (Exemple d'), par M. d'Hombres Firmas, 641.
Acide carbonique. Son exhalation dans l'état physiologique et dans l'état de maladie, par MM. Hervier et Saint-Léger, 149.
Adénite cervicale, par M. Larrey, 418.
Aiguille pour la cataracte laiteuse, par M. Busi, 105.
—aimantée (Déviation de l') par l'action des corps chauds ou froids, par M. Despretz, 682.
Aiguiseries d'armes (Assainissement des), par M. Peugnot, 991.
Aimants (Influence des) sur la contraction musculaire, par M. Duvernoy, 369.
Air dans les veines; mort subite à la suite d'une injection utérine, par M. Bessems, 583.
Aisselle (Glandes sous le creux de l'), par M. Robin, 491.
Albumine du sang et des liquides organiques (Recherches sur le pouvoir moléculaire rotateur de l'), par M. Becquerel, 929.
Albumineuses (Urines) sans néphrite, par M. Blot, 251.
Albuminurie dans la scarlatine, par M. Beghie, 842.
Alcalis (Utilité des) dans le rhumatisme, par M. Furnivall, 465.
Algérie au point de vue scientifique et hygiénique, 415.
—(Quelques points de géographie ancienne et moderne de l'), par M. Leclerc, 86.
—(Réponse à M. Lucien Boyer sur quelques points de géographie ancienne de l'), par M. F. Jacquot, 141.
—(Considérations et études sur l'), par M. Bodichon, 585.
—(Constitution médicale de l'), par M. Haspel, 135, 155, 937.
—(Colonisation et acclimatement de l'), par M. F. Jacquot, 144.
—(Peuplement des pays chauds et en particulier de l'), par M. Bodichon, 484.
—(Quelles populations doit-on appeler en)? par M. Bodichon, 790.
Algérien (Expédition du général Cavaignac dans le Sahara), par M. F. Jacquot, 513.
Algérienne (Histoire statistique et médicale de la colonisation), par MM. Martin et Foley, 784.
—(État sanitaire des colonies), 957.
Algue d'une nouvelle espèce trouvée dans les urines, par M. Rayer, 251.
Aliénation (Influence des commotions politiques sur l') par M. Baillarger, 210.
Aliénés (Histoire, description et statistique des) de Bloomingdale, par M. Pling Earle, 901.
—de Bicêtre et de la Salpêtrière (Rapport sur le service des), par M. Manceaux, 533.
—(Note sur l'asile public à Lille des), par M. de Smyttère, 94.
—(Construction et direction des asiles d'), par M. Girard, 94.
—(De la pellagre et de la paralysie des), par M. Verga, 507.
Aliment propre aux diabétiques (Nouvel), par M. Percy, 681.
Alimentation. Cours d'hygiène à la Faculté, par M. Royer-Collard, 137.
—(Usage du marronnier d'Inde pour l'), par M. Bourdin, 387.
—(Rôle du sel dans l'), par M. Plouviez, 666, 702.
—salée (Influence de l') sur les proportions d'azote contenu dans le produit de la respiration et des urines, par M. Barral, 823.
Allaitement. Cours d'hygiène à la Faculté, par M. Royer-Collard, 457.
Allantoïde (Présence de l') dans l'urine, par M. de Woehler, 543.
Allocution du doyen de la Faculté aux élèves pour les féliciter de leur conduite pendant le choléra, 586.
Amaurose (Relation étiologique de l') avec la maladie de Bright, par M. Landouzy, 805, 813.
Ammoniaque (Nouveaux composés chimiques analogues à l'), par M. Wurtz, 632.
Amovo-inamovible (Traité de la méthode), par M. Seutin, 826.
Amputations des membres (Moyen de s'assurer de la réussite dans les), par M. Sédillot, 184, 844.
—(Statistique des) faites à l'hôpital de New-York, de 1839 à 1848, par M. Buel, 925.
—(Recherches historiques sur les), par M. Lacauchie, 584.
—tibio-tarsienne, par M. Jules Roux, 413, 701.
—idem idem (Sur la sustentation après l'), par M. Robert, 129.
—coxo-fémorale, par M. Jules Roux, 420, 499, 523.
—congéniale, par M. Follin, 431.
—(De l') et de l'éthérisme dans le tétanos traumatique, par M. J. Roux, 493.
Amputo-désarticulation de la première pièce du sternum pour cause de carie scrofuleuse, par M. Pecchioli, 896.
Anatomie humaine (Exposition d'un plan définitif d'), par M. Segond, 590, 614.
—comparée des muscles et de la formation des os, par M. Lebert, 491.
Anatomiques (Sur l'existence de deux espèces nouvelles d'éléments) dans le canal médullaire des os, par M. Robin, 991.
Anémie et ses rapports avec le gonflement de la glande thyroïde et la proéminence des yeux, par M. Begbie, 843.
Anencéphalique (Monstre), par M. Macchia, 105.
Anesthésie (Moyen de mesurer l'), par M. Brown-Séquard, 997 et suiv.
Anesthésiques (Emploi des) chez les Chinois, par M. Stanislas Julien, 128, 220.
Anévrismes (Recherches sur les), par M. Chassaignac, 427.
—(Ligature de l'artère sous-clavière gauche pour un) par M. Mason Warren, 926.
—(Traitement de l') par l'électro-puncture, par M. Abeille, 605.
Angine folliculeuse du pharynx, 165.
—tonsillaire (Mode d'administration du calomel dans l'), par M. Vanoye, 171.
—ayant nécessité la trachéotomie et causé la mort, par M. Papillaud, 946.
Angioleucite profonde; amputation coxo-fémorale, par M. J. Roux, 420, 499, 523.
Ankylose complète de la hanche, par M. Blot, 431.
Anomalie par augmentation d'une vertèbre cervicale sur un squelette humain, par M. Dubrueil, 871.
—sexuelle dans l'astacus fluvialis, par M. Demaret, 251.
Anomium abietis et pertinax (Description des premiers états de l'), par M. Leboulbène, 643.
Antennes (Monstruosités des), par le même, 572.
Anus imperforé (Existence du sphincter dans un), par M. Blot, 901.
Aortiques (Lésions des valvules), par M. Forget, 612.
—(Maladies des valvules), par M. Monneret, 622.
Appareils du mouvement et de leur utilité dans les maladies articulaires, par M. Bonnet, 633, 659, 675, 696, 714.
—pour les mouvements artificiels de l'articulation scapulo-humérale, par M. Saussier, 997 et suiv.
—en gomme élastique, 844.
Arme à feu (Blessure par); déchirure du cœur, par M. Tardieu, 492.
Arabes (Considérations sur l'éléphantiasis des), par M. Bellingham, 447.
Arséniate de potasse (Guérison rapide de chorée par l'), par M. Dieudonné, 91.
Arsenic (Utilité du deutoxyde d') dans la phthisie, par M. Cenni, 106.
—(État de l') dans les dépôts d'eaux minérales ferrugineuses, par M. Lassaigne, 683.
—(Cas d'empoisonnement par l'), suivi de gangrène, par M. Forget, 694.
—(Manière de recueillir les dépôts et les produits de l'évaporation des eaux minérales contenant de l'), par M. Guibourt, 702.
Arsenicales (Emploi des préparations) dans les fièvres intermittentes, par M. Boudin, 684.
—(Maladies nerveuses des organes thoraciques traitées par les préparations), par M. Debout, 164.
Arsénieux (Expérimentation de l'acide) dans les fièvres intermittentes, 669, 689.
Artère humérale (Particularité de l'), par M. Struthers, 325.
—sous-clavière gauche (Ligature de l') pour un anévrisme, par M. Mason Warren, 926.
Artères (Ligature des), par M. Sédillot, 858.
—(Structure et altération sénile des), par M. Robin, 331.
—(Description simplifiée des procédés des ligatures des), par M. Deville, 317.
—(Action de diverses substances injectées dans les), par M. Flourens, 569.
Artériel (Persistance du canal), par M. Bernutz, 950.
Articulaires (Considérations sur les tissus), par M. Birkett, 289.
—(Nutrition anormale dans les cartilages), par M. Redfern, 995.
—(Appareils du mouvement et de leur utilité dans le traitement des maladies), par M. Bonnet, 623, 659, 675, 696, 714.
Articulations (De l'extraction des corps fibreux dans les), par la méthode sous-cutanée, par M. Alquié, 990.
—(Procédé pour la cure des corps mobiles des), par M. Dumoulin, 990.
Ascite (Guérison de l') par l'iodure de potassium, par M. Thirion, 180.
—(Nécessité de la paracentèse dans l'), par M. Agostinacchio, 558.
Assainissement des aiguiseries d'armes à feu, par M. Peugnot, 991.
—de la Sologne, par M. Becquerel, 858.
Assistance publique (Note sur l'), par M. E. Petit (de Corbeil), 4.
—idem (Vote du projet de loi sur l'), 21.
Asthme (Chloroforme dans le traitement de l'), par M. Langley Beardsall, 682.
Atrophie du cerveau (Cas d'), par M. Barlow, 681.
Auscultation (Remarques sur certains phénomènes d'), par M. Racle, 948.
—Observation d'un nouveau phénomène d') chez un phthisique, par M. Toulmouche, 543.
—et percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval. Rapport du concours à l'Académie de Belgique, par M. Delwart, 71.

Autoplastie appliquée à la dénudation des testicules; par M. Goyrand, 997 et suiv.
Azotate d'argent en cylindres sur axe de platine, par M. Chassaignac, 184.

B

Baccalauréat (Abolition du certificat d'études pour le), 917.
Bassin (Nouveau mode de délivrance dans les cas d'angustie extrême du), par M. Didot, 953.
—(Influence de la saignée et du régime débilitant sur le fœtus; leur utilité dans les cas de vice de conformation du), par M. Depaul, 989.
Batraciens anoures (Sur l'os thyro-hyoïdien des), par M. Davaine, 993.
Belladone (Tetanos guéri par les frictions avec la teinture de), par M. Besse, 893.
—(Emploi de la) contre l'incontinence d'urine, par M. Cauvin, 972.
Biliaire (Follicules mucipares de la vésicule), par M. Gubler, 251.
Biologie (Comptes rendus des séances de la Société de), 110, 231, 250, 330, 348, 430, 490, 571, 643, 744, 878, 899, 992, 997 et suiv.
—(Sur la direction que se sont proposée les fondateurs de la Société de), par M. Robin, 516.
Blandin (Mort et obsèques de), 235.
Blennorrhagie urétrale, avec division du canal, par M. Ricord, 189.
—(Emploi alternatif de l'iodure potassique et du baume de copahu dans la), par M. Crussel, 167.
Blessure des yeux par arme à feu, par M. Duval, 619.
Bouche (Noma ou sphacèle de la) chez les enfants, par M. Tourdes, 553.
Bouton d'Alep (Sur le), par M. Jilt, 900.
Brésil (Lettre médicale sur le), 883.
Bronchite (Distinction nouvelle de deux formes de la), par M. Beau, 146.
—(Respiration dans l'emphysème et la), par M. Sibson, 639.
—pseudo-membraneuse (Observation de), par M. Thore, 949.
Brome (procédé pour reconnaître l'iode et le), par M. Reynoso, 348.
Brucine (Traitement de la paralysie par la), 165.
Bruit de souffle dans la grossesse (Sur la véritable cause du), par M. Malichecq, 444.

C

Cabasse (Captivité du docteur), par M. F. Jacquot, 41, 75.
Cadavérique (Influence de l'électro-magnétisme et de la foudre sur la rigidité), par M. B Séquard, 880.
Calcul (Application du) à l'étude des maladies, par M. Bayard, 743.
—du rein chez un cheval; examen chimique, par M. Leconte, 353.
—d'oxalate de chaux dans la vessie des surmulots, par MM. Rayer et Desir, 251.
—phosphatiques (Sécrétion des) guérie par les injections, par M. Balman, 426.
—vésicaux (Rapports des sels du sang avec les), par M. Verdict, 433.
—observés dans la vessie urinaire de la grenouille verte, par M. Chaussat, 492.
Calomel (Mode d'administration du) dans l'angine tonsillaire, par M. Vanoye, 271.
Cancer de l'epiploon, par M. Mignot, 352.
—des poumons; abcès et vaisseaux lymphatiques cancéreux, par M. Lebert, 899.
—du tibia, par M. Lebert, 645.
—de l'utérus, par M. Follin, 252.
—(Note sur la guérison de certaines affections de mauvaise nature vulgairement appelées), par M. Tanchou, 969.
Cancéreuses (Traitement des affections), par M. Tanchou, 291.
—(Coexistence des tumeurs fibreuses et des tumeurs), par M. Triquet, 492.
—mélanique de la peau (Tumeur), par M. Robin, 572.
Caoutchouc (Emploi chirurgical du), par M. Diday, 879.
Capillicules (Du prétendu système des), par M. Robin, 491.
Cardiaque (Rhumatisme), par M. Luyckx, 228.
Carie (Protéine dans la), par M. Tuson, 52.
—des vertèbres, du fémur, par M. Lebert, 352.
—tuberculeuse des vertèbres dorsales, par le même, 645.
Carotides (Dernières nouvelles d'un opéré auquel la ligature des deux) avait été faite pour une tumeur érectile de la tête, 928.
Cartilages articulaires (Nutrition anormale dans les), par M. Redfern, 995.
Cataracte laiteuse (Aiguille pour), par M. Busi, 105.
—congénitales (Réflexions sur les), par M. Tavignot, 741.
Catarrhe (Nouveau traitement du), par M. Lockwood, 926.
Cathétérisme (De la cystotomie et du), par M. Ciniselli 472.
—dans les rétentions d'urine produites par la déviation de l'urètre, par M. Mercier, 623.
Cathéters à crochet pour l'extraction des corps étrangers de la vessie, par M. Busi, 105.
Cautérisation dans l'inoculation toxique et virulente, par M. Parchappe, 34.
—du dos du pied (Observations de névralgies sciatiques rebelles guéries par la), par M. Payan, 969.
—profonde du col de l'utérus avec la pâte de chlorure de zinc, par M. Bonnet, 568.
—intercurrente (Névralgie du scrotum et du cordon guérie par la), par M. Jobert, 988.
Caverne pulmonaire ouverte à l'extérieur, par M. Pollet, 620.
Cerveau (Cas d'atrophie du), par M. Barlow, 681.
—(Ramollissement partiel) avec perte de la parole, par M. Rizzi, 894.
—formant tumeur à l'extérieur, avec atrophie d'un côté de la face chez un poulet, par M. Davaine, 746.
Césarienne (Opération), par M. Goodman, 52.
—Idem, avec guérison de la mère et conservation de l'enfant, par M. Custodi, 506.
—(Trois opérations) suivies de succès, par M. Guisard, 274.
Céphalotomie (Cas de), par le même, 274.
Céruse (Fabrication de la) au point de vue de la santé des ouvriers, par M. Combes, rapporteur, 928.
Chaleur animale (Rapport de la) avec la quantité d'oxygène combiné pendant la respiration, par M. Chenot, 991.
Champignons parasites, par M. Montagne, 432.
Charbon (Emploi dans les affections nerveuses de l'estomac, par M. Belloc, 188, 997 et suiv.
Châtiment moral (le) à défaut de la loi, par M. R. Parise, 863.
Cheval (Maladies de poitrine du), rapport de concours à l'Académie de médecine de Belgique, par M. Delwart, 71.
—(Note sur le non-vomissement du), par M. Flourens, 79.
Cheveux (Influence de la coupe des) sur la santé, par M. Fredericq, 270.
Chimie organique (Sur plusieurs points de), par M. Liebig, 231.
Chimique (Analyse) d'une substance extraite d'une plaie de la conjonctive, par M. Leconte, 353.
Chine (État de la médecine en), par M. Willis, 135.
Chinois (Médecine des), par M. Stanislas Julien, 275, 315, 395.
Chirurgicales (Traité des maladies), par M. Boyer, 881.
Chirurgie orthopédique (Lettre sur la), par M. Phillips, 416.
—plastique (Traité de), par M. Jobert de Lamballe, 372.
Chloroforme, 54, 62, 70, 92, 96, 107.
—(Expériences sur le), par MM. Tizzoni, Quaglino, Manzolini, 126.
—(Cas de mort attribuée au), par M. Vanini, 127.
—et éther dans les affections nerveuses, par M. Bocamy, 209.
—(Luxation de la mâchoire réduite à l'aide du), par M. Schœnfeld, 227.
—(Mixture de camphre et de), par M. Smith, 326.
—(Action du) injecté dans les artères, par M. Coze, 327.
—(Expérience chirurgicale du), par M. J. Miller, 173.
—(Nouveau cas de mort par le), 175.
—Son emploi dans l'hystérie et la névralgie dentaire, par M. Pigeolet, 90.
—(De l'administration du), par MM. Mascherpa et Strambio, 508.
—(Recherches expérimentales sur le), par M. Coze, 149.
—(Accidents produits par le), par M. Thore, 49.
—(Cas de mort par le), par M. Confevron, 809, 824.
—Idem, par M. Barrier, 115.
—(Mort par le), 134.
—(Mort attribuée au), expliquée par une lésion du cœur, par M. Gros, 666.
—(Note sur les dangers du), par M. Robert, 722.
—Discussion, 743.
—dans le traitement de l'asthme, par M. Langley Beardsale, 682.
—(Parallèle de l'éther et du), par M. Bouisson, 97, 120.
—(Effet du) sur un idiot, par M. Imbach, 425.
Choléra. Nouvelles sanitaires. Sa marche en France, Belgique, Hollande, Angleterre, Irlande, Russie, 1, 3, 15, 21, 41, 61, 75, 95, 194, 195, 215, 235, 254, 255, 275, 295, 315, 335, 355, 375, 395, 415, 455, 435, 475, 495, 515, 535, 555, 575, 709, 729, 749.
—(Recherches sur la contagion du), par M. Fourcault, 7.
—Note sur sa marche en Russie en 1847 et 1848, par M. Frettenbacher, 23.
—Instructions du comité d'hygiène, 57.
—(Recherches anatomo-pathologiques du docteur Vurchow à Berlin sur le), par M. Lebert, 42.
—par M. Bouchut, 334.
—par M. Raikem, 513.
—typhoïde, par M. Périer, 53.
—Traitement par la médication interne et externe, par M. Blatin, 69.
—asiatique; de ses formes et de son traitement, par M. Fievée de Jeumont, 81, 100.
—(Analyse chimique des liquides dans le), par M. Corenwender, 128.
—Prophylaxie, par M. Flon, 128.
—Hydropathie comme moyen préservatif, par M. Van Honsebrouck, 130.
—(Considérations géologiques et hydrographiques favorisant le développement et la marche du), par M. Fourcault, 157, 308, 357.
—(Ceintures de soie; préservatif du), rapport par M. Honoré, 168.
—au dépôt de Saint-Denis, 175.
—(Sur le principe pathogénique du), par M. Romanowski, 192.
—(Traitement du), par M. Hatin, 196, 216, 236.
—(Revue clinique du), 202, 221, 240, 258, 282, 301, 340, 362, 381, 401.
—(Sur la nature du), par M. Wanner, 210.
—Instruction de l'Académie, 211, 215, 229.
—Traitement de la période prodromique, 235, 455.
—Eau froide à hautes doses et inspirations forcées, par M. Blatin, 228.
—(Stachys anatolica, remède contre le), par M. Fauvel, 248, 328.
Choléra. Communications académiques, 248, 272, 292, 310, 327, 349, 370, 409, 450, 466, 485, 570, 584, 606, 622, 701, 722, 741, 748, 762, 784, 805, 844, 911, 952.
—(Traitement du) confirmé, 255.
—(Traitement de la période comateuse du), par M. Worms, 256, 280.
—Nature des liquides, par M. Mialhe, 274.
—Épidémie de la Salpêtrière, 275.
—(Rapports de la cholérine avec le), 275.
—(Note sur la sueur et l'urine dans le), par M. M. Lévy, 277.
—(Du sous-nitrate de bismuth dans les affections gastro-intestinales et le), par M. Monneret, 278, 299.
—(Sur la thérapeutique du), par M. Serres, 290.
—Emploi de la truffe, par M. Devergie, 294.
—Méthode d'appréciation, 295.
—(Recherches sur la propagation du), par M. Pélikan, 296, 319.
—Sur les selles cholériques, par M. Masselot, 307.
—Méthode de traitement, par M. Lefèvre-Rousseau, 309.
—(Hygiène du), circulaire ministérielle, 312.
—(Leçons sur le), par M. Tardieu, 313.
—Premiers soins à donner, par M. Foy, 313.
—(Développement, causes, traitement du), par M. Dvorjak, 313.
—(Études sur le) observé à Smyrne, par M. Burguières, 313.
—Du traitement anticholérique d'Alibert, par M. Duchesne-Duparc, 313.
—Instructions sanitaires, 313.
—(Sirop acétique et acide acétique au début du), par M. Lebatard, 322, 441.
—(Transmission du), par M. Alexandre, 324.
—Moyen de favoriser la réaction, par M. Cliet, 324.
—Infusoires dans les déjections alvines, par M. Pouchet, 327.
—(Contagion du), 315, 335, 355, 370, 395, 415, 428, 449, 528, 729.
—(Lettres de MM. Bertulus, Alexandre, Rochoux), 405.
—(relativement au typhus fever et au), par M. French, 424.
—Sapindus rubiginosus dans les affections gastro-intestinales et la cholérine, par M. Piésolu, 348.
—Examen microscopique du sang et des déjections, par M. Follin, 351.
—Emploi du mercure, par M. Robert, 370.
—et l'administration, 375.
—(Souvenirs du), 375, 495.
—Composition de l'air expiré, par M. Doyère, 409, 843.
—Épidémie à New-York, par M. Boudinier, 411.
—Études sur les causes auxiliaires, 435.
—(Bruits du cœur dans le), par M. Bouchut, 437.
—(Quinine comme antidote du), par M. Maxwell, 448.
—Introduction d'eau dans la vessie, par M. Piorry, 449.
—Nature et traitement, par M. Beauregard, 449. 606.
—(Sur le traitement du), par M. Spring, 452.
—(Note sur le à Liége par M. Lombard, 461, 468, 487.
—(Expériences sur la nature du), par M. Murray, 464.
—(Influence de l'électricité sur le), par M. Andraud, 466.
—Nature et traitement, par M. Chapelle, 466.
—Filiation des symptômes, 475.
—(Influence de l'accouchement sur le), par M. Devilliers, 486.
—Traitement du docteur Franceschi, 486.
—(Du) asiatique, par M. Stiefensande, 486.
—Tremblement après la mort, par M. Brown-Séquard, 492.
—Discussion de l'Académie de médecine de Belgique, 495, 509, 515, 528, 535, 550, 555, 724, 931.
—Influence de la nature géologique du sol sur le), par M. Nérée-Boubée, 507.
—(Indépendance des fièvres intermittentes et du), par M. Maslieurat-Lagémard, 508.
—(Contagion du), par M. Gislain, 508.
—Idem idem, par M. Champenois, 508.
—Idem idem, par M. Noble, 640.
—Remèdes et prophylaxie, par MM. Royer, Gaudriot et Provençal, 509.
—Médication opiacée, 515.
—(Sur le traitement de la première période du) par les acides; propositions sur la cause et la nature du choléra, par M. Worms, 525.
—Présence d'une pseudo-membrane blanche dans l'œsophage, par M. Corbin, 526.
—De l'emploi du sous-nitrate de bismuth, 527.
—(Remèdes contre le), 527, 684, 859.
—chez une femme enceinte; avortement, par M. Nicolas, 527, 570.
—Médication évacuante, 535.
—Mode de propagation (Considérations sur le), par M. Boudin, 536.
—(Du quinquina comme prophylactique du), par M. Duchesne-Duparc, 548.
—Importance de la réaction; méthode excitante; saignées, 555.
—(Quelques points sur l'anatomie et la physiologie pathologique du), par M. Tholozan, 557, 576, 593, 630, 654, 670.
—(Emphysème pulmonaire dans le), par M. Strohl, 599.
—Emploi du neuronisme, par M. Wageninge, 619.
—chez les aliénés, par M. Billod, 641, 683.
—(Préservatif du), par M. Morlière, 642.
—(Lettre sur le), par M. Colas, 642.
—(Coïncidence du) avec la syphilis, par M. Tailhé, 646.
—Emploi du nitrate d'argent, par M. Garlike, 665.
—(Sur la sueur visqueuse dans le), par M. Doyère, 666.
—(Sur les) du midi de la France, par M. Fuster, 678.
—et suette, par M. Lachaise, 683.
—(Apparition du) à Strasbourg, par M. Lereboullet, 699.
—(Mémoire sur le), par M. Hossard, 721.

Choléra (Nature et traitement du), par M. Durand (de Lunel), 730, 755.
—(Marche du) à Toulon, par M. Haspel, 758.
—(Influence de la suette sur le), par M. Réveillé-Parise, 762.
—Idem idem, par M. Tribes, 785.
—(Influence du) sur la grossesse, par M. Bouchut, 794.
—(Sur les) dans le Midi, par M. Menard (de Lunel), 802.
—Anatomie pathologique, par M. Coze, 805, 843.
—et suette, 824.
—Etiologie et prophylaxie, par M. Pellarin, 859, 991.
—Nature et traitement, par M. Follet, 860.
—(Histoire du) observé à la Salpêtrière, par M. Barth, 860.
—Idem idem en Algérie, 917.
—(Armatures métalliques contre les accidents nerveux consécutifs au), par M. Burq, 929.
—(Nouvelles du) à Lyon, 955.
—sporadique symptomatique, par M. V. Racle, 997 et suiv.
Chorée, guérison rapide par l'arséniate de potasse, par M. Dieudonné, 91.
Chronique médicale, 61, 535, 669, 729.
—Idem transatlantique, 95.
Cicatrices (Influence du taffetas d'Angleterre sur la coloration des), par M. Deval, 544.
Circulation (Quelques observations sur l'histoire de la), par M. Hergott, 716.
Circulatoire (Transport des matières solides dans le torrent), par M. Follin, 450.
Clavicule (Fracture de la), par une contraction musculaire, par M. Van Hœsendonck, 583.
Climat de l'Italie, par M. Carrière, 646.
Clinique médicale (Manuel de), traduit d'Hildebrand, par M. Dupré, 707.
Cœur (Théorie des mouvements du), par M. Wanner, 229.
—(Influence de la section des pneumo-gastriques sur les contractions du), par M. Bernard, 232.
—(Causes des bruits du), par M. Wanner, 149.
—(Bruits du) dans le choléra, par M. Bouchut, 437.
—(Concrétions polypiformes dans les cavités du), par M. Bellingham, 664.
—(Résumé d'un mémoire sur la structure de la fibre musculaire du mouvement volontaire et du), par M. Lebert, 938.
—(Développement musculaire du), par le même, 327.
—(Mouvements des valvules sygmoïdes du), par M. Bernard, 333.
—(Adhérence du); blessure par arme à feu, par M. Tardieu, 492.
—(Lésion du) comme cause de mort attribué au chloroforme, par M. Gros, 666.
—(Hypertrophie du); destruction d'une partie de la moelle, par M. Hutin, 765.
Col de la matrice (Etude pratique et philosophique du), par M. Forget, 554.
Colchique (Emploi du) dans les hydropisies, par M. Casimir Smith, 546.
Collodion (Emploi du) en ophthalmologie, par M. Hairion, 453, 604.
Colonne vertébrale (Conditions anatomiques des courbures de la), par M. Hirchfeld, 490.
Comateuses (Sur les fièvres) qui ont régné en 1847 à Tlemcen et à Sebdou, par MM. Sonrier et F. Jacquot, 64, 176, 438, 522, 689, 711.
Communication à l'Académie (Résultat d'une), par M. Papillaud, 789.
—directe entre la veine porte et la veine cave inférieure, par M. Robbard, 571.
Compression artérielle dans les inflammations des extrémités, par M. Henroz, 131.
Concrétions polypiformes dans les cavités du cœur, par M. Bellingham, 664.
Conine et leukolm dans les fièvres intermittentes et le typhus, par M. Wertheim, 748.
Conjonctive (Mémoire sur l'anatomie de la), par M. de Condé, 604.
Constitution médicale des troisième et quatrième trimestres de 1848, 76, 117.
—Idem des premiers et deuxième trimestre de l'année 1849, 610, 650.
—idem de l'année 1849 (Coup d'œil rétrospectif sur la), 997.
—Idem de l'Algérie, par M. Haspel, 135, 937.
Contagion du choléra asiatique (Recherches sur la), par M. Fourcault, 7.
—de la syphilis secondaire, par M. Garson, 466.
—du typhus cérébro-spinal, par M. Leroy-Dupré, 449.
Contractilité des veines, par M. Gubler, 491.
—de la rate, par M. Kolliker, 994.
Contraction de la peau du scrotum sous l'influence de l'électro-magnétisme, par M. B. Séquard, 879.
Contraste affligeant, 515.
Contre-ouverture (Lettre sur le procédé de), par M. Sédillot, 51.
Coqueluche (Traitement de la), par M. Durr, 805.
Cou (Extirpation des tumeurs du), par M. de Lavacherie, 141.
Coude (Luxation complète du), par M. Soulé, 717.
Couleuvre (Tumeur fibro-cartilagineuse sur une), par M. Follin, 646.
Coton (Propriété hémostasique du), par M. Bourdin, 164.
Cow-pox (Nouveau), 410.
Cordon spermatique (Abcès du), avec hernie et péritonite, par M. Brookes, 640.
Cornée (Abrasion de la), par M. Marcacci, 484.
—(Incrustations métalliques dans la), par M. Deval, 544.
—(production) observée sur la tête d'une vieille femme, par M. Rayer, 251.
—Observations de production, par M. Vanoye, 270.
Crâne et du cerveau (Sur la conformation particulière du) chez les poules huppées, par MM. Rayer et Lebret, 993.
—(Hémorrhagies traumatiques de l'intérieur du), par M. Rollet, 113.
Croup (Essai clinique sur le), par M. Vauthier, 363.
—chez un adulte, par M. Dufour, 432.
Crustacés (Nouveau genre de), par M. Desmarest, 433.
Culinaire (Progrès intellectuel dans ses rapports avec l'art), 475.
Cyanhydrique (Sur l'acide) considéré comme astringent diffusible, par M. Coze, 657.
Cyrrhose du foie, par M. Creighton, 664.
Cystotomie (Du cathétérisme et de la), par M. Ciniselli, 482.

D

Daltonisme dichromatique, par M. Decondé, 88.
Décubitus (Du), par M. Miquel, 603.
Délivrance (Nouveau mode de) dans les cas d'angustie extrême du bassin, par M. Didot, 953.
Dentition (Cas de) rare dans la vieillesse, par M. Plettinck, 270.
—(Observations de troisième), par MM. Quaglino et Porta, 893.
Désarticulation de la jambe, par M. Peise, 482.
—idem. (Mémoire et questions sur la), par M. Ollagnier, 84, 123, 161.
Désinfectante (Action) de l'éther sulfurique, par M. Beaudelocque, 409.
Désir (Nécrologie du docteur), par M. Lebert, 353.
Déviation des vertèbres caudales chez une loche, par M. Rayer, 901.
Diabète produit par le nitrate de potasse, par M. Cardan, 53.
—sucré (Note sur le), par M. Devay, 397.
Diabétique (Exploration cadavérique; autopsie d'un), par M. Cl. Bernard, 492.
—(Nouvel aliment propre aux), par M. Percy, 681.
Diapason (Emploi du) pour le diagnostic de la dureté d'ouïe, par M. Schmalz, 582.
Diétripteur, instrument pour l'extraction de la tête d'un fœtus mort, par M. Didot, 897.
Dictionnaire de physiologie, par M. Wagner, 213, 283.
Digitale (Traitement de la phthisie par la teinture de), par M. Forget, 209.
Digitaline (Etudes chimiques et thérapeutiques sur la), par M. Quevenne, 549.
Dilatation (Limite où il convient de porter la) dans les rétrécissements, par M. Beniqué, 700.
Diplopie binoculaire, guérie en dix jours, par M. Wallez, 248.
Diurétiques dans la lienterie et les flux de ventre, par M. Heloin, 621.
Douches froides dans les maladies utérines, par M. Fleury, 210, 360, 378, 480, 501.
Drogues simples (Histoire naturelle des), par M. Guibourt, 433.
Dubois (Eloge d'Antoine), par M. Dubois (d'Amiens), 957.
Dyssenterie (Traitement de la) par la saignée, par M. Collineau, 486.
—(Sel de morphine par la méthode endermique dans une épidémie de), par M. Berland, 855.
Dysurie guérie à l'aide d'un nouvel instrument dilatateur du col vésical, par M. Mercier, 743.

E

Eaux aux jambes chez les animaux (Recherches sur les), par M. Leblanc, 432.
—minérales contenant de l'arsenic. (Manière de recueillir les dépôts et les produits de l'évaporation des), par M. Guibourt, 702.
—idem (Rapport sur les), par M. Pâtissier, 875.
—idem idem, par M. Guibourt, 876.
Ecoulements chroniques de l'urètre, par M. Philipps, 165.
Electricité (Développement de l') par la contraction musculaire, par M. Matteuci, 508.
—(Sur l') en médecine, et résultat de quelques cures électriques, par M. Terzi, 857.
Electrisation localisée, par M. Duchenne, 427.
Electro-aimant représenté par la fibre musculaire, par M. Strauss-Durckheim, 167.
—magnétisme (Contraction de la peau du scrotum sous l'influence de l'), par M. Brown-Séquart, 879.
—idem (Influence de l') et de la foudre sur la rigidité cadavérique, par le même, 880.
—magnétique (Propositions de physiologie sur l'influence de courants), par M. Ducros, 541, 621.
—magnétisme (Sur la mort par la foudre et l'), par M. Brown-Séquart, 994.
—musculaires (Sensibilité et contractilité), par M. Duchenne, 952.
—puncture (Traitement de l'anévrisme par l'), par M. Abeille, 605.
Eléphantiasis anesthésique, par M. Gibert, 231.
—des Arabes (Considérations sur l'), par M. Bellingham, 447.
Eloge d'Antoine Dubois, par M. Dubois (d'Amiens), 957.
Embryogénie comparée, par M. Serres, 148.
Emétique (Des dangers de l') dans les inflammations pulmonaires, par M. Spengel, 732.
Emide caspienne (Singulière disposition des poches anales), par M. Rayer, 873.
Emphysème pulmonaire (Sur la formation de l') par le choléra, par M. Wrohl, 599.
—(Respiration dans l') et la bronchite, par M. Sebson, 639.
Empoisonnements (Recherches sur une cause de mort qui existe dans un grand nombre d'), par M. Brown-Séquart, 644.
—par l'arsenic (Cas d') suivi de gangrène, par M. Forget, 694.
—par le chlorure de zinc; indication d'un antidote, par M. Stratton, 341.
—Emprisonnement (De l'), des prisons, des prisonniers, par M. Ferrus, 933.
Endocardite chez une fille de 14 ans, par M. Faillet, 252.
Enfance (Hygiène de l'), par M. Royer-Collard, 457.
Enghien (Principe sulfureux des eaux d'), par M. Bouland, 667.
Enseignement libre. Organisation de la médecine, 609, 623, 629, 649.
—supérieur de la médecine (Organisation de l'), 572, 681.
Enterrements prématurés (Signes de la mort et moyens de prévenir les), par M. Bouchut, 786.
Entraînement des parties antérieures du corps vitré pendant l'opération de la cataracte par abaissement, par M. L. Boyer, 997 et suiv.
Epanchements pleurétiques (Paracentèse dans les), 997 et suiv.
Epaule (Luxation spontanée de l'), par M. Yvonneau, 388.
—(Malformation congénitale de l'), par M. Bellingham, 14.
Epidémies de 1847 (Rapport sur les), par M. Gaultier de Claubry, 569.
—(Expériences sur la nature des), par M. Murray, 464.
—de fièvre éruptive, par M. Warlomont, 132, 170, 189, 389.
—de fièvre jaune, par M. Bodinier, 411.
—idem typhoïde, par M. Sovet, 451.
—de variole arrêtée par la vaccination en masse, par M. Verger, 387.
Epilepsie (Traitement de l'), par M. Cheneau, 427.
—(Valériane contre l'), par M. Chauffard, 997 et suiv.
Epiploon (Cancer de l'), par M. Mignot, 352.
Ergoté (Mémoire sur le seigle), par M. Biver), 90.
Ergotine dans les hémorrhagies externes, par M. Bonjean, 839.
Erectile de la tête (Dernières nouvelles d'un opéré auquel la ligature des deux carotides avait été faite par une tumeur), 928.
Estomac (Emploi de la poudre de charbon dans les affections nerveuses de l'), par M. Belloc, 188.
—(Introduction d'une fourchette dans l'), par M. Chemin, 450.
Ether sulfurique (Parallèle du chloroforme et de l'), par M. Bouisson, 97, 120.
—(Tétanos traité avec succès par les inhalations d'), par M. Petit, 185.
—et chloroforme dans les affections nerveuses, par M. Bocamy, 209.
—sulfurique (Action désinfectante de (l'), par M. Beaudelocque, 409.
Ethérisme local, par M. Jules Roux, 91.
— (De l'amputation et de l') dans le tétanos traumatique, par M. J. Roux, 493.
Excision de la tête du fémur pour la carie de l'articulation coxo-fémorale, par M. Smith, 32.
Exploration cadavérique; autopsie d'un diabétique, par M. Cl. Bernard, 492.
Expédition du général Cavaignac dans le Sahara algérien, par M. F. Jacquot, 513.
Exposition des produits de l'agriculture et de l'industrie, Promenade médico-chirurgicale, par M. F. Jacquot, 539, 609.
Extrémités inférieures (Soudures des), par M. Lansdorff, 955.

F

Face (Observation pour servir à l'histoire de quelques monstruosités de la), par MM. Davaine et Robin, 903.
Facial (Du tournoiement consécutif à l'arrachement du nerf), par MM. Martin-Magron et Brown-Séquard, 879.
Faciale (Considérations sur la névralgie), par M. Neucourt, 721.
Faculté de médecine de Paris (Un nouveau doyen à la), 3.
—(Révocation du doyen de la), 21.
—(Rentrée de la), 863.
Fécondation d'une lymnée sans copulation réciproque, par M. Robin, 571.
Fécule de marrons d'Inde, par M. Belloc, 53.
Femorale (Ostéite), par M. Verneuil, 252.
Fémur (Excision de la tête du), par M. Smith, 32.
Fer (Nouveaux moyens d'isoler le), par M. Pomarède, 397.
—(Emploi du) dans le traitement des maladies chirurgicales, par M. Hoppe, 753.

Fièvres (Note sur les) qui ont succédé à l'épidémie de choléra, en 1841, à Iassy, par M. Bassereau, 918.
—continues (Rapport à l'Académie de médecine de Belgique sur un mémoire de M. Stacquez sur les), par M. Tallois, 16.
—congestive (Considérations et observations sur la), par M. Lavender, 909.
—comateuses d'Afrique (Mémoire sur les), par MM. Sonrier et Jacquot, 64, 176, 438, 522, 689, 711.
—éruptive (Épidémie de), par M. Warlomont, 132, 170, 189, 389.
—de famine (La), par M. de Meersman, 115.
—jaune (Épidémie de), par M. Bodinier, 411.
—idem (Traité pratique de la), par M. Thomas, 573.
—intermittentes (Mémoire sur l'état de la rate dans les), par M. Durand (de Lunel), 477, 496.
—idem (Nature et siége des), par M. Bonnet, 486.
—idem (Expérimentation de l'acide arsénieux dans les), 669, 689.
—idem (Signe dans l'imminence des récidives des), par M. Vanoye, 270.
—idem (Emploi de la quinoïdine dans les), par M. Ossieur, 271.
—idem (Note sur le traitement des), par M. Poisson, 622.
—idem (Indépendance du choléra et des), par M. Maslieurat-Lagémard, 508, 558.
—pernicieuses (Aperçu sur les), par M. Liegey, 897.
—puerpérale épidémique (Dissertation sur la), par M. Vernay, 74.
—scarlatine compliquée d'abcès, de phlegmon, de maladie de Wherloff, par M. Hoefnagels, 68.
—typhoïde (Réflexions sur la), par M. Knapen, 581.
—idem (Épidémie de), par M. Sovet, 451.
—idem (Onctions mercurielles dans la), par M. Mazade, 133.
—idem (Sous-borate de soude dans la), par M. V nder Eecken, 133.
—idem (Contagion de la), 129.
—idem (Emploi de la glace au début dans la), par M. Wanner, 348.
—idem (Contagion de la), 443.
—intermittente (De la rate dans la), par M. Piorry, 449.
Fibreux (Corps) de l'utérus, par M. Van de Vyver, 582.
—(De l'extraction des corps) dans les articulations par la méthode sous-cutanée, par M. Alquié, 990.
Fœtus (Influence du régime débilitant sur le développement du), par M. Depaul, 491.
—(Expulsion d'un) par les organes génitaux d'une chienne de 5 semaines, par M. Pipet, 746.
—(Scissure de la voûte palatine et de la lèvre supérieure, avec déformation du cerveau chez un), par M. Devaine, 746.
—monstrueux célosomien; spina-bifida, par M. Dubreuil, 944.
—(Influence de la saignée et d'un régime débilitant sur le); utilité de cette méthode, par M. Depaul, 989.
Foie (Abcès aigu du), par M. William M'Lean, 309.
—(Altération du) chez les syphilitiques, par M. Gubler, 333.
—(Recherches cliniques sur quelques maladies du), par M. Monneret, 407.
—(Cyrrhose du), par M. Creighton, 664.
—(Tumeur hépatique du) ouverte dans l'intestin, par M. Thompson, 681.
Forceps courbé sur le plat (Indications et avantages d'un), par M. Baumers, 538.
Folie, *Voy.* Aliénation.
Fongus (Mémoire sur les) du testicule, par M. Jarfavay, 719.
Fosse naviculaire (Sur l'existence d'une valvule dans la), par M. Mercier, 662.
Foudre (Sur la mort par la) et l'électro-magnétisme, par M. Brown-Séquard, 591.
Fouchette dans l'estomac (Introduction d'une), par M. Chemin, 450.
Fracture indirecte du temporal, par M. Roussilhe, 545.
—de la jambe (Traitement des), par M. Crocq, 233.
—de la clavicule par une légère contraction musculaire, par M. Hesendouck, 583.
—(Traité des) au voisinage des articulations et de certaines formes de luxations, par M. Smith, 765.
—du pénis, par M. Ruschenberger, 928.
—de la cuisse non consolidée; resection; dénudation, ligature, par M. Cl. Bernard, 928.
—extra-capsulaires du col du fémur, accompagnées de pénétration dans le grand trochanter, par M. Michaux, 999.
—Idem. Discussion, 997 et suiv.
Froid intense (Remède aux maladies par le), par M. Arnott, 245.

G

Gangrène spontanée (Observation de), par M. Papillaud, 544.
—(Mémoire sur un nouveau caractère de la) et l'existence de cette lésion dans des maladies où elle n'a pas encore été étudiée, par M. Racle, 558, 980.
Gastrique (Usage du suc), par M. Bernard, 167.
Gastro-hystérotomie (Cas de), par M. Califassi, 895.
Gastrotomie (Corps étranger dans le rectum ayant nécessité la), par M. Reali, 895.
—(Cas de), par M. Sédillot, 529.
—(Valvulus guéri par la), par M. Reali, 106.
Génération (Observations sur les organes de la) mâle et femelle de divers animaux, par M. Duvernoy, 783.
—(Remarques sur la) de l'huître, par MM. Chaussat et Davaine, 643.
Génésique (Perversion de l'instinct), par M. Brierre de de Boismont, 555.
—(Des aberrations de l'appétit), par M. F. Jacquot, 575.
Ghilanes (Race de), par M. du Couzet, 666.
Glace (Emploi de la) comme agent thérapeutique, par M. Vanner, 929.
Glandes du creux de l'aisselle, par M. Robin, 491.
—(Nouveau procédé d'injection des), par M. Michel, 641.
—de Cooper (Altération des), par M. Gubler, 351.
Glotte (Spasme de la) chez les enfants, par M. Roberton, 638.
Goître (Origine du), par M. Grange, 972.
Goût (Production de sueur sous l'influence d'une excitation du), par M. Brown-Séquard, 644.
Grossesse et menstruation précoces, par M. Smith, 425.
—(Cause du bruit de souffle dans la), par M. Malicherq, 444.
—(Influence du choléra sur la), par M. Bouchut, 791.

H

Hallucinations dans la première enfance, par M. Thore, 997 et suiv.
Hanche (Cas de maladie de la). Opération, par M. Smith, 464.
Helminthes (Tumeurs formées d') dans les parois de l'estomac d'un crocodile, par MM. Rayer et Chaussat, 747.
—hématoïde sur des feuilles de houblon, par M. Chaussat, 747.
—idem (Sur un), par le même, 572.
—(Note sur un) du genre distome, par M. de Quatrefages, 493.
—chez des lapins, par M. Brown-Séquard, 351.
Hématozoaires du rat, par M. Chaussat, 251.
Hémospasique (Avantages de la méthode), par M. Junod, 426, 600.
Hémostasie après les piqûres de sangsues, par M. Carré, 167.
Hémoptysie comme symptôme de phthisie, par M. Parkes, 640.
Hémorrhagies externes (Emploi de l'ergotine dans les), par M. Bonjean, 839.
—à la suite de l'amputation de la cuisse; ligature de la fémorale et de l'iliaque externe, par M. Bellingham, 663.
—dépendantes de l'implantation du placenta (Mémoire sur les), par M. Thirion, 89.
—(Cas rare d'), par M. Vanoye, 271.
—urétrale, guérie par le froid et les astringents, par M. Leroy-Dupré, 103.
—mortelle par diverses voies (Cas d'), par M. Papillaud, 104.
—traumatiques de l'intérieur du crâne, par M. Rollet, 113.
—utérine (Appareil pour arrêter l'), prr M. Styman, 680.
Hémorrhoïdales (Traitement des tumeurs), par M. Lee, 13.
Hémorrhoïdes internes (Destruction des) par la cautérisation, par M. Amussat, 837.
Hennequin (Discours prononcé aux obsèques du docteur), par M. Guyon, 935.
Hernie ombilicale congénitale opérée par la méthode sous-cutanée, par M. Carden, 682.
—réduite en masse, par M. Luke, 640.
Hildebrand (Manuel de clinique médicale d'), par M. Dupré, 707.
Hippocrate (Petit commentaire sur une expression d'), 1.
—(Œuvres complètes d'); traduction de M. Littré; 6e volume, 915.
Histoire naturelle des drogues (Cours d'), par M. Guibourt, 433.
Homœopathie (Rapport concernant l'), par M. Guéneau de Mussy, 150.
—à l'Académie de médecine de Belgique, 575.
Homologie des membres supérieurs et inférieurs chez l'homme, par M. Rigaud, 930.
Huître (Sur la génération de l'), par MM. Chaussat et Davaine, 643.
—(Tubercule perliforme chez une), par M. Rayer, 901.
Humérus (Particularité de l'artère humérale et de l'), par M. Struthers, 325.
Hydarthrose du genou par métatarse, par M. Verneuil, 899.
Hydatides (Expulsion d') au niveau de la région hépatique, par M. Lebret, 353, 432.
—intracrâniennes, par M. Gregory, 665.
Hydatique (môle), par M. Follin, 431.
—(Tumeur) du foie ouverte dans l'intestin, par M. Thompson, 681.
Hydrocèle (Traitement de l') par l'injection d'ammoniaque, par M. Bonnafont, 621.
—(Accidents produits par la rupture de la tunique vaginale dans l'), par M. Frédéricq, 270.
Hydrologie, par MM. Quevenne et Bisson, 251.
Hydronéphrose chez un chien, par M. Davaine, 745.
Hydropisies (Emploi du colchique dans les), par M. Casimir Smith, 545.
Hydrophobie (Observations d'), par M. Jackson, 527.
—(Remède contre l') en Abyssinie, par M. Bochet d'Héricourt, 897.
—suite de tétanos, par M. Kern, 805.
Hydrophthalmie congénitale chez une couleuvre d'Esculape, par M. Rayer, 997 et suiv.
Hydrothérapie dans le traitement des maladies aiguës, par M. Halmoni, 462.
—(Dangers de l'), par M. Garret, 680.
—en Chine, par M. S. Julien, 149.
Hydrothérapiques (Impressions), 589.
Hygiène (Cours d'), par M. Royer-Collard, 137, 457.
Hyperesthésie (Moyen de mesurer l'), par M. Brown-Séquard, 997 et suiv.
Hypertrophique (Tumeur) de la mamelle, par M. Morel-Lavallée, 431.
Hystérie (Relation d'un cas d') compliqué d'aménorrhée et d'hémoptysie, par M. Ferrand de Missol, 739.
—(Emploi du chloroforme dans l'), par M. Pigeolet, 90.
—(Thèse sur l'), par M. Besançon, 493.
Hystérocèle (Observations d'), par M. Bell, 308.

I

Identité (Recherches médico légales sur l'), par M. Tardieu, 702.
Idiot (Effet du chloroforme sur un). par M. Imlach, 425.
Imitation du cri des animaux dans plusieurs affections nerveuses, par M. Brierre de Boismont, 689.
Incontinence d'urine (De la belladone contre l'), par M. Cauvin, 972.
Infécondité (D'une cause peu connue d') chez la femme, par M. Vannoni, 896.
Infection purulente (Traitement préservatif et curatif), par M. Chiminelli, 857.
Infirmier militaire, par M. F. Jacquot, 435, 455.
Injections utérines (Traitement du catarrhe utérin par les), par M. Strohl, 547.
Inoculation toxique et virulente (Effets de la cautérisation dans l'), par M. Parchappe, 34.
Insectes (Larves et) qui peuvent se développer dans les tissus de l'homme, par M. Coquerel, 572.
Instinct génésique (Perversion de l'), par M. Brierre de Boismont, 555.
Instructions pour un voyage scientifique en Italie. Rapport par M. Dubois (d'Amiens), 768.
Instrument pour appliquer le caustique de Vienne sur le col utérin, par M. Mitchell, 663.
Insurrection médicale en Alsace, 21.
Intermittentes (Conine et leukolin dans les fièvres), par M. Wertheim, 748.
—(Signe de l'imminence des récidives des fièvres), par M. Vanoye, 270.
—(Expérimentation de l'acide arsénieux dans les fièvres), 669, 689.
—idem, par M. Boudin, 684.
—(Sur la) des tropiques, par M. Archanfoldt, 780.
Intestin (Propriétés du suc contenu dans l'), par M. Bernard, 644.
—(Obstruction particulière des), par M. Donovan, 447.
Intestinale (Ulcération) de cause traumatique, par M. Landi, 895.
Intoxication saturnine (Plusieurs cas d'), par M. H. Guéneau de Mussy, 949.
Intussusception (De l'), par M. Wilmer Worthington, 926.
Iode (Procédé pour reconnaître le brome et l'), par M. Regnoso, 348.
—et iodure de potassium (Sur l'emploi de l'), par M. Rampoto, 805.
Iodées (De la valeur des injections) dans la thérapeutique chirurgicale, par M. Boinet, 596, 617.
Iodognosie, ou monographie chimique, pharmaceutique et médicale des iodiques, par M. Dorvault, 889, 906, 941, 963.
Iodoforme (Emploi dans les maladies cutanées et le goître de l'), par M. Glover, 113.
Iodure de potassium (Affections mercurielles et saturnines traitées par l'), par M. Melsens, 106.
—employé dans l'ascite, par M. Thirion, 180.
Iris (Action de la chaleur et du froid sur l'), par M. Brown-Séquard, 333.
Italie (Lettres d'), par M. F. Jacquot, 809, 849, 903, 917, 977.
—(Climat de l') sous le rapport hygiénique et médical, par M. Carrière, 646.

J

Jambe (Mémoire et questions relatives à la désarticulation de la), par M. Ollagnier, 84, 123, 161.
—(Traitement des fractures de la), par M. Crocq, 133.
—(Désarticulation de la), par M. L. Peise, 452.
Jaune (Traité pratique de la fièvre), par M. Thomas, 573.
—(Segmentation du) sans fécondation, par M. Quatrefages, 641.

K

Kermès minéral (Emploi thérapeutique du), par M. Hélin, 621.
Kyste au devant du sac lacrymal (Note sur un), par M. Deval, 66.
—séreux et profonds de la mamelle, par M. Robert, 388.

L

Lait d'ânesse solidifié, par M. Chevalier, 859.
—(Unité de composition du) des mammifères et du contenu de l'œuf des ovipares, par M. Joly, 897.
—(Détermination de la richesse et dosage du sucre de), par M. Poggiale, 309, 369.
Laiteuse (Cas de sécrétion), par M. Waddy, 51.
Larynx (Œdème du), par M. Hazzoni, 126.

Larves de plusieurs insectes (Caractères microscopiques des matières contenues dans les canaux annexes à l'intestin des), par M. Chaussat, 880.
—et insectes qui peuvent se développer dans les tissus de l'homme, par M. Coquerel, 572.
Lavacherie (Notice sur la mort du docteur), par M. Lombard, 169.
Législation médicale. Soins obligatoires à des blessés. Rapport par M. Tallois, 130.
Lettre au rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE, par M. Fournet, 956.
Lienterie et les flux de ventre (Diurétiques dans le traitement de la), par M. Hélin, 621.
Ligature des artères, par M. Sédillot, 858.
—de l'artère sous-clavière gauche pour un anévrisme, par M. Mason Waren, 926.
—de la fémorale et de l'iliaque externe, dans une hémorrhagie, après l'amputation de la cuisse, par M. Bellingham, 663.
Lisfranc (Galerie médicale), 255.
Lithotritie (Note sur différentes innovations à la), par M. Leroy-d'Étiolles, 192.
—(Indications et contre-indications de la), par M. Langlade, 274.
—(Esquille osseuse contenue dans la vessie, à la suite d'une plaie d'arme à feu, extraite par la), par M. Leroy-d'Étiolles, 133.
—par les voies accidentelles, par M. Bouisson, 778, 798.
Luxation des apophyses articulaires de la douzième dorsale et de la première lombaire, 741.
—(Traités des fractures au voisinage des articulations et de certaines formes de), par M. Smith, 765.
—complète du coude, par M. Soulé, 717.
—de la mâchoire réduite à l'aide du chloroforme, par M. Schœnfeld, 227.
—des os du métacarpe, par M. J. Roux, 334.
—spontanée de l'épaule, par M. Yvonneau, 388.
—spontanée des deux fémurs, par MM. Follin et Tailhé, 900.
Lymnée (Fécondation d'une), sans copulation réciproque, par M. Robien, 571.
Lymphatiques (Communication des) avec les veines, par M. Mauro-Rusconi, 721.
—des torpilles, par M. Robin, 250.

M

Mâchoire supérieure (Anatomie pathologique d'une tumeur de la), par M. Follin, 399.
Magnétique (Action) des muscles, par M. Bois-Reymond, 409, 426.
Main (Sur les synoviales tendineuses de la), par M. Foltz, 568.
Maladies (Application du calcul à l'étude des), par M. Bayard, 743.
—graves (Coïncidence de plusieurs), par M. Tailhé, 745.
Mamelles (Considérations pratiques sur les kystes de la), par M. Robert, 388.
—(Développement anatomique de la), par M. Robin, 430.
—(Tumeur hypertrophique de la), par M. Morel-Lavallée, 431.
Manganèse (Emploi thérapeutique des préparations de), par M. Pétrequin, 733.
—idem idem, soit comme adjuvant, soit comme succédané des préparations de fer; suivi d'observations, par le même, 740.
—(De l'usage du) en médecine, par M. Martin-Lauzer, 740.
—(Études physiologiques et thérapeutiques sur le), par M. Hannon, 474.
Manie périodique conduite à bonne fin, par M. Bondi, 873.
Manuel de pathologie et de clinique médicale, par M. Tardiac, 193.
Marronnier d'Inde pour l'alimentation, par M. Bourdin, 387.
Matière organique (Physique du renouvellement de la), par M. Vierordt, 761.
Maxillaire inférieur (Section de l'os), par M. Sédillot, 209.
Mécanique (Quelques cas de stérilité curables par un traitement), par M. Gream, 680.
Médecin (Un) comme il y en a peu, 709.
—praticien (Guide du), par M. Valleix, 38.
Médecine à Constantinople (État de la), par M. Monneret, 21.
—idem idem (Réponse à M. Monneret, par M. Ch. de Hubsch, 423.
—(Enseignement de la), par M. Schutzenberger, 335, 355.
—en Chine (État de la), par M. Willis, 135.
—opératoire. Note sur un procédé pour pratiquer les contre-ouvertures, par M. Diday, 10.
Médecins cantonnaux; hospices cantonnaux, par M. Petit (de Corbeil), 4.
—de l'antiquité; leur position sociale, 749, 769.
Médicaments administrés à haute dose (Déterminer l'action des) par M. Chrestien, 59.
Médico-rural (Dispositions du gouvernement en vue de la création d'un service), par M. Mascart (rapporteur), 702.
Mélanges de médecine et de chirurgie pratique, par M. Levieux, 687.
Mélanisme (Cas de) accidentel chez un bouvreuil, par M. Morel-Lavallée, 746.
Membres inférieurs (Traitement des ulcères des), par M. Chapman, 861.
Méningite cérébro-spinale, par MM. Boudin et Michel-Lévy, 786, 809, 824.
—idem idem observée au Val-de-Grâce en 1848 et 1849, par M. Michel-Lévy, 830, 850, 865, 884.
—idem idem, par M. Boudin, 211.
—idem idem des enfants, par MM. Ferrus, Sionnet, Petit, 584.
—subaiguë (Observation de); guérison, par M. Leroy-Dupré, 542.
—rachidienne chronique, etc, 997 et suiv.
Menstruation et grossesse précoces, par M. Smith, 425.
Mercuriel (Traitement du ptyalisme), par M. Maxwell, 448.
Mercurielles (Action toxique des vapeurs), par M. Lefèvre, 208.
—et saturnines (Emploi de l'iodure de potassium dans les affections), par M. Meisens, 106.
Métastase (Hydarthrose par), par M. Verneuil, 899.
Méthode (Sur la) nosologique et la méthode étiologique, par M. Tessier, 640.
—sous-cutanée (De l'extraction des corps fibreux articulaires par la), par M. Alquié, 990.
Métrorrhagie chez une jeune fille, par M. Hasendronck, 228.
Microscope (Nouveau mode d'éclairage du), par M. Nachet, 644.
—(Du) et des injections dans leur application à l'anatomie, etc, par M. Robin, 847.
—(Grossissement réel des), par le même, 332.
Miliaire (Suette), par M. Foucart, 509.
Militaire (Études sur le service de santé), par M. Bégin 649.
Miscellanées, 937.
Moelle allongée (Sur la physiologie de la), par M. Brown-Séquart, 994.
—cervicale (Tubercule comprimant la) chez le lapin, par le même, 786.
—épinière (Atrophie partielle de la), par M. Davaine, 745.
—idem (Recherches et expériences sur la), par M. Brown-Séquard, 232.
Moizin (Éloge de), par M. F. Jacquot, 155.
Molluscum. Tumeurs multiples de la peau, par M. Corvisart, 252.
Monstre anencéphalique, par M. Macchia, 105.
—monocéphalien (Description d'un), par M. Thiernesse, 145.
—(Rhinocéphale (Anatomie d'un), par MM. Robin et Davaine, 646.
—polyméliens, par M. Laboulbène, 493.
Monstrueux (Accouchement d'un fœtus), par M. Lesauvage, 147.
—celosonien (fœtus), avec spina-bifida, etc. par M. Dubreuil, 944.
—(Note sur un poulet, par M. Valenciennes, 646.
Monstruosités des antennes, par M. Laboulbène, 572.
—de la face (Observations pour servir à l'histoire de quelques), par MM. Davaine et Robin, 903.
—de la tête observée chez un meunier ou chevaine, par M. Rayer, 746.
—idem sur un veau bicéphale, par MM. Rayer et Bernard, 747
Morphine (Sel de) par la méthode endermique dans une épidémie de dyssenterie, par M. Berland, 855.
Mort (Mouvements rhythmiques des muscles respiratoire et locomoteur après la), par M. Brown-Séquart, 955.
—apparente des nouveau-nés, par M. Sauvé, 549.
—idem chez le fœtus, par M. V. Hangel, 566.
—subite à la suite d'injections utérines; air dans les veines, par M. Bessems, 583.
—(Signes de la) et moyens de prévenir les enterrements prématurés, par M. Bouchut, 786.
—idem chez l'enfant, par M. Van Hangel, 272.
—par la foudre et l'électro-magnétisme, par M. Brown-Séquard, 994.
Mortalité comparée pour la France, par M. Carnot, 327.
—(Tableau de) dans la jeunesse, par le même, 808.
Morue (Usage de l'huile de foie de), par M. Cordier, 227.
—(Effets, dans les affections scrofuleuses de la peau de l'huile de foie de), par M. Benett, 152.
Morve (Sur la possibilité de la guérison de la), par M. Brongniez, 151.
Moxa électrique (De l'application du), par M. Hinton, 13.
Moule combustible (Granulations sur le), par M. Chaussat, 901.
Muscle omo-hyoïdien (Sur l'action du) par M. Skey, 13.
—Respirateurs et locomoteurs (Mouvements rhythmiques des), par M. Brown-Séquard, 995.
—(Sur quelques) qui fixent l'omoplate, par M. Frederick, 620.
Musculaire (Résumé d'un mémoire sur la fibre) du mouvement volontaire et du cœur dans les diverses classes d'animaux, par M. Lebert, 938.
—(Sur la nature) du *gubernaculum testis* et la situation du testicule, par M. Robin, 376.
—(Contractibilité et sensibilité électro-), par M. Duchenne, 952.
—(Recherches, à l'aide du galvanisme, sur les propriétés vitales du système), par le même, 508.
—(Développement de l'électricité par la contraction), par M. Matteuci, 508.

N

Naviculaire (Valvule existant normalement à la partie postérieure de la fosse), par M. Guérin, 581, 679.
Nécrose du fémur, par M. Lebert, 997 et suiv.
Nègres (Crâne des), par M. Lebert, 430.
Nerf sciatique (Altérations physiologiques qui suivent la section du), par M. Blequert, 880.
—idem (De la régénération du), par M. Brown-Séquard, 880.
Nerf récurrent (Compression du), par M. Legroux, 807.
—oculaire externe (Paralysie du), par M. Badin d'Hurtebise, 668.
—(Procédé pour couper la cinquième paire de) dans le crâne, par M. Bernard, 644.
—(Injection microscopique des tubes primitifs des), par MM. Coze et Michel, 583.
Nerveuses (Imitation du cri des animaux dans plusieurs affections), par M. Brierre de Boismont, 689.
— (Inhalation du chloroforme et de l'éther dans les affections), par M. Bocamy, 209.
—(Terminaison des fibres) dans les muscles, par M. Lebert, 643.
Nerveux (Indépendance des éléments moteur et sensitif dans le système), par M. Bernard, 232.
—(Recherches chez les poissons sur le système), par M. Beraud, 251.
Néphrite albumineuse (Coexistence de l'amaurose et de la), par M. Landouzy, 813.
—intermittente, par M. Lefer, 900.
—dans le cas de fusion des deux reins, par M. Tailhé, 646.
Névralgie du scrotum et du cordon guérie par la cautérisation intercurrente, par M. Jobert, 588.
—viscérales (Traitement des), par M. Sandras, 165.
—sciatiques rebelles (Observations de) guéries par la cautérisation du dos du pied, par M. Payan, 971.
Nitrate d'argent employé comme vésicant, par M. Utterhœven, 227.
Noix vomique (Effets de la) sur les fonctions intestinales, par M. Ossieur, 272.
Noma, ou sphacèle de la bouche chez les enfants, par M. Tourdes, 553.
Nouveau-nés (Mort apparente des), par M. Sauvé, 549.
—(Nouvelles observations sur le trismus des), par M. Marion Sims, 910.
Nutrition animale dans les cartilages articulaires, par M. Redfern, 995.

O

Observations recueillies à l'hôpital Saint-Eloi (Compte rendu des), par M. Rességuier, 546.
Obstruction particulière des intestins, par M. Donovan, 447.
Oculaire (Cas remarquable de maladie), par M. Cutler, 465.
—(Acétate de plomb dans le traitement de quelques affections), par M. F. Cunier, 564.
Œdème du larynx, par M. Bazzoni, 126.
Œil (Grandeur de l') aux différents âges, par M. Quetelet, 604.
—(Lésion traumatique du globe de l'), par M. Rivaud-Landreau, 568.
—(Anatomie pathologique de l'), par M. Arlt, 783.
Œsophage (Corps étranger dans l') causant la mort par son passage dans la trachée, par M. Paterson, 822.
Œuf complet inclus dans un autre œuf complet, par M. Rayer, 746.
—(Du sucre dans l'), par M. Bernard, 431.
—doubles de paludine vivipare, par M. Davaine, 571.
Officiers de santé militaires (Réorganisation du corps des), par M. F. Jacquot, 235, 589.
Oiseaux (Recherches sur la maladie dite variole des), par M. Rayer, 317.
Opérateur (Aide-mémoire de l'), comprenant les opérations élémentaires, par M. Isnard, 975.
Ouïe (Emploi du diapason pour diagnostiquer la dureté d'), par M. Schmalz, 582.
Ombilicale (Hernie) congéniale opérée par la méthode sous-cutanée, par M. Cardan, 682.
Omoplate (Lettre sur quelques muscles qui fixent l'), par M. Frederick, 620.
Ondes sonores (Impressions tactiles des), par M. Blanchet, 667.
Ondulation pectorale dans l'état physiologique et dans les maladies, par M. Monneret, 185.
Ophthalmie intermittente (Observation d'), par M. Mazade, 247.
—de l'armée (Considérations pratiques sur l') par M. Hairion, 727.
Ophthalmie contagieuse (Mémoire sur l'), par M. Cunier, 153.
Ophthalmologie (Emploi du collodion en), par M. Hairion, 453, 604.
Or (Historique de l'emploi de l'), par M. Legrand, 454.
Organisation des animaux (Examen de la méthode suivie dans l'étude de l'), par M. Segond, 590, 614.
Orthopédie (Lettre sur la chirurgie), par M. Philipps, 416.
Os (Instrument pour l'extraction des balles enlevées dans les), par M. Poetini, 127.
—du cœur (Structure des) chez le bœuf et le veau, par M. Robin, 331.
—thyro-hyoïdien des batraciens anoures, par M. Davaine, 993.
—(De l'existence de deux espèces d'éléments anatomiques dans le canal médullaire des), par M. Robin, 992.
—(Recherches sur la substance médullaire des), par MM. Gosselin et Regnauld, 948.
Ostéite fémorale, par M. Verneuil, 252.
Osteophytes, par M. Valenciennes, 997 et suiv.

Ostro-nègres (Note sur les), par M. Froberville, 167, 186.
Oviducte des squales, par M. Robin, 250.
Oxyures de l'intestin de la tortue grecque, par M. Chaussat, 747.

P

Paludine vivipare (Œufs doubles de), par M. Davaine, 571.
Pancréas (Induration du), par M. Duménil, 431.
Pancréatique (Usage du suc), par M. Bernard, 149, 386.
Paralysie partielle de la troisième paire, par M. Croker-King, 14.
—de la paupière, traitée par l'inoculation de strychnine, par M. Saint-Martin, 184.
—de la troisième paire, par M. Puig, 208.
—générale progressive (Recherches sur la), par M. Lunier, 807.
—de la rétine (Diagnostic de la), par M. Brown-Séquard, 371.
—du nerf oculaire externe, par M. Badin d'Hurtebize, 668.
—des aliénés (De la pellagre et de la), par M. Verga, 507.
—générale chez les pellagreux, par M. Baillarger, 997 et suiv.
Paraphymosis (Manière d'opérer le), par M. Bonparola, 858.
—(Restauration du prépuce dans l'opération du) et du phymosis, par M. Pétrequin, 700.
Paraplégie (Brucine dans le traitement de la), 165.
Pathologie et de clinique médicales (Manuel de), par M. Tardieu, 193.
—interne (Cours de) de M. Andral, par M. A. Latour, 606.
Paupière supérieure (Plaie de la), avec division du conduit lacrymal, par M. Desormeaux, 899.
—(Affection verruqueuse des), par M. Sichel, 88.
Peau (Effets de l'huile de foie de morue dans les maladies scrofuleuses de la), par M. Benett, 152.
—(Effets du sous-carbonate d'ammoniaque dans les affections squammeuses de), par M. Cazenave, 153.
—(Tumeur cancéreuse mélanique de la), par M. Robin, 572.
—(Tumeurs multiples de la), par M. L. Cavisert, 252.
Pellagre (De la) et de la paralysie des aliénés, par M. Verga, 507.
Pellagreux (De la paralysie générale chez les), par M. Baillarger, 997 et suiv.
Pénis (Fracture du), par M. Ruschenberger, 928.
Pénitentiaire cellulaire (Système), par M. Castelnau, 570, 623.
Persistance du canal artériel, par M. Bernutz, 950.
Pernicieuses (Aperçu sur les fièvres), par M. Liegey, 897.
Peste et typhus, par M. Macloughlin, 721.
—(Sur la contagionabilité de la), par M. Giusti, 875.
Paracentèse (Nécessité de la) dans l'ascite, par M. Agostinacchio, 858.
Phlébite (Recherches sur la), par M. Meinel, 760.
—spontanée, considérée comme cause de pyoémie, par M. Kinsbourg, 547.
Phlegmons diffus (Emploi de la poudre de Vienne dans les), par M. Bocamy, 546.
Phonation (Recherches expérimentales sur la), par M. Segond, 950.
Phosphates (Dosage des), par M. Leconte, 493.
Phosphorique (Analyses quantitatives de l'acide), par M. Leconte, 646.
Phthisie (Influence de la grossesse et de l'accouchement sur la marche de la), par M. Grisolle, 769, 786.
—(Hémoptysie comme symptôme de), par M. Parker, 640.
—pulmonaire (Annotations cliniques sur la), par M. Groshans, 603.
—Remède contre la), par M. Lecouppey, 621.
—(Deutoxyde d'arsenic dans la), par M. Cenni, 106.
Phthisique (Nouveau phénomène d'acoustique perçu à distance chez un), par M. Toulmouche, 543.
Phymosis (Nouvelle méthode d'opérer le), par M. Grévin, 568.
—(Restauration du prépuce dans le) et le paraphymosis, par M. Pétrequin, 700.
Physiologie (Dictionnaire de), par M. Wagner, 213.
—(Sur la) de la moelle allongée, par M. Brown-Séquard, 994.
Physique terrestre et de météorologie (Éléments de), par M. Becquerel, 18.
Pince de M. Desmares (Modification à la), par M. Ansiaux, 247.
Placenta (Insertion du) sur l'orifice interne de l'utérus, par M. Gruner, 626.
Plaie de poitrine pénétrant dans le ventricule du cœur, par M. Traill, 326.
—par arme à feu (Considérations sur les), par M. Matthyssens, 228.
—Idem idem, par MM. Baude et Roux, 354.
Pleuropneumonie épizootique, rapport de concours à l'Académie de Belgique, par M. Delwart, 73.
Poitrine (Plaie de), par M. Traill, 326.
—(Usage du mensurateur de la), par M. Sebson, 639.
Polype de l'utérus sorti à travers la paroi abdominale, par M. Loir, 509.
Polydactylie chez un triton, par M. Rayer, 901.
Poissons (Embryons de) se développant sur des mollusques vivants, par M. Quatrefages, 844.
—(Système nerveux viscéral des), par M. Béraux, 251.
—(Fécondation artificielle des), par M. Martins, 251.
Population féminine en France (Décroissance de la), par M. Carnot, 370.
Peuplement des pays chauds et de l'Algérie en particulier, par M. Bodichon, 484.
Poules huppées (Sur la conformation particulière du crâne et du cerveau chez les), par MM. Rayer et Lebret, 993.
Poulet monstrueux (Note sur un), par M. Valenciennes, 646.
Pouls (Éléments physiologiques du), par M. Hobert-Latour, 509.
Poumons (Cancer des); abcès et vaisseaux lymphatiques cancéreux, par M. Lebert, 899.
Pneumogastrique (Influence de la section) dans la paralysie de l'œsophage et les contractions du cœur, par M. Bernard, 232.
—(Note sur le) de la raie, par M. Béraud, 491.
—de la pastinague (Note sur le), par le même, 332.
Pneumonie aiguë (Cas de), par M. Sunter, 447.
—(Analyse de 54 cas de), par M. Hugues, 283.
Préjugés contre la saignée; son emploi dans les phlegmasies broncho-pulmonaires, par M. Lussana, 893.
Prisonniers (des), de l'emprisonnement et des prisons, par M. Ferrus, 933.
Prix (Rapport sur le concours des) de l'Académie des sciences de Toulouse, 534.
—de l'Académie (Rapport général sur les), par M. Gilbert, 972.
—(Distribution des) au Val-de-Grâce, 829.
—(Programme des questions proposées pour les) par l'Académie de médecine de Belgique, 997 et suiv.
Productions morbides sur la muqueuse vésicale d'une femme syphilitique, par M. Robin, 492.
—fongiformes rendues par des cholériques, 997 et suiv.
—de gaz dans le péritoine pendant l'accouchement, par M. Cazeaux, 997 et suiv.
Pronostic médical (Apprécier la valeur des sources du), par M. Fuster, 253.
Promenade médico-chirurgicale à l'exposition de l'industrie, 609, 629.
Propriétés vitales (Recherches sur les), par M. Brown-Séquard, 744.
Prostate (Moyen de comprimer et de dilater l'orifice vésical de l'urètre dans les tumeurs de la), par M. Miquel, 408.
Protéine dans la carie, par M. Tuzon, 52.
Pseudo-membraneuse (Observation de bronchite), par M. Thore, 919.
Ptyalisme mercuriel (Traitement du), par M. Maxwell, 448.
Puerpéral (Rapport à l'Académie de Belgique sur les mémoires en réponse à la question relative à l'état), par M. Langlet, 55.
Pulmonaire (Caverne) ouverte à l'extérieur, par M. Pollet, 620.
(Dangers de l'émétique dans les inflammations), par M. Spengler, 782.
Pupille (Des causes du rétrécissement et de la dilatation de la), par M. Brown-Séquard, 744.
Purgative (Action) de certaines substances; recherches expérimentales, par M. Wimberley Jones, 925.
Putréfaction Recherches sur la rigidité cadavérique et la), par M. Brown-Séquard, 532.
Pyoémie (Phlébite spontanée considérée comme cause de), par M. Kinsbourg, 547.

Q

Quinidine, nouvel alcali, par M. Vinckler, 118.
Quinine (Études sur le sulfate de), par M. L. Papillaud, 28, 44.
Quinoïdine dans le traitement des fièvres intermittentes, par M. Ossieur, 271.

R

Raie de ghilanes, par M. du Courèt, 666.
—(Note sur le pneumogastrique de la), par M. Béraud, 451.
—(Appendices génitaux mâles des), par M. Robin, 571.
Rainettes (Mutabilité de la coloration des), par M. Davaine, 993.
Ramollissement partiel du cerveau avec perte de la parole, par M. Rizzi, 891.
Rate (Recherches expérimentales sur les fonctions de la), par M. Béclard, 146.
—(Mémoire sur les changements de volume de la), par M. Durand (de Lunel), 477, 496.
—dans les fièvres intermittentes, par M. Piorry, 419.
—(Expériences sur la contractilité de la), par M. Kolliker, 993.
Rectum (Méthode de la chute du), par M. Rosio, 310.
—(Corps étranger dans le), par M. Velpeau, 684.
—Idem idem, à gastrotomie, par M. Réale, 895.
Régime débilitant (Influence du) sur le développement du fœtus, par M. Depaul, 491.
—Idem idem et de la saignée sur le fœtus; utilité de cette méthode, par le même, 989.
Rein transformé en une vaste poche purulente, par M. Bauchet, 615.
—Anatomie pathologique des), par M. Gairdner, 208.
Resection, la dénudation et une ligature métallique (Fracture de cuisse non consolidée traitée par la), par M. Brainard, 928.
—des os du pied, par M. Liaudet, 997 et suiv.
Respiration dans l'emphysème et la bronchite, par M. Sibson, 539.
—(Rapport de la chaleur animale avec la quantité d'oxygène combinée pendant la), par M. Chenot, 991.
—But de la) et fonctions des globules du sang, par M. Clément, 992.
Rétine (Diagnostic de la paralysie de la), par M. Brown-Séquard, 371.
—Spectres lumineux causés par une pression sur la); application au diagnostic de ces maladies, par M. Waller, 823.
Rétrécissements de l'urètre; dilatation instantanée, par M. Rigaud, 548.
—Idem (Limite de la dilatation dans les), par M. Beniqué, 760.
—(Traitement par la méthode des incisions intra-latérales, par M. Guillon, 785.
Rétroversion de la matrice en état de gestation, par M. Wittich, 804.
—de l'utérus (Nouvel instrument pour réduire la), par M. Bond, 927.
Rhinocéphalie chez un lapin, par M. Davaine, 997 et suiv.
Rhumatisme cardiaque (Deux cas mortels du), par M. Luyckx, 228.
—(Utilité des alcalis dans le), par M. Furnivall, 465.
Rigidité cadavérique et putréfaction (Recherches sur la), par M. Brown-Séquard, 538.
Rizières examinées dans leurs rapports avec la santé publique, par M. Sorgoni, 433.
—(Observations sur le travail de M. Sorgoni relatif aux), par M. Vivarelli, 873.

S

Saignée (Traitement de la dyssenterie par la), par M. Collineau, 486.
—trop répétées (Inconvénients et dangers des), par M. Junod, 387.
—(Influence de la) et d'un régime débilitant sur le fœtus; utilité de cette méthode dans les vices de conformation du bassin, par M. Depaul, 989.
—(Préjugés contre la); son emploi dans les phlegmasies broncho-pulmonaires, 893.
Sang (Fonctions des globules du), et but de la respiration, par M. Clemens, 992.
—(Recherches sur la composition du), par M. Abeille, 969.
—(Changements dans le) à la suite des lésions extérieures, par M. Zimmermann, 761.
—(Composition des sels du); leurs rapports avec les calculs vésicaux, par M. Verdeil, 433.
—(Proportion du) dans les diverses espèces animales, par M. Wanner, 409.
—(Passage incomplet des substances introduites dans le), par M. Bernard, 231.
—(Augmentation de la fibrine du) par la chaleur, par M. Marchal (de Calvi), 666.
—veineux comme excitateur de certains mouvements, par M. Brown-Séquard, 645.
Sanguine; perte chez une jeune fille, par M. Vanhœsendonck, 228.
Sangsues mécaniques, par M. Alexandre, 312.
Salins (Topographie médicale de la ville de), par M. Germain, 911.
Sanitaire (État) des colonies algériennes, 937.
—idem du corps expéditionnaire de la Méditerranée, 829.
Sarcocèle syphilitique, par M. Blot, 899.
Saturnines et mercurielles (Emploi de l'iodure de potassium dans les affections), par M. Melsens, 106.
Scarlatine (Albuminurie dans la), par M. Begbie, 842.
—(Observation de), par M. Hœfnagels, 68.
Sciatique (Altérations qui suivent la section du nerf), par M. Brown-Séquard, 830.
—(Régénération du nerf), *ibid.*
—rebelles (Observations de névralgies) guéries par la cautérisation du dos du pied, par M. Payan, 971.
Scrofules (Analogie et différences entre les tubercules et les), par M. Legrand, 164.
Scrofuleuse (Recherches sur la maladie), spécialement chez les enfants), par M. Hérard, 719.
Scrotum (Névralgie du) et du cordon, guérie par la cautérisation intercurrente, par M. Jobert, 788.
Sein (Tumeurs fibreuses du), par M. Larrey, 462.
Sel (Rôle du) dans l'alimentation, par M. Plouviez, 666, 702.
Seigle ergoté (Mémoire sur le), par M. Biver, 90.
Sensibilité (Siége de la), par M. Brown-Séquard, 952.
—et contractilité électro-musculaire, par M. Duchenne, 952.
Sologne (Assainissement de la), par M. Becquerel, 358.
Sonde à lait (Note sur une modification de la), par M. Landouzy, 239.
Soudure des extrémités inférieures, par M. Lansdorff, 955.
Sous-cutanée (De l'extraction des corps fibreux dans les articulations par la méthode), par M. Alquié, 990.
—(Hernie ombilicale opérée par la méthode), par M. Cardan, 682.
Spasme de la glotte chez les enfants, par M. Roberton, 638.
Spermatique (Abcès du cordon), avec hernie et péritonite, par M. Brookes, 640.
Spermatozoaires chez un vieillard, par M. Duplay, 431.
Sphincter (Existence du) dans un anus imperforé, par M. Blot, 901.
Squelette humain des carrières de Pantin, 187.
—idem (Augmentation d'une vertèbre cervicale dans le), par M. Dubreuil, 871.
Stachys anatolica (Rapport sur le), par M. Gubler, 432.
Stérilité (Quelques causes de) curables par un traitement mécanique, par N. Greaux, 680.
Sternum (Amputo-désarticulation de la première pièce du) dans une carie scrofuleuse, par M. Pecchioli, 896.
Strabisme droit ou direct, par M. Corvisart, 951.
Strongle des bronches du porc (Sur la), par M. Chaussat, 493.

Strumeuses (Nitrate d'argent à l'extérieur dans les affections), par M. Cochrane, 53.
Strychnine (Paralysie de la paupière traitée par le), par M. Saint-Martin, 184.
—(Mode d'action de la), par M. Brown-Séquard, 745.
Substances injectées dans les artères (Action de diverses), par M. Flourens, 569.
Suc gastrique (Usage physiologique du), par M. Bernard, 167.
—idem (Emploi du) pour extraire les substances minérales dans les tissus animaux, par M. Leconte, 646.
—idem (Action du) sur les préparations martiales employées en thérapeutique, par M. Leras, 742.
—de réglisse purifié, considéré comme aliment, par M. Chevallier, 859.
Sucre dans l'œuf, par M. Bernard, 431.
—de canne (De l'assimilation du), par le même, 744.
—de lait (Méthode du dosage du), par M. Poggiale, 309, 369.
—Son origine dans l'économie animale, par M. Bernard, 147.
Suette miliaire, par M. Colson, 292.
—idem, par M. Foucart, 509 743.
Sueur (Production de) sous l'influence d'une excitation des nerfs du goût, par M. Brown-Séquard, 644.
Sulfate de quinine (Études sur le), par M. L. Papillaud, 28, 44.
Sulfureux (Principe) dans les eaux d'Enghein, par M. Bouland, 667.
Superfétation (Cas de), par M. Fiévet, 741.
Surdité (Traitement et pathologie de la) sénile, par M. Toynbee, 843.
—(Nouveau mode de traitement de la), par M. Yearsley, 33.
Sympathique (Grand) des raies, par M. Beraud, 330.
Syndactylie (Cas de) chez l'homme; par M. Morel-Lavallée, 997 et suiv.
Syphilides (Recherches sur les), par M. Leudet, 369.
Syphilis (Lettre sur l'unicité de la) constitutionnelle, par M. Diday, 977.
—(Sur un procédé de vaccination préservatrice de la), par le même, 751, 770.
—(Productions morbides sur la muqueuse d'une femme atteinte de), par M. Follin, 492.
—(Communication de la) par l'allaitement et la vaccination, par M. Viani, 874.
—secondaire (Contagion de la), par M. Garson, 466.
—congéniale (Observation de), par M. Facen, 894.
Syphilitique (Sarcocèle), par M. Blot, 899.
Synoviales tendineuses de la main (Sur les), par M. Foltz, 568.
Systèmes en médecine (Grandeur et décadence des), 175, 195.

T

Taille bilatérale pratiquée pour extraire une tige de jonc de la vessie, par M. Fleury, 947.
—hypogastrique (Modification de la sonde à dard pour la), par M. Landouzy, 239.
Tartre stibié (Études sur les effets physiologiques et thérapeutiques du), par M. Bonamy, 59.
Temporal (Fracture indirecte du), par M. Roussilhe, 545.
Temps (Le) mis à profit, etc., par M. Réveillé-Parise, 997.
Ténia (Mouvements des anneaux du), par M. Mignot, 744.
Tenrecs (Hibernation des), par M. Brown-Séquard, 332.
Tératologie. Cochons rhinocéphales, par MM. Giraldès et Robin, 492.
—monstres polyméliens, par M. Laboulbène, 493.
Testicule (Recherches sur la nature musculaire du gubernaculum testis, et la situation du), par M. Robin, 376.
Testicule (Sur les fongus du), par M. Jarjavay, 719.
—(Tuberculisation des), par M. Bernard, 571.
—(De l'autoplastie appliquée à la dénudation des), par M. Goyrand, 997 et suiv.
Tétanos (Inhalations d'éther employées avec succès dans le), par M. Petit, 185.
—traumatique (De l'amputation et de l'éthérisme dans le), par M. Roux, 493.
—idem guéri par les frictions de teinture de belladone, par M Besse, 893.
Teter (Action de) indépendante du cerveau, par M. Brown-Séquard, 430.
Thermales (Cliniques), 917.
Thyroïde (Gonflement de la glande) et proéminence des yeux dans leurs rapports avec l'anémie, par M. Begbie, 843.
Tocologie (Question de), par M. Miquel, 468.
Topographie médicale de la vallée de l'Angilon, par M. Huzard, 9:0.
—idem de la ville de Salins, par M. Germain, 911.
Torpiles (Lymphatiques des), par M. Robin, 250.
Tournoiement consécutif à l'arrachement du nerf facial, par MM. Martin Magron et Brown-Séquard, 879.
—(Expériences sur la), par M. Bernard, 232.
Trachéotomie (Angine ayant nécessité la) et causé la mort, par M. Papillaud, 946.
—(Instrument pour le), par M. Marshall-Hall, 464.
Transformation des fleurs femelles en fleurs mâles, par M. Lebret, 901.
Transfusion du sang, par M. Fourcault, 621.
Trichomelanogénésie, par M. F. Jacquot, 215.
Trismus avec commencement de tétanos gauche, par M. Wiegaud, 804.
—des nouveau-nés (Nouvelles observations sur le), par M. Marion Sims, 510.
Tubercules (Analogie et différences entre les scrofules et les), par M. Legrand, 164.
—chez un jabirus, par M. Desmarest, 351.
—vermineux du poumon et de la trachée chez un renard, par M. Chaussat, 351.
Tuberculeuse (Carie) des vertèbres, par M. Lebert, 645.
Tuberculisation des testicules, par M. Bernard, 571.
Tumeur squirrheuse (Ablation d'une), par M. Thore, 49.
—de l'utérus; extirpation, par M. Maisonneuve, 445.
—fibreuses (Coexistence des tumeurs cancéreuses et des), par M. Triquet, 492.
—idem du sein, par M. Jobert, 642.
—du cou (Opportunité de l'extirpation des), par M. Lavacherie, 141.
—trouvée sur un chien, par M. Leblanc, 997 et suiv.
Typhoïde (Épidémie de fièvre), par M. Sovet, 451.
—(Traitement de la fièvre), par M. Wanner, 805.
—(Contagion de la fièvre), 443.
Typhus (Conin et leukolin dans le), par M. Wertheim, 748.
—(Sur le) des enfants, par M. Friedleben, 759.
—fever (Contagion relativement au choléra et au), par M. French, 424.
—cérébro-spinal, par M. Boudin, 718.
—idem (Contagion du), par M. Leroy-Dupré, 449.
—(Peste et), par M. Macloughlin, 721.

U

Ulcérations phagédéniques (Emploi du chlorate de potasse contre les), par M. Sayle, 448.
—intestinale, traumatique, par M. Landi, 895.
Ulcères (Emploi du vinaigre dans le traitement des), par M. Barber, 466.
—(Traitement des) des membres inférieurs, par M. Chapman, 681.
Unicité de la syphilis constitutionnelle (Lettre sur l'), par M. Diday, 977.
Uredo (De l') vesicaria, par M. Montagne, 748.
Urétrale (Division du canal dans la blennorrhagie), par M. Ricord, 189.
Urétraux (Traitement des rétrécissements, par M. Rigaud, 71.
Urètre (Oblitération de l'), par M. Depaul, 251.
—(Écoulements chroniques de l'), par M. Phillips, 165.
—(Dilatation instantanée des rétrécissements de l'), par M. Rigaud, 548.
—(Cathétérisme dans les rétentions d'urine produites par des déviations de l'), par M. Mercier, 623.
—(Double épingle à cheveux abandonnée dans le canal de l'); extraction, par M. Soulé, 718.
—(Limite où il convient de porter la dilatation dans les rétrécissements de l'), par M. Benique, 700.
Urétrorrhagie guérie par les applications froides et les astringents, par M. Leroy-Dupré, 103.
Urétrotomie (Lettre sur l'), par M. Mercier, 947.
—(Exposé analytique et comparatif des procédés d') par scarification et par incision, par M. Reybard, 921, 986.
Urinaire (Sur la valvule du méat), par M. Philipps, 679.
Urine (Pesanteur spécifique de l'), par M. Kesteven, 424.
—(Présence de l'allantoïde dans l'), par M. J. Woelher, 548.
—(Influence de la section des pédoncules cérébelleux sur la composition de l'), par M. Bernard, 232, 272.
—(Nouvelle espèce d'algue trouvée dans les), par M. Rayer, 251.
—albumineuses sans néphrite, par M. Blot, 251.
Utérin (Traitement du catarrhe) par les injections utérines, par M. Strohl, 547.
—(Hémorrhagies dépendantes de l'implantation du placenta sur le col), par M. Thirion, 89.
Utérine (Appareil pour arrêter l'hémorrhagie), par M. Slyman, 680.
—(Douches froides dans les maladies), par M. Fleury, 210, 360, 378, 480, 501.
Utérus (Corps fibreux de l'); incision, par M. Van de Vyver, 532.
—(Injection d'eau chlorurée dans l'); mort subite; air dans les veines, par M. Bessens, 583.
—(Maladies de l'). Discussions académiques, 789, 806, 825, 829, 844, 849, 859, 863, 876, 883, 898, 903, 911.
—(Rétroversion de l') en état de gestation, par M. Wittich, 804.
—(Déviations et engorgements de l'), par M. Baud, 806.
—(Rupture spontanée de l'), par M. Brownbill, 34.
—(Tumeur interstitielle de l'); extirpation, par M. Maisonneuve, 445.
—(Traitement des ulcérations du col de l'), par M. Mitchell, 446.
—(Polype de l') sorti à travers l'abdomen, par M. Soir, 509.
—(Cancer de l'), par M. Follin, 252.
—(Bichlorure de mercure dans l'hypertrophie et l'induration du col de l'), par M. Oldham, 289.
—(Cautérisation profonde du col) avec la pâte de chlorure de zinc), par M. Bonnet, 568.
—(Nouvel instrument pour réduire la rétroversion de l'), par M. Bond, 927.
—(Mode pratique et philosophique du col de l'), par M. E. Forget, 754.
Utricule primitive des végétaux, par M. Robin, 250.

V

Vaccin antisyphilitique, 709.
Vaccination (Sur un procédé de) préservatrice de la syphilis, par M. Diday, 751, 770.
—(Syphilis communiquée par l'allaitement et la), par M. Viani, 874.
Vaccine; son influence sur la mortalité, par M. Bayard, 348.
—(Effets de la) en France, par M. Carnot, 721.
Vagin (Accouchement naturel dans un cas d'imperforation incomplète du), par M. Ygonin, 567.
Valériane contre l'épilepsie, par M. Chauffard, 997 et suiv.
Valvules aortiques (Maladies des), par M. Monneret, 622.
—idem (Lésions des), par M. Forget, 462.
Varices de la saphène (Incision du fascia contre les), par M. Herapath, 33.
Variole chez un fœtus de 4 mois, par M. Lebert, 252.
—des oiseaux (Recherches sur la maladie dite), par M. Rayer, 317.
—(Épidémie de) arrêtée par la vaccination en masse, par M. Verger, 387.
Varicocèle (Traitement du) par la compression, par M. Ramsay-Thomson, 325.
Varioliques (Teinture d'iode pour faire avorter les pustules), 113.
Vasculaires (Connexions), par M. Bernard, 491.
Vauquelin (Portrait de), 606.
Veau bicéphale (Anatomie d'un), par MM. Rayer et Bernard, 900.
Veine cave inférieure du cheval (Fibres musculaires de la), par M. Bernard, 331.
—idem idem et la veine porte (Veines établissant une communication directe entre la), par le même, 571, 643.
—porte (Recherches expérimentales sur les fonctions de la), par M. Béclard, 146.
—(Communications des lymphatiques avec les), par M. Mauro-Rusconi, 721.
—(Contractilité des), par M. Gubler, 491.
Venins (Action physiologique des), par M. Bernard, 571.
Ventouses (Grandes), par M. Junod, 148.
Ver du genre trichine (Nouvelle espèce de), par M. Chaussat, 493.
Vertébrale (Conditions anatomiques des courbures de la colonne), par M. Hirchfeld, 490.
—(Carie), par M. Lebert, 252, 352.
Vertèbres (Altération de plusieurs), par M. Follin, 899.
—caudales (Absence de la plupart des) chez un chien, par M. Davaine, 746.
—dorsales (Carie tuberculeuse des), par M Lebert, 645.
Verruqueuse (Affection palpébrable), par M. Sichel, 88.
Vésico-vaginale (Opération), par M. Jobert, 807.
Vessie (Cathéter pour l'extraction des corps étrangers de la), par M. Busi, 105.
—(Fongus cancéreux de la), par M. Duplay, 353.
—(Plaie d'arme à feu intéressant la), par M. Leroy-d'Etiolles, 133.
—urinaire de la grenouille verte (Calculs trouvés dans la), par M. Chaussat, 492.
Vichy (Compte rendu clinique des eaux de), par M. Durand-Fardel, 743.
Vinaigre (Emploi du) dans le traitement des ulcères, par M. Barber, 466.
Visibilité (Phénomène de), par M. Véron, 571.
Vision (Quelques phénomènes de la), par MM. Foucault et Regnauld, 53.
Vitales (Sur les propriétés), par M. Brown-Séquard, 645.
Vitellus multiples, par M. de Quatrefages, 571.
Voix (Recherches expérimentales sur la), par M. Segond, 250, 332.
Volvulus. Guérison par la gastrotomie, par M. Reali, 106.

Y

Yeux (Blessures des) par arme à feu, par M. Duval, 619.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS.

A

Abeille, 605, 969.
Agnielle, 410.
Agostinacchio, 858.
Alexandre, 312, 324, 406.
Alquié, 990.
Amussat, 837, 876.
Andral, 606.
Andraud, 466.
Ansiaux, 247.
Arlt, 783.
Arnott, 426.
Aschenfeldt, 780.

B

Badin d'Hurtebise, 668.
Balman, 426.
Baillarger, 210, 997 et suiv.
Barber, 466.
Barral, 823.
Barrier, 115.
Barth, 860.
Barlow, 681.
Bassereau, 918.
Bauchet, 645.
Baud, 806.
Baude, 354.
Baumers, 538, 758.
Bayard, 348, 743.
Bazzoni 126.
Beau, 146.
Beaudeloque, 409.
Beauregard, 449.
Béclard, 146.
Becquerel, 18, 858, 929.
Begbie, 842, 843.
Begin, 649.
Bell, 308.
Bellingham, 14, 447, 663, 664.
Belloc, 53, 188.
Béniquié, 700.
Benett, 152.
Beraud, 251, 330, 332, 491.
Berland, 855.
Bernard, 147, 149, 167, 231, 232, 331, 333, 386, 431, 491, 492, 571, 643, 644, 744, 747, 900.
Bertulus, 405.
Besançon, 493.
Besse, 893.
Bessems, 583.
Bernutz, 950.
Biver, 90.
Bellod, 641, 682.
Birkett, 289.
Bisson, 251.
Blanchet, 667.
Blandin, 275.
Blatin, 69, 248.
Blot, 251, 431, 899, 901.
Bocamy, 209, 546.
Bodichon, 484, 584, 790.
Bodinier, 410.
Boinet, 596, 618.
Bonamy, 59.
Bond, 927.
Bondi, 873.
Bonjean, 839.
Bonparola, 858.
Bonnafont, 621.
Bonnet, 486, 568, 633, 659, 675, 714.
Bosio, 310.
Bouchut, 334, 437, 786, 794.
Boudin, 211, 536, 684, 718, 789.
Bouisson, 97, 120, 778, 798.
Boulland, 667.
Bourdin, 164, 387.
Boyer, 881, 997 et suiv.
Brainard, 928.
Brierre de Boismont, 555, 689.
Brochin, nº 1 à 52.
Brogniez, 151.
Brookes, 640.
Brownbill, 34.
Brown-Séquard, 332, 333, 351, 430, 492, 571, 644, 645, 744, 745, 746, 879, 880, 952, 994, 995, 997 et suiv.
Buel, 925.
Burguières, 313.
Burq, 928.
Busi, 105.

C

Califassi, 895.
Cardan, 53, 682.
Carré, 167.
Carrière, 475, 646.
Carnot, 327, 370, 721, 808.
Castelneau (de), 570, 623.
Cauvin, 972.
Cazeaux, 997 et suiv.
Cenni, 106.
Chapelle, 466.
Chapman, 681.
Champenois, 508.
Chauffard, 997 et suiv.
Chaussat, 251, 351, 492, 493, 572, 643, 747, 880, 901.
Chassaignac, 184, 427.
Cheneau, 427.
Chemin, 450.
Chenot, 991.
Chevalier, 859.
Chiminelli, 857.
Chrestien, 59.
Ciniselli, 482.
Clemens, 992.
Cliet, 324.
Cochrane, 53.
Colas, 642.
Colson, 292.
Collineau, 486.
Combes, 928.
Condé (de), 604.
Confevron, 809, 824.
Coquerel, 572.
Coquillard, 606.
Cordier, 227.
Corbin, 526.
Corenwinder, 128.
Coze, 149, 327, 583, 657, 805, 843.
Couzet (du), 666.
Corvisart, 252.
Creighton, 664.
Crocq, 133.
Croker-King, 14.
Crussel, 167.
Cunier, 153, 564, 578.
Cutter, 465.
Custodi, 506.

D

Davaine, 571, 643, 646, 745, 746, 903, 993, 997 et suiv.
Debout, 164.
Dechambre, nº 1 à 52.
Decondé, 88.
Defer, 900.
Delwart, 71, 73.
Demaret, 251.
Depaul, 251, 491, 989.
Desmarest, 351, 433.
Desormeaux, 899.
Despretz, 682.
Deval, 66, 544.
Devay, 397.
Devergie, 274.
Deville, 817.
Devilliers, 486.
Diday, nº 1 à 52, et notamment 10, 751, 770, 870, 977.
Didot, 897, 958.
Dieudonné, 91.
Donavan, 447.
Dorvault, 889, 906, 941, 953, 1002.
Doyère, 409, 666, 843.
Dubois, 392.
Dubois (d'Amiens), 765, 957.
Dubois (Reymond), 409.
Dubreuil, 871, 944.
Ducros, 548, 621.
Duchenne, 427, 508, 952.
Duchesne-Duparc, 313, 548.
Dufour, 432.
Dumoulin, 990.
Duplay, 352, 431.
Dupré, 717.
Durr, 805.
Durand-Fardel, 743.
Durand (de Lunel), 477, 496, 700, 755.
Duval, 619.
Duvernoy, 369, 783.
Dvorjak, 313.

F

Facen, 894.
Faillet, 252.
Fauvel, 248.
Ferrand de Missol, 739.
Ferrus, 584, 933.
Fiévée, 81, 100.
Fievet, 741.
Fleury, 210, 360, 378, 480, 501.
Fleury (de Clermont), 947.
Flon, 128.
Flourens, 79, 569.
Foley, 764.
Follet, 860.
Follin, 252, 351, 431, 450, 491, 646, 899, 900.
Foltz, 566.
Forget, 209, 642, 694, 954.
Foucart, 509.
Foucault, 53, 621.
Fourcault, 7, 157, 338, 357.
Fournet, 956.
Foy, 313.
French, 424.
Franceschi, 486.
Fredericq, 270, 620.
Friedleben, 759.
Froberville, 167, 186.
Furnivall, 465.
Fuster, 253, 678.

G

Garlike, 665.
Garret, 680.
Gairdner 308.
Garson, 466.
Gaudriot, 509.
Gaultier de Claubry, 569.
Geoffroy-Saint-Hilaire, 990.
Germain, 911.
Gibert, 241, 972.
Girard, 94.
Giusti, 875.
Gislain, 508.
Glover, 113.
Goodman, 52.
Gosselin, 948.
Goyrand, 997 et suiv.
Grean, 680.
Gregory, 665.
Grevin, 568.
Grisolle, 786.
Grange, 572.
Gros, 666.
Groshaus, 603.
Gruner, 626.
Gubler, 251, 333, 351, 432, 491.
Guéneau de Mussy, 150, 949.
Guibourt, 433, 702, 876.
Guérin (Jules), nºs 1 à 52.
Guérin (de Vannes), 511, 679.
Guillon, 785.
Guyon, 735.

H

Hairion, 453, 604, 727.
Halman, 462.
Haesendonk, 69, 228, 583.
Hannon, 474.
Haspel, 135, 155, 758, 937.
Helin, 620.
Henroz, 131.
Herapath, 33.
Hergott, 716.
Hérard, 719.
Hervier, 149.
Hinton, 13.
Hirschfeld, 490.
Hœrfnagels, 68.
Hombres-Firmas, 641.
Hoppe, 953.
Hubsch, 423.
Hugues, 288.
Hutin, 765.
Huzard, 910.

I

Imlach, 425.
Isnard, 975.

J

Jackson, 927.
Jacquot, nºs 1 à 52, et notamment 41, 64, 75, 141, 155, 176, 215, 235, 435, 438, 455, 515, 522, 529, 535, 575, 585, 609, 669, 689, 711, 729, 809, 849, 903, 917.
Jarjavay, 719.
Jist, 900.
Jobert (de Lamballe), 372, 642, 807.
Joly, 897.
Julien (Stanislas), 128, 149, 275, 315, 395.

K

Kern, 805.
Kesteven, 424.
Kinsbourg, 547.
Knapen, 551.
Kolliker, 994.

L

Laboulbène, 493, 572, 643.
Lachaise, 683.
Lacauchie, 584.
Landi, 895.
Landouzy, 239, 815.
Langlade, 274.
Langlet, 55.
Langley-Beardsall, 682.
Lansdorf, 955.
Larrey, 413, 642.
Lassaigne, 683.
Latour, 606.
Lavacherie, 141.
Lavender, 909.
Lebert, 42, 110, 252, 327, 352, 353, 491, 643, 645, 899, 938.
Lebatard, 322, 440.
Lebret, 430, 432, 912, 993, 997 et s.
Leblanc, 432, 572, 997 et suiv.
Leclerc, 86.
Leconte, 353, 493, 646.
Lecouppey, 621.
Lee, 13.
Lefèvre, 208.
Lefèvre-Rousseau, 309.
Legrand, 164, 454.
Legroux, 807.
Leras, 742.
Lereboullet, 699.
Lesauvage, 147.
Leroy-Dupré, 103, 449, 542.
Leroy-d'Etiolles, 133, 192.
Leudet, 369.
Levieux, 687.
Lévy (Michel), 277, 577, 593, 630, 657, 670, 789, 824, 830, 850, 865, 884.
Liandet, 997 et suiv.
Liebig 231.
Liegey, 897.
Lionel, 584.
Lockwood, 926.
Loir, 509.
Lombart, 169, 461, 468, 487.
Luke, 640.
Lunier, 807.
Lussane, 893.
Luyckz, 228.

M

Macchia, 105.
Macloughlin, 721.
Maisonneuve, 445.
Malichecq, 414.
Manzolini, 126.
Marion Sims, 910.
Manceaux, 533.
Marchal (de Calvi), 666.
Marcacci, 484.
Martin, 784.
Martin Lauzer, 740.
Martin Magron, 879.
Martins, 251.
Mascart, 702.
Mascherpe, 506.
Maslieurat-Lagémard, 508.
Masselot, 307.
Matteucci, 508.
Matthyssens, 228.
Maxwell, 448.
Mazade, 133, 247.
Mauro-Rusconi, 721.
Meinel, 760.
Menard, 813.
Merat, 273.
Melsens, 106.
Mercier, 623, 662, 743, 947.
Meersmank (de), 115.
Mialhe, 168, 274.
Michaux, 999.
Michel, 583, 641, 663.
Miller, 173.
Mignot, 352, 744.
Miquel, 408, 488, 603.
Mitchel, 446.
M'Lean, 309.
Monneret, 21, 185, 278, 299, 407, 622.
Montagne, 432, 740.
Morel-Lavallée, 431, 745, 997 et s.
Morlière, 642.
Murray, 464.

N

Nachet, 643.
Nérée-Boubée, 507.
Neucourt, 721.
Nicolas, 527.
Noble, 640.

O

Oldham, 289.
Ollagnier, 24, 123, 161.
Ossieur, 271, 272.

P

Papillaud, 28, 104, 544, 789, 946.
Parchappe, 24.
Parkes, 640.
Paterson, 822.
Patissier, 875.
Payan, 971.
Pecchioli, 896.
Peise, 482.
Pelikan, 296, 319.
Pellarin, 859, 875, 991.
Percy, 681.
Perrier, 53.
Petit (de Corbeil), 4, 584.
Petit, 185.
Pétrequin, 700, 736.
Peugnot, 991.
Phillips, 165, 416, 679.
Piephe, 348.
Pigeolet, 90.
Pipet, 748.
Piorry, 449.
Plettinck, 270.
Pliny-Earle, 901.
Plouviez, 666, 702.
Poetini, 127.
Poisson, 622.
Poggiale, 309, 369.
Pollet, 620.
Porta, 893.
Pouchet, 327.
Poumarède, 897.
Provençal, 509.
Puig, 208.

Q

Quaglino, 126, 893.

Quatrefages (De), 493, 571, 644.
Quetelet, 604.
Quevenne, 251, 549.

R

Racle, 948, 958, 980, 997 et suiv.
Raikem, 519.
Rampold, 805.
Ramsay-Thomson, 325.
Rayer, 251, 317, 746, 747, 876, 900, 908, 993, 997 et suiv.
Reali, 106, 895.
Redfern, 995.
Regnault, 53, 948.
Resseguier, 546.
Reveillé-Parise, 1, 175, 195, 255, 375, 495, 515, 709, 749, 762, 769. 863, 937, 997.
Reybard, 948.
Reynoso, 348.
Ricord, 189.
Rigaud, 71, 548, 930.
Rivaud-Landraud, 568.
Rizzi, 894.
Robin, 250, 331, 376, 430, 591, 516, 571, 572, 646, 817, 903, 992.
Rochet d'Héricourt, 897.
Roberton, 638.
Robert, 370, 388, 722.
Rochoux, 407.
Rollet, 113.
Robert-Latour, 509.
Romanowski, 192.
Royer, 509.
Royer-Collard, 137, 457.
Roux (J.), 91, 334, 420, 492, 499, 523, 702.
Roux, 354.
Rossi, 874.

S

Saint-Léger, 149.
Saint-Martin, 184.
Sandras, 165.
Sauvé, 549.
Sayle, 448.
Sédillot, 51, 184, 209, 844, 858, 929.
Segond, 250, 332, 590, 614, 950.
Serres, 148, 290.
Seutin, 826.
Schœnfeld, 227.
Sichel, 88.
Sibson, 639.
Schutzenberger, 335, 355.
Smalz, 532.
Skey, 13.
Slyman, 620.
Smystère, 94.
Smith, 32, 546, 765, 326, 425, 464.
Soret, 450.
Sonrier, 64, 176, 438, 689, 513, 711.
Sorgoni, 483.
Soulé, 79, 718.
Spengler, 782.
Spring, 452.
Stracquez, 16.
Stiefendsand, 487.
Strauss-Durckheim, 167.
Stretton, 841.
Strambio, 506.
Strobl, 547, 599.
Strutters, 325.
Sunter, 447.

T

Tailhé, 646, 745, 900, 997 et suiv.
Tallois, 16, 130.
Tanchou, 29, 969.
Tardieu, 193, 313, 492, 702.
Tavignot, 740.
Tarzi, 857.
Tessier, 640.
Thiernesse, 145.
Thirion, 89, 180.
Tholozan, 557, 576, 593, 630, 657, 670.
Thomas, 513.
Thompson, 681.
Thore, 49, 949, 997 et suiv.
Tizzoni, 126.
Toulmouche, 543.
Tourdes, 553.
Toynbee, 843.
Traill, 326.
Trettenbacher, 23.
Tribu, 785.
Tuson, 52.

U

Utterhœven, 227.

V

Valenciennes, 646, 997 et suiv.
Valleix, 38.
Vallez, 248.
Vanini, 137.
Vannoni, 896.
Van de Veyer, 582.
Van der Reken, 133.
Van Hangel, 69, 272, 606.
Vahousenbrouck, 130.
Verga, 507, 894.
Vernay, 74.
Vauthier 368.
Vanoye, 271.
Verneuil, 252, 899.
Verger, 387.
Velpeau, 684.
Veron, 571.
Viani, 874.
Vinkler, 111.
Vierhordt, 761.
Vivarelli, 873.
Vurchow, 42.

W

Waddy, 51.
Wageninge, 617.
Wagner, 213, 233.
Waller, 823.
Warmer, 149, 210, 229, 348, 409, 805, 928.
Warlomont, 132, 170, 189, 389.
Willis, 135.
Woelther, 548.
Weigand, 804.
Wittich, 804.
Wimburley-Jones, 925.
Willner-Porthington, 926.
Worms, 256, 280, 525.

Y

Yearsley, 33.
Ygonnen, 567.
Yvonneau, 388.

